

*Ministre De L'enseignement Supérieure et de la
Recherche Scientifique
Université Abderrahmane Mira-Bejaia
Faculté Des Sciences Humaines et Sociale
Département Sciences Sociales*



MEMOIRE DE FIN DE CYCLE



En vue de l'obtention du diplôme de master en psychologie clinique

/Option: psychologie clinique

Thème

Les stratégies de coping chez le personnel médical

(Étude de 3 cas réalisé au sein de l'EPSP EL-KSEUR)

Préparé par :

- MAIOU SELMA
- CHAOURAR ZOUINA

Encadré par :

Mr. MEBAREK.F

Année universitaire 2020-2021

Remerciements

En premier lieu, nous voudrions remercier le bon dieu, de nous avoir misent sur la voie du savoir et d'avoir préservé le peu qu'on connait, et de nous avoir donné le courage et la bonne volonté, la patience et la santé pour mener à terminerce Travail.

Nos remerciements vont à nos deux familles, pour leurs aides, leurs encouragements et leurs soutiens tout au long de nos études. Sans eux, nous n'aurons pas pu mener ce travail à sa fin.

Notre très sincère remerciement à notre promoteur Mr MEBAREK.F qui a fortement contribué à la réalisation de ce travail, ses suggestion, ses encouragements et ses conseils, nous a permis d'évaluer nos connaissances acquises et surtout de les approfondir.

Nous remercions, tous les personnels qui ont acceptés de faire partie de cette étude, de répondre à nos questions et de permettre la réalisation de cette étude, nous vous remercions pour la confiance que vous nous avez témoignée, nous espérons en être digne.

Notre remerciement s'adresse également à notre encadreur au sein de l'EPSP d'EL-KSEUR Mr KHIREDDIN.AMINEsans oublier le directeur qui nous a bien accueillis, ainsi que les membres de juré qui ont accepté de présider et d'examiner notre travail.

A toutes les personnes qui ont contribuée de près ou de loin à la réalisation de cette étude.

Dédicaces

Je dédie ce modeste travail :

*À DIEU, pour m'avoir donné la force dans les moments difficiles
d'éditer ce mémoire.*

*À mes chers parents, pour tous leurs sacrifices, leur amour, leur
tendresse, leur soutien et*

leurs prières tout au long de mes études

À mes chères soeurs et frères

À m'a chère nièce:AIT OUALi MAYLISSE

*À mon cher NAIT HAMOUD MAHDI (Nassim) merci pour ton soutien
et surtout ta patience durant toute La période de la réalisation de ce
modeste travail.*

*À toute ma famille pour leur soutien tout au long de mon parcours
universitaire*

*Que ce travail soit l'accomplissement de vos vœux tant allégués, et le
fruit de votre soutien*

infaillible, merci d'être toujours là pour moi

*À la mémoire de mes Grands-Parents ,Le destin ne nous a pas laissé le
temps pour jouir ce bonheur ensemble et d' exprimer tout mon
respect, Puisse Dieu tout puissant vous accorder sa clémence, sa
miséricorde et vous accueillir dans son saint paradis.*

À mon promoteur Mr MEBARAK

*À mes adorables amis(es) spécialement (Narimane, kamilia , Mounia,
Yasmine , Siham,zohra, zouina, Yacine , Cynia)*

*À tous ceux et toutes celles qui m'ont accompagné et soutenu tout au
long de ce travail*

SELMa

DEDICACES

En signe de respect Et de remerciement, je dédie ce modeste travail

À mes chers parents pour leur grand amour, leur sacrifice, et leur encouragement, que dieu les protèges et les garde en bonne santé, merci à vous.

À ma belle-mère qui m'a accordé toute sa générosité et son amour Je témoigne mon respect profond et beaucoup de reconnaissances pour tout ce qu'elle a fait pour moi et à qui je ne rendrai jamais assez.

A mes chères belle sœurs : Asia, Salwa, Syhem, Samiha et Affaf qui ont été présente pour moi et leur encouragement. Ainsi a mon beau frère Salim.

À mon chères frère : Lyes et à mes chères sœurs : Céline, Lamia, Amel, Lynda, Célia, Khelfia pour leurs encouragements.

À mes adorable neveux et nièces et à mes gendres.

À mon cher fiancé qui ma donné tant d'amour et de courage, que dieu le protège.

À mon meilleure binôme Salma et toute sa famille.

Enfin à toute la famille à tous ceux qui ont participé de prêt ou de loin à la réalisation de ce travail merci pour tout ce que vous avez fait pour nous.

Chaourar Zouina

Liste des abréviations :

EPSP : Etablissement de Proximité de la Santé Public

EX : Exemple

FDR : Facteur De Risque

IFAS : Institut français d l'anxiété et du stress

IFAS : L'Institut Français de l'Anxiété et du Stress

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PSS4 : Perceived Stress Scale 4

SNC : Système Nerveux Centrale

TRH : Hormone Thyréotrope

Liste des tableaux

N° de tableau	Titre	<i>Page</i>
Tableau N° 01	Tableaux récapitulatif d'EPSP d'EL-KSEUR.....	<i>70</i>
Tableau N° 02	Tableaux récapitulatif des caractéristiques de notre groupe de recherche.....	<i>72</i>
Tableau N° 03	La répartition des stratégies selon les champs.....	<i>79</i>
Tableau N° 04	La feuille de dépouillement N° 1 du cas de Mme sabrina....	<i>89</i>
Tableau N° 05	La feuille de dépouillement N° 2 du cas de Mme sabrina....	<i>90</i>
Tableau N° 06	La feuille de dépouillement N° 1 du cas de Mme Lynda	<i>95</i>
Tableau N° 07	La feuille de dépouillement N° 2 du cas de Mme Lynda	<i>96</i>
Tableau N° 08	La feuille de dépouillement N° 1 du cas de Mr nassim	<i>102</i>
Tableau N° 09	La feuille de dépouillement N° 2 du cas de Mr nassim	<i>103</i>
Tableau N° 10	Tableau récapitulatif des résultats des deux échelles utilisées par cas.....	<i>105</i>

Liste des figures

Figure N°01 : 01 le modèle de Holahan et Moos (1991) Associe les ressources individuelles et sociales avec leurs effets sur la.....	52
--	----

Sommaire

Remerciements

dédicaces

Liste des Abréviations

Liste des Figures

Liste des tableaux

Sommaire

Introduction générale	1
La problématique	5

Partie théorique

Chapitre I : le personnel médical

Préambule	10
1-L'histoire de la médecine	10
2. Le personnel médical.....	12
3. L'importance du métier de médecin	14
4. Le rôle de médecin	14
5. La notion de compétences cliniques	18
6. Les conditions de la prise en charge hospitalière	19
7. L'équipe médicale et l'organisation de la prise en charge	22
8. Hygiène hospitalière	23
Conclusion du chapitre	25

Chapitre II : le stress chez le personnel médical

Section 1 : le stress	26
Préambule	26
I. Le stress.	26
1 :L'origine du stress	26
2. Définition du stress	27
3. Les symptômes physiques et psychiques du stress	28
4. Les causes du stress	29
5. Les différents syndromes du stress	31
6. Les trois phases de la réaction de gestion du stress	32
7. Les conséquences de stress	33
8.Quelques échelles d'évaluation du stress	34
Section 2 : Le stress professionnel.....	36
1-La définition de stress professionnel	36
2. Le stress professionnel et quelques concepts connexes.	37
3. Les symptômes du stress professionnel.	38
4. les facteurs du stress professionnel	39

5. Les théories du stress professionnel	40
6. causes du stress au milieu de travail	41
7. Les effets du stress au milieu du travail	45
8. Les types de prévention du stress professionnel	46
9. La pris en charge du stress professionnel	46
Conclusion du chapitre	48

Chapitre III : les stratégies de coping

Préambule	49
1. Historique du coping	49
2. Définition des concepts	50
3. Le coping et quelques concepts connexes	51
4. Les différents modèles de coping	52
5. Les facteurs psychologiques modulant la réponse de stress	53
6. les déterminants du coping	54
7. Les différents types de stratégies de coping	55
8. L'efficacité des stratégies de coping	57
9. les sources de coping	57
10. Les stratégies du coping face au stress	58
Conclusion du chapitre	59

Partie Pratique

Chapitre IV : méthodologie de la recherche

La Préambule	61
1. Les définitions et l'opérationnalisation des concepts clés de la recherche	61
2. Les motifs du choix du thème	64
3. Les objectifs de notre recherche	64
4. La méthode utilisée	64
5. La pré-enquête	67
6. La présentation du lieu de recherche	68
8. La présentation de groupe de recherche	71
9. Le déroulement de l'enquête.....	82
10. Les difficultés de la recherche.....	83
Conclusion du chapitre	84

Chapitre V : présentation, Analyse et discussion des résultats

Préambule.....	85
1. Présentation et analyse des Cas.....	85
2. Analyses de l'échelle toulousaine de coping du Cas nassim.....	102
3. Discussion des hypothèses.....	106
4. Les personnels médicaux présentent un de stress au travail et il est avec un degré élevé...	106
Conclusion du chapitre	109

Conclusion Générale.....	111
Liste bibliographique	
Annexes	
Tables des Matières	
Résumé	

Introduction générale

Introduction générale :

Nous entendons souvent les gens dire qu'ils ont vécu des moments désagréable et de grandes détresse, ils appellent ça communément "le stress" un mot qui est devenu une source de toutes les maladies, sensation qui rendrait la vie bien complexe et trop difficile.

« Je suis stressé » cette expression est devenue courante de la vie moderne qui cache une vérité bien plus importante mais il existe heureusement de nombreuses façons de le combattre et de se détendre; quand nous avons besoin de répondre continuellement aux situations qui sont perçues comme des dangers, cela augmente notre niveau d'alerte et, à long terme, notre corps finit par être moins efficace. Il devient donc nécessaire d'adopter des stratégies pour récupérer et rendre en même temps le corps plus fort et plus résistant au stress.

Notre avenir en tant qu'individus dépend de notre capacité d'adaptation aux facteurs de stress puissants. Au niveau sociétal, nous sommes confrontés à un manque de ressources institutionnelles et aux maladies. Au niveau individuel, nous vivons avec les insécurités de notre existence quotidienne, y compris le stress au travail.

Le stress est donc une réponse psychologique et physiologique aux évènements qui remettent en cause d'une façon ou d'une autre notre équilibre personnel, nous savons tous a quoi ressemble les premières effets du stress : souffle accéléré, forts battements de cœur, tensions, tous nous sens sont altérés.

Ce terme est définit comme une divergence entre la demande de l'environnement et la capacité du sujet à y répondre et peut être compris comme un décalage entre les exigences de travail et les capacités de l'individu et il est souvent compris comme un événement extérieur qui met une pression atypique sur la personne.

La problématique du stress professionnel est de ses conséquences sur la santé est maintenant devenus familière dans notre pays.

Dans ce cadre, le personnel médical, malgré la difficulté de leur profession et son importance vital et primordiale dans le processus de santé, hélas qu'ils sont considéré comme des auxiliaires médical, nul ne met en valeur ni en considération cette noble profession spécifiquement en Algérie, sont exposé à différents types de problèmes tels que la pression au travail, qu'a des problèmes spécifiques à leur profession.

Les médecins sont confrontés à des situations stressantes, fortes et diversifiées. Certaines d'entre elles sont modifiables, d'autres inchangeables, certaines sont perçues contrôlables, d'autres non maîtrisables. Ceci est associé soit aux caractéristiques des situations, soit aux caractéristiques individuelles ainsi que la crainte de problèmes médico-légaux est également un facteur de stress chronique, le travail peut alors devenir générateur de stress dont les conséquences pour les soignants peuvent être importantes.

Les soignants ont vécu une période très dure celle de la pandémie, cette dernière a réussi à installer un climat anxigène qui se caractérise par sa rapidité de diffusion, connaissances incertaines, sévérité, mort des soignants se qui va permettre de développer par la suite une souffrance psychologique et un déséquilibre qui va augmenter un degré de stress très élevé. Cette vulnérabilité des soignants à la souffrance psychologique permet de renforcer les stratégies de prévention pour bien gérer son stress.

Lazarus et Folkman, se sont intéressés au concept de stress, notamment en regardant la manière dont les individus le gèrent. C'est ce qu'ils appellent le coping, c'est à dire le processus cognitive à travers lequel l'individu apprécie de quelle façon une situation particulière peut mettre en danger son bien être et quelles sont les ressources dont il dispose pour en faire face. Le modèle transactionnel du coping développé par Lazarus et Folkman(1984) accorde une importance particulière à la situation stressante.

Ce modèle théorique, permet de donner un éclairage sur le stress et le profil de coping adopté par le personnel médical.

Le concept de stress est donc à la croisée de l'individu et de l'environnement dans lequel il évolue. La gestion du stress au sens strict limite les interventions des individus. La notion de transaction suppose que chaque personne a une manière propre de vivre et de gérer cette transaction. Les programmes de gestion du stress peuvent alors leur permettre d'optimiser cette transaction sujet-environnement grâce à leurs propres ressources. Il s'agit alors d'améliorer ses modes de coping.

Le coping désigne, cette manière de faire face à une situation stressante et de la maîtriser. Il contient un ensemble de stratégies présentent comme outil de défense, elles jouent un rôle prépondérant dans notre équilibre physique et psychologique, le coping se réfère aux efforts cognitifs et comportementaux du sujet, variable et instable, pour aménager

(réduire, minimiser, contrôler, dominer, ou tolérer) la demande interne ou externe et le conflit entre les deux.

Alors, Le coping entre en jeu comme un moyen utilisé par le sujet pour qu'il retrouve un bien être psychologique et un certain équilibre de vie, ainsi pour dépasser le conflit, la crise ou la situation difficile qu'il vit, il met en place des stratégies de coping pour s'ajuster à la nouvelle situation, ou se défendre contre toute emprises.

L'un des objectifs principaux de notre travail de recherche qui porte sur «les stratégies de coping chez le personnel médical», est justement de connaître le degré du stress perçu chez nos sujets de recherche et de connaître les stratégies utilise par eux pour afin de faire face à leur situation stressante. Pour cela notre travail a été effectué à l'EPSP d'El Kseur, qui répond aux objectifs de notre recherche. Nous avons opté pour la technique de l'entretien clinique semi directif et deux échelles, celle de stress perçu et celle de toulousaine de coping.

Alors, notre recherche s'est appuyée sur le plan de travail suivant : on a amorcé par une introduction générale suivie d'une problématique introduite par la question de départ, suivie par les hypothèses.

Afin de vérifier nos hypothèses, notre travail se divise en deux parties, la partie théorique ou nous nous intéresserons à la littérature en lien avec notre thème de recherche, qui contient trois chapitres, elle s'introduit évidemment par l'introduction et la problématique, le premier chapitres s'intitule le personnel médicale dans le quelle nous allons aborder l'origine de la médecine, la définition du personnel médicale, les composants et les tâches principale de cette dernière, puis l'importance du métier du médecin, son rôle, ses missions principales et notion de compétences cliniques. En deuxième élément, nous allons présentées les conditions de la prise en charge hospitalière, la prise en charge médicale des patients, les critères d'une bonne prise en charge médicale, la qualité des soins, les dimensions de la qualité des soins, l'équipe médicale et l'organisation de la prise en charge, en dernier Hygiène hospitalière. Le deuxième chapitre est celui du stress qui consiste a parlé d'abord sur le stress comme premier lieu en citant son origine, sa définition, ses symptômes physiques et psychiques, ses causes, les différents syndromes du stress, les trois phases de la réaction de gestion du stress, ses conséquences et quelques échelles d'évaluation du stress, en deuxième, nous abordons le stress professionnel, sa définition, quelques concepts connexes, ses symptômes, ses facteurs, ses théories, les causes du stress au milieu de travail, les types de prévention et sa pris en charge. Le troisième chapitre concerne les stratégies de coping nous tenterons d'évoquer

l'historique du coping, sa définition, le coping et les concepts connexes, ses différents modèles, les facteurs psychologiques modulant la réponse de stress, ses déterminants et ses différents types de stratégies, son efficacité et ses sources, les stratégies de coping face au stress.

Ainsi la deuxième partie pratique qui contient deux chapitres, le quatrième chapitre intitulé la méthodologie de recherche, comporte les éléments suivant : la définition et opérationnalisation des concepts clés de la recherche, les motifs de choix du thème, les objectifs de notre recherche, la méthode utilisée, la pré-enquête, la présentation du lieu de recherche, la présentation du groupe de recherche, et le dernier chapitre de présentation, analyse et discussion des hypothèses, dans lequel nous allons présenter et analyser les résultats puis discuter nos hypothèses. On terminera avec une conclusion, une liste bibliographique et les annexes.

La problématique :

De tout temps, l'homme n'a pas cessé d'approvisionner des techniques de travail à fin de subvenir à ses besoins primaires à cette effet, il passe par méthode archaïque de travail à des méthodes plus avancées et professionnelle, ce que le mit face à des situations difficiles.

Par conséquence, ces situations embarrassantes développent chez lui des problèmes de santé, physique et psychique tels que le stress.

En Algérie, le système de santé s'inspire des besoins de la population en matière de santé, pour veiller sur leur propre santé et améliorer leur qualité de vie qui est plus ou moins « *un concept très large influencé de manière complexe par la santé physique du sujet son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relation sociales ainsi que sa relation aux éléments essentiels de son environnement.* »(OMS1993).

Ce qui nous concerne ici c'est l'état de santé de la population, qui a connu des ruptures ces dernières années face au vieillissement de la population et l'évolution démographique de la population (11.3 million en 1966 à 22.8 millions en 1987 et 38.7 millions d'habitants au 2014). (Office national des statistiques, 01 janvier 2014). Face à ces problématiques l'Algérie a assuré un réseau sanitaire public par l'implantation des hôpitaux aux différents coins du pays. L'hôpital est supposé avoir une place considérable dans le système de soins et il doit répondre aux besoins de soins et aux attentes des patients. Il est le lieu des techniques les plus avancées, de l'enseignement, de la recherche et l'innovation thérapeutique mais aussi celui du soin dans sa dimension humaines. Il doit tout à la fois être proche et sûr. Il doit assurer simultanément des techniques et des soins relationnels, de proximité et de sécurité, en essayant de faire un lien entre les soins de santé et le social dans le but de préserver le lien social.

En effet, Pour accomplir ses missions, l'hôpital est doté de personnel qui assure son bon fonctionnement, dont le travail de chacun est spécifique par rapport à l'autre, mais souvent avec des contraintes lourdes pour chacun, impératif de transmission de l'information, une prestation à assurer 24h/24h, une confrontation quotidienne à la souffrance et à la mort, et parmi ses personnel on trouve les médecins.

Cependant, Le médecin essaie toujours d'être à la hauteur pour répondre aux attentes des patients qui exigent une meilleur prise en charge médicale et une bonne relation patient-médecin, « *les malades ont besoin d'un médecin qui les écoute , qui connaisse leurs condition*

de vie, leurs problèmes ne demande que rarement des examens del'laboratoire compliqués ou des investigation sophistiquer [...]le patientd'aujourd'hui est à la recherche de son médecin, auquel il se confiera et qui assumerala responsabilité de sa santé » (E.Martin,1976,P18).

Le travail du personnel médical est un travail qui est donc très stressant et exposé à des menaces, que ce soit physique au moral. D'après leurs témoignages au cours de la pré-enquête qu'on a réalisé, leur travail demande d'être toujours attentif et d'avoir le sang-froid, sur la base de l'évaluation de ces menaces perçue, le personnel médical développe différentes réactions d'adaptation, et cela pour pouvoir faire face au stress lié à leur travail.

Le concept de stress a fait l'objet de milliers de publications mais aucune définition universelle n'a pu clairement voir le jour tant elles semblent tributaires de leur domaine d'application. En psychologie, le stress renvoie « *aux multiples difficultés auxquelles l'individu a dû mal à faire face (...) et les moyens dont il dispose pour gérer ces problèmes* ». (P. Graziani et J. Swendsen, 2005, p. 10).

Le sujet du stress professionnel est d'actualité et il est au cœur des problèmes psychosociaux au travail. Il est considéré comme un phénomène multi disciplinaire et un champ d'études tout fondamentales qu'appliquées qui essayent de comprendre un certain nombre de dysfonctionnements sur les volets fonctionnel, opérationnel et même financier. Pour certains le stress est lié « aux conditions du travail » qui interagit avec les caractéristiques du travail et leur façon à provoquer une rupture psychologique et physiologique selon d'autres, il est à l'origine des facteurs « individuels ». Le stress est un phénomène complexe, car deux individus peuvent réagir de manière différente à une même situation.

Il est admet que le stress occasionne des conséquences pathologiques sur la santé des travailleurs quel que soit l'âge et la catégorie professionnelle. Plus la situation de stress se prolonge dans le temps plus les impacts sur la santé peuvent apparaitre et amener à de graves pathologies

Le stress peut ainsi entraines une augmentation de la tension des troubles cardiovasculaires, des troubles d'ordre psychologique comme la dépression et laxité il peut aussi agit directement sur les muscles avec les TMS (troubles mus colo-squelettiques) de plus en plus observés dans les lieux de travail.

Donc le stress est une réponse psychologique et physiologique aux évènements qui remettent en cause d'une façon ou d'une autre notre équilibre personnel, nous savons tous à quoi ressemblent les premiers effets du stress :

Souffle accéléré, forts battements de cœur, tensions, tous nos sens sont altérés.

L'apport de H. Selye sur les travaux de stress provoque l'élargissement du concept, allant de la physiologie à la psychologie et d'autres sciences du comportement. Le terme de stress se traduit comme étant la réaction à un stimulus nocif qui déclenche le système d'équilibration, le terme inclut la notion de transaction entre l'individu et la situation environnementale, le stress devient un phénomène universel résultant d'expériences intenses, affligeantes et qui semble influencer le comportement. (R.S. Lazarus et S. Folkman, 1984).

Selon L'OMS le stress au travail est l'ensemble des réactions que les employés peuvent avoir lorsqu'ils sont confrontés à des exigences et des pressions professionnelles ne correspondant pas à leurs connaissances et leurs capacités et qui remet en cause leurs capacités de faire face. Le stress peut survenir dans des contextes professionnels très différents. Mais il est souvent aggravé lorsque les employés ont le sentiment qu'ils ne sont pas assez soutenus par leur chefs ou leurs collègues, et lorsqu'ils n'ont pas beaucoup de prise sur leur travail au sur la façon de s'y prendre pour faire face aux exigences et aux contraintes de celui-ci. (S. Dominique, 2013, P03).

Lazarus et Folkman, se sont intéressés au concept de stress, notamment en regardant la manière dont les individus le gèrent. C'est ce qu'ils appellent le coping, c'est à dire le processus cognitive à travers lequel l'individu apprécie de quelle façon une situation particulière peut mettre en danger son bien-être et quelles sont les ressources dont il dispose pour en faire face. Le modèle transactionnel du coping développé par Lazarus et Folkman(1984) accorde une importance particulière à la situation stressante.

Selon l'approche transactionnelle du stress et de coping (Lazarus et Folkman ,1984), le stress est «une relation particulière entre la personne et l'environnement, qui est évaluée par l'individu comme excédant ses ressources et menaçant son bien-être». (S. Dominique. 2013, p, 23).

Ce modèle théorique, permet de donner un éclairage sur le stress et le profil de coping adopté par le personnel médical.

L'un des objectifs principaux de notre travail de recherche porte sur « *les stratégies de coping chez le personnel médical* », est justement de connaître le degré du stress perçu chez nos sujets de recherche et de connaître les stratégies utilisées par eux pour faire face à leur situation stressante.

Le coping désigne, cette manière de faire face à une situation stressante et de la maîtriser. On peut parler du coping comme Lazarus et Folkman le définissent : « *un ensemble des efforts cognitifs et comportementaux constamment changeant, (déployés) pour gérer des exigences spécifiques interne et/ou externe qui sont évaluées (par la personne) comme consommant ou excédant ses ressources* ». (R.S. Lazarus et S. Folkman, 1984, p.14)

Cette définition met l'accent sur le processus et sur la notion de gestion de l'évènement stressant plutôt que sur celle de maîtrise de l'environnement. En effet, Lazarus et Folkman considèrent que devant l'impossibilité de maîtriser certains problèmes humains, comme c'est le cas des médecins ces derniers doivent être redéfinis, tolérés ou acceptés pour une adaptation optimale. De plus, la définition considère que l'évaluation de situation et des ressources a un rôle central de médiateur psychologique.

Alors, Le coping entre en jeu comme un moyen utilisé par les médecins pour qu'il retrouve un bien être psychologique et un certain équilibre de vie, ainsi pour dépasser le conflit, la crise ou la situation difficile qu'il vit, le sujet met en place des stratégies de coping pour s'ajuster à la nouvelle situation, ou se défendre contre toute emprises.

Le personnel médical afin de faire face au stress, ils emploient des stratégies et des moyens pour modifier, maîtriser, et contrôler ce qui provoque ce stress. Certains essaient de voir les choses autrement, de minimiser ou de relativiser, d'autres essaient en fonction de la situation stressante, ainsi que du contexte et de la personnalité du sujet, des actions comportementales ou cognitives sont mises en place pour répondre aux demandes posées.

Après 10 jours de pré-enquête au niveau de EPSP (établissement santé publique) de El-Kseur, en vue de recueillir des informations préalables et de confirmer la faisabilité de notre recherche avec la présence de la revue de la littérature sur le stress au travail et les stratégies de coping. Nous avons alors décidé de décrire la nature et le degré de stress au travail ainsi que le type de coping et les stratégies chez le personnel médical dans les hôpitaux publics.

Afin de mieux cerner notre sujet, nous sommes amenés à poser les questions suivantes :

1 : Est-ce que le personnel médical présente un stress au travail ?

Si oui, à quel degré ?

2 : Est-ce que le personnel médical utilise des stratégies de coping pour faire face à leurs stress au travail et quels sont les types de stratégies de coping employés ?

Dans le but de répondre aux questions de notre problématique, nous formulons les hypothèses suivantes :

1 : le personnel médical présente un stress au travail et il est d'un degré élevé.

2 : le personnel médical utilisent des stratégies de coping pour-faire face à leurs stress au travail eu recourant à différents types, soit centrées sur le problème, soit centrées sur l'émotion ou sur la recherche de soutien social.

Partie théorique

Chapitre I : le personnel médical

Préambule :

Toutes les sociétés cherchent à répondre aux problèmes de la maladie, dont chaque une d'entre eux a leurs guérisseurs, ainsi que leurs façons de concevoir la maladie et les réponses qui lui sont données varient toutefois grandement d'une époque et d'une culture à l'autre, et même d'une sous-culture à l'autre.

Selon l'OMS, la santé est un état de bien être total physique, social et mental de la personne.

L'hôpital est un établissement public de soins qui accueille et soigne les malades, par une équipe médical, l'un des secteurs d'activité les plus en contact avec le public extérieur. Il est constitué de plusieurs services et unités comme le service d'urgence et d'autres services.

En effet, dans ce chapitre on va aborder en premier lieux l'histoire de la médecine, Puis on va entamer à définir le personnel médical ; ses composants et les tâches principale. En deuxième lieux, l'importance du métier de médecin, et son rôle, la notion de compétences cliniques. En troisième lieux, on présentera les conditions de la prise en charge hospitalière, ainsi l'équipe médicale et l'organisation de la prise en charge et présenter vers la fin l'hygiène hospitalière. Et on terminera par une conclusion de ce chapitre.

1-L'histoire de la médecine :

Toutes les sociétés humaines avaient recours à des croyances médicales relevant du mythe ou de la superstition pour expliquer la naissance, la mort et la maladie.

Au cours de l'histoire la maladie a été attribuée à la sorcellerie, aux démons, aux influences astrales contraire, ou à la volonté des Dieux. Ces idées restent encore répondu avec la foi en la guérison par la prière et le recours à des sanctuaires dans certains endroits, bien que la montée et la puissance de la médecine scientifique au cours du dernier millénaire a éclipsé et rendu caduques bon nombre de croyances anciennes.

Ce qui nous intéresse le plus est de comprendre l'évolution des conceptions et des idées, qu'a connu la médecine tout au long de l'histoire humaine, on expose certaine période qui montrent le développement de cette profession.

Dans l'Antiquité les premières traces écrites ayant trait à la médecine remontent au code d'Hammourabi au X^{VIII}^esiècle av. J-C. Il s'agissait d'un code réglementant l'activité du médecin, notamment ses honoraires et les risques qu'il encourait en cas de faute professionnelle.

En dissociant de la magie, les savants de l'Antiquité grecque sont les fondateurs de la médecine occidentale, le premier savant grec connu avant tout pour ses travaux en médecine est probablement Hippocrate au V^e siècle av. J-C. Il est traditionnellement reconnu comme l'auteur du serment qui porte son nom et son œuvre est au programme des études de médecine «au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physique et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.» (Ordre National Des Médecins, code de déontologie médicale, édition novembre 2012, p.33).

En Grèce, depuis Galien jusqu'à la renaissance l'idée maîtresse de la médecine est le maintien de la santé par le contrôle de l'alimentation et de l'hygiène. Les connaissances anatomiques étaient limitées et il y avait peu de possibilités d'agir par la chirurgie ou par d'autre remèdes, l'action des médecins se limitait à une relation d'empathie avec les patients et un traitement avec des remèdes mineurs pour soulager les maladies chroniques, mais ils étaient désarmés pour faire face aux maladies épidémiques, dont l'importance augmentait avec l'urbanisation et la domestication des animaux jusqu'à se répandre à travers le monde.

Hippocrate, est considéré comme le père de la médecine moderne, il a classé les maladies en maladies aiguës, chroniques, endémiques et épidémiques, ainsi que il a rédigé des descriptions des symptômes, des signes physiques, du traitement chirurgical et du pronostic de l'empyème thoracique.

Galien a réalisé de nombreuses interventions audacieuses, allant jusqu'à aborder la chirurgie du cerveau et des yeux, ses écrits sur l'anatomie sont devenus la référence au cours du long cursus universitaire du médecin médiéval, le plus célèbre ouvrage de Vésale, de *humani corporis fabrica*, a été grandement influencé par les écrits et les travaux de Galien. (DEAR, Peter, *Revolutionizing the Sciences: European Knowledge and Its Ambitions*, Princeton University Press, 2001, P37).

C'est à partir du XIX^e siècle que la médecine a connu une révolution en raison des progrès de la chimie et des techniques de laboratoire, les anciens concepts d'épidémiologie des maladies infectieuses ont été supplantés par l'apparition de la bactériologie et de la virologie.

En 1847 Ignace Philippe Semmelweis (1818-1865) a réduit de façon spectaculaire le taux de mortalité par fièvre puerpérale chez les mères admises à la maternité, en exigeant simplement des médecins qu'ils se lavent les mains avant d'assister les femmes dans leur accouchement.

Claude Bernard a œuvré à appliquer la méthode scientifique à la médecine, il a publié une introduction à l'étude de la médecine expérimentale en 1865.

En France la République puis l'Empire transforme complètement l'enseignement de la médecine en imposant aux étudiants en médecine ou en chirurgie une formation pratique à l'hôpital et des exercices de dissection. Le diplôme de docteur en médecine devient obligatoire pour exercer.

Dès 1862, Eugène Koeberlé est l'un des premiers à systématiser la chirurgie propre.

Mais c'est par la pratique rigoureuse de l'hémostase pour laquelle il met au point une panoplie d'instruments et d'innovation dans les soins pré- et postopératoires qu'il fait le plus progresser la chirurgie. En 1895, Wilhelm Röntgen découvre les rayons X. Il réalise la première radiographie sur la main de son épouse.

Au XX^e siècle, les traitements médicaux font des progrès spectaculaire avec l'invention de nouvelles classes de médicaments. Felix Hoffmann dépose le brevet de l'aspirine le 6 mars 1899. En 1909, le Nobel de médecine Paul Ehrlich invente la première chimiothérapie en créant un traitement à base d'arsenic contre la syphilis. En 1921 Frederick Banting de l'université de Toronto isole l'insuline et invente un traitement du diabète sucré. Le premier antibiotique date de 1928 avec la découverte des neuroleptiques par Henri Laborit, Jean Delay et Pierre Deniker révolutionne la psychiatrie. En 1957, Roland Kuhn découvre le premier antidépresseur.

La chirurgie cardiaque est également née pendant le siècle. En 1929 Werner Forssmann introduit un cathéter dans son propre ventricule cardiaque. Le 29 novembre 1944 c'est la première opération à cœur ouvert par Alfred Blalock de Baltimore. En 1960 la valve cardiaque artificielle inventée par Lowell Edwards est implantée pour la première fois par Albert Starr. Christiaan Bernard réalise la première transplantation du cœur en 1967.

2. Le personnel médical:

2.1. Définition :

Plusieurs définitions relatent qu'il n'existe pas une différence palpable entre « agents,

employés, salariés et personnel ».

