

Université Abderrahmane Mira de Bejaia

Faculté des sciences humaines et sociales

Département des sciences sociales

Mémoire de fin de cycle

En vue d'obtention du diplôme de Master en sociologie

L.M.D

Option : Sociologie de Travail et des Ressources Humaines

Thème:

**Les risques psycho-sociaux dans le secteur tertiaire
cas pratique un établissement public EPH Aokas Bejaia**

Présenté par :

AMARI Nassira

ARAB Chahrazad

Encadré par :

M^r.BOUMEGOURA.

Année universitaire: 2014/2015.

Remerciement

Tous d'abord nous remercions le bon dieu, de nous avoir donné cette opportunité et permis de réaliser notre projet de fin d'étude dans des bonnes conditions.

Toute personne ayant contribué de près ou de loin à la réalisation de ce projet.

*Particulièrement à vous **Mr BOUMEGOURA**, notre encadreur, qui malgré ses nombreuses occupations, n'a jamais ménagé ses efforts pour suivre de près notre travail. Votre respectueuse personnalité, vos conseils, vos encouragements nous sont d'un apport considérable dans notre travail, merci d'avoir accepté de nous encadrer.*

*Nous tenons également à remercier **Psychologue AMARI** qui nous a aidé, sincèrement, nous ne trouvons pas les mots suffisants pour vous remercier, nous sommes très reconnaissant pour votre disponibilité.*

Enfin, nous tenons à remercier tous le personnel de la faculté des sciences humaines et sociales.

NASSIRA, CHAHRAZAD.



Dédicace

Je dédie ce modeste travail tout d'abord :

- ❖ **A mes très chers parents, avec qui j'ai partagé les moments de joie et de peine.ils n'ont jamais hésité à me parvenir en aide, à chaque fois que j'en ai besoin, tout en m'apportant beaucoup d'amour et d'affection. Ils ont su me soutenir, et parfois me supporter. Qu'ils soient certains de toute ma reconnaissance et de tout mon amour.**
- ❖ **A ma chère sœur « Nawal» et mon frère « idir»**
- ❖ **A ma chère sœur « Sabrina » et son marie « hafid » et leurs petit Ange « Mohamad »**
A ma chère mère « tassaadite »
- ❖ **A mon frère « Nacir » et sa femme « Samira » et leurs petites ange lhachmi et tinhinane**
- ❖ **A mon frère « Sofiane », « Toufik » et sa femme « yassina »**
- ❖ **A ma sœur « donia » et son marie « Nacir » et leurs petites ange rayane et Yousef et wasime**
- ❖ **A ma binôme « chahra » et à sa famille.**
- ❖ **A tout mes cousins et cousines, sans exception.**
- ❖ **A tout mes amis (es), sans exception surtout à : ma chère Meriem, Samia, Karima, mouna, zidema, ilissa Yasmin et nor el houda, bahia, zoubida, djemel, hakeu, dalile, Yassine, balaid.**
- ❖ **Et enfin, et mes très agréable dédia à toutes les personnes, qui près ou de loin ont contribué à la réalisation de ce travail et surtout à ceux qui œuvrent pour un lendemain meilleur.**

Nassira



DÉDICACE

Je dédie ce modeste travail tout d'abord :

- ❖ **A mes très chers parents, avec qui j'ai partagé les moments de joie et de peine. Ils n'ont jamais hésité à me parvenir en aide, à chaque fois que j'en ai besoin, tout en m'apportant beaucoup d'amour et d'affection. Ils ont su me soutenir, et parfois me supporter. Qu'ils soient certains de toute ma reconnaissance et de tout mon amour.**
- ❖ **à mes chères sœurs majde, nadia, faiza, sabah et radia et leur petit ange « wellas » et ma chère « amina ».**
- ❖ **à mon très cher frère « youcef ».**
- ❖ **à ma chère mère et cher père**
- ❖ **à toute mes cousins et cousine sans exception surtout « Zoubida, Ghania, Nawal »**
- ❖ **à ma binôme « nassira » et sa famille.**
- ❖ **À toute mes amies sans exception.**

- ❖ **Et enfin, mes très agréables dédia à toute les personnes, qui près ou de loin ont contribué à la réalisation de ce travail et surtout à ceux qui œuvrent pour un lendemain meilleur.**

CHAHRAZAD



Liste des abréviations :

Abréviation	Signification
EPH	Etablissement public hospitalier
RPS	Risques psychosociaux
TMS	Troubles musculosquelettiques
ANACT	Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail
CHSCT	Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
GHQ	General health questionnaire
INRS	Institut national de recherche et de sécurité
OMS	Organisation mondial de la santé

Sommaire

List des abréviations.

Introduction

I.la partie théorique

Chapitre I : le cadre méthodologique

1. Problématique.....	06
2. les hypothèses.....	08
3. la définition des concepts.....	09
4. la méthode et la technique utilisée	14
5. Pré-enquête.....	16
6. Echantillonnage.....	16
7. l'objective de la recherche.....	17
8. les raison de chois de thème.....	18
9. les avantages et les obstacles	18

Chapitre II : Les risque psychosociaux réalités et perspectives :

Introduction

1. La conduite du changement.....	21
2. Les conséquences sur la santé des salariés	24
3. Le cout généré pour les organisations.....	25
4. Un enjeu pour assurer une performance durable et globale.....	26
5. Les processus général de prévention	26
6. Les acteurs à mobiliser.....	28
7. Etablir un climat de confiance avec les salaries en reconnaissant l'existent des RPS.....	29
8. Les six principaux domaines pour agir sur la prévention des RPS.....	30

9. Elaboration partagée d'un plan d'action autour de l'animation de séances de travail.....	31
10. Agir sur les principaux facteurs de risque psychosociaux.....	32
11. Modélisez une organisation pour mesurer ce que dysfonctionnent.....	32
12. les modèles « classiques ».....	33
13. les modèles « AVANCES »	41
14. conséquence des risques psycho-sociaux	42
15. la réglementation en vigueur.....	42

Chapitre III : la présentation de l'organisme d'accueille

1. Présentation du système de soin en Algérie.....	46
2. Les structures de consultation.....	48
3. Les mécanismes.....	49
4. Bref historique.....	50
5. Présentation de l'organisme d'accueille	55

Chapitre IV : Analyse et interprétation de l'hypothèse

1. Analyse et interprétation des résultats.....	58
2. Interprétation de l'hypothèse.....	69

Conclusion

Liste bibliographiques

Annexes

Introduction :

Tous risques ayant pour origine l'activité professionnelle lorsqu'un risque se concrétise il provoque désagrément.

En milieu de travail ces conséquences peuvent porter atteinte aux individus des risque professionnel sont abordés par le biais d'une démarche structuré ou il faut les identifier, les mesures et les classer par ordre de priorité afin d'apprendre quand et comment accepter ces risques grâce a la définition d'un plan d'action appeler aussi programme de prévention.

L'expression « risques psychosociaux » est apparue récemment dans les préoccupations des professionnel de la santé au travail on peut situer son émergence au cours des années 2000 comme extension du vocable stress, qui a servi de cadre de référence, même si ces risques sont initialement apparus dans l'année 1970 avec les changements profonds de monde de travail.

Ce n'est pas le cas des risques psychosociaux dont le périmètre terminologique n'est pas vraiment stable impliquant les concepts particulièrement poreux qui désigne soit des causes d'origine professionnelle qualifier le risque professionnel (comme par exemple, ceux de registre de l'organisation ou de management), soit des effets sur la santé (stress, harcèlement, violence interne, violence externe, souffrance, etc.) a ce flou sémantique s'ajoutent les difficultés épistémologiques et méthodologiques car ces risques sont au carrefour des sphères personnels et professionnel et touche a la subjectivité comme a la difficulté d'authentifier les troubles .toute fois cette notion se diffuse massivement dans l'espace public, soutenue par les effets médiatiques de suicide récent survenu au sein de grande entreprise , au de la même des problèmes théoriques et méthodologiques qu'elle pose .ainsi les risques psychosociaux révèlent un phénomène sociale qui émerge de monde du travail pour être réappropriée par la sphère scientifique.

Rappelons que les causes des RPS sont plurifactorielles. C'est dans leur cumul que ces causes vont induire dans le temps des dysfonctionnements jusqu' à l'apparition d'une dégradation de la santé des salariés. L'exposition des salariés aux RPS ainsi peut être attribuable à des événements issus de l'évolution de la société de l'organisation du travail dans laquelle ils exercent de leur sphère personnelle.

Notre recherche traite le sujet des risques psychosociaux dans l'établissement public hospitalier d'AOKAS.

Notre recherche est subdivisée en deux parties :

La partie théorique : contient deux chapitres :

CHAPITRE I : traite le cadre méthodologique de la recherche ; il regroupe la problématique, le cadre conceptuel et méthodologique, à partir de ce chapitre on a essayé de construire notre objet de recherche.

CHAPITRE II : traite le cadre théorique c'est- à- dire les généralités sur notre thème d'étude ; dont le but de donner un aperçu sur notre objet d'étude et de l'identifier à partir des données théoriques établies par des professionnels.

Partie pratique : contient également deux chapitres :

-CHAPITRE III : la présentation de l'organisme d'accueil, sa structure et son histoire dont le but de déterminer notre champ d'investigation qui correspond au travail productif qui demande des efforts pour le réaliser.

-CHAPITRE IV : traite l'analyse et interprétation des résultats .on a donné une analyse sociologique à ces données dont le but de décrire et d'expliquer le déroulement de ce phénomène au sein de notre établissement.

Enfin, on peut dire que ce modeste travail reste une étape importante dans la recherche scientifique qui concerne le phénomène des risques psychosociaux au sein de l'établissement public hospitalier surtout avec les différentes qualités de l'environnement et les conditions de travail qui touchent ces établissements. Cela ouvre les portes devant nous et tous les chercheurs pour réaliser des recherches profondes dont le but est de comprendre les sources des risques psychosociaux.

1. Problématique :

L'activité professionnelle peut être présentée comme l'une des valeurs essentielles de nos sociétés et l'un des piliers du lieu social, dans la mesure où elle confère à l'individu un statut social et un moyen de subvenir à ses besoins cependant de plus en plus de souffrance au travail, nombreuses personnes peinent à trouver un emploi ce qui a conduit à une situation de chômage qui accentue les souffrances des individus, c'est pour cela que beaucoup de travailleurs associent une piètre qualité de vie au travail à des conditions organisationnelles qui ne réussissent pas à satisfaire leurs préférences ni leurs besoins en matière de santé et de sécurité au travail.

La construction d'une culture commune et le développement de pratiques professionnelles partagées passent nécessairement par l'utilisation d'un même discours. L'engouement médiatique de ces dernières années pour la thématique des risques psychosociaux et le passage dans le « sens commun des phénomènes » ont induit une réelle confusion dans l'utilisation de certaines terminologies qu'il convient de préciser¹.

