



## AVERTISSEMENT

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

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

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

Contact : [ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr](mailto:ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr)

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

[http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg\\_droi.php](http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

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

UNIVERSITE DE LORRAINE

Ecole Doctorale STANISLAS  
Laboratoire INTERPSY – EA 44432  
Groupe de Recherche sur les Communications

Thèse présentée en vue de l'obtention du :

Doctorat de Psychologie

Par Louise BERNEZ

**Burnout des soignants, interactions de travail  
en secteur gériatrique et effet du jardin**

**Membres du Jury :**

**Martine BATT** - Professeur des universités - Université de Lorraine. Directeur de thèse

**Alain TROGNON** – Professeur des universités émérite - Université de Lorraine

**Carlo GALIMBERTI** – Professeur des universités - Università Cattolica del Sacro Cuore. Milan, Italie. Rapporteur

**Joëlle LEBREUILLY** – Maître de conférence-HDR – Université de Basse Normandie. Rapporteur

**Thérèse RIVASSEAU JONVEAUX**. Praticien Hospitalier. CHRU Nancy. Invitée.

3 décembre 2016



## Burnout des soignants, interactions de travail en secteur gériatrique et effet du jardin

### Remerciements :

Je souhaite remercier tout particulièrement Mme le Professeur Martine BATT pour avoir accepté de diriger cette recherche. Elle m'a orientée durant ces 5 dernières années avec honnêteté et disponibilité. Merci beaucoup Martine.

Je remercie également Alexandre LECLERC et Thierry BALDANI pour leur confiance et les compétences qu'ils m'ont apportés en m'intégrant au sein de l'équipe de Retravailler. Cette opportunité certes professionnelle mais également humaine a inspiré mes ambitions d'évolutions.

Merci aussi à l'équipe du GRC notamment le professeur Emérite Alain TROGNON et le docteur Thérèse JONVEAUX pour leur éclairage scientifique et technique. Leurs conseils précieux m'ont permis d'aboutir à une rigueur scientifique avisée.

J'exprime également ma gratitude à Monsieur le professeur Carlo GALIMBERTI et Madame Joëlle LEBREUILLY d'avoir accepté de juger ce travail de thèse. Votre expertise me permettra d'avancer avec clairvoyance dans mes futurs travaux de recherche.

Je ne peux oublier l'ensemble de mes collègues de Retravailler et de l'Université qui m'ont soutenus pendant ces dernières années.

Un grand merci aux équipes soignantes qui m'ont ouverts leurs portes. Merci d'avoir accepté de répondre à mes questions et d'être resté sincères dans vos réponses.

De même, je remercie mes amis pour les moments de détente, mais aussi les périodes de travail intense où je me sentais moins seule, me permettant ainsi d'avancer plus sereinement.

A ma famille et belle-famille, merci d'avoir toujours été là et d'avoir été compréhensifs. Votre écoute et votre soutien m'ont permis d'avancer. Merci particulièrement à mes parents qui par leur propre ambition professionnelle m'ont montrés le chemin de la réussite personnelle. Votre confiance en mes capacités m'a permis de passer outre mes doutes.

Merci à Mikaël, mon conjoint, qui par son soutien m'a permis de ne pas perdre mes objectifs de vue, merci pour nos moments de vie à deux.

## TABLE DES MATIERES :

Résumé.....	10
Abstract .....	11
Liste des publications et Liste des communications orales et affichée .....	12
<b>Chapitre 1 : PREAMBULE.....</b>	<b>14</b>
1. Contexte de la Convention Industrielle de Formation par la Recherche .....	15
1.1. Une collaboration pour plusieurs objectifs .....	15
1.2. Contexte juridique du dispositif.....	18
2. Explication de la thématique .....	19
3. Cadre juridique .....	21
4. Objectif et questions de recherche.....	24
<b>Chapitre 2 : CADRE THEORIQUE.....</b>	<b>27</b>
1. Burnout, Vigueur et troubles musculosquelettiques : Les liens.....	28
1.1. Burnout .....	28
1.1.1. Historique.....	28
1.1.2. Le Burnout chez les soignants .....	29
1.2. Vigueur versus Burnout .....	32
1.2.1. Définition.....	32
1.2.2. Echelle de mesure .....	34
1.2.3. Affect et force physique .....	35
1.2.4. Motivation au travail.....	37
1.3. Des Troubles Musculosquelettiques au Burnout .....	40
1.3.1. Définition.....	40
1.3.2. T.M.S. chez les soignants.....	41
1.3.3. Causes des T.M.S.....	43
1.3.4. Conséquences des T.M.S.....	46

1.3.5. Du Burnout au T.M.S. ....	48
2. Organisation des hôpitaux .....	51
2.1. Une institution complexe.....	51
2.1.1. Historique.....	51
2.1.2. Bureaucratie professionnelle .....	52
2.1.3. Une activité séquencée .....	54
2.1.4. Des objectifs incompatibles .....	56
2.2. Des conditions de travail différentes en fonction des services .....	58
2.2.1. Définition des conditions de travail.....	58
2.2.2. Répartition des Pôles d'activités .....	59
2.2.3. Facteurs psychosociaux.....	60
2.3. Focus sur les services de gériatrie.....	65
2.4. Soignant et vie personnelle : compatibilité.....	68
2.5. Des conséquences psychiques, physiques et financières.....	69
2.5.1. Conséquences pour le salarié.....	69
2.5.2. Conséquences pour l'Etat et l'employeur .....	72
3. Jardin Thérapeutique .....	75
3.1. Jardin et santé.....	75
3.2. Jardin thérapeutique palliateur de stress .....	78
3.3. Le jardin : un espace social communicationnel .....	81
<b>Chapitre 3 : METHODOLOGIE - Approche Systémique De L'étude.....</b>	<b>83</b>
1. Méthodologie de l'étude « pilote » (2010) .....	84
2. Outils et procédure.....	86
2.1. Questionnaire .....	86
2.2. Entretien de recherche .....	88

3. Critères d'inclusion .....	89
3.1. Services concernés.....	89
3.2. Description des hôpitaux .....	90
3.2.1. CHRU Nancy - Hôpital Saint Julien – Nancy .....	90
3.2.2. Hôpital gériatrique - Le Kem – Groupe SOS Thionville .....	91
3.2.3. CHRU Strasbourg - Pavillon Schutzenberger - Hôpital de la Robertsau – Strasbourg.....	92
3.2.4. Hôpital Saint Maurice - Moyeuvre-Grande .....	93
3.2.5. Hôpitaux privés de Metz - Hôpital Sainte Blandine Metz.....	94
4. Population.....	95
5. Recueil des données .....	97
5.1. Organisation et hiérarchie lourde et procédurière .....	97
5.2. Météo .....	99
6. Questionnaire .....	100
6.1. Exemple du questionnaire .....	100
6.2. Codage du questionnaire .....	111
7. Outils d'analyse des résultats .....	126
<b>Chapitre 4 : RESULTATS.....</b>	<b>128</b>
1. Prémices : Une situation générale inquiétante en 2010.....	129
1.1. Description de la population .....	129
1.2. Validation du questionnaire .....	130
1.3. Scores facteurs psychosociaux, Burnout et Vigueur .....	131
1.3.1. Variable efforts psychologique au travail.....	131
1.3.2. Variable manque perturbant de récompense.....	132
1.4. Scores Troubles Musculosquelettiques.....	133
1.5. Liens entre facteurs psychosociaux, Burnout, Vigueur et T.M.S. ....	135

1.5.1.	Effet du Burnout sur les troubles musculosquelettiques déclarés .....	135
1.5.2.	Modèle parcimonieux des facteurs psychosociaux sur le Burnout .....	135
1.5.3.	Part de la variance des facteurs psychosociaux sur la Vigueur .....	136
1.5.4.	Effet de la Vigueur sur le Burnout .....	136
2.	Situation actuelle (2014 à 2016) .....	138
2.1.	Validation et scores du questionnaire.....	138
2.2.	Liens entre facteurs psychosociaux, Burnout, Vigueur et T.M.S. ....	141
2.2.1.	Modèle parcimonieux linéaire des facteurs psychosociaux sur le Burnout .....	142
2.2.2.	Modèle parcimonieux des facteurs psychosociaux sur la Vigueur .....	142
2.2.3.	Modèle parcimonieux des facteurs psychosociaux sur les troubles musculosquelettiques .....	142
2.2.4.	Effet de la Vigueur sur le Burnout .....	143
3.	Focus sur les services de gériatrie.....	145
3.1.	Scores du questionnaire par service .....	145
3.2.	Liens entre les facteurs psychosociaux, le Burnout, la Vigueur et les T.M.S. ....	146
3.2.1.	Les unités cognitivo-comportementales (UCC) .....	146
3.2.2.	Les soins palliatifs (SP).....	148
3.2.3.	Les soins de suite et de réadaptation (SSR).....	150
4.	Le jardin thérapeutique face aux indicateurs de santé au travail .....	153
4.1.	Comparaison des scores entre les types de jardin .....	155
4.1.1.	Différence jardin thérapeutique versus sans jardin .....	155
4.1.2.	Différence jardin non-aménagé versus sans jardin .....	155
4.2.	Résultats en fonction du jardin et du service .....	156
4.3.	Comparaison des scores pour chaque service entre les types de jardin.....	157
5.	Entretien .....	161
5.1.	Analyse formelle .....	161
5.1.1.	Structure .....	161



5.1.2. Les thèmes abordés .....	163
5.1.2.1. Soins palliatifs sans jardin.....	163
5.1.2.2. Soins palliatifs jardin non-aménagé.....	166
5.1.2.3. Soins palliatifs jardin thérapeutique.....	169
5.1.2.4. Soins de suite et de réadaptation sans jardin.....	173
5.1.2.5. Soins de suite et de réadaptation jardin non-aménagé .....	176
5.1.2.6. Soins de suite et de réadaptation jardin thérapeutique.....	179
5.1.2.7. Unité cognitivo-comportementale sans jardin .....	182
5.1.2.8. Unité cognitivo-comportementale jardin non-aménagé.....	185
5.1.2.9. Unité cognitivo-comportementale jardin thérapeutique .....	187
5.2. Analyse quantitative .....	190
5.2.1. Relation thème – Burnout.....	190
5.2.2. Relation thème – Vigueur .....	190
5.2.3. Relation thème – T.M.S.....	191
<b>Chapitre 5 : DISCUSSION .....</b>	<b>193</b>
1. Retour sur les résultats de 2010 .....	194
1.1. Burnout médiateurs des facteurs psychosociaux et des T.M.S.....	194
1.2. Burnout et genre.....	195
1.3. La relation Burnout et Vigueur.....	195
2. De l'étude 2010 à 2016.....	196
2.1. Burnout, Vigueur et T.M.S.....	196
2.2. Burnout et support social.....	198
2.3. Burnout et jardin.....	199
<b>Bibliographie.....</b>	<b>202</b>
<b>Table des figures et tableaux .....</b>	<b>222</b>



## Résumé

L'objectif de cette recherche est double. Etudier les causes et conséquences du Burnout des soignants, dans un premier temps, et comprendre l'effet de la présence d'un jardin dans un secteur gériatrique hospitalier dans un second temps. Les infirmiers et aides-soignants de neuf services de gériatrie ont répondu à un questionnaire construit à partir des théories et échelles de Karasek et Theorell (1990), Siegrist (1996), Shirom (2004) et Kurorinka (1987). Ainsi, le Burnout est confronté aux facteurs psychosociaux, à la Vigueur (bien être) et aux douleurs physiques pour extraire les causes et conséquences de ce trouble psychologique. Ces mêmes équipes ont également participé à des entretiens de type « focus groups » et à des entretiens individuels semi-dirigés afin de s'exprimer sur leurs conditions de travail, ainsi que sur leur vécu et leur ressenti de la présence ou l'absence d'un jardin aménagé ou non aménagé dans leur environnement de travail. Ces équipes de soins appartenaient à trois types de services gériatriques : unité cognitivo-comportementale, soins palliatifs, soins de réadaptation. Les résultats principaux du questionnaire mettent en cause le manque de soutien de la hiérarchie comme aspect augmentant les risques de Burnout. Ce résultat est par la suite confirmé par les entretiens. De plus, le Burnout semble moins présent dans les services avec jardin que sans jardin, et il existe également une amplification de ce bénéfice dans les jardins thérapeutiques. On observe une sensation de Vigueur, tant physique que psychologique, plus importante dans les services avec jardin, et une tendance à l'augmentation des T.M.S. dans les services avec jardin thérapeutique. Cette constatation amène à s'interroger sur l'ergonomie du travail dans ce type d'environnement. En conclusion, le jardin apparaît comme un dispositif systémique favorable aux interactions de travail dans un lieu spécifiquement aménagé, permettant par là-même de combattre les sources de Burnout et de défendre la Vigueur. Il favorise l'épanouissement des soignants et la réduction du Burnout mettant tout de même en lumière un principe de précaution sur la charge physique et l'ergonomie de ce lieu à explorer.

## Abstract

The aim of this research was twofold. Study the causes and consequences of Burnout caregivers, initially, and understand the effect of the presence of a garden in a hospital geriatric sector in a second time. Nurses and caregivers of nine geriatric services answered a questionnaire constructed from the theories and scales of Karasek and Theorell (1990), Siegrist (1996), Shirom (2004) and Kuorinka (1987). So, the Burnout is faced with psychosocial factors, the vigor (wellness) and physical pain to extract the causes and consequences of this psychological disorder. These same teams also participated in such conversations "focus groups" and semi-structured individual interviews to speak about their working conditions, as well as their experience and felt the presence or absence a arranged garden or undeveloped in their work environment. These care teams belonged to three types of geriatric services: cognitive behavioral unit, palliative care, rehabilitation care. The main results of the questionnaire involve lack of support from the hierarchy appearance as increasing the risk of Burnout. This result is confirmed by interviews. In addition, Burnout was a lesser incidence of Burnout in care services with a garden that those without a garden, and and there is also with an amplification of the benefit with specially-designed gardens. The feeling of strength, both physical and psychological, was less present when the care services did not have a therapeutic garden. A trend toward an increase in musculoskeletal disorders in services with a therapeutic garden versus no garden was observed. Upon analyzing the results, the authors recommend particular attention in the designing of hospital gardens in order to facilitate the ergonomics of nursing work. In conclusion, the overall results advocate the use of the garden as a systemic structure conducive to work interactions in a specially designed area by allowing the same to combat the sources of Burnout and defend Vigor. It encourages the development of nursing and reducing Burnout highlighting a precautionary principle on the physical load and ergonomics of this place to explore.

## Liste des publications et Liste des communications orales et affichées :

**ACL : Articles dans des revues internationales ou nationales avec comité de lecture répertoriées dans les bases de données internationales (ISI Web of Knowledge, Pub Med, SCImago, ERIH, PsycInfo...).**

Bernez, L., Batt, M., Yzoard, M., Jacob, C., Trognon, A., Verhaegen, F., Danan, J.L., Fescharek, R., & Rivasseau-Jonveaux, T. (en soumission). Jardin Thérapeutique, outil de prévention du Burnout. *Psychologie française*.

Bernez, L., Batt, M., Haumont, M.-C., Trognon, A., & Lighezzolo, J. (2015). Il dolore negli operatori sanitari: i rischi del mestiere. *Counseling. Giornale Italiano di Ricerca e Applicazioni, Vol.8 (1), on line, febbraio*.  
[http://rivistedigitali.erickson.it/counseling/\[PsycInfo\]](http://rivistedigitali.erickson.it/counseling/[PsycInfo])

Bernez, L., Batt, M., Trognon, A., & Rivasseau-Jonveaux, T. (2013). Etude des facteurs psychosociaux, du Burnout, de la Vigueur et des troubles musculosquelettiques chez les soignants hospitaliers. *Psychologie du Travail et des Organisations, 19 (4)*, 336-360. [PsycInfo]

### **C-ACTI : Communications avec actes dans un congrès international**

Bernez, L. (2015). The JAZ-BURN. *International Conference Anthropologies of Dialogue, 25<sup>th</sup> anniversary of the International Association for Dialogue Analysis (IADA)*, Nancy, August 27-29, 2015, p. 25. ISBN 978-2-9553790-0-4.

### **C-COM : Communications orales sans actes dans un congrès international ou national**

Batt, M., Bernez, L., Rivasseau-Jonveaux, T., Trognon, A., Yzoard, M. (2015, Juin). Symposium : Un jardin en pôle gérontologique : de sa conception à l'évaluation de ses bénéfices médico-psycho-sociaux pour les malades d'Alzheimer et leurs soignants. *6es Entretiens francophones de la Psychologie*, Nancy, 4-6 juin 2015.

Yzoard, M., Jacob, C., Bernez, L., Batt, M., Rivasseau-Jonveaux, T., Trognon, A. (2015, Juin). Chercheurs et professionnels s'impliquant dans la maladie d'Alzheimer. Colloque *Sciences & You 2015*. Nancy, 1-6 juin 2015.

### **C-AFF : Communications par affiche dans un congrès international ou national**

Bernez, L., & Batt, M. (2016, juin). *Burnout, Vigueur et jardin thérapeutique*. Communication présentée au 34e congrès de médecine et santé au travail, Paris, France.

Bernez, L., & Batt, M., (2014, juin). *Etude et liens des facteurs psychosociaux, du Burnout, de la Vigueur, et des troubles musculo-squelettiques dans le milieu hospitalier*. Communication présentée au colloque international Douleur au travail, Nantes, France.

Bernez, L., & Batt, M., (2014,juin). Etude et liens des facteurs psychosociaux, du Burnout, de la Vigueur, et des troubles musculo-squelettiques dans le milieu hospitalier. Communication présentée à la journée des jeunes chercheurs, Nancy, France.

Bernez, L., & Batt, M., (2011, septembre). *Etude et liens des facteurs psychosociaux, du Burnout, de la Vigueur, et des troubles musculo-squelettiques dans le milieu hospitalier*. Communication présentée au colloque de la Société Française de Psychologie, Metz, France.



# Chapitre 1 : **Préambule**

## **Résumé :**

Cette étude est inscrite dans un contexte sociétal et économique. Cette partie a pour but de présenter les protagonistes de cette aventure. L'explication de la convention industrielle de formation pour la recherche (CIFRE) et la collaboration avec l'entreprise Retravailler et l'Université de Lorraine, permet de comprendre le contexte économique, juridique et les objectifs encrés dans des problématiques sociétales. Mettant, ainsi, les questions de recherche en avant.

# 1. Contexte de la convention Industrielle de Formation par la Recherche

## 1.1. Une Collaboration pour plusieurs objectifs

Aux prémices de cette aventure, 3 protagonistes, une entreprise « Retravailler EGP », un laboratoire « Interpsy » et une salariée.

Retravailler Est-Grand Paris intervient sur le champ de la gestion des ressources humaines. Les compétences et ressources de la structure lui permettent d'agir notamment dans le domaine du développement personnel au travail. Le projet d'orientation professionnelle, l'accès à l'emploi, les conditions de maintien dans l'emploi et l'évolution de carrière, sont les principales phases de la vie au travail expertisées et accompagnées par Retravailler EGP. A ce titre, l'entreprise se questionne et agit sur les actions et outils à mobiliser pour atteindre ses objectifs de performance. Cette position implique un investissement permanent en matière d'amélioration et de développement de ses pratiques.

La question des Risques Psychosociaux (RPS) est abordée par l'entreprise dans le cadre d'accompagnements réalisés au sein du secteur hospitalier. Les risques encourus par les acteurs (administrateurs, gestionnaires, soignants, techniciens, services généraux,...) sont en effet bien présents mais l'analyse par des méthodes dédiées peut encore faire l'objet d'un important développement. La proposition de nouveaux outils contribue à mieux appréhender la question des RPS et à déployer une expertise à la hauteur des enjeux socio-économiques du secteur des soins privés et publics.

Historiquement Retravailler est une association créée par une sociologue du travail en 1974, Evelyne SULLEROT (10 octobre 1924). Dans un contexte économique et social instable la question des femmes au travail se pose. De 1939 à 1945, les femmes vont travailler pendant la guerre. De plus, en octobre 1973, la première crise pétrolière provoque un brusque coup d'arrêt de la croissance économique qui fait donc place à la crise de 1974-75. Cette période d'incertitude amène les femmes à réclamer leur émancipation ayant pour objectif de détruire le modèle dominant « l'homme au travail et la femme à la maison ». Evelyne SULLEROT va donc profiter de cette période pour faire connaître son idéologie et permettre à de nombreuses femmes de (re) trouver le chemin de l'activité professionnelle. Pour ce faire, la création de la première méthode d'orientation professionnelle pour adultes (destinées à des femmes souhaitant reprendre une activité après avoir élevé leurs enfants) est amorcée. La mission de RETRAVAILLER consiste à mettre en œuvre cette méthode ce qui permet d'entrer dans les mœurs, le travail des femmes. En effet, nous notons une augmentation de 26 points de 1975 à 2010 puisque nous passons de 59 % des femmes (de 25 à 49 ans) en France travaillant à 85 % en 2010.



Cependant, certaines inégalités perdurent en 2012, la DARES (direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques) indique que « le salaire horaire net des femmes était inférieur de 16,3 % en moyenne à celui des hommes. » même si des améliorations sont dévoilées par l'INSEE notamment par le taux de chômage dont la proportion c'est inversé depuis 2012 (Maruani, & Meron, 2012). Passant, ainsi, en 2013 à une proportion de 10% de taux de chômage pour les hommes contre 9,7% pour les femmes (En 2011, il y a 8,5% pour les hommes contre 9,1% pour les femmes). Une minorité de femme au chômage n'avait jusqu'à présent jamais été enregistré par l'INSEE.

Depuis, RETRAVAILLER évolue dans son champs d'action, se positionnant sur le thème de l'identité par le travail (de la première insertion à de la reconversion professionnellement en passant par la préparation à la fin de carrière).

C'est ainsi, qu'avec la volonté toujours croissante de RETRAVAILLER d'augmenter ses connaissances dans le domaine du travail, ma demande initiale de travailler en collaboration avec l'université de Lorraine est acceptée. En effet, ma volonté personnelle de m'engager dans une recherche visant à produire de nouveaux outils aptes à mieux prendre en compte les problématiques de Risques Psychosociaux et Burnout, m'ont encouragé dans cette démarche. Je recherche depuis la fin de mon Master des possibilités de pouvoir dépasser mes limites et d'aller plus loin dans ma pratique professionnelle. Les outils actuels permettant d'appréhender la problématique RPS dans le secteur hospitalier sont encore à développer. En effet, et au regard de ma première expérience, il apparaît que des axes d'explorations sur les causes et origines (par exemple) ne sont pas suffisamment pris en compte. Mon travail antérieur sur le personnel soignant et mon envie d'exploiter les premières compétences acquises, m'ont donné le désir de proposer ce projet de recherche à une entreprise dynamique et intéressée par le sujet. Ainsi malgré mon épanouissement indéniable dans ma vie professionnelle, ma curiosité m'incite fortement à revenir dans le domaine de la recherche. Une démarche a alors été initiée vers les acteurs universitaires.

Le laboratoire INTERPSY (EA 4432- GRC (Groupe de recherche sur les communications)) étudie les interactions et les relations intersubjectives, en développant des recherches fondamentales (communication, psychopathologie, psychologie sociale, psychologie du développement, psychologie cognitive) et des recherches appliquées (éducation, santé, travail, justice). Une recherche perpétuelle de nouveaux projets allant dans le sens du développement de la société scientifique française, nous amène à nous rapprocher.

En demande de contribution sur les approches méthodologiques nouvelles, le laboratoire est intéressé par la création d'outils et méthodes permettant une classification des indices de l'épuisement professionnel et d'un outil novateur pour l'endiguer. Il pourrait s'agir, ici et précisément, d'aider les cadres de santé à comprendre et appréhender avec clairvoyance les réactions de leurs collaborateurs et d'aider les équipes à combattre les situations stressantes de nos nouvelles organisations. Un rapprochement entre le monde universitaire et les hôpitaux serait alors l'occasion d'un enrichissement réciproque.



*Figure 1 : protagoniste de la CIFRE*

## 1.2. Contexte juridique du dispositif

L'Association Nationale Recherche Technologie a été créée en 1953. La finalité de cette association est « d'assurer la promotion de la recherche technique, aider ses membres collectivement dans leurs activités de R&D, les représenter auprès des pouvoirs publics, des organismes français et internationaux. ».

Les Conventions Industrielles de Formation par la Recherche (CIFRE) sont disponibles depuis 1981 et rassemblent des acteurs publics et privés de la recherche et de l'innovation. L'ANRT indique que « Depuis plus de 30 ans, le dispositif CIFRE subventionne toute entreprise de droit français qui embauche un doctorant pour le placer au cœur d'une collaboration de recherche avec un laboratoire public. Les travaux aboutiront à la soutenance d'une thèse en trois ans.

Les CIFRE sont intégralement financées par le ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche qui en a confié la mise en œuvre à l'ANRT. »

Ainsi, ce projet a pris forme avec un contrat de travail, une subvention de l'ANRT et une convention de collaboration permettant un travail novateur, efficace et serein.

## 2. Explication de la thématique

Plusieurs sous-ensembles composent cette étude. Les thèmes d'épuisement professionnel, de communication ou encore de jardin thérapeutique dans l'Est de la France forment les caractéristiques intrinsèques à cette thèse. Chacun de ces aspects ont été imbriqués dans le but d'enrichir le monde professionnel et universitaire.

Le premier aspect visé est l'étude de l'épuisement professionnel dit le « Burnout ». En effet, nous souhaitons un sujet en accord avec l'actualité et les besoins réels de notre société.

Depuis plusieurs années, une focalisation sur les maladies psychiques du travail ont été mis en exergue. En effet, l'affaire France Télécom a été un déclencheur par la médiatisation et l'apparition de conséquence désastreuse sur la santé, du au management choisi par certaines directions de grandes entreprises.

Le Japon était jusque-là, le seul pays à montrer des organisations pouvant entraîner la mort du salarié. A l'inverse de la France, le Karoshi (mort par surtravail) est reconnu au Japon depuis 1988 comme maladie professionnel en raison de morts fréquentes sur le lieu de travail.

Ainsi, la France va comprendre l'impact le plus poussé du stress au travail en 2008. En effet, en 1 an, 35 suicides ont été recensés chez France Télécom et l'opinion publique se réveille sur les impacts de ce mal. Depuis que le contexte socio-économique de l'Europe est au ralenti, les conditions se durcissent et les français continuent à subir une politique managériale stressante.

L'Etat commence donc à se poser la question du recensement du Burnout dans les maladies professionnelles. L'Assemblée Nationale a adopté le projet de loi « REBSAMEN » le 27 juillet 2015 par la saisie de plus de soixante députés au conseil constitutionnel. Cette loi proclame des avancées en droit du travail dont la reconnaissance des maladies psychique au travail. Même si elle ne sera pour l'instant pas inscrite dans le tableau des maladies professionnelles, l'article ci-dessous apparait maintenant dans le code de la sécurité sociale :

« Les pathologies psychiques peuvent être reconnues comme maladies d'origine professionnelle dans les conditions prévues aux quatrième et avant-dernier alinéas du présent article. Les modalités spécifiques de traitement de ces dossiers sont fixées par voie réglementaire.. »

La présence dans les médias accroit d'année en année notre investissement pour cette problématique. Selon Maslach (1976), le « Burnout » est surtout associé à la nature de l'environnement de travail. Il met en avant le milieu hospitalier, un terrain

favorable à cette problématique. Par conséquent, nous avons décidé d'investir dans un premier temps le milieu médical.

Notre recherche se focalise sur le Grand Est de la France pour coïncider avec le champ géographique d'intervention de RETRAVAILLER EGP (Est Grand Paris). Une mise en relation avec les hôpitaux de la région et une prospection des ouvertures de service a été réalisée dans le but d'affiner notre population. Le CHRU de Nancy fut le premier à répondre présent. En effet, le travail universitaire du CHU est réel en raison d'un partenariat omniprésent avec l'université de Lorraine. L'examen des dernières recherches du CHU a mis en avant une découverte importante pour le milieu médicale. La création du jardin thérapeutique « art, mémoire et vie » en 2010 a, en effet, permis une diminution des contraintes directement liées à l'activité des soignants (Rivasseau-Jonveaux, Batt & al., 2012-2013). Particulièrement, une étude réalisée, à l'Unité Cognitivo-Comportementale (UCC) a mis en évidence un certain nombre d'améliorations indirectes des conditions de travail. Une proposition de collaboration supplémentaire m'a donc été proposée dans le but de réaliser mon étude au CHU de Nancy et ainsi, valider en plus de l'outil de formation à la détection du Burnout, une proposition innovante pour solutionner cet état d'épuisement, Le jardin thérapeutique.

### 3. Cadre juridique

Toutes les entreprises ont des obligations légales communes. En effet, conserver la vitalité et la santé des salariés est une des premières priorités. Historiquement, l'Etat commence à s'intéresser aux salariés en 1841. En effet, l'interdiction de travail des enfants de moins de 8 ans dans les manufactures de plus de 20 salariés est la première avancée. Cependant, il va falloir attendre le 2 novembre 1892 pour la création de l'organisation de l'Inspection du travail et 1913 pour les mesures d'hygiène, de sécurité et de prévention des incendies dans les locaux. Les obligations des entreprises vont grandir avec l'industrialisation des villes. De l'obligation des services de santé au travail en 1946 à la création du CHSCT en 1982. Cependant, la loi du 31 décembre 1991 qui introduit l'obligation, pour l'employeur de mettre en place une politique globale de prévention reste primordial dans la prévention des risques (direction de l'information légale et administrative, 2013). Cette étape apporte aux salariés des recours leurs permettant de comprendre et d'améliorer leur condition au travail.

En France et selon le site du gouvernement « La jurisprudence considère qu'il s'agit d'une obligation de sécurité de résultats et pas uniquement de moyens. » (Safon, 2015). Par conséquent, les entreprises se doivent de protéger leurs salariés des accidents du travail en ne prouvant pas seulement par les moyens engagés mais également par des résultats sur le terrain comme des accidents en diminution voire inexistant ou encore un taux d'absentéisme peu élevé. L'employeur doit être également en mesure de prouver les actions mis en œuvre pour diminuer et éliminer les risques professionnels. Un des outils obligatoire pour diminuer ces risques est le Document Unique. L'Etat a rendu obligatoire ce document depuis le décret du 5 novembre 2001 pour toutes entreprises d'un ou plusieurs salariés. Le code du travail légifère cette installation par les articles R. 230-1 :

*« L'employeur transcrit et met à jour dans un document unique les résultats de l'évaluation des risques pour la sécurité et la santé des travailleurs à laquelle il doit procéder en application du paragraphe III (a) de l'article L.230-2. Cette évaluation comporte un inventaire des risques identifiés dans chaque unité de travail de l'entreprise ou de l'établissement.*

*La mise à jour est effectuée au moins chaque année ainsi que lors de toute décision d'aménagement important modifiant les conditions d'hygiène et de sécurité ou les conditions de travail, au sens du septième alinéa de l'article L. 236-2, ou lorsqu'une information supplémentaire concernant l'évaluation d'un risque dans une unité de travail est recueillie.*

*Dans les établissements visés au premier alinéa de l'article L ? 236-1, cette transcription des résultats de l'évaluation des risques est utilisée pour*

*l'établissement des documents mentionnés au premier alinéa du présent article est tenu à la disposition des membres du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ou des instances qui en tiennent lieu, des délégués du personnel ou, à défaut, des personnes soumises à un risques pour leur sécurité ou leur santé, ainsi que du médecin du travail.*

*Il est également tenu, sur leur demande, à la disposition de l'inspecteur ou du contrôleur du travail ou des agents des services de prévention des organismes de sécurité sociale et des organismes mentionnés au 4<sup>e</sup> de l'article L.231-2 »*

Et par l'article R. 263-1-1 (Décr. n° 2001-1016 du 5 nov. 2001) :

*« Le fait de ne pas transcrire ou de ne pas mettre à jour les résultats de l'évaluation des risques, dans les conditions prévues à l'article R. 230-1, est puni de la peine d'amende prévue pour les contraventions de 5<sup>e</sup> classe.*

*La récidive de l'infraction définie au premier alinéa est punie dans les conditions prévues à l'article 131-13 du code pénal – Entrée en Vigueur le 7 nov. 2002. »*

Un renouvellement de cette loi a permis en janvier 2002 de faire prendre conscience de l'impact des risques psychosociaux et de légiférer son existence dans le document unique « D'une part, elle précise la responsabilité de l'employeur dans la prévention de la santé physique et mentale des salariés de l'entreprise (article L. 4121-1 à 5 du code du travail) ; D'autre part, elle introduit dans le code du travail de nouveaux articles qui définissent et sanctionnent le harcèlement moral (articles L. 1152-1 à L. 1152-6 CT). » Ainsi, l'employeur se doit de prémunir l'impact psychologique qu'il fait subir à ses employés.

Le milieu hospitalier est tenu à des engagements rigoureux vis-à-vis de l'Etat. En effet, des inspections régulières obligent la direction à se régler à la loi mais également aux critères instaurés par la HAS (haute autorité des soins). La haute autorité des soins est une « autorité publique indépendante à caractère scientifique dotée de la personnalité morale » créée en août 2004. Ses objectifs sont l'évaluation/recommandation et l'accréditation/certification des hôpitaux. Pour ce deuxième point, une inspection effectuée tous les quatre ans permet d'informer les professionnels et le public des pratiques managériales et de soins de chaque établissement. 28 critères sont évalués du management de l'établissement à la prise en charge du patient. Les critères prenant en compte la sécurité des soignants sont répertoriés aux critères 3.c Santé et sécurité au travail et 3.d Qualité de vie au travail :

**Critère 3.c Santé et sécurité au travail**

**E1** Prévoir

Les risques professionnels sont identifiés à périodicité définie.

Le document unique est établi.

Un plan d'amélioration des conditions de travail est défini.

**E2** Mettre en œuvre

Des actions de prévention des risques sont mises en œuvre en collaboration avec le CHSCT et le service de santé au travail.

Des actions d'amélioration des conditions de travail sont mises en œuvre.

**E3** Évaluer et améliorer

Le programme de prévention des risques et le document unique sont évalués à périodicité définie sur la base du bilan du service de santé au travail, du CHSCT, des déclarations d'accidents du travail et d'événements indésirables.

Ces évaluations donnent lieu à des actions d'amélioration.

**Champ d'application :**

Le CHSCT est obligatoire dans tous les établissements publics et privés d'au moins 50 salariés. En dessous de 50 salariés, les missions du CHSCT sont assurées par les délégués du personnel.

**R Critère 3.d Qualité de vie au travail**

Promouvoir la qualité de vie au travail traduit un engagement collectif qui implique les dirigeants, les professionnels et les partenaires sociaux. Cette démarche renforce l'attractivité, le sentiment d'appartenance et la motivation.

La qualité de vie au travail dépend notamment de :

- ▄ la qualité des relations de travail ;
- ▄ l'organisation et le contenu du travail ;

▄ l'environnement physique ;

▄ les possibilités de réalisation et de développement professionnels ;

▄ la conciliation entre vie professionnelle et vie privée.

La HAS met en place un développement spécifique sur ce thème. Des informations sur ce thème sont disponibles sur le site Internet de la HAS ([http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_990756/qualite-de-vie-au-travail](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_990756/qualite-de-vie-au-travail)).

**E1** Prévoir

La qualité de vie au travail fait partie des orientations stratégiques de l'établissement.

Un plan d'amélioration de la qualité de vie au travail est défini.

**E2** Mettre en œuvre

Des actions d'amélioration de la qualité de vie au travail sont mises en œuvre.

**E3** Évaluer et améliorer

Les actions d'amélioration de la qualité de vie au travail sont évaluées.

La satisfaction des personnels est évaluée.

Figure 2 : Manuel de certification, critères 3c et 3d

Ainsi, les hôpitaux sont dans l'obligation d'être rigoureux et attentif à leur personnel soignant pour un bon fonctionnement interne (diminution des accidents et arrêt de travail, un turn-over et absentéisme réduit) mais également pour obtenir un classement satisfaisant face à la HAS.



## 4. Objectif et questions de recherche

Une prévention efficace des problématiques du secteur de la santé passe par une analyse plénière de l'organisation. La pertinence de ce travail réside dans la compréhension des difficultés du personnel pour une amélioration de leur bien-être, prescrire des solutions innovantes et prévoir les risques de Burnout. Deux objectifs s'articulent donc autour de ce projet.

### *Mesure des concepts influant sur les conditions de travail*

Les facteurs organisationnels, biomécaniques et psychosociaux influent sur les conditions de travail. Pour comprendre les difficultés, un questionnaire mesurant 4 aspects de leur environnement a été créé. Les risques psychosociaux mesurent les concepts de latitude décisionnelle, demande psychologique, soutien social, et récompense. La théorie du Burnout est matérialisée en suivant le concept de Shirom (2004) en introduisant une évaluation de la fatigue physique, émotionnelle et cognitive, mais également une mesure des situations susceptibles de procurer du plaisir et de la Vigueur. Une mesure de la fréquence et de l'intensité des douleurs met en lien la douleur physique avec la douleur psychologique. Cette première analyse, apporte des données conceptuelles permettant de matérialiser les soucis organisationnels en termes de causes et conséquences du Burnout et surtout de pouvoir utiliser un questionnaire testé et conceptualisant nos données.

Des entretiens de recherche (Blanchet, 1989) sont réalisés dans les services précédemment sondés. Une intégration à l'équipe pendant plusieurs semaines permet de capturer des éléments verbaux mis en avant pour conceptualiser et contextualiser les situations stressantes et les sources de motivation du soignant.

### *Validation d'une proposition innovante, le jardin thérapeutique*

Une étude réalisée à l'Unité Cognitivo-Comportementale du CHU de Nancy a mis en évidence des améliorations indirectes des conditions de travail grâce à la création d'un jardin thérapeutique (2010). La comparaison d'équipes soignantes de même service avec jardin thérapeutique, avec jardin non aménagé et sans jardin permettra de valider cette hypothèse. Le niveau de Burnout, Vigueur et T.M.S. seront comparés au niveau d'accès des soignants à un espace vert.

L'évaluation de l'environnement psychosocial par un questionnaire, un outil de formation pour détecter les indicateurs révélateurs du Burnout et les jardins thérapeutiques comme catalyseur de l'épanouissement sont les aspects qui permettent, dans cette étude, d'associer le travail à la santé. La vision pratique et l'intervention in situ de cette thèse convoite à aider au mieux les hôpitaux à réagir

face à l'environnement de travail qui se complexifie. Pour ce faire, des méthodes innovantes et une analyse de la situation au plus près de la réalité terrain, permettent de mettre en avant un questionnement global :

*Comment appréhender le système hospitalier pour faire émerger les causes et les conséquences directes du Burnout ? Quels sont les signes et indicateurs de situations à risque de Burnout ? Un jardin thérapeutique peut-il par sa proximité avec la nature aider le soignant dans sa pratique et dans sa perception bénéfique de ses conditions de travail ?*



# Chapitre 2 : Cadre Théorique

## Résumé :

Le concept de Burnout s'entoure de nombreuses notions comme le bien-être, la fatigue physique et les facteurs psychosociaux. Cette partie met en lumière les liens entre une organisation hospitalière et les conséquences sur le salarié en service de gériatrie. Une deuxième partie se focalise sur un outil de prévention innovant, le jardin thérapeutique. Par son lien avec la santé, le bien-être et la communication, il permet d'entrevoir des solutions novatrices.

# 1. Burnout, Vigueur et troubles musculosquelettiques : Les liens

## 1.1. Burnout

### 1.1.1. *Historique*

L'historique du Burnout remonte à 1969 et le colloque de Loretta Bradley (professeur à l'université du Texas). Première référence au stress lié au travail sous la dénomination « Burnout ». Cinq ans après, la première définition et utilisation du concept fut élaboré par Herbert Freudenberger. Elle fut exprimée par, « Le Burnout est un état de fatigue ou de frustration lié à l'engagement pour une cause, un type de vie ou une relation qui n'a pas apporté la gratification attendue » (Freudenberger, 1974, 1987).

Parallèlement en 1969, un employé japonais décède à 29 ans en raison d'une surcharge de travail. Première manifestation du « Karoshi » nom créé par trois médecins japonais, Hosokawa, Tajiri et Uehata en 1982 signifiant littéralement la « mort par le travail ».

La mesure la plus populaire de cet aspect est celle de Maslach qui inventa le Maslach Burnout inventory (MBI). Christina Maslach s'intéresse en 1980 avec Susan Jackson, sa première population est le monde médical. Son modèle est élaboré sous trois variables, l'épuisement professionnel, la dépersonnalisation et l'accomplissement personnel. Elle définit ainsi le Burnout par « un syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement personnel qui apparaît chez les individus impliqués professionnellement auprès d'autrui ». Il existe donc selon Maslach 5 stades avant d'atteindre le Burnout. Tout d'abord, l'enthousiasme, puis la stagnation, la frustration, l'apathie et enfin le désespoir.

Ainsi, le Burnout pensé au départ comme un simple stress dû à la relation d'autrui et à la gratification, se transforme en un trouble multifactoriel (individu, conditions de travail, public...) (Newell, Nelson-Gardell, & MacNeil, 2016)

### *1.1.2. Le Burnout chez les soignants*

La pertinence de la définition du Burnout par Maslach et Jackson (1981), est cependant contestée dans le milieu hospitalier (Pezet-Langevin, 2006) en raison du stade de dépersonnalisation qui peut poser problème dans les professions d'aide, « puisqu'elle signifie que les personnels adoptent des attitudes et des comportements contraires à l'éthique et à l'essence même de ces professions » (Pezet-Langevin, 2006, p. 321). Lemoine et Masclat (2007, p. 111) démontrent que la définition du Burnout selon Shirom (2003 ; voir Shirom, Nirel & Vinokur, 2006) est beaucoup plus complète. Ils le définissent comme « une réaction affective au stress permanent dont le noyau central est la diminution graduelle, avec le temps, des ressources énergétiques individuelles, qui comprennent l'expression de l'épuisement émotionnel, de la fatigue physique et de la lassitude cognitive » (Shirom, Toker, Berliner, Shapira, & Melamed, 2006 ; Melamed, Shirom, Toker, Berliner, & Shapira, 2006). Ainsi, le Burnout repose essentiellement sur la théorie de la conservation des ressources de Hobfoll (2001) où le Burnout est vu comme l'aboutissement d'un épuisement des ressources de l'individu. Dans ce sens (Hobfoll & Freedy 1993 ; Hobfoll & Shirom 1993), les personnes manquant de ressources dites « fortes » seront les plus susceptibles de connaître des cycles de perte de ressources entraînant à long terme un épuisement chronique de l'énergie émotionnelle, cognitive et physique. Shirom et Ezrachi (2003) valide la théorie et l'échelle associée par une méthode de validation croisée (analyse factorielle exploratoire) satisfaisant ainsi la fiabilité de sa recherche.

Le Burnout découvert dans un premier temps dans ces structures est inhérent au fonctionnement de ces organisations (Maslach & Jackson, 1981). Cependant, les liens entre ces variables demeurent encore énigmatiques, malgré une littérature abondante sur le sujet (Coutarel, Daniellou, Dugué., 2005 ; Estryn-Behar, 2008 ; Shirom, 2003 ; Althaus, Kop, Grosjean, 2013). En effet, selon ces mêmes auteurs les facteurs psychosociaux sont présentés comme un ensemble de facteurs et d'effets, mais sans précision fine.

Cependant selon plusieurs études récentes, ces symptômes sont davantage éprouvés en gériatrie où la tension émergeant de ce type de service serait source de cynisme voire d'apathie (Hazif-Tomas & Thomas, 2011 ; Huguenotte, Andela & Truchot, 2016). Hazif-Thomas et Thomas (2011) ont repéré quatre causes à cet état de fait: l'engagement important, l'absence de soutien, la perversité du système, le manque de résultat. Pourtant, proportionnellement à leurs collègues d'autres services, les soignants en gériatrie, personnel manifestement à risque, sont moins demandeurs de formation continue pendant l'exercice de leur fonction. On observe (Hazif-Thomas & Thomas, 2011) que les soignants de ces services reçoivent peu de formation sur les thèmes de la gestion des troubles du comportement des malades,

ce qui engendre parfois un manque de compétence et un épuisement dont les prémices sont difficilement repérées. De surcroît, Huguenotte, Andella et Truchot (2016) confirment la vulnérabilité des services de gériatrie face au Burnout par un lien significatif, mesuré uniquement dans les pôles gériatrie justement, entre la violence liée aux troubles des comportements des patients et le Burnout. Les soignants en unité de soins palliatifs seraient, quant à eux, affectés par un sentiment d'échec et un manque de valorisation par rapport aux services où s'opèrent les avancées thérapeutiques les plus récentes (Lyckholm, 2001 ; Martin-Primat & Richard, 2008) ; cependant, il est bien attesté qu'un des motifs essentiels de leur satisfaction repose sur le travail en petite équipe au sein d'une vaste organisation hospitalière (Bonnières, Estry-Behar & Lassaunière, 2010). Burnout qui serait néanmoins influencé par des variables individuelles et intrinsèques à sa personnalité (Le Ray-Landrein, Gillet, Colombat, & Dubourg, 2016).

Outre l'état d'épuisement, à la fois émotionnel, physique et psychique, qui caractérise le Burnout, lequel peut d'ailleurs aller jusqu'au suicide (pour une revue de la littérature, voir Sylva, Tavares, Alexandre, Breda, Albuquerque, & Melo 2015), une nouvelle symptomatologie semble apparaître avec une prédominance de troubles cognitifs, de dépressions et d'angoisses face au travail, allant même jusqu'à provoquer des psychoses (Bianchi & Laurent, 2015 ; McEwen & Kalia, 2010 ; Sokka & al., 2016). Ce constat préoccupant se renforce en raison d'une population vieillissante des infirmiers (moyenne d'âge des infirmiers en France = 43,6 ans ; DREES, 2015), augmentant les risques d'apparition du Burnout (Estry-Behar, 2004, 2008 ; Wanka, Kolland & Psihoda, 2015). En effet, Wanka, Kolland et Psihoda (2015) affirment dans leur étude que le niveau de Burnout augmente proportionnellement avec l'âge en raison des difficultés à se projeter dans les possibilités d'évolution de sa carrière. De plus, par souci de protection de son image, le soignant expliquera son mal par une sur-responsabilité et une sur-implication aggravant la situation (Esnard, Fauray & Zylinski, 2014). Par la suite, la culpabilité de l'individu face au sentiment éprouvé lors d'un Burnout reflète l'une des dimensions pouvant aggraver sa détresse (Gil-Monte & Manzano-Garcia, 2015).

D'autres symptômes comme la diminution de l'empathie pour ses collègues et une réduction de l'agilité mentale et physique (Armon, Melamed, Shirom & Shapira, 2010) mettent en difficulté le soignant sur son lieu de travail (Shirom, Nirel & Vinokur, 2006) pouvant provoquer indirectement l'augmentation des arrêts maladie avec un taux élevé d'absentéisme dans les institutions (Bejia & al., 2005 ; Lamy & al., 2013 ; Lemo, Silva, Tucherman, Talerman, Guastelli, & Borba 2012) mais aussi l'envie croissante du personnel soignant de quitter la profession (Estry-Behar 2004, 2008 ; International Council of Nurses, 2011). Cette empathie à double tranchant peut également augmenter l'épuisement professionnel par le contact des patients et des collègues stressés (Andela, Truchot, Van der Doef, 2016). En 2014, Borteyrou et Paillard ont également mis en évidence un lien significatif entre la maltraitance des

résidents et le Burnout des soignants, plaçant donc ce sujet au cœur-même d'une problématique sociétale.



## 1.2. Vigueur versus Burnout

### 1.2.1. Définition

Shraga et Shirom (2009) introduisent le concept de Vigueur par la notion de « Ying & Yang ». En effet, Peterson et Seligman (2004), affirment que ce concept symbolise un sentiment de mobilisation physique et mentale, en mettant l'accent sur une « construction psychique de l'énergie », mais également en faisant valoir que la Vigueur pourrait être perdue.

La Vigueur est rarement un sujet d'analyse même si des notions similaires comme le bonheur au travail, le bien-être psychologique au travail ou encore la science du bonheur sont évoquées dans la psychologie positive (Feuvrier, 2014). A l'inverse de l'épuisement professionnel et du Burnout, qui sont très populaire dans les sujets de recherche.

Considérée comme une base d'affects (Posner, Russell & Peterson, 2005), la Vigueur est définie comme une réaction affective dans un contexte d'organisation du travail. L'auteur apporte également l'hypothèse que la Vigueur serait un prédicteur de bonne santé mentale, mais aussi physique.

Shirom (2003, 2010 & 2011) définit la Vigueur par trois facettes possédées individuellement. Les individus auraient le sentiment de posséder de la force physique, de l'énergie cognitive (mentale), ainsi que de l'énergie émotionnelle à déployer envers les autres. La force physique est issue des travaux sur la Vigueur de Thayer, 1996. La vivacité cognitive, est basée sur les recherches Ashby, Isen et Turken (1999), où ils mettent en avant de solides éléments concernant une souplesse et une créativité des structures cognitives. Enfin, la facette sur les relations interpersonnelles est basée sur les études de Shaver, Schwartz, Kirson, O'Connor, 1987, inspiré de l'empathie (Allilaire, 1999 ; Tordo & Binkley, 2016).

Ces trois composantes sont un ensemble d'états affectifs expérimentés sur le lieu de travail des individus, bien que Shirom n'exclue pas des prédispositions génétiques ou des traits de personnalité pouvant influencer la Vigueur. De plus, la Vigueur est un concept durable et pas seulement des émotions momentanées (Posner, Russell & Peterson, 2005). Se sentir « revigoré » impliquerait donc un sentiment d'équilibre et d'énergie positive, de plaisir ou de contentement, à contrario de la colère ou de la tension. Le postulat étant que tout individu est en capacité d'éprouver un sentiment de Vigueur ou bien de force au travail, si bien entendu le contexte y est favorable.

Il peut exister des fluctuations entre les niveaux d'énergie de ces trois facettes, ceci étant lié aux caractéristiques du travail (Shirom, 2011). La force physique, la vivacité émotionnelle et cognitive seraient aussi liées, et s'affecteraient les unes des autres (une expansion de l'une augmenterait l'autre) conformément à la théorie de Hobfoll.

Dans l'identification des activateurs d'énergie, Shirom se base sur la théorie de « Conservation des ressources » (2001) de Hobfoll. Dans cette théorie, le principe

central est une motivation de base détenue par chaque individu. Celle-ci décidera d'obtenir, de conserver ou de protéger les ressources possédées. Plus explicitement, les individus détiennent des ressources qu'ils protègent. Or le but est d'en allouer dans des situations qui peuvent en redonner davantage, d'où un gain. Donc, tenter d'en perdre pour en gagner plus. Cette décision ne se fait pas facilement, car ce sentiment de protection des ressources est fort, il y aura donc une analyse de la situation, du but et du gain en fonction de la perte. La Vigueur tend les individus à s'investir positivement pour avoir un gain de ressources.

Il y a quatre types de ressources selon Hobfoll : les ressources matérielles ; les ressources en termes de conditions sociales (rôles, type de contrat, statut social,...) ; les ressources dispositionnelles (savoir-faire, savoir-être,...) ; les ressources énergétiques (physiques, émotionnelles, cognitives, argent,...). Ici, en ce qui concerne la Vigueur, Shirom met en avant uniquement les ressources dites énergétiques : le physique, l'affectif (interpersonnel) et le cognitif.

### *1.2.2. Echelle de mesure*

Afin de mesurer la Vigueur et les trois facettes qui la composent, l'échelle Shirom-Melamed-Vigor-Mesure (SMVM) a été élaborée et pré-testée par Shirom, en 2003. Une approche déductive (Hinkin, 1998) a été utilisée afin de construire les items de la force physique. C'est-à-dire que les items sont fondés sur des recherches antérieures, et notamment sur les travaux sur les humeurs de Thayer (1996). Pour l'énergie émotionnelle et cognitive, l'élaboration des items permettant de les mesurer s'est faite par étapes successives. Premièrement, Shirom et ses collègues ont demandé à un échantillon de professionnels de santé, d'enseignants, d'ouvriers d'usines et d'employés, de décrire leurs sentiments sur la préoccupation de leurs ressources suite à un défi imposé. Deuxièmement, après avoir épuré en évaluant la pertinence de chaque sentiment, ils ont administré les items à un échantillon des étudiants qui sont à temps plein. Puis, se sont servis (Shirom) d'une analyse factorielle exploratoire pour sélectionner les items détenant une plus grande charge sur le plan cognitif et sur le plan émotionnel. En 2003, le SMVM a déjà prouvé sa validité et soumis à sa relation bivariée avec le Burnout.

Shraga et Shirom (2009), ont pu valider le concept de Vigueur, sous les trois facettes (physique, émotionnelle et cognitive). Ainsi, 77% des salariés interrogés lient ces trois composantes à la Vigueur. De plus, ils ont pu relier la Vigueur aux interactions avec les autres, la réussite aux projets professionnels et la capacité de faire face à des situations difficiles.

### 1.2.3. *Affect et force physique*

Une construction de la Vigueur représenterait une expérience affective où l'individu se sentirait fort physiquement, mentalement et inter personnellement.

Sur le modèle des émotions positives (Kahneman, Diener, & Schwartz, 1999 ; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000 ; Snyder & Lopez, 2002), Shirom considère la Vigueur comme une émotion positive représentant un schéma inné de réponse à des signaux de l'environnement. Ce modèle inclut également le lien entre les affects positifs et l'amélioration de la santé physique et la longévité. Suite aux travaux de Gray & Watson (2001), Shirom considère ce concept comme un état d'humeur, dans la mesure où il dure plus longtemps qu'une émotion momentanée. Mais aussi comme un effet, puisqu'il semble être lié à un contexte de travail et aux outils mis à disposition au sein de ce contexte.

Eprouver de la Vigueur, c'est se sentir énergique, corrélé à une dimension affective, elle pourrait être considérée telle un réservoir d'énergie que les individus possèderaient sur leur lieu de travail. D'où une forte relation avec la Santé. Fredrickson et Joiner en 2002, décrivent la fonction des émotions positives en termes d'élargissement de la pensée-action et de la construction durable d'un répertoire personnel de ressources. Les expériences d'affects positifs peuvent aussi déclencher une spirale ascendante allant du mental vers le bien-être de l'individu. Un argument également impliqué dans la théorie de « Conservation des ressources » de Hobfoll qui considère ces ressources liées à l'affect positif permet une résistance au stress et un gain de ressources, ayant donc un impact direct sur le bien-être des individus. Par exemple dans la pratique sportive, lorsqu'une activité physique est terminée, cela s'accompagne d'une sécrétion d'endorphine dans le sang, ce qui induit un sentiment de Vigueur (Shirom, 2010). De plus, les événements violents de l'environnement de travail des infirmiers impliquent un bien être en diminution et des actes médicaux moins bien achevés (Lantta, Anttila, Kontio, Adams, & Välimäki, 2016)

Les mécanismes biologiques qui transmettent les effets du sentiment vigoureux sur la santé seraient un renforcement des capacités immunitaires ainsi que de l'adoption à des habitudes de vie saines (Shirom, Toker, Berliner, Shapira & Melamed en 2006). Il semble que la Vigueur et le sentiment de satisfaction au travail influencent directement les paramètres du système immunitaire notamment sur la fabrication de cytokines pro-inflammatoires qui sont impliquées dans la synthèse de la protéine C-réactive (CRP), produites quand le corps est confronté à une infection ou un traumatisme majeur.

Une étude de Shirom, Toker, Berliner, Shapira et Melamed en 2006, démontre que la Vigueur serait négativement corrélée avec des biomarqueurs de l'inflammation.

Toutefois, cette étude a démontré des résultats qui ne peuvent à ce jour prétendre indubitablement que la Vigueur peut améliorer la santé physique, bien qu'ils aillent en ce sens. Ils concluent que leur méthodologie ait tout de même des limites puisqu'elle est établie en laboratoire. Ils donnent un élan pour les recherches futures afin de contester ces problèmes. Ils soulignent également que les mécanismes immunitaires qui lient réellement la Vigueur avec les biomarqueurs de l'inflammation ne sont pas encore connus.

Enfin, Reed et Ones (2006), ont réalisé une étude sur les bienfaits des exercices physique sur l'organisme. Il semblerait que l'exercice physique serait une stratégie d'autorégulation pour améliorer le sentiment d'énergie et l'affect positif. Ils ont pu prouver que l'amélioration de la Vigueur se montre après 20 à 30 min d'activité physique et peut durer jusqu'à 30 min après l'exercice. En outre les effets sembleraient plus à long terme sur un aspect personnel.

#### 1.2.4. Motivation au travail

Bassal, Czellar, Kaiser et Dan-Glauser (2016), associent les stratégies de régulation des émotions et le bien être des soignants dans l'épuisement professionnel. Les résultats suggèrent que les soignants éprouvent des émotions positives plus fréquemment que les émotions négatives ce qui leur permet de combattre l'épuisement émotionnel jusqu'à observer une meilleure santé physique et mentale. La Vigueur, considérée tel un réservoir d'énergie au travail pourrait prédire le rendement, l'efficacité étant liée au processus de motivation au travail (Machado, Desrumaux & Van Droogenbroeck, 2016). Dans cette optique, Dallot et Triolaire (2016) expliquent que la motivation au travail est perçue pour le soignant comme un moyen de ne pas s'isoler provenant donc de l'énergie de l'individu. Cette hypothèse est validée dans le milieu gériatrique par l'étude de Kokkonen, Cheston, Dallos et Smart (2014) indiquant que les attitudes optimistes déterminent le niveau d'épuisement professionnel dans ce type de service. Machado, Desrumaux et Van Droogenbroeck (2016) suggèrent par là-même que les personnes heureuses affichent un rendement supérieur, ce qui par cette humeur positive, renforcerait la coopération entre les collègues. Aussi, les effets de la Vigueur sur la performance au travail pourraient être influencés par des variables telles que l'auto-efficacité et l'adaptation des ressources (soutien social, persistance dans la tâche...) (Donoso, Demerouti, Hernandez, Moreno-Jimenez, & Cobo, 2015).

