



Université Abderrahmane Mira -Bejaia-
Faculté des Sciences Humaines et Sciences Sociales
Département de Psychologie et Orthophonie

Mémoire de Fin de Cycle

En vue de l'obtention du diplôme de Master
Option : Psychologie Clinique

Thème

**L'influence des risques psychosociaux sur le bien être du
personnel hospitalier : cas de l'hôpital de Oued Ghir**

Réalisé par :

SENOUCI Lilia

Encadrée par :

Pr. BENKERROU Fiadh

Année universitaire 2024/2025

Remerciement

Tout d'abord, je tiens à remercier Dieu de m'avoir accordé le courage, la force, la santé et la persévérance nécessaires pour mener à bien ce travail dans les meilleures conditions.

J'exprime ma profonde reconnaissance et gratitude à mon promoteur **Pr. BENKERROU Fiadh**, que je remercie vivement pour m'avoir offert l'opportunité de réaliser cette recherche, pour son accompagnement, ses encouragements, ses conseils avisés et sa disponibilité constante.

Mes vifs remerciements s'adressent également aux membres du jury Dr. AMRANE Hacene et Dr. DJEFFAL Mokrane pour l'intérêt qu'ils ont porté à mon travail, en acceptant de l'examiner et de l'enrichir par leurs remarques et suggestions constructives.

Enfin, je témoigne toutes mes appréciations à toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à l'accomplissement de cette recherche, parmi eux Dr. IDRES Celina et Dr. BENMAMMAR Kahina.

Dédicace

Je dédie ce modeste travail à toute ma famille Senouci.

Mon cher père Derradji qui a fait de moi la personne que je suis, qui a tout sacrifié pour ma réussite et qui n'a jamais cessé de me soutenir dans le bien comme dans le mal.

A ma chère mère Houria, mon symbole de bonté par excellence, ma source de tendresse et l'exemple de dévouement qui n'a cessé de m'encourager et de prier pour moi. Ta bénédiction et tes prières m'ont été un grand secours pour mener à bien mes études. Puisse Dieu, le tout puissant te préserver et t'accorder santé longue vie et bonheur.

Ma chère sœur Ahlam et son époux Abd lghani et leurs fille Lina que Dieu les garde en paix et en santé.

Mon frère Abd slam et sa femme kahina et leurs enfants Céline et Rassim que dieu les protège et les comble de bienfaits.

Sans oublier mes deux sœurs Razika et Wrida et mon frère Hicham à qui je souhaite plein de succès et d'épanouissement dans leur vie.

Lilia

Liste des abréviations :

OMS : l'Organisation Mondiale de la Santé.

RPS : Risques psychosociaux.

INRS : l'Institut National de Recherche et de Sécurité.

INSPQ : l'Institut National de Santé Public de Québec.

PERMA: Positive emotions/Engagement/Relationship/Meaning/Achievement.

BIT: Bureau International du Travail.

EHSP : l'Etablissement Hospitalier Spécialisé en Psychiatrie Oued Ghir.

Liste des tableaux :

Tableau	Titres	Page
Tableau N°01	La structure de l'Etablissement Hospitalier Spécialisé en Psychiatrie Oued Ghir.	56

Liste des figures :

Figure N°	Titre de figure	Page
Figure N° 01	Les composantes du bien-être selon le modèle PERMA de la psychologie positive.	24

Sommaire

Remerciement

Dédicace

Liste des abréviations :

Liste des tableaux :

Liste des figures :

Introduction 1

Partie théorique

Chapitre I : Le cadre général de la problématique.

Préambule 7

1-La problématique 7

2-Les hypothèses 13

3- Les raisons du choix de thème 14

4- Les objectifs de la recherche 14

5- Définition des concepts et leurs opérationnalisations 14

Chapitre II : Le bien être.

Préambule 19

1. La définition du bien être 19

2. La théorie du bien-être selon Martin Seligman..... 20

3. Les composantes du bien-être selon le modèle PERMA de la psychologie positive de Martin Seligman 20

4. Les facteurs influençant le bien être psychologique..... 25

4.1. La petite enfance 25

4.2. Les attributs et les comportements individuels 26

4.3. Les circonstances sociales et économiques	27
4.4. Les facteurs environnementaux	27
4.5. La Personnalité	28
4.5.1. Ouverture à l'expérience.....	28
4.5.2. Conscience.....	28
4.5.3. Extraversion	29
4.5.4. Agréabilité.....	29
4.5.5. Névrosisme	29
5. La santé psychologique et ses composantes	30
5.1. Le bien-être émotionnel	31
5.2. Le bien-être social	31
5.3. Le bien-être spirituel	32
5.4. La Santé mentale	32
Synthèse	33

Chapitre III : Les risques psychosociaux.

Préambule	36
1- La définition des risques psychosociaux	37
2-Les facteurs de risques psychosociaux	38
2-1-Les facteurs de risques d'origines organisationnelle, managériale et relationnelle	38
2-1-1 L'intensité du travail et les temps de travail	38
2-1-2- Les exigences émotionnelles	38
2-1-3- Le manque d'autonomie et de marges de manœuvre	38
2-1-4- La mauvaise qualité des rapports sociaux au travail	39
2-1-5- La souffrance éthique	40
2-1-6- L'insécurité de la situation de travail	40
2-2- Les facteurs de risques d'origine individuelle et personnelle	40

2-2-1- La satisfaction des besoins de l'individu au travail	41
2-3- Les facteurs de risques d'origine socioprofessionnelle	41
2-3-1- L'absence de régulation ou de médiation socioprofessionnelle	41
2-3-2- Les changements majeurs d'ordre personnel	42
3-Les troubles psychosociaux	42
3-1-Stress au travail	42
3-2-Le burn-out, syndrome d'épuisement professionnel	43
3-3- Les violences internes et externes	44
3.3.1. Les violences verbales	44
3.3.2. Les violences de prédation	44
3.3.3 Les actes de destruction ou de dégradation.	45
3-4- Les autres manifestations.....	45
4-Les conséquences des risques psychosociaux	45
4-1- Les conséquences internes sur le travail individuel et collectif	45
4-1-1- Baisse quantitative et qualitative du travail	46
4-1-2- Baisse de motivation et démotivation dans le travail	47
4-1-3- Baisse d'implication et d'engagement dans le travail	47
4-2- Les conséquences internes sur le fonctionnement de service et pour l'organisation	48
4-2-1- Absentéisme ou présentéisme contemplatif	48
4-2-2- Intention de quitter l'entreprise de départ effectif	49
4-2-3-Image de l'organisation	49
5-Les différents niveaux de prévention des risques psychosociaux	49
5-1-La prévention primaire	50
5-2-La prévention secondaire	50
5-3-La prévention tertiaire	50
Synthèse	51

Partie pratique

Chapitre IV : Méthodologie et techniques de recherche.

Préambule	55
1. La présentation du lieu de recherche	55
2. La méthode utilisée	56
3. Les techniques de utilisées	57
4. La description d'échantillon d'étude et ses caractéristiques	58
4.1. La description d'échantillon d'étude	58
4.2. Les caractéristiques d'échantillon	59
Synthèse	62

Chapitre V : Présentation, analyse et discussion des résultats.

Préambule	64
1. Analyse et interprétation des données	64
1. 1. Analyse et interprétation de la première hypothèse	64
1.2. Analyse et interprétation de la deuxième hypothèse	68
1.3. Analyse et interprétation de la troisième hypothèse	70
1.3. 1. Test des différences significatives dans le degré du bien être selon le genre	70
1.3. 2 .Test ANOVA des différences significatives dans le degré du Bien-être selon l'âge	71
1.4 Analyse et interprétation de la quatrième hypothèse	76
1.4.1 Test des différences significatives dans la perception des risques psychosociaux selon le genre	77
1.4. 2 Test des différences significatives dans la perception des risques psychosociaux selon l'âge	77
1.4. 3 Test des différences significatives dans la perception des risques psychosociaux selon le poste occupé	78
Synthèse	82

Conclusion

Annexes

Résumé

Introduction

Introduction

Le secteur de la santé constitue un domaine essentiel englobant l'ensemble des services, des institutions et des professions mobilisés pour maintenir, restaurer et améliorer l'état de santé des individus, des groupes et des populations dans leur ensemble. Selon la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la santé est « un état de complet bien être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (P-E. Sutter, 2021, p.33).

Ainsi, toute destruction de l'un des trois axes que constitue la santé peut altérer sur le plan perceptif l'état de santé général de l'être humain.

D'autre part, le domaine de la santé ne se limite pas uniquement à la prise en charge des patients en souffrance. Il intègre également la dimension professionnelle des soignants dont le bien être est essentiel pour garantir la qualité de la dispensation des soins dans les établissements de santé. En effet, les professionnels de la santé évoluent souvent dans des contextes organisationnels complexes, où les contraintes structurelles, relationnelles ou émotionnelles peuvent générer des risques psychosociaux significatifs. Ces derniers peuvent altérer le fonctionnement optimal des structures hospitalières, comportant ainsi la qualité et la continuité des soins prodigués aux patients.

Dans notre étude qui s'intitule : "*L'influence des risques psychosociaux sur le bien être du personnel hospitalier*" nous allons étudier le bien être et les risques psychosociaux comme deux sujets déferents puis introduire la relation qui existe entre eux c'est-à-dire montrer comment les risques psychosociaux influencent sur le bien être du personnel hospitalier.

Afin de réaliser notre recherche, nous avons divisé notre travail en deux parties : une partie théorique qui englobe trois chapitres et une partie pratique qui contient deux chapitres.

Dans la partie théorique nous avons entamé le premier chapitre du « cadre général de la problématique » qui contient la problématique et les hypothèses, les raisons du choix de thème, les objectifs de la recherche et la définition des concepts et leurs opérationnalisations.

Dans le deuxième chapitre intitulé « le bien être » nous avons parlé du bien être d'une manière générale, où nous avons présenté plusieurs définitions du bien être selon différents auteurs, ensuite nous avons passé à la théorie du bien être selon Martin Seligman, les composantes du bien-être selon le modèle PERMA de la psychologie positive, les facteurs influençant le bien être psychologiques, la santé psychologique et ses composantes puis nous avons terminé par une synthèse.

Dans le troisième chapitre intitulé « les risques psychosociaux », nous avons donné une définition des risques psychosociaux puis les divers facteurs de risques psychosociaux, les troubles psychosociaux qui se manifestent au milieu professionnel, leurs conséquences majeurs et pour finaliser nous avons cité les différents niveaux de prévention qui pourrait être prit en considération et nous avons complété ce chapitre par une synthèse.

Passant à la deuxième partie qui est la partie pratique, elle est répartie en deux chapitres, le premier qui s'intitule « méthodologie et techniques de recherche », nous avons présenté notre lieu de recherche puis la méthode utilisée, les techniques de recherche ensuite la description d'échantillon d'étude et ses caractéristiques.

Pour le deuxième chapitre de « présentation, analyse et discussion des résultats » nous avons introduit les résultats de notre recherche et analyses, ensuite entamer la discussion des résultats sur la lumière des hypothèses.

Au final nous avons clôturé notre recherche par une conclusion.

Partie théorique

*Chapitre I : Le cadre général de la
problématique.*

Chapitre I : Le cadre général de la problématique

Préambule

1-La problématique

2-Les raisons du choix de thème

3-Les objectifs de la recherche

4-Définition des concepts clé et leurs opérationnalisations

Préambule :

Ce premier chapitre est consacré au cadre théorique de notre travail, au début nous avons commencé par la problématique et les hypothèses. Ensuite, nous avons présenté les raisons du choix de thème et les objectifs de la recherche. Enfin, nous avons conclu par l'opérationnalisation des concepts clés qui sont en lien avec le thème de recherche.

1-La problématique :

Le bien être est un état global de contentement, de bonheur et de prospérité dans lequel les différents aspects de la vie d'un individu sont équilibrés. Il ne s'agit pas seulement de l'absence de problèmes ou de difficultés, mais d'un état positif global qui comprend les aspects physiques, mentaux, sociaux et spirituels. En effet, le bien-être n'est pas une émotion, mais plutôt un sentiment qui peut s'installer lorsqu'il existe une parfaite cohésion entre soi-même et l'extérieur.

La notion de bien être a été l'objet de différentes études qui ont pour but de donner le sens exacte a ce concept, le modèle général du bien-être présenté par Ryff et ses collègues qui s'est basé sur des travaux de la psychologie positive, ainsi que sur les travaux sur la motivation de Maslow 1954, afin de proposer une conception du bien-être a six dimensions bien distinctes d'un point théorique et empirique (la maitrise de son environnement selon ses besoins et ses valeurs personnels, l'autonomie qui reflète le fait d'être Independent et autodéterminé, la croissance personnelle qui traduit un sentiment de développement continu, les relations positives avec autrui, le sens à la vie et l'acceptation de soi (**M, ORABI, 2015, P. 04**).

Le monde extérieur implique généralement d'un côté les relations familiales au sein de la famille tels que avec les parents les frères et sœurs et d'un autre côté les relations sociales avec l'entourage amicale et/ou professionnel, là où le type de relation est plus formelle, car cela englobe des interactions entre les collègues du travail, les managers ou avec les clients qui accèdent à l'entreprise.

Le bien-être au travail est l'ensemble des facteurs concernant les conditions dans lesquels le travail est effectué. Pour son bien être l'employé doit veiller à optimiser ces conditions de travail pour assurer sa sécurité et prendre soin de sa santé et de crée un environnement pour promouvoir un état de contentement qui permet à un employé de se développer et à réaliser leur plein potentiel pour le bénéfice d'eux même et leur organisation (**N. Dugas et all, 2005, P.5**).

De plus, le bien-être au travail renvoie à l'idée de plaisir au travail, de sens du travail, de valorisation et un état qui prend en considération la personne dans sa globalité et se traduit par un sentiment d'épanouissement, de confort, de satisfaction générale, corps et esprit (bonheur et satisfaction) sans faire référence aux exigences économiques de l'entreprise mais plutôt à la santé mentale des salariés il est donc important au travail de se détendre quelques heures ou quelques minutes pour relâcher et ainsi récupérer pour se sentir plus détendu(**Ch.-A, Pigeot, 2016, p.102**).

On trouve souvent l'individu dans son travail devant diverses situations néfastes qui le mène à un faible bien-être avec ces facteurs ; l'anxiété, dépression, morale bas, manque de confiance en soi et l'insatisfaction (**Ch-A, Pigeot, 2016, p.13**).

La plupart des études portant sur la santé mentale ont, en fait, mentionné des dimensions variées de la détresse psychologique comme l'anxiété, la dépression (Cooper et Roden; Van Ameringen et Arsenault cités par Dionne-Proulx, 1995), l'irritation (Van Ameringen et Arsenault cités par Dionne- Proulx, 1995) et la diminution de l'estime de soi (French, Caplan et Van Harrison cités par Dionne-Proulx, 1995). Des relations significatives ont aussi été établies entre les stressseurs occupationnels et d'autres symptômes psychologiques tels que l'ennui, la fatigue psychologique, le manque de confiance en soi et l'aliénation (Van Ameringen et Arsenault, 1990)

Cela peut exister dans n'importe quel champ du travail si l'exposition à ses facteurs est toujours dominante mais par rapport à ceux qui travaillent dans le domaine de la santé, ils sont de plus en plus face aux difficultés durant la réalisation des tâches courantes à cause de facteur de stress ou l'épuisement professionnel.

Les établissements de la santé sont caractérisés par une activité continue et intense. L'hôpital est censé d'offrir des prestations de soins jours et nuit pour répondre aux besoins des usagers. Les professionnels de la santé tentent de répondre au mieux aux besoins de la population en garantissant sa sécurité et une qualité optimale de soins (**Estry-Behar, 2004, p23**).

Le personnel hospitalier représente l'un des acteurs principaux dans le service impliqué pour la prise en charge des patients. Il est un corps organisé de médecins et autres prestataires de soins de santé autorisés par la loi. Ils sont autorisés par un hôpital par le biais de privilèges d'admission à fournir des soins médicaux dans cet établissement. Bon nombre de personnes participent à la prise en charge d'un individu pendant son séjour à l'hôpital.

Divers services entrent en cause pour offrir un traitement réussi en allant de l'évaluation médicale aux soins quotidiens. Il ne faut pas oublier les responsables de la restauration et des médicaments, du nettoyage...etc. Les membres du personnel hospitalier peuvent être classés en quatre grandes catégories, à savoir : les médecins ou le personnel médical, les infirmières, les professionnels paramédicaux et le personnel de soutien. **(Click &Care, 2023).**

Tous les membres du personnel hospitalier jouent un rôle important dans le traitement fourni au niveau de l'hôpital, mais cela n'empêche pas la présence des facteurs qui affectent le bon fonctionnement de leur travail.

Parmi ses facteurs on marque le stress liés au travail qui est selon l'OMS « l'ensemble des réactions que les employés peuvent avoir lorsqu'ils sont confrontés à des exigences et à des pressions professionnelles ne correspondant pas à leurs connaissances et à leurs capacités et qui remettent en cause leur aptitude à faire face ».

