



HAL
open science

Les soins en milieu pénitentiaire dans le Grand-Est : santé perçue des professionnels et conditions d'exercice

Stéphanie Boulier

► **To cite this version:**

Stéphanie Boulier. Les soins en milieu pénitentiaire dans le Grand-Est : santé perçue des professionnels et conditions d'exercice. Médecine humaine et pathologie. 2020. hal-03805990

HAL Id: hal-03805990

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03805990>

Submitted on 7 Oct 2022

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

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



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-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

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

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

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Spécialisée

Par

Stéphanie BOULIER

Le 13 Octobre 2020

LES SOINS EN MILIEU PÉNITENTIAIRE DANS LE GRAND-EST : SANTÉ PERÇUE DES PROFESSIONNELS ET CONDITIONS D'EXERCICE

Membres du Jury :

M. Le Professeur Vincent LAPREVOTE	Président du Jury
M. Le Professeur Bernard KABUTH	Juge
M. Le Docteur Laurent MARTRILLE	Juge
M. Le Docteur Pierre HORRACH	Directeur de Thèse
Mme Le Docteur Stéphanie BOURION-BEDES	Directrice de Thèse



**UNIVERSITÉ
DE LORRAINE**



FACULTÉ de MÉDECINE
NANCY

**Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT**

**Doyen de la Faculté de Médecine :
Professeur Marc BRAUN**

**Vice-doyenne
Pr Laure JOLY**

Assesseurs :

Premier cycle : Dr Nicolas GAMBIER
Deuxième cycle : Pr Antoine KIMMOUN
Troisième cycle : Pr Laure JOLY
Formation à la recherche : Pr Nelly AGRINIER
Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER
CUESim : Pr Stéphane ZUILY
SIDES : Dr Julien BROSEUS
Vie Facultaire : Dr Philippe GUERCI
Etudiant : Mme Audrey MOUGEL

Chargés de mission

Docimologie : Dr Jacques JONAS
Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER
PACES : Pr Mathias POUSSEL
Relations internationales : Pr Jacques HUBERT

Présidente du Conseil de la Pédagogie : Pr Louise TYVAERT
Président du Conseil Scientifique : Pr Jean-Michel HASCOET

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER - Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Louis BOUTROY - Laurent BRESLER - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER - Henry COUDANE - Jean-Pierre CRANCE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE - Bernard FOLIGUET - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - François GUILLEMIN - Philippe HARTEMANN - Gérard HUBERT - Claude HURIET - Jean-Pierre KAHN - Gilles KARCHER - Michèle KESSLER - François KOHLER - Pierre LANDES - Pierre LASCOMBES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - François MARCHAL - Jean-Claude MARCHAL - Yves MARTINET - Pierre MATHIEU - Thierry MAY - Michel MERLE - Daniel MOLÉ - Pierre MONIN - Pierre NABET - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Francis PENIN - Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Jean-Luc SCHMUTZ - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Paul VERT - Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER - Denis ZMIROU - Faiez ZANNAD

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Etienne ALIOT - Laurent BRESLER - Serge BRIANÇON - Henry COUDANE - Gilbert FAURE - Alain LE FAOU - Thierry MAY Patrick NETTER - Luc PICARD - François PLENAT - Paul VERT - Jean-Pierre VILLEMOT – Faiez ZANNAD

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^e Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

2^e sous-section : (*Histologie, embryologie et cytogénétique*)

Professeur Christo CHRISTOV

3^e sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43^e Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{re} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER - Professeur Antoine VERGER

2^e sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD –

Professeure Valérie CROISÉ - Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur Benjamin GORY –

Professeur Damien MANDRY - Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

44^e Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{re} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur David MEYRE - Professeur Bernard NAMOUR –

Professeur Jean-Luc OLIVIER - Professeur Abderrahim OUSSALAH

2^e sous-section : (*Physiologie*)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL - Professeur Mathias POUSSEL

3^e sous-section (*Biologie cellulaire*)

Professeure Véronique DECOT-MAILLERET

4^e sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45^e Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{re} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LOZNIÉWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^e sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)

Professeure Marie MACHOUART

3^e sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46^e Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{re} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeure Nelly AGRINIER - Professeur Francis GUILLEMIN

4^e sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47^e Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{re} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Pierre FEUGIER

2^e sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur Thierry CONROY - Professeur Frédéric MARCHAL - Professeur Didier PEIFFERT –

Professeur Guillaume VOGIN

3^e sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4^e sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48° Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{re} sous-section : (*Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire*)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2^e sous-section : (*Médecine intensive-réanimation*)

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY –
Professeur Antoine KIMMOUN

3^e sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

4^e sous-section : (*Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie*)

Professeur Nicolas GIRERD - Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL

5^e sous-section : (*Médecine d'urgence*)

Professeur Tahar CHOUIHED

49° Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{re} sous-section : (*Neurologie*)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Sébastien RICHARD –
Professeur Luc TAILLANDIER Professeure Louise TYVAERT

2^e sous-section : (*Neurochirurgie*)

Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

3^e sous-section : (*Psychiatrie d'adultes ; addictologie*)

Professeur Vincent LAPREVOTE - Professeur Raymund SCHWAN

4^e sous-section : (*Pédopsychiatrie ; addictologie*)

Professeur Bernard KABUTH

5^e sous-section : (*Médecine physique et de réadaptation*)

Professeur Jean PAYSANT

50° Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{re} sous-section : (*Rhumatologie*)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^e sous-section : (*Chirurgie orthopédique et traumatologique*)

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX

3^e sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Professeure Anne-Claire BURSZTEJN

4^e sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51° Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{re} sous-section : (*Pneumologie ; addictologie*)

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

2^e sous-section : (*Cardiologie*)

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET –
Professeur Yves JUILLIERE -
Professeur Batric POPOVIC - Professeur Nicolas SADOUL

3^e sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardiovasculaire*)

Professeur Juan-Pablo MAUREIRA - Professeur Stéphane RENAUD

4^e sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52° Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{re} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

2^e sous-section : (*Chirurgie viscérale et digestive*)

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeure Adeline GERMAIN

3^e sous-section : (*Néphrologie*)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^e sous-section : (*Urologie*)

Professeur Pascal ESCHWÈGE - Professeur Jacques HUBERT

53° Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{re} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie)

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY
Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

3° sous-section : (Médecine générale)

Professeur Jean-Marc BOIVIN - Professeur Paolo DI PATRIZIO

54° Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{re} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET -
Professeur Cyril SCHWEITZER

2° sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3° sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4° sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55° Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{re} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER - Professeure Cécile RUMEAU

2° sous-section : (Ophtalmologie)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD

3° sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61° Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64° Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65° Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Professeure Céline HUSELSTEIN

66° Section : PHYSIOLOGIE

Professeur Nguyen TRAN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

53° Section, 3° sous-section : (Médecine générale)

Professeure associée Sophie SIEGRIST

Professeur associé Olivier BOUCHY

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42° Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON

2° sous-section : (Histologie, embryologie, et cytogénétique)

Docteure Isabelle KOSCINSKI

44° Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{re} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN –

Docteure Catherine MALAPLATE - Docteur Marc MERTEN

2° sous-section : (Physiologie)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Jacques JONAS

45° Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{re} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2° sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46° Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{re} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

Docteur Arnaud FLORENTIN - Docteur Jonathan EPSTEIN (stagiaire)

2° sous-section (Médecine et Santé au Travail)

Docteure Isabelle THAON

47° Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{re} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Docteur Julien BROSEUS – Docteure Maud D’AVENI

2° sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Docteure Lina BOLOTINE

3° sous-section : (Immunologie)

Docteure Alice AARNINK

4° sous-section : (Génétique)

Docteure Céline BONNET - Docteure Mathilde RENAUD (stagiaire)

48° Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D’URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1° sous-section : (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

Docteur Philippe GUERCI

3° sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

49° Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

2° sous-section : (Neurochirurgie)

Docteur Fabien RECH

3° sous-section : (Psychiatrie d’adultes ; addictologie)

Docteur Thomas SCHWITZER

4° sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Docteur Fabienne ROUYER-LIGIER (stagiaire)

50° Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

4° sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51° Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3° sous-section : (Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)

Docteur Fabrice VANHUYSE

4° sous-section : (Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire)

Docteure Nicla SETTEMBRE

52° Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{re} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Docteur Anthony LOPEZ

54° Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L’ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1° sous-section : (Pédiatrie)

Docteure Cécile POCHON (stagiaire)

4° sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; Gynécologie médicale)

Docteure Eva FEIGERLOVA

5° sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)

Docteur Mikaël AGOPIANTZ

55° Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{re} sous-section : (Oto-Rhino-Laryngologie)

Docteur Patrice GALLET

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^e Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7^e Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19^e Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

63^e Section : GÉNIE ÉLECTRIQUE, ÉLECTRONIQUE, PHOTONIQUE ET SYSTÈMES

Madame Pauline SOULET LEFEBVRE (stagiaire)

64^e Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^e Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Christophe NEMOS

69^e Section : NEUROSCIENCES

Madame Sylvie MULTON

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

53^e Section, 3^e sous-section : (*Médecine générale*)

Docteur Cédric BERBE

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)

Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
*Research Institute for Mathematical
Sciences de Kyoto (JAPON)*

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)

Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)

Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)

Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)

Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)

Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)

Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

REMERCIEMENTS

À notre Maître et Président du Jury

Monsieur le Professeur Vincent LAPREVOTE

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Professeur de Psychiatrie Adulte au Centre Psychothérapique de Nancy

Vous nous faites l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Nous vous remercions vivement de l'intérêt porté à ce travail.

Tout au long de notre formation, nous avons pu apprécier votre rigueur scientifique ainsi que vos grandes qualités humaines et pédagogiques.

Votre disponibilité et votre bienveillance restent pour nous un exemple.

Qu'il nous soit permis de vous témoigner par ce travail notre profond respect et notre sincère admiration.

À notre Maître et Juge

Monsieur le Professeur Bernard KABUTH

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Professeur de Pédopsychiatrie au Centre Psychothérapique de Nancy

Docteur en Psychologie

Interne dans votre service, nous avons eu le plaisir de bénéficier de votre enseignement et avons apprécié votre disponibilité permanente.

Votre expérience clinique et le dévouement que vous mettez sans relâche auprès de vos jeunes patients restent pour nous un exemple.

Recevez ici le témoignage de notre plus vive gratitude, de notre profond respect et de notre sincère admiration.

À notre Maître et Juge

Monsieur le Docteur Laurent MARTRILLE

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier

Chef du service de Médecine Légale du CHRU de Nancy

Nous vous sommes très reconnaissants de nous faire l'honneur de juger ce travail.

Nous vous remercions de votre bienveillance, de votre disponibilité, de votre soutien et de votre investissement durant l'ensemble de mon cursus au sein de votre service.

Veillez trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance et de nos sincères remerciements.

À notre Maître et Directeur de Thèse

Monsieur le Docteur Pierre HORRACH

Docteur en Psychiatrie

Praticien Hospitalier au SMPR de Metz

Nous vous remercions infiniment pour vos conseils et votre disponibilité pour l'encadrement de cette thèse.

Au cours de mon internat, j'ai apprécié de travailler à vos côtés. Votre sens clinique et la rigueur de vos prises en charge ont contribué à la professionnelle que je suis aujourd'hui et m'ont guidée dans mon cursus professionnel.

J'espère que ce travail sera à la hauteur de vos attentes.

À notre Maître et Directrice de Thèse

À Madame le Docteur Stéphanie BOURION-BEDES

Docteur en Pédopsychiatrie et Addictologue

Docteur en Sciences

Praticien Hospitalier au Centre Psychothérapique de Nancy

Stéphanie,

Tu me fais l'honneur de bien vouloir juger ce travail.

Je te remercie d'avoir accepté de diriger cette thèse et je suis honorée de l'intérêt que tu as porté à l'élaboration de ce travail. J'ai trouvé dans ta rigueur, ton discernement et ta disponibilité de précieux soutiens. Je garde en souvenir l'ensemble des moments partagés tout au long de ces derniers mois. Ce travail est aussi le fruit de ton investissement.

Je te remercie vivement au-delà de l'aspect professionnel pour tes qualités humaines.

J'espère que ce travail sera à la hauteur de tes attentes.

Reçois ici l'expression de mes sincères remerciements.

Je tiens également à remercier l'ensemble des professionnels que j'ai pu rencontrer au cours de mon internat, pour l'ensemble des moments partagés et leur implication dans ma formation.

Je remercie particulièrement le Docteur Pénélope FAVIER pour sa sympathie et son soutien lors de mes premiers pas en géro-psycho-geriatrie.

Je remercie le Docteur Myriam TADRI pour sa disponibilité et ses qualités humaines.

Je remercie le Docteur Emilie PARENTY pour ses qualités humaines et sa bienveillance permanente, les Docteurs Justine MEREY et Baptiste BLANC pour leur aide dans la distribution des questionnaires.

Je remercie le Docteur Anne-Laure MARCHAL pour la qualité de son encadrement et sa rigueur. Ce stage restera l'un de mes meilleurs souvenirs dans mon cursus.

Je remercie le Docteur Erwan LE PAPE pour ses qualités humaines ainsi que sa bienveillance, mais également le Docteur Robin BOURGUES, le Docteur Sophie KNEZ, le Docteur Céline BARTHELEMY, Mme Gaëlle OBERLE et Mr David SELLEM pour leur aide sans faille et leur implication dans la formation des internes.

Je remercie le Docteur Charlotte SENSE pour sa rigueur, son sens clinique et sa sympathie lors de nos rencontres à l'UAUP.

Je remercie le Docteur Elodie MARCHAND. Elodie, quelques lignes ne suffiraient pas pour décrire l'ensemble de tes qualités professionnelles et humaines, je te suis très reconnaissante pour tout ce que tu m'as apporté pendant mon parcours. Je te souhaite le meilleur.

Je remercie également tous les seniors et l'équipe du service de médecine légale de Brabois, les moments passés avec vous font également partie des meilleurs souvenirs que je garderai de mon internat.

Je remercie également l'ensemble de mes co-internes pour l'ensemble des moments partagés et des bons souvenirs et plus particulièrement Marion « la Gagou », Sarah, Floriane, Martine, PH et Gaëlle, Ambre, Mathou, Caro, Damien, Camille.

Je remercie l'ensemble de mes proches et plus particulièrement Pierre-Arnaud, Jalapine, Braillon, Dorai et Garniche. Vous êtes ma deuxième famille, celle qu'on choisit !

PA, Jalap, les années passent depuis nos premiers moments à l'école de sage-femme, que de mémorables souvenirs, quel chemin parcouru, et pourtant vous êtes toujours là ! Je suis honorée de vous avoir à mes côtés, aussi bien au quotidien que dans les événements importants de ma vie. Vous êtes des amis fidèles sur lesquels nous sommes sûrs de pouvoir compter en toutes circonstances.

Braillon, Dorai, Garniche, vous m'avez accompagnée depuis ma D4, une belle et solide amitié est née autour d'un stage en chirurgie orthopédique. Je vous remercie pour l'ensemble des moments passés mais également tous ceux à venir. Vous êtes des personnes formidables.

Je remercie également plus particulièrement Aurélie, Sylvain, Rémi, Vincent, Adrien, Aurélie et Maxime pour l'ensemble des bons moments partagés ainsi que Chloé pour son aide précieuse.

Je remercie également ma mère, Sylvie, ainsi que mes grands-parents, Paul et Myria, pour leur soutien sans faille depuis mon enfance et tout ce qu'ils m'ont apporté depuis tant d'années. Je ne leur serai jamais assez reconnaissante pour leur investissement complet pour ma réussite personnelle et professionnelle. Chacun mériterait d'avoir une famille aussi dévouée.

A mon mari, Kévin, ces quelques mots sont tellement infimes face à l'ensemble de ton amour, de ton soutien quotidien, de tous les moments de bonheur passés à tes côtés et ceux qui restent à venir. L'année 2020 aura été marquée par beaucoup d'heureux événements. Merci d'être ce que tu es, de m'avoir soutenue lors de mon parcours, je souhaite à chaque personne d'avoir un mari aussi aimant que toi.

SERMENT

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

LISTE DES ABRÉVIATIONS

BM : Burnout Measure

CATTP : Centre d'Activité thérapeutique à temps partiel

CBI : Copenhagen Burnout Inventory

CIM : Classification Internationale des Maladies

CNIL : Comité National Informatique et Liberté

CPP : Code de Procédure Pénale

DSM : Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux

DST : Département Santé Travail

EHCAU : Evaluation of Health CAre in Units for inmates

EPSNF : Etablissement Public de Santé National de Fresnes

ESPT : Etat de Stress Post-Traumatique

FPE : Fonction Publique d'Etat

FPH : Fonction Publique Hospitalière

FPT : Fonction Publique Territoriale

GHQ : General Health Questionnaire

HADS : Hospital Anxiety and Depression Scale

INRS : Institut National de Recherche et de Sécurité

InVS : Institut de veille sanitaire

JSS : Job Stress Survey

MBI : Maslach Burnout Inventory

MCS : Mental Component Summary Score

MINI : Mini International Neuropsychiatric Interview

NEXT : Nurses' Early Exit Study

NSS : The Nursing Stress Scale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PCS : Physical Component Summary Score

PRESST : Promouvoir en Europe Santé et Satisfaction des soignants au Travail

QV : Qualité de Vie

RPS : Risques Psychosociaux

SAMOTRACE : Santé mentale observatoire travail Rhône-Alpes et Centre

SESMAT : Santé et Satisfaction des médecins au Travail

SMPR : Service Médico-Psychologique Régional

SUMER : Surveillance médicale des expositions aux risques professionnels

TMS : troubles musculo-squelettiques

UHSA : Unité Hospitalière Spécialement Aménagée

UHSI : Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale

UMD : Unité pour Malades Difficiles

USMP : Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire

WOCCQ : Working Conditions and Control Questionnaire

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS	16
INTRODUCTION.....	20
CHAPITRE 1 : SANTÉ PERÇUE ET RISQUES PSYCHOSOCIAUX AU TRAVAIL	22
1. La santé.....	22
1.1. Les indicateurs de santé centrés sur le patient	22
1.2. Définition et mesure de la qualité de vie	22
1.3. Les indicateurs de santé au travail	23
1.3.1. L'émergence de la notion de risques psychosociaux.....	23
1.3.2. Le cadre juridique et réglementaire	23
1.3.3. Les risques psychosociaux.....	24
1.3.3.1. Le stress au travail	24
1.3.3.2. Les violences au travail	26
1.3.4. Les facteurs de risques psychosociaux	27
1.3.4.1. L'intensité et le temps de travail.....	27
1.3.4.2. Les exigences émotionnelles	28
1.3.4.3. Le manque d'autonomie	28
1.3.4.4. Les rapports sociaux au travail	29
1.3.4.5. Les conflits de valeur.....	30
1.3.4.6. L'insécurité de la situation de travail	30
1.3.5. Les outils de mesure utilisés dans la prévention des risques psychosociaux	31
1.3.6. Les conséquences des risques psychosociaux sur la santé	31
1.3.6.1. Les troubles somatiques.....	31
1.3.6.2. Les troubles en santé mentale	33
1.3.6.3. L'épuisement professionnel.....	35
2. Les risques psychosociaux des professionnels des établissements de santé	37
2.1. Les conditions d'exercice des professionnels des établissements de santé	37
2.2. Les principales enquêtes concernant les conditions de travail	38
2.3. Les facteurs de risques psychosociaux et leur impact chez les professionnels de santé en milieu hospitalier	38
2.3.1. Les facteurs de risques psychosociaux des professionnels de santé.....	38
2.3.2. Les impacts des facteurs de risques psychosociaux	41

CHAPITRE 2 : TRAVAIL DE RECHERCHE	44
1. Genèse de l'étude EHCAU.....	44
1.1. La démographie de la population pénale et des types d'établissements pénitentiaires dans la région Grand-Est.....	44
1.2. Le dispositif sanitaire en milieu pénitentiaire et répartition dans le Grand-Est.....	46
1.2.1. Les soins de niveau 1	47
1.2.2. Les soins de niveau 2	47
1.2.3. Les soins de niveau 3	48
1.2.4. L'organisation générale et le respect des mesures de sécurité	49
1.3. Les conditions d'exercice et risques psychosociaux des professionnels exerçant en milieu pénitentiaire	50
1.3.1. Les facteurs de risque en milieu pénitentiaire	50
1.3.2. Les manifestations de la souffrance au travail en milieu carcéral	51
2. Implication personnelle dans la recherche	53
3. Article scientifique	54
 CHAPITRE 3 : DISCUSSION ET PERSPECTIVES	 81
1. Les résultats principaux.....	81
1.1. Les caractéristiques de l'échantillon.....	81
1.1.1. Les caractéristiques sociodémographiques et conditions de travail	81
1.1.2. L'état de santé perçu.....	83
1.1.3. Les caractéristiques des données des professionnels selon les niveaux de soin des unités sanitaires	83
1.1.4. Les profils MBI et facteurs associés	85
2. Les considérations méthodologiques.....	85
2.1. L'échantillonnage	85
2.2. L'effectif.....	86
2.3. Les mesures déclaratives	86
2.4. Les limites inhérentes au schéma transversal de l'étude	86
3. Les perspectives, implications en clinique, en santé publique et en recherche.....	87
3.1. En pratique clinique	87
3.2. En santé publique.....	88
3.3. En recherche	89
 CONCLUSION	 90
 RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	 91
 ANNEXES	 105

INTRODUCTION

Le secteur des établissements de santé se caractérise par une pénibilité des conditions de travail. La crise sanitaire à laquelle nous venons d'être confrontés peut en témoigner (1). Or, comme la littérature de santé publique le souligne, la qualité de vie au travail et la qualité des soins apparaissent étroitement liées (2). Les dernières décennies ont été marquées par une évolution des conditions et de l'organisation de travail, ainsi que par une prévalence croissante des facteurs de risques psychosociaux susceptibles de porter atteinte aux travailleurs (3). À ce titre, les risques psychosociaux représentent actuellement une préoccupation majeure dans le monde du travail, en raison de leurs conséquences sur la santé physique et mentale du travailleur, mais aussi du retentissement sur la qualité des services proposés (4). En raison de leur diversité et complexité, leur identification ainsi que la mise en œuvre de stratégies de prévention efficaces, demeurent par conséquent un enjeu important pour l'employeur (5).

Exposée au cours de mes semestres d'internat à la prise en charge de patients détenus, j'ai découvert la singularité de l'exercice professionnel en milieu pénitentiaire, tant par son cadre d'exercice que par l'organisation des soins qui y est propre, mais aussi par la prévalence des troubles du comportement et des troubles mentaux dans cette population. L'année 2018 fut marquée, dans le milieu pénitentiaire, par un mouvement de grève sans précédent des surveillants, ayant duré plusieurs semaines sur les mois de janvier et février, afin de dénoncer leurs conditions d'exercice. Ce dernier a notamment entraîné un blocage de l'accès aux prisons. L'étude EHCAU a été, dans ce contexte, motivée par le constat d'une similitude entre les conditions de travail des surveillants et celles des professionnels exerçant dans les unités sanitaires.

À ce titre, mon travail de thèse s'est intéressé en premier lieu à décrire les conditions d'exercice et l'état de santé d'une cohorte de professionnels exerçant dans les unités sanitaires en milieu pénitentiaire, au moyen d'indicateurs de santé perçue et de santé au travail. En second lieu, il s'est centré sur l'identification des déterminants d'un épuisement professionnel chez ces derniers.

Ainsi, une première partie de ce travail s'attache à décrire les concepts de santé perçue et de risques psychosociaux au travail.

La genèse de l'étude EHCAU est ensuite exposée, dans une deuxième partie, dédiée au dispositif sanitaire en milieu pénitentiaire et aux risques psychosociaux dans ce milieu. La méthodologie, l'organisation logistique et les résultats de cette étude sont présentés dans l'article scientifique « *Burnout profiles among French workers in health units for inmates : Results of the EHCAU study* ». Enfin, une troisième partie est consacrée à la discussion des résultats, relevant les forces et les limites de ce travail et abordant les perspectives sur les plans de la clinique, de la santé publique et de la recherche.

CHAPITRE 1 : SANTÉ PERÇUE ET RISQUES PSYCHOSOCIAUX AU TRAVAIL

1. La santé

Longtemps définie par « *l'absence de maladie ou d'infirmité* », l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) propose en 1946 une définition de la santé dans les termes suivants « *la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». Cette nouvelle approche met l'accent sur la perception subjective de la qualité de l'état de santé d'un sujet et sur ces trois dimensions principales (physique, mentale et sociale).

1.1. Les indicateurs de santé centrés sur le patient

Au cours des deux dernières décennies, les critères d'évaluation de l'état de santé d'un sujet ont évolué et sont désormais complétés par la perception qu'il a de ce dernier. Les mesures en santé centrées sur l'appréciation et le ressenti du patient, appelées « *Patient-Reported Outcomes* » dans les termes anglo-saxons, révèlent l'importance et la volonté de mieux prendre en compte le patient comme acteur, bénéficiaire de soins et source d'informations pertinentes sur sa santé perçue (6). Ces nouveaux indicateurs connaissent un essor conséquent et sont désormais couramment utilisés en pratique clinique et en recherche. Plusieurs concepts ont été répertoriés par Donald L Patrick dans ce champ de la santé où la source d'information est le sujet lui-même (*symptômes, état fonctionnel, santé globale, résilience, satisfaction vis-à-vis du traitement ou des soins reçus, observance des traitements prescrits ou des conseils dispensés en matière de santé*) (7)(8).

