

UNIVERSITÉ DE LILLE  
**FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année : 2020

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Épuisement professionnel : étude sur le personnel soignant de deux  
pôles du CHU de Lille.**

Présentée et soutenue publiquement le 16/11/20 à 18 heures  
au Pôle Formation

**par Thibaut HENON**

---

**JURY**

**Président :**

**Madame le Professeur Annie SOBASZEK**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN**

**Madame le Professeur Sophie FANTONI**

**Directeur de thèse :**

**Madame le Docteur Alexandra TRICHARD-SALEMBIER**

## **AVERTISSEMENT**

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses :  
celles-ci sont propres à leurs auteurs.





## **RÉSUMÉ :**

**Contexte :** l'épuisement professionnel est très présent dans la population soignante. Le but de cette thèse était de faire un état des lieux du burnout parmi les soignants du CHU de Lille.

**Méthode :** L'étude FairHealth a utilisé un questionnaire pour effectuer son recueil initial d'informations. Nous avons utilisé ces données pour déterminer l'incidence de burnout sévère et modéré chez les agents des services hospitaliers (ASH), les aides-soignants (AS) et les infirmiers (IDE) de deux pôles du CHU de Lille. Des analyses complémentaires ont cherché des corrélations entre le burnout modéré et sévère (selon le Maslach Burnout Inventory) avec différentes variables disponibles dans le questionnaire notamment concernant les habitudes de vie, les troubles du sommeil et des données provenant du questionnaire de Siegrist.

**Résultats :** 236 soignants ont répondu au questionnaire (taux de réponse = 34%). 16,5 % (n = 39) de soignants présentaient un burnout modéré et 4,2 % (n = 10) présentaient un burnout sévère. On trouvait un degré élevé d'épuisement émotionnel pour 32,2 % (n = 76) soignants, un degré élevé de dépersonnalisation pour 25 % (n = 59) et un degré faible d'accomplissement personnel pour 32,2 % (n = 76) d'entre eux. Le burnout modéré ou sévère était corrélé significativement avec l'empiètement de la vie professionnelle sur la vie personnelle, les troubles du sommeil, l'impact important de ces derniers, le déséquilibre efforts/récompense et le surinvestissement. La pratique sportive est à la limite de la significativité en tant que facteur protecteur. Dans les sous-populations, le burnout modéré à sévère était corrélé avec : l'âge d'au moins 50 ans pour les AS de médecine ; les troubles du sommeil et leur impact important pour les IDE de médecine ; et l'empiètement la vie personnelle sur la vie professionnelle et le surinvestissement pour les IDE de médecine et de chirurgie.

**Conclusion :** Le burnout dans la population étudiée de soignants du CHU de Lille touche environ une personne sur cinq de façon modérée à sévère. Ceci est un argument supplémentaire pour mettre en place les moyens de prévention nécessaires. Par ailleurs plusieurs facteurs de risques ont été identifiés de manière globale ou plus ciblée et certains peuvent être intéressants à rechercher et surveiller durant l'entretien santé travail.

## **INTRODUCTION**

Les risques psycho-sociaux (RPS) sont ubiquitaires en milieu de travail mais sont retrouvés de façon plus importante dans certains corps de métiers. Ils ont été étudiés de façon rapprochée chez le personnel soignant, et plusieurs études ont montré qu'ils étaient particulièrement exposés(1–3). Cela a plusieurs conséquences, dont la survenue de pathologies telles que l'épuisement professionnel (appelé également burnout) voire la dépression avec toutes les conséquences que cela implique (absentéisme, perte d'efficacité dans son travail, mise en place de traitements plus ou moins sur le long terme, risque suicidaire...). Le travail du personnel soignant hospitalier regroupe de nombreux risques et facteurs de risques propices à l'installation de RPS de par la forte charge émotionnelle, le peu de latitude décisionnelle, la charge de travail élevée et les sollicitations multiples (4).

L'étude FairHealth (5) est une étude longitudinale multicentrique portant sur les conditions psycho-sociales du travail et la santé physique des salariés. Elle étudie de nombreux secteurs d'activité, incluant le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Lille. Elle consiste en la remise d'un premier questionnaire en main propre puis par la suite à l'envoi d'autres questionnaires par mail aux répondants du premier questionnaire.

Notre travail consiste à réaliser une photographie de la population étudiée sur le CHU de Lille dans l'approche de l'épuisement professionnel. L'objectif de cette thèse est de déterminer la proportion de soignants considérés en épuisement professionnel en se basant sur les données du premier recueil d'informations de l'étude FairHealth au CHU de

Thibaut HENON

Lille. Les autres objectifs étaient d'étudier les interactions de ce score d'épuisement avec d'autres facteurs disponibles dans le premier questionnaire remis au personnel; et de s'intéresser aux liens avec la profession et le type de service.

## **MÉTHODOLOGIE**

Les répondants étaient des agents salariés ou stagiaires du CHU de Lille occupant les fonctions d'infirmier (IDE), aide soignant (AS), ou agent des services hospitaliers (ASH), travaillant dans le pôle médico-chirurgical et le pôle de spécialités médico-chirurgicales qui regroupent les services suivants : chirurgie générale et endocrinologique, unité médico-chirurgicale d'obésité sévère, chirurgie digestive et générale, consultations communes de chirurgie, unité de transplantation, chirurgie digestive et vasculaire, maladies de l'appareil digestif, endocrinologie, nutrition, soins continus, soins intensifs post-opératoires, blocs communs, urologie/néphrologie, urologie/andrologie, néphrologie, ORL, ophtalmologie et dermatologie.

Pour être inclus dans l'étude FairHealth, les agents devaient :

- donner leur consentement pour participer à l'étude,
- être âgés de 18 à 64 ans,
- comprendre le français parlé,
- occuper leur poste depuis plus de 6 mois,
- prévoir de rester a priori à leur poste actuel dans l'année à venir.

Les critères d'exclusion étaient les suivants :

- non volontaire pour l'étude,
- prévision de départ à la retraite dans l'année suivant le premier recueil,
- femmes enceintes,
- non compréhension du français parlé,
- agent exerçant une autre profession que IDE, AS ou ASH.

Thibaut HENON

La présente investigation est une étude épidémiologique transversale monocentrique. Elle est basée sur les données de l'étude multicentrique FairHealth qui repose sur un questionnaire dûment rempli par chaque agent participant.

Le projet FairHealth (5) réunit des chercheurs de diverses disciplines des sciences sociales et médicales afin de mieux comprendre les processus par lesquels les perceptions des salariés relatives à leur conditions de travail, en particulier la qualité des relations de management, peuvent conduire à des risques psychosociaux ou des troubles musculo-squelettiques au fil du temps. Ce projet repose en partie sur une étude quantitative prospective dont l'objectif est de suivre pendant deux ans trois mille salariés travaillant dans différentes régions de France au sein de divers secteurs d'activités : l'Occitanie, les Pays de la Loire, la Nouvelle Aquitaine et l'Île de France (un récapitulatif de la mise en œuvre du projet est présenté en annexe n°II).

Le projet a été présenté à différentes instances du CHU de Lille avant le début de l'enquête. Ainsi, les CHSCT, les chefs de pôle, les cadres supérieurs et les cadres ont été informés de la démarche.

Les agents travaillant comme personnels soignants (IDE, AS, ASH) se voyaient remettre un questionnaire de l'étude FairHealth. Ce questionnaire était remis soit directement en main propre des agents lors de passages dans les différents services, soit tenus à disposition des agents dans les salles de pauses, soit transmis via les agents et les cadres de santé de collègues à collègues.

Le questionnaire (annexe n°I) regroupait des questions intéressant des informations socio-

Thibaut HENON

démographiques et le type d'activité exercée au sein de l'hôpital (médecine ou chirurgie, consultation, type d'hospitalisation, type de plateau technique...) ainsi que les horaires de poste et s'il s'agit d'un travail à temps plein ou non ; un questionnaire de Siegrist permettant d'évaluer le déséquilibre entre les efforts fournis par l'agent et les récompenses ressenties au travail, ainsi que le surinvestissement (ici dans une version légèrement modifiée) ; une évaluation de la charge physique du travail ; le Maslach Burnout Inventory (MBI) qui permet d'évaluer l'épuisement professionnel selon trois dimensions; les conflits vie professionnelle/vie familiale, les conflits vie familiale/vie professionnelle ; une évaluation de la qualité du sommeil et ses retentissements ; les pratiques sportives et de loisirs ; les habitudes de vie ; les troubles musculo-squelettiques ; et des questions portant sur les arrêts de travail et sur leur raison. Une partie était également réservée à la rédaction libre permettant d'obtenir des renseignements et des détails complémentaires.

Les questionnaires remplis étaient renvoyés par courrier postal jusqu'à l'université de Toulouse où étaient centralisées les informations de l'étude FairHealth. Une base de données contenant les informations anonymisées nous a ensuite été transmise.

Plusieurs scores ont été calculés à partir de ce questionnaire :

Les questions issues du MBI ont permis de définir les différents degrés :

- ▶ d'épuisement émotionnel (élevé si la somme des 9 questions portant sur ce sujet est supérieure ou égale à 30),

Thibaut HENON

- ▶ de dépersonnalisation (élevée si la somme des 5 questions portant sur ce sujet est supérieure ou égale à 12),
  
- ▶ d'accomplissement personnel (faible si la somme des 8 questions portant sur ce sujet est inférieure ou égale à 32).

Un burnout était considéré sévère si l'agent présentait à la fois des degrés élevés d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation et un degré faible d'accomplissement personnel. Le burnout était considéré modéré si l'agent présentait un degré élevé d'épuisement émotionnel et soit un degré élevé de dépersonnalisation soit un degré faible d'accomplissement personnel.

Le questionnaire de Siegrist utilisé dans l'étude FairHealth a été interprété comme suit :

- ▶ un ratio effort/récompense supérieur à 1 était considéré comme un déséquilibre efforts/récompense
  
- ▶ on considérait qu'il existait un haut surinvestissement si ce dernier était au moins égal à 23 qui correspond au tertile supérieur.

Un trouble du sommeil était considéré important si un score de minimum 3/4 était présent sur au moins deux items sur les trois, ou alors un si un score de 4/4 était atteint sur au moins un item.

Un impact important des difficultés de sommeil était défini par une moyenne supérieure ou

Thibaut HENON

égale à 3/4 sur les quatre items portant sur ce sujet.

Un score d'empiétement vie professionnelle sur la vie personnelle était défini comme la moyenne des cinq questions sur cinq points portant sur ce domaine. Il était considéré positif si ce score était supérieur ou égal à 4.

L'Indice de Masse Corporelle (IMC) était calculé selon la formule

$$\text{IMC} = \text{poids}(\text{kg})/\text{taille}(\text{m})^2$$

Un surpoids était défini pour un IMC compris entre 25 et 30 kg/m<sup>2</sup>.

Une obésité était définie pour un IMC supérieur à 30 kg/m<sup>2</sup>.

Nous avons tout d'abord réalisé une étude descriptive des agents présentant un burnout modéré ou sévère. Puis, nous avons comparé les taux de burnout modéré et sévère avec les différentes variables telles que le sexe, l'âge, la pratique d'un sport, le statut tabagique, la consommation d'alcool, le surpoids et l'obésité, les troubles du sommeil et leur impact, l'empiétement de la vie professionnelle sur la vie personnelle, le déséquilibre efforts/récompense et le surinvestissement. Ces comparaisons avaient pour but de repérer si certains de ces paramètres pouvaient avoir une relation avec le burnout.

Une étude approfondie a ensuite été effectuée d'une part sur les personnes présentant un burnout (en faisant la séparation entre burnout sévère et modéré) afin d'en connaître certaines caractéristiques (métier, type de service, score de surinvestissement, score de troubles du sommeil, score d'impact des troubles du sommeil, score d'empiétement de la vie professionnelle sur la vie personnelle, ratio efforts/récompense) ; et d'une autre part

Thibaut HENON

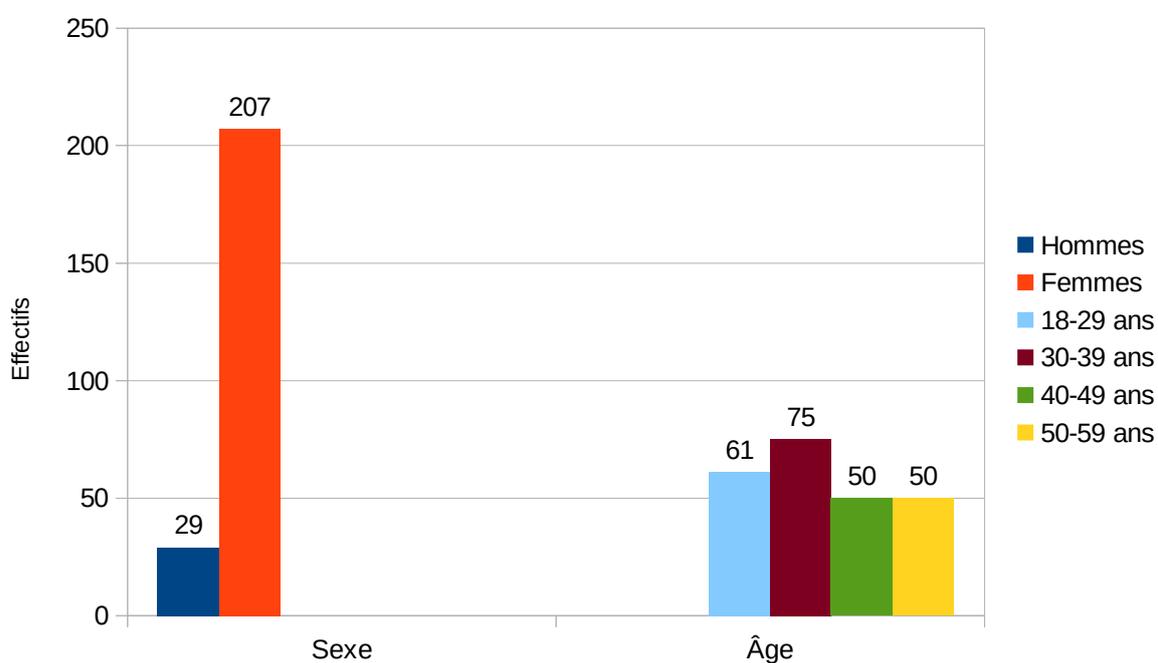
sur les populations d'AS et d'IDE selon les services d'activité médicale ou chirurgicale. Le but ici était de pouvoir mieux caractériser ces populations et de déterminer s'il existait des facteurs de risque spécifiques à certains métiers ou à un type d'activité.

Le logiciel utilisé était Epi Info 7. Les proportions statistiques ont été comparées en utilisant le test du khi deux lorsqu'il était réalisable, sinon le test exact de Fisher était utilisé si les effectifs étaient trop faibles.

## **RÉSULTATS**

### 1. Descriptif de la population étudiée

Les questionnaires ont été distribués du 22 octobre 2019 au 20 novembre 2019. Au total, 236 agents du personnel soignant ont répondu au questionnaire pour 700 questionnaires distribués, soit un taux de réponse de 34 %.



