

## DEPISTAGE DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX CHEZ LES SOIGNANTS PARAMEDICAUX D'UN HOPITAL ALGERIEN SCREENING FOR PSYCHOSOCIAL RISKS AMONG PARAMEDICAL CAREGIVERS IN AN ALGERIAN HOSPITAL

KIBBOUA Mounia\*<sup>1,2</sup>, OULAD KOUIDER Meriem<sup>2,3</sup>, NAFAI Dalila<sup>4,5</sup>,  
KORICHI Saied<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Service médecine du travail CHU Blida.

<sup>2</sup> Faculté de médecine de Blida.

<sup>3</sup> Service de pneumo-physiologie EPH Blida.

<sup>4</sup> Service de Médecine du Travail / CHU Mustapha Pacha/ Alger

<sup>5</sup> Faculté de médecine d'Alger.

\* Corresponding authors: E-mail address: mouniakib@yahoo.fr Tel : (+213)550828600

### Résumé

**Introduction:** L'objectif de ce travail était d'établir un pré-diagnostic des risques psychosociaux chez le personnel paramédical d'un centre hospitalo-universitaire (CHU) du centre algérien en utilisant un tableau de bord d'indicateurs de fonctionnement et d'organisation.

L'enquête a concerné 23 services différents du CHU, et une liste de cinq indicateurs a été utilisée : le temps de travail, les mouvements du personnel, les relations sociales, la formation et l'organisation du travail.

Les résultats révèlent que 55% des 1190 participants travaillent en horaires atypiques, avec un ratio de départs/embauches de 1,71 et 135 postes vacants. Les actes de violence externe sont fréquents, et peu de formations continues sont offertes. L'organisation du travail montre des surcharges, notamment en gynécologie où en moyenne 15 patientes supplémentaires sont hospitalisées quotidiennement, et les plannings des soignants ne tiennent pas compte de leurs préférences.

Cette étude souligne l'importance de la prise en compte des risques psychosociaux dans le milieu paramédical et la nécessité d'agir pour prévenir ces risques et garantir le bien-être du personnel. Les résultats de cette enquête peuvent servir de base pour mettre en place des mesures de prévention adaptées et favoriser un environnement de travail plus sain et équilibré pour nos soignants.

**Mots clés :** Dépistage, Indicateurs, Personnel paramédical, Prévention, Risques psychosociaux.

### Abstract

The objective of this study was to establish a preliminary diagnosis of psychosocial risks among paramedical staff at a University Hospital Center (UHC) in central Algeria using a dashboard of functional and organizational indicators.

The survey covered 23 different departments of the UHC, utilizing a list of five indicators: working hours, staff movements, social relations, training, and work organization.

The results reveal that 55% of the 1190 participants work in atypical hours, with a departure-to-hiring ratio of 1.71 and 135 vacant positions. External acts of violence are frequent, and few continuous training opportunities are offered. The work organization shows overloads, notably in the gynecology department where an average of 15 additional patients are hospitalized daily, and the staff schedules do not consider their preferences.

This study highlights the importance of considering psychosocial risks in the paramedical field and the necessity of taking action to prevent these risks and ensure the well-being of the staff. The results of this survey can serve as a basis for implementing appropriate preventive measures and fostering a healthier and more balanced work environment for our caregivers

**Keywords:** Indicators, Paramedical staff, Prevention, Psychosocial risks, Screening.

**Citation:** To be added by editorial staff during production.

Academic Editor: First name Last name

Received: date: 20/05/2024

Revised: date: 25/06/2024

Accepted: date: 16/07/2024

Published: date: 30/07/2024

**Copyright:** © 2024 by the authors. Submitted publication under the terms and conditions of the Creative Commons

## 1. Introduction

Dans le contexte professionnel actuel, la santé mentale au travail, qui se rapporte aux risques psychosociaux, est devenue une préoccupation majeure. Les risques psychosociaux au travail, souvent appelés « RPS », se réfèrent à une catégorie spécifique de risques professionnels. Ils englobent des menaces pour la santé mentale, physique et sociale résultant des conditions d'emploi, des facteurs organisationnels et relationnels qui peuvent influencer le fonctionnement mental [1]. Ces risques touchent tous les secteurs d'activité notamment le milieu hospitalier et ils connaissent une augmentation significative chez les travailleurs des établissements de soins. Le personnel de santé, et plus particulièrement le personnel paramédical, est confronté à un ensemble de difficultés qui rendent l'exercice de leur profession plus difficile et renforcent d'avantage leur exposition à ces contraintes. Ces difficultés sont liées à la spécificité de la profession, à l'augmentation de la charge de travail, aux mauvaises conditions du travail, à l'insatisfaction au travail ainsi qu'aux difficultés socioéconomiques [2].

Les RPS entraînent un impact négatif sur la santé mentale et physique des travailleurs. Parmi ces effets, les recherches rapportent principalement, les troubles musculo-squelettiques (TMS), les maladies cardiovasculaires (en augmentant le risque de mort subite, d'infarctus du myocarde, d'angine de poitrine et des accidents vasculaires cérébraux), les troubles de la santé mentale (Souffrance, troubles dépressifs et anxio-dépressifs) [3].

