

REPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix-Travail-Patrie

\*\*\*\*\*

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

\*\*\*\*\*

CENTRE DE RECHERCHE ET DE  
FORMATION DOCTORALE EN  
SCIENCES HUMAINES SOCIALES ET  
EDUCATIVES

\*\*\*\*\*

UNITE DE RECHERCHE ET DE  
FORMATION DOCTORALE ET  
SCIENCES HUMAINES ET SOCIALE

\*\*\*\*\*

DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE

\*\*\*\*\*



REPUBLIC OF CAMEROON

Peace-Work-Fatherland

\*\*\*\*\*

THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

\*\*\*\*\*

POST GRADUATE SCHOOL FOR  
THE SOCIAL AND EDUCATIONAL  
SCIENCES

\*\*\*\*\*

DOCTORAL RESEARCH UNIT FOR  
SOCIAL SCIENCES

\*\*\*\*\*

DEPARTMENT OF PSYCHOLOGY

\*\*\*\*\*

## MASTER PROFESSIONNEL DE PSYCHOLOGIE DU TRAVAIL ET DES ORGANISATIONS

# LES CONDITIONS DE TRAVAIL ET LA DETRESSE PSYCHOLOGIQUE DU PERSONNEL SOIGNANT DANS LES HOPITAUX DE YAOUNDE

*Mémoire rédigé et soutenu publiquement en vue de l'obtention du diplôme de  
Master Professionnel en Psychologie du Travail et des Organisations,  
SOUTENU LE 04 JUILLET 2024*

**Option : Gestion et Prévention des risques Professionnels**

Par :

**GUIFFOU DJOUKA AUDREY DANIELLE**

*Licenciée en Sciences de la Santé, Sciences Infirmières*

Jury :

*Président :* **EBALE MONEZE Chandel,** *Maître de Conférences*

*Rapporteur :* **NYOCK ILOUGA SAMUEL** *Maître de Conférences*

*Examineur :* **BITOGO Joseph,** *Chargé de cours*



Février 2024

« La gestion de la santé et la sécurité au travail des employés et le respect des droits du travail sont des questions importantes pour les employés comme pour les investisseurs. Les entreprises peuvent, et doivent, bien faire et bien réussir. »

**Tim Smith**

« Il ne faut pas voir la bienveillance envers le personnel comme un coût supplémentaire qui réduit les profits, mais plutôt comme un puissant moteur qui peut transformer une entreprise en quelque chose de bien plus grand que son chef aurait pu imaginer. »

**Harold Schultz**

# SOMMAIRE

SOMMAIRE .....	I
DEDICACE .....	II
REMERCIEMENTS .....	III
TABLE DES ILLUSTRATIONS .....	IV
ABREVIATIONS ET ACRONYMES .....	VI
RESUME .....	VII
ABSTRACT .....	VIII
INTRODUCTION GENERALE .....	1
<b>PREMIERE PARTIE : CADRE CONCEPTUEL ET THEORIQUE .....</b>	<b>3</b>
<b>CHAPITRE 1 : CONTEXTE DE L'ETUDE ET PROBLEMATIQUE .....</b>	<b>4</b>
<b>CHAPITRE 2 : REVUE DE LA LITTERATURE .....</b>	<b>25</b>
<b>CHAPITRE 3 : INSERTION THEORIQUES .....</b>	<b>55</b>
<b>DEUXIEME PARTIE: CADRE METHODOLOGIQUE ET</b>	
<b>OPERATOIRE .....</b>	<b>70</b>
<b>CHAPITRE 4 : METHODOLOGIE .....</b>	<b>71</b>
<b>CHAPITRE 5 : PRESENTATION DES RESULTATS .....</b>	<b>91</b>
<b>CHAPITRE 6 : INTERPRETATION ET DISCUSSION DES RESULTATS .....</b>	<b>101</b>
<b>CONCLUSION GENERALE .....</b>	<b>111</b>
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....</b>	<b>112</b>
<b>ANNEXE .....</b>	<b>128</b>
<b>TABLE DES MATIERES .....</b>	<b>134</b>

A

Mon Père **GUIFFOU JEAN-CLAUDE**

# REMERCIEMENTS

Nous remercions tout d'abord Le Seigneur Jésus-Christ pour toutes ses grâces et son soutien tout au long de la mise en œuvre de cette recherche.

Nous voulons remercier grandement notre encadreur de recherche, Pr NYOCK ILOUGA Samuel, d'abord pour sa patience envers nous, et sa promptitude à toujours nous encourager dans les moments difficiles. Merci pour vos éclairages lumineux et votre disponibilité à servir.

Ce travail est le résultat de plusieurs efforts. Il a nécessité la participation de nombreuses personnes ; nous manifestons donc ici toute notre gratitude à tous ceux qui de près ou de loin ont participé à sa réalisation. Nous remercions spécialement :

❖ Pr EBALE MONEZE Chandel Chef du Département de Psychologie et Pr NYOCK ILOUGA Samuel Coordonateur du Master Professionnel de Psychologie du Travail et des Organisations pour la création de cette formation dans notre Université ;

❖ Tous les enseignants du Département de Psychologie de l'Université de Yaoundé 1, et ceux d'ailleurs, qui durant toute notre formation, nous ont abreuvé de leurs savoirs et de leurs précieux conseils ;

❖ M. AMBASSA Dieudonné Davy, M. TIOYONG DJOMOU Romuald, M. TALLA Christian pour leurs aides, soutiens et orientations techniques au cours de la recherche ;

❖ Dr Louis Joss BITANG à MAFOK, Directeur du CURY, pour nous avoir donné l'opportunité d'effectuer notre recherche dans cette structure ; Mme. PELANKEN Fadimatou Surveillante Générale Adjoint du CURY, pour nous avoir encadré dans cette structure ;

❖ Pr NTONE ENYIME Félicien, Directeur Général du CHU, pour nous avoir donné l'opportunité d'effectuer notre recherche dans cette structure ; Mme. FETUE Jeanne Brigitte, Coordinatrice au CHU, pour nous avoir encadré et orienté lors de nos déploiements dans la structure ;

❖ Tous les infirmiers, médecins et aides-soignants qui ont bien voulu participer à cette recherche ;

❖ Tous mes camarades de promotion et ceux des autres promotions ; mes amis du laboratoire de psychologie du Pr NYOCK

Nous présentons enfin notre gratitude à tous ceux dont les noms ne sont pas mentionnés ici, et qui par assistance financière, morale, spirituelle et/ou matérielle nous ont aidés dans la réalisation de ce travail.

# TABLE DES ILLUSTRATIONS

## 1. LISTE DES EQUATIONS

<b>Equation 1</b> : Formule du coefficient de corrélation de Bravais-Pearson .....	90
<b>Equation 2</b> : Formule de la droite de régression (régression simple) .....	90

## 2. LISTE DES FIGURES

<b>Figure 1</b> : Fondements de la charge cognitive (Martin et al., 2013) .....	28
<b>Figure 2</b> : Modèle complet et diagnostique de la santé mentale (Keyes, 2003) .....	44
<b>Figure 3</b> : Modèle théorique de demande et de latitude décisionnelle (R. Karasek, 1979) .....	58
<b>Figure 4</b> : Typologie d'emplois du modèle demandes-contrôle (R. A. Karasek & Theorell, 1990) .....	58
<b>Figure 5</b> : Modèle théorique de demande, de contrôle et du soutien (R. A. Karasek & Theorell, 1990) .....	69
<b>Figure 6</b> : Histogramme de distribution des scores de la latitude décisionnelle perçue au travail, avec courbe gaussienne indicative. ....	92
<b>Figure 7</b> : Histogramme de distribution des scores de la charge de travail perçue, avec courbe gaussienne indicative. ....	93
<b>Figure 8</b> : Histogramme de distribution des scores du climat social de travail perçue, avec courbe gaussienne indicative. ....	94
<b>Figure 9</b> : Histogramme de distribution des scores de la détresse psychologique au travail, avec courbe gaussienne indicative. ....	95

## 3. LISTE DES TABLEAUX

<b>Tableau 1</b> : Les principales caractéristiques des différentes définitions de détresse psychologique .....	46
<b>Tableau 2</b> : Les principales composantes de la détresse psychologique .....	53

<b>Tableau 3</b> : Récapitulatif des variables de l'étude ainsi que leurs modalités et indicateurs ...	73
<b>Tableau 4</b> : Le plan corrélationnel .....	74
<b>Tableau 5</b> : Outil de mesure des conditions de travail .....	78
<b>Tableau 6</b> : Outil de la détresse psychologique .....	79
<b>Tableau 7</b> : Etude de fiabilité sur les échelles de l'étude .....	81
<b>Tableau 8</b> : Quelques formations sanitaires publiques et privées de la ville de Yaoundé ....	82
<b>Tableau 9</b> : Distribution des participants selon le sexe .....	85
<b>Tableau 10</b> : Distribution des participants selon l'âge .....	86
<b>Tableau 11</b> : Distribution des participants selon le statut matrimonial .....	86
<b>Tableau 12</b> : Distribution des participants selon la profession .....	86
<b>Tableau 13</b> : Distribution des participants selon le type de contrat de travail .....	87
<b>Tableau 14</b> : Distribution des participants selon les horaires de travail. ....	87
<b>Tableau 15</b> : Distribution des participants selon le vécu des situations de tension avec les malades .....	88
<b>Tableau 16</b> : Statistique descriptive de la latitude décisionnelle perçue au travail. ....	91
<b>Tableau 17</b> : Statistiques descriptives de la charge de travail perçue .....	92
<b>Tableau 18</b> : Statistique descriptive du climat social de travail perçu .....	93
<b>Tableau 19</b> : Statistiques descriptives de la détresse psychologique au travail .....	94
<b>Tableau 20</b> : Distribution des participants suivant les scores de la détresse psychologique .....	96
<b>Tableau 21</b> : Matrice de corrélation entre la détresse psychologique et les conditions de travail .....	97
<b>Tableau 22</b> : Régression simple de la latitude décisionnelle perçue sur la détresse psychologique au travail. ....	98
<b>Tableau 23</b> : Régression simple de la charge de travail perçue sur la détresse psychologique au travail. ....	99
<b>Tableau 24</b> : Régression simple du climat social de travail perçue sur la détresse psychologique au travail. ....	100

## ABREVIATIONS ET ACRONYMES

**APD** : Anticiper, Planifier, Dissuader

**BIT** : Bureau International du Travail

**CHU** : Centre Hospitalier Universitaire

**CHUY** : Centre Hospitalier Universitaire de Yaoundé

**CNAMTS** : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie de Travailleurs Salariés

**COVID-19** : Corona Virus Delta 2019

**CURY** : Centre des Urgences de Yaoundé

**DPT** : Détresse Psychologique au Travail

**DSM-IV** : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 4<sup>th</sup> edition

**EPI** : Equipements de Protection Individuel

**HCY** : Hôpital Centrale de Yaoundé

**IFSI** : Institut de Formation en Soins Infirmiers de Troyes

**IRSST** : Institut de Recherche Robert-Sauvé en Santé et Sécurité au Travail

**ISOSL** : Intercommunale des SOins Spécialisés de Liège

**JCQ** : Job Content Questionnaire

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**ORL** : Otho-Rhino-Laryngologie

**ORS-Martinique** : Observatoire Régional de la Santé de la Martinique

**PIB** : Produit Intérieur Brut

**SEPS** : Syndrome d'Épuisement Professionnel des Soignants

**SGA** : Syndrome Général d'Adaptation

**SUMER** : Surveillance Médicale des Expositions des salariés aux Risques professionnels

**TMS** : Troubles Musculo-Squelettiques

**WISH** : World Innovation Summit for Health, (sommet mondial de l'innovation de la santé)

## RESUME

La détresse psychologique au travail est une préoccupation pour les chercheurs qui travaillent à proposer des stratégies permettant d'améliorer le bien-être psychologique des travailleurs. Cette problématique a fait l'objet de nombreuses recherches (Cadieux & Marchand, 2015; Goyette, 2015; Guemeta Tsayem, 2020; Negueu et al., 2019; René et al., 2020; Roy, 2009; Vila Masse, 2017). Malgré cette pléthore de recherches, très peu ont mis en relation les trois variables de Karasek et Théorell (1990), et la détresse psychologique dans le domaine de la santé, dans le contexte africain en général et camerounais en particulier. Ainsi la présente étude part du problème de la dégradation de l'état de santé psychologique du personnel soignant des hôpitaux de Yaoundé, et se propose de vérifier si la détresse psychologique du personnel soignant des hôpitaux de Yaoundé est liée aux conditions de travail perçues. En vue d'atteindre cet objectif de recherche, une hypothèse générale a été formulée, et voici son énoncé : La détresse psychologique du personnel soignant des hôpitaux de Yaoundé est liée à la perception de leurs conditions de travail. Les données collectées auprès de 102 personnels soignants des hôpitaux de Yaoundé au moyen d'un questionnaire auto-rapporté, ont été traitées par des analyses de corrélation et des analyses de régression linéaire simple. Les résultats de ces analyses révèlent globalement que : les conditions de travail à l'hôpital sont significativement liées à la détresse psychologique au travail. Autrement dit, parmi les trois dimensions des conditions de travail dans les hôpitaux, la charge de travail augmente la détresse psychologique des soignants ; tandis que la latitude décisionnelle et le soutien social au travail réduisent la détresse psychologique des soignants des hôpitaux de Yaoundé. Ces résultats permettent d'appréhender l'impact des conditions de travail sur la santé psychologique des travailleurs du secteur de la santé. Ainsi, les gestionnaires de santé gagneraient à mettre en œuvre des mesures de gestion susceptibles de générer un meilleur sentiment du vécu des conditions de travail chez le personnel soignant. Car ce sentiment semble refléter leur perception de leurs conditions de travail, et est par conséquent un bon indicateur de la détresse psychologique au travail.

Mots-clés : Détresse psychologique, santé psychologique, conditions de travail, charge de travail, personnel soignant

## ABSTRACT

Psychological distress at work is a concern for researchers working to propose strategies to improve the psychological well-being of workers. This issue has been the subject of numerous research (Cadieux & Marchand, 2015; Goyette, 2015; Guemeta Tsayem, 2020; Negueu et al., 2019; René et al., 2020; Roy, 2009; Vila Masse, 2017). Despite this plethora of research, very few have linked the three variables of Karasek and Théorell (1990), and psychological distress in the field of health, in the African context in general and Cameroonian in particular. Thus, the present study starts from the problem of the deterioration of psychological health of nursing staff in hospitals in Yaoundé, and aims to verify whether the psychological distress of nursing staff in hospitals in Yaoundé is linked to perceived working conditions. In order to achieve this research objective, a general hypothesis was formulated, and here is its statement: The psychological distress of nursing staff in Yaoundé hospitals is linked to the perception of their working conditions. Data collected from 102 healthcare workers in Yaoundé hospitals using a self-reported questionnaire were processed by correlation analyzes and simple linear regression analyses. The results of these analyzes generally reveal that: hospital working conditions are significantly linked to psychological distress at work. In other words, among the three dimensions of working conditions in hospitals, workload increases caregivers' psychological distress; while decision-making latitude and social support at work reduce the psychological distress of caregivers in Yaoundé hospitals. These results make it possible to understand the impact of working conditions on the psychological health of workers in the health sector. Thus, health managers would benefit from implementing management measures likely to generate a better feeling of the experience of working conditions among healthcare personnel. Because this feeling seems to reflect their perception of their working conditions, and is therefore a good indicator of psychological distress at work.

Keywords: Psychological distress, psychological health, working conditions, workload, nursing staff

# INTRODUCTION GENERALE

Généralement, le travail est caractérisé par une pénibilité grandissante, pourtant il rythme le quotidien des humains. Puisqu'il occupe la majeure partie des journées, le travail implique un aménagement spécifique de son lieu d'exercice et une organisation méticuleuse, pour une faisabilité avec moins de dommages sur la santé des travailleurs. En effet, la qualité de l'environnement de travail déterminerait l'efficacité, la productivité des travailleurs et aussi leur état de détresse psychologique au travail. Ainsi des troubles peuvent survenir, et s'illustrent sous des formes variées allant du stress à l'épuisement, en passant par des addictions et des violences envers autrui ou envers soi-même (Vallery et Leduc, 2000). Ceci est valable pour les travailleurs du secteur de la santé. Il y est admis que les hôpitaux, se doivent d'être méticuleux dans leur organisation du travail, tant leur objectif principal est sensible : sauver des vies.

En tant que professionnelle soignante, nous avons observé entre autres, des infirmiers et médecins ayant développé une addiction à l'alcool. Ils se trouvaient régulièrement ivres lors de leur service, si bien que leurs collègues prenaient déjà ces situations pour normales. Une infirmière nous avait même confié que : « Le travail est tellement stressant, qu'avant de me rendre au service, je dois d'abord prendre deux 33 glacées pour bien travailler. » Cette observation a également été faite en 2015 : une étude nationale sur 7206 médecins américains retrouve que 12,9 % des hommes et 21,4 % des femmes médecins remplissent les critères d'un mésusage ou d'une addiction à l'alcool (Oreskovich et al., 2015). Ainsi de nos jours, la prise en considération des cas de détresse psychologique au travail du personnel soignant est une nécessité immédiate.

Une littérature scientifique a mis de l'avant les effets négatifs des conditions rudes de travail sur la santé psychologique des travailleurs (Goyette, 2015; Vila Masse, 2017). Au Cameroun en 2018, 38,36% de 143 infirmiers des régions anglophones ont été identifié comme souffrant de détresse psychologique à type d'épuisement professionnel. A Yaoundé, aucune étude n'a encore été publiée à ce sujet sur les soignants, cependant les plaintes de ces derniers ne sont pas en reste. En effet, il est possible de déterminer si un infirmier ou un médecin est épanoui dans son travail, au vue de son attitude, de son comportement envers les usagers des hôpitaux (nervosité, colère, amertume), envers ses collègues (compétitions, cachoteries, hypocrisie) et envers son travail (laxisme, légèreté, désintérêt, distraction, déshumanisation).

Pour Wolfelsperger (1973), les conditions de travail sont l'ensemble d'éléments qui déterminent le confort physique et psychologique du travailleur dans l'exercice de son activité (la salubrité, la sécurité, l'ambiance, la nature des rapports hiérarchiques et des rapports avec les collègues, ...). Cette étude a été inspirée des travaux de (Goyette, 2015) afin d'évaluer le niveau de détresse psychologique au travail du personnel soignant des hôpitaux de Yaoundé. Dans cette étude, les conditions de travail sont opérationnalisées suivant les travaux de (Desharnais-Pépin, 2008) et (Vila Masse, 2017) en trois (03) dimensions : (1) La latitude décisionnelle au travail (utilisation des compétences et l'autonomie au travail) ; (2) La charge de travail (demandes psychologiques et demandes physiques) ; (3) Le climat social au travail (soutien social de la hiérarchie et soutien social des collègues). L'objectif de ce travail est de déterminer l'influence de chacune des dimensions des conditions de travail sur la détresse psychologique.

Dans la présente étude, la détresse psychologique au travail sera évaluée auprès du personnel soignant des hôpitaux de Yaoundé. La spécificité de cette étude concerne les attentes portées sur les conditions de travail comme principal facteur de variation de la détresse psychologique au travail. En effet, il sera important de démontrer en quoi le fait pour le soignant de percevoir une charge de travail souple, une grande latitude décisionnelle et un soutien important de sa hiérarchie et de ses collègues, peut le mettre à l'abri de tensions psychologiques au travail. C'est dans ce même ordre d'idée que nous avons formulé notre sujet de mémoire intitulé : *Les conditions de travail et la détresse psychologique du personnel soignant dans les hôpitaux de Yaoundé*

Pour ce faire, les données collectées auprès de notre échantillon de 102 personnels soignants exerçant dans des hôpitaux de la ville de Yaoundé, ont été traitées par les analyses de corrélations et de régressions linéaires simples. Les résultats ont été discutés à la lumière de la théorie des demande-contrôle de Karasek (1979), et celle des demande-contrôle-soutien de Karasek et Théorell (1990).

Ce mémoire est organisé autour de deux parties. La première partie intitulée cadre théorique, comporte trois chapitres : le chapitre un présente la problématique de notre étude, le chapitre deux traite de la revue de littérature, et le chapitre trois aborde les modèles théoriques de référence. La seconde partie intitulée cadre opératoire est structurée en trois chapitres : le chapitre quatre précise la méthodologie employée dans cette étude, le chapitre cinq présente les données et résultats de recherche, et le chapitre six fait la synthèse des résultats et leur discussion.

**PREMIERE PARTIE :**  
**CADRE CONCEPTUEL ET**  
**THEORIQUE**

# CHAP 1 :

## CONTEXTE DE L'ETUDE ET PROBLEMATIQUE

### 1.1 Contexte empirique :

En générale, le travail rythme le quotidien des humains. Selon Enriquez (1992), le travail est le lieu où l'homme se construit une identité professionnelle, un lieu de socialisation, un lieu d'expériences singulières qui nourrissent ses fondements narcissiques. Mais il dit également que le travail peut aussi être un lieu de déconstruction sociale, de souffrance psychique, un lieu où l'homme et son besoin de valorisation narcissique sont pris au piège d'un imaginaire leurrant (Enriquez, 1992). Le travail peut donc à la fois soutenir et détruire la santé physique et mentale d'une personne. Mais l'absence de travail détruit aussi la santé (Dejours, 1980; Gollac & Volkoff, 2006). Le travail consiste, de manière concrète, en une activité réelle, c'est-à-dire une succession d'actions exécutées en réponse à des prescriptions assignées au préalable. Ainsi, à chaque poste correspond un certain type et une certaine qualité de tâches assignées, à effectuer dans un temps imparti (Tourmen, 2007). Le travailleur dans son activité est donc confronté à des contraintes et la pression quant à l'atteinte des objectifs préétablis. Aussi, dans certaines circonstances, le plus souvent occasionnelles, qui deviennent régulièrement habituelles, le nombre de tâches assignées est revu à la hausse, sans modification du temps de travail. Ce qui engendre, à cet effet, une pression élevée subie par le travailleur, et une surcharge de travail. Tout ceci ne laisse pas le travailleur sans conséquence sur sa santé : ils font partie des facteurs déterminant la survenue et le développement du stress professionnel, de la détresse psychologique chez le travailleur (Légeron 1, 2008).

A cet effet, entant que professionnelle soignante, nous avons pu observer bon nombre d'attitudes inquiétantes de la part de nos collègues dans les hôpitaux. Nous avons observé notamment des infirmiers et médecins ayant développé une addiction à l'alcool. Ils se trouvaient régulièrement ivres lors de leur service, si bien que leurs collègues prenaient déjà ces situations pour normales. Une infirmière nous avaient même confié que : « Le travail est tellement stressant, qu'avant de me rendre au service, je dois d'abord prendre deux 33 glacées pour bien travailler. » Cette observation a également été faite en 2015 par Oreskovich et ses collaborateurs : une étude nationale sur 7206 médecins américains retrouve que 12,9 % des

hommes et 21,4 % des femmes médecins remplissent les critères d'un mésusage ou d'une addiction à l'alcool (Oreskovich et al., 2015). Aussi en 2020, les travaux de Thiebaud et ses collaborateurs, ont permis de voir que parmi 515 médecins français parisiens (généralistes et hospitaliers), la prévalence déclarée du trouble de l'usage de l'alcool a été mesurée à 12,6 % (Thiebaud et al., 2021).

Les professionnels soignants nous ont également laissé entrevoir qu'ils évitaient les malades et garde-malades. En effet, ils s'arrangeaient à ne les voir qu'en cas d'intervention directe nécessitant absolument leur présence (soins, consultation, pansement, paramètres, ...). Pour cela ils mettent en œuvre des comportements comme regrouper les soins ; rester cloîtré dans les bureaux, ou la salle des infirmiers, en absence de travail ; être toujours pressé dans les couloirs ; ne pas écouter les inquiétudes des gardes malades, au point où ceux-ci sont quelques fois mal informés. Un garde malade se lamentait en disant : « Depuis trois jours que nous sommes là, je n'ai vu le docteur qu'une seule fois, le premier jour ; et les infirmières ne passent que les matins et soirs. » Cela a aussi été observé en 2011 en France par Borteyrou et ses collègues, lors de leurs travaux sur le coping du personnel soignant et non soignant en oncologie. Ils y mentionnent 3 attitudes qui renvoient à l'idée de coupure (se reposer, prendre des congés, faire la coupure en sortant du travail). Ces attitudes correspondent à des stratégies qui permettent de quitter le contexte professionnel. Seule une étude (Hackett & Bycio, 1996) aborde ce sujet, suggérant que l'absentéisme peut être considéré comme une stratégie alors que la plupart des recherches le considère comme une conséquence comportementale de l'exposition au stress. En effet, il s'agit ici de se protéger des stressseurs professionnel en les évitant. Selon Borteyrou, il ne s'agit pas d'un évitement cognitif mais d'un évitement comportemental élaboré de manière rationnelle (Borteyrou et al., 2011).

Nous avons également eu à observer des soignants qui étaient régulièrement nerveux (se), le visage toujours attaché, n'étant pas ouvert à la conversation, grondant les malades et prenant toute déclaration de ceux-ci comme des affronts. Une aide-soignante relate ceci : « Les malades sont des hypocrites, ingrats et égoïstes. Moi je continue de venir au travail seulement parce que je suis obligée. » Cette nervosité des soignants a tout aussi été observée en 2008 par Perruchoud, dans une étude qualitative sur les soignants d'un service d'oncologie valaisan, il relate que : « La personne, stressée par son travail, peut ressentir des maux de tête, être fatiguée, irritable et peut aussi souvent pleurer. De plus, les relations avec ses collègues et ses patients deviennent difficiles. L'envie de se lever le matin pour aller travailler diminue. Puis, l'état de la personne se dégrade. A ce moment-là une relation

professionnelle avec ses patients devient impossible. Le patient est perçu comme un objet et non comme un être humain. » (Perruchoud, 2008).

D'une façon régulière, mes collègues et moi étions toujours anxieux de parvenir à concilier les intérêts de la structure (faire des entrées financières et limiter les pertes de toutes nature) et ceux des malades (recouvrer la santé à moindre coût et rapidement), sans toutefois disposer de tout le matériel nécessaire, et parfois le malade étant indigent. Nous étions principalement anxieux que notre intérêt personnel ne soit affecté (couper le salaire d'un soignant suite à une perte liée à sa responsabilité). C'est ainsi que lorsqu'il arrivait des situations d'impuissance (le malade n'a pas de médicaments, la pharmacie de l'hôpital ne dispose pas du médicament nécessaire et c'est la nuit, l'état du malade ne s'améliore pas et nous n'en trouvons pas d'explications), nous étions plongés dans une tristesse profonde dont nous avons tendance à trouver un moyen de s'en échapper. Cela a aussi été observé par Sassel en 2021 lors de son étude dans l'Intercommunale des Soins Spécialisés de Liège (ISoSL). Il a notamment relevé que sur 28 soignants interrogés, 10 soignants (soit 35,71%) sont classés dans la catégorie « existence de troubles anxio-dépressifs » ; 11 soignants (soit 39,28%) avaient des troubles anxieux probables ou sévères ; 7 soignants (soit 25,01%) avaient des troubles dépressifs probables ou sévères (Sassel, 2021).

En connaissance de ces remarques négatives sur le personnel soignant, nous nous sommes interrogés et avons cherché des réponses. A notre grande satisfaction, nous avons trouvé que le docteur Ronald KESSLER et ses collaborateurs avaient eu à parler de ces observations en les alignant comme des signes et symptômes d'une détresse psychologique au travail non spécifique, dont ils élaboraient une échelle pour la mesurer (Kessler, Andrews, & Colpe, 2002). Ainsi nos observations ont été conceptualisées en la détresse psychologique au travail.

A l'échelle mondiale, bon nombre de chercheurs se sont penchés sur la question de détresse psychologique au travail. (Clot, 1999; Clot & Litim, 2008; Dejours, 1980; Folkman & Lazarus, 1980). Les évolutions de l'environnement du travail au cours des dernières décennies se sont traduites par une diminution de la pénibilité physique du travail (les machines ont remplacé les hommes dans les tâches les plus ingrates) mais aussi par une augmentation de la pénibilité psychologique, et donc une augmentation des cas de détresse psychologique, d'épuisement professionnel, de burn-out (Légeron, 2008). Au Québec, la proportion de travailleurs souffrant de détresse psychologique est à un niveau inquiétant,

comme les résultats d'une recherche le présentent, « 18,1% des travailleurs québécois présentent un niveau élevé de détresse psychologique, soit près de 01 travailleur sur 05 » (Vézina et al., 2011).

Par ailleurs en Europe, plus précisément en Martinique, entre 1989 et 1991 d'après les statistiques d'admissions hospitalières pour affections de longue durée, 46 % de ces admissions étaient occasionnées par des troubles mentaux chez les 15-34 ans, 13 % chez les 35-64 ans et 6,2 % des admissions pour les 65 ans et plus (ORS-Martinique, 1994). Aussi, les suicides et tentatives de suicide sont des indicateurs d'une détresse extrême. La comptabilisation faite par Abdallah en 1994 pour la période allant de 1986 à 1993 montre que le nombre moyen de suicides réussis à la Martinique était de 31 par année, avec des pointes allant de 16 en 1986 à 50 en 1993. Si les décès par suicide représentaient 2,35 % de tous les décès en 1993 avec un taux de 13,6 pour 100 000 habitants (21,3 pour 100 000 chez les femmes, 7 pour 100 000 chez les hommes), ce taux demeurait inférieur à celui observé dans la France métropolitaine à la même période (20,4 pour 100 000) (Massé, 2001). Ainsi, la question de la détresse psychologique en milieu de travail est préoccupante et exige une attention particulière.

La détresse psychologique au travail est particulièrement alarmante dans le secteur de la santé, notamment chez le personnel soignant des hôpitaux. En effet, étant ceux à qui sont confiés des malades, leur état de santé conditionne leur aptitude à prodiguer des soins. Selon une étude menée dans des hôpitaux en Tunisie, 40,7% du personnel d'anesthésie-réanimation étaient stressés, et une anxiété sévère à très sévère a été notée dans 25,9% des cas. (Halouani et al., 2018). Comme pour dire que le stress professionnel et l'anxiété sont très élevés dans les hôpitaux, mais varie suivant les différents services.

Lors de la pandémie au COVID-19, à l'occasion de laquelle la demande en soins de santé s'est accrue, les conditions de travail se sont dégradées davantage dans les formations sanitaires. Cette détérioration des conditions de travail n'a pas épargné le personnel soignant de conséquences psychologiques. Telle est la substance de l'observation faite par l'OMS, qui soutient que l'augmentation du nombre des cas positifs diagnostiqués au Coronavirus, a provoqué dans les hôpitaux des arrivées en grand nombre de patients présentant des formes graves de la maladie, et conduisant à une augmentation alarmante de la mortalité au sein même des services de soins. Ce qui a engendré du stress principalement pour les personnels de la santé qui sont en première ligne face au virus. Ils ont donc été exposés à la détresse

psychologique liée à une lourde charge de travail, à des conditions matérielles souvent déficientes et aux situations traumatisantes. (El Abidine & Slaoui, 2021)

Dans un même ordre d'idées, suite à la pandémie du COVID-19 à laquelle les travailleurs de santé étaient généralement ceux qui s'exposaient le plus au virus, une étude menée au Cameroun sur 332 soignants a révélé un taux important d'anxiété (41,8 %) et de dépression (42,8 %). Et La comorbidité anxiété-dépression dans l'échantillon était de 14,73 %. (Mboua et al., 2021). Au Maroc également, des recherches ont révélé que la prévalence du stress chez les infirmiers et médecins était de 21,7 % pour un échantillon de 3554 sujets. Le sexe féminin et les paramédicaux étaient les plus atteints (Laraqui et al., 2008). Par ailleurs, on observe aussi dans les statistiques de la Caisse de Retraite des Médecins Français, que 10 à 48% (moyenne 25 %) des infirmières actives de pays occidentaux ont un niveau croissant d'épuisement professionnel quels que soient le milieu de travail et la spécialité considérés. Les médecins ont aussi des difficultés psychologiques, avec un taux de dépression et de suicide plus élevé que dans la population générale (Pierre Canouï, 2003).

La multiplication des cas de détresse psychologique des travailleurs du domaine de la santé n'est qu'une suite logique au nouveau rythme de vie. Effectivement, les centres hospitaliers mettent fréquemment en œuvre des réformes hospitalières, dans le but à chaque fois d'adapter le service à la qualité de la demande évoluant dans le temps, mais aussi en vue d'optimiser les gains, dans une politique de gestion d'hôpital entreprise. Dans cet état des faits, il a été mis en évidence que les victimes sont majoritairement des femmes. En effet, celles-ci ont un intérêt marqué pour la conciliation travail-famille, puisqu'un meilleur équilibre entre le travail et la vie personnelle et familiale, est un facteur favorisant le bien-être au travail. (Doré & Caron, 2017). L'incidence des détresses psychologiques chez les soignants est aussi plus marquée en fonction des services de travail. C'est ainsi que les services d'accueil et urgences, ou d'anesthésie et réanimation, qui sollicitent beaucoup d'efforts de la part du soignant (médecin, infirmier, aide-soignant), s'avèrent être les services les plus stressants d'un hôpital. Par contre les services spécialisés comme l'ophtalmologie, l'odontostomactologie, la radiologie, l'otorhino-laryngologie, sont plutôt calmes et engendrent difficilement des cas de détresse psychologique (Joly, 2003). Par ailleurs, le travail stressant avec des urgences, des longues files d'attente, des interruptions, et de la pression de la part des malades, du temps, et de la hiérarchie, conduit inévitablement le personnel soignant vers la détresse psychologique. Mais selon les professions, l'on constate que les infirmières et les aides-soignantes sont les plus affectées, en comparaison aux médecins et techniciens de

laboratoire, bien qu'ils en souffrent eux aussi. En effet, une recherche menée auprès du personnel soignant travaillant en milieu hospitalier, a permis de découvrir une forte prévalence de problèmes de santé mentale chez les infirmières du Québec (Bourbonnais et al., 2001). Les résultats font état d'un nombre important d'infirmières ayant vécu une détresse psychologique élevée. Ils montrent aussi une croissance de la durée des absences pour maladie certifiée, quel que soit le diagnostic, et une croissance de l'incidence et de la durée des absences pour cause d'un diagnostic de santé mentale.

Les études antérieures ont beaucoup insisté, à juste titre, dans l'étude du travail sur les aspects néfastes de conditions de travail difficiles, et c'est récemment qu'on s'est aperçu que le travail pouvait aussi être source d'équilibre pour l'homme. Si bien que souffrance et plaisir au travail ne paraissent pas être des pôles opposés d'un axe qui va du mal-être au bien-être, mais bien plus : les axes dialectiques de la fonction psychologique complexe qu'est le travail (Clot, 1999). La réalité déplorable décrite ci-dessus semble dire que les personnels soignants ne font que souffrir dans l'exercice de leurs fonctions. Pourtant ils sont nombreux qui font carrière dans ce secteur d'activité, et nombreux dans les écoles de formations en vue de s'y faire enrôler par vocation. C'est dire que le personnel soignant n'est pas juste en proie à des détresses psychologiques, il y reçoit également du plaisir, de la satisfaction, du bien-être au travail. Même si analyser la santé au travail passe par le prisme de la souffrance au travail, ne retenir que cet aspect est réducteur : la dualité bien-être/souffrance au travail est une réalité permanente. Il faut donc penser la situation de travail dans une perspective plus large incluant le bien-être au travail.

La question de la santé psychologique au travail suppose alors de ne pas chercher uniquement à réduire les risques au travail, c'est-à-dire les aspects négatifs qui génèrent de la souffrance, mais d'élargir l'approche en y intégrant une dimension positive qui fait la promotion du bien-être au travail (Emeriat, 2012). Ainsi, la santé psychologique a deux pôles, l'un est le bien-être et l'autre est la détresse psychologique. Cependant, la détresse psychologique peut se manifester par l'épuisement professionnel ou burn-out, par un état d'anxiété chronique, ou encore par un syndrome dépressif lié au travail, bref, tout trouble psychologique consécutif à une exposition à des risques psychosociaux (Olié et al., 2016).

Comme dans tous les pays du monde et plus particulièrement ceux d'Afrique, la détresse psychologique des soignants est courante au Cameroun, même comme il est parfois très difficile d'obtenir des statistiques officielles sur le phénomène. Cette carence peut

s'expliquer par la rareté des psychologues consultants sur le territoire national et la non fréquentation des ceux en activité. Autrement dit, le personnel soignant se trouvant en difficulté psychologique ignore qu'il s'agit d'une difficulté à prendre en charge, et ne sait même pas à qui il devrait s'adresser. Tout de même, une étude menée au Cameroun sur un échantillon de 101 soignants à Douala (73,3% de femmes et 26,7% d'hommes), a abouti à des résultats tels que la prévalence de l'épuisement professionnel variait entre 62,4% à 35,7% en fonction de ses dimensions. En effet 62,4% des participants ne ressentaient pas d'accomplissement personnel ; autrement dit, n'étaient pas satisfaits de leur vie professionnelle au regard des projections qu'ils avaient faites. 44,5% souffraient d'épuisement émotionnel sévère. Et 35,7% souffraient de dépersonnalisation (René et al., 2020). Aussi, de janvier à juin 2018, Mbanga et ses collaborateurs ont fait l'une des rares études chez 143 infirmiers des régions anglophones qui montre que 38,36% faisaient l'épuisement professionnel (Mbanga et al., 2018). Le syndrome d'épuisement professionnel, autrement dit la détresse psychologique est donc un problème fréquent et d'actualité chez le personnel soignant du Cameroun.

### **1.1.1 POTENTIELLES CAUSES**

Le problème de détresse psychologique du personnel soignant des hôpitaux du Cameroun découle de nombreuses causes ou facteurs directs et indirect. Principalement, parlant des conditions de travail, les adductions d'eau et les alimentations électriques sont beaucoup plus instables, inefficaces ou inexistants dans plusieurs formations sanitaires du pays. C'est ainsi que le rapport de l'enquête effectuée par l'Institut National de la Statistique (2006) auprès de 143 formations sanitaires (dont 109 du secteur public et 34 du secteur privé) essaye de décrire les caractéristiques de l'offre des soins au Cameroun. Il ressort de ce rapport qu'environ 63% des centres médicaux d'arrondissements et 77% des centres de santé intégrés ne disposent pas d'eau courante, pourtant l'eau est une denrée indispensable pour le maintien d'une bonne hygiène dans les formations sanitaires (Tagne et al., 2020).

Pareillement pour l'électricité, le Cameroun étant un pays en voie de développement, nombreuses sont les formations sanitaires où les défauts d'électricité sont encore d'actualité, y compris le matériel de base nécessaire pour venir au secours des vies humaines en danger. Toutes ces difficultés empêchent les soignants d'agir promptement à chaque fois qu'il y a un besoin, et les contraignent donc à assister impuissant à la souffrance des malades qu'ils sont sensés soulager. Dans les Services Accueil et Urgence de Yaoundé, la durée de séjour est prolongée : 10% des usagers y passent moins d'une heure contre 65% qui y restent plus de 24

heures. Pourtant dans un CHU tunisien, les patients attendaient en moyenne 14 minutes pour être reçus, 73% des patients n'y passaient pas plus d'une heure et 97%, pas plus de quatre heures (Garga & Ongolo-Zogo, 2013; Jarrar et al., 2005). Face aux attentes prolongées, et des taux de mortalités à 10 jours élevés, les soignants se trouvent désœuvrés et impuissants.

Aussi, dans le contexte actuel de la modernisation, les hôpitaux subissent régulièrement des modifications, des changements, des interactions. Sans oublier que les services hospitaliers sont de plus en plus sollicités. Depuis l'avènement de la pandémie du COVID-19, la demande en soins de santé s'est accrue, les conditions de travail se sont dégradées davantage dans les formations sanitaires (El Abidine & Slaoui, 2021). Et bien avant, il était déjà établi que la fréquentation des hôpitaux était en augmentation (Sainsaulieu, 2004). Aussi, face aux restrictions budgétaires, les hôpitaux ont été forcés à la restructuration, aux fusions, à la compression d'effectifs, voire même à la fermeture. La charge de travail des employés, et plus particulièrement des infirmières, a augmenté (Greenglass et al., 2003).

En réalité, nous avons pu observer sur le terrain, en tant que professionnel de santé, que lorsqu'un médecin est malade, en général il sous-estime ses symptômes, maximise son traitement, ne s'autorise pas de temps de récupération, consulte dans le corridor, fait de l'auto diagnostic et de l'auto traitement, s'enferme dans le déni et rationalise. Ce soignant se pose des questions à propos de son efficacité et de la pertinence de son travail. Il remet en question son propre système de valeurs, commence à travailler un minimum et s'attache à éviter les conflits et les malades. Il essaye de se protéger lui-même contre tout et tout le monde. Le manque d'une véritable intervention psychologique auprès du personnel soignant camerounais les a amenés à trouver par eux-mêmes des stratégies plus ou moins efficaces pour s'adapter à leur situation anxiogène et stressante. Toute la panoplie des mécanismes de défense ou d'évitement s'installe : déni, désensibilisation, projection, refoulement, identification projective. Mais le soignant poursuit inexorablement son activité sans écouter son corps, les appels désespérés de ses proches, et les mises en garde de ses collègues. Poussé dans ses derniers retranchements, il finira par « craquer », décompenser, se déprimer ou présenter une ou des affections physiques qui l'obligeront malgré lui à s'arrêter.

