



HAL
open science

Contraintes psychiques du personnel hospitalier d'un CHRU

Richard Pougnet, Grégoire Verdier, Philippe Saliou, Damien Molly, Brice Loddé, Françoise Dantec, Laurence Pougnet, Jean-Dominique Dewitte

► **To cite this version:**

Richard Pougnet, Grégoire Verdier, Philippe Saliou, Damien Molly, Brice Loddé, et al.. Contraintes psychiques du personnel hospitalier d'un CHRU. Soins Cadres, 2020, 29, pp.48 - 54. 10.1016/j.scad.2020.06.011 . hal-03491144

HAL Id: hal-03491144

<https://hal.science/hal-03491144>

Submitted on 22 Aug 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

Dothead dossier

Sous-dothead L'écologie managériale

Surtitre analyse

Contraintes psychiques des agents hospitaliers d'un CHRU

Richard Pougnet^{a,*,b}

M.D, Ph.D (philosophie), praticien hospitalier

Grégoire Verdier^a

Médecin du travail

Philippe Saliou^c

Médecin spécialisé santé publique et médecine sociale

Damien Molly^d

Praticien contractuel attaché

Brice Loddé^{a,b}

Médecin du travail

Françoise Dantec^a

Médecin généraliste

Laurence Pougnet^e

Biologiste

Dewitte Jean-Dominique^{a,b}

Chef de service pathologies professionnelles/santé au travail

^a Centre de pathologies professionnelles, médecine du travail du personnel hospitalier, CHRU de Brest, 2 avenue Foch, 29200 Brest, France

^b EA 4686 Éthique, professionnalisme et santé, université de Bretagne occidentale, Faculté des lettres, 1 avenue Foch, 29200 Brest, France

^c Service de santé publique, CHRU de Brest, 2 avenue Foch, 29200 Brest, France

^d Service d'anatomopathologie, CHRU de Dijon, 14 rue Paul-Gaffarel, 21000 Dijon, France

^e HIA Clermont-Tonnerre, rue du Colonel-Fontferrier, 29200 Brest, France

* *Auteur correspondant.*

Adresse e-mail : directeur.sumpps@univ-brest.fr (R. Pougnet).

Résumé

Une enquête sur la souffrance psychique des agents hospitaliers d'un centre hospitalier régional universitaire a été menée sur l'ensemble du personnel pendant un mois. L'objectif de l'étude était d'évaluer la prévalence des troubles anxieux et des troubles de l'humeur, et d'étudier le lien entre l'existence de ces troubles et les conditions de travail. Ces dernières peuvent être envisagées sous l'angle de l'écologie managériale qui prend en considération le bien-être au travail et la performance.

© 2020

Mots clés – anxiété ; demande psychologique ; dépression ; personnel hospitalier ; souffrance psychique

Summary

An investigation in psychological suffering in all hospital workers of a teaching hospital has been conducted during one month. The objective of the study was to assess the prevalence of anxiety disorders and mood disorders, and to study the link between the existence of these disorders and work conditions.

© 2020

Keywords – anxiety; depression; healthcare staff; psychological demand; psychological suffering

Le système de soins en France repose sur la conjonction de soins en ville et de soins en milieu hospitalier. Les centres hospitaliers régionaux universitaires (CHRU) sont des institutions regroupant différentes dimensions : multiplicité des missions (recherche, enseignement, soins) ; multiplicité des structures internes (hospitalisation, consultation, laboratoire, radiologie, services techniques) ; multiplicité des professions représentées [1]. Au sein des hôpitaux, le personnel de soin doit travailler dans des situations parfois difficiles (gravité des maladies, accompagnement des patients et de leurs proches, urgences vitales, etc.), au rythme d'une cadence de soins de plus en plus rapide [2]. Le travail hospitalier soumet les soignants à plusieurs facteurs de risque pour leur santé au travail, comme les facteurs organisationnels (travail en horaires atypiques, flexibilité des horaires en fonction des soins, etc.) ou les violences (de la part des usagers ou des collègues) [3-5]. Plusieurs études ont montré les effets sur la santé des infirmiers, tels que l'anxiété ou l'épuisement professionnel [6-8].

Or l'organisation du travail hospitalier a changé et change depuis plusieurs années. Une économie de 10 milliards d'euros avait ainsi été annoncée en France pour les années 2015-2018. Ces évolutions récentes pourraient avoir des conséquences sur la santé des personnels

des hôpitaux. Sur un CHRU étudié, l'Agence régionale de santé a demandé de faire des économies, notamment en diminuant les effectifs : fin 2014, annonce de la suppression de 3,5 % des postes en trois ans. L'objectif d'une étude était d'évaluer l'état de santé au travail des agents hospitaliers, lors de plan de retour à l'équilibre. Il s'agit de l'un des thèmes de l'écologie managériale qui se fonde sur l'équilibre entre le bien-être au travail, les objectifs et la qualité.