Les RPS ont également des conséquences négatives sur le fonctionnement des entreprises comme l'absentéisme, le turnover, la perte de qualité de la production [4].

Les RPS en milieu de soins restent peu étudiés en Algérie. Cependant, malgré ce manque de recherches, les statistiques disponibles révèlent des chiffres alarmants. En effet, une tension au travail a été observée chez 24,6% du personnel soignant du CHU de Batna, à l'est de l'Algérie [5]. En ce qui concerne l'épuisement professionnel, Benmessaoud [6] a rapporté que 56% des soignants souffrent d'épuisement émotionnel, et que 40% d'entre eux expriment le désir de quitter leur métier, ce qui témoigne de l'impact significatif des RPS sur leur bien-être et leur carrière.

Face aux préoccupations exprimées par les soignants paramédicaux de notre CHU lors des différentes consultations médicales, se plaignant de leurs expositions constantes à des situations de tension difficilement gérables, telles que le manque de moyens, un effectif insuffisant dans certains services entraînant une surcharge de travail, ainsi que la fréquence des actes de violence, il est impératif de trouver des solutions et de répondre à leurs besoins au sein de leur environnement de travail.

Le dépistage des RPS qui constitue la première étape de leur diagnostic permet de détecter les signaux d'alerte grâce au recueil rapide de données pertinentes et facilement accessibles concernant ces risques. Cela permet d'évaluer l'ampleur du problème et de repérer l'exposition particulière d'un groupe de soignants dans un service donné.

Ce sont toutes ces raisons qui nous ont incités à réaliser cette étude dont l'objectif est d'établir un pré-diagnostic des risques psychosociaux chez le personnel paramédical de notre CHU. Cette étude marque une première étape importante

dans l'élaboration d'une approche collective, urgente, proactive et ciblée visant à prévenir et à gérer les risques psychosociaux dans le milieu des soins.

## **2. Matériel et méthodes**

### **Lieu de l'étude et population d'étude**

L'enquête s'est déroulée dans un Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) situé au centre de l'Algérie, Elle a porté sur l'ensemble des services du CHU employant des soignants paramédicaux, soit 23 services répartis comme suit : neuf services médicaux (hémodialyse, médecine du travail, médecine interne, médecine légale, médecine physique et réadaptation, neurologie, oncologie médicale, pédiatrie et Service d'aide médicale urgente (SAMU), huit services chirurgicaux (chirurgie dentaire, chirurgie générale, chirurgie infantile, chirurgie orthopédique, gynécologie, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie et neurochirurgie), un plateau médico-technique comprenant deux services de radiologie (centrale et périphérique), deux laboratoires (centrale et périphérique), et un centre de transfusion sanguine (CTS) ainsi que les urgences médico-chirurgicales (UMC).

Le personnel paramédical qui a pris part à cette étude inclut les aides-soignants, les auxiliaires de puériculture et infirmiers de santé publique (ISP), prothésistes dentaires et kinésithérapeutes de santé publique, manipulateurs en imagerie médicale et laborantins de santé publique, ainsi que les sages-femmes et les auxiliaires médicaux en anesthésie réanimation (AMAR) de santé publique.

### **Type de l'étude et construction du relevé**

Il s'agit d'un recueil d'indicateurs de fonctionnement et d'organisation du travail au sein des services mentionnés précédemment. Ce relevé a été élaboré en se basant sur les travaux de l'INRS (Institut National de Recherche et de Sécurité) [7] et sur l'étude française intitulée "Organisation des Soins et Santé de ses Soignants" (ORSOSA) [8-9]. Les données recueillies couvrent les 12 derniers mois, et l'étude s'est déroulée sur une période de trois mois, de janvier 2019 à mars 2019.

Les indicateurs utilisés ont été fournis par le coordinateur médical de chaque service à travers un relevé complété lors d'un entretien dirigé avec cet agent.

Les indicateurs inclus dans le relevé ont été pris en considération en raison de leur accessibilité et de leur applicabilité dans le contexte hospitalier. Ils englobent les aspects suivants :

- 1- Les horaires de travail
- 2- Les mouvements du personnel
- 3- Les relations sociales
- 4- La formation continue
- 5- L'organisation pratique du travail

Chaque dimension a été évaluée à l'aide d'un ou plusieurs indicateurs, comme présenté dans le tableau 1. L'interprétation des résultats s'effectue en considérant l'accumulation des indicateurs altérés pour chaque dimension.