*Figure 1: Répartition de la population par sexe et par tranche d'âge*

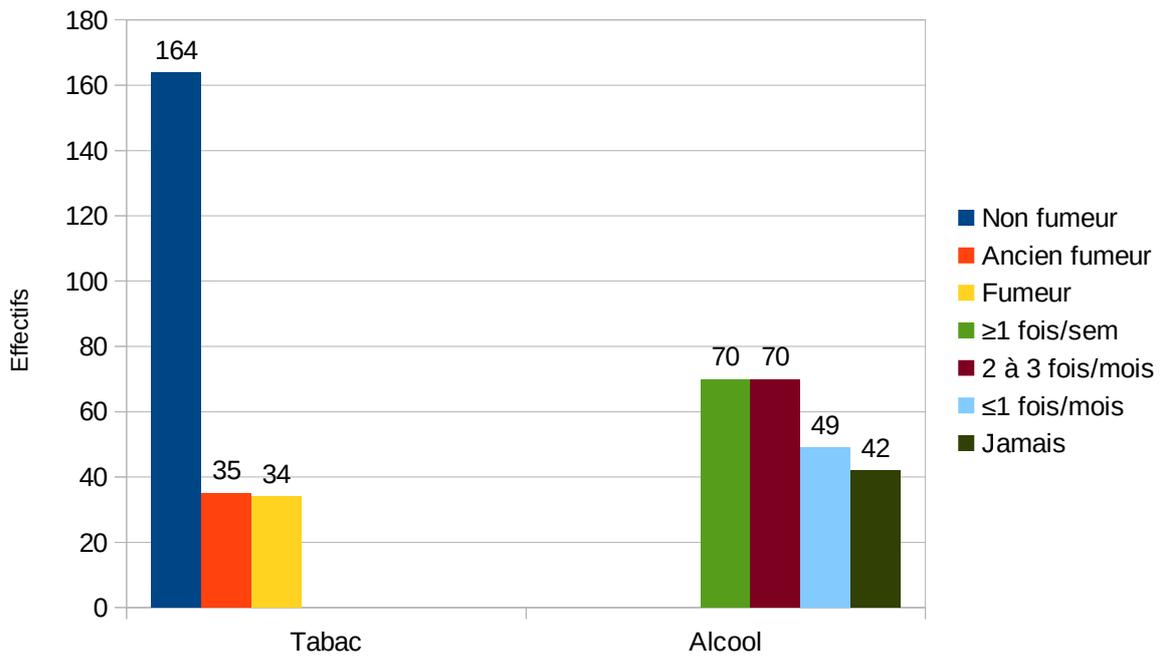


Figure 2: Répartition de la population selon les consommations de tabac et d'alcool

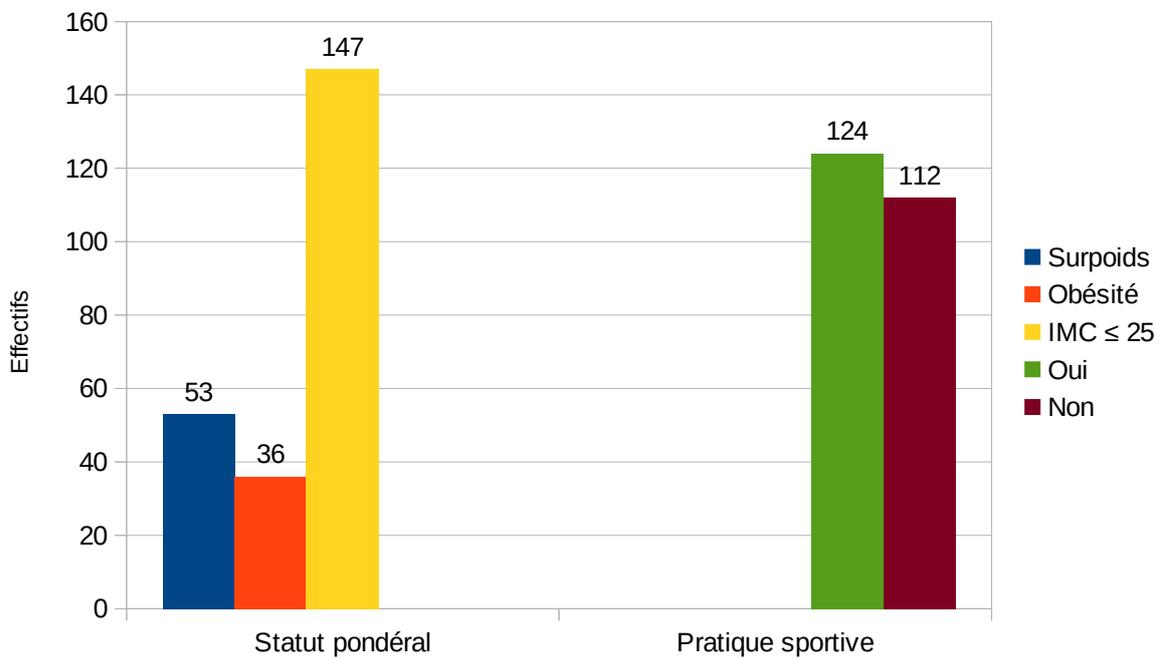


Figure 3: Répartition de la population par statut pondéral et par pratique sportive

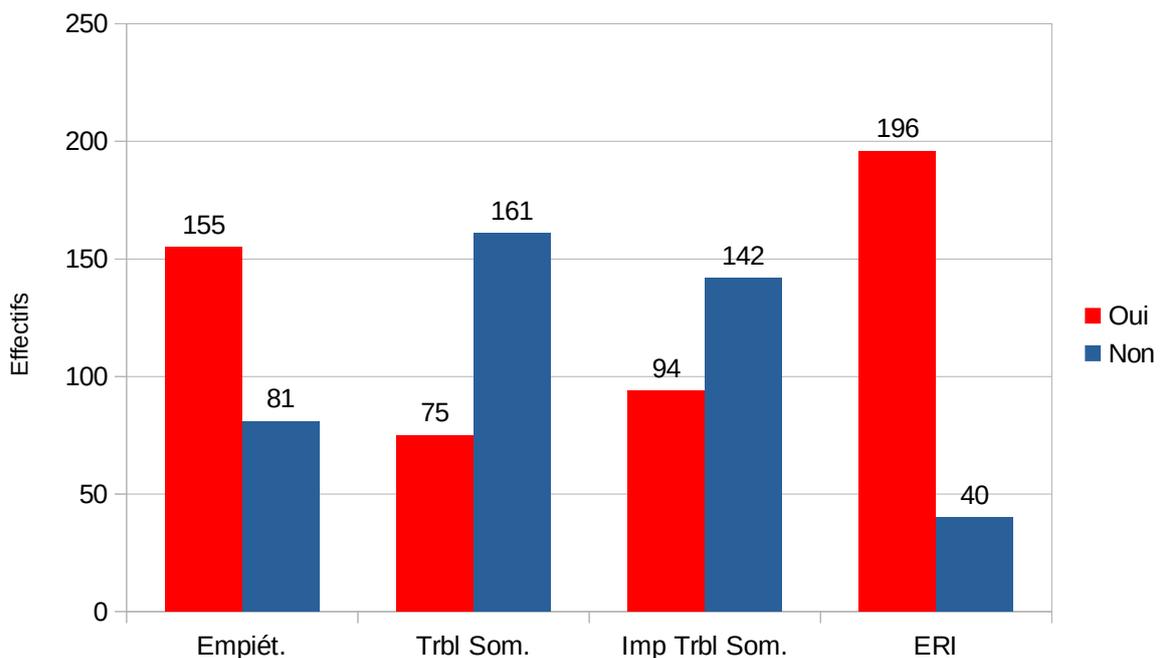


Figure 4: Répartition de la population selon les autres variables étudiées

*Empiét.* : Empiètement vie professionnelle sur vie personnelle

*Trbl Som.* : Troubles importants du sommeil

*Imp Trbl Som.* : Impact important des troubles du sommeil

*ERI* : Effort/Reward Imbalance : Déséquilibre Efforts/Récompense

Sur la population de 236 soignants étudiée, 87,7 % (n = 207) étaient des femmes. Cette population était âgée à 25,8 % (n = 61) entre 18 et 29 ans, à 31,8% (n = 75) entre 30 et 39 ans, à 21,2 % (n = 50) entre 40 et 49 ans et à 21,2 % (n = 50) entre 50 et 59 ans. 69,49 % (n = 164) des soignants n'avait jamais fumé, 14,83 % (n = 35) étaient des anciens fumeurs et 14,41 % (n = 34) étaient fumeurs. Concernant la consommation d'alcool, une consommation supérieure ou égale à 1 fois par semaine était retrouvée pour 29,66 % (n = 70) des soignants ; 2 à 3 fois par mois pour 29,66 % (n = 70) ; 1 fois par mois ou moins pour 20,76 % (n = 49) et jamais pour 17,8 % (n = 42) des soignants. Un surpoids était retrouvé chez 22,5 % (n = 53) des soignants, et une obésité chez 15,3 % (n = 36). 52,5 % (n = 124) des soignants pratiquait un sport. Un empiètement de la vie professionnelle sur la vie personnelle était retrouvé chez 65,7 % (n = 155) des personnes interrogées. Un trouble important du sommeil était caractérisé pour 31,8 % (n = 75) des soignants et un

Thibaut HENON

impact important des troubles du sommeil était présent pour 39,8 % (n = 94) d'entre eux. Un déséquilibre du ratio efforts/récompenses était présent pour 83,3 % (n = 196) des personnes interrogées. Le surinvestissement haut était défini pour un score correspondant au 3ème tertile, nous avons donc ici une proportion qui s'en rapproche, à savoir 35,2 % (n = 83).

## 2. Descriptif de la population en burnout

Dans notre échantillon on retrouvait 16,5 % (n = 39) de burnout modérés et 4,2 % (n = 10) de burnout sévère.

En détaillant les différents aspects du MBI, on trouvait un degré élevé d'épuisement émotionnel pour 32,2 % (n = 76) des participants, un degré élevé de dépersonnalisation pour 25 % (n = 59) des participants et un degré faible d'accomplissement personnel pour 32,2 % (n = 76) des participants. Les graphiques ci-dessous détaillent la répartition des différents degrés des trois dimensions du MBI et du burnout au sein de la population étudiée :

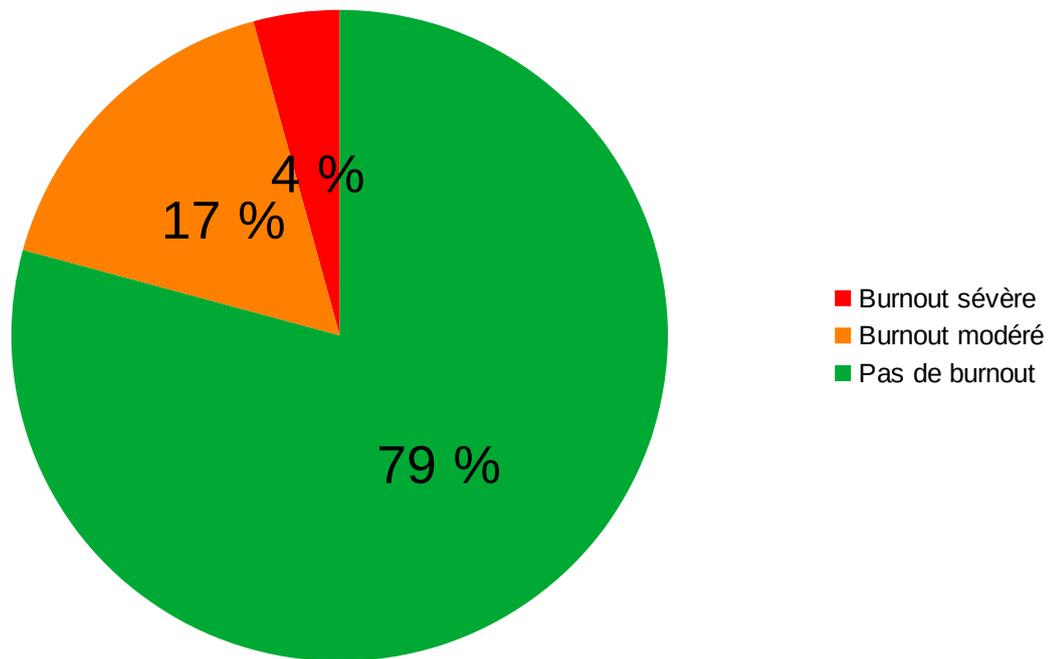


Figure 5: Proportion de burnout dans la population étudiée

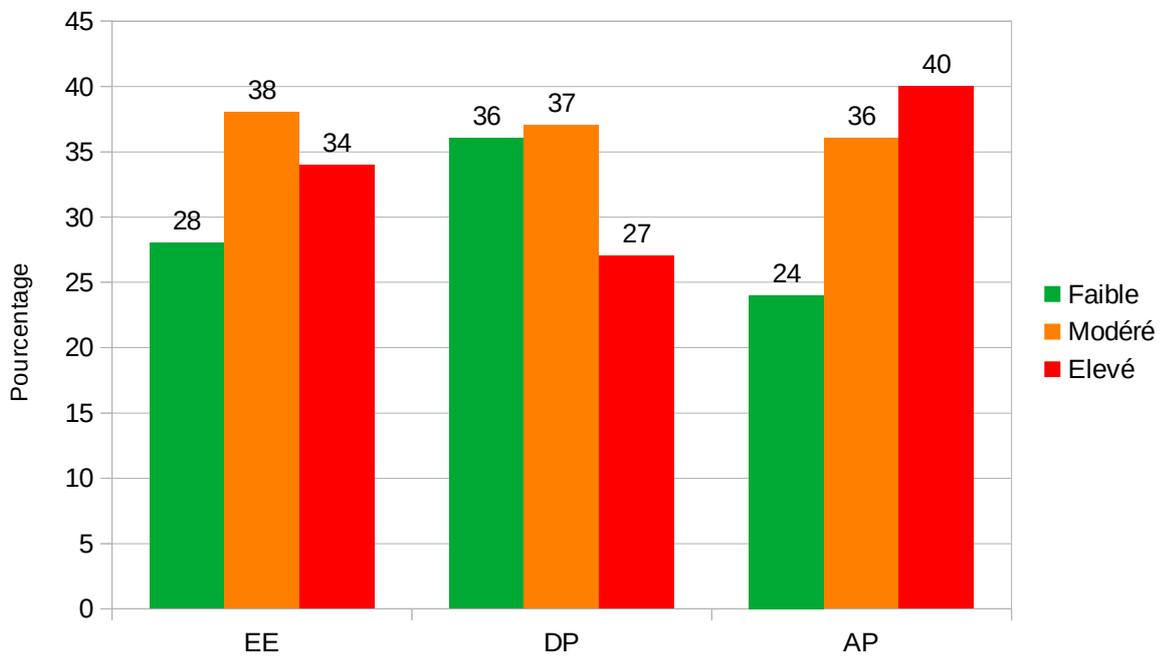


Figure 6: Degrés des trois dimensions du MBI dans la population étudiée

EE : épuisement émotionnel DP : dépersonnalisation AP : accomplissement personnel

Thibaut HENON

Si on s'intéressait spécifiquement aux dix agents en situation de burnout sévère, trois étaient des AS et sept des IDE.

Quatre travaillaient en service de chirurgie et six en service de médecine.

Le score moyen d'épuisement professionnel était de  $37,8 \pm 6,19$ . Le score moyen de dépersonnalisation était de  $15,6 \pm 0,55$  et le score moyen d'accomplissement personnel était de  $30,38 \pm 0,57$ . La moyenne du score de surinvestissement était de  $24,67 \pm 3,28$  (donc dans le troisième tertile, ce qui correspond à notre définition du surinvestissement haut). Le score de troubles du sommeil moyen était de  $6,1/12 \pm 3,57$ . Le score moyen d'impact des troubles du sommeil était de  $8,33/16 \pm 4,69$ . Le score moyen empiètement de la vie professionnelle sur la vie personnelle était de  $21,1/25 \pm 4,41$ . Le ratio efforts/récompense moyen était de  $2,01 \pm 0,42$ .