1.2. Définition et mesure de la qualité de vie

La qualité de vie est définie selon l'OMS (WHO, 1996) comme « *la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Il s'agit d'un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement* » (9).

Elle apparaît ainsi comme un concept dynamique explorant l'état de santé du sujet et sa capacité à s'adapter à son environnement selon son propre point de vue et peut être mesurée par deux approches : l'évaluation qualitative et l'évaluation quantitative. L'approche qualitative permet une évaluation globale de la QV, par le biais d'entretiens structurés par exemple. Cependant, plusieurs inconvénients sont relevés comme la difficulté de standardisation, la difficulté d'utilisation dans des études comparatives, l'impossibilité d'application à grande échelle et le coût élevé (10). L'approche quantitative s'appuie quant à elle sur de nombreux outils psychométriques, constitués d'échelles ou de questionnaires (auto ou hétéro-questionnaires). Les auto-questionnaires sont préférentiellement utilisés.

1.3. Les indicateurs de santé au travail

1.3.1. L'émergence de la notion de risques psychosociaux

Pour représenter le lien entre travail et santé, deux principes sont posés par les experts de prévention (11). La santé physique apparaît directement liée aux conditions de travail et la santé mentale à l'organisation du travail. C'est ainsi que le concept de risques psychosociaux (RPS) s'est développé. Il désigne les risques pour la santé mentale, physique et sociale engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental (4). Derrière cette terminologie figurent le stress au travail ainsi que les violences internes et externes rencontrées par les travailleurs.

1.3.2. Le cadre juridique et réglementaire

L'action de prévention des RPS s'inscrit dans un dispositif législatif et réglementaire ancien, issu de la directive cadre 89/391/CEE, transposée en droit français par la loi du 31 décembre 1991 et figurant dans le Code du travail (articles L4121-1 et suivants). La sécurité des employés ainsi que la protection de leur santé physique et mentale, font partie des prérogatives de tout employeur. Les obligations incombant à ce dernier sont complétées par des accords collectifs (accords nationaux interpersonnels sur le stress en 2008 et sur le harcèlement et la violence au travail en 2010), proposant un cadre concret pour identifier, prévenir et faire face aux RPS.

À cet effet, l'employeur doit se saisir de l'ensemble des mesures nécessaires pour y parvenir : des actions de prévention des risques professionnels, des actions d'information et de formation, ainsi que la mise en place d'une organisation et de moyens adaptés. L'employeur doit également adapter ces mesures selon les circonstances et tendre à l'amélioration de situations existantes (5).

1.3.3. Les risques psychosociaux

1.3.3.1. Le stress au travail

Le stress représente l'une des principales conséquences des risques psychosociaux sur la santé et fait l'objet de plusieurs modélisations.

Hans Selye est l'un des premiers chercheurs à introduire la notion de stress, qu'il définit comme la réponse de l'organisme aux exigences de l'environnement, à l'origine de manifestations organiques non spécifiques en réponse à un agent nocif. Il développera le modèle du « *Syndrome Général d'Adaptation* », composé de trois stades, dont l'objectif est le rétablissement de l'homéostasie habituelle. Le premier stade correspond à la réaction d'alarme, faisant immédiatement suite à la perturbation d'homéostasie, entraînée par l'événement négatif. Il constitue une phase de mobilisation des ressources de l'individu pour y faire face. Il s'en suit le stade de résistance, induisant une recharge de ces dernières, aboutissant progressivement au stade d'épuisement, lorsque les réserves deviennent insuffisantes pour le maintien de l'équilibre. Ce concept est linéaire et ne prend pas en compte les variations interindividuelles (12). D'autres modèles, comme le modèle transactionnel de Lazarus et Folkman (13), vont donc être développés, permettant la prise en compte des composantes individuelles et environnementales, ainsi que les ressources de l'individu (approches interactionnistes et transactionnelles). Le stress y est alors défini comme « *une relation entre la personne et son environnement, qui est évaluée par la personne comme tarissant ou excédant ses ressources et menaçant son bien-être* ». Ce modèle prend en considération l'importance des processus cognitifs dans l'apparition d'un état de stress, signifiant qu'après avoir évalué la situation de travail, le travailleur va mettre en œuvre des stratégies d'adaptation ou de « *coping* ». Celles-ci sont définies comme « *les efforts cognitifs et comportementaux pour maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes et/ou externes créées par la transaction stressante* ».

Trois types de stratégies d'adaptation sont décrits : les stratégies « *actives* » centrées sur les efforts mis en œuvre pour résoudre le problème, les stratégies « *passives* » visant plutôt une modulation des émotions induites par le problème, ainsi que les stratégies « *d'évitement* ».

Robert Karasek, psychologue américain, est à l'origine d'un modèle interactionniste de stress professionnel, le « *job strain model* » ou le modèle de « *demande-contrôle* », basé sur l'équilibre entre deux dimensions : la demande psychologique et la latitude décisionnelle. La demande psychologique correspond aux exigences professionnelles (charge de travail et contraintes organisationnelles), la latitude décisionnelle est quant à elle représentée par la possibilité de contrôle de l'individu sur son travail (autonomie, prise de décisions, utilisation des compétences). Karasek identifie ainsi quatre types de situations de travail : le travail actif (demandes élevées et contrôles élevés), le travail détendu (demandes faibles et contrôles élevés), le travail passif (demandes faibles et contrôles réduits) et le travail surchargé ou « *high strain* » (demandes élevées et contrôles réduits). Cette dernière situation professionnelle est susceptible de représenter un risque pour la santé des travailleurs. Une troisième dimension a ensuite été ajoutée : le soutien social, exerçant un pouvoir modérateur dans les situations à risque. La situation d'« *iso-strain* » associant des exigences élevées, une faible latitude décisionnelle ainsi qu'un faible soutien social, présente le risque le plus élevé pour la santé physique et mentale des travailleurs (14)(15)(16).

Johannes Siegrist est quant à lui le fondateur du modèle du « *déséquilibre effort-récompense* ». Les efforts au travail correspondent aux exigences professionnelles et aux motivations intrinsèques du travailleur. Les récompenses peuvent prendre trois formes : économique, estime au travail et contrôle de son statut professionnel.

Ce modèle repose sur le fait que les situations de travail associant des efforts élevés et de faibles récompenses en retour, entraînent des effets délétères sur le plan émotionnel et physiologique (17).

Pour l'Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS), le stress au travail est défini comme un déséquilibre ressenti par le travailleur entre les contraintes de son environnement de travail et les propres ressources dont il dispose pour y faire face (18).

Le stress peut être aigu ou chronique. Le stress aigu correspond à un mécanisme physiologique adaptatif, en réponse « à un événement isolé, ressenti comme une menace, une situation d'incertitude ou d'imprévisibilité », entraînant une réponse neurobiologique transitoire complexe de l'organisme (19). Cependant, lorsque l'exposition aux facteurs de stress se prolonge, il existe une dérégulation des systèmes de stress, devenant alors chronique et pouvant engendrer des conséquences à la fois sur la santé perçue, la santé physique et la santé mentale. Le stress chronique perçu peut se manifester par divers symptômes physiques (douleurs musculaires, maux de tête, coliques, troubles du sommeil...), émotionnels (sensibilité exacerbée, nervosité, angoisse...) et intellectuels (troubles de la concentration) (20).

1.3.3.2. Les violences au travail

La violence au travail est définie comme « tout incident au cours duquel des personnes sont victimes de comportements abusifs, de menaces ou d'attaques dans des circonstances liées à leur travail et impliquant un risque explicite ou implicite pour leur sécurité, leur bien-être et leur santé » (21). Deux types de violences au travail sont rapportées (18) : les violences externes (commises par des personnes extérieures sur les salariés de l'entreprise) et les violences internes (commises au sein de l'entreprise par les salariés comme les situations de conflits entre collègues, le harcèlement moral ou le harcèlement sexuel par exemple).

Qu'elles soient internes ou externes, ces violences peuvent se présenter sous différentes formes. Ainsi, dans son ouvrage intitulé « *Les soignants face à la violence* », Bernard E. Gbézo identifie quatre formes de violences principales : les violences verbales et incivilités, les violences physiques, les violences psychologiques et les violences sexuelles (22). Le harcèlement moral et le harcèlement sexuel sont également des violences reconnues, disposant de définitions légales (article 222-33-2 et suivants, article 222-33 du Code de procédure pénale (CPP)).

Le secteur hospitalier apparaît comme un milieu très exposé à la violence. En son sein, plusieurs services sont identifiés comme étant des zones à risque de violences, comme notamment les unités de soins d'urgences, les unités psychiatriques, les unités de soins de longue durée et les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (23).

1.3.4. Les facteurs de risques psychosociaux

Les facteurs à l'origine des risques psychosociaux sont nombreux et évoluent en même temps que le monde du travail.

Selon le rapport d'un collège d'experts internationaux sur le suivi des risques psychosociaux au travail, ils peuvent être divisés en six catégories : l'intensité et le temps de travail, les exigences émotionnelles, le manque d'autonomie, les rapports sociaux dégradés au travail, les conflits de valeurs et l'insécurité de la situation de travail (24).

1.3.4.1. L'intensité et le temps de travail

L'intensité du travail peut être évaluée par l'identification de déterminants immédiats de l'intensité (les contraintes internes ou externes de rythme, les objectifs irréalistes, les objectifs flous, la polyvalence, l'exercice des responsabilités par amplification de l'effet des contraintes, les instructions contradictoires, les interruptions d'activité, la sous-qualification par l'absence des connaissances nécessaires pour effectuer son travail, les nouvelles technologies, les facteurs d'ambiance matérielle) et par celle des conséquences immédiates de l'intensité (l'impréparation, les retards d'accomplissement du travail dans le temps imparti, les défauts de qualité, le débordement, les sentiments d'insuffisance des moyens disponibles, la perception subjective de l'intensité et de la complexité et l'impossibilité de moduler son investissement au travail) (24).

Il est également important de prendre en compte la complexité du travail, qui peut devenir un facteur de risque dans certaines conditions, notamment lors de l'absence de marges de manœuvres, de soutiens suffisants, d'absence de reconnaissance économique ou symbolique.

Concernant le temps de travail, une durée de travail excessive, au-delà d'un certain seuil, peut s'avérer dommageable pour la santé (accroissement du tabagisme, faiblesse des activités physiques, prise de poids, troubles du sommeil, troubles de l'humeur, de la vigilance...). Il en est de même pour le travail de nuit (troubles du sommeil, risques cardio-vasculaires, probable caractère cancérigène, troubles dépressifs, troubles anxieux...), le travail posté (atteinte des rythmes circadiens et interaction avec la vie familiale) ou les horaires antisociaux (travail de nuit et de week-end).

Le Collège (24) préconise aussi de s'intéresser au caractère incertain et improvisé des horaires, en raison notamment de leur retentissement sur la vie hors travail, ainsi qu'au présentéisme (travailler alors que l'état de santé du travailleur justifierait d'un arrêt maladie) en tant qu'indicateur d'une mauvaise organisation de travail et de médiateur du risque.

1.3.4.2. Les exigences émotionnelles

Le travail émotionnel, particulièrement caractéristique des métiers de services, correspond au fait de devoir gérer et façonner ses émotions. Plusieurs études ont démontré son impact sur la santé mentale (25)(26)(27). Certaines situations au cours desquelles des exigences émotionnelles sont sollicitées sont exposées ci-après.

La relation au public représente un risque, au moins chez les femmes (26), majoré lorsqu'elle est conflictuelle. De même, le contact avec la souffrance peut également engendrer des situations complexes, qui plus est lorsque les travailleurs sont dans l'impossibilité de la soulager. Enfin, la peur ressentie du sujet au travail, dans l'accomplissement des tâches qui lui incombent (peur de l'échec ou de l'accident) ou dans le cadre de son environnement de travail (exemple des violences externes commises sur des professionnels de santé par les usagers), constitue un risque qui, malgré la mise en œuvre de stratégies de prévention et d'accompagnement, reste particulièrement difficile à supprimer (24).

1.3.4.3. Le manque d'autonomie

L'autonomie au travail consiste en la possibilité pour le travailleur de disposer d'une marge de manœuvre pour la réalisation de ses tâches et de participer aux décisions. Ce point a fortement été étudié, notamment dans le modèle de Karasek (15), sous l'appellation « *latitude décisionnelle* », précisant que les situations les plus à risque sont celles où les exigences sont importantes et la latitude décisionnelle limitée. Plusieurs études démontrent l'impact d'une faible latitude décisionnelle sur la santé physique (28)(29)(30)(31), mais aussi sur la santé mentale (27)(31)(32)(33)(34)(35).

L'exploration de l'autonomie au travail peut prendre différentes formes (24) :

- L'autonomie dans la réalisation de la tâche, qui comprend l'autonomie procédurale (manière de travailler), l'autonomie temporelle (possibilité d'interrompre temporairement son travail au moment où le sujet le souhaite) et l'autonomie concernant les objectifs de travail,

- La prévisibilité du travail et plus particulièrement les possibilités d'anticipation,
- Le développement culturel, l'utilisation et l'accroissement des compétences,
- La monotonie et l'ennui à travers l'évaluation de la répétition des tâches par l'impossibilité d'utiliser ses capacités.

Dans certaines situations, il apparaît qu'une latitude décisionnelle excessive peut également constituer un facteur de risque et devenir source de stress. Cela s'observe en particulier dans les situations où elle est attribuée afin d'atteindre des objectifs fixés et que ces derniers sont un déterminant de l'évaluation des compétences du travailleur (36).

1.3.4.4. Les rapports sociaux au travail

Plusieurs modélisations sont rattachées aux rapports sociaux au travail (24).

La notion de « *soutien social* » a fait l'objet de nombreuses études (37)(38)(39)(40), notamment en démontrant les effets néfastes de l'isolement social sur la santé physique et mentale (maladie cardiovasculaire, accident, suicide). Ce concept a été étendu au travail, sous le terme de « *soutien social au travail* » par Karasek et Theorell, ce qui correspond au soutien émanant des collègues, mais également de la hiérarchie (41).

Le modèle « *effort-récompense* », introduit par Siegrist (17), s'intéresse particulièrement aux reconnaissances du travailleur (économique, symbolique, pratique). Les conséquences d'un effort élevé associé à une faible récompense ont été fortement documentées avec des associations significatives avec la survenue de maladies cardiovasculaires, une altération de la santé mentale et l'apparition de troubles musculo-squelettiques (42)(43)(44)(45)(46).

La « *justice organisationnelle* » est une autre modélisation émanant des travaux de John Stacy Adams (47). Dans ce cadre, les travailleurs élaborent le principe d'une juste reconnaissance entre le travail réalisé et ce qu'ils reçoivent en contrepartie de l'employeur.

Plusieurs études se sont intéressées au lien entre « *justice organisationnelle* » et santé physique et mentale des travailleurs, en démontrant un impact sur le risque de décès par maladie cardiovasculaire ainsi que des conséquences sur la santé mentale (48)(49)(50)(51).

Les relations satisfaisantes avec les collègues, notamment au travers de la coopération, de l'intégration dans un collectif, de l'appréciation du travail par les pairs et de l'autonomie collective, sont particulièrement importantes à prendre en considération (24).

Les relations avec la hiérarchie peuvent aussi constituer un risque, particulièrement pour la santé mentale, et ont fait l'objet de plusieurs études et modélisations (24). Le modèle du leadership apprécie la qualité des relations entre les travailleurs et leurs supérieurs en analysant les caractéristiques individuelles du manager. Les théories plus récentes s'intéressent plutôt aux relations entre la hiérarchie et les travailleurs. Ainsi, le soutien technique des supérieurs, les relations humaines avec ces derniers, le manque de clarté dans les relations, la non prise en compte des conditions réelles de travail, la gestion des conflits par la hiérarchie ainsi que l'appréciation du travail par les supérieurs, sont également des points déterminants. Concernant les relations humaines, les études ont démontré l'importance de la reconnaissance symbolique (politesse, sentiment d'écoute) et de la reconnaissance pratique (absence de contrôle trop strict) (24).

Les relations avec l'extérieur de l'entreprise, comme le manque de reconnaissance par les clients ou le public, pourraient être un facteur de risque pour la santé mentale (24).

La valorisation sociale du métier au travers de la perception du travailleur de la reconnaissance de l'utilité de son travail par le public ou par le travailleur lui-même, peut être intéressante à évaluer (24).

1.3.4.5. Les conflits de valeur

Les conflits de valeur au travail correspondent à des situations où l'obligation professionnelle n'est pas conforme aux valeurs du travailleur. Il peut s'agir de conflits éthiques (discordance avec ses propres convictions), de conflits en raison d'une qualité empêchée dans les cas où le travailleur a le sentiment de ne pas fournir un travail de qualité du fait de règles organisationnelles, d'une insuffisance de moyens disponibles ou de conflits en lien avec un sentiment de travail inutile (24).

1.3.4.6. L'insécurité de la situation de travail

Elle est déclinée en plusieurs sous-catégories : l'insécurité socio-économique, la soutenabilité du travail et les changements (24).

L'insécurité socio-économique est reconnue comme un facteur de stress avec des conséquences dommageables sur la santé mentale, qu'il s'agisse d'une crainte pour la pérennité de l'emploi ou d'une perte effective de ce dernier.

Les effets du chômage sur le long terme sont décrits par la littérature (52), avec une augmentation des troubles de l'humeur, des troubles anxieux, des troubles de la personnalité et du risque de suicide. Il en est de même pour les alternances de périodes de chômage et de courtes périodes de travail.

La soutenabilité du travail correspond à la perception du travailleur de pouvoir maintenir de manière pérenne son travail dans des conditions identiques. Un travail jugé non soutenable peut mettre en lumière certaines difficultés professionnelles, qui pourraient nécessiter un changement de poste selon leur retentissement sur la santé du travailleur (24).

Les changements dans le cadre du travail correspondent à des situations à risque, en raison du risque de surcharge de travail lors de la période de changement (d'autant plus si les réorganisations sont fréquentes), du manque de signification du changement ou de leur impact sur la trajectoire individuelle (24).

1.3.5. Les outils de mesure utilisés dans la prévention des risques psychosociaux

De nombreux chercheurs, issus de différentes disciplines, ont conçu et développé des questionnaires destinés à mesurer les facteurs de risques psychosociaux au travail, particulièrement utilisés dans les recherches épidémiologiques. Les questionnaires utilisés dans le cadre de notre travail, et dont l'usage est très répandu dans ce champ de recherche, à savoir le questionnaire de Karasek (53)(54), le questionnaire de Siegrist (55)(56), le Maslach Burnout Inventory (57), le questionnaire HADS (58)(59) et le SF-12 (60), sont présentés dans l'article scientifique.

1.3.6. Les conséquences des risques psychosociaux sur la santé

1.3.6.1. Les troubles somatiques

L'impact des facteurs de risques psychosociaux sur les troubles physiques a fait l'objet de nombreuses études dans la littérature, plus particulièrement en ce qui concerne les maladies cardiovasculaires (61)(43)(62) et les troubles musculo-squelettiques.

Les liens entre facteurs de risques psychosociaux et les maladies cardiovasculaires peuvent être expliqués par deux mécanismes.

Le premier est direct par l'activation des réponses neuroendocrines aux facteurs de stress, le second est indirect par des modifications comportementales induites par le stress (tabagisme, alimentation, alcool, manque d'activité physique), ayant elles-mêmes un impact sur le risque cardio-vasculaire (63)(64).

L'association entre le stress au travail et l'incidence de maladies coronariennes ou de mortalité cardiovasculaire a été étudiée dans une méta-analyse, réalisée en 2006, à partir de plusieurs études prospectives (65). Elle comportait 14 études utilisant trois modèles reconnus de stress au travail : le « *job strain* » (population totale de 83 014 employés), le « *déséquilibre effort-récompense* » (11 528 employés) ainsi que le modèle de l'injustice organisationnelle (7 246 employés). Le risque relatif d'incidence de maladies coronariennes et d'événements cardiovasculaires était de 1.45 dans les situations de job strain et de 1.62 dans les situations d'injustice organisationnelle, après ajustement sur l'âge et le genre. Les résultats concernant le modèle de « *déséquilibre effort-récompense* » n'étaient quant à eux pas significatifs.

Après la prise en compte d'autres facteurs de risque dans un nouveau modèle d'analyses multivariées, un seul risque relatif de survenue de maladies coronariennes et d'événements cardiovasculaires était retrouvé significatif dans la situation d'injustice organisationnelle.

Ces résultats sont importants à prendre en considération. En premier lieu, il apparaît, selon l'OMS, que les maladies cardio-vasculaires constituent la première cause de mortalité dans le monde, avec un nombre de décès représentant 31% de la mortalité mondiale totale. Mettre en œuvre des stratégies de prévention primaire afin de diminuer ou d'éliminer les facteurs de risque cardiovasculaires évitables en lien avec le travail devient ainsi une priorité (66), d'autant que ces facteurs psychosociaux sont identifiés parmi les facteurs de risque les plus importants après le tabagisme et les anomalies lipidiques dans l'étude mondiale Interheart (67).

En ce qui concerne les troubles musculo-squelettiques (TMS), ils sont définis par l'OMS comme « *des atteintes de l'appareil locomoteur, c'est-à-dire des muscles, des tendons, du squelette, des cartilages, des ligaments et des nerfs. Ils couvrent toutes sortes d'affections, des troubles légers et passagers jusqu'aux lésions irréversibles et aux états chroniques d'incapacité* » (68). En 2017, ils concernaient plus de 87 % des maladies professionnelles comme le stipule un rapport de l'Assurance Maladie et représentent, à ce jour, la première cause d'indemnisation pour maladie professionnelle en France (69).

Les TMS touchent le plus fréquemment les membres supérieurs (épaule, coude, poignet, main) et le rachis, mais peuvent aussi concerner les membres inférieurs (genou) (70). Ils se manifestent le plus souvent par des douleurs ainsi qu'une gêne fonctionnelle. La tendinopathie de la coiffe des rotateurs, l'épicondylite latérale du coude, le syndrome du canal carpien, les lombalgies et les cervicalgies représentent les TMS les plus fréquents. Au niveau des membres inférieurs, les genoux peuvent être atteints avec notamment l'hygroma du genou.

Les facteurs individuels, les facteurs biomécaniques (gestes répétitifs, efforts excessifs, certaines postures), les facteurs liés à l'organisation du travail ainsi que les facteurs psychosociaux (71)(72) sont reconnus comme les principaux facteurs de risque des TMS (13)(73).

1.3.6.2. Les troubles en santé mentale

Les travaux de la littérature présentent les conséquences potentielles de l'exposition aux facteurs de risques psychosociaux dans le champ de la santé mentale (74)(75).

Ainsi, une méta-analyse de 2006 (44), regroupant 11 études et dédiée à l'analyse des associations entre les facteurs de stress psychosociaux et l'incidence des troubles mentaux, révèle que plus le travailleur est exposé à des situations combinant des exigences psychologiques élevées et une faible latitude décisionnelle (« *job strain* ») ou des efforts importants et de faibles récompenses, plus il présente un risque accru de développement de troubles mentaux courants (troubles névrotiques, troubles dépressifs, suicide).

Plusieurs études soulèvent la prévalence des troubles dépressifs dans un contexte d'exposition à des risques psychosociaux au travail.

Ainsi, une revue de la littérature de 2007 (76), portant sur l'analyse de 14 études, a exploré les associations entre les facteurs psychosociaux liés au travail et la dépression.

Cette dernière a révélé des associations modérées entre des exigences psychologiques au travail et le développement d'une dépression. Le soutien social y apparaît comme un facteur protecteur du développement d'une dépression.

Bien qu'il s'agisse d'une étude transversale, l'étude de Dragano (77), réalisée en 2008, mérite d'être évoquée en raison de son originalité. Cette étude combine les deux modèles d'exposition au stress de Karasek et Siegrist.

Les résultats révèlent que les deux modèles exprimés sous la forme d'un déséquilibre exigences/latitude et d'un déséquilibre effort/récompenses sont associés aux symptômes dépressifs et ce, de manière indépendante. Ces résultats montrent également la complémentarité des deux modèles avec, par exemple, un fort risque de symptômes dépressifs pour une exposition combinée entre une faible latitude décisionnelle et un fort surinvestissement.

En sus des troubles dépressifs, des symptômes anxieux sont également mentionnés dans les résultats de l'étude menée par Niedhammer et effectuée à partir de la base de données de l'enquête nationale SUMER 2010 (78). Ils révèlent une association entre la présence de symptômes anxieux et dépressifs et des situations de travail comportant une plus faible latitude décisionnelle, une forte demande psychologique, un faible soutien social, de faibles récompenses ainsi que des violences psychologiques et verbales.

Les études relatives au lien entre suicide et conditions de travail sont beaucoup plus rares et apparaissent plutôt difficiles à mener pour des raisons méthodologiques et éthiques. Néanmoins, le lien entre le stress lié au travail et les idées suicidaires, les tentatives de suicide ou les suicides, a été étudié dans une méta-analyse récente (79). Cette dernière comprend l'analyse de 22 études et établit que l'exposition à certains facteurs de stress au travail était associée à une élévation du risque d'idées ou de comportements suicidaires. Les auteurs rapportent toutefois la nécessité d'établir d'autres études préférentiellement longitudinales, la plupart des études étudiées étant transversales.