Schaufelli, Maslach et Marek (1993), ont tenté de définir l'engagement comme étant le miroir du Burnout. En utilisant chaque opposé des trois dimensions de la Maslach Burnout Inventory (MBI - échelle du Burnout), ceci en y intégrant la Vigueur comme étant la contrepartie positive de l'épuisement émotionnel. Ils ont remanié cette conception initiale de l'engagement comme étant indépendant. Afin de mesurer cet état d'affect positif, ils mettent en avant trois composantes : la Vigueur, la détermination et l'absorption. La Vigueur est ici référée à un haut niveau d'énergie que le sujet va déployer dans son activité, de motivation dans l'investissement de ses efforts tout en résistant avec persévérance malgré les difficultés. La détermination va se définir comme une forte implication avec enthousiasme dans son travail. L'absorption quant à elle, se réfère à une immersion totale, sans mesurer le temps qui passe.

Toutefois, les trois dimensions n'ont pas été déduites. Pourtant les auteurs tendent à penser que la Vigueur facilite la participation au travail. Or, Shirom impose sa vision en expliquant que l'engagement doit résider dans un domaine qui ne se chevauche. Influençant positivement un comportement vers un but, la Vigueur serait un précurseur de la motivation au travail (Carver & Scheier, 1990, 2000). Etant donc positivement reliée au rendement, certes, mais aussi à l'efficacité organisationnelle.

Aussi, les effets de la Vigueur sur la performance au travail pourraient être influencés par des variables telles que l'auto-efficacité et l'adaptation des ressources (soutien social, persistance dans la tâche...).

Opérant sur la performance et la motivation au travail, la Vigueur serait un indicateur de fonctionnement psychologique, agissant sur la qualité d'esprit, de vie, de santé mentale, mais également de santé physique. Cette motivation est efficace à *fortiori* lorsqu'elle est extrinsèque à l'individu. En effet, un soignant motivé uniquement par l'altruisme et le sentiment qu'aider les autres est une bonne raison de rester engagé dans son travail, se démotivera plus facilement pour son travail et verra *in fine* sa santé se détériorer (Dill, Erickson, & Diefendorff, 2016).

L'hypothèse de Donoso, Demerouti, Hernandez, Moreno-Jimenez et Cobo (2015), porte sur l'effet positif renforcé par les capacités de régulation émotionnel. En effet, plus on contrôle ses émotions, plus la Vigueur est forte. Il existe également des caractéristiques de l'emploi susceptibles d'augmenter la probabilité que les salariés éprouvent le sentiment de Vigueur. Hackmann et Oldham en 1980, postulent que la connaissance des résultats, la pertinence du travail perçue, les responsabilités dans les résultats, induisent une hausse de la satisfaction et de la performance au travail. Par conséquent, la relation de causalité entre les ressources d'emploi et la Vigueur existe (Armon, Melamed & Shirom 2012) indépendamment des exigences de l'environnement de travail.

Gilmore, Fried et Ferris en 1989 ont montré que les plus puissants prédicteurs de la satisfaction et de la performance des salariés sont l'autonomie et le feedback.

Dans ce même sens, une étude de Shraga et Shirom en 2009 a démontré que le plus grand prédicteur de la Vigueur est l'estime de soi au sein de l'organisation. Puis, vient le Feedback de la part de l'employeur ou du superviseur. Shirom s'appuie des travaux de Grzywacz et Marks (2000) pour suggérer que le fait d'accorder plusieurs rôles à un individu conduirait à la création de nouvelles ressources énergétiques (baisse de l'ennui, augmentation des capacités cognitives en trouvant des solutions aux problèmes...).

La Vigueur connaît aussi une forte augmentation lors d'un travail collectif (Totterdell, Bubb, Woodroffe, & Hanrahan, 2004 ; Halcomb & Ashley, 2016). Les salariés s'influencent mutuellement, mettant en avant l'utilité sociale de leurs professions (Richardson & Watt, 2006). Par là-même, Machado, Desrumaux, et Droogenbroeck indiquent (pp.30) « les institutions publiques et les entreprises privées, dans leur démarche de développement de la qualité de vie au travail et de prévention des risques psychosociaux, devraient être plus attentives au collectif de travail ». En conséquence, ces processus interpersonnels, connus dans le travail en groupe/équipe par exemple, conduisent à des liaisons d'humeur. Egalement, les groupes de travail (Karasek & Theorell, 1990) caractérisés par une confiance

mutuelle entre les salariés, entraîne de l'aide sociale, ce qui conduit à augmenter favorablement l'humeur des employés, facilitant une certaine cohésion de groupe, pouvant accroître le sentiment vigoureux.

Avolio (1999) évoque aussi le style de « leadership de transformation et de longue portée », en tant que prédicteur de la Vigueur. Ce dernier déclare que les dirigeants qui exposent une vitalité dans leurs émotions au sein d'un contexte organisationnel positif, peuvent susciter des états émotionnels auprès des salariés. Une démonstration de l'empathie, du soutien social, de la stimulation intellectuelle peuvent ainsi avoir un effet positif direct sur les composantes de la Vigueur. D'ailleurs, un manager se sentant énergique serait susceptible de dynamiser plus facilement ses employés (Brief & Weiss, 2002).



## 1.3. Des Troubles musculosquelettiques au Burnout

### 1.3.1. *Définition*

Selon le ministère de la santé « les T.M.S. sont des affections qui touchent les tissus mous situés autour des articulations. ». Elles affectent les muscles, les tendons, les ligaments, les cartilages ou parfois les nerfs. Toujours selon le ministère de la santé « les T.M.S. touchent en particulier les membres supérieurs tels que les mains, poignets, coudes, épaules, cou ou encore dos. Ces troubles se développent graduellement au cours des semaines, des mois ou des années d'activité professionnelle. ». Le BLS (Bureau of Labor Statistics, 2012) définit les T.M.S. par l'inclusion d'un certain nombre de blessures et maladies affectant les muscles, les nerfs, les tendons, les articulations, le cartilage et les disques intervertébraux, lorsque l'événement ou l'exposition ayant conduit à la blessure ou à la maladie est lié à un surmenage ou une réaction corporelle non spécifiée (mouvements répétitifs, abrasions, vibrations...).

Les troubles musculosquelettiques (T.M.S.) recouvrent diverses pathologies multifactorielles à composante professionnelle. Ils affectent tous les segments corporels permettant de se mouvoir et de travailler et se manifestent par des douleurs souvent associées à une gêne fonctionnelle possiblement invalidante. Les pathologies les plus fréquentes concernent la colonne vertébrale (lombalgies) et les membres supérieurs (tendinopathie de la coiffe des rotateurs, épicondylite médiale ou latérale, syndrome du canal carpien) (Aptel & Aublet-Cuvelier, 2005).

Il est maintenant bien établi que les facteurs biomécaniques tels que la force produite pour réaliser l'action, la répétitivité du mouvement, les amplitudes articulaires extrêmes et le maintien prolongé d'une posture contribuent au risque de développer des T.M.S.. Le risque survient lorsque les sollicitations biomécaniques sont supérieures aux capacités fonctionnelles, lesquelles dépendent de caractéristiques personnelles telles que l'âge, le sexe, l'état physiologique et psychologique. Le risque est accru lorsque le temps de récupération est faible. (Papelier & Gaudez, 2005 ; Buckle & Devereux, 2002).

Les troubles musculosquelettiques ont une notoriété en perpétuelle croissance. Ce qui permet depuis quelques années une amélioration des conditions de travail. Cependant, encore trop peu de postes sont aménagés pour limiter l'impact sur le corps. Actuellement selon l'agence européenne pour la sécurité et la santé au travail en 2007 «25% des travailleurs européens se plaignent de douleurs musculaires ». De plus selon une étude de Roquelaure et Sauteron en 2005, un salarié sur 13 ressent des douleurs musculosquelettiques quotidiennes.

### *1.3.2. T.M.S. chez les soignants*

Les soignants appartiennent à l'une des professions à plus haut risque de T.M.S. et particulièrement le personnel infirmier (Daraiseh, Cronin, Davis, Shell & Karwowski 2010 ; Hofmann , Stössel, Michaelis, Nübling, & Siegel, 2002 ; Buckle; 1987). C'est un constat unanime au plan international avec une prévalence qui a considérablement augmenté au cours des 20 dernières années. Entre 1983 et 1987, Buckle (1987) relève une prévalence sur les 12 derniers mois comprise entre 40 et 50% en Suède, Grande-Bretagne, Finlande, Nouvelle-Zélande, USA. En 2006, Smith, Mihashi, Adachi, Koga, et Ishitake (2006) constatent une prévalence de 85,5% au Japon, comparée à 84% en Suède en 1997, 72,5% aux USA en 2002 et 70% en Chine en 2004. De plus le degré de morbidité dû à des T.M.S. (bas du dos, cou, épaules et haut du dos) est très élevé au Japon (Smith, Mihashi, Adachi, Koga, & Ishitake 2006). En France, le nombre de T.M.S. du membre supérieur déclaré a été multiplié par 8 entre 1992 et 2002 (Aptel & Aublet-Cuvelier, 2005). Egalement dans une étude de Maumet, De Gaudemaris, Caroly, et Balducci en 2006 (CNRS) portée auprès de 403 soignants, il en ressort 76% de douleurs physiques pour l'échantillon global. Le plus notable est que les aides-soignants et infirmiers sont ceux qui détiennent le pourcentage le plus haut avec respectivement 83% et 81%. Jasseron, Estryn-Behar, Le Nezet, et Rahhali (2006) a réalisé une étude épidémiologique longitudinale sur un an qui distingue les T.M.S. diagnostiqués par à médecin de ceux diagnostiqués uniquement par l'intéressé. Pour les infirmiers, les T.M.S. diagnostiqués par le médecin sont passés en un an de 23,9% à 29,8% et ceux diagnostiqués par l'intéressé ont diminué de 30,3% à 25,4%. Pour les aides-soignants, les T.M.S. diagnostiqués par le médecin ont augmenté de 29,6% à 36,4% et ceux diagnostiqués par l'intéressé sont passés de 29,8% à 26%. Le ratio global a augmenté plus rapidement pour les aides-soignants (de 59,4% à 62,4%) que pour les infirmiers (de 54,2% à 55,2%). On constate qu'il est dans tous les cas supérieur pour les aides-soignants, confirmant les résultats de Maumet, De Gaudemaris, Caroly, et Balducci (2006). Par ailleurs un glissement s'opère des T.M.S. diagnostiqués par l'intéressé vers ceux diagnostiqués par le médecin.

Les études épidémiologiques réalisées font apparaître une prédominance des douleurs de bas du dos. En 2004, leur prévalence au cours des 12 derniers mois étaient de 56,7% en Chine, comparée à 40,6% à Hong-Kong en 2001, 41,1% en France en 1994, 45% en Angleterre en 1995, 59% au Japon en 2003 et 64% en Suède en 1997 (Smith, Wei, Kang, & Wang, 2004). En 2009 elle atteint 61,3% en Turquie (Karahan, Kav, Abbasoglu, & Dogan., 2009) et 74% aux USA en 2010 (Daraiseh, Cronin, Davis, Shell, & Karwowski., 2010). L'ensemble de ces éléments épidémiologiques ne font que confirmer l'étendue et la gravité de cette pathologie

et la nécessité d'en comprendre davantage les mécanismes afin de pouvoir entreprendre des actions visant à l'endiguer.

### *1.3.3. Causes des T.M.S.*

Les facteurs biomécaniques sont les plus simples à mettre en évidence puisque la répétitivité des mouvements parfois violents et la manutention fatiguent prématurément les articulations. Ces facteurs physiques incluant également les postures inconfortables, le fait de soulever les patients sans aide mécanique, recoucher et réinstaller les patients, pousser les lits et chariot etc... ont fait l'objet de nombreuses études démontrant un lien de causalité avec les T.M.S. (Herin, Paris, Levant, Vignaud, Sobaszek, & Soulat, 2011 ; Daraiseh, Cronin, Davis, Shell & Karwowski, 2010 ; Tullar, Brewer, Amick III, Irvin, Mahood, Pompeii, & Evanoff, 2010 ; Dawson, McLennan, Schiller, Jull, Hodges & Stewart, 2007 ; Smith, Wei, Kang, & Wang, 2004 ; Buckle, 1987). Cependant Roffey, Wai, Bishop, Kwon, et Dagenais, (2010) n'ont trouvé, parmi 32 articles, aucune preuve évidente d'un lien entre les douleurs de bas du dos et la manipulation physique et l'assistance des patients. Ils notent en revanche la présence d'une combinaison de preuves fortes et conflictuelles. Tullar, Brewer, Amick III, Irvin, Mahood, Pompeii, et Evanoff (2010) précisent que les T.M.S. pourraient aussi résulter de manutentions autres que les patients, ainsi que d'autres éléments tels que les agressions de la part des patients, des chutes et trébuchements et des travaux d'entretien. Estry-Behar (2004) souligne un autre facteur de pénibilité dans le fait que 80% des aides-soignantes et 60% des infirmières déclarent être debout au moins 6 heures par jour.

Au-delà des facteurs biomécaniques, dès 1993, Bongers, Kremer, et Ter Laak montrent un lien entre les T.M.S. et le travail monotone, la charge de travail élevée perçue, la pression du temps. Une corrélation forte et positive apparaît également avec le faible contrôle sur le travail et le manque de soutien social des collègues. L'utilisation d'un questionnaire montre, au moyen d'un modèle conceptuel d'Armstrong, Buckle, Fine, Hagberg, Jonsson, Kiilbom, et Vikari-Juntura (1993), une forte corrélation entre ces différents facteurs et des troubles des membres supérieurs tels que la nuque. Ils affirment que ce type de troubles est impliqué dans toutes les catégories socioprofessionnelles. Bongers, Kremer, et Ter Laak apparaissent ainsi comme précurseurs dans l'investigation des facteurs psychosociaux qui feront l'objet de nombreuses études surtout à partir des années 2000.

Ainsi Lagerström, Hansson, et Hagberg (1998) et Menzel, Brooks, Bernard, et Nelson, (2004), ont travaillé auprès des infirmières sur les risques qui peuvent être encourus pour leur dos. Les résultats de ces analyses impliquent essentiellement les facteurs psychosociaux et les exigences physiques. Ariëns, van Mechelen, Bongers, Bouter, et van der Wal (2001) ont vérifié le lien entre les douleurs du cou et les facteurs psychosociaux. Bongers, Kremer, et Ter Laak (2002) ont également établi ce lien avec les symptômes des extrémités supérieures. Herin, Paris, Levant, Vignaud, Sobaszek,

et Soulat (2011) ont confirmé l'incidence négative du déséquilibre effort-récompense avec les douleurs du cou, des extrémités supérieures et des épaules. Ils ont également démontré une association significative entre les douleurs des membres supérieurs et un niveau faible de partage de valeurs concernant le travail entre membres de l'unité, ainsi qu'avec le manque de support apporté par l'administration, et ce indépendamment de la perception de la balance effort-récompense. Parmi les conditions de travail, ce sont les horaires de travail et les charges physiques qui sont apparus significativement corrélés aux douleurs. En 2001, la revue de 21 études prospectives a permis à Linton (2001) d'associer fortement les futures douleurs de dos aux variables psychologiques suivantes : la satisfaction au travail, la monotonie des tâches, les relations au travail, la demande perçue, le stress auto-déclaré et la capacité perçue à retravailler. Un lien plus modéré a été établi avec le rythme de travail, le contrôle, l'effort émotionnel au travail, la croyance que l'activité est dangereuse. Aucun lien n'a été identifié avec le contenu du travail. Ces constatations mettent en évidence le rôle capital du cadre institutionnel.

Plusieurs études ont par ailleurs recherché l'incidence des caractéristiques personnelles des soignants. Les résultats apparaissent relativement hétéroclites et parfois contradictoires. Ainsi l'âge ressort comme un facteur de risque pour Buckle (1987) et Nilsson, Lindberg, et Denison, (2010), alors que Smith, Wei, Kang, et Wang, (2004) ne trouvent aucun lien avec les T.M.S.. La consommation d'alcool est identifiée comme un facteur de risque (Daraiseh, Cronin, Davis, Shell & Karwowski, 2010 ; Smith, Mihashi, Adachi, Koga, & Ishitake 2006) ainsi que la consommation de tabac (Daraiseh, Cronin, Davis, Shell & Karwowski, 2010 ; Smith, Mihashi, Adachi, Koga, & Ishitake 2006 ; Bejia & al., 2005), bien qu'en Chine, la consommation occasionnelle d'alcool apparaisse protectrice (Smith, Mihashi, Adachi, Koga, & Ishitake 2006) . L'obésité est parfois identifiée comme facteur de risque (Daraiseh, Cronin, Davis, Shell & Karwowski, 2010). Dawson, McLennan, Schiller, Jull, Hodges et Stewart (2007) relèvent des facteurs psychologiques tels que la personnalité et la présence de symptômes psychosomatiques. Parmi les résultats relativement constants, le niveau d'expérience est régulièrement repéré comme un facteur de protection (Daraiseh, Cronin, Davis, Shell & Karwowski, 2010 ; Dawson, McLennan, Schiller, Jull, Hodges & Stewart 2007 ; Maumet, De Gaudemaris, Caroly, & Balducci., 2006 ; Buckle, 1987). Ainsi Maumet, De Gaudemaris, Caroly, et Balducci (2006) ont identifié des facteurs de risque différents selon que l'expérience est inférieure ou supérieure à 15 ans. Pour les soignants de moins de 15 ans d'ancienneté, le niveau élevé de contrainte physique et la demande psychologique sont significativement liés aux T.M.S.. Tandis que pour les soignants de plus de 15 ans d'ancienneté, ce sont le soutien social et l'absence de reconnaissance qui apparaissent liés aux T.M.S..

Daraiseh, Cronin, Davis, Shell et Karwowski, (2010) se sont penchés sur la conjonction de douleurs à différents endroits du corps. Ils observent que deux tiers

des infirmiers ont à la fois des douleurs dans le bas du dos et aux extrémités basses ou supérieures. Ils émettent l'hypothèse d'une altération de la coordination et la concentration causée par la douleur initiale. Des facteurs psychologiques sont également suspectés dans la mesure où le risque perçu sur la qualité de vie personnelle et professionnelle pourrait accroître le stress et générer des symptômes dans d'autres régions du corps. Il semblerait donc qu'il y ait un effet d'entraînement tel, que l'apparition de douleurs soit elles-mêmes prédictives de l'apparition de nouvelles douleurs et de leur amplification. Ainsi Nilsson, Lindberg, et Denison (2010) montrent dans une étude longitudinale sur 3 ans que la douleur et l'incapacité sont les meilleurs prédicteurs de futures douleurs et incapacités. Bejia et al. (2005) ont eux aussi indiqué la corrélation des douleurs de bas du dos avec l'histoire médicale.

Selon Lhuillier (2010), les premières citations du terme « facteurs psychosociaux » datent des années 2000 dans la presse. L'auteur définit cette nouvelle catégorie comme venant « rassembler tout ce qui se situe au-delà de la classification des risques somatiques classiquement répertoriés : risques physiques, biologiques, chimiques. Reste donc le « social » comme risque et le « psychologique » (versus santé mentale) comme troubles. ». C'est ainsi qu'il, souligne (p.18), le fait que les facteurs psychosociaux sont « un nouvel ensemble rassemblant, comme sa figure antérieure, le stress, des « facteurs » et des « effets », dans une collection surprenante : stress, harcèlement moral, souffrance, suicides, dépressions, T.M.S., addictions, violence... Quant au rapport Nasse et Légeron sur « La détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail » (2008), il accorde une place centrale au stress dans les analyses et axes de prévention tout comme le Bureau international du travail, dans son récent rapport intitulé « Risques émergents et nouvelles formes de prévention dans un monde du travail en mutation » (2010). ». La construction formée par les facteurs et conséquences inhérents à ces variables se retrouvent dans une grande partie des modèles proposés pour expliquer les T.M.S. et le Burnout. En effet, selon Althaus, Kop et Grosjean (2013) les modèles ayant pour but d'étudier la relation environnement de travail (VI) et santé (VD) vérifient ce lien au travers d'un facteur médiateur influencé par l'environnement et qui agit sur la santé. Des facteurs modérateurs sont également présents pouvant modifier la direction ou l'intensité de cette influence.

De plus, selon ces mêmes auteurs les variables médiatrices les plus courantes sont « le vécu » (affects, espoir...) », « physiologiques » (tension, rythme cardiaque ...). En ce qui concerne les variables modératrices, le support social est souvent mis en avant. Cette étude indique donc la présence régulière dans les modèles des 30 dernières années de lien entre le psychologique (stress...) et le physique (T.M.S., rythme cardiaque...).

### *1.3.4. Conséquences des T.M.S.*

Les T.M.S. font partie des trois principales causes d'arrêts maladie avec les maladies mentales et cardiovasculaires. Ils touchent particulièrement les infirmiers et les aides-soignants qui comptent 650 000 employés à l'hôpital en France métropolitaine selon la DGOS en 2008, ce qui représente 4% du total de l'emploi salarié selon l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques). Relevons de plus que les déclarations de T.M.S. sont en croissance exponentielle depuis 20 ans. Le ministère du travail dresse le bilan catastrophique de 40 000 T.M.S. pour la France en 2008, soit 8,4 millions de journées de travail perdues, 850 millions d'euros de frais et 80% de l'ensemble des maladies professionnelles reconnues.

Les conséquences directes sont l'augmentation des arrêts maladie avec un taux élevé d'absentéisme dans les institutions (Bejia & al. 2005 ; Lemo, Silva, Tucheran, Talerman, Guastelli, & Borba 2012 ; Lamy & al., 2013), mais aussi l'envie croissante du personnel soignant de quitter la profession. Estryn-Behar (2008) évalue leur proportion à 16% pour les infirmiers et à 15% pour les aides-soignants. Selon Jasseron, Estryn-Behar, Le Nezet, et Rahhali (2006), la fatigue et les T.M.S. sont deux des sept variables explicatives de l'envie d'abandonner la profession. Les infirmiers souvent ou toujours fatigués ont trois fois plus envie de quitter leur profession et les T.M.S. doublent l'intention des infirmiers de partir lorsque le diagnostic est personnel et la triple presque lorsque le diagnostic est médical.

Le coût pour la société est évidemment élevé avec d'une part, la prise en charge des jours d'arrêt maladie ou des invalidités par l'assurance maladie, et d'autre part le coût des soins. Les douleurs de bas de dos sont pour Roffey et al. (2010) en Grande-Bretagne la 2ème raison la plus déclarée de visite chez le médecin, la 3ème cause d'intervention chirurgicale et la 5ème en termes de fréquence d'hospitalisation. En Tunisie, les travaux de Bejia et al. (2005) aboutissent à un taux de 31% du personnel soignant qui ont bénéficié de soins pour des douleurs de bas du dos et 13% ont été en arrêt maladie en moyenne 4,5 jours au cours de l'année précédente.

L'institution quant à elle subit différents types de conséquences. Les plus facilement observables sont les coûts de remplacement des absences mais de façon plus indirecte, les absences entraînent une désorganisation de l'activité, des coûts institutionnels de gestion de planning et de régulation. Lorsque le personnel en place doit pallier l'absence, cela génère du mécontentement. Randon, Baret, et Prioul, (2011) évoque un triple coût : financier, organisationnel et culturel, ce dernier correspondant à la remise en cause d'une norme implicite dans l'organisation qu'est la présence. Par ailleurs, l'abandon de plus en plus fréquent de la profession a pour effet d'augmenter le taux de rotation du personnel, entraînant des coûts de recrutement, de formation, et un affaiblissement du niveau d'expérience. Les effets psychologiques de ces départs sur l'équipe ne sont sans doute pas à négliger (Buckle, 1987). L'ensemble de ces éléments nuisent évidemment à la performance de

l'institution et par là-même à la qualité des soins, compromettant la sécurité des patients (Lemo, Silva, Tucherman, Talerman, Guastelli, & Borba 2012).

Evidemment, le personnel concerné est le premier à subir les conséquences d'une dégradation de sa santé, subissant des limitations physiques à la fois pour le travail, la vie de tous les jours et les loisirs (Smith, Mihashi, Adachi, Koga, & Ishitake, 2006). L'apparition des premières douleurs fait naître une crainte qui a des conséquences psychologiques pour le salarié, et qui, vraisemblablement cumulée à des facteurs physiologiques, enclencherait un cercle vicieux menant à une chronicisation, une intensification de la douleur ou une multiplication des zones corporelles affectées. Dans ce contexte, l'identité professionnelle du salarié est fortement atteinte jusqu'à envisager son départ anticipée de la profession. De plus, ces effets décrits concernant l'institution viennent renforcer ce mal-être, du fait d'une part, d'un sentiment de ne pas pouvoir atteindre le niveau de qualité visée et d'autre part, de la dégradation de la cohésion d'équipe générée par les mécontentements, la désorganisation, les départs...

Le cumul de ces conséquences directes et indirectes, qui impacte les acteurs en cascade à différents niveaux, à savoir le salarié lui-même, le patient, l'institution et enfin la société globale permet de mesurer l'ampleur du phénomène et l'urgence à trouver des solutions pour inverser la tendance.



### *1.3.5. Du Burnout au T.M.S.*

Concernant la relation établie entre le Burnout et les troubles Musculosquelettiques, elle peut être rapprochée d'études de plusieurs auteurs. Le premier à avoir relié le stress aux troubles organiques est SELYE en 1956. Il évoque au travers du "distress" un déficit adaptatif à l'environnement déséquilibrant l'individu par l'affection de l'organisme. Puis Freudenberger (1974) et Maslach (1981) ont mis en lumière le phénomène d'épuisement professionnel ou Burnout, causé par un stress prolongé et répété, et qui perturbe et endommage l'équilibre interne. Retrouvant, ainsi, une réaction physiologique à des troubles psychologiques. Le "distress" peut donc représenter un élément déclencheur d'une affection organique dont les douleurs physiques tel que les troubles Musculosquelettiques. Segerstrom et Miller (2004) ont d'ailleurs décrit les effets du stress psychologique sur les paramètres du système immunitaire. Chapman, Tuckett, et Song (2008) posent quant à eux l'hypothèse de stressseurs sociaux qui contribueraient à dérégler le "supersystème" de régulation nerveux-endocrino-immunitaire, générant ainsi des douleurs chroniques. McEwen et Kalia (2010) décrivent les effets physiologiques du stress et du Burnout et soulignent l'importance des processus cognitifs sur la régulation physiologique du corps entier. Apportant donc dans la littérature que les T.M.S. sont des douleurs physiques liées à des gestes répétitifs, mais démontrant cependant que la contrainte mécanique n'est pas le facteur le plus explicatif, il semblerait que la dimension psychologique joue un rôle important. Le Burnout pourrait avoir un effet de médiateur entre les facteurs psychosociaux et la douleur musculosquelettique, puisque, d'une part, les études épidémiologiques inscrites dans notre littérature tendent à appuyer sur le fait que les facteurs psychosociaux inhérents aux conditions de travail des employés génèrent du Burnout (Soares & Jablonska, 2004), et que, d'autre part, ce Burnout, par déduction des travaux de Selye et Maslach notamment, fragilise l'organisme et, à ce titre, est susceptible de favoriser la douleur musculosquelettique. Ceci n'exclut en rien les cas où, en l'absence de Burnout en tant que variable médiatrice, les facteurs psychosociaux procurent directement de la douleur physique, notamment par des gestes répétitifs, de la manutention, des charges lourdes...

Une étude de Soares et Jablonska en 2004, appuie très fortement cette relation de cause à effet entre le Burnout et les T.M.S.. Menée auprès d'un échantillon d'individus affectés ou non de troubles musculosquelettiques, elle démontre que le Burnout est associé significativement aux T.M.S., dont il est un précurseur important.

Aptel et Cnockaert (2002), expliquent le lien entre le stress professionnel et les T.M.S. par des mécanismes réactionnels de psycho-neuro-immunologie. Selon les auteurs, le stress active le système nerveux central qui va accroître l'activité de la formation réticulée augmentant le tonus musculaire, qui à son tour accroît la charge

biomécanique des muscles et tendons, facilitant le risque de douleur et ainsi de T.M.S.. Plus en détails, « Le stress active le système nerveux végétatif qui déclenche la sécrétion des catécholamines (adrénaline et noradrénaline). Ces substances sont libérées dans le sang et provoquent, entre autres, une augmentation du tonus réticulaire, de la fréquence cardiaque et une vasoconstriction des artéioles. Il s'ensuit une augmentation de la tension artérielle avec, à terme, des risques d'affections cardiovasculaires. Pour ce qui concerne les T.M.S.-MS, la restriction de la micro-circulation dans le muscle et au voisinage des tendons, dont la vascularisation est par ailleurs pauvre, a les effets suivants : d'une part, elle réduit l'apport de nutriments aux tendons et ainsi entrave les processus d'auto-réparation des micro-lésions des fibres tendineuses consécutives aux contraintes biomécaniques excessives (facteurs "ergonomiques") et d'autre part, elle favorise l'apparition de la fatigue musculaire chronique et de myalgies. ».

Egalement, toujours selon Aptel et Cnockaert (2002), dans une phase de Burnout il y a activation du système nerveux central augmentant la sécrétion de cortisol, activant par la même une libération de cytokines qui sont pro-inflammatoires, et donc responsables du ressenti de la douleur. Provoquant ainsi des Douleurs Musculosquelettiques (DMS), voire des Troubles Musculosquelettiques.

Les études autant épidémiologiques que biologiques tendent à alimenter la littérature concernant le lien établi entre le Burnout et les douleurs musculosquelettiques. Notamment Jaworek, Marek, Karwowski, Andrzejczak, et Genaidy, (2010) démontrent le lien significatif entre le Burnout et les T.M.S., ainsi que l'association positive de la demande (charge de travail et responsabilités spécifiques aux infirmiers, charge cognitive, relations au travail, conditions matérielles) avec le Burnout et les T.M.S.. Les résultats sont davantage contrastés en ce qui concerne l'impact d'un niveau élevé de stimuli de travail (latitude décisionnelle, participation aux prises de décision, conditions de salaire, communication), qui serait associé à un faible niveau de Burnout, mais à des T.M.S. élevées. Ces résultats mettent en évidence la complexité des mécanismes en jeu due aux influences conflictuelles de certains facteurs.

Au travers de la question sur la souffrance psychique au travail, mais aussi de la douleur physique il faut donc s'interroger sur les facteurs de stress et en particulier sur l'organisation du travail elle-même. Gray-Stanley et Muramatsu (2011) ont réalisé une étude auprès du personnel soignant dans laquelle ils mettent en évidence l'association significative entre le stress et le Burnout. Or les sous-dimensions du stress ainsi corrélées concernent la surcharge de travail, le niveau d'invalidité des patients, la faible participation aux prises de décisions et le support social lorsque la charge de travail est moyenne ou élevée. D'où l'intérêt de rechercher un effet de médiation entre les facteurs psychosociaux, le Burnout et les DMS.

En 2012, Dupret, Bocéréan, Teherani, Feltrin, et Pejtersen ont mis en avant le concept de Vigueur (concept défini par Shirom (2003) comme l'ensemble force physique, énergie cognitive et énergie émotionnelle) dans une étude visant à présenter une version française du questionnaire psychosocial de Copenhague (questionnaire évaluant les facteurs de risques psychosociaux au travail) dont ils analysent les propriétés psychométriques à des fins de validation. Ils montrent le lien entre la variable « job satisfaction » et le « Burnout ». Le modèle fait apparaître une relation entre les facteurs psychosociaux (demande, relation professionnelle, influence et développement au travail), le Burnout et la satisfaction au travail. La Vigueur développée par Shirom (2003) est un concept à impliquer dans l'étude des T.M.S. pour avoir une vision d'ensemble.

Plusieurs auteurs relèvent la difficulté à cerner le rôle respectif de chaque facteur : ceux à l'origine des DMS, les facteurs de risque et les facteurs médiateurs ou au contraire modérateurs. Par ailleurs l'incidence de chaque facteur semble dépendre de la combinaison formée par les autres, qui est propre à chaque situation de travail et à chaque individu. C'est pourquoi les DMS pourraient davantage être le résultat d'une interaction entre les caractéristiques de l'individu et son environnement de travail incluant les facteurs psychosociaux et organisationnels, qui viendrait se superposer à un risque élevé de blessures physiques compte-tenu de la nature du travail du personnel soignant. Une fois le phénomène enclenché par la perception de la douleur, cette interaction caractéristique de l'individu / environnement de travail viendrait activer des facteurs psychologiques et physiologiques, tels que se produise une boucle amplificatrice en nombre de zones du corps touchés ou en intensification et en chronicisation des douleurs.

## 2. Organisation des hôpitaux

### 2.1. Une institution complexe

#### 2.1.1. *Historique*

L'organisation des hôpitaux au sens où on l'entend est récente. L'émergence de regroupement institutionnel ayant pour but de soigner a débuté en 1941 par la loi et son décret d'application mettant en avant l'organisation de l'hôpital comme un établissement sanitaire et social. L'apparition des premiers statuts de médecins hospitaliers date quant à elle de 1943.

Cette situation historique de la création des établissements de soin est un repère essentiel pour assimiler l'hôpital au citoyen. En effet, le clergé faisant place à une administration réglementée et financée par l'Etat, l'hôpital prend place au sein de nos sociétés modernes. Le temps du compagnonnage est balayé par une hiérarchie des tâches.

Les centres hospitalo-universitaires (CHU) naissent en 1958 par une réforme initiée par le professeur Robert Debré. Ainsi, le gouvernement indique sur son site vie-publique que « les chefs de service sont nommés à partir d'un recrutement national commun, à la fois par le ministre de la Santé et celui de l'Education nationale. Les représentants de la Sécurité sociale sont introduits au sein de la commission administrative et les directeurs d'hôpitaux voient leurs pouvoirs renforcés. » Par conséquent, le pouvoir intrinsèque de l'Etat est minimisé au profit d'une autonomisation des établissements. Cette politique encore d'actualité amène les centres hospitaliers actuels à une organisation de soin mais également, selon Mintzberg et d'un point de vue entièrement économique, d'une entreprise à part entière sous le principe d'une bureaucratie professionnelle.

Récemment la loi de modernisation du système de santé (2016) a intégré à la stratégie médicale un groupement hospitalier et territoire (GHT). L'objectif premier étant de renforcer la coopération des hôpitaux sur un même territoire. Cette nouvelle organisation apporte un changement de stratégie pouvant apporter des modifications positive ou négative à notre système hospitalier. Ces changements organisationnels et managériaux devront faire l'objet d'une évaluation pour confronter cette nouvelle contrainte face au quotidien de nos soignants.

### 2.1.2. Bureaucratie professionnelle

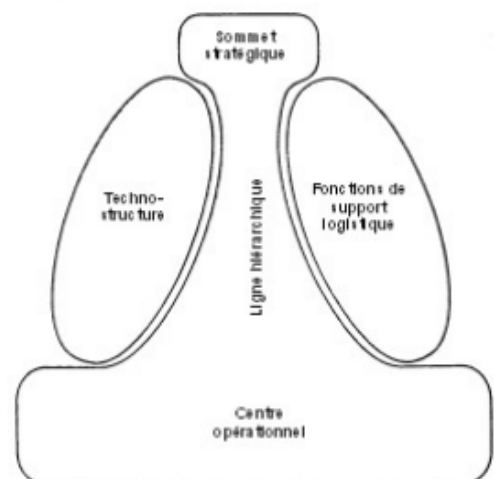
H. Mintzberg écrit en 1982 « structures et dynamique des organisations ». Par cet ouvrage, une introduction des 5 éléments primordiaux constituant toutes organisations émerge :

- Le **centre opérationnel** qui englobe l'activité principale de l'entreprise,
- Le **sommet hiérarchique** tel que l'administration,
- La **ligne hiérarchique** comme les directeurs de services...,
- Les **technostructures** avec la comptabilité, la planification stratégique.
- Les fonctions de **support logistique** comme le conseil juridique, la restauration... .

Ainsi, selon le type d'organisation ces éléments ont un rôle plus ou moins prépondérant. Toujours selon Mintzberg la bureaucratie professionnelle est adaptée au milieu hospitalier. En effet, Mintzberg indique « une configuration structurelle connue sous le nom de **Bureaucratie Professionnelle**, que l'on trouve souvent dans les universités, les **hôpitaux**, les systèmes d'éducation, les cabinets d'expertise comptable, les organismes d'action sociale et les entreprises artisanales. Toutes ces organisations s'appuient, pour fonctionner, sur les **compétences et le savoir de leurs opérateurs** qui sont des professionnels; toutes produisent des biens ou des services standardisés. » Ainsi, le centre opérationnel est l'élément prépondérant au bon fonctionnement de l'établissement. En effet, il est constitué du personnel soignant tel que les médecins, les psychologues, les infirmières et aides-soignantes qui par leurs savoirs et compétences sont moteur de la dynamique globale de l'institution.



**La bureaucratie professionnelle**



**L'organisation type**

Figure. 3 : Structure bureaucratie professionnelle      Figure. 4 : Structure simple

Ainsi, une organisation spécifique des hôpitaux est en place. Elle permet d'amener l'institution à se positionner comme détenteur de soins mais également comme une entreprise à part entière. De Kervasdoué (2015) indique p.57 « Dans chaque hôpital existe donc d'un côté une **bureaucratie classique** où le directeur de l'établissement est maître à bord dans le respect des textes en vigueur et des orientations de son conseil d'administration, de l'autre, il est noté qu'en France la structure était moins claire (De Kervasdoué, 2015), qu'il s'agissait plus d'un **archipel d'îlots bureaucratico-charismatiques (les pôles et services cliniques et médico-techniques)** dans lesquels n'ont pas totalement disparu certaines formes traditionnelles du pouvoir. L'équilibre des pouvoirs internes entre chef de pôle et chef de service dépend des situations locales, mais chaque médecin, qui travaille dans ces équipes, dispose aussi d'une certaine indépendance, c'est le propre des membres d'une profession ». En raison de ce dédoublement de hiérarchie (un aspect hospitalier (médecin → inf. → aide-soignante...) et administratif (chef de l'établissement → DRH →...)), l'administration et l'organisation globale d'un hôpital peut être floue et spécifique à chaque établissement. Lagerström, Hansson, et Hagberg (1998) soulignent le haut niveau de stress que peut induire l'organisation de l'hôpital sur le personnel infirmier, qui doit s'adapter à plusieurs niveaux de supervision, et en même temps répondre aux exigences des patients. Par conséquent, cette dualité hiérarchique complexifie l'organisation et le rôle des cadres. En France, il existe des organisations hospitalières singulières, ce qui rend l'analyse de cet environnement extrêmement complexe, aléatoire et parfois non représentatif. L'objectif des soignants devient par la même à double ouverture, d'un côté le soin apporté au patient, de l'autre, la rentabilité du geste soignant.

Pour compléter la vision globale de Mintzberg, prenant en compte les différentes strates de cette organisation complexe, une réflexion focalisée sur le soignant peut permettre de révéler des aspects temporels et de communication expliquant l'environnement de travail des équipes. Si, à l'instar de Leguay (2009), il convient d'affirmer qu'outre ses préoccupations managériales, l'hôpital est avant tout un outil au service des citoyens, qui se doit de réaliser des soins de la meilleure qualité qu'il est possible, force est de constater qu'une production accrue est demandée aux salariés. Le productivisme réactif (Askenazy, 2004), la polyvalence, la polycompétence font loi, et génèrent un stress considérable chez les hospitaliers. Ainsi, Demarey et Dal Pra. (2010) indiquent que « Dans ce cadre, le personnel soignant doit faire face à une gestion des soins et des patients en flux tendu. Ils doivent alors, non seulement, faire preuve d'adaptabilité face au turnover important de patients, mais aussi, de polyvalence pour répondre aux besoins».

### 2.1.3. Une activité séquencée

Au plus proche de son activité, il existe une dualité de plus en plus courante dans les hôpitaux. Certes la flexibilité à outrance de Demarey et Dal-Pra (2010) est présente mais une codification des procédures se développe. On demande aux soignants d'être réactif mais tout en suivant un protocole lui liant les mains. Ainsi, le temps des soignants est formaté selon des principes simples et séquencés. Durant la formation des soignants et notamment des médecins, des pratiques facilitatrices de l'activité sont enseignées. Ainsi, l'organisation des tâches et des échanges est formalisée. Pour exemple, Cosnier (1993), indique que les entretiens de consultations sont enseignés sous une forme séquentielle :

Ouverture

Définition du problème (Interrogatoire)

Examen

Diagnostic

Discussion d diagnostic

Examens complémentaires

Prescription

Clôture

La communication soignant-soigné est donc administrée durant la formation comme support d'aide, mais pas seulement. En 2007, Holcman intègre dans une proposition d'organisation séquentielle du travail hospitalier, la nécessité et la primauté de la communication orale dans la transmission d'information entre collègues. L'information est primordiale pour le bon déroulement d'un suivi médical. Or, la multiplication des canaux de communication et les horaires de travail décalés selon la catégorie professionnelle peuvent entraîner une redondance de communication de l'information ne permettant pas aux soignants de se libérer du temps sur son activité de terrain. Il met également en avant le fait que la « la transmission orale n'est pas sans vertu parce qu'elle autorise une richesse et expression inaccessibles à l'écrit », cependant il termine sa réflexion par « Tout le problème vient, en effet, de la primauté accordée à la transmission orale, par-delà sa richesse, elle est extrêmement subjective, sensible à l'état, à l'humeur et à la disponibilité des

agents ». Justifiant de ce postulat, la question de la communication est au cœur même de l'activité du soignant.

De plus, les procédures formalisées d'encadrement et leur multiplication amènent le soignant à gérer séquentiellement ses tâches (Holcman, 2007). Holcman indique également dans « la fin de l'hôpital public » page 84 que « les infirmières et les aides-soignantes ont **façonné** l'organisation de leur activité sur **la prise en charge des malades au fil de leur arrivée** dans le service ». L'accompagnement du malade dans le soin mais également administrativement se fait à la prise en charge du patient sans faire l'objet d'une planification préalable dans le temps. Ainsi, le morcèlement des tâches en fonction de l'activité du travail et le glissement des tâches peuvent être le quotidien des infirmiers et aides-soignants.

Le constat de la temporalité des tâches et des informations adaptées ou non à l'organisation met en avant un indicateur de condition de travail rude chez les soignants. L'analyse des postes apporte le constat qu'une grande partie des hôpitaux réalise leur planning sur le principe du 3\*8 (trois-huit). Les équipes sont postées le matin, l'après-midi ou la nuit. Boivin (2010) indique que le travail de nuit a de nombreuses conséquences néfastes pour l'organisation (un risque accru d'incidents et d'accidents de travail et une interaction et communication plus difficiles avec le personnel) mais également pour l'employé (Augmentation de la fatigue et du risque d'accidents de travail, conciliation travail-famille plus difficile, sommeil perturbé et repos insuffisant, apparition de problèmes de santé, hygiène de vie plus difficile à maintenir) (Machado, Desrumaux, & Droogenbroeck, 2016). En 2007, Boivin remarque que ces propos se justifient puisque l'Agence internationale pour la recherche sur le cancer reconnaît que le travail de nuit peut être potentiellement cancérigène. De plus, le travail de nuit, les astreintes (obligeant le personnel à rester disponible et proche de son lieu de travail) et le travail du week-end ne favorisent pas la vie extra-professionnelle. Enfin, Buja et al. (2013), expliquent que le travail de nuit pour les infirmiers est corrélé significativement avec l'épuisement et les douleurs gastriques. Le corps du salarié ne réagira pas de la même manière sur des postes de nuit ou de jour même s'ils semblent à première vue identiques.



#### 2.1.4. Des objectifs incompatibles

L'enjeu initial de l'hôpital est de réaliser des soins de qualité irréprochable mais en restant concurrentiel. Ainsi, les réductions budgétaires et les restrictions de coût et de main d'œuvre sont en contradiction avec ce principe de qualité accentué par une spécialisation accrue des acteurs et des hautes technologies devenus indispensables pour rester concurrentiel. Cependant, la rentabilité d'un hôpital en est affectée. On demande donc, une production accrue aux salariés ce qui augmente considérablement les contraintes.

Le productivisme réactif (Askenazy, 2004) et le TTU (très très urgent) (lanfranchi & Duveau, 2008) sont ainsi de mise dans un hôpital, même si la polyvalence, la poly compétence et la satisfaction totale du client ne sont quant à elles, pas compatibles. Ainsi, un cercle vicieux s'installe. En effet, les dirigeants des organismes de soins souhaitent être compétitifs par leur qualité de soins et leurs nouvelles technologies. Ils doivent également apporter un bilan budgétaire équilibré et par conséquent, diminuer au maximum les coûts.

Ces deux contraintes se répercutent directement sur le travail du soignant, n'ayant plus de temps et pas les moyens de réaliser un travail de qualité mais en ayant tout de même une forte responsabilité de ses soins, les facteurs psychosociaux s'accroissent et mettent en difficulté le professionnel de santé.

Pour illustrer cette dualité perpétuelle, Makhoulfi, Saadi, El Hiki et El Hassani (2012) et Lee, Kim et Kim (2014), invitent à se questionner sur les enjeux et défis majeurs des hôpitaux de notre temps. Il en ressort d'après leur étude que la maîtrise des risques, la qualité des prestations et la réduction des coûts de fonctionnement sont les défis principaux de l'organisation hospitalière actuelle.

Le constat de cette organisation de santé moderne est également décrit par Morrison, Jones et Fuller (1997) comme une accélération de la performance des soins *versus* la réalisation des objectifs organisationnels illustré par une demande de performance accrue. Les équipes de gériatrie sont particulièrement touchées par ce phénomène et sont amenées certainement à se développer au fil du temps. En effet, selon Montalan et Vincent (2013), l'augmentation de la population âgée additionnée aux contraintes économiques des hôpitaux doit être solutionnée par une rationalisation des objectifs et méthodologie de la filière gériatrique. Ainsi, l'objectif d'une prise en charge globale (médicale, psychologique, cognitive et sociale) avec une diminution du nombre et temps des hospitalisations d'un patient fragile est conservé.

La dualité dûe à une superposition et multiplication des strates hiérarchiques (ligne hiérarchique des soignants et administrative) impute des difficultés d'organisation propres aux systèmes hospitaliers et par là-même amenant une déperdition du potentiel du personnel protégeant ainsi l'intégrité psychique de chacun.

Pour conclure, l'organisation globale du système hospitalier français est centrée sur le personnel soignant (infirmier, aides-soignants...). Cependant, la dualité des lignes hiérarchiques (hospitalière et administratives) encadre le double objectif du soignant, mettre en place une prise en charge globale des patients dans un objectif de rentabilité financière.

Les équipes se répartissent dans les services de spécialités différentes. Le microcosme de cette organisation dans l'organisation met en avant une communication orale porteuse d'informations primordiales au bon fonctionnement du service. Des contraintes liées aux tâches du soignant qui fluctuent en fonction de l'activité globale du service ou des horaires atypiques mettent également en avant une vision structurée, séquencée et formalisée de leur activité qui pourtant est en proie régulière aux imprévus.

## 2.2. Des conditions de travail différentes en fonction des services

### 2.2.1. *Définition des conditions de travail*

Le terme conditions de travail est régulièrement évoqué mais peu défini. Il s'avère que l'on peut appréhender ce concept en regardant la différence entre le travail prescrit et le travail réel. En effet, Gollac indique dans sa tentative de définition que « L'analyse de l'activité permet d'intégrer la diversité des individus », l'idée même de conditions de travail est d'identifier des aspects ne faisant pas partie intégrante de la tâche prescrite.

Par conséquent, l'on peut indiquer sans forcément définir pleinement que les conditions de travail impliquent l'environnement (matériel, lieu...) et l'individu (force et faiblesse / compétences et ignorance) dans la réalisation d'une tâche. Gardey et Löwy (2000) semblent en accord avec cette idée en signifiant que « la complexité de la définition d'une notion apparemment simple telle que « conditions de travail » vient de la différence entre travail prescrit et travail réel. Différence à laquelle s'ajoute celle qui existe entre dimension subjective et objective du travail ».

En somme, le travail prescrit additionné aux conditions de travail et la subjectivité de l'individu provoque le travail dit « réel ».

### 2.2.2. Répartition des Pôles d'activité

Les conséquences intrinsèques de ces conditions de travail, amènent à s'interroger sur les risques professionnels. La nomenclature des risques des soignants est pratiquement toujours réalisée en fonction du poste (infirmier, aide-soignant, médecin, agent de service hospitalier...).

Cependant, les conditions de travail diffèrent énormément d'un service à l'autre, invariablement les risques professionnels en pâtissent également. La différenciation des services semble complexe puisqu'elle diffère d'un hôpital à l'autre. Cependant, depuis le Plan « Hôpital 2007 », une restructuration et simplification de l'organisation globale des hôpitaux a été entreprise. La création de Pôle d'activité regroupant les services hospitaliers devait apporter une indépendance médico-économique. Le rapport d'étape de changement (Zeggar & Vallet, 2000), indique que cette nouvelle organisation leur apporte certes une indépendance médico-soignante mais peu au niveau économique.

Pour différencier et catégoriser les services une logique par quatre est envisagée :

- La pathologie et la prise en charge du patient (pôle mère-enfant, gériatrie...),
- Le type d'organe (Pôle thorax, tête-cou...),
- Les systèmes généralistes (Psychiatrie, Urgences...)
- Les prestations (Pharmacie, biologie)

Le but n'étant pas de choisir entre ces possibilités de classement mais d'obtenir un organigramme le plus logique en fonction des spécialités présentes au sein de l'institution.

En grande majorité des Pôles :

- Médecine (Cardiologie, Néphrologie, Oncologie...)
- Chirurgie (vasculaire, cardiaque, viscérale...)
- Gériatrie (SSR, SP, UCC ...)
- Biologie (pharmacie, laboratoire ...)
- Mère-enfant (maternité...)
- Oncologie
- Urgences
- Psychiatrie

Certains services peuvent se positionner sur plusieurs Pôles, ainsi, la direction doit ajuster l'organisation dans une logique de clarté pour les patients.

La pénibilité des postes de soignant est un concept fréquent et communautaire à tous types de services. Cependant, certains Pôles seront plus ou moins affectés. En effet, le public, les soins et les conditions d'urgence ne sont pas les mêmes d'un service d'urgences à un service d'oncologie.

### 2.2.3. Facteurs psychosociaux

Cette étude parlera de **facteur** psychosocial et non de risque. En effet, notre étude comme celle de Stock, Nicolakakis, Messing, Turcot et Raiq (2013) essaye de mettre l'accent sur les conditions positives et pas seulement négatives de l'environnement de travail hospitalier. Or, le terme « risques psychosociaux » porte une connotation négative influant dès lors sur le travail d'analyse. La définition du terme « facteur psychosocial » date des années 2000, comme indiqué dans le paragraphe « 1.3.3. Causes des T.M.S. » p. 45.

Le rapport Nasse et Légeron sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail (2008) accorde une place centrale au stress dans les analyses et axes de prévention tout comme le Bureau international du travail, dans son récent rapport intitulé « Risques émergents et nouvelles formes de prévention dans un monde du travail en mutation » (2010). Les facteurs et conséquences de ces variables sont une construction se retrouvant dans une grande partie des modèles proposés pour expliquer les T.M.S. et le Burnout. En effet, selon Althaus, Kop et Grosjean (2013) les modèles ayant pour but d'étudier la relation environnement de travail (VI) et santé (VD) établissent un lien entre l'environnement et la santé par un facteur médiateur influencé par ce premier et ayant pour but d'influencer la VD. Des facteurs modérateurs sont également présents pouvant modifier la direction ou l'intensité de cette influence.

Certains auteurs mettent en avant des conditions et facteurs spécifiques au métier de soignant. Ainsi, pour Chevandier en 1997, 5 conditions de travail, sous la forme de contraintes liées à l'activité, sont présentes :

- Les rythmes (astreintes, nuit ...)
- L'environnement pathogène (infections, contaminations)
- La pénibilité physique pathogène (port de charge, manipulation des patients, position debout prolongée)
- La hiérarchie pesante (double hiérarchie, nombreux protocoles)
- La pénibilité mentale (relation avec la mort, la souffrance, de lourdes responsabilités)

Alderson (2005) et Meng, Jin et Guo (2016) ont mis en évidence cette forte responsabilité du personnel vécue comme un fardeau générateur d'anxiété et de souffrance. Les infirmiers et aides-soignants possèdent un rôle de plus en plus important dans l'équipe (Anceaux, Breuscart-zephir & Pelayo, 2006), en raison de leur rôle souvent d'interface entre le patient et le médecin (Igier, Mullet & Sorum, 2007). Canouï (2003) identifie le concept de responsabilité : la responsabilité de son engagement professionnel, l'altérité (aimer l'autre) et la justice, avec un

questionnement très concret sur la qualité de vie des patients dans les services. Les soignants se retrouvent en porte-à-faux entre leurs convictions éthiques et les problématiques de terrain (Canoui, 2003). Ces questions sont d'autant plus sensibles pour les soignants accompagnant des patients en fin de vie (soins palliatifs) (Furstenberg, 2012). Ces questions, éthiques, peuvent générer du stress au quotidien qui nécessite un soutien (Goel, Buchman, Meili & Woollard, 2016). Or, le personnel soignant a le sentiment de ne pas être écouté, de sous-utiliser ses compétences et d'être dévalorisé (Mello, Kelly, Studdert, Brennan & Sage, 2003). Cintas (2010) et Alderson (2005) insistent sur la nécessité de rétablir du dialogue social et de la confiance entre les différents acteurs de l'institution. Confiance et soutien que Teo, Yeung et Chang (2011), Weinberg, Avgar, Sugrue et Cooney-Miner (2012) et Garcia-Sierra, Fernandez-Castro et Martinez-Zaragoza (2016) développent également par une analyse du lien facteur psychosocial– stress. Detchessahar et Grevin (2009) ont identifié également les dérives d'une activité informationnelle de la direction vers les employés, dans un souci d'amélioration de la gestion, prenant le pas sur des activités communicationnelles, et ne laissant plus de place à la discussion et à l'expression de leurs besoins par les employés. Ainsi la rationalité objective de production et de rentabilité supprime la rationalité subjective liée à l'accomplissement professionnel, entraînant une perte de sens et de plaisir au travail. Alderson (2005) insiste sur la nécessité de rétablir du dialogue social et de la confiance entre les différents acteurs de l'institution (Garcia-Sierra, Fernandez-Castro & Martinez-Zaragoza, 2016 ; Teo, Yeung & Chang, 2011 ; Weinberg, Avgar, Sugrue & Cooney-Miner, 2012), plaçant donc la communication et le support social comme conditions prédominantes dans une institution sereine (Berge, Jacob, Mouchotte, Pop, & Rivasseau-Jonveaux, 2014). Confiance et soutien que Teo, Yeung et Chang (2011) et Weinberg, Avgar, Sugrue et Cooney-Miner (2012) développent également. En effet, dans leur analyse du lien facteur – Stress des infirmiers, ils mettent en avant l'importance du soutien social comme réducteur des conséquences négatives des facteurs de risques. Ainsi, la satisfaction semble un levier dans l'engagement psychologique des salariés et permet, au même titre que le manque de ressource et de temps, d'étudier les facteurs organisationnels du soignant.

Plusieurs théories permettent de concilier ces conditions. Stock, Nicolakakis, Messing, Turcot et Raiq ont essayé en 2013 de réaliser une revue de la littérature des grandes théories sur les facteurs psychosociaux. Cinq modèles ont été sélectionnés :

- Le modèle « demande-récompense » de Karasek, Theorell et Johnson (1990)
- Le modèle « Effort-Récompenses » de Siegrist (1996)
- Le modèle conceptualisé dans le questionnaire COPSQ II de Kristensen, Smith-Hansen et Jansen (2005)

- La classification en 6 points effectuées par Gollac et Bodier (2011)
- Le modèle de Sauter et al. (2002) effectué pour le National Institute for Occupational safety and Health.

- Le modèle « demande-récompense » (Karasek, Theorell & Johnson, 1990)

Les deux premiers modèles sont adaptés au monde médical et semblent indispensables à étudier et valoriser dans notre étude. Karasek et Theorell, ont créé une théorie basée sur le croisement de deux variables, la demande psychologique et la latitude décisionnelle (Karasek, 1979 ; Karasek & Theorell, 1990). L'état de stress est valorisé dans une combinaison de ces 2 éléments (forte demande psychologique associé à une faible latitude décisionnelle), que l'on appelle job-strain. Cette approche, révolutionnaire à l'époque, ne prenant plus les facteurs individuellement mais sous forme de mécanisme interagissant dans un environnement complexe. Quelques années plus tard, Johnson et Hall (1988) développent autour de ce modèle un facteur pondérant qu'on nomme le soutien social. Ce dernier montre son importance sur des études diverses et récentes (Teo, Yeung & Chang 2011 ; Weinberg, Avgar, Sugrue & Cooney-Miner (2012)). Par conséquent, si les variables sont plus ou moins fortes, le travail sera bénéfique ou néfaste. Le travail le plus nocif pour la santé en raison d'un stress élevé additionne une demande psychologique forte, une latitude décisionnelle et un support social faibles.

