

Rôle des services de médecine du travail dans l'étude et la prévention du stress lié au travail

Dr. Nassima REMMAS

Dr. Moulay Tahar University, Saida, Algeria

Résumé :

L'auteure de cet article aborde le travail dans sa relation avec la santé du travailleur. Ceci est étudié selon les deux dimensions de la satisfaction et de la non satisfaction dans le travail.

Différentes recherches nationales mettent en avant la réalité du stress chez les travailleurs relevant de différents milieux professionnels, en l'absence d'études épidémiologiques de grande envergure pour connaître la réalité du problème.

L'article aborde le rôle des services de médecine du travail, qui bien que défini par des textes, reste en dessous des attentes des soignants en souffrance, qui se sentent livrés à eux mêmes.

Mots clés : Travail- stress professionnel- satisfaction- prévention- médecine du travail.

ملخص:

تتطرق الباحثة الى العمل و علاقته بصحة العامل حسب متغيري الرضى و عدم الرضى في العمل. عدة بحوث وطنية أشارت الى ظاهرة الضغط المهني في مختلف أوساط العمل في غياب دراسات ابيديميولوجية واسعة النطاق للتعرف على واقع الظاهرة.

يتطرق المقال إلى دور مصالح طب العمل الذي رغم أنه محدد بنصوص قانونية إلا أنه يبقى أقل بكثير من مستوى انتظار و تطلعات الممرضين الذين تبقى معاناتهم دون تكفل فعلي. **الكلمات المفتاحية:** العمل- الضغط المهني- الرضى- الوقاية- طب العمل.

Introduction :

Le travail revêt une importance capitale dans la vie de toute personne, il représente l'indice d'intégration du sujet dans la société symbolisant l'aboutissement d'un projet

individuel et parfois même familial nourri tout le long de la scolarité du sujet. Il revêt dans ce sens un caractère social, mais surtout subjectif à travers l'action accomplie dans une confrontation du sujet au réel, aux contraintes et difficultés liées au travail (Lhuillier, 2006). Dans cette confrontation, le sujet engage son corps, son intelligence et sa personnalité, ce qui est vécu par le sujet sur un mode affectif, car « c'est toujours affectivement que le réel du monde se manifeste au sujet » (Dejours, 2001, p.2).

Parler d'affectivité implique le vécu du sujet en termes de satisfactions ou d'insatisfactions qui au fil des années de travail ont des retentissements sur la santé du sujet en termes de bien-être physique, psychique et social ou de mal-être ; ce dernier faisant l'objet de plus en plus de recherches sous des vocables différents : stress, burnout, risques psychosociaux, pathologies du travail

Nous interrogeons la relation entre le travail et la santé des individus ? Les stratégies de prévention de pathologies diverses pour rendre au travail son aspect positif et bénéfique pour l'équilibre des travailleurs?

Du rôle restructurant à l'effet pathogène du travail

Les premiers intérêts concernant le travail ont débuté vers la fin du XX siècle à travers l'amélioration des conditions de travail des ouvriers et l'étude de la pénibilité et de la fatigue au travail. Les travaux de Galton (Angleterre), Cattell (USA), Binet et Simon (France) ont permis de mettre en avant le rôle des différences individuelles dans les performances sous l'impulsion de la psychologie du travail et des organisations (Louche, 2007).

A la fin de la deuxième guerre mondiale, un groupe de psychiatres dont Le Guillant, Tosquelles, Sivadon et Veil développent une réflexion autour du rôle restructurant et resocialisant du travail, selon que soit pointée du doigt la fragilité du travailleur dans l'éclosion d'une pathologie, ou la participation concomitante de l'organisation du travail dans cette dernière.

La psychiatrie en France connaît ainsi une extension de son champ des soins aux malades mentaux à la prévention des maladies mentales dans différents milieux professionnels et sociaux (milieu de travail, milieu militaire, prison..). La recherche étiologique sur les causes s'intéressait à identifier les maladies mentales liées au travail¹ ce qui a contribué à la naissance de la psychopathologie du travail.

