



**Université Abderrahmane Mira de Bejaia**  
**Faculté des Sciences Humaines et Sociales**  
**Département des Sciences Sociales**

*Mémoire de fin de cycle en vue de l'obtention du  
Diplôme de master en psychologie*

*Option : Psychologie clinique*

**Thème**

**La pénibilité au travail : la souffrance psychologique des  
psychologues cliniciens du secteur public.**

**Réalisé par :**

BENIKHLEF Hachem

**Encadré par :**

M<sup>me</sup> BENAMSILI Lamia

**Année Universitaire : 2019/2020**

## **Remerciements**

*Avant tout, je remercie Dieu, de m'avoir accordé la force, la santé, la Volonté et tous les moyens afin d'accomplir ce modeste travail.*

*Je tiens à remercier ma promotrice de mémoire Mme BENAMSILI Lamia d'avoir accepté de m'encadrer et de m'avoir conseillés judicieusement, orienté, encouragé, de m'apporter son attention et sa patience tout au long de ce travail.*

*Je tiens à remercier les membres du jury de me faire l'honneur d'évaluer ce travail et d'y apporter leurs avis éclairés.*

*Je remercie également tous les enseignants du département des sciences sociales en particuliers les enseignants de psychologie clinique.*

*Je tiens à remercier aussi tous les psychologues cliniciens de la wilaya de Bejaia qui travaillent dans le secteur public.*

*Je tiens à remercier infiniment tous le personnel des trois établissements où j'ai effectué ma recherche à savoir l'EPH d'Amizour, le CHU de Bejaia et l'EPSP de Bejaia.*

*Un grand merci à tous mes sujets de recherche, qui m'ont donnés de leur temps, qui m'ont accordé leur consentement pour la réalisation de ce travail et qui ont fait preuve de bonne volonté car Sans eux mon travail n'aurait pas été effectué.*

*Enfin, je dirais merci à tous ceux qui ont contribués de près ou de loin à la réalisation de ce modeste travail.*

## ***Dédicaces***

*« Partout où l'homme apporte son travail, il laisse aussi quelque chose de son cœur »*

(Sienkiewicz Henryk)

*J'ai l'honneur de dédier ce modeste travail à la femme qui m'a mise au monde, ma mère. Je ne sais ce que j'aurai fait sans son soutien, son amitié, sa présence.*

*À ma grand-mère pour toutes les choses qu'elle m'a appris, mais aussi pour son honnêteté, ses conseils, son soutien.*

*À mon frère qui vit en France ainsi lui m'a souhaité aussi un bon courage et à toute ma famille.*

*À mon cousin Hafidh qui m'a encouragé d'aller jusqu'à à la fin*

*À monsieur Kasmi Abdelouahab qui m'a aidé à la construction de ce travail.*

*À Mme ADJISSA qui m'a aidé à distribuer mes outils de recherche aux psychologues cliniciens.*

*À mes amies Aicha, Islam, Zahir, Khellaf, Ziade, Youba, ...*

*Et à tous mes amies qui vivent hors du pays.*

*À tous mes camarades de la promotion 2019/2020.*

*À toute personne qui m'a aidé pour la réalisation de ce travail.*

*À toute personne que j'aime et que j'ai oublié de les citer.*

## Sommaire

<b>Introduction.....</b>	<b>01</b>
--------------------------	-----------

### **Partie théorique**

#### **Chapitre I :**

Préambule.....	07
----------------	----

##### **I- Psychologie clinique**

1- Histoire de la psychologie clinique :.....	08
2- Définition de la psychologie clinique :.....	12
3- Fonction et position de la psychologie clinique :.....	14
4- Psychologie clinique en Algérie :.....	15
5- différentes approches en psychologie clinique :.....	16
6- Méthodes, techniques et types en psychologie clinique :.....	20

##### **II- Métier du psychologue clinicien**

1- Histoire du métier du psychologue clinicien :.....	27
1-1- Histoire du métier du psychologue clinicien mondial.....	27
1-2- Histoire du métier du psychologue clinicien en Algérie.....	30
2- Définitions du métier de psychologue clinicien :.....	35
3- Code déontologique des psychologues cliniciens :.....	36
4- Principales fonctions d'un psychologue clinicien :.....	39
5- Quelques métiers du psychologue clinicien :.....	42
6- Différence entre un psychologue clinicien de secteur public et un psychologue clinicien libéral : .....	45
7-Différence entre le métier du psychologue clinicien et le métier du psychiatre :.....	47
Synthèse :.....	50

#### **Chapitre II : La souffrance psychologique des psychologues cliniciens :**

Préambule.....	53
----------------	----

##### **I. La santé et la souffrance psychologique au travail : généralités**

1. La santé :.....	54
2. La souffrance psychologique :.....	57
3- Différentes formes de la souffrance psychologique au travail : .....	61
4- Différentes pathologies de la souffrance psychologique au travail :.....	64

## **II- Détresse psychologique**

1. Définition de la détresse psychologique :.....	87
2. Théories de la détresse psychologique au travail :.....	89
3. Symptômes de la détresse psychologique :.....	92
4. Outils de mesures de la détresse psychologique :.....	92
5. Stratégie d'adaptation de la détresse psychologique :.....	93

## **III) Pénibilité au travail**

1. Aperçu historique sur la pénibilité au travail :.....	94
2. Définition de la pénibilité au travail :.....	96
3. Déterminants de la pénibilité du travail :.....	98
4. Théories explicatives de la pénibilité au travail :.....	99
5. Dimensions de la pénibilité au travail :.....	100
6. Prévention de la pénibilité au travail :.....	102
Synthèse :.....	103
<b>Problématique et hypothèses :.....</b>	<b>105</b>

## **Partie pratique**

### **Chapitre III : Méthodologie de la recherche**

Préambule.....	116
1. Limites de la recherche :.....	116
2. Méthodologie de la recherche :.....	117
3. Lieux de recherche : .....	123
4. Groupe de recherche :.....	124
5. Outils de recherche : .....	125
6. Déroulement de la recherche : .....	135
6-1- Pré-enquête :.....	135
6-1- Enquête :.....	137
7. Attitudes du chercheur :.....	138
8. Difficultés de la recherche :.....	139
Synthèse.....	140

## **Chapitre IV : Présentation et analyse des résultats et discussion des hypothèses**

Préambule.....142

### **I-Présentation et analyse des résultats**

1. Cas N° 01 : M. Nabil.....142

2. Cas N° 02 : M<sup>me</sup> Rahma.....153

3. Cas N° 03 : M<sup>lle</sup> Razika.....159

4. Cas N° 04 : M. Mahmoud.....166

5. Cas N° 05 : M<sup>me</sup> Nadjet.....172

6. Cas N° 06 : M. Bilal.....177

7. Cas N° 07 : M<sup>me</sup> Sadika.....183

8. Cas N° 08 : M<sup>me</sup> Linda.....188

9. Cas N° 09 : M<sup>me</sup> Rima.....194

### **II- Discussion des hypothèses**

Synthèse :.....211

**Conclusion** :.....215

**Liste des références** :.....219

### **Annexes**

**La liste des tableaux :**

<b>N° du tableau</b>	<b>Titre</b>	<b>Page</b>
Tableau N°1	les caractéristiques des sujets de recherche	125
Tableau N°2	résultats de M. Nabil du questionnaire de GHQ 12	146
Tableau N°3	résultats de M. Nabil à l'échelle de pénibilité au travail	149
Tableau N°4	résultats de M <sup>me</sup> Rahma du questionnaire de GHQ 12	153
Tableau N°5	résultats de M <sup>me</sup> Rahma à l'échelle de pénibilité au travail	156
Tableau N°6	résultats de M <sup>lle</sup> Razika du questionnaire GHQ 12	160
Tableau N°7	résultats de M <sup>lle</sup> Razika à l'échelle de pénibilité au travail	162
Tableau N°8	résultats de M. Mahmoud du questionnaire GHQ 12	166
Tableau N°9	Résultats de M. Mahmoud à l'échelle de pénibilité au travail	168
Tableau N°10	résultats de M <sup>me</sup> Nadjat du le questionnaire de GHQ 12	172
Tableau N°11	résultats de M <sup>me</sup> Nadjat à l'échelle de pénibilité au travail	174
Tableau N°12	résultats de M. Bilal du questionnaire GHQ 12	178
Tableau N°13	résultats de M. Bilal à l'échelle de pénibilité au travail	179
Tableau N°14	résultats de M <sup>me</sup> Sadika du questionnaire GHQ 12	183
Tableau N°15	résultats de M <sup>me</sup> Sadika à l'échelle de pénibilité au travail	185
Tableau N°16	résultats de M <sup>me</sup> Linda du questionnaire GHQ 12	188
Tableau N°17	résultats de M <sup>me</sup> Linda à l'échelle de pénibilité au travail	190
Tableau N°18	résultats de M <sup>me</sup> Rima du questionnaire GHQ 12	194
Tableau N°19	résultats de M <sup>me</sup> Rima à l'échelle de pénibilité au travail	196
Tableau N°20	tableau récapitulatif des résultats des cas du questionnaire GHQ 12	207
Tableau N°21	Tableau récapitulatif des résultats des cas à l'échelle de pénibilité au travail	208

## Liste des figures

<b>N° de la Figure</b>	<b>Titre</b>	<b>Page</b>
Figure N°1	Histogramme du questionnaire GHQ 12 de Nabil	148
Figure N°2	Histogramme de l'échelle de pénibilité au travail de Nabil	152
Figure N°3	Histogramme du questionnaire GHQ 12 de Rahma	155
Figure N°4	Histogramme à l'échelle de pénibilité au travail de Rahma	158
Figure N°5	Histogramme du questionnaire GHQ 12 de Razika	161
Figure N°6	Histogramme à l'échelle de pénibilité au travail de Razika	165
Figure N°7	Histogramme du questionnaire GHQ 12 de Mahmoud	167
Figure N°8	Histogramme à l'échelle de pénibilité au travail de Mahmoud	171
Figure N°9	Histogramme du questionnaire GHQ 12 de Nadjet	173
Figure N°10	Histogramme à l'échelle de pénibilité au travail de Nadjet	176
Figure N°11	Histogramme du questionnaire GHQ 12 de Bilal	179
Figure N°12	Histogramme à l'échelle de pénibilité au travail de Bilal	182
Figure N°13	Histogramme du questionnaire GHQ 12 de Sadika	184
Figure N°14	Histogramme à l'échelle de pénibilité au travail de Sadika	187
Figure N°15	Histogramme du questionnaire GHQ 12 de Linda	189
Figure N°16	Histogramme à l'échelle de pénibilité au travail de Linda	192
Figure N°17	Histogramme du questionnaire GHQ 12 de Rima	195
Figure N°18	Histogramme à l'échelle de pénibilité au travail de Rima	198

## Liste des annexes

<b>Annexe N°</b>	<b>Titre</b>
Annexe N°1	Guide d'entretien semi-directif
Annexe N°2	Questionnaire GHQ 12
Annexe N°3	Echelle de pénibilité au travail
Annexe N°4	Résultats du questionnaire GHQ 12 Nabil
Annexe N°5	Résultats de l'échelle de pénibilité au travail de Nabil
Annexe N°6	Résultats du questionnaire GHQ 12 Rahma
Annexe N°7	Résultats de l'échelle de pénibilité au travail de Rahma
Annexe N°8	Résultats du questionnaire GHQ 12 Razika
Annexe N°9	Résultats de l'échelle de pénibilité au travail de Razika
Annexe N°10	Résultats du questionnaire GHQ 12 Mahmoud
Annexe N°11	Résultats de l'échelle de pénibilité au travail de Mahmoud
Annexe N°12	Résultats du questionnaire GHQ 12 Nadjet
Annexe N°13	Résultats de l'échelle de pénibilité au travail de Nadjet
Annexe N°14	Résultats du questionnaire GHQ 12 Bilal
Annexe N°15	Résultats de l'échelle de pénibilité au travail de Bilal
Annexe N°16	Résultats du questionnaire GHQ 12 Sadika
Annexe N°17	Résultats de l'échelle de pénibilité au travail de Sadika
Annexe N°18	Résultats du questionnaire GHQ 12 Linda
Annexe N°19	Résultats de l'échelle de pénibilité au travail de Linda
Annexe N°20	Résultats du questionnaire GHQ 12 Rima
Annexe N°21	Résultats de l'échelle de pénibilité au travail de Rima

## **Liste des abréviations :**

**AEPU** : Association des enseignants de psychologie des universités.

**ANACT** : Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail.

**ANOP** : Association normale des organisations des psychologues.

**CHU** : Centre hospitalier universitaire.

**CIM-10** : Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10<sup>e</sup> version.

**CIM-11** : Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 11<sup>e</sup> version.

**CMP** : Centre médico-psychologique.

**DEA** : Diplôme des études appliquées.

**DSM-5**: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5<sup>e</sup> édition.

**EPH** : Etablissement public hospitalier.

**EPP** : Ecole des psychologues praticiens.

**EPSP** : Etablissement public de santé de proximité

**LMD** Licence, master et doctorat.

**OMS** : Organisation mondiale de la santé.

**SEP** : Société française de psychologie.

**SNAPSY** : Syndicat national algérien des psychologues.

**SNP** : Syndicat national des psychologues.

**TCC** : Théorie Cognitive Comportementale.

**GHQ**: General health questionnaire.

**TOC**: Trouble obsessionnel compulsif.

**USEA** : Union des sociologues et économistes algériens.

« *Le travail est l'essence de l'homme* ». Le travail occupe une place considérable dans la vie des gens. En effet, il joue un rôle important sur la santé et le bien-être des individus. Dans ce sens, nous allons présenter les différents points qui rendent le travail essentiel dans la vie des êtres humains. Premièrement, il rapporte un revenu pour l'individu. Deuxièmement, le travail permet de s'intégrer dans la vie professionnelle. Troisièmement, le travail permet d'avoir un niveau d'estime de soi élevé. Par ailleurs, le travail existe dans plusieurs secteurs, à citer le secteur de la santé, précisément la santé mentale et parmi les métiers existants dans cette dernière, citons les psychologues cliniciens et les psychiatres.