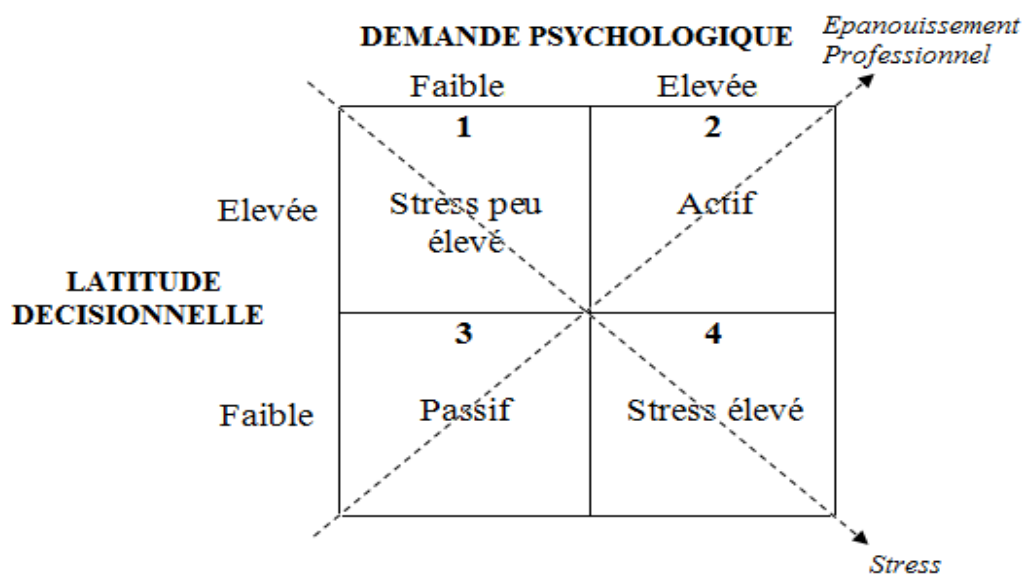


Figure. 5 : Modèle « Tension-Isolement » de Karasek, Theorell (1990)

- Le modèle « Effort-Récompenses » (Siegrist, 1996)

Cependant, même si la théorie de Karasek semble très complète, certains points n'y sont pas évoqués. Actuellement, les récompenses que ce soit au niveau monétaire, du statut ou encore de l'estime sont devenues indispensables pour motiver le personnel. Les théories de la motivation focalisent la motivation du salarié face aux atouts de la récompense (St-Onge, Haines, Aubin, Rousseau & Lagassé, 2005). On peut noter la théorie des attentes de Vroom (1964) puisque l'individu pense avoir un contrôle sur sa récompense en fonction de son implication, mais aussi la théorie de la gestion par objectif de Locke et Latham (1990) ou plus schématiquement la théorie du conditionnement (l'effet positif de la récompense engendre une motivation à reproduire la même action.)

Sur le même plan, Siegrist élabore en 1996 la théorie « Effort-Récompense », il met en évidence le lien entre les efforts que l'on peut produire (la demande, les obligations) et la récompense obtenue (salaires, primes, estime, promotion, insécurité au travail...). La nature même de l'effort sera extrinsèque ou intrinsèque, c'est-à-dire exigé par l'organisation ou par l'individu. Par conséquent, selon lui, il y a trois situations où le déséquilibre dure. Tout d'abord, l'obligation du salarié et donc l'impossibilité d'évaluer les exigences réelles du travail. Ensuite, l'acceptation de la situation pour une raison stratégique. Enfin, la prédisposition du salarié au déséquilibre par une tendance au surinvestissement.

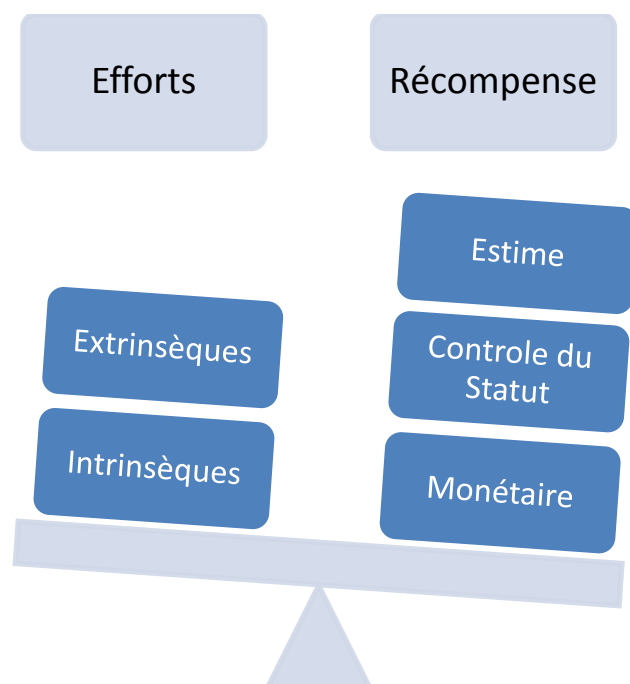


Figure 6: Modèle « Effort-Récompense » de Siegrist (1996)



Comme l'indiquent Bouffartigue, Pendariès et Bouteiller « Toutes ces approches ont en commun de ne pas isoler les composantes psychiques et somatiques, et de mettre l'accent sur l'importance des dimensions de reconnaissance, d'autonomie, de coopération et de débat au sein des collectifs, de la possibilité de faire un travail de qualité. ». En effet, la vision de Chevandier se concentre exclusivement des aspects néfastes pour le soignant, mais oublie notamment les facteurs bénéfiques du travail tel que l'autonomie et les récompenses. Notre étude a pour objectif de comprendre certes les éléments perfectibles dans l'analyse du travail des soignants mais surtout de mettre en avant les points positifs du métier pour les valoriser au maximum.

Récemment une étude portée par Michel Gollac et Marceline Bodier (2011), a permis au Ministère du travail, de l'emploi et de la santé de comprendre le principe même de facteurs psychosociaux. Une revue de la littérature a permis à un collègue d'expertise de mettre en avant l'ensemble des risques psychosociaux. Ils ont été classés en 6 éléments :

- Intensité du travail et temps de travail
- Exigences émotionnelles
- Autonomie
- Rapports sociaux au travail
- Conflits de valeurs
- Insécurité de la situation de travail

Ainsi, les théories de Karasek et Siegrist y sont largement reprises. En plus d'une organisation extrêmement difficile et des risques psychosociaux prépondérants, un autre problème peut se poser, celui de la charge physique. En effet, dans un travail que l'on peut autant qualifier, de mental que de manuel, les postures, les manipulations et même les manutentions sont très fréquentes. En effet, selon l'étude Presst-Next « plus de 80% des ASH et AS et plus de 60% des IDE et IDE spécialisés déclarent travailler debout au moins 6 heures par jour ». Les manipulations des patients sont donc quotidiennes. Toujours, selon l'étude Presst-Next, 4 facteurs de pénibilité ressortent, (sur 2688 questionnaires récoltés) :

- La pénibilité morale et difficulté pour le travail d'équipe (2271 citations)
- Soucis sur la qualité des soins (1412 citations)
- Pénibilité physique (981 citations)
- Horaires et planning (865 citations)

### 2.3. Focus sur les services de gériatrie

Les services identifiés pour notre étude sont inclus, en grande partie, dans un Pôle « Gériatrie ». Une description de leur activité au quotidien permet de mieux appréhender et par là-même de comprendre l'environnement dans lequel nos soignants interrogés se trouvent.

Quatre contraintes exprimées par les soignants dans les services de gériatrie (long ou court séjour) reviennent régulièrement dans l'ensemble de la littérature consacrée : la pénibilité physique, la demande psychologique, le rapport à la mort et les agressions verbales et physiques (Hazelhof, Schoonhoven, Van Gaal, Koopmans, & Gerritsen 2016 ; Ngan & al. 2010 ; Gershon & al. 2007 ; Doka 2002 ; Dos Santos-Germano & Meneguín 2013 ; Pekkarinen & al. 2013 ; Laporte & Vonarw 2015). En effet, même si ce type de service est confronté aux mêmes contraintes que les autres secteurs, celles-ci sont particulièrement accrues dans ce secteur.

Le quotidien des soignants (infirmier, aide-soignant...) se caractérise par une charge physique intense en raison du nombre de levages et transferts répétés dans la journée (Pekkarinen & al. 2013) provoqués par des patients en perte d'autonomie. Ainsi, Ngan et al. (2010) indiquent que 80% de l'ensemble des atteintes physiques du personnel soignant sont causées par la manutention et la manipulation.

Pour les mêmes raisons, les caractéristiques des pathologies en gériatrie peuvent amener une demande psychologique forte des soignants et une distinction floue des objectifs de poste entre aides-soignants et infirmiers (Batt & Trognon, 2010 ; Batt, Trognon & Langard, 2010). Les patients peuvent être fragiles et leurs pathologies telles que la démence ou les symptômes qui peuvent y être associés (troubles du comportement, hétéro-agressivité envers les soignants ou les autres patients) sont choses courantes (Pekkarinen & al 2013). De plus, Gershon et al (2007) signalent des contraintes liées à l'organisation institutionnelle : une pression temporelle, des charges lourdes de travail et un manque de contrôle des circonstances de travail dus à des instituts et une organisation peu adaptées aux contraintes réelles des postes de soignant (voir Hazelhof, Schoonhoven, Van Gaal, Koopmans, & Gerritsen, 2016). Cette même demande psychologique forte est accentuée par une exigence institutionnelle sur la déontologie et l'éthique de travail des soignants en gériatrie (Guibert, 2016). Un décalage entre des attentes institutionnelles fortes concernant l'application de règles de déontologie et la rigidité du cadre d'exercice rendant leur application difficile, génère une souffrance psychologique chez les soignants (Guibert, 2016).

Les agents administratifs prennent rarement en compte l'exposition des soignants à la souffrance et à la mort, dans leur évaluation de la charge de travail. Pourtant les conséquences psychologiques sont réelles, et se répercutent de manière indirecte sur la productivité (Bonnet, Laurent, Ansel, Quenot, & Capellier 2016 ; Laporte &

Vonarx, 2015). Etre confronté à la souffrance d'autrui (des patients et des familles), la mort et le deuil sont des situations qui font partie de leur quotidien professionnel. Laporte et Vonarx (2015) indiquent que le travail de l'accompagnement de la mort est une tâche difficile cependant, la mortalité et la souffrance qui en résultent restent un processus proscrit dans le milieu médical. En effet, la « douleur privée », concept évoqué par Doka (2002), est une souffrance vécue par l'infirmier qui n'est pas reconnue et surtout qui n'est pas validée socialement. Ainsi, le soignant est en contact continu et régulier avec des personnes « condamnées » ce qui par là-même apporte une insécurité et inconfort que Dos Santos-Germano et Meneguain (2013) déplorent en raison d'une non reconnaissance de cet aspect dans les pénibilités régulières. Ainsi, Laporte et Vonarx (2015) concluent et fortifient cette idée de deuil quotidien et de frustration du métier qui en découlent. Pour pallier à ces difficultés, la cohésion d'équipe et la stratégie collective des soignants peuvent fortifier et amener cet aspect, qui a un impact néfaste, à se transformer comme un outil générateur de satisfaction et de soutien dans leur activité (Bonnet, Laurent, Ansel, Quenot, & Capellier, 2016 ; Machado, Desrumaux, & Droogenbroeck, 2016). Cette même cohésion associée à une formation des soignants sur l'identification des actes agressifs (Morandi, & al. 2015), évite 75 % des agressions quotidiennes verbales et physiques dans ces services (Lanza, 2016). Agressions qui sont corrélées positivement avec des niveaux de stress élevés (Lanza, 2016).

Par conséquent, l'ensemble des risques psychosociaux entraînant du Burnout se retrouve dans les services de gériatrie et de prise en charge des maladies démentielles telle que la maladie d'Alzheimer dont la prévalence atteint une femme sur 4 et un homme sur 5 à partir de 85 ans (Rocher & Lavallart, 2009). Le développement de cette maladie amène l'Etat à créer le Plan « Maladies neurodégénératives 2014-2019 », ayant pour finalités, une amélioration du diagnostic et de la qualité de vie des malades ainsi que le développement et la coordination de la recherche. La création d'unités spécialisées pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées (MAMA) a vu le jour dans les services de Soins de suite et de réadaptation (SSR), comme le préconisait le Plan Alzheimer 2008-2012. Ces nouvelles unités ont permis une prise en charge plus adaptée des patients MAMA et de leurs symptômes démentiels (Puech, Mangin d'Ouince & Hallet Lezy, 2014). Cependant, la progression de cette maladie, le développement des sites d'accueil qui en découle, génèrent un problème de rendement et de surcharge de travail dans ces services, si bien que l'on y observe classiquement les caractéristiques du Burnout, mais de façon encore plus importante (Hugenotte, Andela & Truchot, 2016 ; Amyot, 2009). En effet, les conditions de travail des soignants auprès de patients atteints de MAMA se sont détériorées avec une charge de travail accrue, une impression d'incompétence face à cette maladie (Hazif-Thomas & Thomas, 2011), des difficultés à communiquer (Amyot, 2009). « Ces éléments constituent une constellation de risques d'épuisement professionnel qui se

manifeste sous la forme d'une fragilisation à la fois physiologique et psychologique des professionnels, liée à la façon dont ils vivent leurs situations de travail. » (Amyot, 2009, p.275). Ainsi, ce type de services est particulièrement touché par ce mal.

## 2.4. Soignant et vie personnelle : compatibilité

Prendre de la distance face aux phénomènes perturbant de sa vie professionnelle n'est pas possible dans l'ensemble des situations.

Moisson en 2009 indique « Alors que certaines infirmières ont fait le choix de prendre de la distance par rapport aux patients pour se protéger, d'autres vivent les situations avec un amour inconditionnel du métier. Dès lors on peut s'interroger sur cette relation passion et travail. Il est reconnu que les passions sont faites pour être une échappatoire au travail. Lorsque passion et travail se côtoient, le risque peut être de travailler « exagérément » conduisant alors à ne plus avoir d'échappatoire et à être en situation d'épuisement professionnel. » Ainsi, la situation de travail et la vie privée des soignants possèdent une barrière très fine et régulièrement perméable.

Un exemple de cette perméabilité, vient de l'étude de Cho, Lee, Mark et Yun (2012). En effet, les probabilités de départ de l'infirmier lors de son premier emploi sont certes accentuées par le contenu du travail et l'environnement de travail (Kovner, Brewer, Yingrengreung & Fairchild, 2010) mais également par des paramètres de la sphère privée, comme le mariage. Ainsi, ils indiquent sans pouvoir l'expliquer que les infirmiers mariés ont significativement plus de chance de quitter leur emploi au bout d'un an.

Pour comprendre la proportionnalité de l'impact de cette perméabilité vie privée versus vie professionnelle, les chercheurs Lourel et Guègen (2007) ont étudié l'interface « vie privée – vie au travail » sous le point de vue de l'implication organisationnelle et le stress perçu. Il semble que le stress est expliqué par 25 % des effets négatifs de cette relation privée – pro. Ces mêmes effets négatifs impliquent une diminution de l'implication du soignant sur son poste. Mesmer-Magnus et Viswesvaran (2005) confirment ces éléments puisque dans leurs études le conflit travail/pro. est associé à la perception accrue des ambiguïtés de rôles/statuts, la pression, les tensions mais aussi les conflits familiaux, l'implication dans la vie de famille...

Ainsi, la vie de famille peut être dégradée en fonction du milieu de travail mais également l'inverse. Demir, Ulusoy et Ulusoy (2003) ont travaillé sur les facteurs personnels aggravant l'épuisement professionnel. Il s'avère que les problèmes de garde d'enfant, les tâches ménagères, les problèmes de santé (eux même ou enfants), les difficultés économiques et les difficultés de transport sont corrélés avec l'aggravation du ressenti d'un épuisement au travail.

Les facettes de la vie semblent difficilement dissociables et l'impact de l'un à l'autre inévitable.

## 2.5. Des conséquences psychiques, physiques et financières

### *2.5.1. Conséquences pour le salarié*

Le constat de la Direction de l'Animation de la Recherche, des Etudes et des Statistiques (DARES - 2012), semble confirmer l'évolution de l'environnement socio-économique du travail. En effet, de 1994 à 2010, l'autonomie des salariés a diminué significativement en proportion égale à l'augmentation de l'hostilité des supérieurs hiérarchiques. Ainsi, la DARES indique que les horaires atypiques, l'intensité du travail et le job-strain (Karasek & Theorell, 1990) sont en forte augmentation. Les conséquences sur le mental des soignants sont souvent multiples, de nouveaux maux dus au travail apparaissent tel que des troubles cognitifs, des dépressions, des psychoses ou encore des angoisses face au travail. En effet, (Bianchi & Laurent 2015) il semblerait que les troubles cognitifs tels qu'une attention accrue pour les stimuli dysphoriques et une diminution de l'attention face aux stimuli positifs sont reconnues dans des cas de dépression et Burnout. De plus, l'ergophobie (peur du travail) a amené les chercheurs Belcastro et Hays (1984) à se positionner concernant les conséquences d'un emploi à conditions de travail délétères. Ils indiquent qu'une intensification des événements négatifs et douloureux se produit lorsque le salarié est en présence régulière de situations dites « stressantes ». Un stress trop important dans un lieu de travail apporte de nombreux désagréments de par les facteurs psychosociaux qui en découlent.

La moyenne d'âge des infirmières est de 40 ans. Or, en 2004 Estryn-Behar prouve en faisant passer le « Maslach Burn-Out Inventory » (MBI) que le Burnout augmente avec l'âge, ayant moins de perspective d'évolution vers l'accomplissement professionnel. Ceci peut donc alerter sur le problème des infirmiers. En effet, même si elles indiquent en grande majorité être fières de leur travail cela ne suffit pas à pallier le stress. Une pression subie au quotidien telle que le manque de soutien, les mauvaises conditions de travail ou encore le salaire trop peu élevé provoque dans la plupart des cas des problèmes de santé. Toujours chez Estryn-Behar, la pénibilité morale (difficultés de travail d'équipe...) et physique (horaires, empressement...) sont des plaintes récurrentes des infirmières.

Mais pas seulement, les problèmes dus au contact constant avec la violence des malades et de la famille sont repérés par de nombreux auteurs tels que Canoui et Mauranges en 2008 qui ont écrit un livre intitulé « Le Burnout à l'hôpital » (P.81). Ils ont pu constater une montée de la violence dans les hôpitaux avec « insultes grossières, coups et violences physiques diverses (46%), tentatives de viols ou viols (16%) », venant principalement des malades ou du public qui transitent dans le lieu public que représente l'hôpital. Mais c'est aussi, malheureusement, une violence moins attendue comme celle de ce médecin chirurgien stressé « qui expédie son scalpel à travers le bloc opératoire et blesse une infirmière à la poitrine ». Par

conséquent il est noté que la violence est un quotidien insupportable pour les soignants et que le stress en lui-même provoque dans de nombreux cas de la violence.

Duchscher (2009) indique également que le stress intense des jeunes infirmiers (première expérience professionnelle) est accru en raison de la transition école-travail. En effet, il semblerait que l'écart entre l'apprentissage et le terrain serait accentué dans les professions du secteur santé. La responsabilité de la vie des malades semble une explication plausible de cette appréhension.

L'intensification du travail s'accompagne d'une perte de repères toute aussi épuisante (Gaudart, 2009). La quantité de travail importante, les délais plus courts et la diminution des effectifs entraînent une fatigue physique et nerveuse pouvant conclure à l'émergence d'un stress chronique (Gaudart, 2009 ; Buja, Zampieron, Mastrangelo, Petean, Vinelli, Cerne & Baldo, 2013) générateur de douleur (Buja, & al., 2013) particulièrement intense la première année d'activité (Duchscher, 2009 ; Gardiner & Sheen, 2016).

Le stress de certains des soignants vient également de l'incertitude et du « non droit à l'erreur ». Ainsi, Mello, Kelly, Studdert, Brennan et Sage en 2003 montrent que l'augmentation des fautes professionnelles est due à un manque de communication entre les soignants eux-mêmes mais aussi entre le soignant et le patient. Or, les infirmières et aides-soignantes possèdent de plus en plus un rôle important dans l'équipe. En effet, le médecin se décharge de plus en plus sur l'infirmière (Anceaux, Breuscart-zephir & Pelayo, 2006).

Ainsi, Igier, Mullet et Sorum (2007), indiquent que l'infirmière a un rôle central puisque c'est elle qui est en premier en contact avec le patient et qu'elle permet l'interaction entre le patient et le médecin.

En 2006, dans leur article Shirom et ses collègues présentent une étude menée sur une population de 890 soignants en vue de mesurer leur perception de surcharge, d'épuisement et d'autonomie. Ici, les auteurs évoquent le Burnout en tant qu'épuisement global (fatigue physique, fatigue cognitive et épuisement émotionnel – Echelle du Burnout de Shirom & Melamed). Les résultats tendent à démontrer que plus les soignants sont fatigués, plus ils épuisent graduellement leurs ressources. Que ce sentiment de fatigue et de bas niveau d'énergie se fait ressentir dans l'exécution des tâches quotidiennes au travail (notamment des soins prodigués). Mais aussi, que la fatigue émotionnelle engendre le fait que le soignant n'arrive plus à montrer de l'empathie pour ses collègues. La fatigue cognitive, quant à elle, induirait une réduction de l'agilité mentale. Et n'importe quel appauvrissement des ressources personnelles construit le Burnout.

Inversement, Shirom rapporte que l'autonomie est corrélée positivement avec la performance au travail. Or dans un monde de soignants, l'autonomie est très présente, il s'agira donc ici d'un trop plein de responsabilités, d'où une surcharge.

L'étude sur les soignants des hôpitaux universitaires marocains (Doghmi, Massou, Balki, Haimeur & Kamli 2013, P. 700) a montré que « les soignants présentant un syndrome d'épuisement professionnel ont été marqués par une irritabilité, un sentiment d'insatisfaction et la colère dans respectivement 34,3%, 41,7%, et 34,1% des cas ; 59,7 % se plaignaient de troubles du sommeil, 60,68% avaient développé des conduites addictives, et 55,5 % des soignants affirmaient que le Burnout retentissait sur leur relation avec leur entourage ». Ainsi, le corps souffre à court ou long terme d'un environnement de travail délétère.

Les postes de soignants sont à la fois physiques par les manipulations et manutentions des malades (Ngan & al. 2010) mais également éprouvants sur le long terme par la posture debout prolongée. En effet, Messing, Randoin, Tissot, Rail et Fortin (2004), ont réalisé une étude sur la position debout prolongée versus le piétinement vs la station assise. Des résultats très intéressants permettent de se rendre compte pour la première fois, des conséquences néfastes de ces positions, les interviewés souffrant d'un poste debout avaient des douleurs régulières aux jambes, chevilles et pieds. Ainsi, l'impossibilité de s'asseoir augmente ces douleurs en raison principalement du manque d'autonomie de leur poste (Arcand 2000). Dans ce même article, il est mis en avant d'autres types de conséquences physiques comme les varices et troubles cardiaques (Krause, Lynch, Kaplan, Cohen, Salonen, & Salonen 2000) et les troubles de la circulation (Laurikka, Sisto, Tarkka, Auvinen, & Hakama 2000). Messing, Randoin, Tissot, Rail et Fortin (2004) ont surtout pu mettre en avant que la posture debout statique ou avec piétinement est bien plus néfaste pour le corps que la position debout avec possibilité de bouger correctement (longue marche, déplacement d'un site à l'autre...), ce qui démontre une nouvelle fois l'aspect épuisant (physiquement) des postes de soignants.



### 2.5.2. Conséquences pour l'Etat et l'employeur

C'est à partir des conséquences psychologiques et physiques sur le salarié ainsi que sur l'entreprise que doit s'évaluer approximativement l'impact financier de l'environnement du travail. Pour ce faire, il faut prendre en compte la symptomatologie du Burnout (Delaye & Boudrandi, 2010) :

- Augmentation de la tension et du rythme cardiaque,
- Troubles Musculosquelettiques,
- Dépressions,
- Troubles stomaco-intestinaux,
- Céphalées.

Ayant pu conclure précédemment, que les conditions de travail ont un impact psychique et physique sur les soignants, ces premiers troubles sont susceptibles d'entraîner des arrêts de travail, une augmentation des absences ou encore un turnover important.

Les études françaises sur le coût réel du Stress sont actuellement en cours et ne sont pour l'instant pas encore assez précises (Moisson, 2009). Cependant, les études de Stewart, Ricci, Chee, Hahn et Morganstein (2003) indiquent qu'aux Etats-Unis la dépression est significativement liée à des pertes annuelles de productivité qui s'élèveraient à une dizaine de milliers de dollars et que le coût total annuel du stress est quant à lui proche des 200 milliards de Dollars (BIT, 2003). Cette comparaison peut permettre de comprendre l'ampleur des pertes financières.

L'absentéisme et le turnover sont également liés au stress. En effet, une première étude en 2012 (Sliter, Sliter, Withrow & Jex) affirme que la réduction de l'adiposité à une incidence sur l'absentéisme et le turnover. Or, Chan et Perry (2012) indiquent que cette même réduction d'adiposité est liée significativement à un bien-être au travail, au même titre que la diminution ou arrêt de la cigarette, et l'augmentation d'exercice physique. Lorsque l'on comprend (Cho, Lee, Mark & Yun, 2012) que le turnover des infirmiers est extrêmement courant lors du premier emploi (Kovner, Brewer, Yingrengreung & Fairchild, 2010 : 18,1% des nouveaux infirmiers quittent leur premier emploi sous la première année ; 26,2% dans les 2 ans) en raison de l'insatisfaction au travail (par le contenu du travail et l'environnement physique), une prise de conscience sur l'impact financier doit être effectuée par les institutions.

Pour se rendre compte des conséquences du stress, les chiffres de remboursements de la sécurité sociale de 2002 sont révélateurs. En effet, les dépenses remboursées par l'assurance maladie au titre des indemnités journalières pris en charge par l'assurance maladie ont représenté 5 milliards d'euros soit 50 % du total des honoraires médicaux (toutes disciplines confondues). Les arrêts de travail représentent également un coût économique pour les entreprises. Le conseil national des médecins précise que les indemnités journalières ont augmenté de plus

de 46% en cinq ans (rapport du ministère de la santé, de l'inspection générale des finances et l'inspection générale des affaires sociales). Les médicaments remboursés partiellement par la sécurité sociale pèsent lourd dans la balance, d'autant plus que la France est l'un des plus gros consommateurs de psychotropes. Quant aux nausées et symptômes intestinaux, la sécurité sociale rembourse entre 30 et 65% des traitements médicamenteux. Enfin, les dépressions qui, classiquement, accompagnent le Burnout ont également un remboursement des consultations de psychiatrie à hauteur de 70%.

L'institution médicale est liée au Burnout mais également aux troubles Musculosquelettiques (Soares & Jablonska, 2004) ainsi qu'aux troubles cardiovasculaires (Aptel & Cnockaert, 2002). Ce lien permet de comprendre l'impact de l'environnement de travail sur les finances de l'Etat et des hôpitaux (cf. rapport du ministère du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle). Les T.M.S. font partie des 3 principales causes d'arrêts maladie avec les maladies mentales et cardiovasculaires. Ils touchent particulièrement les infirmiers et les aides-soignants qui comptent 650 000 employés à l'hôpital en France métropolitaine selon la DGOS en 2008, ce qui représente 4% du total de l'emploi salarié selon l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques). Relevons de plus que les déclarations de T.M.S. sont en croissance exponentielle depuis 20 ans. Le ministère du travail dresse le bilan catastrophique de 40 000 T.M.S. pour la France en 2008, soit 8,4 millions de journées de travail perdues, 850 millions d'euros de frais et 80% de l'ensemble des maladies professionnelles reconnues.

Les plus facilement observables sont les coûts de remplacement des absences mais de façon plus indirecte, les absences entraînent une désorganisation de l'activité, des coûts institutionnels de gestion de planning et de régulation. Lorsque le personnel en place doit pallier l'absence, cela génère du mécontentement. Randon et al. (2011) évoque un triple coût : financier, organisationnel et culturel, ce dernier correspondant à la remise en cause d'une norme implicite dans l'organisation qu'est la présence. Par ailleurs, l'abandon de plus en plus fréquent de la profession a pour effet d'augmenter le taux de rotation du personnel, entraînant des coûts de recrutement, de formation, et un affaiblissement du niveau d'expérience. Les effets psychologiques de ces départs sur l'équipe ne sont sans doute pas à négliger (Buckle, 1987). L'ensemble de ces éléments nuisent évidemment à la performance de l'institution et par là-même à la qualité des soins, compromettant la sécurité des patients (Lemo, Silva, Tucherman, Talerman, Guastelli, & Borba 2012).

Ainsi, la conclusion du ministère du travail (Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social, 2015) prévient qu' « Aucun secteur professionnel n'est épargné. Les répercussions sociales et financières sont telles

qu'elles peuvent mettre en péril la santé économique des entreprises et de l'Etat. Les T.M.S. sont devenus un enjeu majeur de la prévention des risques et des maladies professionnelles et plus largement de santé publique. ».

Ce constat est réalisé sans prendre en compte les conséquences indirectes d'un travail dit « stressant ». En effet, l'augmentation du tabac, de l'alcool ou encore des somnifères provoquent des troubles supplémentaires à coût financier important. Des impacts également sur le bien être global de la population puisque l'épuisement professionnel est également lié significativement au stress perçu dans sa sphère privée (Lourel & Guégen, 2007).

Ainsi, entre les arrêts maladie de courte et de longue durée, les consultations psychiatriques, les médicaments (psychotropes, intestinaux...), les adaptations de poste après des reconnaissances de travailleurs handicapés dues à des T.M.S. et les absences, la Sécurité Sociale, mais également les entreprises, le Pole emploi, l'AGEFIPH, l'OETH ou autres financeurs de fonds aux reclassements sont impactés fortement par les conditions de travail délétères pour les salariés.

Ainsi, il apparaît qu'un travail en amont du Burnout est indispensable pour réduire les dépenses de santé publique.

### 3. Jardin thérapeutique

#### 3.1. Jardin et santé

L'état de la relation homme-nature dans la société actuelle trouve son origine dans un passé lointain. Que l'être humain noue une relation étroite avec la nature et le vivant répond à la théorie de la biophilie de Wilson (1984), selon laquelle l'homme éprouve une tendance innée à se diriger préférentiellement vers le vivant plutôt que vers l'inanimé, et ce, dès le début de son développement ontogénétique (Wilson, 2012). Cette quête de proximité instinctive avec la nature pourrait être expliquée par différents facteurs qui contribuent au bien-être global de l'être humain (Pipien & Morand, 2013).

En effet, de nombreux travaux ont mis en évidence l'intérêt de l'implantation d'espaces verts dans les milieux urbains. Les espaces verts apporteraient des bénéfices psycho-sociaux qui concernent la santé mentale et physique de l'individu ainsi que le maintien de son lien social dans la Cité (Manussett, 2012). Un lien visuel avec un environnement naturel ou une expérience active telle qu'une marche dans un espace naturel ou végétalisé, favoriserait une meilleure récupération du stress pour un individu que s'il était plongé dans des milieux essentiellement urbanisés (Annerstedt, Jönsson, Wallergård, Johansson, Karlson, Grahn, Hansen, & Währborg, 2013 ; Hartig, 1991 ; Tyrväinen, Ojala, Korpela, Lanki, Tsunetsugu, & Kagawa, 2014 ; Ulrich, Simons, Losito, Fiorito, Miles, & Zelson, 1991 ; Ulrich, 2002). Au-delà de ces bienfaits, la théorie de Kaplan et Kaplan (1989) souligne que la perception de la nature facilite le relâchement de l'attention soutenue qui est maintenue lors de tâches complexes au profit du développement d'une attention involontaire diffuse. Par conséquent, au contact de la nature ou de ses éléments, l'attention involontaire diffuse serait propice à une récupération de la fatigue attentionnelle (Kaplan & Kaplan, 1989). La fréquentation d'espaces verts offrirait donc à leurs utilisateurs des bénéfices psychologiques en terme de réduction du stress (Berman, Kross, Krpan, Askren, Burson, Deldin, Kaplan, Sherdell, Gotlid, & Jonides, 2012 ; Corazon, Stigsdotter, Moeller & Moeller-Rasmussen, 2012) et de l'anxiété qui contribuent à la restauration de l'état de l'individu. Berman, Kross, Krpan, Askren, Burson, Deldin, Kaplan, Sherdell, Gotlid, et Jonides (2012) démontrent que l'interaction avec la nature est bénéfique pour la mémoire et l'affect d'autant plus dans un contexte de dépression installée. Ce bienfait, indépendant du bénéfice lié à l'exercice physique que procure le jardin, est expliqué via la biologie (Berger & Tiry, 2012 ; Pipien, & Morand, 2013 ; Pringuey-Criou, 2015), la psychologie (Berman, Jonides & Kaplan, 2008) et la sociologie (Dadvand, Bartoll, Basaga, Dalmau-Bueno, Martinez, Ambros, Girach, Triguero-Mas, Gascon, Borell, & Nieuwenhuijsen, 2016).

Le jardin, en tant qu'espace vert particulier, représente un référent naturel aménagé et utilisé par l'être humain, qui, dans cet environnement extérieur délimité, entretient une relation de proximité avec la nature, lui apportant ainsi tout un

ensemble de bénéfiques. La « théorie de la savane » de Gordon Orians (1980, 1986) est une réponse positive de l'organisme situé dans un décor naturel aux paysages connus, apaisants, organisés et synonyme de vie (Pringuey-Criou, 2015). Ces mêmes conclusions sont apportées par Corazon, Stigsdotter, Moeller, et Moeller-Rasmussen (2012), qui expliquent les bienfaits d'un traitement de 10 semaines dans un jardin pour les personnes en arrêt de travail en raison du stress (Berman, Jonides & Kaplan 2008 ; Cooper-Marcus & Barnes, 1995). Une autre ressource des jardins, et pas des moindres, est sa capacité à favoriser les activités créatives (Berman, Jonides, & Kaplan 2008 ; Dadvand, Bartoll, Basaga, Dalmau-Bueno, Martinez, Ambros, Girach, Triguero-Mas, Gascon, Borell, & Nieuwenhuijsen, 2016; Thompson, Aspinall, Roe, Robertson, & Miller 2016 ; Ulrich, Simons, Losito, Fiorito, Miles, & Zelson, 1991) pour un effet bénéfique sur la santé mentale. L'hémisphère cérébral droit serait sollicité dans le développement de l'adaptation des ressources (Berger & Tiry, 2012), et par cette activation stimulée indirectement par le jardin, se développerait un processus de création, d'où l'intérêt également dans le traitement des traumatismes.

Ces effets thérapeutiques du jardin (Cooper-Marcus & Sachs, 2013 ; Guegen & Meineri, 2012 ; Pipien, & Morand, 2013) ont conduit à la création de jardins dits « de soin » dès la fin du 19ème, début 20ème siècle par l'implantation d'espaces végétalisés dans les centres d'hospitalisation (Pringuey-Criou, 2015). Le but premier de l'intégration de ces espaces verts à l'hôpital était d'aider les soignants et d'apporter des alternatives douces aux traitements médicamenteux des patients tout en leur apportant la possibilité d'avoir une activité productive. Les jardins thérapeutiques sont définis par Cooper-Marcus et Barnes (1999) comme des espaces qui permettent à l'individu de maintenir ce lien avec la nature mais aussi avec sa valeur esthétique notamment par l'apport sensoriel fourni par ses composants naturels. Selon ces auteurs, son potentiel thérapeutique est présent lorsque ce contact avec la faune et la flore est combiné avec des critères d'aménagement spécifiques.

Dans les établissements hospitaliers, le potentiel thérapeutique des jardins revêt une place centrale puisqu'ils représentent une aide au processus de soins des personnes fragilisées par des problèmes de santé dont les effets thérapeutiques sont d'ailleurs évalués (Cooper-Marcus & Barnes, 1995 ; Rivasseau-Jonveaux & al., 2012 ; Ulrich, 1984 ; Ulrich, Simons, Losito, Fiorito, Miles, & Zelson, 1991 ; Whitehouse, Varni, Seid, Cooper-Marcus, Ensberg, Jacobs, & Mehlenbeck, 2001). Ces travaux objectivent, chez les personnes soignées, les bénéfiques du jardin sur la réduction du stress, l'amélioration de l'humeur et de la satisfaction ressentie envers l'environnement de soins, le développement du sentiment d'autonomie et de liberté et sur la restauration de l'état de santé après une intervention médicale. Devant ces bienfaits, des critères de recommandations de l'agencement des jardins dans les services médicaux sont établis (Cooper-Marcus & Barnes, 1999 ; Hartig & Cooper-Marcus, 2006 ; Rivasseau-Jonveaux, Batt, Fescharek, Benetos, Trognon, Bah-Chuzeville, Pop,

Jacob, Yzoard, 2013b). Cependant, c'est uniquement lorsque leur conception et leur aménagement sont spécifiquement adaptés aux utilisateurs (patients, proches visiteurs, aidants, soignants,...), à leurs besoins et à leurs conditions médico-psychosociales que l'impact thérapeutique des jardins est observé (Cooper-Marcus & Barnes, 1999 ; Hartig & Cooper-Marcus, 2006, Rivasseau-Jonveaux, Batt, Fescharek, Benetos, Trognon, Bah-Chuzeville, Pop, Jacob, Yzoard, 2013b).

Au-delà de l'usage du jardin, la simple vue sur un jardin, sur des végétaux ou sur des images représentant des paysages contribueraient à réduire la douleur physique ressentie, le stress et l'anxiété et permettrait d'accroître les sensations de calme et de bien-être global des personnes soignées (Heerwagen, 1990 ; Ulrich, Simons, Losito, Fiorito, Miles, & Zelson, 1991). Ces bénéfices deviennent actuellement indispensables pour diminuer les traitements médicamenteux des troubles psycho-comportementaux de certaines pathologies telles que la maladie d'Alzheimer et pour gérer l'affluence des souffrances psychologiques des patients (Pringuey-Criou, 2015 ; Rivasseau-Jonveaux, Pop, Fescharek, Chuzeville, Jacob, Demarche, Soulon, & Malerba, 2012 ; Rivasseau-Jonveaux, Fescharek, Batt, Bouvel, Demarche, Jacob, Lanfroy, Malerba, Pop, Soulon, Trognon, & Yzoard, 2013a ; Rivasseau-Jonveaux, Batt, Fescharek, Benetos, Trognon, Bah-Chuzeville, Pop, Jacob, Yzoard, Demarche, Soulon, Malerba, & Bouvel, 2013b).

### 3.2. Jardin thérapeutique palliatif du stress

Depuis quelques années, des structures commencent à développer certains espaces verts extérieurs et/ou intérieurs (Corazon, Stigsdotter, Moeller & Moeller Rasmussen, 2012). Cependant, un impact méconnu et surprenant a été noté récemment par Pringuey-Criou (2015) p. 459 « la réhabilitation des espaces végétalisés dans les établissements de soin est nécessaire dans la lutte contre la souffrance psychique. Ses bénéfices s'adressent à tous ». Ainsi, le patient n'est pas seul bénéficiaire des ressources de la nature. Il est probablement à mettre en lien avec le bénéfice constaté chez les patients, en raison d'une charge de travail psychologique et physique moins lourde (Rivasseau-Jonveaux, Pop, Fescharek, Chuzeville, Jacob, Demarche, Soulon, & Malerba, 2012). Pour exemple, l'Afrique Subsaharienne est le premier pays à utiliser le jardin comme un espace de bien-être mutualisé pour le patient et pour le soignant. (International Council of Nurses, 2011.).

Le jardin est un lieu porteur de communication entre soignants-soignants et soignants-soignés (Rivasseau-Jonveaux, Pop, Fescharek, Chuzeville, Jacob, Demarche, Soulon, & Malerba, 2012). Or, en 2007, Holcman intègre dans une proposition d'organisation séquentielle du travail hospitalier, la nécessité et la primauté de la communication orale informelle dans la transmission d'informations entre collègues. Ce mode de communication est primordial pour le bon déroulement d'un suivi médical du patient (Holcman, 2007). Justifiant ce postulat, la question de la communication est au cœur même de l'activité du soignant (Lacoste & Grosjean, 1999 ; Grosjean, 2004 ; Trognon, Dessagne, Hoch, Dammerey, & Meyer 2012). Une étude réalisée au CHU de Nancy, à l'Unité Cognitivo-Comportementale (UCC) a mis en évidence un certain nombre d'améliorations indirectes des conditions de travail. La création du jardin thérapeutique « art, mémoire et vie » en 2010 a, en effet, permis une diminution des contraintes directement liées à l'activité des soignants (Rivasseau-Jonveaux, Pop, Fescharek, Chuzeville, Jacob, Demarche, Soulon, & Malerba, 2012). . Le jardin est un lieu commun, connu de tous (tout le monde a déjà connu un jardin), qui sollicite des thèmes conversationnels variés, des plus banaux aux plus spécialisés (Yzoard, Batt, Trognon, Verhaegen, Jacob, Pop, Bernez, Fescharek, & Rivasseau-Jonveaux, 2016). C'est ainsi que le jardin, qui correspond à une expérience commune « des gens », sollicite un renforcement et un adoucissement des relations (Rivasseau-Jonveaux, Pop, Fescharek, Chuzeville, Jacob, Demarche, Soulon, & Malerba, 2012 ; Yzoard, Batt, Trognon, Verhaegen, Jacob, Pop, Bernez, Fescharek, & Rivasseau-Jonveaux, 2016).

Une autre ressource des jardins met en avant l'aspect bénéfique direct de la nature et des activités créatives de ce type d'environnement (Ulrich, Simons, Losito, Fiorito, Miles, & Zelson, 1991 ; Berman, Jonides & Kaplan, 2008 ; Thompson, Aspinall, Roe, Robertson & Miller, 2016 ; Dadvand, Bartoll, Basaga, Dalmau-Bueno, Martinez,

Ambros, Girach, Triguero-Mas, Gascon, Borell, & Nieuwenhuijsen, 2016). Une étude publiée en 2011 par l'International Council of Nurses, fait état d'une première utilisation par l'Afrique Sub-Saharienne des espaces végétalisés comme lieu de bien-être pour les soignants (ICN, 2011). Le constat dramatique en 2004, d'une grande difficulté de recrutement de nouveaux infirmiers et d'un arrêt en cours de formation à hauteur de 80 %, alerte les autorités compétentes. Les conditions de travail, le VIH en augmentation et le nombre de professionnel de la santé en baisse sont fournis comme explication de cette pénurie. Ainsi, en 2006 le premier centre de bien-être pour la santé des soignants du Swaziland est créé. Cet environnement végétalisé a pour but de fournir des aliments frais (par le jardinage) pour le patient, mais surtout la mise en place d'un outil pour soutenir le développement professionnel continu des soignants en apportant sur leur lieu de travail un endroit paisible pour se détendre. Cette expérience fut un succès puisqu'il a été noté une diminution puis un arrêt de la déperdition des infirmiers, le jardin répondant parfaitement aux problématiques de stress et de surcharge de travail.

D'autres études s'accordent à dire que le lien Homme-Nature est bénéfique dans la restauration des ressources dans un environnement de stress intense. Berman et al. (2012) prouvent par son expérience de marche dans la nature vs. marche urbaine, que la marche « nature » apporte une augmentation significative du traitement cognitif (mémoire) et affectif et cette augmentation est cinq fois plus importante dans une population atteinte de trouble dépressif majeur. Ainsi, Berman et al. concluent que l'interaction avec la nature est bénéfique pour la mémoire et l'affect d'autant plus dans un contexte douloureux pour la personne.

Ce phénomène est expliqué via la biologie (Pringuey-Criou, 2015 ; Berger & Tiry, 2012), la psychologie (Berman, Jonides & Kaplan, 2008) et la sociologie (Dadvand, 2016). L'approche ergo-thérapeutique (ou hortithérapie) valorise des activités bénéfiques de créativité et de socialisation (Jonveaux & Fescharek, 2009 ; Pringuey-Criou, 2015). Cette stimulation des sens est neuro-hormonale, elle apporte des pensées positives et une restauration des ressources que l'on peut associer à la théorie de « Conservation des ressources » (1989, 2001) de Hobfoll et la notion de Vigueur de Shirom (2003). La Vigueur (Shirom, 2003) permet aux individus de s'investir positivement pour avoir un gain de ressources (Hobfoll, 2001). Shirom (2003) met en avant uniquement les ressources dites énergétiques : le physique, l'affectif (interpersonnel) et le cognitif qui sont également en lien avec les bénéfices du jardin thérapeutique (Berman, Kross, Krpan, Askren, Burson, Deldin, Kaplan, Sherdell, Gotlid, & Jonides, 2012).

Berger et Tiry (2012) ont tenté de définir cette approche d'un point de vue biologique. Ainsi, leurs travaux ont déterminé un lien avec l'hémisphère droit lui-même associé à l'art et la créativité. L'hémisphère droit est sollicité dans le développement de l'adaptation des ressources et le traitement des traumatismes (Berger & Tiry, 2012), or la nature permet par cette activation du cerveau de



développer le processus de création permettant de renforcer les connexions cérébrales de l'imagination et des émotions.

Le soutien social, l'activité physique et la santé mentale se développent grâce au contact avec les jardins qui favorise donc la santé subjective (Dadvand, Bartoll, Basaga, Dalmau-Bueno, Martinez, Ambros, Girach, Triguero-Mas, Gascon, Borell, & Nieuwenhuijsen, 2016)

Ainsi, trois influences positives pour le soignant caractérisent le jardin thérapeutique en milieu hospitalier. Une influence directe par le contact avec la nature, une influence indirecte par l'apaisement des malades et une influence organisationnelle favorisant et mettant en avant un nouvel objet communicationnel. Les conséquences directes de cet environnement de travail sont évoquées dans l'étude d'Ulrich, Simons, Losito, Fiorito, Miles et Zelson (1991 ; voir aussi Berman, Jonides, & Kaplan, 2008) par une récupération des ressources, une résolution de conflit plus facile, une restauration de l'attention (Kaplan, 1995) et de la mémoire. Kaplan met particulièrement l'accent sur les effets secondaires inexistantes de ce type de thérapie et sur l'amélioration durable qui en résulte.

### 3.3. Le jardin : un espace social communicationnel

Depuis quelques années, des structures commencent à développer certains espaces verts extérieurs et/ou intérieurs (Corazon, Stigsdotter, Moeller, & Moeller-Rasmussen 2012 ; Pringuey-Criou, 2015), dont les bénéficiaires s'adressent à tous, lesquels sont notamment amplifiés lorsque leur aménagement prévoit des œuvres d'art (Ridenour, 2016 ; Rivasseau-Jonveaux, Batt, Fescharek, Benetos, Trognon, Bah-Chuzeville, Pop, Jacob, Yzoard, 2013b ; Yzoard, Batt, Trognon, Verhaegen, Jacob, Pop, Bernez, Fescharek, & Rivasseau-Jonveaux, 2016). Or, si comme l'affirme Leplat (2001), l'étude de l'activité ne devrait pas être séparée de son contexte communicationnel, le jardin est ainsi un lieu de rencontre, qui de surcroît peut même être un espace de beauté, dans lequel des relations sociales peuvent se développer au cours d'expériences passives (e.g. contemplation) ou actives (e.g., promenade, jardinage) qui y sont menées (Cooper-Marcus & Barnes, 1999). Les membres de l'équipe soignante qui ont la possibilité de se rendre dans un jardin pendant leur service (de jour ou de nuit), bénéficient des atouts de cet environnement extérieur (Ridenour, 2016). Le stress lié à leur activité professionnelle en est réduit et ils expriment un sentiment de satisfaction envers leur environnement de travail (Cooper-Marcus & Barnes, 1995, 1999 ; Ulrich, Simons, Losito, Fiorito, Miles, & Zelson, 1991, Ulrich, 2002 ; Whitehouse, Varni, Seid, Cooper-Marcus, Ensberg, Jacobs, & Mehlenbeck, 2001). En effet, lieu d'échanges par excellence, à l'hôpital, le jardin est aussi l'occasion de communications interstitielles, au sens de Lacoste et Grosjean (1999) et de relations informelles visant à entretenir ou renforcer le lien social. Ces conversations, en marge des relations officielles, qui se déroulent dans « un entre-deux », un endroit abrité à l'intérieur de l'établissement mais un espace situé aussi en dehors des murs du service de soins, permettent de ressouder un collectif susceptible d'être menacé par les tensions de travail. Dans ce « dedans-dehors », les relations professionnelles (occasionnées par un soin prodigué dans le jardin), voire les interactions de détente, participent à la synchronisation des rôles complémentaires entre soignants, infirmiers et aides-soignants, et à la collaboration indispensable au bon climat de l'équipe (Sannino, Trognon & Dessagne, 2003).



# Chapitre 3 : **Méthodologie**

Approche systémique de l'étude

## Résumé :

La méthodologie de cette étude est basée sur 3 étapes. La partie ci-dessous permet de présenter la méthodologie (participants, procédure, outils) pour le recueil des données par questionnaire, les entretiens d'équipe et les entretiens individuels.

## 1. Méthodologie de l'étude « Pilote » (2010)

En 2010 ; les hôpitaux privés de Metz, constitués de l'hôpital Belle-Isle, Saint-André et Sainte Blandine soit près de 1738 salariés, demande une réécriture d'un document unique pour la première fois commun aux trois hôpitaux. Il est précisé qu'un travail sur les risques psychosociaux est demandé par la direction. Après analyse du contexte, le projet fut élaboré sous l'intitulé « Les risques psychosociaux et ses conséquences telles que Burnout et Troubles Musculosquelettiques. »

Après, avoir étudié le système hospitalier et les théories rattachées aux risques psychosociaux, Burnout et T.M.S. un plan d'action est élaboré pour répondre à la demande. En effet, le travail sur les risques psychosociaux demandé est un besoin de l'entreprise. Les indicateurs mis en évidence montrent que les salariés d'HPM sont mécontents de leurs conditions de travail. Cependant, pour pouvoir mettre en œuvre des préventions qui puissent améliorer ses conditions, il faut comprendre la cause de ce problème. Dans une organisation aussi grande la méthodologie la plus productive est le questionnaire. Elle permet d'interroger le plus grand nombre de personnes à un coût moindre.

Les théories sur les facteurs psychosociaux, le Burnout et les T.M.S., à permis de mettre en avant les variables de l'époque à étudier. Le questionnaire identique à l'étude de 2016 (sauf adaptation de la fiche signalétique et du vocabulaire) est présenté dans la partie 2.1. Questionnaire.

La population de cette étude pilote est plus diversifiée. Le lieu de notre recherche est donc HPM comportant l'Hôpital Belle-Isle (HBI), Saint-André (HSA), Sainte Blandine (HSB) et l'EHPAD Sainte Marie situés à METZ. Ce sont des établissements privés composés de plusieurs départements. Ainsi, 13 services ont été sélectionnés :

- Hépatogastro-entérologie (HSA)
- Hémodialyse (HSA)
- Néphrologie (HSA)
- Psychiatrie (HSB)
- Laboratoire (HBI)
- Pneumologie (HBI)
- Réanimation – Unité de Soins Intensifs Respiratoires (USIR) – Unités de Surveillance Continue (USC) (HSA – HBI – HSB)
- Oncologie (HBI)
- Cuisine (HSB- HBI – HSA)
- Hospitalisation A Domicile (HAD) (HSB)
- Unité d'Evaluation et de Traitement de la Douleur (UETD) (HSB)
- Chirurgie Infantile (HBI) ; Chirurgie ambulatoire (HBI) ; Chirurgie orthopédique (HBI) ; Chirurgie urologique (HSA) ;

Chirurgie vasculaire (HSB) ; Chirurgie ORL (HSB) ; Chirurgie digestive (HSA)

- Cardiologie (HSB)

La population est donc composée de personnels soignants (Infirmiers et aides-soignants) volontaire.

La procédure s'articule en trois phases :

- Phase 1 : Prise de rendez-vous avec le cadre de chaque service
- Phase 2 : Explication du questionnaire aux cadres et aux participants (2 à 5 personnes par service)
- Phase 3 : les participants envoient les questionnaires remplis par courrier interne pour permettre une anonymisation complète des questionnaires

## 2. Outils et procédure, étude de 2016

### 2.1. Questionnaire

Un questionnaire a été construit afin de recueillir les données de notre étude en respectant une procédure standardisée pour la passation. Il est composé d'une fiche signalétique et de 5 sections basées sur les théories et échelles de Karasek et Theorell, 1990 (validation française, Niedhammer, 2002), Siegrist et al. (2004), Shirom (validation française Sassi & Neveu, 2010, Shraga & Shirom, 2009) et Kuorinka et al. (1987, réadaptation, Lanfranchi & Duveau, 2008). Ce questionnaire auto-administré permet aux soignants de répondre aux différents items via une échelle de Likert de 7 points (exceptée la section 2 qui se présentait sous une échelle de Likert de 5 points). Cela donne :

- Fiche signalétique (adaptée à notre population), permettant le recueil des données sociodémographiques (sexe, âge, diplôme) et des données relatives à la profession (contrat, spécialité) ;
- Section 1 (41 items) : dans cette section les soignants devaient compléter des items relatifs à la charge physique ressentie (5 items), à leur demande psychologique subjective (9 items), à la latitude décisionnelle (9 items), au support social qu'ils ressentaient de la part de leurs collègues et hiérarchie (8 items) et aux efforts intrinsèques<sup>1</sup> (sur-implication, 5 items et recherche de reconnaissance, 5 items) ;
- Section 2 (16 items) : les items correspondants aux efforts extrinsèques<sup>2</sup> (5 items), à différents manques perturbants devaient être complétés par les soignants. Il s'agissait du manque de récompense de l'estime<sup>3</sup> (5 items), manque perturbant de récompense sur le contrôle du statut<sup>4</sup> (5 items) et manque de récompense de gratifications monétaires<sup>5</sup> (1 item) ;
- Section 3 (15 items) : cette section était consacrée à la mesure du Burnout par les items de la fatigue physique (7 items), de l'épuisement émotionnel<sup>6</sup> (3 items) et de la lassitude cognitive<sup>7</sup> (5 items) ;
- Section 4 (12 items) : à l'inverse, cette section permettait une mesure de la Vigueur<sup>8</sup> par la force physique ressentie (5 items), l'impression d'énergie émotionnelle<sup>9</sup> (4 items) et de vivacité cognitive<sup>10</sup> (3 items) ;

---

<sup>1</sup> Efforts exigés par l'individu.

<sup>2</sup> Efforts exigés par l'organisation.

<sup>3</sup> Respect du travail du soignant par la hiérarchie.

<sup>4</sup> Possibilité d'obtenir une promotion et sécurité de l'emploi.

<sup>5</sup> Rémunération.

<sup>6</sup> Se sentir triste et avoir des pensées négatives.

<sup>7</sup> Avoir des difficultés à réfléchir.

<sup>8</sup> Prédicteur de bonne santé mentale, mais aussi physique, ainsi que de comportement dynamique (Russel, 2003).

<sup>9</sup> Se sentir joyeux et avoir des pensées positives.

<sup>10</sup> Réflexion fluide.

- Section 5 : enfin, la douleur subjective ressentie par les soignants a été mesurée en fonction de l'intensité et de la fréquence d'apparition sur 9 parties du corps.

Une procédure standardisée a été définie au préalable pour la passation des questionnaires, intégrant l'information aux cadres, l'explication du questionnaire à l'ensemble du service, un retour anonyme et des relances systématiques.



## 2.2. Entretien de recherche

Deux étapes organisent cette partie de l'étude :

1/ REUNION D'EQUIPE ET DISCUSSION LIBRE– 30 minutes : Une première réunion d'équipe composée du cadre-Infirmier, d'aides-soignants et d'infirmiers est organisée à la suite des transmissions orale entre équipes descendantes et ascendantes de jour. Le but est de présenter une partie de l'étude et de familiariser les soignants à la réflexion sur leurs conditions de travail. Cette session est constituée de 4 étapes normalisées. Retrouvant, donc, la présentation à l'équipe de l'étude, le rappel des éléments du questionnaire, l'importance de leur donner la parole et enfin des échanges des équipes sur le thème de leurs conditions de travail. La consigne était : « Que pensez-vous de vos conditions de travail, »

Ainsi, au cours d'une discussion libre, une première source de réflexion est obtenue sur les idées « à chaud » de l'équipe. Cette discussion est enregistrée, transcrite intégralement et analysée (cf. Ci-après)

2/ ENTRETIEN DE RECHERCHE – 30 minutes : Dans un second temps, un aide-soignant se porte volontaire pour collecter un maximum d'informations sur la perception de toute l'équipe sur ces conditions de travail. L'important étant de pouvoir obtenir une cartographie complète des avis de l'équipe sur ce sujet. L'aide-soignant volontaire dispose d'un mois pour recueillir un maximum d'avis sur le thème pour représenter au plus proche l'avis de l'ensemble du service.

Dans un troisième temps, un mois après la réunion d'équipe, un entretien est réalisé avec l'aide-soignant volontaire. Il s'agit d'un entretien non-directif qui a permis à l'interviewé de rapporter librement ce que les collègues de son équipe lui ont transmis. Cet échange conversationnel est basé sur les principes présentés par A. Blanchet en 1989 dans « L'année psychologique ». Ainsi, la notion de contrat communicationnel permet d'élaborer une continuité de discours entre l'interviewé et l'interviewer. L'explication du domaine de recherche, la relance sous forme de réitération, de déclaration et d'interrogation permet de prendre en compte les actes de langage des interviewés dans un contexte d'entretien discursif. L'objectif de l'entretien de recherche étant d'influencer le moins possible le soignant pour obtenir des propos proches de sa pensée initiale.