¹ Le Guillant développe dans les années 50 la recherche sur le travail et la névrose des téléphonistes et mécanographes à travers une analyse multidimensionnelle : biophysique, psychoaffective et psychosociale (Billiard, 2000).

La psychanalyse a d'abord été utilisée comme modèle théorique à travers les contributions de Bion, Anzieu et Kaës. Elle a, entre autre apporté un éclairage aux relations interpersonnelles dans les groupes ; elle a aussi été utilisée dans l'analyse et l'intervention dans les organisations (à travers le Tavistock Institute of Human Relations) car les processus inconscients occupent une place centrale dans le fonctionnement des organisations et doivent ainsi être pris en considération dans l'intervention au sein de ces dernières. Les apports de la théorie psychanalytique ont par la suite apporté des éclairages concernant le rapport du sujet au travail, et plus particulièrement de l'angoisse et du désir du sujet (Dejours, 1993). L'énergie investie dans le travail serait ainsi d'origine pulsionnelle (mobilisant à la fois la motricité, les processus affectifs et l'effort intellectuel) à travers l'investissement d'un objet plus socialisé. Le sujet, à travers cet investissement pulsionnel, vivra différemment le travail selon la satisfaction obtenue ou la souffrance générée.

L'insatisfaction selon Christophe Dejours, serait en rapport avec l'inadéquation entre les composantes du métier et les attentes et besoins des travailleurs et la structure de leur personnalité (Dejours, 1993). De l'autre côté, le rapport entre les travailleurs, les reconnaissances sociales et professionnelles restent essentielles dans le vécu du travail en termes de satisfaction ou d'insatisfactions (Lhuillier, 2006).

Les métiers d'aide sont considérés comme des métiers « stressants » à des degrés divers selon les services; les recherches sur la souffrance des soignants remontent aux observations du psychanalyste Freudenberg sur les professionnels de soin, en mettant en avant des symptômes physiques : épuisement, fatigue, maux de tête, insomnies... et des symptômes comportementaux : colère, irritation, perte d'énergie (épuisement émotionnel).

Selon des études occidentales, l'épuisement professionnel toucherait 90% des infirmiers à travers les affects dépressifs, une symptomatologie somatique et des problèmes relationnels multiples (retrait- agressivité) ainsi qu'une perte d'efficacité dans le travail avec absentéisme (Morasz, 1999). Certaines recherches sur la problématique de la souffrance des soignants mettent l'accent sur les deuils multiples subis par ces derniers lors des décès des patients (Goldenberg, 1982).

Parler de soin suppose la mobilisation de l'attention et la responsabilité vis-à-vis du patient, engageant un effort physique et psychique mais aussi des attentes puisque beaucoup d'affects vont être réactivés chez le soignant passant de la joie et la satisfaction au découragement et au désespoir, selon les résultats obtenus par le soignant dans son

travail. Ces affects se situent dans une dialectique plaisir/déplaisir en rapport avec le retour attendu de la part de ces professionnels: amélioration de l'état du patient reconnaissance de la hiérarchie, mais aussi le soutien du groupe de travail (Manoukian & Massebeuf, 2001). De l'autre côté, la maladie interpelle les angoisses et conflits archaïques liés à la maladie et à la mort (Valabrega, 1962).

Les professionnels paramédicaux sont appelés à s'adapter à cette situation pour pouvoir accomplir leur métier d'une part et se protéger de ce surplus d'émotion d'autre part en recherchant un compromis entre leurs désirs et la réalité. Dans une conception psychodynamique, l'insatisfaction au travail et le déséquilibre entre les désirs et les défenses représentent une porte d'entrée dans la souffrance.