D'autres part, on trouve ce qu'on appelle le burn out. Ce concept représente « Un état d'esprit négatif persistant lié au travail, chez des individus "normaux", qui est caractérisé par l'épuisement (physique et émotionnel), un sentiment d'inefficacité, une démotivation et des comportements dysfonctionnels au travail. Cet état d'esprit n'est souvent pas remarqué par le travailleur pendant un long moment. Il résulte d'une différence entre les intentions et la réalité du travail. Souvent, les travailleurs entretiennent cet état d'esprit par des stratégies d'adaptation qui sont inefficaces » **(Schaufeli&Enzmann, 1998).**

Le thème de Burn Out au travail a fait l'objet de nombreuses études et publications, d'après les travaux de Christina MASLACH, menés il y a une trentaine d'années, servent de référence pour définir les dimensions du burn out.

Cette chercheuse en psychologie sociale conduite de nombreux entretiens auprès de personnes émotionnellement « éprouvées » par le travail. Elle a ainsi élaboré une première échelle de mesure qu'elle a appliquée à une population de personnes travaillant dans les domaines sociaux, de santé et d'enseignement.

Les analyses statistiques des résultats ont mis en évidence plusieurs dimensions qu'elle a prises en compte pour construire une deuxième échelle, qui lui a permis, à travers les résultats obtenus sur une nouvelle population à retenir trois dimensions pour définir le burn out : épuisement émotionnel, déshumanisation, réduction du sentiment d'accomplissement de soi (F. Chapelle, 2018, P 19).

Une étude effectuée au Maroc en 2000 par Agoub et coll, a mis en évidence le développement du syndrome de burn out surtout chez les individus travaillant en contact direct avec des patients en difficultés, nécessitant une assistance, un soutien et des soins. Ces auteurs soulignent que ces soignants sont soumis à un stress permanent ce qui constitue un potentiel générateur de l'épuisement professionnel.

D'après Canoui & Mauranges (2004), 25 à 40% des soignants sont affectés par l'épuisement professionnel. De même que l'étude de Rodary et coll montrent que 25% des infirmiers d'hôpitaux généraux, tous services confondus, souffrent dans leur travail et que un sur deux aurait l'envie de quitter leur poste.

Un autre facteur sous estimé malgré qu'il affecte aussi le bon déroulement du travail c'est les risques psychosociaux (**RPS**). Aujourd'hui les RPS ont des conséquences diverses plus au moins graves sur la santé des salariés au sein de l'organisation. Selon l'Institut National de Recherche et de Sécurité (**INRS**), les risques psychosociaux peuvent être induits par l'activité de travail ou générés

par l'organisation ou encore par les relations entre travailleurs. Ils correspondent à des situations de travail présentant du stress, des violences internes et des violences externes (**P-E. Sutter, 2021, p.51**).

En outre, on peut traduire les RPS par des manifestations variées telles que des symptômes physiques (douleurs musculaires ou articulaires, troubles de sommeil), des symptômes au niveau des capacités cognitives (troubles de concentration, les troubles de mémoire, des difficultés de prendre des décisions) et du côté émotionnel (l'angoisse, les crises de larmes ou la sensation du mal à l'être). Ces symptômes ont des conséquences non seulement sur le comportement mais également sur les relations sociales, professionnelles, sur la qualité de travail réalisé, sur la productivité ainsi que la sécurité des salariés.

La psychologie cognitive et comportementale utilise volontiers l'expression de « risques psychosociaux », mais aussi de « stress au travail » (**Légeron, 2001**).

Elle étudie aussi bien les conséquences de ces risques pour les salariés (coût en termes de santé) que celles pour les entreprises (coût économique) et recommande des actions aussi bien en direction des salariés (apprendre à gérer le stress et à mieux le supporter) qu'en direction des entreprises et des managers (apprendre à organiser le travail pour diminuer le stress). La notion de stress, en particulier dans les modèles cognitivistes, accorde une place centrale à la façon dont la situation de travail est perçue par le travailleur.

La psychologie cognitive et comportementale préconise des interventions de prévention primaire (agir sur les causes, les facteurs de risque), secondaire (mieux adapter les individus au stress) ou tertiaire (agir sur les conséquences pour les individus qui souffrent de stress), qui coïncident avec celles préconisées par la gestion (**Askenazy, P et all.2007, p26/27**).

Le bien être du personnel hospitalier est donc un enjeu majeur qu'on peut mettre en question, car d'après les études déjà présenté, on parvient à évaluer les coups élevés du mal être et d'insatisfaction présents dans le terrain plus que le bien être en soi.

La raison pour laquelle le choix de thème est basé sur l'influence des risques psychosociaux sur le bien être du personnel hospitalier et donc on a posé les questions suivantes :

- Quels sont les risques psychosociaux auquel sont exposés les personnels hospitaliers ?
- Y-a-t'il une relation significative entre ces risques et le niveau de bien-être du personnel hospitalier ?
- Le degré du bien être varie-t-il selon les variables : genre, âge et le poste occupé?
- Existe-t-il des différences dans la perception des risques psychosociaux selon les variables : genre, âge et le poste occupé ?

2-Les hypothèses :

- Les conditions de travail présentent des risques psychosociaux impactant le bien être du personnel hospitalier.
- Il existe une relation significative entre ces risques et le bien être des personnels hospitaliers.
- Il n'y a pas de différences dans le degré du bien être selon les variables: genre, âge et le poste occupé.
- Il n'y a pas de différences dans la perception des risques psychosociaux selon les variables: genre, âge et le poste occupé.

3- Les raisons du choix de thème :

Après avoir échangé avec notre encadrant sur les différentes thématiques représentant des phénomènes nouveaux à étudier et susceptibles d'être pertinents en tant que sujets d'actualité, le bien être du personnel hospitalier été le sujet qui a retenu notre attention. Ce thème se distingue des objets d'étude que nous avons abordés précédemment, ce qui a éveillé en nous une certaine curiosité. Nous avons alors souhaité approfondir nos connaissances sur le terrain des professionnels de la santé, comprendre leurs conditions de travail, la manière dont ils arrivent à accomplir leurs tâches, et comment cela influe sur leur bien être psychologique et moral.

4- Les objectifs de la recherche :

Les objectifs pour lesquels nous avons entamé cette recherche sont multiples mais d'une manière générale c'est pour but de :

- D'abord, étudier dans un premier temps les variables « le bien être et les risques psychosociaux » en tant que sujets distincts.
- Ensuite, introduire et analyser la relation qui existe entre ces deux dimensions, c'est-à-dire la manière dont les risques psychosociaux influent le bien être du personnel hospitalier.

5- Définition des concepts et leurs opérationnalisations :**Définition théorique :****Le bien être :**

La notion de bien-être représente un état d'esprit global subjectif lié à la satisfaction, à l'épanouissement autant pour soi-même (son corps) que pour son esprit (Marina, 2022).

Définition opérationnelle :**Le bien être :**

Le bien être est un état général de satisfaction, d'harmonie et d'équilibre sur le plan physique, mental et social. Ça peut varier d'une personne à une autre en fonction de ses besoins, valeurs et aspiration.

Définition théorique :**Le bien être au travail :**

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le bien-être au travail est un état d'esprit caractérisé par une harmonie satisfaisante entre, d'un côté les aptitudes, les besoins et les aspirations du travailleur et de l'autre les contraintes et les possibilités du milieu de travail (Marina, 2022).

Définition opérationnelle :**Le bien être au travail :**

Le bien être au travail est un concept qui démontre les bonnes conditions dans lesquelles les employés exercent leur travail. Cela désigne un équilibre positif entre ce que la personne souhaite (ses besoins et ses envies) et ce que son milieu professionnel lui offre.

Définition théorique :**La santé :**

L'organisation mondiale de la santé (OMS) définit la santé comme étant « un état de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (P-E. Sutter, 2021, p.33).

Définition opérationnelle :**La santé :**

La santé représente l'absence d'une maladie physiologique ou d'un trouble psychique chez un être humain. Le bon fonctionnement des relations sociales peut être incluse tant qu'il participe au bien être social des individus.

Définition théorique :**Les risques psychosociaux :**

Selon l'Institut National de Santé Public de Québec(**INSPQ**), Les risques psychosociaux du travail sont définis comme des : « Facteurs qui sont liés à **l'organisation du travail, aux pratiques de gestion, aux conditions d'emploi** et aux **relations sociales** et qui augmentent la probabilité d'engendrer des effets néfastes sur la santé physique et psychologique des personnes exposées » (**Revue Gestion, 2023**).

Définition opérationnelle :**Les risques psychosociaux :**

Un risque psychosocial désigne une situation de travail pouvant nuire à la santé mentale, psychique et social des employés tel que le stress, la violence au travail ou même le manque de reconnaissance des efforts d'un salarié. Il résulte d'un déséquilibre entre les exigences du travail et les ressources dont dispose un individu pour y faire face. Les conséquences possibles touchent généralement la santé humaine et l'image de l'entreprise.

Chapitre II : Le bien être

Chapitre II : Le bien être

Préambule

1. La définition du bien être.
2. La théorie du bien être selon Martin Seligman.
3. Les composantes du bien être selon le modèle PERMA de la psychologie positive de Martin Seligman.
4. Les facteurs influençant le bien être psychologique.
5. La santé psychologique et ses composantes.

Synthèse

Préambule:

Le bien être correspond à un état d'efflorescence de la santé physique et psychologique d'un être humain, dans ce chapitre nous allons définir le terme du bien être, nous allons déterminer le bien être psychologique et ses concepts cousins puis la théorie du bien être et ses composantes selon le modèle PERMA de la psychologie positive de Martin Seligman. Ensuite, nous allons présenter les facteurs influençant le bien être psychologique et au final nous avons parlé sur la santé psychologique et ses composantes.

1. La définition du bien être :

Le bien-être de l'individu est celui qui s'émane dans le bien-être physique, mental et social autrement dit la promotion du bien-être ; mais ce bien-être peut être affecté par les tâches de travail lorsque elles sont contraignantes et incompatibles à l'individu, elles peuvent au fil du temps conduire à des problèmes de santé (**Bruchon-Schweitzer, 2002, p.13**).

Le terme du bien-être possède deux principales désignations, celle qui est physique et celle qui est psychologique, le bien-être physique est défini par la sensation d'une bonne santé physiologique, d'une satisfaction des besoins primordiaux du corps. Le bien-être psychologique est issu d'une évaluation personnelle et subjective qui peut provenir de satisfactions divers, sentimentales, professionnelles, financières mais aussi de l'absence de troubles mentaux (**Barthod-Prothade, 2012, p. 123**).

Selon le dictionnaire français LAROUSSE :

Selon le dictionnaire français le Larousse, le bien être est un : «état agréable résultant de la satisfaction des besoins du corps et du calme de l'esprit : éprouver une sensation de bien-être ».

2. La théorie du bien-être selon Martin Seligman:

Le bien-être est une construction de l'esprit a la même structure que le temps qu'il fait et la liberté : aucune mesure à elle seule ne le définit de façon exhaustive (dans le jargon des sciences sociales, ne l'« opérationnalise »), mais plusieurs objets y contribuent ; ce sont les « composantes » du bien-être, et chacune d'elles est un objet mesurable.

Il est important de signaler que les composantes du bien-être sont elles-mêmes des objets de différents types : ce ne sont pas simplement des auto-évaluations portant sur les pensées, les émotions positives, le degré d'engagement et le sentiment d'avoir un but dans la vie. Notre prochaine tâche consistera à recenser les composantes du bien-être (**Martin Seligman 2011, p 33-35**).

3. Les composantes du bien-être selon le modèle PERMA de la psychologie positive de Martin Seligman :

3.1. Les émotions positives / Positive emotions :

L'expression d'émotions positives correspond à l'identification de nos émotions positive (amour, joie, optimisme, espoir, confiance...) en lien avec des expériences de vie, à les nommer, les partager, les ressentir et les faire durer en les savourant mais également à rechercher les émotions positives dans le quotidien.

Sont la première composante de la théorie du bien-être (la vie agréable), mais si les émotions positives conservent cette place importante dans la théorie du bien-être, c'est avec deux changements de taille : le bonheur et la satisfaction dans la vie sont des mesures subjectives qui ne représentent plus le but de la théorie dans son ensemble et sont ramenées au rôle de facteurs formant la composante « émotion positive » (**Martin Seligman 2011, p 36**).

3.2. L'engagement / Engagement :

À l'instar des émotions positives, l'engagement, ou expérience optimale, ne peut être évalué que subjectivement (« Le temps s'est-il arrêté pour vous ? », « Étiez-vous entièrement absorbé par votre tâche ? », « Avez-vous perdu conscience de vous-même ? »). Ce sont les deux composantes de la théorie du bien-être dont tous les facteurs ne sont mesurables que d'un point de vue personnel. L'engagement, en tant que composante hédonique ou agréable, comprend toutes les variables subjectives du bien-être : plaisir, extase, confort, chaleur et autres. Il faut toutefois garder à l'esprit que la pensée et les émotions sont généralement absentes de l'expérience optimale.

Ce n'est que rétrospectivement qu'il est possible de dire : « Je me suis bien amusé » ou : « C'était formidable. » Alors que l'état subjectif du plaisir est ressenti au présent, l'état subjectif de l'expérience optimale est uniquement rétrospectif (**Martin Seligman 2011, p36**).

L'engagement ou l'expérience optimale est un état où une personne est complètement immergée dans une activité mais sans forcément impliquer des émotions conscientes pendant l'activité, l'expérience optimale est évaluée après coup en repensant.

3.3. Le sens / Meaning :

Défini comme « appartenir à et servir quelque chose que vous considérez comme plus grand que votre personne » est la troisième composante du bien-être.

Il comporte une part de subjectivité « Cette discussion que nous avons eu toute la nuit au foyer des étudiants n'était-elle pas la discussion la plus géniale du monde ? »), et peut donc être intégrée à la catégorie de l'émotion positive.

Souvenez-vous que l'élément subjectif est le seul à prendre en compte quand il

s'agit d'émotion positive car la personne qui l'éprouve ne peut se tromper sur son plaisir, son extase ou son confort : c'est ce qu'elle ressent qui clôt le débat.

Or ce n'est pas tout à fait vrai en ce qui concerne le sens. En effet, dans le feu des débats, vous avez peut-être estimé que cette discussion à bâtons rompus était importante, mais si vous y repensez quelques années plus tard et que vous ne soyez plus sous l'influence de l'herbe que vous aviez fumée ce soir-là, elle vous apparaît clairement comme un délire d'adolescents.

Le sens remplit les trois critères pour accéder au rang de composante de la théorie du bien-être :

- Il contribue au bien-être ;
- Il est souvent un but en soi (par exemple, le journaliste qui défend sans relâche la recherche sur le sida dérange les autres, se rend malheureux personnellement et risque de se faire licencier de son poste de rédacteur au Washington Post, mais il ne baisse pas pour autant les bras) ;
- Le sens est défini et évalué indépendamment de l'émotion positive ou de l'engagement, mais aussi indépendamment des deux composantes que sont la réussite et les relations personnelles (**Martin Seligman 2011, p37-38**).

3.4. La réussite / Achievement :

La réussite sous son aspect passager, et la « vie réussie », la vie consacrée à la réussite pour elle-même sous son aspect le plus général.

Je reconnais que l'on rencontre très rarement à l'état pur le type de vie dont le seul moteur est la réussite (tout comme les autres types de vie).