Si nous nous intéressons aux psychologues cliniciens, spécialement ceux qui travaillent dans le secteur public, ces derniers ont pour fonction d'écouter des personnes en difficultés psychologique, ils sont capable d'identifiés les différentes maladies mentales, formés à la psychopathologie, leur rôle consiste à accompagner les patients vers un mieux-être.

À partir de la revue de la littérature effectuée sur ce sujet, le métier des psychologues cliniciens du secteur public est un travail délicat et ardu. Dans cette optique, ils sont exposés à la souffrance psychologique au travail, en raison notamment de fréquentation des patients qui souffrent de tous type de trouble psychologique, ainsi que les conditions de travail qui sont défavorable pour exercer leur métier. De ce fait, cette souffrance psychologique engendre éventuellement des pathologies professionnelles qui mènent à des conséquences néfastes sur le plan psychologique et physique. Ce qui finit par des congés de maladie et l'absentéisme au travail, pour y remédier à ce problème, des chercheurs à travers le monde ont effectué des travaux dans ce sens, notamment en Algérie, nous y reviendrons avec plus de détails sur ces recherches ultérieurement.

Aujourd'hui, la pandémie du COVID-19 est en train de se propager en vitesse à travers le monde entier notamment en Algérie. De fait, le personnel de la santé en particuliers les psychologues cliniciens sont exposés à la contamination du virus. D'après le Syndicat National Algériens des psychologues cliniciens (SNAPSY) un (1) psychologue clinicien a perdu la vie de la wilaya de Biskra (Tolga) à cause de la COVID-19, 96 cas sont confirmés infecter au niveau national ils étaient dans les services d'isolement sous les soins intensifs et d'autres sont infectés mais ils n'ont pas osé le dire, par peur de la honte vis-à-vis de leur entourage et d'autres vivent quotidiennement l'inquiétude d'être infectés par ce virus.

(SNAPSY, septembre, 2020). Cela rend ces professionnels de la santé mentale vulnérable à la détresse psychologique et à la pénibilité au travail.

Ainsi, pour cerner de près notre thème de recherche qui traite « *la pénibilité au travail : la souffrance psychologique des psychologues cliniciens du secteur public* ». Pour effectuer les analyses adéquates qui répondront à nos questionnements, il nous faut une réalisation d'un stage pratique. Cependant, suite à la propagation de la pandémie de COVID-19 les stages sont interdits, malgré cette crise sanitaire on n'a pas baissé les bras et avec l'aide d'une collègue, on a pu distribuer nos outils d'investigations aux sujets de recherche qui travaillent dans trois institutions sanitaires publique à savoir : le CHU Bejaia, l'EPH d'Amizour et l'EPSP de Bejaia.

Nous avons choisi le thème de la souffrance psychologique des psychologues cliniciens, car ne nous connaissons pas assez le vécu psychologique de nos sujets de recherches exerçant ce métier. Dans notre démarche, nous avons porté un intérêt essentiel pour les psychologues cliniciens qui sont exposés à la souffrance psychologique et l'impact sur leur qualité de vie et professionnelle. Notre objectif est de décrire et comprendre la souffrance psychologique chez notre groupe de recherche travaillant dans le secteur de santé publique.

Actuellement, nous sommes des Mastérants de fin de cycle en psychologie clinique, nous ne savons pas vraiment les répercussions psychologiques sur nos cas. De ce fait, nous sommes curieux de rencontrer ces derniers dont l'objectif est de découvrir le vécu psychologique de ce métier. En effet, l'ambition d'être des futurs psychologues cliniciens praticiens, nous donne la curiosité d'explorer l'éventuel impact du métier exercé sur la psyché de ces praticiens.

Suite à la complexité du concept de la souffrance psychologique des psychologues cliniciens dans leur travail, nous avons retenu deux indicateurs permettant une opérationnalisation de ce dernier. Le premier, la détresse psychologique désigne un éventail de symptômes et d'expériences de la vie interne d'une personne qui sont communément considérés troublant, déroutant, ou hors de l'ordinaire. Le deuxième, la pénibilité au travail, indique l'exposition à un ou plusieurs facteurs de risque professionnels liés à des contraintes physiques marquées, un environnement physique agressif, etc.

Dans ce cadre, nous avons décidé de retenir pour cette recherche l'approche cognitivo-comportemental. En effet, cette approche nous a permis d'explorer la nature du vécu du métier exercé par nos sujets de recherche et de décrire leurs émotions, leurs pensées et leurs comportements vis-à-vis leur travail. Cette approche dotée d'un vocabulaire et d'une terminologie objective et scientifique nous a fourni une grille de lecture pour interpréter les résultats de notre enquête et de se rendre compte de la souffrance psychologique de ces sujets de recherches.

Après l'introduction, notre travail est divisé en deux parties principales, la partie théorique et la partie pratique.

Premièrement, la partie théorique est divisée à son tour en deux chapitres, le premier chapitre intitulé le métier du psychologue clinicien est subdivisé en deux sections. La première sur la psychologie clinique et la deuxième sur le métier du psychologue clinicien. Le deuxième chapitre porte sur la souffrance psychologique des psychologues cliniciens, on a divisé ce dernier par trois sections. La première porte sur la santé et la souffrance psychologique au travail : généralité. La deuxième section porte sur la détresse psychologique, La troisième porte sur la pénibilité au travail, suivi de notre problématique et hypothèses avec l'opérationnalisation des concepts clés.

Dans la partie pratique, nous nous sommes intéressées à la pratique de la recherche, qui se compose de deux chapitres : le premier chapitre porte sur la méthodologie que nous avons suivie tout au long de la réalisation de notre travail, à savoir : la démarche qualitative, et les trois outils d'investigation. La présentation du groupe de recherche et les lieux de recherche dans lesquels nous avons trouvé nos sujets, son déroulement, les attitudes du chercheur et en fin les difficultés qu'on a rencontré tout au long de la réalisation de notre travail. De ce fait, notre travail a lieu avec un groupe de recherche composé de neuf (09) cas, donc neuf psychologues cliniciens travaillant dans le secteur public. Pour la récolte des données auprès de nos sujets, nous avons eu recours à trois outils de recherche : l'entretien de recherche semi-directif, le questionnaire de General Health Questionnaire GHQ-12 de Goldberg (1978) qui mesure le niveau de la détresse psychologique et l'échelle de pénibilité au travail conçu par Mick Sédric Ngoulou-Kobi (2016) qui mesure le niveau de la pénibilité au travail. En dernier, nous avons consacré notre dernier chapitre à la présentation des résultats, leurs analyses et la discussion des hypothèses, en essayant d'apporter une réponse à notre problématique posée au début de notre travail pour confirmer ou infirmer nos

hypothèses, suivi d'une conclusion du mémoire, puis la liste des références établie selon les normes APA, dans sa sixième édition, et correspondant à la mises à jour de 2016 et des annexes.

# *Partie théorique*

***Chapitre I***  
***Le métier du psychologue***  
***clinicien***

Le psychologue « *C'est un gros malin, le rêve, un fin psychologue : il sait nous prendre à nos groupe sentiments comme on prend au mot un fieffé menteur, lorsque nous lui confions notre cœurs et notre esprit, il ne fausse au beau milieu d'une déroute, et nous nous retrouvons avec du vent dans la tête et un trou dans la poitrine-il ne nous reste plus que les yeux pour pleurer* ».

(Yasmina Khadra, 2008)

### **Préambule :**

Le métier du psychologue clinicien fait partie de la catégorie professionnelle de la santé publique, consiste à diagnostiquer et évaluer les troubles du comportement qui présentent des symptômes variés : mal-être, dépression, anxiété, phobie, trouble de conduite alimentaire, trouble d'adaptation familial...etc. L'intervention de psychologue clinicien nécessite des conditions spécifiques bien déterminées par le cadre tels que le lieu, la fréquence, le coût, les règles éthiques, être formé, etc. De plus, il dispose de connaissances précises en matière de fonctionnement psychique, de psychopathologie et de la relation interpersonnelles et intra personnelle.

À travers ce premier chapitre intitulé « *le métier du psychologue clinicien* », nous allons présenter l'histoire et les différentes définitions de la psychologie et la psychologie clinique, puis nous allons exposer la fonction et la position de la psychologie clinique. Ensuite, nous allons parler de la psychologie clinique en Algérie, puis nous allons évoquer les quatre approches connues en psychologie clinique, ensuite nous allons aborder les méthodes et techniques en psychologie clinique. Deuxièmement, nous allons parler sur le métier du psychologue clinicien avec un aperçu historique au niveau mondial et en Algérie, puis nous allons donner quelques définitions, ensuite le code déontologique, puis nous allons exposer les principales fonctions d'un psychologue clinicien ainsi quelques métiers du psychologue clinicien. Enfin, nous allons exposer la différence entre un psychologue clinicien de santé publique et un psychologue clinicien en libéral et la différence entre le métier du psychologue clinicien et le métier du psychiatre et nous allons terminer ce chapitre par une synthèse.

### **I- Psychologie clinique :**

La psychologie naît avec une humanité empruntée à la philosophie et une rigueur scientifique empruntée à la médecine. La première branche de la psychologie est la psychologie expérimentale qui est la plus proche de la médecine, également en psychologie clinique naît de la rencontre entre deux forces à savoir la philosophie et la médecine. Cette rencontre, elle va passer par trois étapes : début du XIX siècle avec les médecins comme Cabanis et Destutt de Teracy ; au XIX siècle avec Charcot et Janet, après la seconde guerre

mondiale, où il apparaît la notion de conflit intra psychologie avec Ey, Lagache et Boutonnier.

### 1- Histoire de la psychologie clinique :

La psychologie est considéré comme une partie de notre vie quotidienne au point qu'il est difficile de s'imaginer qu'elle est le fruit d'un long processus de confrontation d'idées, découverte scientifique, de maturation théorique. Faire un horizon de l'histoire de la psychologie, ce qui permet de cerner et de comprendre divers écoles théoriques, tendances, qui ont construit la discipline. De plus, cette histoire permet de comprendre la rapidité de la professionnalisation de la psychologie, particulièrement clinique, en Amérique, et l'importance prise par ses applications sociales.

Que les applications de la psychologie soient devenues évidentes est le signe que s'est maintenant constitué d'un corps de savoir cohérent et pertinent pour l'analyse des problèmes concrets auxquels l'homme est confronté. La constitution de ce savoir est due au va-et-vient entre les études de laboratoire et les études de terrain et à l'articulation entre les travaux théoriques et les travaux empiriques. (Raoult, 2006).

Originaire de Saxe, Gustav Theodor Fechner s'affirme très tôt comme un sujet d'exception. Hors norme. Il n'a que seize ans quand il entre à la faculté de médecine de Leipzig, et s'enthousiasme pour la science, la philosophie, la poésie. L'université allemande est alors dominée par la « *Naturphilosophie* », courant de pensée impulsé par Schelling, et qui rassemble alors tout ce qui compte de grands esprits : Goethe, Hölderlin, Novalis, Schlegel. (Marmion, 2012, p.29).

L'origine du mot « *psychologie* » est grecque : *psykhé*= âme et *logos*= science. Pendant des millénaires elle ne s'est pas distinguée de la philosophie et de la métaphysique. Elle traitait des sentiments, des passions, et de l'« éprouvé humain ». Depuis la fin du XIX siècle, elle a pris son autonomie en devenant l'étude scientifique des faits psychiques, le mot « psychique » n'ayant plus la connotation religieuse d'« âme », mais recouvrant des domaines aussi vaste que l'intelligence, l'affectivité, les relations du corps et de l'esprit, le comportement individuel et social, celui du comportement animal et même linguistique. La psychologie s'est voulu une science ; nous disons maintenant « science sociale », lorsque, sous l'influence du développement de la physique et de la physiologie, au XIX siècle, elle a commencé de recourir à des méthodes expérimentales, puis sous l'influence des mathématiques, s'est appuyée sur les moyens statistiques. (Harel-Biraud, 2010).