1. Les études sur le stress au travail en Algérie: Etat des lieux

2. Nous relevons l'intérêt de plus en plus grandissant de chercheurs universitaires et de professionnels sur l'étude du stress et du Burnout dans différents milieux professionnels ; néanmoins, nous rappelons l'absence de données dans les milieux professionnels de façon générale du fait de l'absence d'études épidémiologiques portant sur le stress et ses risques.

3.

4. Concernant le milieu industriel, nous citons la recherche menée au sein de Sonatrach (Zone Industrielle d'Arzew)² dont l'objectif était de déterminer la prévalence du stress dans certaines unités de la dite entreprise. L'étude a été menée sur 170 travailleurs relevant de la zone industrielle d'Arzew, de différentes catégories socioprofessionnelles (cadres- maîtrise- exécution) à travers l'exploration de différents aspects (santé- habitudes de vie- aspect professionnel...) notamment le vécu du travail à travers le questionnaire de Karasek. Cette étude a le mérite de pointer du doigt la réalité du stress dans le milieu industriel avec une prévalence de 13,9%, ainsi que la relation de ce dernier avec certaines variables.

Dans le domaine de la santé, les recherches effectuées concernent soit l'épuisement professionnel (Dr Chakali³) soit les « risques psychosociaux »⁴ (Dr Benhassine)⁵ et bien

² Bereksi reguig ; Mansour ; Dali ; Taleb. (2012). Stress et facteurs psychosociaux en milieu industriel « Zone Industrielle Sonatrach Arzew ». 9èmes JOURNEES SCIENTIFIQUES ET TECHNIQUES 08 au 10 avril 2012, Centre des Conventions d'Oran, Algérie.

³ Chakali, M. (2000). Le burnout chez le personnel du centre anticancéreux de Blida, In *Troubles post-traumatiques*, (s/d) F. Kacha. Algérie: Ministère de la santé. N°82

⁴ Les risques psychosociaux sont définis comme ayant un rôle dans la survenue et dans le développement des troubles mentaux. Ils impliquent les facteurs liés aux conditions de travail (la demande et le support social au travail) et d'une manière plus générale les risques socioprofessionnels (Commission on Social Determinants of Health, 2008).

d'autres recherches académiques sur le stress chez les travailleurs médicaux⁶ et paramédicaux de façon générale ; néanmoins nous n'avons pas pu obtenir des chiffres relatifs à la prévalence du stress chez les soignants en Algérie, bien que les instructions du ministère de la santé vis-à-vis des services de médecine du travail soient orientées vers l'étude et la prévention du phénomène, ce que nous développerons plus bas.

La recherche que nous avons menée⁷ avait pour objectif l'évaluation de la souffrance chez les soignants paramédicaux ainsi que l'étude des processus psychiques mobilisés par ces derniers dans la relation de soin. La recherche a été réalisée au sein de trois établissements hospitaliers de la wilaya d'Oran et a concerné 82 soignants paramédicaux (tous grades et spécialités confondus) relevant de plusieurs services (réadaptation fonctionnelle- néphrologie- chirurgie plastique et réparatrice - maladies infectieuses- cardiologie- UMC- réanimation médicale- pédiatrie - psychiatrie -oncologie).

Il ressort des entretiens⁸ réalisés avec ces professionnels l'existence d'une symptomatologie physique (l'épuisement dû à la charge importante du travail), psychique (ils se disent « à bout », « morts », « vidés », privilégiant ainsi le repli et l'évitement du contact relationnel, les troubles de sommeil et du comportement alimentaire), psychosomatique (à travers les maux de tête, les problèmes gastriques, les problèmes hormonaux et allergiques divers) chez une grande majorité des soignants. Sur le plan comportemental certains soignants trouvent qu'ils sont devenus plus agressifs notamment avec leurs familles; d'autres soignants expriment des symptômes dépressifs tels que la tristesse, le repli sur soi et le désintérêt des choses qu'ils aimaient faire avant.

