



HAL
open science

Évaluation des risques psychosociaux et du stress chez les médecins généralistes régulateurs de MEDIGARDE en Moselle

Guillaume Delarbre

► **To cite this version:**

Guillaume Delarbre. Évaluation des risques psychosociaux et du stress chez les médecins généralistes régulateurs de MEDIGARDE en Moselle. Médecine humaine et pathologie. 2020. hal-03806016

HAL Id: hal-03806016

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03806016v1>

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>

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

Par

Guillaume DELARBRE

Le 27 Octobre 2020

Évaluation des risques psychosociaux et du stress chez les médecins généralistes régulateurs de MEDIGARDE en Moselle

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur P. DI PATRIZIO

Président du jury

M. le Professeur P.E BOLLAERT

Juge

M. Le Docteur L. MARTRILLE

Juge

Mme. la Professeure S. SIEGRIST

Juge et Directrice de la thèse

M. le Docteur F. BRAUN

Juge et Directeur de la thèse



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 : Dr 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 Jean-Bernard DUREUX - 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 - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER - Henry COUDANE - Jean-Pierre CRANCE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean-Bernard DUREUX - 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 - Michèle KESSLER - François KOHLER - Henri LAMBERT - 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 - 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 - 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 - Faïez ZANNAD

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Etienne ALIOT - Pierre BEY - Henry COUDANE - Serge BRIANÇON - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Michèle KESSLER - Alain LE FAOU - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Pierre VILLEMOT - Faïez 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 Gilles KARCHER – 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 Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER

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 LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

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

Professeure Marie MACHOUART

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

Professeur Bruno HOEN - Professeur Thierry MAY - 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^e 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

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

49^e 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 Jean-Pierre KAHN – 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^e 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 - Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

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

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^e 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 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^e 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 BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeure Adeline GERMAIN

3^e sous-section : (Néphrologie)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^e sous-section : (Urologie)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53^e 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^e sous-section : (Médecine générale)

Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

54^e 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 Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^e sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

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

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4^e 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

2° sous-section : (*Ophthalmologie*)

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

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE 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 Catherine MALAPLATE - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

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 (stagiaire)

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

Docteure Isabelle THAON

3° sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

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 (stagiaire)

4° sous-section : (*Génétique*)

Docteure Céline BONNET

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

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

Docteur Philippe GUERCI

2^{er} sous-section : (*Médecine intensive-réanimation*)

Docteur Antoine KIMMOUN

3^{er} 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^{er} sous-section : (*Neurochirurgie*)

Docteur Fabien RECH (stagiaire)

3^{er} sous-section : (*Psychiatrie d'adultes ; addictologie*)

Docteur Thomas SCHWITZER (stagiaire)

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

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

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51° Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{er} sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*)

Docteur Fabrice VANHUYSE

4^{er} sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire*)

Docteure Nicla SETTEMBRE

52° Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

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

Docteur Anthony LOPEZ

2^{er} sous-section : (*Chirurgie viscérale et digestive*)

Docteur Cyril PERRENOT

53° Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

3^{er} sous-section : (*Médecine générale*)

Docteure Kénora CHAU (stagiaire)

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

4^{er} sous-section : (*Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; Gynécologie médicale*)

Docteure Eva FEIGERLOVA

5^{er} sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)

Docteur Mikaël AGOPIANTZ (stagiaire)

55° Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

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

Docteur Patrice GALLET

=====
MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5° Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7° Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GÉNÉRALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19° Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

64° Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65° Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

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

66° Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

69^e Section : NEUROSCIENCES

Madame Sylvie MULTON

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Cédric BERBE

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
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)*

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS
(1996) *Université de Pennsylvanie (U.S.A)*
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

A notre Maître et Président de Thèse,

M. le Professeur Paolo DI PATRIZIO

Professeur des Universités de Médecine Générale

Vous nous faites l'honneur de présider cette thèse.

Nous vous sommes très reconnaissants d'avoir contribué à la réalisation de ce travail et d'avoir su prodiguer conseils et encouragements.

Puissiez-vous y trouver l'expression de notre profonde reconnaissance et de notre grand respect.

A notre Maître et Juge

M le Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT

**Professeur des Universités – Praticien Hospitalier de Réanimation
Médicale**

Vous nous faites l'honneur de juger ce travail.

Nous vous remercions très sincèrement d'avoir accepté de juger notre travail. Puissiez-vous y trouver le témoignage de notre vive reconnaissance.

A notre Maître et Juge

M le Docteur Laurent MARTRILLE

**Maître de Conférence des Universités – Praticien Hospitalier de
Médecine Légale et Droit de la Santé**

Nous vous remercions très sincèrement d'avoir accepté de juger notre travail.

Puissiez-vous y trouver le témoignage de notre profond respect.

Nous vous remercions très sincèrement d'avoir accepté de juger notre travail. Puissiez-vous y trouver le témoignage de notre vive reconnaissance.

A notre Maître, Juge et Directeur de Thèse

Mme la Professeure Sophie SIEGRIST

Professeure des Universités de Médecine Générale

Vous nous faites l'honneur d'encadrer et de juger ce travail.

Nous vous sommes très reconnaissants d'avoir contribué à la réalisation de cette étude et d'avoir su prodiguer conseils et encouragements.

Veillez trouver ici l'expression de nos sincères remerciements et de notre profond respect.

A notre Juge et Directeur de Thèse

M le Docteur François BRAUN

**Docteur en Médecine, Praticien Hospitalier et Chef de Service au
SAMU du CHR Metz-Thionville**

Vous nous avez fait l'honneur de nous confier ce travail et de nous guider tout au long de son élaboration et d'avoir su prodiguer conseils et encouragements.

Nous avons beaucoup appris à votre contact. Votre grande compétence et vos qualités humaines resteront toujours pour nous un exemple.

Recevez à travers ce travail nos remerciements et l'expression de notre plus profond respect.

A l'équipe médicale des services de Médecine A, Médecine B, Urgences et Cardiologie de l'hôpital de Neufchâteau :

M. le Docteur Gérard TRAUTMANN, Mme le Docteur Aline BUREL, M le Docteur Patrick DOUART, Mme le Docteur Mathilde SANTANGELO, M le Docteur Paul SANTANGELO, M le Docteur Dragos GOSPEI, Mme le Docteur Christelle DOUART-LEGER, Mme le Docteur Virginie BORDMANN, Mme le Docteur Delphine CHRISTOPHE, Mme le Docteur Christine MICHON-COUR, Mme le Docteur Nathalie POLINE-KOLODZIEJ, Mme le Docteur Laury HAKMOUN, Mme le Docteur Véronique- THUUS

Et à mes co-internes :

Emmanuel GENET, Amélie CADIOT, Elodie GERARD, Marc CONNORD, Maria GRYLLAKI

A **Mme le Docteur Véronique DERIN**, médecin généraliste à Verdun, Meuse

A **M le Docteur Sébastien FAYON**, médecin généraliste à Dombasle-en-Argonne, Meuse

A l'équipe médicale du Service d'Accueil des Urgences de l'Hôpital de Mercy

M le Docteur François BRAUN, M le Docteur Thomas SCHMUTZ, Mme le Docteur Pauline TROGNON, M le Docteur Michel AUSSEDT, M le Docteur Sylvain AMBARD, M le Docteur Elies ANDRE, Mme le Docteur Anaïs BAUER, Mme le Docteur Zohra BOUROUIS, M le Docteur Stéphane CHATEAUX, Mme le Docteur Marie DEUTSCHER, Mme le Docteur Camille DIB, Mme le Docteur Anne-Charlotte DIDAUX, Mme le Docteur Lorraine FERRER, M le Docteur Jean-Luc GREINGOR, Mme le Docteur Nazmine GULER, M le Docteur Mathieu HOFFMANN, M le Docteur Ahmed LAROUI, M le Docteur Sébastien MAHLER, Mme le Docteur Olivia MECHTOUFF, M le Docteur Christian NIZIOLEK, M le Docteur Christophe ROTHMANN, Mme le Docteur Simone RUHLMANN, Mme le Docteur Amandine SCHNEE, M le Docteur André VIARD, M le Docteur Patrick WALKOWIAK, M le Docteur Emmanuel WEBER, Mme le Docteur Sandrine WEBER, M le Docteur Maxime ZIMMERMANN, Mme le Docteur Pauline FRIARD, Mme le Docteur Idalie GARDEUR, Mme le Docteur Anaïs GAUFER, M le Docteur Jérémy HAAS, M le Docteur Khaled HABCHI, Mme le Docteur Naïma KARA, Mme le Docteur Aline REMILLON, M le Docteur Nicolas NIEDER, M le Docteur Yvon BARTOLOMUCCI, M le Docteur Marc MILLER, Mme le Docteur Alice SAMSEL, Mme le Docteur Anne Isabelle PIERRON, M le Docteur Jean-Sébastien MATTE

Et à mes co-internes :

Thomas GLATT, Benjamin BAESEL, Arnaud BEUREY, Charles GENTILHOMME, Amandine LE MANER, Céline MOTTE, Florence PERISSE, Eve POILANE

A l'équipe médical du Service de Cardiologie de l'hôpital de LUNEVILLE

M le Docteur Jean-Luc WEBER, M le Docteur Olivier FERRY, M le Docteur Georges GOUDOTE

A mes co-internes :

Aline CRAPSKY, Jean Charles MESSERLIN, Adrien BASSAND, Emmanuelle BRARD

A l'équipe médicale du Service de Pédiatrie de l'Hôpital de Mercy

M le Docteur Nicolas BILLAUD, Mme le Docteur Julie AUGER, M le Docteur Vladimir GOMOLA, M le Docteur Sébastien KIEFER, Mme le Docteur Carole NRECAJ, Mme le Docteur Idalie GARDEUR, Mme le Docteur Lorraine THOMESSE, Mme le Docteur Frédérique WERTS, Mme le Docteur Claire BILBAULT, Mme le Docteur Claire WATELET, Mme le Docteur Aurore FLORENTIN

Et à mes co-internes :

Justine XELOT-MOUTON, Lisa OHAYON, Mohamed BELAREDJ, Marie BURBAUD

A l'équipe médicale du Centre de Traitement des Brûlés de l'Hôpital de Mercy

Mme le Professeur Marie-Reine LOSSER, M le Docteur Hervé CARVIN, M le Docteur Sébastien GETTE, M le Docteur Aubin KPODJI, M le Docteur Hassan HEYOUF, M le Docteur Gaëtan GENCO, M le Docteur Nicolas DESSALLES

**A l'ensemble des médecins régulateurs de MEDIGARDE 57 et notamment à M. le Docteur
Alain PROCHASSON, Président de l'Association Départementale Permanence des Soins.**

A **Claire**, aucun mot n'est suffisant pour exprimer mes sentiments et mon amour pour toi, laisse-moi tout de même essayer. Merci de ta présence, merci de ton soutien, merci surtout de ta patience. Tu m'apportes amour et réconfort, tu es la lumière de ma vie depuis notre première rencontre il y a quelques années maintenant. Ce n'est que le début de nombreuses années de bonheur et de complicité dans notre cocon avec Jaffar et Bunny. Il y aura toujours des épreuves, mais rien ne me fait peur avec toi. Je t'aime, tu es la femme de ma vie.

A mes parents, **Evelyne et Didier**, merci de votre bienveillance, de votre soutien et de vos encouragements toutes ces années. Sans vous, rien de tout cela n'aurait été possible. Je sais que vous avez fait des choix et des sacrifices pour me permettre d'en arriver là aujourd'hui. Je vous serai éternellement reconnaissant. Merci pour tout. J'espère vous rendre fiers !
Bonne retraite Papa !

A mon petit frère, **Théo**, merci de ta présence, nos batailles et nos parties de jeux me manquent. Je serai toujours là pour toi frangin !

A la mémoire de **Claude**, mon grand-père, je n'oublierai jamais nos mercredis dans l'atelier, tu me manques. Tu serais fier.

A ma grand-mère **Monique**, merci de ton soutien, je n'oublierai jamais ces assiettes améliorées du mercredi.

A ma grand-mère **Annie**, je me souviens t'avoir vu pleurer quand j'ai eu mon concours de première année. Qu'en sera-t-il lors de la soutenance ? Merci pour tes encouragements

A mon grand-père **Jean-Pierre**, cascadeur, tu as toujours su me faire rire, j'en veux encore à mes parents de n'avoir pas recousu les trous de manches de mes chemises ! Merci pour ta bonne humeur et ton soutien.

A mes **tantes, oncles, cousines et cousins** et à toute **ma famille**.

A **Marie Paule**, peut-être un jour ma belle-mère ! Merci pour votre présence et votre soutien. La vie n'est pas facile tous les jours, vous en savez quelque chose, mais nous serons toujours là avec Claire. Ensemble on est plus fort !
PS : Bientôt la Martinique !

A **Romain**, merci pour tous vos bons conseils et pour votre aide. Vive la moustache !

A **Simone**, merci pour votre gentillesse et votre franc parler. Vous savez toujours trouver les mots.

A la mémoire de **Lucien**, parti trop tôt. Vous avez laissé un grand vide. Merci pour ces moments de bonheur partagés.

A **Thibaut**, le maître de Super Smash Bros, tu en as rêvé ? La voici, en photo !



A mes amis qui me manquent :

Cyril, mon p'tit belge !

Jenny, ma mémé !

Anne-Sophie

Diane

Greg

Adrien

Justine

Aurore, Marine, Virginie, Candice

Et tous les autres.

A mes collègues et anciens collègues.

Serment

« Au moment d'être admis 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.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu 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 déshonoré et méprisé si j'y manque ».

Table des matières

RESUME	26
LISTE DES ABREVIATIONS	27
LISTE DES FIGURES	28
LISTE DES TABLEAUX	29
A. PRESENTATION DU SUJET	30
A.1. LE STRESS	30
A.1.1. <i>Définitions</i>	<i>30</i>
A.1.2. <i>Différents modèles.....</i>	<i>31</i>
A.1.3. <i>Le stress professionnel</i>	<i>32</i>
A.1.4. <i>Manifestations cliniques liées au stress</i>	<i>34</i>
A.2. LES RISQUES PSYCHOSOCIAUX (RPS).....	38
A.2.1. <i>Définition.....</i>	<i>38</i>
A.2.2. <i>Cadre législatif.....</i>	<i>38</i>
A.2.3. <i>RPS et Enquêtes françaises.....</i>	<i>39</i>
A.2.4. <i>Collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psychosociaux au travail.....</i>	<i>40</i>
A.3. LA REGULATION MEDICALE.....	43
A.3.1. <i>Définition.....</i>	<i>43</i>
A.3.2. <i>Principes généraux.....</i>	<i>43</i>
A.3.3. <i>La permanence des soins.....</i>	<i>45</i>
A.3.4. <i>L'aide médicale urgente</i>	<i>45</i>
A.3.5. <i>Organisation de la régulation médicale en Moselle.....</i>	<i>45</i>
B. ARTICLE.....	47
B.1. INTRODUCTION	47
B.2. MATERIEL ET METHODES	47
B.2.1. <i>Type d'étude et population concernée.....</i>	<i>47</i>
B.2.2. <i>Objectifs</i>	<i>47</i>
B.2.3. <i>Matériel.....</i>	<i>48</i>
B.2.4. <i>Méthode d'analyse</i>	<i>50</i>
B.3. RESULTATS.....	52
B.3.1. <i>Données générales.....</i>	<i>52</i>
B.3.2. <i>Questionnaire SPPN</i>	<i>57</i>
B.3.3. <i>Questionnaire RPS DU.....</i>	<i>59</i>
B.3.4. <i>Questionnaire MBI.....</i>	<i>66</i>
B.3.5. <i>EVA et appels régulés.....</i>	<i>67</i>
B.4. DISCUSSION	71
B.4.1. <i>Population étudiée.....</i>	<i>71</i>
B.4.2. <i>Résultats concernant le stress et le Burn Out</i>	<i>71</i>
B.4.3. <i>Résultats pour les risques psychosociaux</i>	<i>73</i>
B.4.4. <i>Apport des autres données générales.....</i>	<i>74</i>
B.4.5. <i>EVA et appels régulés.....</i>	<i>75</i>
B.4.6. <i>Limites de l'étude.....</i>	<i>76</i>
B.5. CONCLUSION ET PERSPECTIVES.....	78
C. BIBLIOGRAPHIE.....	79
ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE.....	88
ANNEXE 2 : RESULTATS COMPLEMENTAIRES CONCERNANT L'ANALYSE DES APPELS.....	104

Résumé

Introduction : Le stress et les risques psychosociaux (RPS) font l'objet d'une recherche de plus en plus étoffée dans le milieu médical. Cependant, la régulation médicale concerne une part réduite de praticiens, ce qui est encore plus marqué lorsque l'on s'intéresse aux médecins généralistes régulateurs, avec une littérature quasi inexistante.

Objectif : Ce travail cherche à évaluer le niveau de stress et à identifier les risques psychosociaux liés au travail des médecins généralistes régulateurs libéraux de MEDIGARDE 57.

Méthode : Etude quantitative transversale avec utilisation d'auto-questionnaires auprès des médecins généralistes régulateurs libéraux de MEDIGARDE 57.

Résultats : Dans une première partie, les médecins régulateurs ont répondu à différents questionnaires afin d'évaluer le stress professionnel et les RPS. Ensuite, différentes données ont été collectées dont une EVA, dite de stress, après chaque appel en régulation. 17 praticiens ont participé à cette étude (74% de répondant) et 414 appels analysés. La prévalence du Burnout évaluée par le questionnaire MBI était de 18%. Deux dimensions des RPS posaient principalement problèmes aux médecins généralistes régulateurs : « Exigence émotionnelle » et « Horaires de travail difficiles ». L'EVA moyenne pour l'ensemble des appels était de 1,69 avec un écart type de 1,21. La grande majorité des décisions prises en régulation étaient un conseil médical et l'intervention d'un médecin libéral de garde.

Conclusion : Les résultats de cette étude montraient que les médecins généralistes régulateurs semblaient moins stressés que leurs homologues n'exerçant pas la régulation médicale, avec un niveau d'accomplissement personnel élevé et un épuisement émotionnel moins important. L'activité régulation médicale en tant qu'activité hors soins au cabinet semblait être liée à cette différence de même que la satisfaction des professionnels. D'autres travaux seraient nécessaires afin de confirmer ou non ces données et d'identifier les facteurs favorisant le bien-être au travail.

Liste des abréviations

ADPS57 : Association Départementale Permanence de Soins 57
AMU : Aide Médicale Urgente
AP : Accomplissement Personnel
AP-HP Assistance Publique - Hôpitaux de Paris
ARM : Assistant de Régulation Médicale
ARS : Agence Régionale de Santé
CHR : Centre Hospitalier Régional
CHU Centre Hospitalier Universitaire
CNOM Conseil National de l'Ordre des Médecins
CRRR : Centre de Réception et de Régulation des Appels
DARES : Direction de l'Animation de la Recherche, des Etudes et des Statistiques
DGAFP : Direction Générale de l'Administration et de la Fonction Publique
DP : Dépersonnalisation
DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EE : Epuisement Emotionnel
EVA : Echelle Visuelle Analogique
HAS : Haute Autorité de Santé
HPST : Hôpital Patient Santé Territoire
INRS Institut National de Recherche et de Sécurité
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
MBI : Maslach Burnout Inventory
ORL : Oto-Rhino-Laryngologique
PDSA : Permanence des Soins Ambulatoires
RPS : Risques Psychosociaux
RPS-DU : Risque Psychosociaux – Document Unique
SIS : Service d'Incendie et de Secours
SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SPPN : Stress Professionnel Positif et Négatif
TMS : Troubles musculosquelettiques
URML Union Régionale des Médecins Libéraux

Liste des figures

<i>Figure 1 : Représentation des effectifs par tranche d'âge</i>	52
<i>Figure 2 : Représentation de type « box plot » de la répartition de l'ancienneté des médecins régulateurs ...</i>	53
<i>Figure 3 : Représentation des effectifs en fonction de la part prise par la régulation médicale au regard de leur activité professionnelle globale</i>	54
<i>Figure 4 : Représentation des effectifs de réponse positive pour chaque élément de motivation proposé</i>	55
<i>Figure 5 : Représentation graphique de la satisfaction exprimée par les participants quant à leur activité de régulation médicale.</i>	56
<i>Figure 6 : Scores moyens de stress et de stimulation chez les médecins généralistes régulateurs</i>	57
<i>Figure 7 : Distribution des scores pour la dimension "Stimulation"</i>	58
<i>Figure 8 : Distribution des scores pour la dimension "Stress"</i>	58
<i>Figure 9 : Représentation graphique des réponses par niveau d'intensité des facteurs de risque pour la dimension « Intensité et complexité du travail ».</i>	59
<i>Figure 10 : Représentation graphique des réponses par niveau d'intensité des facteurs de risque pour la dimension « Horaire de travail difficile ».</i>	60
<i>Figure 11 : Représentation graphique des réponses par niveau d'intensité des facteurs de risque pour la dimension « Exigence émotionnelle ».</i>	61
<i>Figure 12 : Représentation graphique des réponses par niveau d'intensité des facteurs de risque pour la dimension « Faible autonomie au travail ».</i>	62
<i>Figure 13 : Représentation graphique des réponses par niveau d'intensité des facteurs de risque pour la dimension « Rapports sociaux au travail dégradés ».</i>	63
<i>Figure 14 : Représentation graphique des réponses par niveau d'intensité des facteurs de risque pour la dimension « Conflits de valeurs ».</i>	64
<i>Figure 15 : Représentation graphique des réponses par niveau d'intensité des facteurs de risque pour la dimension « Insécurité de l'emploi et du travail ».</i>	65
<i>Figure 16 : Représentation de type « box plot » de la répartition des scores obtenus pour chaque dimension du Burnout.</i>	66
<i>Figure 17 : Représentation du nombre d'appels en fonction de l'EVA</i>	68

Liste des tableaux

<i>Tableau 1 : Interaction entre les 2 déterminants du modèle de Karasek.....</i>	<i>33</i>
<i>Tableau 2 : Niveau de score pour chaque dimension du burnout.....</i>	<i>37</i>
<i>Tableau 3 : Synthèse des niveaux et interprétation des scores de stimulation et de stress</i>	<i>50</i>
<i>Tableau 4 : Correspondance entre cotation des réponses et niveau d'intensité des facteurs de risque</i>	<i>51</i>
<i>Tableau 5 : Effectif des médecins généralistes régulateurs en fonction du score pour chaque dimension de burnout.....</i>	<i>66</i>
<i>Tableau 6 : Nombre d'appels en fonction du motif d'appel.</i>	<i>67</i>
<i>Tableau 7 : Nombre d'appels en fonction de la décision prise.....</i>	<i>67</i>
<i>Tableau 8 : Nombre d'appels et répartition de l'EVA en fonction de la tranche d'âge</i>	<i>68</i>
<i>Tableau 9 : Nombre d'appels et répartition de l'EVA en fonction du motif d'appel.....</i>	<i>69</i>
<i>Tableau 10 : Nombre d'appels et répartition de l'EVA en fonction de la décision prise.....</i>	<i>70</i>
<i>Tableau 11 : Répartition des motifs d'appels en fonction de la tranche d'âge du requérant.....</i>	<i>104</i>
<i>Tableau 12 : Répartition des décisions prises en fonction de la tranche d'âge du requérant.</i>	<i>104</i>
<i>Tableau 13 : Répartition des décisions prises en fonction du motif d'appel.</i>	<i>105</i>
<i>Tableau 14 : Répartition des motifs d'appels en fonction de la décision prise.</i>	<i>106</i>

A. Présentation du sujet

A.1. Le stress

A.1.1. Définitions

A.1.1.1. Histoire du terme « stress »

L'étymologie du mot stress est latine : « stringere » qui signifie étreindre, serrer, lier, pincer, blesser. La première utilisation de ce terme dans la langue française remonte au XXème siècle, alors que les anglo-saxons l'utilisent dès le XVIIème siècle. Il désigne la souffrance, la privation, les conséquences d'une vie considérée comme difficile. Au XVIIIème siècle, son utilisation évolue et le terme stress est utilisé pour définir l'agent le créant.

Cette opposition entre définition du stress par l'agent causal ou les conséquences que l'on retrouve dans l'histoire n'est toujours pas élucidée, comme le montrent ces définitions du stress que l'on retrouve dans ces deux ouvrages grand public :

- Selon le dictionnaire Larousse : le stress est défini comme un « état réactionnel de l'organisme soumis à une agression brusque ».
- Selon l'encyclopédie Universalis : le terme stress, utilisé dans le champ de la physique, désigne la contrainte exercée sur un matériau, qui, si elle est excessive ou si le matériau est fatigué, entraîne un risque de déformation ou de rupture.

Le stress comme agent causal, se base sur une définition biologique, alors que le stress dans sa définition psychologique est une variable relationnelle entre l'individu et la situation.

A.1.1.2. Biologique

La définition biologique du stress se réfère au principe de l'homéostasie. En effet, l'homéostasie est un processus physiologique qui permet de maintenir certaines constantes du milieu intérieur d'un organisme.

Le stress se définit par la réponse de l'organisme à toute demande extérieure qui lui est faite, dans une finalité d'adaptation(1). Il s'agit d'un schéma stimulus-réponse que l'on retrouve dans le Modèle de Selye que nous détaillerons ci-dessous.

A.1.1.3. Psychologique

Dans le domaine de la psychologie, le stress ne peut être considéré comme un événement isolé intervenant sur un organisme.

Lors d'un colloque concernant le stress et l'immunité, le Dr J.M. THURIN définit le stress comme « processus psychosomatique, impliquant un environnement particulier qui interagit avec lui » (2).

C'est dans les années 70 que les travaux sur le stress ont montré qu'il s'agit d'un processus multifactoriel, mettant en jeu notamment la personnalité de l'individu, le rôle de « processus cognitif » et de l'environnement.

Cette approche souligne donc l'importance du stress perçu. Richard Lazarus explique que le stress fait référence à « une demande qui dépasse les ressources disponibles auprès de la personne concernée même de façon non consciente », comme on le verra par la suite en développant le modèle transactionnel de Lazarus et Folkman.

A.1.2. Différents modèles

A.1.2.1. *Modèle de Selye(1,3–5)*

Hans Selye, médecin canadien d'origine hongroise est considéré comme le « père » du stress. Alors qu'il est encore étudiant en médecine à l'Université de Prague dans les années 1920, il est intrigué par ce qui est alors nommé « syndrome général de maladie ». En 1936, dans un article publié dans Nature, Selye décrit les « réponses non spécifiques » provoquées par un agent agressif physique.

C'est en 1956 que Hans Selye publie un modèle théorique basé sur le « Syndrome Général d'Adaptation », composé de trois phases.

La première phase est une phase de mobilisation des ressources, notamment hormonales. Il s'agit d'une réaction d'alarme.

Par la suite, une phase de compensation se met en place lorsque les moyens de défenses sont rechargés. L'individu s'adapte donc à la situation.

Lorsque les possibilités d'adaptation de l'individu sont dépassées, alors que la situation d'agression persiste, la troisième phase se met en place : l'épuisement. Les capacités biologiques et physiologiques sont dépassées. Si l'agression persiste, les conséquences pour l'individu et l'organisme sont négatives avec un retentissement psychique et organique.

Ce modèle est donc unidirectionnel et ne prend pas en compte les variabilités interindividuelles. D'autres modèles ont donc été développés.

A.1.2.2. *Modèle de Lazarus et Folkman (1,6–8)*

Afin de dépasser le modèle de Hans Selye, Lazarus et Folkman ont développé et publié en 1984 un modèle interactionniste qui intègre une dimension cognitive permettant la mise en place de processus dynamiques, et donc, de tenir compte des variabilités interindividuelles.

Lazarus explique que le stress d'un individu face à une situation donnée fait référence à « une demande qui dépasse les ressources disponibles auprès de la personne concernée même de façon non consciente ». On appellera « agent de stress » les événements ou situations entraînant des réactions et des comportements d'ajustement, le stress étant la résultante de l'appréhension individuelle de la situation et de la réaction.

Dans le modèle de Lazarus et Folkman, trois variables interviennent dans l'évaluation du stress :

- Les prédicteurs, qui peuvent être personnels (caractéristiques psychologiques de l'individu) ou contextuelles (caractéristiques sociales, agents de stress antérieurs)
- Les médiateurs que sont, entre autres, le stress perçu, le contrôle perçu, l'environnement social.
- Les effets qui peuvent être somatiques, émotionnels ou cognitifs.

Une première évaluation d'une situation potentiellement stressante permet à l'individu d'évaluer l'enjeu de la situation qui peut être une perte/préjudice, une menace, ou un défi. Cette évaluation permet d'évaluer le stress perçu.

Ensuite, l'individu réalise une seconde évaluation dont le but est d'identifier les ressources disponibles pour faire face aux exigences de la situation potentiellement stressante. Ces ressources peuvent être personnelles, relationnelles ou organisationnelles.

Ces deux évaluations permettent la mise en place de stratégies d'adaptation, dites de « coping ». Elles peuvent être actives et l'individu met en place des stratégies afin de résoudre la ou les sources de stress. A l'opposé, elles peuvent être passives et se centrent sur les émotions afin d'atténuer, voire faire disparaître les tensions liées à la ou les sources de stress. La troisième possibilité est celle de l'évitement. Notons que ces stratégies de « coping » ne sont pas exclusives les unes des autres et peuvent coexister.

