



Article Original

Évaluation des Facteurs de Risques Psychosociaux chez les Professionnels de Santé à Pointe-Noire (Congo)

Assessment of psychosocial risk factors among health professionals in Pointe-Noire, (Congo)

Ebenguella Ebatetou Ataboho^{1,2}, Jisca Kikouassi Bakala³, Patricia Atipo-Galloye⁴, Philippe Renaud Kalina Menga³, Jysses Geoffroy Kokolo⁵, Donatien Moukassa²

1. Service de Médecine du travail, Clinique TOTAL EP CONGO Pointe – Noire, Congo-Brazzaville.
2. Faculté des Sciences de la Santé, Université Marien Nguabi, Brazzaville, Congo
3. Clinique CMC Medico (Netcare), Pointe-Noire, Congo
4. Faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie, Université Cheikh Anta Diop, Dakar, Sénégal
5. Hôpital Général Adolphe Sicé, Pointe-Noire, Congo

Auteur correspondant :

Dr Ebenguella Ebatetou Ataboho
Adresse e-mail : ebatetou@gmail.com
Tel. 00.242.069741224

Mots-clés : Facteurs de risques Psychosociaux, Professionnels de la santé, Pointe-Noire

Keywords: Psychosocial risk factors, Health professionals, Pointe-Noire

RÉSUMÉ

Objectif. Décrire les facteurs de risque psychosociaux au travail chez les professionnels de santé à Pointe-Noire. **Matériels et méthodes.** Il s'est agi d'une étude transversale descriptive prospective qui s'était déroulée dans deux centres de santé de Pointe-Noire. Un questionnaire monté selon le modèle « demande-contrôle-soutien » de KARASEK et l'outil d'évaluation des risques psychosociaux de l'INRS version 2013, avait été utilisé pour recueillir les données.

Résultats. Parmi les 150 personnels de santé étudiés, 56,45% avaient un risque élevé d'avoir un impact négatif sur leur santé en rapport avec la surexposition aux facteurs de risques psychosociaux au travail. L'intensité et rythme de travail, le conflit de valeur et l'insécurité économique ont été les dimensions les plus critiques identifiées avec respectivement 84,67%, 85,33% et 68,67% d'individus exposés. En revanche, l'autonomie et marge de manœuvre ainsi que les rapports socio-professionnels présentaient les dimensions positives. Les professionnels de santé de sexe féminin étaient plus exposés à la dimension « exigences émotionnelles » des facteurs de risques psychosociaux que leurs collègues masculins ($p=0,000018$). De même, les personnels exerçant dans le secteur public (44,19%) ont rapporté une forte exigence émotionnelle par rapport à ceux travaillant dans le secteur privé (22,06%) ($p=0,00089$).

Conclusion. Nos résultats montrent que les risques psychosociaux constituent une exposition professionnelle réelle chez les personnels soignants à Pointe-Noire et suggèrent de ce fait la mise en place de moyens de prévention.

ABSTRACT

Objective. To describe the psychosocial risk factors at work among health professionals in Pointe-Noire. **Methods.** This was a prospective cross-sectional descriptive study that took place in two health centers in Pointe-Noire. A questionnaire assembled according to the KARASEK "demand-control-support" model and the 2013 version of the INRS psychosocial risk assessment tool was used to collect the data. **Results.** We studied one hundred and fifty health personnels and 56.45% had a high risk of having a negative impact on their health in relation to overexposure to psychosocial risk factors at work. Work intensity and rhythm (84.67%), value conflicts (85.33%) and economic insecurity (68.67%) were the most critical dimensions identified of exposed individuals. On the other hand, autonomy and flexibility as well as socio-professional relations had positive dimensions. Female health professionals were more exposed to the "emotional demands" dimension of psychosocial risk factors than their male colleagues ($p=0.000018$). Similarly, staff working in the public sector (44.19%) reported higher emotional demands than those working in the private sector (22.06%) ($p=0.00089$). **Conclusion:** Our results show that psychosocial risks constitute a real occupational exposure among the nursing staff in Pointe-Noire and therefore suggest the implementation of means of prevention.