Pour ce qui est des 39 agents en situation de burnout modéré, il y avait un ASH (2,56%), 12 AS (30,77 %) et 26 IDE (66,67 %).

13 personnes (34 %) travaillaient dans un service de médecine, 24 personnes (60,5 %) dans un service de chirurgie et 2 personnes (5,26 %) dans un service mixte.

Le score moyen d'épuisement professionnel était de  $38,31 \pm 6,19$ , celui de dépersonnalisation était de  $13,35 \pm 5,22$  et celui d'accomplissement personnel de  $37,78 \pm 4,76$ . La moyenne du score du surinvestissement était de  $24,38 \pm 4,51$  (ici aussi dans le troisième tertile). Celle du score de troubles du sommeil était de  $6,43 \pm 2,95$ . La moyenne du score d'impact des troubles du sommeil était de  $9,61 \pm 3,52$  ; celle du score d'empiètement de la vie professionnelle sur la vie personnelle était de  $21,18 \pm 3,41$  et le ratio efforts/récompense était de  $2,13 \pm 0,76$ .

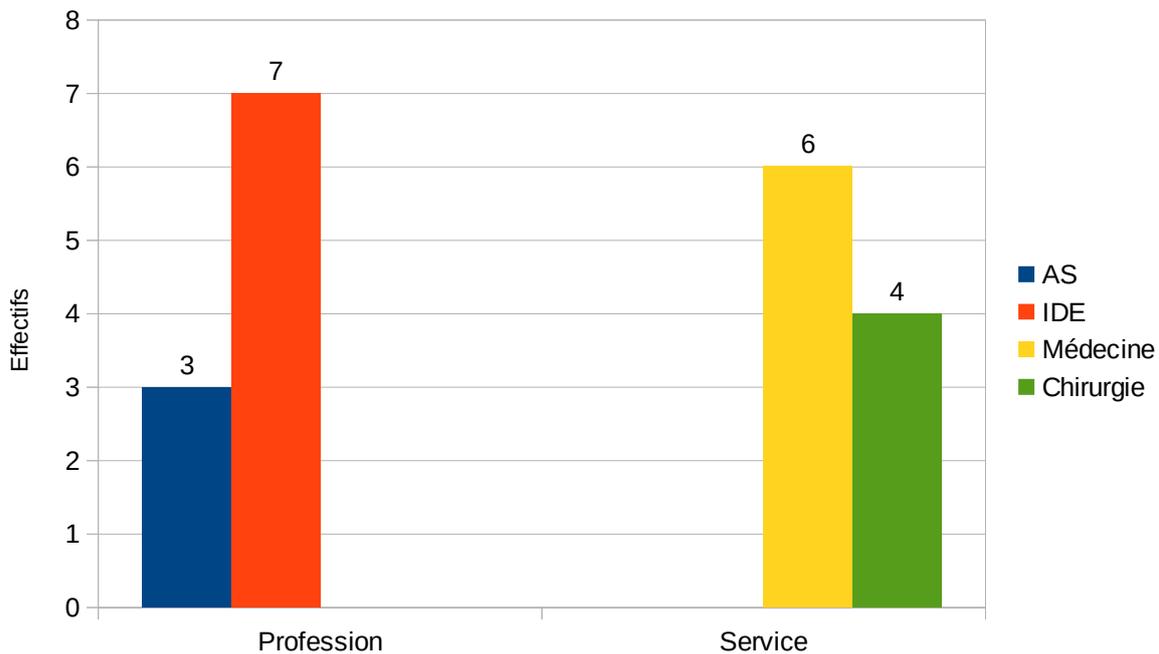


Figure 7: Répartition des burnout sévères selon la profession et le type de service

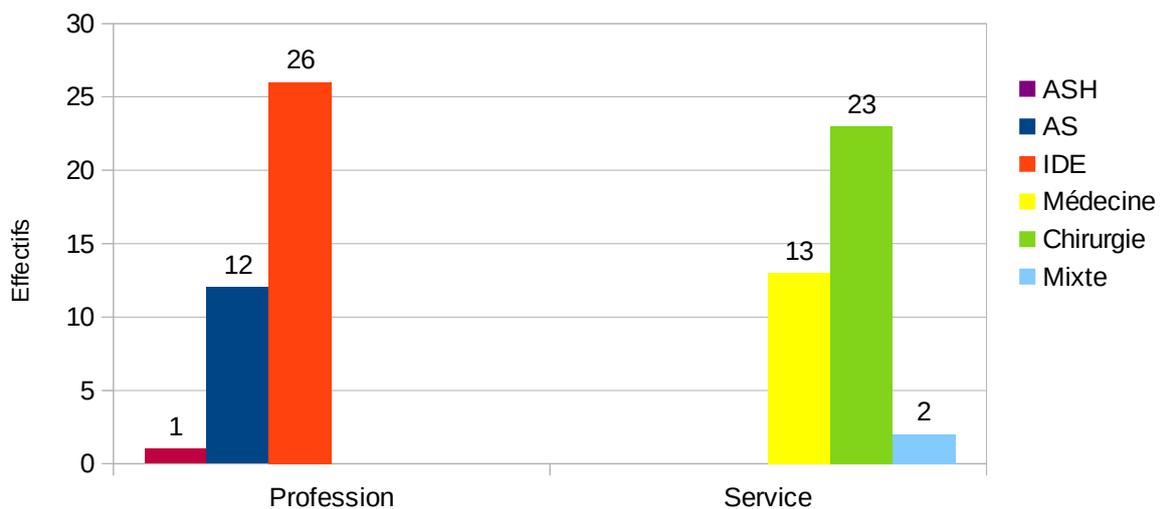


Figure 8: Répartition des burnout modérés selon la profession et le type de service

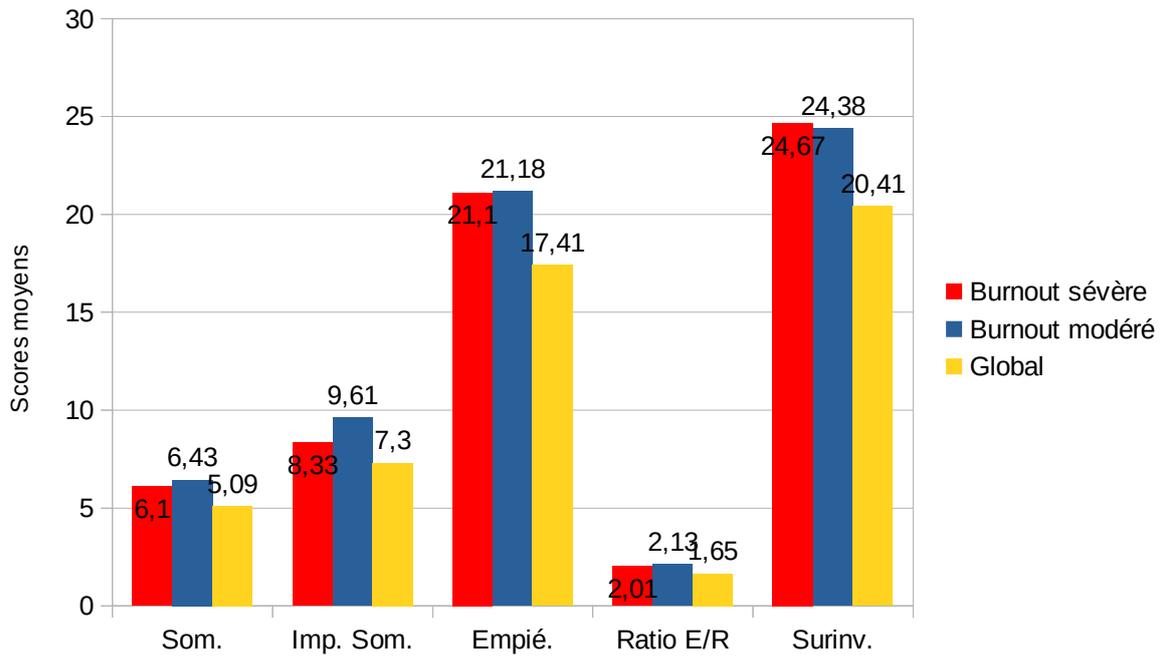


Figure 9: Moyennes des scores des variables étudiées selon le statut de burnout  
 Som. : Score de troubles du sommeil  
 Imp. Som. : Score d'impact des troubles du sommeil  
 Empié. : Score d'empiètement de la vie professionnelle sur la vie personnelle  
 Ratio E/R : Ratio Efforts/Récompenses  
 Surinv. : Surinvestissement

Voici ci-après les principales répartitions des caractéristiques étudiées et leur lien avec le burnout modéré ou sévère:

Tableau n°1 : caractéristiques démographiques des soignants étudiés selon le statut de burnout sévère ou modéré

Caractéristiques	Burnout sévère ou modéré		Total n= 236	Khi-deux	p
	Oui (n = 49 – 20,8%)	Non (n = 187 – 79,2 %)			
Sexe	Homme	5 – 10,2 %	24 – 12,8 %	0,249	0,618
	Femme	44 – 89,8 %	163 – 87,2 %		
Âge	18-29 ans	13 – 26,5 %	48 – 25,7 %	2,25	0,522
	30-39 ans	16 – 32,7 %	59 – 31,5 %		
	40-49 ans	7 – 14,3 %	43 – 23 %		
	50-59 ans	13 – 26,5 %	37 – 19,8 %		

Thibaut HENON

Une grande majorité des soignants interrogés sont des femmes et plus de la moitié de la population est âgée de moins de 40 ans. Cependant, de façon globale, ni le sexe ni l'âge ne semblent avoir d'incidence de manière significative sur le burnout sévère ou modéré.

Tableau n°2 : habitudes de vie des soignants étudiés selon le statut de burnout sévère ou modéré

Caractéristiques		Burnout sévère ou modéré		Total n= 236	Khi-deux*	p
		Oui (n = 49 – 20,8%)	Non (n = 187 – 79,2 %)			
Statut tabagique	Non fumeur	32 – 65,3 %	132 – 70,6 %	164 – 69,49 %	1,66	0,436
	Ancien fumeur	10 – 20,4 %	25 – 13,4 %	35 – 14,83 %		
	Fumeur	6 – 12,3 %	28 – 15 %	34 – 14,41 %		
	Non renseigné	1 – 2 %	2 – 1 %	3 – 1,27 %		
Consommation d'alcool	≥ 1 fois/semaine	17 – 34,7 %	53 – 28,3 %	70 – 29,66 %	3,66	0,3
	2-3 fois/mois	10 – 20,4 %	60 – 32 %	70 – 29,66 %		
	≤ 1 fois/mois	8 – 16,33 %	41 – 21,9 %	49 – 20,76 %		
	Jamais	11 – 22,45 %	31 – 16,6 %	42 – 17,8 %		
	Non renseigné	3 – 6,12 %	2 – 1 %	5 – 2,12 %		
Surpoids	Oui	9 – 18,4 %	44 – 23,5 %	53 – 22,5 %	0,594	0,441
	Non	40 – 81,6 %	143 – 76,5 %	183 – 77,5 %		
Obésité	Oui	7 – 14,3 %	29 – 15,5 %	36 – 15,3 %	0,045	0,832
	Non	42 – 85,7 %	158 – 84,5 %	200 – 84,7 %		
Sport	Oui	20 – 40,85 %	104 – 55,6 %	124 – 52,5 %	3,66	0,056
	Non	28 – 57,15 %	78 – 41,7 %	106 – 45 %		
	Non renseigné	1 – 2 %	5 – 2,7 %	6 – 2,5 %		

\* : test effectué sans tenir compte des données non renseignées

Une grande majorité des soignants étudiés n'a jamais fumé. Par ailleurs, plus de la moitié de la population consomme de l'alcool au moins plusieurs fois par mois. Une proportion non négligeable de soignants étudiés a des problèmes de poids. Plus de la moitié de l'effectif total pratique un sport de manière régulière. Cependant, aucune de ces habitudes de vie ne sont corrélées de manière significative avec le burnout sévère et modéré. Cependant l'activité physique semble être un facteur protecteur mais le résultat est à la limite de la significativité avec un p égal à 0,056.

Tableau n°3 : présence du travail sur la vie personnelle et troubles du sommeil des soignants étudiés selon le statut de burnout sévère ou modéré

Caractéristiques	Burnout sévère ou modéré		Total n= 236	Khi-deux	p
	Oui (n = 49 – 20,8%)	Non (n = 187 – 79,2 %)			
Empiètement vie professionnelle sur vie personnelle	Oui	43 – 87,8 %	155 – 65,7 %	13,371	< 0,001
	Non	6 – 12,2 %	75 – 40,1 %		
Trouble important du sommeil	Oui	22 – 44,9 %	75 – 31,8 %	4,909	0,027
	Non	27 – 55,1 %	134 – 71,7 %		
Impact important des troubles du sommeil	Oui	30 – 61,2 %	94 – 39,8 %	11,81	< 0,001
	Non	19 – 38,8 %	123 – 67,8 %		

Quasiment deux tiers des soignants étudiés considèrent que leur travail empiète sur leur vie privée. Par ailleurs, un tiers des soignants possède des troubles importants du sommeil selon nos critères. Un peu plus d'un tiers de cette population présente un impact important desdits troubles. Ces trois facteurs sont corrélés de façon significative au burnout sévère et modéré et peuvent être considérés comme des facteurs de risque de burnout au sein de cette étude.

Tableau n°4 : éléments obtenus à partir du questionnaire Siegrist pour les soignants étudiés selon le statut de burnout sévère ou modéré

Caractéristiques		Burnout sévère ou modéré		Total n= 236	Khi-deux	p
		Oui (n = 49 – 20,8%)	Non (n = 187 – 79,2 %)			
Déséquilibre effort/récompense	Oui	48 – 98 %	148 – 79,1 %	196 – 83,1 %	Fisher <sup>†</sup>	< 0,001
	Non	1 – 2 %	39 – 20,9 %	40 – 16,9 %		
Surinvestissement haut	Oui	34 – 69,4 %	49 – 26,2 %	83 – 35,2 %	31,757	< 0,001
	Non	15 – 30,6 %	138 – 73,8 %	153 – 64,8 %		

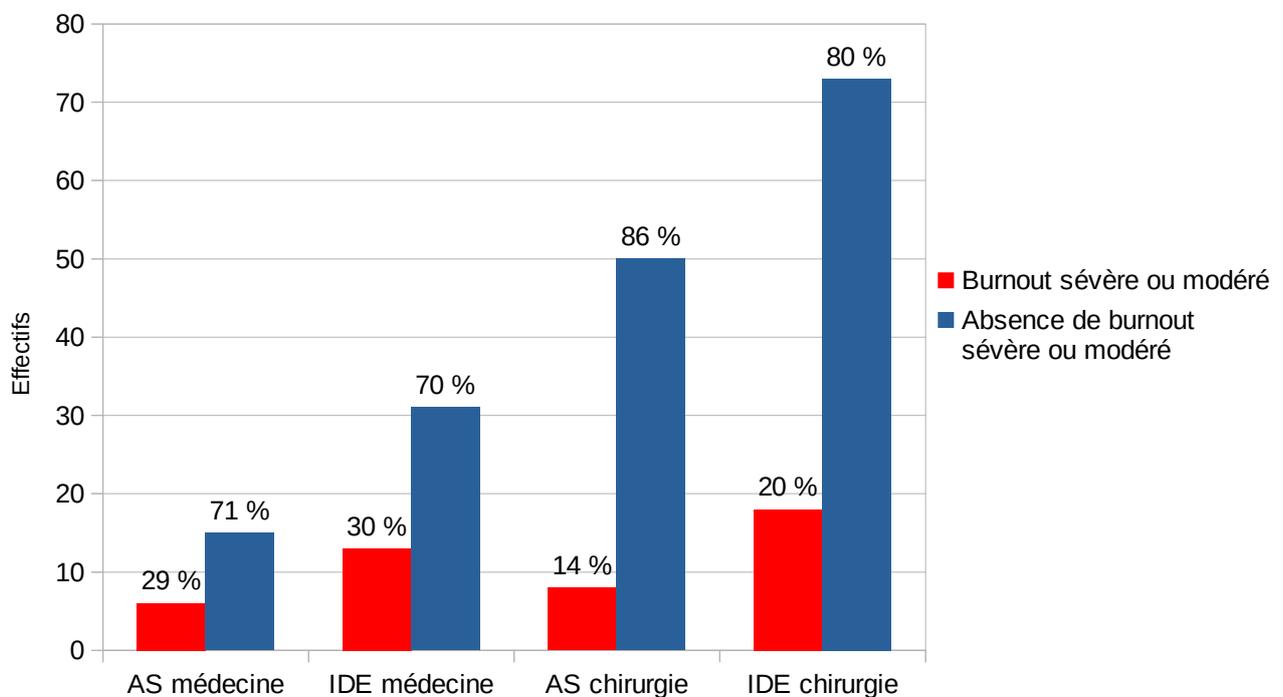
† : test de Fisher car effectif de moins de 5

Enfin, une grande majorité des soignants étudiés présente un déséquilibre ressenti entre les efforts fournis et les récompenses obtenues. Ceci est corrélé significativement au burnout sévère et modéré. Le fait d'être dans le dernier tertile du score de surinvestissement est également ici corrélé de manière significative avec le burnout sévère et modéré. Ces deux paramètres peuvent également être considérés comme des facteurs de risque de burnout dans cette étude.