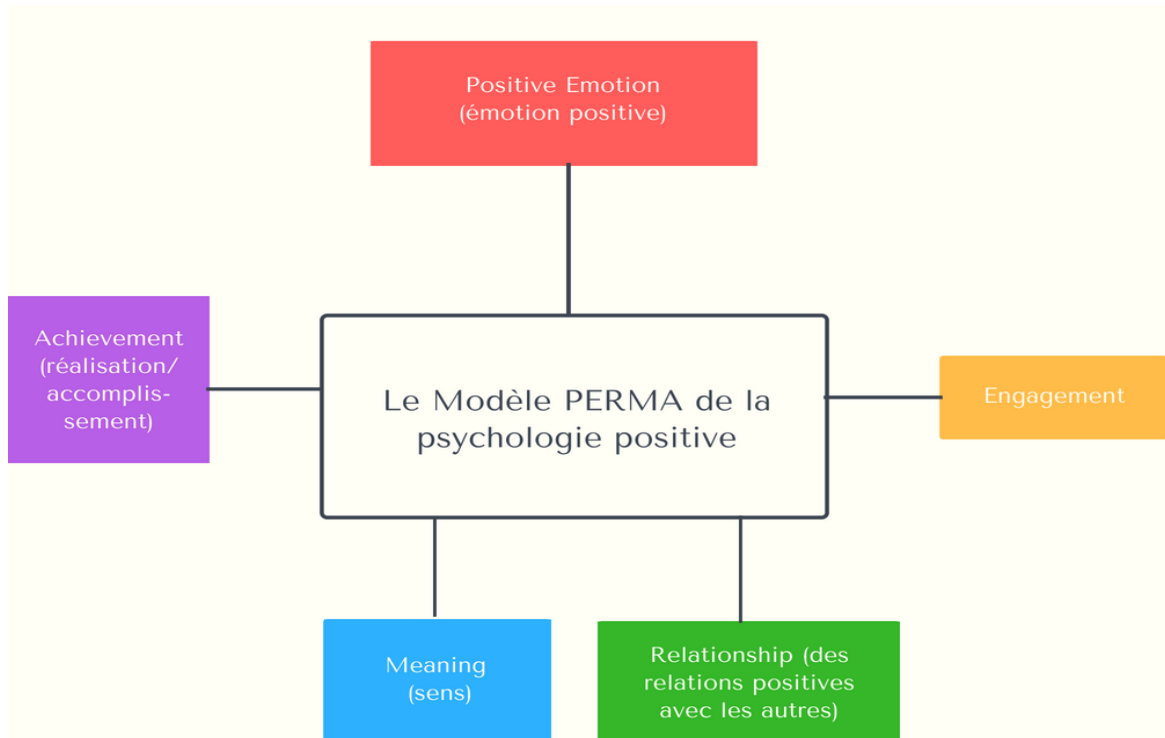
Les gens qui réussissent sont souvent absorbés par ce qu'ils font, recherchent le plaisir avec avidité et ressentent des émotions positives (pour fugaces qu'elles soient) quand ils gagnent, et ils peuvent gagner au service de quelque chose qui dépasse leur personne.

Dans le film Les Chariots de feu, le coureur olympique Eric Liddell déclare « Dieu m'a rendu capable de courir vite, et quand je cours je ressens Son plaisir ». Quoi qu'il en soit, la réussite est belle et bien la quatrième composante à part entière de la théorie du bien-être, et cet ajout permet à cette théorie de rendre plus pleinement compte de tous les choix que l'individu fait pour eux-mêmes (**Martin Seligman 2011, p38**).

3.5. Les relations personnelles positives / Relationship :

Christopher Peterson, définit cette dernière composante en deux mots ou moins, Ce qui est positif est rarement solitaire. Quand avez-vous ri seul à gorge déployée pour la dernière fois ? Quand avez-vous éprouvé une joie indicible pour la dernière fois ? Quand avez-vous ressenti un sens et un but profond à votre vie pour la dernière fois ? La dernière fois que vous avez éprouvé ne immense fierté à la suite d'un succès ? Tout en ignorant les détails de ces moments forts de votre vie, je crois bien en connaître les circonstances : ils ont tous eu lieu en présence d'autres personnes (**Martin Seligman 2011, p 41**).

Figure N° 1 : Les composantes du bien être selon le modèle PERMA de la psychologie positive.



« MARTIN SELIGMAN, 2004, Le Modèle PERMA de la psychologie positive »

4. Les facteurs influençant le bien être psychologique:

Le bien être psychologique est façonné par une interaction complexe de facteurs biologiques, sociaux, environnementaux et individuels. Ces influences commencent dès la petite enfance et perdurent tout au long de la vie, affectant notre capacité à gérer nos émotions, à nouer des relations et à affronter les défis du quotidien. Comprendre les différents facteurs qui contribuent à la santé mentale peut apporter des éclairages précieux sur la manière dont les individus développent leur résilience, gèrent le stress et maintiennent leur équilibre émotionnel. De l'attachement fondamental formé dès la petite enfance aux traits de personnalité qui influencent notre façon de réagir aux difficultés de la vie, cette section explore les facteurs clés qui façonnent le bien être psychologique et la manière dont ils interagissent pour déterminer les résultats globaux en matière de santé mentale.

4.1. La petite enfance :

De nombreuses données probantes démontrent l'importance de l'attachement des nouveau-nés à leur mère ou aux autres personnes qui s'occupent d'eux pour leur développement social et émotionnel ultérieur. La séparation avec la personne qui s'occupe d'eux est due à l'absence, au rejet ou à la négligence des parents, engendre une anxiété, un stress ou une insécurité. Les expériences d'attachement précoces influencent significativement l'intelligence émotionnelle et la résilience plus tard dans la vie. Par exemple, un attachement sûr favorise une régulation émotionnelle saine, tandis qu'un attachement insécure prédispose aux difficultés émotionnelles.

La dépression postnatale chez les jeunes mères peut contribuer à un attachement et un développement sous-optimaux, affectant potentiellement le développement social et émotionnel de l'enfant. Les parents qui éprouvent des difficultés à créer des liens affectifs ou qui affichent des attitudes négatives peuvent exposer leurs enfants à des risques de stress et de troubles du comportement.

De plus, des facteurs tels que la maltraitance, la négligence, la malnutrition et les maladies infectieuses ou parasitaires durant la petite enfance peuvent entraver le développement physique, cognitif et émotionnel, influençant encore davantage la santé mentale plus tard dans la vie. Ces expériences précoces posent les bases du bien être psychologique et influencent le développement émotionnel et social tout au long de la vie.

4.2. Les attributs et les comportements individuels :

Les attributs et les comportements individuels sont liés à la capacité innée et acquise d'une personne à gérer ses pensées et ses émotions et à naviguer dans la vie quotidienne. On parle souvent **d'intelligence émotionnelle** : la capacité à reconnaître et à réguler ses émotions et celles des autres. **L'intelligence sociale** est une autre composante de cette aptitude, qui implique d'interagir et de réagir au monde social en participant à des activités sociales, en respectant les opinions d'autrui et en assumant ses responsabilités. La santé mentale d'un individu peut également être influencée par des facteurs génétiques et biologiques, notamment des anomalies chromosomiques (par exemple, la trisomie 21) ou des déficiences intellectuelles causées par une exposition prénatale à l'alcool ou un manque d'oxygène à la naissance. L'intelligence émotionnelle et sociale est essentielle pour faire face aux difficultés de la vie et préserver sa santé psychologique.

4.3. Les circonstances sociales et économiques :

La capacité d'une personne à se développer et à s'épanouir est profondément influencée par son environnement social immédiat. Cela inclut les occasions d'interagir positivement avec sa famille, ses amis et ses collègues, et la capacité à gagner sa vie pour subvenir à ses besoins et à ceux de sa famille. Le contexte socio-économique joue également un rôle essentiel dans la santé mentale. Par exemple, des possibilités limitées ou perdues d'accéder à l'éducation ou de gagner un revenu peuvent nuire considérablement au bien-être psychologique d'une personne.

Ces limitations peuvent engendrer du stress, une baisse de l'estime de soi et un sentiment d'impuissance. De plus, la pauvreté et les inégalités exacerbent souvent les problèmes de santé mentale en limitant l'accès à des ressources essentielles comme les soins de santé et les réseaux de soutien social. Le manque de soutien social peut contribuer à l'isolement, ce qui peut à son tour nuire à la santé émotionnelle et psychologique.

4.4. Les facteurs environnementaux :

L'environnement socioculturel et géopolitique au sens large peut affecter la santé mentale d'un individu, d'un foyer ou d'une communauté. Cela inclut l'accès aux besoins fondamentaux tels que l'eau potable, les services de santé essentiels et la sécurité, ainsi que le contexte culturel et sociétal plus large. L'exposition à des croyances culturelles, des attitudes sociales ou des pratiques discriminatoires défavorables peut également affecter le bien-être mental. Par exemple, les inégalités sociales, de genre ou raciales sont associées à des taux plus élevés de problèmes de santé mentale. De plus, les crises mondiales telles que la crise financière ou l'instabilité politique peuvent accroître considérablement la détresse psychologique, entraînant des taux plus élevés d'anxiété, de dépression et de comportements suicidaires. L'environnement, notamment les politiques

sociales et l'accès aux ressources, joue un rôle crucial dans l'évolution de la santé mentale aux niveaux individuel et communautaire.

4.5. La Personnalité : La personnalité est un indicateur important de la santé mentale et du bien-être. Les recherches montrent que les traits de personnalité stables influencent la façon dont les individus gèrent le stress, construisent leurs relations et vivent leurs émotions. Le modèle de personnalité à cinq facteurs (aussi appelé Big Five) est un cadre couramment utilisé pour comprendre les différences de personnalité. Ces cinq dimensions peuvent prédire un large éventail de résultats de vie, notamment la santé, le bonheur et même la probabilité de développer des problèmes de santé mentale.

4.5.1. Ouverture à l'expérience : Ce trait reflète l'appréciation de la nouveauté, la créativité et la curiosité intellectuelle. Les individus dotés d'une grande ouverture d'esprit ont tendance à rechercher de nouvelles expériences et sont plus enclins à s'épanouir. Cependant, une grande ouverture d'esprit peut également être liée à une instabilité émotionnelle ou à de l'anxiété si les comportements de recherche de nouveauté ne sont pas gérés efficacement. Une faible ouverture d'esprit est associée à une préférence pour la routine et le pragmatisme, et les individus peuvent être perçus comme plus fermés d'esprit ou réfractaires au changement. L'ouverture d'esprit influence la santé mentale en façonnant l'adaptabilité et l'approche des situations nouvelles.

4.5.2. Conscience : Les personnes consciencieuses sont généralement organisées, disciplinées et orientées vers des objectifs. Leur approche structurée de la vie leur permet d'obtenir de meilleurs résultats en matière de santé mentale, notamment en réduisant le stress et la dépression. Cependant, les personnes très consciencieuses peuvent parfois faire preuve de perfectionnisme ou de traits obsessionnels, ce qui peut entraîner une augmentation du stress ou des difficultés à gérer leur bien-être émotionnel. Un manque de conscience est

associé à un comportement plus impulsif et à une faible autorégulation, ce qui peut nuire à la santé mentale.

4.5.3. Extraversion : Les personnes extraverties sont extraverties, dynamiques et recherchent la stimulation par les interactions sociales. Elles sont plus susceptibles de tisser des liens sociaux solides, ce qui peut leur apporter un soutien émotionnel en période de stress. Cependant, une extraversion excessive peut conduire à un comportement de recherche d'attention ou à une dépendance à la validation extérieure. Les introvertis, quant à eux, peuvent souffrir d'anxiété sociale ou de solitude, mais ils peuvent être plus introspectifs et mieux armés pour gérer leurs émotions de manière autonome.

4.5.4. Agréabilité : Les personnes très agréables sont compatissantes, coopératives et généralement de bonne humeur, ce qui les rend plus aptes à nouer des relations de soutien. Cependant, une agréabilité excessive peut conduire à un engagement excessif et à un sacrifice personnel, susceptibles de provoquer du stress ou de l'épuisement professionnel. Un faible niveau d'agréabilité est associé à un esprit de compétition et à des comportements conflictuels, susceptibles de contribuer aux conflits interpersonnels et au stress, affectant ainsi la santé mentale globale.

4.5.5. Névrosisme : Les personnes présentant un niveau élevé de névrosisme sont plus sujettes aux émotions négatives telles que l'anxiété, la colère et la tristesse. Un niveau élevé de névrosisme constitue un facteur de risque important de troubles mentaux tels que l'anxiété et la dépression. À l'inverse, un faible niveau de névrosisme (stabilité émotionnelle) est associé à une plus grande résilience au stress et à une meilleure régulation émotionnelle, ce qui améliore la santé mentale. Cependant, les personnes présentant un faible niveau de névrosisme peuvent être perçues comme émotionnellement distantes ou trop calmes, ce qui peut impacter leurs interactions sociales.

Comprendre l'impact des traits de personnalité sur le bien-être psychologique permet d'adopter des stratégies d'adaptation susceptibles d'améliorer la santé mentale. Par exemple, les personnes présentant un fort névrosisme pourraient bénéficier de pratiques de pleine conscience ou de thérapie cognitivo-comportementale pour gérer l'anxiété et améliorer la régulation émotionnelle. De même, les introvertis pourraient se concentrer sur la création de réseaux de soutien plus restreints et plus intimes pour atténuer leur sentiment d'isolement.

Les personnes consciencieuses pourraient bénéficier de routines plus souples pour prévenir l'épuisement professionnel, tandis que celles présentant un niveau de conscience plus faible pourraient développer de meilleures compétences organisationnelles pour mieux gérer le stress (**LibreTexts, 2023**).

5. La santé psychologique et ses composantes:

La santé psychologique englobe les dimensions émotionnelle, sociale et spirituelle du bien-être. Il ne s'agit pas seulement de l'absence de maladie mentale, mais de la présence de caractéristiques positives qui permettent aux individus de surmonter efficacement les difficultés de la vie, d'entretenir des relations enrichissantes et de contribuer à la vie de leur communauté. La santé psychologique est étroitement liée au bien-être physique. Les personnes souffrant d'un faible bien-être psychologique présentent un risque accru de développer des maladies nutritionnelles et métaboliques, des maladies cardiovasculaires, des maladies virales, des maladies des voies respiratoires, des maladies musculo-squelettiques, des troubles sexuels, des complications de la grossesse, des maladies gastro-intestinales et, potentiellement, des cancers liés à l'obésité. Pour mieux comprendre la santé psychologique, il est utile d'explorer ses dimensions clés : le bien-être émotionnel, le bien-être social, le bien-être spirituel et la santé mentale, chacune jouant un rôle essentiel dans le bien-être

général et influençant la façon dont les individus gèrent le stress, interagissent avec les autres et trouvent un sens à leur vie.

5.1. Le bien-être émotionnel :

Le bien-être émotionnel est la capacité à comprendre, gérer et exprimer efficacement ses émotions. Une personne en bonne santé psychologique éprouve une gamme d'émotions et est capable de gérer le stress, de résoudre les conflits et de s'adapter au changement.

À l'inverse, la détresse émotionnelle peut entraîner un stress chronique, des troubles du sommeil, voire des problèmes digestifs et cardiovasculaires.

Les caractéristiques des individus émotionnellement sains comprennent :

- Reconnaître et réguler les émotions.
- Pratiquer la résilience et l'adaptabilité.
- Maintenir un équilibre entre les émotions positives et négatives.

Les signes de mauvaise santé émotionnelle peuvent inclure des sentiments persistants de tristesse, de colère ou d'irritabilité, un engourdissement émotionnel et des difficultés à faire face aux défis quotidiens.

5.2. Le bien-être social :

Le bien-être social implique de nouer et d'entretenir des relations de soutien et de participer à des interactions sociales enrichissantes. Des liens sociaux sains améliorent la santé psychologique en apportant un soutien émotionnel, en favorisant un sentiment d'appartenance et en atténuant le stress. À l'inverse, l'isolement social ou les relations toxiques peuvent contribuer à la solitude, à la dépression et à l'anxiété, avec des effets à long terme sur la santé cardiovasculaire et la mortalité.

Les caractéristiques clés des individus socialement sains comprennent :

- Des solides compétences en communication et en relations interpersonnelles.
- La capacité de nouer des relations significatives.
- Un système de soutien composé de la famille, des amis ou de la communauté.

Les signes de mal-être social peuvent inclure un retrait des autres, des difficultés à entretenir des relations ou un sentiment de solitude chronique.

5.3. Le bien-être spirituel :

Le bien-être spirituel consiste à trouver un sens et un but à la vie, souvent en se connectant à quelque chose de plus grand que soi, que ce soit par la religion, la philosophie ou les valeurs personnelles. Il favorise l'espoir, la résilience et un sentiment de paix intérieure, agissant comme un bouclier contre le stress et les bouleversements émotionnels. Des recherches suggèrent que les pratiques spirituelles, comme la méditation ou la prière, peuvent réduire le stress et abaisser la tension artérielle.

Les caractéristiques des individus spirituellement sains comprennent :

- Avoir un sens et un but.
- L'alignement des actions avec les valeurs et l'éthique personnelles.
- Les pratiques qui favorisent la réflexion et la gratitude.

Les signes de mauvaise santé spirituelle peuvent inclure un manque de but, un sentiment de vide ou une anxiété existentielle.

5.4. La Santé mentale :

La santé mentale, en tant que dimension de la santé psychologique, fait référence au fonctionnement cognitif et aux processus de pensée. Elle inclut la

capacité à penser de manière critique, à résoudre des problèmes et à prendre des décisions éclairées. Une bonne santé mentale favorise la créativité, l'apprentissage et la productivité, tandis qu'une mauvaise santé mentale peut altérer la concentration, la prise de décision et la mémoire.

Le stress chronique ou les troubles mentaux, comme la dépression et l'anxiété, peuvent perturber le fonctionnement cérébral, entraînant une cascade d'effets physiologiques, notamment un affaiblissement du système immunitaire et des modifications des voies neuronales.

Une mauvaise santé psychologique peut activer la réponse du corps au stress, entraînant une exposition prolongée au cortisol et à d'autres hormones du stress. Cette tension physiologique peut aussi affaiblir le système immunitaire, augmentant la sensibilité aux infections, augmente la pression artérielle et la fréquence cardiaque, augmentant ainsi le risque de maladie cardiovasculaire, contribuer à la prise ou à la perte de poids en perturbant l'appétit et le métabolisme altérer la qualité du sommeil, ce qui aggrave encore les problèmes de santé mentale et physique (LibreTexts, 2023).