### 3. Critères d'inclusion

#### 3.1. Services concernés

Durant cette étude, 6 services et 5 hôpitaux différents ont été sondés. Ainsi, les services de soins inclus dans l'étude sont présentés ci-dessous (avec en ligne, les caractéristiques des services inclus et en colonne, les services inclus) :

	Unité Cognitivo-Comportementale	Service de soins palliatifs	Service de soins de suite et de réadaptation
<b>Avec jardin thérapeutique Aménagé</b>	CHRU Nancy Hôpital Saint Julien Nancy	CHRU Nancy Hôpital Saint Julien Nancy	CHRU Nancy Hôpital Saint Julien Nancy
<b>Jardin non aménagé</b>	Hôpital gériatrique Le Kem – Groupe SOS Thionville	Hôpital gériatrique Le Kem – groupe SOS Thionville	Hôpital gériatrique Le Kem – groupe SOS Thionville
<b>Sans jardin</b>	CHRU Strasbourg Pavillon Schutzenberger Hôpital de la Robertsau Strasbourg	Hôpital Saint Maurice Moyeuvre-Grande	Hôpitaux privés de Metz Hôpital Sainte Blandine Metz

Tableau 1 : lieux de réalisation de l'étude

135 questionnaires mesurant les conditions de travail, le Burnout, la Vigueur et les douleurs musculosquelettiques ont été distribués au personnel médical et paramédical des 9 services avec un taux de retour de 65% soit 88 questionnaires récupérés.

Les entretiens d'équipe ont été réalisés par la suite permettant donc de recueillir une situation globale, dans un premier temps, et une situation focalisée sur le discours par l'entretien de recherche, dans un deuxième temps.

La comparaison de services ayant la même configuration de patient et de soin permet de mettre en évidence les services avec un jardin thérapeutique versus jardin non aménagé versus sans jardin.

## 3.2. Description des hôpitaux

### 3.2.1. CHRU Nancy - Hôpital Saint Julien – Nancy



Figure 7: Photo de l'hôpital Saint Julien

#### **Groupement Hospitalier de Territoire Lorraine Sud :**

Le CHRU de Nancy contribue activement au maillage de l'hospitalisation publique de la région et a noué de nombreuses coopérations avec les autres établissements de santé s'inscrivant dans la mise en place d'un Groupement Hospitalier de Territoire depuis le 1er juillet 2016 avec les Centres Hospitaliers de Toul, Lunéville, Pont-à-Mousson, Saint Nicolas de Port, Commercy, Pompey-Lay-Saint-Christophe, Ravenel (Mirecourt), 3H Santé à Cirey, l'Hôpital de Dieuze et le Centre Psychothérapique de Nancy Laxou.

#### **Des coopérations étendues :**

Le CHRU a également noué des partenariats avec le CHR de Metz-Thionville et d'autres centres hospitaliers comme Épinal ou Neufchâteau et Vittel (CH de l'Ouest Vosgien) à travers le partage d'équipes médicales. Ainsi qu'à l'international avec la Chine (hôpital Zhongnan - Université de Wuhan : formation médicale francophone, laboratoire recherche & innovation sans murs, expertise pour la prise en charge du grand âge), le Japon (hôpital municipal de Kanazawa : accueil de jeunes médecins japonais), ou encore le Cameroun (hôpital de Garoua) dans le cadre du réseau européen ESTHER.

#### **Les services médicaux :**

- Equipe mobile de soins palliatifs (EMSP)
- Maison des Addictions
- Soins de suite, orientation gériatrie, soins palliatifs, réadaptation
- Unité d'accueil et de soins pour sourds et malentendants
- Unité de long séjour St Julien

Sources : <http://www.chru-nancy.fr/index.php/le-chru/strategie> ;  
<http://www.hopital.fr/annuaire-etablissement/hopital-saint-julien-nancy/6695>

### 3.2.2. Hôpital gériatrique - Le Kem – Groupe SOS Thionville



Figure 8 : Photo de l'hôpital Le Kem

Spécialisé dans la prise en charge des pathologies du grand âge, l'hôpital médico-gériatrique le KEM assure une prise en charge des pathologies aiguës, de la douleur, de la fin de vie, des troubles comportementaux et de la dépendance physique auprès des personnes âgées du bassin de Thionville.

Le Kem apporte à chaque personne âgée la solution qui lui convient le mieux en termes de soins, d'accueil, d'hébergement et de restauration dans un environnement sécurisé, convivial et chaleureux.

L'hôpital dispose de 180 lits répartis sur les activités suivantes :

- Court séjour qui constitue les services de médecine gériatrique
- Moyen séjour qui constitue les services de soins de suite et de réadaptation (SSR) et de psychogériatrie
- Unités de soins de longue durée (USLD)
- Unités Alzheimer

Centre référent dans la prévention et le traitement de la maladie d'Alzheimer (consultations mémoire et hôpital de jour)

Pour assurer des soins de qualité, un plateau technique et des équipements médicaux performants sont disponibles sur place : radiologie, échographie, dermatologie, matériel de réadaptation, dispositifs médicaux et de diagnostic...

Source :

[http://www.groupe-sos.org/structures/877/Hopital\\_medico\\_geriatrique\\_le\\_KEM](http://www.groupe-sos.org/structures/877/Hopital_medico_geriatrique_le_KEM)

### 3.2.3. CHRU Strasbourg - Pavillon Schutzenberger - Hôpital de la Robertsau – Strasbourg



Figure 9 : Photo de l'hôpital de la Robertsau

Le pôle de Gériatrie des HUS est un pôle filière où toutes les composantes de la prise en soins gériatologiques sont regroupées :

- un service de Médecine Interne pour les pathologies aiguës diagnostiquées à domicile par le médecin traitant ou aux urgences
- un service de Soins de Suite pour la Rééducation et la Réadaptation d'une perte d'autonomie après une hospitalisation en Médecine ou en Chirurgie
- un service de Soins de Longue Durée pour les pathologies chroniques instables, avec le plus souvent, une dépendance sévère.

Les personnes âgées « fragiles » peuvent être évaluées sur les plans cognitif et fonctionnel en Hôpital de Jour ou par l'Unité Mobile de Gériatrie qui se déplace dans les différents services hospitaliers et à domicile.

La filière de la maladie d'Alzheimer est complète avec une évaluation diagnostique et un suivi réalisés en Hôpital de Jour, la possibilité d'une hospitalisation sécurisée en Unité Cognitivo-Comportementale avant retour dans le lieu de vie, et un hébergement en Unité de Vie Protégée ou en Unité d'Hébergement Renforcé lorsque le maintien à domicile n'est plus possible.

Enfin, la consultation d'Aptitude Physique pour la Santé propose une activité physique adaptée aux personnes âgées déconditionnées et joue un rôle préventif essentiel dans le vieillissement réussi.

Source : <http://www.chru-strasbourg.fr/poles/Geriatrie>

### 3.2.4. Hôpital Saint Maurice - Moyeuivre-Grande



Figure 10 : Photo de l'hôpital Saint-Maurice

Un hôpital au cœur de la vallée de l'Orne. Depuis 1907, l'hôpital Saint Maurice a pour mission de répondre aux besoins de soins de la population de la Vallée de l'Orne et des environs.

C'est la famille De Wendel qui crée l'établissement à l'intention des salariés des forges en basant son activité de soins sur les exigences liées à une population jeune et exposée à un travail physique parfois dangereux. La chirurgie et la maternité étaient donc naturellement les spécialités de cet établissement.

Les restructurations industrielles successivement auront pour corollaire un désengagement des entreprises minières et sidérurgiques et un départ des populations jeunes. Les communes de Clouange, Gandrange, Mondelande, Moyeuivre-Grande, Moyeuivre-Petite, Rosselange et Vitry-sur Orne ont néanmoins souhaité assurer la pérennité d'une structure hospitalière. Cet engagement « communal » verra la création de l'Association Hospitalière de la Vallée de l'Orne (AHVO) qui fera l'acquisition de l'hôpital.

Dans les années 90, les administrateurs et la direction de l'hôpital décident alors de promouvoir une activité tournée vers l'accueil et la prise en charge de la personne âgée.

Ainsi en 1999, l'activité en soins palliatifs et le renforcement de ses disciplines de médecine (Soins de suite et de réadaptation et soins de longue durée) sont reconnus par les organismes étatiques.

Source : <http://mairie-moyeuivre-grande.fr/IMG/bulletin-municipal-37.pdf>



### 3.2.5. Hôpitaux privés de Metz - Hôpital Sainte Blandine Metz



Figure 11 : Photo et logo de l'hôpital Sainte Blandine

#### Historique :

L'œuvre avait pour but l'accueil et la protection morale de jeunes filles allemandes. Une colonie d'environ 7000 personnes d'origines allemandes dans le pays messin justifiait la mise en place d'une telle structure. Sainte Blandine est par la suite devenu un hôpital médico-chirurgical, créé en 1885 par des Sœurs franciscaines allemandes. A l'origine, ces Sœurs s'occupèrent de soigner dans leurs locaux ou à domicile des catholiques allemands. Ces malades furent hospitalisés dans le cloître d'un orphelinat.

La fondation Sainte Blandine s'installa en 1872 dans de vastes locaux du collège Saint Clément. C'est ainsi que naquit l'Hôpital Sainte Blandine le 1er décembre 1872. Mais il s'est rapidement avéré que les sœurs durent rechercher des locaux plus adaptés. Les religieux s'occupant de l'œuvre Sainte Blandine jetèrent leur dévolu sur la caserne de l'ancienne gendarmerie française dont les lieux furent libérés par le génie militaire allemand. Le contrat de vente fut signé pour 90 000 marks en faveur de l'œuvre. C'est ainsi que l'Hôpital Saint Blandine tel que nous le connaissons aujourd'hui commença ses activités médicales.

Il a rejoint en 2008 les Hôpitaux Belle-Isle et Saint André formant ainsi l'association des Hôpitaux Privés de Metz. L'établissement est spécialisé dans les filières suivantes :

- Gériatrie
- Psychiatrie
- Traitement de la douleur chronique
- Unité de Soins de Support et d'Accompagnement

L'ouverture du nouvel hôpital Robert Schuman a amené une restructuration des services de soins entre les sites. Sainte Blandine est ainsi voué à devenir un établissement gériatrique mais certaines activités médicales y sont maintenues : le Centre d'étude et de traitement de la douleur, la psychiatrie.

Source : [http://documents.irevues.inist.fr/bitstream/handle/2042/33693/ANM\\_1994\\_1...](http://documents.irevues.inist.fr/bitstream/handle/2042/33693/ANM_1994_1...))

## 4. Population

Cette étude réalisée dans le nord-Est de la France inclut 3 types de services de soins gériatriques différents :

- Des Unité cognitivo-comportementale (UCC),
- Des services de soins palliatifs (SP),
- Des services de soins de suite et de réadaptation (SSR).

La population étudiée n'a concerné qu'une seule catégorie professionnelle, composée uniquement d'infirmiers et d'aides-soignants.

L'objectif principal de cette étude est de comparer l'impact du jardin thérapeutique sur le travail des soignants dans les services de gériatrie (UCC, SP, SSR) et de comprendre les causes et conséquences du Burnout.

L'impact du jardin a été évalué à travers 3 conditions :

- Sans jardin,
- avec jardin non aménagé,
- Jardin thérapeutique.

Ainsi, pour chaque catégorie de service, 3 structures hospitalières ont été incluses, comprenant soit un jardin thérapeutique, soit un jardin non aménagé, soit ne comportant pas de jardin. Par conséquent, 9 services au total.

Le plan d'analyse est le suivant : <Ser3\*JT2>



Le recrutement des 88 soignants qui ont participé à l'étude par questionnaire s'est fait avec leur consentement sous le mode du volontariat avec l'accord des chefs d'établissements, des responsables des services (médecin et cadre infirmier) et après explication de l'étude à l'ensemble de l'équipe.

Les caractéristiques de la population sont les suivantes :

UCC			
Ancienneté professionnelle		médiane	6 ans
		max.	35 ans
Ancienneté établissement		médiane	6 ans
		max.	35 ans
Statut	CDD	Eff. (%)	4 (12,9%)
	CDI		27 (87,1%)
Temps de Travail	Complet	Eff. (%)	24 (77,4%)
	Partiel		7 (22,6%)
Horaires de Travail	Jour	Eff. (%)	30 (96,8%)
	Nuit		1 (3,2%)
SP			
Ancienneté professionnelle		médiane	14 ans
		max.	32 ans
Ancienneté établissement		médiane	12 ans
		max.	38 ans
Statut	CDD	Eff. (%)	0 (0,0%)
	CDI		28 (100,0%)
Temps de travail	Complet	Eff. (%)	20 (71,4%)
	Partiel		8 (28,6%)
Horaires de travail	Jour	Eff. (%)	24 (85,7%)
	Nuit		4 (14,3%)
SSR			
Ancienneté professionnelle		médiane	5 ans
		max.	30 ans
Ancienneté établissement		médiane	6 ans
		max.	30 ans
Statut	CDD	Eff. (%)	9 (31,0%)
	CDI		20 (69,0%)
Temps de travail	Complet	Eff. (%)	26 (89,7%)
	Partiel		3 (10,3%)
Horaires de travail	Jour	Eff. (%)	26 (89,7%)
	Nuit		3 (10,3%)

Tableau 2 : Caractéristique de l'ensemble de l'échantillon

## 5. Recueil des données

### 5.1. Organisation et hiérarchie lourde et procédurière

La plus grande difficulté dans ce travail d'investigation est de pouvoir obtenir les autorisations administratives d'inclusion des sujets travaillant dans les hôpitaux concernés.

Par exemple, au CHRU de Nancy, la première demande d'autorisation a été effectuée en mars 2015 auprès du Médecin chef de service de l'Unité concernée. Plusieurs rendez-vous ont été programmés pour expliquer à l'ensemble des hiérarchies administratives la méthodologie et l'objectif de l'étude. C'est ainsi qu'un entretien a été programmé avec la cadre supérieure de santé puis le directeur des soins, et enfin les cadres infirmiers des 3 services.

Concernant les autres hôpitaux, une attente de 3 mois en moyenne a été nécessaire pour commencer la distribution des questionnaires après le premier contact. En effet, un courrier et un rendez-vous avec le directeur des ressources humaines ont permis l'accès aux personnels soignants. Ensuite, après un premier rendez-vous les médecins-chefs ont donné l'autorisation de réaliser l'étude dans leur service. Enfin, un rendez-vous avec les cadres-infirmiers nous a permis de mettre en place la méthodologie et le plan d'action.

Ces étapes ont été réalisées dans 11 services parmi lesquels 9 ont accepté de participer à l'étude :










	Unité Cognitivo- Comportementale	Service de soins palliatifs	Service de soins de suite et de réadaptation
<b>Avec jardin thérapeutique Aménagé</b>	CHRU Nancy Hôpital Saint Julien Nancy	CHRU Nancy Hôpital Saint Julien Nancy	CHRU Nancy Hôpital Saint Julien Nancy
<b>Jardin non aménagé</b>	Hôpital gériatrique Le Kem – Groupe SOS Thionville	Hôpital gériatrique Le Kem – groupe SOS Thionville	Hôpital gériatrique Le Kem – groupe SOS Thionville
<b>Sans jardin</b>	Alpha santé Saint Avold ↳ <i>La direction de cet établissement n'a pas souhaité continuer l'étude en raison de problème interne à la structure</i>	Hôpital Saint Moyeuvre-Grande	Alpha santé Forbach ↳ <i>La direction de cet établissement n'a pas souhaité continuer l'étude en raison de problème interne à la structure</i>
	CHRU Strasbourg Pavillon Schutzenberger Hôpital de la Robertsau Strasbourg		Hôpitaux privés de Metz Hôpital Sainte Blandine Metz

Tableau 3 : lieux de réalisation initiaux de l'étude

En effet, l'UCC et le SSR d'alpha Santé (Forbach et Saint-Avold) ont été également contactés. Cependant, ils ont finalement décliné notre demande après plusieurs mois de rencontre et de présentation du protocole. La recherche d'un autre UCC et SSR sans jardin a donc retardé davantage l'avancement de l'étude.

## 5.2. Météo

La prise en compte de la météo est un paramètre très important de la réussite de cette étude. En effet, la mise en évidence d'un lien entre le Burnout et la présence d'un jardin propose un outil exposé aux intempéries. Ainsi, une météo tempérée (ni trop chaude, ni trop froide) était indispensable pour ne pas biaiser l'humeur des soignants. La température et la luminosité pour les entretiens sont représentées dans le tableau ci-dessous :

	UCC Unité Cognitive Comportementale	SP Soins palliatifs	SSR Soins de suite et de réadaptation
Jardin thérapeutique	Hôpital Saint Julien Nancy  10 degrés	Hôpital Saint Julien Nancy  7 degrés	Hôpital Saint Julien Nancy  11 degrés
Jardin non aménagé	Hôpital Le Kem Thionville  22 degrés	Hôpital Le Kem Thionville  19 degrés	Hôpital Le Kem Thionville  19 degrés
Sans jardin	Hôpital de la Robertsau Strasbourg  13 degrés	Hôpital Saint Maurice Moyeuvre- Grande  15 degrés	Hôpital Sainte Blandine Metz  16 degré

## 6. Questionnaire

### 6.1. Exemplaire du questionnaire



UNIVERSITÉ  
DE LORRAINE

INTERPSY



## ENQUETE SUR LES CARACTERISTIQUES DU TRAVAIL

Ce questionnaire a été développé dans le but d'étudier les emplois, les conditions de travail et la façon dont les gens y réagissent. Le questionnaire aide à déterminer de quelle façon les emplois peuvent être mieux conçus, en obtenant des informations sur la manière dont les gens réagissent à différents types de postes.

Dans les pages suivantes, vous allez trouver différents types de questions concernant votre travail. Des instructions spécifiques sont données au début de chaque section. Veuillez noter la première réponse qui vous vient à l'esprit.

Les questions sont conçues de façon à obtenir vos perceptions sur le travail et vos réactions à celui-ci. L'analyse précise de ces perceptions nécessite l'emploi de questions qui peuvent vous paraître répétitives.

**Nous vous demandons de bien vouloir participer à cette enquête pour laquelle nous garantissons l'anonymat de vos réponses.**

**Par avance, veuillez bien accepter nos plus sincères remerciements.**

*Enquête couverte par le secret statistique. Questionnaire confidentiel, facultatif. La loi n°78-17 du 6 janvier 1978, relative à l'information, aux fichiers et aux libertés, garantit aux individus un droit d'accès et de rectification sur les informations les concernant.*

***Cochez les cases correspondant à vos réponses ou écrivez dans les espaces réservés. Chaque information est indispensable pour les traitements statistiques.***

**Sexe :** Masculin   
Féminin

**Année de naissance :** \_\_\_\_\_

**Quel est votre dernier diplôme obtenu ?**

Précisez : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Statut de votre emploi :**

- Sous contrat à durée déterminée (CDD) ou autre emploi à durée limitée (contrat saisonnier, vacataire, pigiste, CNE, etc.)
- Emploi sans limite de durée (CDI)
- Autres (Précisez) : \_\_\_\_\_

**Au cours des 6 derniers mois, avez-vous connu des périodes d'inactivité ?**

Non

Oui Si oui, combien de jours

globalement ont-elles duré? \_\_\_\_\_

**Quelle est votre profession actuelle ?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Ancienneté dans cette profession :** \_\_\_\_\_

**Ancienneté dans l'entreprise, l'établissement où vous exercez actuellement :** \_\_\_\_\_

**Temps de travail**

- A temps complet
- A temps partiel

Autres (Précisez) : \_\_\_\_\_

**Travaillez-vous de,**

- jour
- nuit

**Hôpital dans lequel vous exercez :**

\_\_\_\_\_

**Service dans lequel vous exercez, (Cochez 1 seule case)**

- Soins palliatifs
- Unité cognitivo-comportementale
- Soins de suite et de réadaptation
- Autres (Précisez) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Cochez les cases correspondant à vos réponses ou écrivez dans les espaces réservés.  
Chaque information est indispensable pour les traitements statistiques.

### Section 1

*Un certain nombre d'affirmations sur le travail sont présentées ci-dessous. Elles peuvent être utilisées pour décrire votre travail et ce que vous ressentez personnellement vis-à-vis de celui-ci.*

*Vous devez indiquer votre opinion personnelle en indiquant combien vous êtes en accord avec ces énoncés.*

### **Quel est votre degré d'accord avec la formulation ?**

*Ecrivez un chiffre dans l'espace réservé à côté de chaque énoncé, en vous basant sur l'échelle ci-dessous.*

<b>Désaccord total</b>	<b>Désaccord</b>	<b>Plutôt en désaccord</b>	<b>Indécis</b>	<b>Plutôt d'accord</b>	<b>D'accord</b>	<b>Accord total</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>

	<b>Réponse</b>
1. Mon travail demande beaucoup d'efforts physiques.	
2. Mon travail me demande d'être créatif.	
3. Je commence à penser à des problèmes que j'ai au travail dès que je me lève le matin.	
4. Mon supérieur m'aide à mener ma tâche à bien.	
5. Mon travail me permet souvent de prendre des décisions moi-même.	
6. Les collègues avec qui je travaille me manifestent de l'intérêt.	
7. Je suis particulièrement déçu(e) quand mon travail n'est pas apprécié à sa juste valeur.	
8. Mon travail exige des activités physiques rapides et continues.	
9. La plupart du temps, je prends les critiques très à cœur.	
10. Les collègues avec qui je travaille sont des gens professionnellement compétents.	
11. Mon travail demande de travailler très vite.	
12. Je dois souvent effectuer des tâches avec la tête ou les bras dans une position inconfortable pendant de longues périodes.	
13. Mes proches me disent que je me sacrifie trop pour mon travail.	
14. J'ai besoin qu'on reconnaisse ce que j'ai réalisé dans mon travail.	
15. Quand je remets à plus tard quelque chose que je devrais faire le jour même, j'ai du mal à dormir le soir.	
16. Dans mon travail, je dois souvent déplacer ou soulever des charges très lourdes.	
17. Mon supérieur réussit facilement à faire collaborer ses subordonné(e)s.	



Désaccord total	Désaccord	Plutôt en désaccord	Indécis	Plutôt d'accord	D'accord	Accord total
1	2	3	4	5	6	7

18. Dans mon travail, j'ai des activités variées.	
19. Dans mon travail, j'ai besoin de m'entendre dire « ce que vous faites est utile, c'est du travail de professionnel, et ça vous ressemble ».	
20. Le travail me trotte encore dans la tête quand je vais au lit.	
21. Le moindre compliment stimule vraiment ma motivation.	
22. Dans mon travail, je dois apprendre des choses nouvelles.	
23. Mon supérieur prête attention à ce que je dis.	
24. Dans mon travail, j'effectue des tâches répétitives.	
25. Quand je rentre à la maison, j'arrive facilement à me décontracter et à oublier tout ce qui concerne mon travail.	
26. Mon travail demande un haut niveau de compétence.	
27. Dans ma tâche, j'ai très peu de liberté pour décider comment je fais mon travail.	
28. J'ai la possibilité d'influencer le déroulement de mon travail.	
29. Je dois souvent effectuer des tâches avec le corps dans une position inconfortable pendant de longues périodes.	
30. J'ai l'occasion de développer mes compétences professionnelles.	
31. Mon travail demande de travailler intensément.	
32. On <u>ne</u> me demande <u>pas</u> d'effectuer une quantité de travail excessive.	
33. Les collègues avec qui je travaille m'aident à mener les tâches à bien.	
34. Je dispose du temps nécessaire pour exécuter mon travail.	
35. Je reçois des ordres contradictoires de la part d'autres personnes.	
36. Mon travail nécessite de longues périodes de concentration intense.	
37. Mes tâches sont souvent interrompues avant d'être achevées, nécessitant de les reprendre plus tard.	
38. Mon travail est très « bousculé ».	
39. Attendre le travail de collègues ou d'autres départements (services, ateliers) ralentit souvent mon propre travail.	
40. Mon supérieur se sent concerné par le bien-être de ses subordonnés.	
41. Les collègues avec qui je travaille sont amicaux.	

## Section 2

*Maintenant veuillez dire si ces affirmations correspondent à votre situation professionnelle en indiquant si vous êtes d'accord ou non et si vous êtes perturbé(e) ou non par cette situation. Merci de répondre à toutes les questions en cochant la case correspondante.*

1. Je suis constamment pressé(e) par le temps à cause d'une forte charge de travail.

Pas d'accord	
D'accord, et je ne suis pas du tout perturbé(e)	
D'accord, et je suis un peu perturbé(e)	
D'accord, et je suis perturbé(e)	
D'accord, et je suis très perturbé(e)	

2. Je suis fréquemment interrompu(e) et dérangé(e) dans mon travail.

Pas d'accord	
D'accord, et je ne suis pas du tout perturbé(e)	
D'accord, et je suis un peu perturbé(e)	
D'accord, et je suis perturbé(e)	
D'accord, et je suis très perturbé(e)	

3. J'ai beaucoup de responsabilités à mon travail.

Pas d'accord	
D'accord, et je ne suis pas du tout perturbé(e)	
D'accord, et je suis un peu perturbé(e)	
D'accord, et je suis perturbé(e)	
D'accord, et je suis très perturbé(e)	

4. Je suis souvent contraint(e) de faire des heures supplémentaires.

Pas d'accord	
D'accord, et je ne suis pas du tout perturbé(e)	
D'accord, et je suis un peu perturbé(e)	
D'accord, et je suis perturbé(e)	
D'accord, et je suis très perturbé(e)	

5. Au cours des dernières années, mon travail est devenu de plus en plus exigeant.

Pas d'accord	
D'accord, et je ne suis pas du tout perturbé(e)	
D'accord, et je suis un peu perturbé(e)	
D'accord, et je suis perturbé(e)	
D'accord, et je suis très perturbé(e)	

6. Je reçois le respect que je mérite de mes supérieurs.

D'accord	
Pas d'accord, et je ne suis pas du tout perturbé(e)	
Pas d'accord, et je suis un peu perturbé(e)	
Pas d'accord, et je suis perturbé(e)	
Pas d'accord, et je suis très perturbé(e)	

7. Je reçois le respect que je mérite de mes collègues.

D'accord	
Pas d'accord, et je ne suis pas du tout perturbé(e)	
Pas d'accord, et je suis un peu perturbé(e)	
Pas d'accord, et je suis perturbé(e)	
Pas d'accord, et je suis très perturbé(e)	

8. Au travail, je bénéficie d'un soutien satisfaisant dans les situations difficiles.

D'accord	
Pas d'accord, et je ne suis pas du tout perturbé(e)	
Pas d'accord, et je suis un peu perturbé(e)	
Pas d'accord, et je suis perturbé(e)	
Pas d'accord, et je suis très perturbé(e)	

9. On me traite injustement à mon travail.

Pas d'accord	
D'accord, et je ne suis pas du tout perturbé(e)	
D'accord, et je suis un peu perturbé(e)	
D'accord, et je suis perturbé(e)	
D'accord, et je suis très perturbé(e)	

10. Je suis en train de vivre ou je m'attends à vivre un changement indésirable dans ma situation de travail.

Pas d'accord	
D'accord, et je ne suis pas du tout perturbé(e)	
D'accord, et je suis un peu perturbé(e)	
D'accord, et je suis perturbé(e)	
D'accord, et je suis très perturbé(e)	

11. Mes perspectives de promotion sont faibles.

Pas d'accord	
D'accord, et je ne suis pas du tout perturbé(e)	
D'accord, et je suis un peu perturbé(e)	
D'accord, et je suis perturbé(e)	
D'accord, et je suis très perturbé(e)	

12. Ma sécurité d'emploi est menacée.

Pas d'accord	
D'accord, et je ne suis pas du tout perturbé(e)	
D'accord, et je suis un peu perturbé(e)	
D'accord, et je suis perturbé(e)	
D'accord, et je suis très perturbé(e)	

13. Ma position professionnelle actuelle correspond bien à ma formation.

D'accord	
Pas d'accord, et je ne suis pas du tout perturbé(e)	
Pas d'accord, et je suis un peu perturbé(e)	
Pas d'accord, et je suis perturbé(e)	
Pas d'accord, et je suis très perturbé(e)	

14. Vu tous mes efforts, je reçois le respect et l'estime que je mérite à mon travail.

D'accord	
Pas d'accord, et je ne suis pas du tout perturbé(e)	
Pas d'accord, et je suis un peu perturbé(e)	
Pas d'accord, et je suis perturbé(e)	
Pas d'accord, et je suis très perturbé(e)	

15. Vu tous mes efforts, mes perspectives de promotion sont satisfaisantes.

D'accord	
Pas d'accord, et je ne suis pas du tout perturbé(e)	
Pas d'accord, et je suis un peu perturbé(e)	
Pas d'accord, et je suis perturbé(e)	
Pas d'accord, et je suis très perturbé(e)	

16. Vu tous mes efforts, mon salaire est satisfaisant.

D'accord	
Pas d'accord, et je ne suis pas du tout perturbé(e)	
Pas d'accord, et je suis un peu perturbé(e)	
Pas d'accord, et je suis perturbé(e)	
Pas d'accord, et je suis très perturbé(e)	

### Section 3

*Vous trouverez ci-dessous une série de sentiments que l'on peut éprouver dans son travail. Veuillez indiquer, à quelle fréquence, vous avez ressenti ces sentiments au cours des six derniers mois.*

*Ecrivez un chiffre dans l'espace réservé à côté de chaque énoncé, en vous basant sur l'échelle ci-dessous.*

<b>Jamais</b>	<b>Très rarement</b>	<b>Rarement</b>	<b>Parfois</b>	<b>Souvent</b>	<b>Très souvent</b>	<b>Toujours</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>

<b><u>A quelle fréquence avez-vous ressenti les sentiments ci-dessous au cours des 6 derniers mois dans votre travail ?</u></b>	<b>Réponse</b>
1. Je me sens fatigué(e).	
2. Je n'ai aucune énergie pour aller au travail le matin.	
3. Je peine à réfléchir rapidement.	
4. Je me sens incapable de ressentir les besoins de mes collègues et des patients/clients.	
5. Je me sens épuisé(e).	
6. J'ai du mal à me concentrer.	
7. J'en ai par-dessus la tête.	
8. Je sens que je ne peux pas m'investir émotionnellement avec les collègues et les patients/clients.	
9. J'ai l'impression de ne pas avoir les idées claires.	
10. Je me sens physiquement vidé(e).	
11. J'ai l'impression que je n'arrive pas à concentrer mes pensées.	
12. J'ai l'impression que mes batteries sont à plat.	
13. Je me sens incapable d'être proche de mes collègues et/ou des patients/clients.	
14. J'éprouve de la difficulté à réfléchir à des choses complexes.	
15. Je me sens fracassé(e) par mon travail.	

## Section 4

*Vous trouverez ci-dessous une nouvelle série de sentiments que l'on peut éprouver dans son travail. Veuillez indiquer, à quelle fréquence, vous avez ressenti ces sentiments au cours des six derniers mois.*

*Ecrivez un chiffre dans l'espace réservé à côté de chaque énoncé, en vous basant sur l'échelle ci-dessous.*

<b>Jamais</b>	<b>Très rarement</b>	<b>Rarement</b>	<b>Parfois</b>	<b>Souvent</b>	<b>Très souvent</b>	<b>Toujours</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>

<b>A quelle fréquence avez-vous ressenti les sentiments ci-dessous <u>au cours des 6 derniers mois</u> dans votre travail ?</b>	<b>Réponse</b>
1. Je me sens plein(e) d'entrain.	
2. Je me sens fort(e) physiquement.	
3. Je me sens capable de réfléchir rapidement.	
4. Je me sens capable de me montrer chaleureux(se) envers les autres.	
5. Je me sens vigoureux(se).	
6. Je me sens capable d'apporter une contribution sous forme d'idées nouvelles.	
7. Je me sens capable d'être sensible aux besoins des collègues et des patients/clients.	
8. Je me sens capable d'être créatif(ve).	
9. Sentiment de vitalité.	
10. Je me sens capable d'être compréhensif(ve) envers collègues et patients/clients.	
11. Je me sens énergique.	
12. Je me sens capable de m'investir émotionnellement avec collègues et patients/clients.	

## Section 5

*Au cours des 6 derniers mois, vous avez peut-être ressenti une ou des douleurs (inconfort, gênes, courbatures). Indiquez pour chacune des parties du corps l'intensité et la fréquence de votre douleur par un chiffre.*

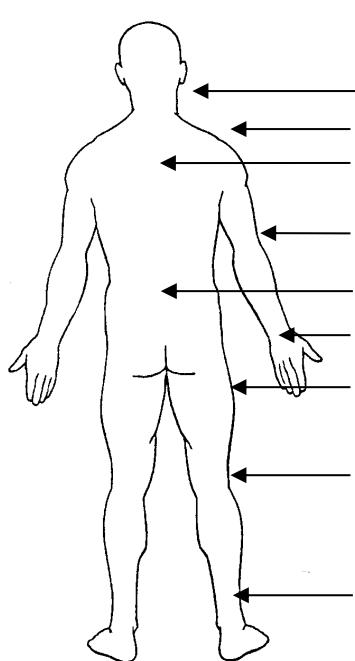
*Vous utiliserez les 2 échelles ci-dessous pour répondre aux questions concernant chaque partie du corps désignée dans le tableau.*

**Quelle est la fréquence de votre douleur au cours des 6 derniers mois?**

Toujours absente	Très souvent absente	Souvent absente	Parfois présente, parfois absente	Souvent présente	Très souvent présente	Toujours présente
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>

**Quelle est l'intensité de votre douleur au cours des 6 derniers mois?**

Totalement supportable	Très facilement supportable	Facilement supportable	Moyennement supportable	Difficilement supportable	Très difficilement supportable	Totalement insupportable
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>

	<b>Parties du corps</b>	<b>Fréquence de votre douleur ? (6 derniers mois)</b>	<b>Intensité de votre douleur ? (6 derniers mois)</b>
	Nuque	_____	_____
	Epaule	_____	_____
	Haut du dos	_____	_____
	Coude	_____	_____
	Bas du dos	_____	_____
	Poignet / Main	_____	_____
	Hanche / Cuisse	_____	_____
	Genou	_____	_____
	Cheville	_____	_____

## 6.2. Codage du questionnaire

*Questionnaire de Karasek (issus du questionnaire de Karasek, Niedhammer et al., 2002)*

*Codage : Abréviation du facteur / numéro de la section du questionnaire / numéro de l'item*

*Exemple : CP11 => item numéro 1 de la charge physique dans la section 1*

### **A) Echelle de charge physique au travail (5 items, CP)**

CP11. Mon travail demande beaucoup d'efforts physiques [Item appartenant initialement à l'échelle de Siegrist dans les efforts extrinsèques].

CP18. Mon travail exige des activités physiques rapides et continues.

CP112. Je dois souvent effectuer des tâches avec la tête ou les bras dans une position inconfortable pendant de longues périodes.

CP116. Dans mon travail, je dois souvent déplacer ou soulever des charges très lourdes.

CP129. Je dois souvent effectuer des tâches avec le corps dans une position inconfortable pendant de longues périodes.

### **B) La demande Psychologique (9 items, DP)**

DP111. Mon travail demande de travailler très vite.

DP131. Mon travail demande de travailler intensément.

DP132. On ne me demande pas d'effectuer une quantité de travail excessive. (R)

DP134. Je dispose du temps nécessaire pour exécuter mon travail. (R)

DP135. Je reçois des ordres contradictoires de la part d'autres personnes.

DP136. Mon travail nécessite de longues périodes de concentration intense.

DP137. Mes tâches sont souvent interrompues avant d'être achevées, nécessitant de les reprendre plus tard.

DP138. Mon travail est très « bousculé ».

DP139. Attendre le travail de collègues ou d'autres départements ralentit souvent mon propre travail.

*DP139. Attendre le travail de collègues ou d'autres départements (services, ateliers) ralentit souvent mon propre travail. [modification de l'item pour donner des synonymes de département]*

### **C) La latitude décisionnelle (LD, 9 items)**

LD12. Mon travail me demande d'être créatif.

LD15. Mon travail me permet souvent de prendre des décisions moi-même.

LD118. Dans mon travail, j'ai des activités variées.

LD122. Dans mon travail, je dois apprendre des choses nouvelles.

LD124. Dans mon travail, j'effectue des tâches répétitives.(R)

LD126. Mon travail demande un haut niveau de compétence.

LD127. Dans ma tâche, j'ai très peu de liberté pour décider comment je fais mon travail. (R)



LD128. J'ai la possibilité d'influencer le déroulement de mon travail.

LD130. J'ai l'occasion de développer mes compétences professionnelles.

#### **D) Le support social (8 items, SSO)**

SSO14. Mon supérieur m'aide à mener ma tâche à bien.

SSO16. Les collègues avec qui je travaille me manifestent de l'intérêt.

SSO110. Les collègues avec qui je travaille sont des gens professionnellement compétents.

SSO117. Mon supérieur réussit facilement à faire collaborer ses subordonnées.

SSO123. Mon supérieur prête attention à ce que je dis.

SSO133. Les collègues avec qui je travaille m'aident à mener les tâches à bien.

SSO140. Mon supérieur se sent concerné par le bien-être de ses subordonné(e)s.

SSO141. Les collègues avec qui je travaille sont amicaux.

#### **E) L'effort intrinsèque (10 items, EISI + EIRR)**

EISI13. Je commence à penser à des problèmes que j'ai au travail dès que je me lève le matin.

EIRR17. Je suis particulièrement déçu(e) quand mon travail n'est pas apprécié à sa juste valeur.

EIRR19. La plupart du temps, je prends les critiques très à cœur.

EISI113. Mes proches me disent que je me sacrifie trop pour mon travail.

EIRR114. J'ai besoin qu'on reconnaisse ce que j'ai réalisé dans mon travail.

EISI115. Quand je remets à plus tard quelque chose que je devrais faire le jour même, j'ai du mal à dormir le soir.

EIRR119. Dans mon travail, j'ai besoin de m'entendre dire « ce que vous faites est utile, c'est du travail de professionnel, et ça vous ressemble ».

EISI120. Le travail me trotte encore dans la tête quand je vais au lit.

EIRR121. Le moindre compliment stimule vraiment ma motivation.

EISI125. Quand je rentre à la maison, j'arrive facilement à me décontracter et à oublier tout ce qui concerne mon travail.

### *Echelles du modèle « efforts-récompenses » de Siegrist*

#### **A) Efforts extrinsèques (5 items, EEX)**

EEX21. Je suis constamment pressé(e) par le temps à cause d'une forte charge de travail.

EEX22. Je suis fréquemment interrompu(e) et dérangé(e) dans mon travail.

EEX23. J'ai beaucoup de responsabilités à mon travail.

EEX24. Je suis souvent contraint(e) à faire des heures supplémentaires.

EEX25. Au cours des dernières années, mon travail est devenu de plus en plus exigeant.

#### **B) Récompenses**

##### **1) Estime (5 items, RES)**

RES26. Je reçois le respect que je mérite de mes supérieurs.

RES27. Je reçois le respect que je mérite de mes collègues.

RES28. Au travail, je bénéficie d'un soutien satisfaisant dans les situations difficiles.

RES29. On me traite injustement à mon travail.

RES214. Vu tous mes efforts, je reçois le respect et l'estime que je mérite à mon travail.

## **2) Contrôle du statut (5 items, RCS)**

RCS210. Je suis en train de vivre ou je m'attends à vivre un changement indésirable dans ma situation de travail.

RCS211. Mes perspectives de promotion sont faibles.

RCS212. Ma sécurité d'emploi est menacée.

RCS213. Ma position professionnelle actuelle correspond bien à ma formation.

RCS215. Vu tous mes efforts, mes perspectives de promotion sont satisfaisantes.

## **3) Gratifications monétaires (1 item, RGM)**

GM216. Vu tous mes efforts, mon salaire est satisfaisant.

## *Echelle de mesure du Burnout (SMBM) de Shirom-Melamed*

### **1) Fatigue physique (FP, 6 items)**

FP31. Je me sens fatigué(e).

FP32. Je n'ai aucune énergie pour aller au travail le matin.

FP35. Je me sens épuisé.

FP37. J'en ai par-dessus la tête.

FP310. Je me sens physiquement vidé(e).

FP312. J'ai l'impression que mes batteries sont à plat.

FP315. Je me sens fracassé(e) par mon travail.

### **2) Epuisement émotionnel (e)E, 3 items)**

EE34. Je me sens incapable de ressentir les besoins de mes collègues et des résidents.

EE38. Je sens que je ne peux pas m'investir émotionnellement avec les collègues et les résidents.

EE313. Je me sens incapable d'être proche de mes collègues et des patients.

### **3) Lassitude cognitive (e)C, 5 items)**

EE33. Je peine à réfléchir rapidement.

EE36. J'ai du mal à me concentrer.

EE39. J'ai l'impression de ne pas avoir les idées claires.

EE311. J'ai l'impression que je n'arrive pas à concentrer mes pensées.

EE314. J'éprouve de la difficulté à réfléchir à des choses complexes.

## *Echelle de Vigueur de Shirom et Melamed (SMVM)*

### **Force physique (VFP, 5 items)**

VFP41. Je me sens plein d'entrain.

VFP42. Je me sens fort physiquement.

VFP45. Je me sens vigoureux.

VFP49. Sentiment de vitalité.

VFP411. Je me sens énergique.

### **Energie émotionnelle (VEE, 4 items)**

VEE44. Je me sens capable de me montrer chaleureux envers les autres.

VEE47. Je me sens capable d'être sensible aux besoins des collègues et des clients.

VEE410. Je me sens capable d'être compréhensif envers collègues et clients.

VEE412. Je me sens capable de m'investir émotionnellement avec collègues et clients.

### **Vivacité cognitive (VVC, 3 items)**

VVC43. Je me sens capable de réfléchir rapidement.

VVC46. Je me sens capable d'apporter une contribution sous forme d'idées nouvelles.

VVC48. Je me sens capable d'être créatif.

## *Echelles de douleur*

Ici sont répertoriées 9 zones du corps humain susceptibles d'être sujettes à des douleurs musculosquelettiques.

Ces échelles permettent l'évaluation de la fréquence de la douleur (en 7 points) et de son intensité (en 7 points).

Les neuf zones sont codées comme suit :

Nuq = nuque ; ep = épaule ; hd = haut du dos ; coud = coude ; bd = bas du dos ; main = main ; han = hanche ; gen = genou ; che = cheville

En ce qui concerne la réponse du sujet à l'échelle de la fréquence, nous ajoutons « 6f » à chaque zone (exemple : nuq6f : Fréquence déclarée au cours des 6 mois de la nuque).

En ce qui concerne la réponse du sujet à l'échelle de l'intensité, nous ajoutons « 6i » à chaque zone (exemple : nuq6i : Intensité de la douleur déclarée à la nuque au cours des 6 derniers mois).

Informons également que la réponse à l'échelle de fréquence sera multipliée à celle de l'intensité de la douleur, obtenant alors une nouvelle variable : douleur de la zone.

Soit :  $d = i \times f$

Puis, pour chaque sujet, nous relevons la douleur maximum déclarée, et créons une nouvelle variable : Doulmax, soit la douleur maximum ressentie par le sujet au cours des six derniers mois, toutes zones confondue.

## Dictionnaire des codes

Thème	Question	Numéro de la variable	Description du codage
La charge physique	CP	CP11	1= Désaccord total 2= Désaccord 3= Plutôt en désaccord 4= Indécis 5= Plutôt d'accord 6= D'accord 7= Accord total
La latitude décisionnelle	LD	LD12	1= Désaccord total 2= Désaccord 3= Plutôt en désaccord 4= Indécis 5= Plutôt d'accord 6= D'accord 7= Accord total
Efforts intrinsèques Sur-implication	EISI	EISI13	1= Désaccord total 2= Désaccord 3= Plutôt en désaccord 4= Indécis 5= Plutôt d'accord 6= D'accord 7= Accord total
Le support social	SPO	SPO14	1= Désaccord total 2= Désaccord 3= Plutôt en désaccord 4= Indécis 5= Plutôt d'accord 6= D'accord 7= Accord total
La latitude décisionnelle	LD	LD15	1= Désaccord total 2= Désaccord 3= Plutôt en désaccord 4= Indécis 5= Plutôt d'accord 6= D'accord 7= Accord total
Le support social	SPO	SPO16	1= Désaccord total 2= Désaccord 3= Plutôt en désaccord 4= Indécis 5= Plutôt d'accord 6= D'accord 7= Accord total
Efforts intrinsèques de recherche de reconnaissance	EIRR	EIRR17	1= Désaccord total 2= Désaccord 3= Plutôt en désaccord 4= Indécis 5= Plutôt d'accord 6= D'accord 7= Accord total
La charge physique	CP	CP18	1= Désaccord total 2= Désaccord 3= Plutôt en désaccord 4= Indécis 5= Plutôt d'accord 6= D'accord 7= Accord total
Efforts intrinsèques	EIRR	EIRR19	1= Désaccord total 2= Désaccord

de recherche de reconnaissance			3= Plutôt en désaccord 4= Indécis 5= Plutôt d'accord 6= D'accord 7= Accord total
Le support social	SSO	SSO110	1= Désaccord total 2= Désaccord 3= Plutôt en désaccord 4= Indécis 5= Plutôt d'accord 6= D'accord 7= Accord total
La demande psychologique	DP	DP111	1= Désaccord total 2= Désaccord 3= Plutôt en désaccord 4= Indécis 5= Plutôt d'accord 6= D'accord 7= Accord total
La charge physique	CP	CP112	1= Désaccord total 2= Désaccord 3= Plutôt en désaccord 4= Indécis 5= Plutôt d'accord 6= D'accord 7= Accord total
Efforts intrinsèques Sur-implication	EISI	EISI113	1= Désaccord total 2= Désaccord 3= Plutôt en désaccord 4= Indécis 5= Plutôt d'accord 6= D'accord 7= Accord total
Efforts intrinsèques de recherche de reconnaissance	EIRR	EIRR114	1= Désaccord total 2= Désaccord 3= Plutôt en désaccord 4= Indécis 5= Plutôt d'accord 6= D'accord 7= Accord total
Efforts intrinsèques Sur-implication	EISI	EISI115	1= Désaccord total 2= Désaccord 3= Plutôt en désaccord 4= Indécis 5= Plutôt d'accord 6= D'accord 7= Accord total
La charge physique	CP	CP116	1= Désaccord total 2= Désaccord 3= Plutôt en désaccord 4= Indécis 5= Plutôt d'accord 6= D'accord 7= Accord total
Le support social	SSO	SSO117	1= Désaccord total 2= Désaccord 3= Plutôt en désaccord 4= Indécis 5= Plutôt d'accord 6= D'accord 7= Accord total
La latitude décisionnelle	LD	LD118	1= Désaccord total 2= Désaccord 3= Plutôt en désaccord 4= Indécis 5= Plutôt d'accord 6= D'accord 7= Accord total

Efforts intrinsèques de recherche de reconnaissance	EIRR	EIRR119	1= Désaccord total 2= Désaccord 3= Plutôt en désaccord 4= Indécis 5= Plutôt d'accord 6= D'accord 7= Accord total
Efforts intrinsèques Sur-implication	EISI	EISI120	1= Désaccord total 2= Désaccord 3= Plutôt en désaccord 4= Indécis 5= Plutôt d'accord 6= D'accord 7= Accord total
Efforts intrinsèques de recherche de reconnaissance	EIRR	EIRR121	1= Désaccord total 2= Désaccord 3= Plutôt en désaccord 4= Indécis 5= Plutôt d'accord 6= D'accord 7= Accord total
La latitude décisionnelle	LD	LD122	1= Désaccord total 2= Désaccord 3= Plutôt en désaccord 4= Indécis 5= Plutôt d'accord 6= D'accord 7= Accord total
Le support social	SSO	SSO123	1= Désaccord total 2= Désaccord 3= Plutôt en désaccord 4= Indécis 5= Plutôt d'accord 6= D'accord 6= D'accord 7= Accord total
La latitude décisionnelle	LD	LD124	1= Désaccord total 2= Désaccord 3= Plutôt en désaccord 4= Indécis 5= Plutôt d'accord 4= Indécis 5= Plutôt d'accord 6= D'accord 7= Accord total
La latitude décisionnelle	LD	LD124 R	1= Accord total 2= D'accord 3= Plutôt d'accord 4= Indécis 5= Plutôt en désaccord 6= Désaccord 7= Désaccord total
Efforts intrinsèques Sur-implication	EISI	EISI125	1= Désaccord total 2= Désaccord 3= Plutôt en désaccord 4= Indécis 5= Plutôt d'accord 6= D'accord 7= Accord total
Efforts intrinsèques Sur-implication	EISI	EISI125 R	1= Accord total 2= D'accord 3= Plutôt d'accord 4= Indécis 5= Plutôt en désaccord 6= Désaccord 7= Désaccord total
La latitude	LD	LD126	1= Désaccord total

décisionnelle			2= Désaccord 3= Plutôt en désaccord 4= Indécis 5= Plutôt d'accord 6= D'accord 7= Accord total
La latitude décisionnelle	LD	LD127	1= Désaccord total 2= Désaccord 3= Plutôt en désaccord 4= Indécis 5= Plutôt d'accord 6= D'accord 7= Accord total
La latitude décisionnelle	LD	LD127 R	1= Accord total 2= D'accord 3= Plutôt d'accord 4= Indécis 5= Plutôt en désaccord 6= Désaccord 7= Désaccord total
La latitude décisionnelle	LD	LD128	1= Désaccord total 2= Désaccord 3= Plutôt en désaccord 3= Plutôt en désaccord 4= Indécis 5= Plutôt d'accord 6= D'accord 7= Accord total
La charge physique	CP	CP129	1= Désaccord total 2= Désaccord 3= Plutôt en désaccord 4= Indécis 5= Plutôt d'accord 6= D'accord 7= Accord total
La latitude décisionnelle	LD	LD130	1= Désaccord total 2= Désaccord 3= Plutôt en désaccord 4= Indécis 5= Plutôt d'accord 6= D'accord 7= Accord total
La demande psychologique	DP	DP131	1= Désaccord total 2= Désaccord 3= Plutôt en désaccord 4= Indécis 5= Plutôt d'accord 6= D'accord 7= Accord total
La demande psychologique	DP	DP132	1= Désaccord total 2= Désaccord 3= Plutôt en désaccord 4= Indécis 5= Plutôt d'accord 6= D'accord 7= Accord total
La demande psychologique	DP	DP132 R	1= Accord total 2= D'accord 3= Plutôt d'accord 4= Indécis 5= Plutôt en désaccord 6= Désaccord 7= Désaccord total
Le support social	SSO	SSO133	1= Désaccord total 2= Désaccord 3= Plutôt en désaccord 4= Indécis

			5= Plutôt d'accord 6= D'accord 7= Accord total
La demande psychologique	DP	DP134	1= Désaccord total 2= Désaccord 3= Plutôt en désaccord 4= Indécis 5= Plutôt d'accord 6= D'accord 7= Accord total
La demande psychologique	DP	DP134 R	1= Accord total 2= D'accord 3= Plutôt d'accord 4= Indécis 5= Plutôt en désaccord 6= Désaccord 7= Désaccord total
La demande psychologique	DP	DP135	1= Désaccord total 2= Désaccord 3= Plutôt en désaccord 4= Indécis 5= Plutôt d'accord 6= D'accord 7= Accord total
La demande psychologique	DP	DP136	1= Désaccord total 2= Désaccord 3= Plutôt en désaccord 4= Indécis 5= Plutôt d'accord 6= D'accord 7= Accord total
La demande psychologique	DP	DP137	1= Désaccord total 2= Désaccord 3= Plutôt en désaccord 4= Indécis 5= Plutôt d'accord 6= D'accord 7= Accord total
La demande psychologique	DP	DP138	1= Désaccord total 2= Désaccord 3= Plutôt en désaccord 4= Indécis 5= Plutôt d'accord 6= D'accord 7= Accord total
La demande psychologique	DP	DP139	1= Désaccord total 2= Désaccord 3= Plutôt en désaccord 4= Indécis 5= Plutôt d'accord 6= D'accord 7= Accord total
Le support social	SSO	SSO140	1= Désaccord total 2= Désaccord 3= Plutôt en désaccord 4= Indécis 5= Plutôt d'accord 6= D'accord 7= Accord total
Le support social	SSO	SSO141	1= Désaccord total 2= Désaccord 3= Plutôt en désaccord 4= Indécis 5= Plutôt d'accord 6= D'accord



			7= Accord total
<b>Efforts extrinsèques</b>	EEX	EEX21	1= Pas d'accord 2= D'accord, et je ne suis pas du tout perturbé(e) 3= D'accord, et je suis un peu perturbé(e) 4= D'accord, et je suis perturbé(e) 5= D'accord, et je suis très perturbé(e)
<b>Efforts extrinsèques</b>	EEX	EEX22	1= Pas d'accord 2= D'accord, et je ne suis pas du tout perturbé(e) 3= D'accord, et je suis un peu perturbé(e) 4= D'accord, et je suis perturbé(e) 5= D'accord, et je suis très perturbé(e)
<b>Efforts extrinsèques</b>	EEX	EEX23	1= Pas d'accord 2= D'accord, et je ne suis pas du tout perturbé(e) 3= D'accord, et je suis un peu perturbé(e) 4= D'accord, et je suis perturbé(e) 5= D'accord, et je suis très perturbé(e)
<b>Efforts extrinsèques</b>	EEX	EEX24	1= Pas d'accord 2= D'accord, et je ne suis pas du tout perturbé(e) 3= D'accord, et je suis un peu perturbé(e) 4= D'accord, et je suis perturbé(e) 5= D'accord, et je suis très perturbé(e)
<b>Efforts extrinsèques</b>	EEX	EEX25	1= Pas d'accord 2= D'accord, et je ne suis pas du tout perturbé(e) 3= D'accord, et je suis un peu perturbé(e) 4= D'accord, et je suis perturbé(e) 5= D'accord, et je suis très perturbé(e)
<b>Récompenses Estime</b>	RES	RES26	1= D'accord 2= Pas d'accord, et je ne suis pas du tout perturbé(e) 3= Pas d'accord, et je suis un peu perturbé(e) 4= Pas d'accord, et je suis perturbé(e) 5= Pas d'accord, et je suis très perturbé(e)
<b>Récompenses Estime</b>	RES	RES27	1= D'accord 2= Pas d'accord, et je ne suis pas du tout perturbé(e) 3= Pas d'accord, et je suis un peu perturbé(e) 4= Pas d'accord, et je suis perturbé(e) 5= Pas d'accord, et je suis très perturbé(e)
<b>Récompenses Estime</b>	RES	RES28	1= D'accord 2= Pas d'accord, et je ne suis pas du tout perturbé(e) 3= Pas d'accord, et je suis un peu perturbé(e) 4= Pas d'accord, et je suis perturbé(e) 5= Pas d'accord, et je suis très perturbé(e)
<b>Récompenses Estime</b>	RES	RES29	1= Pas d'accord 2= D'accord, et je ne suis pas du tout perturbé(e) 3= D'accord, et je suis un peu perturbé(e) 4= D'accord, et je suis perturbé(e) 5= D'accord, et je suis très perturbé(e)
<b>Récompenses Contrôle du statut</b>	RCS	RCS210	1= Pas d'accord 2= D'accord, et je ne suis pas du tout perturbé(e) 3= D'accord, et je suis un peu perturbé(e) 4= D'accord, et je suis perturbé(e) 5= D'accord, et je suis très perturbé(e)
<b>Récompenses Contrôle du statut</b>	RCS	RCS211	1= Pas d'accord 2= D'accord, et je ne suis pas du tout perturbé(e) 3= D'accord, et je suis un peu perturbé(e) 4= D'accord, et je suis perturbé(e) 5= D'accord, et je suis très perturbé(e)
<b>Récompenses Contrôle du statut</b>	RCS	RCS212	1= Pas d'accord 2= D'accord, et je ne suis pas du tout perturbé(e) 3= D'accord, et je suis un peu perturbé(e) 4= D'accord, et je suis perturbé(e) 5= D'accord, et je suis très perturbé(e)
<b>Récompenses Contrôle du statut</b>	RCS	RCS213	1= D'accord 2= Pas d'accord, et je ne suis pas du tout perturbé(e) 3= Pas d'accord, et je suis un peu perturbé(e) 4= Pas d'accord, et je suis perturbé(e) 5= Pas d'accord, et je suis très perturbé(e)
<b>Récompenses</b>	RES	RES214	1= D'accord 2= Pas d'accord, et je ne suis pas du tout perturbé(e)

Estime			3= Pas d'accord, et je suis un peu perturbé(e) 4= Pas d'accord, et je suis perturbé(e) 5= Pas d'accord, et je suis très perturbé(e)
Récompenses Contrôle du statut	RCS	RCS215	1= D'accord 2= Pas d'accord, et je ne suis pas du tout perturbé(e) 3= Pas d'accord, et je suis un peu perturbé(e) 4= Pas d'accord, et je suis perturbé(e) 5= Pas d'accord, et je suis très perturbé(e)
Récompenses Gratification monétaires	RGM	RGM216	1= D'accord 2= Pas d'accord, et je ne suis pas du tout perturbé(e) 3= Pas d'accord, et je suis un peu perturbé(e) 4= Pas d'accord, et je suis perturbé(e) 5= Pas d'accord, et je suis très perturbé(e)
Fatigue physique	FP	FP31	1= Jamais 2= Très rarement 3= Rarement 4= Parfois 5= Souvent 6= Très souvent 7= Toujours
Fatigue physique	FP	FP32	1= Jamais 2= Très rarement 3= Rarement 4= Parfois 5= Souvent 6= Très souvent 7= Toujours
Lassitude cognitive	EC	EC33	1= Jamais 2= Très rarement 3= Rarement 4= Parfois 5= Souvent 6= Très souvent 7= Toujours
Epuisement émotionnel	EE	EE34	1= Jamais 2= Très rarement 3= Rarement 4= Parfois 5= Souvent 6= Très souvent 7= Toujours
Fatigue physique	FP	FP35	1= Jamais 2= Très rarement 3= Rarement 4= Parfois 5= Souvent 6= Très souvent 7= Toujours
Lassitude cognitive	EC	EC36	1= Jamais 2= Très rarement 3= Rarement 4= Parfois 5= Souvent 6= Très souvent 7= Toujours
Fatigue physique	FP	FP37	1= Jamais 2= Très rarement 3= Rarement 4= Parfois 5= Souvent 6= Très souvent 7= Toujours
Epuisement émotionnel	EE	EE38	1= Jamais 2= Très rarement 3= Rarement 4= Parfois 5= Souvent