T1 Matériel et méthode

Une étude épidémiologique descriptive par autoquestionnaire a été réalisée auprès de la population des salariés non médicaux d'un CHRU, entre le 1^{er} mars 2015 et le 1^{er} avril 2015, après avoir informé le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail. La population source était composée de 5 792 personnels. Les critères d'inclusion étaient d'être personnel hospitalier titulaire ou contractuel. Ont été tirées au sort 30 % des personnes de ces catégories. L'étude sur l'ensemble de la population posait en effet des difficultés logistiques.

Les critères d'exclusion étaient d'être étudiants, stagiaires ou apprentis. Le personnel médical (médecins, internes, externes) n'a pas été retenu. En effet, cette catégorie de personnels n'était pas concernée de la même manière par les plans de retour à l'équilibre. Une étude dédiée à cette catégorie semblait donc plus pertinente.

Le questionnaire créé comportait 4 parties :

- **Partie 1** : les données générales socioprofessionnelles avec 6 items : le sexe ; l'âge et l'ancienneté au CHRU ; le type de contrat ; la profession répartie en 9 corps de métiers (*tableau 1*) ; le secteur d'activité était réparti en 7 groupes : consultation, bloc opératoire, service d'hospitalisation, de consultation, administratif, laboratoire, service technique et autre.
- **Partie 2** : Questionnaire de JCQ (*Job Content Questionnaire*) (Karasek) avec 26 items : évaluation des dimensions psychosociales au travail avec la demande psychologique (DP) (9 items), la latitude décisionnelle (LT) (9 items) et le soutien social (SS) (8 items). Ce questionnaire permettait de classer la population en 4 catégories selon les deux premières dimensions : détendu (DP faible, LT forte) ; passif (DP faible, LT faible) ; actif (DP forte, LT forte) ; *jobstrain* (DP, forte, LT faible) [9-12]. Une situation de *jobstrain* avec un SS faible est appelée *isostrain*. Les personnes en *jobstrain* et *isostrain* sont plus à risques de développer un stress réactionnel au travail [13].
- **Partie 3** : Questionnaire HADS (*Hopital Anxiety and Depression Scale*) : 14 items, 7 questions pour la dépression et 7 pour l'anxiété. Les questions étaient cotées de 0 à 3, ce qui fait un total de 0 à 21 pour l'échelle de dépression et d'anxiété. Un score inférieur ou égal à 7 était considéré

comme normal ; un score supérieur ou égal à 11 était considéré comme pathologique, pour anxiété et la dépression ; les scores intermédiaires étaient considérés comme probablement pathologiques [14].

• **Partie 4** : 5 items sous forme d'échelles cotées de 0 à 10 avec graduation numérique sur le vécu au travail : Comment vous sentez-vous au travail en général ? Comment voyez-vous l'avenir au travail ? Vu tous mes efforts, je reçois le respect et l'estime que je mérite à mon travail ? Je suis dans l'impossibilité de prendre des pauses lors de ma journée de travail en raison de l'activité du service (repas, toilette, etc.). Comment jugez-vous la qualité du matériel proposé ? Chaque échelle était modélisée en 3 niveaux : bas pour les valeurs de 0 à 3 ; moyen de 4 à 7 et haut de 8 à 10. Les questions ont été établies par les médecins du travail du personnel hospitalier en fonction de leur expérience clinique de la population étudiée et des plaintes récurrentes exprimées par les agents lors des consultations.

Ce questionnaire a été mis sur un serveur online : Sphinx Online[®] et sécurisé par un mot de passe. Un courrier d'information a été envoyé en interne par courrier postal. Sur ce courrier d'information figuraient deux modalités de réponses : en ligne (soit par Net, soit par lien intranet sécurisé), ou par courrier postal (*figure 1*). Les retours des questionnaires papiers ont été adressés au service de la médecine du travail du personnel hospitalier. Ces différentes voies de communication et de réponses étaient imposées par le contexte particulier du CHRU : de nombreux infirmiers et aides-soignants n'avaient pas le temps de consulter leur messagerie.

Pour l'analyse, des catégories ont été réalisées. Les personnels étaient classés en 4 classes d'âge définies par quartiles : de 19 à 33 ans, de 34 à 41, de 42 à 50 et de 51 et plus ; et en 3 catégories pour la dépression et pour l'anxiété (non ; probable ; oui). Pour les variables qualitatives, le test du χ^2 a été réalisé. En fonction du nombre de réponses, une correction a été effectuée, soit la correction de Yates, soit le test exact de Fisher pour les tests non paramétriques. Concernant le JCQ, les tests statistiques ont été réalisés pour savoir si le *jobstrain* et l'*isostrain* étaient liés à telle ou telle catégorie : âge, sexe, profession, anxiété, dépression, bien-être. Pour les variables quantitatives, le test t de Student a été utilisé. Le seuil de significativité retenu était $p < 0,05$.