Synthèse :

Le bien être d'un être humain dans sa vie est très essentiel car il conditionne non seulement sa santé mentale et physique mais aussi sa capacité à s'épanouir, à entretenir des relations saines et faire face aux défis de la vie Cultiver le bien être est donc investir dans une vie plus riche de sens, de sérénité et de bonheur.

Chapitre III : Les risques psychosociaux

Chapitre III : Les risques psychosociaux

Préambule

1. La définition des risques psychosociaux
2. Les facteurs de risques psychosociaux
3. Les troubles psychosociaux
4. Les conséquences des risques psychosociaux
5. Les différents niveaux de prévention des risques psychosociaux

Synthèse

Préambule:

La qualité de vie au travail désigne l'ensemble des conditions dans lesquelles les employés exercent leur travail, incluant l'environnement physique, l'organisation du travail, les relations professionnelles et l'équilibre entre vie personnelle et professionnelle.

Une bonne qualité de vie au travail est devenue l'une des objectifs essentiels pour chaque entreprise car elle est considérée comme un levier clé de performance et de productivité pour cette dernière. Mais, cela n'élimine pas l'existence de quelques éléments perturbants qui empêchent l'amélioration de conditions de travail.

A cette lumière, dans ce chapitre intitulé « les risques psychosociaux », on va commencer par la définition de risques psychosociaux, après on passe aux facteurs de risques psychosociaux, ensuite on va citer les troubles psychosociaux, les conséquences et enfin on termine par les différents niveaux de prévention des risques psychosociaux.

1- La définition des risques psychosociaux :

La notion de risque « comprend deux éléments. D'une part, il y a la probabilité qu'un événement engendre des conséquences négatives et, d'autre part, il y a la sévérité de ces conséquences. (...) Le concept de risque fait donc référence au lien entre l'exposition aux dangers du travail et les préjudices que cette exposition est susceptible d'engendrer » (**Brun et al, 2007**).

Le mot « psychosociaux » prend deux significations bien différentes. Dans certains cas, il est relatif au dommage. Dans l'esprit de ceux qui l'emploient de cette façon, les risques psychosociaux sont ceux qui se concrétisent par des troubles psychologiques (« sociaux » renvoyant éventuellement à des troubles de l'insertion sociale ou demeurant vide de sens). Une autre interprétation est que ce sont les causes du danger qui sont psychosociales : le danger est créé par l'interaction d'une situation sociale (organisation, statut, condition économique) avec le psychisme (**Gollac&Bodier, 2011, p.23**).

Les RPS sont à l'origine d'atteintes multiples et variées, que ce soit au niveau individuel ou collectif et sur un périmètre couvrant la sphère professionnelle et hors travail. Les manifestations couramment rencontrées sont : le stress, le mal-être, la souffrance, le burn-out, les comportements antisociaux au travail, les déséquilibre des univers de vie (**Valléry, Leduc, 2012, p. 31**).

Les risques psychosociaux seront définis comme les risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental (**Gollac, Bodier, 2011, p.13**).

2-Les facteurs de risques psychosociaux :

Plusieurs facteurs peuvent contribuer à l'émergence de risques psychosociaux au travail. Il existe trois grandes catégories de facteurs :

2-1-Les facteurs de risques d'origines organisationnelle, managériale et relationnelle :

Cette catégorie identifie six facteurs de risques relatifs au travail, à ses conditions d'exercice ainsi qu'aux diverses relations professionnelles (relations entre collègues, relations avec la hiérarchie ou les collaborateurs, relations clients/usager...).

2-1-1 L'intensité du travail et les temps de travail :

Ce facteur de risque revêt deux dimensions indissociables : la notion de charge de travail et la notion de temps octroyé pour réaliser cette charge de travail. Ainsi, l'intensité du travail peut se traduire notamment par une charge excessive de travail avec des exigences quantitatives et ou qualitatives fortes, dans un temps réduit.

2-1-2- Les exigences émotionnelles :

Ce facteur de risque peut se traduire par la maîtrise de soi en toute situation professionnelle et en particulier par l'absence de réponse affective ou de mimétisme face à une situation perçue comme étant émotionnellement exigeante pour le salarié (**Frank Brillet et all, 2017, p.43**).

2-1-3- Le manque d'autonomie et de marges de manœuvre :

Ce facteur de risque peut se traduire par de faibles marges de manœuvre dans la manière d'effectuer son travail.

Le manque d'autonomie peut également renforcer le caractère prescriptif du travail et privilégier la logique d'exécution des tâches au détriment de la

compréhension des enjeux de service et de la valorisation des contributions individuelles et collectives.

En outre, la littérature en sciences de gestion a mis en évidence que le manque ou l'absence d'autonomie et de marges de manœuvre peut sensiblement affaiblir le sens que l'individu donne à son travail, son degré de motivation ou encore la satisfaction intrinsèque qu'il retire de l'accomplissement de son travail.

2-1-4- La mauvaise qualité des rapports sociaux au travail :

Les relations professionnelles peuvent se définir par la nature et la fréquence des échanges (informations, négociations, processus de décision, collaboration...) entre différents groupes sociaux : les acteurs internes (entre collègues, avec les collaborateurs, entre services, avec les représentants du personnel dans le cadre du dialogue social) et les acteurs externes et parties prenantes de l'organisation (avec les clients d'une entreprise ou les usagers des services publics, avec les fournisseurs et les distributeurs).

Dans la littérature en sciences de gestion, la qualité des relations professionnelles, et plus généralement l'ambiance de travail, aurait des effets positifs sur la satisfaction des salariés, ainsi que sur le sentiment d'appartenance et d'adhésion à la culture d'entreprise.

La qualité des rapports sociaux reposerait, en grand partie, sur la confiance interpersonnelle, la transparence des informations diffusées, la perception d'équité de traitement, l'écoute et le soutien organisationnel perçu. L'instauration d'un climat social sain et serein favoriserait la quantité et la qualité des échanges socioprofessionnels, la confiance organisationnelle, la communication interne, la coopération et l'entraide. Par contre, un climat social délétère aurait des effets néfastes sur le travail collectif, la motivation, l'implication et la satisfaction au travail. Une mauvaise ambiance de travail favoriserait la rétention des informations, l'apparition de clivage et de conflits interpersonnels, voire dans

des situations plus poussées, l'émergence de violence interne (agression verbales et/ou physique, comportement nuisible...). La mauvaise qualité des rapports sociaux et relationnels peut avoir plusieurs sources et peut également se traduire par différents comportements inappropriés voir déviants (**Frank Brillet et all, 2017, p.44**).

2-1-5- La souffrance éthique :

Ce facteur de risque peut résulter d'un conflit de valeurs entre l'organisation, le management et le salarié. Lorsque les exigences et attendus professionnelles entrent en contradiction avec les convictions professionnelles et personnelles de l'employé et avec sa conscience professionnelle.

Un conflit de valeurs génère de tensions, et peut se traduire par un ressenti allant du mal -être professionnel à la souffrance éthique (**Frank Brillet et all, 2017, p.45**).

2-1-6- L'insécurité de la situation de travail :

Ce facteur de risque inclut deux notions complémentaires : l'insécurité socio-économique liée à la crainte de perdre son emploi, à l'instabilité et à la précarité du contrat de travail (en terme de durée du contrat, d'échéance de renouvellement et de rémunération).

Aussi à l'insécurité liée aux divers changements organisationnels et aux incertitudes qu'ils engendrent, mettant en jeu les perspectives d'évolution de carrière de l'individu, son avenir au sein de l'entreprise ou plus globalement le devenir de l'entreprise (**Frank Brillet et all, 2017, p.46**).

2-2- Les facteurs de risques d'origine individuelle et personnelle :

Il s'agit des caractéristiques liées à l'individu et susceptibles de favoriser l'émergence de risques psychosociaux au travail.

2-2-1- La satisfaction des besoins de l'individu au travail :

Si le travail peut être perçue comme une contrainte pour les individus, il peut également être une source d'émancipation et une ressource (financière, intellectuelle, sociale...) Le travail a, en ce sens, une fonction psychologique qui participe à la satisfaction d'un spectre plus ou moins large de différents besoins : d'appartenance, de reconnaissance, d'accomplissement et de réalisation de soi.

Ces besoins changent au fur et à mesure de l'évolution des attentes professionnelles et personnelles de chacun. Ainsi, pour certaines personnes, le besoin de reconnaissance sociale (statut), professionnelle (rang hiérarchique), individuelle (contributions et valeurs du travail fourni), et/ou personnelle (considération de la personne) sera moteur dans leur comportement au travail et source de motivation. Pour d'autres, le besoin d'accomplissement, de réalisation ou de dépassement de soi sera prépondérant et se manifestera par le souci de se former, de monter en compétences, de se voir confier de nouvelles responsabilités, d'avoir une évolution de carrière notable. Pour d'autres encore, le besoin d'appartenance à un groupe social, avec lequel ils partagent des valeurs fortes, sera essentiel.

Quel que soit le besoin qui anime l'individu, sa non-satisfaction peut fragiliser voire mettre à mal, à un moment donné, la motivation, l'intérêt du travail voire le sens qu'il attribue à son travail et le sentiment d'utilité qu'il en retire (**Frank Brillet et all, 2017, p.48**).

2-3- Les facteurs de risques d'origine socioprofessionnelle :**2-3-1- L'absence de régulation ou de médiation socioprofessionnelle :**

Collègues, supérieurs hiérarchiques, direction des ressources humaines, médecine de prévention, représentants du personnel..., de nombreuses personnes peuvent agir pour réduire l'exposition aux risques psychosociaux, voir l'éradiquer. Au niveau du travail, l'absence partielle ou totale de régulation ou de

médiation peut être l'expression symphonique d'une absence de reconnaissance ou d'une méconnaissance des facteurs de risques psychosociaux. Au niveau de l'individu, l'absence partielle ou totale de régulation ou de médiation peut le conforter et l'installer durablement dans son malaise professionnel, l'isoler, voire le mettre à l'index.

2-3-2- Les changements majeurs d'ordre personnel :

Décès, divorce, maladies, perte de proches, problèmes financiers..., certains changements majeurs d'ordre personnel peuvent, à court terme, avoir des répercussions plus ou moins fortes sur le travail de l'individu et, à moyen ou long terme, sur sa situation professionnelle. L'absence de conciliation ou de souplesse entre les objectifs professionnels (individuels et collectifs) et les difficultés personnelles liées à un changement majeur peuvent constituer un facteur de risque psycho-social (**Frank Brillet et al, 2017, p.51**).

3-Les troubles psychosociaux :

Les différents facteurs de risques psychosociaux sont susceptibles d'engendrer des troubles sur la santé des individus. Ces manifestations physiques et/ou psychologiques peuvent être diverses en fonction de l'intensité et de la durée d'exposition à ces facteurs.

De même, ces manifestations peuvent également être diverses selon les caractéristiques de l'individu (état de santé initial, capacité de résistance voire de résilience).

3-1-Stress au travail :

Le stress n'est pas une maladie mais un phénomène d'adaptation du corps qui nous permet de réagir à notre environnement (**Frank Brillet et al, 2017, p.52**).

L'individu est capable de gérer la pression à court terme, mais il éprouve de grandes difficultés face à une exposition prolongée ou répétée à des pressions intenses. Les recherches ont révélé que le stress peut varier non seulement en

fonction de l'intensité et de la durée d'exposition aux facteurs de stress, mais aussi en fonction de nos expériences passées.

Un niveau de stress élevé a des effets plus ou moins dommageables sur la santé du salarié et sur son travail : baisse de motivation, baisse de qualité et de quantité dans le travail réalisé, absentéisme... **(Frank Brillet et al, 2017, p.54).**

3-2-Le burn-out, syndrome d'épuisement professionnel :

Le burn-out est un état d'épuisement professionnel, ressenti face à des situations de travail « émotionnellement « exigeantes ».

Il se compose des trois phases :

- L'épuisement émotionnel, psychique et physique,
- Le cynisme de l'individu, qui peut se manifester par une attitude négative, dure, détachée, vis-à-vis de son travail et des personnes (collègues, encadrement, usagers, patients). L'individu se désengage progressivement de son travail, du collectif, de la structure,
- La dévalorisation de soi, traduisant le sentiment d'être inefficace dans son travail, de ne pas être à la hauteur du poste. Malgré tous ses efforts, l'individu se sent dans une impasse.

En 1974, Herbert J. Freudenberger propose une première définition de burn-out fondée sur celle du dictionnaire Webster, dont D. Bérard et A. Duquette donnent la traduction suivante : « L'épuisement professionnel est un état causé par l'utilisation excessive de son énergie et de ses ressources, qui provoque un sentiment d'avoir échoué, d'être épuisé ou encore d'être exténué » **(Martin Hirsch et al, 2015, p.10).**

3-3- Les violences internes et externes :

Les violences internes et externes à l'entreprise incluent :

- les incivilités ;
- les insultes ;
- les menaces ;
- les agressions ;
- les conflits extrêmes ;
- le harcèlement moral ;
- le harcèlement sexuel.

Une note rappelle la définition du Bureau International du Travail (**BIT**) qui complète celle-ci-dessus. La violence au travail concerne : « toute action, tout incident ou tout comportement qui s'écarte d'une attitude raisonnable par lesquels une personne est attaquée, menacée, lésée, ou blessée dans le cadre du travail ou du fait de son travail.

La violence au travail interne est celle qui se manifeste entre les travailleurs, y compris le personnel d'encadrement ; la violence au travail externe est celle qui s'exprime entre les travailleurs (et le personnel d'encadrement) et toute personne présente sur le lieu de travail » (**P-E. Sutter, 2021, p.56**).

Ces violences peuvent être classées en trois principaux groupes :

3.3.1. Les violences verbales : (propos désobligeants, insinuations, humiliations ou brimades, insultes, menaces, critiques injustifiées, harcèlement moral, sans limitation) ou physiques (comportements à connotation sexuelle, actes violents, coups et blessures) ; elles peuvent toucher tous types de métiers, mais particulièrement celles ayant des relations avec le public.

3.3.2. Les violences de prédation: (cambriolages, vols, rackets, homicides, etc.) ; elles touchent un nombre de professions bien définies (secteur bancaire, commerces, etc.).

3.3.3 Les actes de destruction ou de dégradation : dirigés non sur des personnes mais sur des biens matériels (vandalisme, graffitis...) (**P-E. Sutter, 2021, p.55**).

3-4- Les autres manifestations

D'autres manifestations d'ordre psychosomatiques ou comportements à risques pour l'individu peuvent entrer dans le cadre des risques psychosociaux, notamment :

- diverses somatisations : troubles de sommeil, dépression.
- diverses addictions : alcool, drogues, médicaments.

4-Les conséquences des risques psychosociaux :

Les troubles psychosociaux peuvent entraîner de nombreuses conséquences, tant sur le plan individuel qu'organisationnel et institutionnel. Il convient de dissocier les effets des risques psychosociaux de leurs conséquences : les premiers désignent les troubles occasionnés sur la santé physique et/ou psychologique de l'individu ; les seconds représentent les conséquences de ces troubles sur le travail, au sens général (**Frank Brillet et all, 2017, p. 66**).

Les diverses conséquences peuvent être classés en deux catégories :

- Celles sur le travail individuel et collectif ;
- Celles sur le fonctionnement de service et pour l'organisation.

4-1- Les conséquences internes sur le travail individuel et collectif :

Certaines conséquences peuvent être visibles, quantifiables, objectivable. Elles ont trait à la quantité et à la qualité du travail réalisé dans un temps défini. D'autres conséquences peuvent être moins visibles, plus subjectives, mais tout aussi néfastes pour l'individu et son travail. Elles sont en général relatives au(x) changement(s) d'attitudes et de comportements de l'individu dans le cadre de son travail.

4-1-1- Baisse quantitative et qualitative du travail, retard dans les délais impartis :

Cette conséquence peut être observée, évaluée sur le moyen et long terme ; elle est généralement associée à une baisse de motivation (**Frank Brillet et all, 2017, p. 67**).

Une baisse quantitative du travail peut se traduire par un retard persistant et généralisé dans les tâches à réaliser l'individu ne parvenant plus à gérer la charge, voire la surcharge de travail, qui lui incombe.

Elle peut être liée au facteur de risque « *intensité du travail et temps de travail* ». Ponctuellement ou sur le court terme, l'individu parvient à maintenir, non sans stress, le niveau de rendement attendu, mais, sur une durée prolongée ou répétitive, il peut éprouver une difficulté majeure pour satisfaire aux exigences de service, ainsi qu'une baisse de motivation. En outre, l'incapacité à réaliser la charge de travail demandée et le non-respect des délais peuvent consolider la baisse de motivation et, au-delà, une baisse de confiance en soi.