À ce titre, le Département Santé Travail (DST) de l'Institut de veille sanitaire (InVS) a mis en place en France une étude pilote concernant l'instauration d'un système de surveillance épidémiologie relatif à la santé mentale au travail en région Centre et Rhône-Alpes : le programme Santé mentale observatoire travail Rhône-Alpes et Centre (Samotrace).

L'étude comprenant le volet en entreprises, des régions Centre, Pays de la Loire et Poitou-Charentes, concernait 172 médecins du travail volontaires avec tirage au sort d'un salarié rencontré lors de la visite périodique de médecine du travail, ayant une activité de plus de 6 mois, entre 2006 et 2008. Elle a permis l'analyse d'un échantillon représentatif de 6 056 salariés (80).

Trois indicateurs de santé ont été étudiés : la souffrance psychique explorée par le *General Health Questionnaire (GHQ28)*, les problèmes d'alcool et la consommation de médicaments psychotropes. Les résultats révèlent que la prévalence du mal-être est de 24.5% chez les hommes et de 37.1% chez les femmes. L'ensemble des facteurs psychosociaux étudiés est associé au mal-être (en dehors de la rémunération au rendement chez les hommes dans cet échantillon). Des associations importantes entre des symptômes de santé mentale et l'exposition à certaines contraintes psychosociales au travail sont retrouvées dans les situations de déséquilibre effort/récompense et le surinvestissement, quel que soit le sexe (81).

Les consommations problématiques d'alcool (excessive ou dépendance, consommation mesurée par le DETA) concernent 7% des salariés avec une majorité d'hommes (10.5% vs 2.3% de femmes). En dehors du surinvestissement au travail et d'autres facteurs organisationnels tels que les rotations de poste, le travail à temps partiel et le parcours professionnel chaotique, aucun lien n'est observé avec les contraintes psychosociales au travail et les problèmes d'alcool chez les hommes.

Enfin, au sujet de la consommation quotidienne de médicaments psychotropes, les résultats varient selon le sexe avec une prévalence plus forte chez les femmes (13% chez les femmes et 7% chez les hommes). La consommation de psychotropes apparaît liée aux expositions psychosociales explorées par le questionnaire de Karasek, de manière occasionnelle chez les hommes et de manière quotidienne chez les femmes. En revanche, le lien avec l'exposition au déséquilibre effort/récompense de Siegrist n'est nettement avéré que chez les hommes. Le surinvestissement au travail est associé à la consommation de psychotropes, quelle que soit sa fréquence et ce pour les deux genres.

Ainsi, la littérature scientifique apporte des résultats convaincants sur les effets des expositions aux facteurs de risques psychosociaux sur la santé mentale des travailleurs.

1.3.6.3. L'épuisement professionnel

En France, les premières descriptions de l'épuisement professionnel apparaissent dans les années 1950 dans un article issu du *Concours médical*, écrit par Claude Veil, psychiatre intervenant en consultation de psychiatrie du travail.

En effet, il propose la définition suivante « *l'état d'épuisement est le fruit de la rencontre d'un individu et d'une situation. L'un et l'autre sont complexes, et l'on doit se garder des simplifications abusives. Ce n'est pas simplement la faute à telle ou telle condition de milieu, pas plus que ce n'est la faute du sujet.* » (82).

La notion de burn-out émerge quant à elle dans les années 1970 aux États-Unis dans les écrits d'Herbert Freudenberger, psychiatre exerçant dans un lieu de prise en charge des patients toxicomanes, pour décrire ses constatations concernant les jeunes volontaires y travaillant. En 1980, il déclare « *je me suis rendu compte au cours de mon exercice quotidien que les gens sont parfois victimes d'incendie tout comme les immeubles ; sous l'effet de la tension produite par notre monde complexe, leurs ressources internes en viennent à se consumer comme sous l'action des flammes, ne laissant qu'un vide immense à l'intérieur, même si l'enveloppe externe semble plus ou moins intacte* » (83).

Dans le même temps, Christina Maslach, chercheuse en psychologie sociale, s'intéresse également au burn-out, plus particulièrement chez les personnels de service. Elle identifie trois composantes principales du syndrome d'épuisement professionnel : l'épuisement émotionnel, le développement d'attitudes et de sentiments négatifs et cyniques ainsi que la diminution de l'accomplissement personnel au travail (84). Les conséquences sont multiples, impactant à la fois le professionnel lui-même, les clients par une diminution de la qualité de soins et de services, ainsi que les structures pour lesquelles ils exercent. Ses travaux sont à l'origine de la conception du questionnaire *Maslach Burnout Inventory* (MBI) (57). D'autres travaux novateurs mettront en évidence l'existence d'un continuum entre engagement et épuisement professionnel, permettant la définition de cinq profils, dont trois intermédiaires (« *overextended* », « *disengaged* », « *ineffective* ») (85). L'ensemble de ces profils sera présenté dans l'article scientifique.

À ce jour, le burn-out ne constitue pas un diagnostic clinique au sens de la Classification Internationale des Maladies (CIM-10) ou du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (DSM-5).

La CIM-11, qui entrera en vigueur en 2022, conserve la classification en tant que phénomène lié au travail, mais non comme maladie, le définissant dans le chapitre intitulé « *Facteurs influant sur l'état de santé ou sur les motifs de recours aux services de santé* » sous la forme « *le burn-out, ou épuisement professionnel, est un syndrome conceptualisé comme résultant d'un stress chronique au travail qui n'a pas été correctement géré. Trois dimensions le caractérisent :*

- *Un sentiment de manque d'énergie ou d'épuisement ;*
- *Un retrait vis-à-vis du travail ou des sentiments de négativisme ou de cynisme liés au travail ;*

- *Une perte d'efficacité professionnelle.*

Le terme de burn-out ou d'épuisement professionnel y désigne spécifiquement des phénomènes relatifs au contexte professionnel et ne doit pas être utilisé pour décrire des expériences dans d'autres domaines de la vie » (86).

Les manifestations cliniques du burn-out apparaissent variées et non spécifiques (83). Cinq types de manifestations sont identifiés dans le guide d'aide à la prévention concernant le syndrome d'épuisement professionnel publié par le Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social :

- Les manifestations émotionnelles (tensions nerveuses, irritabilité, tristesse de l'humeur, hypersensibilité ou absence d'émotion...);
- Les manifestations physiques (troubles du sommeil, fatigue chronique, tensions musculaires...);
- Les manifestations cognitives (diminution de la concentration, difficultés à prendre des décisions...);
- Les manifestations comportementales ou interpersonnelles (repli et isolement social, comportement agressif voire violent, comportements addictifs...);
- Les manifestations motivationnelles ou liées à l'attitude (diminution motivationnelle, dévalorisation...) (87).

2. Les risques psychosociaux des professionnels des établissements de santé

2.1. Les conditions d'exercice des professionnels des établissements de santé

Les professionnels de santé constituent une population à risque, historiquement identifiée et faisant l'objet de nombreuses études récentes, démontrant une morbidité particulièrement élevée, que ce soit pour des causes intrinsèques liées à la nature propre de l'activité médicale ou des causes extrinsèques telles que la charge et l'organisation du travail (88)(89)(1).

Différents facteurs rendent les professionnels des établissements de santé vulnérables, parmi lesquels la demande de performance et de réussite, l'image du soignant infailible, les injonctions contradictoires, les dispositifs de soin complexes et évolutifs, les tensions démographiques, mais aussi l'insécurité.

À cet effet, lieux par nature où les émotions et la tension sont prégnantes, les établissements de santé sont parfois le lieu d'actes violents. Ces actes génèrent de l'incompréhension et parfois de vraies difficultés voire des traumatismes chez les personnels dont la mission et l'engagement consistent précisément à soutenir les patients et leurs proches.

2.2. Les principales enquêtes concernant les conditions de travail

Les conditions de travail ainsi que les risques psychosociaux au travail font l'objet de deux principales études en France.

Les enquêtes « *Conditions de travail* » permettent une analyse des conditions de travail chez un échantillon d'actifs occupés ; elles étaient réalisées initialement tous les 7 ans, de 1978 à 2013, puis tous les 3 ans en alternance avec l'enquête « *Conditions de Travail – Risques psycho-sociaux* ». Cette dernière a été mise en œuvre à la suite des recommandations du Collège d'Expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail.

Depuis 2013, ces enquêtes comprennent la mesure de l'exposition aux risques psychosociaux. La 8ème édition a été effectuée en 2019, elle était composée de deux volets : le premier, destiné aux travailleurs, le second était adressé aux employeurs (90).

L'enquête « *Surveillance médicale des expositions aux risques professionnels* » (SUMER) remplit plusieurs objectifs : la description et la caractérisation des expositions en lien avec le poste de travail ainsi que celle des pratiques de prévention et de protections collectives ou individuelles mises en œuvre par les entreprises ou administrations.

La dernière édition a été effectuée en 2016-2017 et concernait les salariés tirés au sort parmi ceux suivis par la médecine du travail du régime général de la Sécurité sociale ou du régime agricole, les agents des collectivités territoriales, des hôpitaux publics, ainsi que de la fonction publique de l'État. Elle comprenait un questionnaire complété par le médecin du travail ou de prévention lors de la visite médicale périodique, ainsi qu'un auto-questionnaire avant cette visite (91).

2.3. Les facteurs de risques psychosociaux et leur impact chez les professionnels de santé en milieu hospitalier

2.3.1. Les facteurs de risques psychosociaux des professionnels de santé

Dans l'exercice de leurs fonctions, les salariés de la fonction publique hospitalière (FPH) sont exposés à un certain nombre de facteurs de risques psychosociaux susceptibles d'avoir

un impact sur leur santé physique et mentale. Nous détaillerons ainsi ceux les plus fréquemment rencontrés selon les résultats de l'enquête nationale « *Conditions de travail – Risques psycho-sociaux* » de 2016. Nous évoquerons ensuite les conséquences de ces derniers sur la santé physique et mentale des soignants et sur leur intention de quitter la profession.

Le tableau n°1, joint en annexes, reprend la synthèse des principaux résultats de cette enquête ainsi que ceux de l'enquête « *SUMER* ».

Concernant l'analyse des éléments relatifs à l'intensité et au temps de travail (92), les contraintes posturales et les efforts physiques semblent plus fréquents au sein de la fonction publique hospitalière (rester longtemps debout, dans une autre posture pénible ou fatigante, effectuer des déplacements à pied longs ou fréquents, porter ou déplacer des charges lourdes, effectuer des mouvements douloureux ou fatigants), de même que l'exposition à des produits dangereux (53% FPH vs 18,3% pour la fonction publique d'état ou FPE, 29,2% pour la fonction publique territoriale ou FPT et 28,6 % pour les marchands ou associatifs).

Le rythme de travail y paraît plus souvent imposé par des facteurs externes comme les collègues (41,8 % FPH vs 21,4 % pour la FPE ; 26,2% pour la FPT et 29,4% pour les marchands ou associatifs), des normes ou des délais à respecter en un temps limité (une heure au plus), par une demande extérieure exigeant une réponse immédiate (73% FPH vs 51,7 % pour la FPE ; 49,2% pour la FPT et 58,3% pour les marchands ou associatifs), par un contrôle hiérarchique permanent ou par un contrôle ou un suivi informatisé.

Le travail est également plus fréquemment déclaré comme répétitif, avec des objectifs moins souvent modifiables et plus difficilement atteignables par les salariés. De plus, il semble plus fréquemment interrompu pour une tâche imprévue (79,3% FPH vs 62,8% pour la FPE ; 65,1% pour la FPT et 64,8% pour les marchands ou associatifs), cela étant considéré comme un aspect négatif de leur travail par 59,1% des salariés. Il est aussi plus souvent dicté par des procédures de qualité.

Les salariés rapportent aussi plus souvent ne pas pouvoir quitter leur travail des yeux, travailler sous pression, penser à trop de choses à la fois, recevoir des ordres contradictoires, avoir une charge de travail jugée excessive et être dans l'obligation de se dépêcher.

Plus de la moitié d'entre eux (50,8%) déclarent également qu'il leur est arrivé de travailler en étant malade au cours des douze derniers mois (49,1% pour la FPE, 41,5% pour la FPT et 43% pour les marchands et associatifs). Les salariés décrivent plus fréquemment des horaires alternants ou variables d'un jour à l'autre, de nuit, de week-end, des heures supplémentaires et le fait de moins bénéficier de 48 heures consécutives de repos.

Ils semblent plus difficilement pouvoir s'absenter de leur travail en cas d'imprévu personnel ou familial et déclarent plus souvent que leurs horaires de travail ne s'accordent « *pas très bien* » voire « *pas bien du tout* » avec leurs engagements sociaux et familiaux en dehors du travail.

Concernant les exigences émotionnelles et les conflits de valeurs (93), les salariés de la fonction publique hospitalière disent plus souvent devoir sacrifier la qualité de leur travail, devoir prendre des risques pour leur santé physique et mentale et devoir faire trop vite une opération qui demanderait davantage de soin.

Ils décrivent plus fréquemment ne pas pouvoir effectuer correctement leur travail en raison d'un manque de temps, d'informations, d'un nombre insuffisant de collaborateurs ou de matériel, parfois même déclaré inadapté. Ils sont respectivement 15,5% et 43,1% à se sentir « *souvent* » et « *parfois* » exploités dans leur profession.

Du fait de leurs fonctions, ils sont également fréquemment en contact avec le public, particulièrement avec des personnes en situation de détresse ou de personnes qu'ils doivent apaiser. Ainsi, il leur est plus souvent nécessaire de gérer leurs émotions. Les salariés rapportent aussi plus fréquemment un sentiment de peur pendant leur travail.

Concernant leur autonomie professionnelle (94), bien que les travailleurs semblent poursuivre des apprentissages, prendre des initiatives, mettre en pratique leurs idées et développer leurs compétences, ils déclarent néanmoins plus souvent appliquer strictement les consignes et faire appel à d'autres en cas d'incidents, témoignant d'un manque d'autonomie.

L'étude des différents éléments relatifs à l'insécurité de la situation de travail et aux rapports sociaux (95) montre que les salariés de la fonction publique hospitalière rapportent plus fréquemment un manque de reconnaissance de leur travail en terme de salaire ainsi qu'une crainte de mutation contre leur volonté. Ils déclarent plus souvent un changement de poste ou de fonction, de techniques utilisées, une restructuration ou un déménagement, un changement dans l'organisation du travail, un changement dans l'équipe de direction au cours des douze derniers mois par rapport à ceux de la fonction publique d'état, de la fonction publique territoriale, des marchands ou associatifs. De plus, 39,7 % déclarent ne pas se sentir capables de faire le même travail jusqu'à la retraite.

Si l'entraide entre collègues est fréquemment rapportée, constituant un facteur protecteur, les comportements hostiles y sont souvent relevés et les violences au travail y apparaissent nombreuses, plus souvent signalées au cours des douze derniers mois que chez les autres employeurs (33,8% pour les violences verbales et 7,3% pour les violences physiques ou sexuelles de la part du public ; 16,1% pour les violences verbales de la part des collègues ou supérieurs).

2.3.2. Les impacts des facteurs de risques psychosociaux

Comme nous l'avons précédemment soulevé, les soignants sont exposés à de multiples facteurs de risques psychosociaux susceptibles d'induire un sentiment de stress au travail qui peut être néfaste, à la fois pour la santé physique et mentale de ces derniers.

Ces éléments ont notamment été mis en évidence par l'étude européenne longitudinale Nurses' Early Exit Study (NEXT) dont l'objectif était l'identification des principaux facteurs déterminants dans l'abandon prématuré de leur profession par les soignants paramédicaux hospitaliers. Le projet PRESST (Promouvoir en Europe Santé et Satisfaction des soignants au Travail) constituait le volet français de l'étude.

Il en ressort que 56,2% des soignants français rapportent des TMS (vs 52,8% pour la moyenne de l'échantillon européen), 31,3% des varices, 25% des troubles de santé mentale (vs 18,9% au niveau européen), 21,3% des troubles digestifs, 20,6% des troubles neurologiques et 13,6% d'autres problèmes parmi lesquels les grossesses pathologiques. Selon l'indice « *Health* », le score moyen de santé perçue était évalué à 64,15 sur une échelle comprise entre 0 et 100 (100 traduisant la meilleure santé perçue), toute fonction confondue. Les aide-soignants présentaient les scores les plus faibles parmi les six professions incluses (cadres de santé, infirmiers, infirmiers spécialisés, aide-soignants, ASH, autres regroupant essentiellement les sages-femmes, psychologues, assistants sociaux et kinésithérapeutes) (96)(97).

Les facteurs déterminants identifiés dans le turn-over des soignants étaient la pression temporelle et les difficultés pour la qualité des soins, l'insatisfaction quant à l'utilisation des compétences et du manque d'autonomie, l'insatisfaction du salaire, les problèmes relationnels, l'insuffisance d'effectifs, le manque d'opportunités de développement, les difficultés d'horaires, les difficultés émotionnelles, les charges physiques, les problématiques entre vie professionnelle et vie familiale ainsi que les raisons de santé (98).

L'enquête SESMAT, mise en œuvre chez les médecins et pharmaciens français en 2007-2008, révèle quant à elle que les urgentistes et les gériatres présentent des scores diminués de santé perçue (selon l'échelle SF-36). Les gériatres sont également ceux qui décrivent le plus de troubles psychologiques (anxiété, syndrome dépressif, troubles du sommeil).

Les troubles musculo-squelettiques sont relevés chez 55,8% de l'échantillon. De plus, 17,4% de l'échantillon rapportent une intention d'abandonner la profession, les spécialités les plus concernées étant la gériatrie, les services d'urgences et la pharmacie. Les principaux facteurs observés chez les personnels ayant l'intention de quitter la profession étaient : les caractéristiques du contexte de travail (faible score de qualité du travail d'équipe, importance de l'influence au travail, qualité des relations interpersonnelles et des relations avec l'administration, harcèlement par les supérieurs, crainte de commettre des erreurs), le nombre de jours de formation, le pourcentage de temps incombant aux tâches ne relevant pas de leurs compétences, le nombre de nuits effectuées mensuellement, le conflit entre vie professionnelle et vie privée, faible satisfaction du salaire, burn-out, présence de troubles psychologiques ou de TMS (99).

Ces données sont confirmées par une étude canadienne publiée en 2005 par Cohen et al (100), démontrant que les médecins résidents avaient une santé mentale perçue inférieure à la population générale (17% des médecins résidents estimaient avoir une santé mentale passable ou mauvaise contre 7% pour la population générale).

Une récente méta-analyse (88), basée sur 37 études concernant le syndrome d'épuisement professionnel des médecins français, révèle que près de la moitié d'entre eux seraient concernés, dont 5% par une forme sévère (épuisement émotionnel, dépersonnalisation élevés et accomplissement personnel faible).

Les études internationales semblent concorder avec ces données, pour exemple, une étude menée en 2018 sur les médecins américains, rapporte des signes d'épuisement professionnel chez 42% de l'échantillon (101).

Afin de gérer le stress professionnel, plusieurs stratégies peuvent être mises en place par les professionnels de santé, comme notamment le recours à des conduites addictives (102).

Il est important de relever que le secteur de la santé humaine et de l'action sociale ferait partie de ceux dans lesquels la prévalence des pensées suicidaires serait la plus élevée (103). De plus, le risque de décès par suicide serait plus important chez les médecins par rapport à la population générale. Les conduites addictives, le divorce, les difficultés financières, les conflits judiciaires, les maladies mentales et organiques ont été identifiés comme des facteurs de risque significatifs associés au risque de suicide. (104)(105). Nous pouvons donc émettre l'hypothèse que certaines pensées suicidaires, tentatives de suicide ou suicide, seraient en lien avec la confrontation à des risques psychosociaux au travail, certaines de ces situations à risque de suicide étant identifiées dans la littérature comme les conséquences potentielles à cette exposition.

Les soignants peuvent également se mettre en danger au travers des accidents de véhicule sur le trajet retour de leur emploi, souvent consécutifs à la fatigue engendrée notamment par des postes prolongés (106).

L'ensemble de ces éléments est particulièrement important à prendre en considération. En effet, il a été démontré que la qualité des soins est influencée par le sentiment de bien-être des professionnels (107).

CHAPITRE 2 : TRAVAIL DE RECHERCHE

1. Genèse de l'étude EHCAU

1.1. La démographie de la population pénale et des types d'établissements pénitentiaires dans la région Grand-Est

Au 1^{er} janvier 2020, 70 651 personnes sont détenues en France, réparties dans 187 établissements pénitentiaires. En regard des statistiques du 1^{er} janvier 2019 avec 70 059 détenus, une augmentation de 0,8 % de personnes détenues est relevée. La région Grand-Est compte au 1^{er} janvier 2020, 5 685 détenus (1 404 prévenus, 4 281 condamnés) affectés dans l'un des 24 établissements pénitentiaires de la région, soit 8% de la population totale détenue, parmi lesquels 5 507 hommes et 178 femmes ainsi que 58 mineurs (108).

Il existe plusieurs types d'établissements pénitentiaires, classés en deux catégories principales : les maisons d'arrêt et les établissements pour peine (109). Un centre pénitentiaire correspond à un établissement pénitentiaire comprenant au moins deux quartiers avec des régimes de détention différents (maison d'arrêt, centre de détention et/ou maison centrale). Certaines régions comprennent également des établissements pénitentiaires pour mineurs. Dans les régions qui en sont démunies, les adolescents peuvent être placés dans des quartiers spécifiques des maisons d'arrêt ou des établissements pour peine. Le Grand-Est dispose de onze maisons d'arrêt, de six centres de détention, de deux maisons centrales, de deux centres pénitentiaires et de trois centres de semi-liberté (108). Chacun de ces établissements dispose de particularités que nous allons énumérer.

Les maisons d'arrêt accueillent les personnes prévenues en détention provisoire, c'est-à-dire en attente d'un jugement ou dont la condamnation n'est pas définitive, ainsi que les personnes condamnées dont la peine ou le reliquat de peine n'excède pas 2 ans (109). Dans le Grand-Est, les maisons d'arrêt sont implantées à Bar-Le-Duc, Châlons-en-Champagne, Charleville-Mézières, Chaumont, Colmar, Epinal, Mulhouse, Reims, Sarreguemines, Strasbourg, Troyes, Metz-Queuleu et Nancy-Maxéville.

Les établissements pour peine sont divisés en centres de détention, maisons centrales et centres de semi-liberté, en fonction du type de population pénale accueillie (109) :

- Les centres de détention accueillent les personnes détenues condamnées à une peine supérieure à 2 ans et ayant les probabilités de réinsertion les plus favorables. A ce titre, ils disposent d'un régime de détention orienté vers la resocialisation des personnes détenues. Dans la région Grand-Est, ces centres de détention sont situés à Ecrouves, Montmédy, Oermingen, Saint-Mihiel, Toul, Villenauxe-la-Grande et Nancy-Maxéville.
- Les maisons centrales reçoivent les personnes détenues condamnées à une longue peine et/ou présentant des risques ou un pronostic de réadaptation sociale défavorable. Le régime de détention y est axé sur la sécurité. Les deux maisons centrales du Grand-Est siègent à Clairvaux et Ensisheim.
- Les centres de semi-liberté accueillent les personnes condamnées bénéficiant d'un régime de semi-liberté ou de placement extérieur. La personne condamnée détenue peut s'absenter de la structure la journée pour s'investir dans tout projet d'insertion ou de réinsertion de nature à prévenir les risques de récidive. Ils sont, dans le Grand-Est, implantés à Briey, Maxéville et Souffelweyersheim.
- Les quartiers centres pour peines aménagées peuvent accueillir les personnes condamnées bénéficiant d'une mesure de semi-liberté ou d'un placement extérieur ainsi que les personnes condamnées dont le reliquat de peine est inférieur à un an, leur permettant d'œuvrer pour un projet de réinsertion. En région Grand-Est, ce centre se situe à Metz-Queuleu.

L'une des problématiques majeures actuelles concerne la densité carcérale. En effet, au 1^{er} janvier 2020, le taux d'occupation des établissements pénitentiaires est de 116% avec 1 614 matelas au sol recensés (108). Cependant, ce chiffre n'est pas représentatif du fait de disparités importantes entre les établissements pénitentiaires. Sur le plan national, 122 établissements ou quartiers ont une densité carcérale supérieure ou égale à 100 %, dont 4 avec une densité supérieure ou égale à 200 %. Les maisons d'arrêt sont les plus exposées à la surpopulation carcérale. Dans le Grand-Est, la densité carcérale totale atteint 101,4 % (108).

Les maisons d'arrêt disposent d'une densité moyenne de 123,3 % avec des maisons d'arrêt à Colmar et Mulhouse fortement exposées à 150% et 154,5%. La densité moyenne en établissement pour peine est de 79 %. Les centres de détention de Toul et la maison centrale d'Ensisheim sont respectivement occupés à 93,7% et 96,5% (108).

1.2. Le dispositif sanitaire en milieu pénitentiaire et répartition dans le Grand-Est

L'organisation des soins en milieu carcéral repose sur deux dispositifs, l'un pour les soins somatiques et le second pour les soins psychiatriques, organisés en trois niveaux. Ces unités de soins incluent selon les besoins, des personnels médicaux, des personnels paramédicaux et des personnels non professionnels de santé. Le personnel affecté à ces unités sanitaires l'est sur la base du volontariat (109).