Le travail a un sens pour les employés dans les organisations où règne la qualité de vie au travail est une approche de l'entreprise qui se joue au plus haut niveau elle fait partie d'une stratégie globale qui interroge la gouvernance des organisations elle fait demande de mieux appréhender le sujet, de ne plus multiplier des approches cloisonnées, mais de redonner une cohérence à l'organisation de travail²

Les notions de conditions de travail, de risques psychosociaux, de qualité de vie au travail ou encore de bien-être au travail ont été remis au goût du jour pour

¹ ABAIDI Jamila, **la qualité de vie au travail, perception, freins et motivation à son intégration, dans le management des organisations**, la Rochelle, Montpellier 1-2 sept 2014 page 14

² Ibid. P18.

l'entreprise, assurer un bon niveau de qualité de vie au travail, réponde à la fois a un devoir social vis a- vis des salaries et a un besoin économique en recherche de croissance, de rentabilité et de productivité la performance économique de l'entreprises étant au cœur de ses enjeux ,une bonne qualité de vie au travail de ses salaries de virait donc être indispensable

Pendant de nombreuses années, les RPS étaient davantage qualifiés par l'usage des termes « stress », « souffrance au travail », « harcèlement moral », la grande variété des thèmes mis sous le vocable de risque psychosociaux est encore utilisé aujourd'hui, peut parfois être source de confusion, il est et en effet assez courant que les acteurs de prévention d'une même organisation n'aient pas une culture partagée sur l'ensemble de ces concepts. »³

Plusieurs raisons expliquent les difficultés d'émergence de la notion de risques psychosociaux la montée en compétence sur les questions de santé mentale au travail des acteurs de la prévention n'est que ressent jusqu' à ces dernières années, les questions jugées comme « centrales » étaient davantage en lien avec la santé physique (par exemple les troubles musculo-squelettiques ou TMS).

Les terminologies utilisées étaient génératrices de causes et des conséquences du fait de la diversité des RPS mais également en raison de l'intrication des différents facteurs entre eux. À titre d'exemple que le mot stress peut à la fois être utilisé pour caractériser une situation à risque mais également des troubles.

L'apparition de la notion de risque psychosociaux est aussi un fait récent, elle correspond à la fois à une avancée de la recherche scientifique, à l'évolution de la réglementation et également à une prise de conscience des organisations de la nécessité de traiter ces manifestations (stress, mal-être, violence etc.) dans une logique de prévention des risques professionnels.

³ -Elodie Montreuil, **Prévenir les risques psychosociaux**, Edition DUNOD Belgique 2012, page 7

La cause principale qui nous a poussés à traiter ce thème, il est vraiment riche et intéressant et c'est un phénomène fréquent et qui est négligé dans certaines organisations, donc notre problématique porte alors sur les risques psychosociaux dans un établissement public hospitalier :

Comment se manifestent les risques psychosociaux au service tertiaire?

2. L'hypothèse :

L'ensemble des risques psychosociaux, sont dus à l'environnement du travail au sein d'un établissement public hospitalier et qui peuvent provoquer des situations de malaise au travail qui influent sur la santé des médecins et des infirmiers.

Discussion de l'hypothèse :

Selon notre hypothèse on va essayer de traiter un phénomène primordial dans le champ du travail, celui des risques psychosociaux. On aborde ce sujet à partir des situations individuelles vues au secteur tertiaire.

Notre hypothèse suppose que les risques psychosociaux sont le résultat de l'environnement du travail soit sur le plan structurel ou fonctionnel.

3. Définition des concepts :

a. Les risques psychosociaux⁴ :

A l'heure actuelle, il n'existe pas encore de définition reconnue des risques psychosociaux afin de partager un langage commun, notre approche sera basée sur la définition de l'ANACT

Le champ psychosocial renvoie à des aspects psychologique de la vie sociale au travail les troubles psychosociaux (stress, violence) apparaissent lorsque il ya un déséquilibre dans le system constitue par individu et son environnement de travail les conséquences de ce déséquilibre sont multiple sur la santé physique et psychique la notion de risque doit s'entendre comme la probabilité d'apparition du trouble psychosocial ayant pour origine l'environnement professionnel

Cette définition met en avant trois aspects :

Les RPS ont un caractère plurifactoriel qui renvoie à la fois à des caractéristiques liées aux situations de travail et à la situation « parti-culier de chaque salarié, en ce sens, les situations pathogènes sont le résultat de la combinaison entre différents facteurs »

Il est nécessaire de distinguer la notion de risque (probabilité d'y être confronté) de celle de trouble conséquence d'une exposition aux risques les troubles psychosociaux peuvent ainsi se manifester de différentes manières : stress burn-out, violence, troubles internes (dont harcèlement moral) souffrance au travail, symptômes et pathologies révélant une décompensation sur la santé.

Les conséquences de l'exposition aux RPS peuvent avoir un impact tant sur la santé physique que mentale autrement dit ne séparons pas le corps et l'esprit.

⁴ -Elodie Montreuil, prévenir les risques psychosociaux, Ed DUNOD, Belgique, 2012, P 7.

L'approche de cette problématique via la notion de risque professionnel clarifie ainsi la fonction des acteurs de la prévention au sein des organisations.

Agir en termes de prévention des RPS c'est donc avant tout repérer les facteurs de déséquilibres présents dans l'organisation du travail identifier les leviers d'action possibles.

b. L'environnement de travail :

L'organisation comme tout autre système social, est plongée dans un environnement à plusieurs dimensions, physique, technologique, économique, politique, culturelles etc. Cependant, l'environnement de chaque organisation si vaste soit-il, n'est pas illimité, chaque fois que nous évoquerons l'environnement d'une organisation, il sera sous-entendu que nous visons son environnement spécifique, c'est-à-dire les éléments de l'environnement général qui sont effectivement en relation avec l'organisation⁵

c. Santé mentale :

Aptitude du psychisme à fonctionner de façon harmonieuse agréable efficace et à faire face avec son plein de situation difficile en état capable de retrouver son équilibre et aussi est une composante essentielle de santé, c'est un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions⁶

d. Le stress :

L'agence européenne pour la santé propose la définition suivante ; un état de stress survient quand il y a un 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, le processus d'évaluation des

⁵ PETIT François et DUBOIS Michel, INTRODUCTION A LA PSYCHOSOCIOLOGIE DES ORGANISATION, 3ème édition, éd Dumod, Paris, 1998, P30

⁶ Ibid, P13.

contraintes et des ressources est donc d'ord psychologique, mais les effets du stress affectent la santé physique, le bien-être et la productivité⁷

e. La souffrance au travail :

La souffrance elle renvoie à la sensation douloureuse aiguë éprouvée par l'individu, c'est un ressenti subjectif qui difficilement comparable au plan interindividuel, ansai, un état de- mal être en France, cette dernière, qui se déploie sur un continu allant de la simple gère à une mise en danger de la santé moral, peut apparaitre l'orsqu'un état de stress n'est plus prédominant. Dans les deux cas, les causes sont multiples et variées absence de reconnaissance, ressenti négatif, situation de conflit ou d'hyper conflit, voire de violence interne relation interindividuelles au travail pathogènes, d'une manière générale, l'usage du terme souffrance et moins consensuel que celui de stress, car il li traduit une forme de vulnérabilité et provoque des réactions de rejet, notamment de la part de ceux qui dirigent les organisations.⁸

f. Les situations de malaise au travail :

ce terme vogue recouvre, avec le stress et le harcèlement moral la plus part des plantes émises par les collaborateurs qui ressentent des tension dans leur travail, ce plaintes concernent les situation de mal-être, de ressentis négatifs en bien avec le travail, il s'agira la bien entendu, dépasser ces plaintes pour aller plus avant et comprendre ce qui fait tension , a fin de trouver les leviers opérationnels de résolution, l'enjeu sera également de ne pas enfermer des individus ou des collectifs dans un rôle de vidimes mais de leur permettre au contrainte de redevenir simplement acteurs de leur situation au travail⁹

⁷ HOBOLD Bénédicte, **les risques psychosociaux**, eyrolles, paris 2008. P14

⁸ Ibid, page 35

⁹ Ibid, page 18.

g. Dépressions :

Maladie mentale caractérisé par une modification profonde de l'état thymique de l'humeur dans le sens de la tristesse de la souffrance morale et de ralentissement psychomoteur¹⁰

h. Anxiété :

Etat de émotionnel tensions nerveuse, de peur, fort, mal différencie et souvent chronique.

(Prédisposition d'une personne aux états) anxieux¹¹

i. Le harcèlement :

est une forme de violence ou un individu met en œuvre une ou plusieurs conduites envers autrui ou un groupe, basées sur la non reconnaissance, le non respect, la négation de l'autre dans un but volontaire ou non de destruction physique et ou psychique induit par une situation de frustration et ou de tensions l'article 1152-1 du code du travail le définit comme un ensemble d'agissement répétés qui ont pour objet ou pour effet une dégradation des condition de travail susceptible de porter atteinte aux droits du salarié et à sa dignité d'altère sa santé physique ou mentale de compromettre son avenir professionnel¹².

j. La qualité de vie au travail :

Peut se définir comme l'existence d'un cercle vertueux entre dimensions directement ou indirectement liées a l'activité professionnelle, relation social et de travail contenu de travail environnement physique, organisation de travail possibilité de réalisation et de développement personnel, conciliation entre du vie professionnelle et vie personnelle il es entendu que l'effet globale de

¹⁰ Grande Dictionnaire de la psychologie la Rosse, Ed MAME, France, 2013, P 256

¹¹ Ibid, P 70

¹² Gérard Valéry et sylvain Ledu, les risques psychosociaux, éd Puf, France, 2012, P38-39.

l'action menée sur chacune de ces dimension n'est pas le résultat d'une culture partagée du sujet de qualité de vie au travail¹³

k. Secteur tertiaire :

En économie le tertiaire est un secteur qui regroupe l'ensemble des activités qui ne sont pas directement liées à la production de bien de consommation¹⁴

¹³ -ABAI DI Jamila, la qualité de vie au travail, perception, freins et motivation à son intégration ,dans le management des organisation, la rochelle ,Mont pellier1-2 sept paris 2014, P22

¹⁴ WWW. Edition-TISSOT-FR/ droit-travail, Dictionnaire droit de travail-Définition (28-04-2015) 12H49.

2. La méthode et la technique utilisées¹⁵

a. La méthode utilisée

Après avoir établi la problématique de recherche ou passe au choix de la méthode « une fois la problématique est formulé d'une manière précise pour les données requises il faut choisir les méthodes qui serviront à recueillir les informations.

La validation d'une recherche scientifique dépend de la méthode utilisée quel que soit l'objet de recherche, la valeur des résultats dépend de celle des méthodes mises en œuvre.

Dans l'utilisation et le choix de la méthode et le choix de la méthode dépend de la nature d'objet d'étude, la problématique posée et les objectifs visés par la recherche.

L'utilisation d'une méthode est indispensable est indispensable dans chaque recherche scientifique, elle permet de découvrir l'aspect de la réalité que le chercheur doit suivre pour mener à bien sa recherche.

-la méthode qu'on a utilisé dans notre recherche est la méthode qualitative qui un ensemble de procédure pour qualifier des phénomènes visent d'abord à comprendre le phénomène à l'étude il s'agit d'établir le sens de propos recueillir.

b. Les techniques appliquées

Tout recherche en application de caractère scientifique en science sociales, comme dans les sciences en général, doit comporter l'utilisation de procédés opératoires rigoureux bien définis.

¹⁵-Jean pierre des lauriers, de la recherche qualitative, presse de l'université de Québec, 1988, page19

Les techniques sont des outils mis à la disposition de la recherche et organisés par la méthode, dans ce but, elles sont limitées et connues à la plus part des sciences sociales.

- **L'entretien ;**

Après avoir choisi notre méthode de recherche qualitative nous avons procédé à l'entretien comme technique sur le terrain qui paraît plus adéquat à notre étude de recherche.

- **Définition de l'entretien**

L'entretien est une discussion entre ou moins deux personnes il s'agit d'une tête et d'un rapport oral entre deux personnes dont l'une transmet à l'autre des informations.¹⁶

Dans notre recherche l'entretien a été élaboré sur la base de données et des observations recueillies durant la pré-enquête.

Notre entretien est réparti sur quatre axes :

- le premier axe : contient des données personnelles des salariés.
- le second axe : l'environnement du travail
- le troisième axe ; travail et vie privée (personnelle)
- le quatrième axe ; questions générales.

Alors, on a utilisé dans notre entretien 2 types de questions :

- question ouverte ; qui donne à l'enquêté la liberté de répondre.
- On a ajouté quelques questions fermées qui obligent l'enquêté à effectuer un certain choix parmi un certain nombre de réponses (oui, non) sans oublier de demander l'explication de son choix.