Une baisse qualitative du travail peut se traduire par des confusions, des erreurs fréquentes dans les tâches à effectuer. Cette conséquence peut être reliée au facteur de risque « *exigences émotionnelles* » qui requiert vigilance et maîtrise de soi en toute situation professionnelle. Selon la durée d'exposition et l'intensité de la demande psychologique, l'individu peut éprouver une difficulté majeure pour conserver son calme, son professionnalisme, ainsi qu'une baisse de motivation. L'incapacité à maîtriser ses émotions, à prendre de la distance par rapport à une situation de travail conflictuelle peut induire ou renforcer une baisse d'estime de soi, voire une dévalorisation de soi, si l'individu ne se sent plus à la hauteur des attentes professionnelles (**Frank Brillet et all, 2017, p.67**).

4-1-2- Baisse de motivation et démotivation dans le travail :

Cette conséquence peut être associée au facteur de risque « *manque d'autonomie et de marges de manœuvre* ».

L'impossibilité de gérer l'organisation de la manière de réaliser son travail, de participer aux décisions concernant directement son travail ou d'être positionné dans un rôle d'exécution du travail prescrit, peut sur le moyen ou long terme, induire une baisse de motivation. Une démotivation réelle peut être observée en cas de perte d'autonomie et de marges de manœuvre, liée à un changement dans le style de management ou un changement de supérieur hiérarchique (**Frank Brillet et al, 2017, p. 68**).

4-1-3- Baisse d'implication et d'engagement dans le travail :

Une baisse d'implication dans le travail peut résulter d'un changement organisationnel important pour l'individu, qu'il s'agisse d'un changement à venir ou effectif. Cette conséquence peut être associée au facteur de risque « *insécurité de la situation de travail* ». L'appréhension du changement, la perte de repères et de stabilité, occasionnés par ce changement, peuvent engendrer une inquiétude profonde et entraîner une résistance au changement, qui se traduira alors par un intérêt et un investissement moindre dans le travail.

La baisse d'engagement dans le travail peut traduire un conflit de valeurs entre les exigences professionnelles et les aspirations personnelles, l'individu n'adhérant plus aux normes et valeurs promues par l'organisation. Cette conséquence peut être associée au facteur de risque « *souffrance éthique* ». L'individu essaiera de réduire le conflit de valeurs qu'il perçoit et ressent en se détachant partiellement de son travail (**Frank Brillet et al, 2017, p. 68**).

4-1-4-Comportement déviants :

Des comportements individuels déviants peuvent résulter de l'exposition prolongée aux facteurs de risques psychosociaux.

Par comportement déviant, nous entendons tout type de conduite intentionnellement malveillante à l'égard de son organisation (vols, sabotage,

violation des règlements) et susceptible de nuire à son image. Ce type de comportement peut subvenir lorsqu'un individu est exposé sans la durée à un ou plusieurs facteurs de risques psychosociaux, en l'absence de régulation ou de soutien social. L'individu peut percevoir l'organisation comme étant responsable, à la source du mal-être, de la souffrance éprouvée (**Frank Billet et all, 2017, p.68**).

4-2- Les conséquences internes sur le fonctionnement de service et pour l'organisation :

Ces conséquences sont essentiellement d'ordre économique et social. Elles se traduisent par des coûts directs et/ou indirects pour l'organisation, et peuvent affecter durablement la qualité des rapports sociaux.

4-2-1- Absentéisme ou présentéisme contemplatif :

L'absentéisme constitue l'une des conséquences les plus citées dans la littérature. Il se définit généralement par les absences consécutives à une maladie ordinaire, une maladie professionnelle, un accident du travail ou un accident de trajet. Sont donc exclues les absences prévisibles, liées à aux congés, à un congé de maternité ou formation.

Dans le cadre des risques psychosociaux, l'absentéisme correspond aux absences dues à un environnement très stressant ou pathogène pour plusieurs raisons :

- L'organisation du travail (intensité et exigences du travail, amplitude horaire, différence entre travail prescrit et réel).

- Les pratiques managériales (management autoritaire, peu participatif, déficient, absence de reconnaissance du travail) ;

Les relations de travail (ambiance de travail délétère, absence de soutien et d'entraide, conflits interpersonnels...) ;

- Les conditions de travail (pénibilité physique, usure professionnelle, nuisances sonores) ;

- Le déséquilibre ressenti entre vie privée et vie professionnelle.

Le stress au travail est progressivement devenu l'un des facteurs majeurs d'absentéisme dans les moyennes et grandes entreprises (**Frank Brillet et al, 2017, p.70**).

4-2-2- Intention de quitter l'entreprise de départ effectif :

Cette conséquence est souvent vécue par le salarié comme une issue de secours face à une situation de travail pathogène et installée dans la durée. Elle constitue une contrainte économique et sociale pour le service et l'organisation.

L'intention de quitter l'entreprise peut se manifester par un changement d'attitudes et de comportements au travail en termes de motivation, d'implication et d'engagement.

Le départ effectif de l'entreprise implique une réorganisation de service, un remplacement du salarié, une nouvelle répartition des objectifs de service...

Il peut également entraîner une surcharge de travail pour l'équipe, en cas de non-remplacement, une perte de compétences et peut affecter temporairement la cohésion de groupe.

4-2-3-Image de l'organisation :

La connaissance de facteurs de risques psychosociaux d'origine organisationnelle, managériale et relationnelle et, plus encore, la reconnaissance de troubles psychosociaux avérés, peut porter préjudice à l'image de l'entreprise.

Ainsi, une dégradation de l'image de l'entreprise peut entraîner des conséquences néfastes pour l'organisation, en termes d'attractivité et de rétention des salariés, des clients, des parties prenantes, en termes de compétitivité et de performance économique et sociale (**Frank Brillet et al, 2017, p.72**).

5-Les différents niveaux de prévention des risques psychosociaux :

L'étude des modalités de prévention des risques psychosociaux est l'occasion de mettre l'accent sur les différents niveaux de prévention et les logiques qu'ils poursuivent. Cela comporte trois niveaux d'intervention complémentaires :

5-1-La prévention primaire :

Cette prévention consiste à réduire sensiblement, voire à éliminer, les facteurs de risques d'origine organisationnelle, managériale et relationnelle, et permet d'intervenir en amont, c'est-à-dire avant même que la situation de travail soit dégradée, afin de prévenir cette dégradation.

L'intervention repose sur l'analyse du fonctionnement interne de l'organisation, afin d'identifier les causes liées à l'organisation du travail, aux conditions de travail, aux pratiques managériales, aux relations professionnelles, à l'histoire de l'entreprise, aux changements organisationnels, à leurs modalités d'accompagnement...

5-2-La prévention secondaire :

L'objet de cette prévention est de réduire les effets des risques psychosociaux sur la santé des salariés et leurs conséquences sur le travail individuel, collectif, sur le fonctionnement de service et pour l'organisation.

Elle permet d'intervenir en aval, c'est-à-dire au moment où la situation de travail commence à se détériorer, afin d'éviter une dégradation majeure ou une situation de crise.

L'intervention vise à sensibiliser les salariés et l'encadrement sur la gestion des situations stressantes ou à risque. En d'autres termes, on part du principe que l'on ne peut éviter ou éliminer le facteur de risque à sa source, et on apprend aux salariés à mieux gérer les situations critiques et le stress qu'elles peuvent occasionner.

5-3-La prévention tertiaire :

Il s'agit là d'accompagner les salariés en situation de souffrance psychologique au travail et à établir une situation pathogène, d'intervenir en aval, c'est-à-dire quand la situation de travail est déjà dégradée et que les effets sur la santé sont manifestes, dans une perspective curative.

L'intervention repose sur la prise en charge des salariés fortement affectés par

une situation ou un évènement et dont l'équilibre psychique est menacé. L'objectif est de pouvoir remonter, si possible collectivement, vers la prévention secondaire.

Ces trois niveaux de prévention peuvent être combinés pour structurer des actions complémentaires.

Pour être efficace, l'entreprise doit donner la priorité aux actions de prévention primaire, ciblées sur l'identification des facteurs de risques liées au travail, sans occulter les actions de prévention secondaire, qui permettent d'aider les salariés à gérer les situations stressantes, et/ou les actions de prévention tertiaire, centrées sur la prise en charge des salariés en souffrance (**Frank Brillet et al, 2017, p.77**).

Synthèse :

En conclusion, les risques psychosociaux représentent un risque majeur sur la santé des travailleurs et la performance des l'entreprises. Afin d'éviter toutes conséquences grave, une amélioration des conditions de travail et une gestion globale de ces risques doit être mise en place.

Partie pratique

Chapitre IV : Méthodologie et techniques de recherche

Chapitre IV : Méthodologie et techniques de recherche

Préambule

1. Présentation du lieu de recherche.
2. La méthode utilisée.
3. Les techniques de recherche.
4. Description d'échantillon d'étude et ses caractéristiques.

Synthèse

Préambule :

Toute recherche s'appuie sur une méthode ainsi que sur des règles et techniques spécifiques. Ces éléments constituent des étapes essentielles pour assurer une meilleure organisation et une planification rigoureuse d'un travail scientifique.

Dans ce chapitre nous allons entamer les différentes étapes suivies et les méthodes avec lesquelles nous essayons de mettre à l'épreuve nos hypothèses de recherche.

D'abord, on a commencé par la présentation du terrain où cette recherche a été menée, ensuite on a passé à la description du groupe de recherche et ses caractéristiques, après on a cité la méthode utilisée et les outils d'investigation.

1. La présentation du lieu de recherche :

Notre recherche a été réalisé au sein de « l'Etablissement Hospitalier Spécialisé en Psychiatrie Oued Ghir » **EHSP** qui se situe dans la commune d'Oued Ghir, à environ dix (10) kilomètres au sud-ouest de la ville de Bejaïa. L'hôpital dispose d'une capacité de 120 lits, incluant des services de psychiatrie, de pédopsychiatrie, des urgences psychiatriques, ainsi que des consultations externes. Il est également prévu qu'il élargisse son offre de soins pour inclure des spécialités telles que la pédiatrie, la maternité et la chirurgie, afin de répondre aux besoins croissants de la population locale.

La structure du centre est composée de trois (3) départements présentés ci-dessous sous forme d'un tableau :

Départements	Nombres du personnel	Unités
Psychiatrie pour adulte	100	-Unité d'hospitalisation (fermé). -Hospitalisation d'hommes (ouverts). -Hospitalisation des femmes (ouvertes) -Lutte contre l'addiction. -Urgence mentale et examen.
Pédopsychiatrie	20	-Hôpital de jour. -Urgence et examen.
Pharmacie	/	-Gestion des produits pharmaceutiques. -Gestion des dispositifs médicaux.

2. La méthode utilisée :

Selon **Anger Mauris** : « la méthode est un ensemble de procédures, des démarches précises adoptées pour on arrive à un résultat » (**Mauris, 1997, p09**).

Donc, Pour répondre aux objectifs de notre recherche on a eu recours à la méthode quantitative corrélationnelle qui est une méthode statistique qui mesure avec précision les variables de notre recherche à savoir les risques psychosociaux et le bien être du personnel hospitalier et le degré de la relation entre eux.

Selon **Raymond Boudon** la méthode quantitative est : « celle qui permet de recueillir sur un ensemble d'individus des informations comparable d'un élément à un autre » (**Boudon 1969, P31**).

3. Les techniques utilisées :

Dans le cadre de notre étude, nous avons utilisé deux échelles qui mesurent les degrés des variables de notre recherche, le premier sur le bien être et le deuxième sur les risques psychosociaux.

La première échelle se devise en deux parties : la première est destinée aux données sociodémographiques du personnel telles que : le genre, la catégorie d'âge, l'année d'expérience et le poste occupé.

La deuxième partie contient une échelle du bien être de « l'Organisation Mondiale de la Santé » **OMS (1999)**. Elle sert à mesurer le bien être psychologique grâce au cinq (5) affirmations motionnées dans le tableau. Ce qui est demandé c'est d'indiquer pour chacune des cinq affirmations laquelle se rapprochent le plus de ce que le personnel a ressenti au cours des deux dernières semaines. Ils ont six choix de réponse tandis que chacun est proportionnel à un chiffre :

Jamais = 0; De temps en temps = 1; Moins de la moitié du temps = 2; Plus de la moitié du temps = 3; La plupart du temps = 4; Tout le temps = 5

La troisième partie contient une échelle de « l'Institut National de Recherche et de Sécurité » **INRS (2014)**, elle a été conçue pour permettre à l'entreprise de repérer et évaluer les facteurs de risques psychosociaux à partir d'une catégorisation de ces différents facteurs de risque. Elle recense sept (7) grandes familles de facteurs de risques psychosociaux et chaque grande famille de facteurs de risque est décomposée en des items spécifiques, soit 26 items au total pour l'ensemble de cette échelle. Pour chaque item, quatre modalités de réponse aux questions sont possibles en fonction des conditions d'exposition au facteur de risque (degré et fréquence d'exposition) et chaque modalité est proportionnelle à un chiffre :

Non concerné = 1; Faible = 2; Modéré = 3; Elevé = 4

La famille des facteurs de risques sont : intensité et complexité de travail, horaires de travail difficiles, exigences émotionnelles, faible autonomie au travail, rapports sociaux au travail dégradés, conflits de valeurs, insécurité de l'emploi et du travail.

4. La description d'échantillon d'étude et ses caractéristiques :

4.1. La description d'échantillon d'étude :

Selon **Zagre Ambroise** : « L'échantillonnage est l'ensemble des procédées visant à la sélection d'une fraction de la population telle qu'elle puisse être considérée comme représentative de la population totale de référence. C'est donc une procédure par laquelle un petit nombre d'unités d'analyse est sélectionné pour une étude dans le but de généraliser les résultats à la population mère, appelé l'univers » (**Zagre, 2013 p, 73**). La coexistence sur le terrain offre la possibilité d'être face au phénomène étudié donc afin d'atteindre notre objectifs de recherche on a effectué un stage pratique de 45 jours au sein de l'hôpital.

Nous avons réalisé notre enquête, sur l'ensemble de la population des personnels hospitaliers de l'établissement hospitalier spécialisé en psychiatrie Oued Ghir **EHSP** estimé à cent (100) participants décliné sous quatre catégories socioprofessionnelles :

- ✓ Médecins
- ✓ Infirmiers
- ✓ Aides soignants
- ✓ Personnels administratifs

En suivant les règles de déontologie et d'éthique de la recherche dans notre domaine d'étude, la participation de chaque personnel dans la réponse à notre questionnaire a été effectuée après la demande de son consentement sans oublier l'explication de l'objectif de notre recherche et que toute information fournie pour l'enrichir restera en anonyme et en toute Confidentialité.

4.2. Les caractéristiques d'échantillon :

Dans les tableaux suivants on va présenter les différentes caractéristiques des participants à la recherche selon le genre, la catégorie d'âge, l'année d'expérience et le poste occupé.

Tableau N°01 : La répartition des personnels selon le genre.

		Fréquence	Pourcentage		
Valide	1	32	32,0		
	2	68	68,0		
	Total	100	100,0		

Source : résultats du logiciel (SPSS)

Nous constatons après ce tableau que la catégorie dominante est de la gente féminine (**2**) avec un pourcentage de **68 %** tant dit que la gente masculine (**1**) est d'un taux faible consistant **32 %**.

D'après cette analyse statistique, on remarque que la majorité des personnels au sein de l'hôpital est de sexe féminin et cela est dû à la vérité que le soin a longtemps été considéré comme une extension du rôle maternel ou domestique et que ce contexte a créé une tradition de féminisation de ces métiers, qui persiste aujourd'hui.

Par contre, le fait que le taux du sexe masculin est inférieur par rapport au taux du sexe féminin peut être expliqué par la tendance que les hommes ont lors d'un choix d'un métier. Beaucoup plus on trouve qu'ils ont tendance à choisir une nature des tâches qui demande de la force physique comme les tâches lourdes ou généralement un type de profession qui exige des capacités physiques ou psychologiques que les femmes ne peuvent pas y avoir l'aptitude nécessaire.

Tableau N°02 : La répartition des personnels selon l'âge.

		Fréquence	Pourcentage		
Valide	1	54	54,0		
	2	26	26,0		
	3	16	16,0		
	4	4	4,0	4,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Source : résultats du logiciel (SPSS)

D'après les résultats du tableau ci-dessus, on constate que la première catégorie d'âge de 20 ans à 30 ans avec un pourcentage de **54%** est la plus dominante par rapport aux autres catégories.

La catégorie suivante est celle de 31 ans jusqu'à 40 ans avec un pourcentage de **26%** qui est supérieur en comparaison avec la troisième catégorie de 41 ans jusqu'à 50 ans avec un pourcentage de **16%**. En dernier lieu on remarque que la catégorie la plus basse de notre population d'étude est celle de 51 ans et plus avec un pourcentage de **4%**.

On distingue que cet établissement hospitalier spécialisé en psychiatrie se caractérise par la présence d'un pourcentage essentiel des personnels hospitaliers jeunes « de 20 ans à 30 ans » en comparaison avec d'autres catégories d'âge.