Tableau 1. Synthèse des indicateurs inclus avec la méthode de calcul

<b>Dimension</b>	<b>Indicateur(s) pris en compte</b>	<b>Précision - Méthode de calcul</b>
<b>LES HORAIRES DU TRAVAIL</b>	Travail en horaires atypiques : Travail de nuit Travail de jours en horaires alternants	Nombre des agents paramédicaux travaillant de manière régulière la nuit Nombre des agents paramédicaux travaillant de manière régulière, en horaires posté.
<b>ROTATIONS DU PERSONNEL</b>	1. Solde départ/embauche 2. Causes de départ durant les 12 derniers mois. 3. Nombre de postes non pourvus	Calcul du rapport : Nombre des départs sur nombre des embauches durant l'année. Les 03 causes de départ prises en compte : Démission, Mutation, Départ à la retraite. Nombre de poste vacant (à recruter) pour assurer un bon fonctionnement du service.
<b>INTERCTIONS SOCIALES</b>	1. Représentation du personnel 2. Information et Communication Interne 3. Niveau de participation des agents à l'élaboration des plannings 4. Actes de violence au travail.	Nombre de réunions de CHS* ainsi que le contenu des ordres du jour de ces réunions. Nombre des réunions de service ainsi que le contenu des ordres du jour de ces réunions. Trois propositions possible : 1-Planning imposé, 2- Consultation des agents avant la rédaction du planning, 3-Auto-organisation du Planning par l'équipe suivi d'une validation par le coordinateur médical. - Nombre des actes de violence verbale ou physique externes. - Nombre des actes de violence verbale ou physique internes
<b>FORMATION CONTINUE</b>	Développement des compétences professionnelles	Nombre de formations continues proposées pour le personnel paramédical
<b>L'ORGANISATION DU TRAVAIL DANS LES SERVICES</b>	Indices de dysfonctionnement.	- Nombre de patient hospitalisés dans le service nécessitant un lit supplémentaire dans une chambre non conçue à cet effet. - Le nombre mensuel moyen de patients acceptés dans le service, mais dépendant d'une autre discipline - Nombre moyen des rappels sur congé ou récupération à faire chaque mois en raison d'une absence imprévue. - Nombre moyen des modifications du planning à faire chaque mois, sans faire de rappel sur congés, ou récupération, en raison d'une absence imprévue. - Le nombre moyen de fois par mois où le coordinateur doit fournir une assistance à un autre service en sous-

(\*) CHS : Commission d'hygiène et de sécurité

### 3. Résultats

#### 3.1. Les horaires du travail

Parmi les 1190 participants, 654 ( soit 55%) sont engagés dans des horaires atypiques, parmi lesquels 276 sont affectés au travail de nuit. Seuls deux services, à savoir la médecine du travail et la chirurgie dentaire, ne sont pas soumis à ces horaires atypiques et adoptent des horaires standard, comme indiqué dans le tableau N 2.

**Tableau 2.** Répartition du personnel paramédical en fonction du rythme de Travail

SERVICES	Travail de nuit	Travail de jour en horaire posté	Total N=1190	%
CTS	05	05	10	<b>0,84</b>
Chirurgie générale	09	15	24	<b>2,01</b>
Chirurgie infantile	23	18	41	<b>3,44</b>
Chirurgie orthopédique	12	26	38	<b>3,19</b>
Chirurgie dentaire	<b>00</b>	<b>00</b>	<b>00</b>	<b>00</b>
Gynécologie	55	64	119	<b>10</b>
Hémodialyse	03	12	15	<b>1,3</b>
Laboratoire périphérique du CHU	05	07	12	<b>1</b>
Laboratoire centrale du CHU	05	06	11	<b>0,92</b>
Médecine interne	15	42	57	<b>4,78</b>
Médecine légale	04	02	06	<b>0,50</b>
Médecine du travail	<b>00</b>	<b>00</b>	<b>00</b>	<b>00</b>
Médecine physique réadaptation	06	28	34	<b>2,85</b>
Neurologie	22	23	45	<b>3,78</b>
Neuro-chirurgie	24	37	61	<b>5,12</b>
Oncologie médicale	03	05	08	<b>0,67</b>
ORL	04	06	10	<b>0,84</b>
Ophthalmologie	19	08	27	<b>2,3</b>
UMC	20	18	38	<b>3,19</b>

<b>Pédiatrie</b>	30	35	65	<b>5,5</b>
<b>Radiologie Périphérique du CHU</b>	03	06	09	<b>0,75</b>
<b>Radiologie centrale du CHU</b>	03	08	11	<b>0,92</b>
<b>SAMU</b>	06	07	13	<b>1,09</b>
<b>TOTAL</b>	<b>276</b>	<b>378</b>	<b>654</b>	<b>55</b>

### 3.2. Les mouvements du personnel

La plupart des services ont connu un nombre plus élevé de départs que d'embauches, notamment le service de chirurgie générale qui a enregistré 12 départs et 0 embauches, alors que le ratio total de départs par rapport aux embauches est de 1,71. La retraite, qui désigne le départ à la retraite classique, constitue la principale cause de ces départs (75 cas). Le nombre de mutations reste limité, variant de 0 à 5 par service. Au cours de la période considérée, 135 postes sont vacants, comme indiqué dans le Tableau 3.