Autre bouleversement : la Révolution française cette fois qui, changeant la donne du recrutement académique, lui permet de pratiquer. Pinel devient médecin de Bicêtre en 1793, puis médecin-chef de la Salpêtrière en 1795, poste qu'il conservera jusqu'à sa mort en 1826. Aidé du fidèle Poussin, il s'attelle à un travail tout à fait novateur, entreprenant de reconstituer l'histoire de chaque insensé, cherchant à classer les formes d'aliénation, pour en comprendre les mécanismes et en déduire les modes de guérison. De ses observations, il tire notamment le fameux traité médico-philosophique sur l'Aliénation mentale ou la manie (1801), qui connaîtra de multiples rééditions et sera traduit en plusieurs langues. (Marmion, 2012, p.16).

L'histoire de la psychologie, on constate que certains auteurs considèrent que la psychologie existe depuis l'Antiquité grecque, avec Platon et Aristote. En effet, ils estiment que les hommes, et en particulier les philosophes, se sont « *de tous temps* » posés des questions psychologiques mais que ces questions ont été différemment formulées en fonction des contextes sociaux, économiques et politiques...etc. Cette approche consiste le plus souvent à esquisser rapidement une histoire des idées philosophiques sur l'esprit humain dont l'aboutissement, à la fin du XIXe siècle, est l'émergence et le développement de la psychologie « *scientifique* ». Le moment inaugural en est la fondation par le physiologiste et philosophe allemand Wilhelm Wundt, du premier «vrai» laboratoire de psychologie, à Leipzig, en 1879. (Ohayon, Plas, 2011, p.14).

A cette époque que les revues de psychologie apparaissent. Les premiers articles de psychologie « scientifique » paraissent dans la revue anglaise de l'esprit dirigée par A. Bain à partir de 1876, puis dans le journal américain de psychologie créé par Stanley Hall en 1887, dans l'Année psychologique et la psychologie révisée créée en 1894, les étudiants en psychologie qui paraissent à partir de 1903, le Journal de Psychologie normale et pathologique et le journal Britannique de psychologie dès 1904 (Parot, richelle, 2013, p.159).

En 1882, Philippe Pinel a créé la première chaire de clinique des maladies du système nerveux, ses cours et ses publications lui confèrent très vite une stature nationale et internationale. Les leçons du mardi, destinées à un public restreint, et les conférences du vendredi, présentées dans l'amphithéâtre du service et où le spectacle prend parfois le pas sur l'expérimentation, connaissent un immense succès public. Ensuite, la renommée de Charcot est telle que sa clientèle, incluant ses malades hystériques, vient du monde entier, en particulier des États-Unis et de Russie. S'il reçoit ses riches patients en consultations privées, il obtient, pour des malades masculins moins fortunés, l'autorisation d'ouvrir un service de consultation externe au sein de l'hôpital.(Marmion, 2012).

En 1928, un jeune philosophe Roumain, Georges Politzer, publie un livre au destin singulier, puisqu'il est toujours lu, et relu : *Critique des fondements de la psychologie*. Politzer cherche à refonder entièrement la psychologie en lui donnant pour objet la vie concrète de l'individu, le drame humain. Pour cela, il veut mettre à bas l'ancienne psychologie philosophique les « *mielleuses prestidigitations bergsoniennes* » et la nouvelle psychologie qui s'est parée des oripeaux de la science, sans résultats pratiques. Trois doctrines échappent à son moulinet critique : la théorie de la Forme (Gestalt), qui envisage l'homme comme une totalité, la psychanalyse, la techno psychologie et psychologie industrielle visant à sélectionner les travailleurs, parce qu'elles étudient l'homme pris dans des situations concrètes. Peu après, son adhésion au marxisme le conduira à abandonner les espoirs qu'il avait mis dans ces théories pour fonder la psychologie concrète dont il rêvait, du fait de la condamnation, par le Parti communiste, de la psychanalyse et de la méthode des tests. (Ohayon, Plas, 2011, pp.28-29).

Selon Anzieu, la psychologie a été développée en France dans les années 1950, s'est commencée à partir de la psychanalyse, modèle innovant de l'époque par Freud. L'évolution de cette discipline a aidé l'émergence de nouvelles pratiques, de nouveau lieu et de nouveaux objets : aide aux mourants (soins palliatifs), handicap, marginalité, souffrance sociale. Ainsi, la discipline en question avait permis l'apparition de d'autres modèles théoriques et d'autres méthodologies comme exemple l'utilisation d'évaluation. (Doron, 2001).

Par ailleurs, le champ de la psychologie pourrait se définir comme une suite de difficultés qui rendent délicate sa condition aussi bien sur le plan professionnel que sur le plan de recherche. On souligne, dans ce contexte, quelques dimensions pour mettre en avant une situation de crise que traverse actuellement la psychologie, crise dont le dénouement est lié à la capacité des psychologues à prendre position dans le débat public et à dépasser, au-delà des intérêts immédiats et des narcisses exacerbés, les conflits structurels, historiques, idéologiques et institutionnels. Crise d'ordre intellectuelle, culturel et scientifique, crise interne à l'espace universitaire, comme exclamait Eraisse(1976), sont les thématiques qui traversent l'espace de la psychologie et traduisent des points de conflictualité. (Raoult, 2006, p.485).

Après l'apparition la psychologie ensuite, l'avènement de la psychologie clinique. Celle-ci s'intéresse aux individus comme aux groupes sur le plan comportemental et sur l'ensemble des processus mentaux permis par le cerveau, comme la perception et la mémoire et les personnalités pathologiques, etc. La psychologie présente la particularité d'avoir

plusieurs dates de naissance et plusieurs histoires autour de ses grandes figures, de même, la psychologie clinique a une histoire ainsi ces grands auteurs du monde. Elle est issue d'une activité pratique, apparue en opposition à l'« atomisme » et la « déshumanisation » de la méthode expérimentale, elle désigne à la fois un domaine et une méthode. Son domaine a d'abord été celui de la psychopathologie (tentative d'interprétation psychologique de la pathologie mentale et/ou interprétation de la pathologie pathologique, puis s'étendu à toutes les formes de conflits individuels, de souffrance et de dysfonctionnement, tant chez les adultes que chez les enfants. (Fernandez, Pedinielli, 2006)

De ce fait, la psychologie clinique est un large domaine. Des tensions récurrentes existent pour déterminer jusqu'à quel degré la psychologie clinique devrait être scientifique et médicale, basée sur des recherches empiriques, sur des pratiques basées sur des faits, sur une pensée rationnelle et un jugement critique.

Le concept « *psychologie clinique* » est apparu dans les années 1980, simultanément en France, en Allemagne et aux Etats-Unis. En France, c'est notamment P.Janet qui utilise le terme dès 1898. Freud l'utilise en 1899, dans une lettre à Fliess« ... *j'aperçois les relations avec le conflit, avec la vie, tout ce que j'aimerais appeler psychologie clinique* ». (Ciccone, 1998, p.9).

Dès lors, la psychologie clinique a trouvé une forte expansion au cours des années soixante-dix, s'insérant dans les diverses structures éducatives et soignantes en développement. Etayée sur la psychanalyse, elle a produit un ensemble de praticiens qui ont donné consistance à la profession.

Cependant, durant les années 1990, deux mouvements contradictoires apparaissent : d'une part le déploiement d'un discours médiatique autour de la psychologie, dans ses aspects cliniques et humanistes, dont les psychologues ont été en grande part exclus au profit des psychiatries devenus représentant de la psychologie. D'autre part, l'émergence d'autres orientations théoriques, volontiers références au discours scientifique et répandant au principe d'efficacité politiquement valorisé. (Raoult, 2006, p.484). Après la création, en 1947, de la licence en psychologie clinique, Lagahe définit la psychologie clinique universitaire, il est ainsi reconnu comme le fondateur de la psychologie clinique en France. Il a développé une vision « *œcuménique* » de cette dernière, tenant d'allier les démarches de la psychologie expérimentale, de la psychologie différentielle, de la psychologie du développement de la psychanalyse, tout en soulignant son autonomie par rapport aux différentes pratiques de la

psychologie, par rapport à la psychanalyse et par rapport à la médecine. (Ciccone, 1998, pp.10-11).

D'après Carroy et Ohayon (1999), C'est bien une véritable croisade que mène Daniel Lagache pour fonder la psychologie clinique, en direction de ses pairs tout d'abord : les psychologues, les médecins psychiatres et les psychanalystes, puis des professionnels qui vont œuvrer dans ces secteurs nouvellement créés : l'enfance inadaptée et l'éducation surveillée. Elle se concrétise dans des institutions, qui ouvrent des places aux psychologues cliniciens, et suscitent d'emblée des controverses et des conflits. Retraçons en le cours à travers quelques textes de combat et de positionnement dans lesquels Lagache martèle son projet. (Ohayon, 2006, p.12).

Finalement, nous avons remarqué que l'histoire de la psychologie et la psychologie clinique ont animées par une dynamique que propre, un processus évolutif totalement endogène et ont une indépendance total des facteurs externes tels que les domaines religieux, sociopolitique et économique. De plus, les tenants de cette histoire acceptent-ils de voir ces deux disciplines influencées par des disciplines qui se situent à ses frontières telles que la philosophie, la médecine, la biologie et physiologie ? En effet, ces mêmes domaines frontières ont à leur tour engendré des sous domaines relativement autonomes comme la psychophysiologie.

## **2-Définition de la psychologie clinique :**

Il existe plusieurs définitions traitant la psychologie et la psychologie clinique, que nous trouvons dans différents dictionnaires littéraires et psychologie ainsi les ouvrages. Nous allons citer quelques-unes de ces définitions pour qu'on puisse bien comprendre ces deux notions scientifiques.

Selon LA ROUSSE (2013) la définition moderne de la psychologie «  *vise la connaissance des activités mentales des comportements en fonction des conditions de l'environnement*  ». C'est aussi la «  *connaissance empirique, intuitives sentiments, des idées, des comportements humains*  ». (La Rousse, 2013).

Dans le dictionnaire usuel de la psychologie (1980), Norbert Sillamy reprend à la définition de William James : la psychologie est la «  *science de la vie mentale, de ses phénomènes et des conditions*  », qui date de 1890, puis décrit neuf discipline distinctes : la psychophysiologie, la psychologie sociale, la psychopathologie, la psychosomatique, la psychométrie, l'ergonomie, le zoo psychologie. (Ohayon, Plas, 2011, p.7).

Définir la psychologie n'est pas une chose simple. La définition la plus simple et la plus évidente consiste à dire qu'il s'agit « *de l'étude scientifique des processus psychiques* ». Mais dès ce moment, des désaccords surviennent. Un psychologue comportementaliste pur et dur nous rétorque : « *le psychisme est une illusion, seul compte le comportement* ». Un psychanalyste nous interpelle : « *quand vous utilisez l'expression processus psychiques, parlez-vous des processus conscients ou inconscient ; car au fond, seuls ces derniers sont essentiels* ». (Lecomte, 2008, p.5).

D'après ces définitions, nous remarquons que la psychologie est un vaste domaine dans les sciences humaines et sociales qui aborde les processus psychiques de l'être humain soit conscient ou inconscient, ainsi le fonctionnement psychique contient les différentes opérations psychologiques telles que la pensée, les pulsions et les émotions. L'interaction de ces différentes fonctions reste l'élément central du fonctionnement psychique.

Après avoir abordé l'histoire de la psychologie, la science s'est développée ce qui prouve l'avènement de la psychologie clinique : commençant par le terme de « *clinique* », polysémique, s'est avéré source de discordes, venant invalider la dénomination de psychologue praticien consacré par Piéron en 1963, ravivant les conflits territoriaux en milieu universitaire. Il prenait valeur symbolique d'autonomisation à l'égard du corps des médecins (Pithon, 1991, 1992). Ce qui n'était pas sans provoquer une forte opposition du corps médical. (Raoult, 2006).

Tout cela, signifie que la psychologie clinique est présentée comme une discipline, parce qu'elle a une double vocation, pratique et généraliste, et que seule investigation clinique sous diverses formes, avec la psychanalyse, la psychologie sociale et l'ethnologie peut fournir une vue suffisamment compréhensive des conduites humaines.

Dans le dictionnaire de psychologie, la définition de la psychologie clinique proposée par Anzieu est longue et complexe. Elle détermine cependant, le territoire de cette discipline qui est aussi une profession dès la première phrase : « *la psychologie clinique procède à l'étude approfondie de cas individuels, afin de mettre en évidence les particularités ou les altérations du fonctionnement psychologique d'une personne* ». (Doron, 2001, p.7).

La définition pragmatique la plus large est sans doute celle de Schmitt citée par Fernandez et Pedinielli (2006) : « *la psychologie clinique est l'application et le développement autonome de théories, de méthodes et de techniques de la psychologie et de ses disciplines voisines, à des personnes ou groupes d'individus de tous âges qui souffrent de troubles ou de maladies (qu'elle qu'en soit la cause primaire) qui se manifestent au niveau psychique*

*(comportement et expérience vécue) et/ou au niveau somatique, ou qui semble menacés par des pareils troubles et maladies ».*(Fernandez, Pedinielli, 2006, p.42).

Selon P. Angel cité par Décaudin et Ghigline (2013), la psychologie clinique, étant que discipline, « *se donne pour objet de comprendre, dans sa spécificité individuelle, le fonctionnement de la personne en prenant en compte ses modalités propres, ses relations interpersonnelles, sous imaginaires, ses émotions et son fonctionnement cognitif* ». (Décaudin, Ghigline, 2013, p.21).