Les soins aux détenus, par les principes posés dans la loi de 1994, réaffirmés par la loi du 24.11.2009 (Art. L6112-1 du Code de la Santé Publique), doivent être équivalents à ceux de la population générale du fait d'un principe d'équité. Or, la surpopulation carcérale engendre une augmentation des besoins de soins (augmentation de la violence, de la promiscuité, surreprésentation des troubles mentaux et des comorbidités addictologiques) et suscite, au quotidien, des problèmes dans l'accès aux soins. Ce phénomène est encore majoré par des moyens disponibles estimés comme sous-évalués par les unités sanitaires, renforçant ainsi des conditions d'exercice déjà difficiles. La santé en milieu carcéral incombe aux hôpitaux par la création d'un protocole de soins médicaux et psychiatriques avec l'hôpital de rattachement géographique.

Les missions de santé mentale en milieu carcéral s'articulent autour de plusieurs axes comme l'entretien d'accueil et le dépistage des troubles mentaux des entrants, la prise en charge des troubles addictifs, la prévention du suicide, l'orientation vers une structure de soins adaptée en cas de nécessité, ainsi que la préparation des détenus ayant bénéficié de soins, si ces derniers demeurent essentiels lors de la mise en liberté (110).

Une attention particulière doit être portée lors des temps judiciaires, propices à la survenue de manifestations anxieuses et de troubles du comportement (garde à vue, entrée en prison et temps d'adaptation au milieu carcéral, le jugement, la sortie) (111).

1.2.1. Les soins de niveau 1

Les soins de niveau 1 regroupent des soins ambulatoires réalisés au sein d'une Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire (USMP), succédant aux UCSA. Ces unités assurent des prises en charge individuelles et peuvent proposer des prises en charge de groupe de type CATTP. Elles incluent un dispositif de soins somatiques et un dispositif de soins psychiatriques (109):

- Le dispositif de soins somatiques assure ainsi des consultations de médecine générale et de spécialités, des actions de repérage et de dépistage des personnes, la permanence et la continuité des soins. Il assure également une mission de coordination des actions de prévention.
- Le dispositif de soins psychiatriques effectue l'ensemble des activités de consultations, de suivi et d'activités thérapeutiques de groupe.

Il existe 174 USMP sur le territoire national, dont 21 en région Grand-Est.

1.2.2. Les soins de niveau 2

Les soins de niveau 2 relèvent d'une prise en charge en hospitalisation à temps partiel, permettant dès lors au patient de disposer dans la journée de soins et/ou d'exams polyvalents, individualisés, intensifs. Ils s'appuient à la fois sur un dispositif de soins somatiques et sur un dispositif de soins psychiatriques (109) :

- Les soins somatiques de niveau 2 se déroulent en milieu hospitalier et incluent les consultations externes, les examens complémentaires, les activités dispensées à temps partiel, de jour ou de nuit, ainsi que les activités de chirurgie ambulatoire et les séances de traitement. Ils nécessitent des chambres sécurisées dans l'établissement hospitalier de rattachement avec une garde statique des forces de l'ordre.
- Les soins psychiatriques sont portés au niveau d'un Service Médico-Psychologique Régional (SMPR) pour les hospitalisations de jour en psychiatrie. Ils ont succédé aux CMPR (Centre Médico-Psychologique Régional) depuis le décret publié en 1986, qui en définit également les missions. Le dépistage des troubles psychiques lors d'un entretien d'accueil proposé à tous les arrivants en détention, l'organisation des soins médico-psychologiques courants et du suivi psychiatrique de la population post-carcérale, la lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, la coordination avec les

partenaires de psychiatrie intervenant en milieu pénitentiaire et la mise en place de formations aux professionnels représentent leurs missions principales (110)(111).

Les SMPR disposent de cellules d'hébergement dans un quartier spécifique au sein de l'établissement pénitentiaire, qui sont sous la surveillance d'agents pénitentiaires formés aux problématiques de santé mentale. Ils accueillent les détenus nécessitant des soins de l'établissement dans lequel ils sont implantés, mais aussi les sujets incarcérés d'autres établissements du secteur pénitentiaire dont ils relèvent et qui ne disposent pas de SMPR.

Sont dénombrés 26 SMPR sur le plan national, dont 3 en région Grand-Est, localisés à Metz, Strasbourg et Châlon-en-Champagne.

1.2.3. Les soins de niveau 3

Les soins de niveau 3 sont dispensés lors d'une prise en charge hospitalière à temps complet, tant sur le plan somatique que psychiatrique.

Les soins somatiques peuvent être délivrés au sein de chambres sécurisées dans les établissements de santé de rattachement (hospitalisations d'urgence ou de courte durée), des Unités Hospitalières Sécurisées Interrégionales (UHSI) pour les hospitalisations programmées de plus de 48 h ou de l'Établissement Public de Santé National de Fresnes (EPSNF). Sur le plan national sont dénombrées 8 UHSI dont l'une en région Grand-Est, à Nancy.

Les UHSI se trouvent au sein des centres hospitaliers régionaux universitaires. Elles permettent aux personnes détenues de bénéficier de tous les soins nécessaires, en ayant accès à l'ensemble du plateau technique de l'hôpital où elles sont implantées. La surveillance y est assurée par les personnels de l'administration pénitentiaire (109).

Les soins psychiatriques sont de préférence réalisés dans les Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA), créées par la loi du 9 septembre 2002.

En l'absence de ce type de structure, les hospitalisations demeurent possibles dans les établissements de santé autorisés en psychiatrie dans le cadre des hospitalisations régies par l'article D.398 du Code de Procédure Pénale (CPP) ainsi qu'au sein des Unités pour Malades Difficiles (UMD), lorsque les critères cliniques le justifient (109). Il existe 9 UHSA sur l'ensemble du territoire national dont une en région Grand-Est, à Nancy.

L'UHSA se situe au sein d'un établissement de santé mentale, visant à accueillir les détenus ayant besoin de soins en milieu hospitalier conformément à l'article L3214-1 du Code de Santé Publique qui précise que « *l'hospitalisation avec ou sans consentement, d'une personne détenue atteinte de troubles mentaux est réalisée dans un établissement de santé au sein d'une unité spécialement aménagée* » (109).

L'UHSA peut accueillir femmes et mineurs, dérogeant au principe pénitentiaire de séparation des détenus hommes/femmes, majeurs/mineurs. L'administration pénitentiaire y assure la sécurisation périmétrique et n'est pas présente au sein de l'unité, sauf en situation de demande du personnel soignant.

L'hospitalisation complète en soins sans consentement peut se dérouler en UMD, sur arrêté du préfet de l'établissement hospitalier initial, après réalisation d'un certificat médical détaillé du psychiatre demandeur et accord du psychiatre de l'UMD (109).

La répartition nationale des unités et services médicaux sera présentée en annexe 2.

1.2.4. L'organisation générale et le respect des mesures de sécurité

À l'exception des situations où la sécurité des professionnels de santé serait menacée et sans possibilité de report de soins, l'examen de la personne détenue ou la réalisation de soins sont mis en œuvre en dehors de la présence du personnel pénitentiaire.

Les personnels pénitentiaires organisent quotidiennement les déplacements des personnes détenues vers l'unité sanitaire par l'intermédiaire d'une liste comprenant uniquement le nom des personnes convoquées et celui du professionnel rencontré.

Lors de soins nécessitant une extraction de la personne détenue, cette dernière est informée du transfert sans précision sur la date, l'heure ou le lieu de rendez-vous. Les professionnels de l'administration pénitentiaire mettront en œuvre une escorte adaptée au niveau de sécurité nécessaire. De même que pour les consultations ou soins à l'USMP, les soins seront dispensés en l'absence du personnel de l'administration pénitentiaire en dehors des situations potentiellement dangereuses évaluées selon des critères propres à la personne détenue ou environnementaux (possibilités d'évasion, objets dangereux à proximité...) (109).

L'une des autres particularités de l'exercice en milieu pénitentiaire est la nécessité pour les professionnels de santé de respecter les mesures de sécurité fixées par l'administration pénitentiaire. En effet, comme pour les visiteurs, les professionnels de santé doivent se soumettre aux contrôles de sécurité à l'entrée dans la structure. Cela comprend la vérification de leur identité et de leurs effets personnels ainsi que le passage par le portique de détection. Leur déplacement est également régulé par les grilles de mouvements. De plus, à l'intérieur de l'unité de soins, l'ensemble du personnel est muni d'une alarme portative individuelle afin de garantir leur sécurité et celle de l'ensemble des détenus (109).

1.3. Les conditions d'exercice et risques psychosociaux des professionnels exerçant en milieu pénitentiaire

1.3.1. Les facteurs de risque en milieu pénitentiaire

Connu pour sa pénibilité physique et psychique (112)(113)(114), l'exercice professionnel en milieu carcéral présente de nombreux risques psychosociaux en lien avec les contraintes organisationnelles imposées par le cadre, les exigences institutionnelles et la population accueillie.

En premier lieu, le milieu pénitentiaire comprend plusieurs risques spécifiques, comme l'exposition à la violence (115) au travers d'agressions verbales ou physiques (émeute, évasion, prise d'otages) (112), ceci étant renforcé par les spécificités liées à la population rencontrée. En effet, les détenus présentent un état de santé précaire (116), avec une prévalence plus forte de troubles mentaux et de comportements à risque, leur conférant une certaine imprévisibilité. En effet, l'enquête menée en 2004 sur un échantillon de 800 détenus incarcérés en France métropolitaine, démontrait une prévalence de 28 % pour les troubles de l'humeur, 29 % de troubles anxieux et 17 % de troubles psychotiques (117)(118). La prévalence des suicides est également augmentée en prison. En effet, selon les déclarations de l'administration pénitentiaire, sur 2541 décès recensés entre 2000 et 2010, 1043 (41%) seraient secondaires à un suicide (119). Les consommations de substances psychoactives y sont également fréquentes, avec en 2003, près d'un tiers (30,9 %) d'entrants déclarant une consommation excessive d'alcool et 33 % d'entrants rapportant une utilisation prolongée et régulière de drogues illicites au cours des 12 mois précédant l'incarcération. Les détenus présentent également des problématiques infectieuses avec un taux de 4,2 % pour le VIH, l'hépatite B et/ou l'hépatite C (116).

Sont ensuite décrites des contraintes professionnelles en lien avec le rythme de travail (horaires irréguliers, travail de nuit, suppression des repos hebdomadaires) (112), une charge de travail élevée, un manque d'autonomie, une sous-utilisation des connaissances et compétences, un manque de variété de tâches, des contacts sociaux exigeants, une incertitude d'emploi (menace de perte d'emploi, perspectives de carrière incertaines), une rémunération insuffisante par rapport à d'autres emplois, un statut social médiocre ainsi que des conditions environnementales défavorables (air sec, saleté, odeur) (120).

Les agents relèvent également un manque de considération vis-à-vis de leur profession (121)(115)(113)(112).

Enfin, des problèmes de rôles (ambiguïté et conflit de rôles) apparaissent comme l'un des principaux facteurs de stress spécifique à l'exercice en milieu carcéral en lien avec les exigences institutionnelles. L'ambiguïté de rôles correspond aux situations où il existe un manque d'information adaptée pour la réalisation correcte du travail. Le conflit de rôles naît quant à lui de la contradiction entre deux missions principales incombant aux agents pénitentiaires, illustrée par exemple par le contrôle des détenus et le soutien à leur réinsertion (120)(115)(114).

Les résultats d'une méta-analyse (122) révèlent que les attitudes au travail (participation à la prise de décision, satisfaction au travail, engagement, turn-over), la dangerosité perçue et les difficultés de rôle sont les facteurs les plus prédictifs de stress au travail chez les agents pénitentiaires. En effet, les résultats démontrent que les professionnels qui participaient le plus à la prise de décision étaient globalement plus engagés et satisfaits de leur travail et ainsi à moindre risque de rapporter un stress au travail. L'intention de quitter la profession s'avérait être un bon indicateur du roulement des agents. Des objectifs de travail peu clairs, le manque de soutien de l'institution et le manque de justice organisationnelle, étaient également associés à un plus grand stress au travail (123). La justice organisationnelle y correspond à la justice distributive (équité entre la contribution du travailleur et sa rétribution) et à la justice procédurale (procédures équitables contribuant à des résultats) (124).

1.3.2. Les manifestations de la souffrance au travail en milieu carcéral

Plusieurs études ont rapporté l'impact de ces conditions particulières d'exercice en milieu carcéral sur la santé physique et mentale des agents pénitentiaires.

Sur le plan somatique, des troubles alimentaires (112), des troubles artériels, de l'hypertension artérielle (125), des ulcères gastriques (125), du diabète (125), des migraines, mais aussi des infections respiratoires et oculaires (115) ainsi que des troubles du sommeil (126) apparaissent prévalents chez les agents pénitentiaires.

La souffrance psychique chez les personnels de surveillance se manifeste par une prévalence élevée de troubles anxieux (127), d'états dépressifs (115), de détresse psychologique élevée (128), de désinvestissement professionnel et d'épuisement professionnel (129)(120) et d'ESPT (État de Stress Post-Traumatique) en particulier lors de l'exposition à un décès en détention (130). De plus, le risque de suicide apparaît élevé chez les surveillants de prison (131), avec un excès de suicide de 21 % par rapport à la population française (132). Un recours à des conduites addictives comme les consommations d'alcool dans une recherche d'apaisement de tensions est également rapporté (133).

Devant ces manifestations de souffrance, différentes stratégies adaptatives des agents pénitentiaires ont pu être décrites. En premier lieu, des stratégies sur le plan individuel peuvent émerger, générant par exemple un clivage entre « bons » et « mauvais » surveillants selon la posture rigide ou souple adoptée par ces derniers. Parmi ces stratégies sont relevés le désinvestissement professionnel ou au contraire un surinvestissement improductif (115), l'émergence d'attitudes négatives comme le cynisme, l'autoritarisme, le scepticisme ou le pessimisme (120), un défaut d'altérité ainsi qu'un repli sur soi (115). Sur le plan organisationnel, différentes formes de stratégies adaptatives peuvent se développer telles que l'absentéisme, les arrêts maladie, les démissions, mais aussi le taux de rotation sur les postes de travail (115)(120).

De plus, ces contraintes et l'impact de leur retentissement psychologique peuvent également avoir un retentissement sur la vie personnelle des agents (112)(133).

Ainsi, compte-tenu des facteurs de risques psychosociaux déjà connus concernant les professionnels de santé et des risques mis en évidence lors de l'exercice en milieu pénitentiaire pour les professionnels relevant du ministère de la justice, il apparaît intéressant d'investiguer les risques psychosociaux chez les professionnels exerçant dans les unités sanitaires en milieu carcéral.

Les identifier permettrait de mettre en œuvre des stratégies de prévention adaptées et efficaces à cet exercice particulier, d'où la réalisation de l'étude EHCAU-Evaluation of Health CARE in Units for inmates.

2. Implication personnelle dans la recherche

J'ai été associée à l'élaboration du protocole de recherche de l'étude EHCAU, effectuant une dense recherche bibliographique sur la thématique "*santé perçue et risques psychosociaux au travail*". À ce titre, j'ai contribué à la sélection des outils psychométriques pertinents à utiliser dans le cadre de cette recherche. J'ai participé à chacune des étapes amenant au financement du projet par l'ARS Grand-Est, à son écriture ainsi qu'à la validation du protocole par les instances réglementaires sur une longue période de 8 mois compte tenu des réajustements demandés (requalification de l'étude en une recherche interventionnelle qui ne comporte que des risques et contraintes minimales-RIPH2).

Dès l'obtention de l'accord des instances réglementaires (CNIL, Comité de Protection des Personnes du Sud-ouest et Outre Mer IV), j'ai préparé dans un premier temps les envois des questionnaires destinés aux cadres de santé de la région Grand-Est. À l'issue du retour des questionnaires des cadres, j'ai ensuite préparé l'ensemble des cahiers d'observation destinés aux professionnels exerçant dans les unités de soins et j'ai procédé à l'envoi de 350 dossiers. Dès la réception des questionnaires complétés et retournés, j'ai saisi l'ensemble des données dans une base spécialement conçue pour l'étude et à partir de laquelle les analyses ont été effectuées.

La méthodologie et les résultats de l'étude sont présentés dans l'article scientifique ci-après.

3. Article scientifique

Burnout profiles among French workers in health units for inmates: Results of the EHCAU Study

Stéphanie Boulrier^{a*}, Cédric Baumann^{b,c}, Hélène Rousseau^b, Pierre Horrach^{a,d}, Stéphanie Bourion-Bédès^{a,c*}

^a Centre Psychothérapique de Nancy, 54 521 Laxou, France

^b Unit of Methodology, Data Management and Statistics, University Hospital of Nancy, 54500 Vandoeuvre-lès-Nancy, France

^c EA4360 APEMAC (Health adjustment, measurement and assessment, interdisciplinary approaches) MICS team, University of Lorraine, 54500 Vandoeuvre-lès-Nancy, France

^d Service Médico-Psychologique de Metz, 57 073 Metz, France

***Corresponding author:**

Stéphanie Bourion-Bédès

Centre Psychothérapique de Nancy, 1, Rue Docteur Archambault, 54 521 Nancy, France

Phone: +33 (0) 3 83 92 50 50

Email: steph_bedes@yahoo.fr

Abstract

Background: Professionals who work in penitentiary environments are at a risk of burnout due to a variety of factors. Recent literature has proposed a classification system involving five burnout profiles in a continuum between engagement and burnout. The objective of this study is to measure the prevalence of these profiles among professionals working in all care levels in French health units providing health services for inmates and to investigate their characteristics to propose appropriate prevention and management strategies.

Methods: This study involved a cross-sectional analysis of data from the Evaluation of Health CAre in Units for inmates (EHCAU) study, a multicentric cohort study of professionals working in health units for inmates in the East area of France. Occupational burnout was measured by the Maslach Burnout Inventory (MBI) at the emotional exhaustion, depersonalization and personal accomplishment levels. Job conditions and characteristics were assessed using the Karasek Job Content Questionnaire and the Effort-Reward Imbalance Questionnaire. Data on sociodemographic characteristics and self-reported health status were also collected. Differences between MBI profiles were identified using Fisher's exact test and Wilcoxon test.

Results: Of 350 professionals surveyed, 150 responded (42.9%). The most frequent profiles were ineffective (36.9%) and engagement (34.8%). Burnout (7.8%), overextended (15.6%), and disengaged (5.0%) profiles made up the remaining quarter. Significant differences were seen in the burnout profiles in regard to professional occupation ($p=0.01$), irregular eating hours ($p=0.04$), history of complaint procedures ($p=0.05$), anxiety ($p<0.0001$), depression ($p<0.0001$) and the mental component of self-reported quality of life ($p<0.0001$).

Conclusions: These results confirm that special attention should be given to professionals working in these challenging settings. The results have important implications for theory and research and for more customized approach interventions.

Trial registration: ID RCB : 2018-A03029-46

Keywords: professional burnout, penitentiary environment, workers, health units

Background

Burnout occurs as a result of prolonged or repeated exposure to work-related stressors and can be defined by emotional exhaustion (EE), feeling of cynicism (depersonalization (DP)), and a loss of meaning or purpose in work (personal accomplishment (PA)) [1-3]. Practitioners and researchers have exhibited an increased interest in studying burnout to better understand what it is and how it happens [4]. As burnout has been associated with increased risk of both personal and/or professional consequences such as depressive disorder, anxiety, suicide, substance use disorders, cardiovascular diseases [5-9], adverse effects on quality of work, departure from a profession and early retirement [10, 11], practitioners have become motivated to figure out ways to cope with and prevent burnout. The Maslach Burnout Inventory (MBI) was specifically designed to assess the three dimensions of the burnout experience, and it has been considered the standard tool for research in this field [12]. An innovative study explored the multiple distinct patterns of burnout along the burnout-engagement continuum, suggesting five different profiles based on MBI scale scores [12]. The “engaged” and “burnout” profiles are straightforward, as they represent people who score consistently across the three MBI scales. The other three profiles « overextended », « ineffective » and « disengaged » show inconsistencies across the three MBI scales. This nuanced approach to identify patterns offers new opportunities for understanding both the causes and consequences of burnout and might have implications for the best interventions to prevent or reduce it.

Workplace stress and burnout affect between 19 and 30% of employees in the general working population [13]. Several studies from around the world, including studies on physicians, nurses, physiotherapists, primary health care workers and other health professionals, have reported prevalence rates of burnout from 2.6 to 75% [14]. Previous studies support the idea that employment in occupations related to human services, such as health care, social work and educational systems, is associated with psychological distress [15].

Job stress, workload, role conflict, and organizational changes are factors that affect the onset of burnout. Some sociodemographic characteristics, such as age, gender, marital status, educational level, and years of professional experience, are also assumed to be associated with burnout [14]. In the specific case of correctional contexts, burnout symptomatology affects not only guards but also potentially the entire prison staff, including professionals in the fields of mental health and penitentiary care [16].

Psychological distress arises from typical adverse conditions related to workers' health, safety and welfare since some stressors in the correctional workplace are constant, with the presence of demanding and hazardous working conditions, risk of infectious diseases, irregular work shifts, reduced social and organizational support [16], high job demand and low decision latitude [17].

Since 1994, the delivery of health care in French prisons has been managed by the Ministry of Health. This means that one neighbouring hospital delivers health care services, with hospital departments inside every prison, in the same conditions as they do to free citizens [18]. Three levels of care are proposed for both somatic and psychiatric care. First-line health care in prisons is provided by a care unit inside the prison named *Unité de Soins en Milieu Pénitentiaire (USMP)*. Second-line health care services requiring specialized material or part-time hospitalization are delivered in the neighbouring hospital for somatic care and the *Services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPR)* units for psychiatric care. The third line of health care delivery includes the services requiring full-time hospitalization, and these services are delivered in an *Inter-Regional Secure Hospitalized Unit (UHSI)*, whereas full-time psychiatric hospitalizations occur in a *Specially Adapted Hospitalized Unit (UHSA)* [19]. Although there are many reports of burnout, decreased morale, high levels of stress and staff leaving among professionals in health care units [20-24], no previously published study has focused on the different MBI profiles among workers in these three levels of care settings in French prisons.

The first objective of our study was to investigate the prevalence of the different MBI profiles, psychological morbidity, job satisfaction and job stress among workers in health units providing services for inmates in the eastern area of France. The second objective was to identify the factors contributing to these profiles to create healthy work environments and support health professionals.

Methods

Participants and design

This study involved a cross-sectional analysis of data from the Evaluation of Health CAre in Units for inmates (EHCAU) study, a multicentric cohort study of professionals working in health units providing services for inmates. Participants were recruited from health care service in the east area of France providing general medical care or psychiatric care in a wide range of care modalities ranging from full-time hospitalization to various forms of part-time and outpatient care inside the prison. The research was conducted between December 2019 and April 2020. Participation was voluntary. Informed consent was obtained from all individual participants included in the study. Consent forms were signed by each participant and kept at the main study site. The study protocol was approved by the local ethics committee, the Comité de protection des personnes du Sud-Ouest et Outre-Mer 4 (CPP), and ensured the confidentiality of the information collected (Comité National Informatique et Liberté 2213277v0).

Data collection

Self-reported questionnaires were used to collect sociodemographic, clinical and professional data and to measure psychological distress, psychosocial job characteristics and occupational burnout.

Sociodemographic, clinical and professional data

Participants completed a self-administered questionnaire that included sociodemographic measures such as age, gender, marital status, number of children living at home, living arrangements, occupational status, years in profession, years caring for inmates, work conditions and relationships with other services.

Health-related quality of life

Health-related quality of life (HRQoL) was assessed with the Short-Form 12 questionnaire (SF-12), a generic 12-item instrument based on the earlier SF-36 [25]. The SF-12 covers eight domains: physical functioning, role-physical (that is, role limitations due to physical problems), bodily pain, general health, vitality, social functioning, role-emotional

(that is, role limitations due to emotional problems) and mental health. The French version has yielded valid and reliable clinical assessments of self-reported health status [26].

A physical health component score (PCS) and a mental health component score (MCS) were calculated from all 12 items. All scores were transformed to a standardized score ranging from 0–100 points, with higher scores indicating better HRQoL.

Anxiety and depression

Anxiety and depression were assessed using the French version of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), which is a 14-item self-report instrument assessing levels of anxiety and depression with 7 items for each subscale [27]. The French HADS questionnaire has yielded valid and reliable clinical assessments of depression and anxiety [28]. Each item is scored on a 4-point Likert scale, and for each subscale, the score is obtained by summing the respective 7 items. Each subscale score ranged from 0–21.

Three severity ranges based on cut-off scores are used: 0-7 (noncases), 8-10 (mild severity), and 11-21 (moderate or severe severity) [29].

Job conditions

Psychosocial job conditions were measured with the Karasek Job Content Questionnaire [30]. The French 26-item version of the questionnaire measures both the psychological workload (“demands”), the level of “control” and social support. The psychometric properties of the French version have been previously reported [31]. The job demands subscale is the sum of nine items inquiring about excessive work, conflicting demands, insufficient time to work, fast pace and hard work. The job control scale is the sum of two subscales: skill discretion measured by six items (learning new things, ability to develop new skills, job requiring skill, task variety, work not repetitive, job requiring creativity) and decision authority as measured by three items (freedom to make decisions, choice about how to perform work, having a lot of say in the job). The work-related social support scale is the sum of two subscales: support from coworkers (4 items) and support from supervisors (4 items). For each item, the participant could choose from 1 of 4 responses ranging from strongly disagree to strongly agree. The higher the score is for each scale or subscale, the higher the levels of demands, job control and social support are. Job strain was defined when the professional scored high on job demands and low on job control (defined according to the median score on the respective scales).