A.1.3. Le stress professionnel

A.1.3.1. Histoire (9)

Les conséquences du travail ont d'abord été explorées dans leur retentissement physique notamment dans les premières heures de l'ergonomie. Par la suite, le retentissement mental a été étudié notamment grâce aux méthodes de la « double charge ». Dans les années 1970, l'INRS propose son expertise sur le sujet dans le secteur industriel.

Parallèlement à l'évolution des modes de pensée concernant le stress, sa prise en compte est de plus en plus la règle. En 1994, l'importance du problème pousse l'Europe à créer « l'Agence Européenne pour la santé et la sécurité au travail » qui rédigera un rapport en 1999 intitulé « Manuel d'orientation sur le stress lié au travail »(10). En 2004, un « Accord-cadre européen sur le stress au travail »(11) sera rédigé et devra être transposé dans le droit de chaque pays de l'Union, ce que la France fera en 2008.

A.1.3.2. Définition

Le stress dans le cadre professionnel a été défini par l'Agence Européenne pour la sécurité et la santé au travail (12) de la façon suivante : « un état de stress survient lorsqu'il y a déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face. Bien que le processus d'évaluation des contraintes et des ressources soit d'ordre psychologique, les effets du stress ne sont pas, eux, uniquement de même nature. Ils affectent également la santé physique, le bien-être et la productivité »

Cette définition mélange certains aspects du travail de Selye en définissant le stress comme un état, et d'autres aspects du modèle de Lazarus et Folkman avec un processus d'évaluation d'ordre psychologique.

A la manière du stress, des modèles plus spécifiques au stress professionnel ont été développés.

A.1.3.3. Modèles de stress au travail

A.1.3.3.1. Modèle de Karasek(13,14)

Le modèle de Karasek a été initialement proposé en 1979 par Robert A. Karasek, psychologue américain, professeur à l'Université de Massachussetts. Il sera ensuite complété avec la participation du Professeur Töres Theorell, d'origine Suédoise, et aboutit à la publication d'un livre en 1990 (14).

La description historique de ce modèle met en avant 2 déterminants :

- La latitude décisionnelle, combinant à la fois degré de contrôle et autonomie décisionnelle
- La demande psychologique, association de la charge psychologique et de l'exécution des tâches (en termes de quantité, de complexité des tâches, et de contraintes temporelles)

Les différentes combinaisons des niveaux de la demande et de la latitude conduisent à quatre situations de travail. L'hypothèse est qu'un niveau élevé de latitude de décision ou de contrôle permet de réduire les effets négatifs des demandes de l'environnement professionnel sur la santé. Karasek définit une situation dite du « job strain » qui est la combinaison d'une forte demande psychologique et d'une faible latitude décisionnelle, ce qui conduit à une situation particulièrement à risque. A contrario, une demande forte de l'environnement professionnel peut être modérée par un niveau élevé de latitude de décision.

		Demande psychologique	
		Faible	Elevée
Latitude de décision	Faible	Travail passif	« Job Strain » Travail à forte tension
	Elevée	Travail à basse tension	Travail actif

Tableau 1 : Interaction entre les 2 déterminants du modèle de Karasek.

A ce modèle bidimensionnel, s'ajoute, dans les années 1990, une troisième dimension qu'est le soutien social. Ceci confirme l'incidence des variables psychosociales dans l'évaluation de l'intensité de stress perçu. Le soutien social correspond, dans les faits, à l'aide et la reconnaissance des collègues et du supérieur hiérarchique. La combinaison du « Job Strain » et de l'isolement social définit une nouvelle situation nommée « iso-strain » qui semble être la plus délétère dans ses effets sur la santé.

Le modèle de Karasek a été utilisé et a rapidement permis en 1981, soit 2 ans après sa publication, de mettre en lien « job strain » et effet sur la santé cardiovasculaire (15). Les résultats seront confirmés par des méta-analyses dans les années 2000, comme dans l'étude réalisée par Kivimäki et coll. en 2006 qui retrouve un risque relatif de 1,43 (IC à 95% 1,15-1,84) entre l'association « job strain » et maladie cardiovasculaire (16). Les conséquences sur la santé mentale ne seront pas laissées de côté, mais feront l'objet, de la part de Stansfeld et Candy, d'une méta-analyse qu'ils publieront en 2006 en se basant sur le modèle de Karasek (17).

Notons que ce modèle a donné lieu à la construction de questionnaires validés en français et dans d'autres langues. Cependant, ils n'ont été validés uniquement pour une population salariée, à l'inverse des travailleurs indépendants pour lesquels aucun questionnaire n'a été validé (7).

Bien que longtemps utilisé comme référence, ce modèle présente certaines limites (notamment l'absence de prise en compte de la demande émotionnelle ou des processus d'apprentissage) si bien que d'autres modèles feront leur apparition afin de combler ces lacunes.

A.1.3.3.2. Modèle de Siegrist(1,7,18,19)

Johannes Siegrist, Professeur de sociologie médicale, sera à l'origine de la publication d'un modèle auquel il donnera son nom, et dont le postulat est le suivant : le stress résulte d'un déséquilibre entre efforts qu'une personne consent à fournir et les récompenses qu'elle reçoit en retour. Ce modèle sera plus communément nommé modèle du déséquilibre efforts-récompenses (effort-reward imbalance – ERI). Les 2 composantes principales de ce modèle sont donc les efforts et les récompenses.

Concernant les efforts, ceux-ci peuvent être : extrinsèques et correspondants aux exigences psychologiques (liés aux contraintes de temps, interruptions, responsabilités, heures supplémentaires...) ; intrinsèques, (liées à la personnalité besoin d'approbation, compétitivité ...).

Les récompenses peuvent être monétaires (salaires, primes...), organisationnelles avec le degré de contrôle de la situation professionnelle (perspectives de promotion, sécurité de l'emploi...), relationnelles avec l'estime reçue de la part des collègues et des supérieurs.

Selon Siegrist, l'exposition à un déséquilibre entre des efforts élevés et des récompenses faibles constitue un facteur de risque pour la santé.

Les principales critiques concernant ce modèle concernent le manque de précision des deux dimensions efforts et récompenses, et l'absence de prise en compte de certains aspects des deux dimensions comme la surcharge de travail, augmentation de la concurrence...

Comme pour le modèle de Karasek, le modèle de Siegrist a permis d'établir des questionnaires validés qui ont régulièrement été mis à jour : 1996 (20), 2004 (20), 2009 (21), et de nombreuses études ont été élaborées en se basant sur ce modèle. Les mêmes méta-analyses, réalisées en 2006, évoquées dans le paragraphe précédent, par Kivimäki et coll. concernent les conséquences cardio-vasculaires et par Stansfeld et Candy concernent les conséquences sur la santé mentale.

A.1.4. Manifestations cliniques liées au stress

A.1.4.1. Manifestations somatiques

A.1.4.1.1. Cardio-vasculaires

A.1.4.1.1.1. Quelques données de la littérature

Les pathologies cardio-vasculaires sont la première cause de décès des pays industrialisés. La littérature est riche en articles étudiant la relation entre stress et effets cardio-vasculaires. Ces effets peuvent être soit directs (systèmes neuroendocriniens, système nerveux autonome), soit indirects (les changements que le stress peut induire concernant certains comportements de santé et donc sur les facteurs de risques cardio-vasculaires.(7))

Un exemple a été développé en 1997 dans le Journal de l'American College of Cardiology : « Population-Based Analysis of the Effect of the Northridge Earthquake on Cardiac Death in Los Angeles County, California » (22). Dans cet article, les auteurs montrent que la mortalité d'origine cardio-vasculaire (regroupant les cardiopathies ischémiques et les pathologies cardio-vasculaires liées à l'athérosclérose) a significativement augmenté en passant de 73 décès avant le tremblement de terre à 125 le jour de l'accident ($p < 0.00001$). On notera une diminution significative 14 jours après cet événement. Les auteurs concluent que, quand une population est soumise à un stress environnemental intense, il existe une augmentation de la mortalité cardio-vasculaire.

Ces données sont confirmées par un travail de Kario et coll. « Earthquake and Cardiovascular Disease » réalisé en 2003 (23). Cependant, la diminution de la mortalité après le tremblement de terre n'a pas été observée dans les autres études, au contraire, puisque l'augmentation persiste quelques semaines pour les autres études mentionnées dans l'article (tremblement de terre d'Athènes, Newcastle en Australie, Hanshin-Awaji). Concernant celui d'Hanshin-Awaji, l'augmentation a même été observée pendant au moins 1 mois. Les auteurs émettent deux hypothèses explicatives : une différence de population ou une différence de durée du stress.

En 2004, Rosengren et coll. ont publié les résultats de l'étude *Interheart* (24), menée dans 52 pays. Il s'agit d'une étude cas témoin qui évalue l'association entre exposition aux facteurs de stress global et risque d'infarctus du myocarde. Les résultats montrent un risque accru d'infarctus du myocarde aigu lié aux stressés en général sur plusieurs périodes OR=1,45 (99% IC 1.30–1.61) et au stress permanent au travail OR=2,17 (99% IC 1.84–2.55).

Plusieurs méta-analyses rapportent des résultats la plupart du temps positifs quant à l'association entre morbidité cardio-vasculaire et exposition aux facteurs de stress. On notera les résultats de l'analyse de Belkic et coll en 2004 (25) où sur 11 études longitudinales, 8 montrent des relations positives statistiquement significatives, et 3 des relations non significatives, et 6 des 9 études cas-témoins montrent des relations positives statistiquement significatives. Ils soulignent de plus que la plausibilité biologique corrobore l'hypothèse du job strain comme facteur de risque cardio-vasculaire majeur. La méta-analyse de Kivimäki et coll. (16), évoquée ci-dessus, retrouve un risque relatif de 1,43 (IC à 95% 1,15-1,84) entre l'association « job strain » et maladie cardio-vasculaire.

A.1.4.1.1.2. Les pathologies concernées

Les deux principaux types de pathologies cliniques concernées sont :

- Les pathologies coronariennes (7,24), dont font partie la mort subite, l'infarctus du myocarde et l'angine de poitrine.
- Les maladies vasculaires, avec en premier lieu les accidents vasculaires cérébraux (AVC)(7).

Notons que l'athérosclérose tient un rôle important, que ce soit pour les maladies vasculaires ou coronariennes. Pour Black et Garbutt, dans un article de 2002(26), le stress favorise les réactions inflammatoires endothéliales responsables de l'athérosclérose. Les auteurs estiment que l'inflammation liée au stress pourrait être responsable des lésions d'athérosclérose chez 40% des patients sans autres facteurs de risque.

Le stress peut aussi avoir un impact sur les facteurs de risques cardio-vasculaires.

A ce titre, l'effet du stress sur la tension artérielle a été démontré à plusieurs reprises. Une étude, réalisée à partir d'une partie de la cohorte BELSTRESS, Clays et coll. (27), montre une association, indépendante des autres variables, entre pression artérielle (utilisation de la mesure ambulatoire de la pression artérielle pendant 24 heures) et « job strain » et ce, tout au long d'une journée, en tenant compte des périodes de sommeil. On retrouve des résultats similaires dans de nombreuses études précédemment réalisées. On retiendra celle publiée par Schnall et coll. (28) dans la revue « Hypertension » de l'American Heart Association où le « job strain » est associé (dans un modèle d'analyse de covariance et après ajustement) à une augmentation de la pression artérielle systolique de 6,8mmHg (F=10,3 ; p=0,002) et à une augmentation de 2,8mmHg (F=5 ; p=0,03) au travail. Lors des périodes de sommeil, cette augmentation persiste de manière significative (6,2 ; F=7,6 ; p=0,006) en ce qui concerne la pression artérielle systolique.

Concernant l'obésité, l'article de Brunner et coll. basé sur la cohorte Whitehall II (29) met en évidence une relation dose-effet entre le « job strain » et le risque d'obésité générale et d'obésité centrale largement indépendant des autres covariables. Cet effet est moins marqué chez les femmes que chez les hommes.

De même, Kouvonen et coll. (16) ont montré que l'association entre le « job strain » et le nombre de comportements de santé à risque (tabagisme, consommation d'alcool excessive, indice de masse corporelle > 25 et sédentarité) augmentait de manière statistiquement significative.

A.1.4.1.2. Troubles musculosquelettiques

Les troubles musculosquelettiques (TMS) sont un ensemble de pathologies touchant les tissus mous à la périphérie des articulations (muscles, tendons, nerfs, ligaments, bourses séreuses, capsules articulaires, vaisseaux...). Ces TMS représentent (d'après les chiffres de l'Assurance Maladie et du Ministère du Travail) 80% des maladies professionnelles pour les actifs du régime général (30,31). Ils sont la première cause de morbidité au travail et sont largement sous-estimés du fait de la sous-déclaration(32).

L'un des principaux déterminants des TMS est le facteur biomécanique. Toutefois, plusieurs travaux ont montré l'importance du stress et des facteurs psychosociaux dans les TMS.

En 2000, Marras a démontré que l'activité musculaire, en réponse à une tâche de manutention, est accrue si les sujets doivent travailler « en situation de stress »(33).

Des interactions à plus long terme entre biomécanique et conditions stressantes pourraient être liées aux effets du stress chronique, notamment par les processus qui suivent l'activation musculaire(7).

Les principaux sites douloureux, dont une association avec le stress a été montrée, sont : (7) cervicales, épaules, membres supérieurs. Concernant les autres sites douloureux, l'association stress et TMS est moins évidente voire parfois inexistante.

A.1.4.1.3. Autres

Le stress est souvent mis en cause dans certaines pathologies digestives, notamment les ulcères gastroduodénaux et les colopathies fonctionnelles. Cependant la littérature reste relativement peu développée et le rôle du travail est souvent difficilement individualisable des autres facteurs de risque potentiels, pour lesquels les résultats sont peu ou non significatifs.

En ce qui concerne les pathologies cutanées, le psoriasis est la pathologie la plus fréquemment citée. Comme pour les pathologies digestives, le problème de l'individualisation du travail comme facteur de risque est souvent difficile dans les différentes études disponibles.

A.1.4.2. *Manifestations psychiques*

A.1.4.2.1. Manifestations dépressives

Dans le champ du stress professionnel et des manifestations psychiques, le syndrome dépressif est de loin le plus étudié. Sa définition est donnée par l'American Psychiatric Association dans la 5^{ème} révision du « Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders » publié en 2013 et traduit en Français en 2015 (34).

En 2006, Stansfeld et Candy, dans leur revue de la littérature, retrouvaient un risque de trouble dépressif de 1,81 (1,06-3,1)(17) chez les personnes exposées au job Strain de Karasek. De même Kivimäki et coll., en utilisant la dimension « Déséquilibre Effort/Récompense » montrent un risque de syndrome dépressif de 1,8 (1,6-2,1) lorsque le diagnostic de syndrome dépressif est posé à l'aide d'un questionnaire, et de 1,5 (1,2-1,8) lorsque le celui-ci est porté par un praticien (16).

A.1.4.2.2. Manifestations anxieuses

Les manifestations anxieuses sont souvent associées aux manifestations dépressives dans la littérature, l'étude exclusive des troubles anxieux est donc plus rare et la relation avec le stress au travail est moins démontrée, voire parfois avec des résultats dissonants. Par exemple, en 2008 Wieclaw et coll (35)montrent une augmentation des manifestations anxieuses en cas de faible latitude décisionnelle (RR 1,40 (1,24-1,58) chez les hommes, non significatif chez les femmes), alors qu'une

forte demande est associée à une diminution de l'anxiété : RR 0,84(0,77-0,93) chez les femmes, RR 0,79 (0,7-0,89) chez les hommes.

A.1.4.2.3. Autres troubles

Le stress peut aussi être responsable de troubles du sommeil. Ota et coll. ont montré, dans une étude longitudinale en 2009, une augmentation du risque d'insomnie en fonction des différentes dimensions du stress au travail. On notera un RR de 1,72 (1,06-2,79) entre Job strain et insomnie (36).

De même, d'autres études ont mis en évidence des liens entre stress au travail, consommation de psychotrope, consommation d'alcool, et mortalité par suicide.

A.1.4.2.4. Le syndrome d'épuisement professionnel : le burnout

Le terme de burnout a été défini dans la littérature scientifique, pour la première fois par Freudenberger en 1975(37) : « to fail, wear out, or become exhausted by making excessive demands on energy, strength, or resources » ce qui peut être traduit par « échouer, être épuisé par une exigence excessive en énergie, force ou ressources ». D'autres auteurs proposeront plus tard d'autres définitions similaires comme Christina Maslach, Wilmar Schaufeli et Dirk Enzmann.

En 1981, Christina Maslach, avec Susan E. Jackson, publiera le modèle le plus utilisé de burnout : le « Maslach Burnout Inventory » (MBI)(38), avec le questionnaire du même nom.

Selon le MBI, le syndrome d'épuisement professionnel comporte 3 dimensions :

- L'épuisement émotionnel (EE) : il peut être physique ou psychique. Il est coté par neuf items (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 et 20), pour un total maximal de 54.
- La dépersonnalisation (DP) : elle se manifeste par un retrait, une indifférence face au travail. Elle est cotée par cinq items (5, 10, 11, 15 et 22) pour un total maximal de 30.
- L'accomplissement personnel (AP) au travail : la diminution de cette dimension se traduisant par une inefficacité au travail et une dévalorisation. Huit items (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, et 21) permettent d'évaluer cette dimension, le score maximal étant de 48.

Voici dans le tableau suivant les niveaux de score de l'échelle MBI pour chaque dimension du burnout :

	Epuisement émotionnel (EE)	Dépersonnalisation (DP)	Accomplissement personnel (AP)
Score faible	EE≤17	DP≤5	AP≤33
Score modéré	18<EE<29	6<DP<11	34<AP<39
Score élevé	EE≥30	DP≥12	AP≥40

Tableau 2 : Niveau de score pour chaque dimension du burnout

Les scores d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation ont une valence négative : des scores élevés vont dans le sens d'un niveau burnout élevé. A l'inverse, le score d'accomplissement personnel à une valence positive : un score élevé va dans le sens d'un niveau de burnout faible.

Selon la quatrième version du manuel d'utilisation du MBI, il n'est pas possible d'additionner chaque score de chaque dimension, et il n'existe pas de niveau de score global permettant d'affirmer qu'une personne est atteinte du syndrome de burnout.

Notons que le questionnaire MBI a été décliné en 3 versions différentes :

- La version initiale, destinée aux professions d'aide à la personne, avec 22 questions
- Une version spécifique aux éducateurs
- Et une version destinée à la population générale, avec 16 items.

A.2. Les Risques Psychosociaux (RPS)

A.2.1. Définition

Définir le terme « risques psychosociaux » est difficile. En effet, étant donné sa terminologie, celui-ci se situe à l'intersection des multiples sciences, telles que l'épidémiologie, la médecine du travail, la psychiatrie, la sociologie.

En France, les pouvoirs publics s'intéressent aux risques psycho-sociaux depuis environ 2007, ce qui aboutira en 2011 à un « Rapport du Collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psychosociaux au travail »(39) qui les définira ainsi : « les risques psychosociaux seront définis comme 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 »

A.2.2. Cadre législatif

Sur le plan législatif et juridique, les risques psycho-sociaux ne sont pas définis ni reconnus, que ce soit sur le plan national ou européen. Cependant, le code du travail oblige l'employeur à prendre « les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs » (40). Les mesures proposées dans ce texte sont d'ordre général et concernent notamment la santé mentale des travailleurs, ce qui implique de s'intéresser aux risques psychosociaux. L'article L. 4121-2 du code du travail (41) explicite ces principes généraux parmi lesquels :

- « Adapter le travail à l'homme » : conception des postes de travail, choix des équipements et méthodes de travail et de production.
- « Planifier la prévention » en intégrant la technique, l'organisation du travail, les conditions de travail, les relations sociales et l'influence des facteurs ambiants.

Dans la mise en œuvre de sa stratégie de prévention, l'employeur peut s'appuyer sur le Service de Santé au Travail défini par l'article L4622-2 du code du Travail (42)

Des textes plus spécifiques aux champs des risques psycho-sociaux ont été votés, notamment au niveau européen, puis transposés en droit français :

- L'accord-cadre européen sur le stress au travail signé le 8 octobre 2004 a été transposé dans le droit français le 02 juillet 2008. L'accord national interprofessionnel sur le stress au travail a été signé le 02 juillet 2008 et rendu obligatoire par un arrêté ministériel du 23 avril 2009 (43)
- En plus de l'article L. 1152-1 du Code du travail(44) concernant le harcèlement moral, l'accord-cadre sur le harcèlement et la violence au travail a été signé en 2007 par les partenaires sociaux européens, puis transposé le 26 mars 2010 par l'accord national interprofessionnel sur le harcèlement et la violence au travail rendu obligatoire par l'arrêté du 23 juillet 2010(45).

Le syndrome d'épuisement professionnel, dit « burnout », prend de plus en plus de place dans le débat social. Par la loi du 18 août 2015 relative au dialogue social et à l'emploi(46), le système législatif français reconnaît le syndrome d'épuisement professionnel. Le code de la Sécurité Sociale a donc été modifié et un nouvel alinéa de l'article L. 461-1 stipule que « les pathologies psychiques peuvent être reconnues comme maladies d'origine professionnelle» (47).

A.2.3. RPS et Enquêtes françaises

A.2.3.1. *Enquêtes sur les conditions de travail, DARES*

L'enquête sur les conditions de travail est menée par la direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES). La première édition a eu lieu en 1978, puis tous les 7 ans, jusqu'en 2005, en lien avec l'enquête Emploi, la dernière édition réalisée en 2012-2013, sans autre lien.

L'ensemble des actifs est susceptible d'être intégré à cette enquête, qu'il soit salarié ou non, du secteur public ou privé. Dans la dernière édition 2012-2013, deux sur-échantillons ont été établis et s'intéressent à la fonction publique et à la fonction hospitalière. Ainsi, cette enquête permet des analyses par catégorie socio-professionnelle et secteur d'activité.

La collecte des données est réalisée par un enquêteur de l'INSEE en face à face. En 2012 - 2013, 34 000 personnes ont répondu à l'enquête.

Les principaux thèmes abordés sont : l'organisation du temps de travail, les contraintes physiques, la prévention et les accidents, l'organisation du travail, la santé.

Dans sa dernière édition, l'enquête approfondit la problématique des risques psychosociaux avec un auto-questionnaire.

A.2.3.2. *Enquête Risques Psychosociaux*

L'enquête sur les Risques psychosociaux est menée par la DARES avec la DGAFP (Direction Générale de l'Administration et de la Fonction Publique) et la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) et fait suite aux préconisations du Collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psychosociaux au travail.

Celle-ci fait partie d'un nouveau dispositif associé avec l'enquête Condition de Travail, chacune des deux se fera en alternance tous les 3 ans sur un panel suivi 9 ans.

Le protocole est donc similaire avec celui de l'enquête Conditions de travail.

Le premier recueil de données a eu lieu d'octobre 2015 à juin 2016.

A.2.3.3. *Enquêtes Sumer*

L'enquête Sumer concerne la Surveillance Médicale des Expositions des salariés aux risques professionnels. La première édition a eu lieu en 1987, puis en 1994, 2003, 2009-2010. La dernière édition était en cours d'achèvement en 2017.

Elle englobe l'ensemble des salariés dans le secteur privé et l'ensemble des 3 fonctions publiques ; 48 000 salariés ont ainsi été interrogés lors de la dernière mouture.

La force de l'enquête Sumer est liée au mode recueil des informations avec l'implication de médecins enquêteurs qui mettent à contribution leur expertise.

Cette enquête se décompose en 3 parties :

- Le questionnaire principal rempli par le médecin enquêteur. Il comporte 4 parties : contraintes organisationnelles, ambiances et contraintes physiques, risques chimiques et risques biologiques.
- L'auto-questionnaire qui permet de décrire de façon détaillée le travail tel que le travailleur le perçoit.
- Une fiche remplie par le médecin enquêteur sur son activité pendant l'enquête.

A.2.4. Collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psychosociaux au travail

A.2.4.1. *Historique et création*

Le collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psychosociaux au travail a été créé en 2008, suite à une demande de M. Xavier Bertrand, Ministre en charge du travail qui s'inspirait des recommandations du rapport remis par MM. Philippe Nasse, magistrat honoraire, et Patrick Légeron, médecin psychiatre, intitulé « Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail ».

En effet, dans les conclusions de ce rapport remis le 12 mars 2008, une première proposition est faite de mettre en place « un indicateur global tiré d'une enquête psychosociale », l'enquête étant placée sous la responsabilité de l'INSEE avec l'aide d'un collège d'expertise collective.

Ainsi, fin 2008, M. Xavier Bertrand demande la création de ce Collège d'Expertise à l'INSEE qui en assure l'animation, sous la direction de M. Michel Gollac statisticien et sociologue. La première réunion de ce collège s'est tenue en décembre 2008. Le rapport final a été rendu le 11 avril 2011.

A.2.4.2. *Objectifs*

La mission du collège, à la demande du Ministre du Travail, est de « formuler des propositions en vue d'un suivi statistique des risques psychosociaux au travail ».

Le premier objectif du collège a été de définir ce que sont les risques psychosociaux, ce terme ne correspondant pas à un concept scientifique précis.

Ensuite, le collège a examiné les différents instruments de mesure existants et les possibilités de mise en place de nouvelles enquêtes.

Enfin, le dispositif de suivi a été défini.

A.2.4.3. *Les 6 dimensions des RPS*

A.2.4.3.1. *Intensité du travail et temps de travail*

L'intensité du travail renvoie aux modèles de Karasek et Siegrist par les notions d'exigence psychologique et d'effort : les exigences peuvent être qualitatives (responsabilité, concentration...) ou quantitatives (contrainte temporelle, quantité excessive de travail...). Il faut aussi tenir compte des contraintes de rythme, de l'existence d'objectifs irréalistes ou flous, de l'exigence de polyvalence non maîtrisée, d'instructions contradictoires. Les conséquences peuvent être de différents types : retards, défauts de qualité, impossibilité de moduler son investissement au travail, sentiment d'insuffisance des moyens disponibles.

Concernant le temps de travail, il faut tenir compte de la durée et de l'organisation de celui-ci, notamment du nombre d'heures, du travail en horaire atypique comme le travail de nuit et le travail posté, de l'imprévisibilité des horaires de travail comme l'extension de la disponibilité... La principale conséquence de la contrainte de temps de travail est la difficulté de conciliation entre temps de travail et temps hors travail.

A.2.4.3.2. Exigences émotionnelles

Les exigences émotionnelles font référence à la nécessité de maîtriser et façonner ses propres émotions. Les métiers de service y sont les plus soumis : exigence de sourire, tensions avec le public, contact avec la souffrance ou la détresse humaine...

Cette dimension comprend aussi la peur, qui peut être la peur de l'accident, la peur de l'échec ou les violences externes.

L'exigence émotionnelle peut, dans certains cas, favoriser la dynamique psychique. Cependant, la demande émotionnelle est associée au développement et à l'évolution de certains troubles psychiatriques comme la dépression, d'autres troubles de l'humeur ou un syndrome d'épuisement.

A.2.4.3.3. Autonomie

L'autonomie au travail désigne la possibilité pour le travailleur d'être actif, et non passif, dans son travail, dans sa participation à la production et dans la conduite de sa vie professionnelle. L'autonomie dans la tâche, la prévisibilité du travail, la possibilité d'anticiper, le plaisir au travail, la monotonie et l'ennui sont autant d'éléments à prendre en compte.

L'autonomie au travail est un élément qui tient une place importante dans le modèle « job strain » de Karasek avec la notion de latitude décisionnelle et inclut, non seulement les marges de manœuvre, mais également la participation aux décisions qui concernent directement l'activité ainsi que l'utilisation et le développement des compétences. La faible latitude décisionnelle associée à une forte exigence au travail conduit au « job strain » ou « situation de travail tendue ».

A.2.4.3.4. Rapports sociaux au travail

Cette dimension recouvre les rapports sociaux entre travailleurs ainsi que les rapports sociaux entre le travailleur et l'organisation qui l'emploie. Il faut donc tenir compte de la qualité des relations (interpersonnelles, insertion dans un ou des collectifs, avec les supérieurs), du soutien que ces relations et cette insertion apportent, le style de direction et le degré de justice de l'organisation, la violence éventuelle des relations.

Il existe d'autres formes de relations :

- Avec l'entreprise : par l'intermédiaire de la rémunération et des possibilités de carrière, l'évaluation du travail et l'attention au bien-être des travailleurs.
- Avec l'extérieur de l'entreprise : par la valorisation sociale du métier et la reconnaissance par les clients et le public.
- Les violences internes.

Les rapports sociaux au travail ont été très étudiés, notamment au travers du « soutien social » dans le modèle de Karasek, de « l'équilibre efforts – récompenses » du modèle de Siegrist qui repose sur l'hypothèse qu'une situation de travail, se caractérisant par une combinaison d'efforts élevés et de faibles récompenses, s'accompagne de réactions sur le plan émotionnel et physiologique potentiellement délétères.