De plus, la psychologie clinique selon Pédielli (1994), définie comme « *la sous discipline de la psychologie qui a pour objet l'étude, l'évaluation, le diagnostic, l'aide et le traitement de la souffrance psychique quelle que soit son origine (maladie mentale, dysfonctionnement, traumatisme, événement de vie, malaise intérieur...*  ». (Doron, 2001, p.8).

Disons d'emblée qu'il n'est pas aisé de proposer une définition de la psychologie clinique vise à comprendre la diversité des modes de fonctionnement des êtres humaines, comme aussi tente d'appréhender les différentes façons que ces êtres utilisent pour se penser comme sujets de leurs actions et leur vie.

### **3-Fonction et position de la psychologie clinique :**

Pendant plusieurs décennies, la psychologie clinique se développe aux marges de la psychiatrie. Aujourd'hui, elle a pris son autonomie qui vise à apporter des éléments de réflexion sur l'identité du psychologue clinicien, ses missions institutionnelles et son positionnement clinique lequel est indissociable d'une éthique et du discernement de son implication propre.

À ce titre, la psychologie clinique est une activité professionnelle protégée (titre) mais non réglementée, et même difficile à définir, sans unité statutaire, sans organisation unitaire et sans conseil disciplinaire. Cependant, elle s'exerce dans différents milieux, la psychiatrie, centre médico-social, de la protection judiciaire, de la santé, du pénitencier...etc. Principalement la psychiatrie a été un des points d'appui du développement de cette discipline. Selon (Golse, 2002), cité dans son rapport de la MIRE, n'est pas sans rappeler le mode d'introduction des psychologues cliniciens en psychiatrie, un métier qui n'est pas assuré. L'évolution du champ de la psychiatrie donne un signe de changement des conceptions, la modification des populations prise en charge et la transformation des pratiques, permettra aux psychologues d'exercer leur métier et leur présence dans le champ de la psychiatrie est indispensable. (Raoult, 2006).

De ce fait, Plaza, souligne que la psychologie clinique a de la richesse et l'inconfort, elle a une histoire intégrée dans des systèmes théorico-pratique différents et divergents, elle implique une multi-référenciassions, une interdisciplinarité; ainsi une référence du cadre théorique, elle ne peut qu'être anti doctrinal ; elle doit s'appuyer sur des concepts interdisciplinaires provisoires. (Ciccone, 1998).

Ce qui orientera la position clinique, c'est la centration sur la singularité d'un sujet abordé dans l'individualité de sa situation. Cette centration est celle qui suppose une écoute dans laquelle le lien transférentiel est engagé de part et d'autre. Elle implique d'avoir éclairci ses propres déterminations, fantasmes et croyances. Elle engage comme condition éthique l'absence d'assujettissement. (Raoult, Blanquet, 2010, p.22).

La soumission sociale au métier est floue, tout un chacun utilise sans limite, sans règle les techniques psychologiques. Techniques et savoirs psychologiques cessent d'être spécifiques : tests, méthodes d'entretien, techniques de traitement, les approches théoriques sont en fait utilisées par des non-psychologues. Plusieurs facteurs sont alors signalés : absence de protection de l'exercice, absence d'organisation, absence du statut, non reconnaissance de la psychologie clinique, la fragilité de la position sociale, rivalité avec d'autre corps (médical et paramédical)et position de formateurs des psychologues. (Raoult, 2006).

Enfin, soulignons le travail de longue haleine mené par le Syndicat national des psychologues (SNP) en France, pour clarifier les missions du psychologue et pour constituer des fiches métier pouvant servir de référence aux praticiens. Ainsi, le SNP a relevé les savoirs faires requis du métier du psychologue qui sont : construire le dispositif le plus adapté pour répondre aux problèmes à résoudre ; observer, écouter, analyser la situation, le discours des personnes rencontrées ; mettre en forme et transmettre ses hypothèses de travail, son savoir professionnel ; situer son activité dans celle de l'établissement ; conduire, animer des groupes et rédiger des notes cliniques et un rapport d'activité.

#### **4-Psychologie clinique en Algérie :**

En Algérie, la psychologie clinique est relativement jeune, elle est juste en début après l'indépendance, à être perçue par les autorités et la société civile comme une spécialité qui mérite sa place dans le domaine de la santé mentale.

Selon Nini, cité par Benamsili, il y a quelques années, la licence en psychologie clinique était préparée en quatre années d'études et sanctionnée par la rédaction d'un mémoire de fin d'études sous la direction d'un enseignant et soutenu devant un jury composé essentiellement d'enseignants en psychologie clinique. Au bout de ces quatre années d'études

et une fois le mémoire de fin d'études soutenu, l'étudiant est enfin détenteur d'un diplôme qui est la licence en psychologie clinique qui lui ouvre automatiquement l'accès à la vie professionnelle et même à la pratique de cette profession. Avec les multiples réformes qu'a subies la formation universitaire, nous ne sommes plus dans cette optique d'une licence en quatre années. En effet, nous sommes passés d'une licence en quatre années à une licence en trois années dans le système LMD. Enfin, avec les toutes dernières réformes, nous sommes arrivés à une licence en deux années à cause du socle commun propre aux sciences humaines et sociales, pour finir enfin avec une licence en une année à cause de l'année de tronc commun dans laquelle on partage des unités d'enseignement avec toutes les autres spécialités de psychologie. (Benamsili, 2019).

### **5- différentes approches en psychologie clinique :**

La psychologie clinique a plusieurs approches théoriques auxquelles se réfèrent les praticiens dans leur travail. Si la psychologie part du constat de l'existence d'une réalité psychique individuelle. De ce fait, les psychologues cliniciens exercent leur métier en se différenciant des approches qu'ils suivent. Nous nous focalisons sur les quatre approches qui sont très connus.

#### **5-1-Approche comportementale :**

L'Approche comportementale ou behaviorisme a constitué pendant plusieurs décennies (essentiellement entre les années trente et les années soixante) l'un des deux principaux courants psychologiques, après la psychanalyse. Il prend contre-pied cette dernière en affirmant que les processus mentaux sont inexistantes et inaccessible à l'étude scientifique.

Les origines philosophiques du behaviorisme remontent essentiellement à la philosophie empiriste de XVII<sup>ème</sup> et XVIII<sup>ème</sup> siècle, particulièrement représentée par John Locke, George Berkeley et David Hume, qui considèrent que l'esprit humain est comme une page blanche à la naissance et que ce sont les multiples expériences de la vie qui lui fournissent les matériaux nécessaires à ses constructions. (lecomte, 2013, p.12).

Parmi les travaux précurseurs du behaviorisme le Russe Ivan Pavlov. Il a étudié le réflexe de salivation chez les chiens, ce qui lui vaut le prix Nobel de médecine en 1904. Normalement, le réflexe se déclenche lorsque la nourriture entre en contact avec les papilles gustatives. Mais, Pavlov remarque que les chiens, habitués à l'employé chargé de les nourrir, salivent dès que celui-ci apparaît. Il établit donc une distinction entre le réflexe originel inné (réflexe inconditionné) et le réflexe acquis (réflexe conditionné) qui résulte d'un apprentissage. Pour étudier ceci de façon systématique, il crée un dispositif expérimental très

simple : une sonnerie retentit avant chaque distribution de nourriture. Après plusieurs séquences de ce type, la salivation se déclenche après la sonnerie. Cependant, c'est surtout grâce à l'action inlassable de Burrhus F. Skinner que le comportementalisme prend véritablement son essor. L'apport majeur de Skinner, comparativement aux travaux de Pavlov, est d'affirmer que « l'environnement ne se borne pas à aiguillonner, il sélectionne ». En d'autres termes, l'environnement a un impact sur l'organisme non seulement avant (conditionnement classique de Pavlov) mais également après la réaction de cet organisme. Le comportement est façonné et maintenu par ses conséquences (conditionnement opérant de Skinner). Le renforcement joue ici un rôle central. Il peut s'agir soit d'un renforcement positif, que l'individu cherche à reproduire, soit d'un renforcement négatif (ou aversif), que l'individu cherche à éviter. Le dispositif expérimental le plus connu à cet égard est la « boîte de Skinner ». Un animal (pigeon, rat... etc.) est placé dans une cage où se trouvent une mangeoire et une boîte dans laquelle apparaissent des signaux. Si, lorsqu'apparaît le bon signal (décidé comme tel par l'expérimentateur), le pigeon pique par hasard la boîte à signaux, la mangeoire se remplit (renforcement positif). Après plusieurs situations identiques, le pigeon apprend qu'il peut obtenir de la nourriture en piquant la boîte après l'apparition du bon signal. Certaines expériences incluent également des renforcements négatifs (ex : un choc électrique).

Skinner a également mené de nombreuses recherches auprès de l'être humain, tout particulièrement dans l'enseignement et l'éducation. Il constate avec regret que l'enseignement a été essentiellement aversif : l'élève étudiait pour échapper à des conséquences négatives en cas d'absence de travail. Mais, affirme-t-il, les enseignants et parents adroits apprennent à récompenser l'enfant de ses bonnes actions plutôt que de le punir pour ses mauvaises. Pour résoudre le problème de la délinquance, il prône également un mode éducatif qui limiterait les punitions (renforcements négatifs). Il propose diverses stratégies, en particulier : augmenter l'usage de renforcements positifs (par exemple faire du sport à des jeunes pour éviter des comportements violents, plutôt que les punir) ; modifier l'environnement de telle façon que la punition ait moins de probabilité de survenir (par exemple, mettre sous clé tout ce qui peut se voler). Selon Skinner, « il devrait être possible de construire un monde dans lequel tout comportement qui risque d'être puni n'apparaîtrait que rarement ou jamais ». (Lecomte, 2013, pp.12-13).

### **5-2- Approche cognitive :**

L'approche cognitive s'intéresse aux processus mentaux. Il s'agit d'un monde vaste

qui comprend l'intelligence, la résolution de problème, la créativité, la prise de décision ... etc. Ainsi, l'approche cognitive s'intéresse à l'évolution des fonctions cognitives du sujet au cours de sa vie (naissance, enfance, adolescence, adulte, les personnes âgées). « La théorie des stades » développée par Piaget (1896-1980) a considérablement marqué cette orientation. Selon la théorie de Piaget a été remis en cause mais a donné naissance à de nombreuses recherches en psychologie du développement. Ce deuxième modèle théorique oriente essentiellement la pratique du psychologue sur l'éducatif et la question de l'environnement familial.

Bien que relativement récente, la psychologie cognitive puise à d'anciennes sources philosophiques, notamment : à Platon, pour qui les idées constituent la véritable réalité ; aux philosophes stoïciens qui considèrent que « ce qui tourmente les hommes, ce n'est pas la réalité mais les opinions qu'ils s'en font » ; à Descartes qui, parmi de multiples centres d'intérêt, s'est penché sur le fonctionnement cérébral et a laissé cette phrase célèbre : « Je pense, donc je suis » ; à Kant qui estimait que nous n'avons pas un accès direct au monde, mais seulement par le biais de connaissances a priori. La psychologie cognitive s'est construite après la seconde guerre mondiale en réaction au comportementalisme qui refusait de prendre en compte le fonctionnement du psychisme. Bruner, l'un de ses pères fondateurs, ainsi déclaré : « Nous n'entendions pas réformer le behaviorisme : nous voulions le remplacer. » Parmi les thèmes étudiés par la psychologie cognitive, trois ont fait l'objet de nombreuses recherches : la perception, l'intelligence et la mémoire. Cette fiche présente succinctement l'état des connaissances dans ces domaines. (Lecomte, 2013).

### **5-3-Approche humaniste :**

Après la psychanalyse et le béhaviorisme, une nouvelle approche qui est l'humanisme. A partir des années 1940, une réaction chez certains psychologues qui considéraient ces deux approches (la psychanalyse et le béhaviorisme) comme des approches en réduction. Pour eux, l'être humain n'est pas d'abord le jouet de ses pulsions internes ou des pressions de l'environnement, mais un individu veut l'épanouissement personnel en relation avec autrui.

L'Approche humaniste est un modèle psychothérapeutique cherchant à développer chez la personne qui consulte la capacité de faire des choix personnels : choisir, c'est devenir autonome.

De ce fait, les représentants les plus connus de cette approche sont Abraham Maslow, Carl Rogers, Erich Fromm et Viktor Frankl. Ces auteurs, bien que conscients des faces sombres présentes chez chaque être humain, s'intéressent surtout aux aspects positifs de

l'existence. Ainsi, selon Rogers, « la nature fondamentale de l'être humain, quand il fonctionne librement, est constructive et digne de confiance ». Cet auteur est surtout connu pour sa « *hiérarchie des besoins* », souvent appelée « *pyramide de Maslow* » (bien que Maslow n'ait pas utilisé ce terme lui-même), qu'il décrit dans son ouvrage une théorie de la motivation humaine. Il y a, selon lui, cinq niveaux de besoins, qu'il classifie du plus basique au plus élevé : besoins physiologiques (manger, boire, dormir, avoir suffisamment chaud) ; besoins de sécurité (logement, ressources financières, sécurité physique et psychologique, stabilité affective, sécurité médicale) ; besoins de reconnaissance et d'appartenance (amour, amitié, solidarité) ; besoins d'estime (se sentir respecté par les autres et par soi-même, respecter les autres, exercer des activités valorisantes) ; besoins de réalisation de soi. Ce dernier thème, la réalisation de soi, est un concept central de la psychologie humaniste. Elle est conçue comme un processus dynamique, non comme un état statique. La personne en cours de réalisation (self-realizing) connaît ses richesses et ses limites et accepte sa condition humaine réelle, avec ses insuffisances. Elle parvient à harmoniser des tendances apparemment contradictoires : intérêt pour soi et pour les autres, goût pour la solitude et pour les contacts sociaux, rationalité et irrationalité...etc. (Lecomte, 2013, pp.16-17).