T1 Résultats

Au total, 831 questionnaires ont été reçus (786 remplis en ligne et 45 en format papier), dont 822 questionnaires exploitables. Le taux de réponse était de 47,3 %.

T1 Premier axe : les données socioprofessionnelles

Ont été recensés 668 femmes (81,3 %) et 154 hommes (18,7 %), 693 titulaires (84,3 %) et 129 non-titulaires (15,7 %). La moyenne d'âge est de 41,8 ans avec une médiane à 42 ans (extrêmes : 19-64). Il n'y avait pas de différence entre l'échantillon et la population source sur ces critères (*tableau 1*). Il y avait plus de personnels des secteurs d'hospitalisation (47,6 %) ($p < 0,05$). Le secteur de consultation représentait 8,6 % des agents, le bloc opératoire 4,5 %, les services administratifs 11,7 %, les laboratoires 4,9 %, les services techniques 5,1 % et les autres secteurs 15,7 %. L'ancienneté des agents variait de 0 à 41 ans avec une moyenne à 14,7 ans et une médiane à 12 ans.

Les échelles sont représentées dans la figure 1.

T1 Deuxième axe : JCQ

Quatre cent vingt-cinq personnels (51,7 %) étaient en *jobstrain*, dont 260 (31,6 %) avec un soutien social faible étaient en situation d'*isostrain* (*figure 2*). Il n'existait pas de différence significative en fonction de l'âge ou du sexe. En revanche, les agents titulaires étaient plus en *jobstrain* que les non titulaires ($p < 0,05$). Les personnels travaillant en service d'hospitalisation avaient plus de risque d'être en *jobstrain* que ceux des services de consultations : respectivement 57,5 % vs 38,0 % ($p < 0,05$) (*tableau 2*). Les professions les plus à risque de *jobstrain* étaient les aides-soignants (AS) et les agents des services hospitaliers (ASH) : respectivement 73,7 % et 64,7 %, vs 45,8 % pour les autres professions ($p < 0,05$) (*tableau 2*).

T1 Troisième axe : échelle HADS

Pour l'anxiété, 177 personnels (21,6 %) ayant participé à l'étude présentaient un trouble anxieux et 307 (37,1 %) en avaient probablement un ; soit 484 personnes (58,6 %). Les agents anxieux étaient plus nombreux entre 42 et 50 ans : 28,2 % des personnes dans cette tranche d'âge vs 19,3 % des personnes qui n'y sont pas ($p < 0,05$). Ils étaient également plus nombreux chez les titulaires (22,9 % vs 14 %, $p < 0,05$). La prévalence des troubles anxieux était supérieure chez les AS : respectivement 28,3 % des AS et 20 % des non AS ($p = 0,07$). En outre, 66 personnels (8 %) ayant participé présentaient un trouble dépressif et 167 (20,3 %) avaient probablement un trouble dépressif ; soit 233 personnes (28,3 %).

Les personnels déprimés étaient plus nombreux entre 42 et 50 ans (13,4 % vs 6,3 %, $p < 0,05$), plus nombreux chez les titulaires (9 % vs 3,1 %, $p < 0,001$) et les hommes (13 % des hommes vs 6,9 % des femmes, $p < 0,05$) notamment dans les services techniques. Dans les

deux cas, la perception des agents de leur bien-être au travail, de leur vision de l'avenir, du respect et de l'estime qu'ils perçoivent au travail, de la qualité du matériel proposé était liée à la dépression (*tableau 3*).

Le temps de pause était un marqueur significatif de l'anxiété : la perception d'un temps de pause élevé diminuait l'anxiété des agents ($p < 0,05$). En revanche, cela n'était pas le cas avec la dépression ($p > 0,05$).

T1 Discussion

L'étude montrait que 51,7 % des agents hospitaliers étaient en *jobstrain*. Les AS et les personnels travaillant dans des services d'hospitalisation étaient davantage en situation de *jobstrain*. Le soutien social était globalement faible et la prévalence de l'*isostrain* était de 31,6 %. La prévalence de l'anxiété était de 21,6 % et celle de la dépression, de 8,0 %. La présence de ces troubles était liée à l'âge, au type de contrat, à certaines professions (les aides-soignants et les personnels des services techniques notamment) et au vécu au travail. Les hommes étaient plus déprimés que les femmes.