A.2.4.3.5. Conflits de valeurs

Les conflits de valeurs renvoient à l'ensemble des conflits intrapsychiques consécutifs à la distorsion entre ce qui est exigé au travail et les valeurs professionnelles, sociales ou personnelles des salariés.

Les conflits peuvent être de différents types :

- Conflits éthiques : le travail que l'on fait peut entrer en contradiction avec ses convictions personnelles. Ces conflits éthiques sont mal vécus car ils mettent en tension la définition même du travail porté par le salarié.
- Qualité empêchée : les travailleurs se plaignent d'être empêchés, notamment par l'organisation du travail ou par l'état des équipements dont ils disposent, de faire du bon travail.
- Travail inutile : le fait de faire un travail jugé inutile est un facteur psychosocial de risque.

A.2.4.3.6. Insécurité de la situation de travail

L'insécurité de la situation de travail comprend à la fois l'insécurité socio-économique (pérennité de l'emploi, maintien du niveau de salaire, déroulement jugé normal de la carrière, contrat de travail précaire, travail informel) et le risque de changement non maîtrisé de la tâche et des conditions de travail (surcharge, trajectoire individuelle et collective, restructurations, incertitude sur l'avenir de son métier...). La soutenabilité du travail est un élément moins connu mais aussi important, notamment la perception qu'en a le travailleur.

A.3. La régulation médicale

A.3.1. Définition

Selon les recommandations de la HAS(48) concernant les « Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmé dans le cadre de la régulation médicale », celle-ci est définie comme « un acte médical pratiqué au téléphone. »

L'objectif est d'assurer l'écoute et de répondre aux urgences médicales et aux demandes de soins non programmées, et ce, de manière permanente 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24, dans un centre d'appel dédié.

A.3.2. Principes généraux

La régulation permet d'assurer la permanence des soins ambulatoires (PDSA) et l'aide médicale urgente (AMU). Son objectif est la mise en place de parcours de soins adaptés aux besoins de santé de l'appelant. Elle est réalisée dans les locaux d'un Samu-Centre 15.

A.3.2.1. Les effecteurs de régulation

A.3.2.1.1. Le médecin régulateur

Il s'agit d'un docteur en médecine ayant reçu une formation spécifique. Il peut être soit urgentiste et traitera prioritairement les appels concernant l'AMU, soit généraliste et assurera essentiellement la gestion de la PDSA. Certains Samu-Centre 15 disposent aussi de médecins généralistes pour réguler les appels arrivant par le « 15 ». C'est le cas du Samu-Centre 15 de Moselle depuis 1992.

Le médecin régulateur est responsable de l'ensemble des décisions prises dans le cadre de la régulation médicale par l'ensemble des autres acteurs présents.

Sa mission est de recueillir l'ensemble des informations médicales et non médicales permettant de fournir le juste soin dans un délai adapté à chaque situation, c'est à dire :

- Qualifier la demande : identifier derrière la demande le réel besoin de soins.
- Agir pour préserver la vie et/ou la fonction par des conseils, prescriptions et l'engagement éventuel de moyens.
- Orienter le patient dans le bon parcours de soins.

A.3.2.1.2. L'assistant de régulation médicale (ARM)

Il s'agit d'un agent de la fonction publique hospitalière spécifiquement formé à la réception des appels dans le cadre de la régulation médicale. Il exerce donc dans un SAMU-Centre 15 ou une plate-forme conventionnée.

L'ARM est le premier interlocuteur lors de tout appel en centre de régulation. Il recueille le maximum d'informations concernant le requérant : identité, coordonnées de l'appelant et/ou du requérant, lieu d'intervention, motif d'appel.

Dans certaines situations, l'ARM peut engager des moyens importants avant la régulation médicale, notamment l'envoi d'une équipe médicale mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) ou d'un départ d'une ambulance de sapeur-pompiers (49).

A.3.2.2. Les différentes possibilités de réponse

A chaque appel, le médecin régulateur se doit d'apporter une réponse adaptée qui peut être de plusieurs types :

A.3.2.2.1. Conseil médical

Il s'agit d'une prescription médicale au même titre qu'une prescription médicamenteuse. Aucun moyen spécifique n'est engagé. Le conseil donné doit être le plus clair possible et doit préciser à l'appelant de renouveler son appel si nécessaire.

A.3.2.2.2. Prescription médicamenteuse par téléphone

Le médecin régulateur peut prescrire un traitement par téléphone. En pratique la prescription médicamenteuse correspond à 3 situations :

- Rédaction et transmission d'une ordonnance à une pharmacie de proximité.
- Prescription d'un médicament que l'appelant détient déjà.
- L'adaptation d'un traitement prescrit par un autre médecin.

En 2009, la HAS a émis des recommandations spécifiques concernant ces prescriptions à distance (50).

A.3.2.2.3. Orientation vers une consultation médicale non programmée

En l'absence de détresse vitale, le médecin régulateur peut estimer que le patient nécessite une consultation médicale ne pouvant être différée avec son médecin traitant. Les modalités sont transmises par le centre de régulation au patient après avoir vérifié la possibilité pour celui-ci de se rendre auprès de son médecin.

En cas d'impossibilité du médecin traitant, cette consultation peut être réalisée par le médecin de garde (aux horaires de PDSA) ou dans un centre de consultation médicale non programmée mis en place par un service tiers.

A.3.2.2.4. Intervention d'un effecteur médical sur place

Si le patient n'est pas en mesure de se déplacer pour se rendre dans un centre de consultation médicale non programmée, le médecin régulateur peut demander l'intervention du médecin traitant, d'un autre médecin à proximité ou, en dehors des horaires ouvrables, d'un médecin de la PDSA.

A.3.2.2.5. Transport sanitaire en ambulance

Lorsque le patient nécessite un transport allongé ou sous surveillance pour consultation médicale sans détresse vitale, le médecin régulateur peut demander l'intervention d'une ambulance pour transfert vers un établissement de santé.

Les modalités et le délai du transport seront définis et adaptés par le médecin régulateur en fonction des possibilités des effecteurs, et de l'état du patient.

A.3.2.2.6. Secouristes pour secours à personne

En cas de détresse vitale suspecte ou avérée, une équipe de secouristes formés peut être envoyée sur place. La décision peut être prise par le médecin régulateur ou par l'ARM dans le cadre d'un « départ réflexe ».

Dans la plupart des cas, les secouristes correspondent à une équipe de sapeurs-pompiers, mais d'autres effecteurs existent, comme la sécurité civile par exemple.

A.3.2.2.7. Guidage des gestes de secourisme

En présence de témoin(s) sur place, le médecin régulateur, ainsi que l'ARM, peuvent guider les gestes de secourisme par téléphone jusqu'à l'arrivée d'un autre moyen d'intervention.

Il s'agit des gestes de secourisme de base, comme le massage cardiaque externe, la pose d'un défibrillateur automatisé, la mise en position latérale de sécurité ou de tout autre geste qu'il estime nécessaire et dans le champ de compétence du secourisme.

A.3.2.2.8. Equipe du service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR)

En cas de détresse vitale suspecte ou avérée et nécessitant l'intervention d'une équipe médicale spécialisée, le médecin régulateur peut demander le déclenchement d'une équipe SMUR.

Dans certaines situations, l'ARM peut déclencher ce type d'intervention de manière « réflexe » en informant le médecin régulateur.

A.3.3. La permanence des soins

Depuis la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) du 21 juillet 2009 (51), la PDSA est organisée au niveau régional par l'ARS qui met en place un cahier des charges.

Il s'agit d'une mission de service public. L'objectif est d'apporter une réponse adaptée aux patients qui ont besoin d'un médecin généraliste aux heures de fermeture des cabinets libéraux et des centres de santé, en dehors de la médecine d'urgence.

La PDSA est assurée par les médecins libéraux sur la base du volontariat, et comprend donc un ou plusieurs médecins régulateurs et des médecins effecteurs sur chaque secteur de garde.

Le recours au médecin de garde ne peut se faire que par l'intermédiaire de la PDSA, et nécessite donc une régulation médicale. Un numéro unique et spécifique à la PDSA différent de celui qui concerne l'aide médicale urgente est mis en place. Bien que le numéro soit différent, la régulation médicale de la PDSA et celle de l'AMU sont interconnectées, voire, de plus en plus souvent situées dans les mêmes locaux.

A.3.4. L'aide médicale urgente

L'AMU est définie dans le code de santé publique par l'article L6311-1 (52) : « L'aide médicale urgente a pour objet, en relation notamment avec les dispositifs communaux et départementaux d'organisation des secours, de faire assurer aux malades, blessés et parturientes, en quelque endroit qu'ils se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état. »

Il s'agit aussi d'une mission de service public assurée par les établissements de santé. Comme le précise le référentiel commun de juin 2008 concernant l'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente (53), le SAMU a pour mission de « répondre par des moyens exclusivement médicaux aux situations d'urgence. Lorsqu'une situation d'urgence nécessite la mise en œuvre conjointe de moyens médicaux et de moyens de sauvetage, les SAMU joignent leurs moyens à ceux qui sont mis en œuvre par les SIS »

Le SAMU comporte un centre de réception et de régulation des appels (CRRRA) et assure la régulation médicale des situations d'urgence. Pour contacter le SAMU, un numéro unique, le 15, a été mis en place pour la première fois le 27 mai 1980 à Troyes (54) puis généralisé sur le territoire national par la loi n° 86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires (55).

A.3.5. Organisation de la régulation médicale en Moselle

La régulation médicale en Moselle est actuellement organisée par le « cahier des charges régional fixant les conditions d'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire »(56) en date de juin 2015 publié par l'ARS de Lorraine.

A.3.5.1. Association ADPS57

L'Association Départementale Permanence de Soins 57 (ADPS57), aussi connue sous le nom MEDIGARDE 57 qui fait partie de MEDIGARDE Lorraine, assure la régulation des appels par les

médecins libéraux. Cette association regroupe plusieurs praticiens ayant reçu une formation de régulation médicale.

Le siège social se trouve à Woippy, mais le centre de régulation se trouve dans les locaux du SAMU Centre 15 à l'Hôpital de Mercy du CHR Metz-Thionville, et partage le même matériel et les mêmes solutions informatiques et de télécommunications que le SAMU Centre 15, seul le numéro change : 0820 33 20 20.

La régulation médicale des appels de PDSA est organisée selon les modalités suivantes aux différents horaires de la PDSA :

- Les nuits de semaine de 20 heures à 24 heures par ADPS 57, avec 2 médecins régulateurs.
- Les nuits de minuit à 8 heures par le centre 15 de Moselle.
- Les samedis de 13 heures à 24 heures par ADPS 57, 3 médecins de 13 heures à 16 heures puis 2 médecins de 16 heures à 20 heures et de 20 heures à minuit.
- Les dimanches et jours fériés de 8 heures à 24 heures par ADPS 57, 3 médecins de 8 heures à 12 heures puis 2 médecins de 12 heures à 16 heures, de 16 heures à 20 heures et de 20 heures à minuit.

Chaque jour, 2 personnels d'accueil téléphonique assistent les médecins régulateurs.

A.3.5.2. SAMU Centre 15

Le SAMU Centre 15 de Moselle est donc situé dans les locaux de l'hôpital de Mercy du CHR Metz-Thionville. Ce service existe depuis 1993 et est dirigé par les Docteurs BRAUN depuis 2009.

L'organisation médicale permet la présence d'un médecin urgentiste la journée de 8h30 à 19h30, de 2 médecins urgentistes la nuit de 19 heures 30 à 8 heures 30, 1 médecin généraliste est présent en permanence (3 postes organisés avec changement à 7 heures, 13 heures et 20 heures). Le médecin généraliste régulateur du Centre 15 est à différencier des médecins généralistes régulateurs de MEDIGARDE. Grâce à la présence constante d'un médecin généraliste régulateur, le centre 15 de Moselle est capable de réguler les appels relevant de la médecine générale à toute heure du jour et de la nuit. Il est d'ailleurs le seul recours aux heures de nuit profonde (entre minuit et 8 heures), les cabinets libéraux et MEDIGARDE étant fermés à ces heures.

Les médecins régulateurs sont assistés chaque jour par 5 ARM, dont 3 ARM assurant l'accueil des nouveaux appels, 1 ARM dédié à l'envoi des moyens et 1 ARM dédié à la récupération des bilans.

Le SAMU Centre 15 partage ses locaux avec MEDIGARDE et forme le CRRA de Moselle.

B. Article

B.1. Introduction

Une abondante littérature traitant du stress est disponible, notamment en ce qui concerne le stress au travail. Depuis les années 1970, le nombre d'études disponibles ne cesse de croître, comme le montre le travail de Gintrac (57). Si la littérature relative au stress au travail est fournie, l'un des éléments moteurs est probablement l'importance du coût engendré par le stress au travail et ses conséquences. En effet, selon un rapport de l'INRS, le coût du stress professionnel en France en 2007 est évalué au minimum entre 1,9 et 3 milliards d'euros (58). L'Agence Européenne pour la sécurité et la santé au travail a réalisé en 2014 une analyse documentaire sur la charge financière du stress lié au travail et des risques psychosociaux au travail : 25,4 milliards d'euros en 2002. Selon une étude plus récente réalisée en 2013 par Matrix et financée par l'Union Européenne, le coût de la dépression liée au travail est évalué à 617 milliards d'euros en ce qui concerne l'Europe des 27.

Concernant le stress dans le milieu médical, la littérature est moins abondante. Du fait des spécificités propres à la pratique médicale (notamment concernant les responsabilités importantes, l'évolution constante des connaissances, les relations humaines) les médecins et plus généralement les soignants sont soumis à de nombreux éléments pourvoyeurs de stress. Les chiffres présentés ci-dessus ne peuvent s'appliquer spécifiquement au milieu médical et soignant.

Ceci est d'autant plus vrai dans le champ de la régulation médicale. En effet, le principal outil du médecin régulateur n'est pas son stéthoscope, mais son téléphone. Ainsi, chaque praticien doit être capable de prendre une décision sans voir le patient, en se basant sur des informations fournies la plupart du temps, par des personnes non formées aux métiers de la santé. Un élément générateur de stress en plus ? La littérature disponible concernant le stress chez les médecins régulateurs est quasi inexistante bien que des travaux de thèses s'y soient intéressés : « Stress assessment among emergency call center workers, a prospective study in Lorraine », Costa-Curien (59). Alors que le nombre de médecins régulateurs est réduit par rapport à la population médicale dans son ensemble, le nombre de médecins généralistes régulateurs est encore plus faible, et la littérature du stress inexistante.

L'objectif de la présente étude est d'évaluer le niveau de stress, d'identifier les risques psychosociaux liés au travail des médecins généralistes exerçant une activité de régulation afin de proposer des améliorations le cas échéant. Pour cela, un premier questionnaire élaboré à partir d'échelles et de questionnaires d'évaluation du stress et des RPS est soumis aux médecins régulateurs, puis une échelle d'auto-évaluation du stress est réalisée après chaque appel régulé. Ce travail s'intéresse donc à des notions importantes par leurs conséquences, le stress et les risques psycho-sociaux concernant une population où ces notions n'ont jamais été étudiées.

B.2. Matériel et méthodes

B.2.1. Type d'étude et population concernée

Il s'agit d'une étude quantitative transversale qui concerne les médecins généralistes libéraux régulateurs exerçant dans le CRRA, dans le cadre de MEDIGARDE 57.

B.2.2. Objectifs

Cette étude a pour objectifs d'évaluer le niveau de stress des médecins généralistes libéraux régulateurs de MEDIGARDE 57, d'effectuer une première approche des RPS les concernant en mettant en relation ces informations avec des données plus générales concernant les participants.

B.2.3. Matériel

Ce travail s'est déroulé en 2 parties. La première comporte un auto-questionnaire que nous détaillerons ci-après. L'objectif est d'évaluer les RPS et le stress au travail. La deuxième partie est spécifiquement centrée sur le stress ressenti et invite à une autoévaluation du stress par une EVA à l'issu de chaque appel.

B.2.3.1. Première partie : questionnaire (Cf annexe n°1)

B.2.3.1.1. Données générales

Cette partie du questionnaire a été réalisée de manière personnelle. Elle a pour but de relever certaines caractéristiques générales des participants, telles que : la tranche d'âge, le sexe, la situation familiale, la situation professionnelle en insistant sur la recherche d'autres activités médicales que celle de MEDIGARDE et notamment d'autres activités de régulation médicale. Plusieurs questions concernant la satisfaction fournie par l'activité de régulation, la fréquence de cette activité et la proportion qu'elle représente par rapport aux autres activités professionnelles.

Les réponses aux questions posées se font par des propositions que l'on peut cocher ; pour certaines d'entre elles, les participants ont la possibilité de cocher plusieurs réponses. Les deux dernières questions proposées sont à réponse libre et permettent aux médecins de s'exprimer librement et de donner divers axes d'amélioration de leurs conditions de travail.

B.2.3.1.2. Questionnaire SPPN (60)

Le questionnaire SPPN qui signifie « Stress Professionnel Positif et Négatif », a été élaboré en 2003 par I. Hansez et validé en 2009. Son objectif est d'évaluer le niveau de stress et de stimulation. Il s'agit d'une double échelle comprenant 19 items : 8 items concernant la stimulation et 11 items concernant le stress. La réponse se fait à l'aide d'une échelle de Likert selon 4 modalités de fréquence : « Jamais ou rarement », « Parfois », « Régulièrement », « Presque toujours » ou « Toujours »

Un logiciel spécifique permet le traitement des données et l'analyse du questionnaire.

B.2.3.1.3. Questionnaire RPS-DU

Le questionnaire RPS-DU qui signifie « Risque Psychosociaux – Document Unique » a été développé par l'INRS à la suite des travaux du « Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail ». L'objectif est d'évaluer les 6 dimensions des RPS définies par le Collège d'expertise. Ce questionnaire comporte 26 questions dont les réponses se font au moyen d'une échelle de Likert selon 4 modalités. Chaque réponse peut être complétée par un commentaire libre.

B.2.3.1.4. Questionnaire MBI

Le questionnaire MBI qui signifie « Maslach Burnout Inventory » a été publié pour la première fois en 1981 (38) (61) par Maslach et Jackson. Il a été traduit en français à plusieurs reprises selon la population étudiée. La version utilisée pour ce travail est la version MBI-HSS pour « Human Services Survey » et se destine aux professions d'aide. Il comporte 22 questions, la réponse se fait avec une échelle de Likert selon 7 modalités de réponse : « Jamais », « quelques fois par année, au moins », « une fois par mois, au moins », « quelques fois par mois », « une fois par semaine », « quelques fois par semaine », « chaque jour ». 3 échelles sont explorées : « Sentiment d'épuisement émotionnel », « Deshumanisation » et « Accomplissement personnel au travail » à l'aide de 3 scores (1 par échelle).

B.2.3.2. Deuxième partie

L'ensemble des données de cette partie a été recueilli par mes soins lors de périodes de régulation des médecins ayant accepté de participer à l'étude.

B.2.3.2.1. Données concernant l'appel

Plusieurs données concernant l'appel ont été relevées, ceci sans l'intervention du médecin régulateur pour ne pas perturber son travail :

- Date de l'appel.
- Age du requérant en années (la personne visée par l'appel qui peut être différente de la personne appelant Médigarde).
- Le requérant est-il l'appelant ?
- Le motif d'appel.
- La décision prise.

Les motifs d'appels qui ont été classés en 10 catégories :

- Certificats ou conseil médicamenteux.
- Pathologies cardio-respiratoires.
- Pathologies abdominales.
- Pathologies cutanées.
- Pathologies génito-urinaires.
- Pathologies neurologiques.
- Pathologies ORL ou ophtalmologiques.
- Pathologies traumatiques.
- Signes généraux (hyperthermie, malaise, adénopathie...).
- Urgences vitales.

La décision prise par le médecin régulateur peut être de plusieurs ordres :

- Conseil médical.
- Envoi d'une ordonnance.
- Intervention d'un médecin libéral de garde qui peut être dans un centre de consultation médicale non programmée.
- Orientation vers un établissement de santé pourvu d'un service d'accueil des urgences
- Transfert de l'appel vers le SAMU.

En effet, les médecins régulateurs de MEDIGARDE ne sont pas habilités à déclencher l'intervention d'une équipe SMUR, du fait qu'ils n'interviennent que dans le cadre de la PDSA et non de l'aide médicale urgente.

B.2.3.2.2. EVA dans l'évaluation du stress

Les échelles visuelles analogiques sont utilisées pour l'évaluation de la douleur, comme décrit pour la première fois par Huskisson en 1974 (62). L'EVA « stress » est inspirée de ces EVA douleurs. Cette modalité d'évaluation du stress a été définie pour la première fois par Chamoux et Simard en 2000 (63) et réutilisée à de nombreuses reprises par la suite après validation (64).

B.2.3.3. Distribution du questionnaire

Une réunion avec l'ensemble des médecins régulateurs a été organisée afin de présenter et d'expliquer ce travail dans son ensemble. Les modalités de mise à disposition des questionnaires y ont également été arrêtées. C'est ainsi qu'il a été décidé de les mettre à disposition à proximité du poste de travail des médecins régulateurs.

Enfin, un mail général leur a été envoyé afin de les en informer et de leur rappeler les principales informations concernant l'étude.

De plus, chaque questionnaire était accompagné d'une lettre évoquant les principales informations relatives à ce travail ainsi que les modalités de son retour qui sont multiples : rencontre lors de l'activité de régulation, récupération sur le lieu de travail habituel ou autre lieu choisi par le médecin régulateur, ou enfin, l'envoi par courrier.

Un formulaire d'accord de participation à l'étude a été remis et signé par chaque participant.

B.2.3.4. Recueil des données

Toutes les données recueillies sur papier ont été codées et saisies sur une grille d'exploitation sur le logiciel Microsoft EXCEL®. Les données concernant le questionnaire SPPN ont été analysées grâce à l'outil WOCCQTool®.

B.2.4. Méthode d'analyse

B.2.4.1. Etude descriptive

B.2.4.1.1. Données générales

Les données de cette partie du questionnaire sont présentées, pour les variables qualitatives, avec l'effectif pour chaque modalité dans la population étudiée ainsi que le pourcentage représenté. Pour les variables quantitatives, la distribution est décrite en utilisant le modèle des « box-plots » de TUKEY (65)

B.2.4.1.2. SSPN

Les données issues de ce questionnaire sont analysées grâce à l'outil WOCCQTool fourni par l'Unité de Valorisation des Ressources Humaines de l'Université de Liège. Les résultats sont exposés sous forme de score moyen pour la population étudiée, appelé score T (dont la moyenne est 50 et l'écart type est 10). Ceci permet d'interpréter rapidement le score obtenu selon le tableau suivant :

Score T	Niveau de stimulation	Niveau de stress
< 40	Faible (-)	Faible (+)
40 – 60	Moyen	Moyen
> 60	Élevé (+)	Elevé (-)

Tableau 3 : Synthèse des niveaux et interprétation des scores de stimulation et de stress

Attention, l'interprétation des scores de stress et de stimulation est inversée. En effet, un score de stimulation faible est négatif alors qu'un score de stress faible est positif, de même un score de stimulation élevé est positif alors qu'un score de stress élevé est négatif.

Les résultats seront présentés sous forme d'histogramme avec un code couleur permettant une interprétation plus facile et rapide. Ce code couleur est proposé dans le Manuel d'utilisation de la WOCCQTool – Version 3 :

- Plus on tend vers le rouge foncé, plus le résultat est négatif :
 - Un score inférieur à 47 au niveau de la stimulation est un point de vigilance car le niveau de stimulation tend à devenir faible,
 - Un score supérieur à 53 au niveau du stress est un point de vigilance car le niveau de stress tend à devenir élevé.
- Plus on tend vers le vert foncé, plus le résultat est positif :
 - Un score supérieur à 53 au niveau de la stimulation est un point d'appui car le niveau de stimulation tend à devenir élevé,
 - Un score inférieur à 47 au niveau du stress est un point d'appui car le niveau de stress tend à devenir faible.
- La couleur grise indique un score tout à fait moyen (neutre).

Ces scores T peuvent être comparés à des normes fournies par l'Unité de Valorisation des Ressources Humaines de l'Université de Liège, et concernent 5 secteurs d'activités : « Général », « Public », « Privé – Production », « Privé – Service », « Police » et « Santé ». Le secteur d'activité retenu pour ce travail est le secteur « Santé ». L'outil teste si le résultat de la population étudiée est significativement différent de la moyenne de référence du secteur sélectionné.

B.2.4.1.3. RPS-DU

Les données du questionnaire RPS-DU étant qualitatives, les données sont présentées avec l'effectif représenté par chaque modalité de réponse ainsi que le pourcentage associé.

Pour les dimensions des RPS, les effectifs pour chaque réponse sont exposés dans un histogramme empilé en fonction de la question posée. Un code couleur a été ajouté afin de faciliter la lecture des résultats.

La cotation de la réponse donnée à chaque question est faite par une échelle de Likert à 4 modalités : « Jamais », « Parfois », « Souvent », « Toujours ». Notons que le fait de répondre « Toujours » peut être un élément positif, ou négatif selon la question posée :

- Pour les questions n°1-4-5-6-7-8-9-10-13-14-15-25, le fait de répondre « Toujours » a une connotation négative,
- Pour les questions n°2-3-11-12-16-17-18-19-20-21-22-23-24-26 le fait de répondre « Toujours » a une connotation positive.

Pour faciliter la compréhension et les réponses, des « smiley » ont été ajoutés. Ainsi, afin de respecter la cohérence avec l'évaluation des autres risques professionnels, les réponses sont converties par la suite en niveau d'intensité pour chaque facteur de risque selon le tableau suivant :





Cotation de la réponse (Smiley)	Niveau d'intensité des facteurs de risque
	Non concerné
	Faible
	Modéré
	Elevé

Tableau 4 : Correspondance entre cotation des réponses et niveau d'intensité des facteurs de risque

B.2.4.1.4. MBI

Les résultats du questionnaire MBI sont produits sous 2 formes. Premièrement, pour chaque dimension, sont présentés les effectifs de population ainsi que le pourcentage en catégorisant le score selon 3 modalités décrites dans le manuel : « score faible », « score moyen » et « score élevé ». Puis, la distribution des scores pour chaque dimension est détaillée en utilisant le modèle des « box-plots » de TUKEY (65).

B.2.4.1.5. Appels et EVA

Les résultats des données quantitatives sont présentés sous la forme moyenne et écart type. Pour certains sous-groupes, l'effectif est parfois inférieur à 30. La loi normale ne pouvant donc être supposée, les résultats sont formulés sous forme de médiane et espace interquartile.

Pour les données quantitatives, les résultats sont exprimés avec l'effectif représenté par chaque modalité de réponse ainsi que le pourcentage associé.

B.3. Résultats

Ce travail s'est déroulé de mai à Juillet 2017.

Durant cette période, 23 médecins ont participé régulièrement à l'activité de régulation de MEDIGARDE. 17 questionnaires ont été remplis de manière intégrale, soit un taux de réponse de 74%.

Durant cette même période, 414 appels ont été analysés.

B.3.1. Données générales

B.3.1.1. Sexe

La population étudiée était composée de 5 femmes et 12 hommes soit une sex-ratio de 2,4.

B.3.1.2. Age

Effectif de population par tranche d'âge

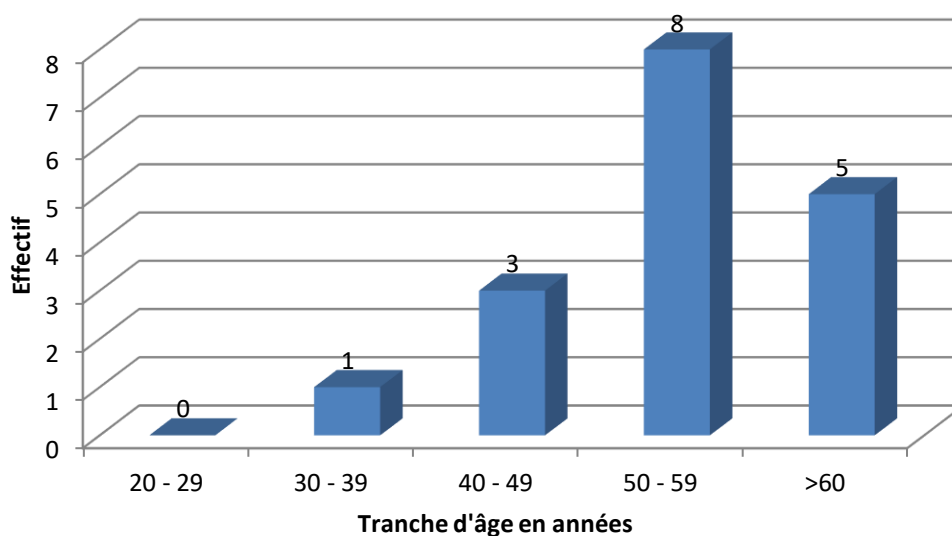


Figure 1 : Représentation des effectifs par tranche d'âge

Comme le montre le graphique ci-après, la majorité des médecins de MEDIGARDE 57 avaient entre 50 et 59 ans :

B.3.1.3. Statut familial et enfants

La quasi-totalité des participants vivaient en couples, 15 (88%) étaient mariés, 1 (5%) était uni par le régime du PACS et 1 (5%) était divorcé.