Une première analyse générale a permis d'identifier que l'empiétement de la vie professionnelle sur la vie personnelle, la présence de troubles importants du sommeil, la présence d'impacts importants des troubles du sommeil, le déséquilibre efforts/récompenses et le surinvestissement haut sont liés significativement au burnout modéré et sévère.

### 3. Comparaison entre les différentes sous-populations

Dans la partie qui suit, nous nous sommes concentrés sur les populations des AS et IDE travaillant en chirurgie ou en médecine, afin d'objectiver s'il existait un ou des groupes plus à risque. La population d'ASH et les services mixtes disposaient de trop peu d'effectifs pour être représentatifs et n'ont donc pas bénéficié de cette analyse complémentaire.



*Figure 10: Proportion de burnout modéré ou sévère dans les sous-populations étudiées*

Il existait une plus grande proportion de burnout sévère ou modéré dans les services de médecine par rapport aux services de chirurgie. Pour un même service, les IDE avaient plus tendance à souffrir d'un burnout sévère ou modéré que les AS. Les IDE des services de médecine étaient les plus à risque d'être en burnout modéré ou sévère dans la population étudiée.

Tableau n°5 : répartition des différentes caractéristiques dans les 4 sous-populations étudiées

Caractéristiques	IDE Chirurgie	IDE Médecine	AS Chirurgie	AS Médecine
Sexe féminin	84 – 92,3 %	40 – 91 %	47 – 81 %	18 – 85,7 %
Âge ≥ 50 ans	18 – 19,8 %	6 – 13,6 %	14 – 24,1 %	8 – 38,1 %
Tabagisme actif	10 – 11 %	4 – 9 %	12 – 20,7 %	4 – 19 %
Consommation d'alcool	77 – 84,6 %	28 – 86,4 %	47 – 81 %	15 – 71,4 %
Surpoids	23 – 25,3 %	7 – 15,9 %	16 – 27,6 %	5 – 23,8 %
Obésité	13 – 14,3 %	9 – 20,5 %	8 – 13,8 %	4 – 19 %
Sport	57 – 62,6 %	21 – 47,7 %	29 – 50 %	10 – 47,6 %
Empiètement vie professionnelle sur vie personnelle	66 – 72,5 %	28 – 63,6 %	38 – 65,5 %	14 – 66,7 %
Troubles importants du sommeil	24 – 26,4 %	16 – 36,4 %	21 – 36,2 %	9 – 42,9 %
Impact important des troubles du sommeil	35 – 38,5 %	14 – 31,8 %	30 – 51,7 %	10 – 47,6 %
Déséquilibre effort/récompense	78 – 85,7 %	38 – 86,4 %	44 – 75,9 %	20 – 95,2 %
Surinvestissement haut	37 – 40,7 %	16 – 36,4 %	19 – 32,8 %	6 – 28,6 %

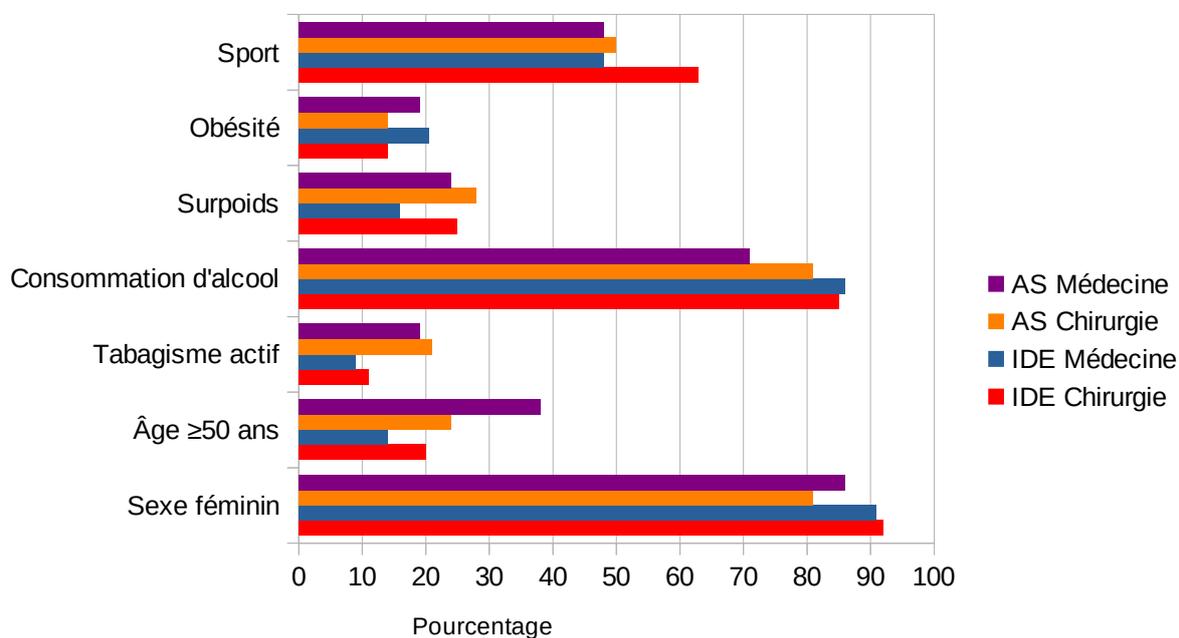


Figure 11: Comparaison des données épidémiologiques entre les 4 sous-populations étudiées

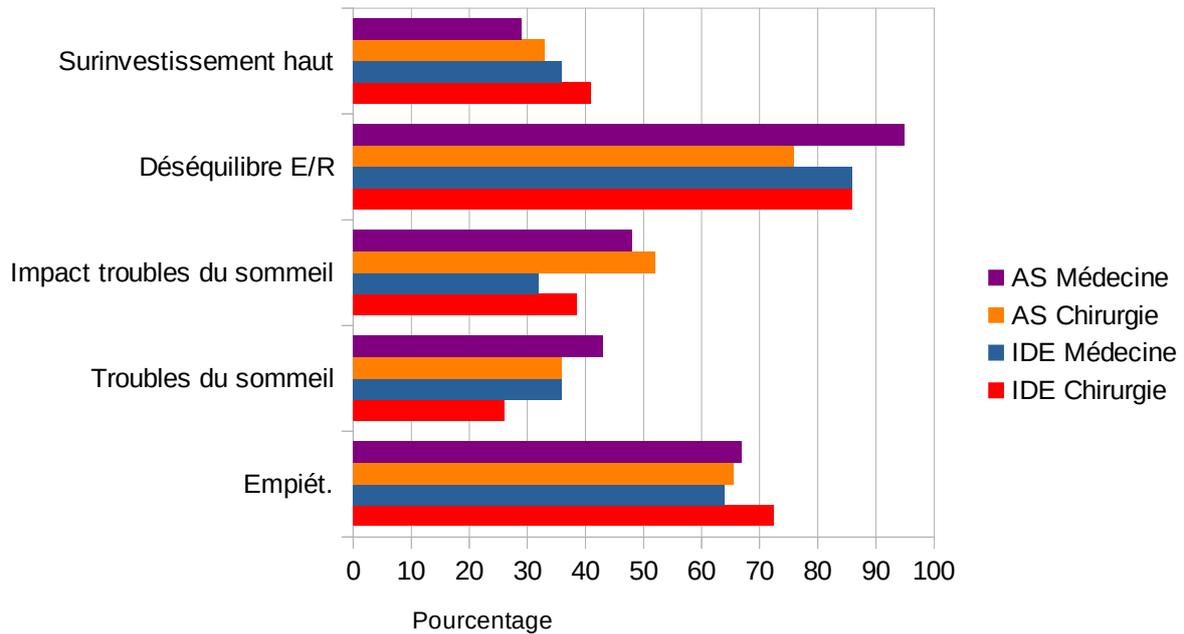


Figure 12: Comparaison des données liées à la souffrance au travail entre les 4 sous-populations étudiées

*Empiét.* : empiétement de la vie professionnelle sur la vie personnelle  
*Déséquilibre E/R* : déséquilibre efforts/récompense

La présence féminine était légèrement plus marquée chez les IDE que chez les AS. Les AS âgées de 50 ans et plus étaient en proportion plus élevée que les IDE. La proportion de fumeurs chez les AS était supérieure à deux fois celle des IDE. La consommation d'alcool prédominait légèrement chez les IDE par rapport aux AS de chirurgie. En revanche, les AS de médecine avaient une consommation en alcool plus faible que les trois autres sous-catégories. La surcharge pondérale restait plutôt comparable entre les groupes, mais la population d'IDE de médecine semblait avoir moins de personnes en surpoids et plus de personnes en obésité que dans les autres groupes. La pratique sportive prédominait chez les IDE de chirurgie, les trois autres sous-catégories étant relativement homogènes. L'empiétement de la vie professionnelle sur la vie personnelle

Thibaut HENON

variait peu entre les populations étudiées hormis chez les IDE de chirurgie où il prédominait. Les troubles importants du sommeil prédominaient chez les AS de médecine, et étaient les moins prépondérants chez les IDE de chirurgie. L'impact important des troubles du sommeil semblait plus présent parmi les AS, et à un degré moindre parmi les services de médecine. Le déséquilibre efforts/récompense était prépondérant parmi les AS de médecine, et le moins présent chez les AS de chirurgie. Cependant dans tous les cas ce taux restait extrêmement élevé, puisqu'il dépassait toujours les 75 %. Cela signifie qu'une grande majorité des professionnels de santé interrogés étaient en situation de déséquilibre ressenti entre les efforts fournis et les récompenses obtenues. Le surinvestissement était plus présent parmi les IDE, et de manière légèrement supérieure en chirurgie.

Des tests exacts de Fisher ont été réalisés pour chaque sous-catégorie étudiée. Les résultats significatifs sont discutés ci-après.

Tableau n°6 : comparaisons des différentes caractéristiques avec le statut de burnout parmi les AS de médecine

Comparaison des différentes caractéristiques selon le burnout chez les AS de médecine		Burnout modéré ou sévère			Test exact de Fisher unilatéral
		Oui n = 6 – 28,6 %	Non n = 15 – 71,4 %	Total n = 21 – 100 %	
Sexe	Oui	1	2	3 – 14,3 %	p = 0,658
	Non	5	13	18 – 85,7 %	
Âge ≥ 50 ans	Oui	5	3	8 – 38,1 %	<b>p = 0,014</b>
	Non	1	12	13 – 61,9 %	
Tabagisme actif	Oui	1	3	4 – 19 %	p = 0,684
	Non	5	12	17 – 81 %	
Consommation d'alcool	Oui	5	10	15 – 71,4 %	p = 0,424
	Non	1	5	6 – 28,6 %	
Surpoids	Oui	1	4	5 – 23,8 %	p = 0,55
	Non	5	11	16 – 71,2 %	
Obésité	Oui	0	4	4 – 19 %	p = 0,228
	Non	6	11	17 – 81 %	
Sport	Oui	3	7	10 – 47,6 %	p = 0,633
	Non	3	8	11 – 52,4 %	
Empiètement vie professionnelle sur vie personnelle	Oui	3	11	14 – 66,7 %	p = 0,299
	Non	3	4	7 – 33,3 %	
Troubles importants du sommeil	Oui	1	8	9 – 42,9 %	p = 0,148
	Non	5	7	12 – 57,1 %	
Impact important des troubles du sommeil	Oui	4	6	10 – 47,6 %	p = 0,268
	Non	2	9	11 – 52,4 %	
Déséquilibre efforts/récompense	Oui	6	14	20 – 95,2 %	p = 0,714
	Non	0	1	1 – 4,8 %	
Surinvestissement haut	Oui	3	3	6 – 28,6 %	p = 0,198
	Non	3	12	15 – 71,4 %	

Parmi la population des AS des services de médecine, le seul élément significatif retrouvé est l'âge de 50 ans et plus, qui semble ici être un facteur de risque de burnout modéré ou sévère (p = 0,014).

Tableau n°7 : comparaison des différentes caractéristiques avec le statut de burnout parmi les AS de chirurgie

Comparaison des différentes caractéristiques selon le burnout chez les AS de chirurgie		Burnout modéré ou sévère			Test exact de Fisher unilatéral
		Oui n = 8 – 18,8 %	Non n = 50 – 86,2 %	Total n = 58 – 100 %	
Sexe	Oui	2	9	11 – 19 %	p = 0,475
	Non	6	41	47 – 81 %	
Âge ≥ 50 ans	Oui	3	11	14 – 24,1 %	p = 0,293
	Non	5	39	44 – 75,9 %	
Tabagisme actif	Oui	1	11	12 – 20,7 %	p = 0,471
	Non	7	39	46 – 79,3 %	
Consommation d'alcool	Oui	5	42	47 – 81 %	p = 0,167
	Non	3	8	11 – 19 %	
Surpoids	Oui	1	15	16 – 27,6 %	p = 0,287
	Non	7	35	42 – 72,4 %	
Obésité	Oui	2	6	8 – 13,8 %	p = 0,303
	Non	6	44	50 – 86,2 %	
Sport	Oui	2	27	29 – 50 %	p = 0,126
	Non	6	23	29 – 50 %	
Empiètement vie professionnelle sur vie personnelle	Oui	7	31	38 – 65,5 %	p = 0,157
	Non	1	19	20 – 34,5 %	
Troubles importants du sommeil	Oui	4	17	21 – 36,2 %	p = 0,31
	Non	4	33	37 – 63,8 %	
Impact important des troubles du sommeil	Oui	6	24	30 – 51,7 %	p = 0,15
	Non	2	26	28 – 48,3 %	
Déséquilibre efforts/récompense	Oui	8	36	44 – 75,9 %	p = 0,092
	Non	0	14	14 – 24,1 %	
Surinvestissement haut	Oui	5	14	19 – 32,8 %	p = 0,067
	Non	3	36	39 – 67,2 %	

Pour ce qui est des AS des services de chirurgie, aucun des éléments testés ne semble avoir d'influence significative sur le statut de burnout modéré ou sévère.