¹⁶ GRAWITZ Madeline, lexique des sciences sociales, 11^e Edition Dalloz, Paris, 2001, page 643.

3. La pré-enquête

On a procédé au pré-enquête en premier lieu à travers les visites qu'en a fait aux différents départements où ces dernières sont subdivisées en plusieurs services dont on a essayé de réaliser un entretien sur un échantillon limité, en vue de faire connaissance de terrain de recherche, d'éclairer, préciser notre champ d'étude, et de déterminer la technique de recherche la plus adéquate à notre thème.¹⁷

4. L'échantillonnage

L'échantillonnage se définit comme l'ensemble des opérations permettant de sélectionner un sous-ensemble d'une population en vue de constituer un échantillon aussi l'échantillon est un sous-ensemble d'éléments d'une population données ou l'ensemble des personnes interrogées.

Selon LOUBET : c'est la partie de l'univers qui sera effectivement étudiée qui permettra l'extrapolation de connaître la totalité ; les caractéristiques de la totalité de l'univers ». ¹⁸

Le EPH de Aokas se compose d'une population mère de 104 médecins et infirmiers qui sont répartis comme suit ;

-médecins généralistes 17.

-Gynécologue 01.

-Chirurgiens orthopédistes 03.

-Chirurgien viscéralistes 05.

-Internistes 01.

-Pédiatre 01.

¹⁷ ANGERS MOURICE-initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines, casbala, Alger, 1999, p 09

¹⁸ LOUBET DELBAYLE Initiation aux méthodes sciences des sociales, l'harmattan, Paris, 1999, page 61.

-réanimateurs03.

-paramédicaux73.

Nous avons pris une partie de la population mère qui contient 30 médecins et infirmiers mais avec les difficultés rencontrées, on a réalisé uniquement 22 entretiens.

5. L'objectif de la recherche

Notre recherche effectuée à L'Hôpital de Aokas non a permis de :

-faire un aperçu dans le domaine de la recherche scientifique.

-mettre en pratique la connaissance acquises durant notre cursus universitaire, passer de l'aspect théorique à l'aspect pratique.

-comparer entre le savoir scientifique universitaire et la réalité de monde du travail de l'organisation.

-permis d'acquérir des compétences dans la gestion et la présentation des données.

Mais son accomplissement n'a pas été facile, puisque durant notre enquête on a rencontré un certain nombre d'obstacles.

6. Les raisons du choix de thème :

Notre intérêt et de mener une recherche sur les risques psychosociaux pour des raisons :

a. Les raisons subjectives :

-mener une étude sur les risques psychosociaux et la nature du risque professionnel, ce qui nous permettra d'acquérir des connaissances pour que nous puissions créer notre propre organisation dans l'avenir

-nous aurons peut être une chance de travailler dans une organisation comme un responsable ce qui nous permettra de connaître les risques psychosociaux pour faire améliorer la situation des salariés pour établir un climat stable dans les établissements .

b. Les raisons objectives:

- Le manque d'études sur ces phénomènes dans nos organisations nous pousse à travailler les risques psychosociaux et la nature de ces risques.

Apporter un plus sur l'étude du phénomène des risques psychosociaux et la nature de ces risques dans les établissements algériens.

-décrire le côté négatif de la vie professionnelle des travailleurs.

7. Les avantages de la recherche

-l'objectif de notre recherche est de : décrire la nature des risques psychosociaux et montrer leur impacte dans les organisations.

Démontrer la réalité de ces risques psychosociaux existant au sein des organisations et comment peut-on les prévenir.

-l'étude m'a permis d'appliquer mes connaissances théoriques sur le terrain.

-En ma qualité de stagiaire au sein de EPH AOKAS et cela m'a permis d'accumuler au maximum des informations sur mon thème.

-la possibilité de discuter avec les responsables sans restrictions.

-découvrir le bon et la mauvaise cote de la vie professionnelle

9. Les obstacles de l'étude :

-le manque de compétences pour la réalisation de la recherche car c'est notre première expérience.

- l'actualité du sujet et la non maîtrise et même la non-précision de son champ cognitif (conceptuel et méthodologique).

- le sujet est traité par plusieurs champs scientifiques notamment psychologiques et juridiques.
- l'insuffisance des moyens d'investigation utilisés pour comprendre ce phénomène.
- une difficulté dans l'obtention de l'autorisation d'accès pour effectuer notre stage pratique.

Introduction :

La prévention des RSP représente un enjeu pour l'ensemble des acteurs du monde de travail. Pour l'employeur, en dehors du respect du cadre réglementaire français, les actions de prévention menées à ce titre lui seront précieuses pour éviter l'apparition de dysfonctionnements organisationnels et l'obligation de faire face à des couts directs et indirectes .pour les autres acteurs de la prévention (CHSCT, médecins du travail, syndicats, etc.), la prévention des RPS est un déni majeur en termes de contribution à la protection de la santé physique et mentale des salariés

1. La conduite du changement¹

Au regard de l'évolution de plus en plus rapide des marchés, le changement est désormais une constante des organisations du travail .les entreprises de service, par exemple tendent à proposer une amélioration continue de leurs prestation face au renforcement des exigences de la clientèle et au développement de la concurrence.

Si ces nouveaux modes de fonctionnement sont justifiés par les impératifs économiques, de nombreuses entreprises ont tendance à oublier que la réponse aux exigences du marché n'est pas suffisamment pour atteindre un niveau efficient de performance.

Une des composantes essentielles de la performance est en effet le bien-être des salariés au regard de leurs condition de travail. Cette composante est trop souvent méconnue dans les entreprises qui mettent en place une conduite du changement.

La séparation et le manque de lien entre les acteurs des décisions stratégiques, ceux en charge de les mettre en application et les salariés qui réalisent le travail en est une des principales causes.les changements organisationnels sont ainsi

¹ GERARD Valléry et SYLVAIN Leduc, les risques psychosociaux, édition puf, Paris, 2012, Page92.

pensés sous l'angle de l'optimisation économique sans prendre suffisamment en compte les caractéristiques des salariés, les contraintes des situations de travail et l'impact potentiel sur les facteurs de RPS.

De cette situation naît un réel décalage entre le prescrit des changements organisationnels et le degré d'opérationnalité sur le terrain.

A ce titre, nous constatons très régulièrement quatre limites dans les processus de conduite du ²changement mis en place au sein des entreprises ;

- Une faible association des salariés : trop souvent les salariés et leurs représentants sont écartés des décisions stratégiques et organisationnelles et vivent ainsi les changements comme des choix imposés par la hiérarchie. L'association des salariés dans la conduite du changement est importante pour deux principales raisons. Elle permet en premier lieu d'anticiper des éventuels dysfonctionnements liés à la mise en œuvre du projet et résultant d'un décalage entre le travail prescrit et la réalité du terrain. Elle favorise également leur résilience face au choc provoqué par le changement en matière d'identité et de reconnaissance professionnelle. En permettant aux salariés de prendre part au début sur la conduite du changement, un travail d'adaptation et d'acceptation se met ainsi plus facilement en place.
- Une évaluation de l'impact du changement sur les RPS rarement réalisée : l'anticipation des facteurs de RPS générés par un projet est pourtant crucial à mener à la fois pour identifier les éventuels ajustements à faire mais également pour déterminer les mesures d'accompagnement nécessaires aux salariés. Cette démarche a notamment toute son importance dans les contextes de restructuration d'entreprises où les impacts sur la santé des salariés peuvent être dramatique.

² GERARD Valléry et SYLVAIN Leduc, op.cit, Page94.

- Une manque d'individualisation des dispositifs d'accompagnement au changement ; il est fréquent par exemple qu'un dispositif unique de formation soit mis en place pour des changements nécessitant des reconversions professionnelles. Or, il est évident par exemple que les besoins et les capacités d'apprentissage des salariés ne seront pas identiques pour une personne au début de sa carrière professionnelle que pour une autre ayant une ancienneté de plus de 20 ans sur son métier.
- Un faible suivi des salariés dans le temps : l'accompagnement est réalisé en priorité en amont et quasi absent une fois le changement opéré. La veille sur l'adaptation des salariés à leur nouvelle situation de travail n'est ainsi pas réalisée.

La communication que vous allez entreprendre est également essentielle pour favoriser la compréhension et l'acceptation du changement.

Cette dernière doit être à la fois descendante (information des salariés) et ascendante (retour des salariés à travers des questions ou suggestions).

Si des salariés peuvent apprécier les évolutions, pour très grande majorité d'entre eux, elles sont souvent génératrices d'un sentiment d'angoisse et d'interrogation sur l'avenir. Dans certains cas, la non-rationalisation de ce sentiment peut même aboutir à des situations paradoxales où les salariés refusent des évolutions qui auraient un impact favorable sur leur situation de travail.

De ce fait, il est essentiel d'expliquer, de rassurer les salariés sur les changements à venir et d'être à l'écoute de leurs propositions.

2. Les conséquences sur la santé des salariés³

Les mécanismes physiologiques mis en jeu par les salariés pour faire face à une situation de forte exposition aux RSP peuvent engendrer des conséquences importantes sur leur santé physique et mentale. Il s'agit des phénomènes de « décompensation ». Ces décompensations sont le résultat de trois facteurs ; les caractéristiques des situations de travail, l'intensité de la sollicitation et les mécanismes de défense développés par l'individu.

En cas de « déséquilibre » pour un salarié entre ses ressources et les contraintes de son environnement, des efforts d'adaptation de l'organisme sont rendus nécessaires (modifications de comportement, réactions physiologiques, etc.).

Quand le phénomène de « déséquilibre » s'installe dans la durée, les conséquences sur la santé des salariés peuvent être lourdes. Les ressources dont dispose le salarié en terme d'adaptation ne sont pas infinies et risquent de s'épuiser si elles sont sollicitées trop fréquemment. À titre d'exemple, l'épuisement professionnel (ou burn-out) est l'une des conséquences possibles d'une sollicitation trop intense de l'organisme ne permettant pas à l'individu de pouvoir « récupérer » psychologiquement mais aussi physiquement suite à cette situation de « déséquilibre ». Si le travail « construit » il peut ainsi également « déconstruire ».

Par rapport à une situation de « déséquilibre » les mécanismes de défense possible des salariés ne sont pas identiques d'un individu à l'autre ils seront en partie spécifiques selon la structure de personnalité.

C'est toutefois quand le salarié ne trouve plus de marges de manœuvre suffisantes pour « aménager » des modalités de travail respectant son équilibre mental que l'organisation va devenir pathogène.

³ MONTREUIL Elodie, prévenir les risques psychosociaux, édition dunod, Paris, 2011, Page14.

L'appréhension des conséquences sur la santé est donc un phénomène complexe .Ainsi dans certaine cas des salariés vont même développer des stratégies visant à « cacher » les éventuelles décompensations sur leur santé-les sentiments de « dévalorisation » de ne pas être à la hauteur » « de culpabilité » favorisent en général ces situations.

3. Le cout généré pour les organisations⁴

Trop souvent non au regard des normes comptables et des systèmes de mesures dont disposent les organisations françaises les conséquences des RPS représentent des couts importants pouvant pénaliser le bon fonctionnement interne altérer la performance économique.

Ces couts peuvent être de différentes natures et être générés de manière directe ou indirecte :

- gestion de l'absentéisme du turn-over
- remplacement du personnel
- accidents du travail
- maladies professionnelles
- diminution de la productivité (démotivation du personnel, rebuts) dysfonctionnements.
- dégradation du climat social
- atteinte à l'image de l'organisation, etc.

⁴ MONTREUIL Elodie, op.cit, Page16.