Tableau N°03 : La répartition des personnels selon l'année d'expérience.

		Fréquence	Pourcentage		
Valide	1	100	100,0		

Source : résultats du logiciel (SPSS)

Par apport aux réponses recueillies pour l'année d'expérience on a remarqué que tous les personnels ont choisi la première réponse qui est « entre 1 et 5 ans ». La raison derrière ce choix est la récence de cet établissement hospitalier, cela ne fait pas cinq (5) ans depuis son ouverture.

Aussi ce choix peut être pris en considération par rapport aux réponses donner dans l'échelle du bien être où elles reflètent le vécu du personnel par rapport aux deux dernières semaines seulement !

Cela peut être la cause de leurs choix commun de la première proposition d'année d'expérience (1 et 5ans).

A cet effet les données recueillies pour l'année d'expérience ne vont pas être pris en considération durant l'analyse de ces données.

Tableau N°04 : La répartition des personnels selon le poste occupé.

		Fréquence	Pourcentage		
Valide	1	11	11,0		
	2	41	41,0		
	3	23	23,0		
	4	25	25,0		
	Total	100	100,0		

Source : résultats du logiciel (SPSS)

D'après le tableau N°04 qui représente la répartition des personnels selon le poste occupé, on affirme que la majorité des personnels sont des infirmiers (2) avec un pourcentage de **41%** qui est le taux le plus élevé par apport aux trois autres catégories, suivi par la catégorie des personnels administratifs (4) avec un pourcentage de **25%**. Ensuite la catégorie des aides soignants (3) avec un pourcentage de **23%** et enfin la catégorie des médecins (1) avec un pourcentage de **11%**.

Selon les résultats de la recherche, on distingue que la catégorie la plus élevée est celle des infirmiers et que la catégorie la plus basse est celle des médecins.

Synthèse :

Chaque étude scientifique est basée sur une méthode de recherche et une technique de recueil des données spécifique. Dans notre recherche on a opté à utiliser la méthode corrélationnelle quantitative dans le but d'étudier nos variables et la relation qui existe entre eux, répondre aux questions de départ et confirmer ou infirmer nos hypothèses formulées préalablement.

*Chapitre V : Présentation, analyse et
discussion des résultats*

Préambule :

Dans ce chapitre intitulé présentation, analyse et discussion des résultats, nous allons présenter et analyser les résultats de notre recherche pour qu'on puisse les discuter et enfin répondre aux hypothèses.

1. Analyse et interprétation des données :

Notre recherche est composée de quatre hypothèses, nous allons procéder graduellement à l'analyse de ces derniers.

1.1. Analyse et interprétation de la première hypothèse :

En commence par la première hypothèse qui est comme suit : « Certaines conditions de travail présentent des risques psychosociaux impactant le bien être du personnel hospitalier », la vérification de cette hypothèse est faite à l'aide des corrélations entre les résultats obtenus sur les dimensions de l'échelle des risques psychosociaux et ceux de l'échelle du bien-être. Les résultats sont comme suit:

- **1ère dimension : Intensité et complexité du travail et bien-être.**

Corrélations

		dim1	totalRPS
dim1	Corrélation de Pearson	1	,736**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	100	100

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

- **2ème dimension: Horaires du travail difficiles et bien-être.**

Corrélations		totalRPS	dim2
totalRPS	Corrélation de Pearson	1	,577**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	100	100

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

- **3ème dimension: Exigences émotionnelles et bien-être.**

Corrélations		totalRPS	dim3
totalRPS	Corrélation de Pearson	1	,676**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	100	100

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

- **4ème dimension: Faible autonomie au travail et bien-être.**

Corrélations		totalRPS	dim4
totalRPS	Corrélation de Pearson	1	,739**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	100	100

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

- **5ème dimension: Rapports sociaux au travail dégradés et bien-être.**

Corrélations

		totalRPS	dim5
totalRPS	Corrélation de Pearson	1	,773**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	100	100

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

- **6ème dimension: Conflits de valeurs et bien-être.**

Corrélations

		totalRPS	dim6
totalRPS	Corrélation de Pearson	1	,342**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	100	100

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

- **7ème dimension: Insécurité de l'emploi et du travail et bien-être.**

Corrélations

		totalRPS	dim7
totalRPS	Corrélation de Pearson	1	,488**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	100	100

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

D'après les résultats obtenus, on trouve que toutes les corrélations trouvées sont positives et significatives au niveau 0.01 (bilatéral). Ce qui signifie qu'il existe un lien entre les dimensions des risques psychosociaux et le bien être des personnels hospitalier.

Ces dimensions sont classées selon leurs degrés de corrélation avec le bien-être comme suit:

5ème dimension: Rapports sociaux au travail dégradés et bien-être. (.773**)

4ème dimension: Faible autonomie au travail et bien-être. (.739**)

1ère dimension : Intensité et complexité du travail et bien-être. (.736**)

3ème dimension: Exigences émotionnelles et bien-être. (.676**)

2ème dimension: Horaires du travail difficiles et bien-être. (.577**)

7ème dimension: Insécurité de l'emploi et du travail et bien-être. (.488**)

6ème dimension: Conflits de valeurs et bien-être. (.342**)

➤ **Discussion de la première hypothèse :**

Il est a signalé que les résultats obtenus après la vérification du lien existant entre les dimensions des risques psychosociaux et le bien être des personnels hospitalier indique une relation significative, ce qui a été démontré dans plusieurs études telle que :

Une étude publiée en2022 par **Marina Irain**, elle a révélé que le bien être du personnel soignant dans le milieu hospitalier est influencé par des facteurs externes et internes. Les résultats ont montré que le niveau de stresse ressenti par le personnel est très élevé et que Le stress est toujours présent, les soignants font faces aux même situations stressantes.

Par rapport a la charge de travail, elle fait partie des facteurs responsable du mal être des soignants au sein de l'hôpital, le rythme de travail est parfois si intense pour eux au point qu'ils n'arrivent pas à effectuer les soins au profit des patients comme ils le devraient.

1.2. Analyse et interprétation de la deuxième hypothèse :

La deuxième hypothèse indique que « Il existe une relation significative entre ces risques et le bien être des personnels hospitaliers ». Cette hypothèse est vérifiée à partir de la relation entre le degré obtenu sur l'échelle des risques psychosociaux et celui de l'échelle du bien être chez le personnel hospitalier, les résultats sont comme suit :

Corrélations

		Totalbientr	totalRPS
Totalbientr	Corrélation de Pearson	1	-,219*
	Sig. (bilatérale)		,029
	N	100	100
totalRPS	Corrélation de Pearson	-,219*	1
	Sig. (bilatérale)	,029	
	N	100	100

*. La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

Analyse de la régression linéaire

Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation	Modifier les statistiques				Sig. Variation de F
					Variation de R-deux	Variation de F	ddl1	ddl2	
1	,348 ^a	,121	,054	4,419	,121	1,811	7	92	,094

a. Prédicteurs : (Constante), dim7, dim2, dim6, dim1, dim3, dim5, dim4

Coefficients^a

		Intervalle de confiance à 95,0% pour		Corrélations		
		B		Corrélation simple	Partielle	Partielle
Modèle		Borne inférieure	Borne supérieure			
1	(Constante)	15,434	25,802			
	dim1	-,555	-,004	-,229	-,206	-,197
	dim2	-,330	,301	-,087	-,010	-,009
	dim3	-,656	,248	-,109	-,093	-,087
	dim4	-,090	,940	-,041	,169	,160
	dim5	-,482	,441	-,165	-,009	-,009
	dim6	-,553	,590	-,089	,007	,006
	dim7	-1,318	-,068	-,252	-,224	-,215

a. Variable dépendante : totalbientr

A partir de ces résultats, nous constatons que la corrélation entre le degré obtenu sur l'échelle des risques psychosociaux et celui du bien être est de $-,219^*$, elle est significative au niveau 0.05 (bilatéral), ce qui signifie que plus le degré des risques psychosociaux est élevé plus celui du bien être est bas.

Pour la régression : R^2 ajusté = 0,054 : faible proportion de la variance du bien-être expliquée. Seules deux dimensions ont un effet proche de la significativité :

-dim1 (intensité du travail) : $\beta = -0,197$

-dim7 (insécurité) : $\beta = -0,215$

➤ **Discussion de la deuxième hypothèse :**

Suite aux résultats obtenus après la signification de la relation entre ces risques et le bien-être des personnels hospitaliers, elles démontrent que cette relation est significative et c'est ce qu'on peut constater à partir des écrits de **Frank Brillet** et ses camarades sur les facteurs de risques et les troubles psychosociaux qui sont susceptibles d'engendrer des manifestations sur le plan physique et psychologiques des travailleurs d'une manière général. Aussi, ils ont parlé des conséquences de ces risques sur le plan interne de travail individuel et collectif mais aussi sur le fonctionnement de service et de l'organisation qui entravent la bonne qualité de vie et le bien être au travail.

1.3. Analyse et interprétation de la troisième hypothèse :

La troisième hypothèse statistique qui est « il n'y a pas de différences dans le degré du bien être selon les variables: genre, âge et le poste occupé », est vérifier à laide du test des différences significatives dans le degré du bien être selon le genre et le test ANOVA des différences significatives dans le degré du bien-être selon l'âge plus le test ANOVA des différences significatives dans le degré du bien être selon le poste occupé. Les résultats sont comme suit :

1.3.1. Test des différences significatives dans le degré du bien être selon le genre :

Test T

Statistiques de groupe

	genre	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne d'erreur standard
totalbientr	1	32	14,91	5,076	,897
	2	68	13,47	4,234	,513

D'après ce tableau, le résultat démontre que l'hypothèse statistique stipulant qu'il n'y a pas de différences entre les hommes et les femmes dans le degré du bien être est confirmée.

1.3.2 .Test ANOVA des différences significatives dans le degré du bien-être selon l'âge :

Tests d'homogénéité des variances

		Statistique de Levene	df1	df2	Sig.
totalbientr	Basé sur la moyenne	1,779	3	96	,156
	Basé sur la médiane	1,665	3	96	,180
	Basé sur la médiane avec ddl ajusté	1,665	3	93,353	,180
	Basé sur la moyenne tronquée	1,773	3	96	,157

ANOVA

Totalbientr

	Somme des carrés	Df	Carré moyen	F	Sig.
Entre groupes	176,164	3	58,721	3,017	,034
Intra-groupes	1868,346	96	19,462		
Total	2044,510	99			

Comparaisons multiples :

Variable dépendante: totalbientr

C de Dunnett

(I) age	(J) age	Différence moyenne (I-J)	Erreur standard	95% Intervalle de confiance	
				Borne inférieure	Borne supérieure
1	2	-2,952*	,935	-5,48	-,42
	3	-1,947	1,305	-5,64	1,74
	4	-2,759	2,581	-14,87	9,35
2	1	2,952*	,935	,42	5,48
	3	1,005	1,323	-2,76	4,77
	4	,192	2,591	-11,94	12,32
3	1	1,947	1,305	-1,74	5,64
	2	-1,005	1,323	-4,77	2,76
	4	-,812	2,746	-13,15	11,53
4	1	2,759	2,581	-9,35	14,87
	2	-,192	2,591	-12,32	11,94
	3	,813	2,746	-11,53	13,15

*. La différence moyenne est significative au niveau 0.05.

Les résultats indiqués nous démontre qu'il y a des différences significative dans les moyennes du degré du bien être selon les catégories d'âge. L'hypothèse statistique est rejetée l'hypothèse de recherche est acceptée.

1.3.3 Test ANOVA des différences significatives dans le degré du bien être selon le poste occupé :

Tests d'homogénéité des variances

		Statistique de Levene	df1	df2	Sig.
totalbientr	Basé sur la moyenne	1,779	3	96	,156
	Basé sur la médiane	1,665	3	96	,180
	Basé sur la médiane avec ddl ajusté	1,665	3	93,353	,180
	Basé sur la moyenne tronquée	1,773	3	96	,157

ANOVA

totalbientr

	Somme des carrés	df	Carré moyen	F	Sig.
Entre groupes	176,164	3	58,721	3,017	,034
Intra-groupes	1868,346	96	19,462		
Total	2044,510	99			

Tests robustes d'égalité des moyennes

Totalbientr

	Statistiques ^a	df1	df2	Sig.
Welch	3,150	3	13,012	,061

a. F distribué asymptotiquement

Tests post hoc

Comparaisons multiples :

Variable dépendante: totalbientr

C de Dunnett

(I) age	(J) age	Différence moyenne (I-J)	Erreur standard	95% Intervalle de confiance	
				Borne inférieure	Borne supérieure
1	2	-2,952*	,935	-5,48	-,42
	3	-1,947	1,305	-5,64	1,74
	4	-2,759	2,581	-14,87	9,35
2	1	2,952*	,935	,42	5,48
	3	1,005	1,323	-2,76	4,77
	4	,192	2,591	-11,94	12,32
3	1	1,947	1,305	-1,74	5,64
	2	-1,005	1,323	-4,77	2,76
	4	-,812	2,746	-13,15	11,53
4	1	2,759	2,581	-9,35	14,87
	2	-,192	2,591	-12,32	11,94
	3	,813	2,746	-11,53	13,15

*. La différence moyenne est significative au niveau 0.05.

Les résultats obtenus à partir de cette analyse démontrent qu'il y a des différences significatives dans les moyennes du degré du bien-être selon le poste occupé. L'hypothèse statistique est rejetée, l'hypothèse de recherche est acceptée.

➤ **Discussion de la troisième hypothèse :**

D'après la lecture statistique de la troisième hypothèse stipulant qu'il n'y'a pas de différence dans le degré du bien être selon les variables : genre, âge et poste occupé, on constate que la différence existe selon l'âge et le poste occupé mais pas selon le genre, l'hypothèse statistique est rejetée l'hypothèse de recherche est acceptée.

Par rapport à la variable d'âge, Delbrouk (2003) dans son étude met l'accent sur la vulnérabilité des plus jeunes à l'épuisement émotionnel en les comparant aux plus âgés sous prétexte que le début de la carrière professionnelle est considéré comme une période difficile en termes de relations avec la hiérarchie, de plaisir au travail, de manque de clarté a propos de leur tâche, de charge émotionnelle au détriment d'une jeunesse en pleine énergie poussée par l'enthousiasme et le dévouement tout en fournissant le maximum d'effort en milieu de travail.

Par rapport à la variable de l'expérience professionnelle, Fontaine (cité par Franceschi-chaix, 1993) a illustré le modèle « type » de l'épuisement chez les soignants et plus particulièrement chez les infirmières. Elle montre que ce métier présente un risque d'épuisement professionnel à cause de l'inégalité de l'échange dans la relation infirmière-malade d'une part et son dévouement et son engagement dans le travail d'une autre part, elle œuvre auprès des personnes souffrantes qui sont parfois non reconnaissantes.

Toute cette énergie initiale est accrue par les conditions de travail moins propices (manque d'effectifs, de moyens techniques) ou encore les spécificités des soins qui sont gérés difficilement (soins intensifs, urgences, oncologie, pédiatrie..).

Au début de la carrière professionnelle, l'infirmière possède des motivations très élevées mais qui vont buter rapidement contre la réalité avec un sentiment d'impuissance et d'échec. Ces sentiments ne vont pas de soi avec les premières valeurs attribuées au soin. Ce qui génère un sentiment de honte suivi par un sentiment d'évitement.

En plus, elle pense que probablement ce sont les patients qui sont responsables de ce malaise et que ce n'est pas à elle seule que revient la responsabilité.

Cette projection permet de tirer du psychisme une pensée conflictuelle, l'infirmière déploie plus d'efforts malgré cette situation conflictuelle, mêlée de surmenage, de patients peu reconnaissants, et encore la souffrance et la mort que rencontre quasi régulièrement cette catégorie de professionnels.

1.4 Analyse et interprétation de la quatrième hypothèse :

La quatrième et la dernière hypothèse de notre recherche dit « Il n'y a pas de différences dans la perception des risques psychosociaux selon les variables: genre, âge et le poste occupé ». La prouver la validité de cette hypothèse à partir du test des différences significatives dans la perception des risques psychosociaux selon le genre et le test des différences significatives dans la perception des risques psychosociaux selon l'âge plus le test des différences significatives dans la perception des risques psychosociaux selon le poste occupé. Les résultats sont comme suit :

1.4.1 Test des différences significatives dans la perception des risques psychosociaux selon le genre :

Test T

Statistiques de groupe

	Genre	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne d'erreur standard
totalRPS	1	32	64,16	8,740	1,545
	2	68	61,06	12,416	1,506

Selon le test des différences significatives dans la perception des risques psychosociaux selon le genre, l'hypothèse statistique stipulant qu'il n'y a pas de différences dans la perception des risques psychosociaux est confirmée.