Cette étude comportait cependant plusieurs limites. En premier lieu, il s'agissait d'une étude transversale. Les résultats ne permettaient pas d'analyser les liens entre l'ensemble des facteurs organisationnels ou relationnels et l'effet sur la santé. Il s'agissait avant tout d'avoir une mesure de l'état de santé de la population, dans le but de faire des études descriptives ultérieurement, et ainsi surveiller la population. De plus, les agents en arrêt maladie ou en disponibilité n'ont pas tous eu la possibilité de répondre aux questionnaires ; il n'a pas été possible de connaître le nombre d'agents tirés au sort en arrêt maladie au moment de l'étude. Un risque de sous-estimation de l'anxiété et de la dépression était de ce fait possible, d'autant plus que ces troubles psychiques entraînent souvent des arrêts maladies de longue durée [15]. Mais cette méthode avait été choisie pour garantir l'anonymat des agents hospitaliers. En effet, les études précédemment réalisées auprès de population de ce CHRU avaient montré le caractère décisif de l'anonymat pour la participation des personnels [16,17]. Le taux de participation était d'ailleurs de 47,3 %, ce qui correspond à ceux retrouvés dans les autres études concernant les personnels des hôpitaux [18]. Cette étude ne portait pas sur le syndrome d'épuisement professionnel parce que ce syndrome n'est pas présent dans les classifications (CIM-10 et DSM-V), la distinction avec les troubles de l'humeur (ou communément dépression) n'étant pas consensuelle [19]. Enfin, la volonté d'obtenir une participation importante a orienté vers une simplification des questionnaires ; voilà pourquoi la méthodologie ORSOSA (organisation des soins et santé des soignants) n'a pas été

reprise [20]. L'avantage de l'HADS était d'explorer à la fois les troubles anxieux et ceux de l'humeur, au moyen d'un questionnaire très court.

Les études de prévalence réalisées dans la population générale sur la dépression décrivaient une prévalence sur la vie d'approximativement 9 % et une prévalence sur l'année écoulée d'approximativement 5 % de la population adulte ; soit deux millions de sujets adultes déprimés en France par an [21]. La population hospitalière étant soumise à davantage de contraintes professionnelles, il était donc possible que le taux de dépression de 8 % fût, dans cette étude, lié à cette charge de travail importante. Le taux de dépression était plus important chez les hommes, surtout dans les services techniques. Ceci était contraire aux données de la littérature dans lesquelles les femmes sont deux fois plus atteintes que les hommes de dépression franche. Les facteurs internes d'organisation de service et de conditions de travail pourraient expliquer en partie cette différence. Pour l'anxiété, cette étude montrait des prévalences supérieures à celles de la population générale, qui est d'environ 15 % [22]. Plusieurs études ont montré que la surcharge de travail, particulièrement la charge mentale, était un facteur de risque pour le personnel soignant [9]. Le roulement des personnels pourrait également expliquer ce pourcentage important d'anxiété. Plusieurs études ont montré que la capacité de soigner et la qualité des soins diminuaient en cas de roulement (jour/nuit) des personnels infirmiers. Ces personnels éprouvaient plus fréquemment des problèmes relationnels et une insatisfaction au travail [10].

La prévalence du *jobstrain* était également supérieure à celle de la population générale. Les AS et ASH étaient les catégories les plus à risque. Les soignants plus spécialisés, comme les sages-femmes ou les kinésithérapeutes, avaient davantage de latitude décisionnelle, si bien qu'ils étaient classés en actifs. Ces résultats concordaient avec ceux de la littérature. Nos résultats concordaient également avec plusieurs autres études, qui ont montré que les infirmiers non spécialisés, les ASH et les cadres de santé sont très à risque d'épuisement professionnel [11].

Cette étude a permis de souligner l'importance de la qualité du matériel. Le *jobstrain* était ici corrélé avec la mauvaise appréciation du matériel ($p < 0,001$). Plusieurs raisons pouvaient expliquer cela : un dysfonctionnement du matériel pourrait retarder le soignant alors qu'il a du travail en cours, ou encore, rompre le contact avec le soigné, ou bien, mettre en jeu la qualité des soins. Cela devrait pouvoir constituer un axe de prévention organisationnel.

Le caractère transversal de cette étude ne permet pas d'avoir une vision sur l'évolution de l'état de santé au travail. Elle constituait un état des lieux, au début d'un plan de retour à l'équilibre. Les résultats de cette étude ont permis d'appuyer la démarche de prévention des

risques au sein de cette institution hospitalière [12]. Plusieurs axes de prévention collective pourraient être proposés (respect des temps de pause, qualité du matériel proposé, réflexion sur les flux de patients, etc.). Elle pourrait ainsi constituer un point de repère pour faire de nouvelles études après le plan de retour à l'équilibre pour suivre l'impact sur la santé des soignants. Une nouvelle étude descriptive a été donc prévue en 2019.