#### **5-4- Approche psychanalytique :**

La psychanalyse, courant psychologique le plus connu du grand public, désigne à la fois : une approche théorique du fonctionnement physique de l'être humain qualifiée également de métapsychologie et une démarche thérapeutique. On peut aussi nommer « psycho dynamique » dans le but de regrouper un ensemble d'approches cliniques allant de la psychanalyse traditionnelle.

Les origines de la psychanalyse sont indissociables de la formation scientifique d'origine de Freud. Le père de la psychanalyse est d'abord un neurologue, élève d'Ernest Brücke, qui va l'initier à la démarche scientifique. Ses premiers travaux vont notamment concerner l'aphasie (perte totale ou partielle de la capacité de parler). L'approche de Freud est remarquable car elle se détache du modèle anatomoclinique en vogue à l'époque pour ce centré sur l'étude de la fonction. (Quintilla, Pelissolo, 2015, p.1).

De ce fait, Freud, a ressenti très vite la nécessité dans le domaine de « *mettre en garde chacun contre l'idée d'entreprendre un traitement psychanalytique sans une formation stricte* » et de fixer des normes minimales dans ce sens. A sa suite, l'Association Psychanalytique Interpersonnelle a énoncé le principe que la formation ne pouvait être laissée

à l'initiative individuelle et qu'elle relevait des différentes associations constituantes et de leurs instituts. (Delourme, Marc et Al, 2007, p.17).

Donc la psychanalyse est une science humaine, science de la réalité psychique et du sens. Cette science relative au désir, l'affect, le fantasme, l'imaginaire et la pensée. Son objet d'étude est bien le fonctionnement psychique de l'être humain. Alors, la psychanalyse prend principalement les effets de l'inconscient dans la vie quotidienne comme dans les maladies mentales, les symptômes psychiques et somatiques, mais aussi, plus largement, dans les productions culturelle de l'humanité. (Lecourt, 2006).

Ainsi, la psychanalyse est une méthode thérapeutique spécifique centrée sur l'interprétation des matériaux inconscients tels les résistances, les désirs inconscients et le transfert, et une théorie spécifique de cette technique, qui a donné lieu à divers aménagements et variantes.

Si la psychanalyse a tant marqué la culture occidentale, c'est par l'importance des mises en question qu'elle a opérées, bousculant la conception traditionnelle de la personnalité, introduisant la sexualité au cœur même du fonctionnement psychique et ce, dès le plus jeune âge, se mettant ainsi en décalage même avec la jeune science qu'était alors la sexologie. La psychanalyse amène de grands chamboulements qui passent tous par renoncements difficiles à accepter. (Lecourt, 2006, p.2).

Les aménagements thérapeutiques dits «psycho-dynamiques» comme la psychothérapie et la psycho-dynamique partagent avec la psychanalyse sa théorie de la personnalité, mais n'en partagent ni le dispositif (divan, nombre de séances) ni la technique (des conseils pourront être utilisés, le transfert n'est plus placé au centre de l'analyse et des interprétations, ...etc.).

## **6- Méthodes, techniques et types en psychologie clinique :**

L'objectif de recherche en psychologie clinique et du positionnement épistémologique du psychologue clinicien se manifeste sur les implications épistémologiques de la recherche et méthodes, techniques et types employées pour la mettre en œuvre. De ce fait, ces trois points principaux appuyés pour que le psychologue clinicien puisse analyser un phénomène ou une situation sociale.

### **6-1- Méthodes en psychologie clinique :**

En psychologie clinique il existe plusieurs méthodes que les psychologues cliniciens utilisent pour expliquer les phénomènes psychologiques et donner un sens à leur état

psychique. Parmi ces méthodes citons ; la méthode expérimentale, la méthode descriptive et la méthode clinique.

### **6-1-1- Méthode expérimentale :**

L'origine de la méthode expérimentale est les sciences de la nature. Pendant longtemps, elle n'a été utilisée que pour les objets matériels, car les chercheurs ne croyaient pas légitime d'agir sur l'être humain. C'est par la médecine et les sciences qui s'attachent que l'expérimentation s'est graduellement étendue à l'étude du vivant, puis de l'humain.

De ce fait, la méthode expérimentale en psychologie clinique vise à établir un rapport de cause à effet entre des phénomènes ou des situations. Le chercheur en psychologie clinique procède à une expérience au cours laquelle où manipule une variable, nommée la variable dépendante, qu'on fait varier à volonté, cette manipulation permet d'étudier les effets de la variable indépendante sur la variable qui la subit, nommée variable dépendante. Elle commande donc des façons particulières d'envisager la recherche et de la mener. (Angers, 1996).

### **6-1-2- Méthode descriptive :**

La méthode renvoi à ce « *qui a pour objet de décrire. Document donnant une description exacte de quelque chose avec plan, schémas* », il s'agit de rendre compte, le plus exhaustif possible les informations sur un objet, une situation, un phénomène, ainsi nous pouvons suivre parler de la poésie descriptive, enquête descriptive et bien d'autres. Cette logique n'est pas exclue du champ de la recherche scientifique. C'est l'une des perspectives de la recherche quantitative les plus simples. Le chercheur essaie alors de rendre compte aussi fidèlement que possible des éléments qui composent un évènement, un fait. Il cherche à décrire les liens de causalité afin d'établir les lois. Plus simplement, il est à souligner au sens de l'auteur que la recherche descriptive n'est pas la sœur de la recherche quantitative/qualitative, mais plus tôt un mode de redéfinition de la recherche quantitative en fonction du but du problème de recherche. (Ngupy, 2020, p.2).

### **6-1-3- Méthode clinique :**

Le terme clinique provient de la tradition médicale, mais la psychologie clinique en se différenciant du champ médical en a fait une méthode spécifique. On entend par méthode clinique l'ensemble des techniques utilisées dans le cadre de la pratique des cliniciens et la démarche centrée sur l'individu et la singularité.

La méthode clinique est avant tout destinée à répondre à des situations concrètes de sujets souffrants et elle doit se centrer sur le cas, c'est-à-dire l'individualité, mais sans pour

autant s'y résumer. La méthode clinique s'appuie sur des techniques qui peuvent être utilisées tant dans la pratique que dans la recherche, certaines visant le recueil du matériel tels que l'entretien, le test,...etc. Alors que d'autres sont des outils de traitement de l'information recueillie. (Pediellie, 2006).

### **6-2- Techniques de recherche en psychologie clinique :**

Dans le champ d'intervention les différents modes d'exercice professionnel, le psychologue clinicien peut engager dans une activité de recherche qui peut permettre à la fin de produire et de récolter des connaissances fondamentales sur le fonctionnement général de des sujets. Les techniques sont des outils, instrument de recueil d'observables. Ces outils sont l'entretien clinique, le questionnaire, les tests et l'observation clinique.

#### **6-2-1- Entretien clinique :**

Avant tout le terme entretien, qui servait à désigner la conversation ou la discussion entre deux personnes, l'entretien est utilisé dans toutes sortes de fonction telles que la politique, le juridique mais, plus souvent réservé à caractériser une situation duelle à but thérapeutique, d'aide ou de diagnostic.

selon Blanchet (1989), dans l'ouvrage « *cours de psychologie* » réalisé par Richard Jean-François et Ghiglione Rodolphe, citent que l'entretien clinique peut être défini de manière formelle comme « *un dispositif par lequel une personne A répondant professionnellement à une demande d'aide concernant une personne B pour obtenir des informations et agir sur la problématique subjective de B* ». (Richard, Ghiglione, 2017, p.194).

De plus, chaque entretien est une rencontre entre deux personnes ont un langage. C'est une situation qui met en présence deux sujets, chacun a son motif de présence et doivent être asymétrique, asymétrique c'est-à-dire relatif à la question de demande : un sujet vient de demander une chose à une personne qui cherche le fonctionnement psychique de ce sujet qui souffre et cherche un soulagement à sa souffrance. (Chagnon, 2014).

On peut distinguer les entretiens de recherche selon leur but, comme le fait Chauchat (1985) entre l'entretien exploratoire et méthode d'observation systématique. On peut aussi prendre en compte le caractère plus au moins directif du mode d'intervention de l'interviewer, comme le font Ghiglione et Matalon (1978). On distingue ainsi trois niveaux de directivité :

- L'entretien non directif quelquefois qualifié de libre. Cette façon de procéder est souvent réservée aux entretiens exploratoires.

- L'entretien semi-directif qui utilise une grille des thèmes à aborder, mais qui respecte un ordre, celui du discours de la personne interrogée.
- En fin l'entretien directif ou standardisé, qui se confond en partie avec le questionnaire à question ouvertes. (Richard, Ghiglione, 2017, p.105).

En effet, La pratique de l'entretien occupe une place importante dont qui ne relève d'aucune évidence et qui implique le renouvellement d'un questionnement sur elle-même. L'instrument privilégié dans ce cadre étant l'appareil psychique du psychologue clinicien lui-même, cela exige la permanence d'un travail à opérer sur soi. (Chagnon, 2014).

Donc l'objectif de l'entretien clinique est de chercher à aider autrui à s'exprimer, être disponible pour l'écouter, comprendre la complexité et la richesse de ses processus psychologiques, cependant, cette technique c'est une aptitude difficile à acquérir. De ce fait, le clinicien doit avoir une observation de soi-même et un contrôle de soi-même.

#### **6-2-2- Questionnaire :**

Le questionnaire constitue une principale technique qui permet de recueillir plus d'informations sur l'enquête. Technique très répandue, le questionnaire dans la recherche est un avantage évident de pouvoir être pratiqué sur une vaste population. Il est à la fois rapide à construire, à remplir et à dépouiller. Il permet donc d'étudier de grands groupes humains et de produire des résultats statistiquement significatifs. Le grand nombre de personnes interrogées permet de faire des comparaisons à l'intérieur du matériel recueilli (Richard, Ghiglione, 2017). La méthode du questionnaire relève, en sociologie et en psychologie, d'une pratique déjà ancienne. Dans le domaine de l'évaluation de la personnalité, si le recours au questionnaire répond à une tradition, son image n'est pas neutre pour autant : l'évalué devient, selon un postulat implicite, un expert capable de porter un regard objectif sur lui-même. Bien souvent cette forme de recherche est qualifiée d' «auto-évaluation» ou de mesure auto-rapportée. (Bernaud, 2008, p.41).

Le but d'un questionnaire doit donc être clairement identifié. Sa première formulation peut rarement ne pas être remise en question ; un des moyens utilisables pour savoir si elle est satisfaisante est de voir si, non seulement elle indique de façon évidente les problèmes que le questionnaire va explorer, mais aussi ceux qui ne le seront pas. (Richard, Ghiglione, 2017, p.85).

En fin, le questionnaire c'est une méthode quantitative convient quand le psychologue clinicien a une population de taille importante et il s'attache à obtenir un fort taux de réponse et précisément des données chiffrées.

**6-2-3- Test :**

Le test est un instrument de mesure fréquemment utilisé en expérimentation. Il permet de se renseigner sur certaines caractéristiques des sujets de l'expérience. De ce fait, il y a plusieurs types de tests ; des tests de personnalité, des tests d'habileté qui permettent d'évaluer l'intelligence ou les aptitudes des individus.

D'après Pichot (1954) un test « *est une situation expérimentale standardisée servant de stimulus à un comportement. Ce comportement est évalué par une comparaison statistique avec celui d'autres individus placés dans la même situation, permettant ainsi de classer le sujet examiné, soit quantitativement, soit typologiquement* » (Richard, Ghilglione, 2017, P.126). Le test est une technique de recherche en psychologie clinique, il est indispensable qu'il soit adapté aux populations concernées à l'évaluation, d'où la nécessité de réaliser des étalonnages : cela signifie que le test est soumis à une population de référence dont les résultats permettant de valider la recherche. Par exemple, si on passe un test de raisonnement pour une population de managers titulaire d'un diplôme bac+5, on va faire passer le test à un groupe de 100 à 200 personnes correspondant à ces critères de manière à s'assurer que le niveau du test est adapté à cette cible. (Engelhard, 2011).

Cependant, pour que le test a une utilité, il est nécessaire qu'il soit adopté aux populations qu'ils sont censées à évaluer. D'où la nécessité de réaliser des étalonnages : cela signifie que le test a été mis en exercice dont les résultats permettront de valider l'exercice.

**6-2-4- Observation clinique :**

L'observation est l'une des formes de l'attention, un prolongement de l'attention par exemple une attention ou une concentration de l'activité psychique sur un tel phénomène intéressé par l'observateur.