4. Un enjeu pour assurer une performance durable et globale⁵

Dans le contexte actuel, la pérennité et le progrès des organisations ne peuvent plus être mesurés uniquement à partir de l'aspect financier de leurs activités : la manière dont elles se conduisent est désormais une nouvelle variable à prendre en compte.

La notion de « performance globale » est à ce titre de plus en plus employée. Elle recouvre non seulement la performance économique mais aussi la performance environnementale et sociale des établissements.

De ce fait, la responsabilité des organisations est élargie, elle ne se limite plus aux seuls actionnaires, mais intègre d'autres parties prenantes (syndicats, clients, fournisseurs, salariés, etc.) dont l'écoute est nécessaire pour répondre aux nouveaux enjeux de performance et de pérennité.

La participation des salariés et la prise en compte du bien-être au travail sont de fait une constituante des axes de progrès à atteindre pour assurer une performance globale et durable.

Précisons à ce titre, que 10 entreprises du CAC40 ont décidé en 2010 d'intégrer la performance sociale dans la rémunération variable de certains collaborateurs.

Les processus général de prévention⁶

La prévention des RPS doit nécessairement être inscrite dans le processus général de prévention des risques professionnels

Comprendre les trois niveaux de prévention

⁵ MONTREUIL Elodie, op.cit, Page20.

⁶ Ibid. Page 23.

-la prévention primaire consiste à combattre les risques à la source. Elle agit en amont des facteurs de RPS pour les éliminer ou à défaut les réduire. Elle est centrée sur le travail et son organisation, et revoie à une démarche de prévention collective des risque (par exemple régulation de la charge de travail, assurer une lisibilité des responsabilités, etc.)

- La prévention secondaire relève de la gestion individuelle des RPS de son but est de renforcer la résistance des salariés aux facteurs de RPS(par e exemple coaching, formation à la gestion du stress) .elle ne s'attaque pas aux causes réelles du problème et son effet peut ne pas être durable.

-la prévention tertiaire relève de la prise en charge des salariés en souffrances et a pour vocation d'apporter une réponse d'urgence pour éviter que leur état de santé ne se dégrade(par exemple cellule d'écoute ,numéro vert, prise en charge médicale)En cas de situation grave et dégradées ,ce type de mesure est indispensable mais en aucun cas suffisant.

Préalables Les au lancement de la démarche :

Mobiliser les acteurs internes de la démarche

Le caractère plurifactoriel des RPS implique la mobilisation d'acteurs internes et externes à l'entreprise qui permette de réunir d'un point du vue disciplinaire différents champs de compétence.les acteurs à mobiliser dépendent des caractéristique de chaque organisation mais également de la disponibilité de chacun d'entre eux. L'organisation d'une première réunion entre les différents acteurs compétents en amont du lancement de la démarche permet de définir le rôle à jouer par chaque acteur et d'identifier les attentes et contraintes de chacun.

5. Les acteurs à mobiliser :⁷

Pour un fonctionnement adéquate de la démarche de prévention des RPS, il faut s'assurer que les acteurs suivants soient bien associés :

-la direction : responsable de la mise en œuvre de la démarche et des engagements à prendre en termes de prévention /apport de connaissance sur la sphère RH et organisationnelle :

-le CHSCT et/ou les délégués du personnel : fonction d'alerte et de veille/apport de connaissance sur les difficultés rencontrées par les salariés.

-le médecin de travail : fonction d'alerte au regard des visites médicales et d'entreprise /apport de connaissance sur la sphère médicale :

-les salariés : identification des déséquilibres en lien avec les conditions de travail /apport de solution au regard des difficultés rencontrées.

Pour la mise en place d'une réelle dynamique d'échange, trois principes sont à respecter :

-désigner un responsable de projet en charge d'assurer la coordination de la mission et la transmission des informations à l'ensemble des acteurs. A ce titre il convient d'être vigilant à la désignation d'une personne ayant été formée sur la prévention des RPS et sachant dialoguer avec l'ensemble des acteurs de l'organisation.

-constituer un comité de pilotage (copil) afin d'assurer un suivi pluridisciplinaire au cours des différentes phases de la démarche et de favoriser la création d'une culture commune autour des RPS :

⁷ MONTREUIL Elodie, op.cit, Page25.

-identifier un référent au sein de l'équipe direction permettant une prise de décision rapide au regard des avancées de la démarche et des actions préventives à mettre en œuvre.

La rédaction d'un accord de méthode

A fin de lancer la démarche, la signature d'un accord de méthode entre la direction et les 'organisation syndicales est conseillée.

La signature d'un tel accord permet de :

- définir précisément et collectivement la méthodologie qui va être employée :
- lancer la démarche dans un climat social favorable.

6. Etablir un climat de confiance avec les salariés en reconnaissant l'existence⁸ des RPS :

Le déni de la réalité du risque psychosocial au sein des organisations est très fréquent et peut résulter de plusieurs facteurs ;

- une « peur » des acteurs internes de s'engager sur une thématique par fois « mal maîtrisée »
- des réticences à réinterroger certaines pratique internes (RH, management, processus, etc.) ;
- un sentiment de culpabilité de la hiérarchie ou des collègues de travail.

Le déni peut être véhiculé par les salariés en souffrance eux-mêmes.

La non –verbalisation des difficultés correspondant en général à un mécanisme de défense leur permettant de « tenir » à court terme face aux déséquilibres ressentis. Dans la mise en place d'une démarche de prévention des RPS, il est

⁸ MONTREUIL Elodie, op.cit, Page31.

nécessaire pour établir un climat de confiance de reconnaître la possibilité que les salariés souffrent.

Seul ce préalable permettra ;

-la réalisation d'un diagnostic précis basé sur le vécu des salariés à travers la levée des freins à la verbalisation :

-l'association de l'ensemble des acteurs internes à la démarche ;

-le repérage d'indicateurs d'alerte à travers le signalement de situations à risque avant que celles-ci ne soient trop dégradées.

Une communication préalable au lancement de la démarche favorise cette reconnaissance et une première prise de confiance des salariés.

7. Les six principaux domaines pour agir sur la prévention des RPS :⁹

Avant la mise en œuvre d'une mesure de prévention, deux questions sont à se poser :

-Quel est l'impact indirect de la mesure ? Sa mise en place peut-elle avoir un impact défavorable sur les salariés d'un autre service ou occupant une autre fonction par exemple déplacement de la charge de travail vers un autre service qui n'a pas les moyens de l'assumer ?

-la mesure est-elle efficace et pérenne ? Sera-t-elle stable et efficace dans la durée afin que le coût de la mise en œuvre (notamment pour les salariés) ne soit pas supérieur aux effets escomptés (par exemple formation des salariés à l'utilisation de l'outil informatique alors que de nouvelles applications seront mises en œuvre dans quelques mois) ?

⁹MONTREUIL Elodie, op.cit, Page35

8. Elaboration partagée d'un plan d'action autour de l'animation de séances de travail

Les actions de prévention à mettre en œuvre être de différentes natures :

-transverses au sein de l'organisation : les effets de l'action vont concerner l'ensemble des salariés :

-spécifique à certaines unités de travail : les facteurs de risque pouvant être différent selon les services ou catégories de salariés, des mesure particulières doivent ainsi être prises.

-L'animation de groupes d'échange avec les salariés :

Les groups d'échange peuvent être constitués selon les unités de travail retenues.

A cette étape, il est intéressant d'utiliser les techniques dites de l'auto-confrontation qui consistent à renvoyer aux salariés les résultats du diagnostique a fin qu'ils puissent réagir face aux constats posés et étudier ensemble les modes de régulation possibles.

-L'animation de séances de travail avec les membres du comité de pilotage

La formalisation des résultats issus des groups d'échange avec les salaries dans un document de synthèse permettra de venir alimenter la réflexion lors des séances de travail avec les membres du comité de pilotage.

Il est recommandé de transmettre ce document en amont des séances de travail afin que chaque membre du COPIL puisse préparer son intervention à partir de sa propre connaissance des différentes « situations problèmes ».

9. Agir sur les principaux facteurs de risque psychosociaux :¹⁰

Afin de vous guider dans l'élaboration du plan d'action, nous allons revenir de manière la plus précise sur les principaux facteurs de risque psychosociaux présents dans le milieu professionnel.

Ces mesures sont données uniquement à titre d'exemple afin d'éclairer sur le type d'actions pouvant être mis en œuvre.

En termes de prévention, la singularité de chaque organisation nécessite impérativement de trouver des solutions « sur-mesure » permettant à la fois de contribuer au bien-être des salariés tout en garantissant la performance de l'organisation.

10. Modéliser une organisation pour mesurer ce qui dysfonctionne¹¹

Les recherches canadiennes, particulièrement en avance dans ce domaine, formulent depuis longtemps un postulat : il existe des liens étroits entre certaines dimensions de l'organisation de travail et les problèmes de santé psychologique chez le travailleur.

Ainsi, il est depuis longtemps établi que les facteurs organisationnels les plus néfastes pour la santé psychologique des individus sont, en ordre décroissant d'importance : la surcharge quantitative de travail, la faible reconnaissance, les mauvaises relations avec la hiérarchie et en dernier lieu le manque de participation aux décisions, ainsi qu'une circulation insuffisante de l'information (aux niveaux individuels et organisationnels).

¹⁰VALLÉRY Gérard et LEDUC Sylvain, **les risques psychosociaux**, 1^{ER} édition, éd puf, Paris, 2012, Page55.

¹¹ HOUBOLD Bénédicte, **les risques psychosociaux**, éd eyrolles, paris, 2008, Page75.

11. Les modèles « CLASSIQUES »¹²

Les questionnaires, étalonnés sur le plan international et historiquement créés pour des milieux de travail du secteur social au sens large, et/ou public (hôpitaux, centre sociaux, prisons, écoles...) non ouverts à la concurrence internationale, servent de base aux recherches et questionnaires actuels. Ces nouveaux questionnaires sont axés sur les aspects organisationnels du travail : ils font l'objet de la section intitulée Les questionnaires focalisés sur les aspects organisation.

D'autres questionnaires, développés essentiellement par le monde médical, évaluent le stress, l'anxiété la dépression, au niveau individuel. Ils font l'objet de la section intitulée les questionnaires focalisés sur impacts psychiques.

En mettant en relation ces deux types de questionnaires (conditions organisationnelles/impacts en termes de stress sur les individus), les recherches ont pu mettre à jour un certain nombre de corrélations et poser des hypothèses de travail. Il s'agit là de modèles prédictifs qui sont destinés à être utilisés à de grandes échelles.

Il est important de noter que, quels que soient les différences et les ajouts entre les questionnaires, certains éléments sont systématiquement abordés. Il s'agit essentiellement de :

- La surcharge quantitative de travail ;
- Le manque de reconnaissance (estime de l'entourage) ;
- L'instabilité de l'emploi ;
- La possibilité de progresser dans la carrière ;
- Le salaire ;
- Les relations avec le supérieur ;
- Les relations avec les collègues ;

¹² HOUBOLD Bénédicte, op.cit, Page76.

- Les relations avec la clientèle ;
- La participation au niveau de l'organisation ;
- La participation au niveau de l'individu ;
- La circulation de l'information au niveau de l'organisation ;
- La circulation de l'information au niveau de l'individu ;
- La surcharge qualitative de travail ;
- La sous-charge de travail ;
- Les contraintes liées au temps ;
- Le conflit de rôle ;
- L'ambiguïté de rôle ;
- L'autonomie de compétences ;
- Le pouvoir décisionnel ;
- L'environnement de travail et les conditions ambiantes difficiles ;
- Les horaires de travail irréguliers ;
- L'horaire de travail trop chargé ;
- La structure organisationnelle centralisée.

Les questionnaires focalisés sur les aspects organisationnels

Nous nous limiterons à évoquer les « classique » en la matière.