Professionals who reported low levels of social support (median split) together with job strain (high job demands and low job control) were defined as having isostrain [32].

Job demands and rewards

Job demands and rewards were assessed with the Effort-Reward Imbalance Questionnaire [33], for which the validity and reliability of the French version have been previously established [34]. The 23-item instrument consists of two scales measuring the extrinsic components “effort” and “reward” and one scale measuring the intrinsic component “overcommitment”. The scale of effort includes 6 items that explore subjective feelings connected with general professional demands that refer to general and physical effort, time pressure, obstacles and responsibility. A sum of scores based on ratings of these 6 items ranged on a 5-point Likert scale from 1 (disagree) to 5 (agree and I am very distressed). A higher total score is indicative of higher efforts from professionals. The scale of rewards comprises 11 items that assess different aspects of reward, such as financial and status-related rewards, esteem rewards and gratification of job security. Participants rated each item using a 5-point Likert scale, and a sum of the ratings of these 11 items was computed. The lower the total score, the fewer rewards received by the professional. Overcommitment is measured using the sum of six items with a scale that ranges from 1 (strongly disagree) to 4 (strongly agree). The effort-reward ratio is calculated, and an imbalance between effort and reward is present when the ratio is different from one. A ratio >1 indicates high effort but low reward, while a ratio <1 indicates high reward but low effort [35].

Burnout

Burnout was assessed with the MBI scale, whose validity and reliability have been previously established [36]. The MBI self-report questionnaire includes 22 items assessing 3 dimensions that explore EE (the feelings of being emotionally overrun and exhausted by one’s work) with 9 items, DP (the tendency to view others as objects rather than as persons with feelings) with 5 items and lack of PA (the degree to which a person perceives doing well on worthwhile tasks) with 8 items. Responses were made on a 7-point scale (0 meaning never, 6 meaning every day). The three dimensions were measured for each respondent. A higher score for EE and DP and a lower score for PA indicated a higher level of burnout. The profile characterized by favourable scores in all three dimensions is called "engaged".

Three intermediate profiles were defined: the "disengaged" profile (high DP score), the "overextended" profile (high EE score) and the "ineffective" profile (high inefficacy score) [12].

Statistical analysis

Descriptive and comparative analyses

Continuous variables are described by the mean or the median, as appropriate, and categorical variables are described by percentages. The qualitative data were compared using Pearson's chi-square test or Fisher's exact test, whereas the quantitative variables were compared using Student's *t*-test or Wilcoxon test.

Results

Participant demographics and self-perceived health status scores

Of the 26 health care units contacted, 20 agreed to participate in the study. In total, 150 professionals of the 350 surveyed from these units returned a completed questionnaire from, yielding a response rate of 42.9%. The sociodemographic and self-perceived health status of the professionals are presented in Table 1 for the entire sample and separately based on the care-level type. Most professionals were female (74%), with a mean age of 42.9 years old (SD=11.2). More than three-quarters were married or in a union (76.7%). Independent of relationship status, 78.7% of professionals reported having children, and just over half (53.4%) had at least one child living with them.

Table 1. Characteristics of the participants

Characteristic	Full Sample N = 150		Care Level-1 N = 78		Care Level-2 N = 29		Care Level-3 N = 43		p value
	N	%/mean (SD)	N	%/mean (SD)	N	%/mean (SD)	N	%/mean (SD)	
Characteristic									
Age	148	42.9 (11.2)	78	43.5 (11)	29	40 (12.5)	41	43.9 (10.4)	0.26
Gender									0.51
Male	38	25.5	21	26.9	5	17.2	12	28.6	
Female	111	74.5	57	73.1	24	82.8	30	71.4	
Marital status									0.10
Never married	21	14	10	12.8	8	27.6	3	7	
Married/live with a partner	115	76.7	58	74.4	20	69	37	86	
Separated/divorced/widowed	14	9.3	10	12.8	1	3.4	3	7	
Living arrangements									0.34
Alone	15	10.1	8	10.3	5	17.2	2	4.9	
Alone with children	13	8.8	8	10.3	4	13.8	1	2.4	
Alone with spouse	51	34.5	28	35.9	8	27.6	15	36.6	
With spouse and children	66	44.6	32	41	11	37.9	23	56.1	
With friends	3	2	2	2.6	1	3.4	0	0	
Has children									0.31
Yes	118	78.7	62	79.5	20	69	36	83.7	
No	32	21.3	16	20.5	9	31	7	16.3	
Self-reported health status									
SF-12 physical score	144	69.5 (10.6)	74	69.8 (9.7)	29	71.7 (9.7)	41	67.3 (12.5)	0.17
SF-12 mental score	144	59.5 (14.8)	74	59.0 (14.5)	29	57.1 (16.4)	41	62.3 (14.0)	0.32
HADS									
Anxiety subscale score	150	6.1 (3.5)	78	6.6 (3.6)	29	5.8 (3.6)	43	5.5 (3.0)	0.18
Depression subscale score	149	3.1 (2.9)	77	3.5 (2.9)	29	2.2 (2.7)	43	3.1 (2.8)	0.06

Abbreviation: SD, standard deviation

The mean SF-12 scores were 69.5 (SD= 10.6) and 59.5 (SD= 14.8) for the PCS and MCS domains, respectively. The mean HADS score for the anxiety subscale was 6.1 (SD=3.5), and the mean HADS score for the depression subscale was 3.1 (SD=2.9). The results did not reveal significant differences according to the different care-level types for any of these characteristics.

Professional and practice characteristics at the prison workplace

Table 2 shows the professional and practice characteristics of the sample. Most of the respondents were nurses (53.3%), followed by junior or senior physicians (19.3%) and psychologists (14%). Most of the respondents had regular contact with departments of the neighbouring hospital (68.2%).

Nearly three-quarters (70%) reported that they had worked over 10 years in the health care system, and one-third of the overall sample (32%) worked in the same workplace over 10 years. Nineteen professionals (12.7%) were early-career professionals (in practice <4 years). Nearly half of the participants (46%) never had irregular eating hours, whereas 10% and 6% of them responded often and always, respectively. Most of the surveyed professionals (71.8%) never reported night work. Significant differences in occupational status, years in practice, years in practice at the current workplace, regular contact with departments of neighbouring hospitals, night work and irregular eating hours were found among the surveyed participants according to the 3 care-level settings. The proportion of professionals having irregular eating hours and night work was higher for the full-time hospitalization care level. The proportion of early-career professionals working in a prison was higher for the part-time hospitalization than for the other two levels of care. In terms of exposure to violence, 52.7% and 65.3% reported that they were sometimes exposed to verbal and physical violence, respectively. One-third of the sample (36.7%) reported often being exposed to verbal violence. Seventeen professionals (11.4%) had a history of complaint procedures for aggression in the current workplace. The proportion of professionals exposed to verbal or physical violence was higher in the first and third care levels.

Table 2. Professional and Practice Characteristics at the Workplace

Characteristic	Full Sample N = 150		Care Level-1 N = 78		Care Level-2 N = 29		Care Level-3 N = 43		<i>p</i> value
	N	%/mean (SD)	N	%/mean (SD)	N	%/mean (SD)	N	%/mean (SD)	
Occupational status									0.004
Junior/Senior Doctor	29	19.3	15	19.2	7	24.1	7	16.3	
Nurse/Nursing auxiliary	80	53.3	40	51.3	10	34.5	30	69.8	
Health nurse manager	6	4	3	3.8	2	6.9	1	2.3	
Physiotherapist/Ergotherapist	3	2	2	2.6	0	0	1	2.3	
Hospital service agent	2	1.3	0	0	0	0	2	4.7	
Psychologist	21	14	15	19.2	6	20.7	0	0	
Medical secretary	9	6	3	3.8	4	13.8	2	4.7	
Years in practice in the job									0.008
< 4 years	19	12.7	5	6.4	10	34.5	4	9.3	
≥ 4 years and < 10 years	26	17.3	16	20.5	4	13.8	6	14	
≥ 10 years	105	70	57	73.1	15	51.7	33	76.7	
Years in practice in the current workplace									0.01
< 4 years	56	37.3	26	33.3	17	58.6	13	30.2	
≥ 4 years and < 10 years	46	30.7	25	32.1	2	6.9	19	44.2	
≥ 10 years	48	32	27	34.6	10	34.5	11	25.6	
Hours worked per week	148	37.2 (8)	77	36.5 (8.2)	29	38.1 (6.2)	42	37.9 (8.8)	0.57
Irregular eating hours									0.002
Never	69	46	40	51.3	20	69.0	9	20.9	
Seldom	57	38	29	37.2	6	20.7	22	51.2	
Often	15	10	5	6.4	2	6.9	8	18.6	
Always	9	6	4	5.1	1	3.4	4	9.3	
Night work									<0.000 1
Never	107	71.8	70	90.9	23	79.3	14	32.6	
Seldom	13	8.7	3	3.9	4	13.8	6	14	
Often	27	18.1	3	3.9	2	6.9	22	51.2	
Always	2	1.3	1	1.3	0	0	1	2.3	
Exposure to verbal violence									<0.000 1
Never	10	6.7	2	2.6	7	24.1	1	2.3	
Seldom	79	52.7	49	62.8	16	55.2	14	32.6	
Often	55	36.7	23	29.5	6	20.7	26	60.5	
Always	6	4	4	5.1	0	0	2	4.7	
Exposure to physical violence									0.09
Never	22	14.7	13	16.7	7	24.1	2	4.7	
Seldom	98	65.3	52	66.7	18	62.1	28	65.1	
Often	29	19.3	12	15.4	4	13.8	13	30.2	
Always	1	0.7	1	1.3	0	0	0	0	
History of complaint procedures for aggression at workplace (yes)	17	11.4	11	14.3	3	10.3	3	7	0.52
Training stage in prison during initial formation (yes)	48	32.2	23	29.9	10	34.5	15	34.9	0.82
Regular contact with departments of local hospital (yes)	101	68.2	55	70.5	24	85.7	22	52.4	0.01

Abbreviation: SD, standard deviation

Job conditions, job satisfaction and MBI profiles

The results of the Karasek, Effort-Reward Imbalance and MBI questionnaires are depicted in Table 3. Higher mean scores for psychological and physical job demands and lower mean scores for decision latitude (control) and social support indicated the participants' high levels of job stress. Job demands, job control and social support differed between care levels, with a higher mean score for job demands in the part-time hospitalization care level and lower mean scores for social support and job control in the full-time hospitalization care level. Twenty-six participants (18.6%) reported job strain with no significant difference between levels of care. Three-quarters of the participants (75.3%) reported satisfactory links with prison services, and two-thirds (61.8%) were satisfied with the links with the integration and probation service. The proportion of workers who would keep work in the setting was lower in the part-time hospitalization care level than in the other levels ($p=0.004$).

Table 3. Job conditions and satisfaction at the workplace

Characteristic	Full Sample N = 150		Care Level-1 N = 78		Care Level-2 N = 29		Care Level-3 N = 43		p value
	N	%/mean (SD)	N	%/mean (SD)	N	%/mean (SD)	N	%/mean (SD)	
Karasek Scores									
Job demands	144	21.3 (4.2)	73	21.8 (4.2)	29	22.2 (4.5)	42	19.8 (3.7)	0.02
Job control	144	72.8 (10.6)	76	75.5 (9.7)	29	74.9 (8.4)	39	65.9 (10.8)	<0.0001
Social support	138	24.8 (4)	70	25 (3.7)	28	26.2 (4.4)	40	23.6 (4.2)	0.03
Job-strain*	26	18.6	11	15.3	5	17.2	10	25.6	0.40
Iso-strain**	12	9.0	5	7.5	3	10.7	4	10.5	0.78
Effort-reward Imbalance									
Effort-reward Imbalance ratio	143	0.4 (0.2)	75	0.5 (0.2)	28	0.5 (0.1)	40	0.4 (0.2)	0.09
Overcommitment	150	12.9 (3.8)	78	13.3(4)	29	12.9 (3.7)	43	12.2 (3.6)	0.43
Burnout Scores*									
Emotional exhaustion	145	13.1 (10)	77	14 (10.6)	28	12.7 (10)	40	11.5 (8.7)	0.55
Depersonalization	148	6.7 (5.4)	78	7.6 (5.7)	29	5.3 (5.9)	41	5.9 (4.2)	0.07
Personal accomplishment	142	34.7 (8)	74	36.4 (7.1)	28	35.5 (6.6)	40	31.3 (9.5)	0.04

Abbreviation: SD, standard deviation

* Job strain: work situation when the psychological demand is greater than the median and the decision latitude less than the median

** Iso strain: work situation combining a job strain situation with below median social support

According to the Maslach criteria, which consider burnout syndrome to be present when all three dimensions are severely abnormal, the prevalence of the burnout profile was 7.8%. One-third of the sample (36.9%) presented an ineffective profile; 15.6% and 5% had overextended and disengaged profiles, respectively. Although the proportion of ineffective MBI profiles was higher in the part-time and full-time hospitalization levels and the proportion of disengaged and burnout profiles was higher in the first care level, no significant difference in the overall MBI profiles was observed by practice setting. The repartition of the five profiles among the three levels of care are depicted in Fig 1. PA scores were significantly different between levels of care ($p=0.04$).

Based on the results presented in Table 4, some features could be described for each MBI profile. Significant differences in the five MBI profiles are shown in regard to occupational status, history of complaint procedures at current workplace, irregular eating hours, anxiety and depression; the mental health component in regard to quality of life. Other tendencies based on Table 4 are described in Table 5. Thus, in regard to the burnout profile, professionals were younger, more often childless and more often at the workplace for less than 10 years. Physicians, those having irregular eating hours due to their work and those with a history of complaint procedures for aggression at the workplace seemed more concerned. These individuals were more concerned with job strain situations and were more frequently anxious and depressive. These health professionals presented lower mean scores on the SF-12 mental component. Professionals reporting unsatisfactory links with prison services were more represented.

[Table 4 near here]

Table 5. Overview of specific characteristics and tendencies of MBI profiles

	Engaged female	Ineffective female	Overextended female	Disengaged 50/50	Burnout 50/50
Gender					
Age	> 40	>40	>40	>40	<40
Marital status NS*	/	/	/	/	/
Occupational status	Nurse	Nurse	Psychologist	Health manager and Doctor	Doctor
Years in practice in the job	>=10	>=10	>=10	>=10	<10
Exposure to physical violence NS*					/
Exposure to verbal violence NS*					/
History of complaint procedure for aggression at workplace	No	No	No	No	50/50
Irregular eating hours	Never/seldom	Never/seldom	Never/seldom	Never/seldom	Seldom/often
Link with prison staff (satisfactory)	yes	yes	yes	yes	50/50
HADS- Anxiety subscale	No	No	No	No	Yes
HADS-Depression subscale	No	No	Yes	No	Yes
Karasek Job Strain	Low	Low	Low	Low	High
Karasek Iso Strain NS*	/	/	/	/	/
Effort-reward Imbalance >1 NS*	No	No	Yes	No	No
Self-reported health status PS NS*	/	/	/	/	/
Self-reported health status MS	>60	>60	<50	>60	<40

NS* non-specific

Discussion

This study is among only a few to investigate burnout in health care professionals working in units providing health services for inmates [37] and the first to characterize these workers according to MBI profiles. First, our results indicated that the most frequent profiles are ineffective and engagement, which comprised 71% of the sample. These findings are consistent with the profiles identified in a previous study among health care employees [12] but with a few differences, as the most prevalent MBI profile was ineffective rather than engagement in our sample. This ineffective profile reflects a psychological relationship with work that is not distressed but also not fully engaged, lacking the fulfilling qualities of engagement that are defined by “energy, involvement, and efficacy” [38]. The experience of being ineffective does not coincide with high exhaustion or high cynicism. Instead, it reflects a loss of confidence in one’s capabilities, perhaps as a result of work that feels tedious or an environment that offers little recognition for a job well done. It is a far more common experience among nurses or nursing auxiliaries in our sample. The ineffective profile clearly appears more negative than engagement but preferable to the distress inherent in the burnout, overextended, and disengaged conditions [12]. Our finding indicates a 7.8% prevalence of burnout, which is in line with previous studies when all three dimensions (EE, DP and PA) are severely abnormal in penitentiary settings [39] and consistent with the fact that the engaged profile is four times less common than the engaged profile among healthcare employees [38]. However, this result is well below the high burnout prevalence rates that have been previously reported among French health professionals, ranging from 28 to 73% [40-42]. Methodological differences could influence these reported burnout rates. There is real controversy in the literature regarding the tools to measure burnout and which dimensions of the MBI to include, with numerous studies using one [43-45], two [46, 47] or all three [7, 24] dimensions to classify burnout.

With the ineffective profile, the overextended and disengaged profiles reflect transitional states towards burnout and thus represent cause for concern. Five percent of our participants met the classification for the disengaged profile, with high cynicism; this figure is below the proportion previously identified with this profile among health care providers [12]. Participants who identified as male were more likely to be classified with burnout and disengaged profiles than those who identified as female. Professionals who were concerned with a history of complaint procedures for aggression and who regularly experience verbal aggression were likely to experience a high level of cynicism.

Professionals in units treating inmates are particularly exposed to intimidation, aggression and rebellion, facts known to lead to psychosocial risks [48]. One source of cynicism and therefore disengagement could be the transition from an idealistic world of a health care provider to the real world of threats and exposure to physical and verbal violence despite providing care. The 15.6% prevalence of the overextended profile is in line with the findings of Leiter et Maslach [12], and the prevalence of psychologists experiencing high levels of exhaustion in correctional settings is in line with the findings in previous work [49]. This result supports the needs for workload adjustments for professionals who are involved but very tired. Knowledge of these profiles can be useful when designing interventions focused on both people and job situations. At the organizational level, a sustainable workload and an increase in reward by providing more choice may be suggested for an overextended individual. An ineffective individual may benefit from more recognition and reward, and a disengaged individual will require a supportive work community and/or clear value and meaningful work. At the individual level, previous studies among workers experiencing challenging situations called for an emphasis on increasing resilience, which can be developed [47, 50]. Resilience is considered the ability to adapt successfully in the face of stress, trauma, adversity, tragedy, or significant threat [51].

Resiliency could help professionals sustain the capacity to not be disrupted by stress or threats and stay engaged at work as previously described [52]. As work-related stress is a public health concern and might play a role in the development of mental health problems in health care professionals [23], the high prevalence of anxiety and depression symptoms among the individuals with overextended and burnout profiles supports that a number of steps should be taken at the individual level to promote wellness. Early detection and prevention are needed to help counteract the stressors inherent in the workplace and the associated negative impact on mental health to maintain a high level of mental well-being in this demanding workplace.

Although there was no significant difference in the MBI profiles in regard to the care-level type, our research tended to show that professionals from the first level of care are more concerned with burnout, while those from the second and third levels of care are more concerned with an ineffective profile. For the second and third care levels, the findings emphasize the important role of esteem, recognition, and appropriate feedback to build engagement. Improvements in work environments in the first level of care, including having respectful working relationships with other service providers, being attentive to colleagues and anticipating the impact of one's behaviour on others as well as clear targets, strategic leverage points and regular organizational assessments, could help to prevent burnout.

Several methodological limitations should be discussed. First, a small number of professionals were included in this study, which prevented us from using, for example, a multivariate polytomous logistic regression model. This could be a next step. Second, our findings might not be fully representative of professionals working in units for inmates and may not be generalizable to other groups, as professionals voluntarily decided to participate. Third, the data were collected using self-report questionnaires, which, although anonymous, may introduce bias specific to socially desirable responses.

However, to our knowledge, this study is the first to assess the profiles among French professionals, and they are expected following the recommendations. This method of classification of participants according to MBI profiles is relatively recent in the MBI's long history, and it is suggested that use of this approach could be helpful for the earlier recognition of individuals who may be at risk of developing burnout. Moreover, this is the first study to pay attention to professionals working among the three different levels of care in detention (ambulatory and part-time and full-time hospitalization). Furthermore, our results bring attention to interesting findings in that initiatives for professionals should include improvement in guidance of younger workers in units for inmates. Developing resources to facilitate exchanges with partnerships and to build a better work environment is essential, as these actions could afford mental health benefits.

Conclusions

Our findings suggest that both organizational and individual factors need to be addressed to reduce the high prevalence of disengaged, overextended and ineffective intermediate profiles of the engagement-burnout continuum. The findings emphasize the importance of a more customized approach to interventions, and future solutions may need to take into account the key underlying problems in the different groups of people. Our findings also support the need for reflection and discussion in the context of public politics to help these professionals who deserve to be better assisted. As burnout research in the correctional setting grows, future research in the form of longitudinal studies would be useful in investigating how profiles develop and change over time and how interventions can be used to impede the development of burnout and mitigate its potential negative consequences.

List of abbreviations

EHCAU, Evaluation of Health CAre in Units for inmates; HRQoL, Health-related quality of life; MBI, The Maslach Burnout Inventory; SF-12, Short-Form 12 questionnaire; HADS, Hospital Anxiety and Depression Scale.

Declarations

Ethics approval and consent to participate

Ethical approval for the study was obtained from the local ethics committee, the Comité de protection des personnes du Sud-Ouest et Outre-Mer 4 (CPP) and the Institutional Review Board (Comité National Informatique et Liberté- 2213277v0). Informed consent was obtained from all individual participants included in the study. Consent forms were signed and kept in the main study site file.

Consent for publication

Not applicable.

Availability of data and materials

Data will not be shared in order to protect the participants' anonymity.

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

Funding

Not applicable.

Authors' contributions

SB-B and SB designed the study protocol. SB and SB-B collected the data used in the current manuscript. HR performed the statistical analysis. SB participated in the discussion and writing of the paper. SB-B, CB and PH oversaw the drafting of the manuscript.

All authors contributed by reading and critically revising the paper and agree to be accountable for all aspects of the work.

Acknowledgements

The authors would like to thank all the professionals who participated in this research. We also want to thank the ARS institution who helped to design this study.

References

1. Leiter MP, Maslach C. Areas of worklife: a structured approach to organizational predictors of job burnout. In: Perrewe PL, Ganster DC, editors. *Research in occupational stress and well-being*. Bingley: Emerald; 2004. p. 91-134.
2. Maslach C, Jackson S, Leiter M. *Maslach burnout inventory manual*. 3rd ed. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1996.
3. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol*. 2001;52:397-422.
4. Schaufeli WB, Leiter MP, Maslach C. Burnout: 35 years of research and practice. *Career Dev Int*. 2009;14:204-20.
5. Center C, Davis M, Detre T, Ford DE, Hansbrough W, Hendin H, et al. Confronting depression and suicide in physicians: a consensus statement. *JAMA*. 2003;289:3161-6.
6. Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physician wellness: a missing quality indicator. *Lancet*. 2009;374:1714-21.
7. Banerjee S, Califano R, Corral J, de Azambuja E, De Mattos-Arruda L, Guarneri V, et al. Professional burnout in European young oncologists: results of the European Society for Medical Oncology (ESMO) young oncologists committee burnout survey. *Ann Oncol*. 2017;28:1590-6.
8. Coursoux P, Lehucher-Michel MP, Marchetti H, Chaumet G, Delliaux S. Syndrome de burnout : un « vrai » facteur de risque cardiovasculaire. *Presse Med*. 2012;41:1056-63.
9. Ahola K, Hakanen J, Perhoniemi R, Mutanen P. Relationship between burnout and depressive symptoms: a study using the person-centred approach. *Burn Res*. 2014;1:29-37.
10. Shanafelt TD, Gradishar WJ, Kosty M, Satele D, Chew H, Horn L, et al. Burnout and career satisfaction among US oncologists. *J Clin Oncol*. 2014;32:678-86.
11. Scanlan JN, Still M. Relationships between burnout, turnover intention, job satisfaction, job demands and job resources for mental health personnel in an Australian mental health service. *BMC Health Serv Res*. 2019;19:62.

12. Leiter MP, Maslach C. Latent burnout profiles: a new approach to understanding the burnout experience. *Burn Res.* 2016;3:89-100.
13. Finney C, Stergiopoulos E, Hensel J, Bonato S, Dewa CS. Organizational stressors associated with job stress and burnout in correctional officers: a systematic review. *BMC Public Health.* 2013;13:82.
14. Zarei E, Ahmadi F, Sial MS, Hwang J, Thu PA, Usman SM. Prevalence of burnout among primary health care staff and its predictors: a study in Iran. *Int J Environ Res Public Health.* 2019;16:2249.
15. Bernotaite L, Malinauskiene V. Workplace bullying and mental health among teachers in relation to psychosocial job characteristics and burnout. *Int J Occup Med Environ Health.* 2017;30:629-40.
16. Useche SA, Montoro LV, Ruiz JI, Vanegas C, Sanmartin J, Alfaro E. Workplace burnout and health issues among Colombian correctional officers. *PLoS One.* 2019;14:e0211447.
17. Lourel M, Gana K, Prud'homme V, Cercle A. Le burn-out chez le personnel des maisons d'arrêt: test du modèle «demande-contrôle» de Karasek. *L'Encéphale.* 2004;30:557-63.
18. Dubois C, Linchet S, Mahieu C, Reynaert J-F, Seron P. Organization models of health care services in prisons in four countries. *Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE);* 2017.
19. Cour des comptes. La santé des personnes détenues: des progrès encore indispensables. 2014. https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/2_4_1_sante_personnes_detenu es_Tome_I.pdf. Accessed 14 Jul 2020.
20. Peterson U, Demerouti E, Bergström G, Samuelsson M, Asberg M, Nygren A. Burnout and physical and mental health among Swedish healthcare workers. *J Adv Nurs.* 2008;62:84-95.
21. Embriaco N, Papazian L, Kentish-Barnes N, Pochard F, Azoulay E. Burnout syndrome among critical care healthcare workers. *Curr Opin Crit Care.* 2007;13:482-8.