			6= Très souvent 7= Toujours
Lassitude cognitive	EC	EC39	1= Jamais 2= Très rarement 3= Rarement 4= Parfois 5= Souvent 6= Très souvent 7= Toujours
Fatigue physique	FP	FP310	1= Jamais 2= Très rarement 3= Rarement 4= Parfois 5= Souvent 6= Très souvent 7= Toujours
Lassitude cognitive	EC	EC311	1= Jamais 2= Très rarement 3= Rarement 4= Parfois 5= Souvent 6= Très souvent 7= Toujours
Fatigue physique	FP	FP312	1= Jamais 2= Très rarement 3= Rarement 4= Parfois 5= Souvent 6= Très souvent 7= Toujours
Epuisement émotionnel	EE	EE313	1= Jamais 2= Très rarement 3= Rarement 4= Parfois 5= Souvent 6= Très souvent 7= Toujours
Lassitude cognitive	EC	EC314	1= Jamais 2= Très rarement 3= Rarement 4= Parfois 5= Souvent 6= Très souvent 7= Toujours
Fatigue physique	FP	FP315	1= Jamais 2= Très rarement 3= Rarement 4= Parfois 5= Souvent 6= Très souvent 7= Toujours
Force physique	VPF	VPF41	1= Jamais 2= Très rarement 3= Rarement 4= Parfois 5= Souvent 6= Très souvent 7= Toujours
Force physique	VPF	VPF42	1= Jamais 2= Très rarement 3= Rarement 4= Parfois 5= Souvent 6= Très souvent 7= Toujours
Vivacité cognitive	VVC	VVC43	1= Jamais 2= Très rarement

			3= Rarement 4= Parfois 5= Souvent 6= Très souvent 7= Toujours
Energie émotionnelle	VEE	VEE44	1= Jamais 2= Très rarement 3= Rarement 4= Parfois 5= Souvent 6= Très souvent 7= Toujours
Force physique	VFP	VFP45	1= Jamais 2= Très rarement 3= Rarement 4= Parfois 5= Souvent 6= Très souvent 7= Toujours
Vivacité cognitive	VVC	VVC46	1= Jamais 2= Très rarement 3= Rarement 4= Parfois 5= Souvent 6= Très souvent 7= Toujours
Energie émotionnelle	VEE	VEE47	1= Jamais 2= Très rarement 3= Rarement 4= Parfois 5= Souvent 6= Très souvent 7= Toujours
Vivacité cognitive	VVC	VVC48	1= Jamais 2= Très rarement 3= Rarement 4= Parfois 5= Souvent 6= Très souvent 7= Toujours
Force physique	VFP	VFP49	1= Jamais 2= Très rarement 3= Rarement 4= Parfois 5= Souvent 6= Très souvent 7= Toujours
Energie émotionnelle	VEE	VEE410	1= Jamais 2= Très rarement 3= Rarement 4= Parfois 5= Souvent 6= Très souvent 7= Toujours
Force physique	VFP	VFP411	1= Jamais 2= Très rarement 3= Rarement 4= Parfois 5= Souvent 6= Très souvent 7= Toujours
Energie émotionnelle	VEE	VEE412	1= Jamais 2= Très rarement 3= Rarement 4= Parfois 5= Souvent 6= Très souvent

			7= Toujours
<b>Nuque</b>	6f	nuq6f	1= Toujours absente 2= Très souvent absente 3= Souvent absente 4= Parfois présente, parfois absente 5= Souvent présente 6= Très souvent présente 7= Toujours présente
	6i	nuq6i	1= Totalement supportable 2= Très facilement supportable 3= Facilement supportable 4= Moyennement supportable 5= Difficilement supportable 6= Très difficilement supportable 7= Totalement insupportable
<b>Epaule</b>	6f	ep6f	1= Toujours absente 2= Très souvent absente 3= Souvent absente 4= Parfois présente, parfois absente 5= Souvent présente 6= Très souvent présente 7= Toujours présente
	6i	ep6i	1= Totalement supportable 2= Très facilement supportable 3= Facilement supportable 4= Moyennement supportable 5= Difficilement supportable 6= Très difficilement supportable 7= Totalement insupportable
<b>Haut du dos</b>	6f	hd6f	1= Toujours absente 2= Très souvent absente 3= Souvent absente 4= Parfois présente, parfois absente 5= Souvent présente 6= Très souvent présente 7= Toujours présente
	6i	hd6i	1= Totalement supportable 2= Très facilement supportable 3= Facilement supportable 4= Moyennement supportable 5= Difficilement supportable 6= Très difficilement supportable 7= Totalement insupportable
<b>Coude</b>	6f	coud6f	1= Toujours absente 2= Très souvent absente 3= Souvent absente 4= Parfois présente, parfois absente 5= Souvent présente 6= Très souvent présente 7= Toujours présente
	6i	coud6i	1= Totalement supportable 2= Très facilement supportable 3= Facilement supportable 4= Moyennement supportable 5= Difficilement supportable 6= Très difficilement supportable 7= Totalement insupportable
<b>Bas du dos</b>	6f	bd6f	1= Toujours absente 2= Très souvent absente 3= Souvent absente 4= Parfois présente, parfois absente 5= Souvent présente 6= Très souvent présente 7= Toujours présente
	6i	bd6i	1= Totalement supportable 2= Très facilement supportable 3= Facilement supportable 4= Moyennement supportable

			5= Difficilement supportable 6= Très difficilement supportable 7= Totalement insupportable
<b>Poignet / Main</b>	6f	main6f	1= Toujours absente 2= Très souvent absente 3= Souvent absente 4= Parfois présente, parfois absente 5= Souvent présente 6= Très souvent présente 7= Toujours présente
	6i	main6i	1= Totalement supportable 2= Très facilement supportable 3= Facilement supportable 4= Moyennement supportable 5= Difficilement supportable 6= Très difficilement supportable 7= Totalement insupportable
<b>Hanche / Cuisse</b>	6f	han6f	1= Toujours absente 2= Très souvent absente 3= Souvent absente 4= Parfois présente, parfois absente 5= Souvent présente 6= Très souvent présente 7= Toujours présente
	6i	han6i	1= Totalement supportable 2= Très facilement supportable 3= Facilement supportable 4= Moyennement supportable 5= Difficilement supportable 6= Très difficilement supportable 7= Totalement insupportable
<b>Genou</b>	6f	gen6f	1= Toujours absente 2= Très souvent absente 3= Souvent absente 4= Parfois présente, parfois absente 5= Souvent présente 6= Très souvent présente 7= Toujours présente
	6i	gen6i	1= Totalement supportable 2= Très facilement supportable 3= Facilement supportable 4= Moyennement supportable 5= Difficilement supportable 6= Très difficilement supportable 7= Totalement insupportable
<b>Cheville / Pied</b>	6f	che6f	1= Toujours absente 2= Très souvent absente 3= Souvent absente 4= Parfois présente, parfois absente 5= Souvent présente 6= Très souvent présente 7= Toujours présente
	6i	che6i	1= Totalement supportable 2= Très facilement supportable 3= Facilement supportable 4= Moyennement supportable 5= Difficilement supportable 6= Très difficilement supportable 7= Totalement insupportable

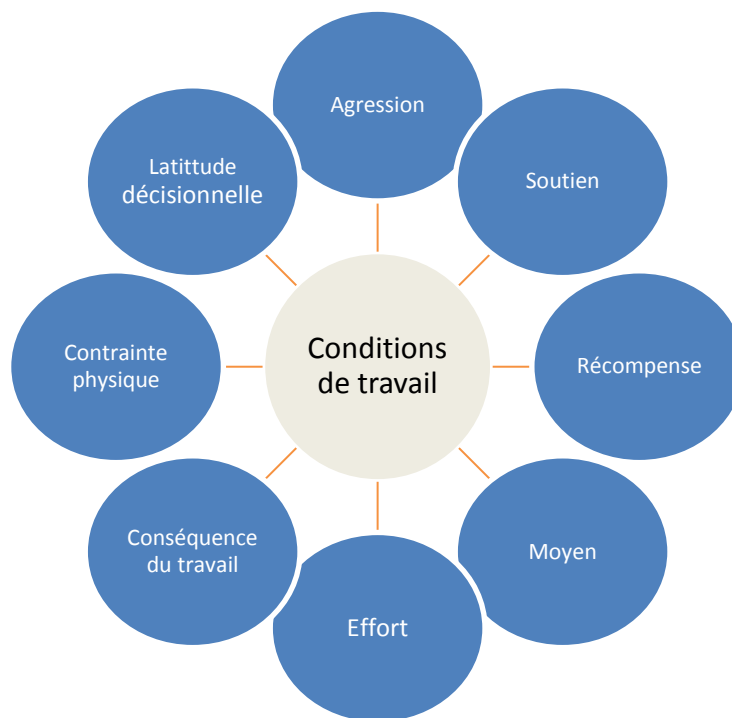
## 7. Outils d'analyse des résultats

Les entretiens ont été transcrits entièrement sur le logiciel Nvivo 10 et les questionnaires analysés sur le logiciel IBM SPSS statistics.

Les entretiens d'équipe sont une première approche des conditions de travail amené par une discussion libre. Ensuite, les entretiens non-directifs permettent de mettre en avant les opinions sur ce thème de l'ensemble de l'équipe.

Ce qui suit est présenté dans le chapitre « résultats »

A la lecture et première analyse de ces entretiens, un arbre thématique a été créé permettant la codification des entretiens de recherche et des entretiens d'équipe :



*Figure 12 : Cartographie thématique des entretiens réalisés avec l'équipe et avec son représentant dans l'ensemble des services*

Les résultats des questionnaires préalablement analysés à l'aide du logiciel SPSS, ont été également ajoutés au logiciel Nvivo permettant ainsi de traiter les données globalement. Ainsi, une cartographie complète de l'étude est représentée dans ce logiciel :

- « nœuds de cas » : Les 9 services
- « nœuds de thème » : Les thèmes identifiés dans les entretiens d'équipe et de recherche
- « Source » : Transcription des entretiens de recherche et des entretiens d'équipe (codifié)+ Score du questionnaire





## Chapitre 4 : Résultats

### Résumé :

Cette étude est divisée en cinq sous-ensembles permettant d'appréhender la complexité des facteurs psychosociaux et de comprendre les bénéfices d'un jardin thérapeutique. Une première étude datant de 2010 a été réalisée sur l'ensemble des Pôles d'activités identifiés précédemment. Permettant, ainsi, de comprendre les liens entre nos variables (Facteurs psychosociaux, Burnout, Vigueur et T.M.S.). A la suite d'une revue de la littérature présentée précédemment, une concentration sur les services de gériatrie a été réalisée. Ainsi, la deuxième partie examine les scores et leurs liens dans la globalité de l'échantillon. Pour plus de précision, la troisième étape se concentre sur la différenciation des trois services (Unité cognitivo-comportementale, soins palliatifs, soins de suite et de réadaptation). La quatrième partie met en avant le jardin thérapeutique et l'influence de celui-ci sur le Burnout, la Vigueur et les T.M.S.. Enfin, une cinquième partie permet de valider et d'aider à l'interprétation par l'analyse des entretiens menés avec l'équipe puis un aide-soignant.

# 1. Prémices : Une situation générale inquiétante en 2010

## 1.1. Description de la population

Notre étude exploratoire réalisée en 2010 (Bernez, Batt, Haumont, Trognon, & Lighezzolo, 2015 ; Bernez, Batt, Trognon, & Rivasseau Jonveaux, 2013) avait pour objectif de comprendre les causes et conséquences du Burnout.

La population recrutée pour cette recherche était constituée comme suit :

			Globale
Population		Effectifs	176
		Taux de retour	<b>88,0%</b>
Sexe	Homme	Effectifs	19
		Fréquence	<b>10,8%</b>
	Femme	Effectifs	157
		Fréquence	<b>89,2%</b>
Age		Moyenne	<b>41</b>
		Ecart-type	11,4
		Médiane	43
		Minimum	21
		Maximum	61

Tableau 4. Description de la population, du sexe et de l'âge

Ces résultats indiquent que les femmes d'âge moyen sont les plus représentées, comme dans la revue de la littérature de Long, Johnston, & Bogossian (2012).

			Globale
Ancienneté professionnelle		médiane	12 ans
		max.	40 ans
Ancienneté établissement		médiane	13 ans
		max.	40 ans
Statut	CDD	Eff. (%)	7 (4,00%)
	CDI		169 (96,00%)
Temps de Travail	Complet	Eff. (%)	160 (90,90%)
	Partiel		16 (9,10%)
Horaires de Travail	Jour	Eff. (%)	157 (89,20%)
	Nuit		4 (2,30%)
	Jour + Nuit		15 (8,50%)

Tableau 5. Descriptions de l'ancienneté, du statut, du temps de travail et des horaires

## 1.2. Validation du questionnaire

Le questionnaire présenté dans la partie méthodologie, introduit cinq variables que nous examinons ci-dessous.

Dans le but de valider les échelles voici un test de consistance interne.

	Alpha de Cronbach
<b>Facteurs Psychosociaux</b>	
Charge physique subjective	0,91
Demande psychologique	0,73
Latitude décisionnelle <sup>11</sup>	0,69
Support social	0,83
Efforts extrinsèques	0,75
Manque Récompense Estime	0,71
Manque Récompense Statut	0,62
Manque Récompense Monétaire	(un seul item)
<b>Burnout</b>	
Fatigue physique	0,88
Epuisement émotionnel	0,81
Lassitude cognitive	0,90
<b>Vigueur</b>	
Force physique	0,88
Energie émotionnelle	0,86
Vivacité cognitive	0,75

Tableau 6. Tests de fidélité des échelles de Karasek, Siegrist et Shirom.

Les alphas de Cronbach des échelles se situent entre 0,6 et 0,9 ce qui est tout à fait acceptable. Les échelles des scores sont suffisantes, surtout les échelles de lassitude cognitive et de charge physique qui dépasse les 0,90. La reprise des échelles en vue d'un alpha confortable n'est pas sans conséquence. Plusieurs limites ont été remarquées ces dernières années. Peterson explique dans son article de 1994 que la fidélité des items n'est pas seule mise en cause dans l'alpha. En effet, la multiplicité des items (Peter, 1979) et un grand nombre de points dans l'échelle de mesure favorisent une échelle fidèle. Malgré cette perspective cette perception d'équilibre d'échelle est utilisée en raison de l'utilisation régulière de cette technique d'approche de fiabilité de score.

<sup>11</sup> Indique l'alpha recalculé sans LD 124R.

### 1.3. Scores facteurs psychosociaux, Burnout et Vigueur

Cette première étude de 2010, a apporté les résultats suivants :

	Globale - Moyenne ( $\sigma$ )
<b>Facteurs Psychosociaux</b>	
<b>Karasek</b> (échelle de 1 à 7)	
Charge physique subjective	4,54 (1,69)
Demande psychologique	4,78 (0,82)
Latitude décisionnelle	4,98 (0,75)
Support social	5,09 (0,88)
<b>Siegrist</b> (échelle de 1 à 5)	
Efforts extrinsèques	2,70 (0,78)
Manque Récompense Estime	1,66 (0,66)
Manque Récompense Statut	1,77 (0,73)
Manque Récompense Monétaire	3,53 (1,22)
<b>Burnout</b> (échelle de 1 à 7)	
Fatigue physique	3,77 (1,13)
Epuisement émotionnel	2,51 (1,04)
Lassitude cognitive	2,89 (1,01)
Burnout général ( $\sigma$ )	3,06 (0,86)
Médiane	Méd. : 3,00
Quartiles 25%	2,45
Quartiles 75%	3,57
<b>Vigueur</b> (échelle de 1 à 7)	
Force physique	4,69 (0,82)
Energie émotionnelle	5,31 (0,79)
Vivacité cognitive	4,73 (0,82)
Vigueur générale ( $\sigma$ )	4,91 (0,70)
Médiane	Méd. : 4,94
Quartiles 25%	4,54
Quartiles 75%	5,34

Tableau 7. Scores moyens des facteurs psychosociaux, Burnout et Vigueur

S'agissant de facteurs psychosociaux, les variables problématiques sont : la charge physique, une forte demande psychologique et effort extrinsèque, ou encore un manque de récompense monétaire conséquent. En revanche, la latitude décisionnelle, le support social, la récompense statut et estime sont suffisants et donc valorisés.

#### 1.3.1. *Variable efforts psychologique au travail*

Afin de trouver un modèle théorique concret les variables Demande psychologique (DP) et Efforts extrinsèques (EE) sont fusionné en une variable Efforts Psychologique

au travail (EPT). En effet, les définitions de Karasek et de Siegrist pour ces deux variables sont plutôt proches. De plus, l'alpha de Cronbach étant assez fort et la corrélation entre les deux variables est significative (cf. tableau 8), la fusion est permise.

	DP	EE
<b>Demande psychologique (DP)</b> Corrélation de Pearson	1	0,419**
<b>Efforts extrinsèques (e)E)</b> Corrélation de Pearson	0,419**	1

*Non significatif :  $p > .05$   
Significatif :  $p < .05$  \*  $p < .05$  \*\*  $p < .01$*

Tableau 8. Corrélation entre DP et EE dans le but de leur fusion

Toutefois, le questionnaire de Siegrist présente une échelle de type Likert avec 5 échelons, et celui de Karasek en a 7. Les résultats de la variable DP sont pondérés en fonction de la variable EE. Ainsi, les scores EE sont multiplié par 1,4, afin d'avoir une moyenne sur 7. Puis, la moyenne des deux variables est effectuée afin de créer la nouvelle nommée EPT.

### 1.3.2. Variable manque perturbant de récompense

En ce qui concerne la fusion des variables « Manque de récompense en estime, Manque de récompense en contrôle du statut, Manque de récompense monétaire » les mêmes paramètres sont vérifiés. L'alpha est acceptable et leur corrélation sont significatives (cf. tableau 9)

	M.R.E	M.R.C
<b>M.R. Estime (1)</b> Corrélation de Pearson	1	
<b>M.R. Contrôle du statut (1)</b> Corrélation de Pearson	0,279**	1
<b>M.R. Monétaire (1)</b> Corrélation de Pearson	0,203**	0,198**

*Non significatif :  $p > .05$  /  
Significatif :  $p < .05$  \*  $p < .05$  \*\*  $p < .01$*

Tableau 9. Corrélation entre MRE, MRC et MRM dans le but de leur fusion

La création de la variable manque perturbant de récompense est donc possible.

## 1.4. Scores Troubles Musculosquelettiques

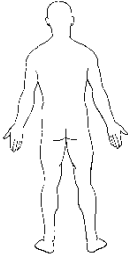
Parties du corps		Globale
		Moyenne ( $\sigma$ )
	Nuque	13,32 (10,62)
	Epaule	11,35 (11,34)
	Haut du dos	12,64 (10,94)
	Coude	4,21 (7,09)
	Bas du dos	17,38 (12,17)
	Main	6,40 (9,00)
	Hanche	5,89 (9,11)
	Genou	6,40 (9,36)
	Cheville	7,31 (10,59)
	Doulmax	23,17 (11,61)

Tableau 10a. Scores moyens des neuf zones de douleur répertoriée

Le tronc (bas du dos, haut du dos et nuque) semble être le plus sujet aux douleurs musculosquelettiques par rapport aux autres parties du corps (comme rapporté par Long, Johnston, & Bogossian, 2012). L'épaule se particularise également. Le tableau des médianes et quartiles confirme que le bas du dos affiche la médiane la plus haute (16), avec une valeur supérieure ou égale à 20 pour 25% des sujets. De même, le haut du dos (12), la nuque (12) et les épaules sont des zones à risques, surtout celle du haut du dos, avec une médiane globale à 12.

Parties du corps	Globale	
	Médiane	Quartiles
Nuque	12	25% 2 75% 20
Epaule	9	25% 1 75% 20
Haut du dos	12	25% 2 75% 20
Coude	1	25% 1 75% 4
Bas du dos	16	25% 8 75% 24
Main	1	25% 1 75% 11
Hanche	1	25% 1 75% 6
Genou	1	25% 1 75% 9
Cheville	1	25% 1 75% 12
Doulmax	20	25% 16 75% 30

Tableau 10b. Médianes et quartiles des neuf zones de douleur répertoriées

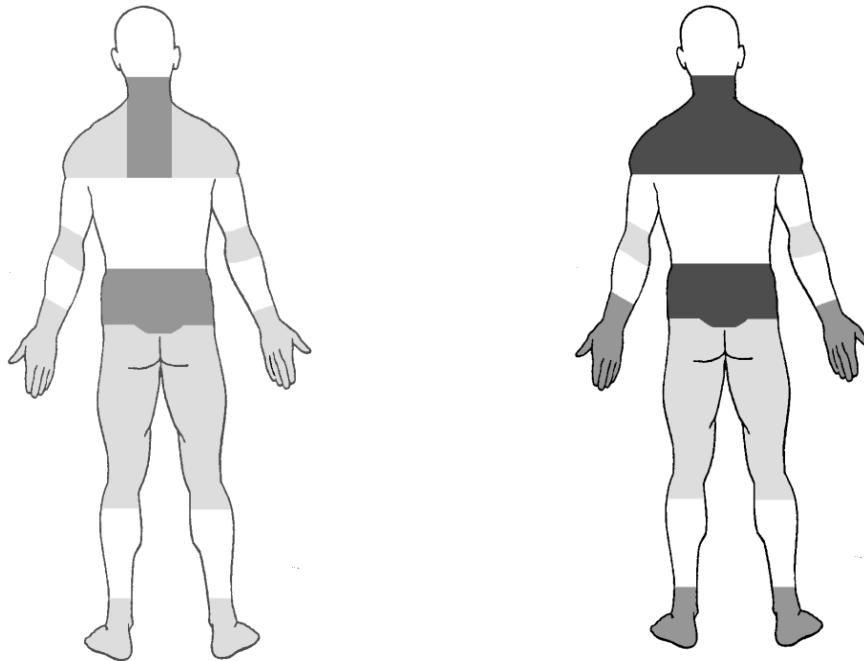


Figure 13. Représentation de la médiane et du 3<sup>e</sup> quartile de la douleur

La figure 13 représente les douleurs des salariés : à gauche la médiane et à droite le dernier quartile en fonction du tableau de codification ci-dessous.

Douleur absente, voire très faible	Douleur intermittente mais qui peut être insupportable	Douleur très forte, voir une fréquence importante avec une intensité supportable	Douleur très forte avec une fréquence très importante
[1/2/3/4/5/6/7/8/9]	[10/12/14/15/16]	[18/20/21/24/25]	[28/30/35/36/42/49]

Tableau 11. Codification couleur des scores médians et quartiles des zones de couleur

## 1.5. Liens entre facteurs psychosociaux, Burnout, Vigueur et T.M.S.

La construction de la matrice de corrélation, puis la régression a permis de mettre en évidence les liens suivants :

	EPT	LD	SS	MPR	B	V	DM
<b>FACTEURS PSYCHOSOCIAUX</b>							
Charge physique subjective	<b>0,26 **</b>	0,11	<b>0,16*</b>	0,06	<b>0,17*</b>	-0,02	0,24
Efforts psych. au travail (EPT)	1	<b>0,22**</b>	-0,09	<b>0,23**</b>	<b>0,36**</b>	-0,14	0,08
Latitude décisionnelle (LD)		1	<b>0,36**</b>	-0,05	-0,00	<b>0,35**</b>	0,02
Support social (SS)			1	<b>-0,32**</b>	-0,14	<b>0,22**</b>	-0,05
Manque perturbant de récompense (MPR)				1	<b>0,36**</b>	<b>-0,22**</b>	<b>0,35**</b>
<b>BURNOUT (B)</b>					1	<b>-0,52**</b>	<b>0,26**</b>
<b>VIGUEUR (V)</b>						1	-0,12
<b>DOULMAX (DM)</b>							1

*Non significatif:  $p > .05$  / Significatif:  $p < .05$  \*  $p < .05$  \*\*  $p < .01$*

Tableau 12. Matrice rectangulaire de corrélation entre les facteurs psychosociaux, le Burnout, la Vigueur et la douleur max.

### 1.5.1. Effet du Burnout sur les troubles musculosquelettiques déclarés

Le calcul des régressions met en évidence premièrement que le Burnout explique 6,8% des T.M.S.

	Bêta réduit
<b>Burnout</b>	0,26**
R= 0,26	
R <sup>2</sup> = 6,8%	
<i>Non significatif: <math>p &gt; .05</math></i>	
<i>Significatif: <math>p &lt; .05</math> * <math>p &lt; .05</math> ** <math>p &lt; .01</math></i>	

Tableau 13. Régression linéaire Burnout sur T.M.S.

### 1.5.2. Modèle parcimonieux des facteurs psychosociaux sur le Burnout

Deuxièmement, le manque de récompense et les efforts psychologiques au travail expliquent 20,8% du Burnout (la charge physique n'étant pas significative, elle est éliminée et la régression est recalculée sans).



	Bêta réduit
Manque perturbant de récompense	0,29**
Efforts psychologiques au travail	0,29**
R= 0,46	
R <sup>2</sup> = 20,8%	
Non significatif: $p > .05$	
Significatif: $p < .05$ * $p < .05$ ** $p < .01$	

Tableau 14. Régression linéaire des facteurs psychosociaux sur le Burnout

### 1.5.3. Part de la variance des facteurs psychosociaux sur la Vigueur

Troisièmement, la latitude décisionnelle et la récompense expliquent 16,4% de la Vigueur (le support social n'étant pas significatif, elle est éliminée et la régression est recalculée sans).

	Bêta réduit
Latitude décisionnelle	0,34**
Manque perturbant de récompense	-0,20**
R= 0,41	
R <sup>2</sup> = 16,4%	
Non significatif: $p > .05$	
Significatif: $p < .05$ * $p < .05$ ** $p < .01$	

Tableau 15. Régression linéaire des facteurs psychosociaux sur la Vigueur

### 1.5.4. Effet de la Vigueur sur le Burnout

Quatrièmement, la Vigueur explique 27% du Burnout.

	Bêta réduit
Vigueur	-0,52**
R= 0,52	
R <sup>2</sup> = 27,0%	
Non significatif: $p > .05$	
Significatif: $p < .05$ * $p < .05$ ** $p < .01$	

Tableau 16. Régression linéaire de la Vigueur sur le Burnout

**Conclusion :**

Cette étude préliminaire (Bernez, Batt, Haumont, Trognon, & Lighezzolo, 2015 ; Bernez, Batt, Trognon, & Rivasseau Jonveaux, 2013) a mis en avant un premier modèle liant les facteurs psychosociaux, au Burnout, à la Vigueur et à la douleur physique. Le Burnout est expliqué à hauteur de 20,8% par l'effort psychologiques du salarié et le manque de récompense. Un lien entre Burnout – Vigueur mais aussi entre Burnout – T.M.S. est validé ci-dessus. Cibler le secteur de gériatrie où les facteurs psychosociaux sont particulièrement importants, permet dans cette deuxième partie de l'étude de valider ou non, ce modèle théorique.

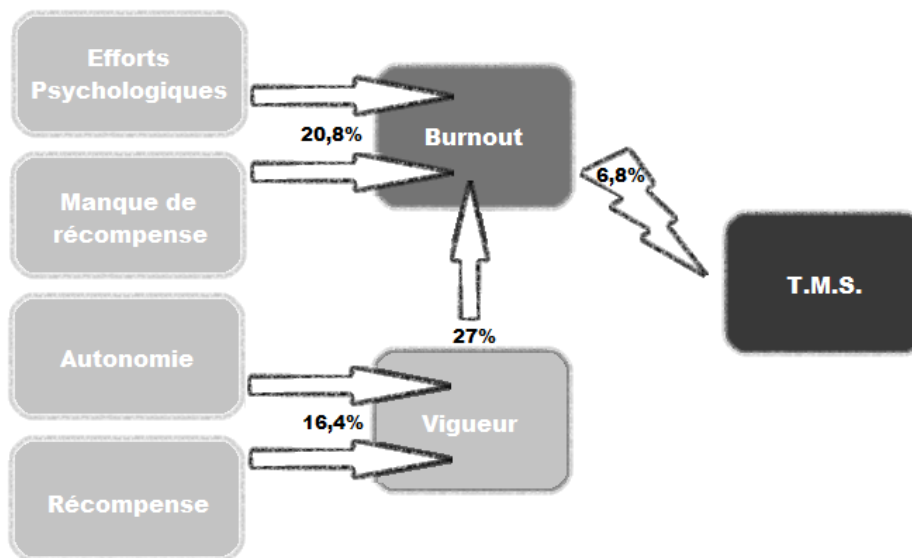


Figure 14. Liens entre les variables

## 2. Situation actuelle (2014 à 2016)

### 2.1. Validation et scores du questionnaire

Pour cette nouvelle étude de 2016, la population est décrite dans la partie méthodologie. Nous évaluons toujours les infirmiers et aide-soignant mais dans des services de gériatrie.

Nous revérifions, la validation des échelles du questionnaire. Le tableau 17 illustre cette validation par le calcul des coefficients alphas de Cronbach vérifiant la consistance de celle-ci. Les coefficients alphas compris entre 0,60 et 0,93, reflètent une fidélité de niveau acceptable à forte.

	Alpha de Cronbach
<b>Facteurs Psychosociaux</b>	
<b>Karasek</b>	
Charge physique subjective	$\alpha = 0,93$
Demande psychologique	$\alpha = 0,78$
Latitude décisionnelle	$\alpha = 0,68$
Support social	$\alpha = 0,79$
Efforts intrinsèques	$\alpha = 0,81$
<b>Siegrist</b>	
Efforts extrinsèques	$\alpha = 0,74$
Manque Récompense Estime	$\alpha = 0,77$
Manque Récompense Statut	$\alpha = 0,60$
Manque Récompense Monétaire	(un seul item)
<b>Burnout (échelle de 1 à 7)</b>	
Fatigue physique	$\alpha = 0,91$
Epuisement émotionnel	$\alpha = 0,78$
Lassitude cognitive	$\alpha = 0,92$
Burnout général ( $\sigma$ )	$\alpha = 0,93$
<b>Vigueur (échelle de 1 à 7)</b>	
Force physique	$\alpha = 0,93$
Energie émotionnelle	$\alpha = 0,84$
Vivacité cognitive	$\alpha = 0,73$
Vigueur générale ( $\sigma$ )	$\alpha = 0,91$

Tableau 17 : Tests de fidélité

Pour cette deuxième étude il s'agit de se focaliser sur des services de gériatrie (cf. Méthodologie) :

- Trois services d'unité cognitivo-comportementale
- Trois services de soins palliatifs
- Trois services de soins suite et de réadaptation

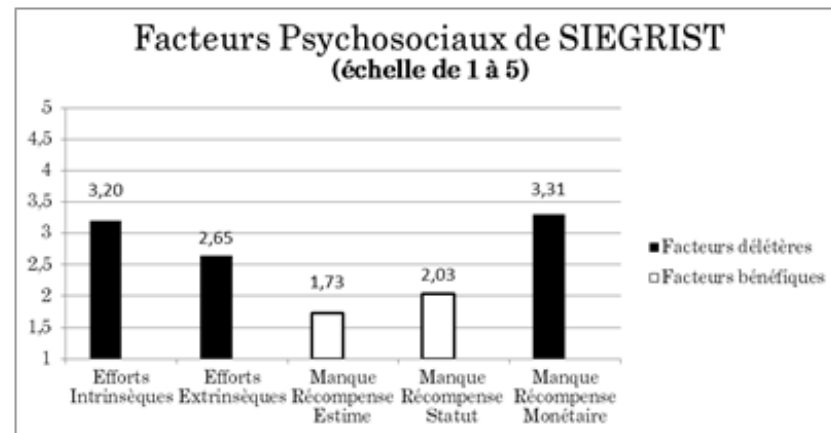
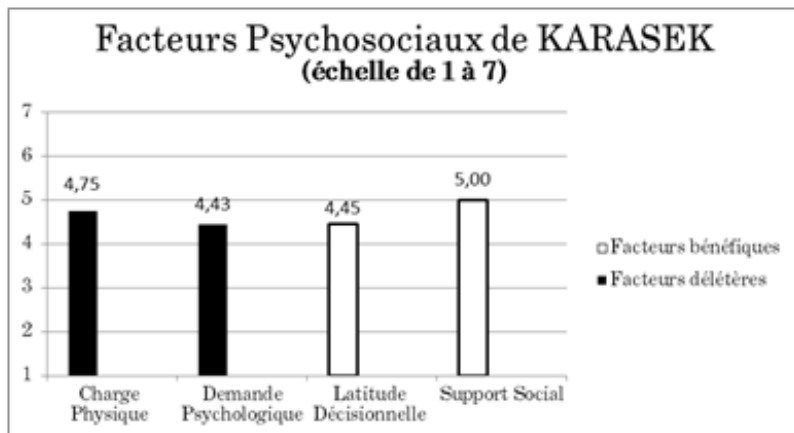


Figure 15 : Représentation des scores globaux des facteurs psychosociaux

Les scores globaux représentent les aspects bénéfiques (en blanc) et délétères (en noir) de l'ensemble de notre échantillon. Dans les figures 15 et 16, la charge physique, la demande psychologique, l'effort intrinsèque, l'effort extrinsèque et le manque de récompense monétaire sont dommageables. De même, la fatigue physique est ressentie par notre population comme forte. Les autres facteurs psychosociaux (latitude décisionnelle, support social, manque de récompense sur le contrôle du statut et sur l'estime) ne sont actuellement pas problématiques. De même, les sous-ensembles de la Vigueur ont un score élevé mettant en avant des soignants toujours motivés dans leur travail.

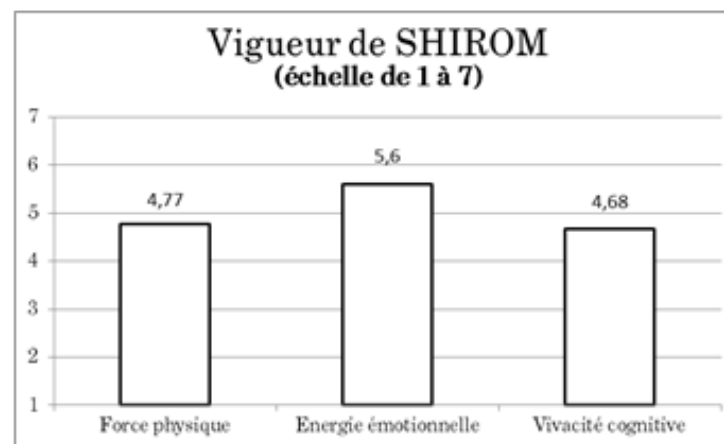
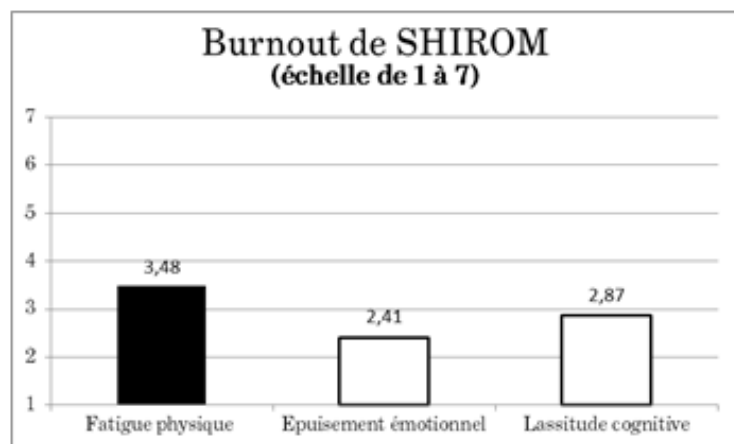


Figure 16 : Représentation des scores globaux du Burnout et de la Vigueur

Parties du corps	Médiane	Quartiles	
Nuque	8,5	25%	1
		75%	16,5
Epaule	3,5	25%	1
		75%	16
Haut du dos	7	25%	1
		75%	16
Coude	1	25%	1
		75%	1
Bas du dos	20	25%	6
		75%	25
Main	1	25%	1
		75%	8,3
Hanche	1	25%	1
		75%	9,6
Genou	1	25%	1
		75%	12
Cheville	1	25%	1
		75%	2
Doulmax	24	25%	15
		75%	30

Tableau 18 : Médianes et quartiles des neuf zones de douleur répertoriées

Douleur absente ou très faible	Douleur intermittente pouvant être insupportable	Douleur très forte ou une fréquence importante avec une intensité supportable	Douleur très forte avec une fréquence très importante
[1/2/3/4/5/6/7/8/9]	[10/12/14/15/16]	[18/20/21/24/25]	[28/30/35/36/42/49]

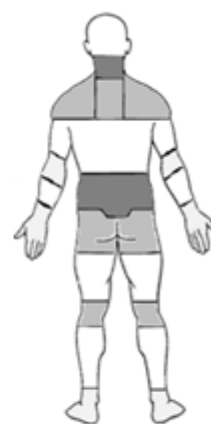


Figure 17 : Représentation des douleurs des 25% de l'échantillon les plus atteints corps humain

Le tableau 18 permet de comprendre les zones les plus sensibles et les plus douloureuses, pour les 25 % de l'échantillon les plus atteints, représentées dans le figure 17. Ainsi, le rachis est la zone la plus touchée (bas du dos et nuque).

## 2.2. Liens entre facteurs psychosociaux, Burnout, Vigueur et T.M.S.

Comme précédemment, une fusion entre la demande psychologique et l'effort extrinsèque a été validée par un alpha de cronbach fort et une corrélation significative pour réaliser la variables EPT (Effort psychologique au travail)

	EPT	LD	SS	EI	MRE	MRS	MRM	B	V	DM
<b>FACTEURS PSYCHOSOCIAUX</b>										
Charge physique subjective	<b>0,26*</b>	--0,07	0,03	<b>0,23*</b>	0,15	0,15	-0,05	-0,14	<b>0,31**</b>	<b>0,40**</b>
Efforts Psychologique au travail (EPT)	1	<b>0,24*</b>	0,06	<b>0,57**</b>	<b>0,40**</b>	<b>0,24*</b>	0,18	0,16	0,10	0,06
Latitude décisionnelle (LD)		1	<b>0,47**</b>	<b>0,30**</b>	-0,07	-0,12	0,00	-0,06	<b>0,27*</b>	-0,12
Support social (SS)			1	0,08	<b>-0,48**</b>	<b>-0,37**</b>	<b>-0,25*</b>	<b>-0,30**</b>	<b>0,37**</b>	<b>-0,24*</b>
Efforts Intrinsèques (EI)				1	<b>0,35**</b>	<b>0,29**</b>	0,11	<b>0,28**</b>	-0,03	0,15
Manque récompense – Estime (MRE)					1	<b>0,49**</b>	<b>0,26*</b>	<b>0,30**</b>	-0,19	0,14
Manque récompense – Statut (MRS)						1	<b>0,30**</b>	<b>0,33**</b>	<b>-0,33*</b>	0,19
Manque récompense – Monétaire (MRM)							1	0,18	-0,19	-0,03
<b>BURNOUT (B)</b>								1	<b>-0,67**</b>	0,15
<b>VIGUEUR (V)</b>									1	0,02
<b>DOULMAX (DM)</b>										1

Non significatif:  $p \geq 0,05$  / Significatif:  $p < 0,05$  \*  $p < 0,05$  \*\*  $p \leq 0,01$

Tableau 19 : Matrice rectangulaire de corrélations entre les facteurs psychosociaux, le Burnout, la Vigueur et la Douleur max.

Le tableau 19 indique les corrélations existantes entre les facteurs psychosociaux, le Burnout, la Vigueur et les troubles musculosquelettiques.

Il existe donc une **corrélation négative** entre :

- le support social et le Burnout
- le manque de récompense statut et la Vigueur
- le Burnout et la Vigueur
- le support social et la douleur maximale

Il existe une **corrélation positive** entre :

- l'effort Intrinsèque et le Burnout
- le manque de récompense estime et le Burnout
- le manque de récompense statut et le Burnout
- la charge physique subjective et la Vigueur
- la latitude décisionnelle et la Vigueur
- le support social et la Vigueur
- la charge physique et les douleurs

Une vigilance sera apportée particulièrement au lien des facteurs psychosociaux avec le Burnout, la Vigueur et les troubles musculosquelettiques (T.M.S.). On peut également noter la corrélation positive de la Vigueur avec la charge physique. Pour comprendre la proportion et la direction de ces liens, une régression est effectuée.

### 2.2.1. Modèle parcimonieux linéaire des Facteurs Psychosociaux sur le Burnout

Des régressions linéaires « pas à pas » sont effectuées sur l'ensemble des facteurs psychosociaux corrélés significativement avec le Burnout. Une vérification systématique de la significativité des Bêta permet d'éliminer et de réduire notre modèle parcimonieux aux facteurs ayant une influence probante et significative face au Burnout.

	Bêta réduit
Support Social	-0,33**
Efforts Intrinsèques	0,30**
R= 0,43	
R <sup>2</sup> = 16,1%	
Non significatif: $p > .05$	
Significatif: $p < .05$ * $p < .05$ ** $p < .01$	

Tableau 20 : Régression linéaire des Facteurs Psychosociaux sur le Burnout

### 2.2.2. Modèle parcimonieux des Facteurs Psychosociaux sur la Vigueur

Des régressions linéaires « pas à pas » sont effectuées sur l'ensemble des facteurs psychosociaux corrélés significativement avec la Vigueur. Une vérification systématique de la significativité des Bêta permet d'éliminer et de réduire notre modèle parcimonieux aux facteurs ayant une influence probante et significative face à la Vigueur.

	Bêta réduit
Charge Physique	0,35**
Manque de récompense - statut	-0,29**
Support Social	0,25*
R= 0,54	
R <sup>2</sup> = 26,9%	
Non significatif: $p > .05$	
Significatif: $p < .05$ * $p < .05$ ** $p < .01$	

Tableau 21 : Régression linéaire des Facteurs Psychosociaux sur la Vigueur

### 2.2.3. Modèle parcimonieux des Facteurs Psychosociaux sur les Troubles Musculosquelettiques

Des régressions linéaires « pas à pas » sont effectuées sur l'ensemble des facteurs psychosociaux corrélés significativement avec les T.M.S. Une vérification systématique de la significativité des Bêta permet d'éliminer et de réduire notre modèle parcimonieux aux facteurs ayant une influence probante et significative face aux T.M.S.

	Bêta réduit
Support Social	-0,25**
Charge Physique	0,40**

R= 0,47  
R<sup>2</sup>= 20,2%

Non significatif:  $p > .05$   
Significatif:  $p < .05$  \*  $p < .05$  \*\*  $p < .01$

Tableau 22 : Régression linéaire des Facteur Psychosociaux sur les T.M.S.

#### 2.2.4. Effet de la Vigueur sur le Burnout

Des régressions linéaires de la Vigueur (VI) face au Burnout (VD) permettent d'analyser l'effet de cette VI sur le Burnout.

	Bêta réduit
Vigueur	-0,67**

R= 0,67  
R<sup>2</sup>= 43,7%

Non significatif:  $p > .05$   
Significatif:  $p < .05$  \*  $p < .05$  \*\*  $p < .01$

Tableau 23 : Régression linéaire de la Vigueur sur le Burnout



**Conclusion :**

Dans cette étude réalisée en 2016 dans trois secteurs hospitaliers gériatriques, des variables différentes de l'étude de 2010 (réalisés dans une grande variété de services, comme la chirurgie, l'oncologie ou encore la rhumatologie) permettent d'expliquer le Burnout, la Vigueur et les T.M.S.. En effet, la variable EPT a totalement disparu du modèle explicatif et le support social s'est, quant à lui, distingué par sa récurrence entre nos trois variables (Burnout, Vigueur et T.M.S.). Pour expliquer plus précisément ces différences, une exploration par type de service permet dans la troisième partie d'analyser avec plus de précisions les causes et conséquences du Burnout dans les différents services de gériatrie analysés.

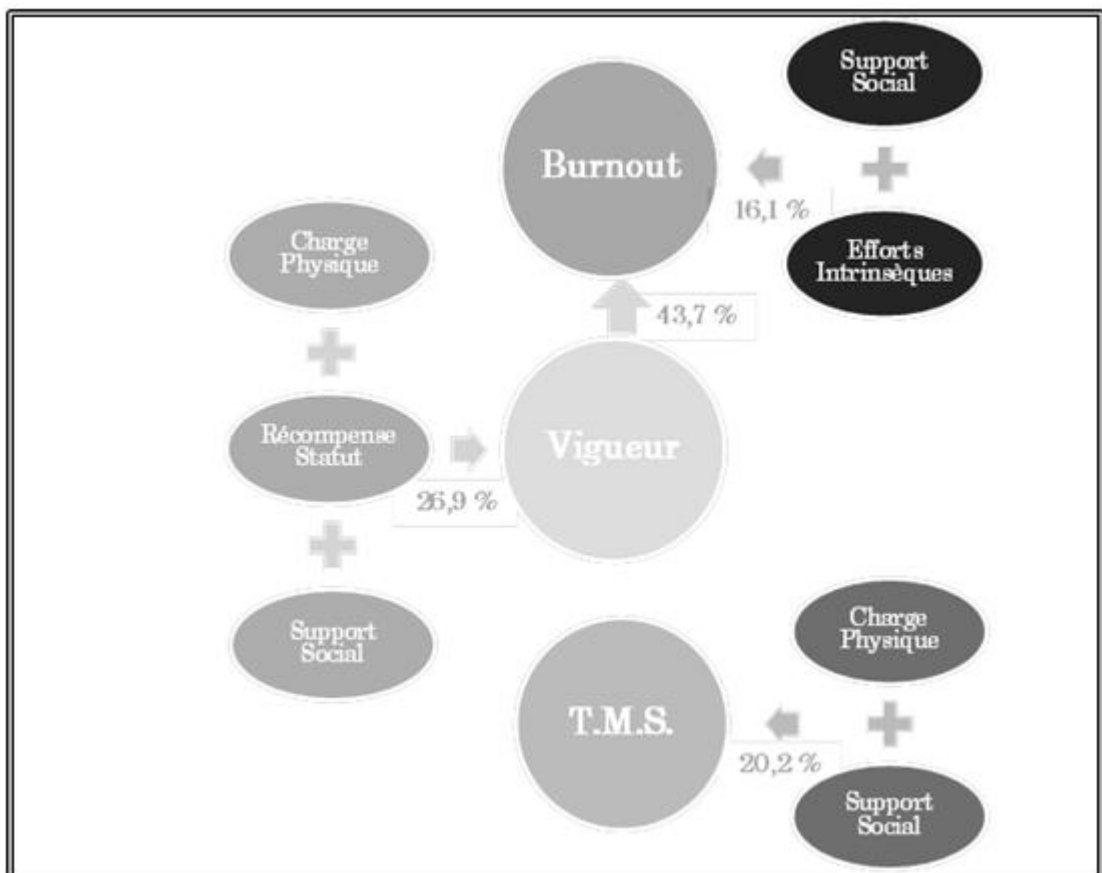


Figure 18 : Représentation du modèle

### 3. Focus sur les services de gériatrie

#### 3.1. Scores du questionnaire par service

Pour plus de pertinence et de précision, nous avons séparé les trois types de service. Ainsi, les scores présentés ci-dessous nous permettent de mieux comprendre les spécificités de l'environnement de chacun de ces services.

	UCC Moyenne ( $\sigma$ )	SP Moyenne ( $\sigma$ )	SSR Moyenne ( $\sigma$ )
<b>Facteurs Psychosociaux</b>			
<b>Karasek</b> (échelle de 1 à 7)			
Charge physique subjective	4,33 (1,62)	<b>4,59 (1,47)</b>	5,36 (1,46)
Demande psychologique	4,39 (1,02)	4,37 (0,78)	<b>4,54 (0,86)</b>
Latitude décisionnelle <b>(1)</b>	<b>4,58 (0,70)</b>	4,42 (0,73)	4,34 (0,68)
Support social	4,89 (0,92)	<b>5,15 (0,86)</b>	4,99 (0,88)
Efforts Intrinsèques	4,50 (0,93)	4,33 (1,03)	<b>4,60 (1,01)</b>
<b>Siegrist</b> (échelle de 1 à 5)			
Efforts extrinsèques	2,65 (0,79)	<b>2,67 (0,77)</b>	2,62 (0,62)
Manque Récompense Estime	<b>1,83 (0,74)</b>	1,73 (0,80)	1,62 (0,85)
Manque Récompense Statut <b>(2)</b>	<b>2,08 (0,80)</b>	1,94 (0,63)	2,07 (0,88)
Manque Récompense Monétaire	<b>3,48 (1,36)</b>	3,25 (1,40)	3,17 (1,60)
<b>Burnout</b> (échelle de 1 à 7)			
Fatigue physique <b>(3)</b>	<b>3,82 (1,04)</b>	3,68 (1,00)	2,93 (1,20)
Epuisement émotionnel	<b>2,92 (0,99)</b>	2,14 (0,65)	2,13 (1,03)
Lassitude cognitive	<b>3,45 (0,96)</b>	2,71 (0,95)	2,39 (0,96)
Burnout général ( $\sigma$ )	<b>3,40 (1,06)</b>	2,84 (1,09)	2,48 (1,12)
Médiane	<b>Méd. : 3,40</b>	Méd. : 2,73	Méd. : 2,33
Quartiles 25%	2,67	2,00	1,55
Quartiles 75%	4,17	3,67	3,37
<b>Vigueur</b> (échelle de 1 à 7)			
Force physique	4,48 (0,88)	4,60 (0,87)	<b>5,25 (0,95)</b>
Energie émotionnelle	5,23 (0,90)	5,70 (0,57)	<b>5,89 (0,78)</b>
Vivacité cognitive	4,42 (0,95)	4,56 (0,58)	<b>5,07 (0,92)</b>
Vigueur générale ( $\sigma$ )	4,71 (0,98)	4,95 (0,87)	<b>5,40 (0,96)</b>
Médiane	Méd. : 4,67	Méd. : 5,00	<b>Méd. : 5,33</b>
Quartiles 25%	4,00	4,33	4,67
Quartiles 75%	5,50	5,60	6,00
<b>Douleur maximum</b>	<b>23,00 (13,90)</b>	21,79 (12,53)	21,97 (7,58)

Tableau 24 : Scores moyens des Facteurs Psychosociaux, Burnout, Vigueur et douleur en fonction des services

Les scores globaux évalués de 1 à 7 (excepté Siegrist, de 1 à 5) représentent les aspects bénéfiques et délétères de nos différents services (1 = ce facteur est absent ; 7 = ce facteur est fortement présent). On note que l'UCC a un score de manque de récompense, de Burnout et de douleur le plus élevé. **Le service possédant la meilleure Vigueur est le SSR et le support social est surtout représenté dans les soins palliatifs.**

## 3.2. Liens entre les facteurs psychosociaux, le Burnout, la Vigueur et la douleur

### 3.2.1. *Les unités cognitivo-comportementale (UCC)*

« Les unités cognitivo-comportementales (UCC) furent créées dans le cadre de la mesure 17 du plan Alzheimer 2008/2012 dans le but de réduire les troubles du comportement de patients présentant une maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée pour lesquels le recours à une hospitalisation est nécessaire. » Delphin-Combe, Roubaud, Martin-Gaujard, Fortin, Rouch, Krolak-Salmon (2013), p. 490.

	EPT	LD	SS	EI	MRE	MRS	MRM	B	V	DM
<b>FACTEURS PSYCHOSOCIAUX</b>										
Charge physique subjective (CP)	<b>0,50**</b>	-0,06	0,06	<b>0,28*</b>	0,19	0,08	-0,18	-0,04	0,19	<b>0,57**</b>
Efforts Psychologique au travail (EPT)	1	<b>0,27*</b>	0,10	<b>0,52**</b>	0,26	<b>0,01*</b>	0,11	0,22	0,17	0,30
Latitude décisionnelle (LD)		1	<b>0,57**</b>	0,25	-0,29	-0,20	0,23	-0,19	<b>0,52**</b>	-0,02
Support social (SS)			1	0,17	<b>0,54**</b>	<b>0,47**</b>	-0,06	<b>-0,45*</b>	<b>0,60**</b>	-0,30
Efforts Intrinsèques (EI)				1	0,20	-0,03	0,05	0,284	0,06	0,28
Manque récompense – Estime (MRE)					1	<b>0,68**</b>	0,06	<b>0,36*</b>	<b>-0,39*</b>	0,27
Manque récompense – Statut (MRS)						1	0,18	0,27	<b>-0,45*</b>	0,22
Manque récompense – Monétaire (MRM)							1	0,14	-0,16	0,07
<b>BURNOUT (B)</b>								1	<b>0,60**</b>	0,20
<b>VIGUEUR (V)</b>									1	0,11
<b>DOULMAX (DM)</b>										1

*Non significatif:  $p \geq .05$  / Significatif:  $p < .05$  \*  $p < .05$  \*\*  $p \leq .01$*

Tableau 25 : Matrice rectangulaire de corrélations entre les facteurs psychosociaux, le Burnout, la Vigueur et la Douleur max dans les UCC

Le tableau 25 permet de comprendre les liens entre nos VI (facteurs psychosociaux) et VD (Burnout, Vigueur et douleur). Ainsi, il existe un lien entre :

- CP → la douleur
- LD + SS + MRE (r négatif) + MRS (r négatif) → Vigueur
- SS (r négatif) + MRE → Burnout
- Vigueur (r négatif) → Burnout

Pour comprendre la proportion et la prédiction de ces liens, des régressions sont effectuées. La représentation de ces régressions est présentée dans la figure 19.

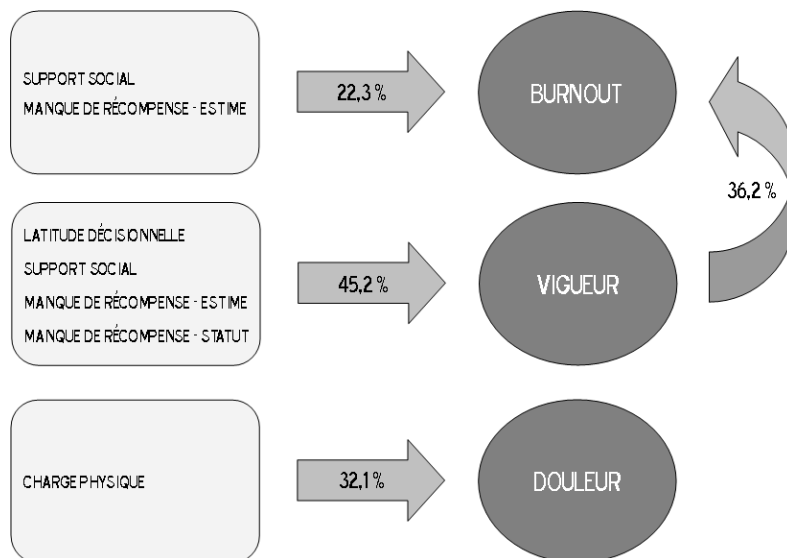


Figure 19 : Représentation de la valeur prédictive des facteurs psychosociaux sur le Burnout, la Vigueur et la douleur dans les UCC

Le support social et le manque de récompense –estime expliquent 22,3 % du Burnout. De plus, 36,2% du Burnout est expliqué par la Vigueur. La **latitude décisionnelle**, le support social, le manque de récompense estime et statut expliquent 45,2 % de la Vigueur. Enfin, la charge physique explique 32, 1 % de la douleur.

### 3.2.2. Les soins palliatifs (SP)

Les services de soins palliatifs ont pour objectif « la prise en charge médicale des mourants, elles sont caractérisées par le développement d'un modèle spécifique des soins en fin de vie ou modèles des soins palliatifs. Apparu il y a une trentaine d'année en Grande Bretagne, il concerne maintenant la plupart des systèmes de santé des pays occidentaux. » Mino, & Lert (2003), p. 35.

	EPT	LD	SS	EI	MRE	MRS	MRM	B	V	DM
<b>FACTEURS PSYCHOSOCIAUX</b>										
Charge physique subjective (CP)	0,06	-0,15	-0,22	<b>0,23*</b>	0,31	<b>0,43*</b>	0,06	0,35	-0,06	0,37
Efforts Psychologique au travail (EPT)				<b>0,56*</b>	<b>0,58*</b>	<b>0,55*</b>				
	1	0,25	0,18	*	*	*	<b>0,46*</b>	0,36	-0,27	-0,31
Latitude décisionnelle (LD)			<b>0,53*</b>							
		1	*	<b>0,42*</b>	0,08	0,06	0,26	0,17	0,29	-0,16
Support social (SS)			1	0,24	-0,16	-0,16	-0,12	-0,07	0,31	-0,17
Efforts Intrinsèques (EI)					<b>0,50*</b>	<b>0,52*</b>		<b>0,60*</b>		
				1	*	*	<b>0,37*</b>	*	-0,11	0,01
Manque récompense – Estime (MRE)					1	<b>0,53*</b>	<b>0,41*</b>	<b>0,41*</b>	-0,30	-0,02
Manque récompense – Statut (MRS)						1	<b>0,45*</b>	<b>0,40*</b>	-0,31	0,02
Manque récompense – Monétaire (MRM)							1	0,19	-0,17	-0,30
BURNOUT (B)								1	<b>-0,39*</b>	0,00
VIGUEUR (V)									1	-0,04
DOULMAX (DM)										1

Non significatif:  $p \geq .05$  / Significatif:  $p < .05$  \*  $p < .05$  \*\*  $p \leq .01$

Tableau 26 : Matrice rectangulaire de corrélations entre les facteurs psychosociaux, le Burnout, la Vigueur et la Douleur max dans les SP

Comme précédemment, le tableau 26 permet de comprendre les liens entre nos VI et VD. Ainsi, il existe un lien entre :

- EI + MRE + MRS → Burnout
- Vigueur (r négatif) → Burnout

Les régressions réalisées par la suite sont représentées dans la figure 20.