Selon l'Association Médicale Canadienne, le mal être du médecin a six principales causes : le volume de travail, le manque de sommeil, les sollicitations pour l'enseignement et la recherche, le risque de poursuite en justice, l'augmentation des attentes du public et la confrontation à son impuissance et à la mort (Puddester, 2001).

### 1.1.2 CONSEQUENCES

Cependant, que ce soit l'épuisement professionnel, le stress professionnel, l'anxiété chronique ou la dépression liés au travail, la détresse psychologique du personnel soignant entraîne des conséquences graves, tant pour les hôpitaux que pour le soignant en question. La détresse psychologique a des conséquences psychologiques telles que la démotivation professionnelle, l'addiction (toxicomanie, alcoolisme, tabagisme) et le suicide (Salvagioni et al., 2017). René et ses compagnons ont recensé des conséquences professionnelles telles que l'absentéisme, le présentéisme, les mécontentements, les erreurs médicales ou l'abandon pur et simple du poste (René et al., 2020). Cela dit, ces conséquences peuvent s'étendre jusqu'à l'installation et le développement des maladies dites professionnelles, la multiplication des accidents de travail lorsque la lucidité et la dextérité du soignant deviennent moindre, consécutif à sa détresse psychologique. Celle-ci est donc un facteur négatif pour la productivité, la santé physique et mentale du soignant. Si pour tous les professionnels, l'épuisement professionnel implique l'épuisement émotionnel et perte d'accomplissement de soi au travail il n'y a que dans les professions d'aide que la déshumanisation de la relation avec autrui a un impact très élevé (Truchot, 2016). La relation à l'autre est au centre de la profession médicale et constitue le fondement du sens du travail des professionnels de la santé. Une autre conséquence majeure pour le soignant en proie à la détresse psychologique, serait donc la perte du sens de son travail.

La recrudescence des accidents de travail dans les hôpitaux peut être consécutive à la multiplication des cas de détresse psychologique du personnel soignant. En France, entre 1996 et 2003, le nombre d'accidents avec arrêt de travail comptabilisés par la CNAMTS (Caisse Nationale de l'Assurance Maladie de Travailleurs Salariés) est passé de 658 083 à 721 227. Le rapport annuel de 2004 indique la survenue de 12 449 accidents du travail pour la fonction publique hospitalière (173 800 agents) et 2 785 maladies professionnelles ont été reconnues (Daubas-Letourneux, 2005). D'après les estimations du BIT, les accidents du travail et les maladies professionnelles font perdre chaque année 4% du produit intérieur brut (PIB) mondial, soit à peu près l'équivalent de 2 800 milliards de dollars E.-U., en coûts directs et indirects imputables aux accidents du travail et aux maladies professionnelles. Par ailleurs, les personnels de santé qui travaillent dans un contexte entropique et confrontés à la souffrance, à la maladie, à la mort sont soumis à une charge mentale importante. Certains auteurs pensent que la charge de travail mental est multipliée par 2 à 7 chez le personnel

hospitalier. Cela entraîne une fréquence élevée de dépression au travail, responsable à son tour de recrudescence des congés maladie de longue durée. Cela a été observé dans une structure sanitaire de Tunisie entre 2009 et 2013. Le nombre de congés de longue durée attribués au syndrome dépressif était de 768 congés avec 80 327 jours de travail perdus et une prévalence de l'absentéisme de 21,57% (Brahem et al., 2016).

### 1.1.3 MESURES PRISES

Le système sanitaire en général, et les hôpitaux en particulier, aux prises avec la détresse psychologique de son personnel soignant, paient très chère la prolifération de ces cas, tant les conséquences sur le plan financier sont importantes. Toutefois, face à une telle situation les hôpitaux et les gestionnaires du système de santé avaient déjà mis sur pieds des moyens pour prévenir et limiter l'apparition de cas de détresse psychologique lié au travail, et même pour restaurer ceux qui en souffrent déjà, chez les soignants.

Dès lors, la qualité de l'environnement de travail déterminerait l'efficacité, la productivité des travailleurs et aussi leur état de détresse psychologique au travail. Cette conception du travail et des travailleurs a été largement défendue dans les courants de la motivation au travail : (1) celui des besoins - mobiles - valeurs ; (2) celui du choix cognitif ; (3) et celui de l'autorégulation - métacognition (Roussel, 2000). En effet, ces courants soutiennent communément le fait que la motivation est caractérisée par quatre éléments à savoir : le déclenchement du comportement ; la direction du comportement ; l'intensité du comportement ; et la persistance du comportement. Comme quoi tout travailleur à son poste a besoin de motivation pour faire et même bien faire son travail. La motivation extrinsèque est celle qui est malléable par l'employeur ou les gestionnaires. Pour la susciter, ils peuvent, entre autre, aménager le lieu de travail et organiser le travail de façon à ce que le travailleur soit épanoui à son lieu de service. De ce fait, l'accent est mis sur le bien-être psychologique au travail à travers la théorie de la santé psychologique des travailleurs (Malo, 2015), qui stipule que la santé psychologique au travail serait caractérisée par différents indicateurs ; et parmi les plus étudiés, se trouvent la détresse psychologique et le bien-être psychologique.

Dans le but de protéger la sécurité et la santé des travailleurs impliqués dans la lutte contre le VIH/SIDA, en 2005 les experts du Bureau International du Travail (BIT) et de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) se sont mis d'accord sur des **directives conjointes** destinées à aider à assurer un personnel soignant efficace et en pleine santé (BIT et OMS, 2005). Ces directives concernaient entre autre le dialogue social qui inclut le partage

d'informations entre les gouvernements, les employeurs et les travailleurs, afin d'introduire des politiques et programmes permettant la mise en place d'environnement de travail plus sains et plus sûrs.

Le rapport du sommet mondial de l'innovation de la santé (World Innovation Summit for Health, WISH) et de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) met en évidence 10 mesures stratégiques qui doivent être appliquées sans délai, notamment investir dans des cadres et des cultures professionnelles qui préviennent le surmenage, favorisent le bien-être du personnel soignant et soutiennent la qualité des soins (OMS et WISH, 2022).

Dans la loi n°92/007 du 14 août 1992 portant sur le **Code du Travail au Cameroun**, l'article 80 mentionne que la durée de travail ne peut excéder 40h par semaine, avec une limite maximale de 48h par semaine. L'on note aussi aux articles 98, 99 et 100, des mesure de préservation de la santé des travailleurs, qui incombe l'employeur.

Au Cameroun, dans le décret Présidentiel n°2001/145 du 3 juillet 2001 portant **Statut particulier des fonctionnaires des corps de la santé publique**, il est mentionné à l'article 145 que les fonctionnaires soignants ne doivent en aucun cas exercer leur profession dans les conditions qui puissent compromettre la qualité des soins et des actes.

Au Cameroun encore, le Premier Ministre Chef du Gouvernement a publié le décret ministériel n°2000/692/PM du 13 septembre 2000 portant sur les **modalité d'exercices du droit à la santé du travailleur fonctionnaire**. A cet effet, les articles 5 à 11 détaillent des mesures prévues par l'Etat pour la prévention des accidents et maladies professionnelles : conditions d'hygiène et de salubrité, eau potable, vestiaires et autres.

De façon générale, il s'agit de promouvoir la santé psychologique des soignants à leur travail. Promouvoir la santé psychologique implique une nouvelle manière de concevoir et d'opérationnaliser la santé mentale ou psychologique dans son sens positif (Emeriat, 2012). La santé mentale ou psychologique doit être comprise comme une ressource essentielle qu'il faut protéger, alimenter et soutenir. Dès lors, des experts ont prescrits deux temps principaux de prévention : La prévention primaire qui consiste à prévenir le risque de SEPS (Syndrome d'Epuisement Professionnel des Soignants) au sein d'une équipe. Elle comporte 02 types de mesures qui peuvent être mises en place : les mesures collectives et les mesures individuelles ; la prévention secondaire qui est synonyme de dépistage, car le SEPS doit être reconnu au plus tôt (Colombat et al., 2011).

En guise de prévention primaire, des experts ont recommandé un certain nombre d'impératifs pour le soutien et favoriser la résilience des soignants : des consignes claires, des informations actualisées, des équipements de protection individuel (EPI), des tests de dépistage, des supports logistique (transport, logement, éducation, etc.), la diffusion de conseils fiables sur la gestion du stress (p. ex., <http://cn2r.fr/recommandations-epidemie-covid-19>). Il s'agit donc de relayer les informations institutionnelles, d'encourager un encadrement centré sur l'action, la clarté des consignes, l'attribution de fonctions précises à chacun, favoriser le partage de responsabilités pour les décisions difficiles (Greenberg et al., 2020), alterner des fonctions plus stressantes et moins stressantes, associer professionnels expérimentés et novices, ménager du temps pour le soutien entre collègues, et permettre des horaires flexibles pour les agents touchés (El-Hage et al., 2020). Des experts ont même proposé le modèle *Anticiper, Planifier, Dissuader* (APD) qui est un entraînement des soignants à la résistance au stress (Schreiber et al., 2019). Pour ce qui est de la prévention secondaire, il convient de définir une stratégie de dépistage et d'intervention contre l'épuisement professionnel des soignants.

Aussi, le système de santé du Cameroun établit régulièrement des programmes de promotion de la santé psychologique des travailleurs de la santé, en vue de limiter le développement et l'expansion des troubles psychologiques à type de détresse psychologique (Negueu et al., 2019).

Une publication de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) de Troyes en France, nous renseigne qu'une technique de soin est un savoir-faire élaboré en fonction de critères nécessaires et obligatoires : sécurité, hygiène, confort, efficacité ([www.ifsitroyes.fr/sites/default/files/concept\\_de\\_soin\\_2.pdf](http://www.ifsitroyes.fr/sites/default/files/concept_de_soin_2.pdf)). Comme pour dire que, pour bien exercer leur profession, les infirmiers ont besoin que certains préalables soient disponibles. Dans cette même lancée, Martel a expliqué dans un article que : Les soins infirmiers nécessitent, pour être exercés scientifiquement, dans les règles de l'art et comme un service profondément humain, des outils performants. [...] Les outils infirmiers sont le prolongement de la pensée et de la main des soignants. Ce sont leurs vrais moyens d'action. Sans un outillage complet, le service infirmier ne peut exister (Martel, 1991). Ainsi l'outillage basal peut être constitué de : l'électricité ; de l'eau ; des meubles spécifiques ; les papiers et blocs-notes ; des stylos de différentes couleurs ; des trotteuses ou montres bracelet ; du mètre ruban ; du stéthoscope ; du nécessaire des sanitaires ou toilettes ; des équipements de protection individuelle (EPI) ; sans oublier la disponibilité de médicaments à la pharmacie de l'hôpital, ou de la formation

sanitaire. Tandis que l'outillage spécifique fait intervenir : les médicaments prescrits ; le nécessaire du chariot de soins ; des registres et documents de suivi individuel ; l'équipement spécifique (oxygénateur ; glucomètre ; réactifs ; appareil pour examen spécifique ; appareil de surveillance clinique ; et autres ...), et autres. Ainsi, un outillage déficient, mal fourni ou absent, pourrait empêcher les soignants de remplir leur devoir, obligation de soins, et assister par ricochet, impuissant, à des situations dégradantes. Ce qui aurait un impact négatif sur leur santé psychologique. Mais il faut savoir que la formation des soignants inclut l'apprentissage des mesures nécessaires pour prévenir des atteintes de leur santé suite à l'exercice de cette profession (Carricaburu 1 et al., 2008; Veziat et al., 2020).

## **1.2 Contexte théorique :**

Dans la littérature, de nombreux travaux en psychologie du travail ont permis d'identifier un certain nombre de facteurs déterminants susceptibles d'affecter la santé psychologique des travailleurs, en les conduisant vers une détresse psychologique. Parmi ces facteurs, l'on note : un modèle théorique multi-niveaux des déterminants de la détresse psychologique (Marchand, 2004) ; la théorie des caractéristiques personnelles et individuelles et hors travail (Miech et al., 2007) ; la théorie des demandes-contrôle de (R. A. Karasek, 1979) ; la théorie des demandes-contrôle-soutien de (R. A. Karasek & Theorell, 1990).

Bien de chercheurs ont travaillé à mettre en relief des variables explicatives, ainsi que des moyens de préservation de la santé psychologique du personnel soignant. C'est ainsi que Marchand (2004) propose un modèle théorique multi-niveau des déterminants de la détresse psychologique. Il postule que les contraintes et les ressources engagées simultanément par la personnalité des agents (démographie, état de santé, traits de personnalité, habitudes de vie, événements stressants de l'enfance), les structures du quotidien (milieu de travail, famille, réseau social hors-travail) et les structures macrosociales (structure professionnelle) génèrent un stress ou une tension pour le corps et l'esprit pouvant provoquer chez les personnes qui y sont exposées, des réactions non désirées telles que la détresse psychologique. (Marchand, 2004).

Les caractéristiques personnelles et individuelles renvoient aux caractéristiques propres à l'individu, à certaines habitudes de vie, à ses traits de personnalité et aux événements stressants vécus au cours de l'enfance (Cadieux & Marchand, 2015). À cet effet, la détresse psychologique serait plus élevée chez les femmes (Miech et al., 2007). Une

consommation excessive d'alcool, le tabagisme et les événements stressants vécus au cours de l'enfance contribueraient également à augmenter la détresse psychologique (Holden et al., 2010). Inversement, le niveau de détresse tendrait à diminuer à mesure que l'âge augmente et serait également moins élevé chez les personnes présentant une forte estime de soi (Paterniti et al., 2002), un centre de contrôle interne (Gray-Stanley et al., 2010). Pour ce qui est des contraintes et ressources du milieu familial, il faut dire qu'être sans conjoint(e) ou vivre seul(e), tout comme les tensions dans les relations matrimoniales ou parentales, s'associerait à une détresse psychologique plus élevée (Frone et al., 1996, 1997) (Clays et al., 2007). À l'opposé, le fait d'avoir de jeunes enfants (0 à 5 ans) et de disposer d'un revenu familial élevé ainsi que d'un soutien social hors travail s'associerait à des niveaux de détresse psychologique plus faibles.

Le modèle des demandes-contrôle de Karasek (1979) est une théorie qui explique la génération du stress par les situations de travail, stress qui par la suite peut engendrer la détresse psychologique. Cette théorie postule que « si l'individu se trouve dans une situation où les demandes psychologiques sont élevées et où la latitude décisionnelle est faible, le stress qui ne peut être transformé en action se manifestera comme une tension psychologique pouvant résulter en des ennuis de santé physique et psychiques ». Elle est également appelée la théorie du Job-Strain. Elle a deux variables qui sont : la latitude décisionnelle (autonomie au travail et utilisation des compétences) et la charge de travail (physique et psychologique).

Le modèle des demandes-contrôle-soutien de Karasek et Théorell (1990) est une théorie qui vient compléter la précédente en y ajoutant une autre variable, celle du soutien social au travail (soutien des collègues, soutien de la hiérarchie). Elle postule que « si le modèle demande-contrôle prédit déjà un risque accru de tension et/ou de détresse psychologique chez les individus, ce risque s'accroît lorsque lui est associé un soutien social au travail faible ». Elle est aussi appelée la théorie de l'Iso-Strain.

Au niveau des conditions de travail, plusieurs recherches ont montré que ceux contribuant le plus au stress dans le cadre de l'exercice des professionnels soignants sont : le nombre d'heures travaillées, la crainte de commettre une faute professionnelle, les attentes des patients, les tâches cléricales et administratives, la charge de travail, les pressions budgétaires, le stress suscité par le rôle (conflit, ambiguïté ou surcharge), le fait de ne pouvoir pratiquer la profession comme on le voudrait, le manque de soutien des superviseurs, la possibilité de plainte des patients, ou de litiges, ainsi que les comportements non éthiques

(Bartram et al., 2009; Hayasaka et al., 2007; Viviers et al., 2008). Bref, la profession en elle-même semble offrir une piste explicative intéressante dans l'apparition de problèmes de santé psychologique. Dans ses travaux portant sur la charge de travail et l'équilibre des récompenses et leur impact sur la détresse psychologique, (Goyette, 2015) conclut dans son étude que : « plus un travailleur se voit confier une charge de travail élevée, plus il risque de souffrir de détresse psychologique. ». Pour Wolfelsperger (1973), les conditions de travail sont l'ensemble d'éléments qui déterminent le confort physique et psychologique du travailleur dans l'exercice de son activité (la salubrité, la sécurité, l'ambiance, la nature des rapports hiérarchiques et des rapports avec les collègues, ...). Il affirme donc que les conditions de travail font partie des déterminants de la santé psychologique au travail. (Wolfelsperger, 1973). Cependant, les conditions de travail à l'hôpital se présentent sous forme de contraintes : les horaires décalés et le travail posté à l'hôpital ; les efforts physiques importants ; l'exposition à des risques chimiques et biologiques ; la pression temporelle lié au travail en urgence, aux pics d'activité mais aussi au travail sous la pression d'une file d'attente. (Benallah, 2019).

Le contexte socioprofessionnel camerounais est caractérisé notamment par l'absence d'aménagement des conditions de travail, l'absence des contrats de travail et même le non-respect de ceux qui existent (Nyock Ilouga & Mouloungui, 2018). Un tel contexte de travail où le management, qui semble de plus en plus privilégier la quête des capitaux et des biens matériels, a relégué l'humain au second rang. Ces contraintes imposées dans l'exécution du travail exposent les travailleurs en général et les soignants en particulier à des pressions psychologiques très fortes. Celles-ci, subies de manière répétitive, peuvent conduire malheureusement à des troubles psychologiques divers (anxiété ; dépression ; stress pathologique ; burn-out) à type de détresse psychologique. Ces troubles seraient en fait des conséquences occasionnées par des conditions de travail inappropriées et subies par les soignants à l'occasion de l'exercice de leur travail. C'est la raison pour laquelle dans la présente étude, l'attention a été accordée aux conditions de travail, comme facteur favorisant susceptible d'expliquer la recrudescence des cas de détresses psychologiques du personnel soignant dans les hôpitaux de Yaoundé.

### **1.3 Problème de l'étude :**

Malgré sa pénibilité grandissante, le travail rythme le quotidien des humains. Puisqu'il occupe la majeure partie des journées, le travail implique un aménagement spécifique de son lieu d'exercice et une organisation méticuleuse, pour une faisabilité avec moins de dommages sur la santé des travailleurs. En effet, la qualité de l'environnement de travail déterminerait l'efficacité, la productivité des travailleurs et aussi leur état de détresse psychologique au travail. Ainsi, les responsables des organisations gagneraient énormément à favoriser le bien-être psychologique des travailleurs, plutôt qu'au développement de leur détresse psychologique. Ceci est valable pour les travailleurs du secteur de la santé. Il est admis que les hôpitaux, se doivent d'être méticuleux dans leur organisation du travail, tant leur objectif principal est sensible : sauver des vies.

Toutefois, le personnel soignant demeure confronté à de nombreux risques professionnels (Bennani, 2020). Ces risques sont aggravés par des conditions de travail stressantes, comme le travail de nuit ou isolé. La pénibilité du travail dans les hôpitaux freine ceux-ci remplir efficacement leurs objectifs au quotidien : sauver des vies, restaurer un niveau de santé acceptable. La prise en charge des malades exige un minimum de ressources et des conditions de travail adéquates qui font défaut dans les hôpitaux et services de santé du Cameroun.

C'est ainsi qu'il est fréquent dans les hôpitaux de la place, qu'un malade se fasse interné pour une maladie, et voit son séjour prolongé suite à une complication ou à l'installation d'une autre maladie, et cela consécutif à un outillage défaillant ou mal fourni, empêchant le soignant d'accomplir correctement son travail. Il a également été observé que davantage de patients internés étaient abandonnés, sans garde malade, les soignants se retrouvant contraint de subvenir à leurs besoins, c'est-à-dire l'alimentation, l'hygiène, et parfois même les factures d'ordonnances. Il arrive souvent des cas extrêmes où le soignant ignore les malades, les évite et les oublie jusqu'à ce que mort s'en suive. Cela traduit un désœuvrement des soignants, qui se trouvent affairés sans rien faire, car manquant de moyens d'agir, manquant d'outil pour s'activer. Nous parvenons ainsi au constat des conséquences de telles conditions de travail : les travailleurs de la santé se trouvent endommagés psychologiquement, car empêchés d'accéder au travail, pourtant ils ont obligation de prestation de soins envers toute personne en situation de santé critique.

Une affluence de malades associée à la situation d'outillage non fourni ou mal fourni, le personnel soignant se voit donc faire face à davantage de situations d'impuissance, de désœuvrement, au point de s'adonner au dicton populaire « on fait avec les moyens de bord ». Cela conduira à des difficultés d'adaptation, des souffrances au travail chez les soignants. Le cumul de l'ensemble de ces difficultés stressantes (surcharge de travail ; pression du temps, des malades, des collègues, de la hiérarchie ; la défaillance de l'outillage ; le fait que toute erreur soit fatale ; la conciliation travail-famille ; les horaires de travail), et particulièrement le désœuvrement associé à l'augmentation de la demande de soins conduit inévitablement vers une détresse psychologique (burn-out ; dépression ; anxiété pathologique ; troubles psychologiques atypiques). Ainsi, l'on est amené à se demander : Quel est le niveau de détresse psychologique généré par les conditions de travail chez les professionnels de santé des hôpitaux de Yaoundé ? Peut-on estimer l'impact des conditions de travail sur la détresse psychologie ?

**Notre étude pose donc le problème de la dégradation de l'état de santé psychologique du personnel soignant des hôpitaux de Yaoundé dans un contexte où les conditions de travail deviennent pénibles au fil du temps.**

#### **1.4 Question de recherche :**

Cette étude compte une question principale, et des questions secondaires.

##### **1.4.1 Question Principale :**

Pour être conduite efficacement cette étude se donne pour mission principale de répondre à la question suivante :

**Quel est l'effet des conditions de travail perçues sur la détresse psychologique du personnel soignant des hôpitaux de Yaoundé ?**

Cette question principale a été opérationnalisée en des questions secondaires.

##### **1.4.2 Questions secondaires :**

**Q1 :** Quel est le niveau de détresse psychologique du personnel soignant des hôpitaux de Yaoundé ?

**Q2 :** Quelle perception les soignants des hôpitaux de Yaoundé ont-ils de leurs conditions de travail ?

**Q3 :** Quel est le lien entre la perception des conditions de travail et le niveau de détresse psychologique du personnel soignant des hôpitaux de Yaoundé ?

## **1.5 Hypothèses de la recherche :**

### **1.5.1 Hypothèse Générale :**

En nous appuyant sur la théorie des demandes-contrôle-soutien de Karasek et Théorell (1990) suivant son application dans les recherches menées par (Negueu et al., 2019; Roy, 2009), qui exposaient respectivement la fréquence du burnout et les facteurs qui y sont associés d'une part, et l'étude des liens possibles entre la détresse psychologique et le climat psychologique de travail d'autre part, nous formulons **l'hypothèse générale (HG)** suivante : *La détresse psychologique du personnel soignant des hôpitaux de Yaoundé est consécutive à leur perception pénible de leurs conditions de travail.*

### **1.5.2 Hypothèses opérationnelles :**

Le concept de conditions de travail a été abordé par de nombreux chercheurs dans la littérature. Depuis que les métiers de la santé ont cessé d'être des sacerdoces pour devenir capitalistes, les conditions de travail dans les hôpitaux ont suscité de l'intérêt dans la littérature. Pour cette étude nous avons retenus le modèle de (Karasek, 1985; Theorell et al., 1990) qui est l'un des principaux modèles portant sur les origines du stress et ses conséquences sur la santé psychologique. Nous allons utiliser ce modèle tel qu'il a été employé par (Desharnais-Pépin, 2008) et (Vila Masse, 2017). Les indicateurs qu'il suggère sont regroupés ainsi : (1) La latitude décisionnelle au travail (utilisation des compétences et l'autonomie au travail) ; (2) La charge de travail (demandes psychologiques et demandes physiques) ; (3) Le climat social au travail (soutien social de la hiérarchie et soutien social des collègues).

Nous allons également utiliser la théorie de (Kessler, Andrews, Colpe, et al., 2002) qui permet de mesurer la détresse psychologique non spécifique telle qu'employée par (Roy, 2009) et (Vézina & Saint-Arnaud, 2011). Ainsi, les indicateurs seront l'ensemble des dix (10) questions de l'échelle de KESSLER.

Notre modèle conceptuel vise à cerner la contribution des conditions de travail dans l'explication de la détresse psychologique des professionnels de la santé. Dans notre étude, nous allons évaluer chaque élément des conditions de travail et observer ses effets sur la détresse psychologique. Ainsi trois (03) hypothèses ont été formulées :

**HR1** : La diminution de la latitude décisionnelle perçue au travail engendre une augmentation de la détresse psychologique du personnel soignant des hôpitaux de Yaoundé.

**HR2** : L'augmentation de la charge de travail perçue entraîne une augmentation de la détresse psychologique du personnel soignant des hôpitaux de Yaoundé.

**HR3** : La pauvreté perçue du climat social de travail entraîne une augmentation de la détresse psychologique du personnel soignant des hôpitaux de Yaoundé.

## **1.6 Objectifs de l'étude**

Dans notre étude, nous avons formulé un objectif général et des objectifs spécifiques.

### **1.6.1 Objectif Général**

L'étude menée dans le cadre de ce mémoire a pour objectif général de vérifier si la détresse psychologique du personnel soignant des hôpitaux de Yaoundé est consécutive aux conditions de travail perçues.

### **1.6.2 Objectifs Spécifiques**

Les objectifs doivent être spécifiques, mesurables, réalisables et réalistes. De l'objectif général ci-dessus découle quatre objectifs spécifiques, qui sont :

- ✚ Evaluer les conditions de travail perçues par le personnel soignant des hôpitaux de Yaoundé ;
- ✚ Evaluer la détresse psychologique du personnel soignant des hôpitaux de Yaoundé ;
- ✚ Examiner les liens existants entre les éléments de conditions de travail perçus et la détresse psychologique au travail.

## **1.7 Objet de l'étude et Orientations :**

Notre objet de recherche étant la détresse psychologique au travail, il entre dans le cadre de la santé<sup>1</sup>, non pas comme le définit l'OMS mais plus exactement dans le cadre de la santé au travail en tant que construit marqué par la présence de facteurs positifs et par l'absence de facteurs négatifs (Achille, 2003; Dejours, 1995; Labelle et al., 2001) avec

---

<sup>1</sup> *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie* » (définition de l'OMS, 1948)

comme conséquences, la présence de bien-être psychologique et l'absence de souffrance au travail.

Il se pose alors la question de la perspective dans laquelle nous allons étudier notre objet de recherche : c'est à travers les indicateurs de détresse psychologique, sans oublier les caractéristiques des conditions de travail effectives perçues dans les hôpitaux, que l'on peut étudier comment la perception des conditions de travail engendre la détresse psychologique du personnel soignant. Nous étudierons donc comment la détresse psychologique au travail est déterminée par l'utilisation des compétences, l'autorité décisionnelle, les demandes psychologiques, les demandes physiques, le soutien des collègues, et le soutien de la hiérarchie.

## **1.8 Intérêts de l'étude :**

Les intérêts de cette étude sont de trois ordres : scientifique, social et économique. Cette étude a un intérêt scientifique dans ce sens qu'elle permet de comprendre non seulement à quels points la détresse psychologique est variée, mais aussi comment cette dernière est principalement marquée par les conditions de travail. Elle offre une branche de réflexion sur la santé psychologique des travailleurs de la santé. Le fait de vérifier empiriquement l'effet des variables du modèle de Karasek (1979) permettra de mieux comprendre le rôle que jouent les conditions de travail dans la détresse psychologique. Les résultats contribueront ainsi à la progression des connaissances concernant les déterminants organisationnels de la détresse psychologique du personnel soignant.

Pour ce qui est de l'intérêt social, la conclusion de cette étude aidera les gestionnaires de santé dans la mise en place de leurs politiques en ressources humaines. En effet, les résultats concernant l'effet des conditions de travail permettront de fournir aux gestionnaires une idée plus précise quant aux meilleures politiques de ressources humaines à adopter. Ils seront en mesure de mieux orienter leurs interventions, que ce soit sur le plan de la réorganisation du travail ou de l'identification en avance des détresses psychologique du personnel soignant. Ces analyses pourront donc servir utilement aux gestionnaires d'hôpitaux et structures sanitaires, d'autant plus que la performance et rentabilité au travail en dépend. Elle apporte également une plus-value en ce sens qu'elle pourra permettre de rendre compte de la réalité managériale des structures sanitaires au Cameroun, et ainsi contribuer à adopter de nouvelles mesures en vue de préserver la santé du personnel soignant.

Au niveau économique, l'étude est intéressante car elle permettra de résoudre les nombreux problèmes limitant les gains financiers, et / ou engendrant des pertes pouvant s'évaluer financièrement. En effet, les responsables de formations sanitaires pourront s'en servir pour venir à bout des soucis d'absences pour maladie, d'accidents de travail, de négligences dans la prise en charge des malades, et tous autres dégâts causés par les problèmes de détresse psychologique du personnel soignant au travail.

## **1.9 Délimitation de l'étude :**

Il s'agit ici de la circonscription de notre étude sur le plan thématique, théorique et spatiotemporel, ceci dans le but d'éviter les ambiguïtés et assurer la compréhension de la présente étude.

**Délimitation thématique :** L'objet d'étude de notre travail étant la détresse psychologique au travail, celle-ci peut s'appréhender sous différents angles. En effet, d'un côté l'on pourrait l'approcher en parlant de ses précurseurs ou causes ou facteurs influençant, et d'un autre côté elle est étudiée en s'intéressant à ses impacts ou ses conséquences ou ses influences dans divers domaines. Dans le cas qui concerne cette étude, nous allons appréhender la détresse psychologique au travail par les conditions de travail comme facteur déterminant.

**Délimitation théorique :** Notre étude s'articule autour de différentes théories, portant individuellement et/ou communément sur la détresse psychologiques au travail, les conditions de travail, et l'organisation du travail dans un hôpital. Nous ferons donc allusion à la théorie des demandes-autonomies au travail de Karasek (1985), la théorie des manifestations de l'épuisement professionnel de Maslach (Green & Walkey, 1988; Kleijweg et al., 2013).

**Délimitation spatio-temporelle :** Notre étude a été menée durant l'année 2023, et dans les limites de la ville de Yaoundé, la capitale politique du Cameroun. Elle concerne les activités du secteur de la santé, et plus spécifiquement les infirmiers, médecins et aides-soignants des hôpitaux de références.

## CHAP 2 : REVUE DE LA LITTÉRATURE

Ce chapitre a pour but de faire état des connaissances de l'ensemble des travaux effectués sur notre thématique : les conditions de travail dans un hôpital et la détresse psychologique du personnel soignant. Nous présenterons d'abord la synthèse de littérature sur les conditions de travail à l'hôpital par ses caractéristiques et spécificités. Ensuite nous verrons la détresse psychologique au travail, avec son identité et ses signes caractéristiques. Pour terminer, nous allons évoquer quelques travaux ayant étudiés le lien entre la détresse psychologique au travail et les conditions de travail.

### 2.1 LES CONDITIONS DE TRAVAIL À L'HÔPITAL

#### 2.1.1 Définitions des concepts

Afin de mieux cerner les conditions de travail du personnel médical, il importe de définir certains concepts en lien avec la problématique.

##### Le Travail

En science sociale, le terme « Travail » reçoit des définitions variées dépendant de la conception de l'homme et de son rapport à la nature. Elles recouvrent des types de travaux différents, travail intellectuel, manuel etc.

Lakhar s. cité par Rolle (1989), définit le travail comme une façon d'être créatif et responsable, le vécu personnel le plus significatif dans la vie, une valeur en soi considérée comme un moyen de croyance de dépassement (Rolle, 1989). D'après lui, le travail est par excellence le rapport de l'homme à la nature, la liaison locale entre ces deux instances pourtant d'ailleurs indépendantes, et la seule force à priori qui soit à la fois nécessaire du point d'une reconnaissance sociale. Le rôle de travail ne se borne cependant pas à assurer l'existence et le développement de l'homme, il n'est pas que la source de sa force et de sa richesse. Selon Savtchenko « le travail est une activité rationnelle de l'homme grâce à laquelle il adapte les objets de la nature à ses besoins » (Savtchenko, 1984). Au cours du travail l'homme dépense son énergie physique, nerveuse et intellectuelle. En agissant par son travail sur le milieu ambiant l'homme modifie en même temps sa propre nature, assure le progrès de

la culture matérielle et spirituelle, développe ses capacités physiques et intellectuelles. La profession est définie comme un métier, une activité ou un emploi qui exige des connaissances spécialisées et une formation scolaire qui est parfois longue et, intensive (Petit Larousse, 2004). De façon explicite, la profession se présente comme un travail spécifique, puisque là sans nul doute, l'homme dépense son énergie physique, nerveuse et intellectuelle. Ainsi, tout personnel médical est un Homme qui travaille.

### **Conditions de travail**

Pour J.LEPLAT, cité par Citeau J.P, les conditions de travail sont l'ensemble des facteurs, à l'exclusion des caractéristiques individuelles des travailleurs, qui peuvent influencer les conduites au travail. Ces facteurs représentent l'ensemble des caractéristiques internes et externes au travail, dans lesquelles s'inscrit le travail. (Citeau, 1997). Il est tout autant difficile de mettre en lumière ce qui constitue de bonnes conditions de travail (absence de souffrances ne signifie pas l'existence de bonnes conditions du travail). Ces bonnes conditions peuvent être exprimées comme telle : « ce sont celles qui donnent au travailleur la liberté de travail favorable à sa santé » (Volkoff & Gollac, 2007). Autre possibilité de connaître objectivement les conditions de travail : une variation relative dans le temps, amélioration ou dégradation qualificative que des groupes de salariés soulignent. Les conditions de travail constituent donc l'environnement dans lequel les employés ou personnel soignant vivent sur leur lieu de travail.

### **Personnel médical**

Le personnel est défini comme ensemble des employés travaillant pour une même activité dans un service public ou privé. Plusieurs définitions disent qu'il n'y a pas de différence palpable entre les termes « agents », « employés » et « personnel ». C'est pourquoi dans ce travail, ces termes se remplacent valablement.

D'après Le Petit Larousse, le Personnel médical est un ensemble des personnes employés dans une entreprise, un service public ou privé, ayant étudié et pratiquant les soins de santé ou la médecine. La médecine étant une science qui a pour but la conservation et le rétablissement de la santé. Un médecin peut pratiquer la médecine générale sous l'appellation de « médecin généraliste » ou exercer une spécialité dans une sous branche de la médecine et on parle de « médecin spécialiste ».

A côté d'un médecin, il y a « l'infirmier » ou « l'infirmière » personne qui, ayant suivi des études médicales de base, est apte à dispenser des soins de nature préventives, curatives ou palliatives pour promouvoir, maintenir et restaurer la santé des patients. Ce **métier** à haute responsabilité exige rigueur, vigilance et technicité. (BERNARD & GENEVIEVE, 1989). Dans notre cas d'étude le personnel médical va s'étendre aux médecins, aux infirmiers (ères) et aux aides-soignants (tes).

### **Charge de travail**

La charge de travail tend à évoquer à la fois les tâches ou exigences jugées susceptibles de solliciter à l'excès l'activité des opérateurs (Grondin & Scapin, 2003) et les effets de ces tâches sur les fonctions des salariés (Montmollin, 1993). Leplat suggère (2002, p.28), d'appréhender la charge comme « une conséquence de l'activité pour l'agent qui répond aux exigences d'une tâche ». (Leplat, 2002)

Le plus fréquemment, la charge de travail est définie sous une forme dissociée, par les fonctions qu'elle sollicite chez l'individu (cognitives, physiques, émotionnelles, etc.). Il s'agit de la charge physique, et de la charge mentale constituée des dimensions cognitive et émotionnelle.

De manière générale, **la charge physique** peut être considérée comme l'ensemble des tâches « qui exercent sur l'homme des contraintes de type musculaire ou énergétique » (Monod & Lille, 1974). De ce fait, nous pouvons penser que toute tâche nécessitant une activité physique pourrait être facteur de charge physique. Définir la charge physique c'est avant tout décrire le poids de l'exercice physique lié à une tâche de travail.

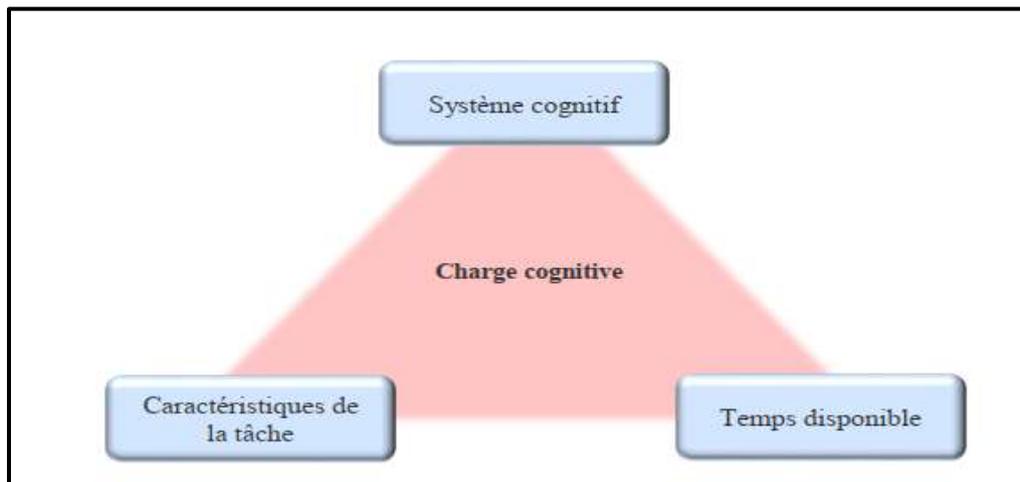
Pour Kantowitz (1987), **la charge mentale** représente « le degré de mobilisation d'un individu pour l'exécution d'une tâche donnée » (Kantowitz, 1987). Cette définition est plutôt floue, mais est complétée par la présentation des dimensions cognitive et émotionnelle. Selon (Bourbonnais et al., 2002) la charge mentale se définit selon deux axes : sur un axe on retrouve la charge cognitive et la charge affective et sur l'autre axe, se situe, l'aspect qualitatif et l'aspect quantitatif de la charge mentale.

En générale, **la charge cognitive** correspondrait à « l'intensité du traitement cognitif mis en œuvre par un individu lorsqu'il réalise une tâche donnée dans un contexte particulier ». (Chanquoy et al., 2007). Le fonctionnement cognitif peut alors être envisagé comme l'indicateur privilégié de la charge cognitive. Les travaux de Martin & al. (2013) corroborent cette hypothèse. Pour évoquer la charge cognitive, il faut présupposer que le sujet est muni

d'une architecture cognitive capable de traiter et de transmettre de l'information. Martin et son équipe envisagent donc la charge cognitive comme un triptyque reposant sur trois piliers essentiels que nous schématisons comme suit. (Martin et al., 2013)

### Figure 1

*Fondements de la charge cognitive (Martin et al., 2013)*



Cette proposition fonde l'analyse de la charge cognitive sur trois fondements essentiels: le fonctionnement cognitif de l'opérateur, les caractéristiques de la tâche qu'il réalise et le temps dont il dispose pour le faire.

**La charge émotionnelle** entretient des liens forts avec la notion de charge cognitive et repose sur des déterminants voisins (l'apprentissage ; l'analyse perceptive que fait l'opérateur de son environnement). Il semblerait que les émotions soient intégratives de la charge cognitive. Elles pourraient se positionner comme un déterminant cognitif supplémentaire, définissant la dimension acceptable, ou non acceptable, d'une situation de travail. Si l'opérateur juge les conditions acceptables, les émotions demeurent une ressource importante à la réalisation du travail. Dans le cas inverse, elles pourraient être une réelle contrainte, impactant de manière négative le processus cognitif. (Moureau, 2016)

#### 2.1.2 Les conditions de travail :

L'action des institutions en faveur de l'amélioration de conditions du travail s'est développée pour répondre aux facteurs de démotivation des employés dont l'absentéisme, le turn-over, les conflits sociaux qui se manifestent le plus souvent suite aux mauvaises conditions du travail dans une institution. Les actions d'aménagement des contenus de travail

visent à rendre le travail plus intéressant et donc plus motivant, à donner plus de responsabilité et à encourager l'initiative.

Pour Jacques Leplat, les conditions de travail s'orientent selon trois axes principaux :

- Orientation organique c'est-à-dire l'adaptation du travail à l'individu
- Conditions de travail elles-mêmes lorsque l'outil de travail répond aux besoins des travailleurs, un climat de travail favorable
- L'hygiène et santé. (Citeau, 1997)

Citeau classe aussi les conditions de travail en :

- *Les conditions physiques* : les caractéristiques des outils, des machines, de l'environnement immédiat du poste de travail (bruit, chaleur, éclairage,...)
- *Les conditions organisationnelles* : Horaires de travail, les procédures
- *Les conditions sociales*, en particulier la rémunération, la qualification, les relations avec la hiérarchie, les conditions de transport, logement, l'assurance maladie. (Citeau, 1997)

Les conditions de l'organisation du travail englobent plusieurs dimensions, soit la conception des tâches (utilisation des compétences, autorité décisionnelle), les demandes du travail (physiques, psychologiques, contractuelles), les relations sociales et les contraintes horaires (Marchand et al., 2005).