Avant de commencer, il semble pertinent de citer Siegrist, auteur d'un questionnaire validé, lors de la conférence « international workshop, from Heath Works to Heath society » de juin 2006 :

« les questionnaires, quelle que soit la méthode, visent à répondre aux besoins fondamentaux de l'être humain que sont : la perception d'un sentiment d'efficacité personnelle lié au contrôle dans l'accomplissement d'une tâche, l'estime de soi lié à des expériences de valorisation et de reconnaissance...et

¹³ HOUBOLD Bénédicte, op.cit, Page76.

enfin : le sentiment d'appartenance à un groupe, à un milieu ou à un réseau social au travail »

Le modèle de Selye, Karasek, Siegrist sont dits « causalistes », car ils mettent en lien les causes variées qui génèrent du stress. Ils décortiquent le stimulus, dont le stress est la réponse. Ils permettent de comprendre comment l'interaction de tel facteur, interne ou externe au sujet, va déboucher sur du stress. Ils ne prennent pas en compte les stratégies du sujet pour y faire face, contrairement au modèle de Lazarus.

11.1 Le modèle « demande/autonomie » de Karasek¹⁴

Ce modèle postule qu'une combinaison de demande psychologique élevée et d'une autonomie décisionnelle faible dans une situation de travail augmente le risque de donner naissance à un problème de santé psychologique ou physique. Il y a également une question d'équilibre : une surcharge de travail peut être moins nocive pour la santé des travailleurs, si ces derniers ont un degré d'autonomie décisionnelle élevé.

Ce modèle, très éclairant dans beaucoup de situations, ne prend pas en compte les variations interindividuelles dans une population exposée de façon homogène à une même situation de travail. Il sous-estime ainsi les capacités d'adaptations spécifiques en fonction de la personnalité et de l'expérience de chacun.

En outre, l'explication centrée sur la demande/l'autonomie ne fonctionne pas toujours bien, car il peut y avoir des situations vécues comme stressantes dans les cas d'une grande latitude décisionnelle dans l'exécution de travail, et d'une prescription trop floue ...

¹⁴ HOUBOLD Bénédicte, op.cit, Page77.

Or, cette situation arrive « tout le temps » en entreprise

11.2 Le modèle « déséquilibre, efforts/reconnaissance » de Siegrist¹⁵

Le modèle postule qu'une combinaison d'efforts élevés et de manque de reconnaissance dans une situation de travail s'accompagne de réactions émotionnelles négatives. Ce modèle est complémentaire de celui de Karasek, car les contraintes d'autonomie décisionnelles faibles et de faible reconnaissance ont des effets indépendants sur la santé de l'individu.

L'apport de Siegrist est d'intégrer les caractéristiques de la personnalité, ainsi qu'une considération du contexte de sécurité ou d'insécurité de l'emploi. Nous verrons toutefois qu'en entreprise la « reconnaissance » est très appréciée, mais il resterait très insuffisante puisqu'elle n'empêche pas de se sentir dans une situation problématique lorsque, par exemple, son service est en cours de réorganisation... de même, la notion d'effort est toute relative, car elle est vécue, la plupart du temps, très subjectivement par l'individu, et dans nos sociétés de service, l'effort est particulièrement difficile à mesurer.

11.3 Les modèles « transactionnels » de Lazarus et Folkman

Ils envisagent davantage le stress comme une question de « perception interne », par un sujet, d'un déséquilibre qu'il ressent entre les contraintes imposées et les ressources dont il dispose pour y faire face. Le sujet est ici vu comme quelqu'un d'« actif », au centre de la situation de travail, qu'il évalue et à laquelle il essaie consciemment de mieux s'adapter.

Le stress résulte alors d'une perception de déséquilibre entre les contraintes imposées par cette situation de travail et les ressources à disposition pour l'affronter. Le sujet-acteur essaie alors de déployer une stratégie d'adaptation : soit il a une prise pour modifier la situation « extérieur » ou bien il tentera de

¹⁵ HOUBOLD Bénédicte, op.cit, Page78.

« s'organiser intérieurement » pour faire face (donc réduire ou tolérer les effets négatifs de cette situation difficile).

- **Mise en perspective**¹⁶

De manière courante, un audit de stress « classique » analysera dix facteurs de stress organisationnel développés par les modèles précédents :

- Exigences (charges de travail, objectifs élevés, tâches complexe) ;
- Organisation (monotonie des tâches, ambiguïté de rôles, objectifs contradictoires) ;
- Changement (acquisition de compétence, réorganisation, imprévisibilité) ;
- Contrôle (latitude de travail, contrôle du rythme, participation aux décisions) ;
- Ressources (fonction, qualification, moyens) ;
- Soutien (de la hiérarchie, des collègues, des pairs) ;
- Frustration (conditions matérielles, reconnaissance des efforts, fierté d'appartenance) ;
- Relations (ambiance de travail, qualité du contact humain, contacts agressifs) ;

Les questionnaires focalisés sur les impacts psychiques

Les questionnaires à dominante « organisationnelle » sont donc couplés aux tests visant à évaluer, sur un plan plus individuel, le stress, l'anxiété, la détresse psychologique.

- Les conséquences du stress – troubles anxieux et dépressifs- sont repérées grâce aux 53 items du HAD (hôpital anxiété and dépression scale).
- L'indice de détresse psychologique d'Ilfeld mesure la fréquence des symptômes associés aux états dépressifs et anxieux, aux troubles

¹⁶ HOUBOLD Bénédicte, op.cit, Page80.

cognitifs et à l'irritabilité. Cet indice tente d'estimer la proportion de la population ayant des symptômes nombreux ou intenses pour les classer dans un groupe « à risque ».

- La dépression est évaluée à travers le questionnaire de dépression de Beck. Il mesure, entre autre, l'humeur (tristesse, intérêt envers le travail, irritabilité), les symptômes somatiques (perte/augmentation de l'appétit, perturbation du sommeil, etc...), les symptômes cognitifs (capacité de concentration, prise de décision, etc.),
- L'épuisement professionnel de Maslach est un questionnaire auto-évaluatif constitué de 22 items qui mesure les trois dimensions de l'épuisement professionnel : épuisement émotionnel, dépersonnalisation et perte du sentiment d'accomplissement au travail.

Qu'est-ce que ces échelles essaient de mesurer ?

- Les troubles de l'humeur menant à des symptômes dépressifs.
- Les troubles anxieux qui sont caractérisés par un état intérieur déplaisant qui survient lorsque l'on anticipe un danger ou une menace.
- Les troubles de l'adaptation. L'épuisement professionnel connaît quatre étapes, franchies graduellement : idéalisme, plafonnement, désillusion, démoralisation.

Jean-Pierre Brun et Michel Vézina, de la chaire de santé au travail de l'université Laval, ont établi que divers facteurs prédisposent les personnes aux problèmes de santé psychologique.

Quels sont-ils ?

- L'affect négatif, qui est la sensibilité aux stimuli négatifs. Il s'agit d'une prédisposition à vivre des émotions, telles que la tristesse, l'anxiété, la culpabilité, l'hostilité. Dans le milieu de travail, ces collaborateurs sont

moins engagés, adoptent des stratégies de gestion du stress inefficaces, tels la « pensée magique », le désengagement mental et comportemental, la fuite dans la passivité et le blâme...leurs affects sont marqués par de l'anxiété, de la dépression, et de la colère...

- La personnalité de « type A », qui est compétitive, extrêmement ambitieuse, impatiente. Elle a un besoin de contrôle élevé. Elle est perfectionniste et impliquée dans son travail.
- Le style « attributionnel » : les personnes ayant un style pessimiste attribuent leurs échecs à des causes internes, stables et globales. Elles risquent, dans des situations difficiles, de vivre une baisse de l'estime de soi.
- L'âge et le sexe : le risque de présenter un trouble dépressif majeur varie entre 10 et 20% chez les femmes, alors que chez les hommes, il varie entre 5 et 12%. Ces différences entre sexes ne sont pas nécessairement dues à des conditions biologiques. Il existerait en effet des différences importantes sur les plans de l'éducation, des conditions de travail et de vie. Certains problèmes de santé psychologique ont également tendance à apparaître à un certain âge : par exemple, l'âge moyen d'apparition de la dépression se situe vers 35 ans.
- Les stratégies d'adaptation sont les réactions naturelles de l'individu qui veut se protéger contre une demande excessive ou une situation qui lui porte atteinte. Certains individus vont avoir recours à l'alcool, par exemple, d'autres essayer de mieux gérer leur temps ou d'affirmer leurs besoins.
- Le soutien social : le recours au soutien social constituerait une stratégie d'adaptation efficace pu diminuer la tension psychologique et le risque d'occurrence des problèmes de santé psychologique au travail.
- Les habitudes de vie : il est essentiel, affirment J-P.Brun et M.Vézina, d'avoir des intérêts en dehors de travail, des habitudes alimentaires saines.

- **Des recherches actuelles confirment ces modèles classiques**¹⁷

Ainsi , par exemple, l'équipe RIPOST (recherche sur les impacts psychologique, organisationnels et sociaux du travail) ou le GRISMT (groupe de référence et d'intervention en santé mentale au travail), qui sont des groupes de recherche canadiens, situés a Québec, valident scientifiquement, à travers leurs recherches, les modèles de Karasek, Siegist, Lazarus, Folkman. Ces équipes mettent ainsi notamment en relation « demande psychologique » (charge de travail) avec l'autonomie décisionnelle, le soutien social des collègues et des supérieurs. Elle ajoute a ces modèles des liens avec :

- Le modèle de satisfaction au travail de Hackman et Oldman qui renvoie à la fois aux concepts de justice, d'équité, et de respect, et au concept de récompense sous forme de salaire et de promotion ;
- Le modèle de Kivimaki sur la justice organisationnelle : capacité de l'employeur à considérer le point de vue de l'employé et à le traiter de manière juste et équitable, avec impartialité dans les processus formels de prise de décision...

En outre, la chaire de santé au travail base de nombreuses recherches sur l'utilisation conjointe et intégrée de ces modèles « classiques », à la fois liés à l'organisation du travail et au sentiment de détresse psychologique. Quelques variations ont pu être apportées au cours de temps :

- Par exemple, au modèle de Karasak : tout en conservent les deux composantes principales (demande psychologique et latitude décisionnelle), ce groupe a ajouté une troisième composante, pour tenir compte du « soutien sociale » des collègues de travail et des managers.

¹⁷ VALLERY Gerard et LEDUC Sylvain, les risques psychosociaux, 1er édition, éd puf, Paris, Page83.

Cela modifie l'association entre la tension au travail et la survenue de problème de santé ;

- Par l'introduction du modèle T.S.Kristensen sur le « sens du travail » (le fait d'aimer son travail , d'y croire et d'en être satisfait), et sur la « prévisibilité au travail » qui fait référence à une connaissance minimale des informations importantes concernant le travail.

12. Les modèles « AVANCES »¹⁸

S'appuyant sur les modèles précédents, certains centres de recherches et universités ont développée leurs propres questionnaires.

Le WOCCQ de l'université de Liège (Belgique)

Le questionnaire est composé en trois parties :

- Un questionnaire sur les conditions de travail : le WOCCQ à proprement parler. 80 items sont proposés. Ils font référence à des situations de travail concrètes permettant d'évaluer les conditions de travail à l'origine du stress professionnel. Le but est de mettre en avant les facteurs collectifs de stress, afin d'émettre des hypothèses sur les actions collectives à mener et pour hiérarchiser les problèmes. Cette première partie permet d'évaluer le « niveau de contrôle » sur dix dimensions de travail : les ressources disponibles pour réaliser le travail, les exigences contradictoires rencontrées, la gestion des tâches, les aux quels le collaborateur est soumis (environnement physiologique), la planification du travail, gestion du temps, contrôle de travail ;
- Un questionnaire « stress négatif » et « stimulation positive » (SPPN). on aura à la fois un niveau de stress collaborateur et un diagnostic détaillé des conditions de travail ;

¹⁸ VALLERY Gérard et LEDUC Sylvain, op.cit, Page85.