T1 Conclusion

Dans cette étude menée sur un échantillon de personnel non médical d'un centre hospitalier universitaire, la souffrance psychique au travail était importante du fait de l'anxiété (21,6 %) et de la dépression (8 %) ; avec de grandes disparités en fonction de l'âge, de la profession, de la titularisation ou du secteur d'activité. La majorité des personnels hospitaliers était en situation de *jobstrain* (51,7 %) ou en actif (33,7 %), ce qui implique une forte charge psychologique au travail. Le soutien social faible, évalué à 31,6 % des personnels, était un problème important.

Cette enquête a été effectuée dans un contexte de changement d'organisation au sein d'un CHRU, avec notamment de nombreuses suppressions de postes. Il serait donc intéressant de réévaluer l'enquête à distance pour effectuer une comparaison et mesurer l'évolution de la souffrance psychique au travail.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Pougnet R, Pougnet L, Loddé B, Dewitte JD. [Positive and negative perceptions at work: Qualitative study with physicians in a teaching hospital]. *Presse Med* 2016;45(7-8 Pt 1):e233-41.
- [2] Vaccaro S. Cadence des soins et bien-être au travail, étude exploratoire. *Soins* 2018;63(831):27-9.
- [3] Bué J, Coutrot T, Guignon N, Sandret N. Les facteurs de risques psychosociaux au travail. Une approche quantitative par l'enquête Sumer. *Rev Fr Aff Soc* 2008;2-3:45-70.
- [4] Galián-Muñoz I, Ruiz-Hernández JA, Llor-Esteban B, López-García C. User violence and nursing staff burnout: the modulating role of job satisfaction. *J Interpers Violence* 2016;31(2):302-15.

- [5] Jodier A. Les risques psychosociaux et la souffrance au travail. *Soins* 2018;63(830):20-3.
- [6] Magtibay DL, Chesak SS, Coughlin K, Sood A. Decreasing stress and burnout in nurses: efficacy of blended learning with stress management and resilience training program. *J Nurs Adm* 2017;47(7-8):391-5.
- [7] Copanitsanou P, Fotos N, Brokalaki H. Effects of work environment on patient and nurse outcomes. *Br J Nurs* 2017;26(3):172-6.
- [8] Smith-Miller CA, Shaw-Kokot J, Curro B, Jones CB. An integrative review: fatigue among nurses in acute care settings. *J Nurs Adm* 2014;44(9):487-94.
- [9] Tripodi D, Keriven-Dessomme B, Lombrail P, et al. Évaluation des risques professionnels perçus chez le personnel du Centre hospitalo-universitaire de Nantes. *Arch Mal Prof Env* 2007;68(5):457-73.
- [10] Estryng-Behar M, Van der Heijden BI, Fry C, Hasselhorn HM. Longitudinal analysis of personal and work-related factors associated with turnover among nurses. *Nurs Res* 2010;59(3):166-77.
- [11] Ferrand JF, Trichereau J, Verret C, et al. Perception des risques professionnels et psychosociaux au sein de l'ensemble hospitalier militaire parisien. *Arch Mal Prof En*. 2013;74(1):16-33.
- [12] Arnaud R. La prévention des risques psychosociaux à l'hôpital. *Soin*. 2018;63(830):41-4.
- [13] Karasek RA. Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. *Adm Sci Q* 1979;24(2):285-308.
- [14] Friedman S, Samuelian JC, Lancrenon S, et al. Three-dimensional structure of the hospital anxiety and depression scale in a large French primary care population suffering from major depression. *Psychiatry Res* 2001;104(3):247-57.
- [15] Weinberg A, Creed F. Stress and psychiatric disorder in healthcare professionals and hospital staff. *Lancet* 2000;355(9203):533-7.
- [16] Pougnet R, Di Costanzo-Pougnet L, Quéré S, et al. Souffrance au travail dans un service de réanimation d'un CHRU. *Arch Mal Prof Env* 2013;74(3):271-8.
- [17] Pougnet R, Di Costanzo LP, Kerrien M, et al. Occupational factors for mood and anxiety disorders among junior medical doctors. *Med Lav* 2015;106(5):386-93.
- [18] Cook JV, Dickinson HO, Eccles MP. Response rates in postal surveys of healthcare professionals between 1996 and 2005: an observational study. *BMC Health Serv Res* 2009;9:160.
- [19] Bianchi R, Schonfeld IS, Laurent E. Burnout-depression overlap: a review. *Clin Psychol Rev* 2015;36:28-41.