### **2.1.3 Le stress professionnel**

#### **2.1.3.1 Définition du stress professionnel**

Le mot 'stress' est un anglicisme synonyme de : « effort intense, tension ».

L'expression « stress » veut dire « tension » et a été inventée par les ingénieurs du 19<sup>e</sup> siècle qui se réfèrent à ce mot pour quantifier la résistance des poutres métalliques pour des charges sans déformation apparente. Ainsi l'individu est stressé quand il est tendu, surmené, fatigué, sous pressions.

Le stress professionnel est constitué par les réactions émotionnelles et physiques dommageables résultant d'interactions entre l'employé et milieu de travail lorsque les exigences de l'emploi surpassent ses capacités et ses ressources pour y faire face, (Conseil International des Infirmiers 2000).

Il ne s'agit donc pas d'évacuer entièrement le stress, mais une certaine dose de stress est nécessaire pour vivre et aimer la vie, toute fois le stress est utile pour le niveau optimal de productivité. Des études prouvant que l'absence de stress est toute aussi néfaste que sa surcharge (Manzi 2007). L'être vivant a besoin d'un minimum de stimulations pour améliorer

sa performance. Mais, si un stress est considérable ou qu'il dure trop longtemps, il entraîne des effets indésirables pouvant même provoquer une usure physique, qui a pour conséquence des problèmes physiques et psychologiques, comme la dépression et l'hypertension (CII 2000).

(Emeriat, 2012)

### 2.1.3.2 Les causes du stress professionnel

Pour expliquer les nombreuses causes du stress, des études et recherches ont été réalisées sur le stress depuis les travaux de Hans Selye en 1930, qui a défini le Syndrome Général d'Adaptation (SGA) comme une réaction unique et identique de l'organisme à toute agression externe ou interne.

- **L'approche physiologiste de Selye** étudie le stress sur le modèle « stimulus/réponse » c'est-à-dire sous une forme cause/conséquence sans tenir compte de la personnalité du sujet.

- **L'approche transactionnelle de Lazarus (1966)** s'appuie sur les notions de représentation, d'évaluation de la situation et de stratégie d'adaptation par l'individu ce qui sous-entend la possibilité de contrôle que le sujet peut exercer et par voie de conséquence, la possibilité pour lui de réguler les effets du stress. Ainsi, une personne va réduire, maîtriser le stress en développant un comportement qui sera la résultante de son évaluation cognitive de la situation et de la dimension émotionnelle associée, Lazarus et Folkman (1988) vont appeler « coping » la stratégie d'adaptation de la personne à la situation. L'approche transactionnelle s'appuie donc sur l'évaluation subjective de la situation par le sujet et ses capacités à construire des stratégies de coping (De Keyser et Hansey, 1996, cités par Banyasz, p. 13).

- **L'approche causaliste ou interactionniste** met en évidence le déséquilibre qui existe entre les exigences de l'environnement de travail et les caractéristiques de l'individu. Bien que

cette approche tienne compte de l'interaction entre l'environnement et le sujet, elle ne s'intéresse pas à la façon de s'adapter de la personne. L'approche interactionniste est illustrée par le modèle de Karasek et Theorell (1990) centré sur la demande et le contrôle (autonomie) au travail et celui de Siegrist (1996) centré sur le déséquilibre effort/récompense. L'approche interactionniste s'appuie sur l'idée que le stress est dû à l'inadéquation entre une situation donnée et les capacités de l'individu pour y répondre (French et Harrison, 1978 cités par Banyasz, 1998, p. 13)

- Les **travaux de Karasek *et al.* (1981) et Karasek et Théorell (1990)** ont montré les liens entre le contexte de travail et la santé du travailleur : ils ont fait la corrélation entre la

charge de travail et l'autonomie décisionnelle. Ainsi, plus la charge est élevée, plus le degré d'autonomie est faible pour effectuer ses tâches (choix des modes opératoires, décisions), moins la personne pourra développer ses compétences, donc plus elle sera stressée et plus elle aura des atteintes de santé (pathologies cardiaques, souffrance psychologique, dépression). Il faut entendre par charge de travail une dimension physique ou mentale par exemple, la quantité d'activités, les horaires ou les responsabilités liées au travail.

- Une troisième composante est apparue faisant évoluer le modèle : le soutien social c'est-à-dire le soutien apporté par les collègues ou par la hiérarchie. Il va atténuer les contraintes de la tâche. Son absence va augmenter le risque de souffrance psychique et de pathologies cardiaques (Davezies, 2001). Ainsi, le modèle de Karasek et de Theorell a mis en évidence les critères responsables d'un fort niveau du stress : il a fait la corrélation entre la charge de travail, l'autonomie et le soutien social : si la charge de travail est forte, le soutien social et l'autonomie sont faibles, alors le niveau de stress est élevé.

- **Le modèle de Siegrist (1996)**, basé sur le modèle « effort/récompense » va introduire une variable supplémentaire, la reconnaissance des efforts fournis, sous différentes formes : estime, valorisation par le statut ou rétribution. Ce modèle fait la distinction entre les efforts extrinsèques et intrinsèques à l'individu. Les efforts extrinsèques sont liées aux contraintes de l'environnement de travail (temps, charge physique, quotas de production) alors que les efforts intrinsèques sont inhérents à la personne (personnalité exigeante développant une implication excessive dans le travail). Ce modèle met en relation les efforts fournis et les récompenses apportées par l'entreprise (salaire, évolution de carrière) et/ou par le manager et les pairs, les clients (appréciation, estime). (Emeriat, 2012)

#### **2.1.4 Les facettes du métier de soignant**

Il nous a paru important d'aborder le contexte des soignants à l'hôpital pour comprendre ce que veut dire le vécu psychologique au travail dans un environnement où les contraintes sont fortes.

Les pénibilités physique et psychologique du métier de soignant (infirmière ou aide-soignante) ne sont plus à prouver avec leur lot de TMS (Troubles Musculo-Squelettiques), de pathologies physiques et mentales. Les rythmes alternés, les activités interrompues, la charge physique de travail, la pénurie de personnel en sont responsables ainsi que la confrontation permanente à la souffrance d'autrui. La psycho-dynamique du travail et la clinique de l'activité ont montré le décalage entre l'activité planifiée et l'activité réelle et la sous-estimation du temps passé à la relation avec le malade alors que cette tâche apparaît prioritaire

pour les soignants. La mise en place des démarches qualité en lien avec les nouvelles lois et mesures a généré des nouvelles contraintes en introduisant une rationalisation du travail, ce qui a fait basculer l'activité de soignant d'une logique de soin à une logique économique (Emeriat, 2012). On comprend que ces changements dépassent bien le cadre de l'organisation du travail et se posent en termes de « sens du travail ».

De nombreux travaux ont été faits sur la souffrance et le burn-out des soignants questionnant ainsi non seulement l'activité mais aussi le groupe social, l'organisation du travail. Face au stress des soignants, le coping apparaît comme une réponse pour revenir à un niveau normal de fonctionnement : soit centré sur le problème (en cherchant de nouvelles ressources dans la situation difficile) soit centré sur les émotions (en essayant de réduire l'émotion négative par des stratégies comportementales ou cognitives) : le coping participe à l'adaptation du soignant dans des situations stressantes. Mais le métier de soignant comporte aussi des sources de bien-être que l'on retrouve avec le sentiment d'utilité, l'aide à autrui, le partage de valeurs avec l'équipe, l'appartenance au groupe, la reconnaissance de la part des autres et donc l'estime de soi.

#### **2.1.4.1 La pénibilité physique**

Le métier de soignant est source de sollicitations sur le plan physique que ce soit lors de déplacements de matériels ou de la manipulation des patients dans les opérations de nursing. De plus, l'environnement matériel dans lequel s'inscrit l'activité de soin ne permet pas toujours d'adopter « la » bonne position (malades peu mobilisables, chambre exigüe, contrainte de temps...). Mobiliser le patient comme il le faudrait s'avère difficile ; aussi, les mouvements effectués lors de soins sollicitent fortement les articulations (Estryn-Béhar et Fouillot, 1990 ; Stössel, 2000). De nombreuses contraintes posturales sont à l'origine des pathologies articulaires chez les soignants : les TMS (troubles musculo-squelettiques) sont fréquents (Bellemare et Cloutier, 1998). Le mal de dos fait partie du métier même si les bonnes positions à adopter sont connues des professionnels.

Des études ergonomiques et des enquêtes épidémiologiques (Estryn-Béhar et Fouillot, 1990) ont mis en évidence une inadéquation entre l'environnement de travail et l'activité de soins : des horaires de travail ne respectant pas la chronobiologie des individus (Delbrouck, 2004, Buts, 2002) génèrent une accumulation de fatigue et des répercussions sur la vigilance. De nombreux changements d'activité (activités interrompues) dans une journée de travail. Gadbois *et al.*, 1992, cités par Estryn-Béhar (2000) ont relevé dans leur enquête réalisée auprès de personnel infirmiers de services de chirurgie et de médecine, 40 interruptions en

moyenne, par poste dans une journée de travail ce qui suppose un effort de mémoire pour reprendre l'activité là où on l'avait laissée. Difficile dans ces conditions de répondre à une exigence de rapidité et de qualité de soins.

Le temps de travail des soignants s'articule autour de trois axes (Grosjean et Lacoste, 1999) : les actes techniques et d'hygiène, le relationnel et le travail administratif et organisationnel : les deux derniers sont souvent sous-estimés et pas faciles à prouver : les aspects techniques sont valorisés (ils différencient le rôle de l'infirmière et celui de l'aide-soignante) alors que le côté relationnel n'est pas toujours considéré comme un réel travail (Molinier, 2003). Cela pose d'ailleurs la question de la reconnaissance du travail effectué. En général, le rapport activité-temps de travail est sous-estimé (nous l'aborderons plus loin avec les notions de travail prescrit – travail réel) : une partie de la charge physique et psychique du travail n'est pas appréhendée ce qui aggrave la pénibilité, d'où une augmentation du risque de pathologies articulaires et neurologiques (troubles de la concentration et du sommeil) (Rioufol, M.O. 1996) et du risque de burn-out (Delbrouck, 2004 ; Franceschi-Chaix, 1993 ; Maslach, 1978).

Les rythmes alternés viennent renforcer cette pénibilité et nous amène à nous arrêter sur les particularités du travail de nuit. Le Conseil Economique Social et Environnemental de la France a réalisé un rapport en juin 2010 sur le travail de nuit. Ce rapport, effectué par la section du travail, montre que la pénibilité est insuffisamment prise en compte dans l'organisation du travail de nuit. Ce rapport mentionne, en outre, les difficultés de santé et d'organisation de la vie familiale et le manque de vie sociale des travailleurs de nuit. Notamment, pour les personnels de santé, le décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 modifié par le décret du 11 mai 2007, fixe la période de nuit de 21 heures à 6 heures ou toute autres périodes de 9 heures consécutives entre 21 heures et 7 heures. Or, force est de constater que, pour des besoins de service, pour pallier au manque de personnel, ce rythme n'est pas toujours respecté ce qui n'est pas sans effets sur la santé : le travail de nuit avec la fatigue chronique qu'il génère, va accroître le risque de dépression et d'anxiété et de TMS. (Toupin, 2009).

Des enquêtes épidémiologiques ont montré l'impact négatif sur la santé : en file de tête, on trouve bien sûr, des troubles du sommeil mais également des troubles digestifs, ainsi que des problèmes de concentration, de l'attention, à moyen terme, car le sommeil de jour est moins réparateur : l'environnement extérieur diurne (bruit, lumière...) perturbe en effet le sommeil paradoxal. De nombreux auteurs (Kalsbeek, 1985 ; Wisner, 1990 ; Estryng-Behar, 1997) font le lien entre des éléments étudiés par l'ergonomie tels que la charge physique et

cognitive de travail et ses conséquences en termes de troubles psychiques. Ils montrent que des perturbations de la perception ou de la signification des informations (par une surcharge cognitive) mais également des perturbations du rythme de sommeil peuvent s'accompagner de troubles psychiques et être générateurs de dépression.

#### **2.1.4.2 La pénibilité psychologique**

Le métier de soignant confronte l'individu à la souffrance et à la mort d'autrui mobilisant ainsi ses dimensions physique, cognitive et affective : ces dimensions sont bien sûr singulières de même que la capacité de résilience du sujet (Cyrulnik, 1998, 1999, 2001). « Surmonter les traumatismes » fait appel à des réactions de défense auxquelles le soignant a recours pour se protéger. Les stratégies défensives telles qu'abordées par le champ de la psychodynamique du travail (Dejours, 1988) ont pour effet de protéger le psychisme dans des situations où l'accumulation de perceptions visuelles, auditives, kinesthésiques douloureuses vient heurter l'équilibre psychique. A l'hôpital, la souffrance fait partie de la normalité. Ce qui fait plonger dans l'anormalité (ou le pathologique) c'est l'incapacité du soignant à mobiliser ses défenses pour assurer son activité professionnelle. Tant que le vécu des situations aussi difficile soit-il, est supportable pour l'individu car porteur de sens, les défenses vont jouer le rôle de processus de régulation. Quand elles sont dépassées pour de multiples raisons, le sujet entre dans la maladie (le burn-out). La clinique du travail (Clot, 2001, 2006; Clot & Litim, 2008) permet de comprendre ce qui se joue : l'investissement psychique se nourrit d'un contre-investissement mais lorsqu'il n'y a pas de reconnaissance de l'entourage, alors le travail effectué se vide de son sens, tout ce qui construit l'identité au travail du soignant (valeurs, croyances...) se trouve anéanti.

Le **travail réel** est très différent de **celui qui est prescrit** par l'organisation mise en place dans les services de soins (Dejours, 1995). En effet, les apports de la psychodynamique du travail ont, depuis les années 80, mis en évidence le décalage entre les deux : entre le travail planifié et celui qui est réalisé, qui résulte de l'imprévu et de la spécificité de chaque situation : en bousculant les tâches prévues dans le planning établi, il augmente la charge de travail. C'est cette part du travail qui fait appel à la créativité du soignant, à sa subjectivité, qui donne du sens à ce qu'il fait. Mais paradoxalement, c'est aussi cette même part du travail réel qui est source de non-reconnaissance voire de conflit.

Ce point a été démontré par l'analyse de l'activité qui a permis de comparer travail réel/travail prescrit (Clot, 1998). C'est le cas lorsqu'une partie du travail réel est occultée ou sous-estimée. Par exemple, lorsqu'il est demandé au soignant d'effectuer des soins prescrits et

programmés, cela nécessite un temps de préparation du soin, un temps de réalisation et un temps de transcription, et que le soignant doit aussi privilégier la relation et l'accompagnement du malade vers son autonomie. La subjectivité de l'individu devient ses propres règles qui s'imposent : celles qu'il doit suivre pour réaliser ses tâches. Or, l'augmentation de la charge de travail ne prend pas en compte cet espace que les individus investissent subjectivement (Clot, 1999) même si dès 1978, une loi (n° 78/615 du 31 mai 78) mentionne l'existence du « rôle propre » de l'infirmière.

Dans ces emplois du temps qui laissent peu de souplesse mais qui sont néanmoins remplis d'interruptions de l'activité, non seulement les soignants sont parfois obligés de « bâcler » leurs tâches (en tout cas c'est comme ça qu'ils le ressentent) mais, de plus, ils doivent souvent assumer des fonctions qui ne sont pas les leurs (les glissements de fonction amènent par exemple les aides-soignantes à effectuer des tâches réservées aux infirmières).

Face à la forte charge de travail, chacun essaie de trouver une solution pour effectuer dans le temps donné les actes techniques programmés avec, en outre, une interruption fréquente des tâches et ceci avec une autonomie relative (la prescription devant être respectée à la lettre). Ces situations fréquentes sont génératrices de stress dont les répercussions peuvent être individuelles (fatigue pouvant aller jusqu'au burn-out) ou collectives (individualisme, altérations des liens sociaux).

#### **2.1.4.3 Les contraintes organisationnelles et institutionnelles**

La charge de travail et le manque récurrent d'effectifs, souvent évoqués par les soignants génèrent de la fatigue et l'absence de temps nécessaire pour maintenir des relations sociales et renforcer le collectif du travail. (Loriol, 2000). A cela, on peut rajouter l'entrée de la qualité dans les critères d'évaluation de l'hôpital. Pour Setbon (2000), il s'agit d'un nouveau paradigme de l'action collective : sous l'angle de la qualité, ce sont les pratiques individuelles et collectives qui sont observées, les relations intra et interservices, les comportements : en clair, il s'agit de relever tous les dysfonctionnements qui représentent un coût financier (le coût social étant évalué lui aussi en coût financier).

Dans le projet d'Etablissement mais aussi dans le projet médical et dans le projet de soins infirmiers, doivent se retrouver les mêmes objectifs déclinés à plusieurs niveaux : arriver, en quelque sorte, à un modèle d'action collective. Or, cette démarche qui demande une exigence de coordination (entre les services) et de formalisation (des comportements) met en jeu le rapport subjectif au travail. Il s'agit d'apporter la preuve de ce que l'on fait (la traçabilité), de se rapprocher du « comportement idéal ». Cette traçabilité est vécue de la part

des soignants comme une atteinte à leur intégrité professionnelle, comme une remise en cause de leur compétence.

Passer d'un travail structuré autour du soin à un travail défini par les coûts semble être une des raisons fondamentales de la souffrance des soignants. M. Delbrouck (2004) pose d'ailleurs le problème des critères de recrutement et d'évaluation des soignants : la tendance actuelle est de valoriser les critères de performance intellectuelle, technique au détriment des critères humains : « Le soignant se déshumanise en s'éloignant de sa propre humanité, dans un savoir intellectuel et une rationalité où il se perd et perd son âme ». Nombre de questions sur le quotidien des soignants se posent en matière d'organisation du travail: en effet, formaliser les pratiques de soins en modes opératoires suppose d'avoir réfléchi auparavant aux modes d'organisation du travail. Comment prendre le temps nécessaire pour appliquer comme il se doit, les protocoles de soins quand on est en sous-effectif ? Comment se former, former les autres à de nouveaux modes opératoires quand le temps est compté ?

Pour mutualiser les expériences, coordonner des pratiques, créer des référentiels communs, créer une culture qualité en adoptant des comportements identiques, il faut décloisonner les services, trouver d'autres formes d'organisation du travail. Et lorsqu'il s'agit de restructurations, de fusions d'Etablissements nécessitant le regroupement d'équipes de soins soit sur un même site, soit sur différents sites, les conséquences de ces changements vont bien au-delà de la réorganisation. Il est alors nécessaire de créer un nouveau collectif de travail, une nouvelle culture autour du soin, de laisser le temps à la construction de nouvelles relations sociales pour éviter tensions et violences.

#### **2.1.4.4 Le Roulement**

Le roulement du personnel est défini selon Petit Larousse comme un mouvement de ce qui roule ou action de se remplacer alternativement dans certaines fonctions (PETIT LAROUSSE, 2004). Shimon et al. (2002) disent que le roulement est tous mouvements d'entrées et de sortie du personnel d'un établissement au cours d'une période donnée.

Le roulement des agents au sein d'une organisation se voit en deux angles. Selon la recherche sur la question, Warther et Gosselin (1990 : 401-403), stipulent que le taux de roulement est dit « **Fonctionnel** » lorsqu'il s'accompagne de retombées positives pour l'organisation telle une augmentation de la flexibilité ou un renouvellement des valeurs ou des compétences. Ce taux de roulement conserve habituellement le départ volontaire d'employés que l'institution / l'entreprise n'a pas d'intérêt à conserver en raison d'une performance médiocre. Il est dit « **Dysfonctionnel** » lorsqu'il concerne le départ d'employé que l'entreprise

aurait préféré conserver à cause de la contribution positive qu'il apporte et des conséquences négatives associées à leur perte. Plusieurs facteurs conjugués sont susceptibles d'expliquer le taux de roulement qui peut se révéler dysfonctionnel pour l'organisation.

Cependant, peu importe le type de roulement il affecte d'une façon ou d'une autre l'organisation. L'atteinte de celle-ci a été soulignée par Werther et Gosselin (1990 :390-399), le roulement des agents, représente des coûts -substantiels qui affectent la productivité et la performance financière des organisations. D'après ces auteurs, au cours des années 1990, l'accroissement de taux de roulement des départs volontaires était vu comme une conséquence directe des opérations de restructuration et de rationalisation des effectifs des années 1980. On assistait alors à un phénomène de retard du balancier dans ces entreprises qui après avoir aboli de nombreux postes et effectué des crises à pied massives étaient confrontés au départ de ressources indispensables.

La rupture du contrat psychologique, l'organisation du travail, la détérioration des possibilités des carrières sont tous des facteurs qui ont contribué à favoriser la mobilité. L'adoption de stratégies de rétention efficace repose de toute évidence sur une analyse rigoureuse et une compréhension articulée du problème de roulement de personnel auquel chaque organisation est confrontée. Le diagnostic représente donc une étape préalable et incontournable à l'implantation de tout programme destiné à diminuer le taux de roulement de personnel.

#### **2.1.4.5 Le burn-out des soignants**

Dans les années 1980, la notion de souffrance au travail fait son apparition avec les travaux de Christophe Dejours. Pour lui, le travail permet à l'individu de se construire une identité. La souffrance apparaît quand ses efforts mais aussi ses savoirs informels ne sont pas reconnus par les acteurs de son environnement de travail, quand il n'y a pas de reconnaissance par le collectif de travail ni par la hiérarchie.

Quelques années auparavant, en 1974, Freudenberger<sup>2</sup> met en évidence le concept de burn-out ou épuisement professionnel. Il se manifeste chez les soignants qui s'investissent sans compter physiquement et psychiquement dans leur travail, qui pratiquent leur profession avec un fort idéal. Ils finissent par s'épuiser, ne recevant pas les retours qu'ils attendaient. Ils

---

<sup>2</sup> En 1959, Claude Veil, psychiatre, identifie les symptômes de l'épuisement professionnel dans le milieu professionnel. Bradley en 1969, identifie le burn-out comme un stress dû au travail puis Freudenberger sera le premier à décrire le « burn-out » à travers ses manifestations physiques, émotionnelles et comportementales. La notion de burn-out est issue de l'aérospatiale à l'origine : elle exprime le moment où la fusée, après avoir brûlé tout son carburant trop rapidement, retombe au sol.

s'interrogent alors sur le sens de leur travail, remettent en cause leurs valeurs, c'est le début du syndrome de burn-out qui traduit une fatigue morale. La souffrance des soignants est particulière dans le sens où elle est liée à un épuisement émotionnel dans un contexte de relation d'aide. Or, si celle-ci devient impossible, alors le métier de soignant n'existe plus, le travail n'a plus de sens. Bédard et Duquette (1998) cités par (Pierre Canouï, 2003) p. 102 : « L'épuisement professionnel est une expérience psychique négative vécue par un individu, qui est liée au stress émotionnel et chronique causé par un travail ayant pour but d'aider les gens ».

Parler du burn-out, c'est parler de l'accomplissement personnel : Maslach<sup>3</sup> fait le lien entre l'idéal professionnel et le vécu des personnes : plus l'idéal est grand, plus la désillusion risque d'être forte car la reconnaissance du travail effectué ne sera pas au niveau des attentes. En France, c'est à partir des années 80 qu'on a vu les premiers travaux sur le burn-out avec ceux de Noëlle Lidvan-Girault<sup>4</sup>. Le burn-out se caractérise par les étapes suivantes (Maslach & Jackson, 1981)

- L'épuisement professionnel : il se traduit par une difficulté à maîtriser ses émotions (parfois inadaptées aux situations) et par des désordres cognitifs.
- La déshumanisation de la relation à l'autre : avec la perte d'empathie voire une sécheresse dans les relations.
- Le sentiment d'échec professionnel accompagné d'un doute sur ses propres compétences, une dévalorisation de soi.

Nous reparlerons de l'épuisement professionnel quand nous aborderons les manifestations du stress ultérieurement. Entre les deux autres critères, c'est la déshumanisation de la relation à l'autre qui caractérise le burn-out. C'est ce qui explique qu'il ne s'agit pas d'une simple manifestation du stress et qu'il est nécessaire de le prévenir. Les conséquences du burn-out sont en effet marquées par une démotivation complète pouvant aller jusqu'à une dépression sévère.

---

<sup>3</sup> Christina Maslach a créé un test de mesure : le Maslach Burn-Out Inventory (MBI) pour apporter une valeur scientifique au concept et lui permettre d'être reconnu par la communauté des psychologues et par les soignants. L'auteure considère que le burn-out comporte trois dimensions : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation de la relation et un sentiment de non-accomplissement (Loriol 2003, pp. 65-74). Le MBI a été conçu pour explorer ces trois dimensions. Il comporte 22 questions avec 6 degrés de réponses possibles.

<sup>4</sup> Noëlle Lidvan-Girault a effectué sa thèse de doctorat en psychologie en 1989 sur l'utilisation du MBI en France sur une population de médecins et d'infirmières en service d'urgence.

Les travaux sur le « burn-out » des soignants (Canoui et Moranges, 2004) ; (Rasclé, Bruchon-Schweitzer et Truchot, D. 2006) ont montré que cet épuisement professionnel peut aller jusqu'au suicide. Le Professeur Debout, en 1993, dans le rapport du Conseil Economique et Social français mentionne, entre autres, que les taux de suicides varient beaucoup d'une classe sociale à l'autre et d'une catégorie professionnelle à l'autre : il précise que les cadres se suicident moins que les employés et que certaines professions sont plus marquées que d'autres : en particulier les médecins et les infirmières.

Des études réalisées par des chercheurs (Franceschi-Chaix, 1992 ; Rodary, 1994 cités par Loriol, 2003, p. 69) ont montré l'importance des relations avec le malade et la nécessité de former les soignants à la relation dans les situations difficiles comme le décès. Les réponses apportées au burn-out se doivent d'être à la fois individuelles, collectives et organisationnelles.

Sur le plan individuel, le travail d'accompagnement des soignants permet de repérer les manifestations physiques et psychiques et de les aider à trouver les stratégies d'adaptation les plus adéquates à leur environnement professionnel mais aussi de prendre conscience de leurs limites psychologiques.

Sur le plan collectif, le burn-out questionne le groupe social, le collectif de travail et les rôles et fonctions de chacun. Derrière l'organisation du travail, se pose la question des rapports de pouvoir entre les individus mais aussi du soutien social.

Parler du burn-out, c'est aussi parler de la dimension organisationnelle dans laquelle il s'inscrit. « Il s'agit de percevoir dans quelle mesure les souffrances, les ruptures, les conflits vécus sont l'expression individualisée de contradictions sociales et de processus collectifs. » (De Gaulejac, 2004, p. 4). Cette dimension positionne le burn-out sur un plan organisationnel global mais aussi politique, économique et éthique. La réflexion s'ancre autour de problématiques de changements organisationnels, de restructurations telles que les établissements hospitaliers les vivent avec les réformes hospitalières des dernières décennies (évoquées précédemment) : ces évolutions nécessitent une adaptation rapide des soignants sans qu'ils aient été préparés ou accompagnés face à cette demande.

Il est cependant nécessaire de garder un peu de recul dans l'explication du burn-out pour éviter certaines confusions : Canoui et Moranges in Manoukian (2009, p. 26) mettent en garde ceux qui s'intéressent au burn-out contre trois dérives épistémologiques fréquentes : la première est d'en faire un « ramassis » des dysfonctionnements des conditions de travail, la deuxième est de confondre les manifestations du burn-out avec des symptômes psychiatriques

et la troisième est d'en faire une maladie professionnelle ouvrant droit exclusivement à une reconnaissance financière. Ainsi, la réflexion sur le burn-out doit s'envisager comme une action collective regroupant soignants, spécialistes de la pathologie mentale et gestionnaires autour d'une démarche systémique.

#### **2.1.4.6 Une réponse au stress des soignants : le coping**

Dans le phénomène de souffrance au travail, les ressources individuelles vont jouer un rôle important : ainsi, certaines situations vont être vécues de façon douloureuse par des individus et « gérables » par d'autres. Le terme de coping (faire face), décrit par Lazarus & Launier (1978) est le processus par lequel une personne régule les sources de stress pour tenter de revenir à un niveau normal de fonctionnement. Ceci peut se traduire par une correction, par l'annulation de la situation mais aussi par une modification de la manière dont la personne se représente la situation, par exemple dans un problème relationnel entre collègues ou avec la hiérarchie, plutôt que d'abandonner la relation, le coping consiste à relativiser les attentes de l'individu sur ce que devrait être la relation professionnelle. Lazarus et Folkman (1980) ont mis en évidence le fait que l'ajustement fait par la personne suit d'abord une évaluation de la source de stress et une réévaluation de la situation à partir des ressources internes (Folkman & Lazarus, 1980). L'ajustement va ainsi permettre la régulation de l'émotion générée par le stress. On identifie trois approches théoriques du concept :

- a) Le coping est considéré comme un mécanisme de défense du Moi (Vaillant, 1992) dont le but est de réduire l'anxiété.
- b) Le coping est perçu comme un processus permettant à l'individu d'agir (Lazarus, 1993) en situation de stress en fonction de ses ressources cognitives et émotionnelles et du contexte dans lequel elles s'appliquent.
- c) Le coping est une caractéristique de la personnalité (Wheaton, 1983).

Ces approches mettent en évidence des styles de coping multidimensionnels qui mettent en lien les événements stressants et les répercussions variées sur la santé psychique des individus.

D'autres auteurs comme Cohen et Lazarus (1979) ont défini l'ajustement comme une réponse de la personne capable de :

- Diminuer ce qui est stressant dans la situation
- Réviser les événements négatifs pour mieux les tolérer
- Conserver une image de soi positive
- Garder un équilibre émotionnel

- Maintenir une relation positive avec autrui.

Pour apporter cette réponse, la personne va devoir réaliser des modifications cognitives et comportementales lui permettant ainsi de gérer la situation génératrice de stress. Deux sortes d'ajustement sont possibles : soit se confronter au problème en agissant dessus, soit minimiser la situation stressante et l'éviter si possible. Le choix de l'une ou de l'autre forme de coping nécessite un effort de la part de l'individu. Cet effort peut porter sur une analyse différente du problème ou sur la gestion des émotions négatives : on parle de coping centré sur le problème ou de coping centré sur les émotions. Le premier va consister à réduire les exigences de la source de stress et à trouver de nouvelles ressources pour mieux la gérer (par ex. : gérer les priorités en cas de surcharge de travail, demander conseil à une personne compétente dans une situation conflictuelle). Le deuxième centré sur l'émotion va consister à réduire l'émotion négative, voire la supprimer en utilisant des stratégies comportementales et/ou cognitives (par ex. : se distraire par des activités, penser à des événements avec une charge émotionnelle positive).

Certaines études sur le bien-être psychologique, (Kneebone et Martins 2003), se sont intéressées aux stratégies de coping chez les soignants en charge de personnes démentes. Ainsi, ils ont montré que le coping centré sur le problème est plus efficace pour réduire le stress des soignants. D'autres études transversales et longitudinales sur des patients souffrant de différentes pathologies (Holahan et Moos, 1987) ont également montré que le coping centré sur le problème était plus efficace que le coping par évitement. Le type d'ajustement retenu par la personne a donc un impact sur le stress et modifie l'interaction stress/maladie. Ainsi, dans les stratégies utilisées par les personnes en situation stressante, certaines sont plus efficaces que d'autres et vont plus ou moins conduire à rétablir un niveau correct de fonctionnement : ce qui nous oriente vers le rôle du type de personnalité.

La relation entre les traits de personnalité et les stratégies d'adaptation est évidente. Les dimensions cognitive et émotionnelle singulières vont intervenir comme autant de variables participant à l'adaptation de l'individu à la situation stressante. Le contexte professionnel avec son lot de situations stressantes va ainsi être décodé et traité d'une multitude de façons en fonction des différences individuelles : certains salariés auront une adaptation réussie à cet environnement, d'autres seront dans l'incapacité de le supporter.

Des études réalisées sur le syndrome de la fatigue chronique ont mis en évidence la relation entre les représentations de la maladie (Moss-Morris *et al.*, 1996 cité par Ogden,

2008, p. 58-59), le coping et l'ajustement psychologique chez ces patients. Il existe une interrelation entre « Les variables cognitives (la représentation de la maladie et le coping) et le niveau de fonctionnement (l'ajustement psychologique, le bien-être et le dysfonctionnement). Les représentations de la maladie sont liées au coping et au niveau de fonctionnement ». On peut se poser la question de la nature de cette interrelation : la croyance que cette maladie est bénigne est-elle due à une représentation de la maladie par le patient ou bien à une stratégie d'ajustement à la réalité du diagnostic ?

L'information provenant des expériences passées par rapport à la maladie va être déterminante dans la stratégie d'ajustement adoptée. Ainsi, la réponse apportée par le patient est le fruit de la modélisation des comportements ou des réactions émotionnelles de l'entourage (Bandura, 1977) et de ses propres dimensions cognitive et affective dans l'expérience vécue. Le patient peut rapidement voir l'efficacité de sa stratégie de coping et modifier en conséquence la représentation émotionnelle et cognitive qu'il a de sa maladie.

Il en est de même à propos des soignants à l'hôpital, confrontés à des situations difficiles. Avant la mise en place d'un processus d'ajustement, ils procèdent à une évaluation cognitive des informations provenant de l'environnement social professionnel mais aussi des sensations somatiques ressenties face aux événements. Ils sont en même temps confrontés à l'obligation de s'adapter (au contexte hospitalier, à l'organisation et aux conditions de travail, aux relations avec les autres professionnels et avec les patients) avec le souhait de préserver leur équilibre émotionnel, une image de soi positive, leur compétence, des relations de qualité. Les soignants vont ainsi être confrontés à deux types de coping : soit, ils vont réduire les exigences du contexte et trouver de nouvelles ressources pour gérer la situation (ex. : faire des priorités), soit ils vont essayer de réduire l'émotion négative liée à cette impossibilité de gérer tous ces objectifs en même temps.

L'étude réalisée par Mariage et Schmitt-Fournier (2006) auprès de 68 soignants a mis en évidence le lien entre la personnalité et les capacités d'adaptation. Il en ressort que la plupart des soignants dépressifs ont une stratégie d'adaptation centrée sur la régulation des émotions ; ainsi cette stratégie face au stress visant essentiellement à diminuer les affects négatifs semble être inefficace. En tout cas, il paraît difficile de faire évoluer son comportement tant que les émotions ne sont pas gérées. A l'inverse, les stratégies de coping centrées sur le problème c'est-à-dire sur une instrumentalisation sont plus efficaces car elles visent un changement de la situation.

#### **2.1.4.7 Le bien-être au travail des soignants**

Il est beaucoup plus facile de trouver des articles, des ouvrages, des colloques, des conférences sur la souffrance au travail des soignants que sur le bien-être. Le bien-être se cachet-il, est-il tabou ? Ce constat nous interpelle et se heurte à notre expérience d'infirmière qui nous dit qu'il y a des sources de bien-être dans le métier de soignant.

L'intérêt pour l'autre, la compréhension de sa souffrance, le bonheur de donner à l'autre sont-ils toujours présents ? Les travaux de M. Estry-Béhar (2008) tendent à montrer que « oui ». Le sentiment d'utilité, l'aide à autrui font toujours partie des motivations profondes dans le choix du métier de soignant.

Le travail d'équipe est, de notre expérience, la deuxième source de bien-être : il permet non seulement de partager des valeurs mais aussi des pratiques, des savoir-faire, des nouveautés ; il fédère les soignants autour de représentations communes du travail bien fait, voire d'une éthique des soins. L'appartenance à un groupe permet de se sentir soutenu dans les situations difficiles. Comme Anzieu (1984) le précise, le groupe est comme une mère toute-puissante qui guérit son enfant (le soignant) de ses blessures narcissiques et lui permet de réduire l'écart entre le Moi et l'Idéal. Ainsi le groupe apporte un soutien narcissique à l'individu, le réconfortant dans ses moments de doute, de difficultés.

Le bien-être psychologique passe par la reconnaissance de la part du groupe et par la reconnaissance de soi dans le groupe.

Le bien-être dans le métier de soignant est un sujet d'étude tout récent dans le secteur hospitalier : il a été abordé dans un séminaire organisé en France le 21 octobre 2010 sous l'angle de la qualité de vie au travail et de la qualité des soins. Il en ressort le souhait de développer en France des démarches de qualité de vie au travail. « Ces démarches s'appuient sur le fait que la santé n'est pas l'absence de maladie ; ce n'est pas un état mais une dynamique globale de construction où les enjeux sont moins cantonnés sur la prévention que sur la promotion » (p. 40). La qualité de vie au travail est examinée comme un « Laboratoire social qui chercherait à approcher les enjeux du fonctionnement des organisations contemporaines, fonctionnement qui, pour partie, a échappé à la gouvernance, aux dirigeants, au management et aux individus ».

## 2.2 LA DETRESSE PSYCHOLOGIQUE

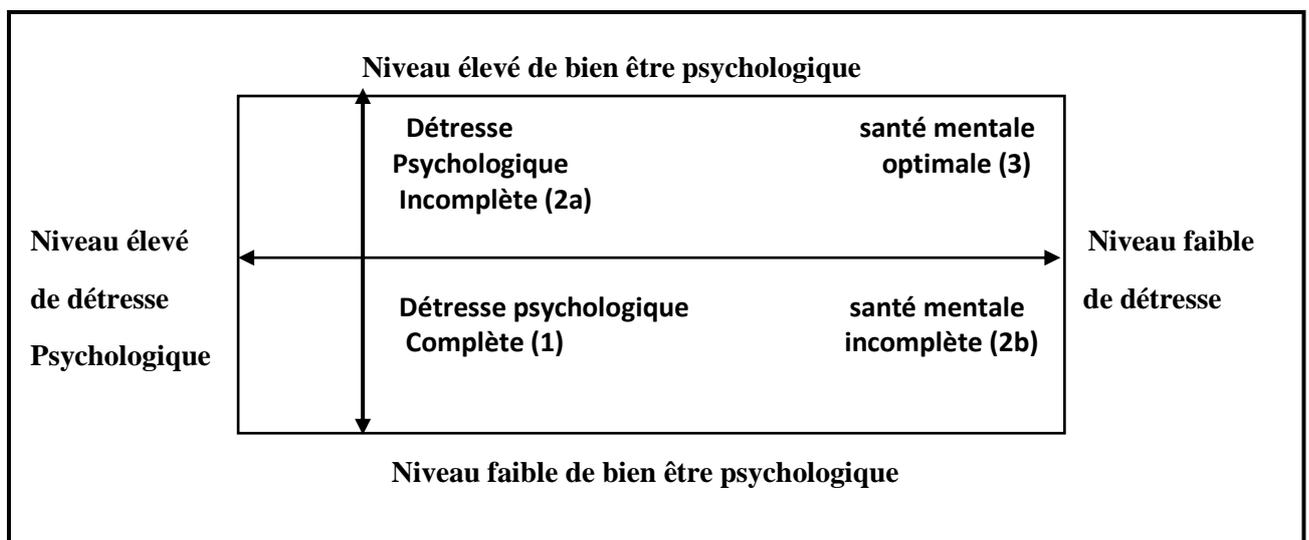
### 2.2.1 Définitions de la santé psychologique

Dans l'étude de la santé psychologique, le concept le plus utilisé a été celui de détresse psychologique (gilbert et al.,2011) sous diverses appellations, plus ou moins inclusives, notamment le stress, l'anxiété, la dépression, l'épuisement professionnel (« burnout »). La littérature sur ce sujet montre que la santé psychologique serait composée de deux dimensions distinctes et fortement inter reliées (entre  $r = -.65$  et  $r = -.68$ ) représentant le bien-être et la détresse psychologique (Brien, Boudrias, Lapointe, & Savoie, 2010 ; Gilbert, Dagenais-Desmarais, & Savoie, 2011), lesquelles appartiendraient à un construit de haut niveau correspondant à la santé psychologique (aussi appelé « santé mentale ») (Massé et al., 1998c).

Le bien être psychologique et la détresse psychologique sont les deux composantes de la santé psychologique, bien qu'elles soient distantes, contradictoirement opposées et négativement corrélées (Keyes, 2003 ; Bouterfas,2014). Elles restent néanmoins les seules notions essentielles pour expliquer la santé psychologique (Bouterfas,2014). Cette conception s'illustre bien avec le modèle de Keyes (2003), qui présente la santé mentale dans un ensemble de quatre cadrans. Chaque cadran correspondant à un niveau de bien-être. Le niveau optimal de santé mentale, localisé au quadrant 3, se caractérise par un faible niveau de détresse psychologique et un niveau élevé de bien-être psychologique.

**Figure 2**

*Modèle complet et diagnostique de la santé mentale (Keyes, 2003)*



## 2.2.2 La composante négative de la santé psychologique au travail : La détresse psychologique

Les différents auteurs n'ont pas tous la même compréhension du phénomène de la détresse psychologique. En effet, cela se traduit et s'explique par les vocables et définitions utilisées qui diffèrent légèrement ou largement d'un ouvrage à l'autre. Certains utilisent les termes de stress, de tension, de souffrance psychologique ou tout simplement de détresse pour traiter du même phénomène que plusieurs désignent par l'expression : la détresse psychologique. Même lorsque les auteurs utilisent le même terme, sa définition est susceptible de désigner des phénomènes qui diffèrent légèrement. L'examen des définitions mène à deux conclusions : 1) des termes différents désignent le phénomène de détresse psychologique, et 2) le terme détresse psychologique peut désigner plusieurs phénomènes légèrement différents.