« Le personnel médical est une personne employée dans une entreprise, un service public ou privé ayant étudié et pratiquant la médecine. Cette dernière est une science qui a pour but la conservation et le rétablissement de la santé. Un médecin peut pratiquer la médecine générale ou spéciale. A côté d'un médecin, il y a des infirmiers (ères) pour la promotion de la santé, la prévention des maladies et soins aux malades». (BERNARD et GENEVIEVE, **dictionnaire médical pour les régions tropicales**, BERPS Kango-Mayumbe, 1989, P. 388-460).

Dans notre cas d'étude, les médecins seront appelés « personnel médical ».

2.2. De quoi le personnel médical est composé ?

Il regroupe tout les praticiens médicaux généralistes et spécialistes à savoir :

- Les médecins généralistes et médecins spécialistes.
- Les chirurgiens généralistes et les chirurgiens spécialistes.

2.3. Les tâches principales du personnel médical :

Les médecins généralistes de santé publique assurent, notamment, les tâches suivantes :

- Diagnostics et soins ;
- Protection maternelle et infantile ;
- Protection sanitaire en milieux scolaire et universitaire ;
- Protection sanitaire en milieux de travail et pénitentiaire ;
- Contrôle sanitaire aux frontières ;
- Prévention générale et épidémiologie ;
- Éducation sanitaire ;
- Réadaptation et rééducation ;
- Explorations fonctionnelles et analyses biologiques

Ils participent à la formation des personnels de la santé. (Journal Officiel De la République Algérienne N°70. Art.22, 12 dhou El Hidja 1430 correspond au 29 novembre 2009, p.10).

- Les praticiens spécialistes assurent suivant leurs spécialités et leurs domaines de compétence

les taches suivantes :

Diagnostique, traitement, contrôle et recherche en matière de soins, de prévention de réadaptation et d'exploration fonctionnelle, de recherche en laboratoire.

- Ils participent aussi à la formation du personnel de santé. (Document interne de centre hospitalier-université).

3. L'importance du métier de médecin :

Étudier l'homme et le traiter dans les diverses maladies qui viennent l'assiéger dès le berceau, telles est la tache noble et glorieuse du médecin.

Les professionnels de santé en particulier les praticiens formés et qualifiés, doivent répondre à des obligations de plus en plus grandes et parfois contradictoires que les nombreuses réformes voulues par nos concitoyens ont accentué au fil du temps, le médecin participe à des activités d'organisation et de contrôle social.

Du fait de son contact fréquent avec un cercle étroit de patients, il connaît bien leur vie et leur environnement, il participe au soutien affectif de la population car les gens ont directement recours à lui pour raison de traiter leur maladie et c'est lui qui les oriente de manière différenciée à travers les complexités du système de santé.

Le médecin est témoin des diverses perturbations dans la vie du malade, mais ne s'intéresse pas uniquement aux accès de maladies et suit activement l'évolution de la santé des groupes de population qui lui sont confiés, et s'occupe de leur conditions d'existence. (**Exercice Médical à L'hôpital**, Septembre 2011. P06.)

4. Le rôle de médecin :

Des études ont montré que dans plus de 80% des cas, le diagnostic en consultation est basé sur l'histoire médicale du patient. On estime ainsi qu'un médecin peut effectuer 200 000 consultations tout au long de sa vie professionnelle.

Le succès d'une consultation médicale ne dépende pas seulement des connaissances du médecin, mais aussi de la relation qu'il entretient avec son patient, pour cette raison l'accent doit être mis au cours des études médicales, sur la technique de recueil de l'histoire du patient afin d'améliorer l'ambiance de la relation médecin-patient et de rendre la consultation plus

efficace. La façon de communiquer est au moins aussi important que ce qui est dit. Le patient doit sentir suffisamment à l'aise pour expliquer ses problèmes et exprimer ses soucis en sachant que le médecin l'a bien compris. Le médecin doit également donner à son patient une idée claire de la nature de sa maladie et du traitement envisagé.

Dans toute consultation le médecin a un certain nombre de tâches à accomplir, idéalement elles doivent être réalisées d'une manière structurée afin de maximiser l'efficacité de la procédure :

4.1. La consultation :

La consultation médicale est la meilleure occasion pour le médecin d'explorer les problèmes et les soucis du patient et de commencer à identifier les raisons de son mauvais état de santé. (Francis ZECH, **Examen Clinique**, 3^e m^e édition, de BOECK, Breuscelle, P01). Traditionnellement, les antécédents médicaux sont basés sur un modèle conventionnel, selon lequel la maladie est liée à des déviations de la fonction biologique normale, ce qui ne prend guère en considération la dimension sociale, psychologique et comportementale de la maladie.

Si un médecin ne s'intéresse pas au problème psychologique de son patient, il risque de ne pas diagnostiquer correctement sa maladie et de ne pas le traiter comme il convient. Le degré de douleur éprouvée par un patient n'est pas uniquement lié à l'importance du problème pathologique, mais également à l'importance qu'il attache à la relation de cette maladie avec les circonstances.

Les bons médecins ont toujours su cela, mais de nos jours on n'y accorde plus d'importance dans l'interrogatoire du patient. Il ne faut pas explorer uniquement les symptômes dus à une dysfonction corporelle, mais également la perception individuelle de ces symptômes. (Francis ZECH, Ibid., P02).

4.1.1. Les étapes de la consultation :

❖ La préparation :

Il importe que le dialogue ait lieu dans les meilleures conditions. Le bureau doit être calme : le médecin ne doit pas pouvoir être dérangé. Les patients disent parfois que l'environnement médical est anxiogène et estiment que l'endroit devrait être accueillant et relaxant.

Les services hospitaliers sont souvent encombrés et bruyants. Il peut être difficile d'empêcher

que la convention de médecin soit entendue et de maintenir la confidentialité, et essayer si c'est possible de trouver un endroit calme pour parler au patient.

❖ **Le premier contact :**

Il est important d'établir une relation et de mettre le patient à l'aise, c'est l'occasion de montrer dès le début. Il est préférable au médecin de saluer le patient et se présenter ainsi de préciser leur rôle et leur intention à son égard.

La communication se limite pas aux échanges verbaux, mais inclut également le langage du corps, particulièrement l'expression du visage et le regard. Le premier contacte permet de connaître ou de confirmer le nom du patient et comment il préfère qu'on s'adresse à lui.

❖ **Identification des problèmes et des soucis :**

Le médecin demande aux patients de décrire leur problème de santé, en utilisant une question ouvert pour délimiter un terrain d'enquête vaste, tout en permettant au patient de répondre à sa manière.

Mais souvent le patient a plus d'un problème qu'il veut introduire et discuter, il est donc essentiel de ne pas interrompre dans cette premier phase, car cela pourrait empêcher la découverte d'une information importante.

4.2. Des examens générales :

L'examen commence dès que le médecin pose ses yeux sur le patient. Au cours de l'interrogatoire le médecin note l'intelligence, la personnalité, la famille, et le contexte génétique du patient tandis qu'il récolte, des informations sur ses plaines et son médicale, ainsi que dévaluer son langage, son affect (déposition d'esprit). Et grâce à l'examen le médecin peut percevoir des informations non dit.

Certaines éléments physiques sont rarement exprimés mais « le langage du corps » peut donner des renseignements intéressent. Les expressions faciales et le ton de la voix apportent parfois plus d'information que la communication verbale.

L'examen générale donne une vue globale de l'état de santé et l'opportunité d'examiner des systèmes qui n'apparaissent pas nettement lors d'un examen régional. Pour le patient, l'examen général est un contact simple, apaisent avant les techniques plus approfondies qui vont suivre.

4.3. Des examens complémentaires intéressants :

L'exercice médical à l'hôpital révèle des symptômes face auxquels les pouvoirs publics n'ont pas tardé à réagir en appelant au chevet de l'hôpital les spécialistes concernés, qui posent de leur part des diagnostics concordants et envisagent des prescriptions adaptées, ainsi qu'ils doivent assumer des responsabilités plus larges.

Le médecin, motivé par sa conscience professionnelle, doit soigner tout malade en temps de paix comme en temps de guerre, quelles que soient sa condition matérielle et sociale, sans considération de sa race, de sa nationalité, de sa religion, de ses opinions politiques, de ses sentiments ou de sa réputation. ([Http://www.fm.usj.edu.lb/anciens/code.htm](http://www.fm.usj.edu.lb/anciens/code.htm)).

4.4. Les missions principales du médecin :

Le médecin et également posséder des connaissances de base qu'on peut grouper comme suit :

- Procéder aux diagnostics et aux premiers soins, et le cas échéant, diriger vers un spécialiste ou un hôpital.
- Traiter les affections courantes et complexes dans les dispensaires ou au domicile des patients (service à domicile).
- Informer les patients quant aux principes sanitaires à observer dans leur vie quotidienne et assurer l'éducation sanitaire du public par des conférences...
- Conseiller les comités nationaux, les entreprises, les coopératives agricoles, les écoles...
- Rassurer les patients, gagner leur confiance, se familiariser avec leur environnement personnel, social et professionnel et les aider à résoudre les problèmes non médicaux qui peuvent influencer leur santé.
- Suivre de près la population qui leur est confiée en procédant à des examens préventifs et à des traitements courants, en consultant des spécialistes et en établissant des dossiers circonstanciés sur l'état de santé des patients examinés et traités.
- Superviser l'hygiène personnelle, l'hygiène communale et l'hygiène du travail en prenant les mesures d'épidémiologie qui s'imposent, et mobiliser le public pour qu'il participe à des activités de promotion de l'hygiène.
- Évaluer l'état de santé des diverses tranches de population et déterminer les besoins en matière d'hospitalisation, de séjour en maisons de convalescence ou dans des situations

thermales ; établir des certificats à des fins de bien-être social.

- Tenir à jour des dossiers, préparer des rapports, etc. (Revue internationale des sciences sociales, UNESCO, **la santé des nations**, Paris, Vol. XXIX, n°3, 1977, p.547).

5. La notion de compétences cliniques :

La compétence clinique est envisagée par Southgate comme «la volonté de sélectionner et d'accomplir de manière suffisante des tâches cliniques significatives dans le contexte d'un environnement social, afin de résoudre des problèmes de santé individuels ou d'une population de manière effective, efficace, économique et humaine ».

Toute la discussion réside en fait dans le sens que l'on donne au terme de compétence. (PREVEL Marc, **Référentiel de compétences d'un médecin d'urgence**, édition FMU, 2004, P08.)

S'il s'agit uniquement d'habiletés et que l'objectif énoncé est capable de recueillir des données à l'interrogatoire (par exemple), alors la mobilisation par le sujet de tous les éléments nécessaires à cette tâche est bien une compétence, par contre, si l'interrogatoire du patient n'est considéré que comme l'un des éléments nécessaires à la résolution du problème de santé, l'interrogatoire n'est qu'une capacité constitutive d'une compétence plus large.

Finalement, on peut avancer l'idée que c'est la perception du but poursuivi par l'action qui définit la qualification en tant que compétence clinique.

5.1. Quelles sont ces compétences cliniques ?

Burg et Coll, dans une démarche tendant à identifier les compétences cliniques, proposent une matrice à double entrée comprenant d'un côté des tâches à effectuer et de l'autre les types de connaissances pour y parvenir.

5.1.1. Les tâches à effectuer qu'ils identifient sont :

- L'interrogatoire : recueil et interprétation des données.
- L'examen physique : recueil et interprétation des données.
- L'utilisation des tests biologiques, de l'imagerie et des autres procédures d'investigations : choix et interprétation des procédures complémentaires spécialisées.
- Définition des problèmes cliniques : synthèse des données de différentes sources émission et évaluation d'une hypothèse diagnostique.
- Management : choix et mise en œuvre des thérapeutiques et du suivi de l'évolution du

patient chirurgical, compréhension des indications, explication au patient suivi de l'évolution postopératoire.

- Psychologique : utilisation de techniques de soutien psychologique incluant l'assistance médico-juridique et l'aide à surmonter les situations de crise en particulier dues à la maladie et éducation thérapeutique du patient : sensibilisation du patient aux informations nécessaires à l'auto-prise en charge de sa pathologie et à la compliance thérapeutique.
- Rédaction d'ordonnances : rédaction ordonnée des données nécessaires à la continuité des soins.
- Utilisation de sources d'information spécifiques : faire usage des avis spécialisés en fonction des standards validés et de la connaissance de ses propres limites, utilisation des documents à disposition.
- Gestion sanitaire : aide individuelle ou envers un groupe à l'utilisation des principes de médecine préventive reconnaissance et traitement préventive des facteurs de risque.

6. Les conditions de la prise en charge hospitalière :

6.1. La prise en charge médicale des patients :

W. Hesbeen remarque que dans la médecine actuelle, une médecine performante qu'il qualifie de « techno scientifique », le soignant travaille sur un « corps objet » très axé sur la maladie, ne laissant que très peu de place à la prise en charge de la personne en tant qu'être humain. Les soins ne sont réalisés qu'à un corps malade ; contrairement aux médecines qualifiées de douces qui lient le corps à l'esprit. (Walter Hesbeen, **la qualité du soin infirmier**, Penser et agir dans une perspective soignante, Edition Masson 2002, P24).

6.2. Les critères d'une bonne prise en charge médicale :

Il est difficile de faire la part entre l'aigu et le chronique, le physique et le psychique, les facteurs endogènes et les facteurs exogènes, les effets de la maladie et ceux du traitement, et parfois les soins curatifs et les soins palliatifs. La démarche médicale traditionnelle, centrée sur la maladie et ses mécanismes, montre ses limites. Elle demande à être complétée par une approche fonctionnelle pluridimensionnelle centrée sur le patient et prenant en compte ses capacités physiques, ses difficultés psychologiques et sociales. L'efficacité de la prise en charge globale a été démontrée ; la mise en place d'un programme médico-social personnalisé des soins de traduit par une réduction de la morbidité mais aussi, à moyen terme, des coûts,

ainsi que par une diminution des placements en institution et par une amélioration de l'état fonctionnel des patients âgés. (Eric Molinie, **l'hôpital public bilan et perspectives conseil économique et social**, avril 2005, P131.)

La prise en charge des patients dans le service des urgences commence par une évaluation de la douleur des malades à travers d'un traitement de qualité.

Pour l'amélioration globale de la qualité des soins en situation des urgences il est évident de mettre en place la réalité de la prise en charge, cela va permettre aux personnel médical de développer des connaissances pratique des soins.

6.2.La qualité des soins :

6.2.1. Définition :

Il est important d'évoquer le concept de qualité de soins car il dépend du travail de personnel médical, la qualité d'un service peut se définir par ses objectifs et ses résultats ainsi chaque établissement vise à l'amélioration de la qualité des ses actions.

Selon l'OMS, la qualité des soins c'est « délivrer à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostique et thérapeutique qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la médecine, au meilleur cout pour le même resulta, au moindre risque iatrogènes et pour sa plus grande satisfaction en terme procédures, de résultats et de contact humain à l'intérieur de système de soins. » La qualité c'est de s'assurer que chaque patient est soigné avec la mobilisation maximale des moyens possibles, matériels, humains, institutionnel... la qualité demande à être améliorer à évoluer. (CRUHANTL, **la qualité de soins**, édition PUF, éd paris, 2000, p12.)

6.2.2. L'amélioration de la qualité des soins :

La prise en charge globale de la douleur de la personne constitue un des indicateurs de la qualité des soins. Le manuel d'accréditation dans la référence OPC5 relative aux besoins spécifiques des personnes malades inscrit la recherche, la prévention et la prise en charge de la douleur aiguë et chronique comme un des objectifs à atteindre pour satisfaire cette exigence. (COUTY Edouard, **organiser la lutte contre la douleur dansles établissements de santé**, pp 07-09.)

Ainsi, chaque établissement de santé doit définir dans son projet d'établissement un programme d'actions visant à améliorer la prise en charge de la douleur des personnes

qu'il accueille. Ce programme s'intègre dans le volet « qualité et sécurité des soins » du contrat d'objectifs et des moyens conclu avec l'agence régionale d'hospitalisation.

6.3. Le but de la qualité des soins :

Selon LANAES (Agence National d'Accréditation en santé), la qualité permet d'amélioration de la santé :

- Elle permet l'appréciation de la qualité et de la sécurité des soins.
- Appréciation de la qualité de la capacité des établissements de santé à améliorer de façon contenue la qualité des soins et la prise en charge globale du patient.
- Formulation de recommandation explicites aux établissements.
- Implication des professionnelles sans cette démarche.
- Reconnaissance externe de la qualité dans l'établissement de santé.
- Amélioration continue de la confiance du public.

6.4. Les dimensions de la qualité des soins :

Les principales dimensions élaborées dans la qualité de soins peuvent être regroupées en cinq éléments :

- **Efficacité :**

Efficacité est souvent la première dimension prise en compte pour mesurer la qualité, elle correspond à la capacité de réaliser des résultats (les soins) souhaitable, à condition qu'ils soient bien dispensés à ceux qui en ont besoin et pas aux autres. L'efficacité est aptitude à atteindre ou réaliser toute amélioration possible en termes de résultat sanitaire.

- **Sécurité :**

La sécurité des soins est basée sur le principe de ne pas nuire aux malades, la sécurité est la capacité d'empêcher ou d'éviter les résultats indésirables ou les dommages qui proviennent des processus de soins aux mêmes.

- **Réactivité :**

La réactivité ou la sensibilité du système renvoie à des notions telles que le respect des patients, la dignité, la confidentialité aux choix, le soutien social et le choix de

fournisseurs de soins. Elle se rapporte à la façon dont le système prend en charge les patients pour répondre à leurs attentes légitimes non liées à la santé.

Un autre terme est souvent employé « patient-centeredness » il s'agit de mettre le patient au centre des soins en intégrant différents éléments comme l'écoute, l'empathie, la confidentialité, mais aussi l'information dont le patient dispose sur l'expérience du patient concernant les aspects spécifiques des soins, ceci au-delà de sa satisfaction individuelle.

- **Accès aux soins :**

Accès aux soins est l'accessibilité, la facilité avec laquelle on accède aux bons services de santé au bon moment. Accès peut être vu sous l'angle géographique, financier, ou socio-psychologique et existe que les services de santé soient disponibles

L'équité est une dimension étroitement liée à l'accès et à la capacité d'un système de santé à traiter de manière juste toutes les personnes concernées indépendamment de leur âge, de leur sexe, de leur race et de leur ressource financières. Dans ce contexte, il s'agit de la distribution des soins entre différentes groupes de population quelles que soient leur situation géographique, économique et social.

- **Efficiences :**

En fin d'efficacité se réfère à l'utilisation optimale des ressources disponibles pour obtenir les bénéfices ou les meilleurs résultats.

Elle renvoie à la capacité d'un système à fonctionner pour obtenir des résultats possibles et souhaitables, la plupart des problèmes de qualité des soins impliquent une sous ou une utilisation des ressources. (CRUHANTL, Ibid., p23.)

7. L'équipe médicale et l'organisation de la prise en charge :

7.1. L'équipe :

La qualité du travail en équipe avait été identifiée comme facteur clé de l'envie des praticiens d'exercice à l'hôpital public. Les comptes rendus de débat apportent des explications essentielles à cet attachement. Elle apparaît comme une ressource sociale en ce qu'elle favorise l'échange et évite les replis catégoriels. De ce fait, elle atténuerait les risques psychosociaux (notamment burn-out). Elle est également perçue comme une ressource professionnelle, les échanges qui s'y construisent participant de la transmission des savoirs.

Sa structure, hors ligne hiérarchique, la rend source de motivation en ce qu'elle favorise la prise de responsabilité. L'ambiance de l'équipe est un facteur clé d'attractivité. (François AUBART, Didier DELMOTTE, **Exercice médicale à l'hôpital**, Un système de santé recomposé, Un hôpital public en mouvement, des citoyens mieux soignés, des praticiens plus reconnus, p13).

7.2. Le pôle :

Le pôle est ainsi le cadre et surtout le niveau de la gestion médico-administrative, avec la nécessaire articulation entre la lourdeur de cette tâche et l'exercice médical ; s'il est nécessairement hiérarchisé, le pôle semble tout de même pouvoir ménager l'expression de la démocratie interne. Il offre ainsi au jeune praticien la possibilité d'y trouver sa place.

7.3. Le territoire :

La territorialisation de l'offre de soin, notamment par l'organisation en communauté hospitalière de territoire apparaissait peu dans le sondage d'opinion. Les débats permettent de la faire émerger comme facteur d'attractivité, et surtout comme un cadre sécurisant du déroulement d'une carrière, d'une part et comme un nouvel espace de développement de l'équipe médicale (dans le cadre des temps médicaux partagés), d'autre part. (AUBART François, DELMOTTE Didier Ibid., p14)

8. Hygiène hospitalière :

8.1. Le corps médical :

8.1.1. Hygiène des mains :

- Les ongles doivent être courts, brossés et nettoyés soigneusement.
- Les mains seront lavées fréquemment, tout spécialement avant et après chaque soin, en quittant le service des malades, avant de se mettre à la table.
- En cas de maladies contagieuses, les mains seront désinfectées.
- La moindre blessure doit être désinfectée pour prévenir les infections.

Dans le but :

- D'éviter la propagation de microbes d'un malade à l'autre.
- De se protéger eux même contre les infections locales (furuncles, panaris et générales typhoïde). (BAILLIER-Jean-BAPTISTEET fils, L'infirmière hospitalière : guide théorique

et pratique de l'Ecole Florence Nightingale de Bordeaux, 8^{ème} édition, paris, 1952, p.30).

8.1.2. Tenue vestimentaire :

La tenue comprend une coiffe, un masque, une blouse ou pyjama et de chaussures, ces vêtements hospitalière sont changés régulièrement ou chaque fois qu'ils se salissent (tache ...). Pour les services à hauts risques, des vêtements jetables (coiffe, masque, blouse, bottes) sont préférables. (KAITI Mostefa, Guide des soins infirmières, Edition Office des Publications Universitaire, Alger, 1986, p.87).

8.2. Le malade :

L'hygiène du malade comporte celle de son lit (matelas, oreillers, draps, couverture de lit) dans lequel il passe la totalité ou la majeure partie de son temps, et la propreté de la peau, du cuir chevelu, de la bouche surtout chez les fiévreux, les mourants... . (BAILLIERE-Jean-BAPTISTEET fils, Ibid., pp. 31-33).

8.2.1. Hygiène alimentaire :

A pour but de régler l'alimentation pour subvenir à l'entretien, à l'activité et à la croissance de l'organisme. Elle doit tenir compte des besoins énergétiques et plastiques de l'organisme et des vitamines. Certains malades sont privés de l'une ou l'autre des catégories d'aliments alors on distingue divers régimes. (Ibid., pp.53-56).

8.2.2. Hygiène de l'environnement :

L'emplacement de l'hôpital doit se situer loin des centre urbains (bruit, pollution...) la construction dispersée répond mieux aux impératifs de santé : calme, isolement facile, espace vert... (KAITI Mostefa, Ibid., p.90). Les hôpitaux doivent être construits et aménagés en fonction des besoins des malades et aussi prendre en considération la facilité de travail du personnel.

En gros, le but de l'hygiène hospitalière est de minimiser les risques infectieux ou la transmission de ces germes peut être direct par les mains, le linge, les aliments, le matériel ou indirecte se faisant par l'air. L'hygiène cherche à prévenir les maladies et donner au corps le maximum de développement normal. (BAILLIERE-Jean-BAPTISTEET fils, Ibid., p.27).

Conclusion :

La pratique médicale a des origines qui remettent aux premier peuple sur terre, mais dans cette période la médecine est fusionné avec autres pratique telle que les rituelles, et la magie, mais au fil du temps la conception de la médecine se change, pour qu'elle devienne aujourd'hui une science, qui se base sur des technique très évoluée, et des professionnels bien formé, en matière de formation. Le médecin à un rôle primordial dans l'amélioration de la santé des patients puisque c'est lui qui détermine à coté des moyens médicaux nécessaires le traitement de chaque cas et la solution pour chaque situation qui concerne la santé publique. Donc, le médecin a pour mission de traiter et de soulager les patients, pas seulement par le traitement somatique de la maladie mais aussi son comportement vis-à-vis les patients joue un rôle important dans l'amélioration de leur état de santé.

Dans le chapitre suivant on va aborder le stress au milieu du travail qui touche notre groupe de recherche.

Chapitre II : le stress chez le personnel médical

Section 1 : le stress

Préambule :

Le terme « stress » est utilisé dans de nombreux domaines, il occupe une place de plus en plus centrale au sein de la psychologie et de la médecine comportementale puis que il nuit à la santé humaine, de ce fait le stress est impliqué dans les troubles psychologiques et neurologiques (dépression nerveuse, maladie de Parkinson), métabolique (diabète, obésité), respiration (asthme) et dermatologiques (eczéma).

Dans ce chapitre, nous aborderons l'historique du stress puis sa définition aussi nous tenterons également d'éclairer le concept de stress à l'aune de ses rapports avec l'angoisse, l'anxiété, état de stress post-traumatique et la dépression ensuite, on exposera ses symptômes, ses causes, ses phases, ses différents syndromes, ainsi l'approche interactionnelle et transactionnelle du stress.

Et parmi les sujets les plus liées au stress on trouve le stress professionnel qui est le titre de notre deuxième axe qui contient, une brève description de travail, la définition du stress professionnel, le stress professionnel et quelques concepts connexes, Les symptômes, les facteurs, les différentes approches du stress professionnel ensuite les types de prévention du stress, le stress professionnel dans le milieu médical, On terminera par proposer des traitements pour le stress et une conclusion de ce chapitre.

I. Le stress.

1 :L'origine du stress :

La notion de stress existe depuis le moyen âge, le mot « stress vient du latin « stringere qui veut dire : tendu, raide. Ce sont les anglais qui l'utilisèrent le premier, et il semble même qu'au XVII^e siècle ils lui donneraient déjà une connotation de détresse psychique.

Toutefois, c'est dans le domaine de la psychique qu'il fut d'abord le plus utilisé pour définir une pression ou une torsion (D.Dominique Hoareau 2001 P22)

Sa définition est introduit vers 1936 par le physiologiste canadien d'origine langroise ; Hans Selye.

C'est en 1936 que Selye, venu de l'université de Prague et travaillant à Montréal, décrit chez le rat un syndrome mon spécifique apparaissant au cours de la phase initiale de ce qui s'appellera plus tard le stress : il constate que les mêmes lésions (en particulier hypertrophie des surrénales atrophie et hémorragies du thymus et des ganglions lymphatiques, ulcérations gastriques) sont provoquées par les facteurs d'agression les plus variés. Selye cite la contrainte, l'injection d'huile de croton ou de formol ou encore d'extraits glandulaires mal purifiés, diverses infections, les hémorragies, les brûlures, le froid l'anoxie les fractures et les radiations. A côté des réactions tissulaires spécifiques. En 1946, Selye parlera de syndrome général d'adaptation évoluant en trois phases :

Réaction d'alarme (mort par choc) ; phase de résistance (pathologie ou mort par excès de résistance) ; phase d'épuisement (mort par épuisement). (Larousse, 1991, pp.847.848).

Dès l'antiquité les hommes avaient déjà pressenti l'existence de liens possibles entre les chocs et les traumatismes (physiques ou psychiques) reçus par un individu d'une part, et certaines maladies d'autre part. C'est-à-dire, des relations possibles entre le cerveau et le corps. 500 ans avant J.C, les Grecs savaient ainsi qu'on pouvait perdre la vue après un choc émotif violent.

Puis les théories des spécialistes de toutes les époques qui suivirent exilèrent entre l'acceptation de l'influence du psychisme et son sujet : la sempiternelle question était de savoir si des maladies avouent ou non une origine psychique.

Aujourd'hui, plus personne ne conteste que l'esprit et le corps sont intimement liés et que l'un influence l'autre et vice versa. Le plus difficile est de faire la part des choses et des responsabilités entre les deux.

2. Définition du stress :

Nous avons opté pour ces quatre définitions car ses auteurs (Selye, Kolbell, Lazarus et Folkman) sont les plus connus par leurs travaux sur le stress et qui correspondent à notre approche adoptée, ainsi que notre thème de recherche.

De la racine étymologique latine « Stringere signifiant « tendue de façon raide, le sens a progressivement évolué en italien vers la notion d'étreindre stringere (mais aussi : serrer, presser, résumer, rétrécir). Mais c'est l'anglo-saxon stress (littéralement tension) à l'identique en français qui se répandra avec le succès celui issu par aphérèse de détresse, est stress signifiant étroitesse et oppression. (Ibid., P.10).

Selon Hans Selye, le stress peut être défini comme « La réaction immédiate, biologique, physiologique et psychologique d'alarme, de mobilisation et de défense de l'individu face à une agression ou à une menace. C'est une réaction éphémère qui est utile, permettant de faire au choix de façon adaptée à la situation.

(CROCQ Louis, les traumatismes psychiques de guerre, Paris : Odile Jacob, 1999, P 422)

Le stress serait donc une réponse univoque que donne tout organisme aux demandes de son environnement, et ne dépendant pas de la nature et de cet environnement ou de cette demande, mais de son intensité, de sa persistance, ou de sa soudaineté. (D. Dominique Hoareau, 2001, P.27)

Kolbell (1995) définit le terme stress comme « un état qui survient lorsqu'un individu est confronté à une demande qui dépasse ses capacités, réelles ou perçues, d'y répondre avec succès, ce qui entraîne une perturbation de son équilibre physiologique et psychologique ». (Janine, 2010, P. 84).

Selon Lazarus et Folkman, le sujet évalue la situation comme excédant ses propres ressources, en mettant en danger son bien-être ce qui le rend dans un état stressant et que le stress se manifeste chez le sujet lorsqu'il se trouve dans des situations difficiles, dangereuses qui provoquent chez lui une détresse, souffrance.

« Le stress est une transaction particulière entre la personne et l'environnement, dans laquelle la situation est évaluée par l'individu comme taxante ou excédant ses ressources et pouvant menacer son bien-être (R. S. Lazarus et S. Folkman, 1984, P.19)

3. Les symptômes physiques et psychiques du stress :

Depuis des années, plusieurs études ont été menées pour évaluer les effets du stress sur la vie quotidienne et sur la santé de l'individu, on trouve des :

3.1. Troubles psychosomatiques

Il en est ainsi des affections dermatologiques chroniques (psoriasis, eczéma, pelades...etc.), de certaines affections digestives, le cas de l'ulcère d'estomac qui résulte d'une réduction de la production de mucus d'estomac servant à protéger les parois de l'estomac contre l'action du suc gastrique sécrété en excès, par des bactéries spécifiques et

endocriniennes (diabète, hyperthyroïdie), effet négatif sur le contrôle métabolique des sujets diabétiques. (M. Boudarene, 2005, p.3)

3.2. Troubles physiques

Le symptôme le plus fréquent et le plus sensible est la fatigue, qui n'est pas toujours avouée, ou même camouflée par une hyperactivité compensatrice et qui referme le cercle vicieux. Douleurs diverses et variées, touchant n'importe quel niveau de l'organisme, douleurs digestives, intercostales, céphalées, rhumes, état grippaux. (D. Hoarcau, 2001, p.771)

3.3. Troubles psychiques

On remarque des troubles du comportement comme l'agressivité, nervosité, troubles des conduites alimentaires, consommation du tabac, abus d'alcool, et toxicomanie.

Beaucoup de personnes stressées ont des difficultés d'endormissement, d'autres se réveillent en plein milieu de la nuit. Leur cerveau ne pouvant se déconnecter des difficultés et des entraves rencontrées pendant la journée. (Ibid., p.771)

La prise de somnifères dans certains cas ne résout pas le problème, et ne fait qu'aggraver la situation en rendant la personne complètement dépendante. Des troubles sexuels peuvent être enregistrés chez certaines personnes, se manifestant par une baisse de la libido, des capacités et performances sexuelles (impuissance sexuelle). (Ibid.,

4. Les causes du stress :

Les causes du stress sont nombreuses et variées. Mais, nous en avons, après une sélection des littératures, identifié cinq

4.1. Les causes biologiques :

Comme causes biologiques il y a entre autres : Le manque d'exercice physique, pas assez de sport, L'alimentation peu équilibrée : manque de vitamine, trop de café, La réaction allergique à certains aliments, Les changements biologiques tels que la

puberté, la ménopause, la vieillesse ou la grossesse, Le déséquilibre chimiques dans le corps. (K-Y. Deogratias, 2010).

4.2. Les causes socio-culturelles :

Le changement de situation sociale ou changement dans la vie quotidienne (perte de mari ou femme, changement d'emploi, mariage, vacances) ,La pression pour se conformer aux règles au sein d'un groupe ou dans le travail, en particulier lorsque le comportement exigé n'est pas celui que la personne adopte habituellement , Le manque de soutien des collègues ou proches, pas de moment de détente, manque d'écoute de la part des amis, La pression au travail avec des objectifs difficiles à atteindre, chômage, peu d'activités sociales. (Ibid.).