Selon Chahraoui et Benony (2003) cité par Kapsambelis (2012), dans le manuel de psychiatrie clinique et psychopathologie de l'adulte, l'observation occupe une place centrale en psychologie clinique et concerne toutes les situations. Elle implique l'existence de deux pôles : sujet observant et objet observé. Il s'agit de relever des phénomènes comportementaux, idéatifs, langagiers, émotionnels et cognitifs significatifs, afin de leur donner un sens en les restituant dans la dynamique, l'histoire d'un sujet et dans le contexte de l'observation et dans le mouvement intersubjectif actualisé. (Kapsambelis, 2012, p. 255).

Le petit LA ROUSSE (1998), définit l'observation clinique comme « *une action de regarder avec attention les êtres, les choses, les événements pour les étudier, les surveiller, en tirer des conclusions* ». (Bernaud, 2008, pp. 65-66).

Donc l'observation est une des formes de l'attention, un prolongement de l'attention, laquelle se définit comme une concentration de l'activité psychique sur un objet particulier. Mais le terme « *attention* » est aussi synonyme de sollicitude, d'égard.

D'après la définition de l'observation, son but est l'acquisition où le développement de connaissances, la création de sens nouveaux. Elle suppose d'aller vers le réel, pour découvrir une nouveauté au-delà de ce qui se présente sous l'apparence du déjà connu. (Cicccone, 1998).

Par ailleurs, l'observation clinique dans la recherche clinique, le psychologue clinicien doit être attentif dans sa pratique, le plus important ici est « *attentif* ». Il s'agit de porter ou de prêter l'attention à l'autre, ou à plus d'un autre si l'on a affaire à un groupe. Tout comme lorsqu'on parle de « *neutralité bienveillante* », le terme important est « *bienveillante* », mais pas « *neutralité* ».

Le fondement de l'observation clinique est la méthode clinique. Elle est une méthode à la fois pour la pratique et pour la recherche clinique. Il n'est pas nécessaire de recourir à des méthodes armées pour recueillir le matériel. (Cicccone, 2014).

### **6-3-Types de recherche en psychologie clinique :**

Il existe quatre types de recherche en psychologie clinique : recherche en psychologie clinique, la recherche-action en psychologie clinique, la recherche-action en psychologie clinique, la recherche clinique ou recherche non objectivante.

#### **6-3-1- Recherche en clinique ou recherche objectivante :**

La recherche en psychologie clinique est une recherche planifiée qui se dégage de l'expérience concrète pour prévoir le déroulement d'une recherche en fonction d'un but. Elle permet d'élaborer une stratégie de recherche et exclut la reprise spontanée d'un matériel rétrospectif non standardisé.

Selon Giami(1998), la recherche en psychologie clinique définie comme « *un processus de production des connaissances validées et communicables* », Donc le sujet est un acteur dans la situation observée et source de connaissance. La recherche en clinique s'engage dans un but d'avoir des travaux de recherche systématiques avec des procédures rigoureuses de recueil, de traitement et vérification. (Frenandez, Pardinielli, 2006).

#### **6-3-2- Recherche-action en psychologie clinique :**

Ce type désigne une recherche théorique qui reste empirique et menée sur le terrain à des fins pratico-pratiques. (Resweber, 1995). Cette recherche désigne une logique et stratégie spéciale, désigne la mise en discours d'une série d'actions qui n'est pas la simple formalisation de ce qui se trouve dans le domaine social. L'entretien de ce type est d'infléchir

la réalité psychologique. Elle a pour le sujet et pour objet des usagers de terrain et des chercheurs professionnels ou experts. Elle déroule le profil d'une méthode globale qui correspond à la formalisation de tout travail de formation et est aussi le discours de la méthode. L'objet de la recherche est l'élaboration de la dialectique de l'action dans un processus personnel et unique de reconstruction rationnelle par l'acteur social. (Frenandez, Pedinielli, 2006).

### **6-3-3- Recherche évaluative :**

Selon Rossi et Freeman (1993), la recherche évaluative est l'utilisation systématique des procédures de la recherche sociale dans le but d'évaluer la conceptualisation, le protocole, l'implantation et l'utilité des programmes sociaux et/ou de santé d'intervention. La recherche évaluative vise à porter un jugement sur différentes composantes d'un programme d'intervention à partir de critères objectifs et de méthodes de recherche reconnues dans le champ sanitaire et social, mais aussi consiste à porter un jugement dans le but d'améliorer le programme d'apporter des changements nécessaires. (Frenandez, Pedinielli, 2006).

### **6-3-4- Recherche clinique ou recherche non objectivante :**

Ce type répète la démarche clinique ou des approches descriptives et interprétatives peu contrôlées semblent fournir des résultats plus intéressants pour les cliniciens. Elle repose sur l'idée que la situation clinique est à source d'inspiration et le lieu d'élaboration de la recherche. Ce type a une attention particulière à l'engagement de l'observation et procède une description minutieuse de la spécificité de la situation en se fondant.

Ce type de recherche permet une étude approfondie d'un sujet fondé sur une pratique de la communication langagière, satisfait aux critères de reproductibilité et favorise de nouvelles conceptions théoriques. (Frenandez, Pedinielli, 2006).

## **II- Métier du psychologue clinicien :**

Les psychologues cliniciens sont des spécialistes du vécu des comportements et des conduites humaines, ils les décrivent, les comprennent et les expliquent à partir des connaissances scientifiques dont ils disposent et de la démarche critique qu'ils mettent en œuvre. Ce savoir-faire, issu de l'université, leur permet d'intervenir sur le fonctionnement psychologique et la gestion de la dimension psychique des êtres humains. Leur mission se centre sur les rapports entre vie psychique et comportements et ils examinent particulièrement les relations entre les personnes. Les psychologues cliniciens se situent dans des formations de conception de leurs méthodes et outils. Son travail sur le vécu et la subjectivité développe les capacités

d'adaptation de ce professionnel qui innove dans la formulation de sa réponse à l'évaluation de la demande des patients nécessitent une prise en charge.

### **1- Histoire du métier du psychologue clinicien :**

Le métier des psychologues cliniciens ont connu plusieurs étapes de développement aussi bien dans le monde qu'en Algérie. A travers l'histoire, plusieurs chercheurs se sont intéressés à l'étude de l'exercice de ce métier, dès les années cinquante, jusqu'aujourd'hui.

Nous allons commencer ci-dessous par la présentation du métier des psychologues cliniciens dans le monde.

#### **1-1 Histoire du métier du psychologue clinicien mondial :**

Au temps de la première moitié de XX<sup>e</sup> siècle, la psychologie nouvelle, physiologie expérimentale et autoproclamée scientifique, par opposition à la philosophique, a fait objet des critiques qui sont venues essentiellement des philosophes. Ces attaques pouvaient être envisagées comme des réactions au mouvement de rupture avec son passé philosophique que cette psychologie disait avoir opéré. Nous allons voir comment les psychologues ont cherché à y faire face à face ou à les réfuter. (Ohayon, Plas, 2011, p.27).

Connaitre l'esprit ou l'âme a d'abord été un projet philosophique. Platon, la connaissance de soi devait conduire à la sagesse. Pour Descarte, les idées qui apparaissent clairement et distinctement dans notre esprit, et qui sont innées, sont au fondement de la connaissance rationnelle. Au contraire, pour les philosophes empiristes anglais des XVII<sup>e</sup> et XVIII<sup>e</sup> siècles (Johnlocke, David hartly, David hume), l'esprit humain se compose d'idées qui ne sont pas innées mais qui nous viennent de l'expérience sensible et sont liées entre elles et organisées selon des lois d'association. L'analyse des idées par les empiristes sert de fondement à la psychologie telle qu'elle se développera au XIX<sup>e</sup> siècle. Cette première psychologie s'appuie principalement sur l'observation intérieure du sujet par lui-même, ou introspection. (Ohayon, Plas, 2011, pp.21-22).

De ce fait, Théodore Ribot est le premier psychologue à traiter de la mémoire comme d'un fait biologique et à étudier la nature. Sa proposition fondamentale est que la « mémoire est, par essence l'on passe de la mémoire organique à la mémoire psychique, on passe du simple, de l'inférieur au supérieur, d'une forme stable à une forme instable de la mémoire. Dans ce cadre, les traumatismes et la maladie affectent d'abord les formes instables. Ribot dit que « il n'y a pas de forme de l'activité mentale qui témoigne plus hautement en faveur de la théorie de l'évolution. (Marmion, 2012, p.43). De ce point de vue, l'étude de la mémoire ne

doit pas être seulement une étude physiologique, mais plus encore une histoire de ses changements et les transformations.

La psychologie clinique apparaît aux Etats-Unis chez Lightner Witmer qui fonde 1886, à l'université de Pennsylvanie, la première clinique en psychologie destinée aux enfants anormaux, en même temps qu'il présente à l'Association des Psychologues Américains (APA) le projet d'une « *psychologie pour personnes perturbées* » qu'il nomme la clinique psychologique. Witmer a d'abord une formation de psychologue expérimental, il a été l'assistant de Wundt à Leipzig, et ce travail auprès d'un enfant qui l'a conduit à chercher une nouvelle méthode basée sur l'étude approfondie de cas individuels. De plus, un psychologue nommé William Healy élève de William James, a fondé en 1909 un établissement pour les jeunes délinquants « *The juvenile Psychopathic Institute* ». Il y déploie une clinique sans aucun instrument autre que le thérapeute qui observe et écoute, et cherche à comprendre l'origine de sujet dans son histoire. Il est en cela très influencé par Freud, ce qui n'est pas le cas de Witmer. (Ohayon, 2014, p.3).

Edward Bradford Titchner psychologue anglais, élève de Wundt, a exporté cette nouvelle discipline aux Etats-Unis, où il a fondé un laboratoire de psychologie, et c'est lui qui a baptisé le structuralisme « le premier courant de psychologie » qui se basait sur l'observation, la mesure et l'expérimentation. (Mahir, 2018, p. 38).

Par ailleurs, le succès de psychologie est colossal : des disciples Allemands, américains, Britanniques, Russes et Japonais, ...etc. l'importance dans tous les pays industrialisés, créant ainsi la base institutionnelle et disciplinaire de la psychologie actuelle. Mais ces psychologues, enthousiasmés par la psychologie de laboratoire, en oublieront la monumentalité de la psychologie des peuples et son objectif. Il est difficile de trouver des traces de cette partie de la psychologie wundtienne dans la psychologie contemporaine. En revanche, elle a considérablement influencé la linguistique et la sociologie. (Marmion, 2012, pp.40-41).

Cependant, la discipline a plus d'un siècle, mais le métier n'en a qu'un demi-siècle. Le premier diplôme universitaire date de 1947. (Ballouard, 2009). À la sortie de la seconde guerre mondiale on ne rencontre guère des « psychologues » en exercice. D'ailleurs, il ne s'appelle pas encore psychologues mais « des psychotechniciens », c'est un nom donné par les psychiatres. Ce vocable est créé par Wallon dès 1930. Cette appellation de la part des psychiatres psychotechniciens déjà reconnue dans le monde du travail, alors que l'invention

de la psychologie clinique au sein de l'université qui les forme, les prépare à un autre modèle du travail.

D'un côté, les psychiatres et les neuropsychiatres font appel aux psychologues dans la volonté de retour sur la mission soignante qui est la leur dans une aide au diagnostic, voire dans l'établissement d'un diagnostic scientifique, l'objectivation et la quantification de leur semblant des garants surs de l'activité soignante et d'une science psychiatrique. (Doucet, 2011, pp.13-14).

De fait, Parmi les principaux fondateurs de la psychologie clinique Lagache, il est appliqué à définir la psychologie clinique, son objet d'étude, sa méthode ainsi que la formation aux psychologues de spécialité clinique. Selon Lagache, cette discipline est basée sur l'étude des cas individuels et a pour objet l'étude de la conduite humaine intellectuelle et de ses conditions (hérédité, maturation, ses conditions psychologiques et pathologiques et son vécu), en un mot : l'étude de la personne dans sa totalité. Lagache exige certains aptitudes à l'exercice du métier des psychologues en particulières psychologues cliniciens : être cultivé, intelligent, persévérant, patient, ordonné, méthodique et bien formé, etc. (Halley, Chiarelli, 2014).

Il faut rappeler que Lagache est parmi les précurseurs de la psychologie clinique. Il s'est intéressé essentiellement à l'aspect scientifique de la psychologie clinique pour qu'elle puisse être en autonomie avec la philosophie et d'autres sciences. Aussi, il a pu élaborer des techniques et des méthodes dont les psychologues cliniciens en auraient énormément besoin dans son travail de pratique et recherche pour remédier aux différentes situations pathologiques.