22. Shapiro SL, Astin JA, Bishop SR, Cordova M. Mindfulness-based stress reduction for health care professionals: results from a randomized trial. *Int J Stress Manag.* 2005;12:164-76.
23. Weinberg A, Creed F. Stress and psychiatric disorder in healthcare professionals and hospital staff. *Lancet.* 2000;355:533-7.
24. Leiter MP, Maslach C. Nurse turnover: the mediating role of burnout. *J Nurs Manag.* 2009;17:331-9.
25. Jenkinson C, Wright L, Coulter A. Criterion validity and reliability of the SF-36 in a population sample. *Qual Life Res.* 1994;3:7-12.
26. Gandek B, Ware JE, Aaronson NK, Apolone G, Bjorner JB, Brazier JE, et al. Cross-validation of item selection and scoring for the SF-12 Health Survey in nine countries: results from the IQOLA Project. *International Quality of Life Assessment. J Clin Epidemiol.* 1998;51:1171-8.
27. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand.* 1983;67:361-70.
28. Lépine JP, L'échelle HAD. Hospital anxiety and depression scale. In: Guelfi JD, editors. *Evaluation psychiatrique clinique standardisée [L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie Tome 1]*. Boulogne: Editions Médicales Pierre Fabre; 1996. p. 367-74.
29. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the hospital anxiety and depression scale. An updated literature review. *J Psychosom Res.* 2002;52:69-77.
30. Karasek R, Brisson C, Kawakami N, Houtman I, Bongers P, Amick B. The Job Content Questionnaire (JCQ): an instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. *J Occup Health Psychol.* 1998;3:322-55.
31. Niedhammer I, Ganem V, Gendrey L, David S, Degioanni S. Propriétés psychométriques de la version française des échelles de la demande psychologique, de la latitude décisionnelle et du soutien social du «Job Content Questionnaire» de Karasek : résultats de l'enquête nationale SUMER. *Sante Publique.* 2006;18:413-27.

32. Magnavita N, Heponiemi T. Workplace violence against nursing students and nurses: an Italian experience. *J Nurs Scholarsh.* 2011;43:203-10.
33. Siegrist J, Starke D, Chandola T, Godin I, Marmot M, Niedhammer I, et al. The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. *Soc Sci Med.* 2004;58:1483-99.
34. Niedhammer I, Siegrist J, Landre MF, Goldberg M, Leclerc A. Étude des qualités psychométriques de la version française du modèle du Déséquilibre Efforts/Récompenses. *Rev Epidemiol Sante Publique.* 2000;48:419-37.
35. Niedhammer I, Tek ML, Starke D, Siegrist J. Effort-reward imbalance model and self-reported health: cross-sectional and prospective findings from the GAZEL cohort. *Soc Sci Med.* 2004;58:1531-41.
36. Dion G, Tessier R. Validation de la traduction de l'Inventaire d'épuisement professionnel de Maslach et Jackson. *Can J Behav Sci.* 1994;26:210-27.
37. Gallavan DB, Newman JL. Predictors of burnout among correctional mental health professionals. *Psychol Serv.* 2013;10:115-22.
38. Portoghese I, Leiter MP, Maslach C, Galletta M, Porru F, D'Aloja E, et al. Measuring burnout among university students: factorial validity, invariance, and latent profiles of the Italian version of the Maslach Burnout Inventory Student Survey (MBI-SS). *Front Psychol.* 2018;9:2105.
39. Benetti SAW, Goi CB, Dezordi CRM, Benetti M, Frizzo MN, Loro MM, et al. Burnout syndrome in workers in prison. *Int J Dev Res.* 2018;8:21992-8.
40. Kansoun Z, Boyer L, Hodgkinson M, Villes V, Lançon C, Fond G. Burnout in French physicians: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2019;246:132-47.
41. Lissandre S, Abbey-Huguenin H, Bonnin-Scaon S, Arsene O, Colombat P. Facteurs associés au burnout chez les soignants en oncohématologie. *Oncologie.* 2008;10:116-24.
42. Mion G, Libert N, Journois D. Facteurs associés au burnout en anesthésie-réanimation. Enquête 2009 de la Société française d'anesthésie et de réanimation. *Ann Fr Anesth Réanim.* 2013;32:175-88.

43. Dyrbye LN, Thomas MR, Massie FS, Power DV, Eacker A, Harper W, et al. Burnout and suicidal ideation among U.S. medical students. *Ann Intern Med.* 2008;149:334-41.
44. Stimpfel AW, Sloane DM, Aiken LH. The longer the shifts for hospital nurses, the higher the levels of burnout and patient dissatisfaction. *Health Aff.* 2012;31:2501-9.
45. Faivre G, Kielwasser H, Bourgeois M, Panouilleres M, Loisel F, Obert L. Syndrome de burnout chez les internes de chirurgie orthopédique et traumatologique en France : résultats d'une enquête nationale. *Rev Chir Orthop Traumatol.* 2018;104:855-9.
46. Shanafelt TD, Balch CM, Bechamps G, Russell T, Dyrbye L, Satele D, et al. Burnout and medical errors among American surgeons. *Ann Surg.* 2010;251:995-1000.
47. Shanafelt TD, Hasan O, Dyrbye LN, Sinsky C, Satele D, Sloan J, et al. Changes in burnout and satisfaction with work-life balance in physicians and the general US working population between 2011 and 2014. *Mayo Clin Proc.* 2015;90:1600-13.
48. Jaskowiak CR, Fontana RT. O trabalho no cárcere: reflexões acerca da saúde do agente penitenciário. *Rev Bras Enferm.* 2015;68:235-43.
49. Senter A, Morgan RD, Serna-McDonald C, Bewley M. Correctional psychologist burnout, job satisfaction, and life satisfaction. *Psychol Serv.* 2010;7:190-201.
50. Violanti JM, Mnatsakanova A, Andrew ME, Allison P, Gu JK, Fekedulegn D. Effort–reward imbalance and overcommitment at work: associations with police burnout. *Police Q.* 2018;21:440-60.
51. Horn SR, Charney DS, Feder A. Understanding resilience: new approaches for preventing and treating PTSD. *Exp Neurol.* 2016;284:119-32.
52. Reich JW, Zautra AJ, Hall J. Resilience science and practice: current status, future directions. In: Celinski MJ, Gow KM, editors. *Continuity versus creative response to challenge: the primacy of resilience & resourcefulness in life & therapy.* New York: Nova Science; 2011. p. 33-50.

Figure captions

Figure 1. Distribution of MBI profiles among professionals according to the three levels of care

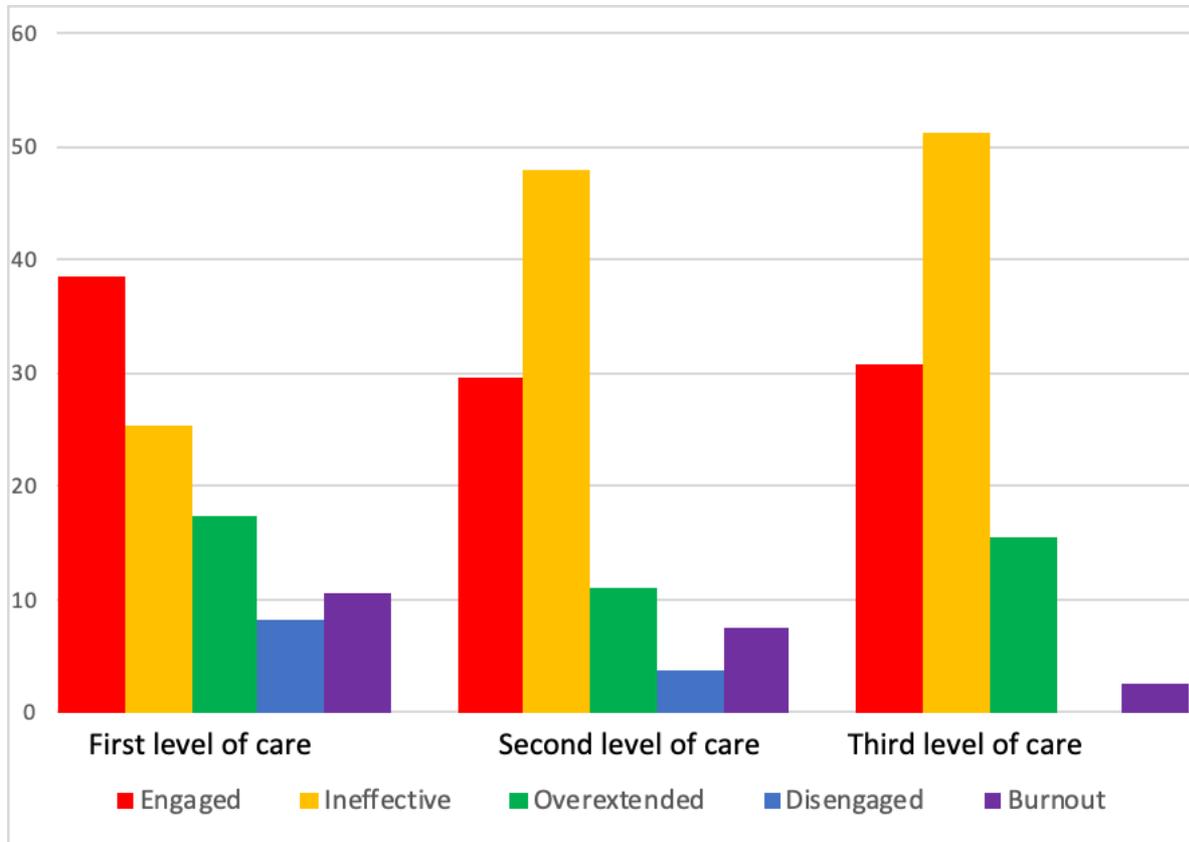


Table 4. Prevalence and characteristics of the five MBI profiles of the sample

	Full Sample		Engaged		Ineffective		Overextended		Disengaged		Burnout		<i>P</i> <i>value</i>
	N=141		N=49 (34.8%)		N=52 (36.9%)		N=22 (15.6%)		N=7 (5.0%)		N=11 (7.8%)		
	N	%/mean (SD)	N	%/mean (SD)	N	%/mean (SD)	N	%/mean (SD)	N	%/mean (SD)	N	%/mean (SD)	
Gender													NS
Male	37	26.4	13	26.5	10	19.6	6	27.3	3	42.9	5	45.5	
Female	103	73.6	36	73.5	41	80.4	16	72.7	4	57.1	6	54.5	
Age	139	42.8 (11.2)	49	43.1 (11.7)	50	43.1 (11.3)	22	44.2 (10.8)	7	43.4 (9.4)	11	37.5 (9.7)	NS
Marital status													
Never married	19	13.5	4	8.2	10	19.2	4	18.2	0	0.0	1	9.1	
Married/live with a partner	108	76.6	41	83.7	37	71.2	14	63.6	7	100.0	9	81.8	
Separated/divorced/widowed	14	9.9	4	8.2	5	9.6	4	18.2	0	0.0	1	9.1	
Occupational status													0.01
Junior/senior doctor	27	19.1	12	24.5	5	9.6	4	18.2	2	28.6	4	36.4	
Nurse/nursing auxiliary	77	54.6	26	53.1	34	65.4	9	40.9	3	42.9	5	45.5	
Physiotherapist/ergotherapist	3	2.1	2	4.1	0	0.0	1	4.5	0	0.0	0	0.0	
Medical secretaries	8	5.7	0	0.0	8	15.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
Health nurse manager	6	4.3	2	4.1	2	3.8	1	4.5	1	14.3	0	0.0	
Psychologist	20	14.2	7	14.3	3	5.8	7	31.8	1	14.3	2	18.2	
Years in practice in the job													NS
< 4 years	17	12.1	5	10.2	7	13.5	1	4.5	1	14.3	3	27.3	
>= 4 years and < 10 years	26	18.4	9	18.4	7	13.5	5	22.7	1	14.3	4	36.4	
>= 10 years	98	69.5	35	71.4	38	73.1	16	72.7	5	71.4	4	36.4	
Exposure to physical violence													NS
Never	19	13.5	6	12.2	8	15.4	3	13.6	1	14.3	1	9.1	
Seldom/often/always	122	86.5	43	87.8	44	84.6	19	86.4	6	85.7	10	90.9	
Exposure to verbal violence													NS
Never	10	7.1	2	4.1	7	13.5	1	4.5	0	0.0	0	0.0	
Seldom/often/always	131	92.9	47	95.9	45	86.5	21	95.5	7	100.0	11	100.0	

Abbreviation: SD. standard deviation

Table 4 (continuation). Prevalence and characteristics of the five MBI profiles of the sample

	Full Sample N=141		Engaged N=49 (34.8%)		Ineffective N=52 (36.9%)		Overextended N=22 (15.6%)		Disengaged N=7 (5.0%)		Burnout N=11 (7.8%)		
	N	%/mean (SD)	N	%/mean (SD)	N	%/mean (SD)	N	%/mean (SD)	N	%/mean (SD)	N	%/mean (SD)	<i>P value</i>
History of complaint procedure for aggression at workplace													0.02
No	123	87.9	43	87.8	47	92.2	21	95.5	6	85.7	6	54.5	
Yes	17	12.1	6	12.2	4	7.8	1	4.5	1	14.3	5	45.5	
Irregular eating hours													0.05
Never	66	46.8	29	59.2	26	50.0	6	27.3	4	57.1	1	9.1	
Seldom	51	36.2	16	32.7	18	34.6	9	40.9	2	28.6	6	54.5	
Often	15	10.6	3	6.1	4	7.7	4	18.2	1	14.3	3	27.3	
Always	9	6.4	1	2.0	4	7.7	3	13.6	0	0.0	1	9.1	
Link with prison staff													NS
Highly satisfactory/satisfactory	105	75.5	37	75.5	43	84.3	14	66.7	5	71.4	6	54.5	
Little or Not at All Satisfactory	34	24.5	12	24.5	8	15.7	7	33.3	2	28.6	5	45.5	
HADS- Anxiety subscale													<0.0001
No	123	87.2	49	100.0	47	90.4	16	72.7	7	100.0	4	36.4	
Yes (score >= 11)	18	12.8	0	0.0	5	9.6	6	27.3	0	0.0	7	63.6	
HADS-Depression subscale													0.03
No	137	97.9	49	100.0	51	100.0	20	90.9	7	100.0	10	90.9	
Yes (score >= 11)	3	2.1	0	0.0	0	0.0	2	9.1	0	0.0	1	9.1	
Karasek													
Job Strain	24	17.9	5	11.1	8	16.0	4	19.0	1	14.3	6	54.5	NS
Iso Strain	11	8.6	1	2.4	4	8.3	3	15.0	1	14.3	2	18.2	NS
Effort-reward imbalance													
Effort-reward imbalance ratio > 1	2	1.5	0	0.0	0	0.0	2	9.1	0	0.0	0	0.0	0.06
Self-reported health status													
SF-12 physical score	136	69.8 (10.2)	47	71.9 (8.2)	50	70.5(10.0)	22	65.6 (11.4)	7	68.3 (13.8)	10	66.2 (12.1)	NS
SF-12 mental score	136	59.3 (15.1)	47	67.6 (7.4)	50	62.1 (12.4)	22	42.2 (13.8)	7	65.6 (12.0)	10	38.8 (12.5)	<0.0001

Abbreviations: SD, standard deviation; NS non-significant

CHAPITRE 3 : DISCUSSION ET PERSPECTIVES

1. Les résultats principaux

1.1. Les caractéristiques de l'échantillon

1.1.1. Les caractéristiques sociodémographiques et conditions de travail

Les caractéristiques sociodémographiques des professionnels de l'échantillon sont semblables aux dernières études épidémiologiques en population de professionnels exerçant dans le domaine de la santé. Ainsi, dans notre étude, trois professionnels sur quatre sont des femmes et l'âge moyen des professionnels interrogés est de 42,9 ans (ET=11,2), des résultats proches de précédents travaux (96)(97)(134). Concernant le statut matrimonial, 76,7 % des professionnels sont mariés ou en union libre, 14 % sont célibataires, 7,3 % divorcés et 2 % veufs. Si la proportion de célibataires est proche de celle retrouvée dans l'étude PRESST, celle des couples dans notre échantillon est supérieure au taux relevé dans cette dernière (96).

Les professionnels ayant répondu à notre étude travaillent dans les régions Alsace (26,7 %), Lorraine (71,3 %) et Champagne-Ardenne (2%). Ils y exercent pour 52% d'entre eux dans une unité de soins de niveau 1 et pour 19,3 % et 28,7 % respectivement en niveau 2 et en niveau 3. L'ensemble des structures pénitentiaires de rattachement, en terme de lieu d'exercice, y est représenté avec 36,7 % de professionnels en maison d'arrêt, 5,3 % en maison centrale, 36 % en centre pénitentiaire et 22 % en centre de détention.

Les professionnels déclarent très majoritairement (99,3%) avoir choisi leur emploi actuel, ce dernier correspondant à leur formation (95,3 %) à leur sens. Les infirmiers et aide-soignants représentent la majorité de l'échantillon (53,3 %), suivis des professions médicales (19,3 %), des psychologues (14 %), du personnel administratif (6 %), des cadres de santé (4 %), des ergothérapeutes et kinésithérapeutes (2 %) et des agents de service hospitalier (1,3 %). La surreprésentation des infirmiers et aide-soignants est conforme à la répartition des soignants paramédicaux en France (96). Plus des deux tiers des professionnels de l'échantillon rapportent une ancienneté professionnelle supérieure à 10 ans.

Leur répartition selon leur ancienneté d'exercice professionnel en milieu carcéral est plus partagée avec quasi un tiers des soignants dans chacune des classes (37,3 % moins de 4 ans, 30,7 % entre 4 et 9 ans et pour 32 %, une ancienneté supérieure ou égale à 10 ans).

Nous retrouvons dans notre échantillon une exposition forte à certains facteurs de risques psychosociaux préalablement identifiés dans la littérature (24)(135) : le rythme décalé, avec plus d'un quart de professionnels travaillant la nuit et plus de la moitié faisant état d'horaires de repas irréguliers, mais aussi l'exposition à la violence et les antécédents de dépôt de plaintes dans le cadre de leur exercice professionnel. Nos résultats, avec 20% et 40,7% de professionnels rapportant être souvent ou toujours exposés à la violence physique et verbale, sont bien plus élevés que ceux issus du rapport de l'enquête « *Conditions de travail* » dans la fonction publique hospitalière (95).

L'exploitation des différentes dimensions du questionnaire de Karasek permet quant à elle de mettre en évidence des exigences psychologiques élevées dans notre échantillon avec un score moyen de 21,3 (ET=4,2). Le score moyen de demande psychologique est proche de celui retrouvé dans l'enquête SUMER (21,86 ET=4,40) (54). Une situation de « *Job Strain* » est identifiée chez 18,6 % des professionnels, une proportion inférieure au taux relevé dans l'enquête SUMER (21,9 % d'employés tendus dans les domaines de la santé et de l'éducation) (136) et proche de celui mis en évidence dans certaines études internationales (pour exemple, 19 % dans une étude portant sur des médecins spécialistes finlandais) (137). Le score moyen du soutien social égal à 24,8 (ET=4,0) est supérieur au score moyen de soutien social publié dans l'enquête SUMER (23,72 ET=3,63). Le score moyen de soutien perçu des collègues égal à 13 (ET=2,2), et celui émanant de la hiérarchie égal à 11,8 (ET=2,5), sont proches de ceux mentionnés dans cette dernière étude, respectivement égaux à 12,37 (ET=1,95) et à 11,34 (ET=2,43) (54). Près d'un tiers des personnes interrogées dans l'étude EHCAU ne rapporte pas de contacts réguliers avec leur pôle de rattachement. Environ un quart des professionnels perçoit leurs liens avec l'administration pénitentiaire et les autres unités sanitaires peu ou pas satisfaisants. L'importance du soutien social perçu de la part des collègues et de la hiérarchie a déjà été démontrée dans la littérature, y compris en détention (15) (128). En effet, le support social peut présenter un effet modérateur dans certaines situations de stress au travail. À l'inverse, un faible soutien social perçu peut majorer l'effet d'une situation de « *Job Strain* » (41).

Les situations d' « *Iso-strain* » (combinant une situation de « *Job Strain* » et un faible soutien social perçu) concernent quant à elles 9 % de notre échantillon, ce taux semble inférieur à celui retrouvé dans d'autres études (138).

D'autres situations de travail reconnues comme potentiellement délétères pour les travailleurs, comme celles du « *déséquilibre effort/récompense* » de Siegrist (17) sont peu fréquentes dans notre population d'étude, ne concernant que 1,4 % des répondeurs avec un ratio moyen d'effort/récompense de 0,4. Ce taux est inférieur à celui retrouvé dans certaines études portant sur les professionnels de santé ou les agents pénitentiaires (139)(140).

1.1.2. L'état de santé perçu

Nos résultats retrouvent par ailleurs que 16,7 % de l'échantillon rapporte des problèmes de santé physique ou mentale en lien avec leur activité professionnelle. Les troubles physiques évoqués dans les commentaires libres sont cohérents avec ceux habituellement relevés dans la littérature (troubles musculo-squelettiques, troubles neurologiques et problèmes cutanés). La proportion de TMS retrouvée dans notre population d'étude est toutefois nettement inférieure à celle habituellement présentée dans la littérature chez les soignants (52,6 % des soignants français pour l'étude PRESST) (96). Sur le versant santé mentale, notre recherche met par ailleurs en évidence, dans notre échantillon, des scores moyens d'anxiété et de dépression proches de ceux de la population générale (141)(142).

Les moyennes des scores de qualité de vie à l'échelle SF-12 sont superposables à celles observées en population générale. Ainsi, le score moyen résumé physique dans notre échantillon égal à 51,8 est très proche de celui alors retrouvé en population générale. Le score moyen résumé mental égal à 46,4 est inférieur de près de 2 points à celui de la population française (60), une différence moyenne de points jugée « cliniquement » peu significative dans la littérature (143).

1.1.3. Les caractéristiques des données des professionnels selon les niveaux de soin des unités sanitaires

Nous n'observons pas de différence statistiquement significative concernant les caractéristiques sociodémographiques des professionnels dans les différentes unités de soins. En revanche, des différences concernant les données relatives au poste de travail apparaissent selon les niveaux de soins pour le statut professionnel, les anciennetés dans l'exercice professionnel et dans le poste actuel en milieu pénitentiaire, l'exposition à l'agressivité

verbale des patients, les contacts avec le pôle de rattachement, le travail de nuit, les horaires de repas irréguliers ainsi que l'intention de changement de poste.

Ainsi, une surreprésentation des infirmiers dans le niveau 3 et des médecins dans le niveau 2 est notée en regard de la composition de notre échantillon total. Les professionnels exerçant en niveau 2 y apparaissent avec moins d'expérience professionnelle et de fait avec une expérience plus courte en pratique auprès de la population carcérale.

Les professionnels les plus confrontés à un travail de nuit et à des horaires de repas irréguliers sont ceux des niveaux 3, en cohérence avec les horaires de fonctionnement de ces services (24h sur 24, week-end et jours fériés compris). L'intention de changement de poste est plus fréquemment retrouvée dans les niveaux 2 (28,6 %) et semble supérieure à celle retrouvée dans certaines études (16,1% des professionnels de santé interrogés dans une étude suisse y penseraient plusieurs fois par mois à quotidiennement) (139). Les contacts avec le pôle de rattachement semblent quant à eux moins réguliers dans les niveaux 3.

L'exposition aux menaces verbales est significativement différente selon le niveau de soins, avec une exposition plus fréquente dans les unités de niveau 3. En 2018, 49 % de signalements pour menaces verbales (insultes, injures ou menaces d'atteinte à l'intégrité physique) ont été réalisés, ce taux est inférieur à celui des soignants rapportant souvent des menaces verbales en niveau 3 (60,5 %) (23). Le rapport 2019 de l'observatoire national des violences en milieu de santé témoigne des violences en milieu pénitentiaire avec un nombre total de faits signalés semblable en UCSA et UHSA (respectivement 61 et 54 cas rapportés sur l'année 2018) et moindre en UHSI (7 cas rapportés). Le nombre de cas rapportés semble toutefois inférieur à celui émanant d'autres services de santé tels que les services de psychiatrie, d'urgences et les unités de soins longue durée ou EHPAD.

Nous ne relevons pas de différence significative selon les niveaux de soins pour les scores de santé perçue, les situations de « *job-strain* » ou « *iso-strain* », les situations de déséquilibres effort/récompense ou les scores de la HADS. Toutefois, l'analyse des résultats du questionnaire de Karasek montre des différences significatives dans les sous-dimensions en fonction du niveau de soins. En effet, les demandes psychologiques y apparaissent plus importantes en niveau 1 et 2 et la latitude décisionnelle moins importante en niveau 3. Le soutien social perçu est plus faible en niveau 3, concernant à la fois le soutien social perçu de la hiérarchie et celui des collègues.