Tous les participants avaient des enfants.

B.3.1.4. Autre activité professionnelle

Le plus souvent, l'activité de régulation n'était pas la seule activité des médecins interrogés puisque 16 (94%) d'entre eux avaient une autre activité professionnelle, 1 seul médecin exerçait de manière exclusive la régulation médicale, que ce soit avec MEDIGARDE ou le Centre 15 de Moselle.

Parmi les médecins ayant une autre activité professionnelle, tous avaient une activité de Médecine Générale Libérale, 1 exerçait aussi une activité de vacation hospitalière et 1 autre médecin exerçait une activité d'acupuncture.

Concernant les activités de régulation dans des centres autres que celui de MEDIGARDE, 5 médecins (29%) déclaraient exercer au centre 15 de Moselle. Aucun médecin ne pratiquait dans un centre de régulation en dehors du département.

B.3.1.5. Ancienneté

L'ancienneté des médecins régulateurs dans notre étude se répartissait de la manière suivante :

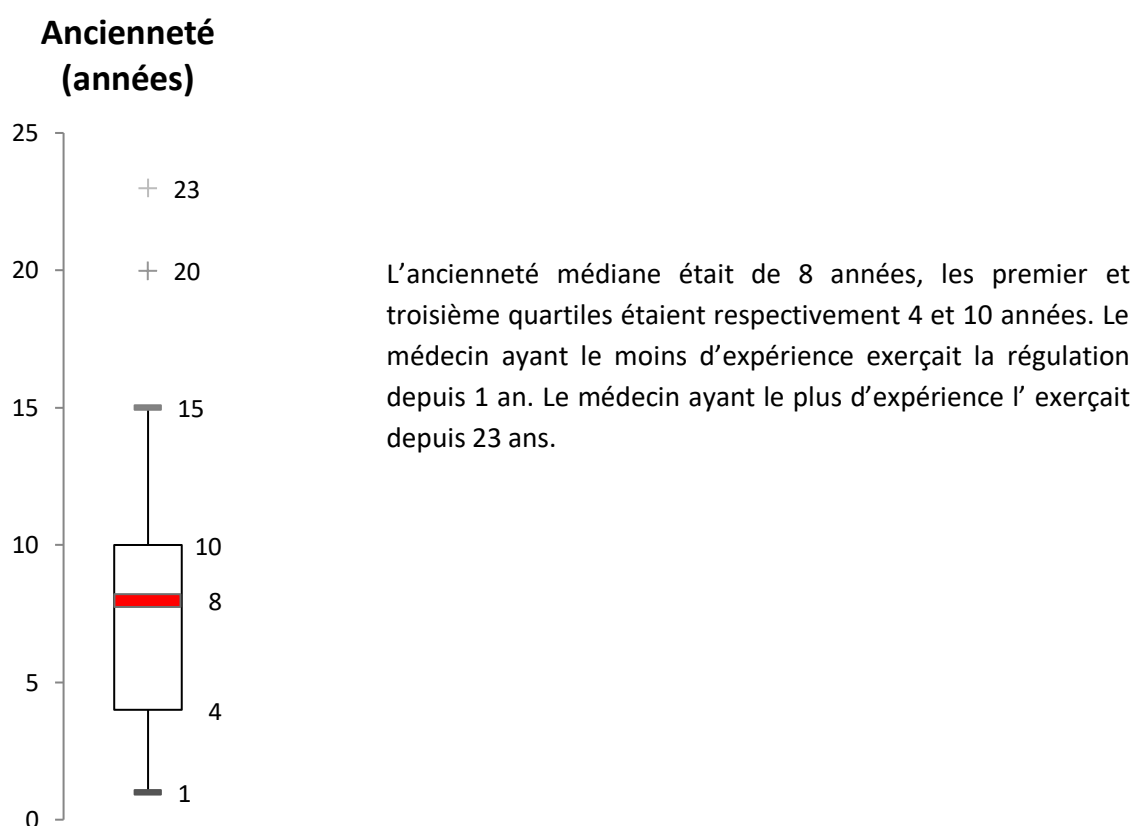


Figure 2 : Représentation de type « box plot » de la répartition de l'ancienneté des médecins régulateurs

B.3.1.6. Charge de travail

Il a été demandé aux participants d'évaluer le pourcentage d'activité représenté par la régulation médicale dans l'ensemble de leur activité professionnelle :

Effectif de population en fonction de la part d'activité de régulation

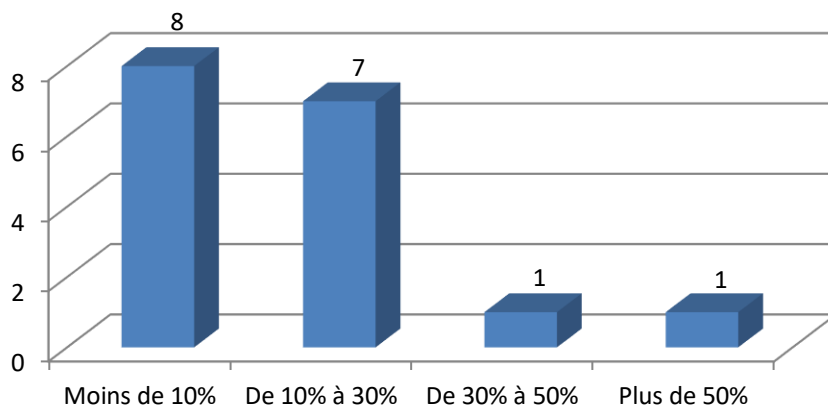


Figure 3 : Représentation des effectifs en fonction de la part prise par la régulation médicale au regard de leur activité professionnelle globale

Les médecins déclaraient pour 4 d'entre eux (24%) réaliser de 2 à 4 plages de régulation par mois, 11 (65%) réalisaient de 5 à 7 plages par mois, et 2 (11%) en réalisaient plus de 8 par mois. Ces plages de régulation étaient réparties de manière équilibrée entre week-end et semaine pour 10 d'entre eux (59%), et, pour respectivement 4 (24%) et 3 (17%), elles prédominaient en semaine et le week-end.

B.3.1.7. Données complémentaires

B.3.1.7.1. Eléments ayant motivé l'exercice de la régulation médicale

Il a été demandé à chaque participant quels étaient les éléments les ayant motivés à exercer une activité de régulation médicale. Plusieurs réponses étaient possibles.

Effectif de population en fonction de chaque élément de motivation

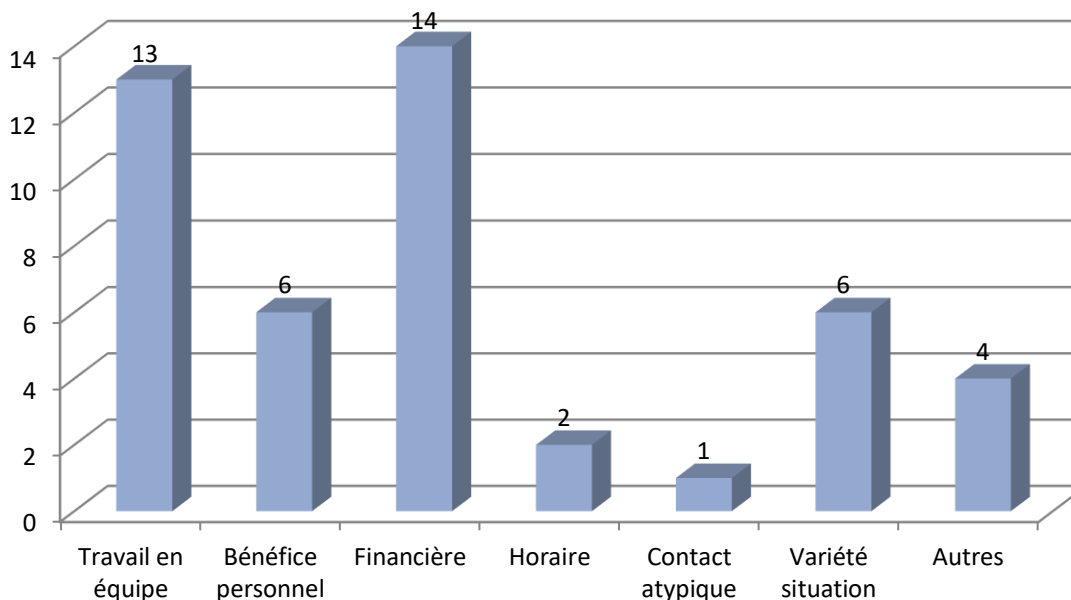


Figure 4 : Représentation des effectifs de réponse positive pour chaque élément de motivation proposé

En ce qui concerne la dernière catégorie, chaque participant pouvait signaler si, éventuellement, un autre élément l'a motivé à exercer la régulation médicale. Ainsi, pour 3 médecins, la participation à la PDS était une source de motivation, et pour un d'entre eux, la seule source de motivation était « l'enrôlement par son associé ».

B.3.1.7.2. Satisfaction ressentie concernant l'activité de régulation

Voici la satisfaction exprimée par les médecins généralistes régulateurs vis-à-vis de leur activité de régulation :

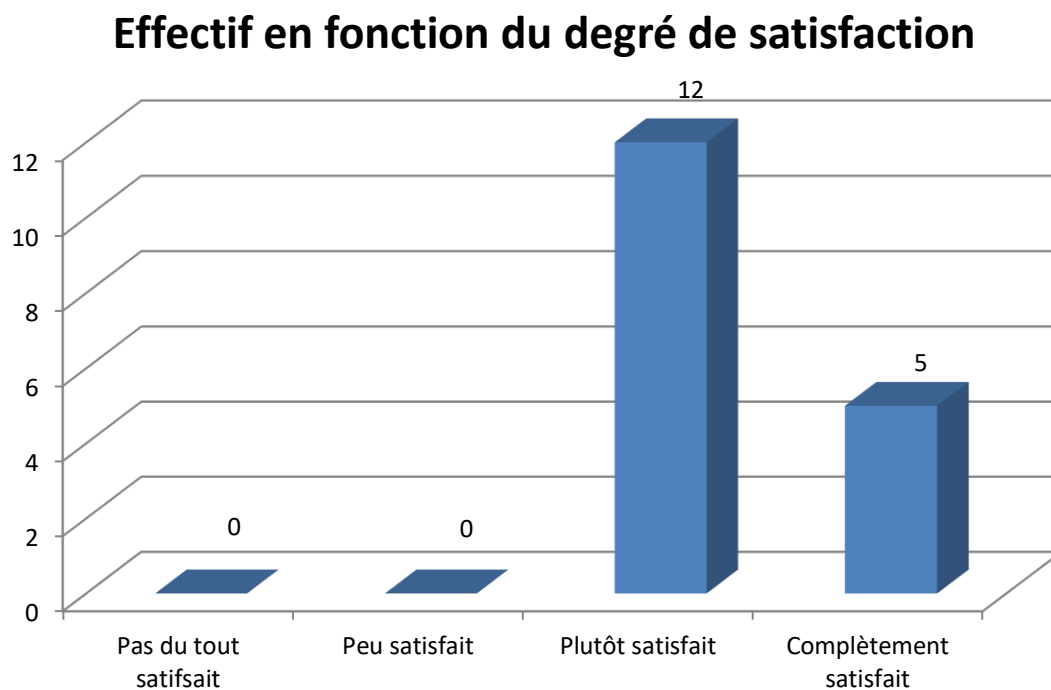


Figure 5 : Représentation graphique de la satisfaction exprimée par les participants quant à leur activité de régulation médicale.

B.3.2. Questionnaire SPPN

Les scores moyens de stress et de stimulation sont représentés dans le graphique ci-dessous :

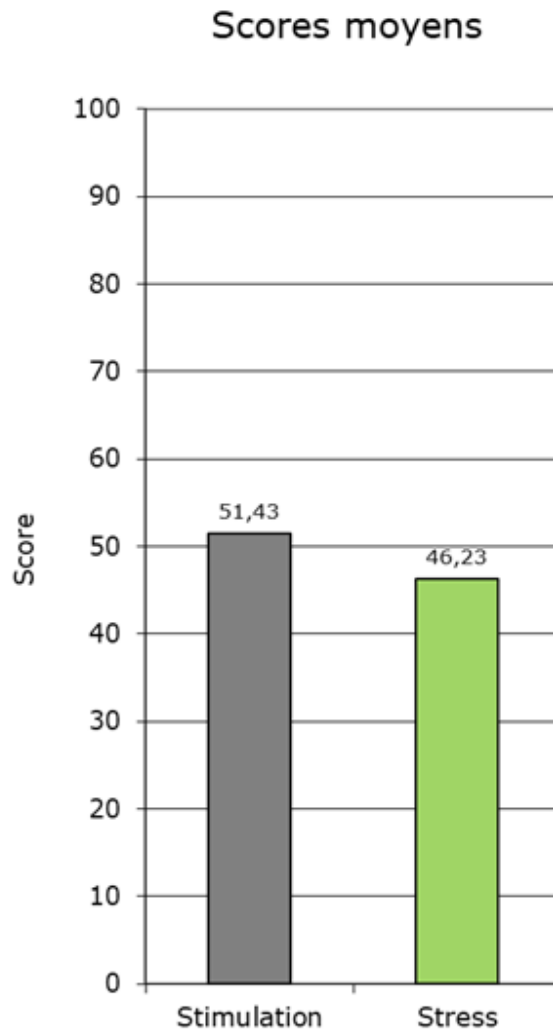


Figure 6 : Scores moyens de stress et de stimulation chez les médecins généralistes régulateurs

Le score de stimulation se situait dans la moyenne et ne présentait pas de différence significative par rapport à la population de référence du secteur « Santé ».

Le score de stress se situait dans la moyenne mais est inférieur à 47, ce qui est positif, le stress tend à devenir faible. Ce résultat présentait une différence statistiquement significative par rapport à la population de référence du secteur « Santé ».

Pour la dimension « Stimulation », les scores se distribuait de la façon suivante :

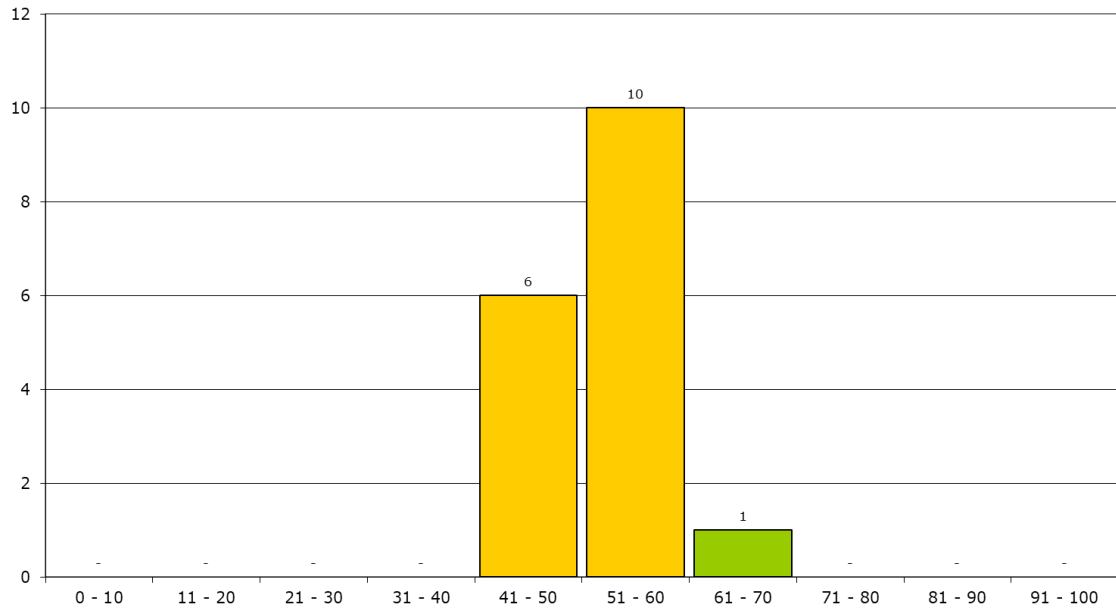


Figure 7 : Distribution des scores pour la dimension "Stimulation"

Pour la dimension « Stress », les scores se distribuait de la manière suivante :

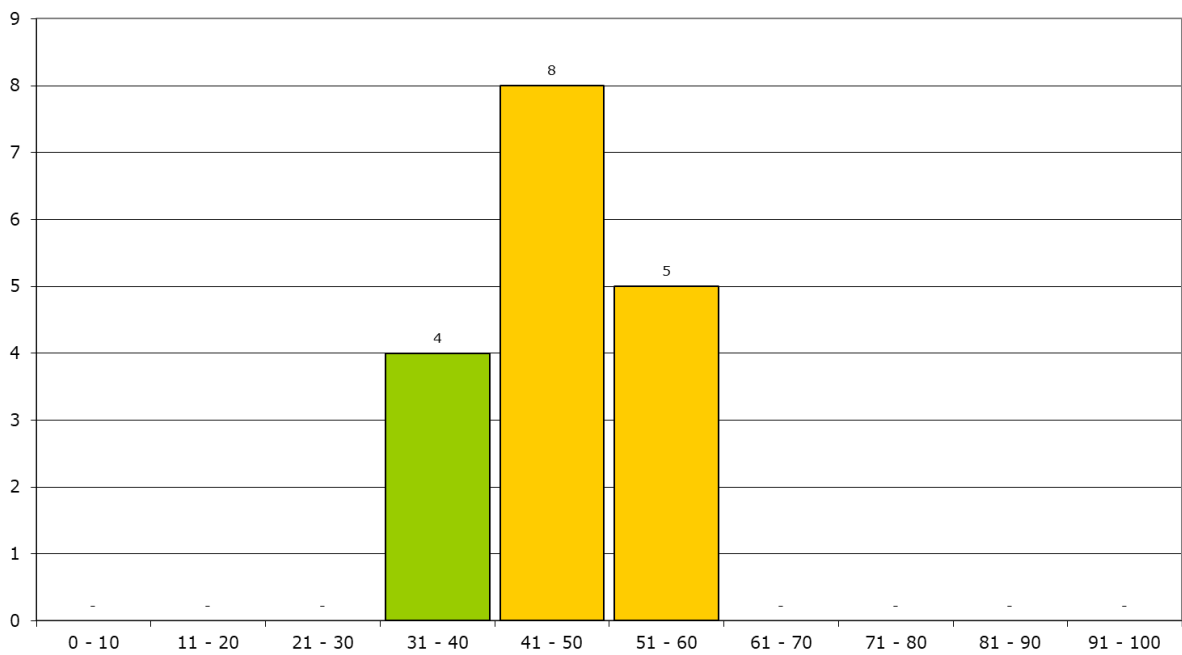


Figure 8 : Distribution des scores pour la dimension "Stress"

B.3.3. Questionnaire RPS DU

B.3.3.1. Intensité et complexité du travail

Voici, pour chaque question, les réponses par niveau d'intensité des facteurs de risque :

Effectif des réponses par niveau d'intensité des facteurs de risque pour la dimension « Intensité et complexité du travail »

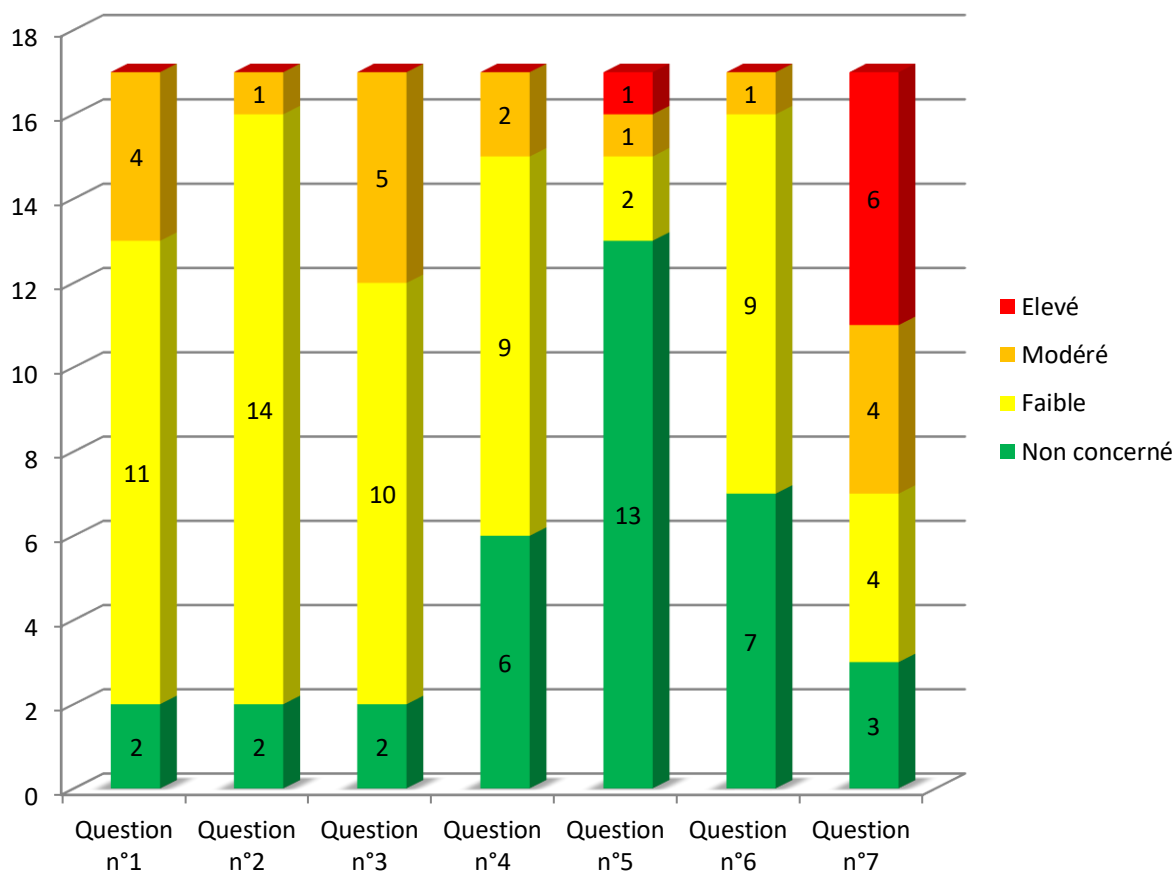


Figure 9 : Représentation graphique des réponses par niveau d'intensité des facteurs de risque pour la dimension « Intensité et complexité du travail ».

- La question n°1 concernait les contraintes de rythme de travail. Il a été demandé aux participants s'ils étaient soumis à des contraintes de rythmes élevés
- La question n°2 concernait le niveau de précision des objectifs de travail. L'objet de cette question était de savoir si les objectifs étaient clairement définis.
- La question n°3 concernait l'adéquation des objectifs de travail avec les moyens et les responsabilités.
- La question n°4 concernait la compatibilité des instructions de travail entre elles. Les médecins pouvaient exprimer la présence de contradictions entre instructions ordres ou demandes qui leur étaient faites.
- La question n°5 concernait la gestion de la polyvalence. Il a été demandé aux médecins s'ils étaient amenés à changer de tâche, de poste ou de fonction à l'improviste pour répondre aux contraintes du moment.
- La question n°6 concernait la fréquence des interruptions dans le travail par des tâches non prévues.
- La question n°7 concernait la nécessité d'une attention soutenue ou d'une vigilance permanente.

B.3.3.2. Horaires de travail difficiles

Voici, pour chaque question les réponses par niveau d'intensité des facteurs de risque :

Effectif des réponses par niveau d'intensité des facteurs de risque pour la dimension « Horaires de travail difficiles »

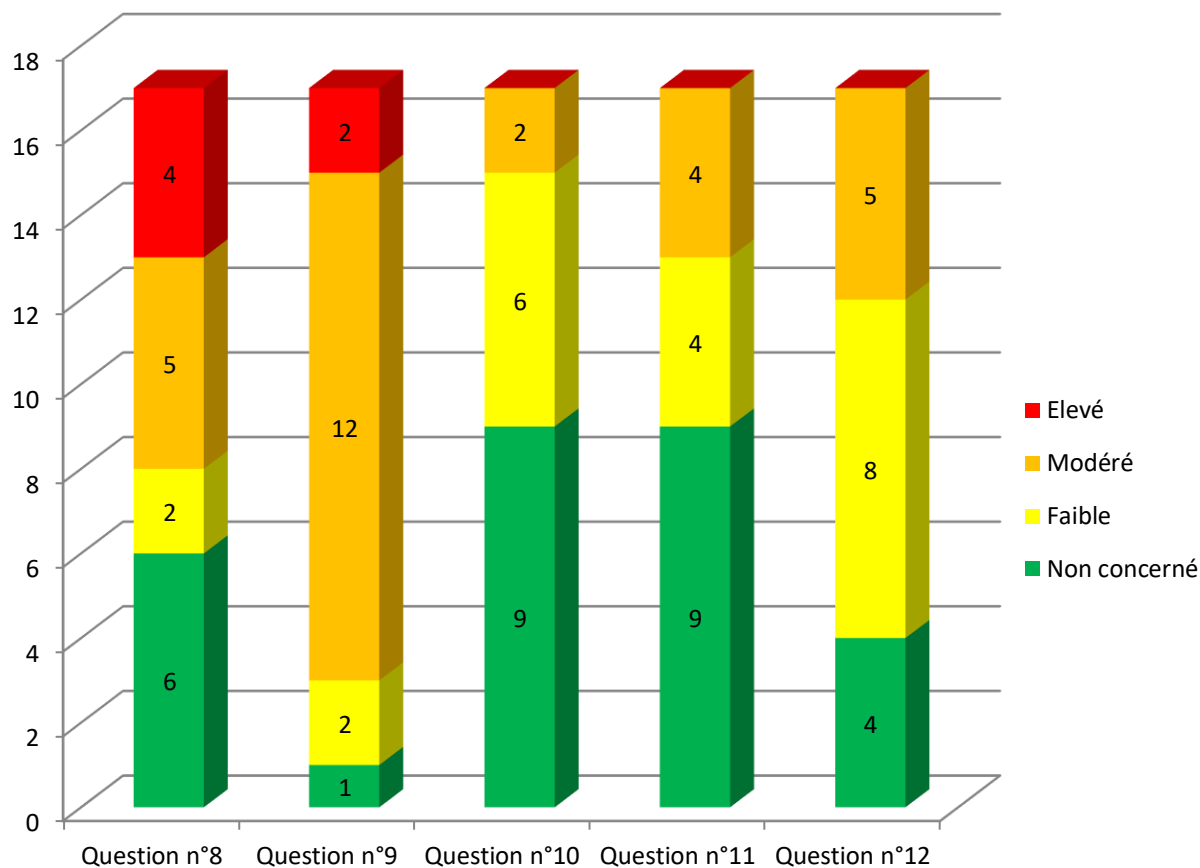


Figure 10 : Représentation graphique des réponses par niveau d'intensité des facteurs de risque pour la dimension « Horaire de travail difficile ».

- La question n°8 concernait la durée hebdomadaire du travail et notamment si cette durée excédait 45 heures par semaine.
- La question n°9 concernait le travail en horaire atypique. Il a été demandé aux médecins participants s'ils étaient souvent soumis à des horaires de nuit, alternants ou décalés.
- La question n°10 concernait l'extension de la disponibilité en dehors des horaires de travail. L'objet de cette question était de savoir si les participants étaient contactés en dehors des horaires de travail pour des raisons professionnelles.
- La question n°11 concernait la prévisibilité des horaires de travail et l'anticipation de leur changement. Il s'agissait de savoir si les médecins connaissaient suffisamment à l'avance leurs horaires de travail ou les changements éventuels de leur planning de travail.
- La question n°12 concernait la conciliation entre vie professionnelle et vie personnelle des médecins.