Tableau n°8 : comparaison des différentes caractéristiques avec le statut de burnout parmi les IDE de médecine

Comparaison des différentes caractéristiques selon le burnout chez les IDE de médecine		Burnout modéré ou sévère			Test exact de Fisher unilatéral
		Oui n = 13 – 29,6 %	Non n = 31 – 70,4 %	Total n = 44 – 100 %	
Sexe	Oui	0	4	4 – 9 %	p = 0,232
	Non	13	27	40 – 81 %	
Âge ≥ 50 ans	Oui	1	5	6 – 13,6 %	p = 0,417
	Non	12	26	38 – 86,4 %	
Tabagisme actif	Oui	1	3	4 – 9 %	p = 0,662
	Non	12	28	40 – 81 %	
Consommation d'alcool	Oui	11	27	38 – 86,4 %	p = 0,583
	Non	2	4	6 – 13,6 %	
Surpoids	Oui	1	6	7 – 15,9 %	p = 0,318
	Non	12	25	37 – 84,1 %	
Obésité	Oui	2	7	9 – 20,5 %	p = 0,462
	Non	11	24	35 – 79,5 %	
Sport	Oui	6	15	21 – 47,7 %	p = 0,578
	Non	7	16	23 – 52,3 %	
Empiètement vie professionnelle sur vie personnelle	Oui	13	15	28 – 63,6 %	<b>p &lt; 0,001</b>
	Non	0	16	16 – 36,4 %	
Troubles importants du sommeil	Oui	8	8	16 – 36,4 %	<b>p = 0,029</b>
	Non	5	23	28 – 63,6 %	
Impact important des troubles du sommeil	Oui	8	6	14 – 31,8 %	<b>p = 0,009</b>
	Non	5	25	30 – 68,2 %	
Déséquilibre efforts/récompense	Oui	13	25	38 – 86,4 %	p = 0,104
	Non	0	6	6 – 13,6 %	
Surinvestissement haut	Oui	9	7	16 – 36,4 %	<b>p = 0,005</b>
	Non	4	24	28 – 63,6 %	

Pour les IDE des services de médecine, les troubles importants du sommeil ainsi que leur retentissement, s'il est important, sont corrélés de manière significative à l'existence d'un burnout modéré ou sévère (p respectivement égal à 0,029 et 0,009). Un empiètement de la vie professionnelle sur la vie personnelle ou un surinvestissement vont également dans ce sens (p respectivement inférieur à 0,001 et égal à 0,005). Le reste des éléments testés ne montrait pas de lien significatif avec le burnout modéré à sévère.

Tableau n°9 : comparaison des différentes caractéristiques avec le statut de burnout parmi les IDE de chirurgie

Comparaison des différentes caractéristiques selon le burnout chez les IDE de chirurgie		Burnout modéré ou sévère			Test exact de Fisher unilatéral
		Oui n = 18 – 19,8 %	Non n = 73 – 80,2 %	Total n = 91 – 100 %	
Sexe	Oui	1	6	7 – 7,7 %	p = 0,58
	Non	17	67	84 – 92,3 %	
Âge ≥ 50 ans	Oui	3	15	18 – 19,8 %	p = 0,501
	Non	15	58	73 – 80,2 %	
Tabagisme actif	Oui	3	7	10 – 11 %	p = 0,311
	Non	15	66	81 – 89 %	
Consommation d'alcool	Oui	14	63	77 – 84,6 %	p = 0,285
	Non	4	10	14 – 15,4 %	
Surpoids	Oui	5	18	23 – 25,3 %	p = 0,499
	Non	13	55	68 – 74,7 %	
Obésité	Oui	3	10	13 – 14,3 %	p = 0,498
	Non	15	63	78 – 85,7 %	
Sport	Oui	8	49	57 – 62,6 %	p = 0,067
	Non	10	24	34 – 37,4 %	
Empiètement vie professionnelle sur vie personnelle	Oui	17	49	66 – 72,5 %	<b>p = 0,015</b>
	Non	1	24	25 – 27,5 %	
Troubles importants du sommeil	Oui	7	17	24 – 26,4 %	p = 0,148
	Non	11	56	67 – 73,6 %	
Impact important des troubles du sommeil	Oui	10	25	35 – 38,5 %	p = 0,083
	Non	8	48	56 – 61,5 %	
Déséquilibre efforts/récompense	Oui	17	61	78 – 85,7 %	p = 0,218
	Non	1	12	13 – 14,3 %	
Surinvestissement haut	Oui	15	22	37 – 40,7 %	<b>p &lt; 0,001</b>
	Non	3	51	54 – 59,3 %	

Pour les IDE des services de chirurgie, on retrouve à nouveau les notions d'empiètement de la vie professionnelle sur la vie personnelle et de surinvestissement, qui sont là encore corrélées de manière significative au burnout modéré à sévère (p respectivement égal à 0,015 et inférieur à 0,001). Le reste des éléments testés n'a pas fait preuve de significativité.

## **DISCUSSION**

Dans cette étude, 16,5 % du personnel soignant présentait des signes de burnout modéré et 4,2 % présentait des signes de burnout sévère. 32,2 % des participants présentaient un degré élevé d'épuisement émotionnel, 25 % un degré élevé de dépersonnalisation et 32,2 % un degré faible d'accomplissement personnel. Dans la littérature, Bridgeman et al. ont réalisé une revue de la littérature sur le burnout et le personnel soignant qui détaillait que selon la Agency for Healthcare Research and Quality, 10 à 70 % des IDE seraient touchées par le burnout contre 30 à 50 % pour les médecins (6). Aloulou et al. montraient en 2013 que le personnel infirmier de deux hôpitaux tunisiens présentait 45,8 % de fort épuisement émotionnel, 36,6 % de forte dépersonnalisation et 22,5 % de faible développement personnel. La prévalence du burnout était alors de 69 % dans la population mais un seul degré élevé parmi les trois dimensions suffisait à caractériser un burnout dans cette étude (7). Ahmed et al. trouvaient un taux d'épuisement émotionnel de 13,3 % chez le personnel non médical d'un service d'anesthésie du CHU de Limoges (8). Geuens et al. en 2020 ont étudié une population d'infirmiers belges et ont montré un degré élevé d'épuisement émotionnel pour 22 % de la population, un degré élevé de dépersonnalisation pour 22 % et un degré faible d'accomplissement personnel pour 25 %. Le burnout était défini comme la réunion des 3 dimensions aux degrés les plus critiques (l'équivalent de notre définition du burnout sévère) et avait une incidence de 7 %. La population à haut risque de burnout correspondait à nos critères de burnout modéré et son incidence était de 9 % (9). Sillero et al. ont étudié les infirmiers de bloc espagnols et ont montré que 25 % d'entre eux présentaient un épuisement émotionnel fort, 10 % une dépersonnalisation forte et 21 % un accomplissement personnel faible. Le burnout sévère

Thibaut HENON

était défini comme la présence de deux dimensions avec un degré important (ou faible pour l'accomplissement personnel) ce qui se rapproche de notre définition du burnout modéré. Son incidence était de 6 %. Leur définition du burnout modéré était la présence de deux dimensions de degrés moyens ou d'un degré différent pour chaque dimension. Son incidence était alors de 47 % (10). Sturzu et al. ont étudié le burnout au sein du personnel soignant psychiatrique de Moselle. Un burnout élevé était retrouvé pour 4,6 % des participants et un burnout modéré pour 17,8 % de ceux-ci. Le burnout élevé était défini par la présence d'un épuisement émotionnel et d'une dépersonnalisation élevés associés à un accomplissement personnel faible. Le burnout modéré était défini par la présence d'un épuisement émotionnel élevé et soit d'une dépersonnalisation élevée soit d'un accomplissement personnel faible. Les critères étaient donc les mêmes que dans notre analyse (11).

Pour notre étude les chiffres obtenus sont donc du même ordre de grandeur que le reste de la littérature scientifique, et ils ont tendance à être plus élevés en ce qui concerne les trois dimensions du MBI et l'incidence du burnout modéré. On peut résumer en affirmant qu'il existe une part non négligeable (environ 1 personne sur 5) de la population de soignants des 2 pôles étudiés qui présente au minimum des signes importants d'épuisement émotionnel et soit de dépersonnalisation forte soit d'accomplissement personnel faible.

Cette étude montre que plusieurs facteurs de risques semblent exister concernant le burnout mis en évidence par le MBI chez le personnel soignant. Il s'agit du ressenti de l'empiètement de la vie professionnelle sur la vie personnelle, de la présence d'un trouble

Thibaut HENON

important du sommeil et de son impact important. On retrouve également deux facteurs de risque bien identifiés dans la littérature qui sont le déséquilibre efforts/récompenses et le surinvestissement (12–14). La pratique sportive apparaît comme un facteur protecteur mais est ici à la limite de la significativité, sans doute par manque de puissance.

Les rôles du déséquilibre efforts/récompense et du surinvestissement ont été étudiés par de nombreux travaux. Weyers et al. ont montré que le déséquilibre efforts/récompense et le surinvestissement étaient corrélés de façon significative à une mauvaise perception de sa propre santé parmi les IDE et AS. Plus précisément, le déséquilibre efforts/récompense était corrélé à la sensation de manque de vitalité, au faible bien-être psychosocial, à des troubles gastro-intestinaux, cardiovasculaires et musculo-squelettiques. Le surinvestissement était corrélé uniquement au faible bien-être psychosocial et au troubles gastro-intestinaux et cardiovasculaires (15). Ota et al. ont cherché à déterminer s'il existait une différence de taux de cortisol et de déshydroépiandrostenedione (DHEA) salivaire selon le déséquilibre efforts/récompense et le surinvestissement chez des professeurs d'écoles d'infirmières. Aucun résultat n'était significatif, mais les auteurs expliquent ce résultat par des ratios effort/récompense relativement peu élevés, et par le fait que le stress chronique est sans doute moins enclin à générer des pics de cortisol et de DHEA qu'un stress aigu (16). Wang et al. ont étudié la relation entre plusieurs paramètres caractérisant les risques psychosociaux chez les enseignants de primaire et secondaire d'une province de Chine. Ils ont ainsi pu mettre en évidence une corrélation positive entre le score d'épuisement professionnel, le score d'efforts et celui de surinvestissement. Un lien positif existait entre le score de dépersonnalisation et celui de surinvestissement, et une relation inverse existait avec le score de récompense. L'accomplissement personnel

Thibaut HENON

était corrélé positivement avec le score de récompense (17). Siegrist et al. ont réalisé une revue de la littérature centré sur le surinvestissement et ses effets sur la santé, et son interaction avec les effets des score d'efforts, de récompenses ou de leur ratio. Certaines associations significatives ont ainsi pu être montrées avec le surinvestissement, il s'agit de : la tension artérielle, l'asthénie, l'insomnie, la sténose coronaire et sa récurrence, la dyspepsie, la glycémie, le taux de fibrinogène plasmatique, la dyslipidémie, l'épaississement entre l'intima et la média carotidienne, le taux de cortisol salivaire ou plasmatique, l'activité sympathique cardiaque ambulatoire et la CRP. Par ailleurs, le surinvestissement était associé négativement et de manière significative avec : la variabilité de la fréquence cardiaque, la fibrinolyse plasmatique, la coagulation plasmatique, le taux de lymphocytes T et NK, le taux d'ACTH plasmatique, de cortisol plasmatique et salivaire (selon les études cette dernière corrélation est donc soit positive soit négative). Enfin, le surinvestissement a un effet modérateur sur les relations du déséquilibre efforts/récompense avec : la santé physique, l'hypertension artérielle, la maladie coronaire, la santé mentale, l'épuisement émotionnel, la performance au travail, le burnout, les symptômes dépressifs, la satisfaction au travail, le turnover, l'anxiété, la dépression, le bien-être mental, la santé perçue et les somatisations (18). Van der Heijden et al. montraient que le surinvestissement semblait partiellement influencer sur les relations entre le bien-être au travail des IDE et la qualité du management et le soutien social du superviseur et des collègues. Par ailleurs, ces trois derniers paramètres étaient corrélés négativement avec le score de surinvestissement (19). Riedel et al. se sont intéressés à la relation entre le déséquilibre efforts/récompense et les fonctions cognitives. Ils ont ainsi pu montrer qu'il existait une relation individuelle et combinée de l'effort et de la récompense sur la vitesse de perception, mais il n'y avait pas de lien significatif avec le

Thibaut HENON

surinvestissement. L'association effort important/forte récompense était liée à une meilleure fluence verbale (20). Araùjo et al. ont étudié l'association entre dépression, ratio effort/récompense et surinvestissement dans une cohorte de travailleurs publics. Un lien significatif était retrouvé entre la dépression, le quatrième quartile du score d'efforts, le quatrième quartile du score de surinvestissement et le premier quartile du score de récompenses. Une association significative était également retrouvée entre dépression et le ratio effort/récompense. Il n'y avait pas d'effet multiplicatif entre le déséquilibre efforts/récompense et le surinvestissement, mais il existait un effet supérieur à un simple effet additif sur la dépression (21).

L'empiétement de la vie professionnelle sur la vie personnelle est un facteur de risque car on peut aisément imaginer qu'un tel déséquilibre puisse entraîner une fatigue émotionnelle importante, tout en retirant du temps personnel et familial à la personne, temps qui lui est nécessaire pour se reposer et garantir son équilibre mental et émotionnel. Navajas-Romero et al. ont étudié l'équilibre vie privée/vie professionnelle au sein d'une cohorte d'IDE de différents pays d'Europe. Cet équilibre semble être influencé par la demande physique au travail mais pas par la demande psychologique. La demande psychologique semble être modérée par le contrôle sur son travail, et la demande physique par le soutien du superviseur (mais pas des collègues) (22).

Les troubles du sommeil et leurs impacts sont les autres facteurs corrélés au burnout identifiés dans cette étude. La présence de troubles du sommeil ainsi que leurs conséquences n'est pas étonnante dans une population soumise au burnout (23–25), étant donné l'anxiété et les ruminations qui peuvent être présentes et insomniantes le cas

Thibaut HENON

échéant. La planification de sa journée du lendemain peut également jouer un rôle. Il peut cependant être délicat de distinguer la cause et la conséquence, car une personne fatiguée durant son travail peut tout à fait se retrouver dans un état mental favorable à l'apparition d'un épuisement professionnel. La perturbation du sommeil peut également influencer sur des paramètres hormonaux ou biologiques. Metlaine et al. se sont ainsi intéressés au lien entre le burnout, les troubles du sommeil et certains paramètres biologiques. Ils ont pu montrer un lien entre le burnout et le contrôle de son travail (issu du modèle de Karasek), les hauts niveaux d'anxiété et les troubles du sommeil apparentés à l'insomnie. De plus, une hémoglobine glyquée supérieure à 3,5 % était fortement corrélée à l'épuisement émotionnel et à la dépersonnalisation. Le burnout était également corrélé avec la glycémie, la CRP, le cholestérol total et la 25-hydroxy-vitamine D (26).

La consommation de tabac n'était pas retrouvée comme facteur de risque de burnout. Dans notre étude, 14 % de la population se disait « fumeur ». D'après Santé Publique France, en 2019 la population de fumeurs réguliers était de 24 % (27). La population de soignants du CHU de Lille consomme donc en moyenne moins de tabac que la population générale. En revanche, si on s'attarde sur les 4 sous-populations étudiées, on constate que les AS ont une proportion de fumeurs qui se rapproche de la population générale avec 20,7 % pour les AS de chirurgie et 19 % pour les AS de médecine. La population d'IDE consomme peu de tabac par rapport à la population générale, avec des taux respectivement pour la chirurgie et la médecine de 11 % et 9 %.