INTRODUCTION

L'évolution du monde de travail a entraîné l'intensification du rythme de travail, la diminution des effectifs, la flexibilité et la précarité des emplois. Toutes ces conditions ont placé au-devant de la scène des risques professionnels encore peu étudiés par les politiques et les entreprises en comparaison à d'autres risques (chimiques, physiques et biologiques) : Ce sont

des risques psychosociaux dits « risques émergents » Il s'agit du « Stress », de la « violence », du « harcèlement moral », de la « souffrance au travail »... autant d'expressions [1].

Les données épidémiologiques mondiales fournissent des éléments convaincants sur les effets des facteurs de risque psychosociaux sur la santé humaine. Elles soulignent en effet leurs effets importants dans la

survenue des maladies cardiovasculaires, des affections de la santé mentale et des troubles musculosquelettiques. Toutes démontrent un accroissement de ces pathologies pouvant atteindre 50% à 100% en cas d'exposition élevée aux facteurs de risques psychosociaux au travail [2,3].

En plus, il est important de souligner la particularité des agents de santé face aux risques psychosociaux. Car, au-delà des risques professionnels classiques inhérents aux activités ordinaires de travail (risques physiques, chimiques et biologiques), ils accumulent des risques propres liés à leur travail de soignants : risques biologiques élevés et risques psychosociaux (stress) cela par le fait, du contact avec des personnes en souffrance, des horaires de travaux fluctuants et du contact avec le public [4].

Au Québec, plus de 88 % sur 295 des paramédicaux qui avaient participé à une étude présentaient au moins un facteur de risque de maladie cardiovasculaire chez les professionnels exposés aux forts risques psychosociaux. De même, cette étude spécifiait que ces paramédicaux réalisaient un travail à risque pouvant affecter aussi leur santé mentale et physique [5].

En France, un travailleur sur deux déclare être stressé au travail et ressentir intensément les rythmes imposés et/ou un manque de reconnaissance au regard de l'implication déployée [6].

Seulement, au Congo-Brazzaville, Outre le travail d'Ebatetou *et al* sur les « troubles du sommeil et travail posté chez les infirmiers d'un hôpital du Congo-Brazzaville » [7], les facteurs de risques psychosociaux chez les professionnels de santé n'ont pas encore fait l'objet d'une étude scientifique.

Ainsi, cette étude a été menée à Pointe-Noire, au Congo-Brazzaville, dans le but de décrire les facteurs de risques psychosociaux au travail chez les professionnels de santé.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Cadre, type et population d'étude

Notre étude a eu pour cadre l'hôpital général Adolphe Sicé et la clinique Netcare de Pointe-Noire. Nous avons réalisé une étude prospective descriptive et transversale de Décembre 2017 à Avril 2018 soit une durée de cinq (5) mois.

La population d'étude, recrutée sur un mode d'échantillonnage exhaustif, était constituée des personnels soignants exerçant dans les services d'urgences hospitalières, les services de soins ambulatoires et consultation externe et les services d'hospitalisation, présents au moment de l'enquête et qui ont acceptés de remplir le questionnaire. Ce personnel soignant devrait avoir au moins vingt (20) heures de travail par semaine et douze (12) mois de service effectif.

Méthodes d'étude

Procédure

Dans chaque service, l'enquête a été gérée par l'infirmier surveillant du service. Les questionnaires ont été distribués à tous les soignants. Les questionnaires remplis ont été collectés à la fin de chaque semaine.

Variables d'étude

Les différentes données de l'étude ont été recueillies à partir d'un questionnaire dérivé de la version française du modèle de Karasek et Theorell [8] et de l'outil risques psychosociaux-document unique développé par l'Institut National de Recherche en Sécurité de la France [9]. La mesure des impacts des risques psychosociaux est faite selon le modèle « demande-contrôle-soutien au travail ». Les différentes variables d'étude ont été :

- Les caractéristiques générales et socio-professionnelles : le sexe, l'âge, l'ancienneté dans le service, le type de contrat, le secteur d'activité (privé/public), le poste de travail et le service.
- Les facteurs de risques psychosociaux : nous avons considéré les six dimensions des risques psychosociaux : l'intensité du travail et temps de travail, les exigences émotionnelles le manque d'autonomie et de marges de manœuvre, la mauvaise qualité des rapports sociaux et relations de travail, les conflits de valeur et l'insécurité de la situation de travail.