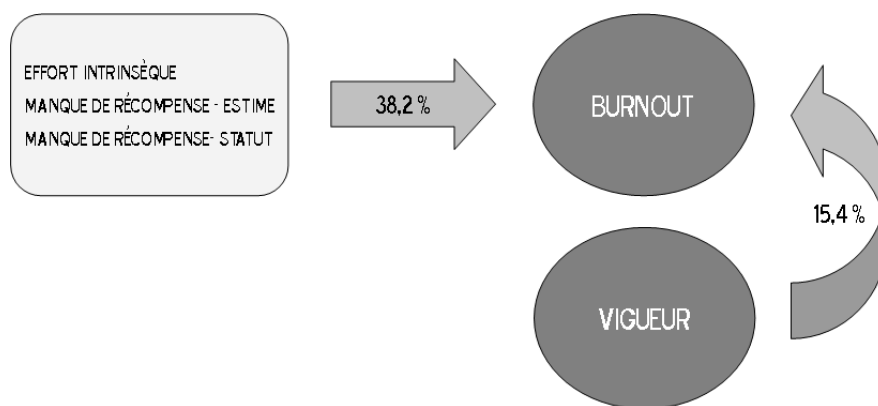


Figure 20 : Représentation de la valeur prédictive des facteurs psychosociaux sur le Burnout, la Vigueur et la douleur dans les SP

Les résultats suggèrent que 38,2 % du Burnout est expliqué par la combinaison de l'effort intrinsèque et du manque de récompense estime et statut. De plus, 15,4 % du Burnout est expliqué par la Vigueur.

### 3.2.3. Les soins de suite et de réadaptation (SSR)

« Un Centre de Soins de Suite et de Réadaptation (CSSR) est une structure de moyen séjour qui accueille généralement des patients après une hospitalisation dans une unité de court séjour qui procède aux diagnostics et aux premiers traitements. Les CSSR prennent en charge les patients qui nécessitent encore des soins (rééducatif, médicaux ou sociaux) et qui ne peuvent pas rentrer chez eux. » (2e Congrès international francophone de soins palliatifs, 2013), p. 50.

	EPT	LD	SS	EI	MRE	MRS	MRM	B	V	DM
<b>FACTEURS PSYCHOSOCIAUX</b>										
Charge physique subjective (CP)	0,12	0,10	0,23	<b>0,14*</b>	0,09	0,06	0,05	<b>-0,41*</b>	<b>0,45*</b>	0,22
Efforts Psychologique au travail (EPT)	1	0,22	-0,13	<b>0,66**</b>	<b>0,45*</b>	0,32	0,01	0,01	0,21	0,11
Latitude décisionnelle (LD)		1	0,33	0,24	-0,13	-0,18	<b>0,49**</b>	-0,33	0,23	-0,28
Support social (SS)					-		-	-		
Efforts Intrinsèques (EI)			1	-0,13	<b>0,71**</b>	<b>-0,42*</b>	<b>0,54**</b>	<b>0,42**</b>	0,22	-0,26
Manque récompense – Estime (MRE)				1	<b>0,37*</b>	<b>0,43*</b>	-0,07	0,19	-0,15	0,14
Manque récompense – Statut (MRS)					1	0,33	0,27	0,14	0,11	0,17
Manque récompense – Monétaire (MRM)						1	0,32	<b>0,43*</b>	-0,31	0,34
<b>BURNOUT (B)</b>								1	0,15	-0,19
<b>VIGUEUR (V)</b>									1	-0,05
<b>DOULMAX (DM)</b>										1

Non significatif:  $p \geq .05$  / Significatif:  $p < .05$  \*  $p < .05$  \*\*  $p \leq .01$

Tableau 27 : Matrice rectangulaire de corrélations entre les facteurs psychosociaux, le Burnout, la Vigueur et la Douleur max dans les SSR

Il existe un lien entre :

- Charge physique → Vigueur
- CP (r négatif) + SS (r négatif) + MRS → Burnout
- Vigueur (r négatif) → Burnout

Ci-dessous la représentation des régressions dans La figure 21.

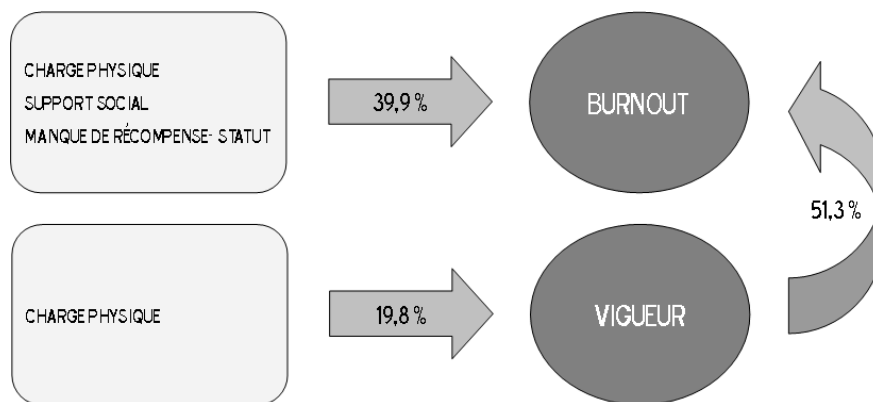


Figure 21 : Représentation de la valeur prédictive des facteurs psychosociaux sur le Burnout, la Vigueur et la douleur dans les SSR

39,9 % du Burnout est expliqué par la combinaison charge physique, support social et manque de récompense statut mais également 51,3 % par la Vigueur. Cette même Vigueur est expliquée par la charge physique à hauteur de 19,8 %.



**Conclusion :**

Le support social reste la variable explicatrice la plus redondante dans nos trois types de services de gériatrie (UCC, SP, SSR). Elle est accompagnée par le manque de récompense et la charge physique présente dans les SSR et UCC. Il est tout de même à noter que globalement les facteurs psychosociaux sont indissociables de l'organisation du travail, pouvant différer d'un hôpital à l'autre, d'un type de secteur à l'autre.

## 4. Le jardin thérapeutique face aux indicateurs de santé au travail

Pour rappel, le jardin thérapeutique est un espace vert extérieurs et/ou intérieurs (Corazon, Stigsdotter, Moeller, & Moeller-Rasmussen 2012 ; Pringuey-Criou, 2015), dont les bénéfices s'adressent à tous, lesquels sont notamment amplifiés lorsque leur aménagement prévoit des œuvres d'art (Ridenour, 2016 ; Rivasseau-Jonveaux, Batt, Fescharek, Benetos, Trognon, Bah-Chuzeville, Pop, Jacob, Yzoard, 2013b ; Yzoard, Batt, Trognon, Verhaegen, Jacob, Pop, Bernez, Fescharek, & Rivasseau-Jonveaux, 2016). Ainsi, le jardin thérapeutique est au départ aménagé pour que le patient atteint de maladie d'Alzheimer puisse déambuler et trouver un apaisement. Le jardin non-aménagé sera quant à lui, un espace vert non-aménagé (pas de banc, pas d'activité, pas d'œuvre d'art...)

	Avec jardin Moyenne ( $\sigma$ )	Jardin non aménagé Moyenne ( $\sigma$ )	Sans jardin Moyenne ( $\sigma$ )
<b>Facteurs Psychosociaux</b>			
<b>Karasek</b> (échelle de 1 à 7)			
Charge physique subjective	5,24 (1,45)	5,31 (1,08)	<b>3,95</b> (1,65)
Demande psychologique	4,87 (1,03)	4,38 (0,80)	<b>4,11</b> (0,67)
Latitude décisionnelle	4,65 (0,66)	4,33 (0,69)	4,38 (0,73)
Support social	<b>5,29</b> (0,92)	4,95 (0,96)	4,81 (0,76)
Efforts Intrinsèques	4,66 (1,20)	4,40 (0,91)	4,39 (0,83)
<b>Siegrist</b> (échelle de 1 à 5)			
Efforts extrinsèques	2,77 (0,84)	2,54 (0,71)	2,62 (0,64)
Manque Récompense Estime	1,69 (0,84)	1,74 (0,89)	1,75 (0,69)
Manque Récompense Statut	2,01 (0,80)	2,10 (0,75)	1,99 (0,79)
Manque Récompense Monétaire	2,54 (1,55)	3,76 (1,07)	3,60 (1,40)
<b>Burnout</b> (échelle de 1 à 7)			
Fatigue physique	3,36 (1,24)	3,03 (1,17)	3,91 (0,90)
Epuisement émotionnel	2,31 (0,94)	2,20 (0,67)	2,65 (1,15)
Lassitude cognitive	2,61 (1,13)	2,61 (0,84)	<b>3,25</b> (1,02)
Burnout général ( $\sigma$ )	2,76 (1,19)	<b>2,61</b> (0,97)	3,27 (1,15)
Médiane	Méd. : 2,67	Méd. : 2,60	Méd. : 3,40
Quartiles 25%	2,00	1,92	2,33
Quartiles 75%	3,62	3,20	4,00
<b>Vigueur</b> (échelle de 1 à 7)			
Force physique	4,99 (0,97)	4,93 (1,11)	4,49 (0,75)
Energie émotionnelle	5,71 (0,53)	5,72 (0,83)	5,41 (0,95)
Vivacité cognitive	4,88 (0,80)	4,77 (0,96)	4,45 (0,85)
Vigueur générale ( $\sigma$ )	<b>5,19</b> (0,87)	5,14 (1,06)	4,78 (0,96)
Médiane	Méd. : 5,29	Méd. : 5,00	Méd. : 4,67
Quartiles 25%	4,67	4,29	4,20
Quartiles 75%	5,80	5,90	5,25
<b>Douleur ressentie maximum</b>	25,86 (11,17)	21,16 (10,47)	20,20 (12,31)

Tableau 28 : Scores moyens des Facteurs Psychosociaux, Burnout, Vigueur et douleur maximum en fonction du type de jardin.

Les résultats montrent que **le Burnout est moins présent dans les services avec jardin** (cf. tableau 28) que sans jardin, quel que soit le type de service. De même, **la sensation de Vigueur**, tant physique que psychologique, est **moins présente quand le service ne dispose pas de jardin** (cf. tableau 28). En revanche, la douleur ressentie maximum déclarée augmente avec la présence d'un jardin aménagé (cf. figure 22).

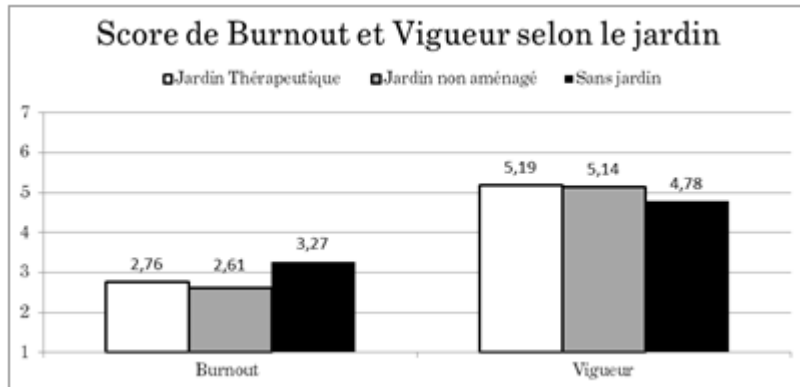


Figure 22 : Représentation de la différence des scores de Burnout et de Vigueur en fonction du type de jardin.

#### 4.1. Comparaison des scores entre les types de jardin

##### 4.1.1. *Différence jardin thérapeutique versus sans jardin*

		Test de Levene sur égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes					Intervalle de confiance de la différence à 95%	
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard	Inférieur	Supérieur
<b>Burnout</b>	Hyp. de variances égales	,725	<b>,398</b>	2,227	61	<b>,030</b>	,509	,229	,052	,967
<b>Vigueur</b>	Hyp. de variances égales	,175	<b>,677</b>	-2,424	61	<b>,018</b>	-,411	,170	-,750	-,072
<b>Doulmax</b>	Hyp. de variances égales	,168	,683	-1,938	62	,057	-5,800	2,993	-11,783	,183

Tableau 29 : Test t-Sudent de comparaison des scores du Burnout, Vigueur et T.M.S. des échantillons indépendants de jardin thérapeutique versus sans jardin

La moyenne du Burnout dans les services avec jardin thérapeutique est de 2,76 alors que celle sans jardin est de 3,27. La différence est significative  $t(61) = 2,23$ ,  $p \leq 0,05$ . De même, la sensation de Vigueur a pour score 5,19 dans les services avec jardin thérapeutique et 4,78 sans jardin. Ces moyennes sont significativement différentes ( $p \leq 0,05$ ). En revanche, les douleurs maximales évoquées par les soignants dans les services avec jardin thérapeutique est de 25,86 pour 20,20 sans jardin. La différence, qui est au demeurant en faveur des services sans jardin, n'est cependant que tendancielle  $t(62) = 1,94$ ,  $p \leq 0,10$ .

##### 4.1.2. *Différence jardin non aménagé versus sans jardin*

		Test de Levene sur égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes					Intervalle de confiance de la différence à 95%	
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard	Inférieur	Supérieur
<b>Burnout</b>	Hyp. de variances égales	,002	<b>,962</b>	-2,938	58	<b>,005</b>	-,658	,224	-1,106	-,210
<b>Vigueur</b>	Hyp. de variances égales	1,514	,223	1,726	58	,090	,358	,207	-,057	,773
<b>Doulmax</b>	Hyp. de variances égales	,711	,403	,311	58	,757	,960	3,083	-5,211	7,131

Tableau 30 : Test t-Sudent de comparaison des scores du Burnout, Vigueur et T.M.S. des échantillons indépendants de jardin non aménagé versus sans jardin

On retrouve également une différence significative entre le score du Burnout dans les services avec jardin non aménagé (2,61) et sans jardin (3,27) puisque que  $t(58) = 2,94$ ,  $p \leq 0,05$ . De plus, la différence pour la Vigueur est tendancielle avec un  $p \leq 0,10$ .

## 4.2. Résultats en fonction du jardin et du service

La suite de l'étude se focalise sur l'impact du jardin sur nos trois variables (Burnout, Vigueur, Douleur).

	UCC Unité Cognitive Comportementale			SP Soins palliatifs			SSR Soins de suite et de réadaptation		
<b>Burnout (de 1 à 7)</b>	3,23	2,83	<b>3,94</b>	2,83	2,79	<b>2,91</b>	2,26	2,18	<b>2,85</b>
<b>Vigueur (de 1 à 7)</b>	5,01	<b>5,04</b>	4,27	5,01	4,71	<b>5,02</b>	5,59	<b>5,65</b>	5,1
<b>Douleur (de 1 à 49)</b>	<b>31,5</b>	15,7	12,15	<b>25</b>	14	13,9	<b>21,89</b>	21,1	16,08
	Avec jardin thérapeutique	Jardin non aménagé	Sans jardin	Avec jardin thérapeutique	Jardin non aménagé	Sans jardin	Avec jardin thérapeutique	Jardin non aménagé	Sans jardin

*Tableau 31: Scores en fonction du jardin et du service*

Pour les 3 services (UCC, SP, SSR), le jardin est utile pour lutter contre le Burnout. Le score du Burnout s'avère toujours plus bas avec un jardin notamment lorsqu'il est aménagé en jardin thérapeutique. Concernant la Vigueur, l'effet est plus tendanciel puisque les services avec jardin thérapeutique se positionnent en deuxième position comparativement au jardin non aménagé et sans jardin. En revanche, la douleur n'a pas de score probant concernant l'utilité du jardin thérapeutique.

### 4.3. Comparaison des scores pour chaque service entre les types de jardin

Pour vérifier que ces différences sont significatives et pas le fruit du hasard, des comparaisons de moyenne (t-student) sont réalisées. Ainsi, les scores de Burnout, Vigueur et Douleur sont comparés en fonction du jardin pour les 3 services identifiés (UCC, SP, SSR).

**Les différences significatives sont observées en grande majorité dans les UCC.**

		Test de Levene sur égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes							
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95%		
									Inférieur	Supérieur	
<b>UCC</b>											
<b>Burnout</b>	Hypothèse de variances égales	,062	,805	-2,027	19	<b>,057</b>	-,707	,349	-1,438	,0230	
<b>Vigueur</b>	Hypothèse de variances égales	,002	,969	2,579	19	<b>,018</b>	,741	,287	,140	1,343	
<b>Doulmax</b>	Hypothèse de variances égales	1,970	,177	1,659	19	,114	10,577	6,377	-2,771	23,925	
<b>SP</b>											
<b>Burnout</b>	Hypothèse de variances égales	1,283	,271	-,233	19	,818	-,073	,312	-,727	,581	
<b>Vigueur</b>	Hypothèse de variances égales	,002	,966	-,315	19	,756	-,062	,197	-,475	,351	
<b>Doulmax</b>	Hypothèse de variances égales	,053	,821	,853	19	,404	5,000	5,862	-7,269	17,269	
<b>SSR</b>											
<b>Burnout</b>	Hypothèse de variances égales	1,190	,289	-1,510	19	,148	-,593	,393	-1,415	,229	
<b>Vigueur</b>	Hypothèse de variances égales	,005	,942	1,680	19	,109	,485	,289	-,119	1,090	
<b>Doulmax</b>	Hypothèse de variances égales	,465	,504	,679	19	,506	2,306	3,397	-4,805	9,416	

Tableau 32 : Test t-Sudent de comparaison des scores du Burnout, Vigueur et Douleur des échantillons indépendants des jardins thérapeutiques versus sans jardin en fonction des 3 services

		Test de Levene sur égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes							
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95%		
									Inférieur	Supérieur	
<b>UCC</b>											
<b>Burnout</b>	Hypothèse de variances égales	,179	,678	1,153	16	,266	,400	,347	-,335	1,135	
<b>Vigueur</b>	Hypothèse de variances égales	,715	,410	-,087	16	,932	-,031	,358	-,790	,727	
<b>Doulmax</b>	Hypothèse de variances égales	,274	,608	2,288	16	<b>,036</b>	12,600	5,507	,925	24,275	
<b>SP</b>											
<b>Burnout</b>	Hypothèse de variances égales	,628	,440	,102	16	,920	,038	,369	-,745	,821	
<b>Vigueur</b>	Hypothèse de variances égales	,015	,905	1,548	16	,141	,303	,196	-,112	,718	
<b>Doulmax</b>	Hypothèse de variances égales	,198	,662	,945	16	,359	5,714	6,048	-7,107	18,535	
<b>SSR</b>											
<b>Burnout</b>	Hypothèse de variances égales	,276	,607	,171	15	,866	,079	,460	-,901	1,059	
<b>Vigueur</b>	Hypothèse de variances égales	2,665	,123	-,145	15	,886	-,061	,418	-,952	,830	
<b>Doulmax</b>	Hypothèse de variances égales	,613	,446	-,976	15	,345	-3,736	3,828	-11,895	4,422	

Tableau 33 : Test t-Sudent de comparaison des scores du Burnout, Vigueur et Douleur des échantillons indépendants des jardins thérapeutiques versus jardin non aménagé en fonction des 3 services

		Test de Levene sur égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes						
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95%	
									Inférieur	Supérieur
<b>UCC</b>										
<b>Burnout</b>	Hypothèse de variances égales	,014	,908	-3,308	21	<b>,003</b>	-1,107	,335	-1,803	-,411
<b>Vigueur</b>	Hypothèse de variances égales	,899	,354	2,488	21	<b>,021</b>	,773	,310	,127	1,418
<b>Doulmax</b>	Hypothèse de variances égales	,954	,340	-,333	21	,743	-2,023	6,077	-14,661	10,615
<b>SP</b>										
<b>Burnout</b>	Hypothèse de variances égales	,027	,872	-,350	15	,732	-,111	,316	-,785	,564
<b>Vigueur</b>	Hypothèse de variances égales	,001	,971	-1,644	15	,121	-,365	,222	-,839	,108
<b>Doulmax</b>	Hypothèse de variances égales	,438	,518	-,113	15	,912	-,714	6,346	-14,241	12,812
<b>SSR</b>										
<b>Burnout</b>	Hypothèse de variances égales	,410	,530	-1,846	18	<b>,081</b>	-,672	,364	-1,436	,093
<b>Vigueur</b>	Hypothèse de variances égales	2,772	,113	1,412	18	,175	,546	,387	-,266	1,359
<b>Doulmax</b>	Hypothèse de variances égales	,044	,836	1,851	18	,081	6,042	3,265	-,817	12,900

Tableau 34 : Test t-Sudent de comparaison des scores du Burnout, Vigueur et Douleur des échantillons indépendants des jardins non aménagés versus sans jardin en fonction des 3 services



**Conclusion :**

- **Burnout :**
  - UCC : Le score du Burnout plus faible des soignants en UCC avec jardin thérapeutique *versus* le score plus fort des UCC sans jardin est tendanciel ( $t(19)=-2,03$ ,  $p < 0,10$ ). De plus, **la diminution du score du Burnout dans les UCC avec un jardin non aménagé (*versus* sans jardin) est significative** ( $t(21)=-3,31$ ,  $p < 0,05$ ).
  - SSR : Le score du **Burnout des soignants en SSR avec jardin non aménagé est plus faible que le score des SSR sans jardin**. Cette différence est significative ( $t(18)= -1,85$ ,  $< 0,05$ ).
- **Vigueur :**
  - UCC : Le score de la **Vigueur des soignants en UCC avec un jardin thérapeutique est significativement plus élevé que le score retrouvé chez ceux travaillant dans les UCC sans jardin** ( $t(19)=2,58$ ,  $p < 0,05$ ). Le même constat est retrouvé dans les services qui disposent de jardins non aménagé. **Les soignants qui bénéficient de jardins non aménagés sont significativement plus vigoureux que les soignants dans les services sans jardin** ( $t(21)=-2,49$ ,  $p < 0,05$ )
- **Douleur :**
  - UCC : **La douleur est significativement plus présente chez les soignants dans des services disposant de jardins thérapeutiques *versus* jardins non aménagés** ( $t(16)=2,29$ ,  $p < 0,05$ ).

## 5. Entretien

### 5.1. Analyse formelle

#### 5.1.1. *Structure*

Cette partie de la méthodologie est constituée de deux étapes. Une première réunion d'équipe composée du cadre-infirmier, d'aides-soignants et d'infirmiers est organisée à la suite des réunions de transmissions entre équipes montantes et descendantes de jour. Le but est de présenter une partie de l'étude et de familiariser les soignants à la réflexion sur leurs conditions de travail. Cette session est constituée de 4 étapes normalisées. Retrouvant, donc, la présentation à l'équipe de l'étude, le rappel des éléments du questionnaire, l'importance de leur donner la parole et enfin des échanges des équipes sur le thème de leurs conditions de travail. Ainsi, une première source de réflexion est obtenue sur les idées « à chaud » de l'équipe. La consigne était : « Que pensez-vous de vos conditions de travail ? »

Dans un second temps, un aide-soignant est porté volontaire pour collecter un maximum d'informations sur la perception de toute l'équipe sur ces conditions de travail. L'important étant de pouvoir obtenir une cartographie complète des avis de l'équipe sur ce sujet. Cette première réunion dure 30 min en moyenne.

Les réactions immédiates ont été enregistrées et transcrites intégralement avant d'être analysées automatiquement (logiciel NVIVO 10) et manuellement (analyse contenu thématique).

Dans un troisième temps, un mois après la réunion d'équipe, un entretien est réalisé avec l'aide soignant volontaire. Il s'agit d'un entretien non-directif qui a permis à l'interviewé de rapporter librement ce que les collègues de son équipe lui ont transmis.

Cet entretien dure également une trentaine de minutes. L'analyse de contenu thématique réalisée apporte les résultats ci-dessous. 8 thèmes ont été exprimés. Les mêmes thèmes sont exprimés dans les entretiens d'équipe et les entretiens individuels quels que soient les secteurs de soins. Cela donne :

- Agression : physique / verbale
- Latitide décisionnelle : autonomie sur le poste / pression et contrainte
- Contrainte physique : manipulation / position debout
- Conséquence du travail : douleur / manque d'accomplissement / stress-fatigue / Vigueur
- Effort : charge psychologique / gestion de la famille / imprévus / horaires / polyvalence
- Moyen : financier / matériel / jardin / nombre de personnel
- Récompense : estime-respect / formation / monétaire / Statut-promotion-insécurité
- Soutien : des collègues / de la hiérarchie / de la vie personnelle

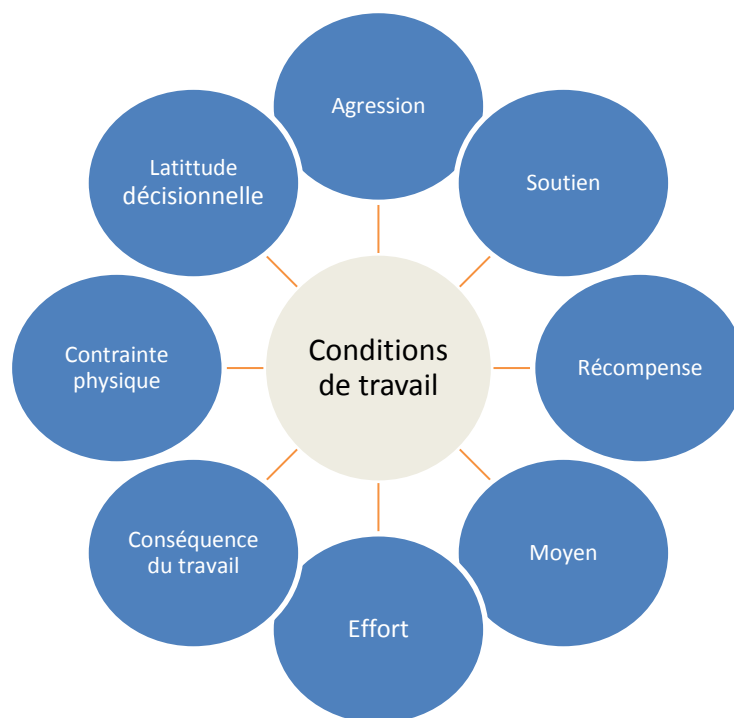


Figure 23 : Cartographie thématique des entretiens réalisés avec l'équipe et avec son représentant dans l'ensemble des services.

## 5.1.2. Les thèmes abordés

Une étude thématique a été réalisée en distinguant les neuf services différents.

### 5.1.2.1. Soins Palliatifs sans jardin

Dans ces entretiens, notre analyse a mis en évidence 5 grands thèmes :

- Formation
- Manque de temps
- Soutien de la hiérarchie
- Manque d'accomplissement de la tâche
- Estime et respect que les soignants reçoivent

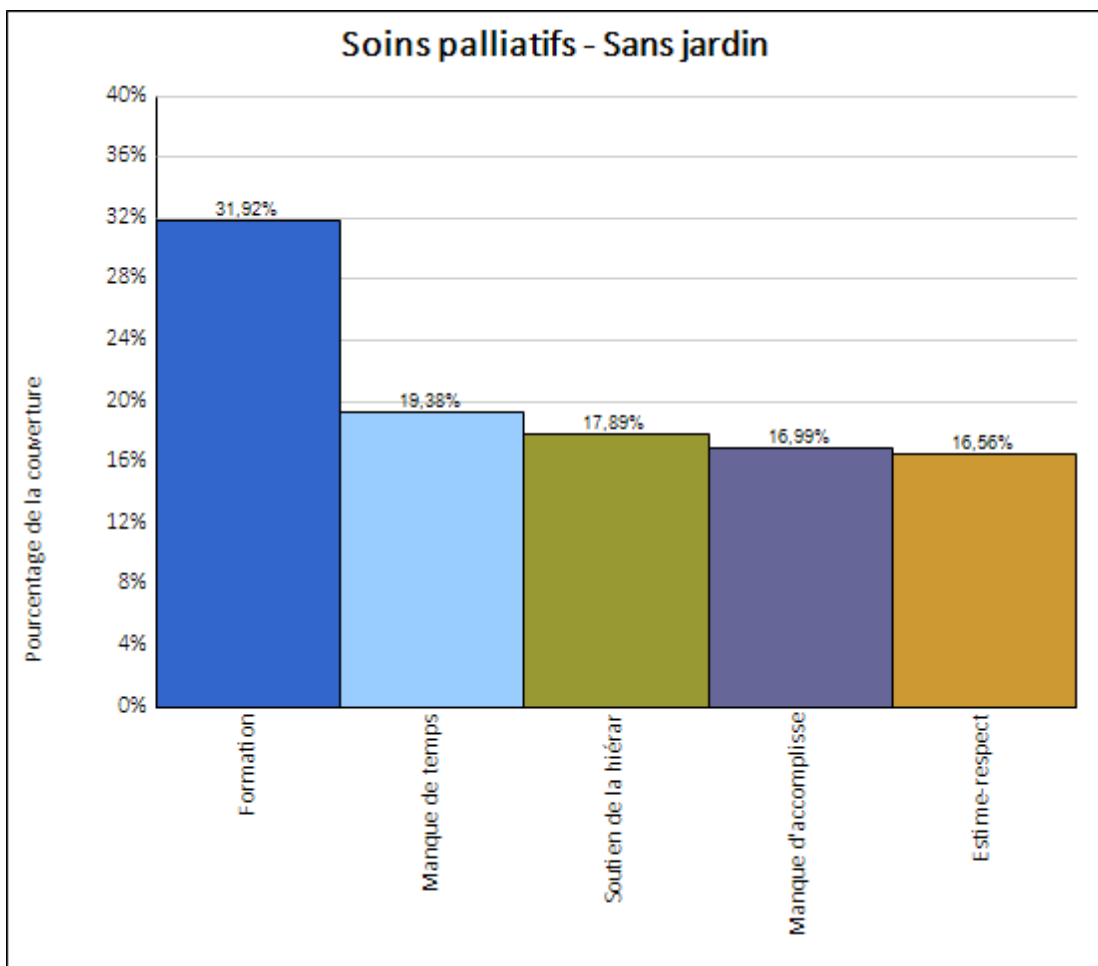


Figure 24 : Thèmes les plus répertoriés dans les entretiens du service de soins palliatifs sans jardin

Ci-dessous des extraits illustratifs des thèmes abordés pour le service de soins palliatifs sans jardin (AS = Aide-soignant ; sp = soins palliatifs ; sj = sans jardin)

**FORMATION :**

ASspssj : Du coup je trouve que ça manque un peu de formation. Parce qu'en soin palliatif c'est important d'avoir de l'aide. C'est pas un service comme les autres. On n'a pas toujours l'impression de pouvoir faire son travail...

...

ASspssj : Je l'ai vécu mal. Je l'ai vécu très très mal en me disant que quelque part entre guillemet "c'est ta faute". Entre guillemet bien sûr, voilà. Oui mais à cette époque-là, je le pensais comme ça. Sans la formation, je le pensais comme ça. Que maintenant, je le vois différemment, je veux dire c'était un symptôme pénible du patient.

**MANQUE D'ACCOMPLISSEMENT :**

ASspssj : Donc actuellement la prise en charge palliative, elle est un peu moins bonne qu'avant.

**MANQUE DE TEMPS :**

ASspssj : Mais tout en sachant que je prends toujours le temps. Tant pis si les papiers sont pas fait, si les choses sont pas faites, je prends le temps avec mes patients.

...

ASspssj : Quand il faut prendre le temps, je prends le temps. Je pense vraiment qu'on n'est pas assez nombreuses pour faire du vrai soin palliatif, ça c'est clair. Au niveau soignant, infirmier et aide-soignant aussi. Parce que faire une toilette à quelqu'un en fin de vie, on peut pas faire ça en 5 - 10 min. Voilà si on fait une vraie prise en charge, il faut au moins, même des fois jusqu'à une heure. Je suis désolé, c'est pas un souci.

**ESTIME –RESPECT :**

ASspssj : Là c'est compliqué mais en termes d'autres récompenses, on en n'a pas. Si les familles qui voudront nous dire un grand merci. Merci de la prise en charge. Merci de la manière dont vous avez travaillé. Ça on l'a souvent quand même.

...

ASspssj : Ça serait bien qu'on soit un peu reconnu. On n'a aucune reconnaissance, moi je trouve. On n'a pas de reconnaissance. Quand, on en parle comme ça. Non, à part les familles qui disent "merci pour votre travail", non. C'est voilà, c'est notre boulot. Pour eux, c'est

notre boulot et voilà, quoi.

**SOUTIEN DE LA HIERARCHIE :**

ASspssj : Avec Mme G., oui. C'est un médecin qui a fait aussi du soin palliatif. Qui a fait un diplôme universitaire en soin palliatif. On a un échange vraiment quasi. quotidien. Quand ça va pas on peut aller la voir. Moi je sais que je vais, je m'entends très bien avec donc si ça va pas, je vais direct dans son bureau et je lui dis "avec tel patient ça va pas, est ce qu'on pourrait faire ça, est ce qu'on pourrait faire ça ?". Elle est toujours ouverte au dialogue et au discours donc ça c'est super.

Dans ce service de soins palliatifs sans jardin, les aspects de formation et soutien sont primordiaux. En effet, le service parle régulièrement du manque de formation et de son manque d'accomplissement de la tâche qui en résulte. La formation permettrait selon les soignants une meilleure approche des symptômes pénibles et par là-même une prise en charge plus aboutie. Ce symptôme pénible est trop souvent associé chez les soignants à une frustration qui se transforme par la suite en questionnement sur leur réelle utilité dans le service. Pour pallier, cette frustration le dialogue avec les collègues, la famille et la hiérarchie semble apporter un réconfort aux soignants mettant ainsi l'accent sur le collectif de travail.

### 5.1.2.2. Soins Palliatifs jardin non-aménagé

Dans ces entretiens, notre analyse a mis en évidence 3 grands thèmes :

- Agression verbale
- Manque de personnel
- Gestion de la famille des patients

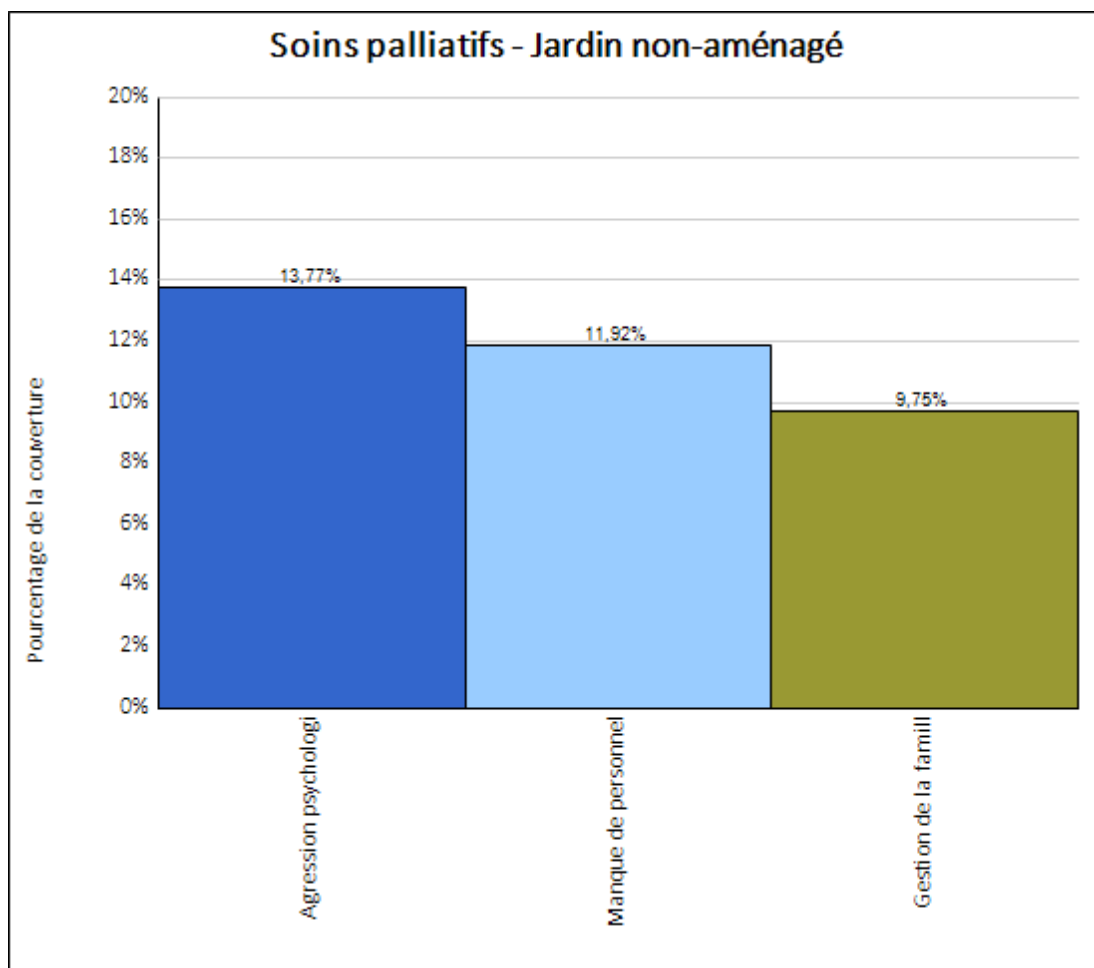


Figure 25 : Thèmes les plus répertoriés dans les entretiens du service de soins palliatifs jardin non-aménagé

Ci-dessous des extraits illustratifs des thèmes abordés pour le service de soins palliatifs avec jardin non-aménagé (AS = Aide-soignant ; sp = soins palliatifs ; jna = jardin non-aménagé)

**AGRESSION VERBALE :**

ASspjna : Ça dépend. Quand y a des familles qui veulent pas que leurs mamans rentrent à domicile et tout ça. Qui veulent qu'il reste ici. On leur explique que c'est pas une EPHAD, c'est pas une maison de retraite. C'est un hôpital, qui sont là pour quelques jours, il faut qu'ils rentrent et des fois les familles, ils ne sont pas content et avec les paroles ils vont assez loin.

....

ASspjna : Oui, "je vais venir te buter, ma mère ne sortira pas" Des trucs comme ça.

**MANQUE DE PERSONNEL :**

ASspjna : Il faudrait mettre plus de monde dans l'équipe. Etre plusieurs...

...

ASspjna : D'être à deux, déjà pour faire les toilettes. Et puis comme ça, au moins, y a pas de souci, quoi. Ça change beaucoup. Ça change beaucoup, c'est que le temps que l'une lave la patiente, l'autre elle peut déjà préparer, sortir les affaires. Ce qu'elle ne fait pas quand on est toute seule, quoi.

**GESTION DE LA FAMILLE DES PATIENTS :**

ASspjna : La famille des patients peut-être ... Quand y a des familles qui sont assez.... C'est assez difficile, de les prendre en charge parce qu'ils sont constamment en train de nous dire "oh mais non, il faut pas faire-ci, faut par faire ça". Mon mari il aime pas ça, ma femme elle veut pas qu'on fasse ça. Ça c'est dur parce qu'on leur explique qu'ici, ils sont dans un hôpital, que le docteur a dit que c'était comme ça et pas autrement. Donc ça c'est assez dur de leur expliquer, parce qu'on leur explique plusieurs fois, ils ne comprennent pas tout de suite. Il faut revenir à chaque fois, des fois ça explose, y'en a qui se font gueuler dessus, limite agresser. Sinon, aussi pour ... quand y a des décès. La prise en charge est pas du tout la même en fait. C'est (silence)...



Dans cet hôpital, le service des soins palliatifs avec un jardin non aménagé est source de stress. La fatigue est prépondérante et les soignants sont souvent désemparés face à des situations de détresse familiale. L'agression verbale choque les soignants et décentralise le problème de la prise en charge institutionnelle sur le soignant, se sentant, ainsi, dans une relation néfaste et une communication sans réponse possible. Le soignant aura une impression d'isolement et ne pourra donc pas faire face à ses sources de stress par la cohésion d'équipe inexistante surtout en raison du manque de personnel dans le service.

### 5.1.2.3. Soins palliatifs jardin thérapeutique

Dans ces entretiens, notre analyse a mis en évidence 8 grands thèmes :

- Soutien de leur vie personnelle
- Manque de matériel
- Stress et fatigue
- Soutien de la hiérarchie
- Remplacement et polyvalence
- Soutien des collègues
- Estime-respect
- Vigueur

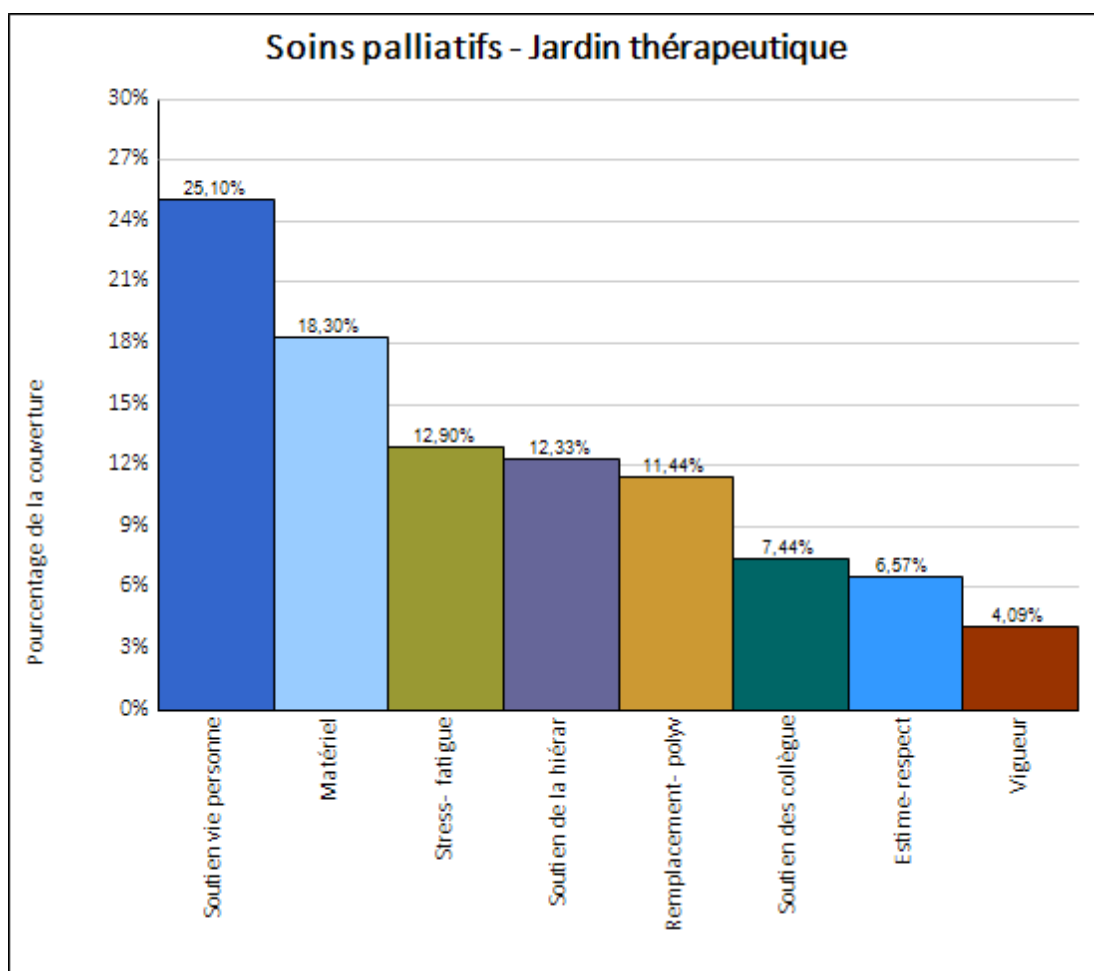


Figure 26 : Thèmes les plus répertoriés dans les entretiens du service de soins palliatifs jardin thérapeutique

Ci-dessous des extraits illustratifs des thèmes abordés pour le service de soins palliatifs avec jardin thérapeutique (AS = Aide-soignant ; sp = soins palliatifs ; jt = jardin thérapeutique)

**STRESS ET FATIGUE :**

ASspjt : Même si tout n'est pas rose, hein. On est souvent fatigué et stressé dans notre travail. On part de notre poste et on n'en peut plus.

...

ASspjt : Mais surtout, c'est compliqué pour le moral.

ASspjt : des fois après une journée crevante, on n'a pas forcément envie de revenir retravailler, quoi.

**MANQUE DE MATERIEL :**

ASspjt : Ah oui, on pleure pour du linge, on pleure pour des sacs poubelles. Moi, y a des services comme la réanimation ou les urgences, qui ont tout, tout de suite.

...

ASspjt : Oui, quand vous manquez pendant 8 jours de sacs poubelles. On nous parle de protocole d'hygiène et de chose comme ça mais on nous donne pas les moyens de le faire et de les respecter. Donc obligé de vider les poubelles tous les jours sans changer de sac pendant 8 jours. Moi je sais que je suis en train de faire la préparation pour l'école d'infirmière, on nous briefe sur plein de choses qui sont légales ou pas par rapport à l'hygiène, par rapport aux médicaments, à plein de chose. Dans les services, on a pas les moyens de les appliquer. C'est frustrant.

**SOUTIEN DE LEUR VIE PERSONNELLE :**

ASspjt : A un moment donné, quand on rentre, on est content de pouvoir faire plein de bisous à ces enfants même si la vaisselle est pas faite, c'est pas grave. On relativise certaine chose.

**SOUTIEN DE LA HIERARCHIE :**

ASspjt : On a aussi la hiérarchie. Par rapport à la hiérarchie, je pense qu'elle voudrait pouvoir faire beaucoup de chose mais je pense qu'elles sont bloquées par haut dessus. Le fait qu'elle ait des restrictions aussi....

**SOUTIEN DES COLLEGUES :**

ASspjt : Oui, chaque personne comme on a aussi nos soucis, et le fait d'être une équipe, on se connaît, moi ça fait que 4 ans mais y en a qui y sont depuis beaucoup plus longtemps et

qui y sont depuis plus d'une dizaine d'années. Donc euh...on sent quand ça va pas. Y a un truc... C'est l'ambiance globale ...

ASspjt : Ben je vois en ce moment, on a des personnes qui sont en train, des collègues qui sont en train de divorcer, on voit bien qu'elles sont moins joviales, qu'elles acceptent moins de patient.

...

ASspjt : Ce qui y a quand on a un problème entre collègues, on laisse jamais le problème traîner. C'est tout de suite discuté, lancer la discussions de part et d'autre et souvent ça... y a jamais de gros conflit. C'est des litiges qui sont réglé tout de suite. De toute façon il faut, parce que sinon c'est quelque chose qui traîne de part et d'autres, on part avec notre rancœur. Là aussi, partir à la maison avec quelque chose qui n'a pas été réglé, c'est pas. Voilà, pour moi c'est le mieux pour pas dormir.

...

ASspjt : Oui, la communication verbale ou non parce que des fois on arrive à .... Des fois rien qu'en regardant on arrive à "Ok d'accord" même si on a vu, des fois on peut abuser. Voilà quand on a abusé, savoir reconnaître ses torts et euh... je pense que le travail c'est le partage d'histoire de vie entre personnel.

#### **REMPLACEMENT ET POLYVALENCE :**

ASspjt : Après y a aussi les horaires de travail, les collègues qui sont absentes. Les retours de poste aussi, quand on pense être en repos et qu'on... on n'en veut pas à la collègue mais euh...moi je sais que j'ai du mal à dire non, donc je reviens souvent et y arrive un moment où je suis épuisée.

#### **VIGUEUR :**

ASspjt : Moi j'aime mon métier, j'adore mon métier donc je dirais que j'ai pas de, "comment je pourrais dire ça ?", de réticence à venir... Pour moi c'est pas une obligation de venir.

#### **ESTIME-RESPECT :**

ASspjt : Voilà plus grand le respect et surtout plus cohérent, avec mon métier parce que le métier d'aide -soignante, c'est quand même ... La relation c'est quand même numéro un, c'est la priorité numéro un.

Ce service de soins palliatifs avec jardin thérapeutique met l'accent sur la communication. En effet, les entretiens commencent par une expression de leur stress et de leur fatigue avec des variables pondératrices. Ainsi, la communication avec la famille, les collègues et la hiérarchie permet de mieux appréhender leurs conditions de travail. La passion pour leurs métiers est par conséquent mise en avant. Néanmoins, un point de plusieurs minutes a été réalisé sur le manque de matériel. Cette pénurie engendre du stress mettant à mal leurs consciences professionnelles.

#### 5.1.2.4. Soins de suite et de réadaptation sans jardin

Dans ces entretiens, notre analyse a mis en évidence 3 grands thèmes :

- Manque de temps
- Manque d'accomplissement de la tâche
- Soutien des collègues

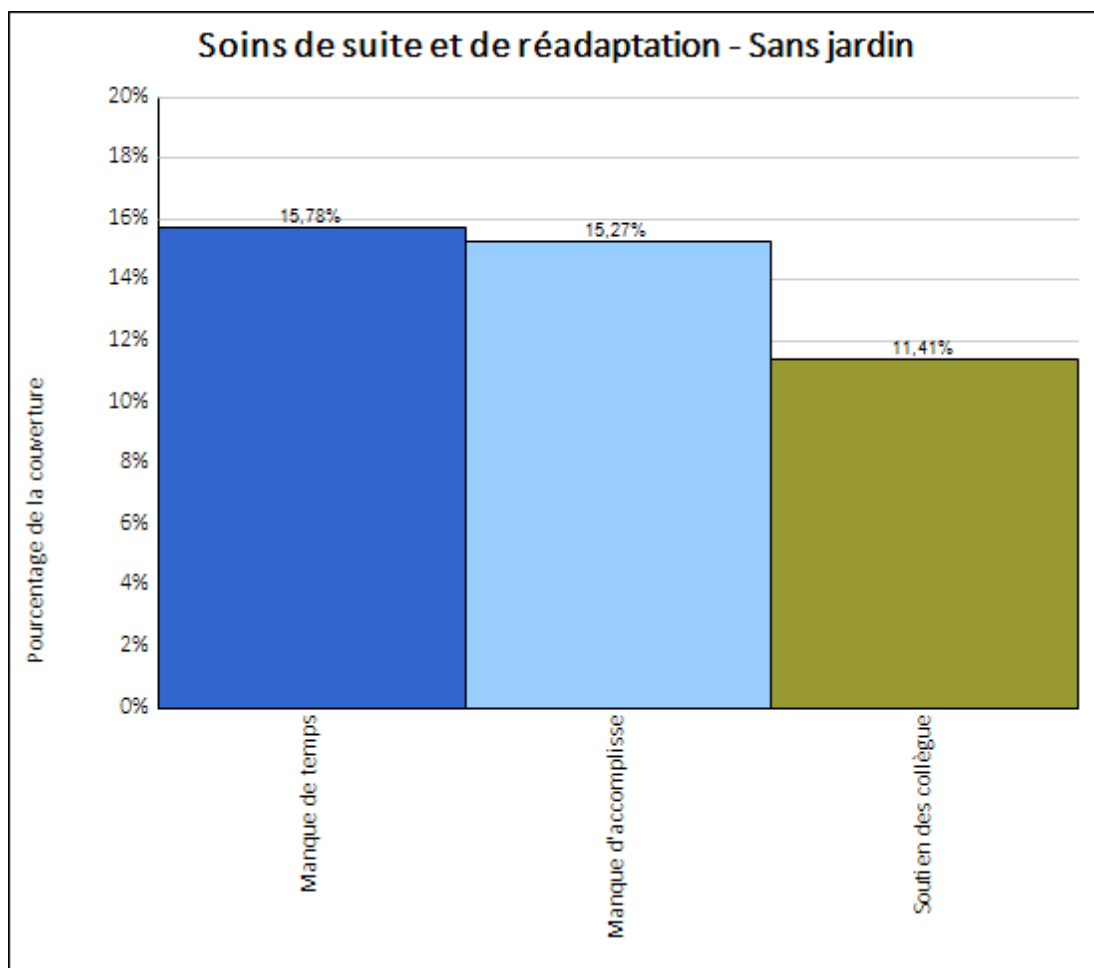


Figure 27 : Thèmes les plus répertoriés dans les entretiens du service de soins de suite et de réadaptation sans jardin

Ci-dessous des extraits illustratifs des thèmes abordés pour le service de soins de suite et de réadaptation sans jardin (AS = Aide-soignant ; ssr = soins de suite et de réadaptation ; sj = sans jardin)

#### **SOUTIEN DES COLLEGUES :**

ASssrsj : Après on s'entraide pas mal, c'est ça qui est bien aussi. Donc y 'a une bonne cohésion d'équipe.

...

ASssrsj : Y a quand même une bonne humeur. Bon après chacun fait avec les humeurs c'est sur.... Mais non, je veux dire y a quand même, on sait que... Voilà, on est là pour travailler. Que du coup, il peut se passer, ce qui se passe à côté. On n'a pas le choix, de toute façon tes obligés de faire ton travail. Donc ça, ça va encore. C'est bien intégré.

...

ASssrsj : Non pas de souci. On s'aide pour porter les malades par exemple.

#### **MANQUE DE TEMPS :**

ASssrsj : C'est vrai que devoir faire une toilette en 10 min c'est frustrant pour nous et désagréable pour le patient.

...

ASssrsj : Quand j'étais à l'école on nous a appris, une toilette c'était 45 min dans le bien-vivre, dans le bien être. Quand toutes les conditions respectées donc tout soit impeccable, c'est 45 min. Quand je te dis que des fois c'est 10 min....

#### **MANQUE D'ACCOMPLISSEMENT DE LA TACHE :**

ASssrsj : Je veux dire, au final, on les, enfin, moi de mon côté, je me place comme ça mais on les ré-autonomise pas du tout en fait. Parce qu'on fait tout et on est tellement pressé qu'on fait tout à l'heure place et finalement, eux ils font plus rien et puis à la fin c'est : « Ah ben non, mais votre collègue, machin, voilà, elle fait ».

...

ASssrsj : Parce que du coup, ils pourraient, y en a facilement je pense, qu'ils peuvent rentrer chez eux et à la fin... Ben c'est ce qu'on a eu dernièrement, on fait des répit familiaux, tu sais ce qui garde leurs parents, ce qui ont besoin de vacances, récupérer. Ils viennent chez nous pour 3 semaines et la petite dame, vraiment bien, en fin bien, c'est sur elle était malade mais ça allait. Elle se débrouillait toute seule. Elle mangeait toute seule, elle était vraiment, elle avait juste besoin de soin le matin pour faire le dos et les jambes. Ben à la fin, elle avait une protection complète, elle voulait plus se lever. Fallait qu'on lui donne à manger, elle voulait plus manger toute seule. Déjà, on s'est dit, il faut qu'elle rentre chez

elle, c'est pas possible. Donc voilà

...

ASsrsj : Je me dis merde, je suis pas, ben au final je fais pas bien mon boulot. En plus, on est dans un SSR, je veux dire c'est un truc qui sert à ça. On n'est pas à l'hôtel ou en soins palliatif, machin. C'est vraiment notre truc, de rééduquer. La ré-autonomisation c'est nous et on le fait pas du tout parce qu'on n'a pas le temps, on pas de... On peut pas.

...

ASsrsj : Je me dis j'ai pas réussi. Je l'ai pas aidé, c'est pas et pourtant j'ai fait un maximum. C'est pas cool pour lui, c'est pas cool pour moi.

Le manque d'accomplissement et le manque de temps prédominent ces entretiens. Par le manque de temps, les principaux gestes de ré-autonomisation et de rééducation ne sont pas réalisés. Par conséquent, le soignant comprend que son travail n'est pas réalisé dans son ensemble et la frustration des malades qui se dégradent est un poids lourd à porter malgré une cohésion d'équipe plutôt forte.



### 5.1.2.5. Soins de suite et de réadaptation jardin non-aménagé

Dans ces entretiens, notre analyse a mis en évidence 4 grands thèmes :

- Soutien de la hiérarchie
- Gestion de la famille des patients
- Manipulation des patients
- Soutien des collègues

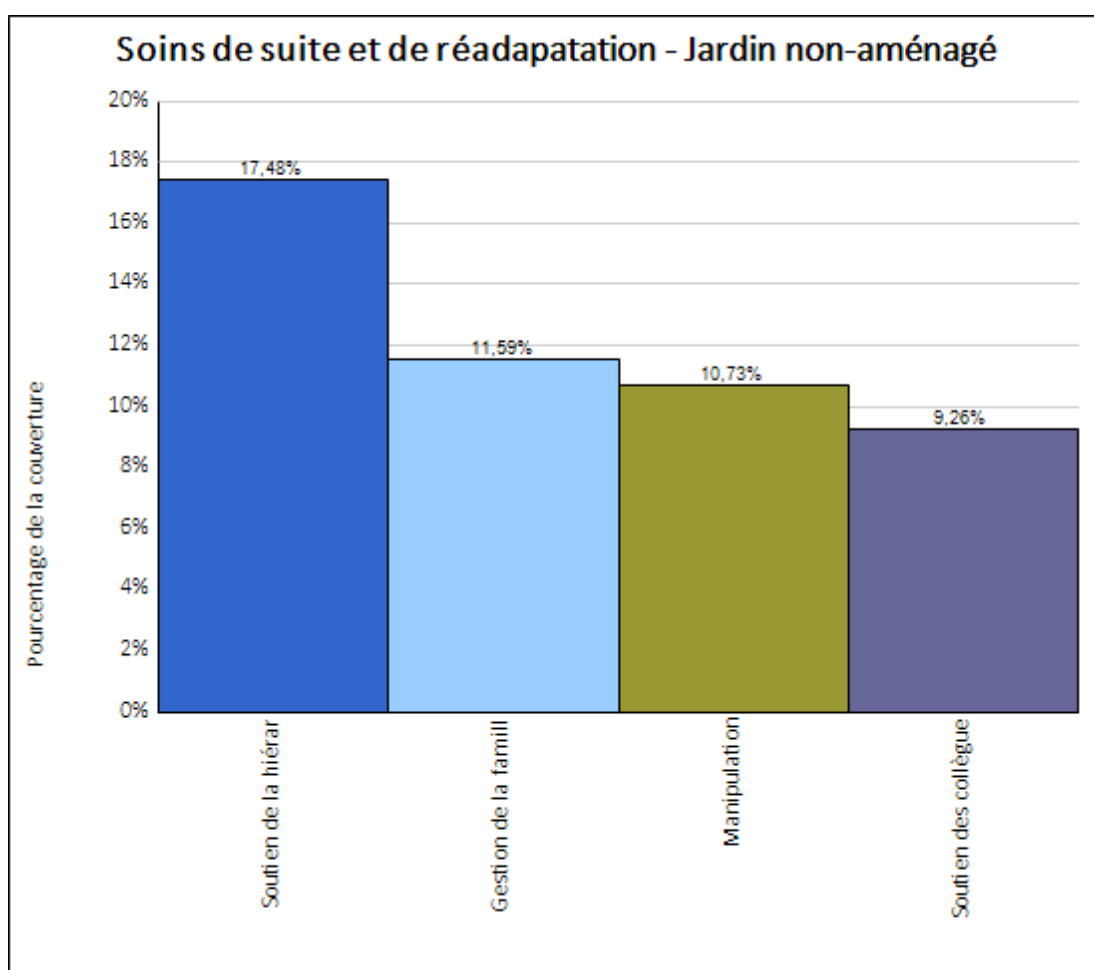


Figure 28 : Thèmes les plus répertoriés dans les entretiens du service de soins de suite et de réadaptation jardin non-aménagé

Ci-dessous des extraits illustratifs des thèmes abordés pour le service de soins de suite et de réadaptation avec jardin non-aménagé (AS = Aide-soignant ; ssr = soins de suite et de réadaptation ; jna = jardin non-aménagé)

**MANIPULATION :**

ASssrjna : Les gens sont déjà grabataire et puis gérer la famille aussi, c'est pas toujours facile, émotionnellement et physiquement.