Vézina et ses collègues (2011) définissent la détresse psychologique comme « un indicateur précoce d'atteinte à la santé mentale qui apprécie deux des plus fréquents syndromes observés en santé mentale soit la dépression et l'anxiété ». (Vézina et al., 2011)

Pour Bultmann Kant Kas, Beurskens et Van Den Brandt (2002) la détresse psychologique est la présence de « troubles psychiatriques et de symptômes dépressifs chez un individu<sup>5</sup>».

Dans la même veine, Hardy et al. (2003) décrivent la détresse psychologique comme « un état affectif caractérisé par [...] des sentiments de tristesse, mais aussi par des sentiments de dépression et d'anxiété [...]<sup>6</sup> ». (Hardy et al., 2003)

Pour sa part, Ridner (2004) définit la détresse psychologique comme un « état émotionnel inconfortable unique, vécu par un individu en réponse à un stress ou en réponse à la demande, et qui cause un préjudice autant temporaire que permanente<sup>7</sup> ». (Ridner, 2004)

Pour finir, Massé (2001) définit la détresse psychologique comme étant « essentiellement un état de mal-être dans le monde, une souffrance interne et une souffrance de

---

<sup>5</sup> Traduction libre: « Psychiatric disorder and depressive symptoms » (Bultmann Kant Kas! Beurskens et Yan Den Brandt, 2002 : 334).

<sup>6</sup> Traduction libre: « Psychological distress is the same general type of construct as job satisfaction, being an affective state, but differs in being characterized not only by feelings of unhappiness but also by feelings of depression and anxiety, the primary dimensions of negative affect and mood » (Hardy et al. , 2003 : 306).

<sup>7</sup> Traduction libre: « The unique discomforting, emotional state experienced by an individual in response to a specific stressor or demand that results in harm, either temporary or permanent, to the person » (Ridner, 2004 : 539).

l'individu<sup>8</sup>. Tous ces sentiments sont inhérents à un processus d'autodépréciation et d'auto-condamnation ». (Massé, 2001) Le tableau 1 nous présente les différents éléments ou points importants des définitions de la détresse psychologique de certains auteurs sur le sujet.

**Tableau 1**

*Les principales caractéristiques des différentes définitions de détresse psychologique*

<b>Massé</b>	<b>Bultmann Kant Kasl Beurskens et Van Den</b>	<b>Hardy et al.</b>	<b>Ridner</b>	<b>Vézina et al.</b>
2001	2002	2003	2004	2011
État de mal-être	Présence de symptômes	Etat affectif	Etat émotionnel inconfortable unique	Indicateur pour identifier les personnes plus à risque
-	-	-	-	Pas un outil de diagnostic
Processus d'autodépréciation et d'auto-condamnation	Présence de troubles psychiatriques	-	Réponse à un stress ou à la demande qui entraîne un préjudice	Atteinte de la santé mentale
Souffrance interne et une souffrance de l'individu	Symptômes dépressifs	Sentiments de dépression, d'anxiété et de tristesse	-	Syndromes de dépression et anxiété

Nous pouvons remarquer que les différentes définitions diffèrent sur certains points alors qu'elles ont les mêmes vocables sur d'autres points. Tout d'abord, toutes les définitions font référence à un état sauf celle de Vézina et al. (2011) qui renvoie plutôt à un indicateur de santé mentale et celle de Bultmann Kant Kasl Beurskens et Van Den (2002) qui parle de la présence de symptômes. Cette dernière se rapproche sensiblement de la définition d'un état. Cependant, les trois auteurs utilisant le terme «état» n'utilisent pas le même adjectif pour le qualifier. Tandis qu'Hardy et al (2003) parlent d'un état affectif, Ridner (2004) parle d'un état émotionnel et Massé parle d'un état de mal-être. Tous les trois présentent un état intrinsèque de l'individu.

<sup>8</sup> Traduction libre: « Distress is primarily an ill being in the world, an internal suffering, and a suffering of the self. All of these feelings are inherent to a process of self-depreciation and selfcondemnation » (Massé, 2001).

Quatre des cinq auteurs présentent les conséquences ou symptômes reliés à la détresse psychologique. Ils abordent tous des sentiments, des symptômes ou des souffrances qui sont intrinsèques et qui sont de nature négative. Par contre, les auteurs ne s'entendent pas quant au fonctionnement, c'est-à-dire que Vézina et al (2011) parle d'atteinte, Bultmann Kant Kasl Beurskens et Van Den (2002) parle de présence, Ridner (2004) parle d'une réponse et Massé (2000) parle d'un processus. Chaque définition a sa portée de pertinence. (Goyette, 2015)

### 2.2.3 Qu'est-ce que la détresse psychologique?

Selon Perreault (1987) « la détresse psychologique est à l'ensemble de la santé mentale ce que la fièvre est à l'ensemble des maladies infectieuses : un symptôme mesurable, signe évident d'un problème de santé, mais qui ne peut à lui seul éclairer sur l'étiologie et la sévérité du problème auquel il se rattache ».

Bien que le concept de détresse psychologique soit largement utilisé dans la littérature, il n'en existe pas de définition complètement satisfaisante. On l'utilise en général pour désigner un état psychologique perturbé, mais dont la sévérité est souvent mineure (Brown, Craig & Harris, 1985; Dohrenwend, Shrout, Egri & Mendelsohn, 1980). Il couvre une partie seulement de l'ensemble du spectre de la psychopathologie et réfère aux syndromes les plus prévalents dans la population générale, soit les **syndromes dépressifs** et **anxieux** ou encore de symptôme **d'agressivité** ou de **troubles cognitifs**. Il s'agit souvent d'un **sentiment pénible d'abandon**, de **solitude morale** et d'**angoisse**. La détresse psychologique serait un état pré-pathologique. (Vézina et al., 1992)

Selon Ilfeld (1976) la détresse psychologique peut être définie comme un état subjectif incluant des symptômes liés à l'anxiété, l'agressivité, la dépression, l'irritabilité, l'épuisement, le désengagement social et à des problèmes cognitifs.

Par ailleurs, Postel et Mellier (1999, p264) définissent la détresse comme un « *sentiment de délaissement, d'abandon, ressenti dans une situation critique, nécessitant une aide extérieure et ou amenant un sujet à demander de l'aide, un secours social ou psychologique* ».

Il ressort de ces définitions que, la détresse psychologique comporte deux dimensions fondamentales et fortement corrélées que sont l'anxiété et la dépression (Desmarais et al., 2000; Massé et al., 1998; Mirowski & Ross, 2003) . L'anxiété et la dépression proviennent de

l'environnement de l'individu et de son évolution dans cet environnement (Mirowsky & Ross, 2003). L'anxiété réfère à l'irritabilité et à l'inquiétude alors que la dépression renvoie à la démoralisation, l'isolement et à la tristesse (Mirowsky & Ross, 2003). Cependant, la dépression et l'anxiété disposent de deux dimensions : le malaise et l'humeur. Le malaise se réfère à l'expression de céphalées liées à un état d'anxiété (Desmarais et al., 2000, p. 108). L'humeur quant à elle correspond aux émotions négatives telles que la tristesse et l'incertitude (Desmarais et al., 2000 ; Mirowsky & Ross, 2003).

D'après la littérature, la détresse psychologique contient d'autres composantes comme les troubles cognitifs, la colère (Massé et al., 1998), la somatisation (Massé, 2000) et le désengagement social (Massé, 1998). Dohrenwerd et al. (1980) pensent que, la détresse psychologique contient des dimensions spécifiques distinctes telles que des manifestations physiologiques, cognitives et affectives.

Pour Massé et al. (1998, p. 57), la détresse résiderait dans une sorte de « *souffrance psychologique* », un mal de vivre ressenti à travers des émotions et des sentiments de dépression, de tristesse, de démoralisation et d'anxiété. Ce mal-être-au-monde plus ou moins profond prend la forme d'une souffrance qui s'inscrit dans un processus d'auto dévalorisation et d'auto déresponsabilisation qui est la remise en question de ses capacités, de ses qualités, perte d'estime de soi, d'auto culpabilisation pour ce qui nous arrive. Le repli sur soi apparaît alors comme l'idiome central autour duquel se construit le langage de la détresse. Massé, Poulin et Battaglini (1997) ont effectué une analyse de contenu thématique et une analyse ethno sémantique des discours de la population québécoise. Ces analyses ont concentré 2182 signes de détresse obtenus parmi les verbatim des récits en 44 lexiques composant ainsi le registre des signes qui se façonnent autour **d'une série d'idiomes** reflétant la détresse. (Massé et al., 1997)

Selon Massé et al. (1997), les principaux idiomes à travers lesquels les individus vivent, expriment et communiquent leur détresse sont d'abord à caractère affectif : les humeurs dépressives (regroupant des signes tels la tristesse, la fatigue morale, le vide émotif, une hypersensibilité émotive, un sentiment de vulnérabilité) ; une démoralisation-démotivation ; l'anxiété, l'angoisse ainsi que des sentiments de culpabilité couplés à une auto dévalorisation et une faible estime de soi.

Au plan comportemental, Massé et al. (1997) estiment que le langage de la détresse passe par des idiomes tels l'engagement dans des relations sociales conflictuelles (qui

s'expriment à travers un vocabulaire basé sur l'irritabilité, des comportements agressifs, des plaintes répétées sur sa vie ou des conflits avec les membres de l'entourage immédiat) mais principalement par le repli sur soi et le désengagement social, deux idiomes qui traduisent une propension de cette culture à favoriser un vécu intériorisé de la détresse, fondé non pas sur une révolte face aux causes extérieures de la détresse (pauvreté, pressions au travail, événements de vie critiques, etc.) mais sur une auto-culpabilisation ancrée dans l'auto dévalorisation et le retrait des lieux d'engagement social.

Notons que cet indicateur de santé psychologique identifie les personnes exposées à des risques de développer un problème de santé psychologique tel que l'épuisement professionnel ou la dépression. Une personne ayant un niveau de détresse psychologique élevé ne contractera pas forcément un trouble de l'épuisement professionnel mais une personne souffrant d'épuisement professionnel ou de dépression montrera obligatoirement une détresse psychologique. Il s'avère nécessaire de rappeler ici que la notion d'épuisement professionnel (« *burnout* ») et la notion de détresse psychologique sont distinctes.

En effet, les symptômes de l'épuisement professionnel sont uniquement liés au contexte du travail alors que les symptômes de détresse psychologique ne concernent pas un domaine de vie particulier (Marchand, 2004). Dans l'ensemble des définitions, nous distinguons à minima quatre dimensions de la détresse constituée de l'anxiété, de la dépression, de l'agressivité et de l'irritabilité (Mirowski, 1989) (Marchand et al., 2006; Massé, 2001). Comme susmentionné, il est essentiel d'agir sur la détresse psychologique car si ces problèmes ne sont pas traités, ils risquent d'évoluer vers un problème de santé beaucoup plus alarmant tel que l'épuisement professionnel.

### **2.2.3.1 La dépression**

La dépression est un état de profonde détresse qui se maintient pendant plusieurs semaines. Il est donc primordial de bien distinguer la déprime, qui n'est en fait qu'une réaction dépressive normale en rapport avec certains événements de la vie, de la dépression, qui est une véritable maladie demandant une attention particulière et des traitements adéquats. Les principaux symptômes sont les suivants : humeur dépressive, manque d'intérêt, perte ou gain de poids, insomnie ou hypersomnie, sentiment de dévalorisation et de culpabilité, faible estime de soi, pensées de mort récurrentes (DSM-IV). On reconnaît deux grands types de dépression, soit la dépression unipolaire qui peut être mineure ou majeure et la dépression bipolaire ou maniaco-dépression qui est en général plus sévère que la première. La dépression

bipolaire a fait l'objet de plusieurs études au cours des dernières années qui ont démontré la contribution importante de l'hérédité dans sa genèse (DSM-IV).

### **2.2.3.2 Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout**

Le syndrome d'épuisement professionnel se distingue de la dépression en ce qu'il concerne uniquement la vie professionnelle d'une personne et les symptômes sont les suivants : fatigue, anxiété, surcharge ou sous charge de travail, faible estime de soi, attitude désabusée, manque d'intérêt, isolement (DSM-IV). Toutefois, Maslach, Jackson et Leiter (1996) en donnent une définition plus précise en affirmant qu'il s'agit «d'un syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement personnel qui apparaît chez les individus impliqués professionnellement auprès d'autrui.» En d'autres termes, la principale hypothèse que formule Maslach stipule que les individus qui travaillent en étroite relation d'aide (enseignants, avocats, infirmières, etc.) sont plus susceptibles de développer ce genre de syndrome et que les cause sont à chercher du côté de l'environnement de travail et de ses conditions. (Roy, 2009)

Au plan conceptuel, il est souvent difficile de distinguer clairement la détresse psychologique, la dépression et l'épuisement professionnel. Car ces notions font toutes appel à la description d'une situation de déséquilibre, d'une atteinte au niveau du psychisme de la personne qui se manifestent par différents symptômes non spécifiques à une pathologie donnée (Marchand, 2004). La notion de détresse psychologique se présente comme plus générale dans sa définition et sa mesure, car elle comprend à la fois les divers signes d'un déséquilibre psychique décrits et mesurés par les notions de dépression et d'épuisement professionnel. Elle peut être définie en référence à un ensemble de symptômes psychophysiologiques et comportementaux qui se distribuent sur un continuum de temps. (Vézina et al., 1992)

La notion de détresse psychologique recoupe donc en bonne partie les perturbations du psychisme, traduites par les notions de dépression et d'épuisement professionnel. La notion d'épuisement professionnel est spécifique dans le sens qu'elle fait référence aux états de fatigue et d'épuisement liés à la situation de travail. Les notions de détresse psychologique et de dépression ne couvrent pas, quant à elles, une situation ou un lieu spécifique où se manifestent les symptômes. Nous retiendrons, pour cette recherche, la notion de détresse psychologique qui chevauche à la fois les symptômes de dépression et d'épuisement professionnel. (Desharnais-Pépin, 2008)

#### **2.2.4 La détresse psychologique au travail : La définition de la détresse psychologique au travail**

La détresse psychologique au travail informe sur le niveau d'altération de la santé psychologique du travailleur. Des symptômes sont ainsi visibles comme les réactions anxieuses et dépressives face au travail et à la vie, la diminution des capacités intellectuelles (mémoire et concentration), l'agressivité, l'irritabilité, la fatigue, l'insomnie, l'absentéisme, le repli sur soi, les problèmes cognitifs, la consommation excessive d'alcool, de drogue ou de médicaments. (Marchand, 2004; Marchand et al., 2005b)

Ainsi, les individus éprouvant de la détresse psychologique au travail peuvent se sentir irritables et agressifs (perdre patience, être en conflit, être arrogants, etc.) ; anxieux ou dépressifs (tristesse, préoccupations, stress, etc.) et ont la perception de se désengager de leur travail (Gilbert, 2009). Dès lors, il apparaît essentiel d'agir sur la détresse psychologique car elle peut conduire à des problèmes de santé autodestructeurs ou dangereux comme l'alcoolisme, des maladies cardiovasculaires, le suicide etc.

Au regard de ce qui vient d'être mentionné, il apparaît que la détresse psychologique correspond de manière générale à un syndrome non spécifique qui inclut des symptômes reliés à la dépression, à l'anxiété, à l'irritabilité, à l'épuisement, au désengagement social, et à des problèmes cognitifs (Massé et al., 1998) . Plus spécifiquement au monde du travail, la détresse psychologique correspond à un état subjectif désagréable caractérisé par une souffrance psychologique (Savoie et al., 2010).

#### **2.2.5 Les composantes de la détresse psychologique**

Les nombreux auteurs ont mis en évidence les diverses composantes de la détresse psychologique. Tel que pour la définition, nous y retrouvons plusieurs variantes. Tout d'abord, Hardy et al (2003) indiquent dans leur définition de la détresse psychologique quelle est « caractérisée par des sentiments de tristesse, mais aussi par des sentiments de dépression et d'anxiété ». Pour sa part, Ilfeld (1976) décrit les composantes de la détresse psychologique comme étant : «la dépression, l'anxiété, la somatisation, l'irritabilité et les troubles obsessionnels-compulsifs » (Ilfeld, 1976 : 1219). Nous pouvons voir que les deux auteurs (Hardy et al., 2003; Ilfeld, 1976) s'entendent pour dire que la dépression et l'anxiété sont des composantes de la détresse psychologique. Par contre, ces deux auteurs nous énumèrent les caractéristiques de la détresse psychologique sans nous les décrire plus en profondeur. Il est donc pertinent de présenter les composantes identifiées et décrites par Masse (2000) et Ridner (2004).

En effet, Massé (2000) propose « 6 composantes de la détresse psychologique soit 1) la démoralisation et le pessimisme envers l'avenir, 2) l'angoisse et le stress, 3) l'autodépréciation, 4) le retrait et l'isolement social, 5) la somatisation ainsi que 6) le repli sur soi » (Massé, 2000 : 10). Massé définit chacune de ses six composantes.

La **démoralisation et le pessimisme** envers l'avenir représente un « sentiment, une conviction qui nous fait croire que tout ne va que s'aggraver dans le futur et que rien n'ira bien. Ce sentiment s'accompagne souvent de démotivation, de désengagement et d'une perte d'intérêt dans les activités sociales et professionnelles » (Massé, 2000 : 10). **L'angoisse et le stress** quant à eux représentent « une période d'anxiété, de préoccupations et de tensions. Ces angoisses et les peurs sont vécues comme une souffrance intérieure et entraînent un sentiment d'impuissance » (Massé, 2000 : 10). **L'autodépréciation** représente « le doute que les gens ressentent face à leurs compétences, leurs capacités ainsi que leurs valeurs sociales, affectives ou professionnelles. Les gens deviennent très autocritiques et mettent le blâme sur eux-mêmes pour ce qu'ils vivent psychologiquement et socialement » (Massé, 2000 : 10). Le **retrait et l'isolement** se traduisent par « des comportements d'isolement de la part des individus qui coupent tout contact avec les autres et qui ne veulent pas socialiser. Ils préfèrent échapper à la vie sociale en coupant tout contact avec le monde » (Massé, 2000 : 10). La **somatisation** se traduit par « des signes physiques tels que l'épuisement physique, la perte d'énergie et la fatigue » (Massé, 2000 : 10).

Pour terminer, **le repli sur soi** est considéré comme « l'élément le plus central. En effet, la détresse psychologique provient en majorité d'une crise liée à soi. Cette crise découle de la perception qu'ont les individus de leur capacité ou de leur incapacité à contrôler leur vie et de s'adapter à leur environnement social. Les valeurs de l'autonomie, de l'indépendance et du contrôle de soi sont au cœur du processus de la construction de troubles affectifs ou d'anxiété. On peut alors parler de statut de détresse de démoralisation, d'autodépréciation, et de désengagement social » (Massé, 2000 : 10).

En ce qui concerne la conceptualisation de Ridner (2004), « les composantes de la détresse psychologique sont : 1) la perception de l'incapacité d'être efficace, 2) des changements dans l'état émotionnel, 3) de l'inconfort, 4) la communication de l'inconfort et pour terminer un 5) préjudice ». (Ridner, 2004 : 539)

Tout d'abord, « la perception de l'incapacité d'être efficace représente l'incapacité de faire face à un facteur de stress. Cette perception doit être fondée sur l'absolue certitude qu'il

n'existe pas de solutions au stress ou sur l'incapacité à résoudre des problèmes » (Ridner, 2004 : 540). Les changements dans l'état émotionnel, quant à eux, représentent « des changements liés à la détresse psychologique tels que : l'apparition de sentiments d'anxiété, de dépression, de démotivation, d'irritabilité, d'agressivité et d'autodépréciation » (Ridner, 2004 : 540). L'inconfort, tel que le terme le dit, « représente un inconfort mental lié à des sentiments de souffrance et de misère » (Ridner, 2004 : 540). La communication de l'inconfort, quant à elle, représente « la façon dont l'individu communiquera son inconfort, sa détresse psychologique » (Ridner, 2004 : 540).

Pour terminer, la détresse psychologique cause un préjudice à l'individu. Le **tableau 3** présente un résumé des composantes de la détresse psychologique selon les différents auteurs précédemment énumérés.

**Tableau 2**

*Les principales composantes de la détresse psychologique*

N°	ILFELD 1976	MASSE 2000	HARDY et AL. 2003	RIDNER 2004
01	-	-	Tristesse	Inconfort
02	-	Démoralisation et pessimisme envers l'avenir	-	Perception incapacité d'être efficace
03	Dépression	-	Dépression	Changement
04	Anxiété	Angoisse et stress	Anxiété	état émotionnel
05	Irritabilité	-	-	
06	-	Autodépréciation	-	
07	Somatique	-	-	-
08	Troubles obsessionnels- compulsifs	-	-	-
09	-	Retrait et isolement social	-	Communication inconfort
10	-	Repli sur soi	-	-
11	-	Somatisation	-	-

Somme toute, la détresse psychologique peut être envisagée selon cinq dimensions soit:

1. l'irritabilité (sensibilité aux stimuli de l'environnement),
2. l'anxiété (inquiétudes et craintes ainsi que les anticipations face à l'avenir),
3. la tristesse (inconfort),
4. le découragement (manque d'énergie, sentiment d'impuissance et désespoir)
5. la dévalorisation de soi (sentiment d'incompétence). (Goyette, 2015)

Compte tenu des composantes de la détresse psychologique, il est primordial de ne pas la confondre avec d'autres problèmes de santé psychologique tels que la fatigue ou l'épuisement professionnel (*emotional exhaustion*). Tout d'abord, « la fatigue ne représente pas à elle seule un trouble, mais plutôt un symptôme » (Foucher et al., 2003 : 288). Les individus qui souffrent de détresse psychologique ressentent de la fatigue. Toutefois, les individus qui éprouvent de la fatigue ne souffrent pas nécessairement de détresse psychologique. Ensuite, l'épuisement professionnel est une « atteinte à la santé psychologique associé au stress » (Foucher et al., 2003 : 42). L'épuisement est un état dichotomique et non pas progressif» (Foucher et al., 2003 : 42). Plusieurs composantes de l'épuisement professionnel se retrouve dans celles de la détresse psychologique, par contre le concept de détresse psychologique est beaucoup plus complexe puisqu'il présente une facette beaucoup plus interne liée à la dévalorisation de soi et d'un sentiment d'incompétence. Au-delà d'une trop grande charge comme il est question dans l'épuisement professionnel, la détresse psychologique présente une profonde remise en question de l'individu.

### **2.2.6 Les recherches sur la détresse psychologique**

Pour Deci et Ryan (2008), la satisfaction des besoins fondamentaux est un facteur essentiel de protection contre la détresse psychologique au travail (Deci & Ryan, 2008). En effet, Gilbert, Savoie et Brunet (2008) déclarent que la satisfaction des besoins fondamentaux (autonomie, compétence et affiliation sociale) est liée à un faible niveau de détresse psychologique. Plus précisément, la perception que les trois besoins sont satisfaits par le travailleur diminue la perception de symptômes de détresse psychologique (Gilbert et al., 2008). De même, Bouterfas et Desrumaux (2013) suggèrent que la satisfaction des trois besoins fondamentaux est un médiateur du lien entre la charge mentale et la détresse psychologique des travailleurs sociaux. Rousseau, Aubé et Morin (2006), montrent aussi dans une recherche que l'autonomie procédurale (l'individu peut choisir comment faire son travail) et le locus de contrôle sont des importants déterminants de la détresse psychologique au travail. (Rousseau et al., 2009!)

## **CHAP 3 :**

# **INSERTION THEORIQUE**

Nous présentons ici deux grands modèles explicatifs, prédominants dans la littérature, de la relation entre les conditions de travail et la détresse psychologique, soit le modèle demandes-contrôle de Karasek (1979), et le modèle demandes-contrôle-soutien de Karasek et Theorell (1990). Ces modèles tentent d'expliquer dans quelle mesure la latitude décisionnelle, et le soutien social au travail ont un effet de modulation sur le stress provenant de l'exposition aux demandes du travail. Dans le présent chapitre, nous allons voir en détail chacun de ces modèles.

### **3.1 LE MODÈLE DEMANDES-CONTRÔLE DE Karasek (1979)**

Robert KARASEK est un psychologue américain qui s'est intéressé particulièrement aux situations professionnelles génératrices de tensions ou «strain». Pour construire son modèle théorique, Karasek s'est appuyé sur des enquêtes réalisées par l'université de Michigan en 1969, 1972 et 1977, sur la qualité de vie au travail. Ces enquêtes concernent, chacune, 1000 aspects liés à l'expérience au travail perçue contraignante et nuisible à la santé. Ce qui a amené Karasek à cumuler le contenu d'un éventail de questions à un plus petit nombre qui couvrent les contenances récoltées. Ainsi est développé le modèle du Job Demand Control de Karasek, sur lequel est élaboré le Job Content Questionnaire (JCQ).

Robert KARASEK propose deux versions de son modèle de la détresse psychologique. Dans sa version originale, qui est le modèle demandes-contrôle, il s'appuie sur deux facteurs professionnels, à savoir : les demandes psychologiques et la latitude décisionnelle.

Le modèle demandes-contrôle de Karasek (1979) est un modèle prédominant au niveau de la littérature sur la santé mentale au travail depuis les années 1980. Karasek (1985) a défini les demandes psychologiques de travail comme étant des sources de stress psychologique faisant partie de l'environnement de travail. Il mentionne, par ailleurs, que ces demandes psychologiques sont constituées par l'accomplissement, la quantité, la complexité et le caractère imprévu des tâches, par les contraintes de temps, les exigences intellectuelles ou le travail mentalement exigeant, et les demandes contradictoires (R. Karasek, 1985).

La latitude décisionnelle est, quant à elle, constituée de deux composantes, soit l'autonomie décisionnelle et l'utilisation des compétences. L'autonomie décisionnelle fait référence à la possibilité pour le travailleur de participer aux décisions en lien avec le travail, de choisir la façon dont il exécute son travail, d'influencer son groupe ainsi que d'influencer les politiques organisationnelles (R. A. Karasek, 1979). La deuxième composante de la latitude décisionnelle est l'utilisation des compétences. Celle-ci réfère au degré d'utilisation et de développement des habiletés, des compétences et des qualifications du travailleur ainsi qu'à la possibilité qu'il a d'user de créativité dans le cadre de son travail (R. Karasek, 1985).

D'après le modèle demandes-contrôle de Karasek (1979), l'environnement psychologique au travail peut être caractérisé par une combinaison de demandes psychologiques du travail et par le niveau de latitude décisionnelle (cadre, contraintes et liberté, à l'intérieur duquel l'individu peut transformer son stress en action) que l'employé possède pour faire face à ces demandes (R. A. Karasek & Theorell, 1990; Lange et al., 2003). La tension psychologique au travail (*job strain*) serait alors le résultat de l'effet d'interaction des demandes psychologiques au travail et de la latitude décisionnelle dont l'individu dispose. Ainsi, l'hypothèse formulée par Karasek est la suivante : **si l'individu se trouve dans une situation où les demandes psychologiques sont élevées et où la latitude décisionnelle est faible, le stress qui ne peut être transformé en action se manifestera comme une tension psychologique pouvant résulter en des ennuis de santé physiques et psychiques** (R. A. Karasek, 1979).

Le modèle de Karasek (1979) fait deux prédictions. La première est qu'un emploi où les demandes psychologiques de travail sont élevées alors que la latitude décisionnelle est basse, va être générateur du plus haut niveau de stress au travail. Ces emplois sont qualifiés « **d'emploi à haute tension** ». Il existe trois autres types d'emplois issus de la combinaison de ces deux mêmes dimensions. Les emplois combinant de fortes demandes psychologiques au travail ainsi qu'une latitude décisionnelle élevée sont dits « **emplois actifs** ». Inversement, les emplois où les demandes sont basses alors que le degré de latitude décisionnelle est élevé sont appelés « **emplois à basse tension** », et sont perçus comme les emplois idéaux, c'est-à-dire ceux générant le moins de tension au travail. Ensuite, l'interaction entre des demandes psychologiques au travail faibles ainsi qu'une latitude décisionnelle faible caractérise le « **emplois passifs** ». Karasek (1979) émet l'hypothèse que ce dernier type d'emploi, tout comme les emplois à hautes tensions, pourraient être générateurs de stress et reliés à l'insatisfaction au travail. (R. A. Karasek, 1979)

La deuxième prédiction du modèle de Karasek (1979) est que les emplois dits actifs (demandes psychologiques au travail élevées et latitude décisionnelle élevée) vont amener un employé à développer ses compétences, à être motivé par le défi que représente un tel emploi ainsi qu'à avoir une plus grande satisfaction au travail, ce qui en définitive augmente sa productivité.

Tel qu'illustré à la **figure 4**, le modèle demandes-contrôles repose sur une typologie de quatre catégories d'emploi: les emplois passifs (faible latitude-faibles demandes), les emplois à faibles tensions (forte latitude-faibles demandes), les emplois à fortes tensions (faible latitude-fortes demandes) et les emplois actifs (forte latitude-fortes demandes).

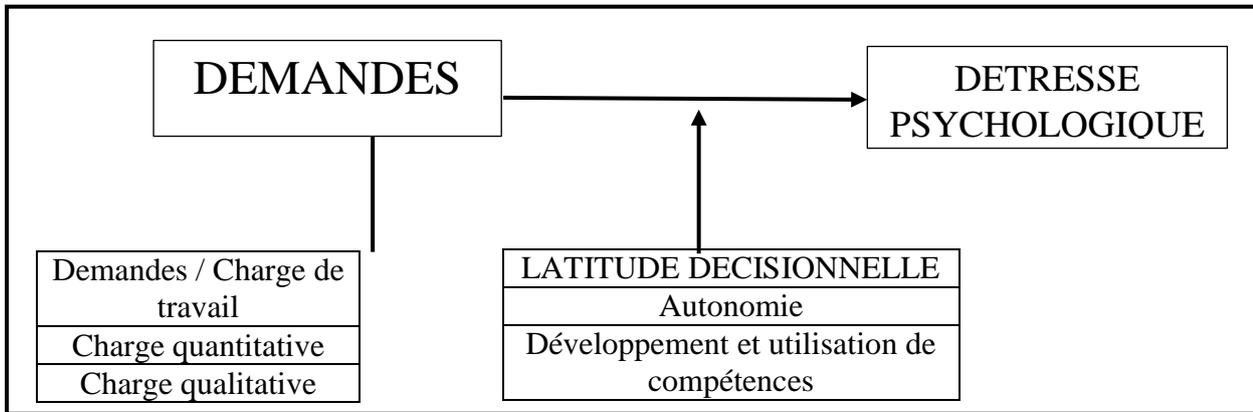
Ce modèle théorique de demandes-contrôles présente la relation entre les demandes du milieu de travail (charge de travail), la latitude décisionnelle et la détresse psychologique (**Figure 3**). Selon ce modèle, plus les demandes du milieu de travail sont élevées (charges qualitative et quantitative de travail), plus le travailleur éprouvera une pression (c'est à dire du stress) à répondre à ces demandes, c'est-à-dire une pression à réaliser les tâches de son emploi. Lorsque le travailleur n'est pas en mesure de répondre aux demandes, la tension s'accumule ce qui entraîne graduellement le travailleur vers un état de détresse psychologique. En revanche, lorsque le travailleur est en mesure d'agir et de répondre aux demandes, il libère continuellement la pression et préserve sa santé psychologique.

La capacité d'agir pour réduire la pression causée par les demandes (la charge de travail) est désignée par le terme latitude décisionnelle. Elle concerne l'acquisition des compétences nécessaires pour réaliser les tâches, la possibilité d'utiliser ses compétences et l'autonomie, soit la liberté de prendre des décisions liées à la manière de réaliser le travail.

Somme toute, un travailleur ayant de la latitude décisionnelle au travail présentera moins de risques de souffrir de détresse psychologique. Selon Vézina et al. (2011) une tension élevée provient de « l'exposition combinée à une demande psychologique élevée et à une latitude décisionnelle faible ». (Vézina et al., 2011)

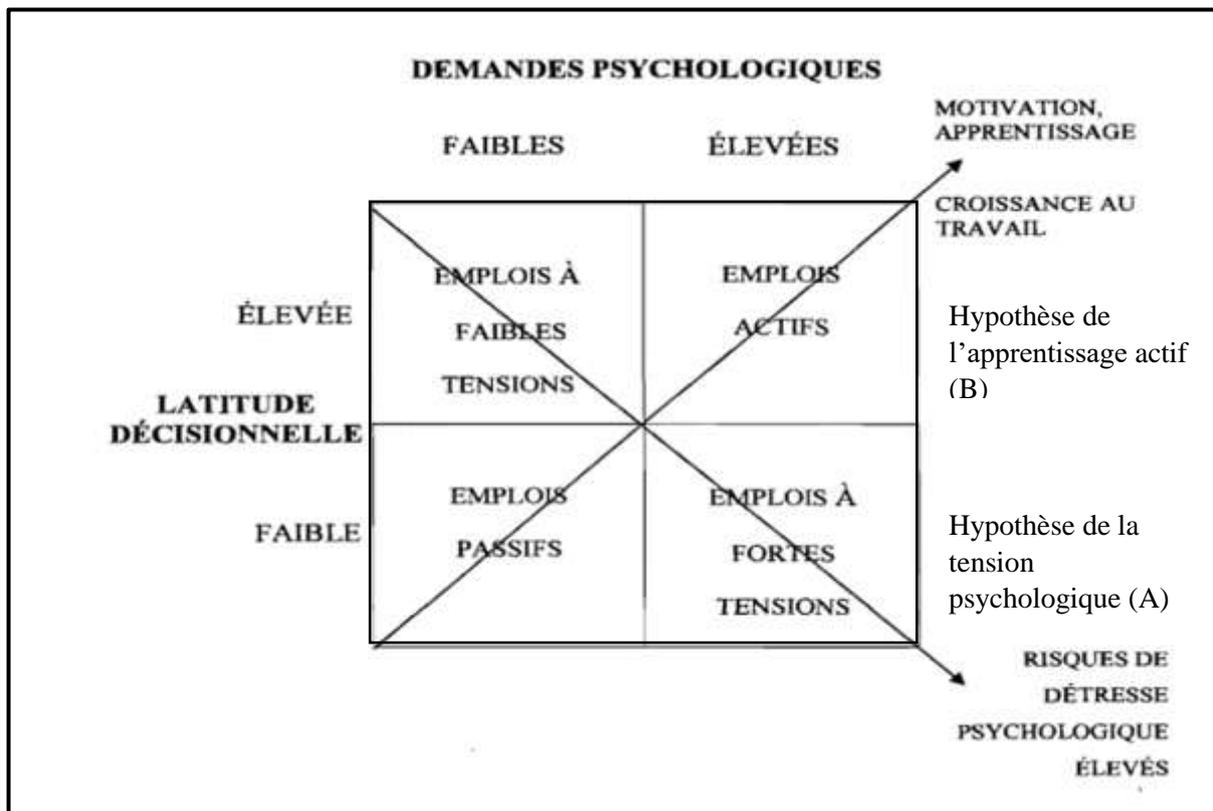
**Figure 3**

*Modèle théorique de demande et de latitude décisionnelle (R. A. Karasek, 1979)*



**Figure 4**

*Typologie d'emplois du modèle demandes-contrôle (R. A. Karasek & Theorell, 1990)*



Karasek présente en fait deux hypothèses avec les diagonales A et B (figure 4) : la diagonale A représente l'intensité de la tension psychologique et de la latitude décisionnelle.

La première se manifeste alors que les demandes psychologiques liées à la tâche sont grandes et que la seconde est d'autant plus faible. Les emplois regroupés dans cette catégorie sont les plus néfastes pour la santé mentale et physique des individus.

Une personne se retrouvant de façon répétitive dans des situations où les demandes psychologiques sont élevées mais qui ne possède pas la latitude décisionnelle nécessaire pour répondre de façon adéquate et adaptée à cette demande, se retrouve avec un surcroît de stress qui, à son tour, engendre la tension psychologique pouvant lui être nuisible.

De façon inverse, on retrouve à l'autre extrémité de cette diagonale, les emplois qui se caractérisent par des demandes psychologiques faibles et une latitude décisionnelle peu élevées. Pour ces emplois, le modèle prédit des niveaux de tension psychologique résiduelle inférieurs à la moyenne ainsi qu'un taux de maladie moins élevé puisque la latitude décisionnelle permet à l'individu de répondre de façon optimale à chacune des demandes de l'environnement (Karasek et Theorell, 1990).

Selon l'hypothèse de l'apprentissage actif (diagonale B), lorsque la latitude décisionnelle et les demandes psychologiques sont élevées sans être nuisibles, on prévoit un apprentissage et un sentiment d'épanouissement chez ces travailleurs. Cette association de facteurs définit la catégorie des *emplois actifs*. On a démontré que les travailleurs occupant un emploi actif avaient le plus de loisirs, qu'ils étaient les plus actifs à l'extérieur du travail et qu'ils étaient les plus impliqués dans les activités sociales et politiques (Karasek et Theorell, 1990). Dans cette situation, on retrouve peu de tension psychologique puisque la plus grande partie de l'énergie induite par les défis du milieu de travail est mise en action à travers le processus de résolution de problèmes (qui est nécessaire à un processus d'apprentissage efficace). Le modèle prédit ici un niveau moyen de tension psychologique.

À l'opposé se trouvent les emplois de type **passif** qui accusent des demandes psychologiques peu élevées associées à une latitude décisionnelle faible. Cette situation traduit le deuxième problème psychosocial majeur en lien avec le travail. Pour des emplois de cette nomenclature, le modèle prédit un apprentissage négatif, c'est-à-dire une perte croissante des habiletés acquises. Cette situation provoque, pour les personnes occupant de tels emplois, une baisse des loisirs et des activités à l'extérieur du travail à un niveau inférieur à la moyenne.

Cette perte d'habiletés et de défis, conjuguée avec des restrictions environnementales rigides, empêche les individus d'élaborer leurs propres moyens de perfectionner le processus du travail. Dans ce cas précis, il s'ensuit fréquemment une perte de motivation et de

productivité. Comme pour les emplois de type actif, le modèle prévoit un niveau moyen de tension psychologique (Karasek et Theorell, 1990).

Karasek (1979) soutient que l'effet indépendant des demandes de travail élevées n'est pas nuisible en soi, mais il le devient lorsqu'elles sont accompagnées d'un niveau peu élevé de latitude décisionnelle.

Le modèle demandes-contrôle postule que la latitude décisionnelle accordée au travailleur sur la tâche à accomplir a un effet modérateur sur les demandes psychologiques. Donc, plus le travailleur a une latitude décisionnelle élevée sur sa tâche, moins la tension produite par l'effet des demandes de travail sur la détresse psychologique, serait importante, car la tension résiduelle générée par un haut niveau de demandes psychologiques au travail serait éliminée. Donc, selon Karasek (1979), un **emploi à haute tension** est caractérisé par de fortes demandes psychologiques accompagnées d'une faible latitude décisionnelle favorisant l'état le plus défavorable où les tensions sont les plus marquées et où les risques de développer une détresse psychologiques sont les plus élevés.

Cependant, les demandes du travail peuvent ne pas avoir d'effet si la latitude décisionnelle est en mesure d'absorber le surplus de travail. Karasek (1979) prédit en effet que les problèmes de santé mentale peuvent être évités si le niveau de contrôle (latitude décisionnelle) des employés est très élevé. En effet, Karasek (1979) postule que la motivation, l'apprentissage et la croissance au travail par la participation sont plus susceptibles de s'exprimer dans les **emplois actifs**, qui sont d'ailleurs le type d'emploi où le risque de développer des problèmes de santé mentale est le plus faible.

### **3.1.1 Les demandes (charge de travail)**

Pour Karasek (1979), les demandes du milieu de travail (charge de travail) constituent la variable indépendante du modèle. Plusieurs vocables font référence à la demande au travail soit la quantité de travail, la charge de travail, la surcharge de travail, les attentes, les efforts exigés etc. Les demandes imposées par l'organisation du travail, soit les demandes physiques, psychologiques et contractuelles, de même que les efforts déployés par l'individu pour répondre à ces demandes sont des facteurs qui entraînent un certain niveau de charge mentale, psychique et cognitive pouvant avoir une influence sur la prévalence de la détresse psychologique (Karasek, 1979; Karasek et Theorell, 1990). Par contre, le stress généré par ces demandes n'est pas nécessairement une cause directe de la détresse psychologique, car jusqu'à un certain niveau, le stress engendré est un élément positif qui favorise le développement de

l'individu dans son emploi. Par contre, si le stress dépasse ce seuil, il peut s'avérer un facteur de risque et accroître les chances de vivre la détresse psychologique.

Ce concept est divisé en deux soit la demande quantitative et la demande qualitative. Selon L'IRSST (2003), la charge quantitative de travail fait référence à la quantité de travail à accomplir au cours d'une période de temps. Ainsi, la surcharge quantitative représente une trop grande quantité de travail à accomplir en un temps trop restreint. Ce phénomène est de plus en plus fréquent puisque les travailleurs doivent assumer de plus en plus de responsabilités et réaliser une variété grandissante de tâches en raison de nombreuses coupures de postes. (IRSST, 2003)

La charge qualitative représente la complexité des tâches qu'un travailleur doit accomplir dans le cadre de son travail (IRSST, 2003). La surcharge qualitative peut se traduire par les critères de performance et d'efficacité qui sont de plus en plus élevés, ce qui demande aux travailleurs de sans cesse se surpasser. Cela peut aussi être attribuable aux nouvelles technologies qui ont pour effet de modifier les procédés de travail.