1.4.2 Test des différences significatives dans la perception des risques psychosociaux selon l'âge :

Tests d'homogénéité des variances

		Statistique de Levene	df1	df2	Sig.
totalRPS	Basé sur la moyenne	2,538	3	96	,061
	Basé sur la médiane	1,397	3	96	,248
	Basé sur la médiane avec ddl ajusté	1,397	3	54,972	,253
	Basé sur la moyenne tronquée	2,361	3	96	,076

ANOVA

totalRPS

	Somme des carrés	Df	Carré moyen	F	Sig.
Entre groupes	535,568	3	178,523	1,386	,252
Intra-groupes	12369,182	96	128,846		
Total	12904,750	99			

Selon le test des différences significatives dans la perception des risques psychosociaux selon l'âge, l'hypothèse statistique stipulant qu'il n'y a pas de différences dans la perception des risques psychosociaux selon l'âge est confirmée.

1.4.3 Test des différences significatives dans la perception des risques psychosociaux selon le poste occupé :

Tests d'homogénéité des variances

		Statistique de Levene	df1	df2	Sig.
totalRPS	Basé sur la moyenne	3,752	3	96	,013
	Basé sur la médiane	2,227	3	96	,090
	Basé sur la médiane avec ddl ajusté	2,227	3	70,104	,093
	Basé sur la moyenne tronquée	3,592	3	96	,016

ANOVA

totalRPS

	Somme des carrés	Df	Carré moyen	F	Sig.
Entre groupes	1054,474	3	351,491	2,847	,042
Intra-groupes	11850,276	96	123,440		
Total	12904,750	99			

Tests robustes d'égalité des moyennes

totalRPS

	Statistiques ^a	df1	df2	Sig.
Welch	2,277	3	33,249	,098

a. F distribué asymptotiquement

Tests post hoc

Comparaisons multiples :

Variable dépendante: totalRPS

	(I) pstocp	(J) pstocp	Différence moyenne (I-J)	Erreur standard	Sig.	95% Intervalle de confiance	
						Borne inférieure	Borne supérieure
Différence significative de Tukey	1	2	-2,264	3,773	,932	-12,13	7,60
		3	-1,206	4,073	,991	-11,85	9,44
		4	5,713	4,020	,489	-4,80	16,22
	2	1	2,264	3,773	,932	-7,60	12,13
		3	1,058	2,894	,983	-6,51	8,63
		4	7,977*	2,819	,029	,61	15,35
	3	1	1,206	4,073	,991	-9,44	11,85
		2	-1,058	2,894	,983	-8,63	6,51
		4	6,918	3,210	,143	-1,47	15,31
	4	1	-5,713	4,020	,489	-16,22	4,80
		2	-7,977*	2,819	,029	-15,35	-,61
		3	-6,918	3,210	,143	-15,31	1,47
C de Dunnett	1	2	-2,264	4,373		-15,48	10,95
		3	-1,206	4,715		-15,33	12,92
		4	5,713	4,938		-8,96	20,38
	2	1	2,264	4,373		-10,95	15,48
		3	1,058	2,630		-6,18	8,29
		4	7,977	3,011		-,28	16,23
	3	1	1,206	4,715		-12,92	15,33
		2	-1,058	2,630		-8,29	6,18
		4	6,918	3,490		-2,74	16,57
	4	1	-5,713	4,938		-20,38	8,96
		2	-7,977	3,011		-16,23	,28
		3	-6,918	3,490		-16,57	2,74

*. La différence moyenne est significative au niveau 0.05.

Selon le test des différences significatives dans la perception des risques psychosociaux selon le poste occupé, il y a des différences significatives dans les moyennes du degré de perception des risques psychosociaux selon le poste occupé. L'hypothèse statistique est rejetée l'hypothèse de recherche est acceptée.

➤ **Discussion de la quatrième hypothèse :**

A partir de l'analyse et l'interprétation conçus des tests des différences significatives dans la perception des risques psychosociaux selon le genre, l'âge et le poste occupé, l'hypothèse a été confirmée pour la variable du genre et de l'âge mais rejetée pour la variable du poste occupé.

Ce que signifie que les sources de mal être, de stress et d'anxiété au travail sont ressenties de la même façon quel que soit le niveau hiérarchique ou la fonction chargée.

Plusieurs travaux portent sur les sources liées à la satisfaction de l'individu au milieu de son environnement professionnel parmi eux nous citons la théorie de l'adéquation personne environnement (PE) qui offre un cadre conceptuel pour évaluer et prédire comment les caractéristiques du travailleur et du milieu de travail se combinent pour déterminer son bien-être.

Les caractéristiques de la personne (P) incluent ses besoins et ses capacités et les caractéristiques de l'environnement (E) englobent les apports et les possibilités de réponse aux besoins du travailleur ainsi que les exigences qui sollicitent ses capacités. Le concept personne/environnement désigne donc l'adéquation des caractéristiques psycho-sociales d'un individu aux conditions de travail de son environnement.

De cette façon la satisfaction au travail peut être évaluée grâce à ce concept (Caplan cité par Sauter & al, n.d.) et vice versa, l'adéquation peut être mauvaise par rapport aux besoins de l'individu (*adéquation besoins apports*) ou aux exigences du poste (*Adéquation exigences capacités*).

La notion d'adéquation entre les besoins et les apports se réfère à la manière dont les moyens et opportunités du cadre professionnel répondent aux besoins du travailleur. La notion d'adéquation entre les exigences professionnelles et les capacités recouvre la manière dont les compétences et les capacités du travailleur lui permettent de répondre aux impératifs de l'emploi. Ces deux types d'adéquation peuvent même se chevaucher. Ainsi, une surcharge de travail peut entraîner une réponse incomplète aux exigences de l'employeur et compromettre également le besoin de l'employé d'en satisfaire d'autres (Caplan cité par Sauter & al, n.d.). Cette notion englobe tous les types de poste occupé, donc si nous creusons plus profondément dans les types de fonction chargée et le niveau hiérarchique présenté selon chaque employeur, l'atteinte à la réalisation personnelle et au sentiment d'épanouissement va être plus compliquée à cause des différents risques socioprofessionnels qui menacent chaque type de poste de travail quelconque et donc ce dernier contribue autrement dans la perception des risques psychosociaux de la part des travailleurs.

Synthèse :

Dans ce dernier chapitre de notre thème de recherche on a pu citer les résultats obtenus des échelles que nous avons utilisées, ces dernières nous ont permis de répondre aux hypothèses et arriver à notre objectif de recherche.

Conclusion

Conclusion :

Dans notre recherche, nous avons traité la thématique qui porte sur le bien être du personnel hospitalier influencé par les risques psychosociaux, nous avons entamé notre étude au sein de l'Etablissement Hospitalier Spécialisé en Psychiatrie à Oued Ghir où nous avons pu vérifier nos hypothèses formulés préalablement.

La raison pour laquelle nous avons choisi cette thématique revient à l'importance fondamentale de phénomène étudié durant la prise en charge des patients reçus au centre hospitalier. Dans le cas de la psychologie clinique, la plupart des études porte sur les différents troubles psychiques qu'une personne peut atteindre, leurs signes, causes, comment on peut les diagnostiquer et les prévenir. Rarement qu'on trouve une recherche qui étudie les conditions dont un professionnel de santé entame son travail, son vécu avec l'environnement professionnel et les difficultés retrouvées considérées comme un empêchement au bon fonctionnement des soins offerts.

De ce fait, le bien être au travail est le sujet que nous avons traité chez le personnel hospitalier pour bien analyser la situation sous tous ses aspects. Nous avons parlé de différents risques psychosociaux qu'un professionnel peut faire face pendant son parcours de travail, leurs conséquences sur le plan individuelles et organisationnel.

Pour répondre aux hypothèses de notre recherche et atteindre notre objectif nous avons effectué un travail sur le terrain et recueilli des informations en revue à la littérature pour enrichir notre coté théorique. Nous avons opté à utilisé la méthode corrélationnel quantitative car c'éte la plus adéquate pour notre objectif de recherche et pour répondre à nos hypothèses.

Le recueil des données été grâce à l'échelle du bien être et celle des risques psychosociaux que nous avons diffusé au sein de l'EHSP de la commune de Oued Ghir. Notre population d'études est composé de 100 personnels hospitaliers classé en quatre catégories : médecin, infirmier, aide soignant et personnel administratif parmi eux 68 de la gent féminine et 32 de la gent masculine.

Les données de cette recherche ont été analysées grâce à logiciel de SPSS, avec lequel on a pu répartir notre population selon les variables : genre, âge, année d'expérience et le poste occupé. Les résultats de notre recherche ont été présentés et on a pu répondre aux hypothèses de départ. Les résultats finales montrent que les conditions de travail peuvent présenter des risques psychosociaux et que le lien entre le bien être et ces risques se présente dans le fait que plus le degré des risques psychosociaux est élevé plus celui du bien être est bas.

Ce travail de recherche nous a permis d'enrichir nos connaissances sur cette thématique, sortir un peu des thématiques psychopathologiques et pencher vers les circonstances et les conditions que tous les professionnels de la santé vivent pendant la réalisation de leur tâches.

Nous espérons que cette étude pourra contribuer dans les prochains travaux et que ça sera une source importante pour les thématiques convergentes dans l'objet d'étude.

Nous souhaitant aussi et espérant que les conditions de travail s'améliore dans tous les domaines soit de santé ou autres et que la souffrance professionnelle physique et psychique va être prise en considération avec une propagation des moyens de prévention à appliquer d'une manière constructive.

Liste bibliographique

- Angers, M. (1997). « Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines » (3^{ème} éd.). Anjou (Québec) : CEC.
- Askenazy, P., Caroli, E., & Marcus, V. (2007). « Les risques psychosociaux au travail ». La Découverte.
- Barthod-Prothade, M. (2012). « Le bien être donne-t-il du sens au travail ? » (Revue internationale de psychologie et de gestion des comportements organisationnels). 18 (46), 123-157.
- Boudon, R. (1969). « Les méthodes en sociologie » (n 1334). Paris : Presses universitaires de France.
- Bruchon-Schweitzer, M. (2002). « Psychologie de la santé : modèles, concepts et méthodes ». Paris : Dunod.
- BRUN J.P., BIRON C. et IVERS H., 2007, « Démarche stratégique de prévention des problèmes de santé mentale au travail », Rapport R-514 de l'IRSST.
- Canouï, P., Mauranges, A., & Flonrentin, A. (2015). « Le burn-out à l'hôpital : Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants » (5^e éd.). Elsevier Masson.
- Charles-André Pigeot, Romain Pigeot, « le guide du bien-être au travail, chaire en gestion de la santé et de la sécurité au travail dans les organisations », université Laval, éditeur Eyrolles, Québec.
- Click and Care. (2023, juillet 12). « Les différences entre le personnel hospitalier et le personnel soignant ». <https://clickandcare.fr/blog/128-les-differences-entre-le-personnel-hospitalier-et-le-personnel-soignant>
- Dugas Ninon, Jean-Pierre Brun, January 2005 article « la reconnaissance au travail : analyse d'un concept riche de sens ».

- Estryn-Behar, M. (2004). « Santé, satisfaction au travail et abandon du métier de soignant : étude PRESST-NEXT. Partie 1 : premiers résultats de l'enquête initiale de novembre 2002 » (Rapport). AP-HP.
- Franck Brillet- isabelle sauviat- Emilie SOUFFLET, 2017 « Risques psychosociaux et qualité de vie au travail ».
- Frédéric Chapelle, « collection aide-mémoire risques psychosociaux et qualité de vie au travail en 36 notions », Edition : Dunod.
- Gollac, M., & Bodier, M. (2011). « Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser » (Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail). Ministère du travail, de l'Emploi et de la Santé.
- Iraïn, Marina. « Le monde hospitalier : le bien-être du personnel soignant influencé par des facteurs externes et internes ». Faculté de santé publique, Université catholique de Louvain, 2022. Prom. : Gobert, Patrice. <http://hdl.handle.net/2078.1/thesis:34510>
- Larousse. (s.d). Bien-être. Dans Dictionnaire français Larousse en ligne. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/bien%C3%AAtre/9159>
- Légeron, P. (2001). « Le stress au travail ». Paris : Odile Jacob.
- LibreTexts. (2023). « Components of psychological health ». https://med.libretexts.org/Workbench/HP_200_Physical_Well-Being/.05%3A_Psychological_Health/5.01%3A_Components_of_Psychological_Health
- LibreTexts. (2023). « Factors that influence psychological well-being ». https://med.libretexts.org/Workbench/HP_200_Physical_Well-Being/.05%3A_Psychological_Health/5.02%3A_Factors_That_Influence_Psychological_Well-Being
- MARTIN Seligman, « Le bonheur authentique » (traduit par D. Champagne). Québec. QC. Les Editions Goélette, 2004.

- MARTIN Seligman, « S'EPANOUIR, Pour un nouvel art du bonheur et du bien-etre », Préface de Christophe André, Traduit de l'américain par Brigitte Vadé, 2011.
- Mounia ORABI, Chafik BENTALEB, 2015 « le bien-être au travail au maroc : Essai de contextualisation, groupe de recherche en Gestion des Organisations Ecole Nationale de Commerce et Gestion », Marrakech.
- Pierre-Eric SUTTER, 2021 « encourager le bien être au travail », 3^{eme} Edition.
- Revue Gestion. (2023). « De réels risques psychosociaux liés au travail ».<https://www.revuegestion.ca/de-reels-risques-psychosociaux-lies-au-travail>
- Schaufeli, W.B., &Enzmann, D. (1998). « The Burnout Companion to Study and Practice: A Critical. Analysis». Taylor & Francis.
- Valléry, G., & Leduc, S. (2012). « Les risques psychosociaux » (n°3958, Que sais-je ?). Presses Universitaires de France.
- Zarge, A. (2013). « Méthodologie de la recherche en sciences sociales : manuel de recherche sociale à l'usage des étudiants ». Paris : Editions L'Harmattan.

Annexes

Annexe N01 : Echelle du bien être.

Les données personnelles :

Remarque : cochez la case appropriée :

Le genre : masculin ☐ féminin ☐

Catégorie d'âge : 20-30 ans ☐ 31-40 ans ☐ 41-50 ans ☐ 51 et plus ☐

Année d'expérience : 1-5 ans ☐ 6-10ans ☐ 11-15 ans ☐ 16-20 ans ☐

20 ans et plus ☐

Poste occupé :





Médecin ☐ Infirmier ☐ Aide soignant ☐ Personnel administratif ☐

Consigne : veuillez indiquer, pour chacune des cinq affirmations, laquelle se rapproche le plus de ce que vous avez ressenti au cours des deux dernières semaines.

Au cours des 2 dernières semaines	Tout le temps	La plupart du temps	Plus de la moitié du temps	Moins de la moitié du temps	De temps en temps	Jamais
1. Je me suis senti(e) bien et de bonne humeur.						
2. Je me suis senti(e) calme et tranquille.						
3. Je me suis senti(e) plein(e) d'énergie et vigoureux (se).						
4. Je me suis réveillé(e) en me sentant frais (che) et dispos(e).						
5. Ma vie quotidienne a été remplie de choses intéressantes.						

Annexe N02 : Echelle des facteurs de risques psychosociaux.

Consigne : veuillez lire attentivement les sept dimensions de « famille de facteurs de risques psychosociaux » et indiquer le niveau d'intensité qui représente votre cas.

Famille de facteurs de RPS	Niveau d'intensité des facteurs de risque			
	Non concerné 	Faible 	Modéré 	Élevé 
Intensité et complexité du travail				
1. Contraintes de rythmes de travail				
2. Niveau de précision des objectifs de travail				
3. Adéquation des objectifs avec les moyens et les responsabilités				
4. Compatibilité des instructions de travail entre elles				
5. Gestion de la polyvalence				
6. Interruption dans le travail				
7. Attention et vigilance dans le travail				
Horaires de travail difficiles				
8. Durée hebdomadaire du travail				
9. Travail en horaires atypiques				
10. Extension de la disponibilité en dehors des horaires de travail				
11. Prévisibilité des horaires de travail et anticipation de leur changement				
12. Conciliation entre vie professionnelle et vie personnelle				
Exigences émotionnelles				
13. Tensions avec le public				
14. Confrontation à la souffrance d'autrui				
15. Maîtrise des émotions				
Faible autonomie au travail				
16. Autonomie dans la tâche				
17. Autonomie temporelle				
18. Utilisation et développement des compétences				
Rapports sociaux au travail dégradés				
19. Soutien de la part des collègues				
20. Soutien de la part des supérieurs hiérarchiques				
21. Violence interne au travail				
22. Reconnaissance dans le travail				
Conflits de valeurs				
23. Qualité empêchée				
24. Travail inutile				
Insécurité de l'emploi et du travail				
25. Insécurité socio-économique (emploi, salaire, carrière...)				
26. Conduite du changement dans l'entreprise				

Annexe N03 : Les résultats du logiciel SPSS.