Concernant les résultats du questionnaire MBI, nous relevons un score moyen d'accomplissement personnel plus faible dans le niveau 3 de soins.

1.1.4. Les profils MBI et facteurs associés

Le burn-out correspond à l'évolution la plus défavorable de l'exposition chronique à des facteurs de stress au travail. En effet, en opposition à une situation d'engagement au travail, il est défini par une altération de ses trois dimensions (scores élevés d'épuisement émotionnel, de cynisme et dépersonnalisation et diminution de l'accomplissement personnel).

Notre étude permet de mettre en lumière que 7,8% des professionnels des unités sanitaires en milieu pénitentiaire de notre échantillon sont en situation de burn-out (scores élevés dans les trois dimensions du MBI) et que 57,5% des professionnels présentent une altération d'au moins l'une des trois dimensions, et sont donc à risque de développement d'une situation de burn-out à terme. La prévalence du burn-out est plus faible que celle retrouvée dans de nombreux travaux en population de soignants, mais il apparaît important de souligner d'importantes différences méthodologiques selon les études, y compris dans le choix des bornes de l'instrument. Bien que de manière assez similaire à une précédente étude menée dans une population de soignants, nous retrouvons majoritairement deux profils dits « engagé » et « inefficace », il est à relever que le profil le plus fréquemment retrouvé dans notre échantillon est le profil du professionnel se vivant « inefficace », alors que dans l'étude menée par Leiter et Maslach, le profil « engagé » était le plus fréquent (85). La description de ces profils et des facteurs qui y sont associés figure dans l'article scientifique, la répartition des profils apparaissant statistiquement différente sur un certain nombre de variables (profession, horaires de repas irréguliers, antécédents de plainte, anxiété, dépression, dimension mentale du score de qualité de vie).

2. Les considérations méthodologiques

2.1. L'échantillonnage

Une première limite concerne le recrutement des professionnels, effectué dans seulement 20 des 26 unités sanitaires sollicitées en milieu pénitentiaire du Grand-Est. Ce recrutement a amené à la constitution d'un échantillon non totalement représentatif de l'ensemble des professionnels exerçant dans ces services de soins auprès de la population

carcérale, puisque peu de professionnels des structures de la Champagne-Ardenne y sont représentés. Ceci est à mettre en lien avec une faible mobilisation des professionnels dans certaines structures et à une absence totale de participation à l'étude pour d'autres unités. De fait, un des 3 SMPR du Grand-Est n'a pas été pris en compte. Or, la prise en charge dans un service de soins de niveau de 2 implique peut-être une charge accrue de travail pour les professionnels, générant possiblement un biais de recrutement.

2.2. L'effectif

La taille de notre échantillon, avec un effectif de 150 professionnels, apparaît un facteur limitant dans le rendu des résultats des tests statistiques. Le manque de puissance en lien avec l'effectif peut contribuer à l'absence de différence significative au seuil de 5% pour certains résultats.

Notre même travail sur un effectif plus conséquent permettrait sans doute d'apporter d'autres résultats et des éléments de discussion supplémentaires.

2.3. Les mesures déclaratives

Une troisième limite est liée au fait que les indicateurs étudiés de qualité de vie et de qualité au travail relèvent, dans le design de l'étude, d'une évaluation par un auto-questionnaire, cette mesure de qualité au travail pouvant amener à un biais de désirabilité sociale. En effet, il est possible que le professionnel débutant dans son activité manifeste l'envie de gagner une évaluation positive auprès des personnes qui l'entourent et notamment auprès de sa hiérarchie. Le remplissage du questionnaire de manière complètement anonymisée semble toutefois conférer un sentiment d'intimité, favorisant des réponses proches de la réalité du vécu du sujet et réduisant ainsi le biais de désirabilité sociale.

2.4. Les limites inhérentes au schéma transversal de l'étude

Une limite de ce travail est liée à l'approche transversale de notre analyse. Il faudrait envisager une étude longitudinale avec une mesure des conditions de travail et de la souffrance au travail au cours du temps, pour identifier l'existence de facteurs d'affaiblissement ou d'amélioration de la qualité de vie au travail.

3. Les perspectives, implications en clinique, en santé publique et en recherche

Des perspectives en pratique clinique, en recherche et en santé publique se dessinent des résultats de mon travail de thèse.

3.1. En pratique clinique

Les liens retrouvés dans la littérature entre la qualité de vie au travail et l'état de santé perçu des professionnels nous encouragent à porter un intérêt à la souffrance au travail en pratique clinique courante. Disposer des niveaux d'épuisement professionnel, de dépersonnalisation et d'accomplissement personnel des professionnels de différents niveaux de soins offre ainsi l'opportunité de pouvoir observer et repérer les points de faiblesse, afin de mettre en place des stratégies pour améliorer les conditions d'activité des professionnels. Rechercher les facteurs liés à la souffrance au travail est également de tout intérêt.

En effet, la connaissance des facteurs liés à une souffrance et à une insatisfaction au travail permettrait de mieux appréhender les situations pour lesquelles une attention particulière doit être réalisée et les mesures entreprises de manière à améliorer la qualité de vie au travail du professionnel. De plus, les professionnels exerçant en milieu carcéral doivent articuler leur pratique entre deux principes opposés et contradictoires : le soin et le contrôle (maintien de l'ordre social), complexifiant ainsi leur position (144).

Les violences et les agressions constituent à ce titre des événements stressants et fréquents en milieu carcéral, pour lesquels les professionnels pourraient par exemple bénéficier d'interventions et de formations, leur permettant de développer des stratégies de coping plus adaptées. La fréquence d'exposition à la violence et la prévalence des dépôts de plainte des professionnels en exercice en milieu pénitentiaire dans le profil burn-out, témoigne d'une nécessité de formation des professionnels en termes d'identification de situations à risque et d'adaptation des comportements face aux risques rencontrés (circonstances de survenue de situations de violence, anticipation de l'augmentation des effectifs lors de situations reconnues à risque, formation au désamorçage de l'agressivité, à la maîtrise de ses émotions, entraînement individuel et collectif au sein de l'unité mais également avec les agents de l'administration pénitentiaire aux situations de violence y compris pour assurer la sécurité des professionnels mais aussi celle de la personne violente).

Une évaluation régulière des moyens logistiques disponibles et de leur efficacité pourrait également être réalisée. De plus, lors de la survenue de situations de violences, il pourrait être intéressant de réaliser systématiquement une analyse précise de leurs circonstances de survenue ainsi que des entretiens de débriefing, afin d'appréhender le retentissement psychologique face à un événement traumatique.

Développer et entretenir des liens et une écoute avec les différents partenaires (unités sanitaires, administration pénitentiaire, service d'insertion et de probation...) évoluant auprès de la population carcérale mais également au sein même des unités, avec les collègues et la hiérarchie, semble également un point d'intérêt. Cela pourrait être notamment effectué par le biais de formations conjointes, en présence des différents acteurs, pour mieux apprécier les besoins et les attentes de chacun, permettant à terme d'améliorer la communication et l'articulation entre ces différents services.

La répartition des profils avec une prévalence importante du profil dit « *inefficace* » dans les unités sanitaires de niveaux 2 et 3 et une proportion de professionnels avec un profil « *burn-out* » dans les unités de niveau 1, nous amène à plusieurs réflexions. En premier lieu, il serait peut-être intéressant de proposer une évaluation clinique régulière du professionnel en exercice en milieu pénitentiaire, en s'appuyant sur la médecine du travail et éventuellement l'usage d'outils psychométriques reconnus et validés. Cette action permettrait à la fois de repérer les professionnels en souffrance et d'identifier plus précocement les professionnels les plus à risque d'évolution vers un profil défavorable de burn-out. Dans les suites, des réorganisations dans le fonctionnement des unités semblent nécessaires. En effet, l'importante proportion de professionnels au profil « *désengagé* » témoigne de la nécessité d'un renforcement du support social de l'environnement au travail, concernant les collègues et la hiérarchie, comme décrit dans la littérature (145). Le profil « *débordé* » implique des interventions pour amener à une réorganisation de la charge de travail et le profil « *inefficace* » souligne la nécessité d'impliquer les professionnels, de leur confier des tâches et de leur offrir davantage de latitude décisionnelle, sources de valorisation.

3.2. En santé publique

La qualité de vie au travail représente un enjeu majeur de santé publique. L'objectif d'amélioration de la qualité de vie et des conditions de travail représente un engagement du Ministère en charge du Travail depuis plusieurs années.

Il a été souligné, dans un rapport de Santé publique France, que 3,1 % des femmes et 1,4 % des hommes étaient concernés par une souffrance psychique en lien avec le travail en 2012 (146). Les conséquences multiples et reconnues en termes de santé mentale et physique génèrent différents coûts, notamment un coût externe comprenant par exemple, la perte en qualité de vie et la mortalité évitable (147), les pertes de production ainsi qu'un coût pour les finances publiques avec les dépenses en prévention et en soins.

La surpopulation carcérale ainsi que la prévalence élevée de troubles psychiatriques en milieu carcéral avec des troubles du comportement associés, contribuent à exposer les professionnels exerçant dans les structures sanitaires à des risques psychosociaux. En premier lieu, évaluer les conditions de travail et le niveau de souffrance de travail offre la possibilité d'actions d'amélioration, pouvant être entreprises afin d'améliorer la latitude décisionnelle, l'autonomie des professionnels, la répartition de la charge de travail et la qualité des relations avec les différentes institutions inhérentes à la pratique professionnelle en milieu pénitentiaire. Nos résultats apportent des éléments intéressants en ce sens. Compte tenu des enjeux potentiels en terme de risque de burn-out, nos observations confortent l'idée de mesurer assez rapidement la qualité de vie au travail et l'état de santé perçu, notamment chez les sujets avec peu d'ancienneté dans l'exercice professionnel et/ou en poste dans les unités de niveau 1.

3.3. En recherche

Les travaux de recherche sur la qualité de vie au travail et les facteurs associés sont en plein essor. À cet effet, le plan Santé au Travail 2016-2020 a accordé toute sa place à la recherche sur l'impact des situations professionnelles sur la santé au travail. Les résultats de notre étude, avec une répartition différente des profils du MBI selon les niveaux de soins et la littérature avec notamment, une prévalence élevée du professionnel se vivant « *inefficace* » à son poste de travail, nous encouragent à poursuivre nos investigations. Les caractéristiques et les facteurs associés à ce profil nécessitent d'être mieux appréhendés afin de pouvoir le faire évoluer. De plus, il apparaîtrait intéressant de poursuivre les analyses au sein de cohortes de professionnels et d'explorer l'impact de programmes de prévention. Nous pourrions notamment envisager des programmes d'apprentissage de stratégies de coping fonctionnelles, sur les évolutions des profils et de l'état de santé perçu à moyen et long terme, afin de les valoriser, les améliorer ou les remettre en cause.

CONCLUSION

La qualité de vie au travail est devenue une priorité de santé publique, source d'intérêt du professionnel, du manager mais aussi des responsables de politiques publiques. Les nombreuses publications figurant dans la littérature scientifique témoignent de la pénibilité des conditions de travail et des risques psychosociaux des professionnels exerçant dans les établissements de santé. Des conséquences potentielles sur leur santé physique et mentale et des impacts en termes d'absentéisme, de turn-over et d'abandon de la profession ont été démontrés. L'exercice des professionnels travaillant dans les unités de soin en milieu pénitentiaire reste néanmoins peu exploré dans la littérature. Or, leur qualité de vie au travail nécessite une attention toute particulière, leur exercice combinant à la fois les facteurs de risques psychosociaux du milieu sanitaire et du milieu carcéral.

Notre étude EHCAU, menée au sein de plusieurs unités sanitaires de niveaux de soins différents dans le Grand-Est, apporte des éléments sur l'état de santé perçu et la qualité de vie au travail de ces professionnels. Notre résultat concernant la prévalence des professionnels en burn-out est proche de précédents travaux. Toutefois, l'engagement des professionnels apparaît, dans ce contexte d'exercice carcéral, fragilisé et à risque d'une évolution vers une souffrance au travail et possiblement vers un épuisement professionnel à terme. Aussi, nos résultats nous amènent à recommander, au sein de cette population particulière, une évaluation répétée de leur qualité de vie au travail. Cela offrirait ainsi d'une part, la perspective d'interventions sur les facteurs de risque évitables, en ciblant des stratégies d'intervention pour améliorer les conditions de travail, et d'autre part, de repérer précocement les professionnels peu satisfaits et à fort risque d'évolution vers une situation de burn-out.

Dans la continuité de cette étude, il serait intéressant de poursuivre les travaux, dans une approche longitudinale, afin d'identifier l'impact d'interventions spécifiques mises en œuvre en faveur d'un bien-être des professionnels et in fine d'une meilleure qualité des soins.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. El-Hage W, Hingray C, Lemogne C, Yroni A, Brunault P, Bienvenu T, et al. Les professionnels de santé face à la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19): quels risques pour leur santé mentale? *L'Encéphale*. 2020;1-16.
2. Haute Autorité de Santé. Qualité de vie au travail et qualité des soins. 2016;1-53.
3. Bensadon A-C, Barbezieux P, Champs F-O. Interactions entre santé et travail [Internet]. Inspection générale des affaires sociales; 2013 [cité 8 mai 2020]. Report No.: 2013-069R. Disponible sur: http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2013-069R_-_sante-Travail_-_DEF.pdf
4. Ministère du Travail. Risques psychosociaux [Internet]. 2019 [cité 30 sept 2019]. Disponible sur: <https://travail-emploi.gouv.fr/sante-au-travail/prevention-des-risques-pour-la-sante-au-travail/article/risques-psychosociaux>
5. Code du travail - Article L4121-1 [Internet]. Code du travail. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000035640828&cidTexte=LEGITEXT000006072050&dateTexte=20171001>
6. Doward LC, McKenna SP. Defining Patient-Reported Outcomes. *Value Health*. 2004;7:S4-8.
7. Patrick DL, Bergner M. Measurement of Health Status in the 1990s. *Annu Rev Public Health*. 1990;11:165-83.
8. Patrick DL, Chiang Y. Measurement of Health Outcomes in Treatment Effectiveness Evaluations: Conceptual and Methodological Challenges. *Medical Care*. 2000;38:II14-25.
9. Haute Autorité de Santé. Qualité de vie et infarctus du myocarde. [Internet]. 2013 [cité 12 oct 2019] p. 1-32. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/qualite_de_vie_idm_proms_vf.pdf
10. Mercier M., Schraub, S. Qualité de vie : quels outils de mesure? In Deauville; 2005 [cité 11 nov 2019]. p. 418-23. Disponible sur: http://documents.irevues.inist.fr/bitstream/handle/2042/9760/SFSPM_2005_14_418.pdf?sequence=1

11. Bellagamba G. Qualité de vie au travail et environnement organisationnel : études qualitatives et quantitatives sur les personnels en établissement de santé. [Marseille]: Aix-Marseille; 2016.
12. Guillet L. Chapitre 1. Les modèles de stress. *Point Sur Psychol.* 2012;9-38.
13. INSERM. Facteurs de stress et mécanismes psychologiques. In: *Stress au travail et santé Situation chez les indépendants* [Internet]. Paris: INSERM; 2011 [cité 5 oct 2019]. p. 47-9. (Expertise collective). Disponible sur: <http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/217/Sommaire.html>
14. Karasek RA. Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. *Adm Sci Q.* 1979;24:285-308.
15. Van Wassenhove, W. Modèle de Karasek. Sous la direction de Philippe Zawieja et Franck Guarnieri. In: *Dictionnaire des risques psychosociaux* [Internet]. Le Seuil. Paris; 2014 [cité 11 nov 2019]. p. 170-4. Disponible sur: <https://hal-mines-paristech.archives-ouvertes.fr/hal-00875731>
16. Truchot D. Le modèle de Karasek et l'épuisement professionnel : pour une approche contextualisée. *Cognition, santé et vie quotidienne.* 2010;3:1-25.
17. Siegrist J. Adverse Health Effects of High-Effort/Low-Reward Conditions. *Journal of Occupational Health Psychology.* 1996;1:27-41.
18. INRS. Risques psychosociaux (RPS). Ce qu'il faut retenir. [Internet]. [cité 30 sept 2019]. Disponible sur: <http://www.inrs.fr/risques/psychosociaux/ce-qu-il-faut-retenir.html>
19. Moisan M-P, Le Moal M. Le stress dans tous ses états. *médecine/sciences.* 2012;28:612-7.
20. Chouanière D, Christine C, Gamassou CE, Kittel F, Lafferrerie A, Langevin V, et al. Expositions psychosociales et santé: état des connaissances épidémiologiques. *Documents pour le Médecin du Travail.* 2011;509-17.
21. Di Martino V, Hoel H, Cooper CL. Prévention du harcèlement et de la violence sur le lieu de travail. Luxembourg; 2003.
22. Gbézo B-E. Les soignants face à la violence. Lamarre. 2005. (PRATIQUER).

23. Observatoire National des Violences en milieu de Santé. Rapport 2019. Données 2018. [Internet]. Direction Générale de l'Offre de Soins; 2019 [cité 2 août 2020] p. 1-138. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_onvs_2019_donnees_2018.pdf
24. Askenazy P, Baudelot C, Brochard P, Brun J-P, Davezies P, Falissard B, et al. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. 2011 p. 1-223.
25. Muntaner C, Li Y, Xue X, Thompson T, O'Campo P, Chung H, et al. County level socioeconomic position, work organization and depression disorder: A repeated measures cross-classified multilevel analysis of low-income nursing home workers. *Health Place*. 2006;12:688-700.
26. Wieclaw J, Agerbo E, Bo Mortensen P, Burr H, Tuchsén F, Bonde JP. Psychosocial working conditions and the risk of depression and anxiety disorders in the Danish workforce. *BMC Public Health*. 2008;8:1-9.
27. Andrea H, Bültmann U, Beurskens AJHM, Swaen GMH, van Schayck CP, Kant IJ. Anxiety and depression in the working population using the HAD Scale: Psychometrics, prevalence and relationships with psychosocial work characteristics. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2004;39:637-46.
28. Niedhammer I, Goldberg M, Leclerc A, David S, Bugel I, Landre M-F. Psychosocial work environment and cardiovascular risk factors in an occupational cohort in France. *J Epidemiol Community Health*. 1998;52:93-100.
29. Pieper C, Lacroix AZ, Karasek RA. The relation of psychosocial dimensions of work with coronary heart disease risk factors: a meta-analysis of five united states data bases. *American Journal of Epidemiology*. 1989;129:483-94.
30. Johnson JV, Stewart W, Hall EM, Fredlund P, Theorell T. Long-term psychosocial work environment and cardiovascular mortality among Swedish men. *Am J Public Health*. 1996;86:324-31.
31. Bosma H, Stansfeld SA, Marmot MG. Job Control, Personal Characteristics, and Heart Disease. *Journal of Occupational Health Psychology*. 1998;3:402-9.

32. Niedhammer I, Chastang J-F, David S, Barouhuel L, Barrandon G. Psychosocial work environment and mental health: Job-strain and effort-reward imbalance models in a context of major organizational changes. *International journal of occupational and environmental health*. 2006;12:111-9.
33. Niedhammer I, Goldberg M, Leclerc A, Bugel I, David S. Psychosocial factors at work and subsequent depressive symptoms in the Gazel cohort. *Scand J Work Environ Health*. 1998;24:197-205.
34. Vézina M, Saint-Arnaud L. L'organisation du travail et la santé mentale des personnes engagées dans un travail émotionnellement exigeant. *Travailler*. 2011;25:119-28.
35. Clays E, De Bacquer D, Leynen F, Kornitzer M, Kittel F, De Backer G. Job stress and depression symptoms in middle-aged workers—prospective results from the Belstress study. *Scand J Work Environ Health*. 2007;33:252-9.
36. Legault M-J, Belarbi-Basbous H. Gestion par projets et risques pour la santé psychologique au travail dans la nouvelle économie. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé* [Internet]. 2006 [cité 11 nov 2019]; Disponible sur: <http://journals.openedition.org/pistes/3086>
37. Bué J, Coutrot T, Guignon N, Sandret N. Les facteurs de risques psychosociaux au travail: Une approche quantitative par l'enquête Sumer. *Rev Fr Aff Soc*. 2008;1:45-70.
38. Viswesvaran C, Sanchez JI, Fisher J. The Role of Social Support in the Process of Work Stress: A Meta-Analysis. *J Vocat Behav*. 1999;54:314-34.
39. Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, Weiss DS. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychol Trauma Theory Res Pract Policy*. 2008;129:52-73.
40. Caron J, Guay S. Soutien social et santé mentale : concept, mesures, recherches récentes et implications pour les cliniciens. *Santé Ment Au Qué*. 2005;30:15-41.
41. Karasek R, Theorell T. *Healthy Work : Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life*. Basic Books. New-York; 1990.
42. Peter R, Alfredsson L, Hammar N, Siegrist J, Theorell T, Westerholm P. High effort, low reward, and cardiovascular risk factors in employed Swedish men and women: baseline results from the WOLF Study. *J Epidemiol Community Health*. 1998;52:540-7.

43. Kuper H, Singh-Manoux A., Siegrist, J., Marmot, M. When reciprocity fails: effort-reward imbalance in relation to coronary heart disease and health functioning within the Whitehall II study. *Occup Environ Med.* 2002;59:777-84.
44. Stansfeld S, Candy B. Psychosocial work environment and mental health—a meta-analytic review. *Scand J Work Environ Health.* 2006;32:443-62.
45. Siegrist J. Chronic psychosocial stress at work and risk of depression: evidence from prospective studies. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2008;258:115-9.
46. Rugulies R, Krause N. Effort-reward imbalance and incidence of low back and neck injuries in San Francisco transit operators. *Occup Environ Med.* 2007;65:525-33.
47. Adams JS. Toward and understanding of inequity. *Journal of Abnormal and Social Psychology.* 1963;67:422-36.
48. Elovainio M, Leino-Arjas P, Vahtera J, Kivimäki M. Justice at work and cardiovascular mortality: a prospective cohort study. *J Psychosom Res.* 2006;61:271-4.
49. Kivimäki M, Elovainio M, Vahtera J, Ferrie JE. Organisational justice and health of employees: prospective cohort study. *Occup Environ Med.* 2003;60:27-34.
50. Ylipaavalniemi J, Kivimäki M, Elovainio M, Virtanen M, Keltikangas-Järvinen L, Vahtera J. Psychosocial work characteristics and incidence of newly diagnosed depression: a prospective cohort study of three different models. *Soc Sci Med.* 2005;61:111-22.
51. Kivimäki M, Elovainio M, Vahtera J, Virtanen M, Stansfeld SA. Association between organizational inequity and incidence of psychiatric disorders in female employees. *Psychol Med.* 2003;33:319-26.
52. Stankunas M, Kalediene R, Starkuviene S, Kapustinskiene V. Duration of unemployment and depression: a cross-sectional survey in Lithuania. *BMC Public Health.* 2006;6(1):174.
53. Karasek R, Brisson C, Kawakami N, Houtman I, Bongers P, Amick B. The Job Content Questionnaire (JCQ): An instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. *J Occup Health Psychol.* 1998;3(4):322-55.

54. Niedhammer I, Ganem V, Gendrey L, David S, Degioanni S. Propriétés psychométriques de la version française des échelles de la demande psychologique, de la latitude décisionnelle et du soutien social du «Job Content Questionnaire» de Karasek : résultats de l'enquête nationale SUMER. *Sante Publique (Bucur)*. 2006;Vol. 18(3):413-27.
55. Siegrist J, Starke D, Chandola T, Godin I, Marmot M, Niedhammer I, et al. The measurement of effort–reward imbalance at work: European comparisons. *Soc Sci Med*. 2004;58(8):1483-99.
56. Niedhammer I, Siegrist J, Landre MF, Goldberg M, Leclerc A. Étude des qualités psychométriques de la version française du modèle du Déséquilibre Efforts/Récompenses. *Rev Epidém et Santé Publ*. 2000;48:419-37.
57. Maslach, C., Jackson, S., Leiter, M. *Maslach Burnout Inventory Manual*. (3rd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press. 1996;
58. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*. juin 1983;67(6):361-70.
59. Lépine JP. L'échelle HAD (hospital anxiety and depression scale). In: *Evaluation psychiatrique clinique standardisée [L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie Tome 1]*. Boulogne: Editions Médicales Pierre Fabre; 1996. p. 367-74.
60. Gandek B, Ware JE, Aaronson NK, Apolone G, Bjorner JB, Brazier JE, et al. Cross-Validation of Item Selection and Scoring for the SF-12 Health Survey in Nine Countries: Results from the IQOLA Project. *J Clin Epidemiol*. 1998;51(11):1171-8.
61. Schnall PL, Landsbergis PA, Baker D. Job Strain and Cardiovascular Disease. *Annu Rev Public Health*. 1994;15(1):381-411.
62. Dragano N, Siegrist J, Nyberg ST, Lunau T, Fransson EI, Alfredsson L, et al. Effort–Reward Imbalance at Work and Incident Coronary Heart Disease. *Epidemiol Camb Mass*. 2017;28(4):619-26.
63. Chandola T, Britton A, Brunner E, Hemingway H, Malik M, Kumari M, et al. Work stress and coronary heart disease: what are the mechanisms? *Eur Heart J*. 2008;29:640-8.
64. Hemingway H, Marmot M. Evidence based cardiology: Psychosocial factors in the aetiology and prognosis of coronary heart disease: systematic review of prospective cohort studies. *BMJ*. 1999;318:1460-7.