B.3.3.3. Exigence émotionnelle

Voici, pour chaque question les réponses par niveau d'intensité des facteurs de risque :

Effectif des réponses par niveau d'intensité des facteurs de risque pour la dimension « Exigence émotionnelle »

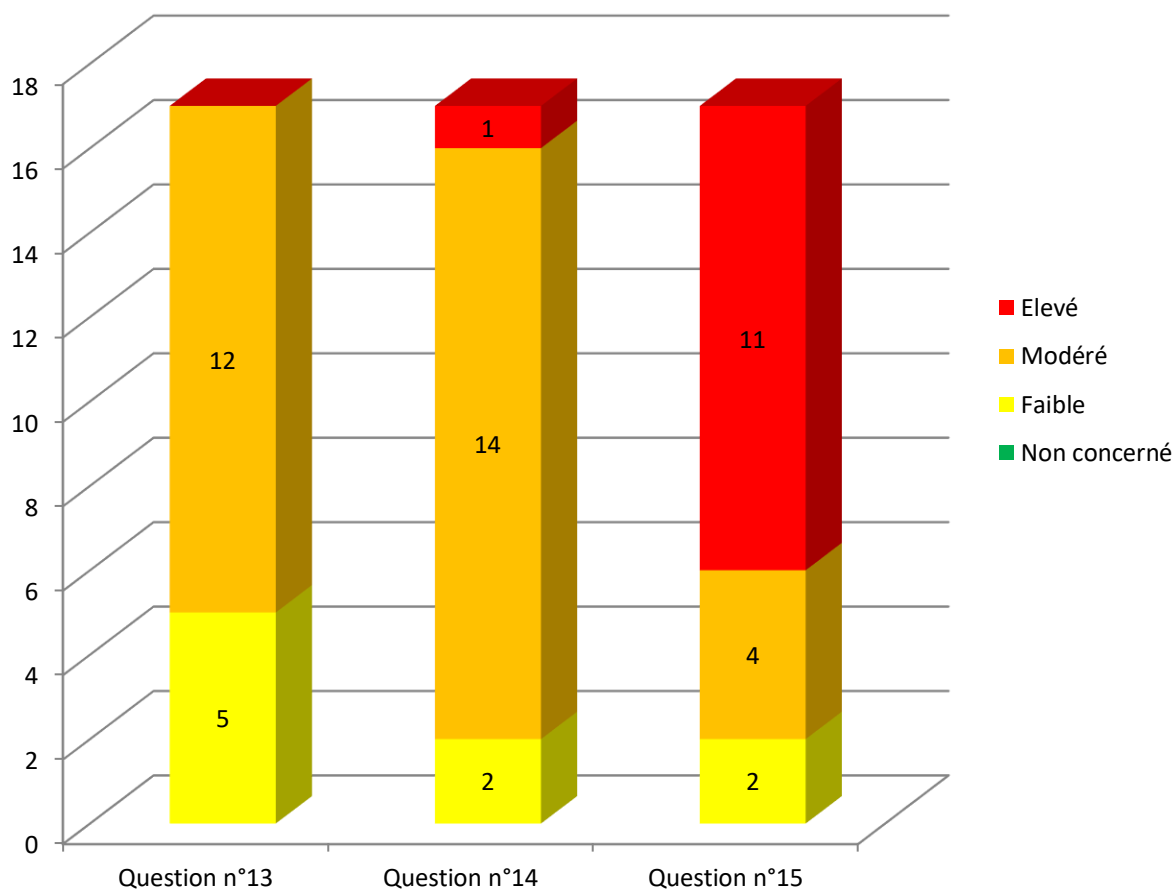


Figure 11 : Représentation graphique des réponses par niveau d'intensité des facteurs de risque pour la dimension « Exigence émotionnelle ».

- La question n°13 concernait la tension avec le public. L'objet de cette question était de savoir si les participants étaient confrontés à des situations de tension dont ils se plaignent.
- La question n°14 concernait la confrontation à la souffrance d'autrui. Les participants pouvaient signaler s'ils étaient amenés à devoir traiter la situation de personnes en souffrance.
- La question n°15 concernait la maîtrise des émotions. Il a été demandé aux médecins s'ils se devaient de « faire bonne figure » en toute circonstance.

B.3.3.4. Faible autonomie au travail

Voici, pour chaque question les réponses par niveau d'intensité des facteurs de risque :

Effectif des réponses par niveau d'intensité des facteurs de risque pour la dimension « Faible autonomie au travail »

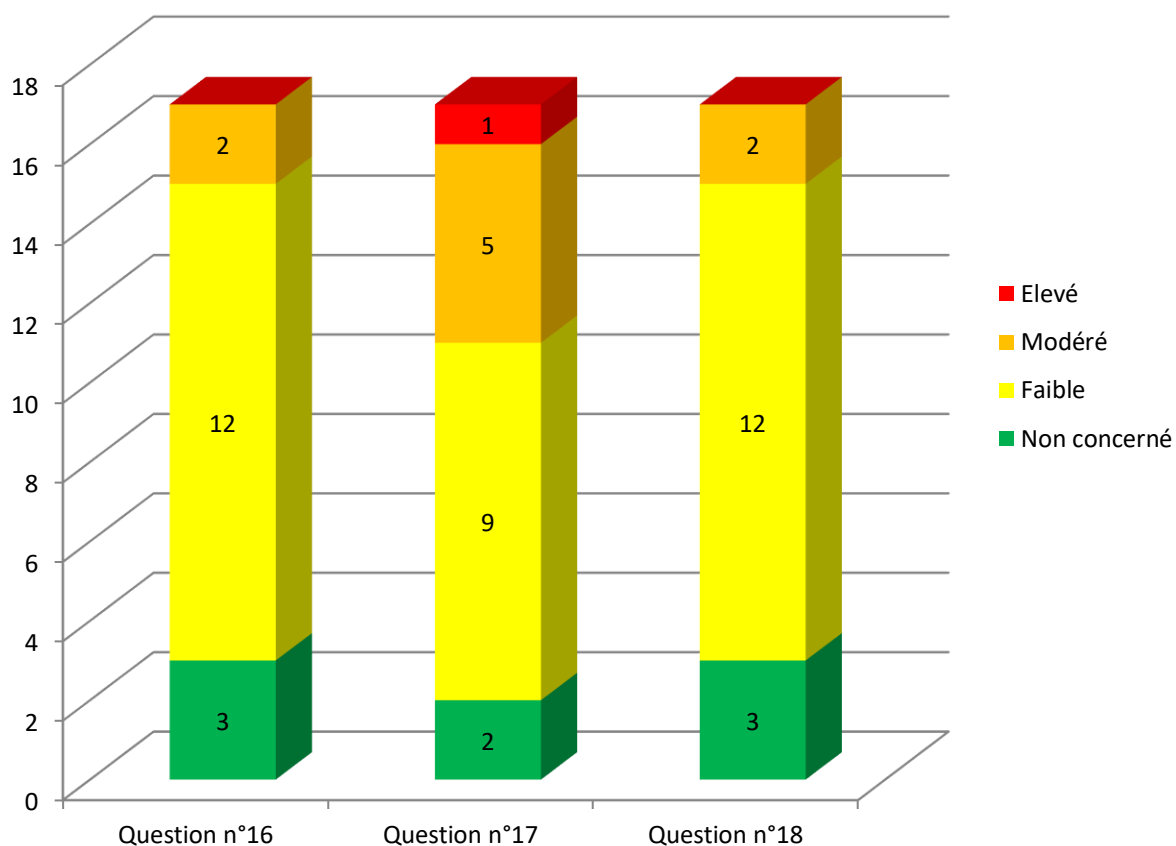


Figure 12 : Représentation graphique des réponses par niveau d'intensité des facteurs de risque pour la dimension « Faible autonomie au travail ».

- La question n°16 concernait l'autonomie dans la tâche. Cette question s'intéressait aux marges de manœuvre dans la réalisation du travail dès lors que les objectifs sont atteints.
- La question n°17 concernait l'autonomie temporelle. Il a été demandé aux médecins s'ils pouvaient interrompre momentanément leur travail quand ils en ressentaient le besoin.
- La question n°18 concernait l'utilisation de leur compétence et la possibilité d'en développer de nouvelles.

B.3.3.5. Rapports sociaux dégradés

Voici, pour chaque question les réponses par niveau d'intensité des facteurs de risque :

Effectif des réponses par niveau d'intensité des facteurs de risque pour la dimension « Rapports sociaux au travail dégradés »

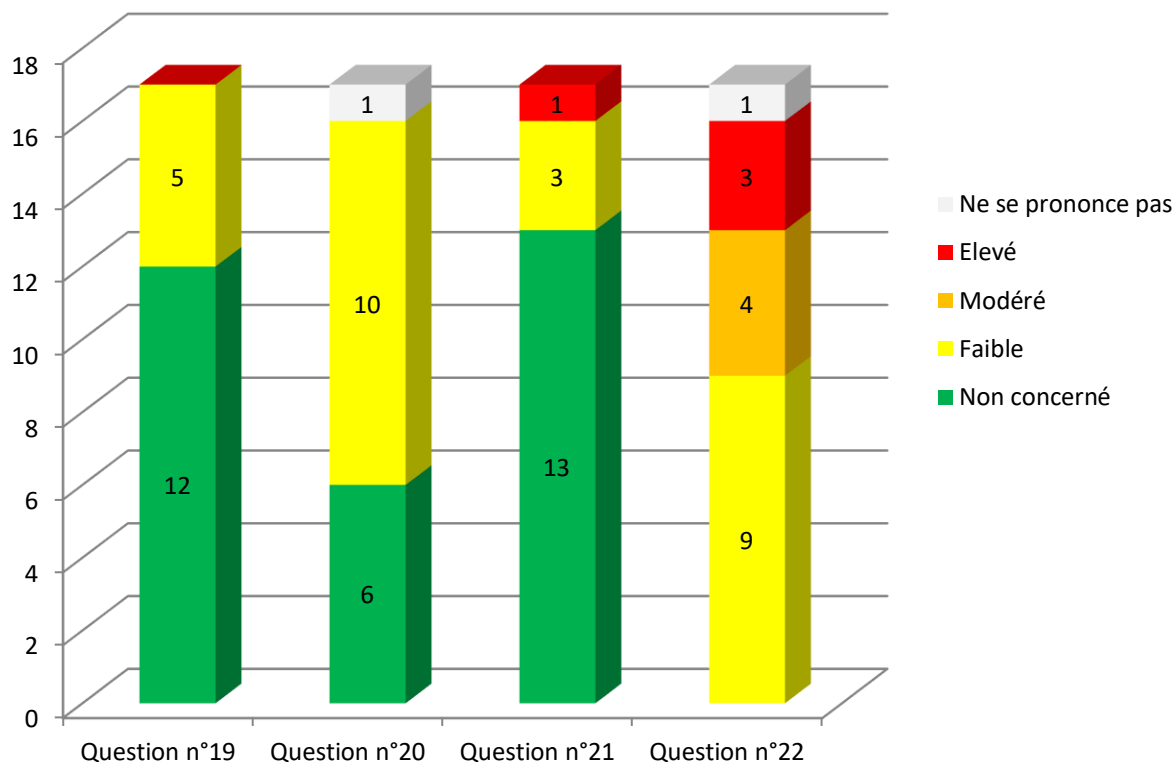


Figure 13 : Représentation graphique des réponses par niveau d'intensité des facteurs de risque pour la dimension « Rapports sociaux au travail dégradés ».

- La question n°19 concernait le soutien de la part des collègues. Les médecins pouvaient dire s'ils entretiennent de bonnes relations avec leurs collègues.
- La question n°20 concernait le soutien de la part des supérieurs hiérarchiques.
- La question n°21 concernait la violence au travail. Il a été demandé aux médecins s'il régnait un climat de courtoisie et de respect mutuel au travail.
- La question n°22 concernait la reconnaissance perçue de leur travail.

B.3.3.6. Conflits de valeurs

Voici, pour chaque question les réponses par niveau d'intensité des facteurs de risque :

Effectif des réponses par niveau d'intensité des facteurs de risque pour la dimension « Conflits de valeurs »

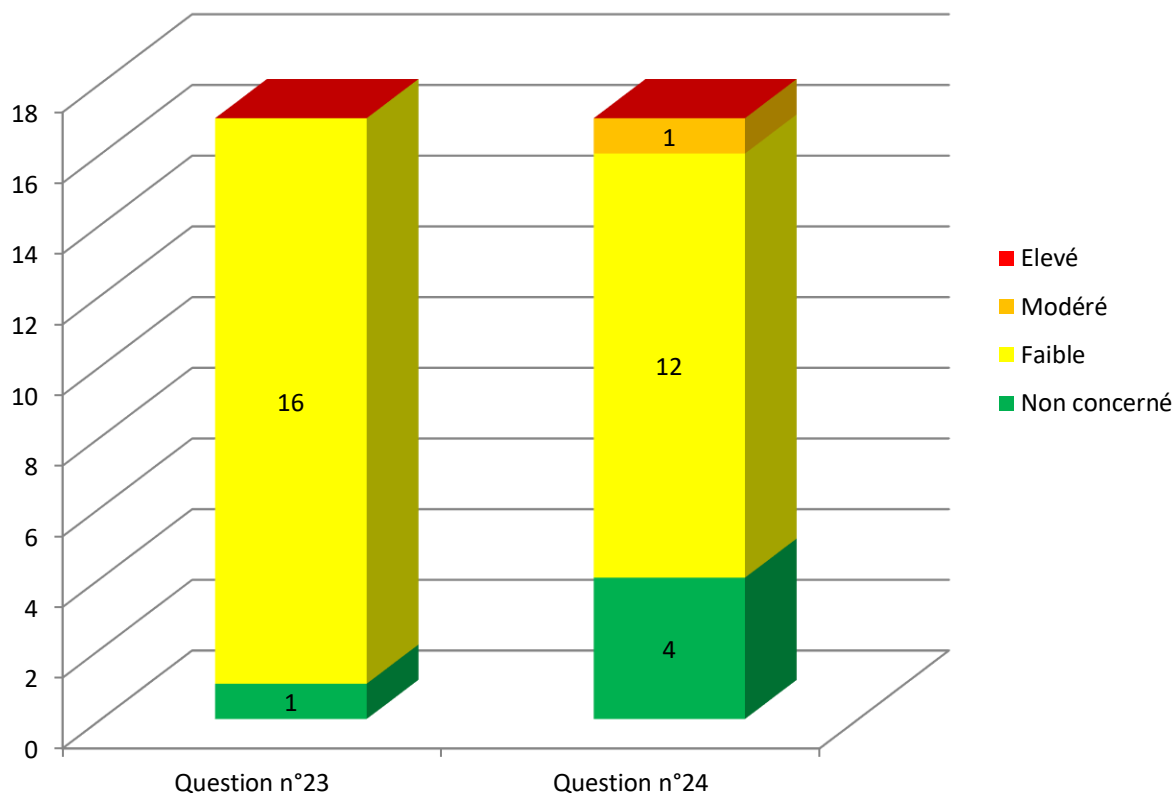


Figure 14 : Représentation graphique des réponses par niveau d'intensité des facteurs de risque pour la dimension « Conflits de valeurs ».

- La question n°23 concernait la qualité empêchée. Il a été demandé aux participants s'ils considéraient qu'ils font un travail de qualité.
- La question n°24 concernait le travail inutile. Les médecins pouvaient exprimer s'ils estimaient leur travail utile.

B.3.3.7. Insécurité de l'emploi et du travail

Voici, pour chaque question les réponses par niveau d'intensité des facteurs de risque :

Effectif des réponses par niveau d'intensité des facteurs de risque pour la dimension « Insécurité de l'emploi et du travail »

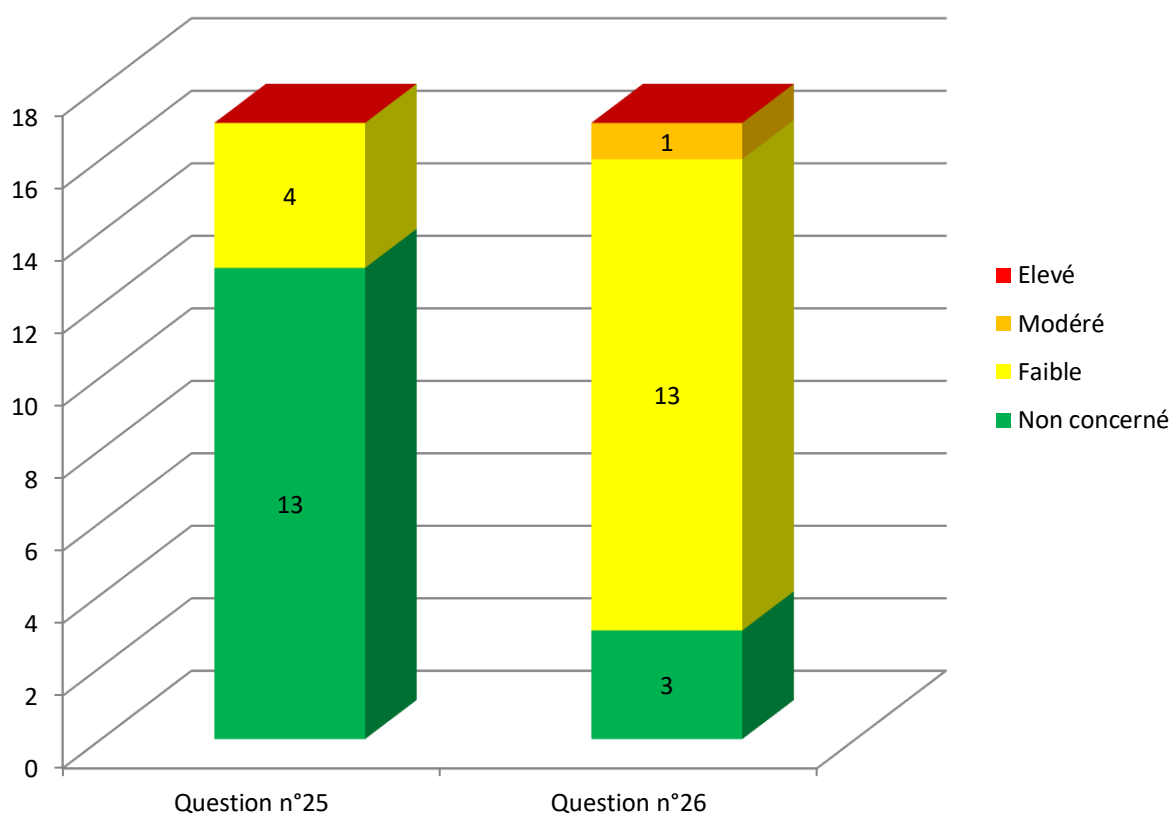


Figure 15 : Représentation graphique des réponses par niveau d'intensité des facteurs de risque pour la dimension « Insécurité de l'emploi et du travail ».

- La question n°25 concernait l'insécurité socio-économique. L'objet de la question était de savoir si les participants étaient confrontés à des incertitudes quant au maintien de leur activité dans les prochains mois.
- La question n°26 concernait la conduite du changement dans l'entreprise. Le but était de savoir si les décisions de changements étaient suffisamment anticipées, accompagnées et clairement expliquées.

B.3.4. Questionnaire MBI

Pour la dimension épuisement émotionnel : 6 médecins (35%) avaient un score moyen, aucun n'avait un score élevé. Pour la dimension dépersonnalisation : 6 médecins (35%) avaient un score moyen, 3 (18%) avaient un score élevé. Pour la dimension accomplissement personnel : 4 médecins (24%) avaient un score moyen, aucun n'avait un score faible.

Voici la répartition des scores des médecins généralistes régulateurs pour chaque dimension de burnout :

	Epuisement émotionnel (EE)	Dépersonnalisation (DP)	Accomplissement personnel (AP)
Score faible	11 (65%)	8 (47%)	0 (0%)
Score modéré	6 (35%)	6 (35%)	4 (24%)
Score élevé	0 (0%)	3 (18%)	13 (76%)

Tableau 5 : Effectif des médecins généralistes régulateurs en fonction du score pour chaque dimension de burnout.

Répartition des scores pour chaque dimension

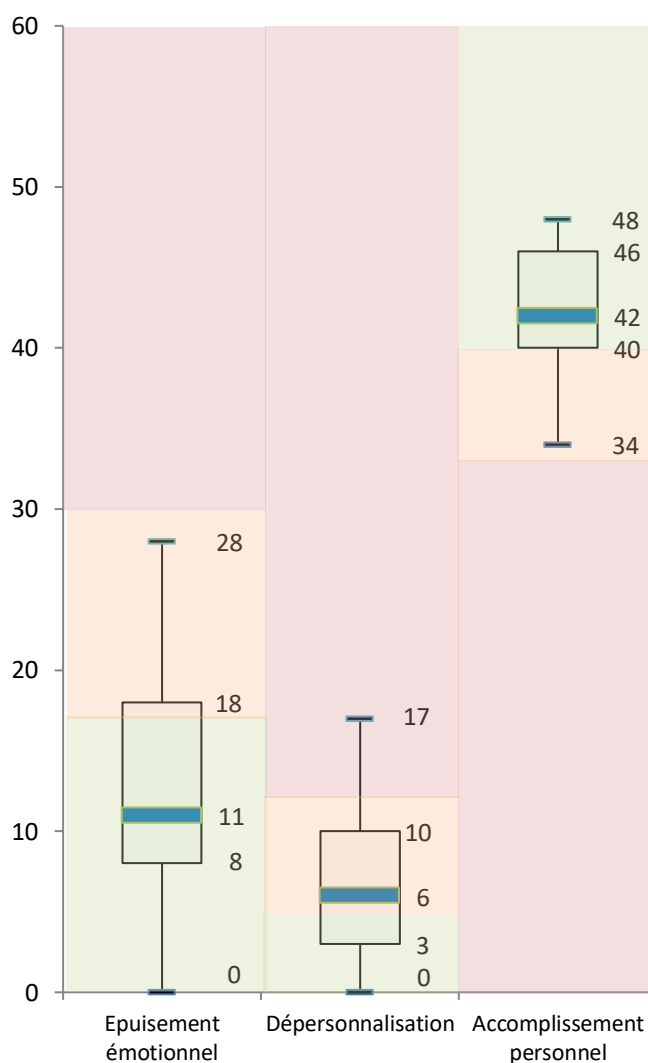


Figure 16 : Représentation de type « box plot » de la répartition des scores obtenus pour chaque dimension du Burnout.

B.3.5. EVA et appels régulés

Sur la période de travail, les données de 414 appels ont pu être recueillies.

B.3.5.1. Caractéristiques générales des appels

B.3.5.1.1. Age

L'âge moyen du requérant était de 30,743 années, l'écart type était de 28,101. L'âge minimal du requérant était de 10 jours, son âge maximal était de 94 ans.

B.3.5.1.2. Le requérant est-il l'appelant ?

Le requérant était l'appelant dans 37,92% des cas (157 appels), il ne l'était pas dans 62,08% des cas (257 appels).

B.3.5.1.3. Motifs d'appels

Voici la répartition du nombre d'appels en fonction du motif d'appel :

Motif appel	Nombre (Pourcentage)
Certificats ou conseil médicamenteux	14 (3,38%)
Pathologies cardio-respiratoires	46 (11,11%)
Pathologies abdominales	93 (22,46%)
Pathologies cutanées	43 (10,39%)
Pathologies génito-urinaires	30 (7,25%)
Pathologies neurologiques	18 (4,35%)
Pathologies ORL ou ophtalmologiques	45 (10,85%)
Pathologies traumatiques	47 (11,35%)
Signes généraux	77 (18,60%)
Urgences Vitales	1 (0,24%)

Tableau 6 : Nombre d'appels en fonction du motif d'appel.

B.3.5.1.4. Décisions prises

Voici la répartition du nombre d'appels pour chaque type de prise de décision :

Décision	Nombre (Pourcentage)
Conseil médical	184 (44,44%)
Envoi d'une ordonnance	45 (10,87%)
Intervention d'un médecin libéral de garde	141 (34,06%)
Orientation vers un service d'accueil des urgences	42 (10,14%)
Transfert sur SAMU	2 (0,48%)

Tableau 7 : Nombre d'appels en fonction de la décision prise.

B.3.5.2. EVA

L'EVA moyenne était de 1,69, l'écart type de 1,21 sur l'ensemble des appels, l'EVA minimale était de 0, l'EVA maximale était de 7.

Voici le nombre d'appels en fonction de l'EVA :

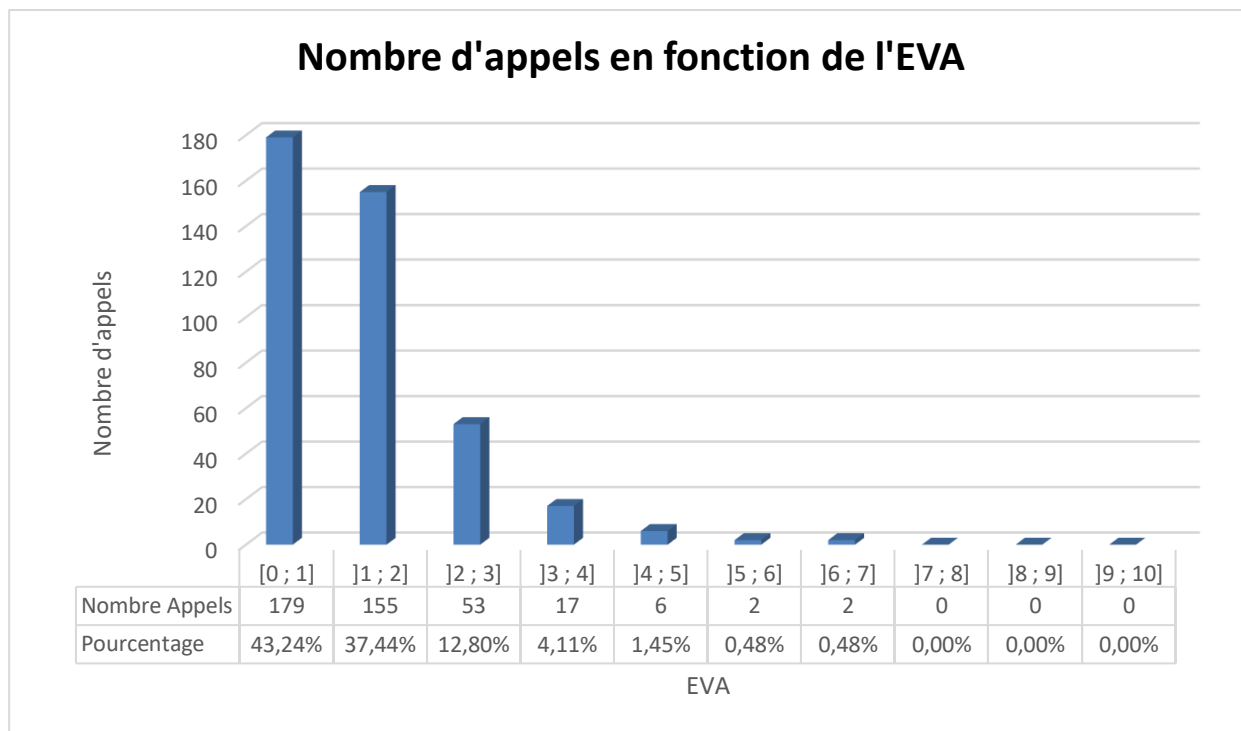


Figure 17 : Représentation du nombre d'appels en fonction de l'EVA

B.3.5.2.1. Détails en fonction de l'âge du requérant

Voici, répartis par tranche d'âge, le nombre d'appels ainsi que les paramètres de dispersion de l'EVA mesurée :

Tranche d'âge (années)	Nombre (Pourcentage)	Moyenne EVA	Ecart type
[0 ; 2]	65 (15,70%)	1,69	1,12
]2 ; 10]	93 (22,46%)	1,51	1,07
]10 ; 20]	30 (7,25%)	1,50	1,09
]20 ; 40]	82 (19,81%)	1,72	1,36
]40 ; 60]	72 (17,39%)	1,88	1,40
]60 ; 80]	36 (8,70%)	1,96	0,89
]80 ; +∞ [	36 (8,70%)	1,64	1,18

Tableau 8 : Nombre d'appels et répartition de l'EVA en fonction de la tranche d'âge

B.3.5.2.2. Détails en fonction du motif d'appel

Voici, répartis par motif d'appel, le nombre d'appels ainsi que les paramètres de dispersion de l'EVA mesurée et l'âge du requérant :

Motif appel	Nombre	Pourcentage	Moyenne EVA	Ecart type EVA	Moyenne âge	Ecart type âge
Certificats ou conseil médicamenteux	14	3,38%				
Pathologies cardio-respiratoires	46	11,11%	1,95	1,38	39,279	30,524
Pathologies abdominales	93	22,46%	1,83	0,97	32,842	29,609
Pathologies cutanées	43	10,39%	1,40	0,99	16,893	23,252
Pathologies génito-urinaires	30	7,25%	1,26	0,73	33,458	21,042
Pathologies neurologiques	18	4,35%				
Pathologies ORL ou ophtalmologiques	45	10,87%	1,33	0,84	21,978	19,194
Pathologies traumatiques	47	11,35%	1,90	1,25	47,014	26,091
Signes généraux	77	18,60%	1,61	1,41	22,099	27,386
Urgences Vitales	1	0,24%				

Tableau 9 : Nombre d'appels et répartition de l'EVA en fonction du motif d'appel

Notons que pour 3 catégories de motifs d'appels (« Certificats ou conseil médicamenteux », « pathologies neurologiques », et « Urgences vitales »), il n'était pas possible de calculer une moyenne et un écart type, le nombre d'appels étant inférieur à 30. Pour ces 3 catégories voici les paramètres de dispersion de l'EVA et de l'âge :

- Pour la catégorie « Certificats ou conseil médicamenteux », la médiane d'EVA était 1, l'espace interquartile était de 0,75, la médiane d'âge était de 48,5 années, l'espace interquartile était de 26,5 années.
- Pour la catégorie « Pathologies neurologiques », la médiane d'EVA était 2,5, l'espace interquartile était de 1, la médiane d'âge était de 30,5 années, l'espace interquartile était de 46,5 années.
- Pour la catégorie « Urgences Vitales », nous disposons d'une seule observation, l'EVA était de 7 et l'âge du requérant était de 38 ans.