Les statistiques descriptives :

		Genre			
		Fréquence	Pourcentage		
Valide	1	32	32,0		
	2	68	68,0		
	Total	100	100,0		

		Age			
		Fréquence	Pourcentage		
Valide	1	54	54,0		
	2	26	26,0		
	3	16	16,0		
	4	4	4,0	4,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

		Annexp			
		Fréquence	Pourcentage		
Valide	1	100	100,0		

		Pstocp			
		Fréquence	Pourcentage		
Valide	1	11	11,0		
	2	41	41,0		
	3	23	23,0		
	4	25	25,0		
	Total	100	100,0		

- Les résultats d'analyse de la première hypothèse :

1ère dimension : Intensité et complexité du travail et bien-être.

Corrélations			
		dim1	totalRPS
dim1	Corrélation de Pearson	1	,736**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	100	100

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

2ème dimension: Horaires du travail difficiles et bien-être.

Corrélations

Corrélations		totalRPS	dim2
totalRPS	Corrélation de Pearson	1	,577**
	Sig. (bilatérale)		,000
N		100	100

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

3ème dimension: Exigences émotionnelles et bien-être.

Corrélations		totalRPS	dim3
totalRPS	Corrélation de Pearson	1	,676**
	Sig. (bilatérale)		,000
N		100	100

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

4ème dimension: Faible autonomie au travail et bien-être.

Corrélations		totalRPS	dim4
totalRPS	Corrélation de Pearson	1	,739**
	Sig. (bilatérale)		,000
N		100	100

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

5ème dimension: Rapports sociaux au travail dégradés et bien-être.

Corrélations		totalRPS	dim5
totalRPS	Corrélation de Pearson	1	,773**
	Sig. (bilatérale)		,000
N		100	100

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

6ème dimension: Conflits de valeurs et bien-être.

Corrélations		totalRPS	dim6
totalRPS	Corrélation de Pearson	1	,342**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	100	100

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

7ème dimension: Insécurité de l'emploi et du travail et bien-être.

Corrélations		totalRPS	dim7
totalRPS	Corrélation de Pearson	1	,488**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	100	100

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

- **Les résultats d'analyse de la deuxième hypothèse :**

Corrélations		Totalbientr	totalRPS
Totalbientr	Corrélation de Pearson	1	-,219*
	Sig. (bilatérale)		,029
	N	100	100
totalRPS	Corrélation de Pearson	-,219*	1
	Sig. (bilatérale)	,029	
	N	100	100

*****. La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

Analyse de la régression linéaire

Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation	Variation de R-deux	Modifier les statistiques			Sig. Variation de F
						Variation de F	ddl 1	ddl2	
1	,348 ^a	,121	,054	4,419	,121	1,811	7	92	,094

a. Prédicteurs : (Constante), dim7, dim2, dim6, dim1, dim3, dim5, dim4

Coefficients^a

Modèle		Intervalle de confiance à 95,0% pour B		Corrélations		
		Borne inférieure	Borne supérieure	Corrélation simple	Partielle	Partielle
1	(Constante)	15,434	25,802			
	dim1	-,555	-,004	-,229	-,206	-,197
	dim2	-,330	,301	-,087	-,010	-,009
	dim3	-,656	,248	-,109	-,093	-,087
	dim4	-,090	,940	-,041	,169	,160
	dim5	-,482	,441	-,165	-,009	-,009
	dim6	-,553	,590	-,089	,007	,006
	dim7	-1,318	-,068	-,252	-,224	-,215

a. Variable dépendante : totalbientr

- Les résultats d'analyse de la troisième hypothèse :

Test des différences significatives dans le degré du bien être selon le genre

Test T

Statistiques de groupe

Statistiques de groupe					Moyenne d'erreur standard
	Genre	N	Moyenne	Ecart type	
totalbientr	1	32	14,91	5,076	,897
	2	68	13,47	4,234	,513

Test ANOVA des différences significatives dans le degré du Bien-être selon l'âge

Tests d'homogénéité des variances

		Statistique de Levene	df1	df2	Sig.
totalbientr	Basé sur la moyenne	1,779	3	96	,156
	Basé sur la médiane	1,665	3	96	,180
	Basé sur la médiane avec ddl ajusté	1,665	3	93,353	,180
	Basé sur la moyenne tronquée	1,773	3	96	,157

ANOVA

totalbientr

	Somme des carrés	df	Carré moyen	F	Sig.
Entre groupes	176,164	3	58,721	3,017	,034
Intra-groupes	1868,346	96	19,462		
Total	2044,510	99			

Comparaisons multiples :

Variable dépendante: totalbientr

C de Dunnett

		Différence moyenne (I-J)	Erreur standard	95% Intervalle de confiance	
(I) age	(J) age			Borne inférieure	Borne supérieure
1	2	-2,952*	,935	-5,48	-,42
	3	-1,947	1,305	-5,64	1,74
	4	-2,759	2,581	-14,87	9,35
2	1	2,952*	,935	,42	5,48
	3	1,005	1,323	-2,76	4,77
	4	,192	2,591	-11,94	12,32
3	1	1,947	1,305	-1,74	5,64
	2	-1,005	1,323	-4,77	2,76
	4	-,812	2,746	-13,15	11,53
4	1	2,759	2,581	-9,35	14,87
	2	-,192	2,591	-12,32	11,94
	3	,813	2,746	-11,53	13,15

*. La différence moyenne est significative au niveau 0.05.

Test ANOVA des différences significatives dans le degré du bien être selon le poste occupé

Tests d'homogénéité des variances

		Statistique de Levene	df1	df2	Sig.
totalbientr	Basé sur la moyenne	1,779	3	96	,156
	Basé sur la médiane	1,665	3	96	,180
	Basé sur la médiane avec ddl ajusté	1,665	3	93,353	,180
	Basé sur la moyenne tronquée	1,773	3	96	,157

ANOVA

Totalbientr

	Somme des carrés	df	Carré moyen	F	Sig.
Entre groupes	176,164	3	58,721	3,017	,034
Intra-groupes	1868,346	96	19,462		
Total	2044,510	99			

Tests robustes d'égalité des moyennes

totalbientr

	Statistiques ^a	df1	df2	Sig.
Welch	3,150	3	13,012	,061

a. F distribué asymptotiquement

Tests post hoc

Comparaisons multiples :

Variable dépendante: totalbientr

C de Dunnett

(I) age	(J) age	Différence moyenne (I-J)	Erreur standard	95% Intervalle de confiance	
				Borne inférieure	Borne supérieure
1	2	-2,952*	,935	-5,48	-,42
	3	-1,947	1,305	-5,64	1,74
	4	-2,759	2,581	-14,87	9,35
2	1	2,952*	,935	,42	5,48
	3	1,005	1,323	-2,76	4,77
	4	,192	2,591	-11,94	12,32
3	1	1,947	1,305	-1,74	5,64
	2	-1,005	1,323	-4,77	2,76
	4	-,812	2,746	-13,15	11,53
4	1	2,759	2,581	-9,35	14,87
	2	-,192	2,591	-12,32	11,94
	3	,813	2,746	-11,53	13,15

*. La différence moyenne est significative au niveau 0.05.

- Les résultats d'analyse de la quatrième hypothèse :

Test des différences significatives dans la perception des risques psychosociaux selon le genre

Test T

Statistiques de groupe					Moyenne d'erreur standard
	genre	N	Moyenne	Ecart type	
totalRPS	1	32	64,16	8,740	1,545
	2	68	61,06	12,416	1,506

Test des différences significatives dans la perception des risques psychosociaux selon l'âge

Tests d'homogénéité des variances

		Statistique de Levene	df1	df2	Sig.
totalRPS	Basé sur la moyenne	2,538	3	96	,061
	Basé sur la médiane	1,397	3	96	,248
	Basé sur la médiane avec ddl ajusté	1,397	3	54,972	,253
	Basé sur la moyenne tronquée	2,361	3	96	,076

ANOVA

totalRPS

	Somme des carrés	df	Carré moyen	F	Sig.
Entre groupes	535,568	3	178,523	1,386	,252
Intra-groupes	12369,182	96	128,846		
Total	12904,750	99			

Test des différences significatives dans la perception des risques psychosociaux selon le poste occupé

Tests d'homogénéité des variances

		Statistique de Levene	df1	df2	Sig.
totalRPS	Basé sur la moyenne	3,752	3	96	,013
	Basé sur la médiane	2,227	3	96	,090
	Basé sur la médiane avec ddl ajusté	2,227	3	70,104	,093
	Basé sur la moyenne tronquée	3,592	3	96	,016

ANOVA

totalRPS

	Somme des carrés	df	Carré moyen	F	Sig.
Entre groupes	1054,474	3	351,491	2,847	,042
Intra-groupes	11850,276	96	123,440		
Total	12904,750	99			

Tests robustes d'égalité des moyennes

totalRPS

	Statistiques ^a	df1	df2	Sig.
Welch	2,277	3	33,249	,098

a. F distribué asymptotiquement

Tests post hoc

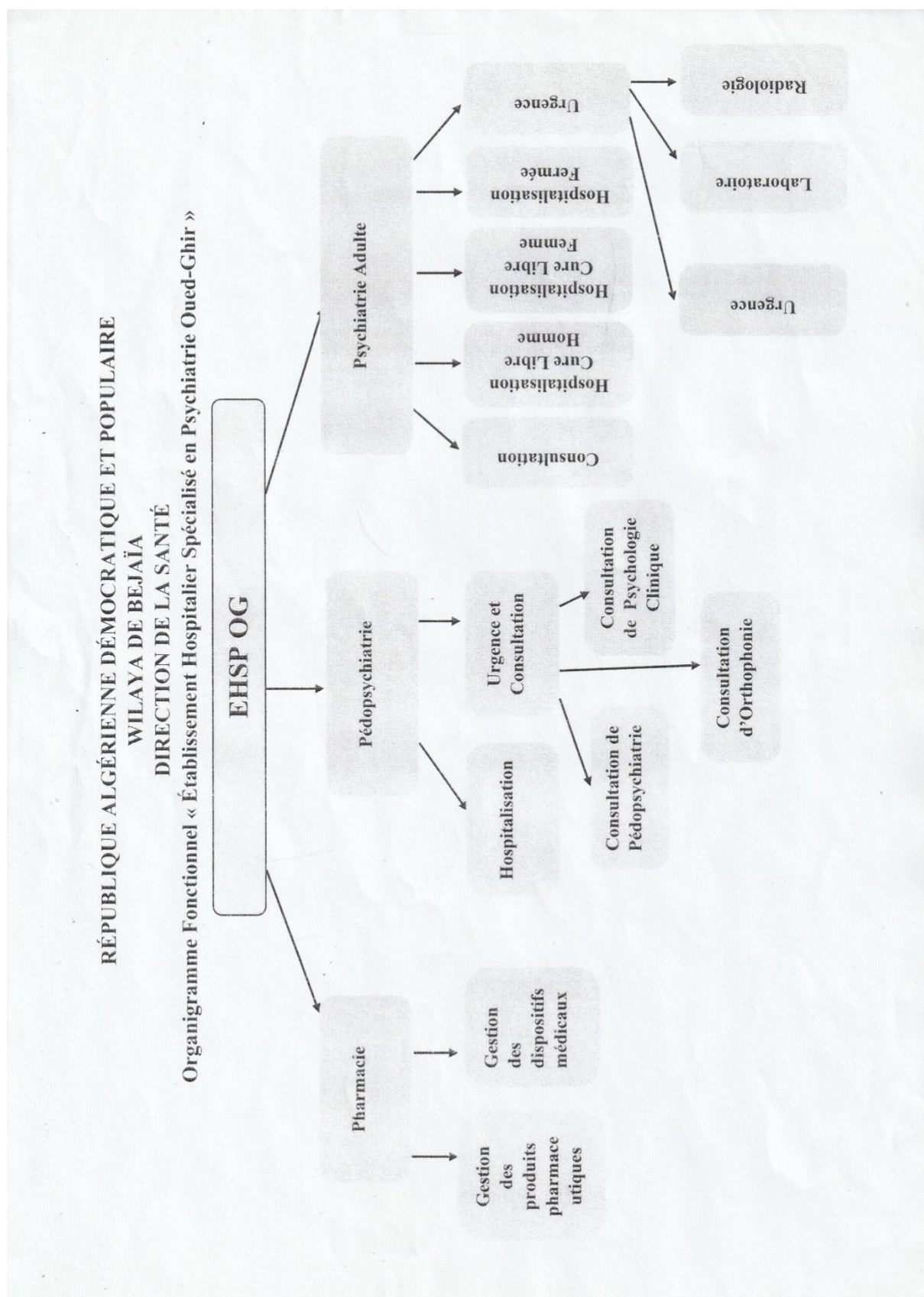
Comparaisons multiples :

Variable dépendante: totalRPS

	(I) pstocp	(J) pstocp	Différence moyenne (I-J)	Erreur standard	Sig.	95% Intervalle de confiance	
						Borne inférieure	Borne supérieure
Différence significative de Tukey	1	2	-2,264	3,773	,932	-12,13	7,60
		3	-1,206	4,073	,991	-11,85	9,44
		4	5,713	4,020	,489	-4,80	16,22
	2	1	2,264	3,773	,932	-7,60	12,13
		3	1,058	2,894	,983	-6,51	8,63
		4	7,977*	2,819	,029	,61	15,35
	3	1	1,206	4,073	,991	-9,44	11,85
		2	-1,058	2,894	,983	-8,63	6,51
		4	6,918	3,210	,143	-1,47	15,31
	4	1	-5,713	4,020	,489	-16,22	4,80
		2	-7,977*	2,819	,029	-15,35	-,61
		3	-6,918	3,210	,143	-15,31	1,47
C de Dunnett	1	2	-2,264	4,373		-15,48	10,95
		3	-1,206	4,715		-15,33	12,92
		4	5,713	4,938		-8,96	20,38
	2	1	2,264	4,373		-10,95	15,48
		3	1,058	2,630		-6,18	8,29
		4	7,977	3,011		-,28	16,23
	3	1	1,206	4,715		-12,92	15,33
		2	-1,058	2,630		-8,29	6,18
		4	6,918	3,490		-2,74	16,57
	4	1	-5,713	4,938		-20,38	8,96
		2	-7,977	3,011		-16,23	,28
		3	-6,918	3,490		-16,57	2,74

*. La différence moyenne est significative au niveau 0.05.

Annexe04 : L'organigramme.



Résumé :

« L'influence des risques psychosociaux sur le bien être du personnel hospitalier : cas de l'hôpital de Oued Ghir »

La présente étude a pour objectif d'étudier le bien être du personnel hospitalier et les différents risques psychosociaux qui l'influence afin de tester l'effet de ces risques sur la performance optimale des soins établis au sein de l'établissement hospitalier, les relations professionnelles entre collègues ou avec les supérieurs hiérarchiques et la santé mentale du personnel en soi.

Cette recherche a été effectuée auprès de l'Etablissement Hospitalier Spécialisé en Psychiatrie (l'EHSP) de la commune d'Oued Ghir en optant pour l'utilisation de la méthode quantitative corrélationnelle. Pour y arriver, nous avons opté pour un échantillon de 100 personnels. La vérification de nos hypothèses a nécessité le recours à la méthode de recueil des données où nous avons utilisé deux échelles de mesure : une pour mesurer le bien être et l'autre pour la mesure des facteurs de risque psychosociaux.

Le processus d'analyse des données établi à l'aide du logiciel SPSS, a permis de tester les hypothèses formulées dans le cadre de cette recherche.

Les résultats suggèrent la confirmation de nos hypothèses, certaines conditions de travail présentent des risques psychosociaux qui impactent le bien être du personnel hospitalier. Ce qui signifie qu'il y a une relation significative entre ces risques et le bien être des personnels hospitaliers : plus le degré des risques psychosociaux est élevé plus celui du bien être est bas.

Nous espérons que cette étude pourra contribuer dans les prochains travaux et que ca sera une bonne source pour des thématiques convergentes dans l'objet d'étude.

Mots clés : Le bien être, les risques psychosociaux, santé mentale.

Abstract:**« The influence of psychosocial risks on the well-being of hospital staff: a case study of Oued Ghir Hospital »**

This study aims to examine the well-being of hospital staff and the psychosocial risks that affect them, in order to assess the impact of these risks on care quality, professional relationships (with colleagues and superiors), and the mental health of the staff themselves.

The research was conducted at the Specialized Hospital Establishment in Psychiatry (EHSP) located in the commune of Oued Ghir, using a quantitative correlational approach. A sample of 100 staff members was selected for the study. Data was collected using two validated measurement scales: one assessing well-being and the other assessing psychosocial risk factors.

The data analysis process established using SPSS software, allowed us to test the hypotheses formulated in the context of this research.

The results suggest the confirmation of our hypotheses: certain working conditions present psychological risks that impact the well-being of hospital staff. This means that there is a significant relationship between these risks and the well-being of hospital staff: as psychosocial risks increase, well-being tends to decrease.

We hope that this study may serve as a valuable contribution to future researches and helps to further explore related themes in the subject of study.

Keywords: Well-being, psychosocial risks, mental health.