4.3. Les causes psycho-dynamiques :

Des problèmes hérités à l'enfance qui n'avaient pas été résolus, Avoir à faire face à des situations qui rappellent des événements stressants de l'enfance, Le manque de confiance en soi, Etre sur sa défense sans une Chapitre II Le stress professionnel chez les anesthésistes 45 réelle raison apparente lorsque l'estime de soi est menacée. (K-Y. Deogratias, 2010).

4.4. Les causes rationnelles :

La façon dont nous évaluons les conséquences de certaines actions ou certains événements. Cela peut avoir une influence positive ou négative du stress que nous ressentons, Le fait de se fixer soi-même des objectifs trop élevés ou inatteignables, Mal interpréter les actions de son entourage, Ne pas être capable de surmonter certaines situations, comme par exemple ne pas avoir une approche rationnelle pour résoudre ses problèmes. (Ibid).

4.5. Les causes du stress au quotidien :

Des demandes à satisfaire venant simultanément des plusieurs personnes et de toute part, Des frustrations personnelles, Des changements dans le régime alimentaire, le rythme du sommeil, les relations avec les autres. (K-Y. Deogratias, 2010).

D'après avoir parlé des symptômes psychiques et physiques du stress, les mécanismes et les causes de stress, dans le titre suivant on va aborder les agents stressants.

5. Les différents syndromes du stress :

Il existe trois syndromes du stress :

5.1. Le syndrome du stress aigu.

Le stress aigu désigne une réaction soudaine qui est la conséquence d'un stresser identifiable. Un stress aigu, par exemple, peut apparaître suite à un événement important comme un deuil ou une promotion, cependant la réaction varie d'une manière individuelle, le stress aigu se caractérise par une augmentation de la production d'adrénaline, de noradrénaline et de cortisol, appelées hormones du stress. Si elle dure, elle peut alors entraîner un syndrome de stress posttraumatique. (B. Zablocki, 2009, p.64)

5.2. Le syndrome du stress post-traumatique.

Les réactions suite à un événement stressant ne sont pas Nécessairement immédiates. L'OMS(1993) définit le syndrome du stress posttraumatique comme « une réponse retardée ou différée à un événement traumatisant qui peut entraîner une détresse envahissante, certains corps de métier comme la police, les pompiers et les secours médicaux peuvent vivre des événements particulièrement stressants qui engendrent une réaction de stress posttraumatique ». (B. Zablocki, 2009, p.6)

L'American psychiatrie association (APA) en 1994 définit les manifestations de stress post-traumatique comme suit :

- Impression de revivre le traumatisme : pensée, rêves ou « flash-back » récurrents accompagnés d'un sentiment intense de peur et de désarroi ;
- Efforts pour éviter de penser à l'événement traumatisant ou aller dans certains lieux pouvant rappeler une attention aux autres ou à ressentir des émotions ; - hyperactivité, insomnie, difficulté de concentration, état perpétuel de « qui vit » plus grande nervosité et réactions de sursaut exagérées. (B. Zablocki, p.64).

5.3. Le syndrome du stress chronique.

Zablocki(2000) définit le stress chronique comme « *une réponse à un accroissement de pressions sur une longue période de temps, ce type de réaction débute graduellement progresse lentement* ». (Ibid, p.64)

6. Les trois phases de la réaction de gestion du stress :

Selye désigne « le stress comme une pression extérieure susceptible de modifier le fonctionnement de l'organisme, le stress est un ensemble de réactions spécifiques découlant de la confrontation de l'organisme à des situations auxquelles il doit faire face, selye décrit en suite trois phases de réaction au stress. (G.N.FICHER, 2002, P.97).

6.1. Réaction d'alarme :

L'organisme mobilise les énergies physiques et psychiques disponibles pour se défendre contre une menace physique ou psychique et la manifestation de symptômes différents selon le tempérament de chacun. (L. charlotte, 2013, p, 16).

6.2. Phase de résistance :

Grâce à l'activation des réactions psycho-physiologiques contre le stresser, l'organisme entre en résistance active. Même si la situation pesante perdure, les symptômes apparus lors de la première phase Chapitre II Le stress professionnel chez les anesthésistes 48 disparaissent et les processus physiologiques activés par la réaction d'alarme se normalisent. Dans cette deuxième phase, lorsque la résistance au stresser d'origine est très grande, la résistance aux autres stressers est réduite. Un faible stresser peut ainsi engendrer une forte réaction si les ressources corporelles nécessaires à la résistance sont mobilisées contre un autre stresser. Si cette phase devient trop longue, le corps s'épuise et cela peut se traduire par des symptômes tels que des céphalées, insomnies, tensions musculaires. (L. Charlotte, 2013, p.16).

6.3. Phase d'épuisement :

L'accumulation de stress peut provoquer l'épuisement des nécessaires à l'adaptation entraînant par exemple une dévalorisation de l'individu, une incapacité à réagir, la colère ou la dépression.

Si la demande adaptative persiste, il se peut que l'organisme n'arrive plus à s'adapter ; il lui est impossible de subvenir aux dépenses d'énergie, ses défenses immunitaires diminuent, le rendant plus vulnérable aux agressions extrêmes, d'où la phase d'épuisement qui l'emporte sur la défense active. L'épuisement est souvent la conséquence du fonctionnement en sur régime de l'organisme, ce qui entraîne un dysfonctionnement des déférents organes qui va favoriser l'apparition de certaines maladies (ulcère, hypertension,eczéma,cancer,infarctus). (Stress et performance, 1995, p231)

7. Les conséquences de stress :

7.1 : Les conséquences physiologiques de stress.

Les effets physiologiques du stress sont divers :

1. **Au niveau cardiovasculaire**

- Augmentation de la fréquence cardiaque
- Dilatation des vaisseaux au niveau des muscles
- Dilatation pupillaire

2. **Au niveau respiratoire**

- Augmentation de la fréquence et la profondeur de respiration

3. **Au niveau maculaire**

- Augmentation de tonus

4. **Au niveau cutané**

- Rétrécissement des vaisseaux sanguins
- Augmentation de la sudation

5. **Au niveau digestif**

- Diminutions de la motilité digestive (ou parfois l'inverse)

6. **Au niveau sanguin**

- Diminution du temps de coagulation

- Augmentation de la glycémie (M, Schwor, 1999, P, 22)

7.2 .Les conséquences psychologiques du stress.

Sont variée entre cognition et émotionnels

7.1. Effets cognitifs

- Augmentation de la distractibilité (on perd souvent le fil de ce qu'on est en train de penser ou dire, même en plein milieu d'une phrase).
- Difficultés de prévoir, la vitesse de réaction
- Détérioration de la capacité d'organisation et de la planification

7.2. Effets émotionnels

- Augmentation des tensions physiques et psychologiques
- Modification de certains traits de personnalité
- Affaiblissement des contraintes d'ordre moral ou émotionnel
- Augmentation de l'hypocondrie
- Apparition de la dépression et des sentiments de désespoir
- Cynisme vis-à-vis des clients et des collègues Apparition éventuelle de menace de suicide. (D, Fontana, 1990, P.32).

9. Quelques échelles d'évaluation du stress :

Les questionnaires et échelles d'évaluation du stress et des stressseurs, validées et utilisables aisément sont peu nombreux.

➤ Pour les stressseurs :

L'échelle de Holmes et Rahe t(1967) dont les items mettent en évidence les changements et les problèmes au cours de la vie

- Le questionnaire d'évènements d'Amiel lebigre (1985)

- Le manuel d'entretien pour les événements et difficultés de vie (life stress events difficulties schedule) de brown et harris.
- **Pour le stress et les stressseurs :**
- Le questionnaire « perceived stress » de Cohen et Williamson (1988)
- Le « job content questionnaire » de karasek, qui évalue à la fois les facteurs externes professionnels et le sentiment de contrôle de la personne sur la situation.
- **Pour les façons de faire face aux stressseurs :**
 - Le questionnaire des « coping reponser and social ressources » de billing et moss.
- **Pour le support social :**
 - Les questionnaires « social support, life stress, and psychological ajustement dewilcox.
 - Le questionnaire d'autoévaluation du type A de Bortner
 - Ces échelles évaluent le plus souvent une dimension particulière d'un problème de stress.
 - Soit l'importance de l'ensemble des événements de vie
 - Soit plus spécifiquement, des stressseurs professionnels et du stress correspondant
 - Soit la réponse d'ajustement au stressseurs
 - Soit l'importance du soutien dont dispose le sujet pour faire face.
 - Certaines échelles nécessitent beaucoup de temps de passation et sont peu compatible avec l'activité clinique courante. (CHARLY Gungi,

Section 2 : Le stress professionnel

La définition de stress professionnel :

Nous avons choisi ces définition parce que elles nous semblent les plus adéquates et quelles qui conviennent à l'approche retenue et aux outils utilisés. Le terme de stress au travail a fait son apparition dans les années 1980 dans les pays Anglo saxons et de l'Europe du nord. Selon Lazarus le stress professionnel est définie comme « la perception de dés équilibre entre des certaines imposées par la situation de travail et les ressources dont il dispose pour y faire face. Il s'agit de la construction d'une représentation, d'une évaluation du stress perçu et de la possibilité du contrôle de la situation » (L'Olive, 2011, P 22).

Les différentes définitions du stress au travail proposées par les institutions ou les spécialistes sont assez proches et mettent en avant la difficulté à faire face à des exigences trop élevées générées par les taches et l'organisation professionnelles.

Pour l'organisation mondiale de la santé (OMS) : « le stress au travail est l'ensemble des réactions que les employés peuvent avoir lorsqu'ils sont confrontés à des exigences et des pressions professionnelles ne correspondant pas à leurs connaissance et à leurs capacités et qui remettent en cause leur capacité à faire face « » (Dominiques ervant, 2013, ELSEVIER MASSON SAS, P.3-4)

Nous pouvons donc définir le stress lié au travail comme une réaction émotionnelle, cognitive, comportementale et physiologiques aux aspects néfastes et de la nature du travail, de son organisme et de son environnement

Cette réaction qui peut devenir un état, est caractérisée par des degrés élevés d'éveil, et de souffrance, et son vent, par le sentiment de pas s'ensor tire. (LaurenceLeruse, éd SF pemplà ,Bruxelles, 2004, P.15). L'agence Européenne pour la sécurité et la santé au travail définit que le stress nervent lorsqu'il y a déséquilibre entre la parce qu'une personne à des ses propres ressources pour y faire face. Bien que les processus d'évaluation des contraintes et des ressources soit d'ordre psychologique, les effets du stress ne le sont pas uniquement. Ils affectent également la santé physique, le bien-être et la productivité. (D. Dominique, 2013, ELSEVIER MASSON, SAS. P.4.

2. Le stress professionnel et quelques concepts connexes.

Le terme de burn out apparaît en tant qu'entité chimique pour la première fois en 1974 dans les écrits d'Herbert Freudenberger, psychanalyste américain. Ses premières observations concernent des bénévoles et des soignants d'une clinique psychiatrique où lui-même travaillait. Pour parler de cet état particulier de détresse qu'il observe chez certains de ces soignants, il choisit d'utiliser l'expression « burn out » qui signifie s'épuiser, brûler jusqu'au bout.

Freudenberger définit le burn out comme « un état de fatigue chronique, de dépression et de frustration apporté par la dévotion à une cause, un mode de vie, ou une relation, qui échoue à prendre les récompenses attendues et conduit en fin de compte à diminuer l'implication et l'accomplissement au travail. (S. Dominique, 2013, P.64).

Mais ce sont surtout les travaux de Maslach, psychologue sociale, qui vont préciser la symptomatologie de ce processus d'épuisement professionnel (Maslach, 1976, 1978, 1981, 1982) les échelles créées par Maslach sont largement utilisées bien qu'elles soient imparfaites et sujettes à contestations dans leur conceptualisation et leur utilisation (Frédéric Chapelle Benoît, Rollon Poinot, Stéphane Rusinek, 2018, 3ème éd DUNOD, P.136).

Pour Maslach « le burn out est un syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement personnel qui apparaît chez les individus impliqués professionnellement auprès d'autrui » (S. Dominique, 2013, P.64)

Pezet-Langevin (2006) souligne que le burn out est l'une des conséquences possibles d'un stress mal géré, source de déséquilibre entre les ressources dont dispose l'individu et les contraintes de son environnement.

Il peut donc être vu comme la remise en cause d'un investissement professionnel initial à la suite d'un défaut d'ajustement de l'individu lui-même ou de son environnement, lié à des contraintes de travail croissantes et excessives, des conflits ou ambiguïtés des rôles ou un fort sentiment d'arbitraire et d'iniquité.

Pour Shirom (2005), la nature chronique du burn out n'est pas probablement due à la génétique ou à la personnalité mais plutôt à des caractéristiques liées au travail (Julieta, 2010, PP.42-43).

3. Les symptômes du stress professionnel.

3.1 La dépression :

La dépression est « un état morbide, plus au moins durable, Caractérisé essentiellement par la tristesse et une diminution de tonus et de l'énergie. Le sujet déprimé est incapable d'affronter la moindre difficulté. Aussi ne prend plus aucune initiative. Il souffre de son impuissance et a l'impression que ses facultés intellectuelles notamment l'attention et la mémoire sont dégradées. Le sentiment d'infériorité qui en résulte augmente encore sa mélancolie ». (N. Sillamy, 2004, p.79)

« La dépression est une notion polysémique. Elle désigne un ensemble hétérogène de troubles associé à de nombreux facteurs psychologiques et biochimique ». (J. Swendsen et Blatier, 1996, p.80)

On parle d'humeur dépressive pour désigner « un état momentané de détresse, de perte d'intérêt, d'énergie et d'entrain, pouvant survenir à la suite d'un événement stressant (perte, séparation, déception, échec, atteinte Corporelle ou maladie, etc.), lorsque le sujet ne dispose pas des ressources (personnelle et sociales) nécessaires pour faire face ». (M. Bruchon-Schweitzer, 2002, p.190)

3.2. L'anxiété :

L'anxiété est un « état émotionnel de tension nerveuse, de peur, fort etSouvent mal différencié (anxiété-état). (H. Bloch, R. Chemama et all, 2011, p.70). Autrement dit « l'anxiété normal ou pathologique est un ensemble de réactions émotionnelles qui se traduisent habituellement par des symptômes subjectifs somatiques ou psychiques par modifications comportementales et par des signes physiologiques objectifs » (Guelfi, 1993). (M. Bruchon-Schweitzer, 2007, p.186).

3.3. L'angoisse :

« L'angoisse est une sensation pénible de malaise profond, déterminée par l'impression diffuse d'un danger vague devant lequel on reste désarmé et impuissant. Le plus souvent cet état s'accompagne de modifications neurovégétatives comparables à celles que l'on observe

dans les chocs émotionnels ; palpitation, sueur, tremblement, vision brouillée, etc. ». (N. Sillamy, 2004, p.22).

« L'angoisse est une réaction du sujet chaque fois qu'il se trouve dans une situation traumatique, c'est-à-dire soumis à un afflux d'excitation, d'origine externe ou interne, qu'il est incapable de maîtriser, l'angoisse automatique s'oppose pour Freud au signal d'angoisse ». (J. Laplanche et J-B. Pontalis, 1996, p.28)

4. les facteurs du stress professionnel :

4.1. Les facteurs liés à la surcharge et conditions de travail :

French et Kaplan(1970) synthétisent ces recherches en suggérant que surcharge quantitative et qualitative du travail produisent au moins neuf symptômes d'astreinte psychologique et physique. Ils citent l'insatisfaction professionnelle, la tension au travail, la faible estime de soi, l'insécurité, la gêne, haut niveau de cholestérolémie, l'augmentation de la fréquence cardiaque, la diminution de la résistance cutanée, et l'augmentation du tabagisme. (E-B. Madeleine, 1997, p.30).

4.2. Les facteurs liés à l'ambiguïté des rôles et conflit de rôle :

Le salarié souffrant de cette ambiguïté présente une plus grande insatisfaction au travail, comme le montre Kahn(1964). Elle s'accompagne d'un degré élevé de tension, d'un sentiment de futilité, et d'une faible confiance en soi. Des relations significatives entre ambiguïté des rôles et indicateurs de santé physique et mentale sont aussi retrouvées par Margolis et Coll, (1974). (E-B. Madeleine, 1997, p.30).

4.3. La responsabilité :

Brook(1973) insiste sur l'effet néfaste du manque de responsabilité, de participation aux prises de décision, et de supports organisationnels. Des effets négatifs sont également suscités par l'obligation de garder des standards de performance croissants et de faire face à des changements technologiques rapides. Kay (1974) suggère que la pression est plus forte

aux niveaux intermédiaires de la direction (peu de réelle autorité, mais haut niveau de responsabilité). (E-B. Madeleine, 1997, p.3.

5. Les théories du stress professionnel :

5.1 : L'approche interactionniste.

L'approche interactionniste insiste sur le décalage qu'il peut y'avoir entre la situation de travail et l'individu, et qui serait à l'origine du stress. Cet écart résulte d'un déséquilibre entre d'une part les exigences des conditions de travail et d'autre part, les caractéristiques de l'individu. Cette conception offre l'avantage d'aborder le stress professionnel en fonction des caractéristiques du travailleur, des fonctions du travail et leurs interactions. Toute fois si cette approche du stress professionnel prend en compte l'environnement en répertoriant les contraintes de la situation, elle n'est pas à même d'expliquer la manière dont les travailleurs s'y adaptent. (dominique.s .2013, p, 17)

La conception interactionniste du stress au travail distingue trois domaines d'influence l'environnement, le contexte et l'individu. (dominique.s, 2013, p18).

L'analyse de l'approche interactionnelle apporte plusieurs éléments d'investigation. Le déséquilibre entre , d'une part , les exigences des conditions de travail et , d'autre part , les caractéristiques de l'individu semblent être le résultat du stress (french 1982).dès lors, il convient donc d'analyser en profondeur les exigences du travail (en termes d'efforts , de récompense, etc..) tant au niveau de la structure, de la tâche et des relations interpersonnelles au travail (dominique.s,2013,p,26).

5.2. L'approche transactionnelle :

Selon lazarus et folkman (1984) : « le stress est une relation particulière entre la personne et l'environnement, relation qui est évaluée par l'individu comme excédant ses ressources et menaçant son bien-être ».

Selon cette conception, il convient de distinguer très notamment les caractéristiques objectives de environnementales perçues comme menaçantes par un individu, ou stress perçu,

d'une part, et des conséquences dysfonctionnelles éventuelles de ces facteurs ou ajustement ultérieur de cet individu d'autre part (modèle de folkman et lazarus (1984)) (dominique.s, 2013, p23)

Le seul modèle transactionnel de stress au travail, à notre connaissance, a été proposé par Mackay et Cooper (1987) en reprenant le concept d'équilibre entre les demandes et les ressources. Il distingue les demandes internes (ambition , rigueur....) , les ressources internes (capacité physique , habileté , expériences) les demandes externes (production , qualité) et les ressources externes

(Machine, outils, assistances ...)(Dominique .s, 2013, p25)

Le modèle transactionnel définit le stress comme un état psychologique qui implique à la fois des aspects cognitifs et émotionnels. L'état de stress est donc une représentation interne d'une transaction particulière et problématique entre une personne et son environnement (Dominique .s, 2013, p, 22).

6. causes du stress au milieu de travail :

Le centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail donne la définition suivante du stress en milieu de travail : « ...Des réponses physiques et émotionnelles nuisibles qui peuvent se produire lorsqu'il y a conflit entre les demandes liées au travail de l'employé et le degré de maîtrise dont dispose cet employé pour répondre à ces demandes. »(Entre professionnels M.C, vol8, n°1, Mai, 2012, canada, P04).

- **Grandes exigences + faible maîtrise :**

Le respect des délais exerce une grande pression, tout comme la production en grande quantité, tandis que l'établissement des priorités ou l'ajustement des délais aux priorités échappent à l'employé. Le stress en milieu de travail survient lorsque l'employé ne peut exercer aucun contrôle ou presque sur les exigences du poste. En d'autres termes le stress en milieu de travail résulte de la combinaison de grandes exigences du poste et d'une faible maîtrise sur ces exigences.

- **L'accroissement constant de la charge de travail :**

Dont on trouve la surcharge quantitative de travail et la surcharge qualitative de travail.

- **La surcharge quantitative de travail :**

L'employé vit une surcharge quantitative de travail lorsqu'il a une trop grande quantité de travail à accomplir en un temps restreint, les employés ont souvent à fournir un effort plus considérable dans le cadre de leurs fonctions.

- **La surcharge qualitative de travail :**

Lorsqu'un employé se sent incapable d'effectuer convenablement son travail parce que les tâches qu'il doit accomplir sont trop complexes. On estime qu'il est confronté à une surcharge qualitative de travail. Pour satisfaire aux standards élevés du marché, les organisations augmentent sans cesse leurs critères de performance et d'efficacité.

Les employés doivent donc constamment se dépasser, ce qui explique pourquoi ils sont de plus en plus confrontés à des problèmes liés à la surcharge qualitative de travail. L'évolution rapide des technologies, par exemple, en confrontant sans cesse les employés à de nouveaux procédés, peut contribuer à augmenter les risques de surcharge qualitative.

- **La sou-charge de travail :**

- On note qu'une insuffisance de travail peut conduire à des problèmes de santé psychologique au travail. Ils exigent souvent peu de qualifications et font généralement appel à des fonctions physiques et mentales non diversifiées. Comme ils stimulent difficilement les employés, ils peuvent rapidement devenir contraignants et ennuyeux.

- **Les horaires de travail :**

Les horaires de travail irréguliers peuvent contribuer à un dérangement rythme biologique, et présenter différents troubles du comportement comme l'abus de nourriture d'alcool, ou de tabac. Or, les personnes aux prises avec tels désordres risquent plus de s'absenter du travail.

Des horaires de travail trop chargés constituent une source potentielle de tension. Travailler pendant de très longues heures peut, en plus d'altérer la santé physique, nuire à la santé psychologique. De plus comme la personne passe le plus clair de son temps au bureau et qu'elle rentre à la maison épuisée, elle risque d'éprouver de la difficulté à concilier ses responsabilités professionnelles et ses responsabilités personnelles ou familiales. (Josse Martel M.B.A, la santé psychologique au travail, de la définition du problème aux solutions, éd LAVAL, Québec, 2003, p11).

▪ **Les relations interpersonnelles :**

Si l'atmosphère est teintée de méfiance, d'hostilité et de compétition, la satisfaction et le bien être psychologique des employés risquent d'être grandement compromis. Elles se situent en trois niveaux :

❖ **Les relations avec le supérieur :**

Le style de gestion des supérieurs peut avoir des impacts sur la santé psychologique des employés. Par exemple, le gestionnaire qui entretient des relations autoritaires avec ses employés a peu de chance de créer un climat de confiance et d'entraide nécessaire à la cohésion du groupe. Il favorisera plutôt, à l'inverse, l'apparition de tensions et de conflits.

❖ **Les relations avec les collègues :** un climat de méfiance et d'hostilité peut créer de l'ambiguïté et mener à un faible niveau de communication, de satisfaction et de bien être psychologique.

❖ **Les relations avec la clientèle :** Deux aspects liés à ce type de relation. Le premier concerne le nombre de contacts, l'employé qui est isolé et pour qui les contacts s'avèrent insuffisant peut, à la longue, souffrir d'ennui. Sa motivation et sa satisfaction risquent par conséquent d'être affectées. Le second a trait aux personnes qui doivent déployer beaucoup de patience et d'énergie pour répondre aux attentes d'une clientèle de plus en plus exigeante.

❖ **La participation aux décisions :** elle est considérée comme un élément pouvant avoir d'importants impacts sur la santé psychologique. On a deux aspects :

❖ **La participation au niveau de l'organisation :** par exemple, le fait de faire participer les employés à l'élaboration d'une nouvelle méthode de gestion des horaires de travail peut faire en sorte, diminuer leur niveau de tension psychologique et d'augmenter leur satisfaction au travail.

❖ **La participation au niveau de l'individu :** On retrouve également, à une échelle plus restreinte, les décisions qui ont un impact direct sur l'individu, sur son travail, il peut s'agir, entre autre, contribué notamment à faire augmenter l'estime de soi des employés et à diminuer leur niveau de tension psychologique.

❖ **La circulation de l'information :** l'accès à l'information est un élément essentiel au bien être psychologique des individus, pour éviter les tensions et réduire l'insécurité, les employés doivent recevoir deux types d'informations, soit, d'une part, au niveau organisationnel ; dont le simple fait de ne pas informer les employés de la situation qui prévaut au sein de l'entreprise et de ne pas les tenir au courant du déroulement des événements peut contribuer à

augmenter leur insécurité et leur faire vivre des tensions. Soit, d'autre part, au niveau individuel ; l'information liée au travail leur permet d'effectuer leur tâches de la meilleure façon possible. (Josse Martel M.B.A, op, cit, p8.).

- ❖ **Le conflit de rôle :** l'employé vit un conflit de rôle quand il est confronté à des attentes incompatibles de la part de son supérieur ou de ses collègues, aussi lorsque ses croyances, ses valeurs, ou ses objectifs sont en contradiction avec les attentes de son supérieur ou ses collègues.
- ❖ **L'ambiguïté de rôle :** apparaît lorsque l'employé n'est pas certain de ce qu'on attend de lui ou des tâches qu'il doit accomplir dans le cadre de son travail. Il peut, par exemple, manquer d'information sur les objectifs ou les mandats à réaliser ou encore ne pas connaître les échéanciers à respecter. Si tel est le cas, il pourra difficilement aller de l'avant dans son travail.
- ❖ **Autonomie de compétence :** ou évolution de carrière : sous-utilisations des compétences ou échec du développement du plein potentiel, mutation vers un poste mal adapté aux compétences et aux intérêts de la personne, incertitude dans la carrière, insécurité de l'emploi et manque de possibilités d'apprendre et de progresser.
- ❖ **L'environnement de travail :** Un environnement malsain et des conditions ambiantes de travail difficiles ont aussi été associés aux problèmes de santé psychologique au travail (bruit, variations, mauvais éclairage, la pollution, l'humidité...).
- ❖ **La structure de l'organisation et son climat :** une mauvaise politique et pratique de la communication, changement majeur sur le lieu de travail, culture de l'organisation et manque de participation dans la prise de décisions.
- ❖ **La reconnaissance au travail :**
L'estime de l'entourage : les membres du personnel ont besoin de se sentir estimés, valorisés et soutenus par l'entourage. La personne qui se sent reconnue dans son travail est davantage satisfaite et motivée. Elle est également moins susceptible de vivre des tensions psychologiques. (LAURENCE, le stress au travail, 2004, p15).

7. Les effets du stress au milieu du travail :**7.1. Effets émotionnels et psychologiques du stress**

Le stress, s'il est ressenti de manière chronique, peut entraîner, chez le sujet qui le subit, de l'anxiété (il pourra alors ressentir de la panique même si le stressor n'est pas présent). Cela peut aller jusqu'à des comportements dépressifs risquant de conduire l'individu au suicide. De manière plus générale, ce dernier génère également une baisse de l'estime de soi, de la confiance en soi, de la motivation, de la créativité, de la mémoire, de la concentration et une augmentation du nombre d'erreurs. Apparaissent également une sensibilité et nervosité accrues, des crises de larmes ou de nerfs et de la tristesse. (L. Olive, 2011, pp.14-15).

A long terme, on constate aussi une modification de certains traits de personnalité ou l'aggravation de problèmes déjà existants à ce niveau. Les principes moraux que possédait l'individu subissent, pour leur part, un certain affaiblissement. (Ibid.).

7.2. Effets comportementaux

A propos du comportement général, l'apparition du stress peut provoquer, chez l'individu le subissant, des troubles de la parole, une baisse de l'enthousiasme, une hausse de l'absentéisme au travail, une modification des comportements alimentaires, l'apparition de comportements agressifs et violents voire parfois de comportements étranges, une hausse de la consommation de « *drogues* » (café, alcool, cigarette), une diminution de l'énergie, des perturbations du sommeil ainsi qu'un report des responsabilités sur autrui. A court terme, cela se remarque également par l'apparition de gestes plus vifs. (Ibid.).

7.3. Effets cognitifs du stress

Au niveau cognitif, le stress provoque une baisse de l'attention, de la concentration, de la mémoire, de la distractibilité (perdre le fil de ce que l'on dit / pense), une détérioration des capacités d'organisation ou de planification. Il génère également une augmentation du taux d'erreurs dans l'exécution des tâches cognitives. (L. Olive, 2011, pp.15).

Donc Un stress élevé peut conduire à des conduites addictives, des perturbations du sommeil (le plus souvent insomnie), des pathologies cardio-vasculaires, des dépressions, une sensation de mal-être, des conflits conjugaux, voire des conduites suicidaires. Principaux signes

déclarés par les anesthésistes sont l'irritabilité, troubles du sommeil, les nausées, les troubles de l'attention et la mémoire, la fatigue chronique, l'anxiété, et les cauchemars.

Maintenant que nous avons appréhendé de manière globale le concept de stress, nous pouvons traiter le cas plus particulier du stress professionnel, parce que notre recherche porte sur le stress professionnel chez les anesthésistes.

8. Les types de prévention du stress professionnel :

Diverses stratégies de prévention ou d'adaptation peuvent être mises en œuvre et commencent à être évaluées afin de mieux d'analyser la relation entre les caractéristiques de travail et de la santé et de mesurer les situations de stress dans le travail. Les connaissances les plus fréquemment utilisées sont anatomique anthropométrique (dimension des segments corporels, distance d'atteinte...), physiologique, réaction cardiorespiratoire a l'effort, à la chaleur, alimentation et travail...), chrono biologique (effet de travail de nuit...). Ces connaissance concernent aussi les modes de perception et de traitement des informations, ainsi que les réactions psychologique au stress lié a la situation de travail (risques, incertitudes, relation avec les collègues et l'encadrement...). (E-B.

Madeleine, 1997, p.117).

9. La pris en charge du stress professionnel :

La prise en charge des troubles dus au stress associés souvent à un traitement médicamenteux et à un traitement psychologique :

9.1. Le traitement médicamenteux

Plusieurs clases de médicaments sont utilisées lorsque l'on craint de voir apparaître une pathologie liée au stress :

- **Corticoïdes et A.C.T.H :** interviennent dans le mécanisme hormonal du stress physiologique ; lorsque l'on redoute une sursimulation menaçant l'homéostasie, on a recours à ces composés. Une difficulté provient du fait que ces substances affaiblissent les défenses naturelles de l'organisme, leur maniement donne souvent lieu à discussion. Les glucocorticoïdes exercent deux effets :

-**un effet périphérique** : cet effet peut être favorable en mettant davantage de glucose à la disposition des tissus, en améliorant la perfusion tissulaire en antagonisant des médiateurs de la réaction inflammatoire, en stimulant les synthèses protéiques, particulièrement au niveau du foie, en freinant la libération d'A.C.T.H et en régulant la fonction de leucocytes impliqués dans les réactions immunologiques, certains corticostéroïdes favorisent la résistance à la douleur.

- **un effet central** : au niveau du système nerveux central, les glucocorticoïdes freinent la libération des opiacés endogènes, opiacés qui participent également à la production de CRF, d'A.C.T.H et d'A.D.H or ces peptides qui ont des effets sur le comportement, les glucocorticoïdes ne semblent pas actifs sur les noradrénalines et d'adrénaline dont les taux augmentent d'adrénaline dont les taux augmentent en situation de stress. (H. Bloch, R. Chemama, et al, 1991, p.755)

- **Les Benzodiazépines** : la consommation élevée de benzodiazépines dans nos civilisations industrielles est souvent attribuée au grand nombre de stress dans la vie moderne. Ce raisonnement est discutable, pour nombre d'auteurs,

Médecins ou pharmacologues, le stress n'est pas un simple équivalent de l'anxiété, dont les benzodiazépines diminuent le niveau, ils n'antagonisent pas l'ensemble des signes neurovégétatifs, l'augmentation du taux de catécholamines circulantes ni l'hyperfonctionnement de l'axe H.H.S induit par le stress. (H. Bloch, R. Chemama, et al, 1991, p.755)

- **les Bêtabloquants** : pour de nombreux auteurs, ils auraient d'authentiques propriétés antistress. Chez l'animal, ils diminuent nombre d'effets physiologiques du stress expérimental. Les Bêtabloquants antagonisent au niveau des bêtarécepteurs noradrénergiques l'action de catécholamines libérées lors du stress

Cet effet se traduit notamment sur le plan cardio-vasculaire en plus de leur effet périphérique ces composés, lorsqu'ils sont liposolubles et franchissent la barrière hémato-encéphalique ont un effet de type anxiolytique au niveau du système nerveux central, on les emploie volontiers préventivement. (Ibid., p.755)

- **D'autres composés** : ont été proposés, il existe des anxiolytiques non benzodiazépiniques, certaines substances n'ont pas fait la preuve de leurs efficacités, en particulier l'alcool, la vitamine C, les antiprolactiques et les antagonistes des opiacés. (Ibid., p.755)

9.2. Le traitement psychologique :

Le traitement psychologique vise à aider la personne à atteindre la source du stress ou à apprendre à l'affronter plus efficacement plusieurs psychothérapies peuvent être mises en œuvre, comme par exemple les thérapies comportementales et cognitives(TCC). Ces prise en charge des patients s'inspirent des théories de l'apprentissage et de diverses théories cognitives relatives à l'étiologie de certains troubles de la personnalité, anxiété,...etc. Elles sont appliquées à diverses catégories de patients (asthmatique, cardiopathes, cancéreux...etc. Elles sont centrées sur trois objectifs :

-Identifier, puis modifier les pensées erronées et les remplacer par des pensées plus réalistes et les associer à des images agréables.