B.3.5.2.3. Détails en fonction de la décision prise

Voici, répartis par décision prise, le nombre d'appels ainsi que les paramètres de dispersion de l'EVA mesurée et de l'âge du requérant :

Décision	Nombre	Pourcentage	Moyenne EVA	Ecart type EVA	Moyenne âge	Ecart type âge
Conseil médical	184	44,44%	1,67	0,98	27,605	28,009
Envoi d'une ordonnance	45	10,87%	1,57	1,17	28,826	21,594
Intervention d'un médecin libéral de garde	141	34,06%	1,64	1,37	31,413	29,271
Orientation vers un service d'accueil des urgences	42	10,14%	1,99	1,26	43,684	27,304
Transfert sur SAMU	2	0,48%				

Tableau 10 : Nombre d'appels et répartition de l'EVA en fonction de la décision prise.

Pour la catégorie « Transfert sur SAMU », on note 2 observations :

- Pour la première, l'âge du requérant était de 38 ans, l'EVA était de 7, le motif d'appel entré dans la catégorie « Urgences Vitales »
- Pour la seconde, l'âge du requérant était de 49 ans, l'EVA 0, le motif d'appel entré dans la catégorie « Pathologies cardio-respiratoires ».

B.4. Discussion

B.4.1. Population étudiée

La population des médecins généralistes régulateurs étudiée, bien que faible en nombre, semble suivre des caractéristiques démographiques similaires à la population des médecins généralistes français (66) et de Lorraine (67) comme le montrent les Atlas de la démographie médicale établis par le CNOM et ses branches régionales et départementales.

Pour le genre, 71% des médecins étaient des hommes, et 29% étaient des femmes dans cette étude, ce qui est similaire aux données lorraines : 68% d'hommes, 32% de femmes(67). A contrario, les chiffres sur le territoire national montrent une part plus importante de femmes généralistes : 48,2% (66).

L'âge moyen des médecins généralistes est de 52 ans en Lorraine et de 54,5 ans en Moselle (67). Dans notre étude l'âge moyen ne peut être calculé mais la tranche d'âge majoritaire était la tranche 50 – 59 ans, suivie par la tranche > 60 ans, ce qui correspond à la même répartition de la pyramide des âges des médecins généralistes lorrains.(67). De même, cette répartition est similaire aux chiffres sur le territoire national (66).

Concernant le nombre total de médecins généralistes régulateurs, le CNOM retrouve une participation nationale de 5,2% des médecins généralistes libéraux à la régulation libérale (68). Par extrapolation avec les chiffres disponibles sur l'Atlas de la région Lorraine en date de 2015 (67) et les résultats de ce travail, 4,2% des médecins généralistes participaient à la régulation médicale libérale via MEDIGARDE, ce qui est donc inférieur aux statistiques nationales. Cependant ce chiffre est probablement biaisé. En effet, la participation des médecins généralistes est certainement plus importante en Moselle car un médecin généraliste est présent en permanence et est rattaché au CRRA – Centre 15 selon le cahier des charges de la PDSA édicté par l'ARS (56). Les généralistes intervenant exclusivement au CRRA - Centre 15 n'ont pas été interrogés lors de ce travail, du fait de la différence de palette de réponses possibles à leur disposition (SMUR, secouristes...) par rapport à celle des médecins régulateurs de MEDIGARDE.

B.4.2. Résultats concernant le stress et le Burn Out

La prévalence du burnout était de 18% (n=3) dans la population des médecins généralistes régulateurs de MEDIGARDE selon la définition de Maslach (38). La prévalence du burnout sévère était de 0 dans cette étude.

Ces résultats montrent clairement une différence avec la plupart des études de prévalence du burnout. En effet, en 2016, A. Leturque (69) retrouvait une prévalence de 54,7% chez les médecins généralistes picards, E. Bontoux (70) une prévalence de 46% chez les médecins généralistes du Gers, en 2004. D. Truchot (71) retrouvait une prévalence de 47,2% chez les médecins généralistes en Bourgogne. Sur le plan national, C Vaquin-Villeminey (72) retrouvait une prévalence de 51,5% en 2007. De même chez les internes en Médecine Générale, E. Galam (73) observait une prévalence de 58,1% en 2013. F. Birault (74) en 2015 retrouvait des chiffres similaires aux autres études, mais cette fois pour la spécialité Médecine d'Urgences, avec une prévalence de 60%. Cependant, C. Zins (75) retrouvait des chiffres plus proches des résultats de cette étude pour les médecins généralistes libéraux lorrains avec une prévalence estimée à 33,70%.

Le score moyen de stress des médecins généralistes régulateurs (46,23) était plus faible et était statistiquement inférieur à celui de la population de référence. Par définition le score moyen en population générale est de 50. Selon les normes fournies par l'Unité de Valorisation des Ressources

Humaines de l'Université de Liège, le niveau de stress moyen dans la population référence « Santé » est de 50,59. Quant au score moyen de stimulation (51,43), il restait dans la moyenne sans différence statistique avec le niveau de stress moyen de la population de référence « Santé » qui est de 50,67. Il n'existe pas de chiffre spécifique pour une population de médecins généralistes. On notera une étude réalisée en 2015 sur le personnel de radiothérapie où les médecins avaient un score moyen de stress de 48,39 pour un score moyen de stimulation de 59,16 (76) . Peu d'études sont disponibles dans la littérature, car les résultats sont principalement rendus sous forme de rapports internes à chaque structure. Cependant, l'ensemble des données est centralisé par l'Unité de Valorisation des Ressources Humaines de l'Université de Liège, ce qui permet d'alimenter une base de données centrale et exhaustive de l'ensemble des travaux réalisés avec cet outil. Les normes sont ainsi régulièrement mises à jour.

Les résultats de ces deux questionnaires étaient concordants et montraient un faible niveau de stress et une faible prévalence du burnout chez les médecins généralistes régulateurs de MEDIGARDE 57.

Ainsi, bien que plusieurs auteurs (77–80) s'inquiètent du stress professionnel chez les médecins généralistes et de ses conséquences, les résultats semblaient indiquer que les médecins généralistes régulateurs étaient moins soumis au stress professionnel que leurs confrères qui n'exerçaient pas la régulation médicale.

Ces résultats peuvent s'interpréter de plusieurs façons. En effet, comme le montre E. Bontoux pour les médecins généralistes gersois (70), « le facteur de risque majeur du burnout [...] est l'absence d'une autre activité que le soin au cabinet. Il existe un lien statistiquement significatif pour le burnout (OR=2,96 ; IC95% [1,25 ; 7,00] ; p=0,013) ». Ainsi, la régulation médicale, en tant qu'activité hors soins au cabinet, est potentiellement un facteur protecteur vis-à-vis du stress professionnel. Cependant, il paraît aussi probable qu'il existe un biais de sélection des médecins du fait que l'exercice de la régulation médicale relève d'un choix personnel pour les médecins généralistes et qu'il n'est aucunement obligatoire, mais manifeste l'attrait des praticiens pour ce mode d'exercice, comme le montre la Figure 4. Ainsi, il est permis de se demander si les médecins les plus accomplis et les moins stressés sur le plan professionnel sont ceux qui exercent ce type d'activité.

Ce questionnement est d'autant plus licite que le niveau d'accomplissement personnel était élevé dans ce travail, avec presque trois-quart des participants ayant un niveau d'accomplissement personnel élevé avec une médiane de 42. L'analyse de la littérature révèle néanmoins que le niveau d'accomplissement personnel des médecins généralistes libéraux français est lui aussi élevé. P. Cathébras (81) retrouvait en 2004 un accomplissement personnel élevé pour 58% des généralistes de la Loire avec un score moyen de 38,7. D. Truchot (80) retrouvait en 2009 un taux moyen d'accomplissement personnel de 36,5. S. Chan Lin-Chanteau (82) montrait un taux moyen d'accomplissement personnel de 39,63 chez les médecins généralistes de Tahiti. D'autres travaux sont donc nécessaires afin d'identifier s'il existe une différence significative concernant le stress professionnel entre les médecins généralistes exerçant et ceux n'exerçant pas une activité de régulation médicale.

De même, l'épuisement émotionnel semblait moins important chez les médecins généralistes régulateurs de MEDIGARDE 57 que celui retrouvé dans d'autres études. P. Cathébras (81) retrouvait un épuisement émotionnel élevé pour 26% des généralistes de la Loire avec un score moyen de 21,85. E. Bontoux (70) décrivait un score moyen d'épuisement émotionnel de 21,9, avec 26,2% des généralistes du Gers présentant un score élevé d'épuisement. . S. Chan Lin-Chanteau (82) déclarait un

taux moyen d'épuisement émotionnel de 13,27 avec 7,2% des médecins généralistes tahitiens présentant un niveau élevé d'épuisement émotionnel.

A contrario, le niveau de dépersonnalisation observé chez les médecins généralistes régulateurs de MEDIGARDE était similaire à celui d'autres études concernant les généralistes (70,80–82).

Parmi les effecteurs médicaux en régulation, les médecins urgentistes représentent l'autre spécialité médicale aux côtés des médecins généralistes. Bien que la comparaison des scores soit difficile du fait des différences d'activité entre généraliste et urgentiste, il paraît intéressant de signaler les principaux résultats obtenus pour les urgentistes. F Birault (74) retrouvait une prévalence du burnout de 60% chez les urgentistes de Poitou-Charentes, avec une moyenne d'épuisement émotionnel de 16,8 pour la dépersonnalisation et 33 pour l'accomplissement personnel. De même Jabbour (83), notait que 60,6% des urgentistes du CHU présentaient un syndrome d'épuisement professionnel, avec un épuisement émotionnel moyen de 19,8, une dépersonnalisation moyenne de 10,2, et un accomplissement personnel moyen de 38,8. Les urgentistes semblent donc plus sujets au burnout que la population étudiée des médecins régulateurs généralistes de MEDIGARDE 57. Ce résultat était attendu au vu des données de la littérature comme le montre M. Estry-Behar (84) qui retrouve que la médecine d'urgences est la spécialité la plus concernée par le stress professionnel dans l'enquête SESMAT en 2011.

B.4.3. Résultats pour les risques psychosociaux

Deux dimensions semblaient problématiques pour les médecins généralistes régulateurs : « Exigence émotionnelle » et « Horaire de travail difficile ».

La dimension « Exigence émotionnelle » était clairement la dimension qui posait le plus de problèmes aux médecins généralistes régulateurs. Comme le souligne Gollac et Bordier en 2011, les « exigences émotionnelles peuvent contribuer positivement à la dynamique psychique, mais elles peuvent aussi causer des souffrances et des troubles » (85). L'ensemble des questions posées pour l'évaluation de cette dimension était perturbé. La nécessité de « faire bonne figure » en toute circonstance était l'élément le plus problématique, suivi de la confrontation à la souffrance d'autrui et de la tension avec le public. Ces observations sont concordantes avec différentes études. Cazabat, Barthe et Cascino en 2008 (86) montraient que les scores de stress étaient associés à la dimension relationnelle notamment. Roldán, Salazar, Garrido et Ramos en 2013 (87) ont montré que l'exposition à la violence était liée à l'épuisement émotionnel, la dépression et l'anxiété chez les professionnels de santé. Ainsi, comme le décrit Leclerc en 2016 (88) « les métiers d'aide et de relation avec le public sont particulièrement exposés à une forte charge émotionnelle ».

Pour la dimension « Horaire de travail difficile », la durée hebdomadaire de travail et le travail en horaire atypique posaient des problèmes aux médecins généralistes régulateurs. L'élément horaire atypique est un facteur de risque régulièrement retrouvé dans la littérature, comme l'ont décrit Maillard en 1996 (89), Harrington en 2001 (90), ou Wallace en 2009 (91). Pilcher en 1996 (92) a montré dans une méta-analyse que « l'humeur était beaucoup plus affectée par la privation de sommeil que les performances cognitives ou motrices », c'est donc un élément important à prendre en compte. Aussi, la conciliation entre vie professionnelle et vie personnelle semblait aussi problématique pour une certaine partie des praticiens, ce qui est en accord avec les données de la littérature. Déjà en 1973, l'American Medical Association Council on Mental Health montrait que les difficultés pour concilier vie personnelle et vie professionnelle sont particulièrement lourdes (93). En 1990 Firth-Cozens (94) retrouvait que le retentissement sur la vie personnelle était l'élément le plus pourvoyeur de Job Strain après la charge de travail. En 2011, Estry-Béhar (95) montrait dans l'enquête SESMAT, que les

situations de conflits entre la vie familiale et la vie professionnelle étaient une source importante d'épuisement professionnel et qu'elles étaient liées aux horaires de travail longs et irréguliers.

Dans une moindre mesure, la dimension « Intensité et complexité du travail » semblait problématique surtout en ce qui concerne l'attention et la vigilance dans le travail. Cette charge mentale contribue à accroître le niveau de stress, d'épuisement et de fatigue comme le montre Stordeur en 1999 (96)

De même, la dimension « Rapports sociaux au travail dégradés » était problématique pour la question de la reconnaissance du travail. Estry-Béhar, toujours grâce à l'enquête SESMAT (97), retrouvait la problématique de l'absence de reconnaissance comme un élément que les médecins trouvent le plus pénible. Pour la dimension « Faible autonomie au travail », la possibilité d'interrompre momentanément le travail lorsque le besoin s'en fait sentir semblait poser problème à quelques praticiens.

Les dimensions « Insécurité de l'emploi et du travail » et « Conflits de valeurs » ne semblaient pas poser de problèmes particuliers aux médecins de cette étude. Encore une fois, Estry-Béhar grâce à l'enquête SESMAT (97), montrait que le sentiment d'être utile et le fait de soigner font partie de ce que les médecins appréciaient le plus dans leur travail.

B.4.4. Apport des autres données générales

B.4.4.1. *Statut familial et enfants*

La quasi-totalité des participants se déclarait marié ou en union civile avec, par conséquent, un entourage familial qui peut apporter son soutien aux médecins généralistes régulateurs. (98). De même, tous les médecins déclaraient avoir des enfants. Bien que, comme nous l'avons illustré précédemment, les conflits issus de la conciliation vie personnelle et professionnelle sont fréquents et problématiques pour bon nombre de praticiens, le soutien familial reste fondamental comme le montre Chew-Graham (99). D'autant que les soignants peuvent être guidées par une « loi du silence » de peur d'être stigmatisés par leurs collègues. (100,88,101)

B.4.4.2. *Autre activité professionnelle*

La quasi-totalité des médecins généralistes régulateurs de MEDIGARDE déclarait une autre activité professionnelle que celle de régulation. D'ailleurs pour la plupart, la part de régulation médicale rest faible vis-à-vis de l'ensemble de leur activité professionnelle. Il n'existe pas de données dans la littérature permettant de connaître précisément la part de médecins généralistes exerçant une activité autre que celle du soin en cabinet. Portant, Bontoux a montré que l'absence d'une autre activité pour les médecins généralistes est un facteur de risque de burnout (70).

B.4.4.3. *Ancienneté*

Dans ce travail, l'ancienneté minimale était de 1 an et ne concernait qu'un seul praticien. 75% des praticiens avaient une expérience comprise entre 4 et 10 ans pour la régulation médicale. Or, plusieurs études ont montré que les premières années d'exercice sont les plus propices au développement des symptômes d'épuisement professionnel (88,95,102,103), ce qui pose la question de la représentativité des médecins généralistes régulateurs par rapport à la population de médecins généralistes, ceci pourrait donc expliquer les différences observées s'agissant de l'épuisement professionnel.

B.4.4.4. Charge de travail

La régulation médicale représentait une partie plutôt faible de l'activité des médecins généralistes régulateurs de MEDIGARDE 57 puisque pour l'immense majorité, elle n'excédait pas 30% de leur activité globale, avec plus de la moitié des praticiens réalisant 5 à 7 plages par mois soit en moyenne une plage par semaine au moins.

B.4.4.5. Motivation

Les deux principaux éléments ayant motivé l'exercice de la régulation médicale étaient l'aspect financier et le travail en équipe.

Le travail en équipe, et sa qualité, est un élément reconnu comme déterminant des risques psychosociaux et du stress pour les médecins. Estryn-Béhar a montré (104,101,95) que « La qualité du travail d'équipe apparaît comme un facteur majeur associé à l'intention d'abandonner la profession ».

L'aspect financier n'a été que peu étudié. En 2007 l'URML Île de France (105) retrouvait que 12,8% des médecins pensent que leur salaire peut être une cause de burn out.

B.4.4.6. Satisfaction des praticiens

La satisfaction ressentie était bonne chez l'ensemble des médecins généralistes régulateurs. Or, la satisfaction professionnelle semble être un élément protecteur vis-à-vis du burnout comme l'ont montré différentes études concernant les médecins européens (106), néerlandais (107) et britanniques (108). La satisfaction des médecins régulateurs n'a que peu été étudiée, même si elle est bonne pour les régulateurs généralistes de l'Eure selon Boucher (109). A contrario, la satisfaction des médecins généralistes de garde sur le terrain a été étudiée à plusieurs reprises (110–113).

B.4.5. EVA et appels régulés

B.4.5.1. Analyse de l'EVA

D'une manière générale, avec une moyenne de 1,69, les médecins ne semblaient que peu stressés par les appels dont ils ont assuré la régulation médicale. En effet, pour 80,68% des appels, les médecins généralistes régulateurs obtenaient un score inférieur à 2 à l'EVA, ce chiffre atteignait 94,4% lorsque le score est inférieur à 3.

Dans la littérature, il n'existe, à notre connaissance, aucune étude spécifique évaluant le stress par EVA chez les médecins généralistes régulateurs ou chez les médecins généralistes, ce qui complique la comparaison. Toutefois, Bedini (114) retrouve une EVA moyenne de stress après prise d'appel de 2,02 pour les assistants de régulation médicale. S'agissant des pompiers, selon Rodrigues (115), l'EVA moyenne de stress après intervention était de 2,24. Delmas (116), retrouvait une moyenne d'EVA de stress de 2,89 pour le personnel de l'hôpital de l'Hôtel-Dieu de l'AP-HP. En population générale, Lesage (64) montrait une EVA moyenne de stress de 4,06 et de 4 pour Dutheil (117).

L'EVA de stress peut être utilisée comme une variable qualitative à 2 classes en choisissant un seuil. La littérature propose un seuil de 6 (118,119). Selon cette définition et les données de ce travail, seuls 2 appels correspondaient à une situation de stress pour les médecins généralistes régulateurs, ce qui semble peu au regard du nombre total d'appels analysés. L'utilisation d'un seuil ne semble pas adaptée ici. D'autres auteurs, comme Dutheil (117) proposent d'utiliser une « zone grise » pour un score d'EVA compris entre 5 et 8,2. Cependant, la plupart des auteurs considèrent cette échelle comme une variable quantitative continue et ont montré une bonne corrélation entre EVA et d'autres questionnaires d'évaluation du stress (116,120,121), permettant ainsi à l'EVA d'être un bon moyen d'autoévaluation utilisable dans la pratique quotidienne du médecin du travail (122).

Ainsi, quelques points semblent intéressants à souligner concernant l'analyse de l'EVA vis-à-vis des caractéristiques des appels analysés. En effet, les tranches d'âge du requérant compris entre 60 - 80 ans et 40 -60 ans semblaient être les plus stressantes pour les médecins généralistes régulateurs, suivies des nourrissons et enfants en bas âge. Les pathologies neurologiques, cardio-respiratoires ainsi que la pathologie traumatique semblaient être pourvoyeuses de stress. On notera que, pour la catégorie Urgence vitale, il n'existait qu'une seule observation qui semblait avoir particulièrement touché le médecin régulateur avec une EVA estimée à 7. Enfin, l'orientation du patient vers un service d'accueil des urgences semblait être la décision la plus stressante pour les médecins généralistes régulateurs. En l'absence de données similaires dans la littérature, il n'est pas possible d'effectuer de comparaison, et d'autres données sont nécessaires pour en améliorer l'interprétation.

Ces données supplémentaires pourraient être des données objectives. En effet, l'EVA est une échelle d'autoévaluation, elle est donc subjective et soumise à plusieurs biais (123), dont celui de déclaration. L'utilisation d'éléments objectifs permettrait de diminuer l'impact de ces biais. Plusieurs marqueurs ont été utilisés dans la littérature pour l'évaluation du stress, comme la variabilité de la fréquence cardiaque (124–126,115,127), le dosage urinaire de l'Interleukine-8 (128,129). Le dosage du cortisol salivaire semble être une piste intéressante, non invasive et largement utilisée dans la littérature (130–134,114).

B.4.5.2. Caractéristiques générales des appels

L'analyse des caractéristiques générales des appels est difficile. En effet, les données ne sont que peu ou pas publiées, comme le précise le CNOM dans son rapport annuel sur l'état des lieux de la PDSA en Médecine Générale (68). En 2015, l'association comtoise de régulation libérale a publié ses données que l'on retrouve dans le rapport du CNOM : 53% de conseils médicaux, 27% de consultations d'un médecin de garde, 6% d'envois d'un transport sanitaire, 4% de visites. De même quelques thèses présentent des chiffres concernant les décisions prises par les médecins généralistes régulateurs. Werts en 2007 (135) retrouvait pour la Meuse 46% de conseils médicaux, 33% de consultations, 21% de visites. Grolier en 2009 (113) retrouvait pour les Vosges 39% de conseils médicaux, 33% de consultations, 23% de visites. Plus récemment, en 2017, Foulquier (136) retrouvait 60% de conseils médicaux, 34% de consultations ou visites à domicile. Ces résultats sont donc assez disparates, avec une tendance globale à la prédominance du conseil médical et à l'intervention du médecin de garde, ce que nous retrouvons dans ce travail. Les auteurs de ces études s'accordent sur le fait que les décisions prises sont principalement régulateur dépendant et s'adaptent en fonction de l'organisation locale de la PDSA et des capacités de réponses en fonction de l'horaire de l'appel.

B.4.6. Limites de l'étude

B.4.6.1. Taille de l'échantillon

L'une des principales limites de cette étude était le faible nombre de participants. Ceci s'explique par la limitation géographique de la population étudiée. En effet, pour obtenir un nombre conséquent de médecins généralistes, il aurait fallu étendre l'étude à l'ensemble de la région Lorraine, voire plus, ce qui aurait nécessité des moyens humains, logistiques et financiers plus importants, tout en posant le problème des différences locales d'organisation de la régulation médicale.

En effet la régulation médicale est organisée de façon départementale. Or chaque département présente des spécificités d'organisations comme le précise le cahier des charges de l'ARS (56). Par exemple, en Meurthe-et-Moselle, l'association SOS Médecins intervient sur l'ensemble du département et possède son propre numéro. De même, en Moselle, un médecin généraliste est présent en permanence au sein du CRRA et est intégré au SAMU – Centre 15 et dispose d'un panel de réponses plus large que les médecins régulateurs de MEDIGARDE (SMUR, Secouristes...). De même les

plages horaires et le nombre de médecins régulateurs sont différents d'un département à l'autre. La Moselle est d'ailleurs le département ayant le plus de tranches horaires avec 69 heures hebdomadaires à couvrir (correspond au produit de l'amplitude horaire par le nombre de médecins régulateurs présents) contre 60 heures pour la Meurthe-et-Moselle, 20 heures pour la Meuse, et 55 heures pour les Vosges.

B.4.6.2. Mode de distribution

Le mode de distribution des questionnaires pouvait aussi constituer une limite. Ils étaient mis à disposition près du poste de travail n'incitaient pas forcément les médecins à participer, leur travail étant leur principale préoccupation du moment. Ceci était atténué par la nécessité de présence sur place pour l'évaluation de l'EVA qui a permis de faire des rappels réguliers sur la possibilité de participation, ainsi que l'organisation d'une réunion préalable et l'envoi de courriels.

B.4.6.3. Utilisation d'auto-questionnaires

L'utilisation d'auto-questionnaires était une limite évidente. Un biais de déclaration ne peut être évité en demandant à une personne volontaire de se soumettre à une évaluation psycho-sociale. Malgré l'anonymat, la sensation d'être jugé peut créer un biais (123).

B.4.6.4. Période de recueil

La période de recueil des données a pu influencer les réponses. Le retour des beaux jours, avec une charge de travail moins importante que lors de la période hivernale, a pu favoriser les réponses positives.

B.4.6.5. Biais de sélection

Un biais de sélection était possible concernant l'ancienneté et l'âge des participants. En effet, tous les praticiens ont plus de 1 an d'ancienneté, alors que Peterlini (102) puis d'autres auteurs (88,95,103) ont démontré que la première année d'exercice était la période la plus propice à l'épuisement professionnel. De même, cette étude ne comportait que peu de « jeunes » médecins. La recherche de l'année d'installation ou d'obtention du diplôme aurait probablement été un indicateur intéressant.

B.4.6.6. Non prise en compte de la cadence de régulation

La cadence d'appels est un élément important concernant le stress, comme le montrent Chouanière et Salah dans les centres d'appels non médicaux (137,138). Peu de travaux se sont intéressés à cette cadence. Bien que des recommandations relatives aux effectifs de personnels des SAMU - Centre 15 (139) aient été formulées ainsi qu'un guide d'aide à la régulation (49), un seul travail s'est intéressé à la recherche d'un seuil d'efficacité horaire pour la régulation médicale dans le cadre de la PDSA (140). En ce qui concerne MEDIGARDE 57, la cadence d'appels n'a pas été analysée pour des raisons techniques, le relevé d'EVA ayant été réalisé en présentiel. Au vu du nombre d'appels et du nombre de médecins régulateurs, il était impossible de recueillir autant d'informations dans un laps de temps aussi court. Il était envisageable d'utiliser l'outil informatique de téléphonie avancée, mais il aurait fallu ajouter l'évaluation de l'EVA directement dans le logiciel de régulation médicale, ce qui nécessite la modification d'un outil complexe. Ceci aurait probablement eu pour conséquence d'abaisser la participation.

B.5. Conclusion et perspectives

Cette étude montre que le niveau de Burnout restait relativement faible chez les médecins généralistes régulateurs de MEDIGARDE, notamment au regard des données retrouvées dans la littérature. Néanmoins, les différentes données de ce travail sont concordantes entre elles aussi bien en ce qui concerne l'évaluation du syndrome d'épuisement professionnel, que du stress et de la stimulation et de l'EVA. Cette différence pouvait être expliquée par différents facteurs tels que l'ancienneté des médecins généralistes régulateurs qui étaient pour la plupart aguerris, le soutien familial ou la régulation comme autre activité que l'activité de soins au cabinet, bien que ce dernier point puisse être présenté comme la cause ou une conséquence. La satisfaction des praticiens était aussi importante et favorisait probablement l'accomplissement personnel réduisant ainsi l'épuisement professionnel. D'autres travaux semblent nécessaires pour approfondir ces résultats. Il paraît tout aussi nécessaire d'entreprendre des travaux multicentriques afin d'obtenir un nombre de participants suffisant, tout en tenant compte des différences locales d'organisation qui semblent nombreuses au sein des différents départements. L'utilisation d'autres outils que les questionnaires d'autoévaluation, comme les marqueurs biologiques ou la mesure de la variabilité de la fréquence cardiaque, permettront probablement d'apporter une analyse plus fine et moins subjective du stress.

Concernant les risques psychosociaux, 2 dimensions semblaient particulièrement problématiques aux médecins généralistes régulateurs de MEDIGARDE, et concernaient les « horaires de travail difficiles » et les « exigences émotionnelles ». Ces deux dimensions sont régulièrement pointées du doigt dans la littérature concernant les professions de santé. Ces constatations doivent amener à imaginer des réponses aux problématiques soulevées. Des formations peuvent être proposées aux médecins régulateurs afin de gérer les conflits et d'adapter le discours dans le but de minimiser ces conflits (141). Des séances de simulation peuvent aussi être proposées à la manière des centres d'appels plus traditionnels (142). Les adaptations sont plus difficiles pour les horaires de travail tardifs car imposées par les tutelles du fait de la nature même du travail fourni par les médecins. Cependant, des formations peuvent aussi être proposées afin d'apporter des stratégies d'adaptation aux médecins régulateurs concernant leur activité professionnelle et le retentissement familial, dans le but de favoriser le soutien des proches.

L'exercice de la régulation médicale est un acte complexe mais satisfaisant pour les médecins généralistes régulateurs de MEDIGARDE. Pourtant il n'est que peu, voire pas enseigné au cours des études médicales, alors que la médecine générale a toute sa place dans cet exercice. En effet, Grolier montrait en 2009 que 94% médecins généralistes vosgiens participant à la PDSA préfèrent que le régulateur soit un confrère généraliste (113). D'ailleurs, le Conseil National de l'Ordre (68) confirme que la « régulation médicale [libérale] donne satisfaction aux médecins de garde », demande un « renforcement de la régulation médicale libérale au cours de l'année 2017 » et considère que « la régulation est la pierre angulaire de la permanence des soins ambulatoires ». Ainsi, afin de répondre à la problématique du nombre de médecins régulateurs, l'intégration de la régulation médicale à l'enseignement de médecine générale peut se poser.