Tableau 3 : Les indicateurs liés aux mouvements du personnel paramédical

Services	Mouvements du Personnel		
	Solde départ/ embauche	Causes de départ	Postes non pourvus
<b>CTS</b>	00/03	-----	<b>04</b>
<b>Chirurgie générale</b>	12/00	Retraite : 12	<b>08</b>
<b>Chirurgie Infantile</b>	11/09	Retraite : 10 Mutation : 01	<b>10</b>
<b>Chirurgie orthopédique</b>	01/00	Retraite : 01	<b>05</b>
<b>Chirurgie dentaire</b>	01/00	Retraite : 01	<b>08</b>
<b>Gynécologie</b>	07/05	Mutation : 05 Retraite : 02	<b>20</b>
<b>Hémodialyse</b>	00/00	-----	<b>00</b>
<b>Laboratoire périphérique du CHU</b>	07/00	Retraite : 05 Mutation : 01 Démission : 01	<b>12</b>
<b>Laboratoire central du CHU</b>	7/2	Retraite : 07	<b>03</b>
<b>Médecine interne</b>	01/00	Mutation : 01	<b>00</b>
<b>Médecine légale</b>	05/00	Mutation : 03	<b>06</b>

		Retraite : 02	
<b>Médecine du travail</b>	00/00	00	<b>00</b>
<b>Médecine physique réadaptation</b>	04/00	Retraite : 04	<b>05</b>
<b>Neurologie</b>	03/05	Retraite : 03	<b>06</b>
<b>Neuro-chirurgie</b>	02/03	Retraite : 02	<b>05</b>
<b>Oncologie médicale</b>	00/00	-----	<b>04</b>
<b>ORL</b>	04/07	Retraite : 02	<b>06</b>
		Mutation : 02	
<b>Ophthalmologie</b>	06/06	Retraite : 04	<b>06</b>
		Mutation : 02	
<b>UMC</b>	08/00	Retraite : 05	<b>10</b>
		Mutation : 03	
<b>Pédiatrie</b>	11/09	Retraite : 11	<b>05</b>
<b>Radiologie périphérique du CHU</b>	03/02	Retraite : 03	<b>05</b>
<b>Radiologie centrale du CHU</b>	02/05	Retraite : 01	<b>03</b>
		Mutation : 01	
<b>SAMU</b>	01/00	Mutation : 01	<b>04</b>
<b>TOTAL</b>	<b>96/56 = 1,71</b>	<b>96</b>	<b>135</b>

### 3.3. Les relations sociales

Aucune réunion de la CHS n'a jamais eu lieu, et en règle générale, la plupart des services tiennent rarement des réunions à leur niveau. L'ordre du jour de ces réunions se concentre principalement sur la résolution des problèmes immédiats.

Les plannings des soignants paramédicaux sont uniformément imposés dans tous les services, sans tenir compte de leurs préférences individuelles.

Les actes de violence externe (qu'ils soient verbaux ou physiques) sont rapportés dans la majorité des services, avec une fréquence de "presque tous les jours" au niveau des services équipés d'une unité d'urgence (comme le pavillon des urgences, la gynécologie, la pédiatrie et la chirurgie infantile), ainsi qu'au niveau de la réception des deux laboratoires (Laboratoire central et périphérique). Quant aux actes de violence interne (qu'ils soient verbaux ou physiques), ils demeurent peu fréquents.

### 3.4. La formation continue

Seuls quelques agents paramédicaux affectés au laboratoire central et en gynécologie ont bénéficié d'une formation continue.

### **3.5. L'organisation pratique du travail dans les services**

Aucun service n'admet des patients en dehors de sa spécialité et le nombre de patients hospitalisés est en adéquation avec les lits occupés. Cependant, dans le service de gynécologie, en moyenne 15 patientes supplémentaires (en plus du nombre de lits d'hospitalisation) sont hospitalisés quotidiennement. Ils sont soit installés dans le couloir du service, soit deux femmes partagent le même lit.

En cas d'absences imprévues, les approches adoptées varient d'un service à l'autre. Certains travaillent avec les soignants paramédicaux présents, tandis que d'autres ajustent le programme du personnel paramédical une à deux fois par mois ou mettent en place des rappels sur congés, ou récupération. Aucun déplacement du personnel en dehors de son service n'est rapporté.

## **4. Discussion**

Cette étude apporte une contribution significative à la compréhension des RPS chez le personnel paramédical d'un CHU, offrant une vue d'ensemble des difficultés liées à leur environnement de travail. Elle se distingue par son approche rapide et globale qui examine plusieurs indicateurs de ces risques professionnels, tels que les horaires de travail, les relations sociales, et la formation continue. Cependant, ses limites incluent une possible limitation dans la généralisation des résultats, due à la focalisation sur un seul établissement, et la subjectivité de certaines réponses. Ces éléments soulignent l'importance de poursuivre et d'approfondir la recherche dans ce sujet pour valider et étendre les résultats obtenus.

### **Les horaires atypiques**

Les horaires atypiques, c'est-à-dire en dehors des plages standards de 8h à 16h, englobent le travail de nuit, les week-ends, les jours fériés, le travail en posté, ainsi que l'astreinte et les horaires longs, constituent une caractéristique essentielle du travail hospitalier permettant d'assurer la continuité des soins.