Critères de jugement

Dans cette étude, nous n'étions pas intéressés aux mécanismes par lesquels l'exposition aux risques psychosociaux provoquait les troubles de santé aux soignants mais uniquement à leurs facteurs de risques.

Notre grille d'évaluation des risques psychosociaux recensait six dimensions de facteurs de risques psychosociaux comme cités ci-haut. Chaque facteur de risque était décomposé en sous-thèmes spécifiques qui ont été indépendamment analysés et traités. Le sous-thème a été ensuite exploré à travers une question. Soit une grille de quarante-cinq (45) questions. Quatre modalités de réponses étaient possibles selon une échelle de Likert : Jamais=1, Parfois=1, Souvent=3 et Toujours=4.

- Intensité et rythme de Travail : Le score total était compris entre 15 à 60 points. Un score élevé c'est-à-dire supérieur à 30 indique une forte charge de travail (mauvaise condition).
- Exigences émotionnelles : Le score total était compris entre 03 et 12. Plus le score était élevé, plus le facteur émotionnel était présent dans l'emploi (condition mauvaise si score supérieure à 6).
- Autonomie et marges de manœuvre : Le score total est compris entre 07 et 28. Plus le score de la latitude décisionnelle était élevée, plus elle est présente dans l'emploi (bonne condition si score supérieur à 14).
- Relation au travail et soutien social : Le score total était compris entre 08 et 32. Un score élevé, supérieur à 16 indique un bon soutien social.
- Conflit de valeur : Le score total était compris entre 07 et 28. Un score élevé supérieur à 14 indique une absence de conflits de valeur (bonne condition).
- Insécurité sociale et économique : Le score total est compris entre 05 et 20. Un score élevé, supérieur à 10 indique une absence d'insécurité sociale (bonne condition).

Analyse statistique

Nous avons utilisé les logiciels de traitement de données Graphpad Prism version 5.0.0.288 et Microsoft Excel version 8 pour le traitement des données et l'élaboration des graphes.

Le calcul des paramètres de position (médiane et moyenne) et de dispersion (minimum, maximum, variance et écart type) des variables quantitatives, ainsi que celui des fréquences pour les variables qualitatives ont constitué l'analyse univariée de notre étude.

L'analyse bivariée a été faite par le calcul des P-values avec le programme de comparaison de données qui utilise le test de χ^2 (Pearson ou Fisher). La p-value a été fixée à inférieure ou égale à 0,05.

RÉSULTATS

Caractéristiques générales et socio-professionnelles de la population.

Le tableau 1 résume l'ensemble des paramètres épidémiologiques de notre population d'étude.

Les extrêmes d'âge ont été de 23 et 59 ans avec une moyenne d'âge de $39,31 \pm 8,13$ ans. L'âge médian était de 37 ans.

Le Sexe Ratio (F/H) était de 1,1.

La moyenne d'ancienneté était de $7,53 \pm 7,07$ ans.

Tableau 1 : Récapitulatif des données épidémiologiques

| | Effectif | % |
|--------------------|----------|--------|
| Age (ans) | | |
| 20-29 | 11 | 7,28 |
| 30-39 | 81 | 54,30 |
| 40-49 | 34 | 22,52 |
| 50-59 | 24 | 15,89 |
| Sexe | | |
| Masculin | 71 | 47,30 |
| Féminin | 79 | 52,70 |
| Secteur d'activité | | |
| Public | 82 | 54,97 |
| Privée | 68 | 45,03 |
| Ancienneté (ans) | | |
| 0-9 | 113 | 75,33 |
| 10-19 | 28 | 18,67 |
| 20-29 | 8 | 5,33 |
| >30 | 1 | 0,67 |
| Type de contrat | | |
| CDD* | 32 | 21,19 |
| CDI** | 85 | 56,95 |
| Prestataire | 15 | 9,93 |
| Sans Contrat | 18 | 11,92 |
| Total | 150 | 100,00 |

*CDD : Contrat à durée déterminée,
**CDI : Contrat à durée indéterminée

Facteurs de risques psychosociaux

Facteurs de risques psychosociaux dans la population générale

Suivant le niveau d'exposition de notre échantillon aux risques psychosociaux (RPS), nous avons réparti les soignants en deux groupes pour chaque facteur de RPS (figure 1). Dans son ensemble 56,45% des soignants présentaient un risque élevé d'impact négatif de ces facteurs de RPS au travail.