C. Bibliographie

1. Légeron P. Le stress professionnel. *Inf Psychiatr.* 1 nov 2008;84(9):809-20.
2. Thurin J-M. Définition et effets du stress: aigu, répété, chronique. In: Colloque Inserm «Stress et Immunité. 1999.
3. Selye H. *The stress of life.* Vol. xvi. New York, NY, US: McGraw-Hill; 1956. 324 p.
4. Stora J-B. Introduction. *Que Sais-Je.* 1 juin 2010;8e éd.(2575):3-12.
5. Cherkaoui W, Montargot N, Yanat Z. Changement organisationnel et déterminants du stress : Etude exploratoire du stress perçu par les infirmiers de l'hôpital DS au Maroc. *Quest Manag.* (0):41-55.
6. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, Appraisal, and Coping.* Springer Publishing Company; 1984. 460 p.
7. Algava E, Chouanière D, Cohidon C, Dubré J-Y, Kittel F, Leclerc A, et al. *Stress au travail et santé: situation chez les indépendants.* 2011;
8. Guillet L. *Stress, modèles et application.* In Colloque National de la Recherche dans les IUT. Disponible en ligne: <http://liris.cnrs.fr/~cnriut08/actes/articles/129.pdf>; 2008.
9. Mouze-Amady M, Neboit M, others. *Stress au travail: diagnostic, évaluation, gestion et prévention. Bilan de la thématique 1998-2002.* 2003;
10. Levi L. *Guidance on work-related stress: spice of life or kiss of death?* Office for Official Publications of the European Communities; 2000.
11. Monks J, Strube J, Reckinger P, Plassman R. *Framework agreement on work related stress.* Bruss BE Eur Soc Partn. 2004;
12. European Agency for Safety and Health at Work. *Stress at work.* Luxembourg: Office for official publication of the European community; 2002.
13. Karasek Jr RA. Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Adm Sci Q.* 1979;285–308.
14. Karasek RA, Theorell T. *Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life.* Basic books; 1992.
15. Karasek R, Baker D, Marxer F, Ahlbom A, Theorell T. Job decision latitude, job demands, and cardiovascular disease: a prospective study of Swedish men. *Am J Public Health.* juill 1981;71(7):694-705.
16. 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.
17. Stansfeld S, Candy B. Psychosocial work environment and mental health—a meta-analytic review. *Scand J Work Environ Health.* 2006;32(6):443-62.
18. Siegrist J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *J Occup Health Psychol.* janv 1996;1(1):27-41.

19. 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* 1982. avr 2004;58(8):1483-99.
20. Siegrist J, Peter R. Measuring effort-reward imbalance at work: guidelines. Düsseldorf Heinrich Heine Univ. 1996;
21. Siegrist J, Wege N, Pühlhofer F, Wahrendorf M. A short generic measure of work stress in the era of globalization: effort-reward imbalance. *Int Arch Occup Environ Health*. août 2009;82(8):1005-13.
22. Kloner RA, Leor J, Poole WK, Perritt R. Population-Based Analysis of the Effect of the Northridge Earthquake on Cardiac Death in Los Angeles County, California. *J Am Coll Cardiol*. 1 nov 1997;30(5):1174-80.
23. Kario K, Bruce SM, Thomas GP. Disasters and the Heart: a Review of the Effects of Earthquake-Induced Stress on Cardiovascular Disease. *Hypertens Res*. 2003;26(5):355-67.
24. Rosengren A, Hawken S, Ôunpuu S, Sliwa K, Zubaid M, Almahmeed WA, et al. Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11 119 cases and 13 648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *The Lancet*. 11;364(9438):953-62.
25. Belkic KL, Landsbergis PA, Schnall PL, Baker D. Is job strain a major source of cardiovascular disease risk? *Scand J Work Environ Health*. 2004;30(2):85-128.
26. Black PH, Garbutt LD. Stress, inflammation and cardiovascular disease. *J Psychosom Res*. janv 2002;52(1):1-23.
27. Clays E, Leynen F, De Bacquer D, Kornitzer M, Kittel F, Karasek R, et al. High Job Strain and Ambulatory Blood Pressure in Middle-Aged Men and Women From the Belgian Job Stress Study: *J Occup Environ Med*. avr 2007;49(4):360-7.
28. Schnall PL, Schwartz JE, Landsbergis PA, Warren K, Pickering TG. Relation between job strain, alcohol, and ambulatory blood pressure. *Hypertension*. 5 janv 1992;19(5):488-94.
29. Brunner EJ, Chandola T, Marmot MG. Prospective Effect of Job Strain on General and Central Obesity in the Whitehall II Study. *Am J Epidemiol*. 1 avr 2007;165(7):828-37.
30. Les chiffres-Clés et Statistiques - De quoi parle-t-on ? - Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social [Internet]. Disponible sur: <http://travail-emploi.gouv.fr/sante-au-travail/prevention-des-risques/troubles-musculo-squelettiques-tms/de-quoi-parle-t-on/article/les-chiffres-cles-et-statistiques>
31. Les troubles musculo-squelettiques (TMS) ou fatigue musculaire [Internet]. L'Assurance Maladie. Disponible sur: <http://www.ameli-sante.fr/troubles-musculo-squelettiques-tms/definition-troubles-musculo-squelettiques.html>
32. Ha C, Roquelaure Y. Troubles musculo-squelettiques d'origine professionnelle en France. Ou en est-on aujourd'hui. *Bull Épidémiologique Hebd*. 2010;5-6.
33. Marras WS. Occupational low back disorder causation and control. *Ergonomics*. 1 juill 2000;43(7):880-902.
34. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub; 2013.

35. 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;8:280.
36. Ota A, Masue T, Yasuda N, Tsutsumi A, Mino Y, Ohara H, et al. Psychosocial job characteristics and insomnia: A prospective cohort study using the Demand-Control-Support (DCS) and Effort-Reward Imbalance (ERI) job stress models. *Sleep Med*. 2009;10(10):1112-7.
37. Freudenberger HJ. The staff burn-out syndrome in alternative institutions. *Psychother Theory Res Pract*. 1975;12(1):73-82.
38. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Organ Behav*. 1981;2(2):99-113.
39. Gollac M, Bodier M. Rapport du Collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psychosociaux au travail [Internet]. 2011 nov. Disponible sur: <http://www.college-risquespsychosociaux-travail.fr/site/Rapport-College-SRPST.pdf>
40. Code du travail - Article L4121-1. Code du travail.
41. Code du travail - Article L4121-2. Code du travail.
42. Code du travail - Article L4622-2. Code du travail.
43. Arrêté du 23 avril 2009 portant extension d'un accord national interprofessionnel sur le stress au travail.
44. Code du travail - Article L1152-1. Code du travail.
45. Arrêté du 23 juillet 2010 portant extension d'un accord national interprofessionnel sur le harcèlement et la violence au travail.
46. LOI n° 2015-994 du 17 août 2015 relative au dialogue social et à l'emploi. 2015-994 août 17, 2015.
47. Code de la sécurité sociale - Article L461-1. Code de la sécurité sociale.
48. Haute Autorité de Santé. Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale. 2011.
49. SAMU de France, Bagou G. Guide d'aide à la régulation au SAMU Centre 15 Samu de France, 2ème Edition. SFEM Editions; 2009.
50. Haute Autorité de Santé. Prescription médicamenteuse par téléphone (ou téléprescription) dans le cadre de la régulation médicale. 2009.
51. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.
52. Code de la santé publique - Article L6311-1. Code de la santé publique.
53. Ministère de l'Intérieur. Organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente [Internet]. 2008 juin. Disponible sur: http://www.interieur.gouv.fr/content/download/30990/232186/file/referentiel_commun_organisation_secours.pdf
54. Coussaye J-E de L. Les urgences préhospitalières. Elsevier Masson; 2003. 242 p.

55. Loi n° 86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires.
56. Agence Régionale de Santé de Lorraine. Cahier des charges régional fixant les conditions d'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire [Internet]. 2015 juin. Disponible sur: http://www.lorraine.paps.sante.fr/fileadmin/LORRAINE/3-J_EXERCE/PDSA/CahierdeschargesPDSLorraineVersionNov2015.pdf
57. Gintrac A. Le stress au travail, un état des lieux. *Manag Avenir*. 1 avr 2011;(41):89-106.
58. Trontin C, Lassagne M, Boini S, Rinal S. Le coût du stress professionnel en France en 2007.
59. Costa-Curien M. Evaluation du stress en salle de régulation des SAMU de Lorraine: Approche individuelle et pluridimensionnelle de la perception du stress et perspectives de prise en charge [Internet]. UHP - Université Henri Poincaré; 2009. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733661/document>
60. Barbier M, Hansez I. Le questionnaire de Stress Professionnel Positif et Négatif: Validation interne. *Entre Tradit Innov Comment Transform-Nous L'univers Trav Actes 15ème Congrès Psychol Trav Organ Lang Fr*. 2008;
61. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Organ Behav*. 1981;2(2):99–113.
62. Huskisson E. Measurement of pain. *The lancet*. 1974;304(7889):1127–1131.
63. Chamoux A, Paris C, Merle J, Regeard E. Evaluation du stress professionnel par échelle visuelle analogique. *Arch Mal Prof Médecine Trav*. 2000;61(7):521–524.
64. Lesage FX, Berjot S. Validity of occupational stress assessment using a visual analogue scale. *Occup Med Oxf Engl*. sept 2011;61(6):434-6.
65. Tukey JW. *Exploratory data analysis*. Vol. 2. Reading, Mass.; 1977.
66. Bouet P, Mourgues J-M. Atlas de la démographie médicale en France - Situation au 1er Janvier 2018 [Internet]. Conseil national de l'Ordre des médecins; 2018. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/hb1htw/cnom_atlas_2018_0.pdf
67. Rault J, Le Breton-Lerouillois G. La démographie médicale en région Lorraine - Situation en 2015 [Internet]. Conseil national de l'Ordre des médecins; 2015. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/14b3330/atlas_lorraine_2015_0.pdf
68. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Enquête du Conseil National de l'Ordre des Médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins ambulatoires en médecine générale au 31 décembre 2016 [Internet]. Ordre National des Médecins; 2016. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1q0op4r/cnom_rapport_enquete_pds_2016.pdf
69. Leturque A. Le burn-out des médecins généralistes picards: prévalence et facteurs associés [Internet] [PhD Thesis]. UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE; 2016. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01368444/document>
70. Bontoux E. Prévalence et facteurs de risque du burnout chez les médecins généralistes du Gers [Internet] [PhD Thesis]. UNIVERSITÉ TOULOUSE III; 2016. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/1564/1/2016TOU31111.pdf>

71. Truchot D. Le burnout des médecins généralistes de Poitou-Charentes. Rapp Rech Pour Union Régionale Médecins Libéraux Poitou-Charentes. 2004;99.
72. Vaquin-Villeminey C. Prévalence du Burn out en médecine générale: Enquête nationale auprès de 221 médecins généralistes du réseau sentinelles [Burnout amongst 221 GPs of french sentinel network]. [PhD Thesis]. Thesis. Paris: Faculté de médecine René Descartes Paris V; 2007.
73. Galam E, Komly V, Tourneur AL, Jund J. Burnout among French GPs in training: a cross-sectional study. Br J Gen Pract. 1 mars 2013;63(608):e217-24.
74. Birault F, Breillat E, Grandcolin S, Ben-Brik E, Jaafari N. Satisfaction professionnelle des médecins urgentistes et syndrome d'épuisement professionnel : quels liens ? J Eur Urgences Réanimation. 1 déc 2015;27(4):176-82.
75. Zins C. Évaluation des performances d'un outil de dépistage du burn out vers le Maslach burn out inventory en médecine générale. 2016; Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01932166>
76. Laurent J, Bragard I, Coucke P, Hansez I. Conditions de travail, stress et burnout des professionnels belges de radiothérapie : analyse comparative et exploration du rôle du travail émotionnel. Cancer/Radiothérapie. 1 mai 2015;19(3):161-7.
77. Martin A, Trombert-Paviot B. Comment les généralistes jugent-ils leur vie quotidienne, privée et professionnelle ? Une enquête auprès des médecins femmes et hommes de la Loire. Médecine. 1 févr 2008;4(2):89-93.
78. Dagrada H, Verbanck P, Kornreich C. Le burn-out du médecin généraliste: hypothèses étiologiques. Rev Med Brux. 2011;32(4):407-412.
79. Dusmesnil H, Saliba-Serre B, Régi J-C, Leopold Y, Verger P. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville : prévalence et déterminants, Professional burn-out of general practitioners in urban areas: prevalence and determinants. Santé Publique. 1 oct 2009;21(4):355-64.
80. Truchot D. Le burn-out des médecins généralistes : influence de l'iniquité perçue et de l'orientation communautaire. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. 1 août 2009;167(6):422-8.
81. Cathébras P, Begon A, Laporte S, Bois C, Truchot D. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes. Presse Médicale. 1 déc 2004;33(22):1569-74.
82. Chan Lin-Chanteau S. Le burnout des médecins généralistes libéraux de Tahiti [Internet]. René Descartes, Université Paris V; 2006. Disponible sur: <https://www.yumpu.com/fr/document/read/49707582/burnout-des-macdecins-gacnacralistes-libacraux-de-tahiti>
83. Jabbour J. Les risques psychosociaux et la pénibilité du travail chez les médecins urgentistes. Enquête réalisée chez les urgentistes du CHRU de Nancy [Internet]. Université de Lorraine; 2015. p. non renseigné. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01731819>
84. Estryng-Behar M, Doppia M-A, Guetarni K, Fry C, Machet G, Pelloux P, et al. Emergency physicians accumulate more stress factors than other physicians-results from the French SESMAT study. Emerg Med J EMJ. mai 2011;28(5):397-410.

85. Gollac M, Bodier M. Rapport du Collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psychosociaux au travail [Internet]. 2011 nov p. 63. Disponible sur: <http://www.college-risquespsychosociaux-travail.fr/site/Rapport-College-SRPST.pdf>
86. Cazabat S, Barthe B, Cascino N. Charge de travail et stress professionnel: deux facettes d'une même réalité? *Perspect Interdiscip Sur Trav Santé*. 2008;10:1.
87. Roldán GM, Salazar IC, Garrido L, Ramos JM. Violence at work and its relationship with burnout, depression and anxiety in healthcare professionals of the emergency services. *Health (N Y)*. 2013;5(02):193.
88. Leclerc I, Galam E, Soulat J-M, Ormière J-J. Prise en charge des médecins en difficultés psychologiques au CHU de Bordeaux : Construction d'un parcours de santé [Internet]. [Faculté de Médecine Paris 7]: Université Paris Diderot; 2016. Disponible sur: <http://diu-soignerlessoignants.fr/wp-content/uploads/2019/02/LECLERC-1-2016-PRISE-EN-CHARGE-DES-MEDECIENS-EN-DIFFICULTES-PSYCHOLOGIQUES-AU-CHU-DE-BORDEAUX.pdf>
89. Maillard MF, Iwatsubo Y, Grimon G, Neuville K, Andronikof M, Chary I, et al. Enquête sur les horaires et la charge de travail des médecins dans un établissement de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris. *Enq Sur Horaires Charge Trav Médecins Dans Un Établ Assist Publique-Hôp Paris*. 1996;
90. Harrington JM. Health effects of shift work and extended hours of work. *Occup Environ Med*. 1 janv 2001;58(1):68-72.
91. Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physician wellness: a missing quality indicator. *The Lancet*. 14 nov 2009;374(9702):1714-21.
92. Pilcher JJ, Huffcutt AI. Effects of Sleep Deprivation on Performance: A Meta-Analysis. *Sleep*. 1 juin 1996;19(4):318-26.
93. The Sick Physician: Impairment by Psychiatric Disorders, Including Alcoholism and Drug Dependence. *JAMA*. 5 févr 1973;223(6):684-7.
94. Firth-Cozens J. Source of stress in women junior house officers. *Br Med J*. 14 juill 1990;301(6743):89-91.
95. Estry-Béhar M, Braudo M-H, Fry C, Guetarni K. Enquête comparative sur le syndrome d'épuisement professionnel chez les psychiatres et les autres spécialistes des hôpitaux publics en France (enquête SESMAT). *Inf Psychiatr*. 2011;Volume 87(2):95-117.
96. Stordeur S, Vandenberghe C, D'hoore W. Prédicteurs de l'épuisement professionnel des infirmières : une étude dans un hôpital universitaire. *Prédicteurs Lépuisement Prof Infirm Une Étude Dans Un Hôp Univ*. 1999;(59):57-67.
97. Estry-Béhar M, Leimdorfer F, Picot G. Comment des médecins hospitaliers apprécient leurs conditions de travail. *Rev Francaise Aff Soc*. 2010;(4):27-52.
98. Léopold Y. Les chiffres du suicide chez les médecins. Conseil National Ordre des Médecins; 2003.
99. Chew-Graham CA, Rogers A, Yassin N. 'I wouldn't want it on my CV or their records': medical students' experiences of help-seeking for mental health problems. *Med Educ*. 2003;37(10):873-80.

100. Leriche B, Biencourt M, Bouet P, Carton M, Cressard P, Faroudja J-M, et al. Le médecin malade [Internet]. Conseil National Ordre des Médecins; 2008. (Rapport de la Commission nationale permanente). Disponible sur: <http://www.departement-information-medicale.com/wp-content/uploads/2008/10/lemedecinmalade.pdf>
101. Estry-Béhar M. Agir sur les risques psychosociaux des professionnels de santé [Internet]. Groupe Pasteur Mutualité. Disponible sur: https://www.gpm.fr/images/pdf/risques_psychosociaux_bd.pdf
102. Peterlini M, Tibério IFLC, Saadeh A, Pereira JCR, Martins MA. Anxiety and depression in the first year of medical residency training. *Med Educ.* 2002;36(1):66-72.
103. Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med.* 2002;136(5):358-67.
104. Estry-Béhar M, Muster D, Doppia M-A, Machet G, Guetarni K. Influence du travail d'équipe sur la satisfaction professionnelle des médecins: Résultats de l'enquête SESMAT. *Concours Méd Paris.* 2009;131(1):22-5.
105. Galam E, Mouriès R. L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens: témoignages, analyses et perspectives. URML IDF Commission Prév Santé Publique. 2007;
106. Soler JK, Yaman H, Esteva M, Dobbs F, Asenova RS, Katic M, et al. Burnout in European family doctors: the EGPRN study. *Fam Pract.* août 2008;25(4):245-65.
107. Visser MRM, Smets EMA, Oort FJ, De Haes HCJM. Stress, satisfaction and burnout among Dutch medical specialists. *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can.* 4 févr 2003;168(3):271-5.
108. Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, Cull A, Gregory WM. Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. *Lancet Lond Engl.* 16 mars 1996;347(9003):724-8.
109. Boucher C. La régulation libérale de la permanence des soins: enquête qualitative auprès des médecins de l'Eure [Internet]. Université de Rouen; 2012. Disponible sur: <https://pdfs.semanticscholar.org/1e90/01082509745c53d19a1846d0d66482b10299.pdf>
110. Alain S. La permanence des soins ambulatoires en Mayenne: enquête de satisfaction auprès des médecins généralistes départementaux à propos de la régulation médicale libérale. Université Rennes 1; 2012.
111. Frazat M. La régulation de la permanence de soins (une enquête de satisfaction auprès des médecins généralistes auvergnats). Université de Clermont I; 2011.
112. Mandonnaud A. Évaluation de la mise en place de la régulation libérale dans l'Aude. Université Paul Sabatier, Toulouse; 2005.
113. Grolier F. La régulation libérale de la permanence des soins dans les Vosges: Bilan après cinq années d'activité et évaluation de la satisfaction par une enquête auprès de 261 médecins généralistes vosgiens [Internet] [other]. UHP - Université Henri Poincaré; 2009. p. non renseigné. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732794>
114. Bedini S, Braun F, Weibel L, Aussedat M, Pereira B, Dutheil F. Stress and salivary cortisol in emergency medical dispatchers: A randomized shifts control trial. *PLoS ONE [Internet].* 15 mai 2017;12(5). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5432068/>
115. Rodrigues S, Paiva JS, Dias D, Cunha JPS. Stress among on-duty firefighters: an ambulatory assessment study. *PeerJ.* 11 déc 2018;6:e5967.

116. Delmas C, Plu Bureau G. Évaluation du bien-être au travail : comparaison de deux instruments de mesures. *Arch Mal Prof Environ*. 1 déc 2007;68(5):566-71.
117. Dutheil F, Pereira B, Moustafa F, Naughton G, Lesage F-X, Lambert C. At-risk and intervention thresholds of occupational stress using a visual analogue scale. *PLoS ONE* [Internet]. 6 juin 2017;12(6). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5460813/>
118. Chamoux A, Merle JL, Regeard E, Djeriri K, Marceau J. Travail et trouble de l'adaptation d'origine professionnelle. Critères diagnostiques et résultats d'une étude de prévalence. 15 févr 2008; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/72135>
119. Chamoux A, Paris C, Desheulles J, Ambroise-Pivert I, Simon-Rigaud M-L. Stress et travail : rôle de la pénibilité psychique du travail: Résultats de l'enquête nationale multicentrique ASMT 96. In: *Archives des maladies professionnelles et de médecine du travail* [Internet]. 1999. p. 570-1. Disponible sur: <http://pascal.francis.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=1234343>
120. Chini B. Évaluation quantitative du stress dans une population de salariés des régions Haute et Basse-Normandie. *Éval Quant Stress Dans Une Popul Salariés Régions Haute Basse-Normandie*. 2001;62(7):536-45.
121. Chini B. Les facteurs de stress professionnel. Enquête auprès de salariés des services interentreprises. *Facteurs Stress Prof Enq Auprès Salariés Serv Interentreprises*. 2003;64(5):297-309.
122. Lesage F-X, Chamoux A. Utilisation de l'échelle visuelle analogique (EVA) dans l'évaluation du stress au travail : limites et perspectives. *Revue de la littérature. Arch Mal Prof Environ*. 1 déc 2008;69(5):667-71.
123. Mucchielli R. Le questionnaire dans l'enquête psycho-sociale: connaissance du problème, applications pratiques. Esf Editeur; 1993. 142 p.
124. Thayer JF, Åhs F, Fredrikson M, Sollers JJ, Wager TD. A meta-analysis of heart rate variability and neuroimaging studies: Implications for heart rate variability as a marker of stress and health. *Neurosci Biobehav Rev*. 1 févr 2012;36(2):747-56.
125. Taelman J, Vandepuut S, Spaepen A, Van Huffel S. Influence of Mental Stress on Heart Rate and Heart Rate Variability. In: Vander Sloten J, Verdonck P, Nyssen M, Haueisen J, éditeurs. 4th European Conference of the International Federation for Medical and Biological Engineering. Berlin, Heidelberg: Springer; 2009. p. 1366-9. (IFMBE Proceedings).
126. Servant D, Lebeau JC, Moustier Y, Hautekeete M, Logier R, Goudemand M. La variabilité cardiaque: Un bon indicateur de la régulation des émotions. *J Thérapie Comport Cogn*. 1 juin 2008;18(2):45-8.
127. Hernández-Gaytan SI, Rothenberg SJ, Landsbergis P, Becerril LC, León-León GD, Collins SM, et al. Job strain and heart rate variability in resident physicians within a general hospital. *Am J Ind Med*. 2013;56(1):38-48.
128. Fukuda H, Ichinose T, Kusama T, Sakurai R, Anndow K, Akiyoshi N. Stress assessment in acute care department nurses by measuring interleukin-8. *Int Nurs Rev*. déc 2008;55(4):407-11.
129. Dutheil F, Trousselard M, Perrier C, Lac G, Chamoux A, Duclos M, et al. Urinary Interleukin-8 Is a Biomarker of Stress in Emergency Physicians, Especially with Advancing Age — The JOBSTRESS* Randomized Trial. *PLoS ONE* [Internet]. 19 août 2013;8(8). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3747272/>

130. Hellhammer DH, Wüst S, Kudielka BM. Salivary cortisol as a biomarker in stress research. *Psychoneuroendocrinology*. 1 févr 2009;34(2):163-71.
131. van Eck M, Berkhof H, Nicolson N, Sulon J. The Effects of Perceived Stress, Traits, Mood States, and Stressful Daily Events on Salivary Cortisol. *Psychosom Med*. oct 1996;58(5):447-458.
132. Weibel L. Methodological guidelines for the use of salivary cortisol as biological marker of stress. *Presse Medicale Paris Fr* 1983. 24 mai 2003;32(18):845-51.
133. Yang Y, Koh D, Ng V, Lee FCY, Chan G, Dong F, et al. Salivary Cortisol Levels and Work-Related Stress Among Emergency Department Nurses. *J Occup Environ Med*. déc 2001;43(12):1011-1018.
134. Weibel L, Gabrion I, Aussedat M, Kreutz G. Work-related stress in an emergency medical dispatch center. *Ann Emerg Med*. avr 2003;41(4):500-6.
135. Werts P, Braun F. La permanence des soins dans la Meuse en 2005 : impact d'une régulation médicale sur l'activité de garde [Internet]. Université de Nancy I : Faculté de médecine; 2007. Disponible sur: https://ulyse.univ-lorraine.fr/permalink/33UDL_INST/1ft321i/alma991005654839705596
136. Foulquier E. Décisions des médecins régulateurs de la permanence des soins ambulatoires de l'Aveyron [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2017. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/1999/>
137. Chouanière D, Boini S, Colin R. Conditions de travail et santé dans les centres d'appels téléphoniques. *Cond Trav Santé Dans Cent Appels Téléphoniques*. 2011;(126):194, 196, 241-259 [21 p.].
138. Salah LH, Radhia IB, Ammar-Mamlouk ZB. Les centres d'appels : « eldorado technologique » ou forme moderne de dégradation des conditions de travail ? *Manag Avenir*. 29 oct 2009;n° 26(6):74-94.
139. Dusseux E, Pelloux P, Simon N, Ailleres P, Brun Ney D, Jouchoux Y, et al. SAMU de France : recommandations relatives aux effectifs de personnels des SAMU-Centre 15 et des SMUR de France. *Médecine Urgence Paris*. 1998;20(4):166-70.
140. Susman G. Influence du nombre de dossiers horaires sur la décision du médecin régulateur de la permanence des soins en Haute-Garonne. Université Toulouse III-Paul Sabatier; 2013.
141. Goldberg LS, Grandey AA. Display rules versus display autonomy: Emotion regulation, emotional exhaustion, and task performance in a call center simulation. *J Occup Health Psychol*. 2007;12(3):301-18.
142. Murthy NN, Challagalla GN, Vincent LH, Shervani TA. The Impact of Simulation Training on Call Center Agent Performance: A Field-Based Investigation. *Manag Sci*. 1 févr 2008;54(2):384-99.

**Données
démographiques,
évaluation des risques
Psychosociaux (RPS) et
du stress
MEDIGARDE 57**

Questionnaire n°.....

Rempli le / /

1^{ère} Partie : Données Générales

Merci de répondre à ce questionnaire en complétant l'espace réservé ou en cochant la case correspondante.