#### ➤ **Les demandes physiques**

L'individu peut être confronté à un travail qui implique un niveau plus ou moins élevé d'efforts physiques, tels que transporter des charges lourdes ou devoir occuper des postures inconfortables. En fonction de l'environnement de travail, il existe plusieurs risques pouvant porter atteinte à la santé et à la sécurité des personnes. Notamment, il peut s'agir d'un milieu de travail où le niveau de bruit, de poussières, de vapeurs toxiques est élevé, ou tous les autres éléments agresseurs propres à l'environnement industriel.

Les études de Jonge et al. (1999), Julien et al. (2000), Marchand et al. (2005) et de Stansfeld et al. (1999) rapportent un risque plus élevé au niveau de l'incidence de la détresse psychologique lorsque les demandes physiques sont importantes. Par contre, une recherche effectuée par Mausner-Dorsch et Eaton (2000) n'arrive pas au même résultat. Ils affirment que l'absence d'un lien entre les demandes physiques et la détresse psychologique pourrait s'expliquer par le fait que la mesure des demandes physiques inclut aussi le travail répétitif.

Les facteurs comme le port de charges lourdes, les mouvements répétitifs, être debout durant de longues heures ou l'allure rapide montrent l'importance des exigences physiques au travail. Bien que les exigences physiques soient très importantes, les travailleurs sont également exposés à d'importantes exigences psychologiques.

#### ➤ **Les demandes psychologiques**

Les demandes psychologiques imposées par l'organisation du travail peuvent générer un stress accru chez les individus et se traduire par la présence de détresse psychologique (Marchand et al., 2004, 2005a). Ces demandes peuvent être conceptualisées de deux manières. Elles sont souvent considérées selon une seule dimension, avec des éléments liés au rythme de travail, à la quantité de travail et aux demandes conflictuelles (Karasek, 1979; Karasek et Theorell, 1990). Il est aussi possible de les conceptualiser en termes de demandes psychologiques et émotionnelles (Jonge et al., 1999). Malgré les différentes définitions, plusieurs recherches ont déterminé qu'une augmentation du niveau de stress généré par les demandes psychologiques et émotionnelles contribue à augmenter les problèmes de détresse psychologique (Kant et al., 2002; Marchand et al., 2005a).

Toutefois (Desharnais-Pépin, 2008) suggèrent que le stress généré par les demandes psychologiques ne constitue pas nécessairement un risque pour la santé mentale d'un individu. À l'intérieur de certaines limites et dépendamment des conditions de l'organisation du travail, ces demandes peuvent représenter un stress positif qui incite au développement des compétences et augmente le sentiment de valorisation de l'individu de par la maîtrise et l'identification au travail (Karasek & Theorell, 1990; Marchand et al., 2005) (Dejours, 1993; Vézina et al., 1992). Au-delà de cette limite, les demandes psychologiques s'avèrent être une source majeure de stress affectant la santé mentale (Marchand et al., 2005).

#### ➤ **Demandes contractuelles**

Les demandes contractuelles comprennent les horaires de travail et le nombre d'heures travaillées, qui sont déterminées par le contrat de travail qui lie le travailleur à l'organisation. Ces demandes contribuent à l'incidence de la détresse psychologique, car elles représentent des risques importants pouvant favoriser une plus forte charge mentale, psychique et cognitive. Les horaires de travail irréguliers ou alternants peuvent entraîner des effets négatifs, autant au niveau de l'adaptation de l'individu à ces horaires de travail que sur la vie familiale et favoriser l'expérience de la détresse psychologique (Marchand et al., 2005b). Matthew et al. (2001) et Vézina et al., (1992) mentionnent, dans leurs études, que les horaires de travail irréguliers augmentent les risques de subir une détresse psychologique.

En regard du nombre d'heures travaillées, l'étude de Bourbonnais et al. (1999) relie des niveaux plus élevés de détresse psychologique chez les travailleurs dont l'horaire de travail hebdomadaire est allongé. Selon Vézina et al., (1992), les travailleurs qui travaillent de longues heures qui exigent une surcharge de travail en subissent l'impact sur leur vie familiale et sur leur équilibre psychologique. Ceci entraîne donc des conséquences, autant pour les

entreprises (absentéisme, taux de roulement accru, etc.) que pour ces travailleurs qui risquent davantage de souffrir de problèmes de santé mentale.

### **3.1.2 Latitude décisionnelle**

Selon le modèle de Karasek (1979), la latitude décisionnelle fait référence à 1) l'autonomie et 2) au développement et à l'utilisation des compétences. Vézina et ses collègues (2011) définissent la latitude décisionnelle comme « [...] la capacité d'utiliser ses habiletés et d'en développer de nouvelles, et la possibilité de choisir comment faire son travail, et de participer aux décisions qui s'y rattachent ». (Vézina et al., 2011) Les tâches accomplies dans le cadre d'un emploi spécifique peuvent varier d'une organisation à une autre. La tâche peut, par exemple, faire appel ou non à certaines compétences et qualifications et peut être plus ou moins répétitive. Par ailleurs, le niveau de contrôle, c'est-à-dire l'autonomie et l'autorité décisionnelle sur le déroulement du travail de l'individu, est souvent plus ou moins élevé.

L'employeur doit permettre à ses travailleurs d'acquérir de nouvelles compétences et d'être créatif dans le cadre de leur travail. Au-delà du développement, l'employeur doit également accorder aux travailleurs la possibilité d'utiliser leurs nouvelles compétences.

#### ❖ L'autonomie décisionnelle

L'autonomie décisionnelle est l'opportunité, pour un individu, de prendre des décisions en lien avec son travail et d'avoir une influence sur son groupe de travail ou sur les politiques de son entreprise, ou les deux (Mausner-Dorsch & Eaton, 2000). L'autonomie est un aspect important de la notion plus vaste de contrôle. Dans un emploi où l'employé a un grand degré d'autonomie, il peut, entre autres, déterminer de quelle manière il organise ses tâches, le rythme auquel il peut les effectuer, les procédures pour les accomplir et la coordination de celles-ci avec les autres employés et les conditions de travail (Liu et al., 2005).

#### ❖ L'utilisation des compétences

L'utilisation des compétences est significativement reliée à la détresse psychologique ; en effet, plus les travailleurs sont amenés à utiliser leurs compétences dans le cadre de leur travail, moins grandes sont les chances qu'ils développent une détresse psychologique. (R. A. Karasek, 1979; R. A. Karasek & Theorell, 1990). Cependant, selon Marchand et al. (2005), l'utilisation des compétences n'influence pas l'incidence d'épisodes simples et multiples de détresse psychologique, mais elle affecte le niveau de détresse psychologique selon une relation non-linéaire (Marchand et al., 2005a). Il y aurait un effet de réduction de la détresse seulement lorsque le niveau d'utilisation des compétences s'élève pour ceux qui utilisent peu

leurs compétences, alors que l'accroissement subséquent de l'exigence des compétences fait augmenter le niveau de détresse.

Pour Lemire (Lemire, 2012), la latitude décisionnelle (qu'il désigne par le terme autonomie décisionnelle) est « [...] la possibilité qu'a un individu d'utiliser et de développer ses habiletés dans son environnement. L'employé peut ainsi accomplir des tâches qui lui donnent l'impression d'utiliser son potentiel, ses ressources, ses connaissances, son expérience et son jugement ». Bref, la latitude décisionnelle renferme deux composantes : 1) l'autonomie et 2) le développement et l'utilisation des compétences.

D'Amato et Zijlstra (2008) affirment que les différences individuelles viennent influencer la perception du climat psychologique de travail. Ces différences se situent sur les plans cognitif et de la personnalité (D'Amato et Zijlstra, 2008), c'est-à-dire sur l'interprétation qu'un individu peut se faire du climat de travail, le tout teinté par ses caractéristiques individuelles telles que la faculté de se fixer des objectifs, la volonté de performance, la désirabilité sociale, etc. Brisson et al. (2001) ont étudié le modèle de Karasek et ils ont établi qu'une demande psychologique élevée et une faible latitude décisionnelle avaient tendance à provoquer de la détresse psychologique chez les travailleurs. (Brisson et al., 2001) Hayasaka et al. (2007) ont quant à eux démontré que la piètre qualité de l'environnement physique de travail constituait un facteur pouvant induire la détresse psychologique.

Des études réalisées auprès de certaines professions réglementées, dont les chirurgiens et chirurgiennes vétérinaires (Bartram *et al.*, 2009), les médecins (Hayasaka *et al.*, 2007; Rosta *et al.*, 2009) et les sages-femmes (Paterson, Dorrian, Pincombe, Grech et Dawson, 2010), ont conclu en l'importance des heures travaillées dans l'explication de la détresse chez ces professionnels et professionnelles. Les longues heures de travail imposées par l'exercice de ces professions conduiraient à un déséquilibre entre le temps accordé au travail et la vie privée (Rosta *et al.*, 2009; Viviers *et al.*, 2008).

De Jonge et ses collègues (Jonge et al., 1999) ont, quant à eux, mentionné que certaines études sont moins consistantes avec le modèle demandes-contrôles de Karasek (1979), car elles incluent d'autres variables organisationnelles, tel le soutien social au travail, qui sont susceptibles de modérer les effets de l'interaction entre les demandes et la latitude décisionnelle. Dans les lignes suivantes, nous présenterons le modèle demandes-contrôles-soutien de Karasek et Theorell (1990), qui représente une évolution du modèle original de Karasek (1979), en incluant un troisième concept: le soutien social.

## 3.2 LE MODÈLE DEMANDES-CONTRÔLE-SOUTIEN de Karasek et Theorell (1990)

C'est en 1990 que Karasek, de concert avec Theorell, a inséré une variable supplémentaire dans son modèle : le soutien social. En effet, l'intégration de la notion de soutien social sur les lieux de travail a favorisé le développement d'une hypothèse supplémentaire qui est celle de l'**iso-tension** (*iso-strain*), c'est-à-dire la tension vécue par le travailleur combinée à un faible support social. En insérant cette composante, Karasek et Theorell ont raffiné leur hypothèse de travail en soutenant que si le modèle demandes-contrôle prédit déjà un risque accru de tension et/ou de détresse psychologique chez les individus, ce risque s'accroît lorsque lui est associé le soutien social au travail faible (Roy, 2009). Ainsi, le modèle demandes-contrôle-support illustre, selon Karasek et Theorell, les différents niveaux de soutien social qui peuvent exister au sein des relations entre collègues et supérieurs immédiats. Il est important de souligner que le soutien social a un effet modérateur efficace sur la tension psychologique dans la mesure où l'individu est favorablement intégré sur les plans social et émotionnel dans son milieu de travail.

### 3.2.1 Les relations sociales au travail :

Les relations sociales sont caractérisées autant par les relations que les travailleurs entretiennent entre eux que par les interactions avec les gestionnaires et dirigeants à des niveaux supérieurs. Ces dernières interactions peuvent engendrer du stress et ainsi avoir une influence sur la santé mentale du travailleur. À cet égard, les effets du soutien social au travail sur la détresse psychologique semblent provenir surtout de l'ensemble du soutien social disponible provenant simultanément des différents groupes de la structure organisationnelle de l'entreprise, tels les collègues de travail et les superviseurs. Le soutien social au travail s'est révélé comme étant un facteur relié à la prévalence de la détresse psychologique dans plusieurs autres études. (Bourbonnais et al., 1996, 1999,2005; de Jonge et al., 2000, 2001; Karasek & Theorell, 1990)

Certaines études sur les serveurs, serveuses, cuisiniers et les relations de services dans l'hôtellerie avancent qu'un environnement de travail qui soutient ses employé-e-s donnerait les ressources nécessaires pour médiatiser l'effet des fortes exigences et du manque de contrôle. (*serveurs et serveuses* : Hau-siu et al. 2006 ; *cuisiniers* : Kang et al. 2010 ; *hôtellerie*: Hanicotte, 2008 ; Chiang et al. 2010). Une étude menée aux États-Unis auprès de travailleurs de la restauration cherchant à faire connaître leurs motivations à rester dans ce

secteur d'activité, constate que « l'ambiance sympa » de l'établissement (avec les collègues et les superviseurs) est la deuxième raison la plus importante pour eux après la rémunération (Wildes, 2008).

De plus, la reconnaissance et la valorisation du travail et des compétences de la part des collègues (soutien social) apparaissent être des facteurs importants de protection et de soutien face à des tensions puisqu'ils viendraient augmenter l'estime de soi (Laperrière, 2010). Au contraire, une mauvaise interaction avec les collègues ou le superviseur pourrait aggraver la tension émotionnelle (Salanova et al. 2005)

Les gratifications relèvent de la rémunération, mais également des possibilités au niveau des perspectives de carrière, de la sécurité d'emploi et de l'estime de soi au travail (Marchand, 2004). En effet, les gratifications au travail sont synonymes de reconnaissance pour l'individu et elles lui apportent de la motivation, de la valorisation et une identification plus importante à son travail. Par contre, si les gratifications ne sont pas suffisantes, elles peuvent engendrer de l'insatisfaction et du stress pouvant affecter la santé mentale du travailleur.

L'étude de Jonge et al. (2000) rapporte de plus faibles niveaux de détresse chez les travailleurs qui évaluent positivement les récompenses obtenues au sein de leur milieu de travail. (Desharnais-Pépin, 2008) Le soutien social peut donc être compris comme étant l'aide et la reconnaissance des collègues de travail et des supérieurs hiérarchique qui viennent contrebalancer les effets négatifs des demandes psychologiques élevées. En d'autres termes, si un travailleur peut compter sur un réseau social sain et de confiance, celui-ci aura un effet modérateur sur les tensions psychologiques issues de son travail et que la réponse à celles-ci pourra être optimisée. (Roy, 2009)

### **3.2.2 Les différents facteurs de cette théorie :**

Les facteurs mis en cause dans l'apparition d'une souffrance liée au travail se rapportent à deux dimensions :

➤ La demande psychologique est liée aux caractéristiques de la tâche, aux exigences psychologiques du travail qui se traduisent par une quantité importante de travail, par des demandes contradictoires, par des interruptions successives et par des contraintes de temps. Il s'agit de charge mentale et psychologique de travail.

➤ La latitude décisionnelle ou contrôle, composée de deux sous-échelles, l'une fait référence à l'utilisation des compétences et qualifications pour être créatif et innovant, et

l'autre concerne la marge de manœuvre octroyée à l'individu dans l'accomplissement de sa tâche et la participation aux décisions (autonomie décisionnelle).

Sur la base de ces deux axes en croisant latitude et demande, quatre classes de catégories se démêlent : les situations de travail :

- « Détendues » : un niveau élevé de contrôle (latitude) et un faible niveau de demande.
- « Active » : forte demande psychologique et un niveau élevé de contrôle (latitude).
- « Passive » : un niveau faible de demande et de contrôle (latitude).
- « Tendues » ou « job strain » : un niveau de demande psychologique élevé et un niveau de contrôle (latitude) faible. Cette situation est associée à des problèmes de santé mentale, à des troubles musculo-squelettiques (TMS) et à des maladies cardiaques.

➤ Une autre dimension a été ensuite ajoutée au modèle qui se rapporte à la qualité des relations et du soutien de la part des collègues et du supérieur hiérarchique. L'assimilation de cette nouvelle dimension a donné lieu à **un autre type de situation de travail**. Les trois facteurs combinés contribuent à la survenue du stress au travail. **La situation d'épuisement professionnel**, quant à elle, est définie par un niveau élevé de demande, un niveau faible de contrôle associé à un soutien social faible. Cette situation a un effet délétère pour la santé des individus et génère différentes pathologies. Le stress psychologique constitue un construit charnière lié à un état plus accentué qui est l'épuisement professionnel.

Le modèle demandes-contrôle-soutien a été développé à partir du modèle demandes-contrôle en intégrant le concept de soutien social au travail, de manière à tenir compte des effets modérateurs ou de médiation que ce soutien peut produire entre les demandes du travail et la santé (R. A. Karasek & Theorell, 1990). Ce modèle, aussi appelé modèle « *iso-strain* », postule qu'un faible soutien social au travail augmente l'effet de l'interaction entre la latitude décisionnelle et les demandes psychologiques sur la santé mentale : ce qui représente la situation de travail la plus susceptible de causer la détresse psychologique chez le travailleur.

Donc, une personne en situation de faible latitude décisionnelle et de fortes demandes psychologiques verrait croître plus fortement ses problèmes de détresse psychologique lorsque le soutien social au travail ne serait pas présent. Globalement, plus le soutien social au travail est élevé, plus l'employé a les ressources nécessaires pour s'ajuster aux sources de stress organisationnel, et ainsi contrer les effets délétères du stress. Karasek et Theorell (1990) ont d'ailleurs conclu que le soutien social du superviseur ou des collègues était bénéfique pour les employés puisque ces derniers étaient davantage outillés pour faire face au stress organisationnel.

### 3.2.3 Avis des auteurs sur cette théorie :

La majorité des études portant sur la santé mentale au travail utilisent le modèle demandes-contrôles de Karasek (1979) et négligent l'ajout de la dimension soutien social. Un nombre restreint d'études incluent l'effet modérateur du soutien social dans la relation unissant les emplois à fortes tensions et la santé mentale. Les hypothèses concernant le soutien social au travail et les demandes du travail ont été testées de manière empirique, mais la plupart de ces études n'arrivent pas à confirmer les effets modérateurs de la latitude décisionnelle et du soutien social (Bourbonnais et al., 2005; de Jonge et al., 2000; Marchand et al., 2005c, 2006a; Mausner-Dorsch & Eaton, 2000; Stansfeld et al., 1999; Wilkins & Beaudet, 1998).

L'étude longitudinale de Niedhammer et al. (1998) rapporte qu'un niveau important de demandes psychologiques de travail accompagné d'un faible niveau de latitude décisionnelle et de soutien social au travail sont des prédicteurs significatifs de symptômes dépressifs, autant chez les hommes que chez les femmes. Par contre, aucune interaction significative ne fut observée entre les demandes psychologiques de travail, la latitude décisionnelle et le soutien social au travail en relation avec des symptômes dépressifs. (Niedhammer et al., 1998)

Calnan et al. (2004) ont, quant à eux, établi qu'un haut niveau de demandes en corrélation avec un bas niveau de contrôle et un support social inadéquat seraient indicatifs d'une haute tension au travail ayant des conséquences sur la santé mentale. (Calnan et al., 2004)

Par ailleurs, Bourbonnais et al. (2005) ont pu démontrer que les demandes psychologiques élevées combinées à une faible latitude décisionnelle et un faible soutien des collègues ou des superviseurs étaient directement reliées à la détresse psychologique. (Bourbonnais et al., 2005) Dans leur méta-analyse Luchman et coll. (2013) montrent que le soutien social au travail est non seulement considéré comme une ressource importante, mais aussi que le soutien social des collègues et des superviseurs ne joue pas de la même façon. Tandis que le soutien des superviseurs est étroitement lié au contrôle et à la latitude décisionnelle, le soutien social des collègues est plus considéré comme une ressource, venant aider dans les tâches de travail. (Luchman et al., 2013) En ce qui concerne le modèle demandes-contrôle-soutien, les analyses de Van Der Doef et al. (1999a,1999b) viennent soutenir l'hypothèse de la tension psychologique. La recherche de Van Der Doef qui s'est déroulée auprès d'une population de travailleurs des Pays-Bas de professions diversifiées (N = 6386♂ et 3631♀), amène un autre point intéressant: Concernant l'hypothèse de l'effet modérateur du soutien social et du contrôle sur la tension psychologique, les analyses

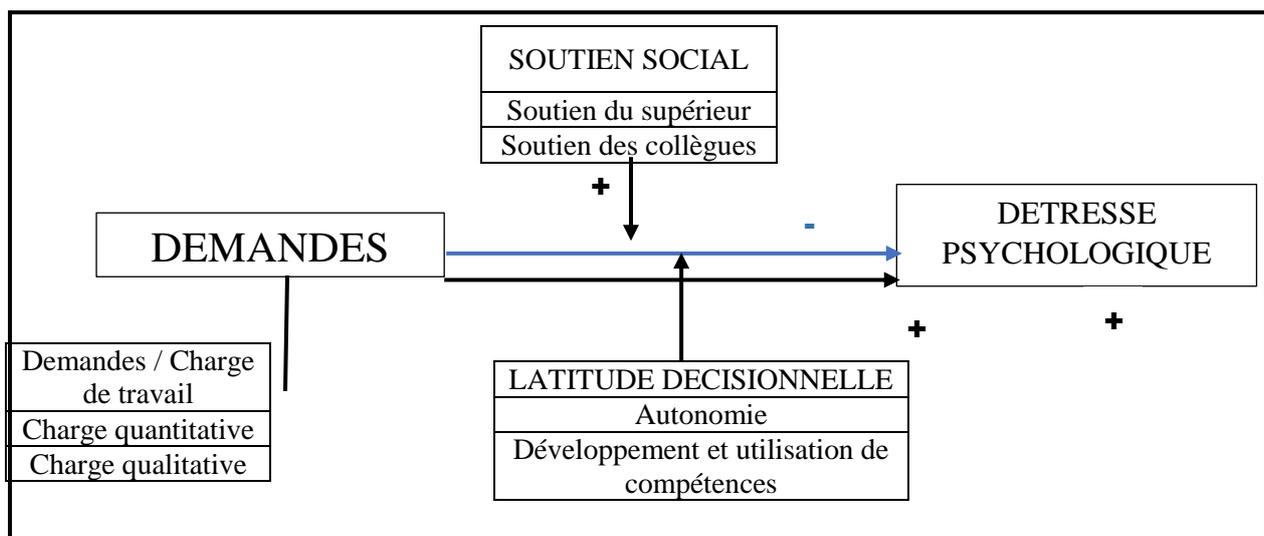
indiquaient que tous les types de contrôle (usage discrétionnaire des compétences, autonomie décisionnelle et contrôle sur la tâche) pouvaient avoir un effet modérateur sur cette tension, mais seulement lorsque le superviseur apportait un support élevé au travailleur.

Il importait plus que les possibilités de contrôle soient combinées à un environnement de travail qui offre un support social, le support du superviseur étant plus efficace que celui des collègues de travail. Ces résultats indiquaient qu'il était nécessaire de se concentrer aussi sur le support social et non seulement sur le contrôle au travail. L'étude supportait cependant l'hypothèse de l'iso-tension en rapportant que des contraintes de temps élevées (demandes psychologiques), un niveau de contrôle bas ainsi qu'un faible soutien social étaient associés à un niveau de bien-être peu élevé. (Van Der Doef et al., 1999; Van Der Doef & S., 1999)

Les recherches de (D'Amato et Zijlstra, 2008) ont démontré que les dimensions qui structurent le climat psychologique, à savoir la qualité des relations avec les collègues, la qualité des relations avec les superviseurs et la qualité de l'environnement de travail influencent, le degré de détresse psychologique. Les recherches de (Masse, 2016) ont montré que les exigences psychologiques et physiques du travail et le soutien des collègues sont associés à la fois à la détresse psychologique et à la santé mentale positive. La majorité des recherches, avant elle, soutiennent l'hypothèse d'une relation entre de fortes exigences psychologiques du travail et la santé mentale (de Lange et al. 2003 ; Häusser et al. 2010 ; Stansfeld et Candy, 2006 ; Van de Doef & Maes, 1999 ; Zirwatul et coll. 2012).

**Figure 5**

*Modèle théorique de demande de contrôle et du soutien (R. A. Karasek & Theorell, 1990)*



**DEUXIEME PARTIE :**  
**CADRE METHODOLOGIQUE ET**  
**OPERATOIRE**

## CHAP 4 : METHODOLOGIE

Dans ce chapitre, il est question de présenter les procédures méthodologiques qui ont permis de collecter et d'analyser les données de la recherche. Ainsi, nous avons d'abord identifié les variables après le rappel du problème de l'étude, et formulé les hypothèses ; ensuite nous avons décrit le type de recherche, les dispositions éthiques, présenté l'instrument utilisé et étudié sa fiabilité ; enfin nous avons présenté le site de l'étude, la population de l'étude, l'analyse de l'activité des soignants, la procédure de collecte des données, les difficultés rencontrées, et la technique utilisé pour le traitement statistique des données.

### 4.1 Rappel du problème :

La présente étude a été menée en vue de répondre au problème de **la dégradation de l'état de santé psychologique du personnel soignant des hôpitaux de Yaoundé dans un contexte où les conditions de travail deviennent pénibles au fil du temps**. Il est question ici de vérifier si la détresse psychologique du personnel soignant des hôpitaux du Cameroun est consécutive aux conditions de travail perçues.

### 4.2 Type d'étude et justification :

Cette étude est de type empirique original, en vue de confirmer ou infirmer les hypothèses préétablies. Il s'agit notamment des liens existants entre les conditions de travail perçues et la détresse psychologique. Par ailleurs, l'étude veut expliquer quand et sous quelles conditions de travail peut se développer la détresse psychologique du personnel soignant.

### 4.3 Les variables de l'étude :

Une variable est toute caractéristique de l'environnement physique et social, ou tout comportement, dont les manifestations peuvent être comprises dans une classification comportant au moins deux catégories (Robert, 1988). Ainsi, une variable est une valeur changeante, qu'il s'agisse de la caractéristique d'un objet, d'un individu ou d'un fait. Elle doit comporter au moins deux valeurs. La présente étude est fondée sur deux types de variables à savoir : une variable indépendante, et une variable dépendante.

#### **4.3.1 La variable indépendante (VI) :**

La variable indépendante manipulée dans cette étude est l'ensemble des conditions de travail perçues. Pour Leplat, cité par Citeau, les conditions de travail sont l'ensemble des facteurs, à l'exclusion des caractéristiques individuelles des travailleurs, qui peuvent influencer les conduites au travail. Ces facteurs représentent l'ensemble des caractéristiques internes et externes dans lesquelles s'inscrit le travail. (Citeau, 1997). Les conditions de l'organisation du travail englobent plusieurs dimensions, soit la latitude décisionnelle au travail (utilisation des compétences et autonomie décisionnelle), la charge de travail (demandes psychologiques et demandes physiques), le climat social au travail (soutien social de la hiérarchie et soutien social des collègues). (Desharnais-Pépin, 2008; Vila Masse, 2017). Dans le cadre de cette étude, il s'agit d'un facteur invoqué à trois modalités : la latitude décisionnelle au travail, la charge de travail, et le climat social au travail.

#### **4.3.2 La variable dépendante (VD) :**

La variable dépendante mesurée dans cette étude est la détresse psychologique au travail. La détresse psychologique correspond de manière générale à un syndrome non spécifique qui inclut des symptômes reliés à la dépression, à l'anxiété, à l'irritabilité, à l'épuisement, au désengagement social, et à des problèmes cognitifs (Massé et al., 1998). Dans cette étude, elle est donc soit existante, soit absente en fonction du score par rapport au seuil de l'outil de mesure.

**Tableau 3***Récapitulatif des variables de l'étude ainsi que leurs modalités et indicateurs*

<b>Variables</b>	<b>Modalités</b>	<b>Indicateurs</b>
<b>VI : Les conditions de travail</b>	Latitude décisionnelle au travail	Utilisation des compétences : Karasek : 1 ; 2 ; 3 ; 5 ; 7 ; et 9
	Charge de travail	Autonomie décisionnelle : Karasek : 4 ; 6 ; 8 Demandes psychologiques : Karasek : 10 ; 11 ; 12 ; 13 ; 14 ; 15 ; 16 ; 17 ; 18 ; 27
	Climat social de travail	Soutien social de la hiérarchie Karasek : 19 ; 20 ; 21 ; 22 Soutien social des collègues : Karasek : 23 ; 24 ; 25 ; 26 ;
<b>VD : La détresse psychologique au travail</b>	La détresse psychologique au travail	Kessler : n°1 ; n°2 ; n°3 ; n°4 ; n°5 ; n°6 ; n°7 ; n°8 ; n°9 ; et n°10

*Note : Karasek = échelle de mesure Job Content Questionnaire, avec les items numérotés de 1 à 27  
Kessler : échelle de mesure K10, avec les items numérotés de 1 à 10.  
Retrouver ces échelles dans le questionnaire en annexe.*

#### **4.4 Méthode d'étude et justification :**

La présente étude scientifique s'appuie sur la méthode quantitative, car comme le souligne Neuman, l'approche quantitative permet de comprendre, de vérifier et de confirmer des liens entre plusieurs variables afin de mener à une compréhension plus générale d'un processus (Neuman, 2011). En effet, l'approche quantitative offre au chercheur la possibilité de pouvoir généraliser les résultats obtenus à partir d'un échantillon à une population générale. Aussi, dans cette démarche la mesure des concepts est objective et précise car s'appuyant sur des échelles de mesure valide permettant aux chercheurs de s'en tenir aux faits.

Le choix de la méthode quantitative se justifie par le fait que les données générées sont chiffrées (on s'intéresse aux scores des participants dans l'évaluation des conditions de travail et de la détresse psychologiques) et la taille de l'échantillon est importante. Ce choix se justifie davantage parce que la présente étude se veut conforme à l'approche dominante dans la littérature au sujet des détresses psychologiques en milieu de travail. En effet, de nombreux travaux en psychologie du travail se sont attachés à mesurer les détresses psychologiques et

ses facteurs explicatifs à partir des questionnaires à items fermés qui sont les plus utilisés dans l'approche quantitative.

#### 4.5 Plan de recherche :

Le plan de recherche est un plan d'action qui aide à répondre à la problématique d'une recherche. Dans cette étude, nous adopterons le plan corrélationnel, pour établir la relation qui lie les conditions de travail perçues et la détresse psychologique au travail.

**Tableau 4**

*Le plan corrélationnel*

	LDT	CT	CST
DPT	LDT x DPT	CT x DPT	CST x DPT

*NB : DPT = Détresse psychologique au travail ; LDT = Latitude décisionnelle au travail ; CT = Charge de travail ; CST = Climat social de travail.*

Dans le tableau ci-dessus, il apparaît que toutes les modalités des variables indépendantes sont croisées avec la variable dépendante. En revanche, le but de cette étude est de chercher les facteurs explicatifs du phénomène de détresse psychologique au travail. Le tableau montre les combinaisons de variables que sont :

- LDT x DPT (Latitude décisionnelle au travail x détresse psychologique au travail)
- CT x DPT (charge de travail x détresse psychologique au travail)
- CST x DPT (climat social de travail x détresse psychologique au travail)

C'est sur la base de ces trois combinaisons que sont formulées les hypothèses de cette étude.

#### 4.6 Formulation des hypothèses :

Cette étude repose sur une hypothèse générale dont l'opérationnalisation a conduit à quatre hypothèses de recherche.

##### 4.6.1 Hypothèse générale (HG) :

L'hypothèse générale de cette étude est la suivante : « *La détresse psychologique du personnel soignant des hôpitaux de Yaoundé est consécutive à leur perception pénible de leurs conditions de travail.* »

Cette hypothèse générale est constituée d'éléments abstraits, et doit être opérationnalisée pour être facilement mesurable. Dès lors, son opérationnalisation donne lieu à 03 trois hypothèses de recherche.

#### **4.6.2 Hypothèses de recherche (HR) :**

Dans le cadre de cette étude, les conditions de travail ont été opérationnalisées suivant les travaux de (Desharnais-Pépin, 2008) et (Vila Masse, 2017). Ces derniers envisagent les conditions de travail dans un modèle à quatre dimensions. La détresse psychologique quant à elle, a été opérationnalisée suivant les travaux de (Roy, 2009) et (Vézina & Saint-Arnaud, 2011). Ainsi trois (03) hypothèses ont été formulées :

**HR1 :** La diminution de la latitude décisionnelle perçue au travail engendre une augmentation de la détresse psychologique du personnel soignant des hôpitaux de Yaoundé.

**HR2 :** L'augmentation de la charge de travail perçue entraîne une augmentation de la détresse psychologique du personnel soignant des hôpitaux de Yaoundé.

**HR3 :** La pauvreté perçue du climat social de travail entraîne une augmentation de la détresse psychologique du personnel soignant des hôpitaux de Yaoundé.

#### **4.7 Collecte des données :**

Ici il est question de présenter les procédures utilisées pour collecter les données ; notamment le choix et la justification de l'instrument de collecte de données, son élaboration, son pré-test, sa validation et sa passation.

##### **4.7.1 Choix et justificatif de l'instrument de collecte de données : le questionnaire**

En psychologie comme dans toutes les sciences sociales, de nombreux outils sont disponibles afin de collecter les données, parmi lesquels le questionnaire, l'entretien, la grille d'observation...etc. Le choix de ces instruments ne se fait pas de façon arbitraire dans la mesure où il est fonction de l'objet d'étude et du type d'étude.

Dans la présente étude, le questionnaire en tant qu'outil largement utilisé en psychologie sociale et plus précisément dans les études quantitatives a été retenu comme instrument de collecte des données. Ce choix n'est pas arbitraire et obéit à une certaine logique.

Le questionnaire est une suite de questions standardisées. Les réponses sont pour la plupart contraintes par un format de réponses fixé d'avance (échelles, choix entre plusieurs alternatives, classements). Ainsi, comme le souligne Delhomme et Meyer (2003), le questionnaire a des avantages tels que l'anonymat des participants, la rapidité

d'administration, l'accès quasi immédiat aux calculs, la possibilité de toucher un grand nombre de sujets et d'aborder plusieurs aspects à la fois et la facilité de traitement des informations recueillies (Delhomme & Meyer, 2003).

Outre les avantages du questionnaire, ce choix a davantage été fait en s'appuyant sur les travaux antérieurs qui ont mesurés les conditions de travail perçues (Choi, Kawakami, Chang, Koh, Bjorner, Punnett et Karasek, 2008 ; Larocque, Brisson et Blanchette, 1998 ; Niedhammer et Chea, 2003), et la détresse psychologiques en milieu de travail (Clot, 1999; Clot & Litim, 2008; Dejours, 1980; Folkman & Lazarus, 1980). En se rendant solidaire du type d'instrument utilisé dans ces travaux antérieurs, la présente étude s'attèle donc à mesurer ses variables (conditions de travail et détresse psychologique) au moyen d'un questionnaire.

#### **4.7.2 Elaboration du questionnaire :**

Le questionnaire conçu dans la présente étude vise à recueillir des informations ou données auprès du personnel soignant des hôpitaux de Yaoundé, afin de vérifier l'effet des conditions de travail perçues sur la détresse psychologique. Nous avons donc élaboré un questionnaire auto-administré à trois parties et composé de deux outils de mesure des variables de cette étude. Ces parties ou rubriques de notre questionnaire sont : une note introductive à l'attention des participants, les échelles de mesure des variables (VI, VD) et les facteurs sociodémographiques.

##### **4.7.2.1 Note introductive**

Elle se situe au début du questionnaire et se présente de la manière suivante :

*« Dans le cadre de la réalisation d'un mémoire de Master, portant sur la détresse psychologique du personnel soignant, nous aimerions avoir votre contribution à la réalisation de cette étude en remplissant ce questionnaire.*

*Ce formulaire est anonyme. La confidentialité totale de vos réponses sera préservée conformément aux dispositions de l'article 5 de la loi n°91/023 du 16 décembre 1991 sur les enquêtes statistiques et les recensements au Cameroun. »*

##### **4.7.2.2 Les outils de mesure**

Dans cette étude, deux outils de mesure existants et disponibles dans la littérature ont été utilisés : un pour les conditions de travail, et un pour la détresse psychologique au travail.

###### **- L'outil des conditions de travail**

Pour cette variable des conditions de travail, le Job Content Questionnaire de Karasek (1979) a été utilisé. Il s'agit d'un questionnaire qui vise à évaluer les conditions de travail.

Dans la littérature, il existe diverses versions avec un nombre d'items plus ou moins importants. La version originale comporte 112 items, celle de l'enquête SUMER (2002 et 2009) est composée de 26 items et celle de la cohorte Gazel (1997) est composée de 31 items.

Le choix de cet instrument se justifie, d'une part par le fait qu'il permet de recouvrir les sources de contraintes mentales au travail (répétitivité, rythme de travail, surcharge, relation sociale, hostilité, ...), et d'autre part sa validité confirmée par différentes études (Choi, Kawakami, Chang, Koh, Bjorner, Punnett et Karasek, 2008 ; Larocque, Brisson et Blanchette, 1998 ; Niedhammer et Chea, 2003). Dans le cadre de cette étude, nous avons utilisé la version de l'enquête SUMER (2002), qui est composée de 27 items, mesurant trois dimensions :

(1) La **latitude décisionnelle au travail** qui est subdivisée en deux sous-échelles (9 items)

- Utilisation des compétences ou qualifications (6 items) : [Q1, Q2, Q3, Q5, Q7, Q9]. Ici, le score varie de 6 à 24, et plus le score obtenu est faible, plus l'utilisation des compétences est faible.
- L'autonomie au travail (3 items) : [Q4, Q6, Q8]. Ici, le score global va de 3 à 12, où plus le score est élevé, plus l'autonomie au travail est élevée.

(2) La **demande psychologique ou charge de travail** comporte 10 items : [Q10, Q11, Q12, Q13, Q14, Q15, Q16, Q17, Q18, Q27]. Avec un score de 10 à 40 pour lequel plus le score est élevé, plus la demande psychologique est importante.

(3) Le **climat social** (08 items) qui est tel que plus le score est élevé, plus le soutien social au travail est élevé.

- Soutien hiérarchique (4 items) : [Q19, Q20, Q21, Q22]
- Soutien des collègues (4 items) : [Q23, Q24, Q25, Q26]

Les sujets étaient invités à se prononcer sur une échelle de Likert en quatre points : «Pas du tout d'accord», «Pas d'accord», «D'accord» et «Tout à fait d'accord» codés de 1 à 4. Il s'agit de nuancer les réponses en fonction du degré d'affirmation jugé pertinent pour les propositions soumises aux participants. Pour les quatre dimensions qui composent le questionnaire JCQ, les scores obtenus sont calculés selon les formules prescrites par Karasek (1996). Trois items sont inversés : un pour la dimension de «demande psychologique» et deux pour la dimension «latitude décisionnelle». C'est une pondération pour les items de la «latitude décisionnelle» pour que les deux sous-échelles «utilisation des compétences» et «autonomie décisionnelle» aient le même poids.

On calcule les scores de chacune des dimensions et la médiane de chacun des scores. La population d'étude est ainsi départagée en deux groupes selon qu'ils se situent au-dessous de ce score ou au-dessus. L'hypothèse de Karasek est que la combinaison d'une forte demande psychologique et d'une faible autonomie engendre une situation de travail perçue et ressentie stressante. La tension serait accrue lorsqu'il y a un pauvre soutien social (R. Karasek, 1985; Theorell & Karasek, 1996).

Le JCQ est un instrument fiable et valide pour lequel existent des étalonnages internationaux. Il a été adapté et traduit en différentes langues : anglais, français, japonais, italien, suédois, allemand, etc. Dans une adaptation du JCQ en langue française pour les besoins de l'enquête SUMER, Niedhammer et al. ont obtenu des coefficients alpha de Cronbach supérieur à 0.65 (Niedhammer et al., 2006).

**Tableau 5**

*Outil de mesure des conditions de travail*

N°	Dimensions des conditions du travail	Exemples d'énoncés
1	Latitude décisionnelle	Mon travail me permet souvent de prendre des décisions moi-même ( <i>My job often allows me to make decisions for myself</i> )
2	Charge de travail	On me demande d'effectuer une quantité excessive de travail ( <i>I am asked to do an excessive amount of work</i> )
3	Climat social de travail	Les collègues avec qui je travaille sont des gens professionnellement compétents ( <i>the colleagues i work with, including professionally competent people</i> )

#### - L'outil de la détresse psychologique

La détresse psychologique est mesurée par le K10 de Kessler (2002), qui permet de mesurer la détresse psychologique non spécifique. Les répondants devaient évaluer dix items (10 items) sur une échelle additive en 5 points, de 1 à 5 (de jamais à tout le temps), évaluant à quelle fréquence au cours du dernier mois ils ont ressentis certains symptômes (Kessler, Andrews, Colpe, et al., 2002). Les valeurs ont permis d'établir un score global de détresse psychologique d'une valeur comprise entre 10 et 50 ( $\alpha = 0,77$ ). Plus le score est élevé, plus le niveau de détresse psychologique est élevé, avec un seuil minimal de 20, déterminé en appliquant l'approche utilisée par (Caron & Liu, 2008) basée sur les critères utilisés dans l'Enquête Santé Québec<sup>34</sup>, on a comme point de césure optimal le quintile supérieur de la

distribution des scores à l'échelle K10 dans l'ensemble de la population de l'étude. Ce qui correspond à 20. D'après (Kessler, Andrews, & Colpe, 2002) les personnes qui :

- obtiennent un score inférieur à 20 sont susceptibles d'aller bien ;
- obtiennent un score de 20 à 24 sont susceptibles d'avoir un trouble mental léger ;
- obtiennent un score de 25 à 29 sont susceptibles d'avoir un trouble mental modéré ;
- obtiennent un score de 30 et plus sont susceptibles d'avoir un trouble mental grave.