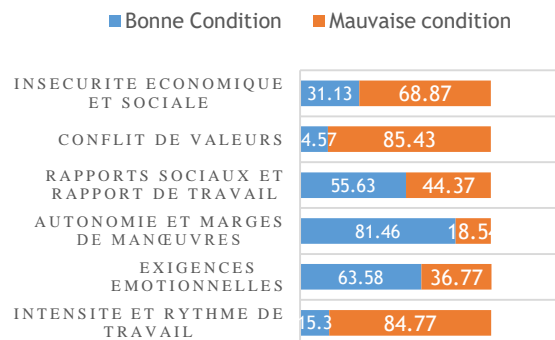


Figure 1 : Répartition des facteurs de risques psychosociaux dans la population

Facteurs de RPS et sexe

La répartition des facteurs de risques psychosociaux au travail fonction du sexe avait montré une différence statistiquement significative que sur le facteur de risque exigence émotionnelle (Tableau 2).

Tableau 2 : Répartition des risques psychosociaux en fonction du sexe.

| Modalités | Sexe | | P. value | |
|--|--------------------|-------|----------|--------------|
| | F % | M % | | |
| Intensité et rythme de travail | Bonne condition | 16,46 | 14,08 | 0,687 |
| | Mauvaise condition | 83,54 | 85,92 | |
| Exigences émotionnelles | Bonne condition | 48,10 | 81,69 | 0,0000 18 |
| | Mauvaise condition | 51,90 | 18,31 | |
| Autonomie et marge manœuvre | Bonne condition | 75,95 | 87,32 | 0,0742 4 |
| | Mauvaise condition | 24,05 | 12,68 | |
| Rapports sociaux et rapport de travail | Bonne condition | 56,96 | 53,52 | 0,6721 |
| | Mauvaise condition | 43,04 | 46,48 | |
| Conflit de valeurs | Bonne condition | 17,72 | 11,27 | 0,2646 |
| | Mauvaise condition | 82,28 | 88,73 | |
| Insécurité sociale et économique | Bonne condition | 25,32 | 38,09 | 0,0937 |
| | Mauvaise condition | 74,68 | 61,97 | |

Facteurs de RPS et secteurs d'activité

Selon le lieu d'exercice dans le secteur public ou privé, on avait noté une différence statistiquement significative entre le secteur d'activité et le facteur de risque exigences émotionnelles (Tableau 3).

Tableau 3 : Répartition des facteurs risques psychosociaux par secteur d'activités

| | Modalités | Secteur d'activité | | P value |
|---|--------------------|--------------------|--------------|----------------|
| | | Privé % | Public % | |
| Intensité et rythme de travail | Bonne condition | 14,71 | 15,66 | 0,87 |
| | (mauvais état) | 85,29 | 84,34 | |
| Exigences émotionnelles | Bonne condition | 77,94 | 51,81 | 0,00089 |
| | (mauvais état) | 22,06 | 48,19 | |
| Autonomie de marge de manœuvre | Bonne condition | 82,35 | 80,72 | 0,7976 |
| | Mauvaise condition | 17,65 | 19,28 | |
| Rapports sociaux et rapport de travail | Bonne condition | 48,53 | 61,45 | 0,112 |
| | Mauvaise condition | 51,47 | 38,55 | |
| Conflits de valeurs | Bonne condition | 19,12 | 10,84 | 0,1516 |
| | Mauvaise condition | 80,88 | 89,16 | |
| Insécurité sociale et économique | Bonne condition | 35,29 | 27,71 | 0,3167 |
| | Mauvaise condition | 64,71 | 72,29 | |

Facteurs de risques psychosociaux dans les services hospitaliers.

En fonction de l'exercice dans un service hospitalier ou autre, les facteurs de RPS dans la modalité « bonnes conditions », ont été présentés sur la figure 2 en les opposant avec le résultat global dans l'ensemble de la population générale.