-Réduire à la fois certaines cognitions erronées et les comportements nocifs qui y sont associés on utilise plusieurs techniques : restriction cognitive, imagerie mentale, biofeedback, relaxation plus des conseils pour réduire son stress (évite le stress inutile, faite évaluer la situation, apprenez à vous adapter).

-Renforce les stratégies d'ajustement efficaces, réduire les comportements nocifs.(M. Bruchon-Schweitzer, 2006, p.402)

Conclusion du chapitre :

Le stress est une réaction courante qui fait partie de la vie. Ce n'est que lorsque ce stress devient chronique et que l'individu ne parvient pas à trouver rapidement une réponse adéquate qu'il est néfaste pour la santé. La capacité à faire face à ce stress varie en fonction des individus et de la situation. Certaines situations de travail, certains comportements... sont plus propices au développement du stress chronique.

D'après avoir présenté le sujet de stress en premier axe et en particulier le stress professionnel en deuxième axe, Alors dans le chapitre suivant on va aborder les stratégies de coping utilisé par le personnel médical afin de faire face à des situations stressantes.

Chapitre III : les stratégies de coping

Préambule :

Au cours de la vie, l'être humain rencontre des événements stressants, L'individu perçoit ces événements comme des menaces qui peuvent causer un déséquilibre émotionnel et des effets négatifs sur sa santé physique et psychique. Dont il va alors essaye de faire face, de maîtriser et a tolérer les situations aversives, en ayant recoure à plusieurs stratégies défensives, notamment celle du coping et aujourd'hui on ne peut pas parler de coping sans faire référence au stress.

Dans ce chapitre, nous aborderons d'abord l'historique du coping, sa définition, le coping et les concepts connexes, puis ses différents modèles, ainsi que les facteurs psychologiques modulant la réponse de stress, ses déterminants et ses différents types de stratégies après son efficacité et ses sources. Ensuite, on présentera aux stratégies de coping face au stress. Enfin, on terminera par une conclusion du ce chapitre.

1- Historique du coping :

Le coping est un concept récent, apparu pour la première fois dans un ouvrage de Lazarus, « Psychological Stress and Coping Process » en 1966. Ce concept coping est extrêmement populaire depuis les années soixante- quinze dans les pays anglo-saxons et il a donné lieu à plusieurs centaines de travaux scientifiques et de tentatives d'adaptation. Il commence seulement à être popularisé en France depuis les années quatre Vingt-dix. (M. Bruchon-Schweitzer, 2002, p.353).

Historiquement, la notion de coping est affiliée à celle de mécanisme de défense, développée depuis la fin du XIX^e siècle par la psychanalyse et à celle d'adaptation, développée depuis la deuxième moitié du XIX^e siècle, et commune à la biologie, à l'ethnologie et à la psychologie animale (et à la perspective évolutionniste de Darwin en particulier. (Ibid., p.353).

Le terme coping est apparu à partir des années 60 et 70. Il est intéressant de noter que les premiers travaux consacrés au coping, se situant dans la lignée de ceux des mécanismes de défenses. Il est utilisé pour désigner les mécanismes de défenses les plus « adaptés » (sublimation, humour). De 1960à1980, il y eut encore des confusions entre coping et défense (dans un sens comme dans l'autre) et quelque tentative de clarification furent publiées (dont celle de Haan, 1997). (M. Bruchon-Schweitzer, 2002, p.354).

Le concept de coping prend aussi sa source dans les théories relatives à l'adaptation et l'évolution des espèces. L'individu disposerait d'un répertoire de réponses (innées et acquises) lui permettant de survivre face à diverses menaces vitales ; attaquer ou fuir, notamment lorsqu'il est confronté à un adversaire ou à une situation dangereuse. (Ibid., p.355).

Le coping s'inscrit dans le paradigme de la théorie cognitive du stress (Lazarus et al, 1984) en relation avec les premières recherches sur les mécanismes d'adaptation. (R.S. Lazarus, 1991, p.112) Le concept de coping n'ayant pas d'équivalent en français « to cope »= faire face à), il est traduit en français par les termes de « stratégie d'ajustement » ou stratégie d'adaptation. (H. Chabrol et S. Callahan, 2004, p.7).

2. Définition des concepts :

2. 1. Stratégie :

Il définit comme une « coordination planifiée des moyens pour atteindre un but, les moyens étant en psychologie, les connaissances, les opérations, les actions ». (H. Bloch, R. Chemam et al, 1991, p.752).

2. 2. Coping :

C'est un mot anglais qui se traduit par « faire face », est un concept relativement nouveau en psychologie, apparu pour la première fois dans un ouvrage de Lazarus, *Psychological Stress and Coping Processus* (1966), le concept de coping est extrêmement populaire depuis les années soixante-quinze dans les pays anglo-saxon. (M. Bruchon-Schweizer, 2002, p.356).

Il existe plus de 30 définitions du terme « coping », dans la conception transactionniste de Lazarus et Folkman, proposant la suivante : le coping est « l'ensembles des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeants, (déployés) pour gérer des exigences spécifiques internes et/ou externe qui sont évaluées (par la personne) comme consommant ou excédant ses ressources ». (Ibid., p.365).

2.3. Les stratégies de coping :

Les stratégies d'ajustement ou coping désignent « l'ensemble des processus qu'une personne interpose entre elle et la situation perçue comme menaçante afin de maîtriser, tolérer ou diminuer l'impact de celle -ci sur son bien-être physique et psychologique ». (G.N, Fischer, 2002, p.264).

Les stratégies de coping désigne alors l'ensemble des moyens (des connaissances, des opérations, des actions) qu'un individu utilisera pour faire face à une situation perçue comme menaçante pour son intégrité physique et/ou psychique.

Une stratégie de coping est flexible, conscient, différente, elle est orientée vers la réalité (interne ou externe) sa fonction est de permettre à l'individu de maîtriser, réduire ou supporter les perturbations induites, par cet évènement.

Afin de clarifier la différence entre « le coping » et certains concepts proches de lui.

3. Le coping et quelques concepts connexes :

3.1. La défense :

C'est un concept psychanalytique qui désigne « l'ensemble d'opérations dont la finalité est de réduire, de supprimer toute modification susceptible de mettre en danger l'intégrité et la constance de l'individu biopsychologique ». Dans la mesure où le moi se constitue comme instance qui incarne cette constance et qui cherche à la maintenir, il peut être décrit comme l'enjeu et l'agent de ces opérations. (J. Laplanche et J.B. Pontalis, 1967, p.108).

Le terme de défense est utilisé dans un sens général pour désigner la lutte du moi contre les idées et affects intolérables. Le terme de coping utilise pour désigne les mécanismes de défense les plus « adaptés » (sublimation, humour).

Selon l'analyse faite par Haan (1965, cité par Parker et al..., 1996) : « le comportement de coping se distingue du comportement défensif, ce dernier étant par définition rigide, inconscient (contraignant), déforme la réalité et indifférencie, alors que le premier est flexible, volontaire, orienté sur la réalité et indifférencie. (Haan, 1965, p.374).

3.2. L'adaptation :

Ensembles de modification qui visent à assurer l'équilibre des relations entre l'organisme et ses milieux de vie, en même temps des mécanismes et processus qui sous-tendent ce phénomène. (Larousse, 1991, p.15).

C'est un concept extrême et large, qui inclut toute la psychologie, voir même la biologie. « L'adaptation inclut tous les modes de réaction des organismes vivants interagissant avec les conditions changeantes de l'environnement (soit, chez l'homme, la perception, l'émotion, la motivation, l'apprentissage...etc.». (M. Bruchon-Schweitzer, 2002, p.355).

Autrement dit l'adaptation est l'ensemble des modifications des conduites qui visent à assurer l'équilibre des relations entre l'organisme et ses milieux de vie, en même temps, des mécanismes et processus qui sous tendent ce phénomène. (G.N. Fischer, 2002, p.15).

3.3. L'ajustement :

L'ajustement c'est une : « modification fine de l'organisme destinées à rendre mieux adapte a son environnement ». (Larousse, 1991, p.25).

Le terme « ajustement » a une connotation de négociation ou de soumission plutôt que d'affrontement, apparait trop restrictif. (C. Stacey, Ch. Henri, 2004, p.03).

4. Les différents modèles de coping :

4.1. Les stress, les ressources et la dépression :

Le modèle de Holahan et Moos (1991) associe les stressseurs et les ressources individuelles et sociales avec leurs effets sur la dépression. Dans les ressources, nous retrouvons la confiance, les stratégies de Coping actif et le soutien familial. La dépression correspond à une variable d'ajustement la moins adaptée, qui est le résultat d'une moindre adaptation au stress. Par ailleurs, en fonction de l'intensité du stress, le choix des stratégies de coping va varier. (B-Sch. Marilou, B. Quintard. 2001, pp.15-16).

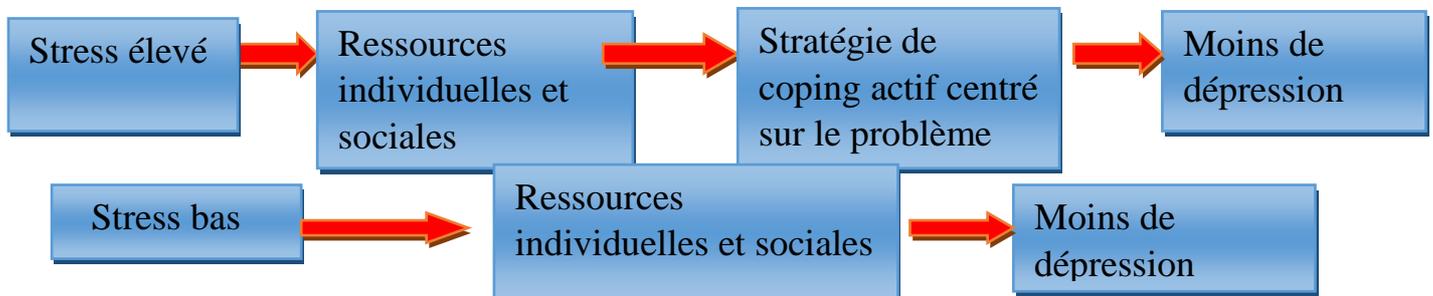


Figure N°02: 01 le modèle de Holahan et Moos (1991) Associe les stressseurs et les ressources individuelles et sociales avec leurs effets sur la dépression. (Ibid., p.17).

Lorsque le stress est élevé, les stratégies de Coping complémentaires de type action et centration sur le problème, doivent être associées aux effets bénéfiques des ressources sociales et individuelles pour entraîner la réduction des effets du stress sur la dépression.

Il apparaît que lorsque les ressources individuelles et sociales sont importantes (Variables de personnalité et entourage social) leur effet régulateur (réducteurs) des effets du stress sur la dépression est important. Autrement dit, les sujets sont peu dépressifs. (Ibid., pp.15-16).

5. Les facteurs psychologiques modulant la réponse de stress :

5.1. Le contrôle :

Il s'agit de la capacité de répondre de manière active à un agent stressant. Le stress est vécu de manière différente si l'individu a la possibilité d'échapper à l'événement générateur de stress. Frankenhäuser prouva, en effet, en 1980 que, si le sujet peut contrôler la situation, on assistera à une diminution de l'activité sécrétoire hypophyse-surrénalienne. Ce dernier a donc des conséquences sur le plan biologique mais également sur le plan cognitif. Pouvoir contrôler la situation joue sur l'évaluation secondaire et réduit l'écart entre la demande de l'environnement et les possibilités de réponse au sujet. Ainsi, le niveau de stress diminue. (L. Olive, 2010-2011, p.53).

5.2. Le feed-back :

Ce sont les stimuli en retour après une réponse de stress (non associés au stimulus nocif). Ils informent alors l'organisme que la réponse adéquate a été trouvée ou que le stimulus nocif a cessé ou va le faire. Weiss a mené une expérience sur des rats en 1983 qui montrait que les effets nocifs étaient moindres lorsqu'un signal indiquait à ces derniers la fin du choc électrique, même s'ils ne pouvaient pas le contrôler. Devant une situation stressante, on déclenche un niveau moindre de stress si on sait que celle-ci va bientôt se terminer ou que l'on est parvenu à y faire face. (L. Olive. 2010-2011, p.53).

5.3. La prédiction :

Lorsqu'on prévoit la survenue du stress, les réactions sont de moindre intensité. Se pendant, des expériences contraires ont été rapportées, la prédiction pouvant susciter une anxiété anticipatoire. (Larousse, 1991, p.757). Il s'agit ici de pouvoir prédire l'apparition de l'agent de stress. Selon certains auteurs, cela permettrait de réduire les effets de ce dernier. Cependant, pour d'autres auteurs, cette possibilité aggraverait le taux de stress à cause des effets de l'anxiété. (L. Olive, 2010-2011, p.54).

6. les déterminants du coping :

6.1. Les déterminants dispositionnels du coping :

Billing et Moos (1981) avaient déjà montré le caractère stable de stratégies utilisées dans des situations similaires, confirmé par d'autres travaux ultérieurs (De Ridder, 1997) accréditant la thèse dispositionnelle du coping. (J-P. Parrocchetti, 2005, p.94).

Selon divers auteurs, les stratégies de coping ne sont pas spécifiques, mais générales (trans-situationnelles) car déterminées par certaines caractéristiques dites positionnelles des individus (traits de personnalité) plutôt que par celles, variables, des situations. (M. Bruchon-Schweitzer, 2001, p.72).

Il existerait des styles de coping relativement stables, chaque individu mobilise préférentiellement certaines stratégies plutôt que d'autres face à la variété des situations aversives de la vie. (Ibid., p72).

Il a été montré en effet que ce ne sont pas les caractéristiques « objectives » des événements qui affectent l'individu, mais la façon dont celui-ci les perçoit et les interprète, qui dépend des caractéristiques cognitives et conatives de chaque personne, ainsi que son histoire. (M. Bruchon-Schweitzer, 2002, p.361).

6.1.1. Les déterminants cognitifs :

Parmi les déterminants cognitifs de l'évaluation, il ya les croyances de l'individu (sur soi, le monde, ses ressources, ses capacités à résoudre les problèmes, etc.) et ses motivations générales (valeurs, but, intérêts, etc.) un autre déterminant cognitif de l'évaluation et du coping est le lieu de contrôle (interne/externe). Les personnes croyant que ce que leurs comportements (internalisé) plutôt que par des causes externes, comme la chance, le hasard, ou le destin (externalité) vont percevoir la situation comme contrôlable et leurs ressources comme adéquates. Elles vont donc élaborer d'avantage de stratégies centrées sur le problème que les personnes ayant un lieu de contrôle externe. (V. Heck, 1997). (M. Bruchon-Schweitzer, 2001, p.72).

6.1.2. Les déterminants conatifs :

Certaines dispositions personnelles stables (traits de personnalité) pourraient déterminer, au moins en partie, les évaluations (primaires et secondaires) et les stratégies de coping élaborées face à une situation stressante. Ainsi, l'anxiété, le névrotisme, la dépression et l'hostilité

prédiraient des évaluations particulières (stress perçu élevé, faible auto-efficacité perçue) et des stratégies de coping centrées sur l'émotion. (M. Bruchon-Schweitzer, 2002, p.362).

6.2. Les déterminants situationnels du coping :

Beaucoup d'auteurs pensent aujourd'hui que l'évaluation (primaire et secondaire) et le coping étant des processus transactionnels, il dépendant à la fois des caractéristiques des individus et de celles des situations rencontrées. Ainsi, l'évaluation pourrait être influencée par diverses caractéristiques, réelles et perçues, de l'environnement : nature de la menace, imminence, durée, ambiguïté, contrôlabilité du stressors, disponibilité et qualité de soutien social pouvant aider l'individu en cas de besoin. Ainsi les évaluations et stratégies de coping peuvent elle être influencées, en partie par les caractéristiques de la situation. Face à un événement non contrôlable (objectivement et subjectivement), par exemple, l'individu tentera plutôt de gérer ses problèmes émotionnels, alors que si la situation est contrôlable, il utilisera plutôt des stratégies centrées sur le problème. (Ibid., p.362)

6.3. Les déterminants transactionnels du coping :

Lazarus et launier (1978) avaient proposé de classer les événements non pas objectivement, mais selon l'évaluation (primaire) qu'en faisait les individus. Or ils découvrirent qu'indépendamment de leurs propriétés intrinsèques, les événements pouvaient être perçus comme des pertes, des menaces ou des défis par des individus différents. Mc Crae (1984) a montré en effet que c'est « l'évaluation primaire de la situation stressante qui déterminé le choix d'une stratégie de coping ». (M. Bruchon-Schweitzer, 2001, p.73).

Ainsi, des facteurs personnels, environnementaux et transactionnels contribuent à l'évaluation primaire et secondaire et à l'élaboration des stratégies de coping. (M. Bruchon-Schweitzer, 2002, p. 363).

De ce fait on distingue qu'il existe trois déterminants de coping, les déterminants dispositionnels (caractéristiques cognitives et conatives de l'individu), situationnelles (nature de problème, contrôlabilité, etc.) et transactionnels (l'évaluation primaire).

Par la suite on citera, les différents types de stratégies de coping utilisées par le sujet.

7. Les différents types de stratégies de coping :

D'après les recherche menées sur une palette entendu de stress depuis une vingtaine d'année, il existe de nombreuses stratégies de coping spécifiques, différent d'une situation aversive a

l'autre, mais si l'on considère le regroupement de celles-ci en facteur plus généraux, alors une certaine stabilité des situations obtenues apparaît et l'on obtient habituellement deux ou trois stratégies de coping.

7.1. Le coping centré sur le problème :

Cette stratégie vise à réduire les exigences de la situation et/ou à augmenter ses propres ressources pour mieux y faire face. La vie quotidienne fournit de nombreux exemples de ce type de coping, comme par exemple, négocier un délai pour payer ses factures, recherche un emploi mieux rétribué, consulter un médecin, augmenter ses connaissances dans certains domaines pour améliorer, construire un planning, d'autre l'appellent stratégie d'approches ou encore coping « actif ». (M. Bruchon-Schweitzer, 2002, p.357).

7.2. Le coping centré sur l'émotion :

Comprend les diverses tentatives du sujet pour gérer les tensions émotionnelles induites par la situation : évitement (dormir plus que d'habitude, ne pas penser au problème...) distraction (regarder la télévision, écouter la musique...) pensée «magique» ou déni (faire comme si la situation n'existe pas ...), dramatisation, impuissance, désespoir ou pessimisme (maximisation de la menace, perte de contrôle , anticipation d'un issue défavorable...), expression ou, contraire ,répression des émotions négatives (anxiété, colère, tristesse...) autoaccusation (se sentir responsable) stoïcisme et fatalisme (supporter, se résigner), religiosité (prier...), donc on parle parfois ici de coping «évitement » ou encore «passif». (M. Bruchon-Schweitzer, 2001, p.26).

7.3. La recherche de soutien social :

Cette recherche apparaît parfois comme troisième stratégie générale. Elle correspond aux efforts du sujet pour obtenir la sympathie et l'aide d'autrui et ne doit pas être confondue avec le réseau social ni avec le soutien social, notions déjà présentées ci-dessous (et qui sont les caractéristiques réelles ou perçues de l'entourage social). Or ici, il s'agit de tentatives affectives d'une personne pour obtenir une écoute, des informations, ou encore une aide matérielle, c'est donc bien une stratégie de coping (qui suppose l'activité du sujet) et non une ressource simplement existante ou perçue). (M. Bruchon-Schweitzer, 2002, p.359)

Alors le sujet lorsqu'il se trouve devant une situation stressante il fait face à cette situation, en employant soit des stratégies centrées sur le problème, ou centrées sur l'émotion ou la recherche de soutien social.

8. L'efficacité des stratégies de coping :

Une stratégie de coping est efficace (ou fonctionnelle), si elle permet à l'individu de maîtriser la situation stressante et diminuer son impact sur son bien être physique et psychique. (R. S. Lazarus et S. Folkman, 1984, p.188).

Selon Lazarus et Folkman (1984) les stratégies de coping ont pour objet de diminuer l'intensité de stress pour le rendre plus tolérable. Certains auteurs tel que Carver et Scheier (1994) ont considéré qu'une variété de stratégies de coping pourrait se distinguer par un rôle fonctionnels (par exemple, la planification, le contrôle), ou dysfonctionnel (par exemple, le désengagement mental ou comportemental, le déni). Les stratégies de coping centrées sur le problème avaient des effets fonctionnels, alors que les stratégies émotionnelles et évitant avaient des effets plutôt dysfonctionnels. Mais ces effets ne sont pas systématiques et on a signalé au passage quelque exception. Un coping centré sur le problème a parfois un impact négatif sur la qualité de vie ultérieure. Quant au coping évitant, il peut s'avérer parfois protecteur, parfois dysfonctionnel, selon le type de la situation affrontée ». (M. Bruchon-Scheitzer, 2002, p.383).

Donc on peut juger que l'efficacité de stratégies de coping est relative. En outre, d'après Matthews, Zeidner et Roberts (2002), pour affirmer qu'un coping est efficace, il faudrait s'appuyer également sur un certain nombre de critères, dont ceux concernant les résolution sur l'efficacité des stratégies de faire face, ces critères concernant la résolution du problème perçu comme stressant, l'élimination du facteur stressant, la réduction de l'éveil et de la détresse psychologique ou psychique, la maintenance d'une estime de soi positive, l'amélioration du bien-être physique ou psychique, l'efficacité perçue ou l'impression de l'individu que le coping qu'il a déployé a été utile, etc. (A. Dinca, 2008, pp.68-69).

9. les sources de coping :

9.1. Le sexe :

Le sexe semble influencer l'emploi des stratégies de coping, les femmes sont décrites comme utilisant plus de réponses émotionnelles dans la confrontation au stress, utilisant peu de stratégies de résolution de problème, et ayant peu de ressource de coping. (P. Graziani, J. Swendsen, 2004, p.102).

Les femmes utilisent plus de stratégie de retournement contre soi, et des stratégies d'attention sélective (dénier sélective), et utilise moins de distraction par rapport aux hommes. Ces recherches tendent à montrer que les femmes expérimentent plus de souffrance et utilise un coping qui est efficace, elles emploient moins de coping culturellement désirable, comme la résolution de problème, et plus de coping émotionnel, comme la recherche de support sociale ou des stratégies d'évitement. (Ibid., p.102).

9.1. La religion :

La religion intervient aussi comme modérateur de l'adaptation, le coping religieux peut être défini comme l'emploi de techniques comportementales et cognitives, face à des situations stressantes, qui sont suggérées par sa propre religion ou spiritualité. Le coping religieux a été associé à des niveaux moins élevés de stress occupationnel chez des officiers de police et leurs épouses, et à une santé mentale générale meilleure et un bien-être chez des patients cancéreux. Des exemples de coping religieux incluent le fait de prier, confesser ses péchés, rechercher forces et réconforts en Dieu face à un événement particulier. (P. Graziani, J. Swendsen, 2004, p.103).

9.3. Le sport :

Le sport aussi modère l'impact de l'agression stressante, une activité physique vigoureuse réduit l'anxiété et améliore l'humeur. L'impact des stressors intervenant après une activité physique était diminué par celle-ci. L'exercice physique est associé à une inhibition temporaire des mécanismes de stress. Cet effet peut être secondaire à une modification de l'humeur intervenant chez des sujets qui font de l'exercice physique, mais ces exercices n'ont pas d'impact sur les changements psychologiques des sujets anxieux à long terme. (Ibid., p.103).

10. Les stratégies du coping face au stress :

Dans les théories transactionnelles du stress et le coping, concerne la façon dont l'individu réagit face à ce dernier. Une fois que la transaction a été évaluée, ainsi que les possibilités de contrôle. Le sujet choisit des stratégies de coping pour résoudre la confrontation stressante. Parfois les transactions stressantes permettant aux individus de découvrir ce qui est important dans leur vie, de tester leurs propres limites, d'utiliser leurs « ressources cachées » de découvrir le soutien disponible autour d'eux. (P. Graziani et J. Swendsen, 2004, p.73).

Les possibilités de réponse ou coping sont nombreuses et jouent un rôle très important dans l'adaptation (Endler et Parker, 1989). Le coping est un modulateur de la réaction est d'atténuation des conséquences de détresse psychologiques comme l'anxiété et la dépression. (Ibid, p.74).

Confronté à un stresser, l'individu fait diverses tentatives pour faire face aux exigences de la situation, compte tenu de l'évaluation préalable de ses ressources personnelles et sociales. S'il pense, qu'il peut changer quelque chose, il aura plutôt tendance à élaborer des stratégies qui tendent à modifier la situation (centré sur le problème). S'il croit qu'il n'y a grand-chose à faire, il élaborera des stratégies tendant à se modifier lui-même afin de supporter la situation (centré sur l'émotion). (M. Bruchon-Schweitzer, 2002, p.289).

D'autres impliquant des stratégies d'efforts pour solliciter et obtenir l'aide d'autrui (soutien social). (Ibid., p.365).

Certains sujets détourneront l'attention de la source du stress (coping évitant), cette stratégie est la plus utilisée. Elle se traduit par la pratique d'un sport, de la relaxation ou le refuge dans les loisirs, etc. l'individu a l'impression que ces activités anéantissent la tension émotionnelle et éprouve un sentiment de bien-être. Ceci dit, le coping évitant peut engendrer une catégorie d'activité plutôt négatives, notamment des addictions (fumer, boire de l'alcool, prend des médicaments) dans le but de fuir la détresse émotionnelle. Contrairement, au coping vigilant qui consiste à focaliser l'attention sur le problème afin de mieux le contrôler, il inclut des stratégies telles que la recherche d'informations supplémentaires et la mise en place d'une solution pour résoudre le problème. Encore une fois, la vigilance peut aussi conduire le sujet à adapter une attitude négative, quant elle devient obsédée par son problème sans trouver une solution efficace et qu'elle est prise dans une sorte d'hyper vigilance. (H. Chabrol, 2004, p.112).

Conclusion du chapitre :

Nous avons vu dans ce chapitre que le coping est considéré comme l'effort adopté par le sujet pour s'adapter à la situation stressante, et aux exigences internes et externes de la vie. Aussi, le rôle que joue le coping dans la confrontation des situations stressantes et d'après tous ce qui a été abordé, on distingue que le « coping » fut l'intérêt de plusieurs chercheurs. Les sources de stratégies de coping sont différentes, il ya les sources corporelles ou le sujet réagit aux agents stressante en faisant des efforts corporels, comme il existe aussi des sources psychologique

qui englobe les croyances et les processus sociale tel que le soutien social. On va maintenant passer à un autre chapitre, qui va aborder le chapitre méthodologique de notre travail.

Chapitre IV : méthodologie de la recherche

La Préambule :

Toute recherche effectuée en sciences humaines et sociales, en particulier en psychologie clinique nécessite évidemment un ensemble d'approches et d'informations théoriques sur le sujet d'étude qui vont favoriser ce choix d'étude, mais aussi le chercheur doit se baser sur une approche très importante qui est la méthodologie.

Cette dernière regroupe la méthode suivie par le chercheur pour produire ses connaissances, ainsi que le terrain de recherche, le groupe de recherche, l'ensemble des outils d'investigation et les méthodes d'analyse de ses derniers ainsi que le déroulement de la pratique, pour mener à bien cette recherche.

Dans ce chapitre, nous allons présenter les concepts clés de ce mémoire, leurs opérationnalisations, la méthode qu'on a suivie dans notre recherche, le lieu de recherche, le groupe de recherche, les outils de recherche et leurs analyses. A la fin on terminera par une conclusion du chapitre.

1. Les définitions et l'opérationnalisation des concepts clés de la recherche :**1.1. La définition de personnel médical :****1.2. Le stress :****1.2.1. Définition :**

« Le stress est le résultat d'une transaction entre l'individu et son environnement, dans lequel la situation est évaluée cognitivement par l'individu comme débordant ses ressources, menaçant son bien-être et nécessitant des efforts pour résoudre le problème ». (M. Delaunois, p.10)

1.2.2. Définition et opérationnalisation :

- Problèmes de concentration.
- Fatigue.

- Nervosité.
- Augmentation du rythme cardiaque.
- Augmentation de la tension musculaire.
- Anxiété face à l'avenir.
- Irritabilité.
- Isolement.
- Diminution de l'estime de soi.
- Sentiment d'insécurité.
- Agressivité.
- Trou de mémoire.

Puis ce que notre travail concerne le stress professionnel, donc nous avons d'abord décidé de définir et opérationnalisé le concept de stress car il s'agit d'un type de stress, mais puis que c'est un stress lié à l'environnement du travail nous allons maintenant proposer une définition et une opérationnalisation du stress au travail.

1.3. La définition du concept de stress professionnel :

On parle de stress au travail quand une personne ressent un déséquilibre entre ce qu'on lui demande de faire dans le cadre professionnel et les ressources dont elle dispose pour y répondre. (L. Charlotte, 2013, p.15).

L'opérationnalisation du concept de stress professionnel :

- Absence d'efficacité
- Culpabilité
- Désespoir

- Douleurs dorsales
- Fatigue et troubles musculo-squelettiques
- Insatisfaction au travail
- Nervosité, crise de larme
- Perte d'appétit
- Perte d'énergie
- Sensation de peur
- Tension au travail
- Tension musculaire
- Travail excessive

1.4. La définition du concept de stratégie de coping :

1.4.1. La définition :

« Le coping est défini comme l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, tolérer ou réduire les exigences internes ou externes qui nous semblent éprouvantes et qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu ». (G-N. Fischer, 2002, p.305)

1.4. 2. Définition et opérationnalisation :

- Le coping désigne la façon de s'ajuster au stress.
- La mise en place d'une réponse pour faire face à un évènement stressant.
- Les techniques utilisées pour faire face au stress tel que le retour à la religion, le soutien social...etc.
- acceptation, évitement, réduction de l'effet du stress.

- stratégie centrée sur l'émotion, tel que les pleurs, les larmes...etc. le problème, le soutien sociale, tel que demander l'aide des autres, solliciter les autres.

2. Les motifs du choix du thème :

Nous avons choisi le sujet du stress et les stratégies de coping chez le personnel médical parce que :

- La plupart des chercheurs s'intéressent aux gens qui demandent de l'aide et mettent de côté les soignants.
- Manque d'étude sur cette population ciblée, surtout en Algérie.
- Aucune étude n'était réalisée au sein de notre université, sur ce sujet. Maintenant qu'on a terminé les motifs de choix de thème on va s'intéresser aux objectifs de la recherche.

3. Les objectifs de notre recherche :

- Acquérir de nouvelles connaissances sur la profession de personnel médical et du stress qui en résulte.
- Enrichir notre bibliothèque avec un travail sur les stratégies de coping et le stress lié au métier de personnel médical.
- Mesurer le degré de stress professionnel chez le personnel médical.
- Identifier les facteurs du stress professionnel chez le personnel médical.
- Identifier les différentes stratégies défensives utilisées par les soignants notamment le personnel médical.

4. La méthode utilisée :

Dans tout travail de recherche, l'utilisation de la méthode et la technique adéquate au thème et au terrain sont indispensables, afin de répondre à la problématique posée, vérifier les hypothèses et pour effectuer notre recherche, nous avons adopté

la méthode clinique afin d'analyser les différents éléments de notre recherche et répondre à nos questionnements.

Dans toute recherche scientifique, le chercheur doit opter pour une méthode adéquate avec le sujet traité un but à atteindre les objectifs visés par la recherche. Cette méthode consiste en « *un ensemble de règles ou de procédés pour atteindre dans les meilleures conditions les objectifs* » (E-B. Madeleine, 1997, p.102).

La méthode utilisée dans notre recherche est déterminée par la nature de thème et les objectifs, pour cela on a adopté la méthode clinique car c'est elle qui nous semble la plus adéquate et qui convient le mieux à notre recherche.