L'absence de confirmation de la part de l'hierarchie et la non reconnaissance -de la part de leurs supérieurs hiérarchiques ou des proches des malades- de l'effort fourni, font aussi partie des plaintes de ces travailleurs, ce qui renvoie à une souffrance en rapport avec l'absence d'accomplissement de soi et la non reconnaissance du travail accompli.

⁵ Benhassine, W. (2011). *Lombalgies et facteurs psychosociaux liés au travail chez le personnel soignant de la wilaya de Batna*. Thèse de Doctorat en Sciences Médicales, option : Médecine du travail. Faculté de Médecine de Batna.

⁶ Benferhat, A « Le syndrome du Burn-out chez les médecins en situation de catastrophe : le cas des SAMU d'Alger, Blida et Médéa », Mémoire de Magistère s/d Pr Moutassem-Mimouni, 2009, Université d'Oran.

⁷ Recherche réalisée pour l'obtention d'un Doctorat Es-Sciences en Psychologie clinique intitulée «Souffrance psychique et processus inconscients chez les professionnels paramédicaux- Etude clinique à la lumière de la théorie psychanalytique»; S/D Pr Noureddine Khaled/ Alger 2- Algérie.

⁸ Dans le cadre de cette recherche, nous avons utilisé l'entretien clinique de recherche, la Symptom Chek-List/SCL-90R de Derogatis (en vue d'évaluer la symptomatologie présentée par les professionnels paramédicaux), et le TAT.

Il ressort de l'analyse quantitative de la Chek-List l'existence d'une souffrance touchant 84,1% des soignants évalués, ce qui représente un pourcentage assez important dans l'évaluation de la santé psychique des professionnels de la santé. La souffrance exprimée par les soignants se décline à travers cinq dimensions principales, comme suit: **l'obsession-compulsion** (concerne 74,4% des soignants), **l'idéation paranoïde**⁹ (68,3%), **l'agressivité** (64,6%), **les manifestations psychotiques**¹⁰ (59,8%) et **la somatisation** (58,5%).

Les autres dimensions sont moins fréquentes chez notre population de recherche que les premières, ce qui ne les rend pas moins importantes dans l'évaluation de la santé psychique des soignants : **l'anxiété** (50%), **la dépression** (47,6), **la sensibilité interpersonnelle** (46,3%), et **les manifestations phobiques** (36,6%).

A partir de ces résultats, nous pouvons constater l'existence d'une souffrance psychique relative chez les professionnels paramédicaux, en relation avec plusieurs paramètres dont la sollicitation de leur appareil psychique –du fait de leur confrontation permanente à la maladie, la souffrance et les décès des patients– d'une part, et l'absence d'accomplissement de soi d'autre part.

Interprétations cliniques:

Selon l'approche psychanalytique que nous avons adoptée dans le cadre de cette recherche, les symptômes prennent naissance dans un conflit psychique. Ces manifestations – qui représentent une forme d'adaptation du sujet à son travail– peuvent être somatiques ou psychiques, mais aussi psychiatriques à travers les bouffées délirantes, les épisodes dépressifs, les crises de violence... (Dejours, 2012).

Dans la relation de soins, la maladie et la mort représentent un objet commun au soignant et au patient, elle sert de circulation intersubjective selon Valabrega. La maladie et la mort –de par leur proximité – interpellent ce qu'il y a de plus profond chez le patient d'une part, et le soignant paramédical d'autre part, ce qui rend la proximité entre le soignant et le patient plus importante. Cette relation est susceptible de réveiller les conflits antérieurs du soignant ; ce dernier verra ses angoisses antérieures se réactiver, et sera mis face à sa propre angoisse de mort (Valabrega, 1962 ; Jeammet, Reynaud & Consoli,

⁹ Idéation paranoïde : implique la projection des idées, le doute, l'agressivité et l'idéalisation de Soi (Saadouni, 2011).