[20] Bonneterre V, Ehlinger V, Balducci F, et al. Validation of an instrument for measuring psychosocial and organisational work constraints detrimental to health among hospital workers: the NWI-EO questionnaire. *Int J Nurs Stud* 2011;48(5):557-67.

[21] Rouillon F. Épidémiologie des troubles psychiatriques. *Ann Med Psychol* 2008;166(1):63-70.

[22] Haute Autorité de santé. Guide – Affection de longue durée. Affections psychiatriques de longue durée. Troubles anxieux graves. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2007. www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/guide_medecin_troubles_anxieux.pdf.

Tableau 1. Présentation du taux de réponse en fonction de la profession.

PROFESSION	Effectif total (%)	Réponse (%)
Infirmier	1 832 (31,5 %)	248 (30,2 %)
Aide-soignant	1 309 (22,6 %)	152 (18,5 %)
ASH	466 (8 %)	34 (4,1 %)
Autre profession	182 (3,1 %)	36 (4,4 %)
Autre soignant	542 (9,4 %)	82 (10,0 %)
Manip. radio	133 (2,3 %)	24 (2,9 %)
Laboratoire	270 (4,7 %)	58 (7,1 %)
Secrétaire	648 (11,2 %)	129 (15,7 %)
Service technique	419 (7,2 %)	59 (7,2 %)
Total	5 792 (100 %)	822 (100 %)

Tableau 2. JCQ et isostrain.

	JCQ					p	ISOSTRAIN	p
	Actifs	Détendus	Passifs	Jobstrain	Total			
SEXE						NS		NS
Femme	232 (34,8)	41 (6,1)	48 (7,2)	347 (51,9)	668		205 (30,7)	
Homme	45 (29,2)	16 (10,4)	15 (9,7)	78 (50,7)	154		55 (35,7)	
CONTRAT						***		*
Non titulaire	42 (32,6)	17 (13,2)	17 (13,2)	53 (41,2)	129		26 (20,2)	
Titulaire	235 (33,9)	40 (5,8)	46 (6,6)	372 (53,7)	693		234 (33,8)	
PROFESSION						***		NS
Aide-soignant	21 (13,8)	5 (3,3)	14 (9,2)	112 (73,7)	152		65 (42,8)	
ASH	7 (20,6)	3 (8,8)	2 (5,9)	22 (64,7)	34		18 (52,9)	
Autre profession	18 (50)	3 (8,3)	2 (5,6)	13 (36,1)	36		10 (27,8)	
Autre soignant	50 (61)	4 (4,9)	3 (3,7)	25 (30,4)	82		17 (20,7)	
Infirmier	94 (37,9)	23 (9,3)	14 (5,6)	117 (47,2)	248		71 (28,6)	
Manip. radio	7 (29,2)	2 (8,3)	2 (8,3)	13 (54,2)	24		8 (33,3)	
Recherche et labo	24 (41,4)	3 (5,2)	3 (5,2)	28 (48,2)	58		16 (27,6)	
Secrétaire	38 (29,5)	7 (5,4)	16 (12,4)	68 (52,7)	129		35 (27,1)	
Service technique	18 (30,5)	7 (11,9)	7 (11,9)	27 (45,7)	59		20 (33,9)	
ACTIVITÉ				< 0,001		***		NS
Consultation	32 (45,1)	8 (11,3)	4 (5,6)	27 (38)	71		15 (21,1)	
Service administratif	34 (35,4)	4 (4,2)	16 (16,7)	42 (43,7)	96		23 (24,0)	
Service d'hospitalisation	116 (29,7)	22 (5,6)	28 (7,2)	225 (57,5)	391		134 (34,2)	
BIEN-ÊTRE						***		***
Bas	24 (21,1)	3 (2,6)	6 (5,3)	81 (71)	114		73 (64)	