La suite de l'histoire n'a pas donné raison à Lagache, l'unité de la psychologie est vite apparue comme un leurre, les oppositions entre les courants de pensée allant en augmentant, avec pour corolaire une lente érosion de la part occupée par la psychologie clinique au profit de la psychologie expérimentale, et notamment dans la formation des psychologues à l'université. Depuis la création des DSS en 1992 jusqu'au début des années 2000, le nombre d'étudiants inscrits en DSS de clinique est alors deux à trois fois plus important que dans les autres spécialités. Mais avec la mise en place du système Licence, Master et Doctorat (LMD) en 2004, le nombre de place dans les Masters de psychologie clinique diminue au motif qu'il y trop d'étudiants futurs chômeurs en psychologie, mais parallèlement, de nouveaux Master de recherche qui remplace les Diplômés des Etudes Appliqués (DEA). (Marty, 2019)

Dans ce cadre, la formation initiale du métier des psychologues en France est aujourd'hui dispensée principalement à l'université publique mais également à l'École de Psychologie des Praticiens (EPP). L'obtention d'une Licence est d'un Master de psychologie est désormais requise pour devenir psychologue et d'exercer le métier des psychologues cliniciens. La formation comprend des enseignements théoriques, des stages ainsi d'une dimension de recherche. (Halley, Chiarelli, 2014).

Après l'histoire du métier des psychologues cliniciens dans le monde, maintenant on va entamer chronologiquement le processus du métier des psychologues cliniciens en Algérie.

### **1-2- Histoire du métier du psychologue clinicien en Algérie :**

L'Algérie est le premier pays le plus grand dans le continent d'Afrique, il possède un littoral fertile étroit séparé de l'immense Sahara par des hauts plateaux incluant la chaîne montagneuse de l'Atlas. Un climat varié selon les paysages avec la chaleur aride du désert au sud, la neige abondante des hauts plateaux en passant par les températures modérées de la côte méditerranéenne.

En 1962, la population résidente totale en Algérie a atteint 10 236 000 habitants. En 1987, elle a plus que doublé avec environ un million d'Algériens résident à l'étranger, plus particulièrement en France. Le colonialisme Français, qui a duré de 1830 à 1962 a fait un ravage sur la vie sociale de la population Algérienne, l'Algérie a été considérée par les français comme une province française, si bien que des efforts persistants ont été mis en œuvre pour effacer la vieille culture d'origine. Les jeunes Algériens n'ont pas bénéficié ni dans l'éducation ni dans la santé. Par exemple, les Algériens formaient 85% de la population totale en 1937-1938, mais uniquement 7,2% des lyciens étaient Algériens. En 1940, il y avait 89 étudiants à l'université d'Alger et à peu près 500 sur le total de 5000 en 1954. (Benachenou, 1976). Un Algérien n'était pas traité et soigné dans les hôpitaux, si comme aller à l'hôpital pour mourir, alors qu'il vaut mourir chez soi parmi les membres de la famille. (Al-issa, Bouchafa, 1988).

Les Algériens vivaient une grande pauvreté du fait de la politique du colonisateur Français. Ce dernier avait confisqué les terres fertiles des Algériens et détruit leurs champs en appliquant la politique de « La terre brûlée ». Les romanciers ALBERT Camus et MOULOUD Feraoun l'ont cité dans leurs œuvres romanesques. Aussi, pour réussir leur démarche coloniale, Les Français ont procédé à généraliser l'enseignement de la langue française au détriment de la langue arabe.

Or, le colonialisme ne dure plus. Le peuple algérien avait la certitude, notamment après les événements de 08 mai 1945, que la liberté s'arrache et ne se donne pas. Ainsi, les Algériens ont déclenché, le 01 novembre 1954, contre le colonisateur français une guerre sans merci. Après 07 ans de combat révolutionnaire, les Algériens ont pu retrouver enfin leur liberté et dignité. Un cessez-le feu fut cosigné par les représentants des deux parties, Algériens et Français, le 19 mars 1962. Le 05 juillet 1962 l'Algérie est officiellement pays libre et indépendant.

Au lendemain de l'indépendance, les Algériens ont dû prendre en mains l'avenir de leur pays pour bâtir une Algérie à la hauteur de lourd tribut payé tout au long des années de la guerre de libération nationale (1954- 1962), sans pour autant oublier ce des soulèvements populaire à travers toutes l'Algérie de la première nuit coloniale de 1830 à la nuit du 01 novembre 1954.

Après l'indépendance, toutes les terres et les fermes sont retournées aux Algériens, mais un problème : le retour des enseignants et universitaires Français en France avait causé un déficit flagrant en terme formation dans le domaine de la spécialité de « Psychologie ». Néanmoins, après vingt-cinq ans d'indépendance, les universitaires psychologues fournissent une auto-suffisantes des psychologues. (Al-issa, Bouchafa, 1988).

En 1967, le professeur Khaled Benmiloud, premier professeur algérien dans le domaine de la psychiatrie, formé en Suisse, a donné une importance majeure au métier du psychologue puisque il a demandé de recruter des psychologues cliniciens algériens pour exercer dans le service de psychiatrie adulte. Et comme les postes d'emplois propres au domaine de la psychologie font défaut à l'époque, il a proposé de recruter les infirmiers spécialisés à la place des psychologues. En 1968, le Benmiloud encadre une promotion comptait une douzaine d'étudiants rares furent ceux ou celles qui s'engagèrent dans cette voie. La majorité de ces étudiants choisissent de travailler pour l'industrie et intégrèrent les sociétés nationales pour des métiers plus valorisés, mieux rémunérés et prometteurs. C'est dire que le Benmiloud a donné aux nouveaux praticiens la chance d'exercer le métier à l'intérieure du service, mais malheureusement la société, en ce temps-là, n'était pas prête à s'ouvrir sur un tel changement. En 1970 le paysage de la psychologie clinique s'est relativement éclairé quand le ministre de l'enseignement supérieur Mohamed Seddik Benyahia et le Benmiloud ainsi que certains enseignants de la spécialité comme Samia Benouriche se sont tous engagés à faire une réforme basée sur l'apprentissage pratique, ce qui a motivé et mobilisé considérablement les psychologues, notamment les cliniciens qui

aspiraient à un avenir des plus prometteur pour leur métier de psychologue clinicien.(Kacha, 2012).

Devant le manque de considération et d'importance de la part de la société et l'État algérien à l'égard de la psychologie clinique, cela avait incité certains enseignants de la spécialité à dispenser des cours pratiques dans le but de promouvoir davantage le métier des psychologues cliniciens.

Par ailleurs, En 1978, selon Haddad cité par Benamsili, (2019) il y avait une seule faculté qui assurait la formation en psychologie et il y avait une quarantaine de psychologues qui exerçait sur le territoire national. Actuellement, il y a six universités qui forment des psychologues et plus de 1500 psychologues qui exercent dans différents établissements publics sur l'échelle nationale. (Benamsili, 2019).

L'intervention d'Annette Yaker, psychologue et épouse du ministre de l'enseignement supérieur, va faire évoluer le métier des psychologues, grâce à son action et au travail de groupe motivé de psychologues. Le premier statut des psychologues cliniciens de santé publique a été promulgué le 16 avril 1973. Le métier des psychologues a enfin eu une existence légale. Les études universitaires des psychologues ont enfin été prises en compte. Mais reste toujours le métier du psychologue en particulier clinicien est méconnu. (Kacha, 2012).

Une autre fois, Haddad cité par Benamsili (2019) pour comprendre la situation des psychologues cliniciens en Algérie, Haddad, pense qu'il y a trois facteurs qui peuvent expliquer cette déchéance : le statut juridique, la formation et le niveau socioculturel. Cependant, Jusqu'à ce jour, le statut juridique des psychologues est ambigu. La formation que l'université Algérienne fournit est en décadence à la réalité du terrain (la pratique). En fin de niveau socioculturel ; nous sommes devant une situation assez complexe, entre les valeurs scientifiques et valeurs culturelles-religieuses traditionnelles. (Benamsili, 2019, p.107).

Les psychologues ne sont pas regroupés au sein d'une association indépendante, mais ils dépendent de l'Union des Sociologues et Economistes Algériens (USEA). En plus, l'union regroupe la sociologie, l'économie, la comptabilité, les statistiques, la géographie et les sciences politiques. Toutefois, un groupe de psychologues ont sollicité une association indépendante. Deux journaux qui paraissent sporadiquement publient les articles en psychologie et en éducation : la revue Algérienne de psychologie et de sciences de l'éducation éditée à Alger et psychologie-éducation publiée à Constantine. (Al-issa, Bouchafa, 1988, p.253).

En début de 1985, le ministre de la santé arrêta le recrutement des psychologues. Il désirait se débarrasser de ce métier dont il ne voyait pas l'intérêt et souhaitait le transférer au ministre de la protection sociale. Il ira même jusqu'à autoriser l'installation des psychologues en privé sans exiger de formation préalable à cet exercice dans le seul but d'éviter le recrutement. (Kacha, 2012, p.111).

Si le parcours de formation du psychologue clinicien est clairement défini aujourd'hui, cela n'a pas toujours été le cas. Il est le fruit d'un long processus jalonné de tension, de débats, voire de conflits. Ce n'est qu'après 1985 qu'une loi voit le jour réglementant le titre de psychologue et il aura fallu attendre cinq ans de débats, de démarches ainsi qu'une grève en 1990. (Halley, Chiarelli, 2014, p.867).

C'est grâce à un long combat mené par plusieurs enseignants de l'université et praticiens que la formation universitaire soit reconnue avec un diplôme formé par des enseignants de haut niveau ce qui a permis d'exercer le métier dans des centres hospitaliers public et privé.

Le 14 septembre 2004, la création de Syndicat National Algérien des Psychologue (SNAPSY), est constituée également conformément à l'enregistrement N° 87, délivré par le ministre du travail et de la sécurité sociale.

Le SNAPSY, est une organisation revendicative et indépendante de toute tutelle politique, administrative et patronale. Elle est unitaire, démocratique et ouverte à l'ensemble des psychologues Algériens praticiens au niveau des différents secteurs d'activité de la fonction public (santé public, solidarité nationale, jeunesse et des sports...), cette organisation exerce ses activités conformément à la loi 90/14 du juin 1990 relative aux modalités d'exercice du droit syndical modifié et complétée par la loi n°91/30 du 21 décembre 1991 et l'ordonnance n°96/12 du 10 juin 1996 (JORADP N°23/1990).

De ce fait, Keddad, président du syndicat, explique qu'il s'agit d'une première action d'alerte avant de décider de durcir le mouvement, au cas où la tutelle ne donne pas de réponse favorable aux revendications des psychologues cliniciens.

Le syndicat des psychologues cliniciens demande également la mise en place d'un décret exécutif portant le code déontologique du métier des psychologues et ses ordres professionnels. La publication d'une décision ministérielle portant la définition du diplôme universitaire équivalent pour accéder au corps des psychologues dans la santé publique, la mise en place d'une commission nationale consultative des experts psychologues, suite à la décision ministérielle datant de mois Janvier 2013 portant la création d'une commission

nationale des experts et commission dans la santé. En cela, La plateforme de revendication du syndicat tourne également autour de la réduction du volume horaire hebdomadaire des psychologues cliniciens de la santé publique et les conditions d'accès aux postes supérieurs en permettant aux psychologues d'accéder à ces postes et la publication d'une décision ministérielle portant organisation des activités des psychologues dans les structures publique et privés. (Kacha, 2012).

En 1990 et 2005, l'Algérie a été confronté à une guerre civile (cent vingt mille morts), en 1990 les attentats des terrorismes, en 2001 les inondations de Bab El Oquad, et en 2003 un séisme qui a fait un ravage sur le plan matériel et humain. Le pays s'est senti comme maudit et sous les coups d'une punition divine. La population, en état de choc, a eu besoin d'aide. C'est à cette époque-là, que l'Algérie a subit de multiples souffrances, violences sociales et catastrophe naturelles, que les psychologues cliniciens ont enfin pu y investir leur espace professionnel. (Kacha, 2012). Dans cette période triadique, que les psychologues cliniciens sont reconnus professionnellement, parce que la société Algérienne a été en crise psychologiquement, alors l'état Algérienne fait appel à ces professionnels de la santé mentale dans le but de donner l'aide et l'accompagnement des individus, les services de sécurité et la protection civile qui ont fréquenté ces catastrophes naturelles.

En 2010, la Société Algérienne de Recherche en Psychologie (SARP), organise un colloque international qui s'est tenu au palais de la culture « *Moufdi Zakaria* » sous le thème « *les réflexions autour des pratiques psychologiques (regard du clinicien)* ». Les différents intervenants ont abordé, tour à tour, la formation des psychologues cliniciens, son statut sur le plan réglementaire, ses méthodes de travail et la pratique de la psychologie en Algérie. Ces interventions constituent le numéro 18 de la revue psychologie(2011), édité par la SARP. (Benamsili, 2019, p.108).

Dans ce cadre, un article, émanant de Taourirth (2012) cité par Benamsili (2019), a mis l'accent sur les difficultés de l'exercice du métier des psychologues cliniciens et la crise identitaire de la profession, et ce, à travers une étude réalisée auprès de 20 praticiens algériens. De ce fait, un autre article de Zehhar et Amrouni (2015) cité par Benamsili (2019), va dans le même sens que l'étude citée précédemment, à savoir en rattachant les obstacles de l'exercice du métier à la nature même de son travail et à sa formation ainsi les moyens utilisés.