¹⁰ Psychotismes: renvoie à un continuum allant du retrait du sujet aux hallucinations et projections (Saadouni, 2011).

1996).

D'autre part, le soignant se verra confronté à une blessure narcissique du fait de l'échec thérapeutique et aux décès répétitifs des patients, notamment dans certains services¹¹ appelés « difficiles », « à risques », « générateurs de souffrance » par les professionnels de santé.

Ce débordement affectif éprouvé du fait du déplaisir a une incidence sur l'équilibre somato-psychique (à travers les somatisations multiples), sur les affects (dépression, angoisse, agitation, passage à l'acte), et sur la pensée (à travers l'inhibition des facultés intellectuelles ou les manifestations psychotiques diverses) (Barus-Michel, 2004).

Néanmoins, cette souffrance ne devrait pas être considérée comme une fatalité puisque ses répercussions peuvent être fâcheuses sur le soignant lui-même, mais aussi sur la rentabilité de ce professionnel en termes d'efficacité, d'autant plus que nous nous situons dans ce cas précis dans une relation de soin où la santé des usagers est en jeu. L'amélioration de la santé de la population va de paire avec l'amélioration de l'offre de soin en matière de structures, d'encadrement de soin (acteurs) mais aussi de la qualité du soin prodigué.

Rôle préventif des services de médecine du travail :

L'instruction ministérielle N°18 du 27 Octobre 2002, relative à la protection de la santé des personnels de santé, représente un pas en avant de la part du ministère de tutelle¹² dans la prévention de la souffrance psychique des soignants qui sont en contact avec les patients atteints de pathologies lourdes. Le ministère à travers ce texte, souhaite « prévenir des effets et prendre en charge précocement les travailleurs de la santé en situation de stress », en instruisant les établissements de santé à mettre en marche les actions préventives basées « sur l'analyse des activités et conditions de travail, et sur la surveillance médico-environnementale en milieu de soins ».

¹¹ Les UMC, Les services de réanimation, les services d'oncologie.

¹² Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière.

Les actions concrètes préconisées visent l'amélioration de la qualité des soins dispensés, à travers l'amélioration de la santé physique et psychique des soignants. Nous pouvons citer quelques unes :

- ✓ Procéder à l'analyse des postes, des activités et conditions de travail dans tous les services et unités de soins ;
- ✓ Evaluer les effets psychopathologiques et formuler les avis sur les contraintes physiques et psychiques des postes de travail, en fonction des aptitudes des agents de la santé concernés, et ce avant tout nouveau recrutement ou nouvelle affectation ;
- ✓ Proposer les aménagements de postes nécessaires à la préservation de la santé physique et mentale des personnels, en tenant compte de la nécessité d'assurer la disponibilité et la continuité des soins ;
- ✓ Proposer les mutations de postes nécessaires lorsque l'aménagement des postes de travail n'est pas compatible avec le fonctionnement normal du service.

Ces actions vont dans le sens de ce que Christophe Dejours aborde, notamment l'adéquation ou non des composantes du métier avec les attentes et besoins des travailleurs et la structure de leur personnalité et leur relation avec la souffrance au travail. Néanmoins, dans la réalité l'application de ces directives reste difficile; les cas de souffrance que nous avons rencontrés lors de notre enquête n'ont pas été résolus, et les personnes concernées « devaient » continuer à assurer leur fonction dans les mêmes services, endurant les mêmes difficultés jusqu'à ce qu'un soignant soit trouvé pour remplacer un départ, ce qui relève de l'impossible puisque tous les soignants évitent ces services difficiles, appelés «générateurs de souffrance» dans la dite instruction.

Notons aussi, que les affectations des soignants aux différents services ne se basent pas sur les aptitudes de ces derniers en relation avec les exigences des postes, mais selon les besoins des services, d'où l'amplification des difficultés de ces professionnels.