Dans notre étude, plus de la moitié du personnel paramédical travaillent en horaires atypiques. Les amplitudes horaires observées varient de 8 à 10 heures jusqu'à 24 heures de travail, incluant des horaires nocturnes chez 276 soignants.

Ces horaires sont organisés selon les modalités suivantes :

- Le travail posté, où deux équipes se succèdent. Une équipe fixe travaille pendant 10 heures de 8h à 18h (équivalent à 40 heures par semaine), alternant avec l'équipe de nuit qui travaille 12 heures de 18h à 08h, totalisant 42 heures de travail par semaine.
- L'astreinte est assurée uniquement au niveau du service « Hémodialyse ». Chaque agent paramédical assure une astreinte de 8h à 20h, durant seulement 2 jours par semaine, équivalent à 42 heures par semaine.
- Le rythme de 24 heures est exclusivement assumé par les AMAR. Cette catégorie travaille un jour par semaine et se repose pendant 3 jours, ce qui leur donne 2 jours de travail par semaine, équivalent à 48 heures de travail par semaine.

L'organisation spécifique du temps de travail en milieu hospitalier expose le personnel paramédical à une contrainte temporelle, impliquant le travail posté avec des horaires de nuit, ainsi que des rythmes de travail fréquemment dépassant les 40 heures réglementaires par semaine. Cette organisation temporelle a des conséquences largement documentées sur la santé physique et mentale, ainsi que sur la vie sociale et familiale.

### **La pénurie du personnel paramédical et la surcharge de travail**



Nos résultats retrouvent un ratio départs/embauches nettement supérieur à 1 dans la plupart des services, indiquant que les départs ne sont pas compensés par de nouvelles embauches. Cela expose les soignants restants à un risque de surcharge de travail, les contraignant à assumer non seulement leurs propres responsabilités, mais également celles de leurs collègues partis. Un exemple frappant est observé dans le service de chirurgie générale, où le ratio départs/embauches est de 12 départs pour aucune embauche.

On a souvent tendance à expliquer cette situation par les difficultés inhérentes aux conditions de travail, ce qui crée une perception erronée selon laquelle les paramédicaux évitent fréquemment les services à charge de travail plus élevée [10]. Cependant, la véritable cause réside dans la pénurie de personnel paramédical qui prévaut dans les hôpitaux à l'échelle nationale depuis plusieurs années. La plupart des coordinateurs interrogés ont signalé l'absence de recrutement de personnel paramédical, en particulier pour le corps des infirmiers de santé publique.

Ce manque de personnel est également illustré par l'observation de 96 départs à pourvoir, alors que les coordinateurs estiment à 135 le nombre de postes vacants, soulignant ainsi le déficit de personnel paramédical déjà existant avant ces départs.

Afin de comprendre les motivations des départs, il est important d'examiner attentivement les facteurs qui les ont déclenchés. Nous avons répertorié trois causes principales : la retraite, prépondérante pour 75 soignants, une démission unique, et 20 cas de mutation. Ces mutations peuvent être associées à des conditions de travail défavorables, une surcharge de travail, un harcèlement, ou un climat social délétère dans certains services, [10].

L'effectif insuffisant et les contraintes temporelles mentionnées précédemment sont à l'origine d'une surcharge de travail chez ce personnel.

Pour pallier ces difficultés, des normes infirmier-patient ont été proposées, et des études internationales montrent l'importance de ratios équilibrés.

En France, une proposition de loi adoptée par le Sénat en 2023 vise à établir des ratios minimums de soignants par patient hospitalisé, avec la Haute Autorité de Santé (HAS) chargée de définir ces ratios d'ici fin 2024 [11].

Des études internationales confirment que des ratios adéquats sont associés à une diminution de la mortalité, des erreurs médicales et des infections nosocomiales. Par exemple, chaque patient supplémentaire par infirmière augmente de 7 % la probabilité de décès [12-13].

En Californie, la législation impose des ratios spécifiques, tels que 1:5 (un infirmier pour 05 patients) pour les unités médico-chirurgicales, montrant des améliorations significatives des soins aux patients et de la satisfaction des infirmières [13].

Enfin, la méthode WISN (Workload Indicators of Staffing Need) de l'organisation mondiale de la santé aide à estimer les besoins en personnel en fonction de la charge de travail réelle, soulignant l'importance d'une planification adéquate pour garantir la qualité des soins et le bien-être du personnel infirmier [14].

### **Les dysfonctionnements concernant les relations sociales**

Les dysfonctionnements constatés trouvent leur origine dans l'absence de réunions de la CHS et la rareté de celles de services, le planning de travail imposé, et les actes fréquents de violence externe.

En effet, le non-respect des obligations légales (Décret exécutif n° 05-09 du 8 janvier 2005 relatif aux commissions paritaires et aux préposés à l'hygiène et à la sécurité) a fait qu'aucune réunion de la CHS n'a jamais eu lieu. Cela reflète l'insuffisance d'un dialogue social et, de ce fait, n'encourage guère à la prévention des risques psychosociaux, et, plus généralement des risques professionnels dans cette structure hospitalière.