La méthode clinique : elle se définit comme « *une méthode empirique où il n'y a aucune sorte d'intermédiaire entre l'observateur et ce qu'il étudie. On la retrouve, en dehors de la médecine, dans l'ethnologie, les études de cas, les monographies, les observations participantes...* ». (O. Aktouf, 1987, p.29).

La psychologie clinique étudie et traite tout " fait " ou " événement " psychologique normal ou pathologique indépendamment de sa cause connue ou supposée, elle vise la mobilisation de processus proprement psychologiques au sein d'une relation donnée. Le psychologue joue sur les effets de rencontre avec un autre qui permettra de soulager la souffrance psychique tout en analysant son propre engagement au sein de cette relation.

La méthode clinique : envisage la conduite dans sa perspective propre, relever aussi fidèlement que possible la manière d'être et d'agir d'un être humain concret et complet aux prises avec cette situation, chercher à en établir le sens, la structure et la genèse, déceler les conflits qui la motivent et les démarches qui tendent à résoudre ces conflits (KH.Chahraoui, H.Bénony, 2003 , p11).

De ce fait, cette démarche, nous amène à des techniques de recueil des informations qui sont pour l'essentiel : l'entretien, les tests, les échelles d'évaluation, le dessin, l'observation pour développer l'étude de cas uniques.L'analyse de la genèse, la dynamique, la dimension réelle des situations en psychologie clinique sont autant de solutions pour résoudre ou atténuer les conflits interne ou externe de la vie d'un être

humain ; celui-là, considéré comme étant une entité inachevée qui progresse dans le temps et ses réactions s'éclairent à la lumière de l'histoire de sa vie.

La méthode clinique :est la méthode la plus utilisée en pratique clinique et vise « *ne seulement à donner une description d'une personne de sa situation et de ses problèmes, mais elle cherche aussi à éclairer l'origine et le développement, l'anamnèse ayant pour objet de repérer les causes et la genèse de ces problèmes* », celle-ci cherche à répondre aux exigences de la singularité des cas permettant d'effectuer une bonne analyse diversifier des contenus. (Huber, 1993)

L'étude de cas : fait partie des méthodes descriptives et historiques. Elle consiste en une observation approfondie d'un individu ou d'un groupe d'individus. L'étude de cas est naturellement au cœur de la méthodologie clinique et les cliniciens y font souvent référence. Le clinicien tente de décrire le plus précisément possible le problème actuel d'un sujet en tenant compte de ces différentes circonstances du survenue actuelles et passées (histoire du sujet, organisation de la personnalité, relation avec autrui, mécanismes de défense.) L'étude de cas ne s'intéresse pas seulement aux aspects sémiologiques mais tente de resituer le problème d'un sujet dans un contexte de vie ou sont pris en compte de différents niveaux d'observation et de compréhension (KH.Chahraoui, H.Bénony, 2003, p125- 126-127).

L'étude de cas :c'est « *l'étude approfondie de cas individuel normal, pathologique, de comprendre et d'expliquer le fonctionnement physique et humains, ses troubles et ses perturbations affectives* ». La démarche clinique a pour objet les aspects psychologiques de la santé, ainsi que les implications psychologiques de la maladie somatique telle que le diabète non insulino-dépendant. Elle se centre sur l'individu dans sa spécialité et sa singularité, ou plus près de son organisation, ce qui justifie son recours fréquent aux études de cas dans ces disciplines. (M. Charlotte, 1990, p.14).

5. La pré-enquête :

La pré-enquête est une étape préliminaire qui précède la réalisation de notre recherche sur « *les stratégies de coping chez le personnel médical* » sur le terrain. Afin de mieux saisir notre thème de recherche.

Cette première investigation est une étape primordiale dans toute recherche scientifique car elle a pour but de déterminer les hypothèses de l'enquête et par voie de conséquence les objectifs (Murchielli, 1985 p12). Effectivement, grâce à la pré-enquête, les études scientifiques se voient plus précises vu que les données qu'elles mettent en évidence sont plus nettes du fait que les choix de l'enquêteur, le type des informateurs ainsi que les lieux de l'enquête sont plus ciblés et mieux définis une fois que l'on procède à une étude préliminaire. Autrement dit, l'objectif de cette étape est un balisage du terrain observé et une définition du protocole d'enquête (S.Hedid, 2007, p98).

Cette étape permet de recueillir des informations préalables à notre thème de recherche, et de confirmer la fiabilité de notre étude, ainsi elle nous a aidé à construire nos questionnements et nos hypothèses, après avoir déterminé les variables de notre sujet qui nous permettront de vérifier la disponibilité de notre population d'étude, avec laquelle nous vérifions nos hypothèses avancées préalablement. Pour cela, nous nous sommes présentés en mois d'octobre 2016 au niveau de la clinique "Beau Séjour" qui se situe au centre-ville de Bejaïa, nous avons expliqué au psychologue et au médecin chef notre objectif de recherche et la nature du diplôme préparé.

Après cette démarche, nous avons eu une lettre de stage délivrée par le département des sciences humaines et sociales, puis nous avons préparé notre dossier qui contient une demande de stage adressée à monsieur le directeur d'établissement de santé de proximité selon la période nécessaire pour effectuer notre stage. Notre pré-enquête est effectuée après avoir eu un accord de notre demande par le service de la DRH de cet établissement. Au sein de ce service, nous avons réalisé la pré-enquête pendant une durée de 10 jours, en premier lieu, nous avons obtenu des informations générales sur l'organisme d'accueil et sa fonction, nous avons ainsi assuré la disponibilité de notre population d'étude, à base d'un entretien effectuée avec le personnel médical, et le psychologue. Afin de recueillir les informations (données) nécessaires pour bien mener l'étude de notre thème de recherche, nous avons pu faire des entretiens directs avec cinq personnel médical, tout en leurs laissant la liberté de

s'exprimer au sujet de leur maladie. Grâce à l'appui précieux du personnel de la clinique, nous avons établi un guide d'entretien et choisi les outils de mesure.

Dans tout projet de recherche, la pré-enquête est une étape très importante et utile parce qu'elle nous oriente vers des questions et des pistes importantes non prise en considération, ainsi elles nous aident à préciser notre problématiques et hypothèses en suivant des méthodes et des techniques qui sont plus adéquates à notre thème de recherche.

6. La présentation du lieu de recherche :

1. PRESENTATION DE L'ORGANISME D'ACCEUIL :

L'établissement public de santé de proximité d'El-kseur est un établissement à caractère administratif, doté de la personnalité moral et de l'autonomie financière. Il est placé sous la tutelle du wali. Il est constitué d'un ensemble de polycliniques et des salles de soins couvrant un bassin de population de 144526 habitants, sa consistance physique et son espace géo-sanitaire couvrant de population sont fixées par arrêté ministériel.

2. HISTORIQUE :

L'EPSP d'El-kseur est issu du découpage de l'année 2008 ; suite au décret exécutif n°07 – 140 du 19 mai 2007 portant création des établissements publics de santé de proximité et les établissements publics hospitaliers.

Il est compose de trois (03) daïras qui sont : El-kseur, Amizour, Barbacha ainsi que de huit (08) communes qui sont : El-kseur, Amizour, Barbacha, Feraoun, kendira, Beni-djellil, Semaoun et Fénaia ilmatan.

Le siège de L'EPSP est situé au niveau de la polyclinique d'El-kseur il couvre un bassin de population estime à 144526 habitants répartis entre cites, quartiers ; hameaux et lieu-dit et sur une superficie de 481,48Km².

3. SITUATION GEOGRAPHIQUE :

Limites de l'EPSP : L'EPSP d'El-kseur qui occupe une superficie de **481,48Km²** est limitée par :

- Toudja et Beni-ksila au Nord
- Oued-Ghir et Tala Hamza à l'Est
- Sidi-Aiche, Tinebdar, Timezrith et Tifraà l'Ouest
- Les Wilaya, Bordj Bou Arreridj et Sétif et Daïra Beni-maouche au sud

DAIRA	COMMUNES	SUPERFICIE (Km²)
AMIZOUR	AMIZOUR	109 ,36
	FERAOUNE	41,91
	SAMAOUNE	33,98
	BENI DJELLIL	27.93

BARBACHA	BARBACHA	83,77
	KENDIRA	45,56
EL-KSEUR	EL-KSEUR	94,06
	FENAIA	45

4. MISSIONS :

L'établissement public de santé de proximité a pour mission de prendre en charge, de manière intégré et hiérarchisée.

- La prévention et les soins de base
- Le diagnostic
- Les soins de proximité
- Les consultations de médecin général et les consultations de médecin spécialisé de base
- Les activités liées à la santé reproductive et la planification familiale
- La mise en œuvre des programmes nationaux de santé et de population

Il est chargé également de :

- Contribuer à la promotion et à la protection de l'environnement dans les domaines relevant de l'hygiène, de la salubrité et de lutte contre les nuisances et les fléaux sociaux
- Contribuer au perfectionnement et au recyclage des personnels des services de santé

8. La présentation de groupe de recherche :

Dans notre présente recherche, on a pu effectuer notre stage auprès de 3 cas dans EPSP à EL-KSEUR au service des urgences ou on a sélectionné 2 médecin femmes et 1 homme à cause de manque d'effectifs.

8.1. Les critères de sélection :

- **Profession** : des médecins, parce que le groupe de médecins est plus accessibles et plus riche en sujets de recherche.
- **Secteurs d'activité** : Le secteur public parce que la charge du travail elle est importante, le nombre de patient qu'ils enregistrent au niveau du secteur public est plus important que le nombre de patient enregistré au secteur privé et donc la charge de travail est un facteur de stress professionnel.
- **Expérience professionnel** : plus de 5 ans d'expérience, parce que la littérature sur le stress professionnel dit qu'on peut parler du stress professionnel si l'expérience professionnel dépasse 5 ans d'exercice.
- **Sexe** : Les hommes et les femmes, on n'a pas sélectionné l'un des sexes par rapport à l'autre parce que la variable de sexe n'est pas été prise en considération à cause de manque d'effectifs donc on a travaillé avec les deux sexes.

- **Age** : tous les cas de notre recherche sont âgés plus de 30 ans

- **Langue** : la langue est diversifiée, français, arabe, kabyle, (mais vu leurs niveaux, la langue retenue était le français).

- **Situation familiale** : marie

Dans le tableau suivant on va essayer de faire une récapitulation de différentes caractéristiques de nos sujets de recherche.

Cas	Age	Situation Familiale	Expérience professionnel
Sabrina	45 ans	Marie	15 ans
Lynda	35 ans	Marie	5 ans
Nassim	55 ans	Marie	25 ans

Tableau N°02 : Tableau récapitulatif des caractéristiques de notre groupe de recherche.

Donc notre groupe de recherche se constitue de 3 sujets 2 femmes et un homme, ils sont âgés de 30 ans jusqu'à 55 ans, les 3 sont mariées, leurs expériences dépassent 5 ans elle va jusqu'à 25 ans.

La présentation des outils de recherche :

On a choisi de commencer la passation des outils de recherche avec le guide de l'entretien c'est pour avoir plus d'information sur les sujets et gagner leurs confiances et de les maîtriser à l'aise aussi pour leurs expliquer qu'il s'agit d'une étude scientifique à réaliser.

8.1. L'entretien clinique de recherche

L'entretien clinique de recherche est ainsi mené par un disposant d'une formation clinique et d'une expérience pratique auxquelles s'ajoute une formation clinique à la recherche. (Kh. Chahraoui, H. Bénony, 2003, p.141).

L'entretien clinique est donc la technique de choix pour accéder à des informations subjectives (histoire de vie, représentations, sentiments, émotions, expérience) témoignant de la singularité et de la complexité d'un sujet.

La dénomination d'entretien clinique de recherche condense ainsi tous les paradoxes liés à l'utilisation de la méthode clinique (Moro, 1993) comme méthode de recherche.

Dans notre mémoire on a adopté la méthode qualitative pour analyser nos entretiens cliniques semi-directifs, c'est-à-dire qu'on va essayer d'interpréter et au donné sens pour le discours des sujets de recherche on tenant compte de la théorie adoptée (la théorie transactionnelle).

L'approche transactionnelle apporte une condition importante à la compréhension et donc à la médiation du stress professionnel, il s'agit de la perception des exigences des conditions de travail et des ressources disponibles pour y faire face (contrôle perçu). (S. Dominique, 2013, p. 26).

L'attitude non-directive qui favorise l'expression personnelle du sujet est combinée avec le projet d'explorer des thèmes particuliers. Le clinicien chercheur a donc recours à un guide thématique.

L'entretien semi directif est un guide d'entretien avec plusieurs questions préparées à l'avance, mais non formulées d'avance, donc le chercheur pose une question puis le sujet s'exprime librement mais seulement sur le thème proposé sans l'interrompre, car l'aspect spontané des associations est au moins présent dans ce type d'entretien, dans la mesure où le clinicien cherche un cadre et une trame qui permettent au sujet de se dérouler le récit. (Kh. Chahraoui, H. Bénony, 2003, p.141).

Mener un entretien clinique de recherche consiste donc à recourir à une technique d'entretien de recherche (non directive ou semi-directive) tout en adoptant une attitude clinique dans la relation au sujet. (Ibid.).

8.1.2 Le guide d'entretien

Il est établi après des entretiens exploratoires, le guide se présente sous la forme de « pense bête » en répertoriant les thèmes et/ou axes thématiques qui doivent être abordés au cours de l'entretien semi-directif.

Le guide de l'entretien comporte une consigne initiale : « *j'aimerais que vous me parliez de...* », « *Ce que cela représente pour vous (consignes induisant un discours d'opinions)* ; « *j'aimerais que vous me parliez de...* » ; « *comment ça s'est passée...* » (Consigne induisant un discours de narration). Il peut revêtir une forme plus ou moins détaillée, de la liste de trois ou quatre grands thèmes que l'ir connaît bien jusqu'à une série d'informations spécifiées sur deux ou trois pages. On s'attachera à donner à ce document une présentation qui le rende facile à utiliser, avec des mots clés très apparents. On peut coupler les thèmes avec des modèles de questions neutres. (L. Fernandez, 2001, p.08).

Notre guide d'entretien comprend quatre axes qui servent de trame pour l'entretien. Ce guide nous a permis de vérifier, au cours de l'entretien, si toute la question que nous souhaitons posées avait été abordée :

- ❖ Les informations personnelles sur le sujet
- ❖ **Axe N°1** : les informations sur la profession de personnel médical
- ❖ **Axe N°2** : les informations sur l'état de stress professionnel chez le personnel médical
- ❖ **Axe N°3** : les informations sur les stratégies de coping chez le personnel médical
- ❖ **Axe N°4** : la vision de l'avenir

Pour le guide de l'entretien semi-directif détaillé on renvoie le lecteur à l'annexe N°1

Pour analyser nos entretiens on a adopté la méthode qualitative dans laquelle on suit les axes du guide d'entretien c'est-à-dire, on a analysé axe par axe les données et les informations obtenues auprès des sujets de recherche. En faisant référence à la théorie adoptée dans notre travail.

8.2. Présentation et analyse de l'échelle de Cohen et Williamson, 1988 ou PSS4 : Perceived Stress Scale4

Notre choix pour mesurer le stress professionnel c'est porter sur l'échelle de stress perçu parce que dans la revue de littérature on a trouvé des documents qui autorisent et qui justifient l'utilisation d'une échelle de stress perçu pour mesurer le stress professionnel.

Selon Lazarus et Folkman (1983) La PSS est une échelle qui peut servir à l'évaluation secondaire, elle évalue la fréquence avec laquelle les situations de la vie ou de travail sont généralement perçues comme « *menaçantes* ». (S. Cohen, T. Kamarck, R. Mermelstein, 2015, p.101).

Ces auteurs ont cité dans beaucoup de leurs travaux que l'échelle de stress perçu comme une échelle qui pouvant mesurer le stress au travail. Donc on a choisi de recourir à cette échelle et non pas au questionnaire de Karazak et celui de Wocccq parce que nous sommes dans un travail qui se fera sur un groupe de recherche restreint de dix cas, donc ce n'est pas valable de recourir à des questionnaires qui s'adressent à des groupes de recherche importants.

Donc l'échelle PSS elle nous convient et elle nous permet de mesurer le stress au travail.

Il s'agit d'une échelle qui mesure le degré auquel les situations dans la vie et au travail sont stressantes, elle permet d'évaluer « l'importance avec laquelle des situations de la vie sont généralement perçues comme menaçantes, c'est-à-dire comme non prévisibles, incontrôlables et pénibles ». L'échelle de stress perçu (la PSS), a été validée à partir d'un échantillon de 2347 sujets (960 hommes et 1427 femmes), représentatifs de la population américaine au niveau de sexe, l'âge, des revenus, de l'origine ethnique et de statut professionnel. (V. Langevin et al., 2011, p.101).

Les versions existantes : Il existe trois versions :

- La PSS 14 qui comprend 14 items.
- La PSS 10 : items 1 à 3, 6 à 11 et 14 de la version 14.
- La PSS 4 : items 2, 6, 7 et 14 de la version 14. (Ibid.).

Afin de faire le lien entre les trois versions de la PSS, la numérotation des items de la version originale est conservé, quelles que soient les versions PSS 10 est la plus recommandée car c'est celle-ci qui présente les qualités psychométriques les plus satisfaisantes (Cohen et Williamson, 1988 ; Lee, 2012). La PSS 4 a été développée pour des cas où la mesure du stress perçu doit être rapide (enquête par téléphone notamment). (V. Langevin et all, 2011, p.101).

La consigne

Divers questions vont vous être posées, ci-après. Elles concernent vos sensations et vos pensées pendant le mois qui vient de s'écouler. A chaque fois nous vous demandons d'indiquer comment vous vous êtes senti (e) le mois dernier. N'oubliez pas de comporter le nombre de fois où vous vous êtes senti (e) ainsi, mais indiquez plutôt la réponse qui vous paraît proche de la réalité. Notez que ce questionnaire concerne tous vos domaines de vie (travail, vie relationnelles, loisirs). (V. Langevin et all, 2011, p.101).

Le temps de passation

Administration rapide : environ 5 minutes pour les versions à 14 et 10 items.

8.2.1. Analyse de l'échelle de stress perçu

La cotation

Echelle de fréquence en 5 points (de « *jamais* » à « *très souvent* ») :

- Jamais : 1 point
- Presque jamais : 2 points

- Parfois : 3 points
- Assez souvent : 4 points
- Très Souvent : 5 points. (Ibid.).

Interprétation des scores

- Score inférieur à 21= C'est une personne qui sait gérer son stress.
- Score compris entre 21 et 26= C'est une personne qui sait en général faire face au stress.
- Score supérieure à 27= La vie est une menace perpétuelle pour cette personne. Elle a le sentiment de subir la plupart des situations et de ne pouvoir rien faire d'autres que les subir.

8.3. Présentation et analyse de l'échelle Toulousaine de coping de Sylvie Esparbes, Flovence, Sordes-Ader et Pierre Tap**(1993)**

Pour connaître et d'écrire les différentes stratégies de coping chez le personnel médical, notre choix c'est porté sur cette échelle là qu'on va la définir dans le titre suivant.

8.3.1. Définition de l'échelle Toulousaine de coping

Le test de coping est un questionnaire d'autoévaluation destiné à mesurer la façon dont les individus font face et réagissent à une situation stressante. Il est composé de 54 items.

L'échelle toulousaine de coping est élaborée par l'équipe de « *psychologie du développement et de la santé* » appartenant au laboratoire toulousaine « *personnalisation et changements sociaux* ». (Lanrencine, 2001, p.89).

8.3.2. Historique du test

Le recensement sur les travaux de coping met en évidence une évolution quantitative (nombre) et qualitative (nature) des dimensions proposées pour décrire ce processus. (S. Esparbes et coll., 1989, p.90)

Pour Lazarus et Folkman (1989) le coping est un processus cognitif permettant au sujet de donner un sens à la situation en fonction des ressources qu'il peut mobiliser pour y répondre, deux estimations interviendraient fondamentalement à partir de l'estimation des risques : 1. une focalisation sur le problème (réflexion et intervention)

2. une focalisation sur l'émotion (contrôle et expression de la détresse émotionnelle causée).

Selon Pearlin et Schooler, le coping serait l'ensemble des actes à partir desquels ces personnes cherchent à éviter d'être lésées par les tensions auxquelles elles sont confrontées. A la différence des auteurs précédents, ils mettent en place une théorie composée de trois dimensions. Le premier fait référence aux tentatives pour changer la situation, la deuxième aux efforts pour changer la signification ou l'estimation du stress (réduire l'effet de l'événement par la signification) et la troisième aux modalités mises en place pour contrôler les sentiments de détresse (gestion du stress). D'autres auteurs (Billings et Moos, 1981 : Seiffge-Krenke, 1984) proposent aussi un modèle de trois dimensions.

Par contre, Graver, Scheier et Weintraud (1989) mettent en place une échelle composée de 14 stratégies. Dans un souci de compréhension, nous les avons regroupées selon 5 champs : Comportemental, Cognitif, Emotionnel, les mécanismes de défenses, et les rapports sociaux. Ces auteurs font de coping un processus, pouvant inclure toutes sortes de stratégies dont certaines n'étaient pas pris en compte jusque-là. Partant d'une analyse critique des échelles de coping existantes, nous proposons une nouvelle échelle articulant les champs comportementaux (bénévoles), informationnels (cognitif) et affectifs (émotion). (S. Esparbes et coll., 1989, p.90).

9.3. La construction

Champs Stratégie	I Action	II Information	III Emotion
Focalisation	A focalisation active	G Focalisation cognitive	M Focalisation émotionnel
Support social	B Coopération	H Support social informationnel	N Support social émotionnel
Retrait	C Retrait comportemental	I Retrait mental	O Additivité
Conversion	D Conversion comportemental	J Acceptation	P Conversion par les valeurs
Contrôle	E Régulation des activités	K Control cognitif et planification	Q Contrôle émotionnel
Refus	F Distraction	L Dénégation	R Alex thymie

Tableau N°03 : La répartition des stratégies selon les champs. (S. Esparbes et coll., 1989, p.90).

9.3.1. Le contenu

Cette échelle permet une passation individuelle, mais aussi collective. Elle est composée de trois champs : l'action (champ conatif), l'information (champ cognitif), dont l'articulation permet l'émergence de 6 stratégies (focalisation, support social, retrait, conversion, contrôle, et refus). Chaque champ est constitué de 6 dimensions, et chaque stratégie comprend 3 dimensions. L'échelle est donc constituée de 18 dimensions et est testée à partir de 3 affirmations auxquelles le sujet doit répondre à partir d'une échelle de 5 points. (S. Esparbes et coll., 1989, p.90).

8.4. Présentation des stratégies

8.4.1. La focalisation active et cognitive : implique de se concentrer sur le problème et sur les modes de résolution. La focalisation affective (émotionnelle) implique en fait l'envahissement d'émotions spécifiques (agressivité et culpabilité). (S. Esparbes et coll., 1989, p.91).

8.4.2. Le support social : implique une demande d'aide en terme cognitif (conseil, information) ou affectif (besoin d'écoute et de reconnaissance), il implique aussi d'utiliser des actes coopératifs comme de lutte contre le stress.

8.4.3. Le retrait : le sujet se replie sur lui-même, essaie de ne pas penser au problème en se réfugiant dans les rêves ou dans l'imaginaire ou en adoptant des conduites de compensation (nourriture, drogue, tabac, médicament...). (Ibid.).

8.4.4. La conversion : implique le changement, la transformation des comportements. Des positions cognition (acceptation) ou des valeurs (se tourner vers dieux, se donne une philosophie de vie, plaisanté sur le sujet).

8.4.5. Le contrôle : implique la maîtrise de la situation, la coordination des comportements ou des activités, et la contention des émotions. (Ibid.).

8.4.6. Le refus : le sujet fait comme si problème n'existe pas, il se distrait en faisant quelque chose de plus agréable. Il a des difficultés à décrire ses émotions. . (S. Esparbes et coll., 1989, p.91).

8.5. Administration et notation

8.5.1. Administration

Toutes les consignes de passation sont inscrites sur la feuille de test. Après les remarques introductives nécessaires pour établir un bon contact avec le sujet, l'examineur lui remet la feuille de test et lui demande de la remplir en suivant les instructions de la première page, pour son compte personnel et en prenant son temps.

La première partie concerne les renseignements individuels du sujet, la seconde fait référence à la consigne de test proprement dit. Le sujet doit se positionner sur une échelle en 5 points, de 1 (pas de tous d'accord) à 5 (tout à fait d'accord). Le test peut être fait individuellement (en prenant des précautions pour éviter les suggestions ou le copiage).

L'examineur confirmera verbalement la nécessité d'être aussi sincère que possible, et réaffirmer le caractère confidentiel des résultats. L'administrateur de ce test demande environ 15 minutes. Il doit être rappelé que les réponses demandées doivent être spontanées. (S. Esparbes et coll., 1989, pp.91-92)

8.5.2 Notation

La correction s'effectue en rapportant le chiffre de positionnement sur la grille de dépouillement en suivant les phases de 1 à 54 dans l'ordre du teste. En suite 5 types de notes finales sont possibles aux choix :

. Avec **La feuille de dépouillement 1 (voir l'Annexe N° 3)** sous forme d'un tableau, on obtient :

Une note par dimension : c'est la somme des trois phrases constituant la dimension. Il suffit pour cela d'additionner les 3 chiffres d'une même colonne (Ex : pour la dimension A, additionner les scores obtenus aux phrases 1, 19, 37). Cela nous permet de voir les dimensions les plus utilisées par l'individu dans une situation donnée. Ce sont les réponses les plus « fines » de l'échelle.

Une note par champ : c'est la somme de 6 dimension constituant le champ (case blanche non crise). Il suffit d'additionner les 6 cases blanche pour chaque champ et de rapporter le total dans la case appropriée (Ex : pour le champ d'action, additionner A, B, C, D, E, F et inscrire la somme dans la case total). Ainsi nous pouvons observer la réaction privilégiée du sujet dans les 3 champs.

Une note générale de coping : c'est la somme des 3 notes des 3 champs, il suffit de rapporter la note dans la case totale G.

Une note de coping positif et une note de coping négatif : Il faut rapporter le score de chaque dimension, dans les lignes marquée positif, négatif, et dans les cases blanche. En faisant la somme des 9 dimensions positives du coping, on obtient une note de coping positif qu'il suffit d'inscrire dans la case totale de cette ligne (il en est la même pour le coping négatif).

. Avec **la feuille de dépouillement 2 sous forme d'un tableau**, on obtient : (voir l'annexe N° 3)

. **Une note totale par stratégie** : il suffit de rapporter par ligne (Ex : action (A, dépouillement), de les inscrire dans le tableau de la feuille de dépouillement N°2 et de faire la somme par ligne (Ex : Focalisation : additionner A, G et M) on obtient aussi une note par chaque stratégie. Cela nous permet de connaître les stratégies les plus utilisées par le sujet dans une situation donnée. (S. Espardes et coll., 1989, pp.93-94).

9. Le déroulement de l'enquête

Notre recherche s'est effectuée dans l'EPSP D'EL-KSEUR pour une durée de un mois. Les premiers jours de terrain, dans le service que nous avons ciblé notre groupe de recherche, on a joué une part importante sur la confirmation de la disponibilité de notre groupe d'étude.

Après avoir obtenu l'accord d'être affecté au sien de cet établissement, afin d'effectuer une recherche sur l'état psychique chez le personnel médical.

Nous avons eu l'accès aux informations nécessaires en collaboration avec le chef de service qui nous a aider a distingué notre population ciblé par l'étude selon les critères fixes.

Chaque entretien a été suivi de passation de deux échelles l'une du stress et l'autre de coping. On faisant la passation de ces dernier dans un bureau au bloc opératoire après avoir eu leur consentement, on a commencé en premier lieu, par le guide de l'entretien et en second lieu on a fait la passation des deux échelles celles du stress juste après celle du coping pour un durée qui varie de 1h à 1h30 selon le sujet.

9.1. La passation de l'entretien

Nous nous somme entretenues avec le personnel médical après avoir parlé de l'objectif de notre recherche. L'entretien s'est effectué en une séance, d'une durée entre 30 à 45 mn et cela dépendait du sujet. Nous entamons notre entretien en suivant les questions de notre guide. Au cours de l'entretien, les médecins ont étaient à l'aise et s'exprimaient d'une manière spontanée à propos de leurs vécu des situations stressante et les stratégies qu'ils utilisent pour dépasser leurs stress.

9.2. La passation des échelles

Nous avons choisi deux échelles qui sont l'échelle de stress perçu et celle de toulousaine de coping car elles sont les mieux correspondantes notre objectif de recherche, elles sont facile dans la passation ce qui nous permet aussi de mieux maitriser l'analyse de ces dernières, en plus elles sont parmi les échelles les plus utilisées et valides.

Williams et al. (2000), ont observé une relation entre le stress perçu mesurer par la PSS, la satisfaction au travail et la santé physique et mentale. (E-S. Williams et al, 2000).

La passation de ces échelles était individuelle, l'une après l'autre l'échelle de stress perçu suivie de celle de toulousaine de coping parce que on a peur de perdre un de nous cas.

10. Les difficultés de la recherche

Dans chaque recherche, il existe plusieurs obstacles et déférentes difficultés qui entravent le chemin du chercheur. Dans ce qui suit nous allons illustres c'elles que nous avons rencontre :

- L'absence des études antérieures sur notre thème de recherche

- La rareté des études psychologique qui existe sur le domaine de personnel médical.

Conclusion du chapitre

Pour mener à bien une recherche scientifique, il est important de se baser sur une méthodologie, c'est à sa rigueur et à sa cohérence qui feront l'intérêt et la qualité de la recherche.

Dans notre recherche sur le stress et les stratégies de coping chez le personnel médical , on a réalisé notre stage pratique au niveau de L'EPSP D'EL-KSEUR et on s'est basé sur les outils d'investigation qui sont, l'entretien clinique semi directif, ainsi que l'échelle de stress perçu et celle de coping afin de répondre à l'objectif de notre recherche et comparé les résultats avec les hypothèses abordées dans la problématique pour dire est ce qu'elles sont confirmés ou non.

Dans le chapitre suivant on va présenter les cas de notre recherche et les analyser et enfin la discussion des hypothèses.

Chapitre V : présentation, Analyse et discussion des résultats

Préambule

Notre recherche se caractérise par l'analyse des cas lesquels on va présenter et analyser les données recueillis auprès du groupe de recherche au niveau de l'EPSP d'El-kseur, afin d'obtenir des informations qui vont répondre à nos questions.

Dans ce chapitre, on va commencer par présenter et analyser les résultats de notre recherche obtenu avec les trois outils qu'on a choisis, l'entretien clinique semi-directif, l'échelle de stress perçu (PSS) et l'échelle toulousaine de coping de Sylvie Esparbes, Flovence Sordes-Ader et Pierre Tap (1993).

Ensuite on va essayer de discuter les résultats obtenu dans le but de confirmer ou infirmer nos hypothèses.

1. Présentation et analyse des Cas**Cas N°1****Présentation et analyse des données de l'entretien clinique semi-directif**

Mm^e Sabrina Agée de 45 ans, mariée et mère de 2 enfants, elle exerce le travail comme médecin généraliste depuis cinq ans (expérience) au sein de polyclinique d'El-kseur, elle est grande de taille motivé, souriante, décontracté et à l'aise, Mm^e Sabrina à accepter de répondre explicitement à notre questions sans aucune réticence.

- **Les informations sur la profession de personnel médical**

Pour Mm^e Sabrina a choisi son métier parce qu'à l'adors «j'aime la médecine», le rythme de son travail elle travail deux sur deux et selon elle ce rythme de travail ne lui convenait pas car elle change a cheque fois «non il ne me convient pas parce que à cheque fois il change le système de travail ».Mm^e Sabrina le climat de son travail est défavorable « il change du jour en jour », et elle n'a jamais eu des problèmes entre les collègues « non pas vraiment juste

des maux entendus », elle a choisi de travailler dans le secteur public pour aider la population.

Mme Sabrina a choisi son métier puisque à l'aime bien la médecine et selon elle son rythme ne lui convenait pas à cause des changements de tableau de garde à chaque fois, elle d'écrit le climat de son travail avec un climat défavorable, ajoutant qu'elle avait une bonne entente entre elle et ses collègues de travail.