Pour ce qui est de l'alcool, les données de Santé Publique France de 2017 montraient que 8,1 % des personnes âgées de 18 à 75 ans étaient abstinentes. 27,2 % consommaient de

Thibaut HENON

l'alcool moins d'une fois par mois et 19,3 % en consommaient plus d'une fois par mois mais moins d'une fois par semaine. 25 % en consommaient une à trois fois par semaine et 5,1 % en consommaient quatre à six fois par semaine. 10 % de la population consommait de l'alcool tous les jours (28). Dans notre étude, de manière globale 18 % des soignants étaient abstinents à l'alcool. 21 % consommaient de l'alcool 1 fois par mois ou moins, 30 % en consommaient 2 à 4 fois par mois et 30 % en consommaient au moins une fois par semaine. On voit donc que la population étudiée ici possède une plus grande proportion de personnes abstinentes à l'alcool (18 % vs 8,1%), mais également une plus grande proportion de consommateurs plusieurs semaines par mois (30 % vs 19,3%). Si l'on additionne les consommateurs d'au moins une fois par semaine dans les données de Santé Publique France, on arrive à un pourcentage de 40,1 %, qui est inférieur au pourcentage dans notre étude qui est de 30 %. Toujours selon Santé Publique France, en 2017, 86,5 % des français de 18 à 75 ans ont consommé de l'alcool dans les 12 derniers mois (28). Dans notre étude, ce chiffre n'était que de 80,1 % de manière globale. En s'intéressant aux sous-populations, la consommation d'alcool toutes fréquences était de 84,6 % et 86,4% pour les IDE de chirurgie et de médecine, respectivement, se rapprochant ainsi de la population générale. En revanche, les AS avaient consommé de l'alcool (toute fréquence confondue) dans 81 % des cas en chirurgie et dans 71,4 % des cas en médecine, étant donc en dessous de la moyenne nationale, particulièrement pour les AS de médecine.

Dans l'analyse du personnel présentant un burnout sévère, on constate qu'il s'agit préférentiellement d'IDE, et qu'il semble y avoir une légère prédominance pour les services à l'activité de médecine. Étonnamment, la moyenne des scores portant sur le

Thibaut HENON

sommeil reste modérément élevée. En revanche, ces personnes présentent un surinvestissement haut et un empiétement de la vie professionnelle sur la vie personnelle bien marqué. On pourrait avancer que le métier d'IDE et les services de médecine sont plus propices au surinvestissement et aux heures supplémentaires au détriment de sa vie personnelle.

Nos résultats par métier et par type de service, objectivent que les AS sont globalement plus âgées, et consomment plus de de tabac que les IDE. De plus, elles ont tendance à faire légèrement moins d'activité physique et sont plus sujettes aux impacts des troubles du sommeil, et aux troubles du sommeil en eux-mêmes pour les AS de médecine qui ont également le ratio effort/récompense le plus déséquilibré. En revanche, les IDE sont plus sujettes au surinvestissement.

Au final , parmi les AS de médecine, il existe une prépondérance aux différents facteurs de risques cités précédemment. Le burnout est proportionnellement bien plus présent chez les AS de médecine que chez celles de chirurgie. Cependant, seul l'âge de plus de 50 ans semble être significativement corrélé au burnout parmi les AS de médecine. Ceci vient peut-être d'un manque de puissance, l'effectif total d'AS de médecine n'étant que de 28 personnes. Il est également possible que ce résultat concernant l'âge soit lié au hasard, car il n'est pas retrouvé dans les autres catégories qui ont pourtant des effectifs plus importants. Hybels et al. ont montré que la dépression, le burnout, l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation avaient tendance à être plus faibles chez les personnes de plus de 55 ans, et que l'accomplissement personnel avait tendance à être plus haut (29) . Diekmann et al. ont obtenu des résultats indiquant qu'un âge plus avancé

Thibaut HENON

était corrélé avec un surinvestissement plus important (30) . Pour Vevodova et al., l'âge est corrélé négativement à l'épuisement émotionnel, mais pas à la dépersonnalisation ni à l'accomplissement personnel (31). La littérature ne semble pas montrer de corrélation positive entre un âge avancé et le burnout ; mais un lien semble exister avec le surinvestissement.

Les AS de chirurgie bénéficient de la plus petite proportion de burnout, ce qui explique peut-être qu'aucun paramètre ne soit revenu significatif pour cette population vis-à-vis du burnout.

Chez les IDE de médecine, qui possèdent le taux le plus important de burnout parmi les sous-populations étudiées, on retrouve un lien significatif entre les troubles du sommeil, leur fort impact, l'empiètement de la vie professionnelle sur la vie personnelle et le surinvestissement. Étant donné qu'il s'agit de la seule population ayant des corrélations significatives en lien avec le sommeil, une attention particulière sur ce point pourrait être apportée via l'interrogatoire ou un questionnaire comme celui d'Epworth.

Enfin, pour les IDE de chirurgie, on retrouve encore l'empiètement de la vie professionnelle sur la vie personnelle et le surinvestissement, qui sont donc communs aux deux populations d'IDE. Une recherche de ces facteurs à l'interrogatoire pourrait permettre de détecter précocement un burnout naissant et permettre d'éviter son installation.

Dans la littérature, des études sur une population similaire à la nôtre ont déjà été menées. L'étude ORSOSA a permis une évaluation des contraintes psycho-sociales et

Thibaut HENON

organisationnelles et des contraintes mécaniques dans une population de 4350 IDE, AS et cadres de 210 unités fonctionnelles (UF) de 7 CHU français dont Lille (32). Hariri et al. se sont intéressés à la population d'IDE et d'AS de Lille incluse dans ORSOSA. Les AS étaient plus âgées et davantage en surpoids que les IDE, et ont retrouvé plus de symptômes dépressifs parmi les AS (39,1%) que parmi les IDE (26,1%) (33). Bonneterre et al. ont décrit parmi les IDE et AS de la cohorte ORSOSA un lien entre dépression et mauvaises relation de travail sans que le déséquilibre efforts/récompense n'intervienne. En revanche, le lien entre dépression et le manque de communication n'était plus significatif après ajustement sur ce déséquilibre. Par ailleurs, il existait un lien entre ce déséquilibre et le sous-effectif et le non respect des congés (34). Lamy et al. se sont interrogés sur le lien entre les contraintes psycho-sociales et organisationnelles, la dépression et le déséquilibre efforts/récompense au sein de la cohorte ORSOSA. L'ajustement sur le déséquilibre efforts/récompense diminuait l'effet des mauvaises relations avec le supérieur hiérarchique avec la dépression, et faisait disparaître la significativité des interruptions lors de son travail avec la dépression (35).

Cette étude tire sa force de la population étudiée, qui est variée étant donné qu'elle travaille dans des services différents avec leur organisation propre. Notre population comporte les principales catégories de personnel soignant travaillant en centre hospitalier universitaire.

Les investigations principales reposent sur le MBI, un outil validé par la littérature et fréquemment utilisé (36,37). Ceci permet des comparaisons avec d'autres études portant sur le personnel soignant. En développant davantage, la prévalence de 20,8 % de burnout

Thibaut HENON

modéré et sévère parmi le personnel soignant serait un argument supplémentaire pour promouvoir la prévention des RPS au sein de l'hôpital.

De plus, les différents paramètres ayant été explorés ont permis de constater certaines corrélations qui peuvent fournir des pistes à surveiller et à rechercher lors de l'interrogatoire du suivi de santé de ce personnel, pour s'assurer des facteurs de risque d'épuisement professionnel.

Une des limites de cette étude est de se baser sur les agents qui travaillent uniquement dans certains services du CHU de Lille. Il est possible que les méthodes managériales diffèrent entre les différents pôles comme elles diffèrent entre les différents services et que la population étudiée ne soit pas représentative de l'ensemble de la population de personnel soignant du CHU de Lille, et encore moins de la population de personnel soignant en général.

Nous n'avons étudié ici que les populations d'IDE, AS et ASH. Les médecins étaient volontairement exclus, car leur pratique et leur hiérarchie diffèrent de celle des autres personnels soignants puisqu'ils ne dépendent pas directement de leur cadre de santé. Il existe d'autres professions qui auraient pu susciter notre intérêt comme les kinésithérapeutes, les brancardiers ou les cadres de santé. Ceci peut constituer un biais de recrutement.

Le taux de participation n'a au final été que de 34 % dans cette première partie de l'étude FairHealth. On peut alors légitimement se demander si les soignants ayant répondu à

Thibaut HENON

cette étude n'étaient pas ceux qui ressentait le plus le besoin de s'exprimer sur certains problèmes qu'ils rencontraient à leur travail, réalisant de ce fait un biais de sélection lié au volontariat.

De plus, le recueil transversal des données est sans doute insuffisant pour refléter la réalité, les situations à risque d'épuisement professionnel et de RPS de manière générale pouvant se modifier dans le temps. Un suivi longitudinal serait à privilégier pour les études ultérieures afin de mieux évaluer les fluctuations des paramètres au fil du temps. On pourrait également déterminer si le changement dans certaines habitudes de vies modifie significativement le score de burnout.

Les agents travaillant dans un milieu de spécialité médico-chirurgicale ont pu ne pas savoir vers quelle activité se déclarer pour la mention du questionnaire portant sur activité médicale, chirurgicale ou mixte, ce qui peut résulter en un biais de classement.

Le questionnaire de l'étude FairHealth comportait des items faisant référence au questionnaire de Siegrist, mais il manquait plusieurs propositions et certaines n'étaient pas cotées de la même manière, notamment pour ce qui est du surinvestissement. Dans cette étude, nous avons adapté l'interprétation du questionnaire en fonction de ces différences, mais ce modèle n'a pas été validé par la communauté scientifique et certaines réserves sont donc à garder. De ce fait il est difficile d'extrapoler les résultats obtenus via ce questionnaire au reste de la littérature scientifique qui l'utilise. Nous rappelons que le surinvestissement et le déséquilibre efforts/récompense sont corrélés à l'épuisement professionnel dans la littérature (12–14,38,39).

Thibaut HENON

Certaines populations sont peu représentées comme les ASH ou les services mixtes médico-chirurgicaux, qui ont pourtant des conditions de travail particulières qui auraient mérité que l'on s'attarde dessus. Les AS de médecine sont également peu nombreuses, et une plus grande puissance aurait peut-être modifié la significativité des résultats les concernant.

Enfin, ce premier recueil de l'étude FairHealth s'est déroulé avant la survenue de la pandémie liée à la COVID-19. Les conditions de travail s'étant sans doute modifiées durant cette période de crise, le vécu au travail actuel du personnel soignant est probablement différent de ce qu'il était au moment du remplissage des questionnaires. Serrano-Ripoll et al. ont réalisé une revue de la littérature sur la survenue d'une crise sanitaire d'origine virale et son impact sur la santé mentale des soignants. Les 117 études incluses montraient un incidence de 40 % pour l'état de stress aigu, 30 % pour l'anxiété, 28 % pour le burnout, 24 % pour la dépression et 13 % pour l'état de stress post-traumatique. Les facteurs de vulnérabilité mentale étaient le sexe féminin, le jeune âge, le manque de soutien social et la stigmatisation, le travail en lieu à haut risque, un rôle professionnel spécifique, et une faible quantité d'expérience ou de formation spécialisée (40). Il serait intéressant de pouvoir réitérer notre analyse après cette période particulière afin de voir comment les soignants perçoivent dorénavant leur travail et ainsi de pouvoir mettre en évidence les différences engendrées par cette pandémie.

## **CONCLUSION**

Cette étude a permis de mettre en évidence une incidence de 16,5 % de burnout modéré et de 4,2 % de burnout sévère dans une population de 236 soignants d'un centre hospitalier universitaire. Plusieurs facteurs de risque ont pu être mis en évidence de façon significative dans notre population : les troubles du sommeil et leur impact important, l'empiètement de la vie professionnelle sur la vie personnelle, le déséquilibre efforts/récompense et le surinvestissement. Ces facteurs de risque sont donc intéressants à rechercher lors de l'entretien santé travail. Une étude à plus grande échelle pourrait permettre de mieux appréhender ces risques et ces populations, tout en ayant des données sur d'autres activités ou corps de métier qui n'étaient pas analysables ici.

Un type d'étude similaire mais ayant un suivi longitudinal pourrait permettre de voir comment évoluent les différents paramètres au cours du temps et notamment de voir quel effet a pu avoir la crise de la COVID-19 sur les soignants et les perceptions de leur travail. Les résultats de l'étude FairHealth devraient permettre de s'en approcher.

## **BIBLIOGRAPHIE**

1. Chuang C-H, Tseng P-C, Lin C-Y, Lin K-H, Chen Y-Y. Burnout in the intensive care unit professionals: A systematic review. *Medicine*. déc 2016;95(50):e5629.
2. Van HN, Le MD, Van TN, Ngoc DN, Ngoc ATT, The PN. A systematic review of effort-reward imbalance among health workers. *The International Journal of Health Planning and Management*. 2018;33(3):e674-95.
3. O'Connor K, Muller Neff D, Pitman S. Burnout in mental health professionals: A systematic review and meta-analysis of prevalence and determinants. *Eur psychiatr*. sept 2018;53:74-99.
4. Askenazy P, Baudelot C, Brochard P, Brun J-P, Davezies P, Falissard B, et al. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. :223.
5. Perceptions d'injustice au travail et troubles musculo-squelettiques : une étude prospective des relations de causalité et des mécanismes sous-jacents – Projet (ANR-17-CE26-0022-01) [Internet]. Agence nationale de la recherche. [cité 23 oct 2020]. Disponible sur: <https://anr.fr/Projet-ANR-17-CE26-0022>
6. Bridgeman PJ, Bridgeman MB, Barone J. Burnout syndrome among healthcare professionals. *Am J Health Syst Pharm*. 01 2018;75(3):147-52.
7. Aloulou J, Damak R, Masmoudi F, Sidhom O, Amami O. L'épuisement professionnel du soignant: Etude tunisienne à propos de 142 infirmiers. *Tunis Med*. janv 2013;91(1):44-9.
8. Ahmed M, Chevray T, Ponnsonard S, Druet-Cabanac M, Nathan N. Impact des conditions de travail sur la santé du personnel d'un service d'anesthésie de CHU. *Ann Fr Anesth Reanim*. sept 2014;33:A261-2.
9. Geuens N, Verheyen H, Vlerick P, Bogaert PV, Franck E. Exploring the influence of core-self evaluations, situational factors, and coping on nurse burnout: A cross-sectional survey study. *PLOS ONE*. 2 avr 2020;15(4):e0230883.
10. Sillero-Sillero A, Zabalegui A. Analysis of the work environment and intention of perioperative nurses to quit work. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2020;28:e3256.
11. Sturzu L, Lala A, Bisch M, Gutter M, Dobre D, Schwan R. Empathy and Burnout - A Cross-Sectional Study Among Mental Healthcare Providers in France. *J Med Life*. mars 2019;12(1):21-9.
12. Bakker AB, Killmer CH, Siegrist J, Schaufeli WB. Effort-reward imbalance and burnout among nurses. *J Adv Nurs*. avr 2000;31(4):884-91.
13. Klein J, Grosse Frie K, Blum K, Siegrist J, dem Knesebeck O von. [Effort-reward imbalance, job strain and burnout among clinicians in surgery]. *Psychother Psychosom Med Psychol*. oct 2010;60(9-10):374-9.