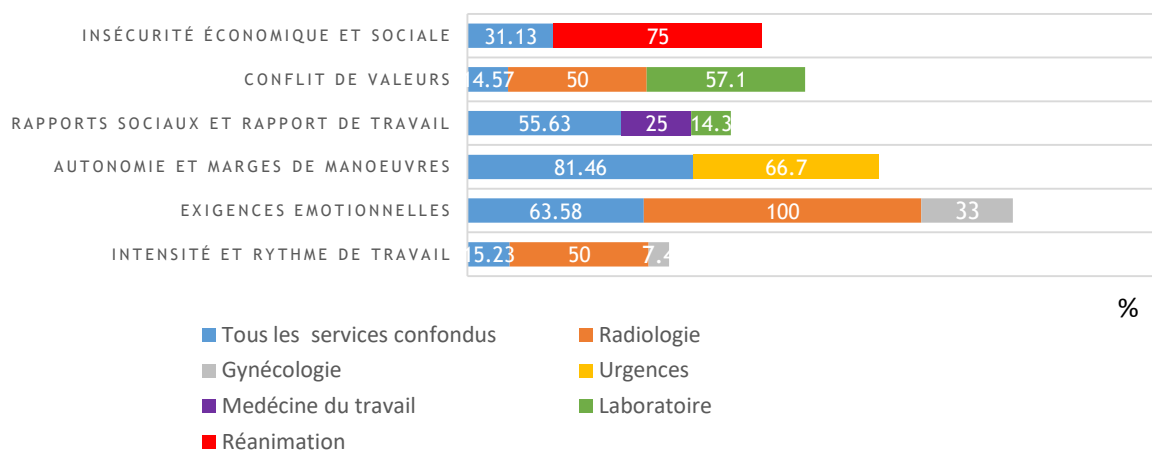


Figure 2: Répartition des risques psychosociaux par service

Facteurs de RPS et catégorie professionnelle.

En fonction de la catégorie professionnelle, les facteurs de RPS dans la modalité « bonnes conditions », ont été présentés sur la figure n°3 en les opposant avec le résultat global dans l'ensemble de la population générale.

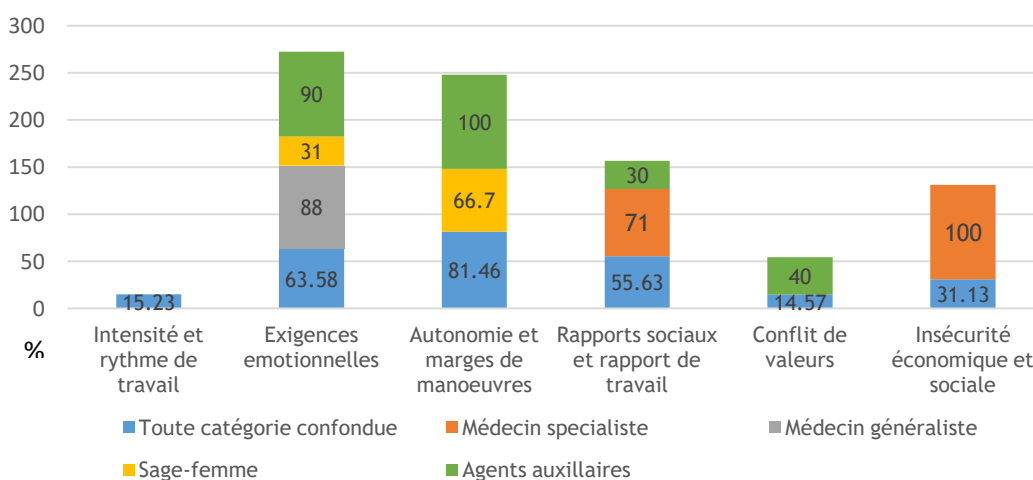


Figure n°3 : Répartition des facteurs de RPS par catégorie professionnelle

DISCUSSION

Sur une population de 150 individus, l'âge moyen était de 39,31 ans \pm 8,13 soit une population relativement jeune comme l'avait trouvée Ebatetou *et al* en 2013 (35,68 ans) à l'Hôpital Général de Loandjili, deuxième hôpital public de Pointe-Noire dans une étude sur les troubles du sommeil chez les infirmiers en horaires postés de cet hôpital [7].