AXE 02 : Les informations sur l'état de stress au travail

Selon Mme Sabrina le milieu de son travail est très stressant « *le milieu de mon travail est très stressant, dans le diagnostic vital il est enjeu* », pour Mme Sabrina nous a parler sur ses difficultés dans le domaine de la médecine et ses complications « *l'ors des urgences puisque on n'a pas le temps pour faire l'interrogatoire, donc c'est des complications.* »,

Le stress est une réalité clinique évidente pour tous les praticiens, et confirmée par de nombreuses études, comme responsable de nombreuses pathologies (Théry-Hugly et Todorova, 1998).

il évalue la qualité de son sommeil comme un sommeil perturbé « *j'ai un sommeil perturbé* », son état psychique actuelle est « *supère bien juste fatiguée physiquement* », son comportement au milieu de travail elle est calme « *la plus part de temps calme , mais y'as des situation de stress* » quand je travaille « *je sens la joie surtout c'est le climat et calme* » pour elle le principal facteur de stress dans le travail ces les malades ou bien les collègues « *il y'a des éléments (malade ou collègue) ses des perturbateur* Mme Sabrina elle nous a parler sur le changement cher elle : « *de plus en plus on perds la patience* ». elle a parlé aussi sur les séances du consultation que ses patients il font la paix « *y'as des patients qui font de la paix vraiment* » et pour ses attitude durant la pris en charge elle a dit que elle n'oublie pas la souffrance et les problèmes des autres tellement ça fait de mal « *dé fois on oublie pas leurs problèmes* » elle ressent que une médecin qui est utile « *je me sens utile dans cette planète* » Mme Sabrina elle est satisfait dans son travail « *oui, mais il faut faire mieux* » quand Mme Sabrina à la pression ou travail ,elle pense dé fois faire la démission et à n'a

aucun remarque négative par rapport à son travail « Hamdoullah (dieu merci) pour l'instant non » et elle respecte ses collègues de travail « *on travaille dans le respect mutuelle.* »

AXE 03 : Les informations sur les stratégies de coping

Mme Sabrina lors de ces différentes interventions elle pensée d'avoir tenir bien le travail « *je pense toujours de faire un bon travail et de le tenir.*», et lorsque elle sera stressé au milieu de travail elle gère son stress pour faire face aux situations ou de laisser passer« *je gère mon stress d'une façon normal, j'essaye toujours faire face aux situations stressantes ou de laisser passer.*», le coping lié au contexte, il est influencé par l'évaluation de la demande situationnel (P. Graziani, J. Swendsen, 2005, p.77). Mme Sabrina elle fait la marche pour dépasser le stress de son travail et « il y'as des situations ou je crie, parler à haute voix et dé fois reste calme » elle n'a jamais consulté un psychologue, et lorsque elle a un problème elle le partage rarement avec son marie «*dé fois je partage mes problèmes avec mon marie* ».

AXE 04 : La vision de l'avenir

Mme Sabrina espère bien de rester dans le domaine de la médecine même si c'est un domaine stressant et il y a une charge de travail même si c'est un domine fatigant et qu'il demande beaucoup d'effort « *j'aimerais bien de rester dans ce domaine.* ».

Pour Mme Sabrina son projet d'avenir c'est d'avancé en avant, faire des formations « je compte de continue en avant avec plus de formation.».

1.1.1. Synthèse de l'analyse de l'entretien clinique semi directif du Cas de Mme Sabrina

On peut constater d'après ce que nous avons abordé dans les trois axes que Mme Sabrina présente une symptomatologie relevant au stress à cause de son milieu de travail disant « *notre milieu de travail est très stressant, je serais perturber dans mon milieu de travail et cela c'est à cause de la responsabilité que j'ai, j'ai constaté un changement dans mes comportements je suis devenue nerveuse.* » cela veut dire qu'il ne maîtrise pas son énervement et il présente des signes de stress et pour faire face au stress causé par l'environnement de son travail, elle fait recoure à la stratégie centré sur le soutien social, ce constate aussi malgré le stress qui le porte en lui-même il à une pensée positive vers son

avenir. Selon Frydenberg, «*en théorie, le nombre d'actions de coping (y compris les pensées et les sentiments) auxquelles les personnes ont recours pour gérer leurs préoccupations est infini : la gamme va de la collecte d'informations à l'examen des choses à faire, en passant par le choix de courir le risque ou d'ignorer le problème*» (E. Frydenberg, 1997, p.38).

Données et Analyse de l'échelle de stress perçu du Cas de Mme Sabrina

Le stress perçu est de 30

D'après la cotation de l'échelle (PSS) du cas de Mme Sabrina, on note que Mme Sabrina a eu : un score noté de 30 point donc le sujet présente un degré de stress élevé qu'on peut le prouver dans les résultats des items suivant: l'item 1 (il était souvent dérangé par un événement inattendu), l'item 3 (il se senti souvent nerveux et stressé), litem 5 (il se senti que les choses allaient souvent comme il voulait), l'item 2 (parfois, il lui semble difficile de contrôler les choses importantes de sa vie), l'item 6 (il se senti qu'il pouvait parfois assumer toutes les

Choses qu'il devait faire), l'item 8 (il se senti qu'il domine souvent la situation), l'item 9 (il se senti parfois irrité lorsque les événements lui échappaient de son contrôle), l'item 10 (il ne trouve presque jamais que les difficultés s'accumulaient à un tel point qu'il ne pouvait pas les surmonter), l'item 7 (il n'est pas capable de

Maitriser son énervement), d’après le manuel de PSS la vie est une menace perpétuelle pour cette personne. Elle a le sentiment de subir la plupart des situations et de ne pouvoir rien faire d’autres que les subir.

ITEMS	1		2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18					
SCORES	4		4	1	5	3	5	3	3	4	4	3	5	4	2	3	5	5	1					
ITEMS	19		20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36					
SCORES	3		3	1	3	4	4	4	3	3	3	4	1	4	4	3	3	4	3					
ITEMS	37		38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54					
SCORES	3		3	2	5	4	1	3	3	3	4	4	3	3	1	3	4	4	4					
	A		H	O	B	I	P	C	J	Q	D	K	R	E	L	M	F	G	N	TOTAL	TOTAL			
ACTION	10				13				10				11				11			12			67	178
INFORMATION			10			11				9			11			7				13			61	
IMOTION				4			10				10			9			9					8	50	
POSITIF	10		10		13					9	10		11							12	13	8	96	
NIGATIF				4		11	10	10				11		9	11	7	9						82	

1.3. Données et Analyses de l’échelle toulousaine de coping du Cas de Mme sabrina

Lors de passation de l’échelle toulousaine de coping. Mme sabrina a couché le chiffre qui lui Correspond le mieux pour chacune des affirmations suivant la consigne.

1.3.1. Données et analyses de la feuille de dépouillement n°1 du Cas de Mme sabrina

D’après la feuille de dépouillement n°1, Mme sabrina a eu :

Une note par dimension : A (10), B (13), C(10), D(11), E(11), F(12), G (13), H (10), I (11), J (9), K (11), L (7), M (9), N (8), O(4), P(10), Q (10), R(9) . D’après ses notes obtenues nous remarquait que Mme sabrina a eu une note totale globale de (178) des champs, et une note de (96) de coping positif élevé ajoutant une note de (82) de coping négatif faible. Ce qui signifie

que le sujet utilise beaucoup plus les dimensions suivantes : coopération, focalisation cognitive, distraction et conversion comportemental.

Une note par champs : le champ le plus fréquemment employé par Mme sabrina est celui de champ d'action avec une note de (67), le champ de l'information avec une note de (61), et le champ de l'émotion qui se montre le moins utiliser par Mme sabrina avec une note de (50). Une note générale de coping : Mme sabrina a eu une note totale de (178) des champs. Une note de coping positive et une de coping négative : Mme sabrina a eu une note de coping positive élevé à (96) et une faible (82) pour le coping négatif.

1.3.2. Données et analyse de la feuille de dépouillement n°2 du sabrina

Champs Stratégies	I A N ACTIO	II G H I INFORMAT ION	III M N O EMOTION	TOTAL
FOCALISATION	A 10	G 13	M 9	32
SUPPORT SOCIAL	B 13	H 10	N 8	31
RETRAIT	C 10	I 11	O 4	25
CONVERSION	D 11	J 9	P 10	30
CONTROLE	E 11	K 11	Q 10	32
REFUS	F 12	L 7	R 9	28

Ce tableau montre une note totale pour chaque stratégies : nous avons enregistré la stratégie de focalisation et celle de contrôle les plus employées avec un score de (32), suivant la stratégie du support social avec un score de (31) , puis celle de conversion ou elle a obtenu un score de (30), après un score de (28) pour celle de refus, enfin une note de (25) correspond à

la stratégie de retrait . Ce qui signifie que Mme sabrina fait recours beaucoup plus à des stratégies conatives (action) (centré sur le problème), puis celle des stratégies centrées sur le support social, comme elle fait recoure aussi à la stratégie de refus et celle de retrait.

1.3.3. Synthèse de l'échelle toulousaine de coping du cas de Mme sabrina

D'après l'analyse de l'échelle toulousaine de coping de Mme sabrina on peut constater qu'elle maîtrise la situation et elle fait recours beaucoup plus à des stratégies centré sur le soutien social, et aussi à des stratégies centré sur le problème.

1.4. Conclusion de neuvième cas de Mme sabrina

On conclut à partir de l'entretien semi-directif et de deux échelles celle de l'échelle de stress perçu et celle de toulousaine de coping qu'on a effectué avec Mme sabrina, que cette dernière présente un niveau de stress professionnel élevé ce qu'il le prouve c'est que d'après ses dire que elle le porte même chez elle avec sa famille« avant je ne connaissais même pas le stress mais maintenant je le porte en moi-même, de plus en plus en perds la patience ». Ainsi, les résultats de l'analyse de l'échelle de stress perçu, confirment les résultats obtenus de l'entretien, c'est que Mme sabrina souffre d'un stress élevé avec un score de (30).

Puis, dans l'échelle de toulousaine de coping, nous avons relevé que Mme sabrina utilise le coping positif avec un score de 96, il se focalise sur le champ conatif (action) (67), et elle utilise la stratégie de focalisation et celle de contrôle avec un score de (32) et celle de support social (31) puis celle de conversion (30) et de refus avec un score égale de (28) et à la fin la stratégie de retrait avec un score aussi égale à (25).

Alors on peut déduire que malgré Mme sabrina utilise différentes stratégies de coping soit la stratégie de contrôle et celle qui est centré sur le soutien social, et même celle de refus mais elle n'a pas pu tenir le coup.

Cas N°2

1.1. Présentation et analyse des données de l'entretien clinique semi-directif

Durant l'entretien Mme Lynda était à l'aise, souriante, elle est répondait a toutes nos questions.

Mme Lynda âgée de 35 ans, mariée et mère de un enfant, une dame pleine d'énergie, elle a une taille moyenne (environ 1,70 mètre), maigre avec des cheveux jeune et des yeux verts. Elle exerce le travail comme médecin urgentiste et elle travaille à l'EPSP d'El-kseur depuis cinq ans.

AXE 01 : les informations sur la profession de personnel médical

Mme Lynda , travaille depuis cinq ans au service des urgences , devenir une médecin était le fruit de son désir « *c'était mon choix d'être médecin j'ai une parente qui est médecin donc sa m'intéressé* », son rythme de travail c'est de travailler deux sur deux « *je fais un système deux sur deux* », et son emploi de temps il le convient « *oui il me convient car j'ai deux jours de récupération* », elle a choisi de travailler dans le secteur publique parce que il ya l'assurance «*au service publique j'ai l'assurance et je suis couverte.*» elle à pas de problème entre collègue « *avec mes collègues on s'entend bien*», même le climat de travail elle est stressé «*des fois le climat elle me fais stressé.*»

Mme Lynda âgée de 35 ans médecin dans le secteur publique depuis 5 ans, elle était intéressé au métier de la médecine et à la choisie par amour, son emploi du temps lui convient car elle a des jours de récupération, et qui concerne les problèmes et le climat dans son service elle le fait stressée des fois.

AXE 02 : Les informations sur l'état de stress au travail

Pour Mme Lynda le milieu de travail est toujours stressant a cause de la charge de travail « *le travailler au service urgentiste c'est vraiment stressant, surtout s'il ya beaucoup de malade.*», qui concerne les difficultés notre sujet à déclarer qu'elle a des difficultés a maîtrisée son travail lorsqu'elle est fatiguer « *oui, des fois j'ai des difficultés qui liées aux 24 heures de travail, je deviens fatiguée et c'est difficilement de gérer les situations* », elle lui arriver d'être

perturbé dans son travail surtout face à des pathologies grave « à plusieurs reprises sa m'arrive d'être perturbée et avec des pathologies grave. ».

Lazarus et Folkman définissent le coping comme (l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu).

notre sujet ne souffre pas d'une maladie « non je n'ai pas de maladie hamdollah », et pour la qualité de sommeil elle l'évalue tout dépend de la période « il y'a des période où je dors très bien, comme il y'a des période où je ne dors pas, médiocre », mais elle décrit son comportement au travail comme étant un comportement normal mais des fois nerveuse « je suis gentil, cool, et j'aime l'ambiance qu'il ya ici à notre service, mais des fois je suis nerveuse. ».

La manière dont le sujet, confronté à un système d'attente de son entourage proche ou professionnel, articule les contradictions dans ses lieux de vie, subit les clivages internes, manifeste des difficultés à atteindre ses objectifs, peut conduire à un déséquilibre des conduites ou au contraire à retrouver une stabilité favorable au processus de personnalisation, définie comme tension de réalisation, de signification et d'orientation, dans la vie quotidienne (A-M, Pronost, 2001).

Mme Lynda durant l'exercice de son travail, elle se sent à une satisfaction de ce qu'elle fait et elle fait son boulot avec un plaisir « je me sent à une satisfaction et un plaisir de ce que je fais. », et son état psychique actuelle est préoccupé « avec la charge de travail toujours occupée », et le pénible pour elle c'est l'état de santé d'un malade « lorsque je vois un malade dans un état grave et difficile à le traiter pour moi c'est ça le plus pénible », et le principal facteur de stress c'est lorsque il ya un problème de chirurgical ».

Mme Lynda a constaté un changement dans son comportement elle est devenue agressive et plus stressée « je suis devenu très stressée, je ne suis pas calme du tout », elle perçoit le contact direct avec les gens « j'essaye de faire rire les malades avant l'intervention et de leurs parler comme des collègues de travail pas comme des malades », en dehors de milieu de travail elle a aucune activité à part les achats « non à part les achats et faire les boutiques j'ai aucune activité ».

Notre sujet reçoit des remarques négatives de la part de sa famille à propos de son travail. « Trop aller-retour, tu es bordélique ».

AXE 03 : Les informations sur les stratégies de coping

Mme Lynda dit que durant les différentes interventions qu'elle réfléchit au réveil du malade et que l'intervention elle va passer dans des bonnes conditions « *je réfléchis au réveil du malade et que tout va se passer* », notre sujet elle est très stressante et elle sent une peur qu'elle n'arrive pas à gérer la situation difficile donc elle essaye au maximum de prendre tout en considération pour qu'elle arrive à gérer les situations « *avec mon stress j'essaie toujours de garder le sang froid pour que je puisse gérer les situations difficiles* ».

Mme Lynda elle n'a jamais consulté un psychologue ou un psychiatre « *non, je n'ai jamais consulté* », elle aime partager ses problèmes avec les collègues de travail ou avec la famille « *oui vraiment soit avec mon collègue ou avec un assistant, je partage aussi mes problèmes avec ma famille.* ».

Lors des différentes interventions Mme Lynda essaye de gérer son travail lors des situations stressantes ou il garde son sang-froid, elle partage ses problèmes avec ses collègues de travail et sa famille parce qu'elle travaille sous leurs responsabilités.

AXE 04 : La vision de l'avenir

Mme Lynda espère bien de rester travailler comme médecin « *j'aime mon travail et j'espère bien de continuer mes études pour approfondir dans le domaine de la médecine.* ». Pour Mme Lynda son projet d'avenir c'est de continuer ses études et d'approfondir, et aussi comme un projet c'est de faire des voyages.

1.1.1. Synthèse de l'analyse de l'entretien clinique semi directif**De Cas du Mme Lynda :**

Après l'analyse de l'entretien, on peut déduire que Mme présente une symptomatologie relevant du stress. On peut le prouver quand il a dit « *le travailler au service urgentiste c'est vraiment stressant, des fois j'ai des difficultés, ça m'arrive d'être perturbée, il y'a des périodes où je ne dors pas, des fois je suis nerveuse.* », ce qui veut dire que Mme Lynda y a des moments où elle ne maîtrise pas son stress, Et pour qu'elle puisse faire face à sa situation stressante, elle fait recourir aux différentes stratégies de coping centrées sur l'émotion.

CAS N°2 : Analyse de l'échelle de stress perçu du cas de Mm^e Lynda :

Le stress perçu est de : 23 point

D'après la cotation de l'échelle (pss) du cas de Mme Lynda elle a : un score noté globalement de 23 point donc le sujet présente un degré de stress moyen

On peut le prouver dans les résultats des items : l'item4 (parfois elle sentie confiante à prendre en main ces problèmes personnelles), l'item 6 (parfois elle pense que elle ne pouvait pas assumer toutes les choses que devez faire), L'item 2(assez souvent elle semble difficile de crânoter les choses importante de sa vie).

Analyses de l'échelle toulousaine de coping du Lynda :

ITEMS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18		
SCORES	4	4	1	2	4	5	1	4	4	4	3	1	5	1	1	5	5	3		
ITEMS	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36		
SCORES	4	4	1	2	1	3	3	3	5	4	5	3	4	1	1	1	4	4		
ITEMS	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54		
SCORES	2	3	1	5	3	3	2	5	4	4	5	1	5	4	2	3	4	4		
	A	H	O	B	I	P	C	J	Q	D	K	R	E	L	M	F	G	N	TOTAL	TOTAL G
ACTION	10			9			6			12			14			9			60	170
INFORMATION		11			8			12			13			6			13		63	
IMOTION			3			11			13			5			4			11	47	
POSITIF	10	11		9				12	13		13					9	13	11	101	
NIGATIF			3		8	11	6			12		5	14	6	4				69	

Lors Passation de l'échelle toulousaine de coping Mme Lynda a couché le chiffre qui lui correspond le mieux pour chacune des affirmations suivant la cosigne .

Données et analyses de la feuille de dépouillement n° 1 de Lynda :

D'après la feuille de déploiement n°1 Mme Lynda une note par dimension :

A(10),B(9),C(6),D(12),E(14),E(9),G(13),h(11),I(8),J(12),K(13),L(6),M(4),N(11)

O(3), P(11), Q(13), R(5).

D'après ses notes obtenues nous remarquons que Mme Lynda a eu une note totale de (170) des champs et une note de (101) de coping positif ajoutant une note de (69) de coping négatif

Données et analyse de la feuille de dépouillement n°2 du Lynda :

Champs Stratégies	I ACTION	II INFORMATION	III EMOTION	TOTAL
FOCALISATION	A 10	G 13	M 4	27
SUPPORT SOCIAL	B 9	H 11	N 11	31
RETRAIT	C 6	I 8	O 3	17
CONVERSION	D 12	J 12	P 11	35
CONTROLE	E 14	K 13	Q 13	40
REFUS	F 9	L 6	R 5	20

Ce tableau montre une note totale pour chaque stratégies : nous avons enregistré la stratégie de contrôle étant la plus employée avec un score de (40), suivante la stratégie de conversion avec un score de (35) et celle du support social avec un score de (31), puis celle de focalisation ou elle a obtenu un score de (27), pour celle de refuse une note (20), et un score de

(17) pour celle de retrait. Ce qui signifie que Mme Lynda fait recours beaucoup plus à des stratégies de contrôle l'émotion puis celle de conversion (stratégies centre sur l'acceptation) comme elle fait recoure aussi à la stratégie de support social aussi à stratégie de focalisation et de refuse puis la stratégie de retrait

Synthèse de l'échelle toulousaine de coping ducas de Mme Lynda :

D'après l'analyse de l'échelle toulousaine de coping de Mme Lynda on peut constater que celle maitres la situation et celle se concentre sur le problème et sur les modes de résolution affectif, et elle implique la transformation des comportements, ainsi qu'il faut comme si le problème n'existe pas.

Conclusion du cas de Lynda :

on conclut à partir de l'entretien semi-directif et deux échelles celle de l'échelle de stress perçu et celle de toulousaine de coping qu'on a effectué avec Mme Lynda , que cette dernière présente un niveau de stress professionnel moyen ce qu'il le prouve c'est que d'après ses dire que parfois elle stresse a causes de la change de travail et les responsabilités qu'elle a « je serais de temps en temps perturbée, stressé »

Ainsi, les résultats de l'analyse de l'échelle de stress perçu, confirment les résultats obtenus de l'entretien c'est que Mme Lynda souffre d'un stress moyen avec un score de (23).

Cas N°3

1.1. Présentation et analyse des données de l'entretien clinique semi-directif du cas de Nassim

Durant notre entretien avec Mr Nassim, le sujet était à l'aise, souriant, il s'est montré coopératif, et il répondait à toutes nos questions.

Mr Nassim âgé de 55 ans, marié et père de trois enfants, il est médecin généraliste au sein de l'EPSP d'EL-KSEUR, il a 25 ans d'exercice.

AXE 01 : les informations sur la profession de personnel médical

Mr Nassim a déclaré qu'être médecin était son rêve même si c'est un métier difficile «*la médecine c'est un amour mais lorsque je me suis renseigné sur ce métier ils mon dit que c'est le métier le plus stressant au monde* », le rythme de son travail c'est de travailler 24

heures et avoir trois jours de récupération « *mon rythme de travail c'est de faire une garde et prendre trois jours de récupération, et des fois s'il ya une absence d'un collègue on fait le double.* », selon modèle de Siegrist, (1996), le stress au travail résulte d'un gros effort dépensé en combinaison avec une faible récompense obtenue.

Mr Nassim a choisi le travail dans le secteur public parce qu'il n'a pas eu le choix « *je n'ai pas eu le choix, c'est tous qu'il y' avait la période où j'ai commencé mon travail.* », son emploi du temps lui convient car il a trois jours de repos « *oui il me convient, je fais une garde et je prends trois jours de récupération donc c'est bien.* », il n'avait pas de problèmes avec ses collègues « *non wellah mas3igh les problèmes neki, wellah hamdollah, et s'il ya un souci on essaye de le régler* » (non je te jure je n'ai pas de problèmes moi, je te jure dieu merci), il avait un bon climat dans son service « *très bien, à l'aise, on s'entend bien, je m'entend avec tout le monde.*»

Mr Nassim âgé de 55 ans médecin généraliste dans le secteur public depuis 25 ans, il a choisi son métier par amour, son emploi du temps lui convient car il a des jours de récupération, et qui concerne les problèmes et le climat dans son service il y'avait pas de problèmes et il a une bon atmosphère dans son service.

AXE 02 : Les informations sur l'état de stress au travail

Selon Mr Nassim le milieu de son travail est *stressant* « *oui c'est sûr la médecine est toujours stressante, faire face à des urgences, a des pathologies lourdes, a des parents exigent, c'est vraiment stressant* », Lazarus et Folkman, (1984) permettra d'avancer dans la compréhension des processus impliqués dans le stress.

Pour Mr Nassim il rencontre des difficultés quoique ce soit le matériels, le personnel et surtout lorsque il y'a un manque de médicament « *j'ai des difficultés lorsque il ya un manque de matériels, de personnels, des médicaments, et lorsque aussi il n'y a pas de couverture médicalisé*», il lui arriver d'être perturbé dans son travail « *perturbé ! Oui temps en temps, surtout lorsque le matériel et la salle ne sont pas préparés* ».

Pour Lazarus (1966), il y a stress quand une situation a été évaluée par le sujet comme impliquant et comme excédant ses ressources adaptatives. Par conséquent, le stress dépend autant de la situation environnementale, des ressources ou des capacités de faire face.

Il est déjà passé par la table d'opération car il a fait une opération hémostase vésiculaire « *non je n'ai pas de maladie hamdollah, mais j'ai fait une opération de l'hémostase vésiculaire* », il évalue la qualité de son sommeil comme un sommeil très perturbé « *très perturbé, ici au bloc je n'arriverai jamais à être à l'aise et à la maison c'est le décalage, donc vous pouvez dire que je ne dors pas* », il n'arrive pas à décrire son comportement, pour lui ce n'est pas lui qui peut dire comment il est son comportement mais à la fin dit que c'est un comportement normale « *pour moi ! Mon comportement il est serin, j'aime l'ambiance, et je m'adapte à tout le personnels*».

Le stress affecte l'esprit, le corps et le comportement de diverses manières, il se sent moralement durant l'exercice de son travail tout dépend de malade et son état de santé « *tout dépend du malade, s'il ya un cas difficile à le traiter ou compliqué je me sens affligé, et le contraire si on sauve un malade pour moi c'est de la joie* », pour lui son état psychique actuel est en bon état « *puisque je travail jusqu'aujourd'hui donc il est en bon état* », pour lui le plus pénible dans son travail c'est de tenir une garde chargé « *le pénible c'est de faire face à une garde très chargée surtout au différentes spécialités* ».

le principal facteur de stress pour Mr Nassim c'est les urgences « *c'est les urgences, c'est de faire face aux urgences* », il a des changements dans son comportement il est devenu des fois nerveux, agité « *après la perte d'un malade je deviens agité, nerveux et irrité après la charge de travail, et j'ai un manque de sommeil, c'est ça les changements de mon comportement.*», les travaux de Lazarus et Folkman propose un modèle de la réaction stressante qui prend en compte le degré d'activation neurovégétative et celui d'activation des processus cognitifs d'évaluation subjective de la situation stressante, qui interagit entre eux par des processus d'inhibition. (P. Graziani, J. Swendsen, 2004, p.62).

Il perçoit le contact directe avec les gens « *je dois connaître tout sur mon malade avant, et aussi tout dépend de malade.* », en dehors de milieu de travail il a une boîte d'imprimerie il travaille avec sa femme qui a un atelier de couture « *j'ai une boîte d'imprimerie et je fais l'informatique et aussi j'aide ma femme qui a un atelier de couture.* », notre cas il ne reçoit pas des remarques négative de la part de sa famille, ni de ses amis à propos de son travail. Pour lui le fait qu'il exerce son travail comme il faut et avec une bonne conscience et une grande responsabilité c'est un honneur et une fierté pour lui.

AXE 03 : Les informations sur les stratégies de coping

Mr Nassim lors de ces différentes interventions se concentre sur son travail et essaie de laisser sa pensée se baser sur le malade « *que le malade sort, et de faire tout pour le malade se réveille.* », et lorsque il sera stressé il gère son stress pour faire face aux situations et de garder le sang-froid « *le moment où je deviens stressé j'essaie de faire face à la situation et de garder le sang-froid parce que c'est la seule chose qui peut m'aider.* ».

Lazarus définit le coping comme un « ensemble des processus qu'un individu interpose entre lui et l'événement perçu comme menaçant, pour maîtriser, tolérer ou diminuer l'impact de celui-ci sur son bien-être », (Lazarus, 1993).

Mr Nassim pour dépasser son stress il utilise le tabac comme moyen et il discute avec les médecins sur les pathologies les plus difficiles et les opérations post-opératoires « *pour dépasser mon stress je discute avec mes collègues de travail surtout les chirurgiens, on discute de pathologie du cas et sur les complications post-opératoire, et j'utilise des fois le tabac.* », *comme aussi il partage ses problèmes avec ses collègues de travail* « *oui bien sûr, je partage mes problèmes avec mes collègues de travail, car les problèmes de notre travail nous obligent à se serer les coudes les uns aux autres.* », il n'a jamais consulté un psychologue ou un psychiatre « *non à l'époque j'avais pas de psychologue pour le consulter, et j'ai pas de problèmes pour les consulter.* ».

Lors de différentes interventions Mr Nassim essaie de concentrer sur son travail et garder le sang-froid, et même il partage ses problèmes avec ses collègues de travail et pour qu'il dépasse son stress il aime de discuter avec les médecins sur les cas qui vont les traiter et des fois il fume. Selon Holahan et Moos affirment-ils que le coping est essentiel à la résistance au stress, comme cela a été proposé plus haut, dans la mesure où un stress élevé sollicite le coping (C, Stacey, C, Henry, 2004, p.119).

AXE 04 : La vision de l'avenir

Mr Nassim souhaite de prendre sa retraite avec une bonne santé et qui concerne les projets il n'a pas parlé « *mon projet d'avenir c'est de partir retraité avec une bonne santé.* ».

Pour Mr Nassim, le projet c'est de partir retraite avec une bonne santé, pour lui 32 ans de la médecine c'est très fatigant et stressant, et c'est le moment de reposer car il a travaillé une

longue période il n'arrive pas à penser de faire des projets. Alors on peut également retenir que Mr Nassim souffre d'un stress à court terme comprenant des composantes comportementales.

1.1.1. Synthèse de l'analyse de l'entretien clinique semi directif du Cas Nassim

Après l'analyse de l'entretien, on peut déduire que Mr Nassim présente des signes et des symptômes de stress. Le stress majeur et sévère étant moins commun et typiquement dysfonctionnelles et immatures. (Bowins, 2004). On peut le prouver quand il a dit « *sûr la médecine est toujours stressante, c'est vraiment stressant, mon sommeil est très perturbé, je ne dors pas, le plus stressant c'est de faire face aux urgences, après la perte d'un malade je deviens agité, nerveux et irrité* », ce qui veut dire qu'il ne maîtrise pas son agacement, Et pour qu'il puisse faire face à sa situation stressante, il fait recourir aux différentes stratégies de coping centré sur le soutien sociale.

1.2. Analyse de l'échelle de stress perçu du Cas de Mr Nassim

Le stress perçu est de 28

Les items : 02, 03, 09 et 010 = 11

Les items : 04, 07 et 08 = 09

D'après la cotation de l'échelle (PSS) du cas de Mr Nassim qui est illustré dans l'annexe N° on note que Mr Nassim a eu : un score noté globalement de 28 points donc le sujet présente un degré de stress élevé. On peut le prouver dans les résultats des items : l'item 3 (assez souvent il se sent nerveux et stressé). L'item 6 (assez souvent il se sent qu'il ne pouvait pas assumer toutes les choses qu'il devait faire), l'item 1 (parfois il a été dérangé par un événement inattendu), l'item 2 (parfois il se semble difficile de contrôler les choses importantes de sa vie), l'item 9 (parfois il se sent irrité parce que les événements échappaient son contrôle), l'item 4 (parfois il se sent que les choses allaient comme il veut), l'item 5 (rarement ou il se sent confiant dans ses capacités à prendre en main ses problèmes personnels), l'item 8 (parfois il se sent qu'il domine la situation). L'item 7 (il maîtrise son énervement très souvent).

3. Analyses de l'échelle toulousaine de coping du Cas nassim

Lors de passation de l'échelle toulousaine de coping. Mr nassim a couché le chiffre qui lui Correspond le mieux pour chacune des affirmations suivant la consigne.

1.3.1. Données et analyses de la feuille de dépouillement n°1 du

Cas de nassim :

Items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18		
Scores	5	5	1	3	5	5	1	4	5	1	5	3	5	1	4	5	5	4		
Items	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36		
Score	5	5	1	5	1	1	3	3	5	5	5	5	5	5	2	4	5	4		
Items	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54		
Score	5	5	1	5	5	5	1	4	5	5	5	3	5	4	4	5	5	5		
	A	H	O	B	I	P	C	J	Q	D	K	R	E	L	M	F	G	N	Total	T globale
Action	15			13			5			11			15			14			73	213
Information		15			11			11			15			10			15		77	
Emotion			3			11			15			11			10			13	63	
Positif	15	15		13				11	15		15					14	15	13	126	
Négatif			3		11	11	5			11		11	15	10	10				87	

Tableau N°08 : la feuille de dépouillement n°1 du cas de Mr (C)

D'après la feuille de dépouillement n°1, Mr nassim a eu :

Une note par dimension : A (15), B(13), C (5), D(11), E(15), F(14),

G(15), H(15), I(11), J(11), K(15), L(10), M(10), N(13), O(3), P(11), Q(15), R(11). D'après ses notes obtenues nous remarquons que Mr (C) a eu une note totale de (213) des champs, et une note de (126) de coping positif élevé ajoutant une note de (87) de coping négatif faible.

1.3.2. Données et analyse de la feuille de dépouillement n°2 du cas de Mr Nassim

Champs / Stratégies	I Action	II Information	III Emotion	Total
Focalisation	A 15	G 15	M 10	40
Support social	B 13	H 15	N 13	41
Retrait	C 05	I 11	O 03	19
Conversion	D 11	J 11	P 11	33
Contrôle	E 15	K 15	Q 15	45
Refus	F 14	L 10	R 11	35

Tableau N°03 : la feuille de dépouillement n°3 du cas de Mr Nassim

Ce tableau montre une note totale pour chaque stratégies : nous avons enregistré la stratégie de contrôle étant la plus employée avec un score de (45), suivant la stratégie du support social ou il a obtenu un score de (41) puis celle de focalisation ou il a obtenu un score de (40) , après une note de (35) pour la stratégie de refus et une note de (33) pour la stratégie de conversation et celle de retrait avec un score de (19). Ce qui signifie que Mr (C) il a le sentiment de subir la plupart des situations et de ne pouvoir rien faire d'autre que de les subir.