Thibaut HENON

14. Violanti JM, Mnatsakanova A, Andrew ME, Allison P, Gu JK, Fekedulegn D. Effort-Reward Imbalance and Overcommitment at Work: Associations With Police Burnout. *Police Q.* 1 déc 2018;21(4):440-60.
15. Weyers S, Peter R, Boggild H, Jeppesen HJ, Siegrist J. Psychosocial work stress is associated with poor self-rated health in Danish nurses: a test of the effort–reward imbalance model. *Scandinavian Journal of Caring Sciences.* 2006;20(1):26-34.
16. Ota A, Mase J, Howteerakul N, Rajatanun T, Suwannapong N, Yatsuya H, et al. The Effort-reward Imbalance work-stress model and daytime salivary cortisol and dehydroepiandrosterone (DHEA) among Japanese women. *Scientific Reports.* 17 sept 2014;4(1):6402.
17. Wang Y, Ramos A, Wu H, Liu L, Yang X, Wang J, et al. Relationship between occupational stress and burnout among Chinese teachers: a cross-sectional survey in Liaoning, China. *Int Arch Occup Environ Health.* 1 juill 2015;88(5):589-97.
18. Siegrist J, Li J. Associations of Extrinsic and Intrinsic Components of Work Stress with Health: A Systematic Review of Evidence on the Effort-Reward Imbalance Model. *International Journal of Environmental Research and Public Health.* avr 2016;13(4):432.
19. Van der Heijden BIJM, Mulder RH, König C, Anselmann V. Toward a mediation model for nurses' well-being and psychological distress effects of quality of leadership and social support at work. *Medicine.* avr 2017;96(15):e6505.
20. Riedel N, Siegrist J, Wege N, Loerbroks A, Angerer P, Li J. Do Effort and Reward at Work Predict Changes in Cognitive Function? First Longitudinal Results from the Representative German Socio-Economic Panel. *International Journal of Environmental Research and Public Health.* nov 2017;14(11):1390.
21. de Araújo TM, Siegrist J, Moreno AB, de Jesus Mendes da Fonseca M, Barreto SM, Chor D, et al. Effort-Reward Imbalance, Over-Commitment and Depressive Episodes at Work: Evidence from the ELSA-Brasil Cohort Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health.* janv 2019;16(17):3025.
22. Navajas-Romero V, Ariza-Montes A, Hernández-Perlines F. Analyzing the Job Demands-Control-Support Model in Work-Life Balance: A Study among Nurses in the European Context. *International Journal of Environmental Research and Public Health.* janv 2020;17(8):2847.
23. Linton SJ, Kecklund G, Franklin KA, Leissner LC, Sivertsen B, Lindberg E, et al. The effect of the work environment on future sleep disturbances: a systematic review. *Sleep Med Rev.* oct 2015;23:10-9.
24. Wolf MR, Rosenstock JB. Inadequate Sleep and Exercise Associated with Burnout and Depression Among Medical Students. *Acad Psychiatry.* avr 2017;41(2):174-9.
25. Stewart NH, Arora VM. The Impact of Sleep and Circadian Disorders on Physician Burnout. *Chest.* 2019;156(5):1022-30.
26. Metlaine A, Sauvet F, Gomez-Merino D, Boucher T, Elbaz M, Delafosse JY, et al. Sleep and biological parameters in professional burnout: A psychophysiological characterization. *PLoS*

One. 2018;13(1):e0190607.

27. Jossieran L. Éditorial. Lutte contre le tabac : une prévention à réinventer sans cesse. *Bull Epidémiol Hebd.* 2020;(14):272-3.
28. Richard J, Andler R, Cogordan C, Spilka S, Nguyen-thanh V. La consommation d'alcool chez les adultes en France en 2017. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire.* 2019-02-19;(5-6):89-97
29. Hybels CF, Blazer DG, Eagle DE, Proeschold-Bell RJ. Age differences in trajectories of depressive, anxiety, and burnout symptoms in a population with a high likelihood of persistent occupational distress. *Int Psychogeriatr.* 28 sept 2020;1-12.
30. Diekmann K, Böckelmann I, Karlsen HR, Lux A, Thielmann B. Effort-Reward Imbalance, Mental Health and Burnout in Occupational Groups That Face Mental Stress. *J Occup Environ Med.* oct 2020;62(10):847-52.
31. Vévodová Š, Vévoda J, Grygová B. Mobbing, subjective perception, demographic factors, and prevalence of burnout syndrome in nurses. *Central European Journal of Public Health.* 17 oct 2020;28(Supplement):S57-64.
32. Lamy S, Gaudemaris R de, Sobaszek A, Caroly S, Descatha A, Lang T. Améliorer les conditions de travail à l'hôpital : ORSOSA, de la démarche de recherche à l'action de prévention. *Sante Publique.* 4 oct 2013;Vol. 25(4):389-97.
33. Hariri CM-E. Santé mentale et contraintes psychosociales et organisationnelles des infirmières et des aides-soignantes du CHRU de Lille d'après l'enquête ORSOSA. :90.
34. Bonnetterre V, Jolivet A, Lang T, Caroly S, Ehlinger V, Sobaszek A, et al. Évaluation des contraintes psychologiques et organisationnelles (CPO) chez les soignants : cohorte ORSOSA et applications. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement.* juin 2010;71(3):489-92.
35. Lamy S, De Gaudemaris R, Lepage B, Sobaszek A, Caroly S, Kelly-Irving M, et al. The Organizational Work Factors' Effect on Mental Health Among Hospital Workers Is Mediated by Perceived Effort–Reward Imbalance: Result of a Longitudinal Study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine.* juill 2013;55(7):809–816.
36. Falkum E. [What is burnout?]. *Tidsskr Nor Laegeforen.* 10 avr 2000;120(10):1122-8.
37. Pierce CMB, Molloy GN. The Construct Validity of the Maslach Burnout Inventory: Some Data from down under: *Psychological Reports* [Internet]. 6 déc 2016 [cité 21 oct 2020]; Disponible sur: [https://journals-sagepub-com.ressources-electroniques.univ-lille.fr/doi/10.2466/pr0.1989.65.3f.1340?url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr\\_dat=cr\\_pub++0pubmed](https://journals-sagepub-com.ressources-electroniques.univ-lille.fr/doi/10.2466/pr0.1989.65.3f.1340?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub++0pubmed)
38. van Vegchel N, de Jonge J, Bosma H, Schaufeli W. Reviewing the effort–reward imbalance model: drawing up the balance of 45 empirical studies. *Social Science & Medicine.* 1 mars 2005;60(5):1117-31.

Thibaut HENON

39. Bhembe LQ, Tsai F-J. Occupational Stress and Burnout Among Health Care Workers Caring for People Living With HIV in Eswatini. *J Assoc Nurses AIDS Care*. déc 2019;30(6):639-47.
40. Serrano-Ripoll MJ, Meneses-Echavez JF, Ricci-Cabello I, Fraile-Navarro D, Fiol-deRoque MA, Pastor-Moreno G, et al. Impact of viral epidemic outbreaks on mental health of healthcare workers: a rapid systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 1 déc 2020;277:347-57.

# ANNEXE I : Questionnaire FairHealth



## Questionnaire initial

# Vie au travail et Santé – 2019/2020

Cette enquête a fait l'objet d'une déclaration à la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) sous le n° 1860292, et le Comité d'Ethique de l'Université Fédérale Toulouse Midi-Pyrénées (CERNI) a émis un avis favorable à son déroulement. Les réponses à ce questionnaire seront saisies et analysées de façon strictement confidentielle et à des fins exclusives de recherche. Cette base de données, dans sa conception et sa conservation, respecte la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 (modifiée par la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018, promulguée le 21 juin 2018) ainsi que les règles énoncées par le règlement général sur la protection des données personnelles de l'Union Européenne (RGPD - règlement no 2016/679). Ces textes garantissent aux personnes concernées un droit d'accès et de rectification pour les données les concernant. Ce droit peut être exercé auprès du correspondant indiqué sur le formulaire de consentement.

### Ce questionnaire restera strictement confidentiel

Il faut environ 15 minutes pour remplir ce questionnaire. Nous vous demandons de le remplir le mieux possible. Vous êtes libre de ne pas répondre à toutes les questions, mais plus les informations recueillies seront complètes et plus l'enquête sera importante.

Vos réponses seront traitées de façon strictement confidentielle. Ni votre employeur ni les scientifiques qui procéderont aux analyses ne pourront pas avoir accès à votre identité. Les résultats porteront toujours sur un grand nombre de questionnaires, rendant ainsi impossible l'identification d'une personne en particulier.



## Objectif et déroulement de l'étude

Soutenu par l'Agence Nationale de la Recherche, le projet FairHealth a pour objectif général de mieux comprendre si, pourquoi et comment les conditions psycho-sociales de travail influencent la santé physique des salariés. Ce projet s'inscrit dans une démarche visant à (ré)concilier santé au travail et performance des entreprises. Il répond ainsi aux préoccupations des pouvoirs publics mais aussi des employeurs quant au diagnostic et à la mise en œuvre de démarche de qualité de vie au travail. **Ce projet a reçu un avis favorable du Comité Ethique de l'Université Fédérale de Toulouse en juin 2018 et l'enquête a fait l'objet d'une déclaration CNIL (n° : 1860292 v 0).**

Le CHU de Lille a accepté de participer à ce projet piloté par une équipe indépendante de chercheurs en management, santé au travail, épidémiologie, ergonomie et psychologie du travail. Cette équipe est coordonnée par Caroline Manville, Professeur à l'Université Toulouse I Capitole. **En aucune façon, les informations vous concernant et les questionnaires que vous aurez remplis ne transiteront ou ne seront communiqués au CHU. Votre employeur et les scientifiques qui procéderont aux analyses ne pourront pas avoir accès à votre identité.** Les résultats porteront toujours sur un grand nombre de questionnaires rendant impossible l'identification d'une personne.

La présente enquête s'appuie sur plusieurs questionnaires que vous remplirez en autonomie.

**Ce premier questionnaire vous a été remis en main propre.** Une fois rempli (comptez 15 minutes), glissez-le dans l'enveloppe pré-adressée et préaffranchie qui vous a été donnée et cachez-la. Vous pourrez alors la glisser dans l'urne prévue à cet effet, ou si vous le préférez, la renvoyer directement à l'équipe de recherche qui pilote ce projet et qui est localisée à Toulouse.

**4 autres courts questionnaires vous seront ensuite envoyés directement à l'adresse e-mail que vous aurez renseignée ci-dessous.** Ces questionnaires vous seront envoyés tous les trois mois environ par l'équipe de recherche. En remerciement de votre participation et du temps précieux que vous nous consacrez, vous aurez l'opportunité d'être tiré au sort et de recevoir des bons d'achat d'une valeur de 20 euros ou des tablettes numériques.

### Votre adresse e-mail

L'indication correcte de votre adresse e-mail est primordiale ; elle nous permet à la fois de vous recontacter pour la suite de l'étude et d'appareiller les questionnaires entre eux ; aucune donnée nominative n'est conservée et nous vous garantissons la stricte confidentialité des réponses fournies.

<input type="text"/>													
<input type="text"/>													
@	<input type="text"/>												
.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>										

## Partie I : Volet socio-démographique

**Vous êtes :**

- 1 Un homme
- 2 Une femme

**Votre âge :**

- 1 18-29 ans
- 2 30-39 ans
- 3 40-49 ans
- 4 50-59 ans
- 5 60-69 ans

**Quel poste occupez-vous ?**

- 1 Agent des Services Hospitaliers (ASH)
- 2 Aide Soignant(e) (AS)
- 3 Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat (IDE)

**Vous faites partie :**

- 1 d'un service de médecine
- 2 d'un service de chirurgie

**A quelle(s) activité(s) êtes-vous affecté(e) ?**

(plusieurs réponses possibles) :

- 1 Activité de consultation
- 2 Activité d'hospitalisation conventionnelle
- 3 Activité d'hospitalisation de semaine
- 4 Activité d'hospitalisation de jour
- 5 Activité au sein d'un bloc opératoire
- 6 Activité au sein d'un plateau technique ambulatoire ou d'explorations
- 7 Activité au sein d'une unité de soins intensifs ou de soins continus
- 8 Autres (précisez) : \_\_\_\_\_

**Vous travaillez :**

- 1 À temps plein
- 2 À temps partiel

**Selon quel cycle horaire, habituellement ?**

- 1 Horaire alterné de jour
- 2 Horaire fixe de nuit
- 3 Horaire fixe de jour

**Votre ancienneté :**

Dans ce CHU :

années   mois

Dans ce poste actuel :

années   mois

## Partie 2 : Votre travail, tel que vous le percevez actuellement

Indiquez dans quelle mesure vous êtes en accord avec chacune des affirmations suivantes :	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Ni en accord, ni en désaccord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
Je suis constamment pressé(e) par le temps à cause d'une forte charge de travail	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Je suis fréquemment interrompu(e) et dérangé(e) dans mon travail	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Au cours des dernières années, mon travail est devenu de plus en plus exigeant	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Je reçois le respect que je mérite de mes supérieurs	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Mes perspectives de promotion sont faibles	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Je suis en train de vivre ou je m'attends à vivre un changement indésirable dans ma situation de travail	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Ma sécurité d'emploi est menacée	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Vu tous mes efforts, je reçois le respect et l'estime que je mérite à mon travail	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Vu tous mes efforts, mes perspectives de promotion sont satisfaisantes	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Vu tous mes efforts, mon salaire est satisfaisant	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Au travail, il m'arrive fréquemment d'être pressé(e) par le temps	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Je commence à penser à des problèmes liés au travail dès que je me lève le matin	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Quand je rentre à la maison, j'arrive facilement à me décontracter et à oublier tout ce qui concerne mon travail	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Mes proches disent que je me sacrifie trop pour mon travail	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Le travail me trotte encore dans la tête quand je vais me coucher	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Quand j'ai remis à plus tard quelque chose que j'aurais dû faire le jour même, j'ai du mal à dormir le soir	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

## Partie 3 : La charge physique de votre travail

Les questions suivantes se rapportent à une journée typique de travail.

Trouvez-vous que votre travail est physiquement fatigant ?