...

ASssrjna : C'est quand, on a la manipulation des patients. Enormément, on fait que ça. Lever, coucher, installer, remonter dans le lit, le re-remonter....pff.

...

ASssrjna : Oui parce que vous avez quand même des gens qui sont raides dans le lit, qui sont ...c'est très très, c'est très dur....

**GESTION DE LA FAMILLE :**

ASssrjna : C'est à dire quand vous avez une famille qui vous pleure dans les bras, c'est pas évident. Déjà pour nous c'est pas facile, bon ils viennent chercher le réconfort en venant dans nos bras, en venant nous expliquer ce qui leur arrive. Bon on les comprend du coup, faut dire que nous on supporte déjà pas mal dans la journée, on essaye de supporter ça en plus. Moi ça me dérange pas personnellement, ça fait un peu beaucoup à chaque fois, c'est des choses qui se rajoute sur ce qu'on supporte déjà.

...

ASssrjna : Je supporte, les réflexions de certaines familles.

**SOUTIEN DE LA HIERARCHIE :**

ASssrjna : On supporte certaine réflexion soit de médecin ou de cadre ou de kiné, enfin des personnes qui sont supérieures à nous qui dévalorisent un petit peu quand même la fonction. Ça fait quand même beaucoup mal ça, et puis... Ben voilà quoi.

**SOUTIEN DES COLLEGUES :**

ASssrjna : On n'ose pas trop le dire mais c'est le conflit des équipes, on va dire. Pas mal de conflit d'équipe, c'est l'équipe du matin qui critique l'équipe de l'après-midi. L'équipe de l'après-midi qui critique l'équipe du matin. C'est toujours quand le boulot n'est pas fait, c'est toujours la faute de l'autre.

Cette équipe met l'accent sur des difficultés de cohésion et de charge physique et psychologique. Un manque de soutien de la hiérarchie est noté par une minimisation du travail des aides-soignants et infirmiers venant, ainsi, augmenter les conflits déjà existant dans les équipes. Cette ambiance de travail vient dégrader des tâches décrites comme rudes physiquement et psychologiquement.

### 5.1.2.6. Soins de suite et de réadaptation jardin thérapeutique

Dans ces entretiens, notre analyse a mis en évidence 3 grands thèmes :

- Manque de temps
- Manque d'accomplissement de la tâche
- Remplacement et polyvalence
- Soutien des collègues

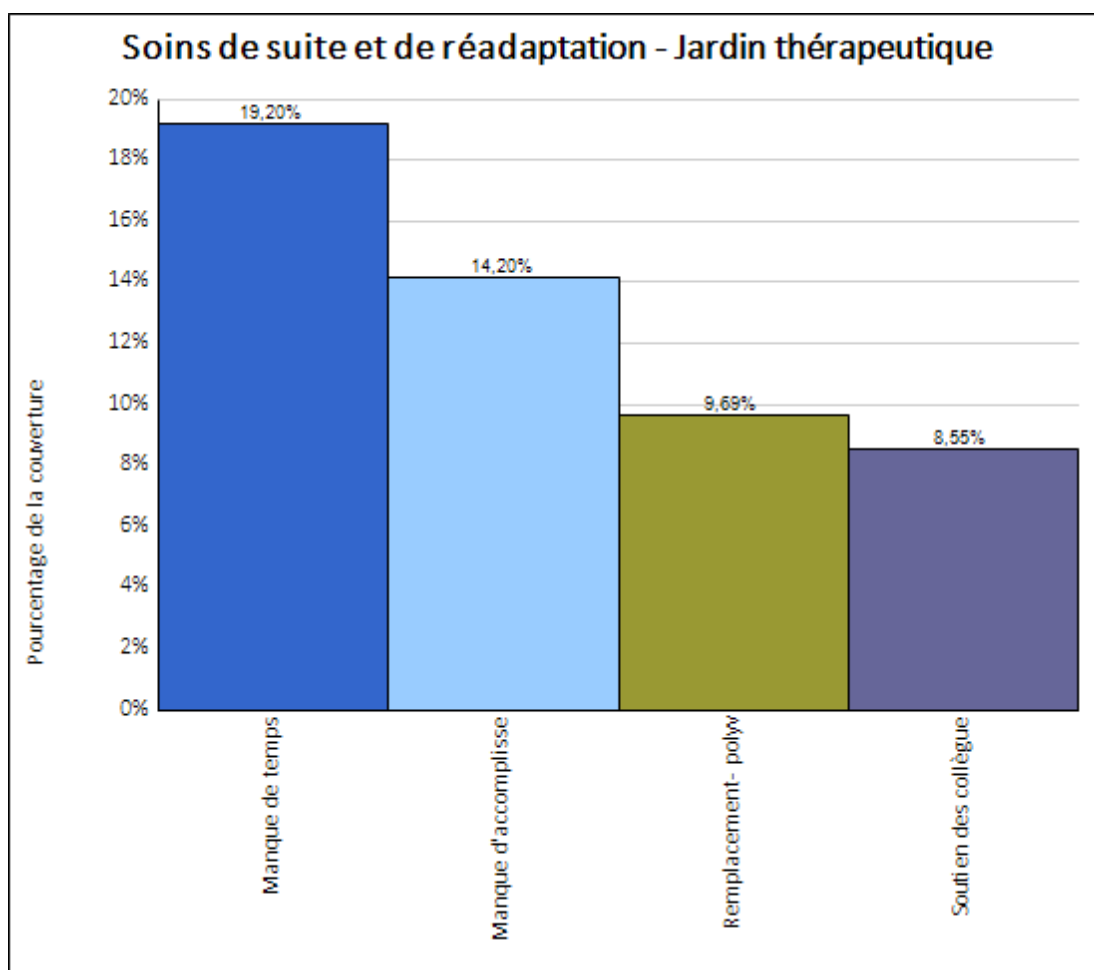


Figure 29 : Thèmes les plus répertoriés dans les entretiens du service de soins de suite et de réadaptation jardin thérapeutique

Ci-dessous des extraits illustratifs des thèmes abordés pour le service de soins de suite et de réadaptation avec jardin thérapeutique (AS = Aide-soignant ; ssr = soins de suite et de réadaptation ; jt = jardin thérapeutique)

**MANQUE D'ACCOMPLISSEMENT DE LA TACHE :**

ASsrjt : Ce qui fait qu'on fait beaucoup moins bien notre travail et ben on ressort, je veux dire, avec un sentiment, de pas avoir, de pas avoir travaillé correctement. C'est, je cherche le mot, c'est un sentiment de culpabilité.

...

ASsrjt : Ça m'affecte, je vous ai dit, moi je sors des fois dans un état de pas avoir travaillé correctement et on en ressent un travail à la chaîne. Pourtant on est avec de l'humain.

**MANQUE DE TEMPS :**

ASsrjt : Oui, on n'a pas assez de temps avec les patients. Du fait d'un poste de travail qui a été supprimé.

ASsrjt : Tout est ordonné. A telle heure on fait ça, à telle heure on fait ça. On suit un, on suit un plan, où l'horaire est important effectivement parce que par exemple sur une journée, un début de poste. En fait on a la transmission, donc après la transmission, on fait, ben par exemple l'après-midi on fait un tour de change, on prend les températures, les tensions pour ce qu'il y a prendre. Donc tout ceci doit être fait...

**SOUTIEN DES COLLEGUES :**

ASsrjt : Y a une chose positive, c'est qu'on travaille en équipe et qu'on se soutien et y a de l'entraide entre les soignants, entre eux.

...

ASsrjt : On peut demander de l'aide. On accepte, on a vraiment... Les changements d'horaires, on peut changer entre collègue, du moment qu'il y a toujours quelqu'un de présent, on peut faire des changements. Y a des arrangements possibles.

**REMPLACEMENT - POLYVALENCE :**

ASsrjt : Là franchement, c'est terrible l'évolution que ça prend, qu'on veut nous faire être mobile, être tourné, polyvalent mais cette polyvalence ne nous permet pas d'être, de s'investir. Vous pouvez pas vous investir en étant 2 jours dans un service et recharger de service et n'y aller qu'une journée et recharger et n'y aller qu'une nuit. C'est pas possible, on va tous, péter un câble. Là, c'est un point critique parce que changer tout le temps comme ça, on n'a pas souhaité. Si on a envie de changer, on va dans des équipes de secours mais voilà, mais là on fait bouger tout le monde donc eux.

...

ASsrJT : Ben vous arrivez, une famille vous demande quelque chose. Ben excusez-moi, j'étais pas là hier, j'arrive. Le lendemain on part ailleurs. Le lendemain on vous demande, comment était mon père hier ? Ben j'étais pas là hier, je peux pas vous le dire. Ou alors, ben oui effectivement, je vous connais pas, voilà.

Le soutien des collègues semble très important, cela permet de gérer les aléas du quotidien et de mieux appréhender son travail. De plus, le manque de temps et le manque d'accomplissement personnel provoque de la culpabilité chez les soignants.

### 5.1.2.7. Unité cognitivo-comportementale sans jardin

Dans ces entretiens, notre analyse a mis en évidence 4 grands thèmes :

- Charge psychologique
- Soutien des collègues
- Manque d'accomplissement de la tâche
- Manque de personnel

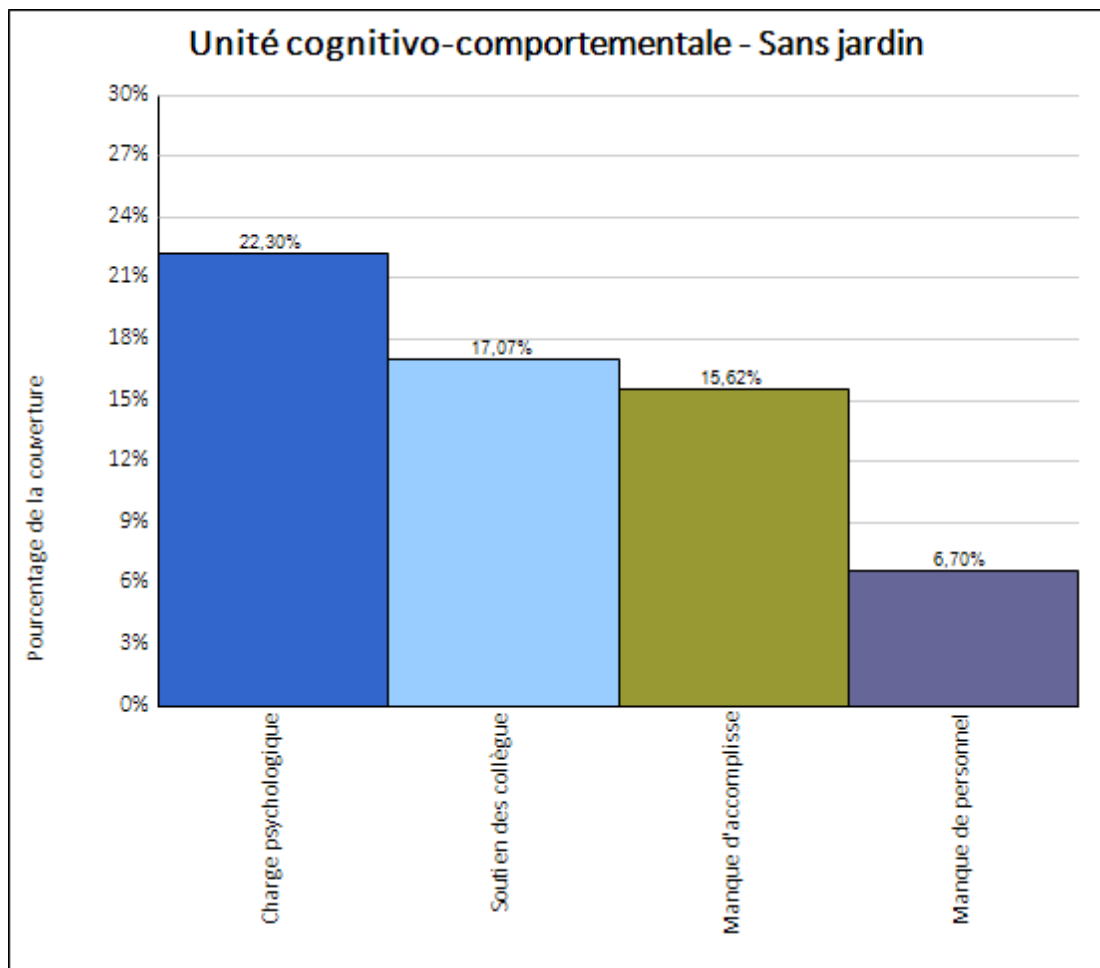


Figure 30 : Thèmes les plus répertoriés dans les entretiens de l'unité cognitivo-comportementale sans jardin

Ci-dessous des extraits illustratifs des thèmes abordés pour l'unité cognitivo-comportementale sans jardin (AS = Aide-soignant ; ucc = unité cognitivo-comportementale ; sj = sans jardin)

**MANQUE D'ACCOMPLISSEMENT DE LA TACHE :**

ASuccsj : Pour arriver à un but. Le but vraiment c'est que les patients qui arrivent ici, ils sont en générale dans un état de crise quand ils arrivent et puis le but c'est qu'ils aillent mieux.

...

ASuccsj : Et qu'ils puissent rentrer, soit au domicile soit retour d'hébergement d'où ils viennent.

Et, euh... ben, euh..., alors bien-sûr, on n'est pas, euh..., c'est pas la cour des miracles. (Rires) C'est pas du tout, mais je trouve que les résultats entre guillemet ne sont plus aussi optimum, qu'ils l'étaient.

...

ASuccsj : Ben c'est légers, les gens rentrent des fois ou partent dans des situations encore très tangente. Parce qu'on a l'impression d'un travail non fini.

**CHARGE PSYCHOLOGIQUE :**

ASuccsj : Eh ben, ce qu'on, euh, qu'on ne s'implique pas trop émotionnellement, par exemple. Qu'on parle toujours de cette fameuse distance professionnelle après bon. Elle, euh... qu'on euh... (blanc).

Et puis après il faut beaucoup relativiser, nous nous voyons aussi beaucoup dans ces unités, des personnes très malades, alors qu'il en existe à l'extérieur des gens qui n'en sont pas. Donc on a vraiment une tranche de population mais qui reste importante mais minime malgré tout. Donc y a ça et puis y a aussi savoir en dehors de la vie de travail, savoir se ressourcer.

**MANQUE DE PERSONNEL :**

ASuccsj : On grignote de plus en plus, euh, des postes. Là où avant il y avait un poste complet, y'a plus qu'un trois quart voir un mi-temps. Au fur et à mesure, euh, on grignote des postes et surtout le personnel non paramédical. Enfin, voilà, ergo, psychologue, etc.

**SOUTIEN DES COLLEGUES :**

ASuccsj : Et ça on est obligé régulièrement de faire des rectificatifs et alors, je dirais heureusement, qu'on est une équipe qui avons l'habitude de travailler depuis longtemps ensemble donc y a, euh..., je dirai une élasticité et une mobilité, voilà mais c'est vrai que



c'est plus compliqué.

...

ASuccsj : parfois aussi des discussions un peu houleuses avec les différents corps de métier ou justement qui n'ont... ou on estime qu'ils n'ont pas toujours fait leur travail, euh..., voilà, alors que bien souvent ça vient de cette histoire, parce que le temps est beaucoup plus partagé

L'organisation du travail a amené par ces contraintes, des difficultés de communications engendrant donc des conflits entre notamment les différents corps de métier. En effet, l'équipe met en avant la suppression des postes comme explication de ces conflits. Individuellement, le service parle des difficultés émotionnelles du métier et de l'importance de ne pas s'engager émotionnellement auprès des patients mettant également l'accent sur l'importance de se ressourcer à l'extérieur de l'hôpital.

### 5.1.2.8. Unité cognitivo-comportementale jardin non-aménagé

Dans ces entretiens, notre analyse a mis en évidence 3 grands thèmes :

- Manque d'accomplissement de la tâche
- Soutien des collègues
- Charge psychologique

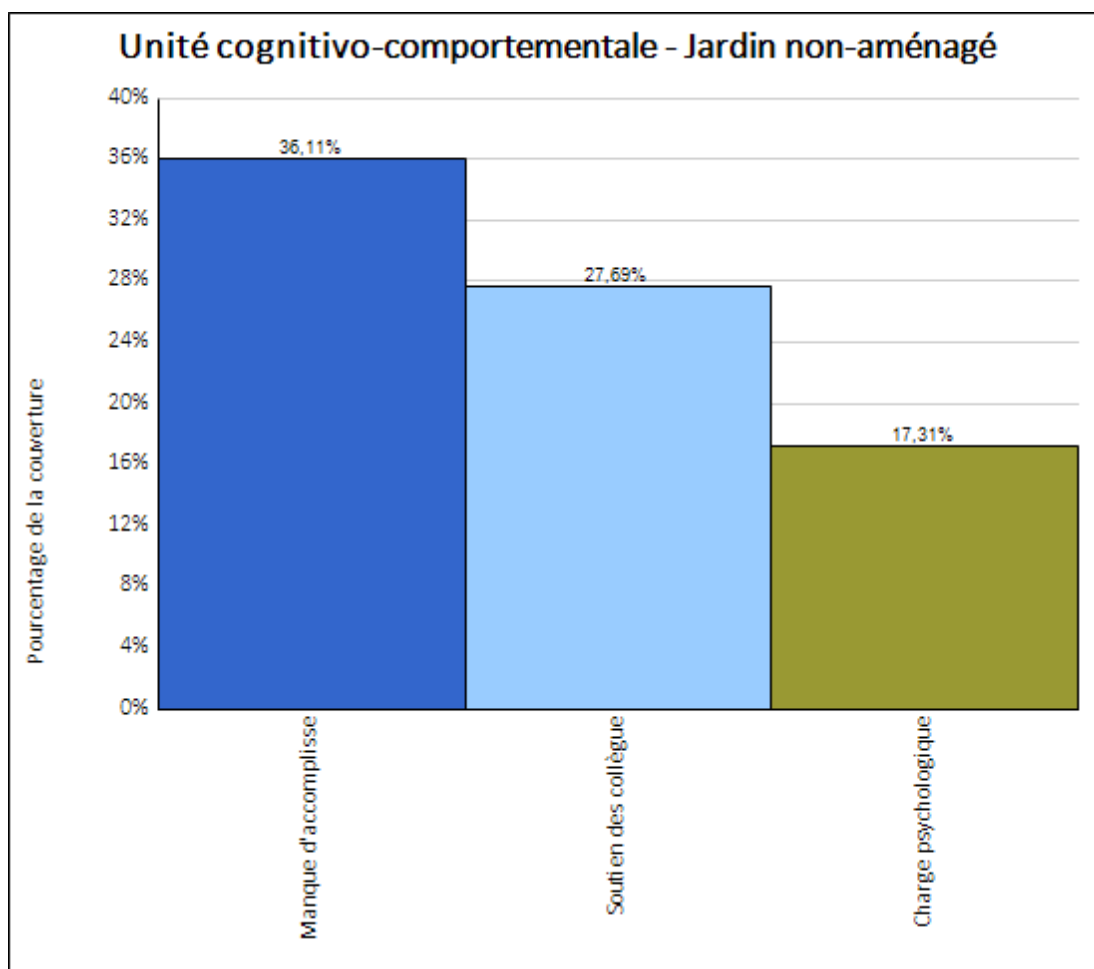


Figure 31 : Thèmes les plus répertoriés dans les entretiens de l'unité cognitivo-comportementale jardin non-aménagé

Ci-dessous des extraits illustratifs des thèmes abordés pour l'unité cognitivo-comportementale avec jardin non-aménagé (AS = Aide-soignant ; ucc = unité cognitivo-comportementale ; jna = jardin non-aménagé)

**MANQUE D'ACCOMPLISSEMENT DE LA TACHE :**

ASuccjna : Je suis pas très content de mes conditions de travail, à tout point de vue. Notamment, ben, je me sens relativement frustrée, euh....

Moi ça se traduit, moi j'éprouve de la culpabilité en fait, vis-à-vis des malades parce que j'ai l'impression d'être maltraitant. C'est à dire de leur imposer des soins dont ils ne veulent pas. Alors on s'efforce de ne pas les imposer. On s'efforce mais on n'arrive pas toujours, quand un patient est souillé, quand la famille est demandeuse, si on a par exemple les celles ou autre. Là on est obligé d'être beaucoup plus contraignant et ça se passe en général très mal.

**CHARGE PSYCHOLOGIQUE :**

ASuccjna : Dans mon métier, euh... Je trouve qu'on demande énormément de chose de plus en plus. Notamment sur le plan qualitatif. Donc euh..... En plus des différentes tâches et des soins qui doivent être exécuté, donc euh, enfin la prise en charge relationnelle des malades et la prise en charge des soins, on a beaucoup de ménage, y a la gestion des troubles du comportement de l'observation, qu'on demande mais je ne suis pas toujours certain qu'on arrive à réaliser.

C'est à dire des échelles qualitatives d'observation du comportement, euh, que l'on doit remplir

**SOUTIEN DES COLLEGUES :**

ASuccjna : Au quotidien, euh.... Ça dépend des périodes. Y'a des périodes où on travaille un peu moins avec l'infirmier parce que ça se passe moins bien. Donc en fonction des conflits qui ont lieu dans le service, euh.... je, euh....comment dire... c'est par période, on a des périodes où on a énormément de conflit entre collègues mais c'est quand même assez difficile, y 'a des périodes vraiment très très très dures. Je ne sais pas trop pourquoi.

Culpabilité, maltraitance et conflits sont les maitres-mots des conditions de travail de ce serviced'UCC disposant d'un jardin non-aménagé. Le soutien des collègues est très fluctuant ce qui dans certaines conditions peut altérer la prise en charge et la perception de charge importante de travail.

### 5.1.2.9. Unité cognitivo-comportementale jardin thérapeutique

Dans ces entretiens, notre analyse a mis en évidence 6 grands thèmes :

- Soutien des collègues
- Jardin thérapeutique
- Agression physique
- Imprévus
- Charge psychologique
- Manque de matériel

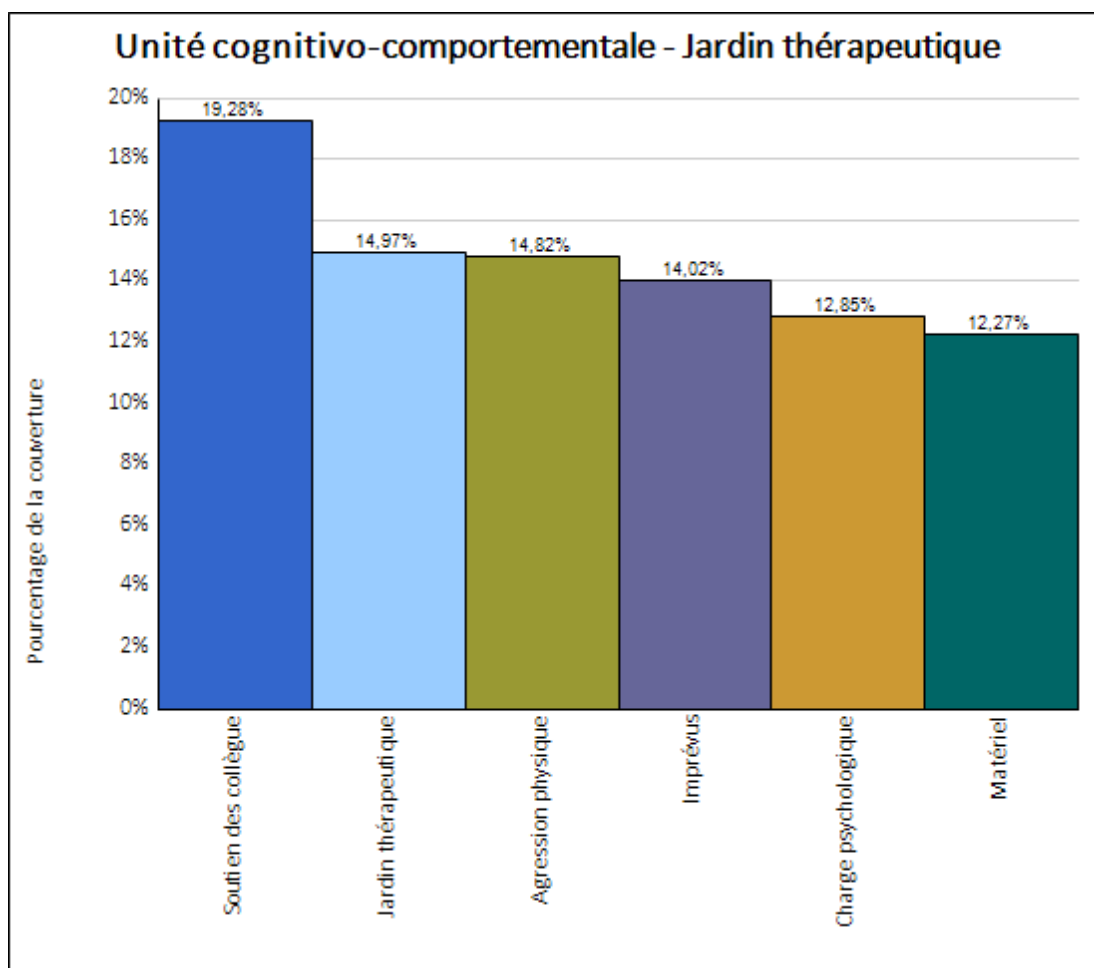


Figure 32 : Thèmes les plus répertoriés dans les entretiens de l'unité cognitivo-comportementale jardin thérapeutique

Ci-dessous des extraits illustratifs des thèmes abordés pour l'unité cognitivo-comportementale avec jardin thérapeutique (AS = Aide-soignant ; ucc = unité cognitivo-comportementale ; jt = jardin thérapeutique)

#### **CHARGE PSYCHOLOGIQUE :**

ASuccjt : Le temps de pause à l'UCC est compliqué. On avait notre salle de pause qui est de l'autre côté, par là où vous êtes arrivé. On a fait le choix de faire la pause de l'équipe pour boire le café dans le service pour pouvoir les surveiller. Donc on la prenait en salle à manger, sauf que, voilà, on a eu des patients agressifs. Donc, les couteaux on a enlevé. On en a un qui avait pris le pot de confiture qu'il avait explosé au mur. Donc, des morceaux de verre, les autres très choqués. Donc voilà, c'est compliqué. Donc maintenant, on la prend, dans le bureau infirmier, là où je vous avais dit au départ on va y aller. Donc c'est des pauses, sans être des pauses, parce que les patients rentrent, les autres personnels rentrent, c'est compliqué. On n'a pas trouvé d'autres solutions miracles et du coup c'est pas toujours des vrais temps de pause. Quand le service est calme ça se passe bien, voilà. Les jours où c'est compliqué, où on a besoin d'un vrai temps de pause, on n'arrive pas à l'avoir. Moi qui ne fume pas, qui ne descend pas. Des fois je me dis y a pas d'occasion particulière

#### **AGRESSION PHYSIQUE :**

ASuccjt : Après, faut être réaliste. y a des jours où c'est pas toujours facile. Y a des jours où on se fait frapper, c'est pas tous les jours facile, faut bien le vivre. Parce que si on le vit pas bien, ben faut partir. Parce que ça sert à rien de s'énerver parce qu'après c'est le cercle vicieux, faut arriver à rester zen des fois dans des situations qui sont pas toujours évidentes.

#### **IMPREVUS REGULIERS :**

ASuccjt : Au risque de fugue. Bon y en a certains c'est pas pour fuguer, c'est jusqu'ils se perdent ou ils voient une porte ouverte du coup ils y vont naturellement. Encore aujourd'hui, tout à l'heure on a eu une sortie, c'était des ambulanciers privés qui ne connaissent pas. Donc, voilà, on est dans le couloir et on regarde.

#### **JARDIN THERAPEUTIQUE :**

ASuccjt : Ya juste une chose dans notre cadre de travail qui est vraiment bien, on a la chance de travailler à côté d'un beau jardin qu'on peut utiliser en plus. C'est sûr il faut faire attention aux patients mais au moins on a des axes de progrès plus grands avec ça.

...

ASuccjt : J'ai remarqué aussi que dans le jardin les patients se confient plus facilement et c'est agréable de pouvoir s'y promener avec eux.

...

ASuccjt : Comme nos locaux sont pas toujours adaptés à l'UCC, ça facilite pas notre travail. C'est pour ça que le jardin peut aussi nous aider.

**MANQUE DE MATERIEL :**

ASuccjt : Après nous, la difficulté qu'on a par rapport au confort des patients UCC, c'est les locaux. Parce que ça n'a pas été des locaux Alzheimer à la base, c'est grand couloir. On a la difficulté des gens qui déambulent beaucoup, s'arrêtent toujours dans les chambres du fond et dans les portes du fond. C'est aussi pour ça qu'on a fermé les portes là, parce que systématiquement, ils allaient dans les portes là et pour les patients SSR c'était très problématique.

**SOUTIEN DES COLLEGUES :**

ASuccjt : Entre nous paramédical, oui. On parle beaucoup, là encore c'est parfois encore compliqué avec l'équipe dédiée qui n'a pas les mêmes horaires que nous, qui n'a pas les mêmes pauses que nous. Même si les pauses, c'est censé être des temps de pause, ben la réalité c'est qu'on parle aussi et ça nous permet des fois, ben oui des petites infos qui passent, ben du coup.

L'importance des pauses et de la communication informelle entre les équipes est indispensable pour un bon fonctionnement du service. L'équipe indique également qu'en raison des locaux peu adaptés pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, le jardin permet de pallier en combinant la déambulation des patients avec la communication soignant-soignant et soignant-soigné. Ainsi, même si le jardin peut être une source d'anxiété en raison de la surveillance des patients, les bienfaits semblent supplanter ces désagréments du quotidien.

## 5.2. Analyse quantitative

### 5.2.1. *Relation thème – Burnout*

	UCC Unité Cognitive Comportementale			SP Soins palliatifs			SSR Soins de suite et de réadaptation		
<b>Burnout (de 1 à 7)</b>	3,23	2,83	<b>3,94</b>	2,83	2,79	<b>2,91</b>	2,26	2,18	<b>2,85</b>
	Avec jardin thérapeutique	Jardin non aménagé	Sans jardin	Avec jardin thérapeutique	Jardin non aménagé	Sans jardin	Avec jardin thérapeutique	Jardin non aménagé	Sans jardin

Tableau 35 : Relation thème - Burnout

Les services avec le plus fort score de Burnout évoquent :

- Le manque d'accomplissement de la tâche
- Charge psychologique
- Stress et fatigue
- Vigueur et passion du métier
- Manque de matériel
- Manque de personnel
- Soutien des collègues
- Soutien de la hiérarchie

### 5.2.2. *Relation thème – Vigueur*

	UCC Unité Cognitive Comportementale			SP Soins palliatifs			SSR Soins de suite et de réadaptation		
<b>Vigueur (de 1 à 7)</b>	5,01	<b>5,04</b>	4,27	5,01	4,71	<b>5,02</b>	5,59	<b>5,65</b>	5,1
	Avec jardin thérapeutique	Jardin non aménagé	Sans jardin	Avec jardin thérapeutique	Jardin non aménagé	Sans jardin	Avec jardin thérapeutique	Jardin non aménagé	Sans jardin

Tableau 36 : Relation thème - Vigueur

Les services avec le plus fort score de Vigueur évoquent :

- Manque de temps
- Manque d'accomplissement de la tâche
- Douleur
- Manipulation
- Soutien de leur vie personnelle
- Soutien de la hiérarchie directe
- Soutien des collègues

### 5.2.3. Relation thème – T.M.S.

	UCC Unité Cognitive Comportementale			SP Soins palliatifs			SSR Soins de suite et de réadaptation		
<b>Douleur (de 1 à 49)</b>	<b>31,5</b>	15,7	12,15	<b>25</b>	14	13,9	<b>21,89</b>	21,1	16,08
	Avec jardin thérapeutique	Jardin non aménagé	Sans jardin	Avec jardin thérapeutique	Jardin non aménagé	Sans jardin	Avec jardin thérapeutique	Jardin non aménagé	Sans jardin

Tableau 37 : Relation thème – T.M.S.

Les services avec le plus fort score de T.M.S. évoquent :

- Le manque d'accomplissement de la tâche
- Stress et fatigue
- Vigueur et passion du métier
- Charge psychologique
- Soutien des collègues
- Soutien de la hiérarchie

#### Conclusion :

La communication entre soignants, patients et familles est un thème récurrent des entretiens. La communication est facilitatrice de l'activité des soignants, en :

- Diminuant son stress par l'explicitation de ces difficultés
- Trouvant plus facilement des solutions avec la coopération multidisciplinaire des professionnels et la connaissance de la vie antérieure par la famille.
- Restant cohérent dans les diagnostics et les avancées thérapeutiques par un objectif commun
- Gratifiant les soignants, par le travail accompli correctement.

L'UCC avec jardin thérapeutique indique que le jardin est un outil de communication précieux. Ainsi, le soutien social semble primordial et confirme nos résultats précédents.

Toujours selon les entretiens, une bonne intégration vie familiale et vie professionnelle est source de Vigueur. La Vigueur est très souvent associée au T.M.S. par les thèmes de la douleur et des manipulations des patients confirmant, ainsi, nos résultats par questionnaire.





## Chapitre 5 : **Discussion**

### **Résumé :**

Une comparaison entre les résultats de l'étude de 2010 et celle de 2016 permet dans cette partie de comprendre les facteurs psychosociaux essentiels au bien être des soignants. Ainsi, le support social, la communication et la formation sont des outils de régulation du Burnout. A l'instar du jardin thérapeutique qui semble une solution novatrice à développer.

## 1. Retour sur les résultats de 2010

### 1.1. Burnout médiateurs des facteurs psychosociaux et des T.M.S.

En 2010, une première étude, dite « étudepilote » a pour hypothèse la valeur médiatrice du Burnout entre facteurs psychosociaux et T.M.S.. Il s'avère que les facteurs psychosociaux, qui causent le Burnout, ne sont pas les mêmes que ceux impliqués dans les T.M.S. ou la Vigueur. Néanmoins, un modèle théorique émerge, permettant de mettre en avant les causes et les conséquences du Burnout. En effet, les T.M.S. et la Vigueur semblent liés au Burnout respectivement à hauteur de 6,8% et 27%.

Estryn-Behar présente en 2004, les principaux problèmes inhérents aux conditions de travail des soignants. Elle réalise un focus sur le manque de soutien psychologique, les conditions physiques, et le salaire, comme facteurs pouvant conduire à l'insatisfaction, voire au départ du métier et au Burnout. Hypothèse validée par cette première étude, notamment en ce qui concerne les récompenses retrouvées comme protagonistes de l'épuisement professionnel. L'implication émotionnelle, la pénibilité morale, les soucis dans la qualité des soins, ceci majoré par le manque de soutien psychologique, la hausse des responsabilités, et probablement des lacunes en formation sur la gestion de la douleur du patient (Hazif-Thomas & Thomas, 2011 ; Morandi, et al. 2015,) alimentent le Burnout (Estryn-Behar, 2004).

La particularité de cette première étude est d'amener à se questionner sur l'impact d'une organisation délétère sur le physique des soignants.

L'ensemble des 176 réponses obtenues en 2010, tend à indiquer des difficultés propres à l'institution hospitalière puisque les scores des différentes échelles objectivent la perception d'une charge physique trop élevée, un effort psychologique trop intense, sans soutien compensateur et un manque perturbant de récompense. Ainsi, il est prouvé par plusieurs études que la diminution de l'épuisement professionnel est liée à une diminution des douleurs ressenties (Church, & Nelms, 2016).

De plus, la focalisation du soignant dans son environnement de travail néglige les conditions externes de sa vie. En effet, Demira, Ulusoyb et Ulusoy en 2003 démontrent que des difficultés de garde d'enfant, de tâche ménagère, de transport ou encore économiques peuvent entraîner une augmentation du Burnout mais aussi des douleurs ressenties. Cette particularité a été pris en compte dans notre seconde étude.

## 1.2. Burnout et Genre

En 2010, l'hypothèse de la variation du niveau de Burnout en fonction du sexe est soulevée. En effet, Il n'est pas rare dans la littérature (Verweij, & al., 2016) de repérer une différence des sexes en ce qui concerne le niveau d'épuisement émotionnel chez les soignants, mais les avis sont mitigés. Effectivement, certaines études françaises tendent à prouver que les hommes seraient plus sujets au Burnout car par nature ils évoquent moins leur souffrance (Estryn-Behar, 2004). D'autres évoquent que les femmes auraient deux fois plus de chances d'éprouver cet épuisement professionnel (enquête SESMAT, 2008). Selon une étude récente (Verweij, & al., 2016) les facteurs de protection du Burnout ne sont pas les mêmes selon le sexe de la personne. Ainsi, les femmes semblent protégées grâce au soutien social (famille, collègues et hiérarchie) et les hommes grâce à la participation à la prise de décision. Cependant, la proportionnalité majoritaire de femmes dans nos échantillons de 2010 et 2016, empêche cet argument d'être étudié.

## 1.3. La relation Burnout et Vigueur

Concernant la Vigueur, Shirom (2003) avance l'hypothèse que le Burnout et la Vigueur ne sont pas le miroir de l'autre, mais qu'ils sont bivariés. Même s'il obtient lui-même une corrélation entre ces deux concepts, il maintient qu'agir sur l'un n'influe pas sur l'autre, mais qu'ils peuvent être présents simultanément chez les individus. Dans cette lignée, la Vigueur de cette première étude n'affecte pas directement le Burnout mais elle préserve tout de même de ses effets.

## 2. De l'étude 2010 à 2016

### 2.1. Burnout, Vigueur et T.M.S.

L'hypothèse de la Vigueur bivariés au Burnout, est également validée avec la nouvelle étude de 2016 puisque le manque de Vigueur n'est pas la seule explication du Burnout et les facteurs psychosociaux sont différents. A l'instar de Blanco-Donoso, Garrosa, Moreno-Jiménez, De Almeida et Villela-Bueno (2016) la Vigueur semble corrélée avec le Burnout sans être son strict opposé. Dans l'étude de Blanco-Donoso et al. (2016), les auteurs indiquent que le soutien des collègues et des superviseurs peuvent améliorer le bien-être au travail et diminuer le Burnout, au même titre que dans cette étude. Dans cette même continuité, il est approuvé que le leadership et surtout le leader en tant que personne est un axe d'amélioration du bien-être. Le leader semble une ressource à part entière d'augmentation du bien-être.

Une autre étude de Shirom & al. en 2006, démontre que la Vigueur est négativement corrélée avec des biomarqueurs de l'inflammation et donc avec les T.M.S.. Que ce soit dans l'étude de 2010 ou 2016, les T.M.S. ne sont pas corrélées avec la Vigueur. Cependant, le facteur psychosocial « Charge physique » est commun aux T.M.S. et à la Vigueur. Une tendance à l'augmentation des T.M.S. dans les services disposant d'un jardin thérapeutique versus sans jardin a été noté et semble corroborer le lien T.M.S.-Vigueur.

Cette constatation amène à s'interroger sur l'ergonomie du travail dans ce type d'environnement. Or, plusieurs témoignages des utilisateurs du jardin indiquent que « pousser un fauteuil dans un jardin légèrement incliné demande plus d'efforts que sur la surface plate d'un couloir ». L'aménagement des jardins thérapeutiques devrait donc être particulièrement attentif à éviter ce genre de troubles et faciliter l'ergonomie du travail soignant (Rivasseau-Jonveaux et al., 2013b), au-delà, bien évidemment, des mesures minimales imposées par la réglementation (qui impose à l'employeur de préserver la santé de ses salariés).

D'ailleurs, aux vues des résultats, la Vigueur n'explique aucune part significative de la variance des douleurs musculosquelettiques (en 2010 et en 2016) donc aucune médiation totale. la notion de Vigueur de Shirom (2003), elle-même associée à la théorie de « conservation des ressources » de Hobfoll (2001) et Shirom (2003), est mise en lien ici avec les bénéfices du jardin thérapeutique (Berman et al., 2012), les soignants y gagnant davantage de ressources physiques, affectives et cognitives. Il est par ailleurs bien établi que la lourdeur de la charge physique ressentie est corrélée avec les concepts de Vigueur et de troubles musculosquelettiques (T.M.S.) (Jaworek et al., 2010). En effet, une augmentation de la stimulation au travail diminue le Burnout mais augmente les T.M.S. selon Jaworek et al. (2010), notamment au niveau du rachis (Bernez et al., 2013, 2015). L'ensemble de ces travaux explique ce phénomène étonnant, voire paradoxal au regard des processus

psychologiques impliqués dans la douleur (Lanfranchi & Duveau, 2008), de l'association des T.M.S. à une tension musculaire activée avec la stimulation du travail, même positive fut-elle. C'est ce que cette étude confirme, témoignant ainsi de cet aspect par une corrélation positive significative entre la charge physique trop lourdement ressentie et l'impression de forte Vigueur.

## 2.2. Burnout et support social

En revanche dans l'étude de 2016, à l'inverse de précédentes études (Bernez et al., 2013, 2015), le support social est le facteur psychosocial commun, expliquant nos variables dépendantes. Dès lors, les questions qui se posent sont : ce résultat s'inscrit-il dans le sens des travaux de Detchessahar et Grevin (2009) qui mettent l'accent sur une perte de sens et de plaisir au travail en raison du manque de communication hiérarchique et de soutien ? Ou encore ceux d'Alderson (2005) qui insiste sur la nécessité de rétablir du dialogue social et de la confiance entre les différents acteurs de l'institution (Garcia-Sierra et al., 2016 ; Teo, Yeung & Chang, 2011 ; Weinberg, Avgar, Sugrue & Cooney-Miner, 2012), plaçant donc la communication et le support social comme conditions prédominantes dans une institution sereine (Berge et al., 2014) ? Notons que dans l'organisation hiérarchique des paramédicaux, l'équipe soignante est constituée d'aides-soignants et d'infirmiers. Les aides-soignants n'ont pas de rôle propre, leur affectation se situe en creux entre les employés polyvalents de collectivités et les infirmiers, cette position ne facilitant pas les axes de communication clairs. Plus les soins requièrent un haut niveau de technicité (comme dans les services de réanimation, soins intensifs, néonatalogie, etc.), plus l'organisation hiérarchique de l'équipe est marquée et inversement. C'est ainsi que dans les secteurs hospitaliers de long séjour qui s'apparentent à des lieux de vie, les distinctions entre les aides-soignants et les infirmiers sont ténues (Batt & Trognon, 2010 ; Batt, Trognon & Langard, 2010). Ces résultats sont confirmés par l'étude qualitative. En effet, le soutien de la hiérarchie est souvent noté comme le point permettant de réconcilier le soignant avec ses conditions de travail même si le lien affectif entre les strates de la hiérarchie peut atténuer l'importance de ce soutien (Marchand, & Vandenberghe, 2016)

### 2.3. Burnout et jardin

Enfin, le bénéfice du jardin thérapeutique sur les troubles comportementaux des malades atteints de troubles démentiels est bien connu, d'où la recommandation du Plan Alzheimer 2008-2012, qui, s'appuyant sur un grand nombre de travaux (Cohen-Mansfield, Werner, 1997 ; Cohen-Mansfield, Libin, & Marx, 2007 ; Namazi, Johnson, 1992 ; Ousset, Nourhashemi, Albaredo, & Vellas, 1998) préconisait de mettre à disposition des jardins thérapeutiques dans les unités spécialisées dans l'accueil de ces malades. Le bénéfice du jardin observé chez les patients semble ainsi se répercuter indirectement sur la qualité de vie des soignants globalement moins exposés au Burnout.

Notons d'ailleurs que, sans surprise, ce sont les soignants des secteurs des soins de suite et de réadaptation qui en souffrent le moins, par rapport à ceux des UCC et secteurs de soins palliatifs, ce résultat venant confirmer les difficultés financières, environnementales et déontologiques auxquelles les soignants de ces services sont confrontés (Hugenotte, Andela & Truchot, 2016 ; Montalan & Vincent, 2013 ; Guibert, 2016). L'intérêt indirect de cet environnement de travail pourrait donc se mesurer également sur le plan médico-économique, car grâce à la réduction du Burnout que pourrait produire le jardin, une diminution des arrêts de travail et une stabilisation des équipes pourraient en découler.

Il est observé à travers notre étude que l'aménagement du jardin renforce son effet protecteur, ce qui encourage à être particulièrement soigneux dans le choix de cet environnement en y introduisant notamment des œuvres d'art (Ridenour, 2016) comme cela est le cas actuellement pour le jardin thérapeutique « art, mémoire et vie » de l'UCC du CHRU de Nancy (Rivasseau-Jonveaux & al., 2012, 2013a-b ; Yzoard & al., sous presse). L'effet bénéfique du jardin sur le Burnout observé essentiellement dans les UCC de notre étude, vient confirmer les résultats de l'étude publiée en 2011 (ICN, 2011). Cette expérience fut un réel succès puisqu'il avait été noté une diminution puis un arrêt de la déperdition des infirmiers, avec la création d'un jardin répondant parfaitement aux problématiques de stress et de surcharge de travail (ICN, 2011).

Les soignants en unités cognitivo-comportementales sont sujets au plus fort taux de Burnout dans notre étude. L'explication la plus courante de stress dans les UCC, concerne le manque de formation aux prises en charge de ces patients et de leurs troubles démentiels et le manque de personnel (Puech, Mangin d'Ouince & Hallet Lezy, 2014) Le jardin thérapeutique est un outil efficace pour diminuer certaines des contraintes. Par exemple, s'il est bien établi que la question de la communication est au cœur même de l'activité du soignant (Lacoste & Grosjean, 1999 ; Grosjean, 2004 ;



Trognon et al., 2012), le jardin, lieu d'interactions entre soignants-soignants et entre soignants-soignés permet de solliciter un renforcement et un adoucissement des relations (Rivasseau-Jonveaux et al., 2012 ; Yzoard et al., 2016). Ainsi, la place de la communication, au cœur de laquelle le ppsychologue se trouve (Maillard, 2012) est primordiale. Cette communication, instrument à part entière des relations d'équipes interdisciplinaires, apparaît dans notre étude comme un support social essentiel au bien-être des soignants.



# Bibliographie

- Alderson, M. (2005). Analyse psychodynamique du travail infirmier en unités de soins de longue durée: Entre plaisir et souffrance. *Recherche en Soins Infirmiers*, 80, 76-86.
- Allilaire, J.-F. (1999). Empathy, intersubjective communication and clinical psychiatry. *Annales Médico-Psychologiques*, 157(9), 599-611.
- Althaus, V., Kop, J.-L., & Grosjean, V. (2013). Critical review of theoretical models linking work environment, stress and health: Towards a meta-model. *Le Travail Humain*, 76, 81-103.
- Amyot, J.J. (2009). Maladie d'Alzheimer et formation des professionnels en EHPAD. *Gérontologie et société*, 1(128-129), 273-283. DOI : 10.3917/g.s.128.0273
- Anceaux F., Beuscart-Zéphir M.C., & Pelayo S. (2006). Analyse de l'activité des professionnels de santé. In G. Valléry & R. Amalberti (Eds.), *L'analyse du travail questionnée*. Évolution, frontières et limites: Octarès.
- Andela, M., Truchot, D., & Van der Doef, M. (2016). Job stressors and Burnout in hospitals: The mediating role of emotional dissonance. *International Journal of Stress Management*, 23(3), 298-317.
- Annerstedt, M., Jönsson, P., Wallergård, M., Johansson, G., Karlson, B., Grahn, P., Hansen, A.M., & Währborg, P. (2013). Inducing physiological stress recovery with sounds of nature in a virtual reality forest — Results from a pilot study. *Physiology & Behavior*, 118, 240–250.
- Aptel, M. & Aublet-Cuvelier, A. (2005). Prévenir les troubles musculosquelettiques du membre supérieur : un enjeu social et économique. *Santé Publique*, 17 (3), 455-469.
- Aptel, M., & Cnockaert, J. (2002). Liens entre les troubles musculosquelettiques du membre supérieur et le stress. *Stress et T.M.S.*, 19(20), 57-63.
- Arcand, R., Labreche, F., Messing, K., Stock, S., & Tissot, F. (2000). Environnement de travail et santé. In C. Daveluy, L. Pica, N. Audet, R. Courtemanche et F. Lapointe (Eds.) *Enquête sociale et de santé* (525-570), Québec : Institut de la statistique.
- Ariëns, G. A., van Mechelen, W., Bongers, P. M., Bouter, L. M., & van der Wal, G. (2001). Psychosocial Risk Factors for Neck Pain: A Systematic Review. *American Journal of Industrial Medicine*, 39, 180-193.
- Armon, G., Melamed, S., & Shirom, A. (2012). The Relationship of the job Demands-Control-Support Model with vigor across time : Testing for reciprocity. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 4(3), 276-298. DOI : 10.1111/j.1758-0854.2012.01074.x
- Armon, G., Melamed, S., Shirom, A., & Shapira, I. (2010). Elevated Burnout Predicts the onset of musculoskeletal pain among apparently healthy employees. *Journal of Occupational Health Psychology*, 15(4), 399-408.
- Armstrong, T. J., Buckle, P., Fine, L. J., Hagberg, M., Jonsson, B., Kiilbom, A., ...Vikari-Juntura, E. (1993). A conceptual model of work-related and upper-limb musculoskeletal disorders. *Scandinavian Journal of Work Environment and Health*, 19, 73-84.
- Article L.161-37 (2004). Dans *Code de la sécurité sociale*.
- Articles R. 230-1 (2001). Dans *Code du travail*.

- Ashby, F. G., Isen, A. M., & Turken, A. U. (1999). A neuropsychological theory of positive affect and its influence on cognition. *Psychological Review*, 106, 529-550.
- Askenazy, P. (2004). *Les Désordres du travail : Enquête sur le nouveau productivisme*. Paris : Le Seuil.
- Association nationale recherche technologie. (2016). Présentation et Historique. Repéré à [http://www.anrt.asso.fr/fr/association/qui\\_somme\\_ns\\_historiq.jsp#.V-qW2cniwo1](http://www.anrt.asso.fr/fr/association/qui_somme_ns_historiq.jsp#.V-qW2cniwo1)
- Avolio, B. (1999). Full Leadership Development: Building the Vital Forces. In : *Organization*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Bassal, C., Czellar, J., Kaiser, S. & Dan-Glaizer, E. (2016). Relationship between emotions, emotion regulation, and well-being of professional caregivers of people with dementia. *Research on Aging*, 38(4), 477-503.
- Batt, M., & Trognon, A. (2010). L'équipe paramédicale à l'hôpital psychiatrique : retentissement actuel d'une évolution de deux décennies. *Psychologie du travail et des organisations*, 16(4), 342-360.
- Batt, M., Trognon, A., & Langard, A. (2010). Analyse interlocutoire d'une plainte exprimée par une équipe mobile de soins palliatifs. *Psychologie du travail et des organisations*, 16 (4), 362-389.
- Bejia, I., younes, M., Jamila, H.B., Khalfallah, T., Salem, K.B., Touzi, M., Akrou, M. & Bergaoui, N. (2005). Prevalence and factors associated to low back pain among hospital staff. *Joint Bone Spine*, 72, 254-259.
- Belcastro, P.A., & Hays, L.C. (1984). Ergophilia... Ergophobia... Ergo... Burnout ? *Professional Psychology : Research and practice*, 15(2), 260-270.
- Berge, D., Jacob, C., Mouchotte, S., Pop, A., Rivasseau-Jonveaux. (2014). A garden as a care tool in cognitive-behavior unit. *Soins Gériatrie*, 108, 38-40.
- Berger, R., & Tiry, M. (2012). The enchanting forest and the healing sand – Nature therapy with people coping with psychiatric difficulties. *The Arts in Psychotherapy*, 39, 412-416.
- Berman, M., Jonides, J. & Kaplan, S. (2008). The Cognitive benefits of interacting with nature. *Association for Psychological Science*, 19(12), 1207-1212.
- Berman, M., Kross, E., Krpan, K., Askren, M., Burson, A., Deldin, P., Kaplan, S., Sherdell, L., Gotlid, I., & Jonides, J. (2012). Interacting with nature improves cognition and affect for individuals with depression. *Journal of Affective Disorders*, 140, 300-305. doi:10.1016/j.jad.2012.03.012.
- Bernez, L., Batt, M., Haumont, M.-C., Trognon, A., & Lighezzolo, J. (2015). Il dolore negli operatori sanitari: i rischi del mestiere. *Counseling. Giornale Italiano di Ricerca e Applicazioni*, 8(1), online, febbraio. [http://rivistedigitali.erickson.it/counseling/\[PsycInfo\]](http://rivistedigitali.erickson.it/counseling/[PsycInfo])
- Bernez, L., Batt, M., Trognon, A., & Rivasseau Jonveaux, T. (2013). Etude des facteurs psychosociaux, du Burnout, de la Vigueur et des troubles musculosquelettiques chez les soignants hospitaliers. *Psychologie du travail et des organisations*, 19(4), 336-360.
- Bianchi, R., & Laurent, E. (2015). Emotional information processing in depression and Burnout : an eye-tracking study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 265, 27-34. DOI : 10.1007/s00406-014-0549-x.

- Blanchet, A. (1989). Les relances de l'interviewer dans l'entretien de recherche : leurs effets sur la modalisation et la déictisation du discours de l'interviewé. *L'année psychologique*, 89(3), 367-391. DOI : 10.3406/psy.1989.29351.
- Blanco-Donoso, L.M., Garrosa, E., Moreno-Jiménez, B., De Almeida, E.C., & Villeda-Bueno, S.M. (2016) Social job resources as sources of meaningfulness and its effects on nurses' vigor and emotional exhaustion: A cross-sectional study among Spanish nurses. *A Journal for Diverse Perspectives on Diverse Psychological Issues*, 1-9.
- Boivin, D.B. (2010). Comment réduire les effets négatifs du travail de nuit sur la santé et la performance ? *Gestion*, 35, 47-52. Doi : 10.3917/riges.353.0047
- Bongers, P. M., Kremer, A. M., & Ter Laak, J. (2002). Are psychosocial factors, risk factors for symptoms and signs of the shoulder, elbow, or hand/wrist? A review of the epidemiological literature. *American Journal of Industrial Medicine*, 41, 315-342.
- Bonnet, M., Laurent, A., Ansel, D., Quenot, J.P., & Capellier, G. (2016). La relation de soin en gériatrie ou en réanimation : clinique d'une mort annoncée. *Annales Médico-Psychologiques*, 174, 165-170.
- Bonnières, A., Estryn-Behar, M. & Lassaunières, J.M. (2010). Déterminants de la satisfaction professionnelle des médecins et infirmières de soins palliatifs. *Médecine Palliative : Soins de support-Accompagnement-Ethique*, 9, 167-76.
- Borteyrou, X., & Paillard, E. (2014). Burnout et maltraitance chez le personnel soignant en gérontopsychiatrie. *NPG Neurologie – Psychiatrie – Gériatrie*, 14, 169-174.
- Bouffartigue, P., Pendarès, J.R., & Bouteiller, J. (2010). La perception des liens travail/santé : Le rôle des normes de genre et de profession. *Revue Française de sociologie*, 51, 257-280.
- Brief, A. P., & Weiss, H. M. (2002). Organizational behavior: Affect in the workplace. *Annual Review of Psychology*, 53, 279–307
- Buckle, P. (1987). Epidemiological aspects of back pain within the nursing profession. *Int. J. Nurs. Stud.*, 24 (4), 319-324.
- Buckle, P-W, & Devereux, J-J. (2002). The nature of work-related neck and upper limb musculoskeletal disorders. *Applied Ergonomics*, 33(3), 207-217.
- Buja, A., Zampieron, A., Mastrangelo, G., Petean, M., Vinelli, A., Cerne, D., & Baldo, V. (2013). Strain and health implications of nurses' shift work. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 26 (4), 511-521.
- Bureau international du travail. (2010). *Risques émergents et nouvelles formes de prévention. Journée mondiale de la sécurité et de la santé au travail*. Suisse: Genève.
- Bureau of Labor Statistics (2012). Injuries, Illnesses, and Fatalities, Retrieved from <http://www.bls.gov/iif/oshdef.htm>
- Bureau of Labor Statistics (2012). Musculoskeletal disorders (MSDs). United States Department of Labor. Retrieved from <http://www.bls.gov/iif/oshdef.htm>
- Canouï, P. (2003). La souffrance des soignants: un risque humain, des enjeux éthiques. *Médecine & hygiène*, 32, 101-104.
- Canouï, P., & Mauranges, A. (2008). *Le Burnout à l'hôpital : Le syndrome de l'épuisement professionnel*. Paris : Elsevier-Masson.