- Un questionnaire « relevé de situations problèmes », qui est la partie « libre ».

Les entreprises qui souhaitent « mesurer » le stress et comprendre quels sont les liens entre le niveau de stress et certaines facettes de leur organisation se lancent dans des « audits de stress » ou « observatoires de stress ». On peut ainsi se référer aux contributions de :

- Eric Bachellereau, contribution 8 (La question du stress est aujourd'hui partie intégrante de la vie au travail).
- François Wallach, contribution 9 (L'enquête « Flash Stress » de la SNCF)
- David Pivot, et Jean-Pierre Frau, contribution 10 (Comment engager une demande de prévention sur les risques psychosociaux ?).
- Patrick Légeron et Christophe Gadéa, contribution 11 (L'audit stress chez PSA Peugeot Citroën).

13. Conséquences des risques psychosociaux¹⁹

La prévention des RSP représente un enjeu pour l'ensemble des acteurs du monde de travail. Pour l'employeur, en dehors du respect du cadre réglementaire français, les actions de prévention menées à ce titre lui seront précieuses pour éviter l'apparition de dysfonctionnements organisationnels et l'obligation de faire face à des couts directs et indirectes. Pour les autres acteurs de la prévention (CHSCT, médecins du travail, syndicats, etc.), la prévention des RPS est un déni majeur en termes de contribution à la protection de la santé physique et mentale des salariés.

14. La réglementation en vigueur²⁰

- La réglementation relative à la prévention des risques psychosociaux est inscrite dans les textes généraux en vigueur sur la prévention des

¹⁹ MONTREUIL Elodie, prévenir les risques psychosociaux, éd dunod, paris, 2011, Page53.

²⁰ Ibid., Page72.

risques professionnels (en références au décret du 5 novembre 2001 et à l'article R 4121-1 du code du travail qui prévoit que chaque employeur transcrit et met à jour dans un document unique les résultats de l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs).

- La loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 a introduit dans le droit français deux principaux éléments sur la prévention des risques psychosociaux ; -introduction de nouveaux articles dans le Code du travail visant le harcèlement moral (articles L.1152-6).
- -extension de la responsabilité de l'employeur dans la prévention de la santé non seulement physique mais également mentale des salariés de l'entreprise (article L4121 du Code du travail)
- Extrait de l'article L.4121 du Code de travail
- -l'employeur prendre les mesure nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs
- Ces mesures comprennent ;
- 1- des actions de prévention des risques professionnels et de la pénibilité au travail
- 2- des actions d'information et de formation ;
- 3-la mise en place d'une organisation et de moyens adaptés.
- L'employeur veille à l'adaptation de ces mesures pour tenir compte du changement des circonstances et tendre à l'amélioration des situations existantes.
- -l'employeur met en œuvre les mesure prévues à l'article L 4121-1 sur le fondement des principes généraux de prévention suivant ;
- -éviter les risques.
- -évaluer les risque l qui ne peuvent pas être évités,
- -combatte les risques à la source,

- -adapté le travail à L'homme, en particulier en ce qui concerne la conception des postes de travail ainsi que le choix des équipements de travail et des méthodes de travail et de production en vue notamment de limiter le travail monotone et le travail cadencé et de réduire les effets de ceux –ci sur la santé .
- -tenir compte de l'état d'évaluation de la technique.
- -remplacer ce qui est dangereux par ce qui n'est pas dangereux ou par est moins dangereux.
- -planifier la prévention en y intégrant dans un ensemble cohérent la technique l'organisation du travail, les conditions de travail , les relation sociale et l'influence des facteurs ambiants ,notamment les risque liés au harcèlement moral , tel qu'est défini à l'article L.1152-1 :
- -prendre des mesures de production collective en leur donnant la priorité sur les mesures de protection individuelles ;
- -donner les instructions appropriées aux travailleurs.
- Dun point de vue réglementaire, les grandes avancées sur les risque psychosociaux datent de ces dernières années avec notamment :
- -l'évaluation de la jurisprudence, concernant la question de la responsabilité de l'employeur, qui confirme l'obligation du résultat, et non plus la seule obligation de moyen : la responsabilité de l'employeur est dès lors engagée quand le résultat n'est pas atteint.
- -la signature le 2 juillet 2008 de l'accord national interprofessionnel sur le stress (transposition au niveau national de l'accorde européen de 2004)

1. Présentation du système de soin en Algérie :

Diminution du pouvoir d'achat des populations et de dégradation de état de sante, il faudrait s'interroger sur 'Importance relative du bien spécifique qu'est la sante dans le budget des ménages et sur l'ampleur des modifications enregistrées en termes de demande de soins La consommation des biens et services médicaux s'accroissent avec l'augmentation de l'offre

Dans un contexte de raréfaction des ressources allouées au secteur de la sante, de grâce au progrès et révolution scientifique, mais aussi la demande engendrée par la nécessité exigée par les usagers.

En se concentrant sur les aspects liés aux équilibres macroéconomiques, les débats actuels autour du financement de la sante, occultent souvent les questions relatives à la nature du bien, ses spécificités et les caractéristiques de sa demande. Les principales définitions et les particularités qui font de la sante un bien «d'investissement» spécifique,

L'organisation mondiale de la sante (OMS) définit la sante comme « un état complet de bien être physique, mental et social ». Elle ne se résume donc pas à l'absence d'état morbide. Ainsi, le champ d'investigation se trouve élargi. On note de cette note que la sante peut être affectée par des facteurs non médicaux : la nutrition, les conditions

Etude descriptive de l'offre et la demande de soins de sante en Algérie Bilan et perspectives.

De travail, de logement, d'hygiène et d'éducation. Nous passons ainsi d'une conception négative voire réductrice de la sante comme absence de morbidité (ne pas être malade) a une conception plus large, positive même, comme étant un bien entre complet.

Dans une approche microéconomique, la sante est aussi considère comme un bien (de consommation ou d'investissement). Dans ce sens, qu'il concerne un gamma de soins (services) et de médicaments (biens), le bien— sante recouvre donne tout ce qui est susceptible d'améliorer l'état de bien 'être physique ou mental d'une personne. On retrouve ici la conception large de la sante qui considère une bonne alimentation ou l'hygiène comme bien sante. Dans une vision simplificatrice, nous allons restreindre la définition du bien sante à tout ce qui peut d'une manière directe protéger, conserver ou améliorer l'état de sante. Nous nous retrouvons ainsi en face des soins et des médicaments comme seuls biens sante.

Ce bien est donne produit par des prestataires de soins (professionnels de la sante) ou des firmes pharmaceutiques. Il est consommé par des malades directement ou par d'autres prestataires de soins comme produits intermédiaires servant a la production d'autres biens sante (cas de réactifs dans un laboratoire d'analyses et de diagnostic par exemple).

De même, ce bien s'échange moyennant naturellement une contrepartie qui reflétera en fait sa valeur d'échange, ce qui est en fait un bien marchand ordinaire. Seulement, des particularités inhérentes à son mode de production, a son prix et a la nature de ses consommateurs font de lui un bien spécifique.

2. Les structures de consultation

Avec 605 polycliniques, 5692 centres de sante et salles de soins, le secteur public dispose d'un réseau relativement dense de structures de consultation^s.

- **Les équipements :**

Malgré toutes les restrictions qui entachent les informations sur les équipements médicaux.

Le tableau ci-dessous va nous éclairer statistiquement sur la situation des équipements médicaux au sein des structures de sante.

- Le secteur public dispose d'un bon nombre d'équipement traditionnel de radiologie.
- Les cliniques privées disposent plus d'équipement de pointe que les structures publiques, CHU compris.
- Les cabinets médicaux privent, disposent d'un nombre important d'équipements radiologiques.

3. LES MECANISMES DE FINANCEMENT DU SYSTEME, D'OFFRE DE SOINS DE SANTE

Historiquement, le système de financement de la sante a connu deux grandes périodes distinctes. Une première qui fait intervenir trois principales sources que sont l'Etat, a travers une participation publique pour la sante des démunis, la sécurité sociale qui prend en charge les dépenses de ses participants et finalement le paiement direct effectuée par les usagers relevant généralement des couches aisées.

Le financement peut être

- Public et la contribution est imposée aux citoyens, si la solidarité est privilégiée avec une détermination d'égalité à l'accès aux services de soins de sante.

L'offre peut alors être publique ou privée à condition qu'elle soit rémunérée de la même manière pour une même prestation.

- Prive si la priorité est donnée à la liberté de choix, chaque personne s'assure selon ses préférences et accès aux soins sera très variable avec une panoplie diversifiée de prestations offertes par des structures privées commerciales.

Bref historique :

La structuration du système de sante a évolue selon 3 périodes distinctes

- 1962-1974
- 1974-1988
- 1988 à nos jours

Période du financement mixte (1962 -1974) :

L'Algérie a hérite d'un secteur de sante colonial, en cette période la première urgence de l'Etat consistait à le maintenir en fonctionnement, dans un contexte difficile

L'Etat et les collectivités locales qui garantissaient la prise en charge des dépenses des malades indigents bénéficiant d'Assistance médicale gratuite. L'Etat verse aux structures de soins 85% des dépenses causées par les malades, par le biais du trésor public.

Le reliquat des 15% incombe aux collectivités locales qui s'en acquittent par le canal de l'ancienne caisse de solidarité

- La deuxième source de financement est constituée par les fonds de la sécurité sociale ; elle

Couvre annuellement environ 30% des frais médicaux.

- La troisième et dernière source de financement provient des professions libérales et des détenteurs de hauts revenus. Toutes fois, cette contribution est presque insignifiante elle excède rarement les 10%.⁶

Période de la gratuite (1974 —1988) :

Cette période a été marquée par l'instauration de la gratuite des soins ce qui a favorisé un accès égal de la population aux services de soins :

- L'Etat crée un secteur sanitaire en bloquant institutionnellement le secteur privé en ayant un monopole sur les médicaments et les équipements médicaux.
- Afin d'étendre la couverture sanitaire, il a été réalisé durant cette période un grand nombre d'infrastructures sanitaires, en particulier des hôpitaux, des structures légères (polycliniques et centres de santé) ainsi que des centres hospitalo-universitaires chargés d'une triple mission: soins, formation et recherche.
- Substitution des paiements directs (acte et prix de journée) par la

formule « budget global ». Globalement cette période a été marquée par une amélioration significative de l'état de sante de la population.

Période de contribution des ménages et des reformes

(1988 a ce jour la) La situation actuelle se caractérise par :

- Une inadaptation des établissements publics de sante à suivre révolution de la demande en soins;

Brahmia B., « la dynamique du système de sante Algérien Bilan et perspectives », 1991, thèse de doctorat en science économiques. Université de Montpellier.p137.

- Le mouvement des praticiens, particulièrement les spécialistes, vers le secteur privé ;
- Levée du blocage institutionnel du privé ce qui a conduit à une croissance rapide et anarchique des structures privées ;
- le passage à l'économie de marché qui se traduit par des bouleversements socioéconomiques.
- Participation financière en progression des usagers, depuis 1985 l'arrêt de la distribution gratuite des médicaments en médecine ambulatoire,

Niveau de la dépense de la santé :

Les dépenses nationales de santé sont passées de 6% du PIB aux années 80, à 4.6% en 1993, puis à 3.4% du PIB en 2005, alors que la banque mondiale recommande déjà en 1993 un minimum de 5% du PIB consacré pour les dépenses de santé.