Du fait de la diversité des professions prises en compte, les femmes étaient représentées presque proportionnellement aux hommes avec un sexe ratio (F/H) à 1,1. Les femmes ont été plus exposées aux risques d'agression et étaient enclin à de fortes exigences émotionnelles (51,9%) par rapport à leurs collègues masculins (18,31%). Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que les hommes ont une maîtrise plus importante des émotions lors des interactions avec le public.

Notre travail a montré que 84,67% des soignants avaient une exposition élevée à l'intensité et rythme de travail. Il s'agit donc d'une contrainte très présente dans les hôpitaux de Pointe-Noire sélectionnés. Le facteur pression au travail et la quantité excessive de travail sont des facteurs très marquant dans notre étude. Arial *et al* [10] ont mis en évidence chez les paramédicaux suisses de leur cohorte que la réalisation des tâches en contexte de division de l'attention, augmentait leur charge de travail ainsi que les interruptions de la tâche et ralentissait l'intervention. Ces auteurs précisent également que dans certaines situations, le contexte de division de l'attention a pu augmenter le risque de santé et de sécurité autant pour le paramédical que pour le bénéficiaire.

Les exigences émotionnelles ne sont présentes qu'auprès de 36,42% d'individus enquêtés. Nous avons trouvé que ces exigences émotionnelles sont plus prononcées dans le secteur public (48,18% contre 22,06%) en clinique privée. La différence observée a été statistiquement significative (p value=0,00089). Cela pourrait être dû au fait qu'à l'hôpital public, les conditions d'accueil sont insuffisantes par rapport à la demande (nombre de malade/service) et de l'indisponibilité des médicaments d'urgence en officine. Dans ce contexte l'approvisionnement se fait souvent à l'extérieur du centre retardant la prise en charge avec parfois l'aggravation du pronostic vital.

L'autonomie et marge de manœuvre ont été élevées dans notre population (81,46%). Il n'y avait pas de différence entre les deux sexes, ni en fonction des lieux d'exercice privé ou public. Ces résultats se rapprochent de ceux retrouvés par Hegg-Deloye chez les paramédicaux au Canada. [5]. De même, en Suisse, la plupart des soignants ont rapporté avoir une marge de manœuvre en emploi à pouvoir utiliser à bon escient leurs compétences et les développer [10]. Une explication pourrait être en lien avec la formation collégiale et les stages suivis en milieu de travail. [11]. Ces constats ont également été observés dans d'autres études concernant des paramédicaux [2] et d'autres corps de métiers [12]. Bien qu'une forte latitude décisionnelle puisse réduire le stress en emploi [8], l'étude d'Aasa *et al.* n'a pas montré

d'association entre une forte latitude décisionnelle et une diminution de problèmes de santé chez les hommes ou femmes. Ainsi, une bonne latitude décisionnelle en emploi n'est pas nécessairement garante d'un effet protecteur contre les problèmes de santé [2].

Nos résultats concernant les rapports sociaux et au travail ont montré que leur niveau est moyennement satisfaisant avec un taux de 55,33% des individus qui jouissaient de bonnes relations au travail. Le niveau ou la qualité des rapports sociaux ainsi que la relation au travail ne sont influencés ni par le genre ni par le lieu d'exercice. Par contre, on peut relativiser cette assertion car, nous pensons qu'il s'agirait d'une bonne relation seulement entre les membres d'une même équipe de travail (entourage immédiat au travail) mais que peu rarement avec la hiérarchie.

D'après notre étude, 85,33% d'individus ont été confrontés à un conflit de valeur dans l'exercice de leur métier, représentant un niveau de risque très élevé. Par contre dans la cohorte suisse, seuls 36 % d'individus avaient indiqués qu'ils devraient faire « toujours », « souvent » ou « parfois » « des choses qu'ils désapprouvent dans leur travail » [10].