65. Kivimäki M, Virtanen M, Elovainio M, Kouvonen A, Väänänen A, Vahtera J. Work stress in the etiology of coronary heart disease—a meta-analysis. *Scand J Work Environ Health*. 2006;32(6):431-42.
66. Organisation Mondiale de la Santé. Maladies cardiovasculaires [Internet]. 2017 [cité 30 août 2020]. Disponible sur: [https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
67. Yusuf S, Hawken S, Ôunpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. 2004;364:16.
68. Luttman A, Jäger M, Griefahn B. La prévention des troubles musculo-squelettiques sur le lieu de travail. 2004 p. 1-32. Report No.: 5.
69. Comprendre les troubles musculo-squelettiques [Internet]. ameli.fr. 2019 [cité 30 août 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/tms/comprendre-troubles-musculosquelettiques>
70. Ha C, Roquelaure Y. Troubles musculo-squelettiques d'origine professionnelle en France. Où en est-on aujourd'hui ? *BEH thématique*. 2010;35-7.
71. Leino P, Hänninen V. Psychosocial factors at work in relation to back and limb disorders. *Scand J Work Environ Health*. 1995;21(2):134-42.
72. Bongers PM, de Winter CR, Kompier MA, Hildebrandt VH. Psychosocial factors at work and musculoskeletal disease. *Scand J Work Environ Health*. 1993;19(5):297-312.
73. Brière J, Fouquet N, Ha C, Imbernon E, Plaine J, Rivière S, et al. Des indicateurs en santé travail. Les troubles musculo-squelettiques du membre supérieur en France. 2015;4.
74. Niedhammer I, Malard L, Chastang JF. Facteurs psychosociaux au travail et survenue de pathologies mentales : une étude prospective à l'aide de l'enquête nationale SIP. *Arch Mal Prof Environ*. 2016;77(6):1016-7.
75. Stansfeld SA, Fuhrer R, Shipley MJ, Marmot MG. Work characteristics predict psychiatric disorder: prospective results from the Whitehall II Study. *Occup Environ Med*. 1999;56:302-7.

76. Netterstrom B, Conrad N, Bech P, Fink P, Olsen O, Rugulies R, et al. The Relation between Work-related Psychosocial Factors and the Development of Depression. *Epidemiol Rev.* 2008;30:118-32.
77. Dragano N, He Y, Moebus S, Jöckel K-H, Erbel R, Siegrist J, et al. Two models of job stress and depressive symptoms: Results from a population-based study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2008;43(1):72-8.
78. Niedhammer I, Lesuffleur T, Algava E, Chastang J-F. Facteurs psychosociaux au travail et symptômes anxieux et dépressifs dans l'enquête nationale SUMER 2010. *Arch Mal Prof Environ.* 2016;77(3):555.
79. Milner A, Witt K, LaMontagne AD, Niedhammer I. Psychosocial job stressors and suicidality: a meta-analysis and systematic review. *Occup Environ Med.* 2018;75:245-53.
80. Cohidon C, Rabet G, Murcia M, Khireddine-Medouni I, Imbernon E. Surveillance de la santé mentale au travail - Le programme Samotrace. Volet en entreprises. Régions Centre, Pays de la Loire et Poitou-Charentes, 2006-2008. *Santé Publique France.* 2016;134.
81. Cohidon C, Arnaudo B, Murcia M. Mal-être et environnement psychosocial au travail : premiers résultats du programme Samotrace, volet entreprise, France. *BEH thématique.* 2009;25-26:265-9.
82. Olié J-P, Légeron P. Le burn-out. Académie Nationale de Médecine; 2016 p. 1-18. Report No.: 16-01.
83. Canouï P, Mauranges A. Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants. De l'analyse du burn out aux réponses. Paris: Masson; 2001.
84. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol.* 2001;52:397-422.
85. Leiter MP, Maslach C. Latent burnout profiles: A new approach to understanding the burnout experience. *Burn Res.* 2016;3(4):89-100.
86. Organisation Mondiale de la Santé. Dans la Classification internationale des maladies, le burn-out, ou épuisement professionnel, est considéré comme un «phénomène lié au travail» [Internet]. WHO. 2019 [cité 13 déc 2019]. Disponible sur: http://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/fr/

87. Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2017 [cité 8 janv 2020] p. 1-5. Disponible sur: www.has-sante.fr
88. Kansoun Z, Boyer L, Hodgkinson M, Villes V, Lançon C, Fond G. Burnout in French physicians: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2019;246:132-47.
89. Robin C. La santé psychique des internes en psychiatrie de France et leurs consommations de substances psychoactives. Etude épidémiologique transversale descriptive. *L'information psychiatrique.* 2019;95(7):559-68.
90. Ministère du Travail. Conditions de travail : édition 2019 [Internet]. 2018 [cité 22 oct 2019]. Disponible sur: <https://dares.travail-emploi.gouv.fr/dares-etudes-et-statistiques/enquetes/article/conditions-de-travail-edition-2019>
91. Coutrot T., Memmi S., Rosankis E., Sandret N., Léonard M., Morand S., Tassy V., Zilloniz S. Enquête SUMER 2016-2017 : bilan de la collecte. Références en santé au travail [Internet]. 2018 [cité 22 oct 2019];(156). Disponible sur: <http://www.inrs.fr/media.html?refINRS=TF%20260>
92. Beque M, Kingsada A, Mauroux A. Contraintes physiques et intensité du travail [Internet]. DARES; 2019 [cité 29 janv 2020] p. 1-310. Report No.: 24. Disponible sur: https://dares.travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_stat_no24.pdf
93. Beque M, Kingsada A, Mauroux A. Conflits de valeurs et exigences émotionnelles. 2019 p. 1-160. (DARES). Report No.: 28.
94. Beque M, Kingsada A, Mauroux A. Autonomie dans le travail. DARES; 2019 p. 1-131. Report No.: 26.
95. Becque M, Kingsada A, Mauroux A. Reconnaissance, insécurité et changements dans le travail. DARES; 2019 p. 1-171. Report No.: 29.
96. Estry-Béhar M. Santé, satisfaction au travail et abandon du métier de soignant. Etude PRESST-NEXT. Partie 1. Assistance publique-Hôpitaux de Paris, Association Notre-Dame de Bon-Secours, INRS; 2004 p. 1-67.
97. Estry-Béhar M. Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe [Internet]. Presses de l'EHESP; 2008 [cité 3 nov 2019]. Disponible sur: <http://www.cairn.info/sante-et-satisfaction-des-soignants-au-travail--9782859529468.htm>

98. Estry-Béhar M, Van Der Heijden BIJM, Fry C, Hasselhorn H-M. Analyse longitudinale des facteurs personnels et professionnels associés au turnover parmi les soignants. *Recherche en soins infirmiers*. 2010;103(4):29-45.
99. Estry-Béhar M, Muster D, Doppia M-A, Machet G, Guetarni K. Influence du travail d'équipe sur la satisfaction professionnelle des médecins. *Le concours médical*. 2009;131:22-5.
100. Cohen JS, Patten S. Well-being in residency training: a survey examining resident physician satisfaction both within and outside of residency training and mental health in Alberta. *BMC Med Educ*. 2005;5(1):1-11.
101. Yates SW. Physician Stress and Burnout. *Am J Med*. 2020;133(2):160-4.
102. Graham J, Albery IP, Ramirez AJ, Richards MA. How hospital consultants cope with stress at work: implications for their mental health. *Stress Health*. 2001;17(2):85-9.
103. Delézire P, Gigonzac V, Chérié-Challine L, Khireddine-Medouni I. Pensées suicidaires dans la population active occupée en France en 2017. *Bull Epidémiol Hebd*. 2019;3-4:65-73.
104. Léopold Y. Suicide des médecins. Un risque deux fois plus élevé. *Le concours médical*. 2008;130(8):398-9.
105. Center C, Davis M, Detre T, Ford DE, Hansbrough W, Hendin H, et al. Confronting Depression and Suicide in Physicians: A Consensus Statement. *JAMA*. 2003;289(23):3161-6.
106. Barger LK, Rosner B. Extended Work Shifts and the Risk of Motor Vehicle Crashes among Interns. *N Engl J Med*. 2005;352(2):125-34.
107. Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physician wellness: a missing quality indicator. *The Lancet*. 2009;374:1714-21.
108. Mesure de l'incarcération au 1er janvier 2020 [Internet]. Ministère de la Justice; 2020 [cité 30 août 2020] p. 1-3. Disponible sur: http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Mesure_incarceration_janvier2020.pdf

109. Prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice. Guide méthodologique. [Internet]. Ministère de la Justice, Ministère des Solidarités et de la Santé; 2019 [cité 30 août 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_methodo_2019_ppsmj.pdf
110. Manzanera C, Senon J. Psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire : organisation, moyens, psychopathologies et réponses thérapeutiques. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 2004;162(8):686-99.
111. Baron-Laforet S, Brahmy B. Psychiatrie en milieu pénitentiaire. In: Elsevier. Paris; 1998. p. 9. (Elsevier).
112. Aymard N, Lhuilier D. Sécurité et identité professionnelle des personnels de surveillance de l'administration pénitentiaire. *Droit Société.* 1993;25(1):435-47.
113. Viotti S. Work-related stress among correctional officers: A qualitative study. *Work.* 2015;53(4):871-84.
114. Lambert EG, Hogan NL, Allen RI. Correlates of correctional officer job stress: The impact of organizational structure. *Am J Crim Justice.* 2006;30(2):227-46.
115. Moulin V, Sevin A-S. Souffrance au travail en milieu carcéral : les épreuves de l'exercice professionnel au parloir pénitentiaire. *Trav Hum.* 2012;75(2):147-78.
116. Mouquet M-C. La santé des personnes entrées en prison en 2003. Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques; 2005 p. 1-12. Report No.: 386.
117. Chee CC, Verdot C. État de santé des personnes sous main de justice. *adsp.* 2018;(104):13-6.
118. Falissard B, Loze J-Y, Gasquet I, Duburc A, de Beaurepaire C, Fagnani F, et al. Prevalence of mental disorders in French prisons for men. *BMC Psychiatry.* 2006;6(1):1-6.
119. Chee CC, Moutengou É. Suicides et autres décès en milieu carcéral en France entre 2000 et 2010. Apport des certificats de décès dans la connaissance et le suivi de la mortalité [Internet]. Saint-Maurice: Santé Publique France; p. 61. Disponible sur: www.santepubliquefrance.fr
120. Schaufeli WB, Peeters MCW. Job Stress and Burnout Among Correctional Officers: A Literature Review. *International Journal of Stress Management.* 2000;7(1):30.

121. Pochard M. Les gardiens de prison. *Pouvoirs*. 2010;135(4):87.
122. Dowden C, Tellier C. Predicting work-related stress in correctional officers: A meta-analysis. *J Crim Justice*. 2004;32:31-47.
123. Finney C, Stergiopoulos E, Hensel J, Bonato S, Dewa CS. Organizational stressors associated with job stress and burnout in correctional officers: a systematic review. *BMC Public Health*. 2013;13:1-13.
124. Frimousse S, Peretti JM, Swalhi A. La diversité des formes de performance au travail : le rôle de la justice organisationnelle. *Manag Avenir*. 2008;18:117.
125. Cheek FE, Miller MDS. The experience of stress for correction officers: A double-bind theory of correctional stress. *J Crim Justice*. 1983;11:105-20.
126. James L, Todak N, Best S. The negative impact of prison work on sleep health. *Am J Ind Med*. 2017;60(5):449-56.
127. Goldberg P, David S, Landre MF, Goldberg M, Dassa S, Fuhrer R. Work conditions and mental health among prison staff in France. *Scand J Work Environ Health*. 1996;22:45-54.
128. Bourbonnais R, Malenfant R, Vézina M, Jauvin N, Brisson I. Les caractéristiques du travail et la santé des agents en services de détention. *Rev D'Épidémiologie Santé Publique*. 2005;53:127-42.
129. Lourel M, Gana K, Prud'homme V, Cercle A. Le burn-out chez le personnel des maisons d'arrêt : test du modèle « demande-contrôle » de Karasek. *L'Encéphale*. 2004;30(6):557-63.
130. Wright L, Borrill J, Teers R, Cassidy T. The mental health consequences of dealing with self-inflicted death in custody. *Couns Psychol Q*. 2006;19(2):165-80.
131. Stack SJ, Tsoudis O. Suicide risk among correctional officers: A logistic regression analysis. *Arch Suicide Res*. 1997;3(3):183-6.
132. Moisan F, Doulat T, Marchand J-L. Description de la mortalité des agents et ex-agents de l'administration pénitentiaire entre 1990 et 2008 en France. *Bull Epidémiol Hebd*. 2016;10:176-82.

133. Moulin V, Sévin A-S, Senon J-L. Conflictualisation psychique des positions professionnelles des surveillants en établissement pénitentiaire. *Prat Psychol.* 2011;17:359-72.
134. La répartition des hommes et des femmes par métiers. Une baisse de la ségrégation depuis 30 ans [Internet]. DARES; 2013 [cité 30 août 2020]. Report No.: 79. Disponible sur: <https://dares.travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2013-079.pdf>
135. Camerino D, Estryng-Behar M, Conway PM, van Der Heijden BIJM, Hasselhorn H-M. Work-related factors and violence among nursing staff in the European NEXT study: A longitudinal cohort study. *Int J Nurs Stud.* 2008;45:35-50.
136. Guignon N, Niehammer I, Sandret N. Les facteurs psychosociaux au travail. Une évaluation par le questionnaire de Karasek dans l'enquête Sumer 2003. [Internet]. DARES, Ministère de l'Economie, de l'Industrie et de l'Emploi, Ministère du Travail, des Relations Sociales, de la Famille, et de la Solidarité; 2008 [cité 11 juill 2020] p. 1-8. Report No.: 22.1. Disponible sur: <http://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/4286/1/2008.05-22.1.pdf>
137. Virtanen P, Oksanen T, Kivimäki M, Virtanen M, Pentti J, Vahtera J. Work stress and health in primary health care physicians and hospital physicians. *Occup Environ Med.* 2008;65:364-6.
138. Magnavita N, Elovainio M, Heponiemi T, Magnavita AM, Bergamaschi A. Are skin disorders related to work strain in hospital workers? A cross-sectional study. *BMC Public Health.* déc 2011;11:1-6.
139. Hämmig O. Explaining burnout and the intention to leave the profession among health professionals – a cross-sectional study in a hospital setting in Switzerland. *BMC Health Serv Res.* 2018;18(1):1-11.
140. Hu S, Wang J-N, Liu L, Wu H, Yang X, Wang Y, et al. The association between work-related characteristic and job burnout among Chinese correctional officers: a cross-sectional survey. *Public Health.* 2015;129:1172-8.
141. Caci H, Baylé FJ, Mattei V, Dossios C, Robert P, Boyer P. How does the Hospital and Anxiety and Depression Scale measure anxiety and depression in healthy subjects? *Psychiatry Res.* 2003;118:89-99.
142. Bocéréan C, Dupret E. A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in a large sample of French employees. *BMC Psychiatry.* 2014;14:1-11.

143. Ware J, Snow K, Kosinski M. SF-36 health survey: Manual and interpretation guide. The Health Institute, New England Medical Center. 1993;
144. Holmes D, Perron A, Michaud G, Montuclard L, Hervé C. Scission entre le sanitaire et le pénitentiaire. *J Réadapt Médicale Prat Form En Médecine Phys Réadapt*. 2005;25:131-40.
145. Shanafelt TD, Gorringer G, Menaker R, Storz KA, Reeves D, Buskirk SJ, et al. Impact of Organizational Leadership on Physician Burnout and Satisfaction. *Mayo Clin Proc*. 2015;90(4):432-40.
146. Khireddine I, Lemaître A, Homère J, Plaine J, Garras L, Riol M-C, et al. La souffrance psychique en lien avec le travail chez les salariés actifs en France entre 2007 et 2012, à partir du programme MCP. *Bull Epidemiol Hebd*. 2015;431-8.
147. Niedhammer I, Milner A, Geoffroy-Perez B, Coutrot T, LaMontagne AD, Chastang J-F. Psychosocial factors at work from the job strain model and preventable mortality in France: The STRESSJEM prospective study. *Prev Med*. 2020;1-6.

ANNEXES

Annexe 1 : Tableau n°1

	Proportion de salariés qui déclarent (en %)		
	Enquête CDT *	Enquête SUMER	
		FPH **	Ensemble des types d'employeur
Contraintes physiques, intensité et temps de travail			
Durée de la dernière semaine travaillée supérieure à 40 heures	22,3	17,9	17,6
Ne pas disposer des 48 h de repos consécutives	24,1	17,6	18
Travailler habituellement le samedi Parmi eux, travailler > 20 samedis/an Au moins 20 samedis/an	45,5 52	33,3	26,1
Travailler habituellement le dimanche Parmi eux, travailler > 10 dimanches/an Au moins 10 dimanches/an	42,6 74,5	45,6	20,5
Horaires variables selon les jours	28,6	34,1	23,9
Travailler de nuit, même occasionnellement	35,2	26,7	14,2
Travailler souvent ou toujours au-delà de l'horaire officiel Heures supplémentaires non ou en partie compensées (salaire ou repos)	35,8 52,4	27,1	26,6
Concordance des horaires avec la vie hors travail	« Pas très bien » : 22,5 « Pas bien du tout » : 5,5		
Rester longtemps debout Position debout ou piétinement Déplacements à pied longs ou fréquents Déplacements à pied dans le travail	69,7 64,6	65,8 64,5	48,7 43,2
Etre en contact avec des produits dangereux Exposition à un ou plusieurs agents biologiques Contact d'un réservoir humain	53	72,8 69,4	24,9 15,8
Rythme imposé par la dépendance vis-à-vis des collègues	41,8	36,1	23,6
Rythme imposé par demande extérieure exigeant une réponse immédiate	73	51,1	53,4
Rythme imposé par une surveillance permanente de la hiérarchie	34	19,9	23,6
Travail répétitif	47,1		
Abandon d'une tâche pour une autre non prévue	79,3	65,8	57,6
Ne pas pouvoir quitter son travail des yeux	47,7		
Recevoir des ordres contradictoires	47,6		
Avoir une charge de travail jugée excessive	« Tout à fait d'accord » : 14,7 « D'accord » : 38,7		
Devoir toujours ou souvent se dépêcher	59,9	44,5	35
Travailler sous pression	« Toujours » : 13 « Souvent » : 30,7		
Ne pas disposer d'informations claires et suffisantes pour effectuer correctement son travail		20,2	15,8
Ne pas avoir un nombre de collègues suffisant pour effectuer correctement son travail		35,1	20,2
Ne pas avoir une formation suffisante et adaptée pour effectuer correctement son travail		16,9	16,8
Temps insuffisant pour effectuer correctement son travail		37,2	28
Exigences émotionnelles et conflits de valeurs			
Faire des choses que l'on désapprouve	« Souvent » : 8,4		
Sacrifier la qualité de travail	« Souvent » : 17,9		
Prendre des risques pour la santé physique et mentale des autres	« Parfois » : 24,6		
Sentiment d'être exploité	« Souvent » : 15,5		
Cacher ses émotions	« Souvent » : 23,1 ; « Toujours » : 11,5		
Avoir peur pendant son travail	« Souvent » : 7,8		
Autonomie dans le travail			
Ne pas pouvoir interrompre leur travail	44,1	31,8	21,4
Faire appel à d'autres en cas d'incident	36,4	28,8	23,9
« Je peux organiser mon travail de la façon qui me convient le mieux »	« Pas d'accord » : 20,1 « Pas du tout d'accord » : 4,2		
Ne pas pouvoir changer l'ordre des tâches à accomplir		9,7	13,1
Application stricte des consignes	38,8		
Ne pas pouvoir faire varier les délais fixés	35,5		
Rapports sociaux au travail			

« Les collègues avec qui je travaille m'aident à mener mes tâches à bien »	« Pas d'accord » : 5,6 ; « Pas du tout d'accord » : 2		
« Les collègues avec qui je travaille sont amicaux »	« Pas d'accord » : 8,6 ; « Pas du tout d'accord » : 2,5		
Le supérieur hiérarchique accorde une grande importance à leur santé et à leur bien être	« Jamais » : 16,7 ; « Parfois » : 28,3		
Etre traité de façon équitable au travail	« Pas d'accord » : 12,3 ; « Pas du tout d'accord » : 7,4		
Travailler seul	« Toujours » : 12,8 ; « Souvent » : 23		
Impression de faire partie d'une équipe	« Parfois » : 12,6		
Désaccords avec la hiérarchie	« Souvent » : 15,5 ; « Parfois » : 54,1		
La direction décide seule des solutions qui lui semblent les mieux adaptées en cas de tensions ou de difficultés	36,7		
Situations de tension avec le public	60,5	69,1	49,9
Situations de tension avec leur(s) supérieur(s) hiérarchique(s)	30,8		
Situations de tension avec leurs collègues	30,1		
Situations de tension avec leurs subordonnés	30,6		
Victime d'agressions verbales de la part du public	33,8		
Victimes d'agressions physiques ou sexuelles de la part du public	7,3		
Victimes d'agressions verbales de la part de collègues ou supérieurs	16,1		
Victimes d'agressions physiques ou sexuelles de la part de collègues ou supérieurs	0,4		
Les ignore, fait comme s'ils/elles n'étaient pas là au cours des douze derniers mois	19,5		
Identité des auteurs de comportements hostiles chez les personnes ayant vécu au moins une situation difficile au cours des douze derniers mois	Une ou plusieurs personnes de leur organisation : 85,9 Un ou plusieurs clients, usagers, patients : 24,2		
Reconnaissance, insécurité et changements dans le travail			
« Vu tous mes efforts, je reçois le respect et l'estime que mérite mon travail »	« Pas d'accord » : 19,8 « Pas du tout d'accord » : 6,4		
« Vu tous mes efforts, mes perspectives de promotion sont satisfaisantes »	« Pas d'accord » : 29,3 « Pas du tout d'accord » : 19,5		
Reconnaissance du travail, rémunération compte tenu du travail réalisé	« Plutôt mal payés » : 43,2		
Crainte pour leur emploi dans l'année	18,7		
Pensent devoir changer de métier ou de qualification d'ici trois ans	20,1		
Crainte d'une mutation contre leur volonté	33,5		
Ne se sentent pas capables de faire le même travail jusqu'à la retraite	39,7		
Ne souhaitent pas faire le même travail jusqu'à la retraite	31,8		
Changement de poste ou de fonction au cours des douze derniers mois	20,4		
Changement dans l'organisation du travail	28,8		

*CDT : Conditions de Travail

**FPH : Fonction Publique Hospitalière

Annexe 2 : Carte de la répartition nationale des unités et services médicaux

Unités et services médicaux dédiés aux personnes détenues

Chaque établissement pénitentiaire dispose d'une unité sanitaire (à l'exception des CSL)

- 26 SMPR

- 8 UHSI

- 9 UHSA



VU

NANCY, le **15 septembre 2020**
Le Président de Thèse

NANCY, le **16 septembre 2020**
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Vincent LAPREVOTE

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ **11386C**

NANCY, le **22 septembre 2020**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur Pierre MUTZENHARDT

RÉSUMÉ DE LA THÈSE :

Les conditions de travail en milieu hospitalier sont marquées par une exposition croissante aux facteurs de risques psychosociaux. L'exercice professionnel en milieu carcéral est particulièrement concerné par ces risques, en raison de contraintes organisationnelles imposées par le cadre, mais également de l'exposition à la violence, sources d'une pénibilité physique et psychique. C'est dans ce contexte qu'a été réalisée l'étude EHCAU, une étude multicentrique transversale, destinée à explorer les conditions d'exercice et l'état de santé perçu des professionnels en exercice en milieu carcéral dans la région Grand Est. Des auto-questionnaires de qualité de vie (SF-12), d'anxiété-dépression, (HADS), de stress au travail (Karasek et Siegriest) et d'épuisement professionnel (MBI) ont été complétés. Les autres données recueillies étaient les caractéristiques relatives aux professionnels, concernant les données socio-démographiques et du poste de travail. Les analyses statistiques ont été réalisées sur l'échantillon total et dans des sous-groupes constitués en fonction du niveau de soins. Notre étude révèle que 7,8% des professionnels de notre échantillon sont en situation de burn-out. 57,5% d'entre eux présentent une altération d'au moins une des trois dimensions et sont donc à risque de développement d'une situation de burn-out à terme. Ces résultats nous amènent à recommander, pour ces professionnels, une évaluation répétée de leur qualité de vie au travail.

TITRE EN ANGLAIS : Prison healthcare in the Grand-Est area : Self-perceived health among professionals and conditions of practice.

THÈSE : MÉDECINE SPÉCIALITÉ - PSYCHIATRIE ANNÉE 2020

MOTS CLEFS : Risques psychosociaux, épuisement professionnel, santé perçue, milieu pénitentiaire, unités sanitaires.

UNIVERSITÉ DE LORRAINE**Faculté de Médecine de Nancy**

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