En outre, on a relevé la rareté des réunions de service qui peuvent favoriser le dialogue et l'échange d'informations au sein des services. De même, l'ordre du

jour de ces réunions de service se limitait à régler quelques problèmes ponctuels. Incontestablement, cet état d'esprit dresse un obstacle à la communication et à la circulation de l'information (ascendante et descendante), et peut également favoriser l'isolement et l'augmentation des situations de tensions, Par ailleurs, le planning de travail est imposé et ne respecte guère les attentes du personnel paramédical (Evidemment, il s'agit de mettre en place un planning acceptable pour tout le monde sans entraver le bon déroulement du travail dans le service).

Cet outil permet de programmer le travail. Sa planification et sa gestion reste une tâche difficile qui doit obéir à certaines conditions et des arrangements liés à chaque service. Cette mission préoccupe non seulement les surveillants et les coordinateurs des différents services mais également les soignants paramédicaux qui, en conséquence, doivent organiser leur vie. Pour Micheau et coll. « La construction et l'ajustement quotidien des plannings représentent un travail de régulation central pour le climat social des services » [15].

Enfin, on relève également un autre indicateur de risque : la fréquence élevée des tensions avec les patients, les parents, les visiteurs ou les accompagnateurs. Ces actes violents sont souvent la conséquence d'une faille dans l'organisation du travail (délai d'attente, surcharge de travail, manque de ressources, ambiguïté des rôles, ...) [16-17]. Ils ne doivent pas être négligés car ils peuvent avoir des retombées néfastes sur la santé et même sur la sécurité des soignants.

Ces résultats témoignent donc de l'absence d'un dialogue social à l'hôpital. Or, celui-ci pourrait être un levier important dans la prévention des RPS, comme le souligne l'organisation international du travail (OIT) « le dialogue social est l'outil le plus adapté pour promouvoir de meilleures conditions de vie et de travail » [18].

### **L'absence de formation continue pour le personnel paramédical**

La majorité des coordinateurs interrogés se sont accordés à préciser que, depuis plusieurs années, mis à part, la formation complémentaire organisée en 2016 dans le cadre de la promotion de certains grades appartenant aux corps des paramédicaux de santé publique, le ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière n'a pas mis en place un programme de formation continue au profit du personnel paramédical. Or celle-ci représente une nécessité absolue afin de renforcer les compétences professionnelles du soignant paramédical et d'améliorer, ainsi, la qualité des soins prodigués, surtout devant l'évolution constante des techniques qui modifient progressivement les pratiques hospitalières. Pouvoir évoluer professionnellement, représente une source d'épanouissement et d'équilibre dans le travail.

De même, si le soignant ne bénéficie pas d'une formation appropriée au travail qu'il doit effectuer, il ne se sent pas rentable, car ces marges de manœuvres sont fort réduites.

Par ailleurs, les incertitudes et l'angoisse engendrées par l'absence d'une formation adéquate, assurant une correspondance entre les tâches à accomplir et les compétences requises, sont souvent génératrices de stress intense pouvant, ainsi, contribuer au développement du phénomène de Burn-out [19,20].

### **Les dysfonctionnements concernant le travail pratique dans les services**

Ces dysfonctionnements s'intéressent aux marges de manœuvre en cas d'absence imprévue d'un soignant paramédical qui sont limitées à cause de l'effectif insuffisant enregistré au niveau de la majorité des services du CHU. Ils concernent également le nombre élevé des lits supplémentaires enregistré au niveau de la maternité.

En effet, en cas d'absence imprévue, 03 solutions sont adoptées :

a. D'abord, travailler avec les soignants paramédicaux présents (si la charge de travail et le nombre des malades hospitalisés le permettent).

b. Réaliser des modifications du planning en effectuant des déplacements inter-unités dans le même service.

c. Rappeler un soignant : Cette possibilité pose problème car le surveillant médical doit être équitable et effectuer des rappels à tour de rôle pour l'ensemble des agents paramédicaux du service.

Aussi, il est impératif qu'il tienne compte de la disponibilité du soignant, et il est de son devoir de gérer les refus de certains agents réfractaires. Mais là encore, ces solutions peuvent être elles-mêmes génératrices de situations désagréables pour l'agent paramédical comme le soulignent Gheorghiu Et Moatty [21] : « Lorsque les soignants ne sont pas en nombre suffisant et que l'absentéisme est élevé, les contraintes temporelles s'accroissent et se concentrent sur une fraction de soignants : changements d'horaires, dépassements imprévus, gestion plus serrée des plannings, congés compromis... ».