**Tableau 6**

*Outil de la détresse psychologique*

N°	Dimension de la détresse psychologique	Exemples d'énoncés
1	Détresse psychologique	<p>Au cours du dernier mois, à quelle fréquence vous êtes-vous senti(e), à cause du travail, nerveux (se) ?  <i>(In the past month, how often have you felt nervous about work?)</i></p> <p>Au cours du dernier mois, à quelle fréquence vous êtes-vous senti, à cause du travail, déprimé ? <i>(In the past month, how often have you felt depressed because of work?)</i></p>

**- Les facteurs sociodémographiques**

Les facteurs sociodémographiques contrôlés sont le sexe, l'âge, la situation matrimoniale, la profession, la tension avec les malades, le type de contrat de travail, le nombre d'heures de travail prévues par semaine, les horaires de travail de nuit, et l'ancienneté. Ces variables sont contrôlées car elles sont susceptibles d'influencer les variables de l'étude.

L'élaboration du questionnaire est une étape cruciale de la recherche car lorsqu'on conçoit un bon questionnaire, il mesure ce qu'il est sensé mesurer. Afin de s'assurer de la qualité de l'instrument de mesure à utiliser il faut faire un travail préparatoire qui consiste à pré tester l'instrument et à faire une étude de fiabilité.

### **4.7.3 Le pré-test**

Selon Ghiglione et Matalon (2004), lorsqu'une première version du questionnaire est rédigée, c'est-à-dire lorsque la formulation de tous les items et l'ordre de ceux-ci est fixé provisoirement, il est impératif de s'assurer que ce dernier est bien compréhensible (sans ambiguïté) et qu'il répond effectivement aux problèmes que pose le chercheur. Etant donné que les outils utilisés ont été élaborés dans des contextes culturels différents du nôtre, le pré-test permet aussi de libérer l'outil de sa charge culturelle d'origine avec notamment l'utilisation des expressions langagières locales.(NyockIlouga, 2012)

Ainsi, pour éprouver la compréhension et l'applicabilité de notre questionnaire, le recours à un pré-test était nécessaire. Notre questionnaire a donc été pré testé auprès de 10 personnels soignants, dont 4 médecins et 6 infirmiers. Cette étude a permis de reformuler certains items qui semblaient ambigus pour la plupart des répondants. Il a aussi permis de rendre le questionnaire bilingue français et anglais, pour une accessibilité plus étendue de la population cible, quel que soit la langue d'expression. Les participants n'ont fait aucune remarque en ce qui concerne le contenu des énoncés ou encore sur les consignes qui leurs étaient données. Au terme de cet exercice, le questionnaire était mieux structuré et les items plus compréhensibles. Une fois cette étape achevée, la validation du questionnaire a été entreprise.

### **4.7.4 Etude de la fiabilité du questionnaire**

Le questionnaire utilisé dans cette étude a été élaboré à partir des échelles de mesure des conditions de travail perçu, et de la détresse psychologique au travail. Dès lors, l'étude de fiabilité du questionnaire a été faite à travers le calcul de l'alpha de Cronbach sur les 27 items des conditions de travail, et sur les 10 items mesurant la détresse psychologique. Le calcul de l'alpha de Cronbach s'est fait à partir du logiciel SPSS version 18. Le tableau suivant récapitule les résultats de ces analyses.

## Tableau 7

### *Etude de fiabilité sur les échelles de l'étude*

Variabiles de l'étude	Valeur de l'Alpha de Cronbach	Nombre d'items
<b>Latitude décisionnelle</b>	0.815	9
<b>Charge de travail</b>	0.763	10
<b>Climat social de travail</b>	0.837	8
<b>Conditions de travail</b>	0.754	27
<b>Détresse psychologique</b>	0.875	10

Certains auteurs disent que l'outil est dit cohérent et homogène lorsque l'alpha de Cronbach est supérieur ou égale à 0,7. D'autres par contre mettent le seuil à 0,6. Le tableau ci-dessus indique clairement que toutes les variables de l'étude affichent une cohérence interne satisfaisante.

## 4.8 Le site de l'étude

La présente étude s'est déroulée au Cameroun dans la région du centre, plus précisément dans les hôpitaux les plus sollicités de la ville de Yaoundé. Nous pensons principalement au Centre Hospitalier Universitaire de Yaoundé (CHUY), à l'Hôpital Centrale de Yaoundé (HCY), et au Centre des Urgences de Yaoundé (CURY), qui sont référencés comme des hôpitaux très sollicités dans la ville de Yaoundé. En effet, la ville de Yaoundé compte de nombreuses formations sanitaires regroupées en des centres de Santé Intégrés (CSI), des Centre Médicaux d'Arrondissement (CMA), des Hôpitaux de district, des hôpitaux référence de 1<sup>ère</sup> catégorie (CHUY, HCY, HGY, HGOPY, CURY), et des centres de santé privés. Nous avons pu identifier les 51 suivant.

**Tableau 8***Quelques formations sanitaires publiques et privées de la ville de Yaoundé*

N°	Formations sanitaires Publiques	N°	Formations sanitaires Privées
01	CHE/CNPS	01	Ad-Lucem
02	CHUY	02	Base 101
03	CMA d’Ahala	03	Camrafya
04	CMA de Nkolmesseng	04	CASS Nkolndongo
05	CMA Elig-Essono	05	Clinique délivrance
06	CMA Mendong	06	Clinique des Nations Unies
07	CMA Mvog-Betsi	07	Clinique médicale Coron
08	CMA Nkolbisson	08	CM Esperance
09	CMA Nkomo	09	CM Saint Dominique
10	CMA Odza	10	CM SOSAC
11	CMA Oyom-Abang	11	CS Mum and Child Care Foundation
12	CSI d’Abom	12	Fondation Etmas
13	CSI d’Emana	13	Gallilée
14	CSI logements sociaux Olembé	14	Goqwill
15	CSI Minboman	15	Hôpital Ad-Lucem d’Obobogo
16	CSI Nkolo	16	Hôpital EPC Djoungolo
17	HD Biyem-Assi	17	Hospital Marie Wyss
18	HD d’Effoulan	18	Joseph Perrin
19	HD de la cité verte	19	Mont Carmel
20	HD DjoungoloOlembé	20	Nicolas Barré
21	HD Nkoldongo	21	ORCA
22	HGOPI	22	Pasteur LeGrand
23	Hôpital central de Yaoundé	23	Polyclinique Saint Paul
24	Hôpital général de Yaoundé (HGY)	24	Saint Pietro d’Obili
25	Hôpital Jamot	25	St Kisito
26	Hôpital militaire de Yaoundé		

#### 4.8.1 Le Centre Hospitalier et Universitaire de Yaoundé CHUY

Le Centre Hospitalier et Universitaire de Yaoundé a été créé en 1978, en vue d’offrir aux étudiants de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l’Université de Yaoundé I (ex-CUSS) une meilleure formation pratique, adaptée à l’évolution permanente des sciences biomédicales grâce à un plateau technique suffisamment élevé. Il est situé à Yaoundé au quartier Melen. Il remplit **plusieurs missions** à savoir : les soins, la formation, la recherche et la coopération. Le CHUY est doté de 250 lits environ et compte près de 568 employés dont 61 médecins pour la plupart spécialistes, 285 médicaux sanitaires et 222 agents techniques (Bediang et al., 2020). Il a pour **mission essentielle** de dispenser des soins médicaux et infirmiers de très haut niveau ; de servir de support pédagogique pour la formation du

personnel technique ; de contribuer à la promotion de la recherche opérationnelle en santé et au rayonnement scientifique.

Les différents **services du CHUY** sont : Chirurgie générale et sous-spécialités ; Médecine interne et spécialités ; Radiologie et imagerie médicale ; Gynécologie-Obstétrique ; Pédiatrie ; Ophtalmologie et Oto-Rhino-Laryngologie ; Biologie clinique ; Odontostomatologie ; et Anesthésie et réanimation.

#### **4.8.2 L'Hôpital Central de Yaoundé HCY**

L'hôpital central de Yaoundé fut créé en 1933, initialement comme un hôpital de jour. Il a subi plusieurs mutations structurelles et est aujourd'hui un établissement de soins de deuxième catégorie, qui met au service des patients une équipe médicale et paramédicale spécialisée dans le domaine de la médecine générale, et présente en outre des multiples atouts du point de vue de la situation géographique, de la possibilité d'une complémentarité, de l'existence d'un plateau technique acceptable, de la disponibilité du personnel médical 24H/24 et de l'autonomisation des services.

#### **4.8.3 Centre des Urgences de Yaoundé (CURY)**

Le Centre des urgences de Yaoundé (CURY) est une formation sanitaire de deuxième catégorie. Il est chargé de recevoir les patients dont le pronostic vital est engagé, c'est-à-dire, des malades en détresse qui souffrent d'un infarctus du myocarde, d'une embolie pulmonaire, ou victimes de fractures diverses suite à un accident. Il s'agit d'un hôpital spécialisé en matière d'urgences. Il est la réponse du gouvernement au taux élevé de décès dans les urgences au Cameroun.

Autrefois Centre de coordination de l'accueil et des urgences de l'Hôpital central de Yaoundé (CCAUY/HCY) puis Service des urgences de l'Hôpital Central de Yaoundé, le CURY a officiellement démarré son aventure le 17 janvier 2012 par la cérémonie protocolaire de pose de la première pierre. Le CURY, premier du genre dit-on en Afrique centrale est le résultat de la coopération entre le Cameroun et la Corée du Sud.

#### **4.8.4 Justification du choix du site**

La ville de Yaoundé (Cameroun) a été choisie dans la présente étude parce qu'elle regorge de nombreux hôpitaux de références de 1<sup>ère</sup> catégorie et assimilés. Ces derniers sont analysés comme les structures sanitaires où il y a énormément et régulièrement du stress et des tensions dues au travail, du fait de leur popularité et leur grande fréquentation. Le choix a aussi été

justifié par la proximité entre l'étude et la ville. Etant donné que la présente recherche se déroule dans le cadre du mémoire de recherche à l'université de Yaoundé 1, qui est l'une des plus grandes institutions académiques de la ville, le site de Yaoundé a été choisi parce qu'il pourrait permettre de limiter les déplacements ainsi que les dépenses dues au déploiement sur le terrain.

#### **4.9 Dispositions éthique de la recherche :**

Comme dispositions éthiques de notre recherche, nous avons préalablement obtenue des autorisations de recherche des dirigeants des hôpitaux suscités avant tout déploiement dans ces structures ; et les soignants ayant participé donnaient d'abord leur consentement libre et verbal avant toute participation.

#### **4.10 Population de l'étude**

La population de l'étude est un ensemble dont les éléments sont choisis parce qu'ils ont les mêmes propriétés et qu'ils sont tous de même nature (Grawitz, 1998). Ainsi la population de l'étude désigne donc l'ensemble des individus ayant plus ou moins les mêmes caractéristiques sur lesquelles le chercheur fonde ses investigations.

Notre population est composée de l'ensemble du personnel soignant en activité dans les hôpitaux de la ville de Yaoundé, particulièrement les médecins, les infirmiers(ères) et les aide-soignant(e)s exerçant dans les services populaires et exigeants tels que : les urgences, la chirurgie générale, l'anesthésie et réanimation, et la maternité (ou gynécologie et obstétrique). En effet, Yaoundé est une métropole de plus d'un million d'habitants depuis la fin du 20<sup>e</sup> siècle (Doumtsop, 2013).

#### **4.11 Technique d'échantillonnage et échantillon**

Compte tenu de multiples difficultés ne facilitant pas l'accès à tous les individus de la population, il est de coutume de recourir à une fraction représentative de la population, appelée échantillon, pour mener son enquête. C'est ainsi que Mvessomba (2013, p.99) disait : « En psychologie, le recrutement d'un grand nombre de participants n'est jamais aisé et nécessite souvent de gros moyens. C'est pourquoi la recherche dans ce domaine s'effectue souvent sur des échantillons. » Par la suite, nous verrons donc la technique d'échantillonnage et l'échantillon de l'étude.

#### 4.11.1 La technique d'échantillonnage

L'échantillonnage c'est choisir un nombre délimité d'individus ou d'évènements dont l'observation permet de tirer des conclusions (inférences) applicable à la population entière (univers) à l'intérieur de laquelle le choix a été défini. (Delandsheere, 1998). La construction d'un échantillon (échantillonnage) constitue une phase extrêmement importante dans le processus de recherche de l'information « vrai », « juste », celle que l'on aurait eu réellement en interrogeant tous les individus qui composent la population parente. A cet effet, il faudrait que cet échantillon soit le plus représentatif possible de la population dont il relève.

Dans le cadre de cette étude, l'échantillonnage a été fait selon la méthode non probabiliste, dite par convenance.

L'approche participative consiste à canaliser le désir des individus de participer à l'étude, puis à donner librement ses réponses. En effet, les individus se sélectionnent eux-mêmes après l'appel à participation par annonces des responsables des services à l'hôpital. Notre approche est également de convenance, car tout individu remplissant les critères de la population cible était automatiquement ajouté à l'échantillon, même si n'ayant pas reçu d'annonce. Ainsi, les critères de sélection étaient : premièrement, être infirmier(ère), médecin ou aide-soignant(e) ; deuxièmement, être en activité dans la structure hospitalière au moment de la collecte des données ; troisièmement, avoir une ancienneté d'au moins 1 an dans la structure ; et quatrièmement, donner son consentement libre et verbal.

#### 4.11.2 Echantillon :

L'échantillon de cette étude est composé de 102 personnels soignant des hôpitaux de la ville de Yaoundé.

#### 4.11.3 Données sociodémographiques des participants :

Afin de mieux décrire la nature de l'échantillon, les données sociodémographiques des 102 personnels soignants interrogés sont présentées dans les tableaux ci-dessous.

**Tableau 9**

*Distribution des participants selon le sexe*

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
<b>Valide</b>	1	29	28,4	28,4	28,4
	2	73	71,6	71,6	100,0
<b>Total</b>		102	100,0	100,0	

*Notes : 1 = Masculin      2 = Féminin*

Le tableau 9 montre que sur les 102 personnels soignants interrogés, il y'a 73 femmes soit 71,6% et 29 hommes soit 28,4%. Cet effectif de femmes peut s'expliquer par le fait que les femmes sont généralement les plus enclins aux professions d'aide telles que les soins des autres.

**Tableau 10**

*Distribution des participants selon l'âge*

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
<b>Valide</b>	1	20	19,6	19,6	19,6
	2	49	48,0	48,0	67,6
	3	33	32,4	32,4	100,0
	<b>Total</b>	102	100,0	100,0	

*Notes : 1 = [20-30] ans      2 = [31-40] ans      3 = [41 ans et plus]*

Il ressort du tableau 10 que sur les 102 personnels soignants interrogés, 20 soignant (19,6%) ont entre [20-30] ans ; 49 soignants (48%) ont entre [31-40] ans ; 33 soignants (32,4%) ont entre [41 ans et plus]. Cette distribution suit la tendance générale de la population constituée majoritairement de jeunes de moins de 35 ans.

**Tableau 11**

*Distribution des participants selon le statut matrimonial*

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
<b>Valide</b>	1	36	35,3	35,3	35,3
	2	51	50,0	50,0	85,3
	3	1	1,0	1,0	86,3
	4	14	13,7	13,7	100,0
	<b>Total</b>	102	100,0	100,0	

*Notes : 1 = Célibataire      2 = Marié      3 = Divorcé      4 = Union libre*

Du tableau 11 il ressort que sur les 102 personnels soignants interrogés, la majorité 52 sont mariés, 36 sont célibataires, sans oublier 14 en union libre.

**Tableau 12**

*Distribution des participants selon la profession*

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
<b>Valide</b>	1	31	30,4	30,4	30,4
	2	54	52,9	52,9	83,3
	3	17	16,7	16,7	100,0
	<b>Total</b>	102	100,0	100,0	

*Notes : 1 = Médecins      2 = Infirmiers      3 = Aides-soignants*

Le tableau 12 nous informe que sur les 102 participants, les infirmiers étaient les plus nombreux, avec un effectif de 54 soit 52,9%. Ensuite viennent les médecins qui sont 31 soit 30,4% ; et enfin les moins nombreux sont les aides-soignants avec 17 soit 16,7%.

**Tableau 13**

*Distribution des participants selon le type de contrat de travail*

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
<b>Valide</b>	1	31	30,4	30,4	30,4
	2	29	28,4	28,4	58,8
	3	18	17,6	17,6	76,5
	4	24	23,5	23,5	100,0
	<b>Total</b>	102	100,0	100,0	

*Notes : 1 = Fonction publique      2 = CDI      3 = CDD      4 = Contrat verbal*

Le tableau 13 montre que sur les 102 soignants, 18 participants (17,6%) ont un contrat à durée déterminée (CDD) ; 29 participants (28,4%) ont un contrat à durée indéterminée (CDI) ; 24 participants (23,6%) ont un contrat verbal ; et 31 participants (30,4%) sont des fonctionnaires.

**Tableau 14**

*Distribution des participants selon les horaires de travail.*

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
<b>Valide</b>	1	6	5,9	5,9	5,9
	2	78	76,5	76,5	82,4
	3	14	13,7	13,7	96,1
	4	4	3,9	3,9	100,0
	<b>Total</b>	102	100,0	100,0	

*Notes : 1 =[36-40] heures      2 =[41-50] heures      3 =[51-60] heures      4 =[60heures et plus*

Du tableau 14 il ressort que, les 102 soignants interrogés ont en moyenne 49,5 heures de travail par semaine. Les soignants qui travaillent moins longtemps ont 36 heures par semaines, tandis que ceux travaillant le plus longtemps ont 72 heures par semaine. Aussi, 78 participants soit 76,5% ont 41 à 50 heures de travail par semaine. Ces horaires extrêmes peuvent s'expliquer par le caractère continu des activités hospitalières, et du contexte d'urgence dans les tâches.

**Tableau 15***Distribution des participants selon le vécu des situations de tension avec les malades*

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
<b>Valide</b>	<b>1</b>	8	7,8	7,8	7,8
	<b>2</b>	78	76,5	76,5	84,3
	<b>3</b>	16	15,7	15,7	100,0
	<b>Total</b>	102	100,0	100,0	

Notes : 1 = Jamais 2 = Occasionnellement 3 = Fréquemment

D'après le tableau 15, des 102 soignants participants, 16 soit 15,7% vivent fréquemment des situations de tension avec les patients ; la majeure partie des autres soignants 78 soit 76,5% disent avoir occasionnellement des situations de tensions avec les patients.

#### 4.12 Procédure de collecte des données

Cette étude a été menée auprès du personnel soignant en activité dans les hôpitaux de Yaoundé. Il existe deux modes d'administration du questionnaire : l'administration directe et l'administration indirecte. Le questionnaire est qualifié d'administration directe lorsque le participant le remplit lui-même, et d'administration indirecte lorsque c'est le chercheur qui le remplit à partir des réponses qui lui sont données par le participant. Le mode d'administration directe a été retenu dans le cadre de cette recherche parce que nous tenions à nous rassurer que ce soit bien l'opinion du participant qui est recueillie, évitant ainsi tous biais pouvant être causé par le problème de transcription des informations. (N'da, 2015)

La collecte des données a duré un mois (Aout 2023). Nous avons rencontré tous les soignants sur leurs lieux de travail. Pour administrer le questionnaire dans un hôpital, on adressait une demande d'autorisation de recherche aux autorités de l'hôpital. A cette demande était joint notre protocole de recherche, le questionnaire et l'attestation de recherche qui justifiait qu'on était habilité à récolter des informations. Une fois l'autorisation de recherche obtenue, nous pouvions nous déployer dans les services de l'hôpital, en se présentant préalablement aux majors des services. Ceux-ci prenaient acte de notre présence et nous introduisaient auprès des équipes de soignants en activité. Les soignant ayant accepté de répondre au questionnaire l'ont fait de manière libre et volontaire. Certains participants remplissaient le questionnaire en notre présence et d'autres nous le remettait au bout de quelques jours. Pour participer à cette étude, il fallait être soit infirmier, soit aide-soignant, soit médecin ayant une ancienneté considérable dans un service d'un hôpital de Yaoundé.

### **4.13 Difficultés rencontrées**

Comme dans toute recherche, nous avons rencontrés quelques difficultés sur le terrain, surtout pour collecter les données de l'étude. La principale difficulté était l'obtention de l'autorisation de recherche dans les structures sanitaires, les responsables ne trouvant pas notre étude objective à leur goût. La seconde difficulté était de convaincre chaque soignant de l'intérêt pour lui à participer à cette étude. Une autre difficulté, et pas la moindre, a été le non-retour des fiches de questionnaire remis en vue de remplir plus tard, lorsque le soignant se trouvait intensément occupé. En effet, sur 125 questionnaires remis, seulement 102 nous sont revenus, soit un taux de recouvrement de 81,6%. Par ailleurs, bien que bon nombre de participants aient affiché un désintérêt pour l'étude, certains se sont néanmoins plaints de la longueur du questionnaire tout en le remplissant. En dépit de tout ceci, nous avons pu recueillir les données de 102 soignants.

### **4.14 Technique de traitement statistique des données**

Dans cette partie du travail, il est question de présenter les outils statistiques utilisés afin de tester les hypothèses de l'étude. Les outils de traitement employés ont permis de faire des analyses descriptives et des analyses inférentielles. Cependant, avant de traiter les données, le logiciel MS Excel 2013 (MicroSoft Excel 2013) a été choisi pour saisir les données collecter sur le terrain. Une fois les données saisies, elles ont été exportées sur le logiciel SPSS (Statistical Package for Social Sciences) version 26. Tous les traitements statistiques ont été faits à l'aide du logiciel SPSS version 26.

Sachant que cette étude avait pour but de vérifier si la détresse psychologique du personnel soignant des hôpitaux de Yaoundé est liée aux conditions de travail perçues, nous avons mobilisé deux (02) techniques statistiques pour vérifier les différentes hypothèses de recherche. Ainsi, en tenant compte de la nature des différentes variables et des objectifs de recherche, les techniques statistiques mobilisées sont : l'analyse corrélationnelle, et les analyses de régressions linéaires simples.

#### **4.14.1 L'analyse de corrélation**

Le coefficient de corrélation de Bravais –Pearson encore appelé coefficient de corrélation linéaire ( $r$ ) est un test statistique qui mesure la force de la relation qui existe entre deux séries de données quantitatives, et qui renseigne également sur le sens de cette relation. En d'autres termes, le coefficient de corrélation permet de mesurer le lien linéaire entre deux

variables quantitatives X et Y. La valeur de ce coefficient oscille entre -1 et +1 ( $-1 \leq r_{xy} \leq +1$ ). Ainsi donc, un signe positif du coefficient de corrélation indique que les deux variables évoluent dans le même sens. Dans ce cas, la relation est dite directe et l'augmentation ou la diminution des scores d'une variable s'accompagne respectivement de l'augmentation ou de la diminution des scores de l'autre variable. Un signe négatif est synonyme d'une variation en sens opposé. Dans ce cas, le lien est dit indirect et les scores d'une variable augmentent pendant que ceux de l'autre variable diminuent.

Le coefficient de corrélation linéaire de Pearson se calcule de la manière suivante :

$$r_{xy} = \frac{S_{xy}}{S_x * S_y} = \frac{\text{Somme } ((X_i - X) (Y_i - Y))}{\sqrt{(\text{somme } (X_i - X)^2 * \text{somme } (Y_i - Y)^2)}}$$

*Note :  $r_{xy}$  = coefficient de corrélation linéaire entre la variable X et la variable Y ;*

*$S_{xy}$  = covariance entre la variable X et la variable Y ;*

*$S_x$  = écart-type de la variable X ;  $S_y$  = écart-type de la variable Y ;*

*$X_i$  = score du participant i à la variable X ;*

*$X$  = moyenne des scores de l'échantillon total à la variable X ;*

*$Y_i$  = score du participant i à la variable Y ;*

*$Y$  = moyenne des scores de l'échantillon total à la variable Y.*

**Equation 1 :** Formule du coefficient de corrélation de Bravais-Pearson

#### 4.14.2 La régression linéaire simple

La régression simple est une technique statistique consistant à déterminer l'effet direct d'une et une seule variable indépendante X donnée sur une variable dépendante Y. Elle a pour but de faire des prévisions sur la variable dépendante lorsque la variable indépendante est mesurée. (Exemple : L'effet de la charge de travail sur la détresse psychologique au travail). De manière générale, le modèle de la régression linéaire simple d'une variable X sur une variable Y se présente sous la forme suivante :

$$Y = \beta_0 + \beta_1 X + \mathcal{E}$$

*Notes : Y est la variable dépendante ;  $\beta_0$  est l'ordonnée à l'origine ;  $\beta_1$  est la pente de la droite de régression ;  $\beta_1$  matérialise le poids factoriel de la variable indépendante X sur la variable dépendante Y ; X est la variable indépendante ; et  $\mathcal{E}$  est une erreur aléatoire.*

**Equation 2 :** Formule de la droite de régression (régression linéaire simple)

# CHAP 5 :

## PRESENTATION DES RESULTATS

Dans ce chapitre il est question de présenter de façon claire, précise et concise les résultats de l'analyse des données collectées auprès de l'échantillon de 102 personnels soignants des hôpitaux de Yaoundé. Les données recueillies ont fait l'objet d'un double traitement. Nous présentons les résultats obtenus au terme des analyses descriptives et des tests d'hypothèses.

### 5.1 ANALYSES DESCRIPTIVES

Ces analyses visent à présenter la physionomie des données collectées lors de l'enquête dans les hôpitaux. Elles porteront essentiellement sur les variables de la présente recherche, notamment : les conditions de travail perçues et la détresse psychologique au travail.

#### 5.1.1 Les conditions de travail

Dans cette section, nous allons décrire les dimensions utilisées dans cette étude pour mesurer les conditions de travail. Ainsi, cette section est constituée de la description des données issues du terrain relatives à la latitude décisionnelle au travail, la charge de travail, le climat social de travail, et les contraintes horaires de travail.

##### 5.1.1.1 La latitude décisionnelle au travail

**Tableau 16**

*Statistique descriptive de la latitude décisionnelle perçue au travail.*

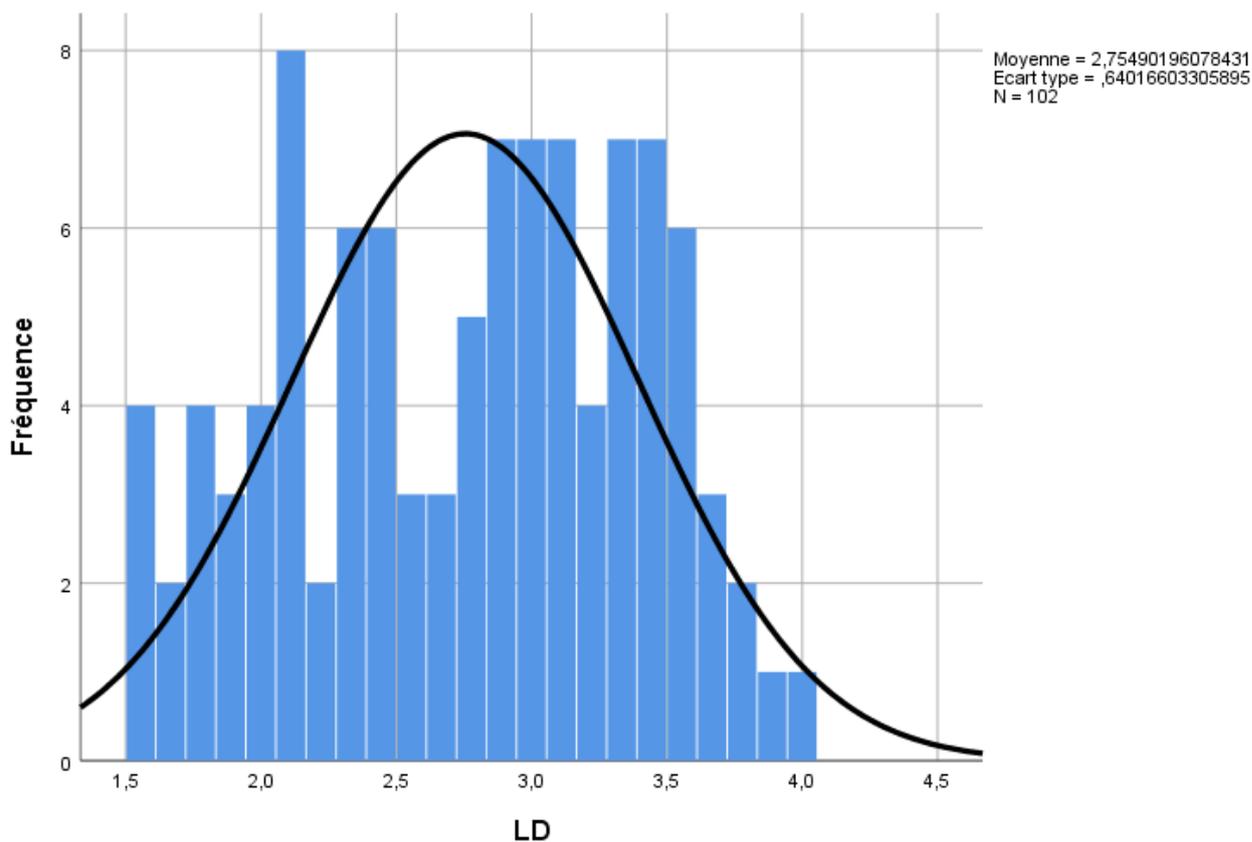
	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
LD	102	1,55555556	4,00000000	<b>2,75490196</b>	<b>,6401660330</b>
N valide	102				

Le tableau 16 montre que le score moyen de la latitude décisionnelle perçue au travail, obtenue auprès des 102 personnels soignants interrogés s'élève à 2,75. Ce score est légèrement supérieur à la moyenne théorique d'une échelle à quatre points. Cela signifie que la majorité des soignants rencontrés considèrent qu'ils ont une plage décisionnelle acceptable

dans leur travail. La dispersion des scores autour de cette moyenne est faible au vue de la valeur de l'écart-type (0,64). On note néanmoins un écart considérable entre le score minimum (Min = 1,55) et le score maximum (Max = 4) enregistrés sur cette échelle.

**Figure 6**

*Histogramme de distribution des scores de la latitude décisionnelle perçue au travail, avec courbe gaussienne indicative.*



La figure 6 de la distribution des scores semble montrer que les scores obtenus dans l'évaluation de la latitude décisionnelle perçue sont étalés sur la gauche du graphique.

### 5.1.1.2 La charge de travail

**Tableau 17**

*Statistiques descriptives de la charge de travail perçue*

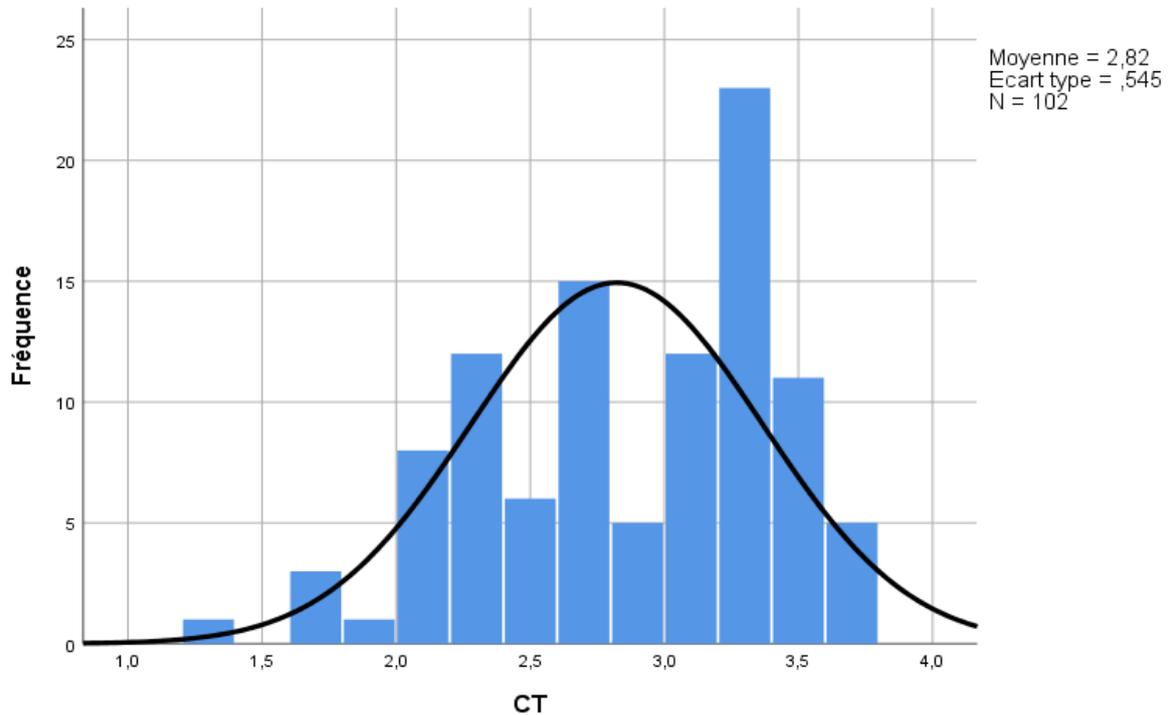
	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
CT	102	1,3	3,7	2,823	,5446
N valide (liste)	102				

Dans le tableau 17, le score moyen de la charge de travail perçue par les 102 personnels soignants interrogés s'élève à 2,823. Ce score est largement supérieur à la

moyenne théorique d'une échelle à quatre points. Cela signifie que la majorité des soignants rencontrés considèrent qu'ils ont une charge de travail importante. La dispersion des scores autour de cette moyenne est faible au vue de la valeur de l'écart-type (0,5446). On note aussi un écart moins élevé entre le score minimum (Min = 1,3) et le score maximum (Max = 3,7) enregistrés sur cette échelle.

**Figure 7**

*Histogramme de distribution des scores de la charge de travail perçue, avec courbe gaussienne indicative.*



La figure 7 de la distribution des scores semble montrer que les scores obtenus dans l'évaluation de la charge de travail perçue sont concentrés vers la droite du graphique. Ce qui révèle un écart de normalité.

### 5.1.1.3 Le climat social de travail

**Tableau 18**

*Statistique descriptive du climat social de travail perçue*

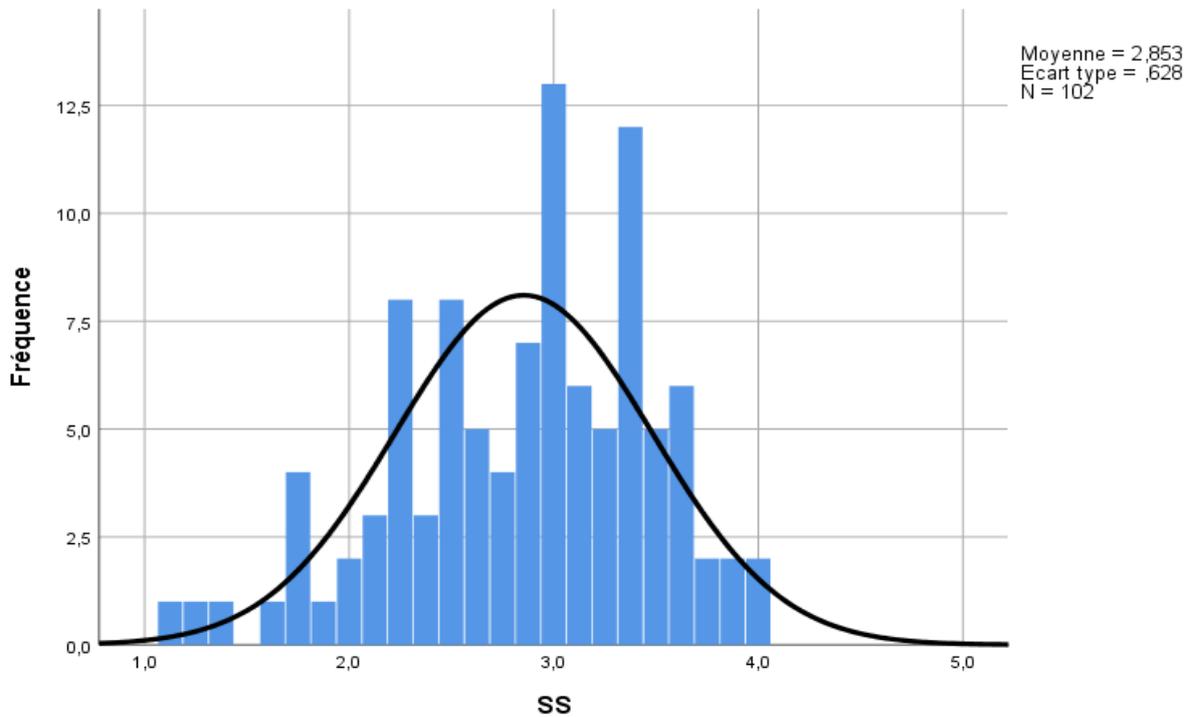
	<b>N</b>	<b>Minimum</b>	<b>Maximum</b>	<b>Moyenne</b>	<b>Ecart type</b>
<b>SS</b>	102	1,125	4,000	2,85294	,627695
<b>N valide (liste)</b>	102				

D'après le tableau 18, le score moyen du climat social de travail perçue par les 102 personnels soignants interrogés s'élève à 2,85. Ce score est largement supérieur à la moyenne théorique d'une échelle à quatre points (2,50). Cela signifie que la majorité des soignants

rencontrés considèrent qu'ils ont par exemple un soutien considérable des collègues dans leur travail. La dispersion des scores autour de cette moyenne est faible au vue de la valeur de l'écart-type (0,627). On note néanmoins un écart considérable entre le score minimum (Min = 1,125) et le score maximum (Max = 4) enregistrés sur cette échelle.

**Figure 8**

*Histogramme de distribution des scores du climat social de travail perçu, avec courbe gaussienne indicative.*



La figure 8 de la distribution normale semble montrer que les scores obtenus dans l'évaluation du climat social de travail perçu sont concentrés vers la droite du graphique. Cela signifie que les scores obtenus dans l'évaluation du climat social de travail perçu ne se distribuent pas normalement.

**5.1.2 La détresse psychologique au travail**

Cette section est consacrée à la description des données issues du terrain relatif à la détresse psychologique au travail.

**Tableau 19**

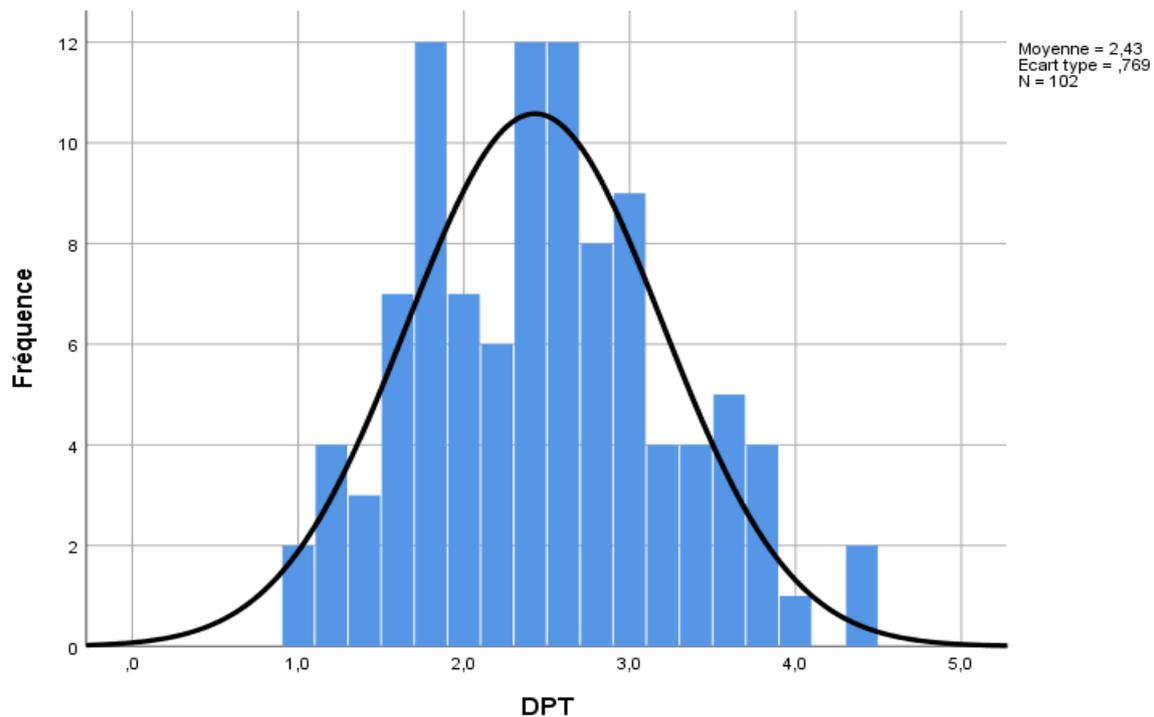
*Statistiques descriptives de la détresse psychologique au travail*

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
<b>DPT</b>	102	1,0	4,4	2,4284	,76913
<b>N valide (liste)</b>	102				

Le score moyen de la détresse psychologique au travail des 102 personnels soignants interrogés s'élève à 2,428. Ce score est légèrement inférieur à la moyenne théorique d'une échelle à cinq points (3,0). Cela signifie que la majorité des soignants rencontrés considèrent par exemple qu'ils sont parfois déprimés, tristes, ou agressifs dans leur travail. La dispersion des scores autour de cette moyenne est faible au vue de la valeur de l'écart-type (0,7691). On note néanmoins un écart considérable entre le score minimum (Min = 1) et le score maximum (Max = 4,4) enregistrés sur cette échelle.