L'ensemble des dépenses de l'Etat et de la sécurité sociale pour la santé constitue les dépenses des administrations publiques, la contribution des ménages représente les dépenses de santé du secteur privé.

Les dépenses au niveau du secteur public

La politique nationale est établie sur la solidarité, Face aux soins et la justice sociale.

La participation des structures publiques a connue une diminution remarquable à partir de 1988, soit environ 26%, suite à l'insertion de la médecine privée, ce qui a encouragé les dépenses des ménages.

En générale, les Tendances publiques de santé, ont nettement reculé durant la période de 1980 à 2005.

Chapitre III : présentation de l'organisme d'accueil

La part des dépenses publiques de sante par rapport au PIB, a connue une augmentation notable durant le début des années 80, a partir de la cette participation a recule durant les années 90.

Etude descriptive de l'offre et la demande de soins de sante en Algérie : Bilan et perspectives.

En effet, en 1989, le budget de la sante représentait 2,2% du PIB, alors qu'en 2001, il n'est que de 1,4%⁷.

Aussi, la participation de l'Etat est nettement revue a la baisse en passant de 72% en 1991 et 6% en 1993 a 3.6% en 2000. En 2001, une légère amélioration est constatée en matière de la contribution de l'Etat, avec une part de 4.8%.

Malgré une progression des montants absolus, on observe depuis l'instauration du programme d'ajustement structurel (1994), une baisse relative des dépenses nationales de sante qui sont passées de 4,7 % du PIB en 1993 à 3,6 % en 1998. Les dépenses de sante par habitant ont également régresse en 1993

Ce poids financier représente un frein pour toute entreprise de reforme du secteur sanitaire.

Pour les prochaines années, il est nécessaire de revoir a la hausse la part du secteur de la sante dans le PIB, afin de pouvoir atteindre les objectifs prévus pour la reforme.

La présentation de l'organisme d'accueil.

Dans n'importe quelle recherche sur le terrain ne peut abouti à des résultats faible sans le recours au recueil des informations relative a l'entreprise qu'en désir étudie, c'est pour cela qu'en va présenter ce chapitre qui contiens la présentation générale de EPH D'AOKAS et son évaluation et enfin son organisation.

Définition de l'établissement public Hospitalier d'AOKas :

L'établissement hospitalier d'aokas est à caractère administratif, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière il est placé sous la tutelle du wali.

L'établissement hospitalier d'aokas est constitué de trois services :

-le pavillon de l'urgence médico-chirurgical

-service de médecine

-service de chirurgie

HISTOIRIQUE DE L'EPH D'AOKAS :

L'Hôpital d'Aokas a été créé en 1938 par les français, appelé hôpital militaire jusqu' à 1962.

Après l'indépendance, il est devenu hôpital civil en suit la construction de pu en 1996.

De 1988, il est devenu autonome.

De 1988 à 2008, il est devenu sous –secteur sanitaire rattaché à Bejaia.

D'après le décret exécutif n 07-140 du 2 jourmada el Oula 1428 correspondant

Chapitre III : présentation de l'organisme d'accueille

Au 19 mai 2007 portant création, organisation et fonctionnement des Etablissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de Proximité, l'EPH D'Aokas a été donc créée le 19 mai 2007, et sa mise en fonction en tant que tel a débuté le 01 janvier 2008.

1 .Analyse des résultats :

Chaque recherche scientifique se termine par une analyse des informations et des données recueillis sur le terrain.

Pour faire notre analyse, nous avons opté pour la méthode d'analyse des entretiens par thème, c'est-à-dire chaque question dans notre guide d'entretien devient un thème pour lui faire une analyse de contenu. On cherche des thèmes qui sont proches de nos questions posés durant notre recherche.

Berselon a défini l'analyse de contenu comme suite : (l'analyse de contenu est une recherche pour la description objective, systématique et quantitative du contenu manifesté des communications ayant pour but de les interprétés).

-les caractéristique personnelles de nos enquêtés ;

Notre enquête porte sur les médecins et des infirmiers qui travaillent au sein de l'E PH de AOKAS, dont nous avons pris un 22 enquêtes, 6 médecins et 16 infirmiers qui sont réparties selon les critères suivants : sexe, âge, situation familiale, poste occupé, expérience professionnelle.

- la répartition de nos enquêtes selon leur âge :

La catégorie d'âge dominante de la plupart des enquêtés est entre 28 à 38 ans avec (16 enquêtés) et de 42 à 52 ans avec (6 enquêtes).

Et aussi avec le développement, l'évolution de la population qui demande plus d'effectif, en suite on trouve la catégorie de 42-52 ans sont les enquêtés les plus âgés qui présentent les anciens et les plus expérimentés dans

l'établissement et que cette dernière a toujours besoin de leurs services et qui ne peut pas

Par ce que les nouveaux recrutés ont besoin de leur expérience et de leur encadrement.

-la répartition de nos enquêtes selon le sexe :

En a une population d'étude qui appartient au sexe féminin dominante avec 13 enquêtées et 9 enquêtés de sexe masculin.

Dans les 13 enquêtées féminines on a réparti 2 médecins et 11 infirmières et dans ces infirmières il y a des aides-soignantes, des infirmières de santé publique et des sages-femmes, infirmières diplômées d'état, et infirmières en radiologie (manipulateur en imagerie de santé publique).

Le taux élevé de sexe féminin s'explique par l'orientation de cette dernière vers les tâches moins risquées (on force physique), par rapport à la force physique qui est plus risquée et que ce travail est acceptable dans notre société.

ET 9 enquêtés masculins sont représentés par 5 infirmières qui travaillent dans le service dans les services des urgences médico-chirurgicales qui ont aussi réparti en 3 infirmières de santé publique et (2 infirmières) 2 aides-soignantes et 4 médecins.

La domination de sexe féminin est expliquée par la spécificité du service de maternité qui demande la présence des femmes au lieu de l'homme, ainsi l'influence de l'aspect culturel et religieux qui exigent cette présence.

-La situation familiale de nos enquêtés :

Les mariés sont les plus nombreux avec 19 enquêtés par rapport d'autre catégorie de 03 enquêtés célibataire et 0 divorces, cela justifie par un salaire qui ils touchent il peut fonder une famille et avoir leur place dans la société.

- Les postes occupés de nos enquêtés :

Notre échantillon démontre que la majorité des postes occupés sont des infirmières diplômées d'état, et infirmières de santé publique et aide soignants manipulateur en imagerie de santé de santé publique.

Les catégories sont réparties dans les services d'urgence médico-chirurgical, service de la chirurgie générale, et médecine interne, pédiatrie, radiologie centrale, gynécologies, épidémiologie, mais beaucoup plus d'infirmières travaillent dans les urgences médico-chirurgicale puisque c'est un service qui demande plus d'effectif surtout dans la saison estivale et on trouve un taux élevé.

Dans le service de maternité puisque d'infirmières (sage femme) c'est un service qui demande plus d'infirmière.

Le taux élevé de sexe féminin qui domine dans le service maternité s'explique par la compréhension mutuelle qui existe entre les femmes, en plus la religion musulmane favorise la présence des femmes et refuse d'adhérer cette tâche à un homme vu les principes imposés par notre religion.

-la répartition de nos enquêtes selon leur expérience :

En trouve dans notre enquête la catégorie de à 8 ans d'expérience son 16 enquêté qui présente la catégorie la plus élevé suivi d'une catégorie de 20- 33 ans expérience qui représente 06 enquêté.

La catégorie la plus dominante avec de 2-8 ans d'expérience représente les nouveau recruté ont eu leur diplôme récemment avec l'apparition de nouvelle formation dans le domaine de santé.

La de 20-33ans d'expérience qui sont les personne qui connaissent bien leur travail et l'établissement ne laisse pas ses travailleurs partir ailleurs puisque ils représentent un bagage de savoir faire et de savoir –être.

-Les conditions de travail au sein d'EPH.

D'après notre enquête réalisé à EPH d'AOKAS ,les condition de travail sont médiocre ,même certaines disent qui « elles sont catastrophiques »la structure de EPH ne répond pas aux normes, il sont défavorables certains enquêtés disent « les condition de travail ne répond pas au besoin de personnel ni du besoin de service »en cours de l'enquête on a remarqué que la situation des travailleurs sont pas bonne il réclament de l'insuffisance de l'espace, a que une chambres avec un seul bureaux est un seul chaise on se regroupe un nombre des médecins et les infirmiers pour se détendre pendant leurs pauses avec une chambre trop petite avec deux mètre carrée si on parle d'hygiène beaucoup d'enquêtés réclament de manque de l'hygiène dans les salles et les salles d'eau et même des fois il touchent la santé des salaries et si on parle des salaries sa touche aussi les patients de l'hôpital.

Certains enquêtés réclame aussi de l'insuffisance des bureaux individuelles et des chambre individuelles surtaux dans la garde de nuit ou il peut se mettre a alaise, en peut pas oublier le sujet de sécurité qui très sensible qui touche la performance des salaries certain enquêtés réclament de manque de sécurité surtout la nuit ,ou le danger plus fréquents surtout ont cela fait peur pour les infirmières elles peuvent pas travailler sans l'accompagnement d'un homme ya pas des agent de sécurité et l'absence de la police dans la rentré de l'hôpital.

Les salaries sont pas satisfait de ces conditions de travail et malgré leurs réclamation l'administration ne repende pas a leur besoin, même il ne discute pas par rapport a leur besoin, même si ces condition influent sur le rendement des médecins et des in fermiers.

Beaucoup de médecins et des infirmiers sont été menacé pendant qu'ils exercent leur travail par des patients agressifs, plusieurs cas de violence ont été relevés au moment de travail.

-L'établissement reconnait t'elle les compétences :

D'après nos enquêtes a titre d'exemple « J'ai en 18 ,35/20 de moyenne générale du meilleur infirmier diplômé d'état à l'échelle nationale je n'ai occupé aucun poste réservé aux compétences avec 31ans d'expériences ».

Les médecins' et les infirmiers exercent leur travail sans rien attendre de l'administration ni des responsables ,il disent qu' ils travaillent pour la bonne conscience d'autre dit que j'ai 32ans d'expérience et je suis toujours dans le même poste de travail, donc d'après eux l'administration ne reconnait pas leur compétences même si c'est un facteur d'encouragement pour eux pour continuer a bien travailler et de donner plus et de faire mieux puisque c'est un milieu très sensible qui demande beaucoup de responsabilité.

les médecins et les infirmiers travaillent a fin d'améliorer l'état des patients vie dans sur états de santé c'est pour cela il donnent pas de l'importance à l'administration puisque leurs importance est satisfaire le patient, malgré les difficultés retrouvées comme le manque déclaré dans la définition des responsabilités ,non satisfaction sur les solutions apportées suite aux difficultés remontées(communiqué interne ,non actif, pas de réunion, entretien annuel d'évaluation non réalisé non connaissance des acteurs (salariés) a leurs délégués personnel.

On peut expliquer cette situation par deux dimensions la première est concerne le service de la fonction publique qui ne donne pas beaucoup d'espoir pour l'évolution de la carrière des salariés .la deuxième touche la centralisation des décisions prise pour l'administration.

Les maladies prévenant de milieu de travail :

Certaines enquêter par lent beaucoup plus de stress au travail HTA « hypertension artériel » « a cause d'un accident de travail Jai eu de rhumatisme » d'autre dit « Jai une anémie »

Donc quelque enquêter parlent souvent sur le stress qui est provoqué par le milieu de travail le malaise au travail l'insécurité. D'autre tension en la déjà situé comme la violence le mauvaise comportement de patient ou de San conjoint envers le médecin ou l'infirmier ,tout cela a un impacte négatifs sur la santé des médecin et des infirmiers sans oublie que le stress est un facteur qui provoque les trouble digestifs, certains enquêté ont de l'anémie a cause de la perturbation de moment de diner a cause des gardes de nuit et la fatigue, puisque ils arrivent pas a s'organiser a cause de travail nécessite leur présence à tout moment

Les moments difficiles au travail :

Dans notre enquête certains médecins et infirmiers ont parlé des moments difficiles comme la difficulté de négocier avec les patients et les convaincre pour suivre les notices et les règles de soins avec le manque des moyens « la difficulté de diagnostic, manque des examen complémentaire comme les examen d'échographie.