Par ailleurs, une attention particulière sera également portée au nombre de lits supplémentaires constamment enregistrés au niveau de la maternité (en moyenne 15 lits supplémentaires). C'est la conséquence d'un dépassement des capacités d'accueil au niveau de ce service. Cette situation se rencontre au niveau de la majorité des maternités à l'échelle nationale. Elle est à l'origine d'une forte charge de travail chez les soignants paramédicaux, notamment chez les sages-femmes. Pour améliorer la situation actuelle du personnel paramédical, il serait fort utile de suggérer certaines propositions, inspirées des résultats de notre étude et que nous avons estimées **prioritaires, pratiques et réalisables** en même temps. Elles concernent 02 registres, en l'occurrence :

**Mesures individuelles** : Elles visent en même temps à prévenir et à prendre en charge les soignants déjà en souffrance. Ces mesures se traduisent par :

- La création d'une cellule d'écoute en collaboration avec le service de médecine du travail, et l'organisation régulière de groupes de discussions, en présence d'un psychologue, au sujet des contraintes personnelles vécues dans le milieu du travail permettra la verbalisation du stress professionnel et, donc, son défolement.
- L'instauration des modules de formation pour le personnel soignant tels que :
  - « Gestion du stress » : pour apprendre à mieux gérer le stress en milieu hospitalier.
  - « Gestion des conflits » : afin de prévenir, gérer et faire face aux tensions, violences verbales, et comportements agressifs vécus en milieu hospitalier.
  - « Travail collectif » afin d'améliorer la communication et la collaboration au sein des équipes hospitalières.

**Mesures collectives** : Elles intéressent davantage le travail et son organisation :

- Une meilleure gestion des ressources humaines en assurant des effectifs suffisants et adaptés selon la nature de l'activité, et en effectuant des rotations du personnel paramédical sur les différents services afin d'éviter l'usure de ceux affectés à des services où il existe une forte charge de travail comme les urgences, les soins intensifs, ....
- Une amélioration du climat social par une organisation régulière de réunions de service. Cela produira un aspect positif sur les activités (exemple : actualiser les protocoles) et sur la communication au sein des équipes.
- La réactivation des réunions de la CHS.
- Remplacer le rythme de travail de 24 heures par des équipes de 2 × 12.
- La participation des soignants aux décisions organisationnelles qui les concernent (exemple : planning de travail)
- La redynamisation de la formation continue du personnel paramédical afin d'améliorer leurs compétences professionnelles.

Dans la même optique et afin de créer une culture de prévention des RPS au sein de l'hôpital et de soutenir le bien-être des hospitaliers, l'organisation de formations de sensibilisation aux risques psychosociaux pour les gestionnaires (les directeurs d'établissement et les directeurs des ressources humaines) pourrait également être bénéfique. Cela permettra en outre de renforcer leur compréhension des risques psychosociaux et à leur fournir les outils nécessaires pour promouvoir un environnement de travail sain et équilibré.

### Conclusion

Ce travail a permis d'identifier le rôle déterminant de certains facteurs liés au fonctionnement et à l'organisation du travail, dans l'augmentation du malaise des soignants. Une prise de conscience tend à s'opérer sur la nécessité de mettre en œuvre des actions visant l'amélioration de l'environnement psychosocial et organisationnel du travail en vue de prévenir la mauvaise santé chez nos soignants et d'améliorer leur bien-être au travail.

Dans cette optique, des propositions concrètes pour améliorer la situation des soignants paramédicaux ont été élaborées. Ces propositions incluent la création d'une cellule d'écoute et l'organisation de formations spécifiques pour la gestion du stress et des conflits, ainsi que des mesures organisationnelles telles que la gestion optimisée des ressources humaines et l'amélioration du climat social à travers des réunions régulières et la participation des soignants aux décisions organisationnelles.

En investissant dans le bien-être des soignants paramédicaux, une amélioration de la qualité et de la durabilité du système de santé dans son ensemble pourra être également observée. Il est important de reconnaître leur dévouement et leur contribution essentielle à la société, tout en veillant à ce qu'ils disposent des ressources et des conditions nécessaires pour exercer leur métier dans les meilleures conditions.

Enfin, en prenant des mesures préventives adaptées et en accordant une attention accrue aux soignants paramédicaux, nous pouvons construire un système de santé plus résilient, plus humain et plus efficace. Il est temps de placer la santé et le bien-être des soignants au cœur des préoccupations et de travailler ensemble pour créer un environnement de travail favorable, propice à des soins de qualité et à la satisfaction de tous les acteurs impliqués.