L'insécurité économique et sociale était défavorablement rapportée par 68,87% d'individus enquêtés. Ce résultat est assez similaire de celui trouvé par Dujarier en France chez les agents du secteur public. Ces agents étaient 67 % à stipuler qu'ils « vivaient des changements imprévisibles ou mal préparés » [13]. Par contre, dans notre contexte, cela pourrait s'expliquer par la précarité actuelle de l'emploi, et la crise économique qui sévit au Congo depuis plusieurs années.

CONCLUSION

La description des facteurs de risques psychosociaux au travail des professionnels de santé à Pointe-Noire a mis en évidence que près de la moitié de ces soignants pourraient être exposés à des pathologies mentales et physiques en rapport avec leur exposition à ces risques au travail. En effet, Les dimensions les plus critiques identifiées sont l'intensité et rythme au travail, le conflit de valeur et l'insécurité économique et sociale. Par contre, Les dimensions les plus positives qui représentent une force sont la latitude décisionnelle et la bonne qualité des rapports sociaux professionnels. Ainsi donc, ce portrait global nous donne des indications sur les contraintes psychosociales sur lesquelles agir prioritairement.

Conflits d'intérêt

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

RÉFÉRENCES

1. Risques psychosociaux au travail : une problématique européenne. Note thématique Janvier 2010 Réf. Eurogip-47/F. http://www.eurogip.fr/docs/Eurogip_RPSautravail_2010_47F.pdf. (Consulté le 09 Juin 2020)
2. Aasa U, kalezic, N, lyskov, E., *et al.* Stress monitoring of ambulance personnel during work and leisure time. *International archives of occupational and environmental health* 2006; 80(1):51-59. DOI: 10.1007/s00420-006-0103-x.

3. Gernet I, Jeantet A. Évaluation du travail et santé mentale. *Travailler, Revue internationale de psychopathologie et de psychodynamique du travail*, 2011, vol. 25.
4. Bourbonnais R, Brisson C, Vézina M. Long-term effects of an intervention on psychosocial work factors among healthcare professionals in a hospital setting. *Occupational and Environmental Medicine* 2011 ; 68 (7): 479-486. DOI:10.1136/oem.2010.055202
5. Hegg-Deloye S, Brassard P, Prairie J et al. Portrait global de l'exposition aux contraintes psychosociales au travail des paramédics québécois. Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé 2014, no 16-3. DOI : 10.4000/pistes.3859
6. Niedhammer I, Chastang J F, Levy D, David S, Degioanni S. (2007). Exposition aux facteurs psychosociaux au travail du modèle de Karasek en France: étude méthodologique à l'aide de l'enquête nationale Sumer. *Travailler* 2007 ; 1: 47-70
7. Ebatetou A E. Troubles du sommeil et travail posté chez les infirmiers d'un Hôpital du Congo-Brazzaville. *Annale des Sciences de la Santé*. 2019 ; 18(2) :23-30
8. Karasek R, Theorell T. Basic Books; New York (NY):1990. Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life, 381
9. Institut National de Recherche en Sécurité (INRS). Évaluer les facteurs de risques psychosociaux : l'outil RPS-DU, 2013.
<http://www.inrs.fr/accueil/dms/inrs/CataloguePapier/ED/TI-ED-6140/ed6140.pdf>. (Consulté le 20 juin 2020)
10. Arial M, Benoît D, Danuser B. Division de l'attention lors d'interventions d'urgence préhospitalière : quelques apports de l'analyse d'activité en situation réelle de travail. *Journal International de Santé au Travail* 2010 ; (2) : 16-23
11. Direction de l'Animation, de la Recherche, des Etudes et des Statistiques (DARES). Risques psychosociaux au travail. Un panorama d'après l'enquête Santé et itinéraire professionnel, 2010 <https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2014-031.pdf> (Consulté le 09 Juin 2020)
12. Theorell T, Ahlberg-Hulten G, Sigala F, Perski A, Soderholm M, Kallner A P. Psychosocial and biomedical comparison between men in six contrasting services. *Work and Stress* 1990 4: 51-63
13. Dujarier M A. Au-delà du stress au travail, Une sociologie des agents publics au contact des usagers, M. Buscatto, M. Loriol, J.-M. Weller (Eds.). Erès, Toulouse (2008). 288 p. *Sociologie du travail* 2010 ; 52(3) : 429-431