Conclusion :

Nous rappelons que ces résultats ne représentent pas un diagnostic psychopathologique, mais plutôt une description des manifestations de la souffrance chez notre population de recherche. Il va sans dire qu'une étude épidémiologique devrait être réalisée à travers l'ensemble des établissements de santé en Algérie en vue de connaître l'importance du phénomène de la souffrance chez les professionnels.

Cette contribution vise à rappeler le rôle fondamental que devrait jouer les services de médecine du travail –à travers l'étude des contraintes physiques et psychiques des postes dans les différents services– et l'encouragement des recherches (cliniques et académiques) visant l'étude de la souffrance psychique dans les établissements de soins et dans les milieux professionnels de façon générale.

Ceci contribuera à l'amélioration des conditions d'exercice du métier, ce qui se répercutera sur le vécu du travail en favorisant le plaisir de travailler.

Bibliographie :

- Barus–Michel, J. (2004). *Souffrance, sens et croyance*. Paris : Erès.
- Benferhat, A « Le syndrome du Burn–out chez les médecins en situation de catastrophe : le cas des SAMU d'Alger, Blida et Médéa », Mémoire de Magistère s/d Pr Moutassem–Mimouni, 2009, Université d'Oran.
- Benhassine, W. (2011). *Lombalgies et facteurs psychosociaux liés au travail chez le personnel soignant de la wilaya de Batna*. Thèse de Doctorat en Sciences Médicales, option : Médecine du travail. Faculté de Médecine de Batna.
- Bereksi reguig ; Mansour ; Dali ; Taleb. (2012). Stress et facteurs psychosociaux en milieu industriel « *Zone Industrielle Sonatrach Arzew* ». 9èmes JOURNEES SCIENTIFIQUES ET TECHNIQUES –08 au 10 Avril 2012, Centre des Conventions d'Oran, Algérie.
- Billiard, I. (2001). Santé mentale et travail. Paris: La dispute.
- Chakali, M. (2000). Le burnout chez le personnel du centre anticancéreux de Blida, In *Troubles post–traumatiques*, (s/d) F. Kacha. Algérie: Ministère de la santé. N°82.
- 1 – Dejours, C. (2012). Organisation du travail–clivage et aliénation. In. *Travailler–*

Dossier les ambiguïtés du care. N°28. (pp.149–158). <http://www.cairn.info/revue-travailler-2012-2.html>.

2 – Dejours, C. (2001). « Subjectivité, travail et action », in *La pensée*, 328.

3 – Dejours, C. (1993). *Travail, usure mentale– essais de psychopathologie du travail*. Paris : Baillards

4 Editions.

5 – Goldenberg, E. (1982). Travail dans un groupe de soignants : Formation, thérapie ou les deux? In *Re*

6 *vue de médecine psychosomatique et de psychologie médicale. N°2– Tome 24. (pp191–200).*

7 – Jeammet, Ph., Reynaud, M., Consoli, S.M. (1996). *Psychologie médicale*. Paris : Masson.

8 – Lhuillier, D. (2006). *Cliniques du travail*. Toulouse : Erès.

9 – Louche, C. (2007). Introduction à la psychologie du travail et des organisations– concepts de base et

10 applications. Paris : Armand Colin.

– Manoukian, A & Massebeuf, A. (2001). *La relation soignant–soigné*. Paris : Editions LAMARRE.

– Morasz, L. (1999). La souffrance dans la relation soignant–soigné. In *Domaines d'intervention*

psychosociale. (pp.405–423).

- Truchot, D. (2004). *Epuisement professionnel et burnout– Concepts, modèles interventions.*

Paris : DUNOD.

- Valabrega, J-P. (1962). *La relation thérapeutique. Malade et médecin*. Paris : Flammarion.

المراجع باللغة العربية:

- سعدوني غديري، م. (2011). مصير الأطفال المصدومين من جراء العنف: ماذا بعد التكفل النفسي؟ عين مليلة : دار الهدى للطباعة والنشر والتوزيع.