Pas du tout fatigant A B C D E F G H Très fatigant

Comment évaluez-vous l'intensité des efforts physiques de votre travail au cours d'une journée typique de travail ? Cochez le chiffre correspondant à votre choix sur l'échelle de 6 à 20 ci-dessous, qui va de "Pas d'effort du tout" à "Épuisant"

6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Pas d'effort du tout	Extrêmement léger		Très léger		Léger		Un peu dur		Dur		Très dur		Extrêmement dur	Épuisant

## Partie 4 : Votre ressenti au travail

Indiquez la fréquence à laquelle vous ressentez ce qui est décrit pour chaque affirmation ci-dessous

	Jamais	Quelques fois par an	Une fois par mois	Quelques fois par mois	Une fois par semaine	Quelques fois par semaine	Chaque jour
Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>

Indiquez la fréquence à laquelle vous ressentez ce qui est décrit pour chaque affirmation ci-dessous

	Jamais	Quelques fois par an	Une fois par mois	Quelques fois par mois	Une fois par semaine	Quelques fois par semaine	Chaque jour
Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
Je sens que je craque à cause de mon travail	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
Je me sens plein(e) d'énergie	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
Je me sens frustré(e) par mon travail	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes malades	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
Je me sens au bout du rouleau	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
J'ai l'impression que mes malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>

## Partie 5 : Conflits Vie professionnelle → Vie familiale

Indiquez dans quelle mesure vous êtes en accord avec chacune des affirmations suivantes :	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Ni en accord, ni en désaccord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
Les exigences de mon travail empiètent sur ma vie familiale	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
Mon travail me prend tellement de temps qu'il m'est difficile d'assurer mes responsabilités familiales	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
Je n'arrive pas à faire ce dont j'ai envie chez moi à cause de ma charge de travail	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
Mon travail m'empêche d'organiser librement mes activités familiales	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
En raison de mes obligations au travail je dois parfois changer l'organisation de mes activités familiales	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

## Partie 6 : Conflits Vie familiale → Vie professionnelle

Indiquez dans quelle mesure vous êtes en accord avec chacune des affirmations suivantes :	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Ni en accord, ni en désaccord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
Mes obligations familiales contrarient la réalisation de mon travail	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
Je dois reporter certaines tâches au travail à cause du temps que je consacre à ma famille	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
Je n'arrive pas à faire correctement mon travail à cause de mes responsabilités familiales	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
Mes responsabilités familiales m'empêchent parfois d'arriver à l'heure au travail	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
Mes obligations familiales empiètent sur mes responsabilités au travail	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

## Partie 7 : Votre sommeil

**Veillez estimer la **SÉVÉRITÉ** actuelle (dernier mois) de vos difficultés de sommeil :**

	Aucune	Légère	Moyenne	Très	Extrêmement
Difficultés à s'endormir	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
Difficultés à rester endormi(e)	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
Problèmes de réveils trop tôt le matin	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>

**Jusqu'à quel point êtes-vous **SATISFAIT(E)/INSATISFAIT(E)** de votre sommeil actuel ?**

0	1	2	3	4
Très Satisfait	Satisfait	Plutôt Neutre	Insatisfait	Très Insatisfait

**Jusqu'à quel point considérez-vous que vos difficultés de sommeil **PERTURBENT** votre fonctionnement quotidien (p. ex., fatigue, concentration, mémoire, humeur) ?**

0	1	2	3	4
Aucunement	Légèrement	Moyennement	Très	Extrêmement

**À quel point considérez-vous que vos difficultés de sommeil sont **APPARENTES** pour les autres en termes de détérioration de la qualité de votre vie ?**

0	1	2	3	4
Aucunement	Légèrement	Moyennement	Très	Extrêmement

**Jusqu'à quel point êtes-vous **INQUIET(ÈTE)/préoccupé(e)** à propos de vos difficultés de sommeil ?**

0	1	2	3	4
Aucunement	Légèrement	Moyennement	Très	Extrêmement

## Partie 8 : Vos pratiques sportives et de loisir

Pratiquez-vous une activité sportive régulièrement ?

<sub>1</sub> OUI    <sub>2</sub> NON

Si OUI, quel sport pratiquez-vous le plus fréquemment ?

Combien d'heures par semaine ?

<sub>1</sub> Moins d'1 h    <sub>2</sub> Entre 1 et 2 h    <sub>3</sub> Entre 2 et 3 h    <sub>4</sub> Entre 3 et 4 h    <sub>5</sub> Plus de 4 h

Combien de mois par an ?

<sub>1</sub> Moins d'1 mois    <sub>2</sub> Entre 1-3 mois    <sub>3</sub> Entre 4-6 mois    <sub>4</sub> Entre 7-9 mois    <sub>5</sub> Plus de 9 mois

Quel est le niveau d'intensité physique de ce sport ?

<sub>1</sub> Faible

ex : yoga, gym douce, marche ou vélo à rythme modéré, golf

<sub>2</sub> Moyen

ex : aquagym, danse, équitation, gym-tonique, ski alpin, badminton, marche ou vélo à rythme soutenu

<sub>3</sub> Important

ex : jogging, VTT, natation rapide, tennis, squash, football, rugby, basket

Pratiquez-vous un second sport ?

<sub>1</sub> OUI    <sub>2</sub> NON

Si OUI, lequel ?

Combien d'heures par semaine ?

<sub>1</sub> Moins d'1 h    <sub>2</sub> Entre 1 et 2 h    <sub>3</sub> Entre 2 et 3 h    <sub>4</sub> Entre 3 et 4 h    <sub>5</sub> Plus de 4 h

Combien de mois par an ?

<sub>1</sub> Moins d'1 mois    <sub>2</sub> Entre 1-3 mois    <sub>3</sub> Entre 4-6 mois    <sub>4</sub> Entre 7-9 mois    <sub>5</sub> Plus de 9 mois

Quel est le niveau d'intensité physique de ce second sport ?

<sub>1</sub> Faible

ex : yoga, gym douce, marche ou vélo à rythme modéré

<sub>2</sub> Moyen

ex : aquagym, danse, équitation, gym-tonique, golf, ski alpin, badminton, marche ou vélo à rythme soutenu

<sub>3</sub> Important

ex : jogging, VTT, natation rapide, tennis, squash, football, rugby, basket

Pendant vos activités de loisir :	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Vous êtes assis(e) devant la télévision, une console, un ordinateur/smartphone ou vous écoutez de la musique, vous lisez, ...	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
Vous marchez (seul(e), en famille, avec votre chien, ...)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
Vous avez des activités physiques (bricolage, jardinage, shopping, ...)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
Pendant vos loisirs, vous faites du sport	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
Pendant vos loisirs, vous transpirez	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
Si vous vous comparez à l'ensemble des personnes <u>de votre âge</u> , vos activités de loisir sont <b>physiquement</b> :					
<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Beaucoup moins importantes <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Moins importantes <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Aussi importantes <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Plus importantes <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> Beaucoup plus importantes que celles des personnes de mon âge					

## Partie 9 : Vos habitudes de vie

### Votre consommation de tabac

Êtes-vous ?

<sub>1</sub> Non-fumeur   
 <sub>2</sub> Ancien fumeur   
 <sub>3</sub> Fumeur

### Votre consommation de boissons alcoolisées

Habituellement à quelle fréquence consommez-vous des boissons alcoolisées ?

<sub>1</sub> Une à plusieurs fois par semaine   
 <sub>2</sub> 2 à 3 fois par mois   
 <sub>3</sub> Une fois par mois, ou moins   
 <sub>4</sub> Jamais

### Vos trajets non-motorisés au quotidien

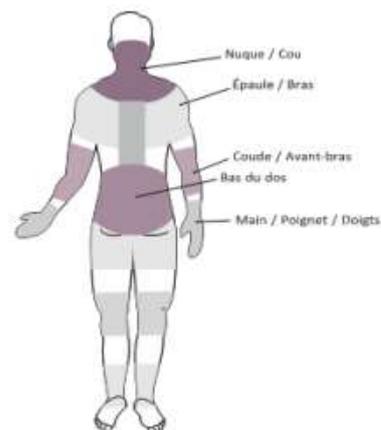
Combien de minutes par jour passez-vous à vous déplacer hors véhicules motorisés (ex : marche, vélo, trottinette, roller) pour aller et revenir du travail, de l'école, ou faire des courses ?

<sub>1</sub> Moins de 5 min   
 <sub>2</sub> 5 à 15 min   
 <sub>3</sub> 15 à 30 min   
 <sub>4</sub> 30 à 45 min   
 <sub>5</sub> Plus de 45 min

## Partie 10 : Problèmes musculo-squelettiques

Avez-vous eu des problèmes (courbatures, douleurs, gêne, engourdissement) au niveau des zones du corps suivantes, au cours des :

	12 derniers mois		7 derniers jours	
Nuque / Cou	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> OUI	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> NON	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> OUI	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> NON
Epaule / Bras	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> OUI	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> NON	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> OUI	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> NON
Coude / Avant-bras	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> OUI	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> NON	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> OUI	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> NON
Main / Poignet / Doigts	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> OUI	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> NON	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> OUI	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> NON
Bas du dos	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> OUI	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> NON	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> OUI	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> NON



**Si vous avez ressenti au moins un problème dans les 7 derniers jours, comment évaluez-vous l'intensité de ce(s) problème(s) au moment où vous remplissez le questionnaire, sur l'échelle ci-dessous ?**

Pour chacune des zones du corps, entourez le chiffre correspondant :

Nuque / Cou	Ni gêne ni douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne ou douleur intolérable
Epaule / Bras	Ni gêne ni douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne ou douleur intolérable
Coude / Avant-bras	Ni gêne ni douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne ou douleur intolérable
Main / Poignet / Doigts	Ni gêne ni douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne ou douleur intolérable
Bas du dos	Ni gêne ni douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne ou douleur intolérable

Merci d'indiquer :

Votre taille en centimètres	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid #4CAF50;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid #4CAF50;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid #4CAF50;" type="text"/> cm
Votre poids en kilogrammes	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid #4CAF50;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid #4CAF50;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid #4CAF50;" type="text"/> kg

## Partie II : Arrêts de travail

**Dans les 12 derniers mois, avez-vous dû arrêter votre travail au moins un jour en raison d'un problème de santé ?**

<sub>1</sub> OUI    <sub>2</sub> NON

Si OUI, un de ces arrêts était-il en rapport avec (plusieurs réponses possibles) :

- <sub>1</sub> Des douleurs, gênes ou courbatures du membre supérieur ?
- <sub>2</sub> Des douleurs, gênes ou courbatures au niveau du dos ?
- <sub>3</sub> Des problèmes de fatigue nerveuse ou de stress ?
- <sub>4</sub> Aucune de ces 3 raisons.

## Fin du questionnaire

**Nous vous remercions pour votre participation**

### Prochaines étapes :

1. Vérifiez que vous avez correctement renseigné votre adresse e-mail en page 2 du présent questionnaire.
2. Placez le questionnaire rempli dans l'enveloppe préaffranchie et pré-adressée qui vous a été remise, accompagné de l'un des deux formulaires de consentement signé.
3. Glissez l'enveloppe dans l'urne prévue à cet effet, ou si vous le préférez, renvoyez-la directement à l'équipe de recherche localisée à Toulouse.
4. Nous vous contacterons par e-mail d'ici quelques semaines pour la suite de l'étude et le résultat du premier tirage au sort.

Commentaires libres (facultatif) :

# **ANNEXE II :**

## **Mise en oeuvre**

### **FairHealth**

## Mise en œuvre

Pour mener à terme ses objectifs, le projet FairHealth se fonde sur plusieurs collectes de données de différentes natures, c'est-à-dire d'une part **deux études quantitatives** et d'autre part **une étude qualitative**.

### Deux études quantitatives

Le projet consiste en la création et au suivi de deux cohortes de salariés suivis pendant un an (cohorte 1) et deux ans (cohorte 2).

La **cohorte 1** sera constituée approximativement de 600 à 800 salariés travaillant en CHU, interrogés par questionnaire à cinq reprises pendant une année.

La **cohorte 2** sera constituée approximativement de 3000 salariés à l'inclusion travaillant dans les régions Pays de la Loire et Occitanie qui rempliront un questionnaire à l'occasion d'un examen de suivi individuel de l'état de santé soit avec leur médecin du travail soit avec un(e) infirmier(e) en santé au travail. Les salariés ayant participé au premier temps de mesure rempliront à nouveau ce même questionnaire, deux ans plus tard, toujours à l'occasion d'un autre examen de suivi individuel de l'état de santé. Les données seront collectées par un questionnaire papier aux deux temps de mesure, dont une partie est auto-rapportée (remplie par le salarié) et une partie est remplie par le médecin du travail/infirmier(e) du travail pendant la visite de suivi individuel de l'état de santé.

Pour les deux cohortes, le choix de ces fourchettes est guidé par le taux d'occurrence de 15 à 20% des troubles musculo-squelettiques du haut du corps dans les populations de salariés occupant des professions à risque pour la santé physique (Lamy et al. [2014]).

### Une étude qualitative

Le projet prévoit également la constitution d'un échantillon de salariés (60 à 100 personnes) avec lesquels seront réalisés des **entretiens** individuels afin d'examiner de façon fine le vécu des salariés au travail et notamment le vécu de l'injustice, ses déterminants et ses effets sur la santé des salariés et la mesure dans laquelle la santé des salariés conditionne la perception de son environnement de travail. Ces entretiens permettent d'enrichir les thèmes abordés dans les questionnaires et seront réalisés dans les mêmes conditions de consentement et confidentialité. Ces personnes seront recrutées sur la base du volontariat et seront interviewées à plusieurs reprises sur une période de 6 à 12 mois.

Ce volet qualitatif du projet FairHealth fait l'objet d'une thèse menée par notre doctorante en psychologie du travail, Eugénie Joseph.

Source : <https://fairhealth-anr.fr/fr/mise-en-oeuvre>

Thibaut HENON

**AUTEUR : Nom : HENON**

**Prénom : Thibaut**

**Date de soutenance : 16/11/2020**

**Titre de la thèse : Épuisement professionnel : étude sur le personnel soignant de deux pôles du CHU de Lille.**

**Thèse - Médecine - Lille 2020**

**Cadre de classement : Médecine du travail**

**DES + spécialité : Médecine du travail**

**Mots-clés : Épuisement professionnel, burnout, personnel soignant, hôpital.**

**Résumé :**

**Contexte :** l'épuisement professionnel est très présent dans la population soignante. Le but de cette thèse était de faire un état des lieux du burnout parmi les soignants du CHU de Lille.

**Méthode :** L'étude FairHealth a utilisé un questionnaire pour effectuer son recueil initial d'informations. Nous avons utilisé ces données pour déterminer l'incidence de burnout sévère et modéré chez les agents des services hospitaliers (ASH), les aides-soignants (AS) et les infirmiers (IDE) de deux pôles du CHU de Lille. Des analyses complémentaires ont cherché des corrélations entre le burnout modéré et sévère (selon le Maslach Burnout Inventory) avec différentes variables disponibles dans le questionnaire notamment concernant les habitudes de vie, les troubles du sommeil et des données provenant du questionnaire de Siegrist.

**Résultats :** 236 soignants ont répondu au questionnaire (taux de réponse = 34%). 16,5 % (n = 39) de soignants présentaient un burnout modéré et 4,2 % (n = 10) présentaient un burnout sévère. On trouvait un degré élevé d'épuisement émotionnel pour 32,2 % (n = 76) soignants, un degré élevé de dépersonnalisation pour 25 % (n = 59) et un degré faible d'accomplissement personnel pour 32,2 % (n = 76) d'entre eux. Le burnout modéré ou sévère était corrélé significativement avec l'empiètement de la vie professionnelle sur la vie personnelle, les troubles du sommeil, l'impact important de ces derniers, le déséquilibre efforts/récompense et le surinvestissement. La pratique sportive est à la limite de la significativité en tant que facteur protecteur. Dans les sous-populations, le burnout modéré à sévère était corrélé avec : l'âge d'au moins 50 ans pour les AS de médecine ; les troubles du sommeil et leur impact important pour les IDE de médecine ; et l'empiètement la vie personnelle sur la vie professionnelle et le surinvestissement pour les IDE de médecine et de chirurgie.

**Conclusion :** Le burnout dans la population étudiée de soignants du CHU de Lille touche environ une personne sur cinq de façon modérée à sévère. Ceci est un argument supplémentaire pour mettre en place les moyens de prévention nécessaires. Par ailleurs plusieurs facteurs de risques ont été identifiés de manière globale ou plus ciblée et certains peuvent être intéressants à rechercher et surveiller durant l'entretien santé travail.

**Composition du Jury :**

**Président : Madame le Professeur Annie SOBASZEK**

**Assesseurs : Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN  
Madame le Professeur Sophie FANTONI**

**Directeur de thèse : Madame le Docteur Alexandra TRICHARD-SALEMBIER**