1.4. Conclusion de troisième cas de Mr Nassim

On conclut à partir de l'entretien semi directif et les résultats de l'analyse de deux échelles celle de stress perçu et celle de toulousaine de coping que Mr Nassim est un sujet qui a un stress élevé à cause de son travail, il déclare que la médecine est un métier très stressant, il est devenu nerveux, mais d'un autre côté il fait recours aux stratégies de coping centrées sur le soutien social.

Ainsi, les résultats de l'analyse de l'échelle de stress perçu, confirment les résultats obtenus de l'entretien, c'est que Mr Nassim souffre d'un stress élevé avec un score de (28).

Puis, dans l'échelle de toulousaine de coping, nous avons remarqué que Mr Nassim utilise le coping positif avec un score de 126, elle se focalise sur le champ conatif (action avec un score de (73) et elle utilise la stratégie de contrôle avec un score de (45) et celle de support social (41) puis celle de focalisation (40) et de refus avec un score de (35) et à la fin la stratégie de conversation (33) et de retrait avec un score de (19).

À la fin on peut dire probablement que Mr Nassim utilise les stratégies de coping centré sur le soutien social.

Tableau N° : Récapitulatif des résultats des deux échelles utilisées

Les résultats de l'échelle du stress perçu				Les résultats de l'échelle de toulousaine de coping			
Le cas	Le nom	Le score	Le niveau de stress	Type de stratégie de coping	Les champs	Les stratégies par champs	Le coping (positif, négatif)
Cas N°1	Sabrina	30	Stress élevé	Coping centré sur soutien social	Action	Contrôle	Coping positif 96
Cas N°2	Lynda	23	Stress moyenne	Coping centré sur problème	Information	Contrôle	Coping positif 101
Cas N°3	Nassim	28	Stress élevé	Coping centré sur l'émotion	information	contrôle	Coping positif 126

C'est un tableau récapitulatif des résultats obtenus des deux échelles pour chaque cas, dans lequel nous allons présenter les scores noté de leurs niveaux de stress et les types de stratégies utilisé par eux selon les champs.

2. Discussion des hypothèses

Après avoir présenté, évalué, et interpréter les résultats de l'entretien clinique semi-directif, ceux de l'échelle de stress perçu, et de toulousaine de coping des 4 cas, nous sommes en mesure de discuter leurs significations à la lumière de nos hypothèses de départ, qui sont :

1. Les personnels médicaux présentent un de stress au travail et il est avec un degré élevé.

-Les personnels médicaux utilisent des stratégies de coping pour faire face à leurs stress en recourant à différents types, soit centrées sur le problème, soit centrées sur l'émotion ou sur la recherche de soutien social.

2.1. La première hypothèse : « Les personnels médicaux présentent un niveau de stress au travail élevé ».

Le cas de Mme sabrina : d'après l'analyse des résultats de l'entretien clinique semi-directif on peut constater que Mme sabrina présente des signes de stress professionnel lorsqu'il a dit *«le milieu de mon travail est très stressant, j'ai un sommeil perturbé, de temps en temps je serais perturber dans mon travail ».*

Donc d'après avoir passé l'échelle de stress perçu pour Mme sabrina, elle à marquer un score de « 30 »points, donc Mme sabrina présente un degré de stress élevé. Ce qui se traduit dans les items suivants : 1, 2, 3, 4,8, qui égale à 6 points.

Donc pour Mme sabrina La vie est une menace perpétuelle pour cette personne. Elle a le sentiment de subir la plupart des situations et de ne pouvoir rien faire d'autres que les subir.

Donc notre première hypothèse est confirmée par rapport à notre premier cas.

Le cas de Mme Lynda : d'après l'analyse de l'entretien clinique semi-directif on peut constater que Mme Lynda manifeste des symptomatologies de stress professionnel comme *« lorsqu'il y'a beaucoup de malades vraiment c'est stressant, il m'arrive d'être perturber lorsque le malade signale une allergie ».*

Mme Lynda à marquer une note de « 23 » point dans l'échelle de stress, ce qui résulte que Mme Lynda présente un degré de stress moyen et C'est une personne qui sait en général faire face au stress. Ce qui se traduit dans les items suivants : 2, 5, 7, qui égale à 7.

Donc notre première hypothèse est infirmée par rapport à notre deuxième cas.

Le cas de Mr nassim : Mr nassim à marquer une note de « 28 » dans l'échelle de stress perçu ce qu'il signifie qu'il manifeste un degré de stress élevé. Ce qui prouve dans les items 1, 2, 3, 9 qui égale à 13 point.

Donc pour Mr nassim La vie est une menace perpétuelle pour cette personne. Elle a le sentiment de subir la plupart des situations et de ne pouvoir rien faire d'autres que les subir

Donc notre première hypothèse est confirmée par rapport à notre troisième cas.

2.2. La deuxième hypothèse : Les personnels médicaux utilisent des stratégies de coping pour faire face à leurs stress en recourant à différents types, soit centrées sur le problème, soit centrées sur l'émotion ou sur la recherche de soutien social.

Le cas de Mme sabrina : en référence à l'analyse de l'entretien clinique, nous avons constaté que Mme sabrina à déclarer qu'elle essaye de concentrer sur son travail, de garder le sang-froid et de ne pas paniquer et elle le gère d'une façon normale, « *je gère mon stress d'une façon normal, j'essaye toujours faire face aux situations stressantes* ».

Ainsi d'après l'analyse de l'échelle de coping, on constate que Mme sabrina fait face à son stress lié au travail, en employant des stratégies de coping positif centré sur le problème avec un score de « 178 » traduit par le champ d'action qui se traduit par un score de «67» point, et celui d'information traduit par le score de «61» et celui le champ de l'émotion avec un score de «50».

Aussi elle fait recoure à des différentes stratégies à celle de contrôle avec un score de « 32», ce qui traduit par la stratégie de régulation des activités noté de (11) point, et celle de focalisation (32), ce qui traduit par la stratégie de focalisation cognitive (13) et celle de support social de score aussi noté de « 31» implique la stratégie coopération (13) et celle de support social émotionnel noté de (10) point, après à celle de conversion avec un score de « 30 » traduit par la stratégie de conversion comportemental noté de (11), ...etc.

Donc notre premier cas fait face aux situations stressantes de son milieu de travail en se basant sur les types des stratégies de coping centrée sur et le problème et le soutien social qui se traduit par l'utilisation de la stratégie de de supporte social informationnel, de focalisation active et cognitive.

Ce qui nous permet de confirmer notre deuxième hypothèse par rapport au premier cas.

Le cas de Mme Lynda : en référence à l'analyse de l'entretien clinique, nous avons constaté que Mme lynda à déclarer qu'il essaye de concentrer sur son travail, de garder le sang-froid parce que son travail demande ça et il focalise sa pensé sur le malade et à son devoir qu'il doit l'exercé et elle utilise café comme un moyen pour dépasser son stress « *j'aime prendre un café pour me déstressé* ».

Ainsi d'après l'analyse de l'échelle de coping, on constate que Mme lynda fait face à son stress lié au travail, en employant des stratégies de coping positif centré sur l'information avec un score de « 170 » ,le champ d'information qui se traduit par un score de «63» point, et celui d'action traduit par le score de «60» et celui le champ de l'émotion avec un score de «47».

Aussi il fait recoure à des différentes stratégies à celle de contrôle avec un score de « 40», ce qui traduit par la stratégie de régulation des activités noté de (14) point, et celle de support social de score aussi noté de «31 » ce qui traduit par la stratégie de support social émotionnel (11) implique la stratégie de focalisation noté de (27) point, ce qui traduit par la stratégie de focalisation cognitive (13) après à celle de refus avec un score de « 20» traduit par la stratégie de distraction noté de (9) point...etc.

Donc notre deuxième cas fait face aux situations stressantes de son milieu de travail en se basant sur les type des stratégies de coping centrée sur et le problème et sur les modes de résolution affective et elle implique la transformation des comportements.

Ce qui nous permet de confirmer notre deuxième hypothèse par rapport au deuxième cas.

Le cas de Mr nassim : En référence à l'analyse de l'entretien clinique, on peut constater que Mr nassim montre des symptômes de stress professionnel « *je serais perturbé de temps en temps, et surtout lorsque je serais au service urgentiste, j'ai un*

manque de sommeil, je suis devenu nerveux» Il se sent irrité lorsque les événements échappaient à son contrôle, ce qui prouve la présence d'un stress professionnel chez lui.

Le cas de Mr Nassim : en référence à l'analyse de l'entretien clinique, nous avons constaté que Mr Nassim a déclaré qu'il essaye de concentrer sur son travail et garder son sang-froid et de ne pas paniquer, *« le moment où je deviens stressé j'essaie de faire face à la situation et de garder le sang-froid parce que c'est la seule chose qui peut m'aider»*, comme aussi il utilise le tabac comme moyen pour dépasser son stress.

Ainsi d'après l'analyse de l'échelle de coping, on constate que Mr Nassim fait face à son stress lié au travail, en employant des stratégies de coping positif centré sur le problème traduit par du champ d'information avec un score de « 77 », et le champ d'action traduit par le score de « 73 » et celui de l'émotion qui se traduit par un score de « 63 » point.

Aussi il fait recourir à des différentes stratégies à celle de contrôle avec une note totale de 45 point qui se traduit par (la stratégie de régulation des activités et de contrôle cognitif et planification, contrôle émotionnel avec une note de 15), et la stratégie de support social ce qui traduit par (la stratégie de support social informationnel avec une note de 15 ainsi celle de coopération et de support social émotionnel avec un score de 13 point), et la stratégie de focalisation qui se traduit par (la stratégie de focalisation active, la focalisation cognitive...etc.

Donc notre troisième cas fait face aux situations stressantes de son milieu de travail en se basant sur le type de stratégies de coping centrée sur l'émotion et le support social qui se traduit par (les stratégies de régulation des activités, contrôle cognitif et planification, contrôle émotionnel).

Ce qui nous permet de confirmer notre deuxième hypothèse par rapport au troisième cas.

Conclusion du chapitre

Dans ce chapitre, nous avons fait une présentation et une analyse pour chaque cas, nous avons remarqué que les personnels médicaux de notre groupe de recherche

manifestant un stress soulignons dans nos 3 cas, nous avons trouvé que 2 (Mme Sabrina, Mr Nassim,) souffrant d'un stress élevé et (Mme Lynda) présentent un stress moyen.

On peut dire que le travail de médecin qui est stressant et le recours aux stratégies de coping constitue un moyen de faire face.

A la fin, nous sommes arrivés à la confirmation de la première hypothèse pour le cas de (Mme Sabrina, Mr Nassim) et elle est infirmière pour le cas de (Mme Lynda).aussi nous sommes arrivés à la confirmation de notre deuxième hypothèse pour tous nos 3 (Mme Sabrina, Mme Lynda, Mr Nassim) que nous avons proposés au début de notre travail de recherche.

Conclusion Générale

Conclusion

A travers cette recherche, on a essayé d'aborder la question de stress et stratégie de coping chez les personnels médicaux, en se basant sur nos lectures, nos observations faites dans le terrain durant notre pré-enquête et notre pratique.

Le stress est un phénomène tout à fait normal et même vital, il n'est plus envisagé dans ses conséquences somatiques, mais d'abord comme une défense du fonctionnement psychique face aux excitations sensorielles et motrices générées par celui-ci.

Donc le stress professionnel peut être une réaction émotionnelle, cognitive, comportementale et physiologique lié aux aspects néfastes et négatifs de la nature du travail, de son organisme et de son environnement, certaines professions paraissent particulièrement exposées à des situations difficiles et exigeantes (responsabilité, danger, rythme de travail) précisément le travail de médecin qui est un milieu de travail très stressant et qui exige une grande responsabilité et de patience.

Il repose en médecin une importante responsabilité, d'où l'importance de connaître les droits et les devoirs. Cette responsabilité qui repose sur les épaules de personnel médical dans le travail peut générer un stress professionnel.

Nous invoquons la profession de médecin. Le métier de personnel médical est l'une des professions à haut risque et stressantes. Et pour qu'il puisse faire face à ces situations les médecins font recours à plusieurs stratégies.

Pour faire face à la situation stressante, les personnels médicaux développent des stratégies de coping qui sont considérées comme un moyen de dépasser cette situation, et les sujets de notre recherche utilisent différentes stratégies.

Les personnels médicaux s'adaptent différemment à leur stress, ils mettent aux forcées qui se manifestent à cause de ce stress, certains le soutien social et d'autres essayent de contrôler leur stress, et d'autres cherchent des informations sur le stress et comment ils peuvent le dépasser. Ces réactions qui se produisent en réponse à l'exposition à des facteurs de stress, ces réactions sont appropriées lorsque le médecin se trouve face à un danger réel ou elle permet l'adaptation.

Dans notre recherche intitulé « *les stratégies de coping chez le personnel médical* », que nous avons réalisé dans l'EPSP d'EL-KSEUR pour but de déterminer le degré de stress de ces personnels médicaux, et de connaître les stratégies de coping adopter par ces derniers pour faire face aux situations stressante.

Pour réaliser notre recherche, nous avons effectué auprès de 4 cas avec lesquels nous avons réalisé un entretien clinique semi-directif et deux échelles celle de stress perçu et de toulousaine de coping.

D'après avoir rencontré nos cas on peut constater que la profession de médecin est très stressante car tous nos cas présente des signes et des symptômes de stress tels que la fatigue, le manque de sommeil et la nervosité selon les dires dans l'entretien clinique. Appuyons aussi que tous les cas ont développé des stratégies de coping pour faire face aux situations stressante et chacun a son type.

Par la suite nous avons appliqué l'échelle de stress perçu et celle de toulousaine de coping qui nous permis de constater que les personnels médicaux développent un stress élevé, qui est illustré dans la majorité de nos cas : Sabrina, Nassim et aussi un stress moyen pour les cas : de Lynda et, à cause de la charge de travail et les difficultés de s'adapter à leur milieu de travail, en plus la responsabilité qu'ils ont envers les malades, pour cela nous avons constaté que pour faire face aux situations stressante les sujets utilisent les différentes types de stratégies de coping.

D'après ces résultats obtenus, la majorité de nos cas utilisent les stratégies de contrôle tel que : Lynda on trouve aussi les cas : Sabrina qui utilise le soutien social comme une stratégie.

Pour la vérification de nos hypothèses, nous avons confirmé la première hypothèse « les personnels médicaux présentent un niveau de stress au travail élevé » avec les cas : Sabrina, Nassim Et pour le cas qui reste Lynda cette hypothèse est infirmé.

Ainsi, nous avons confirmé notre deuxième hypothèse « les personnels médicaux utilisent des stratégies de coping pour faire face à leurs stress en recourant à différents types, soit centrées sur le problème, soit centrées sur l'émotion ou sur la recherche de soutien social. » pour tous nos trois cas : Sabrina, Lynda et Nassim.

Enfin, nous espérons que cette recherche ait éclairé notre travail sur les personnels médicaux qui un métier stressant et qui demande la patience, et on espère que ce modeste travail sera poursuivi par d'autres chercheurs.

Pour conclure, nous espérons que notre recherche puisse ouvrir des perspectives nouvelles a d'autre recherche sur :

- L'épuisement professionnel chez le personnel médical.
- L'impact des troubles psychique sur l'exercice de travail de personnel médical.

Liste bibliographique :

Liste bibliographique :

I. Les ouvrages :

1. Aktouf. O, [1987] « *Méthodologie de sciences sociales et approche qualitative des organisations : une introduction à la démarche classique et une critique* », Montréal : les presses l'université du Québec.
2. Antigone. M, olivier, L [2015]« *stress et temporalité : du travail à la performance sportive, éditions : le manuscrit* », paris, édition Le Manuscrit .
3. BAILLIER-Jean-BAPTISTEET fils, [1952] *L'infermière hospitalière : « guide théorique et pratique de l'Ecole Florence Nightingale de Bordeaux »*, 8^{ème} édition, paris.
4. Bruchon- Schweitzer. M [2002], « *psychologie de la santé, modèles, concepts et méthodes* », Paris, Dunod.Bruchon-Schweitzer.
5. Boudarene-M, [2005] «*Le stress entre bien et souffrance* », Alger, édition Berti.
6. Bruchon-Schweitzer. M [2002] « *psychologie de la santé, modèles, concepts et méthodes* », paris, Dunod.
7. Bruchon-Schweitzer. M et Bruno. Q [2001] « *personnalité et maladie, stress, coping et ajustement* », édition Dunod, Paris.
8. Chabrol. H et Callahan. S, [2001], « *mécanismes de défense et coping* », Paris, Dunod
9. Chahraoui. Kh, Benony. H, [2003] « *Méthodes, évaluation et de recherche en psychologie clinique* », édition Dunod, Paris .
10. CRUHANTL, [2000] « *la qualité de soins* », édition PUF, éd paris.
11. Dominique. S, [2013] « *Le stress au travail : Prévention et prise en charge en thérapie comportemental et cognitives* », Elsevier Masson SAS.
12. DEAR, Peter, [2001], « *Revolutionizing the Sciences: European Knowledge and Its Ambitions* », Princeton University Press.
13. Eric Molinie, [2005], « *l'hôpital public bilan et perspectives conseil économique et social* »
14. Esparbes. P, Sordes-Ader. F. [1995] « *Stratégies de coping* »
15. Ficher. G-N, [2002] « *traité de psychologie de la santé* », Paris, Dunod.
16. Francis ZECH, Examen Clinique, 3^{ème} édition, de BOECK, Bruxelles.

17. François AUBART, Didier DELMOTTE, Exercice médicale à l'hôpital, Un système de santé recomposé, Un hôpital public en mouvement, des citoyens mieux soignés, des praticiens plus reconnus
18. Ficher. G-N,[2002] « *traité de psychologie de la santé* », Paris, Dunod.
19. Frédéric. Chapelle. Benoit. Monié. Rollon Poinso. Stéphane. Rusinek, [2018] , 3^e Ed Dunod.
20. Frydenberg. E, Lewis. R, [1993]. « *the adolescent coping Scale* », manuel malbaurne : Australian concil education.
21. Graziani. P et Swendsen. G, [2005] « *le stress, émotion, et stratégies d'adaptation* », Paris, Armand colin.
22. Hoarcou. D, [2001], « *apprivoiser votre stress*», France, édition d'organisation.
23. KAITI. M, [1986], « *Guide des soins infirmières* », Edition Office des Publications Universitaire, Alger.
24. Laurence. [2004] La ruse, éd s « *peupla, Bruxelles* »
25. Laurence. La ruse, le stress au travail [2004] « *facteur de risque, évaluation et prévention* », éd SFP Emploi, Bruxelles.
26. Lazarus. R-S,[1984] . « *Stress, apparaisal, and coping* », New York : springer.
27. Le Scanff Christine, BERTSCH.Jean et Rivolier Jean, [1995] « *stress et performance* », édition paris, Puf.
28. Madeline. E-B, [1997] « *stress et souffrance des soignant à l'hôpital, reconnaissance, analyse et prévention* », Editions ESTEM.
29. Marilou. B-Sch, Quintard. B, [2001] « *personnalité et maladie : stress, coping et ajustement.* », Dunod : paris.
30. Ordre National Des Médecins, [2012] « *code de déontologie médicale* »
31. P. Gilbert, F. Guérin, F,pigeyle. « *organisations et comportements, éd Dunod, paris. Personnalisation* », Bulgarian Journal of Psychology.
32. Pierluigi. G, Joël. S, [2004] « *Le stress : Emotion et stratégies d'adaptation* », Armand Colin, pour la présente impression, Nathan/ Seger.
33. PREVEL Marc, [2004] « *Référentiel de compétences d'un médecin d'urgence* », édition FMU.
34. Sarah Hibo, [2010] « *stress au travail, Dominique plasmou* », Bruxelles.
35. Serban. I, blanchet. A, [2009] « *Méthodologie de la recherche en psychologie clinique* », 1ere édition janvier.

36. Stress au travail, [2010] quels problèmes, quelles solutions pour les pme, atelier. organisé par aract, paris.
37. Théry-Hugly, M-C, Todorova. I, [1998] «*relation praticien-patient* », traité EMC déontologie, 23,840, C, 10.
38. Walter Hesbeen, [2002], «*la qualité du soin infirmier, Penser et agir dans une perspective soignante* », Edition Masson
39. Williams. E-S, [2000] al, «*the affects of job satisfaction and perceived stress on physical and mental health and withdraw of physicians*», Academy management of proceedings.
40. Zablocki B, [2009] «*du stress au bien-être et à la performance* », Belgique, édition Edipro.

II. Les dictionnaires :

1. Bernard et Genevieve, [1989] dictionnaire medical pour les regions tropicales, berps kango-mayumbe.
 2. Bloch. H, Chernama. R, [1992] «*grand dictionnaire de la psychologie* », Paris, Larousse.
 3. Bloch. H, Chernama. R [1992], «*grand dictionnaire de la psychologie* », Paris, Larousse.
 4. Carole Engel Zerbinati, [2014] «*étude* » de l'influence des stratégies psychologiques de coping. Sur l'état antidépressif et l'équilibre. Glycémique chez des adultes dubs tiques de type I, université de Nice Sophia Anti polis.
 5. Sillamy. N, [2003] «*dictionnaire de la psychologie* », Paris, Larousse.
- La planche. J et Pontalis. J-B, [1967] «*vocabulaire de la psychanalysé* », paris, presses universitaires de France.

III. Revue

1. Grebot. E, Paty. B, Dephanix. N, [2006] «*Styles défensifs et stratégies d'ajustement ou coping en situation stressante.* » L'Encéphale : revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique.
2. Revue internationale des sciences sociales, [1977] UNESCO, la santé des nations, Paris, Vol. XXIX, n°3.

IV .Thèses

1. Deogratias. K-Y, [2010] « *facteurs déterminants de stress chez les administratifs de l'université pédagogique national* », mémoire de maîtrise, université pédagogique national RDC.
2. Charlotte. L, [2013] « *concilier stress et prise en soins d'un patient chez les infirmiers urgentistes* », mémoire de maîtrise, institut de formation en soins infirmiers », centre hospitalier d'Arras.

V. Les dictionnaires :

1. DSM-4, [1994] « *manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* », 4 édition Masson.
2. DSM-5, [2015] « *manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* »,5 édition Elsevier Masson.

VI. Les articles :

1. Laplanche. J et Pontalis. J-B [1967] « *vocabulaire de la psychanalyse* », Paris, Presses Universitaires de France.
2. Journal Officiel De la République Algérienne N°70. Art.22, 12 dhou El Hidja 1430 correspond au 29 novembre 2009

VII. les thèses :

1. Chappard. D, [2010] « *L'infirmier anesthésiste et le monitoring de la de curarisation* », école des infirmiers anesthésistes des hosp ice civile de Lyon.
2. Dinca. A, [2008], « *stratégies de coping, mécanismes de défense et leurs influence sur le bien-être et les performances d'athlètes de haut niveau pratiquant des sports d'opposition* », thèse de doctorat, mention psychologie, université de Reims champagne.
3. Kierre. M, [2005] « *cours d'anesthésie réanimation : destine aux étudiants de 3^{ème} graduat section sciences infirmiers.* », république démocratique de Congo, édition.

4. Lerat, M-F, [1993] « de la stérilisation », conseil national de l'ordre des médecins.
5. Levy. F, Lousser, M-R, [2010] « *anesthésie locale, locorégionale ou générale* », thèse de doctorat, faculté de médecine Saint-Louis Lariboisière Bicat, université Diderot Paris.
6. Lisa. B, [2007] « *le stress dans le monde professionnel : mode ou réalité a enjeux multiple ?* », université Paris Descart.
7. Lucie. C, [2013] « Améliorer ses stratégies de coping pour affronter le stress au travail », L'université du Québec en autouais.
8. Maia, P, thomas. G, [2011] « le stress de l'anesthésiste réanimateur », MAPAR.
9. Marc. S, « *effets de l'anxiété et de la fréquence cardiaque préopératoire sur la dose de propofol nécessaire à la perte de connaissance chez des patientes normovolémiques* ».
10. Parrocchetti. J. P, [2012] « *stress, coping et traits de personnalité névrosisme et lien de contrôle chez des sauveteurs et des conseillers du pole emploi* », thèse de doctorat, mention psychologie, université de Aix-Marseille.

VIII. Site internet :

[Http://www.fm.usj.edu.lb/anciens/code.htm](http://www.fm.usj.edu.lb/anciens/code.htm)

IX. Les ouvrages consultés :

1. Fernandez. L et Catteuw. M, [2001] « *la recherche en psychologie clinique* », Paris, 2 édition Nathan.
3. Isabelle. P, [1992] « *le concept de coping* », créative Commons.
4. Lazarus. R-S, [1996] « *psychological stress and the coping process* », New York: Mc Graw-Hill.
5. Madeleine. G, [2001] « *Méthode des sciences sociale* », Paris, édition Dalloz.
6. S-E. Hobfoll, Shirom. A, [1993] « stress and burn-out in the workplace conservation of resources », Handbook of organizational behavior, Marcel Dekker Inc.
7. Siegrist. J, [1996] « *Advers health effects of high effort, low reward conditions* », journal of occupational health psychology.
8. Stacey. C, Henry. C, [2004] « *Mécanisme de défense et coping* », Dunod, Paris.
9. Stora. J-B, [1991] « *Le stress: que sais-je* », Edition Paris.

ANNEXES 01

La consigne : Divers questions vont vous être posées, ci-après. Elles concernent vos sensations et vos pensées pendant le mois qui vient de s'écouler. A chaque fois nous vous demandons d'indiquer comment vous vous êtes senti (e) le mois dernier. N'oubliez pas de comporter le nombre de fois où vous vous êtes senti (e) ainsi, mais indiquez plutôt la réponse qui vous paraît proche de la réalité. Notez que ce questionnaire concerne tous vos domaines de vie (travail, vie relationnelles, loisirs... etc.), parmi les cinq choix proposés : jamais/ rarement/ parfois/ assez souvent/ très souvent. **Au cours de dernier mois :**

1...combien de fois avez-vous été dérangé(e) un évènement inattendu ?					
2...combien de fois vous a-t-il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ?					
3...combien de fois vous êtes-vous senti(e) nerveux (se) ou stressé(é) ?					
4...combien de fois vous êtes-vous senti(e) confiant(e) à prendre en main vos problèmes personnels ?					
5...combien de fois avez-vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez ?					
6...combien de fois avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire ?					
7...combien de fois avez-vous été capable de maîtriser votre énervement ?					
8...combien de fois avez-vous senti que vous dominiez la situation ?					
9...combien de fois vous-êtes-vous senti(e) irrité(e) parce que les évènements échappaient à votre contrôle ?					
10...combien de fois avez-vous trouvé que la difficulté s'accumulait à un tel point que vous ne pouviez les contrôler ?					
	1	2	3	4	5

(V, Langevin et al., 2011, p.101.)

Annexes N° 02

: L'échelle Toulousaine de coping de Sylvie Esparbes, Flovence Sordes-Ader et Pierre Tap (1993)

Consigne : Lorsque vous affrontez à une situation difficile, vous réagissez de façon variable.

Après avoir choisi une situation difficile que vous viviez actuellement ou non, pour laquelle vous vous sentez tout à fait concerner et qui est très angoissante, stressante, vous préciserez votre façon de réagir face à cette situation stressante.

Inscrivez la situation difficile que vous avez choisissiez dans la première ligne.

Pour chacune des affirmations entourez le chiffre qui vous correspond le mieux.

Vous trouverez 5 chiffres qui indiquent dans quelle mesure vous utilisez l'affirmation proposée : de 1(pas de tout) à 5(très souvent). Vous essayez de répondre à toutes les affirmations si c'est possible.

	Pas de tous		Très souvent		
	1	2	3	4	5
1. Je me face à la situation.	1	2	3	4	5
2. Je demande des conseils à des professionnels (professeur, médecins.....).	1	2	3	4	5
3. J'essaye de me sentir mieux au mangeant.	1	2	3	4	5
4. Je travaille en coopération avec d'autre pour me mobiliser.	1	2	3	4	5
5. J'essaye de ne pas penser au problème.	1	2	3	4	5
6. je demande à dieu de m'aider.	1	2	3	4	5
7. J'éviter de rencontrer des gens.	1	2	3	4	5
8. J'accepte le problème s'il est inévitable.	1	2	3	4	5
9. J'essaye de ne pas paniquer.	1	2	3	4	5
10. Je change ma façon de vivre	1	2	3	4	5
11. Je fais un plan d'action et je m'y tiens.	1	2	3	4	5

12. Il m'est difficile d'utiliser des mots pour décrire ce que j'éprouve face à la situation difficile.	1	2	3	4	5
13. Je pense au problème que lorsqu'il se présente.	1	2	3	4	5
14. Je refusé d'admettre le problème.	1	2	3	4	5
15. Il m'arrive de ressentir de l'agressivité pour autrui.	1	2	3	4	5
16. Je fais quelque chose de plus agréable.	1	2	3	4	5
17. J'analyse la situation pour mieux la comprendre.	1	2	3	4	5
18. J'éprouve le besoin de partager avec mes proches ce que je ressens intérieurement.	1	2	3	4	5
19. J'attaque le problème de front.	1	2	3	4	5
20. Je discute de problème avec mes parents ou avec d'autres adultes.	1	2	3	4	5
21. J'oublie mes problèmes en prenant des médicaments.	1	2	3	4	5
22. Je cherche des activités collectives pour me dépenser.	1	2	3	4	5
23. Je me réfugie dans l'imaginaire ou dans le rêve.	1	2	3	4	5
24. Je cherche à me donner une philosophie de la vie pour lutter contre.	1	2	3	4	5
25. Il m'arrive de ne pas faire ce que j'avais décidé.	1	2	3	4	5

26. J'apprends à vivre avec le problème.	1	2	3	4	5
27. Je contrôle mes émotions.	1	2	3	4	5
28. Je change la façon de me comporter.	1	2	3	4	5
29. Je sais ce que j'ai à faire, aussi je redouble d'efforts pour y'arriver.	1	2	3	4	5
30. J'arrive à ne rien ressentir quand les difficultés interviennent.	1	2	3	4	5
31. Je résiste au désir d'agir jusqu'à ce que la situation me le permette.	1	2	3	4	5
32. J'agis comme si le problème n'existait pas.	1	2	3	4	5
33. Je me sens coupable.	1	2	3	4	5
34. Je vais au cinéma ou je regarde la télévision pour moins y penser	1	2	3	4	5
35. Je pense aux expériences susceptibles de m'aider pour faire face à la situation	1	2	3	4	5
36. Je cherche l'aide mes amis pour calmer mon anxiété.	1	2	3	4	5
37. Je vais directement au problème.	1	2	3	4	5
38. Je demande à des gens qui ont eu une expérience similaire ce qu'ils ont fait.	1	2	3	4	5
39. Je prends des drogues ou fume pour calmer mon angoisse.	1	2	3	4	5

40. J'aide les autres comme j'aimerais être aidé(e).	1	2	3	4	5
41. J'essaie à tout prix de penser à l'autre chose.	1	2	3	4	5
42. Je plaisante sur la situation dans laquelle je me trouve.	1	2	3	4	5
43. Je me mets en retrait par rapport aux autres.	1	2	3	4	5
44. J'accepte l'idée qu'il faut que qu'un résolve le problème.	1	2	3	4	5
45. Je garde pour moi mes sentiments	1	2	3	4	5
46. Je modifie mes Actions en fonctions du problème.	1	2	3	4	5
47. Je me donne des objectifs à atteindre.	1	2	3	4	5
48. Mes émotions disparaissent aussi vite qu'elles sont apparues.	1	2	3	4	5
49. Je me retiens d'agir trop rapidement.	1	2	3	4	5
50. Je me dis que ce problème n'est pas important	1	2	3	4	5
51. Je suis envahi(e) par mes émotions.	1	2	3	4	5
52. Je me tourne vers d'autres activités pour me distraire.	1	2	3	4	5
53. Je réfléchis aux stratégies que je pourrais employer pour mieux résoudre mon problème.	1	2	3	4	5
54. Je cherche la sympathie, les encouragements des autres.	1	2	3	4	5

La feuille de dépouillement N°1

Items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18			
Scores																					
Items	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36			
Score																					
Items	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54			
Score																					
	A	H	O	B	I	P	C	J	Q	D	K	R	E	L	M	F	G	N	Total	T globale	
Action		■	■		■	■		■	■		■	■		■	■		■	■			
Information	■		■	■		■	■		■	■		■	■		■	■		■	■		
Emotion	■	■		■	■		■	■		■	■		■	■		■	■				
Positif			■		■	■	■			■		■	■	■	■						