Moyen	132 (31,8)	15 (3,6)	29 (7,0)	239 (57,6)	415		153 (36,9)	
Haut	121 (41,3)	39 (13,3)	28 (9,6)	105 (35,8)	293		34 (11,6)	
AVENIR						***		***
Bas	94 (37)	10 (2,9)	18 (5,1)	226 (65,0)	348		174 (50,0)	
Moyen	138 (37,9)	30 (8,2)	32 (8,8)	164 (45,1)	364		73 (20,1)	
Haut	45 (40,9)	17 (15,5)	13 (11,8)	35 (31,8)	110		13 (11,8)	
RESPECT REÇU						***		***
Bas	60 (23,1)	7 (2,7)	16 (6,2)	177 (68,0)	260		151 (58,1)	
Moyen	123 (34,7)	22 (6,2)	25 (7,1)	184 (52,0)	354		93 (26,3)	
Haut	94 (45,1)	28 (13,5)	22 (10,6)	64 (30,8)	208		16 (12,0)	
TEMPS DE PAUSE						***		NS
Bas	75 (33,7)	10 (4,5)	9 (4,1)	128 (57,7)	222		79 (35,6)	
Moyen	89 (32,5)	5 (1,8)	21 (7,7)	159 (58,0)	274		96 (35,0)	
Haut	113 (34,7)	42 (12,9)	33 (10,1)	138 (42,3)	326		85 (26,1)	
QUALITÉ MATÉRIEL						***		***
Bas	72 (27,8)	6 (2,3)	17 (6,6)	164 (63,3)	259		112 (43,2)	
Moyen	146 (35,3)	28 (6,8)	37 (8,9)	203 (49,0)	414		119 (28,7)	
Haut	59 (39,6)	23 (15,4)	9 (6,0)	58 (39,0)	149		29 (19,5)	

Sont ici testés les liens entre le *jobstrain* et les différents paramètres, et les liens entre l'*isostrain* et ces paramètres.

* = $p < 0,05$

** = $p < 0,01$

*** = $p < 0,001$

Tableau 3. Anxiété et dépression.

	DÉPRESSION			<i>p</i>	ANXIÉTÉ			<i>p</i>
	Non (%)	Oui (%)	Autre (%)		Non (%)	Oui (%)	Autre (%)	
SEXE				*				NS
Femme	488 (73,1)	46 (6,9)	134 (20,0)		263 (39,4)	144 (21,5)	261 (39,1)	
Homme	101 (65,6)	20 (13,0)	33 (21,4)		75 (48,7)	33 (21,4)	46 (29,9)	
CONTRAT				***				*
Non titulaire	112 (86,8)	4 (3,1)	13 (10,1)		66 (51,2)	18 (14,0)	45 (34,9)	
Titulaire	477 (68,8)	62 (9,0)	154 (22,2)		272 (39,2)	159 (22,9)	262 (37,8)	
PROFESSION				NS				*
Aide-soignant	106 (69,7)	17 (11,2)	29 (19,1)		57 (37,5)	43 (28,3)	52 (34,2)	
ASH	22 (64,7)	3 (8,8)	9 (26,5)		12 (35,3)	8 (23,5)	14 (41,2)	
Autre profession	26 (72,3)	3 (8,3)	7 (19,4)		11 (30,6)	8 (22,2)	17 (47,2)	
Autre soignant	55 (67,1)	9 (10,9)	18 (22,0)		29 (35,4)	23 (28,0)	30 (36,6)	
Infirmier	183 (73,8)	17 (6,9)	48 (19,3)		103 (41,5)	41 (16,5)	104 (41,9)	
Manip. radio	19 (79,2)	2 (8,3)	3 (12,5)		15 (62,5)	5 (20,8)	4 (16,7)	
Recherche & Labo	46 (79,4)	2 (3,4)	10 (17,2)		29 (50,0)	9 (15,5)	20 (34,5)	
Secrétaire	101 (78,3)	4 (3,1)	24 (18,6)		65 (50,3)	25 (19,4)	39 (30,2)	
Service technique	31 (52,5)	9 (15,3)	19 (32,2)		17 (28,8)	15 (25,4)	27 (45,8)	
ACTIVITÉ				NS				NS
Consultation	58 (81,7)	4 (5,6)	9 (12,7)		31 (43,7)	8 (11,3)	32 (45,1)	
Service administratif	74 (77,1)	4 (4,2)	18 (18,7)		45 (46,9)	17 (17,7)	34 (35,4)	
Service d'hospitalisation	270 (69,1)	36 (9,2)	85 (21,7)		152 (38,9)	97 (24,8)	142 (36,3)	
BIEN-ÊTRE				***				***