- Carver, C.S., & Scheier, M.F. (1990). Origins and functions of positive and negative affect : A control-process view. *Psychological Review*, 97, 19-35.
- Carver, C.S., & Scheier, M.F. (2000). Scaling back goals and recalibration of the affect system are process in normal adaptive self-regulation : Understanding « response shift » phenomena. *Social Science and Medicine*, 50, 1715-1722.
- Chan, C.W., & Perry, L. (2012). Lifestyle health promotion interventions for the nursing workforce : a systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 2247-2261. DOI : 10.1111/j.1365-2702.2012.04213.x
- Chapman, C.R., Tuckett, R.P., & Song, C.W. (2008). Pain and Stress in a Systems Perspective: Reciprocal Neural, Endocrine, and Immune Interactions. *The Journal of Pain*, 9 (2), 122-145. DOI : 10.1016/j.jpain.2007.09.006
- Chevandier, C. (1997). *Les métiers de l'hôpital*. Paris : La Découverte
- Cho, S.H., Lee, J.Y., Mark, B.A., & Yun S.C. (2012). Turnover of New Graduate Nurses in their first job using survival analysis. *Journal of Nursing Scholarship*, 44(1), 63-70.
- Church, D., & Nelms, J. (2016). Pain, range of motion, and psychological symptoms in a population with frozen shoulder: A randomized controlled dismantling study of clinical EFT (emotional freedom techniques). *Archives of Scientific Psychology*, 4(1), 38-48.
- Cohen-Mansfield, J. (2007). The impact of environmental interventions on behavioral symptoms in persons with dementia. *Les Cahiers de la Fondation Mederic Alzheimer* 3, 154-163.
- Cohen-Mansfield, J., & Werner, P. (1997). Effets d'un jardin thérapeutique sur les troubles du comportement et de l'humeur de résidents de maisons de retraite présentant une déambulation. *Maladie d'Alzheimer* (4), 199-201.
- Cohen-Mansfield, J., Libin, A., & Marx, M. (2007). Non pharmacological treatment of agitation: a controlled trial of systematic individualized intervention. *Journals of Gerontology : Medical sciences* 62(8) : 908–16.
- Congrès international francophone de soins palliatifs. (2013). *Revue internationale de soins palliatifs*, (28), 9-106. DOI 10.3917/inka.131.0009
- Cooper-Marcus, C., & Barnes, M. (1995). Gardens in Healthcare facilities : Uses, therapeutic benefits, and design recommendations. *The Center for Health Design*, Martinez.
- Cooper-Marcus, C.C., & Sachs, N. (2013). *Therapeutic Landscapes: An Evidence-Based Approach to Designing Healing Gardens and Restorative Outdoor Spaces*. New Jersey : John Wiley & Sons.
- Corazon, S-S., Stigsdotter, U., Moeller, M-S., & Moeller-Rasmussen, S. (2012). Nature as therapist : Integrating permaculture with mindfulness and acceptance-based therapy in the Danish healing forest garden Nacadia. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 14(4), 335-347. DOI : 10.1080/13642537.2012.734471.
- Cosnier, J., Grosjean, M., Lacoste, M. (1993). *Soins et communication : approche interactionniste des relations de soins*. Lyon : Presses Universitaires de Lyon
- Coutarel, F., Daniellou, F. & Dugué, B. (2005). La prévention des troubles musculosquelettiques : quelques enjeux épistémologiques. *Activités*, 2(1), 3-19.

- Dadvand, P., Bartoll, X., Basaga, X., Dalmau-Bueno, A., Martinez, D., Ambros, A., Girach, M., Triguero-Mas, M., Gascon, M., Borell, C., & Nieuwenhuijsen, M. (2016). Green spaces and general health : Roles of mental health status, social support, and physical activity. *Environment International*, 91, 161-167.
- Dallot, C. & Triolaire, V. (2016). Pour le patient et ses proches, pour le soignant, l'épreuve psychique de la mort à vivre. *Psycho-Oncologie*, 10(1), 41-44.
- Dallot, C., & Triolaire, V. (2016). Pour le patient et ses proches, pour le soignant, l'épreuve psychique de la mort à vivre. *Psycho-Oncologie*, 10(1), 41-44.
- Daraiseh, N.M., Cronin, S.N., Davis, L.S., Shell, R.L. & Karwowski, W. (2010). Low back symptoms among hospital nurses, associations to individual factors and pain in multiple body regions. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 40, 19-24.
- DARES. (2012). *L'Evolution des risques professionnels dans le secteur privé entre 1994 et 2010*. Retrieved from <http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2012-023.pdf>
- DARES. (2015). la ségrégation professionnelle et écarts des salaires femmes-hommes. *Analyses 2015-082*.
- Dawson, A. P., McLennan, S. N., Schiller, S. D., Jull, G. A., Hodges, P. W., & Stewart, S. (2007). Interventions to prevent back pain and back injury in nurses: a systematic review. *Occup Environ Med*, 64(6), 642-650.
- De Kervasdoué, J. (2015). *L'Hôpital*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Delaye, R., & Boudrandi, S. (2010). L'épuisement professionnel chez le manager de proximité : le rôle régulateur de l'entreprise dans la prévention du Burnout. *Management & Avenir*, 2(32), 254-269.
- Delphin-Combe, F., Roubaud, C., Martin-Gaujard, G., Fortin, M.E., Rouch, I., & Krolak-Salmon, P. (2013). Efficacité d'une unité cognitivo-comportementale sur les symptômes psychologiques et comportementaux démences. *Revue Neurologique*, 169, 490-494.
- Demarey, C. & Dal Pra, J. (2010). La tarification à l'activité (T2A) : Quelle transformation pour l'activité du personnel infirmier ? Etude exploratoire. *Psychologie du Travail et des Organisations*, 16 (4), 326-341.
- Demir, A., Ulusoy, M., & Ulusoy, M.F. (2003). Investigation of factors influencing Burnout levels in the professional and private lives of nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 40, 807-827.
- Demira, A., Ulusoyb, M. & Ulusoy, M.F. (2003). Investigation of factors influencing Burnout levels in the professional and private lives of nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 40, 807-827.
- Detchessahar, M., & Grevin, A. (2009). Un organisme de Santé... Malade de «Gestionnite». *Annales des Mines – Gérer et Comprendre*, 98(4), 27-37.
- Dill, A., Erickson, R.J., & Diefendorff, J.M. (2016). Motivation in caring labor: Implications for the well-being and employment outcomes of nurses. *Social Science & Medicine*. 167, 99-106.
- Direction de l'Information Légale et Administrative. (2013). *Politique Hospitalière : Chronologie*. Retrieved from <http://www.vie-publique.fr/politiques-publiques/politique-hospitaliere/chronologie/>
- Doghmi, N., Massou, S., Balkhi, H., Haimeur, C., & Kamili, N.D. (2013). Le Burnout, conséquences et solutions : enquête chez les personnels d'anesthésie-



- réanimation de quatre hôpitaux universitaires marocains. *Annales Médico-Psychologiques*, 171, 700-704.
- Doka K. *Disenfranchised Grief: New Directions, Challenges and Strategies*. Illinois : Research Press; 2002.
- Donoso, L.M.B., Demerouti, E., Hernandez, E.G., Moreno-Jimenez, B., Cobo, I.C. (2015). Positive benefits of caring on nurses' motivation and well-being : A diary study about the role of emotional regulation abilities at work. *International Journal of Nursing Studies*, 52, 804-816.
- Dos Santos Germano K, Meneguín S. Meanings attributed to palliative care by nursing undergraduates. *Acta Paul Enferm*. 2013;26(6):522-8.
- Duchscher, J.E.B. (2009). Transition Shock : The initial stage of role adaptation for newly graduated registered nurses. *Journal of advanced Nursing*, 65, 1103-1113.
- Dupret, E., Bocéréan, C., Teherani, M., Feltrin, M., & Pejtersen, J. H. (2012). Psychosocial risk assessment: French validation of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(5), 482-490.
- Estry-Behar, M. (2004). Santé, satisfaction au travail et abandon du métier de soignant. *Etude PRESST-NEXT*, Partie 1. Retrieved from <http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/estrynbehar.pdf>
- Estry-Behar, M. (2007). L'anti Burnout. *Copil Sesmat*, 1, 1-2.
- Estry-Behar, M. (2008). *Santé et satisfactions des soignants au travail en France et en Europe*. Rennes: Presses de l'École des Hautes Etudes en Santé Publique.
- Feuvrier M.P. (2014). Bonheur et travail, oxymore ou piste de management stratégique de l'entreprise ? *Management & Avenir* 2(68), 164-182.
- Fredrickson, B.L., & Joiner, T. (2002). Positive emotions trigger upward spirals toward emotional well-being. *Psychological Science*, 13(2), 172-175.
- Freudenberger, H. (1987). *L'épuisement professionnel : La Brûlure interne*. Québec : Gaétan Morin Éditeur.
- Freudenberger, H.J. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues* 30 (1), 159–165.
- Furstenberg, C. (2012). La vulnérabilité appelle la responsabilité, la sollicitude sauve de la solitude. *Revue internationale de soins palliatifs*, 1(27), 33-37. DOI 10.3917/inka.121.0033
- Garcia-Sierra, R., Fernandez-Castro, J., & Martinez-Zaragoza, F. (2016). Relationship between job demand and Burnout in nurses : does it depend on work engagement ? *Journal of Nursing Management*, 1-9. DOI : 10.1111/jonm.12382.
- Gardey D., Löwy I. (2000). *L'invention du naturel : les sciences et la fabrication du féminin et du masculin*. Paris. Édition des Archives Contemporaines
- Gardiner, I., & Sheen, J. (2016). Graduate nurse experiences of support : A review. *Nurse Education Today*, 40, 7-12.
- Gaudart, C., (2009). Un personnel soignant désorienté. *Santé & Travail*, 66, 28-30.
- Gershon, R. R. M., Stone, P. W., Zeltser, M., Faucett, J., MacDavitt, K., & Chou, S. S. (2007). Organizational climate and nurse health outcomes in the United States: A systematic review. *Industrial Health*, 45, 622–636. DOI:10.2486/indhealth.45.622

- Gil-Monte, P.R., & Manzano-Garcia, G. (2015). Psychometric properties of the Spanish Burnout Inventory among staff nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22, 756-763. Doi : 10.1111/jpm.12255.
- Gilmore, D.C., Fried, Y. & Ferris, G.R. (1989). The influence of unionization on job satisfaction and work perceptions.
- Goel, R., Buchman, S., Meili, R., & Woolard, R. (2016). La responsabilité sociale au microniveau : Un patient à la fois. *Canadian Family Physician*, 62, 299-302.
- Gollac, M., Bodier, M. (2011). *Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser, Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, faisant suite à la demande du Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé*. Retrieved from [http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_SRPST\\_definitif\\_rectifie\\_11\\_05\\_10.pdf](http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_SRPST_definitif_rectifie_11_05_10.pdf)
- Gollac, M., Volkoff, S., & Wolff, L. (2014). *Les conditions de travail*. Paris : La découverte.
- Gouvernement. (2015). Le cadre légal en huit questions. Repéré à <http://www.travailler-mieux.gouv.fr/Le-cadre-legal-en-huit-questions.html>
- Gray, E.K., & Watson, D. (2001). Emotion, mood and temperament : Similarities , differences and a synthesis. In R.L. Payne & C.L. Cooper (Eds.). *Emotions at work : Theory, research and applications in management* (pp. 21-43). West sussex, UK : Wiley
- Gray-Stanley, J.A., & Muramatsu, N. (2011). Work stress, Burnout, and social and personal resources among direct care workers. *Research in Developmental Disabilities*, 32, 1065-1074.
- Grosjean, M. (2004) From multi-participant talk to genuine polylogue: shift-change briefing sessions at the hospital. *Journal of Pragmatics*, 36(1), 25-52.
- Grzywacz, J. C., & Marks, N. F. (2000). Reconceptualizing the work-family interface : An ecological perspective on the correlates of positive and negative spillover between work and family. *Journal Of Occupational Health Psychology*, 5(1), 111-126.
- Guibert, E. (2016). L'échec de la déontologie dans un contexte de maltraitance par négligence en gériatrie. *Annales Médico-psychologique*, 174, 171-178.
- Hackman, J. R., et Oldham, G. R. (1980). *Work redesign*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Halcomb, E., & Ashley, C. (2016) Australian primary health care nurses most and least satisfying aspects of work. *Journal of Clinical Nursing*, 1-11.
- Hartig, T. (1991). Testing restorative environment theory. Unpublished doctoral dissertation, California : Program in Social Ecology, Université of California, Irvine. Cité par Ulrich R. S. (2002). Health benefits og gardens in hospitals. Paper for conference, Plants for people, International Exhibition Floriade.
- Hartig, T., & Cooper-Marcus, C. (2006). Essay Healing gardens – places for nature in health care. *Medicine and Creativity*, 368, 36-37.
- Hazelhof, T., Schoonhoven, L., Van Gaal, G., Koopmans, R., & Gerritsen, D. (2016). Nursing staff stress from challenging behaviour of residents with dementia : A concept analysis. *International Nursing Review*, 1-10.
- Hazif-Thomas, C., & Thomas, P. (2011). Burnout et soignants : un risque inépuisable ? *NPG Neurologie – Psychiatrie- Gériatrie*, 11, 181-187.

- Heerwagen, J. (1990). The psychological aspects of windows and window design. In Anthony, K. H. Choi, J., & Orland, B. (Eds.) *Proceedings of the 21st annual conference of the Environmental Design Research Association*. (pp. 269-280). Oklahoma City : EDRA.
- Herin, F., Paris, C., Levant, A., Vignaud, M.C., Sobaszek, A., & Soulat, J.M. Group Authors : ORSOSA (2011). Links between nurses' organizational work environment and upper limb musculoskeletal symptoms : independently of effort-reward imbalance. *Pain*, 152(9), 2006-2015
- Herzog, T-R., Black, A-M., Foutaine, K-A., & Knotts, D-J. (1997). Reflection and attentional recovery as distinctive benefits of restorative Environments. *Journal of Environmental Psychology*, 17, 165-170.
- Hinkin, T. R. (1998). A brief tutorial on the development of measures for use in survey questionnaires. *Organizational Research Methods*, 1, 104-121.
- Hobfoll, S.E. (2001). The influence of culture, Community, and the Nested-self in the stress process: Advancing conservation of Ressources Theory. *Applied psychology: An International Review*, 50(3), 337-421.
- Hobfoll, S.E., & Freedy, J. (1993). Conservation of resources : a general theory applied to Burnout. In : W.B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds), *Professional Burnout : Recent Developments in Theroy and Research*, (pp. 115-135). New-York : Taylor and Francis.
- Hobfoll, S.E., & Shirom, A. (1993). Stress and Burnout in work organizations. In R.T. Golembiewski (Ed.), *Handbook of Organization Behavior*, (pp. 41-61), New-York : Marcel Dekker.
- Hofmann, F., & Stössel, U., Michaelis, M., Nübling, M., Siegel, A. (2002). Low back pain and lumbago-sciatica in nurses and a reference group of clerks: results of a comparative prevalence study in Germany. *Int Arch Occup Environ Health*, 75, 484-490.
- Holcman, R. (2007). *La fin de l'hôpital public ?* Rueil-Malmaison : Lamarre.
- Holcman, R. (2007). Secteur public, secteur privé : similarités et différences dans la gestion des ressources humaines, *Revue française d'administration publique*, 123, 409-421. DOI 10.3917/rfap.123.0409
- Hosokawa, M, Tajiri, S. & Uehata, T. (1982). *Karoshi: approval of cerebral and cardiovascular diseases as occupational disease and how to prevent them*. Tokyo: Rodo Keizaisha.
- Hugenotte, V., Andela, M., & Truchot, D. (2016). Développement d'un questionnaire exigences-ressources contextualisé pour une appréhension du Burnout des professionnels en EHPAD. *NPG Neurologie – Psychiatrie – Gériatrie*, 16, 24-31.
- Igier, V., Mullet, E., Sorum, P., (2007). How nursing judge patients'pain. *European journal of pain*, 11, 542-550.
- Institut national de la statistique et des études économiques. (2016). Taux de chômage, par sexe. Repéré à <http://www.insee.fr/fr/themes/series-longues.asp?indicateur=taux-chomage-sexe>
- International Council of Nurses. (2011). Nursing and Health policy Perspectives. *International Nursing Review*, 273-274.
- Jasseron, C., Estryn-Behar, M., Le Nezet, O., & Rahhali, I. (2006). Les facteurs liés à l'abandon prématuré de la profession soignante. Confirmation de leur impact

- à un an d'intervalle analyse longitudinale des soignants de l'enquête PRESST/NEXT. *Recherche en soins infirmiers*, 85(2), 46-64.
- Jaworek, M., Marek, T., Karwowski, W., Andrzejczak, C., & Genaidy, A.M. (2010). Burnout syndrome as a mediator for the effect of work-related factors on musculoskeletal complaints among hospital nurses. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 40, 368-375.
- Johnson, J.V. (2008). Globalization, workers' power and the psychosocial work environment: is the demand-control-support model still useful in a neoliberal era? *Scand J Work Environ Health. Supplement*, 34: 15-21.
- Johnson, J.V., Hall, E.M. (1988). Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *Am J Public Health*, 78, 1336-1342.
- Jonveaux, T., & Fescharek, R. (2009). Jardins et maladie d'Alzheimer : Dimensions sociale et Thérapeutique. *Jardins, environnement et santé, 11<sup>e</sup> colloque scientifique de la SNHF*. Nantes, mai, 2009, p.56.
- Kahneman, D., Diener, E., & Schwarz, N. (Eds.).(1999). *Well-being: The foundations of hedonic psychology*. New York: Russell Sage Foundation.
- Kaplan, R., & Kaplan, S. (1989). *The Experience of Nature : A Psychological Perspective*. USA : CUP Archive.
- Kaplan, S. (1995). The restorative Benefits of nature : Toward an integrative framework. *Journal of Environmental Psychology*, 15, 169-182.
- Karahan, A., Kav, S., Abbasoglu, A., Dogan, N. (2009). Low back pain: prevalence and associated risk factors among hospital staff. *Journal of Advanced Nursing*, 65(3), 516-524.
- Karasek, R., & Theorell, T. (1990). *Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- Karasek, R.A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 285-308.
- Karasek, R.A. (1985). Job Content Questionnaire and User's Guide, Los Angeles: *Department of Industrial and System Engineering*, University of Southern California.
- Karasek, R.A., Baker, D., Marxer, F., Ahlbom, A., Theorell, T. (1981). Job decision latitude, job demands, and cardiovascular disease: a prospective study of Swedish men. *Am J Public Health*, 71, 694-705.
- Karasek, R.A., Brisson, C., Kawakami, N., Houtman, I., Bongers, P., Amick, B. (1998). The Job Content Questionnaire (JCQ): an instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. *J Occup Health Psychol*, 3, 322.
- Karasek, R.A., Theorell, T., Schwartz, J.E., Schnall, P.L., Pieper, C.F., Michela, J.L. (1988). Job characteristics in relation to the prevalence of myocardial infarction in the US Health Examination Survey (HES) and the Health and Nutrition Examination Survey (HANES). *Am J Public Health*, 78, 910-918.
- Kokkonen, T.M., Cheston, R.I., Dallos, R., Smart, C.A. (2014). Attachment and coping of dementia care staff : The role of staff attachment style, geriatric nursing self-efficacy, and approaches to dementia in Burnout. *Dementia*, 13(4), 544-568.

- Kovner, C. K., Brewer, C. S., Yingrengreung, S. & Fairchild, S. (2010). New nurses' views of quality improvement education. *Joint Commission Journal on Quality & Patient Safety* 36(1), 29-35. Retrieved from [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=new+nurses+views+of+quality+improvement+education%5BTitle%5D](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=new+nurses+views+of+quality+improvement+education%5BTitle%5D)
- Krause, N., Lynch, J.W., Kaplan G.A., Cohen, R.D., Salonen, R., & Salonen J.T. (2000). Standing at work and progression of carotid atherosclerosis. *Scandinavian Journal of Work Environment and Health*, 26(3), 227-236.
- Kreitzer, M. (2007). Healthcare Costs and environmental design. *Implications*, 2(10), 5-6.
- Kristensen, T.S., Smith-Hansen, L., Jansen, N. (2005). The Copenhagen Psychosocial Questionnaire – a tool for the assessment and improvement of the psychosocial work environment. *Scand J Work Environ Health*, 31, 438-449.
- Lacoste, M. & Grosjean, M. (1999). *Communication et intelligence collective. Le travail à l'hôpital*. Paris : PUF.
- Lagerström, M., Hansson, T., & Hagberg, M. (1998). Work-related low-back problems in nursing. *Scand J Work Environ Health*, 24(6), 449-464.
- Lamy, S., De Gaudermaris, R., Sobaszek, A., Caroly, S., Descatha, A., & Lang, T. (2013). Améliorer les conditions de travail à l'hôpital?: ORSOSA, de la démarche de recherche à l'action de prévention. *Santé Publique*, 25(4), 389-397.
- Lanfranchi, J.B., & Duveau, A. (2008). Explicative models of musculoskeletal disorders (MSD): From biomechanical and psychosocial factors to clinical analysis of ergonomics. *Revue européenne de psychologie appliquée*, 58, 201–213.
- Lantta, T., Anttila, M., Kontio, R., Adams, C., & Välimäki, M. (2016). Violent events, ward climate and ideas for violence prevention among nurses in psychiatric wards: A focus group study. *International Journal of Mental Health Systems*, 10, 1-10.
- Lanza, M. (2016). Patient aggression in real time on geriatric inpatient units. *Issues in Mental Health Nursing*, 37(1), 53-58.
- Laporte, P., & Vonarx, N. (2015). Les infirmières et la mort au quotidien : souffrances et enjeux, *Revue internationale de soins palliatifs*, 30, 149-156.
- Laurikka J., Sisto T., Tarkka M.R., Auvinen O., & Hakama M. (2002). Risk indicators for varicose veins in forty – to sixty-year – olds in the Tampere varicose vein study. *World Journal of Surgery*, 26(6), 648-651.
- Le Ray-Landrein, F., Gillet, N., Colombat, P., & Dubourg, P. (2016). Le burn-out des soignants travaillant en soins palliatifs. *Psycho-Oncologie*, 10(3), 211-219.
- Lee, E.J., Kim, H.S., & Kim, H.Y. (2014). Relationships between core factors of knowledge management in hospital nursing organisations and outcomes of nursing performance. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 3513-3524.
- Leguay, D. (2009). Quelle sorte de médecine l'hôpital se prépare-t-il à délivrer ? Retrieved from [http://www.cphweb.info/spip.php?page=imprimer&id\\_article=643](http://www.cphweb.info/spip.php?page=imprimer&id_article=643)
- Lemo, A., Silva, A.G., Tucherman, M., Talerman, C., Guastelli, R.L., & Borba, C.L. (2012). Risk reduction in musculoskeletal practice assistance professional nursing pilot in semi intensive care unit. *Work*, 41, 1869-1872. DOI: 10.3233/WOR-2012-0400-1869

- Lemoine, C., Mascret, G. (2007). Psychosociologie des organisations et les nouvelles théories des organisations. In A. Trognon & M. Bromberg (Ed.), *Nouveaux cours de psychologie – Master : Psychologie et ressources humaines*. Sous la direction de S. Ionescu et A. Blanchet. Paris : P.U.F.
- Leplat, J. (2001). La gestion des communications par le contexte. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 3-1.
- Lhuillier, D. (2010). Les « risques psychosociaux » : entre rémanence et méconnaissance, *Nouvelle revue de psychosociologie*, 2(10), 11-28.
- Linton, S. J. (2001). Occupational Psychological Factors Increase the Risk for Back Pain: A Systematic Review. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 11(1), 53-66.
- Locke, E.A., & Latham, G.P. (1990). *A theory of goal setting and task performance*. New Jersey : Prentice Hall.
- Long, M.-H. & Johnston, V. & Bogossian, F. (2012). Work-related upper quadrant musculoskeletal disorders in midwives, nurses and physicians: A systematic review of risk factors and functional consequences. *Applied Ergonomics*, 43 (3), 455-467.
- Lourel, M., & Guéguen, G. (2007). L'interface "vie privée – vie au travail". Effets sur l'implication organisationnelle et sur le stress perçu. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 74, 49-58. DOI : 10.3917/cips.074.0049.
- Lyckholm, L. (2001). Dealing with stress, Burnout, and grief in the practice of oncology. *The Lancet Oncology*, 2(12), 750 – 755.
- Machado, T., Desrumaux, P., & Droogenbroeck, A. (2016). Indicateurs organisationnels et individuels du bien-être. Étude exploratoire auprès d'aides-soignants et d'infirmiers. *Bulletin de psychologie* 541, 19-34.
- Machado, T., Desrumaux, P., & Droogenbroeck, A.D. (2016). Indicateurs organisationnels et individuels du bien-être. Etude exploratoire auprès d'aides-soignants et d'infirmiers. *Bulletin de Psychologie*, 1(541), 19-34.
- Maillard, B. (2012). Psychologue dans un réseau de soins palliatifs : Une pratique clinique orientée par le réel. *Bulletin de Psychologie*, 6(522), 543-550.
- Makhloufi, I., Saadi, J., El Hiki, L., & El Hassani, A. (2012). Analyse organisationnelle de l'hôpital à travers le modèle de Mintzberg : Cas de l'hôpital universitaire Cheikh Zaid. *Santé Publique*, 24, 573-585.
- Manusset, S. (2012). Impacts psycho-sociaux des espaces verts dans les espaces urbains. *Développement durable et territoires. Economie, géographie, politique, droit, sociologie*, 3(3). Doi : <http://doi.org/10.4000/developpementdurable.9389>.
- Marchand, C., & Vandenberghe, C. (2016). Perceived organizational support, emotional exhaustion, and turnover: The moderating role of negative affectivity. *International Journal of Stress Management*, 23(4), 350-375.
- Martin-Primat, E., & Richard, A. (2008). Psychological experiences of physicians, nurses and psychologists working in a mobile palliative care unit. *Medicine Palliative*, 7(2), 91-97.
- Maruani, M. & Meron, M. (2012). Annexes statistiques : Un siècle de travail des femmes en France, 1901-2011. *La Découverte*. Repéré à <http://extranet.editis.com/it->

[yonixweb/images/DEC/art/doc/d/d9079614d7313335303430313832373038333439.pdf](http://yonixweb/images/DEC/art/doc/d/d9079614d7313335303430313832373038333439.pdf)

- Maslach, C. & Jackson S.E. (1981). The measurement of experienced Burnout. *Journal of occupational behaviour*, 2, 99-113.
- Maslach, C. (1976). Burned-out. *Human Behavior*, 5(9). 16-22
- Maslach, C., Schaufeli, W.B., Leiter, M.P. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 397-422.
- Maumet, S., De Gaudemaris, R., Caroly, S., & Balducci, F. (2006). Facteurs associés à la prévalence des T.M.S. en milieu hospitalier, Retrieved from [http://www.smt-dauphine-savoie.fr/2006-03-24/2006-03-24\\_T.M.S.etContraintesPsycho.pdf](http://www.smt-dauphine-savoie.fr/2006-03-24/2006-03-24_T.M.S.etContraintesPsycho.pdf)
- McEwen, B.S., & Kalia, M. (2010). The role of corticosteroids and stress in chronic pain conditions. *Metabolism Clinical and Experimental*, 59 (1), 9-15.
- Melamed, S., Shirom, A., Toker, S., Berliner, S., & Shapira, I. (2006). Burnout and risk of cardiovascular disease: evidence, possible causal paths, and promising research directions. *Psychol Bull*, 132(3), 327-53.
- Mello, M.M., Kelly, C.N., Studdert, D.M., Brennan, T.A., & Sage, W.M. (2003). Hospitals' Behavior in a Tort Crisis : Observations from Pennsylvania. *Health Affairs*, 22(6), 225-233.
- Meng, L., Jin, Y., & Guo, J. (2016). Mediating and/or moderating roles of psychological empowerment. *Applied Nursing Research*, 30, 104-110.
- Menzel, N. N., Brooks, S. M., Bernard, T. E., & Nelson, A. (2004). The physical workload of nursing personnel: association with musculoskeletal discomfort. *International Journal of Nursing Studies*, 41, 859-867.
- Mesmer-Magnus, J.R., & Viswesvaran, C. (2005) Convergence between measures of work-to-family and family-to-work conflicts: A meta-analytic examination. *Journal of Vocational Behavior*, 67(2), 215-232.
- Messing, K., Randoïn, M., Tissot, F., Rail, G., & Fortin, S. (2004). La souffrance inutile : la posture debout statique dans les emplois de service. *Travail, genre et sociétés*, 12, 77-104. DOI 10.3917/tgs.012.0077
- Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social. (2015). Les chiffres-clés et statistiques. *Santé au travail / Travailler mieux*, Retrieved from <http://travail-emploi.gouv.fr/sante-au-travail/prevention-des-risques/troubles-musculo-squelettiques-T.M.S./de-quoi-parle-t-on/article/les-chiffres-cles-et-statistiques>
- Mino, J.C., & Lert, F. (2003). Le travail invisible des équipes de soutien et conseil en soins palliatifs au domicile. *Sciences sociales et santé*, 21(1), 35-64.
- Mintzberg, H. (1982). Structure et dynamique des organisations. Paris : Éd. d'Organisation
- Mitrone, S., & Larson, J. (2007). Healing by Design : Healing Gardens and Therapeutic Landscapes. *Implications*, 2(10), 1-4.
- Moisson, M. (2009). Le stress : entre surcoût financier et détresse humaine. *Humanisme et Entreprise*, 291, 49-62. DOI : 10.3917/hume.291.0049
- Montalan, M.A., & Vincent, B. (2013). Un modèle d'évaluation de la performance multidimensionnelle d'une organisation hospitalière transversale. *Management & Avenir*, 61, 190-207. DOI : 10.3917/mav.061.0190

- Morandi, A., Lucchi, E., Turco, R., Morghen, S., Guerini, F., Santi, R., Gentile, S., Meagher, D., Voyer, P., Fick, D., Schmitt, E., Inouye, S., Trabucchi, M., & Bellelli, G. (2015). Delirium superimposed on dementia : A quantitative and qualitative evaluation of informal caregivers and health care staff experience. *Journal of Psychosomatic Research*, 79, 272-280.
- Morrison, R.S., Jones, L., & Fuller, B. (1997). The relation between leadership style and empowerment on job satisfaction of nurses. *Journal of Nursing Administration*, 27, 27–34.
- Namazi, K.H., & Johnson, B.D. (1992). Pertinent autonomy for residents with dementia. Modifications of the physical environments to enhance independence. *Am J Alzheimers Care Relat Disord Res*, 7, 16-21.
- Nasse P., Légeron P. (2008), Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail. Retrieved from <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/084000156/0000.pdf>
- Newell, J.M., Nelson-Gardell, D., & MacNeil, G. (2016). Clinician responses to client traumas: A chronological review of constructs and terminology. *Trauma, Violence, & Abuse*, 17(3), 306-313.
- Ngan, K., Drebit, S., Siow, S., Yu, S., Keen, D., & Alamgir, H. (2010). Risks and causes of musculoskeletal injuries among health care workers. *Occupational Medicine*, 60, 389–394. doi:10.1093/occmed/kqq052
- Ngan, K., Drebit, S., Siow, S., Yu, S., Keen, D., & Alamgir, H. (2010). Risks and causes of musculoskeletal injuries among health care workers. *Occupational Medicine*, 60, 389–394. doi:10.1093/occmed/kqq052
- Nilsson, A., Lindberg, P., & Denison, E. (2010). Predicting of pain, disability, and sick leave regarding a non-clinical sample among Swedish nurses. *Scandinavian Journal of Pain*, 1, 160-166.
- Organisation Internationale du Travail (2003). La sécurité en chiffres : Indications pour une culture mondiale de la sécurité au travail. *Bureau International de Travail Genève*, 1, 1-38.
- Orians, G. (1986). An ecological and evolutionary approach to landscape aesthetics. In Penning-Roswell, E.C & Lowenthal, D. (Eds.). *Landscape meaning and values* (pp. 3-25) London : Allen and Unwin.
- Orians, G.H. (1980). Habitat selection: General theory and applications to human behavior. In Lockard, J.S. (Ed.), *The Evolution of Human Social Behavior* (pp. 49-63). Amsterdam : Elsevier.
- Ousset, P.J., Nourhashemi, F., Albarede, J.L., Vellas, P.M. (1998). Therapeutic gardens. *Arch Gerontol Geriatr*, 26,369-72
- Papelier, A. & Gaudez, C (2005). Influence de l'utilisation des commandes bimanuelles sur le risque de troubles musculosquelettiques. *Les notes scientifiques et techniques de l'INRS*, 247.
- Paris-Frey, S. (2015). Burnout, légère avancée vers une reconnaissance en maladie professionnelle. Repéré à <http://www.juritravail.com/Actualite/maladie-professionnelle/Id/219491>
- Pekkarinen, L., Elovainio, M., Siverno, T., Heponiemi, T., Aalto, A.M., Noro, A., & Finne-Soveri H. (2013). Job Demands and musculoskeletal symptoms among female geriatric nurses : The Moderating role of psychosocial resources. *American Psychological Association*, 18(2), 211-219. DOI : 10.1037/a0031801.



- Perko, K., Kinnunen, U., & Feldt, T. (2016). Investigating occupational well-being and leadership from a person-centred longitudinal approach: Congruence of well-being and perceived leadership. *European Journal of Work and Organizational Psychology, 25*(1), 105-119.
- Peter, J.P. (1979). Reliability: A Review of Psychometric Basics and Recent Marketing Practices. *Journal of Marketing Research, 16*, 6-17.
- Peterson, C., & Seligman, M.E.P. (2004). *Character Strengths and virtues: A handbook and classification*. New-York : Oxford University Press.
- Pezet-Langevin, V. (2006). Qu'est-ce que le Burnout ? Comment les entreprises peuvent-elles y remédier ? In C. Lévy-Leboyer, C. Louche, & J-P. Rolland (Eds), *RH : Les apports de la psychologie du travail* (pp. 319-335). Paris : Eyrolles.
- Posner, J., Russell, J., & Peterson, B. (2005). The circumplex model of affect: An integrative approach to affective neuroscience, cognitive development, and psychopathology. *Dev Psychopathol, 17*(3), 715–734.
- Pringuey-Criou, F. (2015). Introduction au concept de jardins de soins en psychiatrie. *L'Encéphale, 41*, 454-459.
- Puech, C., Mangin d'Ouince, V., & Hallet Lezy, A.M. (2014). Unité cognitivo-comportementale (UCC) de Corentin-Celton : évaluation à un an. *NPG Neurologie – Psychiatrie – Gériatrie, 14*, 252-254
- R. 263-1-1 (2001). Dans *Code du travail*.
- Randon, S., Baret, C., & Prioul, C. (2011). La prévention de l'absentéisme du personnel soignant en gériatrie : du savoir académique à l'action managériale. *Management & Avenir, 49*(9), 133-149.
- Reed, J., & Ones, D.S. (2006). The effect of acute aerobic exercise on positive activated affect : A meta-analysis. *Psychology of Sport and Exercise, 7*, 477-514.
- Retravailler. (2016). Historique et identité. Repéré à <http://www.retravailler.org/index.php/historique-et-identite>
- Richardson, P. W., & Watt, H. M. G. (2006). Who chooses teaching and why? Profiling characteristics and motivations across three Australian universities. *Asia-Pacific Journal of Teacher Education, 34*(1), 27-56.
- Ridenour, A. (2016). Healing gardens. In Dewey, P. (Ed.), *Managing arts programs in healthcare* (pp. 65-80). New-York : Routledge/Taylor & Francis Group.
- Rivasseau-Jonveaux, T., Batt, M., Fescharek, R., Benetos, A., Trognon, A., Bah-Chuzeville, S., Pop, A., Jacob, C., Yzoard, M., Demarche, L., Soulon, O., Malerba, G., & Bouvel, B (2013b). Healing Gardens and Cognitive Behavioral Units in the Management of Alzheimer's Disease Patients: the Nancy Experience. *Journal of Alzheimer Disease, 34*, 325-338.
- Rivasseau-Jonveaux, T., Fescharek, R., Batt, M., Bouvel, B., Demarche, L., Jacob, C., Lanfroy, R., Malerba, G., Pop, A., Soulon, L., Trognon, A., & Yzoard, M. (2013a). Comment la nature est-elle thérapeutique ? In Pipien, G., & Morand, S. (Eds.), *Biodiversité et santé* (pp. 171-182). Paris : Buchet/Chastel.
- Rivasseau-Jonveaux, T., Pop, A., Fescharek, R., Chuzeville, S-B., Jacob, C., Demarche, L., Soulon, L., & Malerba, G. (2012). Les jardins thérapeutiques : recommandations et critères de conception. *Geriatric et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement, 10*(3), 254-253. DOI : 10.1684/pnv.2012.0360.

- Rocher, P., & Lavallart, B. (2009). Le plan Alzheimer 2008-2012. *Gérontologie et société*, 1(128-129), 13-31. DOI : 10.3917/gs.128.0013
- Roffey, D.M., Wai, E.K., Bishop, P., Kwon, B.K., & Dagenais, S. (2010). Causal assessment of workplace manual handling or assisting patients and low back pain: results of a systematic review. *The Spine Journal*, 10, 639-651. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.spinee.2010.04.028>
- Roquelaure Y., Ha C., & Sauteron M. (2005). Réseau expérimental de surveillance épidémiologique des troubles musculosquelettiques dans les Pays de la Loire. *Santé Travail*, retrieved from [http://www.invs.sante.fr/publications/2007/protocole\\_T.M.S.\\_loire/protocole\\_T.M.S.\\_loire.pdf](http://www.invs.sante.fr/publications/2007/protocole_T.M.S._loire/protocole_T.M.S._loire.pdf)
- Safon, M.O. (2015). *Historique des réformes hospitalières en France Pôle documentation de l'Irdes*. Retrieved from [www.irdes.fr/documentation/syntheses/historique-des-reformes-hospitalieres-en-france.pdf](http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/historique-des-reformes-hospitalieres-en-france.pdf)
- Sannino, A., Trognon, A., & Dessagne, L. (2003). A model for analyzing knowledge content and processes of learning a trade within alternance vocational training. In Tuomi-Groh, T., & Engeström, Y. (Eds.), *Between school and work: new perspectives on transfer and boundary-crossing* (pp. 271-289). Amsterdam : Pergamon.
- Sauter, S.L., Brightwell, W.S., Colligan, M.J., Hurrell Jr, J.J., Katz, T.M., LeGrande, D.E., Lessin, N., Lippin, R.A., Lipscomb, J.A., Murphy, L.R., Peters, R.H., Keita, G.P., Robertson, S.R., Stellman, J.M., Swanson, N.G., Tetrick, L.E. (2002). The changing organization of work and the safety and health of working people: Knowledge gaps and research directions. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH). Rapport no 2002-116.
- Schaufeli, W.B., Maslach, C. & Marek, T. (Eds), *Professional Burnout : Recent Developments in Theory and Research* (pp. 115-135). New-York : Taylor and Francis.
- Seegerstrom, S.C. & Miller, G.E. (2004). Psychological Stress and the Human Immune System: A Meta-Analytic Study of 30 Years of Inquiry. *Psychological Bulletin*, 130(4), 601-630.
- Seligman, M.E., Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology : An introduction. *Am Psychol*. 55(1) 5-14.
- Selye, H. (1956). *The stress of life*, New York, McGraw-Hill.
- Shaver, P., Schwartz, J., Kirson, D., & O'Connor, C. (1987). Emotion knowledge: Further exploration of a prototype approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(6), 1061-1086.
- Shirom, A, Toker, S, Berliner, S, Shapira, I, & Melamed, S. (2008). The effects of physical fitness and feeling vigorous on self-rated health. *Health Psychology*, 27(5), 567-575.
- Shirom, A. (2003). Feeling vigorous at work? The construct of vigor and the study of positive affect in organizations. In D. Ganster & P. L. Perrewe (Eds.). *Research in organizational stress and well-being*, (pp. 135-165). Greenwich, CN: JAI Press.

- Shirom, A. (2010). Feeling energetic at work: On vigor's antecedents. In A. B. Bakker & M. P. Leiter (Eds.) *Work engagement : Recent developments in theory and research* (pp. 69-84). New York : Psychology Press.
- Shirom, A. (2011). Vigor as a Positive affect at work : conceptualizing vigor, its relations with related constructs, and its antecedents and consequences. *Review of General Psychology*, 15(1), 50-64.
- Shirom, A., & Ezrachi, Y. (2003). On the discriminant validity of Burnout, depression and anxiety : a re-examination of the Burnout measure. *Anxiety, Stress and Coping*, 16(1), 83-97.
- Shirom, A., Nirel, N. & Vinokur, A. (2006). Overload, autonomy, and Burnout as predictors of physicians' quality of care. *Journal of Occupational Health Psychology*, 11(4), 328-342.
- Shirom, A., Toker, S., Berliner, S., Shapira, I., & Melamed, S. (2006). Work-related vigor and job satisfaction relationships with inflammation biomarkers among employed adults. In A. Delle Fave (Ed.), *Dimensions of well-being: Research and intervention* (pp. 254-274). Milano, Italy: Franco Angeli.
- Shirom, A., Toker, S., Melamed, S., Berliner, S., & Shapira, I. (2013). Burnout and Vigor as Predictors of the Incidence of Hyperlipidemia among healthy employees. *Applied psychology : Health and well-being*, 5(1), 79-98. DOI : 10.1111/j.1758-0854.2012.01071.x
- Shraga, O., & Shirom, A. (2009). The construct validity of vigor and antecedents : a qualitative study. *Human Relations*, 62(2), 271-291. DOI : 10.1177/0018726708100360.
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/ low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 27-41.
- Siegrist, J. (2008). Chronic psychosocial stress at work and risk of depression: evidence from prospective studies. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.*, 258(5), 115-119.
- Siegrist, J. (2010). Effort-reward imbalance at work and cardiovascular diseases. *Int. Arch. Occup. Environ. Health* 23, 279-85.
- Siegrist, J. (2012). *Effort-reward imbalance at work - theory, measurement and evidence*. Department of Medical Sociology, Düsseldorf University, Germany. Retrieved from [www.uniklinik-duesseldorf.de/fileadmin/Datenpool/einrichtungen/institut\\_fuer\\_medizinische\\_soziologie\\_id54/ERI/ERI-Website.pdf](http://www.uniklinik-duesseldorf.de/fileadmin/Datenpool/einrichtungen/institut_fuer_medizinische_soziologie_id54/ERI/ERI-Website.pdf)
- Siegrist, J. (2013). *Psychometric properties of the Effort-Reward Imbalance Questionnaire*. Department of Medical Sociology, Faculty of Medicine, Düsseldorf University, Germany. [www.uniklinik-duesseldorf.de/fileadmin/Datenpool/einrichtungen/institut\\_fuer\\_medizinische\\_soziologie\\_id54/ERI/Psychometrie.pdf](http://www.uniklinik-duesseldorf.de/fileadmin/Datenpool/einrichtungen/institut_fuer_medizinische_soziologie_id54/ERI/Psychometrie.pdf)
- Siegrist, J., Peter, R., Georg, W., Cremer, P., Seidel, D. (1991). Psychosocial and biobehavioral characteristics of hypertensive men with elevated atherogenic lipids. *Atherosclerosis*, 86, 211-218.
- Siegrist, J., Peter, R., Junge, A., Cremer, P., Seidel, D. (1990). Low status control, high effort at work and ischemic heart disease: prospective evidence from blue-collar men. *Soc Sci Med*, 31, 1127-1134.

- Siegrist, J., Peter, R., Motz, W., Strauer, B.E. (1992). The role of hypertension, left ventricular hypertrophy and psychosocial risks in cardiovascular disease: prospective evidence from blue-collar men. *European Heart Journal*, 13, 89.
- Siegrist, J., Starke, D., Chandola, T., Godin, I., Marmot, M., Niedhammer, I., Peter, R. (2004). The measurement of effort–reward imbalance at work: European comparisons. *Soc Sci Med*, 58, 1483–1499
- Sliter, K. A., Sliter, M. T., Withrow, S. A., & Jex, S. M. (2012). Employee obesity and exposure to incivility: Establishing the relationship, its demographic moderators, and its negative outcomes. *Journal of Occupational Health Psychology*, 17, 409–424. DOI : 10.1037/a0029862
- Smith, D.R. & Mihashi, M., Adachi, Y., Koga, H., Ishitake, T. (2006). A detailed analysis of musculoskeletal disorder risk factors among Japanese nurses. *Journal of Safety Research*, 37, 195-200.
- Smith, D.R., Wei, N, Kang, L, Wang, R.-S. (2004). Musculoskeletal Disorders Among Professional Nurses in Mainland China. *Journal of Professional Nursing*, 20(6), 390-395.
- Snyder, C. R., & Lopez, S. (2002). *Handbook of positive psychology*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Soares, J.J. & Jablonska B. (2004). Psychosocial experiences among primary care patients with and without musculoskeletal pain. *National Institutes of Health*, 8(1) 79-89.
- Sokka, L., Leinikka, M., Korpela, J., Henelius, A., Ahonen, L., Alain, C., Alho, K., & Huotilainen, M. (2016). Job Burnout is associated with dysfunctions in brain mechanisms of voluntary and involuntary attention. *Biological Psychology*, 117, 56-66.
- St Onge., S., Haines III, V.Y., Aubin, I., Rousseau, C., & Lagassé, G. (2005). Pour une meilleure reconnaissance des contributions au travail. *Gestion*, 30, 89-101.
- Stewart, W. F., Ricci, J. A., Chee, E., Hahn, S. R., & Morganstein, D. (2003). Cost of lost productive work time among US workers with depression. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 289, 3135–3144. DOI : 10.1001/jama.289.23.3135
- Stock, S., Nicolakakis, N., Messing, K., Turcot, A., & Raiq, H. (2013). Quelle est la relation entre les troubles musculo-squelettiques (T.M.S.) liés au travail et les facteurs psychosociaux ? *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 15 (2), 1-20.
- Sylva, D.D., Tavares, N.V., Alexandre, A.R., Breda, M.-Z., Albuquerque, M.-C., & Melo, V.L. (2015). Depression and suicide risk among nursing professionals : an integrative review. *Revista da escola de enfermagem da usp*, 49(6), 1023-1031.
- Tennessen, C., & Cimprich, B. (1995). Views to Nature : Effects on attention. *Journal of Environmental Psychology*, 15, 77-85.
- Teo, S.T.T., Yeung, M., & Chang, E. (2011). Administrative stressors and nursing job outcomes in Australian public and non-profit health care organisations. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 1443-1452.
- Thayer, R. E. (1996). *The origin of everyday moods*. New York : Oxford University Press

- Thompson, C., Aspinall, P., Roe, J., Robertson, L., & Miller, D. (2016). Mitigating Stress and supporting health in deprived urban communities : The Importance of green space and the social environment. *International Journal of Environmental Reserach and public Heath*, 13(440), 1-24. DOI :10.3390/ijerph13040440
- Tordo, F., & Binkley, C. (2016). L'auto-empathie, ou le devenir de l'autrui-en-soi : définition et clinique du virtuel. *L'évolution psychiatrique*, 81, 293–308.
- Totterdell, M., Bubb, S., Woodroffe, L., & Hanrahan, K. (2004). The impact of newly qualified teachers (NQT) induction programmes on the enhancement of teacher expertise, professional development, job satisfaction or retention rates: a systematic review of research literature on Induction. In: *Research Evidence in Education Library*. London: EPPI-Centre, Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London.
- Trognon, A., Dessagne, L., Hoch, R., Dammerey, C., & Meyer, C. (2012). Les communications au travail. In Allouche, J., (coordinateur), Bernoux, P., Gazier, B., Gilbert, P., Huault, I., Noël, F., Schmidt, G., & Bourguignon, R. (Eds.). *Encyclopédie des ressources humaines* (pp.213-220). Paris : Vuibert.
- Tullar, J. M., Brewer, S., Amick III, B. C., Irvin, E., Mahood, Q., Pompeii, L. A., Evanoff, B. (2010). Occupational Safety and Health Interventions to Reduce Musculoskeletal Symptoms in the Health Care Sector. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 20(2), 199-219.
- Tyrväinen, L., Ojala, A., Korpela, K., Lanki, T., Tsunetsugu, Y., & Kagawa, T. (2014). The influence of urban green environments on stress relief measures: A field experiment. *Journal of Environmental Psychology*, 38, 1–9.
- Ulrich, R., Simons, R., Losito, B., Fiorito, E., Miles, M., & Zelson, M. (1991). Stress recovery during exposure to natural and urban environments. *Journal of Environmental Psychology*, 11, 201-230.
- Ulrich, R.S. (2002). *Health benefits of gardens in hospitals*. Paper for conference, Plants for people, International Exhibition Floriade.
- Verweij, H., Heijden, F.M., Hooff, M.L., Lagro-Janssen, A.L., Ravesteijn, H. (2016). The contribution of work characteristics, home characteristics and gender to Burnout in medical residents. Open Access. *Advances in Health Sciences Education*, 1-16.
- Vroom, V.H. (1964). *Work an motivation*. New York : Wiley.
- Wanka, A., Kolland, F., & Psihoda, S. (2015). Job strain and coping among ageing baby boomers. *Gerontologie und Geriatrie*, 48, 511-516.
- Weinberg, D.B., Avgar, A.C., Sugrue, N., & Cooney-Miner, D. (2012). The Importance of a High-Performance Work Environment in Hospitals. *Health Research and Educational Trust*, 48 (1), 319-332.
- Whitehouse, S., Varni, J-W., Seid, M., Cooper-Marcus, C., Ensberg, M-J., Jacobs, J-R., & Mehlenbeck, R-S. (2001). Evaluating a children's hospital garden environment : Utilization and consumer satisfaction. *Journal of Environmental Psychology*, 21, 301-314.
- Wilson, E.O. (2012). *Biophilie* (G. Villeneuve, Trad.) (Œuvre originale publiée en 1984). USA : José Corti, Biophilia.
- Yzoard, M., Batt, M., Trognon, A., Verhaegen, F., Jacob, C., Pop, A., Bernez, L., Fescharek, R., & Rivasseau-Jonveaux, T. (2016). Jardin thérapeutique et

démences : le dialogue comme unification des fonctions psychologiques.

*Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie.*

Zeggar, H., & Vallet, G. (2010). *Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé.* Paris : Inspection Générale des Affaires Sociales. Retrieved from <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000246.pdf>

## Table des figures :

Figure 1.	protagoniste de la CIFRE	17
Figure 2.	Manuel de certification, critères 3c et 3d	23
Figure 3.	Structure bureaucratie professionnelle	52
Figure 4.	Structure simple	52
Figure 5.	Modèle « Tension-Isolement » de Karasek, Theorell (1990)	62
Figure 6.	Modèle « Effort-Récompense » de Siegrist (1996)	63
Figure 7.	Photo de l'hôpital Saint Julien	90
Figure 8.	Photo de l'hôpital Le Kem	91
Figure 9.	Photo de l'hôpital de la Robertsau	92
Figure 10.	Photo de l'hôpital Saint-Maurice	93
Figure 11.	Photo et logo de l'hôpital Sainte Blandine	94
Figure 12.	Cartographie thématique des entretiens réalisés avec l'équipe et avec son représentant dans l'ensemble des services	126
Figure 13.	Représentation de la médiane et du 3e quartile de la douleur	134
Figure 14.	Liens entre les variables	137
Figure 15.	Représentation des scores globaux des facteurs psychosociaux	139
Figure 16.	Représentation des scores globaux du Burnout et de la Vigueur	139
Figure 17.	Représentation des douleurs des 25% de l'échantillon les plus atteints corps humain	140
Figure 18.	Représentation du modèle	144
Figure 19.	Représentation de la valeur prédictive des facteurs psychosociaux sur le Burnout, la Vigueur et la douleur dans les UCC	147
Figure 20.	Représentation de la valeur prédictive des facteurs psychosociaux sur le Burnout, la Vigueur et la douleur dans les SP	149
Figure 21.	Représentation de la valeur prédictive des facteurs psychosociaux sur le Burnout, la Vigueur et la douleur dans les SSR	151
Figure 22.	Représentation de la différence des scores de Burnout et de Vigueur en fonction du type de jardin.	154
Figure 23.	Cartographie thématique des entretiens réalisés avec l'équipe et avec son représentant dans l'ensemble des services.	162

Figure 24.	Thèmes les plus répertoriés dans les entretiens du service de soins palliatifs sans jardin	163
Figure 25.	Thèmes les plus répertoriés dans les entretiens du service de soins palliatifs jardin non-aménagé	166
Figure 26.	Thèmes les plus répertoriés dans les entretiens du service de soins palliatifs jardin thérapeutique	169
Figure 27.	Thèmes les plus répertoriés dans les entretiens du service de soins de suite et de réadaptation sans jardin	173
Figure 28.	Thèmes les plus répertoriés dans les entretiens du service de soins de suite et de réadaptation jardin non-aménagé	176
Figure 29.	Thèmes les plus répertoriés dans les entretiens du service de soins de suite et de réadaptation jardin thérapeutique	179
Figure 30.	Thèmes les plus répertoriés dans les entretiens de l'unité cognitivo-comportementale sans jardin	182
Figure 31.	Thèmes les plus répertoriés dans les entretiens de l'unité cognitivo-comportementale jardin non-aménagé	185
Figure 32.	Thèmes les plus répertoriés dans les entretiens de l'unité cognitivo-comportementale jardin thérapeutique	187



### Table des tableaux :

Tableau 1.	lieux de réalisation de l'étude	89
Tableau 2.	Caractéristique de l'ensemble de l'échantillon	96
Tableau 3.	lieux de réalisation initiaux de l'étude	98
Tableau 4.	Description de la population, du sexe et de l'âge	129
Tableau 5.	Descriptions de l'ancienneté, du statut, du temps de travail et des horaires	129
Tableau 6.	Tests de fidélité des échelles de Karasek, Siegrist et Shirom	130
Tableau 7.	Scores moyens des facteurs psychosociaux, Burnout et Vigueur	131
Tableau 8.	Corrélation entre DP et EE dans le but de leur fusion	132
Tableau 9.	Corrélation entre MRE, MRC et MRM dans le but de leur fusion	132
Tableau 10a.	Scores moyens des neuf zones de douleur répertoriée	133
Tableau 10b.	Médianes et quartiles des neuf zones de douleur répertoriées	133
Tableau 11.	Codification couleur des scores médians et quartiles des zones de couleur	134
Tableau 12.	Matrice rectangulaire de corrélation entre les facteurs psychosociaux, le Burnout, la Vigueur et la douleur max.	135
Tableau 13.	Régression linéaire Burnout sur T.M.S.	135
Tableau 14.	Régression linéaire des facteurs psychosociaux sur le Burnout	136
Tableau 15.	Régression linéaire des facteurs psychosociaux sur la Vigueur	136
Tableau 16.	Régression linéaire de la Vigueur sur le Burnout	136
Tableau 17.	Tests de fidélité	138
Tableau 18.	Médianes et quartiles des neuf zones de douleur répertoriées	140
Tableau 19.	Matrice rectangulaire de corrélations entre les facteurs psychosociaux, le Burnout, la Vigueur et la Douleur max	141
Tableau 20.	Régression linéaire des Facteurs Psychosociaux sur le Burnout	142
Tableau 21.	Régression linéaire des Facteurs Psychosociaux sur la Vigueur	142
Tableau 22.	Régression linéaire des Facteur Psychosociaux sur les T.M.S.	143
Tableau 23.	Régression linéaire de la Vigueur sur le Burnout	143
Tableau 24.	Scores moyens des Facteurs Psychosociaux, Burnout, Vigueur et douleur en fonction des services	145

Tableau 25.	Matrice rectangulaire de corrélations entre les facteurs psychosociaux, le Burnout, la Vigueur et la Douleur max dans les UCC	146
Tableau 26.	Matrice rectangulaire de corrélations entre les facteurs psychosociaux, le Burnout, la Vigueur et la Douleur max dans les SP	148
Tableau 27.	Matrice rectangulaire de corrélations entre les facteurs psychosociaux, le Burnout, la Vigueur et la Douleur max dans les SSR	150
Tableau 28.	Scores moyens des Facteurs Psychosociaux, Burnout, Vigueur et douleur maximum en fonction du type de jardin	153
Tableau 29.	Test t-Sudent de comparaison des scores du Burnout, Vigueur et T.M.S. des échantillons indépendants de jardin thérapeutique versus sans jardin	155
Tableau 30.	Test t-Sudent de comparaison des scores du Burnout, Vigueur et T.M.S. des échantillons indépendants de jardin non aménagé versus sans jardin	155
Tableau 31.	Scores en fonction du jardin et du service	156
Tableau 32.	Test t-Sudent de comparaison des scores du Burnout, Vigueur et Douleur des échantillons indépendants des jardins thérapeutiques versus sans jardin en fonction des 3 services	157
Tableau 33.	Test t-Sudent de comparaison des scores du Burnout, Vigueur et Douleur des échantillons indépendants des jardins thérapeutiques versus jardin non aménagé en fonction des 3 services	158
Tableau 34.	Test t-Sudent de comparaison des scores du Burnout, Vigueur et Douleur des échantillons indépendants des jardins non aménagé versus sans jardin en fonction des 3 services	159
Tableau 35.	Relation thème – Burnout	190
Tableau 36.	Relation thème – Vigueur	190
Tableau 37.	Relation thème – T.M.S.	191