Répartition des items

La feuille dépouillement N°2

ACTION						INFORMATION						EMOTION					
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R
1	4	7	10	13	16	17	2	5	8	11	14	15	18	3	6	9	12
19	22	25	28	31	34	35	20	24	26	29	32	33	36	21	24	27	30
37	40	43	46	49	52	53	38	41	44	47	50	51	54	39	42	45	48

ANNEXES N°08

L'échelle de toulousaine de coping de cas Mr (Nassim)

Pas de tous		Très souvent			
1. Je face à la situation.	1	2	3	4	✓ 5
2. Je demande des conseils à des professionnels (professeur, médecins,...).	1	2	3	4	✓ 5
3. J'essaye de me sentir mieux en mangeant.	✓ 1	2	3	4	5
4. Je travaille en coopération avec d'autre pour me mobiliser.	1	2	✓ 3	4	5
5. J'essaye de ne pas penser au problème.	1	2	3	4	✓ 5
6. Je demande à dieu de m'aider.	1	2	3	4	✓ 5
7. J'éviter de rencontrer des gens.	✓ 1	2	3	4	5
8. J'accepte le problème s'il est inévitable.	1	2	3	✓ 4	5
9. J'essaye de ne pas paniquer.	1	2	3	4	✓ 5
10. Je change ma façon de vivre	✓ 1	2	3	4	5
11. Je fais un plan d'action et je m'y tiens.	1	2	3	4	✓ 5
12. Il m'est difficile d'utiliser des mots pour décrire ce que j'éprouve face à la situation difficile.	1	2	✓ 3	4	5
13. Je pense au problème que lorsqu'il se présente.	1	2	3	4	✓ 5
14. Je refusé d'admettre le problème.	✓ 1	2	3	4	5
15. Il m'arrive de ressentir de l'agressivité pour autrui.	1	2	3	4	✓ 5

16. Je fais quelque chose de plus agréable.	1	2	3	4	5
17. J'analyse la situation pour mieux la comprendre.	1	2	3	4	✓ 5
18. J'éprouve le besoin de partager avec mes proches ce que je ressens intérieurement.	1	2	3	✓ 4	5
19. J'attaque le problème de front.	1	2	3	4	✓ 5
20. Je discute de problème avec mes parents ou avec d'autres adultes.	1	2	3	4	✓ 5
21. J'oublie mes problèmes en prenant des médicaments.	✓ 1	2	3	4	5
22. Je cherche des activités collectives pour me dépenser.	1	2	3	4	✓ 5
23. Je me réfugie dans l'imaginaire ou dans le rêve.	✓ 1	2	3	4	5
24. Je cherche à me donner une philosophie de la vie pour lutter contre.	✓ 1	2	3	4	5
25. Il m'arrive de ne pas faire ce que j'avais décidé.	1	2	✓ 3	4	5
26. J'apprends à vivre avec le problème.	1	2	✓ 3	4	5
27. Je contrôle mes émotions.	1	2	3	4	✓ 5
28. Je change la façon de me comporter.	1	2	3	4	✓ 5
29. Je sais ce que j'ai à faire, aussi je redouble d'efforts pour y'arriver.	1	2	3	4	✓ 5
30. J'arrive à ne rien ressentir quand les difficultés interviennent.	1	2	3	4	✓ 5

31. Je résiste au désir d'agir jusqu'à ce que la situation me le permette.	1	2	3	4	✓ 5
32. J'agis comme si le problème n'existait pas.	1	2	3	4	✓ 5
33. Je me sens coupable.	1	✓ 2	3	4	5
34. Je vais au cinéma ou je regarde la télévision pour moins y penser	1	2	3	✓ 4	5
35. Je pense aux expériences susceptibles de m'aider pour faire face à la situation	1	2	3	4	✓ 5
36. Je cherche l'aide mes amis pour calmer mon anxiété.	1	2	3	✓ 4	5
37. Je vais directement au problème.	1	2	3	4	✓ 5
38. Je demande à des gens qui ont eu une expérience similaire ce qu'ils ont fait.	1	2	3	4	✓ 5
39. Je prends des drogues ou fume pour calmer mon angoisse.	✓ 1	2	3	4	5
40. J'aide les autres comme j'aimerais être aidé(e).	1	2	3	4	✓ 5
41. J'essaie à tout prix de penser à l'autre chose.	1	2	3	4	✓ 5
42. Je plaisante sur la situation dans laquelle je me trouve.	1	2	3	4	✓ 5
43. Je me mets en retrait par rapport aux autres.	✓ 1	2	3	4	5
44. J'accepte l'idée qu'il faut que résolve le problème.	1	2	3	✓ 4	5
45. Je garde pour moi mes sentiments.	1	2	3	4	✓ 5

46. Je modifie mes actions en fonction du problème.	1	2	3	4	✓ 5
47. Je me donne des objectifs à atteindre.	1	2	3	4	✓ 5
48. Mes émotions disparaissent aussi vite qu'elles sont apparues.	1	2	✓ 3	4	5
49. Je me retiens d'agir trop rapidement.	1	2	3	4	✓ 5
50. Je me dis que ce problème n'est pas important	1	2	3	✓ 4	5
51. Je suis envahi(e) par mes émotions.	1	2	3	✓ 4	5
52. Je me tourne vers d'autres activités pour me distraire.	1	2	3	4	✓ 5
53. Je réfléchis aux stratégies que je pourrais employer pour mieux résoudre mon problème.	1	2	3	4	✓ 5
54. Je cherche la sympathie, les encouragements des autres.	1	2	3	4	✓ 5

Les tableaux des réponses des cas sur les échelles :

ANNEXES N°03 : L'échelle de stress perçu de (Cohen et Williamson, 1988).

Cas n°2 : Mme sabrina

Au cours de dernier moins :

1...combien de fois avez-vous été dérangé(e) un évènement inattendu ?				✓	
2...combien de fois vous a –t-il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ?				✓	
3...combien de fois vous êtes-vous senti(e) nerveux (se) ou stressé(é) ?				✓	
4...combien de fois vous êtes-vous senti(e) confiant(e) à prendre en main vos problèmes personnels ?				✓	
5...combien de fois avez-vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez ?			✓		
6...combien de fois avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire ?			✓		

7...combien de fois avez-vous été capable de maîtrisé votre énervement ?			✓		
8...combien de fois avez-vous senti que vous dominiez la situation ?				✓	
9...combien de fois vous-êtes-vous senti(e) irrité(e) parce que les évènements échappaient à votre contrôle ?			✓		
10...combien de fois avez-vous trouvé que la difficulté s'accumulait à un tel point que vous ne pouviez les contrôler ?		✓			
	1	2	3	4	5

(V, Langevin et all, 2011, p.101.)

La consigne : Divers questions vont vous être posées, ci-après. Elles concernent vos sensations et vos pensées pendant le mois qui vient de s'écouler. A chaque fois nous vous demandons d'indiquer comment vous vous êtes senti (e) le mois dernier. N'oubliez pas de comporter le nombre de fois où vous vous êtes senti (e) ainsi, mais indiquez plutôt la réponse qui vous paraît proche de la réalité. Notez que ce questionnaire concerne tous vos domaines de vie (travail, vie relationnelles, loisirs... etc.), parmi les cinq choix proposés : jamais/ rarement/ parfois/ assez souvent/ très souvent.

Annexes N° 04 : L'échelle Toulousaine de coping de Sylvie Esparbes, Flovence Sordes-Ader et Pierre Tap (1993)

Consigne : Lorsque vous affrontez à une situation difficile, vous réagissez de façon variable.

Après avoir choisi une situation difficile que vous viviez actuellement ou non, pour laquelle vous vous sentez tout à fait concerner et qui est très angoissante, stressante, vous préciserez votre façon de réagir face à cette situation stressante.

Inscrivez la situation difficile que vous avez choisissiez dans la première ligne.

Pour chacune des affirmations entourez le chiffre qui vous correspond le mieux.

Vous trouverez 5 chiffres qui indiquent dans quelle mesure vous utilisez l'affirmation proposée : de 1(pas de tout) à 5(très souvent). Vous essayez de répondre à toutes les affirmations si c'est possible.

	Pas de tous		Très souvent		
1. Je me face à la situation.	1	2	3	✓ 4	5
2. Je demande des conseils à des professionnels (professeur, médecins.....).	1	2	3	✓ 4	5

3. J'essaye de me sentir mieux au mangeant.	✓ 1	2	3	4	5
4. Je travaille en coopération avec d'autre pour me mobiliser.	1	2	3	4	✓ 5
5. J'essaye de ne pas penser au problème.	1	2	✓ 3	4	5
6. je demande à dieu de m'aider.	1	2	3	4	✓ 5
7. J'éviter de rencontrer des gens.	1	2	✓ 3	4	5
8. J'accepte le problème s'il est inévitable.	1	2	✓ 3	4	5
9. J'essaye de ne pas paniquer.	1	2	3	✓ 4	5
10. Je change ma façon de vivre	1	2	3	✓ 4	5
11. Je fais un plan d'action et je m'y tiens.	1	2	✓ 3	4	5
12. Il m'est difficile d'utiliser des mots pour décrire ce que j'éprouve face à la situation difficile.	1	2	3	4	✓ 5
13. Je pense au problème que lorsqu'il se présente.	1	2	3	✓ 4	5
14. Je refusé d'admettre le problème.	1	✓ 2	3	4	5
15. Il m'arrive de ressentir de l'agressivité pour autrui.	1	2	✓ 3	4	5
16. Je fais quelque chose de plus agréable.	1	2	3	4	✓ 5
17. J'analyse la situation pour mieux la comprendre.	1	2	3	4	✓ 5

18. J'éprouve le besoin de partager avec mes proches ce que je ressens intérieurement.	✓ 1	2	3	4	5
19. J'attaque le problème de front.	1	2	✓ 3	4	5
20. Je discute de problème avec mes parents ou avec d'autres adultes.	1	2	✓ 3	4	5
21. J'oublie mes problèmes en prenant des médicaments.	✓ 1	2	3	4	5
22. Je cherche des activités collectives pour me dépenser.	1	2	✓ 3	4	5
23. Je me réfugie dans l'imaginaire ou dans le rêve.	1	2	3	✓ 4	5
24. Je cherche à me donner une philosophie de la vie pour lutter contre.	1	2	3	✓ 4	5
25. Il m'arrive de ne pas faire ce que j'avais décidé.	1	2	3	✓ 4	5
26. J'apprends à vivre avec le problème.	1	2	✓ 3	4	5
27. Je contrôle mes émotions.	1	2	✓ 3	4	5
28. Je change la façon de me comporter.	1	2	✓ 3	4	5
29. Je sais ce que j'ai à faire, aussi je redouble d'efforts pour y'arriver.	1	2	3	✓ 4	5
30. J'arrive à ne rien ressentir quand les difficultés interviennent.	✓ 1	2	3	4	5

31. Je résiste au désir d'agir jusqu'à ce que la situation me le permette.	1	2	3	✓ 4	5
32. J'agis comme si le problème n'existait pas.	1	2	3	✓ 4	5
33. Je me sens coupable.	1	2	✓ 3	4	5
34. Je vais au cinéma ou je regarde la télévision pour moins y penser	1	2	✓ 3	4	5
35. Je pense aux expériences susceptibles de m'aider pour faire face à la situation	1	2	3	✓ 4	5
36. Je cherche l'aide mes amis pour calmer mon anxiété.	1	2	✓ 3	4	5
37. Je vais directement au problème.	1	2	✓ 3	4	5
38. Je demande à des gens qui ont eu une expérience similaire ce qu'ils ont fait.	1	2	✓ 3	4	5
39. Je prends des drogues ou fume pour calmer mon angoisse.	1	✓ 2	3	4	5
40. J'aide les autres comme j'aimerais être aidé(e).	1	2	3	4	✓ 5
41. J'essaie à tout prix de penser à l'autre chose.	1	2	3	✓ 4	5
42. Je plaisante sur la situation dans laquelle je me trouve.	✓ 1	2	3	4	5

43. Je me mets en retrait par rapport aux autres.	1	2	✓ 3	4	5
44. J'accepte l'idée 'il faut qu' résolve le que problème.	1	2	✓ 3	4	5
45. Je garde pour moi mes sentiments	1	2	✓ 3	4	5
46. Je modifie mes Actions en fonctions du problème.	1	2	3	✓ 4	5
47. Je me donne des objectifs à atteindre.	1	2	3	✓ 4	5
48. Mes émotions disparaissent aussi vite qu'elles sont apparues.	1	2	✓ 3	4	5
49. Je me retiens d'agir trop rapidement.	1	2	✓ 3	4	5
50. Je me dis que ce problème n'est pas important	✓ 1	2	3	4	5
51. Je suis envahi(e) par mes émotions.	1	2	✓ 3	4	5
52. Je me tourne vers d'autres activités pour me distraire.	1	2	3	✓ 4	5
53. Je réfléchis aux stratégies que je pourrais employer pour mieux résoudre mon problème.	1	2	3	✓ 4	5
54. Je cherche la sympathie, les encouragements des autres.	1	2	3	✓ 4	5

ANNEXES N°05 :

Cas n°1 : Mme Linda

La consigne : Divers questions vont vous être posées, ci-après. Elles concernent vos sensations et vos pensées pendant le mois qui vient de s'écouler. A chaque fois nous vous demandons d'indiquer comment vous vous êtes senti (e) le mois dernier. N'oubliez pas de comporter le nombre de fois où vous vous êtes senti (e) ainsi, mais indiquez plutôt la réponse qui vous paraît proche de la réalité. Notez que ce questionnaire concerne tous vos domaines de vie (travail, vie relationnelles, loisirs... etc.), parmi les cinq choix proposés : jamais/ rarement/ parfois/ assez souvent/ très souvent.

Au cours de dernier mois :

1...combien de fois avez-vous été dérangé(e) un évènement inattendu ?		✓			
2...combien de fois vous a-t-il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ?				✓	
3...combien de fois vous êtes-vous senti(e) nerveux (se) ou stressé(é) ?		✓			
4...combien de fois vous êtes-vous senti(e) confiant(e) à prendre en main vos problèmes personnels ?			✓		

5...combien de fois avez-vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez ?				✓	
6...combien de fois avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire ?			✓		
7...combien de fois avez-vous été capable de maîtrisé votre énervement ?					✓
8...combien de fois avez-vous senti que vous dominiez la situation ?			✓		
9...combien de fois vous-êtes-vous senti(e) irrité(e) parce que les évènements échappaient à votre contrôle ?		✓			
10...combien de fois avez-vous trouvé que la difficulté s'accumulait à un tel point que vous ne pouviez les contrôler ?	✓				
	1	2	3	4	5

Annexes N° 06 :

L'échelle Toulousaine de coping de Sylvie Esparbes, Flovence Sordes-Ader et Pierre Tap (1993)

Consigne : Lorsque vous affrontez à une situation difficile, vous réagissez de façon variable.

Après avoir choisi une situation difficile que vous viviez actuellement ou non, pour laquelle vous vous sentez tout à fait concerner et qui est très angoissante, stressante, vous préciserez votre façon de réagir face à cette situation stressante.

Inscrivez la situation difficile que vous avez choisissiez dans la première ligne.

Pour chacune des affirmations entourez le chiffre qui vous correspond le mieux.

Vous trouverez 5 chiffres qui indiquent dans quelle mesure vous utilisez l'affirmation proposée : de 1(pas de tout) à 5(très souvent). Vous essayez de répondre à toutes les affirmations si c'est possible.

	Pas de tous		Très souvent		
1. Je me face à la situation.	1	2	3	✓ 4	5
2. Je demande des conseils à des professionnels (professeur, médecins.....).	1	2	3	✓ 4	5
3. J'essaye de me sentir mieux au mangeant.	✓ 1	2	3	4	5
4. Je travaille en coopération avec d'autre pour me mobiliser.	1	2	3	4	✓ 5
5. J'essaye de ne pas penser au problème.	1	2	✓ 3	4	5
6. je demande à dieu de m'aider.	1	2	3	4	✓ 5
7. J'éviter de rencontrer des gens.	1	2	✓ 3	4	5
8. J'accepte le problème s'il est inévitable.	1	2	✓ 3	4	5
9. J'essaye de ne pas paniquer.	1	2	3	✓ 4	5

10. Je change ma façon de vivre	1	2	3	✓ 4	5
11. Je fais un plan d'action et je m'y tiens.	1	2	✓ 3	4	5
12. Il m'est difficile d'utiliser des mots pour décrire ce que j'éprouve face à la situation difficile.	1	2	3	4	✓ 5
13. Je pense au problème que lorsqu'il se présente.	1	2	3	✓ 4	5
14. Je refusé d'admettre le problème.	1	✓ 2	3	4	5
15. Il m'arrive de ressentir de l'agressivité pour autrui.	1	2	✓ 3	4	5
16. Je fais quelque chose de plus agréable.	1	2	3	4	✓ 5
17. J'analyse la situation pour mieux la comprendre.	1	2	3	4	✓ 5
18. J'éprouve le besoin de partager avec mes proches ce que je ressens intérieurement.	✓ 1	2	3	4	5
19. J'attaque le problème de front.	1	2	✓ 3	4	5
20. Je discute de problème avec mes parents ou avec d'autres adultes.	1	2	✓ 3	4	5
21. J'oublie mes problèmes en prenant des médicaments.	✓ 1	2	3	4	5
22. Je cherche des activités collectives pour me dépenser.	1	2	✓ 3	4	5

23. Je me réfugie dans l'imaginaire ou dans le rêve.	1	2	3	✓ 4	5
24. Je cherche à me donner une philosophie de la vie pour lutter contre.	1	2	3	✓ 4	5
25. Il m'arrive de ne pas faire ce que j'avais décidé.	1	2	3	✓ 4	5
26. J'apprends à vivre avec le problème.	1	2	✓ 3	4	5
27. Je contrôle mes émotions.	1	2	✓ 3	4	5
28. Je change la façon de me comporter.	1	2	✓ 3	4	5
29. Je sais ce que j'ai à faire, aussi je redouble d'efforts pour y'arriver.	1	2	3	✓ 4	5
30. J'arrive à ne rien ressentir quand les difficultés interviennent.	✓ 1	2	3	4	5
31. Je résiste au désir d'agir jusqu'à ce que la situation me le permette.	1	2	3	✓ 4	5
32. J'agis comme si le problème n'existait pas.	1	2	3	✓ 4	5
33. Je me sens coupable.	1	2	✓ 3	4	5
34. Je vais au cinéma ou je regarde la télévision pour moins y penser	1	2	✓ 3	4	5
35. Je pense aux expériences susceptibles de m'aider pour faire face à la situation	1	2	3	✓ 4	5

36. Je cherche l'aide mes amis pour calmer mon anxiété.	1	2	✓ 3	4	5
37. Je vais directement au problème.	1	2	✓ 3	4	5
38. Je demande à des gens qui ont eu une expérience similaire ce qu'ils ont fait.	1	2	✓ 3	4	5
39. Je prends des drogues ou fume pour calmer mon angoisse.	1	✓ 2	3	4	5
40. J'aide les autres comme j'aimerais être aidé(e).	1	2	3	4	✓ 5
41. J'essaie à tout prix de penser à l'autre chose.	1	2	3	✓ 4	5
42. Je plaisante sur la situation dans laquelle je me trouve.	✓ 1	2	3	4	5
43. Je me mets en retrait par rapport aux autres.	1	2	✓ 3	4	5
44. J'accepte l'idée 'il faut que qu' résolve le problème.	1	2	✓ 3	4	5
45. Je garde pour moi mes sentiments	1	2	✓ 3	4	5
46. Je modifie mes Actions en fonctions du problème.	1	2	3	✓ 4	5
47. Je me donne des objectifs à atteindre.	1	2	3	✓ 4	5

48. Mes émotions disparaissent aussi vite qu'elles sont apparues.	1	2	✓ 3	4	5
49. Je me retiens d'agir trop rapidement.	1	2	✓ 3	4	5
50. Je me dis que ce problème n'est pas important	✓ 1	2	3	4	5
51. Je suis envahi(e) par mes émotions.	1	2	✓ 3	4	5
52. Je me tourne vers d'autres activités pour me distraire.	1	2	3	✓ 4	5
53. Je réfléchis aux stratégies que je pourrais employer pour mieux résoudre mon problème.	1	2	3	✓ 4	5
54. Je cherche la sympathie, les encouragements des autres.	1	2	3	✓ 4	5

ANNEXES N°07 :

Cas n°3 : Mr Nassim

L'échelle de stress perçu de (Cohen et Williamson, 1988).

1...combien de fois avez-vous été dérangé(e) un évènement inattendu ?			X		
2...combien de fois vous a –t-il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ?			X		
3...combien de fois vous êtes-vous senti(e) nerveux (se) ou stressé(é) ?				X	
4...combien de fois vous êtes-vous senti(e) confiant(e) à prendre en main vos problèmes personnels ?		X			
5...combien de fois avez-vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez ?			X		
6...combien de fois avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire ?					X
7...combien de fois avez-vous été capable de maîtrisé votre énervement ?			X		
8...combien de fois avez-vous senti que vous dominiez la situation ?				X	
9...combien de fois vous-êtes-vous senti(e) irrité(e) parce que les évènements échappaient à votre contrôle ?		X			
10...combien de fois avez-vous trouvé que la difficulté s'accumulait à un tel point que vous ne pouviez les contrôler ?	X				
	1	2	3	4	5

Table des Matières

Remerciements

dédicaces

Liste des Abréviations

Liste des Figures

Liste des tableaux

Sommaire

Introduction générale	1
La problématique	5

Partie théorique

Chapitre I : le personnel médical

Préambule	10
1-L'histoire de la médecine	10
2. Le personnel médical.....	12
2.1. Définition	12
2.2. De quoi le personnel médical est composé ?	13
2.3. Les tâches principales du personnel médical	13
3. L'importance du métier de médecin	14
4. Le rôle de médecin	14
4.1. La consultation	15
4.1.1. Les étapes de la consultation.....	15
4.2. Des examens générales	16
4.3. Des examens complémentaires intéressants	17
4.4. Les missions principales du médecin	17
5. La notion de compétences cliniques	18
5.1. Quelles sont ces compétences cliniques ?	18
5.1.1. Les tâches à effectuer qu'ils identifient sont	18
6. Les conditions de la prise en charge hospitalière	19
6.1.La prise en charge médicale des patients	19
6.1.1. Les critères d'une bonne prise en charge médicale	19
6.2.La qualité des soins	20
6.2.1. Définition	20
6.2.2. L'amélioration de la qualité des soins	20
6.3.Le but de la qualité des soins	21
6.4. Les dimensions de la qualité des soins	21
7. L'équipe médicale et l'organisation de la prise en charge	22
7.1. L'équipe	22
7.2. Le pôle	23

7.3. Le territoire	23
8. Hygiène hospitalière	23
8.1. Le corps médical	23
8.1.1. Hygiène des mains	23
8.1.2. Tenue vestimentaire	24
8.2. Le malade	24
8.2.1. Hygiène alimentaire	24
8.2.2. Hygiène de l'environnement	24
Conclusion du chapitre.	25

Chapitre II : le stress chez le personnel médical

Section 1 : le stress	26
Préambule	26
I. Le stress.	26
1 :L'origine du stress	26
2. Définition du stress	27
3. Les symptômes physiques et psychiques du stress	28
3.1. Troubles psychosomatiques.....	28
3.2. Troubles physiques.....	29
3.3. Troubles psychiques.....	29
4. Les causes du stress	29
4.1. Les causes biologiques	29
4.2. Les causes socio-culturelles	30
4.3. Les causes psycho-dynamiques	30
4.4. Les causes rationnelles	30
4.5. Les causes du stress au quotidien	30
5. Les différents syndromes du stress	31
5.1.Le syndrome du stress aigu.	31
5.2.Le syndrome du stress post-traumatique.	31
5.3. Le syndrome du stress chronique.	32
6. Les trois phases de la réaction de gestion du stress	32
6.1. Réaction d'alarme	32
6.2. Phase de résistance	32
6.3. Phase d'épuisement	32
7. Les conséquences de stress	33
7.1 : Les conséquences physiologiques de stress.	33
7.2 .Les conséquences psychologiques du stress.	34
8.Quelques échelles d'évaluation du stress	34
Section 2 : Le stress professionnel	36
1-La définition de stress professionnel	36

2. Le stress professionnel et quelques concepts connexes.	37
3. Les symptômes du stress professionnel.	38
3.1. La dépression	38
3.2. L'anxiété	38
3.3. L'angoisse	38
4. les facteurs du stress professionnel	39
4.1. Les facteurs liés à la surcharge et conditions de travail	39
4.2. Les facteurs liés à l'ambiguïté des rôles et conflit de rôle	39
4.3. La responsabilité	39
5. Les théories du stress professionnel	40
5.1 : L'approche interactionniste.	40
5.2. L'approche transactionnelle	40
6. causes du stress au milieu de travail	41
7. Les effets du stress au milieu du travail	45
7.1. Effets émotionnels et psychologiques du stress.....	45
7.2. Effets comportementaux.....	45
7.3. Effets cognitifs du stress.....	45
8. Les types de prévention du stress professionnel	46
9. La prise en charge du stress professionnel	46
9.1. Le traitement médicamenteux.....	46
9.2. Le traitement psychologique	48
Conclusion du chapitre	48

Chapitre III : les stratégies de coping

Préambule	49
1. Historique du coping	49
2. Définition des concepts	50
2. 1. Stratégie	50
2. 2. Coping	50
2.3. Les stratégies de coping	50
3. Le coping et quelques concepts connexes	51
3.1. La défense	51
3.2. L'adaptation	51
3.3. L'ajustement	52
4. Les différents modèles de coping	52
4.1. Les stress, les ressources et la dépression	52
5. Les facteurs psychologiques modulant la réponse de stress	53
5.1. Le contrôle	53
5.2. Le feed-back	53
5.3. La prédiction	53

6. les déterminants du coping	54
6.1. Les déterminants dispositionnels du coping	54
6.1.1. Les déterminants cognitifs	54
6.1.2. Les déterminants conatifs	54
6.2. Les déterminants situationnels du coping	55
6.3. Les déterminants transactionnels du coping	55
7. Les différents types de stratégies de coping	55
7.1. Le coping centré sur le problème	56
7.2. Le coping centré sur l'émotion	56
7.3. La recherche de soutien social	56
8. L'efficacité des stratégies de coping	57
9. les sources de coping	57
9.1. Le sexe	57
9.2. La religion	58
9.3. Le sport	58
10. Les stratégies du coping face au stress	58
Conclusion du chapitre	59

Partie Pratique

Chapitre IV : méthodologie de la recherche

La Préambule	61
1. Les définitions et l'opérationnalisation des concepts clés de la recherche	61
1.1. La définition de personnel médical	61
1.2. Le stress	61
1.2.1. Définition	61
1.2.2. Définition et opérationnalisation	61
1.3. La définition du concept de stress professionnel	62
1.4. La définition du concept de stratégie de coping	63
1.4.1. La définition	63
1.4. 2. Définition et opérationnalisation	63
2. Les motifs du choix du thème	64
3. Les objectifs de notre recherche	64
4. La méthode utilisée	64
5. La pré-enquête	67
6. La présentation du lieu de recherche	68
1. Présentation De L'organisme D'accueil	68
2. Historique	68
3. Situation Géographique	69
4. Missions	70
8. La présentation de groupe de recherche	71

8.1. Les critères de sélection	71
8.1.1.L'entretien clinique de recherche.....	73
8.1.2 Le guide d'entretien.....	74
8.2. Présentation et analyse de l'échelle de Cohen et Williamson, 1988 ou PSS4 : Perceived Stress Scale4.....	75
8.2.1. Analyse de l'échelle de stress perçu.....	76
8.3. Présentation et analyse de l'échelle Toulousaine de coping de Sylvie Esparbes, Florence, Sordes-Ader et Pierre Tap(1993)	77
8.3.1.Définition de l'échelle Toulousaine de coping.....	77
8.3.2.Historique du test.....	78
8.4. La construction.....	79
8.4.1. Le contenu.....	80
8.5. Présentation des stratégies.....	80
8.5.1.La focalisation active et cognitive	80
8.5.2.Le support social	80
8.5.3.Le retrait	80
8.5.4.La conversion	80
8.5.5.Le contrôle	80
8.5.6.Le refus	80
8.6. Administration et notation.....	81
8.6.1. Administration.....	81
8.6.2 Notation.....	81
9. Le déroulement de l'enquête.....	82
9.1. La passation de l'entretien.....	83
9.2. La passation des échelles.....	83
10.Les difficultés de la recherche.....	83
Conclusion du chapitre.....	84
Chapitre V : présentation, Analyse et discussion des résultats	
Préambule.....	85
1. Présentation et analyse des Cas.....	85
1.1.1. Synthèse de l'analyse de l'entretien clinique semi directif du Cas de Mme Sabrina.....	87
1.3.Données et Analyses de l'échelle toulousaine de coping du Cas de Mme sabrina.....	89
1.3.1. Données et analyses de la feuille de dépouillement n°1 du Cas de Mme sabrina....	89
1.3.2. Données et analyse de la feuille de dépouillement n°2 du sabrina	90
1.3.3. Synthèse de l'échelle toulousaine de coping du cas de Mme sabrina.....	91
1.4. Conclusion de neuvième cas de Mme sabrina	91
1.1. <i>Présentation</i> et analyse des données de l'entretien clinique semi-directif.....	92
1.1.1. Synthèse de l'analyse de l'entretien clinique semi directif.....	94

1.1. Présentation et analyse des données de l'entretien clinique semi-directif du cas de Nassim	97
1.1.1. Synthèse de l'analyse de l'entretien clinique semi directif du Cas nassim.....	101
1.2. Analyse de l'échelle de stress perçu du Cas de Mr nassim.....	101
3. Analyses de l'échelle toulousaine de coping du Cas nassim.....	102
1.3.1. Données et analyses de la feuille de dépouillement n°1 du.....	102
1.3.2. Données et analyse de la feuille de dépouillement n°2 du cas de Mr nassim.....	103
1.4. Conclusion de troisième cas de Mr nassim	104
2. Discussion des hypothèses.....	106
1. Les personnels médicaux présentent un de stress au travail et il est avec un degré élevé...	106
2.1. La première hypothèse : « Les personnels médicaux présentent un niveau de stress au travail élevé ».	106
2.2. La deuxième hypothèse :.	107
Conclusion du chapitre.....	109
Conclusion Générale.....	111
Liste bibliographique	

Résumé

Notre recherche aborde la question du « *les stratégies de coping chez le personnel médical* ». Notre objectif de recherche est de connaître le degré de stress perçu chez nos sujets de recherche et de connaître les stratégies de coping utilisées par ses sujets afin de faire face à leurs stress au travail en tant que processus complexe qui traduit l'interaction entre l'individu et son environnement.

Afin de réaliser cette recherche, nous avons choisi comme terrain d'étude L'EPSP d'EL-KSEUR, dans laquelle nous avons opté l'étude de cas armée de trois outils de recherche, l'entretien clinique semi-directif et les deux échelles : celle de stress perçu de Cohen et Williamson (1988) et celle du Toulousaine de coping de Sylvie Esparbes, Flovence Sordes-Ader et Pierre Tap (1993).

Notre présente étude a conclu la présence d'un stress professionnel avec un degré élevé chez la plupart de nos cas, et pour faire face à leur stress au travail, ils utilisent toutes les stratégies de coping centré soit sur la recherche de soutien social, soit sur l'émotion ou le problème. Ce qui nous amène à déduire qu'il existe un lien entre le stress et les stratégies de coping. Donc nos deux hypothèses de recherche sont confirmées.

Mots clés : le stress professionnel, les stratégies de coping, personnel médical, l'environnement, travail, l'approche transactionnelle, l'entretien clinique semi-directif de recherche, l'échelle de stress perçu, l'échelle de toulousaine du coping, Coping centré sur l'émotion, coping centré sur le soutien social, coping centré sur le problème.

Abstract

Our research addresses the question of "coping strategies among medical personnel".

Our research objective is to know the degree of stress perceived in our research subjects and to know the coping strategies used by his subjects in order to cope with their stress at work as a complex process which reflects the interaction between the individual and his environment.

In order to carry out this research, we chose EL-KSEUR's EPSP as our field of study, in which we opted for the case study armed with three research tools, the semi-structured clinical interview and the two scales: that of perceived stress by Cohen and Williamson (1988) and that of Toulousaine de coping by Sylvie Esparbes, Flovence Sordes-Ader and Pierre Tap (1993).

Our present study concluded the presence of professional stress with a high degree in most of our cases, and to cope with their stress at work, they use all coping strategies centered either on seeking social support or about the emotion or the problem. Which leads us to infer that there is a link between stress and coping strategies. So our two research hypotheses are confirmed.

Keywords: professional stress, coping strategies, medical personnel, environment, work, transactional approach, semi-structured clinical research interview, perceived stress scale, Toulouse coping scale , Emotion-centered coping, social support-centered coping, problem-centered coping.