Bas	20 (17,6)	47 (41,2)	47 (41,2)		8 (7,0)	71 (62,3)	35 (30,7)	
Moyen	289 (69,7)	18 (4,3)	108 (26,0)		135 (32,5)	99 (23,9)	181 (43,6)	
Haut	280 (95,6)	1 (0,3)	12 (4,1)		195 (91)	7 (2,4)	91 (31,1)	
AVENIR				***				***
Bas	178 (51,2)	60 (17,2)	110 (31,6)		82 (23,6)	129 (37,1)	137 (39,4)	
Moyen	303 (83,3)	6 (1,6)	55 (15,1)		175 (48,1)	45 (12,4)	144 (39,6)	
Haut	108 (98,2)	0 (0,0)	2 (1,8)		81 (73,6)	3 (2,7)	26 (23,6)	
RESPECT REÇU				***				***
Bas	117 (45,0)	56 (21,5)	87 (33,5)		58 (22,3)	104 (40,0)	98 (37,7)	
Moyen	278 (78,4)	9 (2,5)	67 (18,9)		139 (39,3)	61 (17,2)	154 (43,5)	
Haut	194 (93,3)	1 (0,5)	13 (6,2)		141 (67,8)	12 (5,8)	55 (26,4)	
TEMPS DE PAUSE				NS				***
Bas	158 (71,2)	16 (7,2)	48 (21,6)		86 (38,7)	57 (25,7)	79 (35,6)	
Moyen	185 (67,5)	28 (10,2)	61 (22,3)		90 (32,8)	69 (25,2)	115 (42,0)	
Haut	246 (75,5)	22 (6,7)	58 (17,8)		162 (49,7)	51 (15,6)	113 (34,7)	
QUALITÉ MATÉRIEL				***				***
Bas	153 (59,1)	33 (12,7)	73 (28,2)		85 (32,8)	82 (31,7)	92 (35,5)	
Moyen	310 (74,9)	27 (6,5)	77 (18,6)		171 (41,3)	77 (18,6)	166 (40,1)	
Haut	126 (84,6)	6 (4,0)	17 (11,4)		82 (55,0)	18 (12,1)	49 (32,9)	

* = $p < 0,05$

** = $p < 0,01$

*** = $p < 0,001$

[Figure1_Pouget.jpg](#)

© R. Pouget/Elsevier Masson

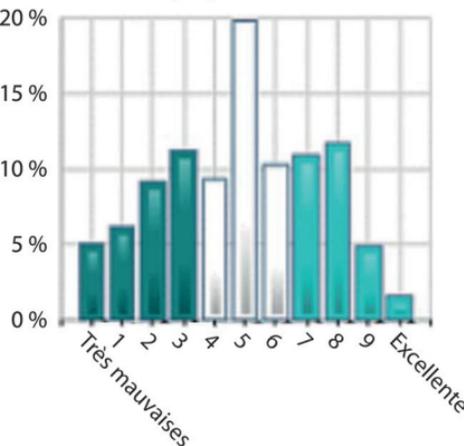
Figure 1. Réponse du vécu au travail.

[Figure2_Pouget.jpg](#)

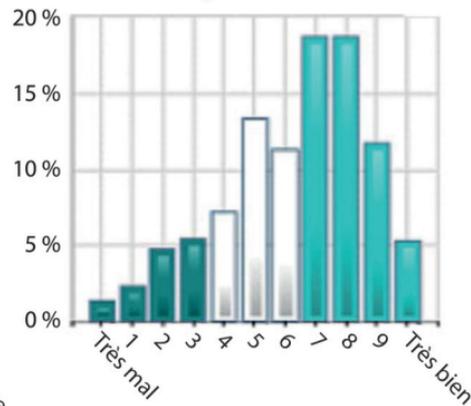
© R. Pouget/Elsevier Masson

Figure 2. Résultats du questionnaire de Karasek en fonction de la catégorie professionnelle.

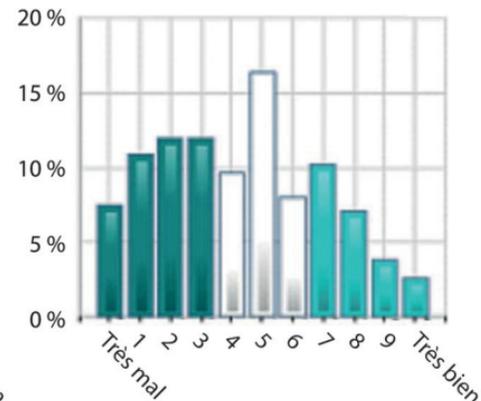
Comment jugez-vous la qualité du matériel proposée ?



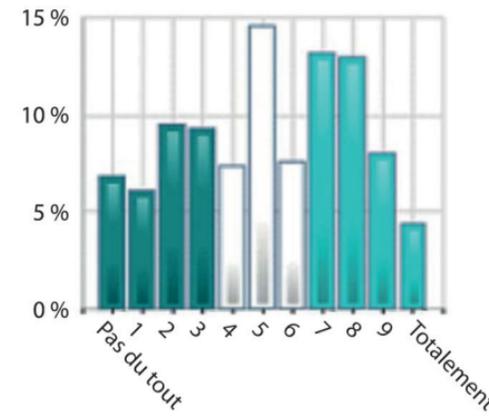
Comment vous sentez-vous au travail en général ?



Comment voyez-vous l'avenir au travail ?



Vu tous mes efforts, je reçois le respect et l'estime que je mérite ?



Je suis dans l'impossibilité de prendre des pauses lors de ma journée de travail en raison de l'activité de service ?