**Figure 9**

*Histogramme de distribution des scores de la détresse psychologique au travail, avec courbe gaussienne indicative.*



La figure 9 semble montrer que les scores obtenus dans l'évaluation de la détresse psychologique au travail sont fortement concentrés vers la droite du graphique.

**Tableau 20***Distribution des participants suivant les scores de la détresse psychologique*

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
<b>Valide</b>	<b>1</b>	35	34,3	34,3	34,3
	<b>2</b>	18	17,7	17,7	52,0
	<b>3</b>	26	25,5	25,5	77,5
	<b>4</b>	23	22,5	22,5	100,0
	<b>Total</b>	102	100,0	100,0	

*Note : 1 = moins de 20/50 Bonnes santés    2 = 21 à 24 /50 : Trouble mental léger*

*3 = 25 à 29 /50 : Trouble mental modéré                      4 = 30 et plus /50 : Trouble mental grave*

Le tableau 20 montre que sur les 102 soignants interrogés, suivant l'échelle de la détresse psychologique au travail, 35 soignants ont eu un score traduisant une bonne santé psychologique (absence de détresse psychologique), 18 soignants ont eu un score révélant un trouble mental léger, 26 soignants ont eu un score révélant un trouble mental modéré, et 23 soignants ont eu un score révélant l'existence d'un trouble mental grave.

De façon brève, sur les 102 soignants interrogés, suivant l'échelle de la détresse psychologique de Kessler (2002), 67 soignants soit 65,7% ont besoin d'une intervention psychologique, tandis que les 35 autres soit 34,3% ne présentent pas de signe de détresse psychologique.

## **5.2 ANALYSES INFERENCELLES**

Cette partie du travail a pour but de tester statistiquement nos différentes hypothèses de recherches. Pour le faire, nous avons eu recours aux analyses de corrélations et aux analyses de régression linéaire simple.

### **5.2.1 Analyse corrélationnelle**

Pour vérifier les liens existants entre les différentes variables de la présente étude, le recours à l'analyse corrélationnelle s'est avéré nécessaire. Les résultats de l'analyse des corrélations se trouvent dans le tableau 7.

**Tableau 21***Matrice de corrélation entre la détresse psychologique et les conditions de travail*

		LD	CT	SS	DPT
LD	Corrélation de Pearson	1			
CT	Corrélation de Pearson	-,488**	1		
SS	Corrélation de Pearson	,439**	-,349**	1	
DPT	Corrélation de Pearson	-,446**	,504**	-,433**	1
	N	102	102	102	102

*Note : LD = latitude décisionnelle ; CT = charge de travail ; SS = soutien social au travail ; DPT = détresse psychologique au travail ; N = effectif de l'échantillon*

\*\* . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

En première analyse on constate que la majorité des variables sont significativement corrélées entre elles, sans toutefois avoir une corrélation supérieure ou égale à 0,70. Ce qui suggère l'absence d'un éventuel biais de multi colinéarité (Tabachnick & Fidell, 2007).

La matrice de corrélation présentée dans le tableau 6 ci-dessus, montre que la détresse psychologique au travail entretient une relation statistiquement significative et négative avec la latitude décisionnelle et le climat social de travail, et une relation statistiquement significative et positive avec la charge de travail.

La corrélation la plus élevée se retrouve entre la charge de travail et la détresse psychologique au travail ( $r = 0,504 ; p < 0,05$ ). Cela signifie que la détresse psychologique augmente avec la charge de travail perçue. Ensuite vient la corrélation entre la latitude décisionnelle et la détresse psychologique au travail ( $r = -0,446 ; p < 0,05$ ). Ce résultat révèle que la détresse psychologique diminue lorsque la latitude décisionnelle augmente. Enfin la corrélation entre le climat social de travail et la détresse psychologique au travail ( $r = -0,433 ; p < 0,05$ ). Il apparaît également que le climat social apaise la détresse psychologique.

L'examen de la matrice de corrélation (tableau 22) permet de constater la présence de coefficients assez élevés et significatifs entre les variables, confirmant ainsi la pertinence d'examiner plus en profondeur leur relation grâce à des analyses de régression. Ainsi donc, à la suite de cette analyse de corrélations, une analyse de régression linéaire simple a été effectuée.

## 5.2.2 Test des hypothèses de recherche

En vue de compléter l'analyse des corrélations précédentes, nous avons procédé à des analyses de régression linéaires simples afin de déterminer les effets directs des conditions de travail perçues sur la détresse psychologique au travail du personnel soignant des hôpitaux de Yaoundé.

### 5.2.2.1 Vérification de la première hypothèse HR1

Cette hypothèse dispose que : *La diminution de la latitude décisionnelle au travail engendre une augmentation de la détresse psychologique du personnel soignant des hôpitaux de Yaoundé.*

**Tableau 22**

*Régression simple de la latitude décisionnelle perçue sur la détresse psychologique au travail.*

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	R- deux ajusté	Sig.
		B	Erreur standard	Bêta			
1	(Constante)	3,905	,304		12,845		,000
	Latit Décis	<b>-,536</b>	,108	-,446	-4,986	<b>,191</b>	<b>,000003</b>

L'objectif de cette analyse est de vérifier l'idée selon laquelle la baisse de la latitude décisionnelle perçue par les soignants des hôpitaux de Yaoundé engendre l'augmentation de leur détresse psychologique au travail. Les deux variables (latitude décisionnelle et détresse psychologique) ayant été mesurées à l'aide d'échelles numériques, les données collectées se présentent sous la forme de scores continus. Nous avons donc choisi de solliciter la technique statistique de régression suivant la méthode des moindres carrés linéaires simples pour effectuer ce test.

Les résultats révèlent que la latitude décisionnelle perçue exerce une influence statistiquement significative sur la détresse psychologique au travail ( $\beta = -0,536$  ;  $p = 0,000003$ ). Comme on pouvait s'y attendre, cette dimension des conditions de travail au regard de la valeur du coefficient de régression influence négativement la détresse psychologique au travail. Autrement dit une baisse de la latitude décisionnelle perçue augmente le niveau de détresse psychologique au travail. La contribution de la latitude

décisionnelle perçue dans l'explication de la détresse psychologique s'élève à près de **19,1%** ( $R^2$ ). Cette observation va dans le sens de ce qui était prévue par notre hypothèse. HR1 est donc logiquement confirmée.

### 5.2.2.2 Vérification de la deuxième hypothèse HR2

Cette hypothèse soutient que : *L'augmentation de la charge de travail perçue entraîne une augmentation de la détresse psychologique du personnel soignant des hôpitaux de Yaoundé.*

**Tableau 23**

*Régression simple de la charge de travail perçue sur la détresse psychologique au travail.*

Modèle	Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	R- deux ajusté	Sig.
	B	Erreur standard	Bêta			
(Constante)	,418	,351		1,194		,235
Charge Travail	<b>,712</b>	,122	,504	5,840	<b>,247</b>	<b>,00219</b>

L'objectif étant de vérifier l'idée selon laquelle la charge de travail perçue par les soignants des hôpitaux de Yaoundé augmente leur niveau de détresse psychologique au travail.

Les deux variables (charge de travail et détresse psychologique) ayant été mesurées à l'aide d'échelles numériques, les données collectées se présentent sous la forme de scores continus. Nous avons donc choisi de solliciter la technique statistique de régression suivant la méthode des moindres carrés linéaires simple pour effectuer ce test.

Les résultats révèlent que la charge de travail perçue exerce une influence statistiquement significative sur la détresse psychologique au travail ( $\beta = 0,712$  ;  $p = 0,00219$ ). Comme on pouvait s'y attendre, la charge de travail perçue accroît la détresse psychologique au travail. La contribution de la charge de travail perçue dans l'explication de la détresse psychologique au travail s'élève à près de **24,7%** ( $R^2_{aj}$ ). Cette observation va dans le sens de ce qui était prévue par notre hypothèse. HR2 est donc logiquement confirmée.

### 5.2.2.3 Vérification de la troisième hypothèse HR3

Cette hypothèse stipule que : *La pauvreté perçue du climat social de travail entraîne une augmentation de la détresse psychologique du personnel soignant des hôpitaux de Yaoundé.*

**Tableau 24**

*Régression simple du climat social de travail perçue sur la détresse psychologique au travail.*

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.	R- deux ajusté
		B	Erreur standard	Bêta			
1	(Constante)	3,943	,323		12,225	,000	
	Clim Soc T	<b>-,531</b>	,110	-,433	-4,807	<b>,000005</b>	<b>,180</b>

L'objectif ici est de vérifier l'idée selon laquelle le climat social de travail déficient augmente le niveau de détresse psychologique au travail.

Les deux variables (climat social de travail et détresse psychologique) ayant été mesurées à l'aide d'échelles numériques, les données collectées se présentent sous la forme de scores continus. Nous avons donc choisi de solliciter la technique statistique de régression suivant la méthode des moindres carrés linéaires simple pour effectuer ce test.

Les résultats révèlent que le climat social de travail perçue exerce une influence statistiquement significative sur la détresse psychologique au travail ( $\beta = -0,531$  ;  $p = 0,000005$ ). Comme on pouvait s'y attendre, le climat social de travail perçue au regard de la valeur du coefficient de régression influence négativement la détresse psychologique au travail. Autrement dit le climat social de travail perçue faible favorise l'augmentation de la détresse psychologique au travail. La contribution de la charge de travail perçue dans l'explication de la détresse psychologique au travail s'élève à près de **18%** ( $R^2_{aj}$ ). Cette observation va dans le sens de ce qui était prévue par notre hypothèse. HR3 est donc logiquement confirmée.

On remarque que nos trois premières hypothèses sont validées. Les conditions de travail telles que la latitude décisionnelle et le climat social de travail semblent contribuer à la baisse de la détresse psychologique du personnel soignant des hôpitaux de Yaoundé. En revanche, la charge de travail perçue augmente la détresse psychologique. Ces résultats seront interprétés et discutés dans le chapitre suivant de notre étude.

# CHAP 6 :

## INTERPRETATION ET DISCUSSION DES RESULTATS

L'objectif général de la présente étude était de vérifier si la détresse psychologique du personnel soignant des hôpitaux de Yaoundé est consécutive aux conditions de travail perçues. Les résultats des analyses de régression linéaire implémentées montrent que les trois dimensions des conditions de travail ont un effet statistiquement significatif sur la détresse psychologique du personnel soignant des hôpitaux de Yaoundé. Ce nouveau chapitre est consacré à la discussion des résultats de cette recherche.

### 6.1 Interprétation des résultats descriptifs

Les deux premiers objectifs spécifiques de notre étude étaient d'évaluer, d'une part les conditions de travail perçues par le personnel soignant des hôpitaux de Yaoundé, et d'autre part la détresse psychologique du personnel soignant des hôpitaux de Yaoundé. Cette partie du chapitre apporte des éléments de réponse à ces deux objectifs.

#### 6.1.1 La détresse psychologique au travail

Dans cette recherche, la détresse psychologique au travail a été étudiée en une seule dimension. L'analyse descriptive effectuée montre que la détresse psychologique au travail est bien présente chez le personnel soignant interrogé, même si elle présente une grande variabilité. Les indices de tendance centrale (moyenne) et de dispersion (écart-type) montrent que la détresse psychologique au travail est assez développée (moy = 2,4284 ; E-T= 0,76913). Il faut donc dire que le personnel soignant que nous avons interrogé dans le cadre de cette étude semble être modérément en détresse psychologique. En effet, le niveau de détresse psychologique est relativement faible par rapport à la moyenne théorique (3,0). Cela signifie que la majorité des soignants rencontrés considèrent qu'ils sont parfois déprimés, parfois tristes et/ou agressifs (nervosité, irritabilité) dans leur travail. Ce qui revient à dire que le personnel soignant des hôpitaux de Yaoundé est relativement en détresse psychologique.

Par ailleurs, suivant la procédure d'interprétation des résultats de l'échelle K10 de Kessler, sur les 102 participants de cette étude, seulement 35 soit 34,3% ont eu un score signifiant qu'ils ont une bonne santé mentale. Autrement dit, 67 soit 65,7% ont eu score

traduisant qu'ils ont besoin d'intervention psychologique ; avec jusqu'à 23 soit 22,5% se trouvant en trouble mental grave.

### **6.1.2 Les conditions de travail**

Dans cette étude, les conditions de travail ont été abordées à travers trois dimensions : la latitude décisionnelle au travail, la charge de travail, et le climat social de travail. L'analyse descriptive effectuée montre que ces quatre dimensions des conditions de travail sont perçues chez le personnel soignant des hôpitaux de Yaoundé, même si elles présentent une grande variabilité. Les indices de tendance centrale (moyenne) et de dispersion (écart-type) montrent que la dimension des conditions de travail la plus perçue est la dimension du climat social de travail (moy = 2,852 ; E-T= 0,627), puis vient la charge de travail (moy = 2,823 ; E-T = 0,544), et enfin la latitude décisionnelle (moy = 2,754 ; E-T = 0,640). Il faut donc dire que les conditions de travail perçues par le personnel soignant sont relatives peu importe la dimension.

La latitude décisionnelle se rapporte à la possibilité d'exercer un certain contrôle sur le travail à réaliser et la possibilité d'utiliser ou de développer ses habiletés ou compétences (Desharnais-Pépin, 2008). Les résultats de l'analyse descriptive montrent que la moyenne de la latitude décisionnelle perçue (moy = 2,754) est la plus faible moyenne des trois dimensions des conditions de travail, bien qu'elle soit supérieure à la moyenne théorique (2,5). Ce résultat signifie que le sentiment de libre arbitre ou liberté d'action des soignants interrogés est moyennement élevé. Concrètement, les soignants perçoivent qu'ils sont partiellement autonomes dans leurs tâches, et qu'ils utilisent moyennement leurs compétences. Ce résultat rend compte du contexte dans lequel évolue le personnel soignant des hôpitaux de Yaoundé. Etant toujours tenus de suivre des protocoles et procédures qui encadrent leurs pratiques, car en situation de problème ils seraient dans ce cas protégés, les soignants ont tout de même une marge d'autonomie et développent continuellement leurs compétences en pratiquant au travail. En effet, le personnel soignant que nous avons interrogé estime pour la plupart devoir faire toujours des choses répétitives, ne pas toujours prendre des décisions soi-même dans leur travail, pouvoir quelques fois influencer le déroulement de leur travail sans s'attendre à des conséquences graves, bien que leur travail demande un haut niveau de compétence. Ce résultat va dans la même lancée que les travaux de Joly (2003), qui soulignent que le personnel infirmier semble disposer d'une autorité décisionnelle élevée, et de même en ce qui a trait à l'utilisation des compétences.

La charge de travail renvoie aux demandes physiques et aux demandes psychologiques au travail. La moyenne de la charge de travail (moy = 2,823) est supérieure à la moyenne théorique. Ce résultat signifie que la charge de travail perçue par les soignants que nous avons interrogé est élevée. Par conséquent ces personnels soignant trouve qu'ils font des efforts physiques au de-là de la norme raisonnable, et qu'en même temps ils font des efforts psychologiques mentaux et émotionnels au point d'accumuler des angoisses affectant leurs santés. Autrement dit, ils doivent travailler très vite vu les urgences, ils travaillent intensément vu l'affluence des malades, parfois ils ne font pas correctement le travail, car n'ayant pas assez de temps, ils font régulièrement face aux ordres contradictoires et des conflits de rôle, leurs tâches sont régulièrement interrompues avant d'être achevées plus tard, et du comble, ils vivent régulièrement des situations de tension avec les patients et gardes malades. Au regard de ceci, la perception de la charge de travail va dans le sens des travaux de (Desharnais-Pépin, 2008) qui souligne que l'importance de la charge physique de travail des soignants des maisons de retraite est à remédier : soulever et déplacer plusieurs fois par jour des personnes ; station debout prolongée ; de nombreux changes et toilettes en un temps limité ; effectuer de nombreux déplacements. Pour ce qui est de la charge psychologique, il déclare que le travail des soignant comporte une charge psychologique incontournable qui tient en partie à la confrontation répétée à la démence, et à la mort, mais également au rythme de travail.

Le soutien social renvoie à la qualité des relations que les travailleurs entretiennent entre eux, et des interactions avec les gestionnaires et dirigeants à des niveaux supérieurs. Les résultats de l'analyse descriptive montrent que la moyenne du soutien social perçu au travail (moy = 2,852) par les soignants est la plus élevée des trois dimensions des conditions de travail, et est supérieure à la moyenne théorique (2,5) sans en être éloigné. Ce résultat signifie que le soutien social perçu par les soignants de la part de leurs collègues et/ou de la hiérarchie, est moyennement élevée. Autrement dit, les soignants se sentent soutenu plus par leurs collègues que par la hiérarchie, c'est pourquoi la perception du soutien social au travail est moyennement élevé. Concrètement, ils ont le sentiment que la hiérarchie ne se sent pas concernée par leur bien-être ; qu'elle ne prête pas attention à ce qu'ils disent, et ne les aide pas à mener à bien les tâches. Par contre, leurs collègues leur manifestent de l'intérêt, sont amicaux et les aident à mener les tâches à bien.

Nous pouvons dire au regard de ce qui précède que les conditions de travaux, perçues par le personnel soignant ayant participé à cette étude, sont modérément pénibles et inconfortables pour eux.

## **6.2 Discussion des résultats**

### **6.2.1 Discussion des résultats de la première hypothèse de recherche**

Cette hypothèse postulait que la diminution de la latitude décisionnelle perçue au travail, engendre une augmentation de la détresse psychologique du personnel soignant des hôpitaux de Yaoundé. Cette hypothèse, au regard des résultats obtenus, a été confirmée. Ce qui indique que lorsque le personnel soignant des hôpitaux de Yaoundé perçoit qu'il a une faible latitude décisionnelle, il développe d'avantage la détresse psychologique. Les résultats associés à cette hypothèse sont intéressants car ils sont conformes à ce que suggère la théorie des demandes – contrôle – soutien de Karasek et Théorell (1990).

En effet cette théorie postule premièrement que si l'individu se trouve dans une situation où les demandes psychologiques sont élevées et où la latitude décisionnelle est faible, le stress qui ne peut être transformé en action se manifesterait comme une tension psychologique pouvant résulter en des ennuis de santé physiques et psychiques ; et deuxièmement, si le modèle demandes-contrôle prédit déjà un risque accru de tension et/ou de détresse psychologique chez les individus, ce risque s'accroît lorsque lui est associé le soutien social au travail faible. Comme pour dire qu'une latitude décisionnelle faible fait partie des éléments déclencheurs des ennuis de santé physiques et psychiques.

Transposés au contexte de la présente étude, ces résultats suggèrent que le personnel soignant des hôpitaux de Yaoundé qui semble percevoir une faible latitude décisionnelle lors de l'exercice de ses fonctions, exprime une relative détresse psychologique au travail. Ces résultats s'expliquent si nous tenons compte du contexte spécifique du travail dans un hôpital de Yaoundé. En effet, les activités exécutées par les infirmiers et médecins dans les hôpitaux sont toujours préconçues à l'avance et suivent souvent des protocoles et procédures strictes. De ce fait, le personnel soignant des hôpitaux de Yaoundé se retrouve souvent impuissant face à des cas irréguliers non prévus par les procédures et protocoles. De plus, un médecin généraliste ou un infirmier ou un aide-soignant qui exerce pour une longue période dans un même service de l'hôpital, fini à la longue par travailler par routine et ne développe plus ses compétences, son sens de créativité. Il apparaît au regard de ces résultats que pour réduire la détresse psychologique du personnel soignant, les dirigeants doivent augmenter l'étendue des possibilités du soignant de prendre des décisions lors de son exercice professionnel, ainsi que faire la rotation du personnel non spécialisé dans les différents services de l'hôpital.

## 6.2.2 Discussion des résultats de la deuxième hypothèse de recherche

Cette hypothèse soutenait que l'augmentation de la charge de travail perçue entraîne une augmentation de la détresse psychologique du personnel soignant des hôpitaux de Yaoundé. Cette hypothèse, au regard des résultats obtenus a été confirmée. Ce qui indique que lorsque le personnel soignant perçoit l'augmentation de sa charge de travail dans son exercice professionnel, il développe d'avantage la détresse psychologique. Ces résultats postulent l'existence d'un lien positif entre la charge de travail et la détresse psychologique au travail. Les résultats associées à cette hypothèse sont intéressants parce qu'ils viennent corroborer ceux obtenus par Goyette (2015).

Les travaux de Goyette (2015) montrent par exemple que la charge de travail agit sur la détresse psychologique à travers la tension qu'elle entraîne chez le travailleur, que l'organisation reconnaisse ou non sa contribution à sa juste valeur. Ces résultats sont pour ainsi dire conforme à ce que suggère les approches théorique de la détresse psychologique de (Cadieux & Marchand, 2015) et celle de (Vila Masse, 2017). Ces approches postulent que de fortes exigences psychologiques et de fortes exigences physiques ont un effet négatif sur la santé mentale (un effet négatif sur la santé mentale signifie qu'il y a accroissement de la détresse psychologique et réduction de la santé mentale positive).

Les résultats de notre étude soutiennent que le personnel soignant que nous avons interrogé perçoit la charge de travail comme étant élevée. Ceci s'explique par le fait que les malades sont de plus en plus nombreux, et la capacité des hôpitaux en espace et en personnel s'avère limitée. En effet, depuis la pandémie à CORONA Virus, le nombre d'usagers sollicitant des soins dans les hôpitaux de Yaoundé s'est multiplié, tandis que le personnel exerçant a diminué pour diverses raisons parmi lesquelles la volonté de ne plus s'exposer aux risques d'infection, et à la limite le décès des soignants (El Abidine & Slaoui, 2021). Aussi, le soignant peut percevoir la charge de son travail élevé, du fait de l'ambiguïté de son rôle à certains niveaux : l'infirmier pose souvent des actes médicaux suite à l'indisponibilité du médecin ; l'aide-soignant pose régulièrement des actes infirmier, du fait du personnel insuffisant. La perception de charge de travail élevée peut aussi s'expliquée par un matériel de travail vieillissant et usé, ou même inexistant (Martel, 1991). La littérature rapporte que le travail a des conséquences dommageables sur la santé psychologique des individus (Lazarus & Folkman, 1984; Morin, 2010). En effet Lazarus et Folkman (1984) ont étudié l'impact du travail sur la santé psychologique des individus et ont observé que, lorsque les demandes de l'environnement de travail dépassent les ressources de l'individu, ou qu'il y a un manque de

ressources offertes par l'organisation, ceci peut amener l'individu à ressentir des symptômes de détresse psychologique. Ainsi, le fait pour le soignant de percevoir sa charge de travail élevée le rend épuisé, nonchalant, triste et même nerveux et irritable à son travail.

### **6.2.3 Discussion des résultats de la troisième hypothèse de recherche**

Cette hypothèse postulait que la pauvreté perçue du climat social de travail entraîne une augmentation de la détresse psychologique du personnel soignant des hôpitaux de Yaoundé. Cette hypothèse au regard des résultats obtenus a été confirmée. Ce qui indique que lorsque le personnel soignant des hôpitaux de Yaoundé perçoit une pauvreté du soutien de ses collègues et de sa hiérarchie, il se sent davantage en détresse psychologique au travail. Ces résultats postulent l'existence d'un lien négatif entre le climat social de travail et la détresse psychologie au travail. Ces résultats sont intéressants car ils sont conformes à ce que suggère la théorie des demandes – contrôle – soutien de Karasek et Théorell (1990).

Le climat social au sein des hôpitaux de Yaoundé est perçu relativement serein. Le personnel soignant entretient généralement des relations harmonieuses entre eux, pouvant souvent permuter en cas d'indisponibilité, et se couvrant souvent les uns les autres en cas de retard ou de faute technique mineure. Les soignants sont parfois incompris ou peu considéré par leur hiérarchie. Les supérieurs hiérarchiques quant à eux s'efforcent de respecter leurs subordonnés, mais s'abstiennent difficilement des remarques désobligeantes à leur endroit. Pour ce qui est du soutien hiérarchique, nous pouvons dire qu'il est quelque peu présent, car les hôpitaux disposent dans leur fonctionnement d'un système financier de quote-part, qui peut s'inscrire en termes de bonus du personnel soignant octroyé par la hiérarchie. Toutefois, régulièrement les soignants sont forcés de se débrouiller sans compter sur la hiérarchie lorsqu'ils rencontrent des difficultés d'ordre professionnel avec les malades et garde-malades.

La sensation de ces éléments par le soignant dans son environnement de travail suscite chez ce dernier un sentiment de travail d'équipe d'une part, et de distanciation de la hiérarchie d'autre part : ce qui accentue modérément sa détresse psychologique au travail. En effet, les travaux de (Roy, 2009), montrent que la qualité du climat psychologique de travail influence le degré de détresse psychologique. De même, (Desharnais-Pépin, 2008) souligne qu'un plus grand soutien social au travail diminue les chances de 7,5% pour l'individu, de subir une récurrence multiple de détresse psychologique. Ces résultats confortent le modèle de Karasek et Théorell (1990) qui postule que si le modèle demande-contrôle prédit déjà un risque accru de tension et/ou de détresse psychologique chez les individus, ce risque s'accroît lorsque lui est associé un soutien social au travail faible. Dans leur méta-analyse Luchman et coll. (2013)

montrent que le soutien social au travail est non seulement considéré comme une ressource importante, mais aussi que le soutien social des collègues et des superviseurs ne joue pas de la même façon. Tandis que le soutien des superviseurs est étroitement lié au contrôle et à la latitude décisionnelle, le soutien social des collègues est plus considéré comme une ressource, venant aider dans les tâches de travail (Luchman et al., 2013).

Par contre nos résultats sont contraires à ceux de Vila Masse (2017), qui en travaillant avec les travailleurs du secteur de la restauration, a trouvé que la latitude décisionnelle, l'insécurité d'emploi et le soutien social du superviseur ne sont pas significativement associés à la détresse psychologique. Il en est de même pour certaines études ayant testé les hypothèses d'interaction entre les trois composantes du modèle (Lange et al., 2003; Van Der Doef & S., 1999). Cependant Samantha Vila Masse (2017) a pu relever que les exigences psychologiques et physiques du travail et le soutien des collègues sont associés à la fois à la détresse psychologique et à la santé mentale positive.

Par ailleurs d'autres études se sont penchées sur l'observation des facteurs de risque associés à l'émergence de la détresse psychologique (Brun et al., 2003; Kelloway & Day, 2005). Brun et al. (2003) ont effectué une recherche qui visait à étudier la problématique de la santé psychologique au travail. Ils ont observé que près de la moitié des participants rapportaient un niveau significativement élevé de détresse psychologique. Selon leur étude, ce résultat était lié à une exposition prolongée à certains facteurs de risque perçus comme nocifs soit, la surcharge de travail, la faible reconnaissance des collègues ou du supérieur, la présence de relations non significatives avec le supérieur, la faible participation aux décisions et la mauvaise circulation de l'information.

Wilkins & Beaudet (1998) dénote qu'un environnement de travail désagréable accroît l'apparition de détresse psychologique chez les travailleurs. De même, plusieurs études mentionnent que les horaires atypiques et le nombre d'heures de travail peuvent aussi influencer sur la santé mentale des travailleurs. En effet, Marchand et al. (2003) ont révélé dans leur étude qu'un horaire de travail irrégulier et de longues heures de travail favorisait l'apparition de la détresse psychologique. Un autre facteur important pouvant altérer la santé psychologique du travailleur et produire des symptômes de détresse psychologique est la relation sociale. Effectivement, une étude de Marchand et ses collaborateurs (2005) explique que le soutien des collègues et des superviseurs est corrélé négativement à la détresse psychologique (Marchand et al., 2005b). Pour aller dans le même sens, les travaux de Dompierre et al. (1993) rapportent que le soutien hiérarchique, le niveau de scolarité et les

aspects biographiques consistent en des facteurs prévisionnels stables de la détresse psychologique au travail.

Parallèlement, Stock, Vezina, Seifert, Tissot et Messing (2006) attestent que la latitude décisionnelle, la demande psychologique élevée, le travail répétitif et les troubles musculo-squelettiques sont significativement liées à la détresse psychologique.

Les travaux de Rousseau, Aubé et Morin (2006) montrent aussi dans une recherche que l'autonomie procédurale et le locus de contrôle sont des déterminants importants de la détresse psychologique au travail.

### **6.3 Limites de l'étude**

Bien que les résultats de cette recherche enrichissent les connaissances quant à l'impact des conditions de travail sur la détresse psychologique du personnel soignant des hôpitaux de Yaoundé, ils doivent être interprétés en connaissance de certaines limites.

Premièrement, il s'agit d'une étude transversale, une situation donnée à un moment donné, qui ne permet pas de vérifier des liens de causalité entre les conditions de travail et la détresse psychologique. Elle ne peut nous renseigner sur l'évolution des conditions de travail dans le temps. De plus, notre étude ne peut nous renseigner non plus sur l'évolution de la fréquence et le niveau de détresse psychologique dans le temps.

Une deuxième limite relative à cette étude concerne le processus de sélection des participants. L'échantillon de cette recherche est assez restreint. Cette limite fait en sorte que la généralisation des conclusions tirées de cette étude, à tout le personnel soignant des hôpitaux de Yaoundé, doit se faire avec prudence. De plus les participants qui ont remplis le questionnaire n'étaient pas numériquement équivalents sur le plan du genre. Ainsi, comme les femmes étaient plus représentées que les hommes dans l'échantillon d'étude, ceci peut avoir un impact au plan de la généralisation des résultats.

Troisièmement, les données de cette recherche ont été recueillies par le biais d'un questionnaire auto-rapporté. Ce questionnaire mesurait donc la perception du personnel soignant des hôpitaux de Yaoundé quant aux diverses variables. Il est ainsi possible que l'utilisation de ce type d'instrument entraîne un problème de variance commune entre les mesures (Lindell et Whitney, 2001). Aussi, l'effet de désirabilité sociale et les biais de réponses des participants associés à cette méthode d'évaluation ont pu affecter les résultats.

Pour ce qui est de la quatrième limite, cette recherche porte sur l'ensemble des professionnels soignants des hôpitaux de Yaoundé, et non sur des métiers spécifiques. Ici, la puissance statistique ne nous permettait malheureusement pas de les différencier. Or, l'hétérogénéité des professions et des tâches entre des médecins, des infirmiers et des aides-soignants serait à prendre en compte dans les recherches futures.

## **6.4 Suggestions**

Dans la pratique, les résultats des analyses présentés dans ce mémoire apportent une base solide de connaissances pouvant alimenter et guider les actions de prévention et de promotion de la santé psychologique au travail des soignants des hôpitaux de Yaoundé. Dans l'ensemble et sans rentrer dans les détails, les résultats suggèrent une série d'interventions qui peuvent s'organiser comme suit :

### **Suggestions au regard des résultats de la première hypothèse**

Concernant la latitude décisionnelle, les gestionnaires pourraient augmenter la marge d'autonomie des médecins et infirmiers, en décentralisant l'administration et les responsabilités ; que les décisions prises par la hiérarchie soit la synthèse des propositions de solutions faites par les soignants. Les majors et chefs de service pourraient s'accorder à régulièrement faire rotter le personnel soignant de leur service, aux différents postes du service suivant la profession, à des périodes prédéfinies. De même les gestionnaires d'hôpitaux pourraient faire rotter le personnel soignant dans les différents services de l'hôpital, à des périodes prédéfinies.

### **Suggestions au regard des résultats de la deuxième hypothèse**

Concernant la charge de travail, les gestionnaires d'hôpitaux pourraient augmenter les effectifs du personnel par des recrutements ; ils pourraient clarifier les tâches à chaque poste par l'élaboration et l'utilisation de fiches de postes pour chaque poste ; ils pourraient limiter voire éliminer les soins délégués, que chaque tâche soit faite par qui de droit ; ils peuvent promouvoir les heures de pause, de relaxation ; aménager des réfectoires calmes, paisibles, reposants et aérés

### **Suggestions au regard des résultats de la troisième hypothèse**

Concernant le soutien social au travail, la hiérarchie pourrait renforcer son soutien envers les soignants en déployant une politique de prise en charge holistique effective de chacun de son personnel soignant. Cela peut se faire par une mise en place d'un psychologue du personnel, dont la consultation serait gratuite et confidentielle ; d'une assurance santé de

chaque personnel soignant, à la charge de l'hôpital en question ; la hiérarchie pourrait adopter un management centré sur la responsabilité collective, la solidarité et l'entre-aide, au lieu de celui de la responsabilité individuelle, la compétition, la solitude ;

De façon générale, en tant que professionnel psychologue du travail, nous proposons, en complément aux suggestions précédentes, un outil de gestion pour la prévention et l'intervention sur la détresse psychologique, que vous trouverez en annexe. Cet outil a été élaboré sur la base des travaux de Karine GOYETTE (2015), qui a mis en valeur les liens entre la charge de travail, l'équilibre des récompenses et la détresse psychologique au travail ; les travaux de Samantha Vila Masse (2017), qui a exploré le rôle joué par les conditions de travail de la restauration sur la détresse psychologique et la santé mentale positive des employés ; les travaux de Jean Philippe JOLY (2003), qui a mis en lumière des facteurs occupationnels pouvant expliquer les variations de détresse psychologique pour le personnel infirmier au Québec ; ainsi que les travaux de la présente recherche.

## CONCLUSION GENERALE

Cette étude a permis de révéler la place centrale des conditions de travail, plus spécialement dans le développement de la détresse psychologique du personnel soignant des hôpitaux de Yaoundé.

L'objectif de cette étude était de vérifier si la détresse psychologique du personnel soignant des hôpitaux de Yaoundé est liée aux conditions de travail perçues. Globalement les résultats permettent d'affirmer que la latitude décisionnelle, la charge de travail et le climat social de travail sont des facteurs prédictifs de la détresse psychologique chez le personnel soignant ayant participé à cette étude. Précisément, la latitude décisionnelle et le soutien social au travail réduisent la détresse psychologique ; tandis que la charge de travail favorise la détresse psychologique chez le personnel soignant des hôpitaux de Yaoundé.

Au niveau théorique, la conceptualisation de la détresse psychologique au travail utilisée dans cette étude représente un fondement indispensable pour appréhender le vécu des soignants des hôpitaux de Yaoundé. Plus concrètement, il s'agit de tenir compte des manifestations d'une détresse psychologique, consécutives à la dureté des conditions de travail dans les hôpitaux de Yaoundé.

L'utilisation d'instruments de mesures construits et dont les qualités psychométriques ont été validées dans la littérature a participé à concrétiser cette recherche. Ceci au moyen d'un questionnaire auto-rapporté à items fermés. Les associations postulées entre les facteurs de conditions de travail et la détresse psychologique au travail, ont été testées au moyen d'analyses de corrélation et de régression linéaire simple. Les résultats ont été discutés à la lumière de la théorie des demande-contrôle de Karasek (1979), et celle des demande-contrôle-soutien de Karasek et Théorell (1990).

De ce fait, les résultats obtenus et les propositions qui en découlent soulignent l'intérêt d'investir des efforts pour promouvoir une perception plus souple des conditions de travail par le personnel soignant des hôpitaux de Yaoundé. Pour ce faire, il s'avère primordial que les gestionnaires des hôpitaux de Yaoundé élaborent dans la gestion du personnel, une véritable politique en la matière, sans quoi le problème de détresse psychologique au travail et les conséquences qui en découlent se poseront sans cesse.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Achille, M. A. (2003). Définir la santé au travail. I. La base conceptuelle d'un modèle de la santé au travail. *Concilier performance organisationnelle et santé psychologique au travail*, 65-90.
- Bartram, D. J., Yadegarfar, G., & Baldwin, D. S. (2009). Psychosocial working conditions and work-related stressors among UK veterinary surgeons. *Occupational medicine*, 59(5), 334-341.
- Bediang, G., Amougou, E. E., & Essi, M.-J. (2020). Identification des Personnes Physiques et des Patients : Une Étude de Cas au Cameroun. *HEALTH SCIENCES AND DISEASE*, 21(1).
- Benallah, S. (2019). *Conditions de travail à l'hôpital : Un problème de santé publique*.
- Bennani, M. M. (2020). Prévalence et facteurs de risque associés aux accidents d'exposition au sang chez le personnel soignant de l'hôpital militaire Avicenne-Marrakech. *Prévalence*.
- BERNARD, P., & GENEVIEVE. (1989). Dictionnaire Médical pour les régions Tropicales. *Société Missionnaire de Saint - Paul, Kinshasa*.
- Borteyrou, X., Truchot, D., & Rasclé, N. (2011). Le stress chez le personnel travaillant en oncologie : Une tentative de classification des stratégies de coping Stress among staff working in oncology: an attempt of classification of coping strategies. *Spécial Santé au Travail*, 15(4), 390.
- Bourbonnais, R., Brisson, C., Malenfant, R., & Vézina, M. (2005). Health care restructuring, work environment, and health of nurses. *American Journal of Industrial Medicine*, 47, 54-64.
- Bourbonnais, R., Vézina, M., Durand, P. J., Lavoie-Tremblay, M., Viens, C., Vinet, A., Brisson, C., Dicaire, L., Bégin, P., & Ouellet, J. P. (2001). *Portrait global de*

*l'environnement psychosocial au travail et la santé des intervenant(e)s en maintien à domicile de quatre CLSC de la région de Québec. Rapport d'intervention.*

- Bourbonnais, R., Vézina, M., Durand, P., & Lavoie-Tremblay, M. (2002). Portrait global de l'environnement psychosocial au travail et la santé des intervenantes de quatorze centres d'hébergement et soins de longue durée (CHSLD) de la région de Québec. *Santé mentale au Québec*, 44.
- Brahem, A., Ilahi, S., Maoua, M., Kalboussi, H., El Maalel, O., Chatti, S., Debbabi, F., & Mrizak, N. (2016). Syndrome dépressif et absentéisme chez le personnel soignant de la région de Sousse (Tunisie). *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 174(7), 557-563.
- Brisson, C., Larocque, B., & Bourbonnais, R. (2001). Les contraintes psychosociales au travail chez les canadiennes et les canadiens. *Canadian Journal of Public Health*, 92, 460-467.
- Brun, J.-P., Biron, C., Martel, J., & Ivers, H. (2003). Évaluation de la santé mentale au travail : Une analyse des pratiques de gestion des ressources humaines. *Université Laval, Montréal : IRSST et Chaire en gestion de la santé et de la sécurité du travail dans les organisations.*
- Cadieux, N., & Marchand, A. (2015). Détresse psychologique chez les professionnels et professionnelles exerçant une profession réglementée : Facteurs explicatifs et pistes de réflexion. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 34(3), 15-35.
- Calnan, M., Wadsworth, E., May, M., Smith, A., & Wainwright, D. (2004). Job strain, effort-reward imbalance, and stress at work : Competing or complementary models? *Scandinavian Journal of Public Health*, 32, 84-93.
- Caron, J., & Liu, A. (2008). Measuring Psychological Well-being on a population health survey on mental health. *Report resented to Statistics Canada.*

- Carricaburu 1, D., Lhuilier 2, D., & Merle 3, V. (2008). Quand soigner rend malade : Des soignants face au risque infectieux à l'hôpital. *Santé publique, 0*, 57-67.
- Chanquoy, L., Tricot, A., & Sweller, J. (2007). La charge cognitive : Théorie et applications. *Armand Colin*.
- CITEAU, J.-P. (1997). Gestion des Ressources humaines : Principes Généraux et Cas pratiques. *éd. Masson and Armand Colin, Paris*.
- Clays, E., De Bacquer, D., Leynen, F., Kornitzer, M., Kittel, F., & De Backer, G. (2007). Job stress and depression symptoms in middle-aged workers—Prospective results from the Belstress study. *Scandinavian journal of work, environment & health, 252-259*.
- Clot, Y. (1999). La fonction psychologique du travail, Paris, PUF. *Le travail humain*.
- Clot, Y. (2001). Psychopathologie du travail et clinique de l'activité. *Education Permanente, 146*, 35-51.
- Clot, Y. (2006). Clinique du travail et clinique de l'activité. *Nouvelle revue de psychosociologie, 1*, 165-177.
- Clot, Y., & Litim, M. (2008). Activité, santé et collectif de travail. *Pratiques psychologiques, 14(1)*, 101-114.
- Colombat, P., Altmeyer, A., Barruel, F., Bauchetet, C., Blanchard, P., Colombat, P., Copel, L., Ganem, G., Rodrigues, M., & Ruzniewski, M. (2011). Syndrome d'épuisement professionnel des soignants. *Oncologie, 13(12)*, 845.
- Daubas-Letourneux, V. (2005). *Connaissance des accidents du travail et parcours d'accidentés. Regard sociologique sur les angles morts d'une question de santé publique* [PhD Thesis]. UNIVERSITE DE NANTES Faculté des Lettres et Sciences Humaines.
- Davezies, P. (2001). Le stress au travail : Entre savoirs scientifiques et débat social. *Performances. Stratégies et facteur humain, 1*, 4-7.

- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Favoriser la motivation optimale et la santé mentale dans les divers milieux de vie. *Psychologie canadienne*, 49, 24-34.
- Dejours, C. (1980). *Travail usure mentale(essai de psychopathologie du travail)*.
- Dejours, C. (1993). Travail : Usure mentale : De la psychopathologie à la psychodynamique. Paris : Éditions Bayard.
- Dejours, C. (1995). Comment formuler une problématique de la santé en ergonomie et en médecine du travail? *Le travail humain*, 1-16.
- Delhomme, P., & Meyer, T. (2003). La recherche en psychologie sociale. Projets, méthodes et techniques. Paris : Armand Colin.
- Desharnais-Pépin, M.-N. (2008). *Une étude sur la récurrence de la détresse psychologique en lien avec le travail et le réseau social*.
- Desmarais, D., Beaugard, F., Guérette, D., Hrimech, M., Lebec, Y., Martineau, P., & Péloquin, S. (2000). Détresse psychologique et insertion sociale des jeunes adultes. Un portrait complexe, une responsabilité collective. *Les Publications du Québec*.
- Doré, I., & Caron, J. (2017). Santé mentale : Concepts, mesures et déterminants. *Santé mentale au Québec*, 42(1), 125-145.
- El Abidine, M. Z., & Slaoui, S. (2021). Impact de la pandémie Covid 19 sur la santé mentale des professionnels œuvrant dans le domaine de la santé : Étude empirique. *Revue Internationale des Sciences de Gestion*, 4(3).
- El-Hage, W., Hingray, C., Lemogne, C., Yroni, A., Brunault, P., Bienvenu, T., Etain, B., Paquet, C., Gohier, B., & Bennabi, D. (2020). Les professionnels de santé face à la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19) : Quels risques pour leur santé mentale? *L'encephale*, 46(3), S73-S80.
- Emeriat, A. (2012). *De la souffrance au bien-être au travail : Contribution à la compréhension du bien-être psychologique des soignants à l'hôpital-Le métier de*

*soignant: un métier où se côtoient souffrance et bien-être psychologique* [PhD Thesis].

Lyon 2.

Enriquez, E. (1992). L'organisation en analyse, Paris, PUF, coll. *Sociologie d'aujourd'hui*.

Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of health and social behavior*, 219-239.

Foucher, Roland., Savoir, André, & Luc, B. (2003). Concilier performance organisationnelle et santé psychologique. *Montréal : Éditions nouvelles AMS*, 366p.

Frone, M. R., Russell, M., & Barnes, G. M. (1996). Work-family conflict, gender, and health-related outcomes : A study of employed parents in two community samples. *Journal of occupational health psychology*, 1(1), 57.

Frone, M. R., Russell, M., & Cooper, M. L. (1997). Relation of work-family conflict to health outcomes : A four-year longitudinal study of employed parents. *Journal of Occupational and Organizational psychology*, 70(4), 325-335.

Garga, H., & Ongolo-Zogo, P. (2013). Améliorer l'Accueil et la Prise en Charge dans les Services d'Accueil des Urgences (SAU) des Hôpitaux Nationaux et Régionaux au Cameroun. In *Améliorer l'Accueil et la Prise en Charge dans les Services d'Accueil des Urgences (SAU) des Hôpitaux Nationaux et Régionaux au Cameroun* (p. 23-23).

Gilbert, M.-H., Savoie, A., & Brunet, L. (2008). Etude du rôle médiateur de la satisfaction des besoins fondamentaux dans la relation entre les ressources organisationnelles et la santé psychologique au travail. *Université Laval, Acte du 15e congrès de l'Association internationale de psychologie du travail de langue française (AIPTLF)*.

Gollac, M., & Volkoff, S. (2006). La santé au travail et ses masques. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 3, 4-17.

Goyette, K. (2015). UN MODÈLE INTÉGRATEUR DE LA DÉTRESSE

PSYCHOLOGIQUE AU TRAVAIL : LA CHARGE DE TRAVAIL ET

L'ÉQUILIBRE DES RÉCOMPENSES. *Université du Québec à Montréal, Service des bibliothèques.*

- Gray-Stanley, J. A., Muramatsu, N., Heller, T., Hughes, S., Johnson, T. P., & Ramirez-Valles, J. (2010). Work stress and depression among direct support professionals : The role of work support and locus of control. *Journal of Intellectual Disability Research, 54*(8), 749-761.
- Green, D. E., & Walkey, F. H. (1988). A confirmation of the three-factor structure of the Maslach Burnout Inventory. *Educational and Psychological Measurement, 48*(3), 579-585.
- Greenberg, N., Docherty, M., Gnanapragasam, S., & Wessely, S. (2020). Managing mental health challenges faced by healthcare workers during covid-19 pandemic. *bmj, 368*.
- Greenglass, E. R., Burke, R. J., & Moore, K. A. (2003). Reactions to increased workload : Effects on professional efficacy of nurses. *Applied psychology, 52*(4), 580-597.
- Grondin, N., & Scapin, D. L. (2003). Revue de questions sur la charge mentale de travail : Notions, mesures et prédiction. *Projet PREDIT, Institut National de Recherche en Informatique et en Automatique.*
- Guemeta Tsayem, L. (2020). Rôle médiateur du sens du travail dans la relation entre les exigences , les ressources organisationnelles perçues et la santé psychologique au travail chez les enseignants camerounais. *Centre de recherche et de formation doctorale en sciences humaines, sociales et éducatives.*
- Halouani, N., Turki, M., Ennaoui, R., Aloulou, J., & Amami, O. (2018). La détresse psychologique du personnel médical et paramédical d'anesthésie-réanimation. *The Pan African Medical Journal, 29*.
- Hardy, G. E., Woods, D., & Wall, T. D. (2003). « The impact of psychological clistress on absence from work ». *Journal of Applied Psychology, 88*(2), 306-314.

- Hayasaka, Y., Nakamura, K., Yamamoto, M., & Sasaki, S. (2007). Work environment and mental health status assessed by the general health questionnaire in female Japanese doctors. *Industrial health*, 45(6), 781-786.
- Holden, L., Scuffham, P., Hilton, M., Vecchio, N., & Whiteford, H. (2010). Psychological distress is associated with a range of high-priority health conditions affecting working Australians. *Australian and New Zealand journal of public health*, 34(3), 304-310.
- IRSST. (2003). « L'ampleur du problème. L'expression du stress au travail ». *Série: La santé psychologique au travail... de la définition du problème aux solutions.*, Fascicule 1, 24.
- Jarrar, M., Khelifi, S., Ben Amor, W., El Afrit, S., & Ghannouchi, S. (2005). *L'accueil et la durée de la prise en charge des patients au service des urgences du CHU Farhat Hached – étude prospective*. *J Magh A Réa Méd Urg* 15 : 251-257.  
<http://www.efurgences.net>
- Joly, J.-P. (2003). *Les facteurs occupationnels menant à la détresse psychologique chez le personnel infirmier*.
- Jonge, J., Janssen, P. P. M., & Bakker, A. B. (1999). Specific determinants of intrinsic work motivation, burnout and turnover intentions : A study among nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 29, 1360-1369.
- Kant, I., Bültmann, U., Van Den Brandt, P. A., Beurskens, A. J. H. M., & Kasl, S. V. (2002). Fatigue and psychological distress in the working population : Psychometrics, prevalence, and correlates. *Journal of Psychosomatic Research*, 52, 445-452.
- Kantowitz, B. H. (1987). Mental Workload. *P.A. Hancock, Human factors psychology*.  
*Amsterdam : North-Holland*.
- Karasek, R. (1985). Job Content Questionnaire user's guide. *Department of Work Environemnt*.

- Karasek, R. A. (1979). Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain : Implication for Job Redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-309.
- Karasek, R. A. (1985). Job content questionnaire. *Journal of Occupational Health Psychology*.
- Karasek, R. A., & Theorell, T. (1990). Healthy work : Stress, productivity, and the reconstruction of the working life. *New York : Basic Books*.
- Kelloway, E. K., & Day, A. L. (2005). La constitution d'un milieu de travail sain : Ce que nous savons jusqu'à maintenant. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 37(4), 236-249.
- Kessler, R. C., Andrews, G., & Colpe. (2002). Échelles de dépistage courtes pour surveiller les prévalences et les tendances de la population en matière de détresse psychologique non spécifique. *Médecine psychologique*, 32, 959-956.
- Kessler, R. C., Andrews, G., Colpe, L. J., Hiripi, E., Mroczek, D. K., Normand, S.-L., Walters, E. E., & Zaslavsky, A. M. (2002). Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychological medicine*, 32(6), 959-976.
- Kleijweg, J. H., Verbraak, M. J., & Van Dijk, M. K. (2013). The clinical utility of the Maslach Burnout Inventory in a clinical population. *Psychological Assessment*, 25(2), 435.
- Labelle, R., Alain, M., Bastin, É., Bouffard, L., Dubé, M., & Lapierre, S. (2001). Bien-être et détresse psychologique : Vers un modèle hiérarchique cognitivo-affectif en santé mentale. *Revue québécoise de psychologie*.
- Lange, A. H., Taris, T. W., & Kompier, M. A. J. (2003). « The Very Best of the Millennium » : Longitudinal Research and the Demand-Control-(Support) Model. *Journal of Occupational Health Psychology*, 4, 282-305.

- Laraoui, O., Laraoui, S., Tripodi, D., Caubet, A., Verger, C., & Laraoui, C. H. (2008). Évaluation du stress chez le personnel de santé au Maroc : À propos d'une étude multicentrique. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, 69(5-6), 672-682.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. *Springer*.
- Légeron 1, P. (2008). Le stress professionnel. *L'information psychiatrique*, 9, 809-820.
- Lemire, F. (2012). « La santé psychologique des employés : Stress absentéisme au travail et management ». *Les éditions Québec-livres*, 160.
- Leplat, J. (2002). Eléments pour une histoire de la notion de charge mentale. In M. Jourdan & J. Theureau. *Charge mentale : notion floue et vrai problème*. Octares éditions.
- Liu, C., Spector, P. E., & Jex, S. M. (2005). The relation of job control with job strains : A comparison of multiple data sources. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 78, 325-336.
- Ilfeld, F. W. (1976). Further validation of a psychiatric symptom index in a normal population. *Psychological Report*, 39, 1215-1228.
- Luchman, J., N., & M. G., G.-M. (2013). Demands, Control, and Support : A Meta-Analytic Review of Work Characteristics Interrelationships. *Journal of Occupational Health Psychology*, 18(1), 37-52. <https://doi.org/10.1037/a0030541>
- Malo, M. (2015). *La santé psychologique au travail : Une modélisation ancrée dans la théorie de la conservation des ressources*.
- Marchand, A. (2004). *Travail et santé mentale : Une perspective multi-niveaux des déterminants de la détresse psychologique*.
- Marchand, A., Demers, A., & Durand, P. (2005a). Do occupation and work conditions really matter ? A longitudinal analysis of psychological distress experiences among Canadian workers. *Sociology of Health & Illness*, 27, 602-627.

- Marchand, A., Demers, A., & Durand, P. (2005b). Does work really cause distress ? The contribution of occupational structure and work organization to the experience of psychological distress. *Social Science & Medicine*, 60, 1-14.
- Marchand, A., Durand, P., Simard, M., Demers, A., & Collin, J. (2006). Détresse psychologique, abus d'alcool et médicaments psychotropes : Changer d'emploi y-est-il pour quelque chose? *Céreq*, 91.
- Martel, F. (1991). Concept de soins et outillage infirmier ont-ils un rapport avec l'épuisement professionnel des infirmières? *Recherche en soins infirmiers*, 1, 4-17.
- Martin, C., Hourlier, S., & Cegarra, J. (2013). La charge mentale de travail : Un concept qui reste indispensable, l'exemple de l'aéronautique. *PUF : Le travail humain*, 2013 / 4, 76, 285 à 308.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). MBI : Maslach burnout inventory. *Palo Alto, CA*, 1(2), 49-78.
- Massé, R. (1998). Les conditions d'une anthropologie sémiotique de la détresse psychologique. *Recherches sémiotiques/Semiotic Inquiry*, 18, 39-62.
- Massé, R. (2000). « Qualitative and quantitative analyses of psychological distress : Methodological complementarity and ontological incommensurability ». *Qualitative health research*, 10(3), 411-423.
- Massé, R. (2001). Pour une ethno-épidémiologie critique de la détresse psychologique à la Martinique. *Sciences sociales et santé*, 19(1), 45-74.
- Massé, R., Poulin, C., & Battaglini, A. (1997). Les idiomes d'expression de la détresse psychologique au Québec. *Manuscript, Département of Anthropology, Laval University*.
- Massé, R., Poulin, C., Dassa, C., Lambert, J., Bélair, S., & Battaglini, A. (1998). Elaboration et validation d'un outil de mesure de la détresse psychologique dans une population

- non clinique de Québécois francophones. *Canadian Journal of Public Health*, 89(3), 183-187.
- Mausner-Dorsch, H., & Eaton, W. W. (2000). Psychosocial Work Environment and Depression : Epidemiologic Assessment of the Demand-Control Model. *American Journal of Public Health*, 90, 1765-1770.
- Mbanga, C., Makebe, H., Tim, D., Fonkou, S., Toukam, L., & Njim, T. (2018). Determinants of burnout syndrome among nurses in Cameroon. *BMC Research Notes*, 11(1), 1-5.
- Mboua, C. P., Keubo, F. R. N., & Fouaka, S. G. N. (2021). Anxiété et dépression associées à la prise en charge de la COVID-19 chez les personnels de santé au Cameroun. *L'Évolution Psychiatrique*, 86(1), 131-139.
- Miech, R., Power, C., & Eaton, W. W. (2007). Disparities in psychological distress across education and sex : A longitudinal analysis of their persistence within a cohort over 19 years. *Annals of Epidemiology*, 17(4), 289-295.
- Mirowski, J., & Ross, C. (2003). Social causes of psychological distress. *Aldine De Gruyter*.
- Monod, H., & Lille, F. (1974). L'évaluation de la charge de travail. *Archives des maladies professionnelles de médecine du travail et de sécurité sociale de la France*, 36, 1-2.
- Montmollin, M. (1993). Compétences, charge mentale, stress : Peut-on parler de santé cognitive ? *Actes du XXVIIIème congrès de la SELF, Genève, 22-24 septembre 1993*.
- Morin, E. M. (2010). La santé mentale au travail : Une question de gros bon sens. *Gestion*, 35, 34-40.
- Moureau, C. (2016). *La charge de travail comme objet de "l'expertise CHSCT" : Un cas d'étude dans le secteur bancaire*.
- N'da, P. (2015). Recherche et méthodologie en sciences sociales et humaines : Réussir sa thèse son mémoire de master ou professionnel, et son article. *Paris: l'Harmattan*.

- Negueu, A. B., Cumber, S. N., Donatus, L., Nkfusai, C. N., Ewang, B. F., Bede, F., Beteck, T. E., Shirinde, J., de Paul Djientcheu, V., & Nkoum, B. A. (2019). Burnout chez les professionnels soignants de l'Hôpital Central de Yaoundé. *The Pan African Medical Journal, 34*.
- Neuman, L. (2011). Social research methods : Qualitative and quantitative approaches. *Boston, Allyn et Bacon*.
- Niedhammer, I., Goldgerb, M., Leclerc, A., Bugel, I., & Davis, S. (1998). Psychosocial factors at work and subsequent depressive symptoms in the Gazel cohort. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health, 24*, 197-205.
- Niedhammer, I., V., G., Gendrey, L., s., D., & S., D. (2006). Propriétés psychométriques de la version française des échelles de la demande psychologique, de la latitude décisionnelle et du soutien social du « Job Content Questionnaire » de Karasek : Résultats de l'enquête nationale SUMER. *Santé Publique, 18(3)*, 413-427.
- Nyock Ilouga, S., & Mouloungui, A. C. (2018). Entrepreneurial Opinions Scale. *European Journal of International Management*.
- Nyock Ilouga, S. (2012). Climat d'entropie et stress dans les organismes de Sant. *Psychologie du travail et des organisations., 18(4)*, 398-417.
- Olié, J.-P., Légeron, P., Acker, A., Adolphe, M., Allilaire, J.-F., Chamoux, A., Falissard, B., Gérard, C., Giudicelli, C. P., & Hamon, M. (2016). Le burn-out. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine, 200(2)*, 349-365.
- Oreskovich, M. R., Shanafelt, T., Dyrbye, L. N., Tan, L., Sotile, W., Satele, D., West, C. P., Sloan, J., & Boone, S. (2015). The prevalence of substance use disorders in American physicians : The Prevalence of Substance Use Disorders in American. *The American Journal on Addictions, 24(1)*, 30-38. <https://doi.org/10.1111/ajad.12173>

- Paterniti, S., Niedhammer, I., Lang, T., & Consoli, S. M. (2002). Psychosocial factors at work, personality traits and depressive symptoms : Longitudinal results from the GAZEL study. *The British Journal of Psychiatry*, 181(2), 111-117.
- Perruchoud, J. (2008). Epuisement professionnel des soignants exerçant leur profession dans un service d'oncologie valaisan. *HES-SO // Valais Centre de Sion Domaine de la santé*, 31.
- PETIT LAROUSSE. (2004). *Grand format, Paris*.
- Pierre Canoui. (2003). LA SOUFFRANCE DES SOIGNANTS: UN RISQUE HUMAIN, DES ENJEUX ÉTHIQUES. *Médecine & Hygiène : InfoKara*, 18(2), 101-104.  
<https://doi.org/10.3917/inka.032.0101>
- Puddester, D. (2001). The Canadian Medical Association's policy on physician health and well-being. *The Western Journal of Medicine*, 174(1), 5.
- René, N. M., Armand, E. G., & Bruno, K. (2020). CHAPITRE IV LE BURNOUT EN CONTEXTE DE LA MALADIE A CORONAVIRUS (COVID-19) CHEZ DES PERSONNELS HOSPITALIERS DE DOUALA AU CAMEROUN. *COVID-19 REGARDS DE PSYCHOLOGUES*, 157.
- Ridner, S. H. (2004). « Psychological distress : Concept analysis ». *Journal of advanced nursing*, 45(5), 536-545.
- Robert, M. (1988). Fondements et étapes de la recherche scientifique en psychologie. . . *Montréal et Maloie : Chanelière & Stanké*.
- Rolle, P. (1989). Gestion des ressources humaines. *Bobock university, Bruxelles*.
- Rousseau, V., Salek, S., Aubé, C., & Morin, E. M. (2009). Distributive justice, procedural justice, and psychological distress : The moderating effect of coworker support and work autonomy. *Journal of Occupational Health Psychology*, 10768998, 14.

- Roussel, P. (2000). *La motivation au travail : Concept et théories*. LIRHE, Université des sciences sociales de Toulouse.
- Roy, M. (2009). *Le climat psychologique des unités organisationnelles en tant que déterminant de la détresse psychologique au travail*.
- Sainsaulieu, I. (2004). Le malaise des soignants : Le travail sous pression à l'hôpital. *Le malaise des soignants*, 1-238.
- Sassel, T. (2021). *Influence de la crise sanitaire sur le bien-être au travail des soignants : Les capacités de résilience protègent-elles des effets négatifs de la pandémie?*  
<https://matheo.uliege.be/bitstream/2268.2/13955/4/M%C3%A9moire%20-%20SASSEL%20Tamara.pdf>
- Savtchenko, S. (1984). Qu'est ce que le travail ? *Ed. progrès, Moscow*.
- Schreiber, M., Cates, D. S., Formanski, S., & King, M. (2019). Maximizing the resilience of healthcare workers in multi-hazard events : Lessons from the 2014–2015 Ebola response in Africa. *Military medicine*, 184(Supplement\_1), 114-120.
- Tagne, A. G. F., Djomo, R. F. N., Bengono, I. B., & Onana, A. A. (2020). Appréciation de la performance hospitalière des hôpitaux publics au Cameroun : Une perception du personnel de santé. *Journal of Academic Finance*, 11(2), 331-344.
- Theorell, T., & Karasek, R. A. (1996). Current issues relating to psychosocial job strain and cardiovascular disease research. *Journal of occupational health psychology*, 1(1), 9.
- Theorell, T., Karasek, R. A., & Eneroth, P. (1990). Job strain variations in relation to plasma testosterone fluctuations in working men-a longitudinal study. *Journal of internal medicine*, 227(1), 31-36.
- Thiebaud, P.-C., Martin, C., Naouri, D., Le Joncour, A., Truchot, J., & Yordanov, Y. (2021). Alcohol consumption among French physicians : A cross-sectional study. *Drug and Alcohol Dependence*, 218, 108356.

- Tourmen, C. (2007). Activité, tâche, poste, métier, profession : Quelques pistes de clarification et de réflexion. *Santé publique*, 19(hs), 15-20.
- Truchot, D. (2016). Burn out. In *Dictionnaire de la fatigue* (p. 126-134). Librairie Droz.
- Van Der Doef, M., Maes, S., & Diekstra, R. (1999). An examination of the Job Demand-Control-Support Model with various occupational strain indicators. *Anxiety, Stress, and Coping.*, 13, 165-185.
- Van Der Doef, M., & S., M. (1999). The Job Demand-Control (-Support) Model and Psychological Well-Being : A Review of 20 years of Empirical Resarch. *Work & Stress*, 13(2), 87-114.
- Veziat, J., Bourdel, N., & Slim, K. (2020). Risques de contamination virale des soignants au cours d'une laparoscopie pendant la pandémie de la Covid-19. *Journal de Chirurgie Viscérale*, 157(3), S60-S63.
- Vézina, M., Cousineau, M., Mergler, D., & Vinet, A. (1992). Pour donner un sens au travail. Bilan et orientations du Québec en santé mentale au travail. *Boucherville : Éd. Gaëtan Morin*.
- Vézina, M., & Saint-Arnaud, L. (2011). L'organisation du travail et la santé mentale des personnes engagées dans un travail émotionnellement exigeant. *Travailler*, 1, 119-128.
- Vézina, M., St-Amaud, L., Stock, S., Lippe, K., & Funes, A. (2011). « Santé mentale » dans Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi, de santé et de sécurité du travail (EQCOTESST). *Québec, Institut national de santé publique du Québec et Institut de la statistique du Québec - Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité du travail, Chapitre 9*.
- Vila Masse, S. (2017). *Au menu : Ma santé mentale: la santé mentale des travailleurs et travailleuses de la restauration: test du modèle demande-contrôle-soutien de Karasek et Theorell*.

- Viviers, S., Lachance, L., Maranda, M.-F., & Ménard, C. (2008). Burnout, psychological distress, and overwork : The case of Quebec's ophthalmologists. *Canadian Journal of Ophthalmology*, 43(5), 535-546.
- Volkoff, S., & Gollac, M. (2007). Les conditions de travail. *Collection Repère, La Découverte, Paris*.
- Wolfelsperger, A. (1973). Théorie de la détermination des conditions de travail dans l'entreprise. *Revue d'économie politique*, 83(2), 357-365.

## ANNEXES

- 1) QUESTIONNAIRE A REMPLIR DANS LE CADRE D'UNE RECHERCHE SCIENTIFIQUE EN PSYCHOLOGIE
- 2) OUTIL DE GESTION POUR LA PREVENTION ET L'INTERVENTION SUR LA DETRESSE PSYCHOLOGIQUE



UNIVERSITE DE YAOUNDE I  
FALSH  
DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE

MASTER PSYCHOLOGIE DU TRAVAIL  
ET DES ORGANISATIONS

### Consigne

**1. Entourez une seule proposition, le chiffre qui exprime le mieux votre situation. Il n'y a ni bonne, ni mauvaise réponses, soyez juste spontané et sincère.** (*Circle only one proposition, the figure closest to your situation. There are no right or wrong answers, just be spontaneous and sincere*)

**1** = Pas du tout d'accord // *Not agree at all*

**2** = Pas d'accord // *Not agree*

**3** = D'accord // *Agree*

**4** = Tout à fait d'accord // *Totally agree*

ITEMS	REPONSES
1- Dans mon travail, je dois apprendre des choses nouvelles ( <i>In my job, I have to learn new things</i> )	1 2 3 4
2- Dans mon travail, je dois faire des choses répétitives ou refaire toujours les mêmes choses ( <i>In my work, I have to do repetitive things or do the same things over and over again</i> )	1 2 3 4
3- Mon travail me demande d'être créatif, ou je dois faire preuve de créativité ( <i>My job requires me to be creative, or I have to be creative</i> )	1 2 3 4
4- Mon travail me permet souvent de prendre des décisions moi-même ( <i>My job often allows me to make decisions for myself</i> )	1 2 3 4
5- Mon travail me demande un haut niveau de compétences ou exige un niveau élevé de qualification ( <i>My work requires a high level of skills or requires a high level of qualification</i> )	1 2 3 4
6- Dans ma tâche, j'ai très peu de liberté pour décider comment je fais mon travail ( <i>In my task, I have very little freedom to decide how I do my job</i> )	1 2 3 4
7- Dans mon travail, j'ai des activités variées ou je peux faire plusieurs choses différentes ( <i>In my work, I have varied activities or I can do several different things</i> )	1 2 3 4
8- J'ai la possibilité d'influencer le déroulement de mon travail ( <i>I have the opportunity to influence the course of my work</i> )	1 2 3 4
9- Au travail, j'ai l'occasion de développer mes compétences professionnelles ( <i>At work, I have the opportunity to develop my professional skills</i> )	1 2 3 4

10- Mon travail me demande de travailler très vite ( <i>My work requires me to work very quickly</i> )	1 2 3 4
11- Mon travail demande de travailler intensément ( <i>My job requires hard work</i> )	1 2 3 4
12- On me demande d'effectuer une quantité excessive de travail ( <i>I am asked to do an excessive amount of work</i> )	1 2 3 4
13- Je dispose du temps nécessaire pour exécuter correctement mon travail ( <i>I have the time needed to do my work properly</i> )	1 2 3 4
14- Je reçois des ordres ou demandes contradictoires de la part d'autres personnes ( <i>I receive conflicting orders or requests from other people</i> )	1 2 3 4
15- Mon travail nécessite de longues périodes de concentration intense ( <i>My work requires long periods of intense concentration</i> )	1 2 3 4
16- Mes tâches sont souvent interrompues avant d'être achevées, nécessitant de les reprendre plus tard ( <i>My tasks are often interrupted before being completed, requiring them to be resumed later</i> )	1 2 3 4
17- Mon travail est très « bousculé » ou « mouvementé » ( <i>My work is very "busy" or "hectic"</i> )	1 2 3 4
18- Attendre le travail des collègues ralentit souvent mon propre travail ( <i>Waiting for work from colleagues often slows down my own work</i> )	1 2 3 4
19- Mon supérieur se sent concerné par le bien-être de ses subordonnés ( <i>my superior feels concerned about the well-being of his subordinates</i> )	1 2 3 4
20- Mon supérieur prête attention à ce que je dis ( <i>my superior pays attention to what i say</i> )	1 2 3 4
21- Mon supérieur m'aide à mener ma tâche à bien ( <i>my superior helps me to carry out my task</i> )	1 2 3 4
22- Mon supérieur réussit facilement à faire collaborer ses subordonnés ( <i>my superior easy manages to get his subordinate to collaborate</i> )	1 2 3 4
23- Les collègues avec qui je travaille sont des gens professionnellement compétents ( <i>the colleagues i work with, including professionally competent people</i> )	1 2 3 4
24- Les collègues avec qui je travaille me manifestent de l'intérêt ( <i>the colleagues i work with, show me interest</i> )	1 2 3 4
25- Les collègues avec qui je travaille sont amicaux ( <i>the colleagues i work with, are friendly</i> )	1 2 3 4
26- Les collègues avec qui je travaille m'aident à mener les tâches à bien ( <i>the colleagues i work with, help me get things done</i> )	1 2 3 4
27- Dans le cadre de mon emploi actuel, je suis exposé(e) à un horaire de travail de nuit ( <i>as part of my current job, i am exposed to a night work schedule</i> )	1 2 3 4
28- Mon nombre d'heures de travail prévu par semaine dépasse 40 heures ( <i>my number of scheduled working hours per week exceeds 40 hours</i> )	1 2 3 4
29- Je vis régulièrement des situations de tension dans mes rapports avec les patients ( <i>i regularly experience tense situations in my dealings with patients</i> )	1 2 3 4

**2. Entourez une seule proposition, le chiffre qui correspond à votre situation. Il n'y a ni bonne, ni mauvaise réponses, soyez juste spontané et sincère.** (*Circle only one proposition, the number corresponding to your situation. There are no right or wrong answers, just be spontaneous and sincere*)

1- Jamais // never

2- Rarement // rarely

3- Parfois // sometimes

4- La plupart du temps // usually

5- Tout le temps // all the time

ITEMS	FREQUENCES
1. Au cours du derniers mois, à quelle fréquence vous êtes-vous senti fatigué sans raison valable ? ( <i>In the past month, how often have you felt tired for no good reason?</i> )	1 2 3 4 5
2. Au cours du dernier mois, à quelle fréquence vous êtes-vous senti(e), à cause du travail, nerveux (se) ? ( <i>In the past month, how often have you felt nervous about work?</i> )	1 2 3 4 5
3. Au cours du dernier mois, à quelle fréquence vous êtes-vous senti(e), à cause du travail, si nerveux (se) que rien ne pouvait vous calmer ? ( <i>In the past month, how often have you felt so nervous about work, that nothing could calm you down?</i> )	1 2 3 4 5
4. Au cours du dernier mois, à quelle fréquence vous êtes-vous senti(e), à cause du travail, désespéré(e) ? ( <i>In the past month, how often have you felt hopeless because of work?</i> )	1 2 3 4 5
5. Au cours du dernier mois, à quelle fréquence vous êtes-vous senti(e), à cause du travail, agité(e) ? ( <i>In the past month, how often have you felt restless because of work?</i> )	1 2 3 4 5
6. Au cours du dernier mois, à quelle fréquence vous êtes-vous senti(e), à cause du travail, agité(e) ou ne tenant pas en place ? ( <i>In the past month, how often have you felt restless or out of place because of work?</i> )	1 2 3 4 5
7. Au cours du dernier mois, à quelle fréquence vous êtes-vous senti, à cause du travail, déprimé ? ( <i>In the past month, how often have you felt depressed because of work?</i> )	1 2 3 4 5
8. Au cours du dernier mois, à quelle fréquence vous êtes-vous senti(e), à cause du travail, que tout était un effort ? ( <i>In the past month, how often have you felt that because of work, everything was an effort?</i> )	1 2 3 4 5
9. Au cours du dernier mois, à quelle fréquence vous êtes-vous senti(e), à cause du travail, si triste que plus rien ne pouvait vous faire sourire ? ( <i>In the past month, how often have you felt so sad because of work that nothing could make you smile?</i> )	1 2 3 4 5
10. Au cours du dernier mois, à quelle fréquence vous êtes-vous senti(e), à cause du travail, bon(ne) à rien ou sans valeur ? ( <i>In the past month, how often have you felt good for nothing because of work?</i> )	1 2 3 4 5

### 3. Profil sociodémographique // *Sociodemographic profile:*

Veillez cocher la réponse qui correspond à votre situation. (*Please tick the answer that corresponds to your situation*)

<b>01</b>	Sexe // <i>Sex</i>	<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin
<b>02</b>	Âge	<input type="checkbox"/> 20 – 30 ans <input type="checkbox"/> 31 – 40 ans <input type="checkbox"/> 41 ans et plus
<b>03</b>	Situation matrimoniale // <i>Marital status</i>	<input type="radio"/> Célibataire ( <i>single</i> ) <input type="radio"/> Marié ( <i>married</i> ) <input type="radio"/> Union libre ( <i>common-law</i> ) <input type="radio"/> Divorcé (e) ( <i>divorced</i> ) <input type="radio"/> Veuf (Ve) ( <i>widowed</i> )
<b>04</b>	Votre profession // <i>Your job</i>	<input type="checkbox"/> Médecin généraliste // <i>Doctor</i> <input type="checkbox"/> Infirmier (ère) // <i>Nurse</i> <input type="checkbox"/> Aide-soignante (AS) // <i>Nursing assistant</i>
<b>05</b>	Vivez-vous des situations de tension dans vos rapports avec les patients ? ( <i>Do you experience stressful situations in your dealings with patients?</i> )	1. Jamais (sans contact) // <i>Never (without contact)</i> 2. Occasionnellement (rarement et de temps en temps) // <i>Occasionally (rarely and from time to time)</i> 3. Fréquemment (souvent, très souvent) // <i>Frequently (often, very often)</i>
<b>06</b>	Type de contrat de travail // <i>Type of employment contract</i>	<input type="radio"/> Fonction publique ( <i>public service</i> ) <input type="radio"/> CDI <input type="radio"/> CDD <input type="radio"/> Contrat verbal ( <i>verbal contract</i> ) Autres ( <i>others</i> ).....
<b>07</b>	Nombre d'heures de travail prévues par semaine // <i>Number of hours of work planned per week</i>	-----heures // <i>Hours</i>
<b>08</b>	Dans le cadre de votre emploi actuel, êtes-vous exposé(e) à un horaire de travail de nuit ? // <i>In the context of your current job, are you exposed to a night work schedule ?</i>	0. Non (jamais) // <i>No (never)</i> 1. Oui (de temps en temps, assez souvent, souvent, tout le temps) // <i>Yes (sometimes, often enough, often, all the time)</i>
<b>09</b>	Ancienneté // <i>Seniority</i>	<input type="checkbox"/> Moins d'un an (débutants) <input type="checkbox"/> 1 – 5 ans (enrôlés) <input type="checkbox"/> 6 – 15 ans (anciens) <input type="checkbox"/> 16 ans et plus (doyens)

**MERCI POUR VOTRE CONTRIBUTION !!**

## OUTIL DE GESTION POUR LA PREVENTION ET L'INTERVENTION SUR LA DETRESSE PSYCHOLOGIQUE

N°	INDICATEURS	FREQUENCE (en 3 mois)	MESURES A PRENDRE	OBSERVATIONS (au bout d'un mois)
01	Conflits avec les malades	Rarement, moins de 5 fois	Avertissement et conseil à la patience	
		Quelque fois, 5 à 10 fois	Blâme et/ou punition disciplinaire	
		Régulièrement, plus de 10 fois	Sanction + psychothérapie	
02	Malades morts dans son service	Rarement, moins de 5 fois	Invitation à plus de vigilance	
		Quelque fois, 5 à 10 fois	Psychothérapie + sanction	
		Régulièrement, plus de 10 fois	Changement de service + psychothérapie	
03	Absences maladie	Rarement, moins de 5 fois	Observation	
		Quelque fois, 5 à 10 fois	Investiguer les causes	
		Régulièrement, plus de 10 fois	Psychothérapie + congé de rétablissement	
04	Tâche mal faite (à refaire)	Rarement, moins de 5 fois	Invitation à plus de rigueur	
		Quelque fois, 5 à 10 fois	Blâme et/ou punition disciplinaire	
		Régulièrement, plus de 10 fois	Sanction + psychothérapie + recyclage	
05	Accidents de travail	Rarement, moins de 5 fois	Invitation à plus de prudence	
		Quelque fois, 5 à 10 fois	Changement de service + recyclage	
		Régulièrement, plus de 10 fois	Sanction + psychothérapie	
06	Erreurs de prescription	Rarement, moins de 5 fois	Sanction + recyclage	
		Quelque fois, 5 à 10 fois	Suspension + psychothérapie	
		Régulièrement, plus de 10 fois	Suspension + psychothérapie + recyclage	
07	Confusion de malade	Rarement, moins de 5 fois	Blâme et/ou punition disciplinaire	
		Quelque fois, 5 à 10 fois	Sanction + psychothérapie	
		Régulièrement, plus de 10 fois	Suspension + psychothérapie	
08	Soins en retard	Rarement, moins de 5 fois	Invitation à plus de rigueur	
		Quelque fois, 5 à 10 fois	Blâme et/ou sanction disciplinaire	
		Régulièrement, plus de 10 fois	Sanction + psychothérapie	
09	Produit abimé (à remplacer)	Rarement, moins de 5 fois	Invitation à plus de prudence	
		Quelque fois, 5 à 10 fois	Blâme et/ou sanction disciplinaire	
		Régulièrement, plus de 10 fois	Sanction + psychothérapie	
10	Conflit ou querelles avec les collègues	Rarement, moins de 5 fois	Invitation à plus de patience	
		Quelque fois, 5 à 10 fois	Sanction + changement de service	
		Régulièrement, plus de 10 fois	Sanction + psychothérapie	

# TABLE DES MATIERES

1	CHAP 1 : CONTEXTE DE L'ETUDE ET PROBLEMATIQUE .....	4
1.1	Contexte empirique : .....	4
1.1.1	POTENTIELLES CAUSES .....	10
1.1.2	CONSEQUENCES .....	12
1.1.3	MESURES PRISES.....	13
1.2	Contexte théorique : .....	16
1.3	Problème de l'étude : .....	19
1.4	Question de recherche : .....	20
1.4.1	Question Principale : .....	20
1.4.2	Questions secondaires : .....	20
1.5	Hypothèses de la recherche : .....	21
1.5.1	Hypothèse Générale : .....	21
1.5.2	Hypothèses opérationnelles : .....	21
1.6	Objectifs de l'étude .....	22
1.6.1	Objectif Général .....	22
1.6.2	Objectifs Spécifiques .....	22
1.7	Objet de l'étude et Orientations : .....	22
1.8	Intérêts de l'étude : .....	23
1.9	Délimitation de l'étude : .....	24
2	CHAP 2 : REVUE DE LA LITTERATURE.....	25
2.1	LES CONDITIONS DE TRAVAIL À L'HÔPITAL.....	25
2.1.1	Définitions des concepts .....	25
2.1.2	Les conditions de travail : .....	28
2.1.3	Le stress professionnel .....	29
2.1.4	Les facettes du métier de soignant .....	31
2.2	LA DETRESSE PSYCHOLOGIQUE .....	44
2.2.1	Définitions de la santé psychologique.....	44
2.2.2	La composante négative de la santé psychologique au travail : La détresse psychologique.....	45
2.2.3	Qu'est-ce que la détresse psychologique?.....	47
2.2.4	La détresse psychologique au travail : La définition de la détresse psychologique au travail	51

2.2.5	Les composantes de la détresse psychologique.....	51
2.2.6	Les recherches sur la détresse psychologique .....	54
3	CHAP 3 : INSERTION THEORIQUE .....	55
3.1	LE MODÈLE DEMANDES-CONTRÔLE DE Karasek (1979) .....	55
3.1.1	Les demandes (charge de travail).....	60
3.1.2	Latitude décisionnelle .....	63
3.2	LE MODÈLE DEMANDES-CONTRÔLE-SOUTIEN de Karasek et Theorell (1990) .....	65
3.2.1	Les relations sociales au travail : .....	65
3.2.2	Les différents facteurs de cette théorie : .....	66
3.2.3	Avis des auteurs sur cette théorie : .....	68
4	CHAP 4 : METHODOLOGIE .....	71
4.1	Rappel du problème : .....	71
4.2	Type d'étude et justification : .....	71
4.3	Les variables de l'étude : .....	71
4.3.1	La variable indépendante (VI) : .....	72
4.3.2	La variable dépendante (VD) : .....	72
4.4	Méthode d'étude et justification : .....	73
4.5	Plan de recherche : .....	74
4.6	Formulation des hypothèses : .....	74
4.6.1	Hypothèse générale (HG) : .....	74
4.6.2	Hypothèses de recherche (HR) : .....	75
4.7	Collecte des données : .....	75
4.7.1	Choix et justificatif de l'instrument de collecte de données : le questionnaire.....	75
4.7.2	Elaboration du questionnaire : .....	76
4.7.3	Le pré-test .....	80
4.7.4	Etude de la fiabilité du questionnaire .....	80
4.8	Le site de l'étude .....	81
4.8.1	Le Centre Hospitalier et Universitaire de Yaoundé CHUY .....	82
4.8.2	L'Hôpital Central de Yaoundé HCY .....	83
4.8.3	Centre des Urgences de Yaoundé (CURY) .....	83
4.8.4	Justification du choix du site .....	83
4.9	Dispositions éthique de la recherche : .....	84
4.10	Population de l'étude .....	84
4.11	Technique d'échantillonnage et échantillon .....	84
4.11.1	La technique d'échantillonnage .....	85

4.11.2	Echantillon : .....	85
4.11.3	Données sociodémographiques des participants : .....	85
4.12	Procédure de collecte des données .....	88
4.13	Difficultés rencontrées .....	89
4.14	Technique de traitement statistique des données .....	89
4.14.1	L'analyse de corrélation .....	89
4.14.2	La régression linéaire simple .....	90
5	CHAP 5 : PRESENTATION DES RESULTATS .....	91
5.1	ANALYSES DESCRIPTIVES .....	91
5.1.1	Les conditions de travail .....	91
5.1.2	La détresse psychologique au travail .....	94
5.2	ANALYSES INFERENCELLES.....	96
5.2.1	Analyse corrélationnelle.....	96
5.2.2	Test des hypothèses de recherche.....	98
6	CHAP 6 : INTERPRETATION ET DISCUSSION DES RESULTATS .....	101
6.1	Interprétation des résultats descriptifs.....	101
6.1.1	La détresse psychologique au travail .....	101
6.1.2	Les conditions de travail .....	102
6.2	Discussion des résultats .....	104
6.2.1	Discussion des résultats de la première hypothèse de recherche.....	104
6.2.2	Discussion des résultats de la deuxième hypothèse de recherche.....	105
6.2.3	Discussion des résultats de la troisième hypothèse de recherche .....	106
6.3	Limites de l'étude .....	108
6.4	Suggestions.....	109
	Conclusion générale .....	111
	Références bibliographiques .....	112
	Annexe .....	128
	Table des matières .....	134