### Déclaration de liens d'intérêt :

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

### Références

- [1] Gollac M. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, faisant suite à la demande du Ministre du travail, de l'emploi et de la santé [en ligne]. [http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_SRPST\\_definitif\\_rectifie\\_11\\_05\\_10.pdf](http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_SRPST_definitif_rectifie_11_05_10.pdf). Consulté le 11.05.2019.
- [2] Laraoui O, Laraoui S, Tripodi D, Caubet A, Verger C, Laraoui CH. Évaluation du stress chez le personnel de santé au Maroc : à propos d'une étude multicentrique. Arch Mal Prof Environ. 2008 Déc;69(5):672-82.
- [3] Chouanière D. Définitions et aspects épidémiologiques des risques psychosociaux. Arch Mal Prof Environ. 2017 Févr;78(1):4-15.
- [4] INRS. RPS : Conséquences pour le salarié et l'entreprise. [en ligne]. <https://www.inrs.fr/risques/psychosociaux/consequences-salaries.html>.
- [5] Benhassine W. Lombalgies et facteurs psychosociaux liés au travail chez le personnel soignant de la wilaya de Batna. Thèse de Doctorat en Sciences Médicales. Option : Médecine du Travail. Batna : Université Hadj-Lakhdar de Batna; 2011. 253 p.
- [6] Benmessaoud H. Syndrome d'épuisement professionnel « Burn out » chez le personnel infirmier de deux établissements hospitaliers : le CHU d'Alger et le CPMC. Thèse de Doctorat en Sciences Médicales. Option : Médecine du Travail. Alger : Faculté de Médecine d'Alger; 2008. 245 p.
- [7] INRS. Dépister les risques psychosociaux, des indicateurs pour vous aider. ED 6012. Mars 2017.

- [8] Trichard A, Vignaud M-C, Herin F, Gabinski P, Broessel N, Druet-Cabanac P-M, et al. Contraintes psychologiques et organisationnelles chez les soignants (CPO) : présentation de l'étude ORSOSA. *Arch Mal Prof Environ*. 2009 Févr;70(1):28-35.
- [9] Sobaszek A. Contraintes psychologiques et organisationnelles au travail et santé chez le personnel soignant des centres hospitaliers : Infirmier(e)s et aides-soignant(e)s. [en ligne]. [https://www.smsto.fr/public/uploads/actu/238\\_orsosa.pdf](https://www.smsto.fr/public/uploads/actu/238_orsosa.pdf). Consulté le 14.10.2015.
- [10] Dehay S. Le turn-over du personnel infirmier aux urgences. Sciences de l'Homme et Société [Mémoire Master]. Lille: Institut de Formation des Cadres de Santé, IF Santé – Institut Catholique de Lille; 2021.
- [11] (Sénat. Proposition de loi visant à établir des ratios minimums de soignants par patient hospitalisé. Salle de presse [Internet]. 2023 [cité 2024 Jul 8]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/salle-de-presse/202301/nombre-minimum-de-soignants-par-patient-hospitalise.html>).
- [12] Lasater KB, Aiken LH, Sloane DM, French R, Anusiewicz CV, Martin B, Reneau K, Alexander M, McHugh MD. Is Hospital Nurse Staffing Legislation in the Public's Interest?: An Observational Study in New York State. *Med Care*. 2021 May 1;59(5):444-450. doi: 10.1097/MLR.0000000000001519. PMID: 33655903; PMCID: PMC8026733.
- [13] Health Carousel. Achieving better care: nurse staffing ratios and patient outcomes [Internet]. 2023 [cité 2024 Jul 8]. Disponible sur: <https://www.healthcarousel.com/resources/anurse-staffing-ratios-and-patient-outcomes>.
- [14] Organisation mondiale de la Santé. Indicateurs des besoins en personnel de santé par rapport à la charge de travail (WISN) : l'expérience de la mise en œuvre dans plusieurs pays [Internet]. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2017 [cité 8 juill 2024]. 44 p. Disponible sur: <https://iris.who.int/handle/10665/254280>.
- [15] Micheau J, Molière E. Étude qualitative sur le thème de l'emploi du temps des infirmières et infirmiers du secteur hospitalier. Document de travail SÉRIE ÉTUDES ET RECHERCHES N° 132, NOVEMBRE 2014. [en ligne] [https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dt132-etudes\\_et\\_recherches.pdf](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dt132-etudes_et_recherches.pdf). Consulté le 04.05.2017.
- [16] Favaro M. Mécanismes organisationnels de formation des violences au travail, proposition d'un modèle-cadre pour comprendre et intervenir. INRS, NS 320. 2014.
- [17] Aabdi Y. La violence en milieu hospitalier pédiatrique à l'hôpital mère-enfant, CHU Mohamed VI. Thèse de doctorat en médecine. Université Cadi Ayyad faculté de médecine et de pharmacie Marrakech; 2018.
- [18] OIT. Dialogue Social : À la recherche d'une voix commune [en ligne]. <https://www.ilo.org/public/french/dialogue/download/brochuref.pdf>. Consulté le 04.05.2018.
- [19] Guéritault-Chalvin V, Cooper C. Mieux comprendre le burnout professionnel et les nouvelles stratégies de prévention : un compte rendu de la littérature. *J Thérapie Comportementale Cognitive*. 2004;14(2):59-70.
- [20] Kandouci C. Exposition au stress psychosocial en milieu professionnel. Thèse de Doctorat en Sciences Médicales. Option : Médecine du Travail. Sidi-bel-Abbès : Université DJILALI LIABES; 2011. 194 p.
- [21] Gheorghiu MD, Moatty F. L'emploi et le travail hospitaliers à l'épreuve des réformes. *Connaissance de l'emploi*. 2014;(109).