1. Votre âge :

- < 20 ans 20 – 29 ans 30 – 39 ans
 40 - 49 ans 50 – 59 ans > 60 ans

2. Votre sexe :

- Féminin Masculin

3. Statut Familial :

- Marié(e) Célibataire Concubinage Divorcé(e)
 PACS Veuf(ve)

4. Avez-vous des enfants ?

- Oui Non

5. Avez-vous une autre activité professionnelle en dehors de la régulation médicale ?

- Oui Non

6. Si oui, quelle autre activité professionnelle exercez-vous ? (plusieurs réponses possibles)

- Médecin Généraliste Libéral Médecin Hospitalier
 Médecin coordonnateur en EHPAD Activités universitaires
 Autre (précisez) :

7. Depuis combien de temps exercez-vous une activité de régulation médicale ?

__ __ années

8. Exercez-vous une activité de régulation en dehors de MEDIGARDE 57 ?

- Oui Non

9. Si oui, dans quelle structure ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Centre 15 de Moselle | <input type="checkbox"/> Centre 15 autre département |
| <input type="checkbox"/> MEDIGARDE autre département | <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : |

10. Combien de gardes en salle de régulation assurez-vous par mois en moyenne ?

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1 garde | <input type="checkbox"/> 2 à 4 gardes |
| <input type="checkbox"/> 5 à 7 gardes | <input type="checkbox"/> 8 gardes ou plus |

11. Quel pourcentage représente votre activité de régulation vis-à-vis de votre vie professionnelle ?

- | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Moins de 10% | <input type="checkbox"/> 10 à 30% |
| <input type="checkbox"/> 30 à 50% | <input type="checkbox"/> plus de 50% |

12. Comment se répartit votre temps de travail de régulation ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Majoritairement en semaine | <input type="checkbox"/> Majoritairement le week-end |
| <input type="checkbox"/> De manière équilibrée entre semaine et Week-end | |

13. Quels ont été les éléments vous ayant motivé à exercer une activité de régulation ? (Plusieurs réponses possibles)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Travail en équipe | <input type="checkbox"/> Horaires |
| <input type="checkbox"/> Bénéfice personnel | <input type="checkbox"/> Atypie du contact avec le patient |
| <input type="checkbox"/> Financier | <input type="checkbox"/> Variété des situations rencontrées |
| <input type="checkbox"/> Autres (précisez) : | |

14. Etes-vous satisfait de votre activité de régulation ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait | <input type="checkbox"/> Peu satisfait |
| <input type="checkbox"/> Plutôt satisfait | <input type="checkbox"/> Complètement satisfait |

15. Que pensez-vous de vos conditions de travail et que proposeriez-vous pour les améliorer?

16. Quelles sont vos relations avec les autres services de régulation?

2^{ème} Partie : Questionnaire N°1

RECOMMANDATIONS :

Pour chaque phrase, cochez le numéro qui correspond le mieux à votre état au travail durant les 7 derniers jours. Répondez spontanément à chaque question

Cochez **1** si la phrase ne s'applique **jamais ou rarement** à votre état au travail

Cochez **2** si la phrase s'applique **de temps en temps** à votre état au travail

















Cochez **3** si la phrase s'applique **régulièrement** à votre état au travail













Cochez **4** si la phrase s'applique **presque toujours ou toujours** à votre état au travail

	Jamais ou rarement	Parfois	Régulièrement	Presque toujours ou toujours
1. Je suis très actif(ive) au travail	1	2	3	4
2. Je me sens dépassé(e) par tout ce qu'il y a à faire au travail	1	2	3	4
3. Dès que je suis au travail mon attention est décuplée	1	2	3	4
4. Je me sens démoralisé(e) par mon travail	1	2	3	4
5. Je travaille dans la précipitation	1	2	3	4
6. J'ai des insomnies à cause de ma vie professionnelle	1	2	3	4
7. Mon travail me permet de me surpasser	1	2	3	4
8. Mon travail me stresse	1	2	3	4
9. Travailler me procure une grande satisfaction	1	2	3	4
10. Mon travail m'épuise moralement	1	2	3	4
11. Je suis plein(e) d'énergie au travail	1	2	3	4
12. Je souffre de nausées lorsque je suis au travail	1	2	3	4
13. Je me sens stimulé(e) par mon travail	1	2	3	4
14. Au travail, je suis fatigué(e)	1	2	3	4
15. Mon travail est passionnant	1	2	3	4
16. Je suis nerveux(euse) au travail	1	2	3	4
17. Je suis facilement irritable au travail	1	2	3	4
18. Quand je travaille, j'oublie la fatigue	1	2	3	4
19. Je suis angoissé(e) par ma vie professionnelle	1	2	3	4

3^{ème} Partie : Questionnaire N°2













Intensité et complexité du travail









	Jamais Non	Parfois Plutôt non	Souvent Plutôt oui	Toujours Oui	Commentaires
<p>1. Contraintes de rythmes de travail</p> <p>Les salariés sont-ils soumis à des contraintes de rythmes élevés ?</p> <p>Les interruptions inopinées obligent les salariés à mettre entre parenthèses leur tâche principale pour en traiter d'autre(s). Elles « morcellent » le travail, perturbent son bon déroulement et sont source de charge mentale. Elles peuvent générer des erreurs mais aussi être mal vécues dans la mesure où les salariés ont l'impression de faire un travail de mauvaise qualité et de ne jamais pouvoir terminer ce qu'ils ont entrepris.</p>					
<p>2. Niveau de précision des objectifs de travail</p> <p>Les objectifs des salariés sont-ils clairement définis ?</p> <p>Maintenir un niveau élevé d'attention ou rester vigilant pendant de longues périodes est particulièrement difficile pour l'organisme. Selon les tâches, par exemple de surveillance ou de contrôle, cela peut occasionner chez les salariés de la fatigue, des baisses d'attention, mais aussi la crainte de commettre des erreurs ou des oublis dans leur travail.</p>					
<p>3. Adéquation des objectifs de travail avec les moyens et les responsabilités</p> <p>Les objectifs fixés sont-ils compatibles avec les moyens et les responsabilités alloués aux salariés pour les atteindre ?</p> <p>Les objectifs de travail peuvent être clairement définis sans toutefois s'avérer réalistes au regard des exigences du travail et des ressources mises à disposition des salariés (moyens humains, techniques, responsabilités effectives...). Lorsque les objectifs ne sont pas en adéquation avec les moyens, les risques sont plus élevés de voir les salariés en difficulté (fatigue, saturation, débordement, baisse de performance) et insatisfaits.</p>					
<p>4. Compatibilité des instructions de travail entre elles</p>					

<p>Les salariés reçoivent-ils des instructions des ordres ou demandes qui peuvent être contradictoires entre eux ?</p> <p>Les contradictions peuvent provenir de consignes différentes données par les uns et les autres (encadrement/fonctionnel, direction de l'entreprise/clientèle...). Elles peuvent également être dues à des instructions, ordres, demandes antagonistes : par exemple, faire de la qualité rapidement, satisfaire les attentes personnalisées des clients dans un temps préétabli... La nécessité d'arbitrer entre ces contradictions complique le travail et constitue une charge mentale supplémentaire pour les salariés.</p>					
<p>5. Gestion de la polyvalence</p> <p>Les salariés sont-ils amenés à changer de tâches, de postes ou de fonctions à l'improviste pour répondre aux contraintes du moment ?</p> <p>La polyvalence est une forme d'organisation du travail qui consiste à affecter plusieurs activités différentes à un salarié. Elle peut devenir problématique lorsqu'elle est subie, c'est-à-dire quand les remplacements se font au « pied levé », dans l'urgence et sans préparation. Elle est d'autant plus pénalisante quand les salariés ne sont pas formés pour exercer ces différentes activités. Au-delà des risques d'erreurs ou d'accidents, la polyvalence subie peut être considérée comme dévalorisante par les salariés et constituer une perte de sens du métier.</p>					
<p>6. Interruption dans le travail</p> <p>Les salariés sont-ils fréquemment interrompus au cours de leur travail par des tâches non prévues ?</p> <p>Les interruptions inopinées obligent les salariés à mettre entre parenthèses leur tâche principale pour en traiter d'autre(s). Elles « morcellent » le travail, perturbent son bon déroulement et sont sources de charge mentale. Elles peuvent générer des erreurs mais aussi être mal vécues dans la mesure où les salariés ont l'impression de faire un travail de mauvaise qualité et de ne jamais pouvoir terminer ce qu'ils ont entrepris.</p>					
<p>7. Attention et vigilance dans le travail</p> <p>Les salariés exercent-ils des activités qui nécessitent une</p>					





<p>attention soutenue ou une vigilance permanente ?</p> <p>Maintenir un niveau élevé d'attention ou rester vigilant pendant de longues périodes est particulièrement difficile pour l'organisme. Selon les tâches, par exemple de surveillance ou de contrôle, cela peut occasionner chez les salariés de la fatigue, des baisses d'attention, mais aussi la crainte de commettre des erreurs ou des oublis dans leur travail.</p>					
---	--	--	--	--	--









Horaires de travail difficiles

	Jamais Non	Parfois Plutôt non	Souvent Plutôt oui	Toujours Oui	Commentaires
<p>8. Durée hebdomadaire du travail</p> <p>Arrive-t-il que les salariés travaillent plus de 45h par semaine ?</p> <p>Au-delà d'une certaine limite, la durée hebdomadaire du travail s'avère dommageable pour la santé, quelle que soit la satisfaction qu'éprouve le salarié dans son travail. D'après les connaissances scientifiques actuelles, il serait raisonnable de ne pas dépasser 45 heures de travail par semaine.</p>					
<p>9. Travail en horaires atypiques</p> <p>Les salariés sont-ils soumis à des horaires de nuits, alternant ou décalés</p> <p>Certains types d'horaires de travail ont des répercussions sur la santé physique et mentale des salariés. C'est par exemple les cas du travail de nuit ou du travail en horaires alternants (3 x 8, 2 x 12...), des horaires décalés (particulièrement le soir et le week-end), des horaires fractionnés (11 h-15 h puis 18 h-21 h, par exemple) ou du travail sur appel (absence d'horaire préétabli).</p>					
<p>10. Extension de la disponibilité en dehors des horaires de travail</p> <p>Les salariés sont-ils contactés en dehors des horaires de travail pour des raisons professionnelles ?</p> <p>La disponibilité demandée aux salariés peut s'étendre au-delà de leurs horaires de travail</p>					





(week-end, congés...). Elle limite les possibilités de récupération physique et mentale. De plus, elle empiète sur la vie personnelle des salariés.					
<p>11. Prévisibilité des horaires de travail et anticipation de leur changement</p> <p>Les salariés connaissent-ils suffisamment à l'avance leurs horaires de travail ou les changements éventuels de leur planning de travail ?</p> <p>L'incertitude envers les horaires de travail à effectuer, le caractère inopiné des changements dans les plannings horaires... ne facilitent pas l'organisation de la vie personnelle. Ils rendent difficile toute prévision des activités extraprofessionnelles et obligent à des adaptations souvent coûteuses pour les salariés, par exemple s'ils ont à charge de jeunes enfants.</p>					
<p>12. Conciliation entre vie professionnelle et vie personnelle</p> <p>L'entreprise permet-elle aux salariés de concilier vie professionnelle et vie personnelle ?</p> <p>La conciliation peut être facilitée dans l'entreprise par la négociation d'accords, par exemple en matière d'aménagement des horaires de travail, ou par la possibilité d'arrangements informels accordés selon les besoins des salariés. Ces commodités peuvent les aider à remplir des obligations extraprofessionnelles (familiales, médicales, administratives...).</p>					









Exigences émotionnelles

	Jamais Non	Parfois Plutôt non	Souvent Plutôt oui	Toujours Oui	Commentaires
<p>13. Tensions avec le public</p> <p>Les salariés sont-ils confrontés à des situations de tension (avec des clients, usagers, patients...) dont ils se plaignent ?</p>					





<p>La mauvaise qualité de service, des délais d'attente jugés trop longs... peuvent susciter le mécontentement du public et créer des tensions avec les salariés (altercations verbales et/ou physiques...). Ces heurts sont susceptibles d'avoir des répercussions sur le travail des salariés (interruption ponctuelle de l'activité, augmentation des erreurs, démobilité professionnelle, dégradation du climat de travail, des relations professionnelles...).</p>					
<p>14. Confrontation à la souffrance d'autrui</p> <p>Dans le cadre de leur activité professionnelle, les salariés sont-ils amenés à devoir traiter la situation de personnes en souffrance (physique, psychologique ou sociale) ?</p> <p>Toute confrontation à la souffrance de tiers est coûteuse psychologiquement pour les salariés. Certaines situations de travail peuvent en accentuer la charge émotionnelle : manque de moyens pour venir en aide aux personnes en difficulté, absence d'issue face à leurs problèmes... Cela peut profondément ébranler les salariés et réduire leur investissement dans leur travail.</p>					
<p>15. Maîtrise des émotions</p> <p>Dans leur travail, les salariés se doivent-ils de « faire bonne figure » en toutes circonstances ?</p> <p>Devoir adopter une attitude bienveillante et disponible envers les autres constitue une exigence à laquelle les salariés peuvent être contraints, par exemple dans certains métiers en contact avec le public. Plus généralement, il peut aussi leur être demandé de manifester de l'enthousiasme et de l'allant pour leur travail vis-à-vis de l'entourage professionnel. Cela peut avoir des conséquences sur la santé mentale des salariés lorsqu'ils sont amenés à « prendre sur eux » pour ne pas montrer leurs véritables émotions ou bien leurs ressentis du moment.</p>					













Faible autonomie au travail

	Jamais Non	Parfois Plutôt non	Souvent Plutôt oui	Toujours Oui	Commentaires
<p>16. Autonomie dans la tâche</p> <p>Les salariés ont-ils des marges de manœuvre dans la manière de réaliser leur travail dès lors que les objectifs sont atteints ?</p>					









<p>Les marges de manœuvre dans le travail relèvent des possibilités d'action dont les salariés disposent pour choisir la manière d'organiser et de réaliser leur travail ainsi que les procédés employés (choix des gestes, des techniques, des outils...). Plus ces marges sont grandes, plus l'autonomie des salariés dans leur travail peut être importante. Sans ou avec peu d'autonomie, les salariés sont contraints dans l'exécution de leur travail, sans possibilité d'en influencer le déroulement et de prendre des initiatives. Les salariés peuvent dès lors se désinvestir d'un travail dénué d'intérêt.</p>					
<p>17. Autonomie temporelle</p> <p>Les salariés peuvent-ils interrompre momentanément leur travail quand ils en ressentent le besoin ?</p> <p>La possibilité de choisir les moments de pause donne également une indication du niveau d'autonomie dont les salariés bénéficient dans le travail. Les pauses de courte durée peuvent être l'occasion de récupération ou de partage de moments de convivialité, qui restaurent la capacité de travail et favorisent la qualité des relations sociales dans l'entreprise. Les pauses favorisent également les échanges informels sur le travail.</p>					
<p>18. Utilisation et développement des compétences</p> <p>Les salariés peuvent-ils utiliser leurs compétences professionnelles et en développer de nouvelles ?</p> <p>Il s'agit ici de déterminer si les tâches et missions confiées aux salariés leur permettent, d'une part, de mettre pleinement en œuvre leurs compétences et, d'autre part, leur donnent l'occasion d'en développer d'autres. Ne pas avoir la possibilité d'utiliser dans le travail ses connaissances et ses savoir-faire, ou encore ne pas avoir de perspective d'accroître son potentiel (par des formations, par exemple) place les salariés dans une situation de dévalorisation progressive de leur qualification professionnelle. Elle peut engendrer une dépréciation de soi et de ses capacités, et conduire à un désengagement dans le travail.</p>					

Rapports sociaux au travail dégradés





	Jamais Non	Parfois Plutôt non	Souvent Plutôt oui	Toujours Oui	Commentaires
<p>19. Soutien de la part des collègues</p> <p>Les relations entre collègues sont-elles bonnes (confiance, entraide, convivialité au sein des équipes) ?</p> <p>La qualité des relations avec les collègues et l'intégration dans un collectif de travail influent sur le bien-être et la santé au travail. Les possibilités</p>					





<p>d'entraide et de coopération facilitent l'accomplissement des tâches. Elles sont en particulier une ressource pour les salariés lorsqu'ils se trouvent face à des situations imprévues, complexes ou difficiles à gérer. Selon les contextes, le collectif de travail peut jouer un rôle d'intégration sociale, en favorisant les solidarités et les moments de convivialité. À l'inverse, il peut être le cadre de tensions, de rivalités ou de concurrence, devenant dès lors un facteur de risque pour la santé mentale des salariés.</p>					
<p>20. Soutien de la part des supérieurs hiérarchiques</p> <p>Les salariés reçoivent-ils un soutien de la part de l'encadrement ?</p> <p>Au-delà de la qualité des relations entretenues avec la hiérarchie, il est question ici de la disponibilité, des capacités d'écoute et d'action dont fait preuve l'encadrement face aux sollicitations des salariés (par exemple, discuter d'un problème technique, régler des difficultés imprévues, arbitrer des intérêts divergents, modérer des conflits...). L'absence de soutien d'un supérieur peut créer un sentiment d'isolement, de frustration, de lassitude ou d'injustice chez les salariés.</p>					
<p>21. Violences internes au travail</p> <p>Règne-t-il un climat de courtoisie et de respect mutuel entre les salariés de l'entreprise (absence de propos ou d'attitudes blessantes, discriminatoires...)?</p> <p>La violence interne est relative à l'ensemble des attitudes, comportements, actes hostiles qui se manifestent sur le lieu de travail entre les salariés de l'entreprise, quels que soient leurs niveaux hiérarchiques. Il peut s'agir d'atteintes dégradantes, de comportements méprisants, discriminatoires, voire de harcèlement moral ou sexuel. Cette violence, quelle qu'en soit sa forme, est symptomatique d'une dégradation des relations sociales dans l'entreprise. Elle peut porter atteinte à la santé physique et mentale des salariés.</p>					
<p>22. Reconnaissance dans le travail</p> <p>Les salariés reçoivent-ils des marques de reconnaissance de leur travail de la part de l'entreprise ?</p> <p>La reconnaissance de la valeur du travail réalisé, des compétences ou encore des performances est essentielle à la construction d'une identité professionnelle positive. Cette reconnaissance peut se manifester au travers de la rémunération, du statut, des perspectives de carrière proposées par l'entreprise. Elle peut être d'ordre plus pratique (attribution de moyens pour réaliser son travail dans de bonnes conditions...) ou symbolique (éloges, distinction...). Le manque de reconnaissance du travail par l'entreprise peut entraîner une perte d'estime de soi et conduire à un désinvestissement du salarié dans son activité professionnelle. Il a également des effets sur sa santé mentale et physique.</p>					

Conflits de valeurs

	Jamais Non	Parfois Plutôt non	Souvent Plutôt oui	Toujours Oui	Commentaires
<p>23. Qualité empêchée</p> <p>Les salariés considèrent-ils qu'ils font un travail de qualité ?</p> <p>Pouvoir tirer de la fierté du travail qu'on réalise, du soin qu'on peut y apporter... contribue à une image valorisante de son activité professionnelle et de sa contribution personnelle. A contrario, être contraint de faire un travail bâclé ou de qualité médiocre, faute de moyens ou de délais suffisants, a des effets sur la santé mentale des salariés et sur le climat de travail. Il en est de même lorsque l'on est amené à faire un travail qui est en désaccord avec ses valeurs professionnelles.</p>					
<p>24. Travail inutile</p> <p>Les salariés estiment-ils en général que leur travail est reconnu comme utile ?</p> <p>L'utilité du travail fait référence à la contribution significative du salarié à la mission qui lui est confiée par l'entreprise. Généralement, les salariés jugent leur travail utile lorsqu'il sert concrètement les résultats de l'entreprise ou bénéficie à d'autres acteurs (clients, usagers, patients...). La reconnaissance de cette contribution est un élément important du jugement d'utilité porté par les salariés sur leur propre travail.</p>					

Insécurité de l'emploi et du travail

	Jamais Non	Parfois Plutôt non	Souvent Plutôt oui	Toujours Oui	Commentaires
<p>25. Qualité empêchée</p> <p>Les salariés sont-ils confrontés à des incertitudes quant au maintien de leur activité dans les prochains mois ?</p> <p>Ces incertitudes peuvent provoquer la peur de perdre son emploi, la crainte de voir baisser son revenu et de ne pas bénéficier d'un déroulement « favorable » de sa carrière (absence de promotion, temps partiel subi...).</p>					

<p>26. Conduite du changement dans l'entreprise</p> <p>Les changements sont-ils suffisamment anticipés, accompagnés, et clairement expliqués aux salariés ?</p> <p>De manière générale, les situations de changement (stratégique, organisationnel, technologique...) sont génératrices de risques de surcharge (temps d'apprentissage et d'assimilation des changements), de remise en cause des compétences et d'atteinte au sens donné au travail.</p>					
--	---	---	--	---	--

4^{ème} Partie : Questionnaire N°3

RECOMMANDATIONS :

Entourez le chiffre correspondant à votre réponse.

- | | |
|--|------------------------------------|
| 0 Jamais | 4 Une fois par semaine |
| 1 Quelques fois par année, au moins | 5 Quelques fois par semaine |
| 2 Une fois par mois, au moins | 6 Chaque jour |
| 3 Quelques fois par mois | |

ITEM	FREQUENCE
1. Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail	0 1 2 3 4 5 6
2. Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail	0 1 2 3 4 5 6
3. Je me sens fatigué (e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail	0 1 2 3 4 5 6
4. Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent	0 1 2 3 4 5 6
5. Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets	0 1 2 3 4 5 6
6. Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort	0 1 2 3 4 5 6
7. Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades	0 1 2 3 4 5 6
8. Je sens que je craque à cause de mon travail	0 1 2 3 4 5 6
9. J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens	0 1 2 3 4 5 6
10. Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail	0 1 2 3 4 5 6
11. Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	0 1 2 3 4 5 6
12. Je me sens plein(e) d'énergie	0 1 2 3 4 5 6
13. Je me sens frustré(e) par mon travail	0 1 2 3 4 5 6
14. Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail	0 1 2 3 4 5 6
15. Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades	0 1 2 3 4 5 6
16. Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop	0 1 2 3 4 5 6
17. J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades	0 1 2 3 4 5 6
18. Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes malades	0 1 2 3 4 5 6
19. J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail	0 1 2 3 4 5 6
20. Je me sens au bout du rouleau	0 1 2 3 4 5 6
21. Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement	0 1 2 3 4 5 6
22. J'ai l'impression que mes malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes	0 1 2 3 4 5 6

Annexe 2 : Résultats complémentaires concernant l'analyse des appels

Voici la répartition des motifs d'appels en fonction de la tranche d'âge du requérant :

		Tranche d'âge						
		[0 ; 2]	]2 ; 10]	]10 ; 20]	]20 ; 40]	]40 ; 60]	]60 ; 80]	]80 ; +∞ [
Motifs appels	Certificats ou conseils médicamenteux	2 (3,08%)	1 (1,08%)	0 (0,00%)	3 (3,66%)	5 (6,94%)	2 (5,56%)	1 (2,78%)
	Pathologies cardio-respiratoires	5 (7,69%)	8 (8,60%)	5 (16,67%)	5 (6,10%)	11 (15,28%)	5 (13,89%)	7 (19,44%)
	Pathologies abdominales	18 (27,69%)	17 (18,28%)	6 (20,00%)	18 (21,95%)	12 (16,67%)	14 (38,89%)	8 (22,22%)
	Pathologies cutanées	12 (18,46%)	16 (17,20%)	3 (10,00%)	6 (7,32%)	3 (4,17%)	1 (2,78%)	2 (5,56%)
	Pathologies génito-urinaires	1 (1,54%)	3 (3,23%)	2 (6,67%)	14 (17,07%)	7 (9,72%)	2 (5,56%)	1 (2,78%)
	Pathologies neurologiques	4 (6,15%)	2 (2,15%)	1 (3,33%)	3 (3,66%)	5 (6,94%)	1 (2,78%)	2 (5,56%)
	Pathologies ORL ou ophtalmologiques	3 (4,62%)	15 (16,13%)	7 (23,33%)	11 (13,41%)	7 (9,72%)	2 (5,56%)	0 (0,00%)
	Pathologies traumatiques	1 (1,54%)	3 (3,23%)	4 (13,33%)	12 (14,63%)	11 (15,28%)	9 (25,00%)	7 (19,44%)
	Signes généraux	19 (29,23%)	28 (30,11%)	2 (6,67%)	9 (10,98%)	11 (15,28%)	0 (0,00%)	8 (22,22%)
	Urgences Vitales	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (1,22%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)

Tableau 11 : Répartition des motifs d'appels en fonction de la tranche d'âge du requérant.

Voici la répartition des décisions prises en fonction de la tranche d'âge du requérant :

		Tranche d'âge						
		[0 ; 2]	]2 ; 10]	]10 ; 20]	]20 ; 40]	]40 ; 60]	]60 ; 80]	]80 ; +∞ [
Décision	Conseil médical	39 (60,00%)	42 (45,16%)	15 (50,00%)	32 (39,02%)	27 (37,50%)	14 (38,89%)	15 (41,67%)
	Envoi d'une ordonnance	6 (9,23%)	6 (6,45%)	4 (13,33%)	16 (19,51%)	10 (13,89%)	1 (2,78%)	2 (5,56%)
	Intervention d'un médecin libéral de garde	17 (26,15%)	40 (43,01%)	8 (26,67%)	27 (32,93%)	22 (30,56%)	12 (33,33%)	15 (41,67%)
	Orientation vers un service d'accueil des urgences	3 (4,62%)	5 (5,38%)	3 (10,00%)	6 (7,32%)	12 (16,67%)	9 (25,00%)	4 (11,11%)
	Transfert sur SAMU	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (1,22%)	1 (1,39%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)

Tableau 12 : Répartition des décisions prises en fonction de la tranche d'âge du requérant.

Voici la répartition des décisions prises en fonction du motif d'appel :

		Motifs d'appels									
		Certificats ou conseil médicamenteux	Pathologies cardio-respiratoires	Pathologies abdominales	Pathologies cutanées	Pathologies génito-urinaires	Pathologies neurologiques	Pathologies ORL ou ophtalmologiques	Pathologies traumatiques	Signes généraux	Urgences Vitales
Décision	Conseil médical	11 (78,57%)	12 (26,09%)	43 (46,24%)	29 (67,44%)	7 (23,33%)	10 (55,56%)	10 (22,22%)	26 (55,32%)	36 (46,75%)	0 (0,00%)
	Envoi d'une ordonnance	2 (14,29%)	2 (4,35%)	13 (13,98%)	4 (9,30%)	16 (53,33%)	0 (0,00%)	3 (6,67%)	3 (6,38%)	2 (2,60%)	0 (0,00%)
	Intervention d'un médecin libéral de garde	1 (7,14%)	20 (43,48%)	25 (26,88%)	9 (20,93%)	4 (13,33%)	5 (27,78%)	30 (66,67%)	11 (23,40%)	36 (46,75%)	0 (0,00%)
	Orientation vers un service d'accueil des urgences	0 (0,00%)	11 (23,91%)	12 (12,90%)	1 (2,33%)	3 (10,00%)	3 (16,67%)	2 (4,44%)	7 (14,89%)	3 (3,90%)	0 (0,00%)
	Transfert sur SAMU	0 (0,00%)	1 (2,17%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (100,00%)

Tableau 13 : Répartition des décisions prises en fonction du motif d'appel.

Voici la répartition des motifs d'appel en fonction de la décision prise :

		Décision				
		Conseil Médical	Envoi d'une ordonnance	Intervention d'un médecin libéral de garde	Orientation vers un service d'accueil des urgences	Transfert sur SAMU
Motif appel	Certificats ou conseil médicamenteux	11 (5,98%)	2 (4,44%)	1 (0,71%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
	Pathologies cardio-respiratoires	12 (6,52%)	2 (4,44%)	20 (14,18%)	11 (26,19%)	1 (50,00%)
	Pathologies abdominales	43 (23,37%)	13 (28,89%)	25 (17,73%)	12 (28,57%)	0 (0,00%)
	Pathologies cutanées	29 (15,76%)	4 (8,89%)	9 (6,38%)	1 (2,38%)	0 (0,00%)
	Pathologies génito-urinaires	7 (3,80%)	16 (35,56%)	4 (2,84%)	3 (7,14%)	0 (0,00%)
	Pathologies neurologiques	10 (5,43%)	0 (0,00%)	5 (3,55%)	3 (7,14%)	0 (0,00%)
	Pathologies ORL ou ophtalmologiques	10 (5,43%)	3 (6,67%)	30 (21,28%)	2 (4,76%)	0 (0,00%)
	Pathologies traumatiques	26 (14,13%)	3 (6,67%)	11 (7,80%)	7 (16,67%)	0 (0,00%)
	Signes généraux	36 (19,57%)	2 (4,44%)	36 (25,53%)	3 (7,14%)	0 (0,00%)
	Urgences Vitales	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (50,00%)

Tableau 14 : Répartition des motifs d'appels en fonction de la décision prise.

RESUME DE LA THESE :

Introduction : Le stress et les risques psychosociaux (RPS) font l'objet d'une recherche de plus en plus étoffée dans le milieu médical. Cependant, la régulation médicale concerne une part réduite de praticiens, ce qui est encore plus marqué lorsque l'on s'intéresse aux médecins généralistes régulateurs, avec une littérature quasi inexistante.

Objectif : Ce travail cherche à d'évaluer le niveau de stress et à identifier les risques psychosociaux liés au travail des médecins généralistes régulateurs libéraux de MEDIGARDE 57.

Méthode : Etude quantitative transversale avec utilisation d'auto-questionnaires auprès des médecins généralistes régulateurs libéraux de MEDIGARDE 57.

Résultats : Dans une première partie, les médecins régulateurs ont répondu à différents questionnaires afin d'évaluer le stress professionnel et les RPS. Ensuite, différentes données ont été collectées dont une EVA, dite de stress, après chaque appel en régulation. 17 praticiens ont participé à cette étude (74% de répondant) et 414 appels analysés. La prévalence du Burnout évaluée par le questionnaire MBI était de 18%. Deux dimensions des RPS posaient principalement problèmes aux médecins généralistes régulateurs : « Exigence émotionnelle » et « Horaires de travail difficiles ». L'EVA moyenne pour l'ensemble des appels était de 1,69 avec un écart type de 1,21. La grande majorité des décisions prises en régulation étaient un conseil médical et l'intervention d'un médecin libéral de garde.

Conclusion : Les résultats de cette étude montraient que les médecins généralistes régulateurs semblaient moins stressés que leurs homologues n'exerçant pas la régulation médicale, avec un niveau d'accomplissement personnel élevé et un épuisement émotionnel moins important. L'activité régulation médicale en tant qu'activité hors soins au cabinet semblait être liée à cette différence de même que la satisfaction des professionnels. D'autres travaux seraient nécessaires afin de confirmer ou non ces données et d'identifier les facteurs favorisant le bien-être au travail.

TITRE EN ANGLAIS :

Assessment of psychosocial risks and stress in general medical regulators of MEDIGARDE in Moselle.

THESE : Médecine, Spécialité Médecine Générale Année 2020

MOTS CLEFS :

Stress, Risque Psychosociaux, Burnout, Régulation Médicale, Médecine Générale.

INTITULE ET ADRESSE :

UNIVERSITE DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, Avenue de la Forêt de Haye
54500 VANDŒUVRE LES NANCY Cedex