La difficulté d'intégration dans le groupe sortant pour les nouveaux recrutés puisque ils n'ont pas encore de l'expérience ils sont des groupes qui travail la journée et des groupe qui travaillent la nuit, dans les cas des accidents grave, des catastrophes naturelles ou les dégâts énorme et la surcharge de travail et plus c'est des moments difficile a surement sur tant durs avec le manque des moyen, puisque l'hôpital a une seul ambulance.

Durant l'enquête on a assisté et on a vu quelque disputes des infirmiers ente eux a cause de répartition du travail et l'absence de la programmation des horaires de travail, tout ce mouvement influence dans le travail qui engendre des conflits entre les médecins et ces infirmières.

Les erreurs dans le traitement d'un malade :

Les médecins et les infirmières ont peur de faire des erreurs ils donnent beaucoup d'importance et d'attention dans leur domaine pour ne pas tomber dans les erreurs graves, certaines disent « oui on a peur, mais avec le temps la peur s'est tombée pour laisser la place à la maîtrise »

Avec le manque des moyens les infirmières et les médecins ont toujours peur de faire des erreurs c'est pour cela ils demandent d'amélioration de services et donner plus pour l'hôpital afin d'augmenter la performance.

Le diagnostic a ainsi un lien avec la fausse déclaration des patients ou on peut trouver des erreurs, s'ils ne disent pas la vérité surtout dans les cas des patients agités.

Le travail demande un changement de service :

Le changement de service est. Effectué dans le cas de manque des médecins ou d'infirmière ou dans les périodes estivales, pour tuer la routine avec le changement de milieu temps en temps dans les cas spéciaux comme les catastrophes naturelles.

Beaucoup de situations qui obligent certains changements dans les services sortant dans les cas des urgences médicales –chirurgicales, le service a besoin de certains membres de médecins ou infirmières qui nécessitent la présence immédiate de ces derniers parce que c'est le premier contact de patient avec son médecin avec la dégradation de l'état de santé de certains salariés à cause des gardes de nuit ces derniers sont obligés à les remplacer sortant avec le manque remarqué d'effectifs dans l'établissement par contre il y a certains médecins n'acceptent pas ce changement de service puisque pour eux il perturbe leur travail parce que quand on change le service on change la structure puisque ils ne sont pas habitués à ce milieu par rapport à l'autre et qui ne facilite pas la tâche.

Les troubles de sommeil au digestif :

A cause de la perturbation des horaires de diner sortant la journée et les garde vde nuit quelques médecins et infirmières ont de mal sur le système des troubles digestifs puisque ils mangent tard ils ne mangent pas sainement comme les repas froids est ce influence sur le système digestif même il arrivent des fois de ne pas prendre quelque chose à manger sortant dans le cas de la surcharge de travail ou le salarié n'a pas de temps pour manger ou manger correctement à titre d'exemple ils prennent leur repas dans leur bureau .

Certains aussi réclament de troubles de sommeil à cause des garde de nuit sortant avec le manque de chambre individuel le salarié peut être laissé sans dérangement et prendre une petite pause de quelque minute pour finir sa garde sans épuisement et son fatigue ,c'est pour ce la beaucoup de salariés demandent de ne plus travailler la nuit à cause de ces troubles qui influence sur leur santé physique et morale puisque on peut pas séparer l'esprit du corps

2- Interprétations des hypothèses:

Tout travail scientifique se termine toujours par une analyse et une interprétation des informations recueillies lors de la recherche, pour ce la, nous faisons une présentation générale des données et que nous avons obtenu au cours de notre enquête effectuée auprès de l'établissement public hospitalier d'aokas.

Il nous est possible de confirmer notre hypothèse qui stipule que les risques psycho-sociaux sont dus à l'environnement de travail qui contient des conditions de travail, les relations interpersonnel, et les relations avec les patients.les risques psychosociaux ce sont les tensions humains potentiellement générées par la mise en ouvre de la stratégie ces tension sont observable dans les organisations de travail.

Ce phénomène n'est pas dissocié des transformations engagées dans le domaine de travail, les raisons de cette aggravation de la santé mentale des salariés sont complexes car elles s'enracinent dans des fondements à la fois économiques et sociaux qui dépendent de facteurs locaux (situation de travail, relation interpersonnelles...) mais aussi globaux (évolution d'une société et des rapports sociaux).

Malgré des avancées, le chemin vers des logiques de prévention intégrées dans les stratégies des établissements reste encore long et sinueux, tant les pressions sur les salariés restent active et les risques psychosociaux sont encore trop peu discutés au regard des processus de gestion et d'organisation. Toute fois et paradoxalement, ce phénomène a peu ou prou transformé la perception de la santé au travail auprès des acteurs concernés .il a permis de démontrer que le sphère psychique pouvait être affectée par des situations de travail pathogènes et qu'elle n'était pas nécessairement détachée de la dimension physique ; comme

l'illustrent ses liens avec les TMS. Finalement, c'est toute la question de la santé articulée au travail qui est posée à travers ces RPS à partir du contenu des activités qui se complexifie et des modes d'organisation qui laissent peu de marge de liberté au regard d'une forte mobilisation cognitive et émotionnelle.

Des solutions pour éviter les risques psycho-sociaux :

Les enquêtés de l'EPH d'aokas réclament que leur établissement ne prend pas en charge les risques psychosociaux, ils négligent totalement ce sujet qu'est très sensible .ils mettent pas en disponibilité les moyens nécessaires pour l'étudier c'est pour ce la les enquêtés proposent certains solution.

Il faut donner au salaries les moyens d'exercer leur travail correctement dans les bonnes conditions et ne pas laisser le salaries seul face à ses problèmes, l'implication de la direction générale et de son conseil d'administration est indispensable, l'évaluation de la performance doit intégrer le facteur humain et donc la santé des salaries, pas de pression sur le personnel et écouter leur propositions.

L'amélioration des conditions de travail, certains enquêtés disent « on a besoin plus d'espace, des salles de détente une bibliothèque, cafeteria, salle d'interne ainsi, il faut prendre en considération les délégués du personnel et les faire participer aux décision ,la réalisation d'un diagnostic précis basé sur le vécu des salaries et leur situation dans l'établissement , il est nécessaire pour établir un climat de confiance, de reconnaître la possibilité que les salaries souffrent et établir un climat de confiance avec les salaries en reconnaissant l'existence des risques psychosociaux surtout avec l'insuffisance des moyens matériels dans les différents services , les solutions proposés par les enquêtés sont très importante pour l'amélioration de leur établissement .l'un des enquêtés dit « que avec l'évolution de la population d'aokas l'établissement a besoin beaucoup plus de moyen »,même ils proposent une nouvelle structure à cet établissement et d'introduire d'autre spécialités parce que cet structure c'est

la structure de 1962 avec une petite population ne correspond pas maintenant à la structure de 2015 avec une autre population complètement différente .alors l'administration doit prendre en considération ces facteurs de changements pour le bien être de personnel (médecins et infirmiers) et pour le bien des patient pour améliorer leur état de santé, ces proposition restent pour le moment des paroles on attendant qu'il soit concrète , sans oublier que malgré ces situations médiocre les médecins et les infirmiers n'arrêtent pas a travailler sérieusement a coté de leur patients.

Conclusion

On peut conclure à partir de notre recherche dans l'établissement public a ookas que les risques psychosociaux sont dus à l'environnement de travail qui influence sur la santé mentale des travailleurs et par conséquent dans le rendement des salaires.

Les RPS sont très vaste ils existent, et on ne peut pas les éliminer ,mais on peut les réduire et les maîtriser c'est pour quoi la mission de la reconnaissance de ces risques sont très importante comme une première démarche pour établir un climat de confiance avec les salaires et pour la réalisation d'un diagnostic précis basé sur le vécu des salaires à travers la levée des frein à la verbalisation et l'association de l'ensemble des acteurs internes à la démarche et repérer l'indicateur d'alerte à travers le signalement de situation à risque avant que celle-ci ne soie pas trop dégradées.

Il faut assez d'effort de la plus part de professionnel des ressources humaines et le service de la sécurité pour contribuer à la construction d'une culture de la sécurité dans l'établissement sans négliger en parallèle le rôle important des salaires dans ce domaine avec leur participation.

De ce fait, la contribution de l'employeur doit être grande pour arriver à déployer la culture de la sécurité car les risques psychosociaux non seulement un obstacle majeur à la productivité et l'efficacité des organisations mais sont aussi néfaste vis-à-vis des fondements et valeurs de travail pour les générations actuel et future.

La liste biographique :

Ouvrage méthodologique :

-Angers Maurice-initiation pratique a la méthodologie des sciences humaines, casbala, Alger, 1999

-Granitz Madeline, lexique des sciences sociales, 11Edition Dalloz Paris 2001

- Loubet de l'bayle Initiation aux méthodes sciences des sociales, l'harmattion, Paris, 1999

Ouvrages de spécialités :

-ABAIDI-Jamila, la qualité de vie au travail, perception, freins et motivation à son intégration dans le management des organisations, la rochelle, mont pellier 1-2 sept Paris 2014

-Elodie Montreuil, prévenir les risque psychosociaux Edition DUNOD Paris, 2012

-Houbold Bénédicte, les risques psychosociaux, Edition eyrolles, paris, 2013

-Gérard Valéry et sylvain Leduc, les risques psychosociaux, 1er Edition, éd puf, Paris2012

Dictionnaire :

-Grand dictionnaire de la psychologie la rosse, Edition MAME, France, 2013

Site internet :

WWW, édition-TISSORT-FR/droit travail, dictionnaire droit de travail.

Université ABDERAHEMANE MIRA/ BEJAIA

Faculté des sciences humaines et sociales

Département des sciences sociales

Spécialité : sociologie du travail et des ressources humaines

Guide d'entretien

Préparer par :

AMARI Nassira

ARAB Chahrazad

Dans le cadre de la préparation de notre mémoire de MASTER sous
le thème :

« Les risques psychosociaux »

Nous vous prions de bien vouloir nous accorder un peu de votre temps pour répondre à cette série de questions avec beaucoup de précision et en toute honnêteté afin d'obtenir des résultats assez fiables et représentatifs pour un

11-est ce que la surcharge de travail peut engendrer le stress ?

12-est vous pressés à chaque fois ou débordé ?

II) relation inter personnelles :

13-vous faites un travail qui se fait dans un esprit d'équipe ?

14-t'as vécu des moments difficiles au travail ? Expliquer

15-est vous sensible aux critiques de votre hiérarchie ?

III) relation avec les patients :

16-avez-vous peur de faire des erreurs dans le traitement d'un malade ?

17-vous sentez-vous désarmés devant l'absence d'amélioration d'un malade ?

18-est ce que vos malades vous posent des questions auxquelles vous n'avez pas des réponses satisfaisantes ?

19-avez-vous le sentiment d'être sous-occupé ?

Le 3^{EME} Axe : travail et vie privée

20-avez-vous des conflits avec votre conjoint ?

21-avez-vous des conflits avec vos enfants ? EXPLIQUER

Le 4^{EME} Axe : question générale

22-vous exercez un travail qui demande un changement des services ?

23-avez-vous des troubles de sommeil ?

24-avez-vous des troubles digestifs ?

25-est ce que votre établissement prend en charge les risques psychosociaux ?

26-quelles sont les solutions afin d'éviter ces risques ?