Ce métier, comme nous l'avons souligné, n'a pu s'imposer que grâce à un groupe de consensus qui s'est uni pour ce battre et la faire exister. La notion de ce corps d'appartenance

à une famille, a été primordiale. Il est important que les jeunes générations soit dépositaire de cet héritage et qu'elles se souviennent que leur famille professionnelle n'aurait pu voir le jour sans la détermination de ce groupe de psychologues : Suzanne Mazella, Samia Benouniche, Latifa Belaroussi, Lila Hassas, Samia Rachedi, Fatouma Sassiet Souad Rasnaama, pour ne citer que celles-ci. Ce combat est-il une histoire de militante ? Une histoire de confraternité ? Une histoire de Femmes ? Probablement tout à la fois. Quoi qu'il en soit, ce combat a été le socle sur lequel s'est construit le métier des psychologues cliniciens en Algérie. (Kacha, 2012, p.113).

En fin, le métier des psychologues cliniciens ont eu leur place et reconnu. cependant, grâce au combat qui a été fait par plusieurs psychologues que ce métier est exercé en toute liberté dans différents lieux.

## **2- Définitions du métier de psychologue clinicien :**

Dans le but de bien définir le métier des psychologues cliniciens, nous avons choisi ces présentes définitions, car elles sont claires et simples, à partir de ces définitions, nous allons bien comprendre ce métier. Cela nous permet également de continuer à élaborer notre premier chapitre.

En Mai 1990, le journal des psychologues proclame en gros titre : « *qui est le psychologue ? La loi le dit maintenant* ». En effet, à ce moment les décrets d'application de la loi du 25 Juillet 1985 sur le titre de psychologue vient enfin de paraître. (Ohayon, Plas, 2011, p. 99).

Selon LE Petit Robert, on trouve les définitions suivantes :

- *C'est la personne qui a des connaissances de l'âme humaine.*
- *C'est une personne qui apte de faire des études scientifiques des phénomènes de l'esprit, de la pensée, la perception sur des individus.* (Studyrama, 2005, p.20).

Le métier des psychologues cliniciens est « *usage professionnel du titre psychologue, accompagné ou non d'un qualificatif, est réservé au titulaire fondamentale et appliqué de haut niveau en psychologie préparant à la vie professionnelle est figurant sur une liste fixée par décret en conseil d'État ou aux titulaires d'un diplôme national exigé*». (Bouchard, 2017, p.810).

Ainsi, le bureau international du travail définit le métier du psychologue « *est une personne étudie le comportement humain et les processus mentaux, recommande le traitement des problèmes psychologiques dans les médicaux, élabore le diagnostic, le traitement et la prévention des désordres émotionnels de la personnalité ainsi que des difficultés dues à la*

*mauvaise adaptation à l'environnement social et situationnel, développe et administre des tests d'intelligence, d'attitude, d'aptitude et de capacité. Les psychologues ont une fonction de facilitateur de la communication et de catalyseur du changement dans une société en évolution constante ».*

Dans un autre sens, le métier des psychologues cliniciens « *prendre en compte la personne humaine dans ses dimensions psychiques, individuelles et collectives, concevoir les méthodes et mettre en œuvre les moyens et techniques permettant de répondre au mieux aux différents besoins et de demandes identifiés, être interlocuteur des acteurs et partenaires de leurs différents secteurs d'exercice* ». (Décaudin, Ghigline, 2013,).

Enfin, le métier des psychologues cliniciens, est celui qui exerce dans des institutions relevant du champ de la santé mentale. Il occupe une place centrale, conséquence de la dilution progressive de la clinique psychiatrique. Aujourd'hui, la définition du métier de psychologue clinicien est bien définie grâce à des approches théoriques qui existent dans le champ de la psychologie clinique ainsi que des laboratoires et des syndicats qui activent pour donner le sens au métier du psychologue clinicien.

### **3- Code déontologique des psychologues cliniciens :**

La pratique de la psychologie clinique nécessite un code déontologique et qui joue un rôle essentiel : entre autres il oriente la mission du professionnel, précise ses compétences, contribue à sa reconnaissance sociale et à la construction de son identité du métier. Le code déontologique s'applique à toute personne portant le titre des psychologues cliniciens et qui, par conséquent, reçu un agrément de la commission des psychologues.

Le mot « Déontologie » (du grec deon-deontos) fait référence à une réflexion sur des règles, des devoirs, des obligations de comportement. Etymologiquement, il est donc presque synonyme de morale ou éthique. Le mot déontologie a été créé par JEREMY Bentham en 1834 dans le sens général des sciences de la morale. Bien avant cette date, les professionnels de la médecine se sont donné des règles de conduite. La référence déontologique fondamentale au XX<sup>ème</sup> siècle est le « Serment d'Hippocrate » (Lecomte, 2012, p.309).

A cet effet, un code déontologique décrit des règlements et des obligations auxquels doivent se soumettre des professionnels. Cependant, la plupart des articles d'un code déontologique se doivent être interprétés, compte tenu de la diversité des domaines d'applications et des circonstances de pratique. (Brunet, 1999, p.115).

La déontologie est « *une éthique professionnelle qui s'applique aux individus seulement en tant qu'ils exercent un métier déterminé et qu'ils ont, dans ce cadre, des*

*obligations, des responsabilités et des droits. Elle doit garantir le bon exercice d'une pratique professionnelle compte tenu de son insertion au sein d'une société elle-même globalement régulée par la morale, les lois et le droit* ». (Lecomte, 2012, p.309).

Comme toute spécialité, il y a un code de déontologie propre aux psychologues. Le respect de la personne dans sa dimension psychique est un droit incessible. Sa reconnaissance fonde l'action des psychologues. En générale, le code déontologique est un ensemble de règles et de devoirs qui régissent une profession, la conduite de ceux qui l'exercent, les rapports entre ceux-ci et leurs clients et le public. Le psychologue offre au patient une sécurité à propos de la qualité des services, il protège le grand public et la société dans son ensemble ainsi que le respect de toute autre profession.

D'après l'Association des Psychologues Américaine (APA) propose six principes éthiques guidant la compréhension de son code de déontologie et permettant la réflexion dans toute problématique éthique dont les balises ne seraient pas expressément fournies par le code de déontologie. Ces six principes sont : la compétence, l'intégrité, la responsabilité professionnelle et scientifique, le respect des droits et de la dignité de l'individu, le souci pour le bien-être de l'individu et la responsabilité sociale. Sans entrer dans les détails et l'ordre de préséance accordé par l'association des psychologues américaines à ces principes, il est facile de voir le recouvrement presque total entre les principes des deux sociétés. En fait, Leach et Harbin (1997) dans une comparaison fouillée des codes de déontologie de 24 pays différents concluent en un accord de 100% entre les principes américains et les principes canadiens. En fait, le code déontologique canadien et celui des 24 pays obtenant le plus grand accord avec celui des Etats-Unis (68%), lorsqu'ils comparent non seulement les principes, mais l'ensemble des « standard » (normes). (Brunet, 1999, pp.88-89).

Le code déontologique que les psychologues cliniciens Algériens suivent, utilisent et respectent est bien le code déontologique français signé le 22 Mars 1996, par Association des Enseignants de Psychologie des Universités (AEPU), Association Normale des Organisations des Psychologues (ANOP), la Société Française de Psychologie (SFP), puis adopté par 28 organisations. Des psychologues ont représenté un moment particulier fort de la structuration identitaire du métier des psychologues cliniciens en France, actualisé et proposé à signature en Février 2012 (<http://www.codededeontologiesdespsychologues.fr>).

Dans un sens psychologique, le code déontologique désigne un cadre bien défini et limité à l'exercice du métier des psychologues cliniciens qui prescrit la façon dont la profession doit se comporter de manière responsable. C'est pourquoi la pratique du métier des

psychologues nécessite cette loi, du côté faciliter l'accès aux soins de tous les patients et la continuité de la prise en charge qui ont des troubles mentaux, ainsi que garder le secret de chaque patient c'est-à-dire de ne pas dévoiler sa vérité aux autres.

Selon Bourguignon (2009), cité par Benamsili (2019), la déontologie des psychologues a pour valeur centrale le respect de la personne. Il s'ensuit des recommandations qui valent pour tous les psychologues, quel que soient leur spécialité et leur lieu d'exercice, elle vise à orienter leur action en mettant l'accent sur leur responsabilité couplée à leur indépendante professionnelle.

De ce fait, le code déontologique est indissociable, lié à la loi du 08 Novembre 1993 protègent le métier des psychologues cliniciens. En d'autre terme, l'agrément en tant que des psychologues cliniciens scelle l'engagement que prend un psychologue à respecter ses obligations professionnelles.

De plus, le respect de la personne humaine dans sa dimension psychique est un droit inaliénable, sa reconnaissance fonde l'action des psychologues, sa finalité et l'objectif est avant tout de protéger le public et les psychologues cliniciens contre les mésusages de la psychologie clinique et contre l'usage des méthodes et techniques se réclamant abusivement de la psychologie. (Marie-France, 2007).

Par ailleurs, lorsque les psychologues exercent leur profession au prêt d'un sujet ou d'un patient, le droit au secret professionnel est de sauvegarder le secret de la personne. Les psychologues doivent garder les secrets et les éléments du dossier ou les informations qui proviennent de chaque patient. (Wright, Lussier, Sabourin, 2008).

De nombreuses dispositions des codes déontologiques semblent directement inspirées de cette vision des droits individuels fondamentaux. L'essence de cette éthique et des obligations qui en découlent pourrait se résumer ainsi : il ne faut rien imposer à un individu, il ne faut pas limiter sa liberté ; en fait cette éthique s'attache à l'évitement de tout ce qui pourrait nuire à un individu, mais ne s'attache d'aucune façon à ce qui pourrait l'aider. C'est ainsi que les législateurs protègent le droit du client à la confidentialité et exige un consentement libre et bien déterminer, dans le but de protéger les patients sur les abus potentiels des professionnels ; c'est ainsi que les codes de déontologie décrivent les obligations du professionnel et les droits des patients. (Brunet, 1999).

En fin, l'objectif du code déontologique des psychologues cliniciens, est d'exercé le métier avec une autonomie, si cette condition n'est pas acquise, il ne peut pas fonctionner professionnellement de manière efficace. A partir du moment où les psychologues disposent

de la capacité d'évaluer les différentes options et de prendre les décisions, il doit assumer les conséquences. La responsabilité des psychologues cliniciens découle de cette autonomie, cette responsabilité à toujours une valeur phare du code déontologique des psychologues cliniciens et elle est à présent, confirmée dans le texte légal.

#### **4- Principales fonctions d'un psychologue clinicien :**

Parmi les métiers qui existe dans le milieu sanitaire, et notamment dans la santé publique ; le métier des psychologues cliniciens, ce métier perçu comme un auxiliaire thérapeutique du médecin ou comme occupé à d'autres tâches ou bien encore comme un acteur de soin en mesure d'aider le patient à recouvrer sa santé mentale.

Concernant le cadre de l'emploi des psychologues cliniciens de secteur public Algérien, l'article 19 de l'ordonnance n°43 du 29 Rajab1430 correspondant au 22 Juillet 2009, susvisée. Des articles qui présentent la fonction et mission des psychologues cliniciens sont comme suit :

Article. 19 : les tâches dévolues aux psychologues cliniciens de santé publique sont chargés d'assurer l'encadrement technique des activités des psychologues cliniciens affectés dans un ensemble de structures de santé.

A ce titre, les principales fonctions des psychologues cliniciens consistent à réaliser des techniques du diagnostic et l'évaluation, la prise en charge et la recherche pour que le métier des psychologues cliniciens soit complet.

##### **4-1- Fonction de diagnostic et l'évaluation :**

Le diagnostic et l'évaluation constituent une étape décisive dans l'aide d'apporter aux patients. Poser un diagnostic c'est identifier la pathologie et donc adopter la conduite à tenir qui en découle. En l'occurrence, reconnaître une telle pathologie c'est savoir que l'on a affaire à une perturbation du fonctionnement psychologique, que des mesures aptes à soutenir le sujets qui fait la demande pour l'aidé à sortir de sa souffrance psychologique.

Le diagnostic d'un trouble repose sur un ensemble de signes comportementaux et sur l'histoire du développement. Dans la première approche le clinicien va donc recueillir les infirmations, le plus souvent à partir d'un entretien avec le sujet et à partir de l'observation des comportements. Mais la confirmation du diagnostic est obtenue par des échelles standardisées qui permettent d'apprécier la nature et l'intensité des troubles et de déterminer avec une précision à quelle catégorie le diagnostic appartient le sujet porteur d'un trouble psychologique. De ce fait, la démarche diagnostique s'inscrit dans une collaboration pluridisciplinaire et parallèlement à cette recherche standardisée de tous les éléments qui

confirmeront le diagnostic clinique d'un trouble. Le diagnostic étiologique est réalisé par des psychiatres et des médecins spécialistes dans le physique qui vont procéder à l'examen physique du patient et organiser des investigations permettant la recherche d'autres maladies associées. Ensuite, l'évaluation est donc indispensable pour que la démarche thérapeutique soit adaptée au mode particulier de fonctionnement des patients porteurs d'un trouble. De plus l'évaluation a plusieurs objectifs, il permet de faire le point sur le niveau d'acquisition réalisé par l'enfant et de cerner les particularités de la saisie et du traitement de l'information comme le cas d'un enfant autiste ainsi durant l'évaluation qui sera menée l'analyse fonctionnelle des troubles du comportement. Tous ses objectifs sont nécessaires pour mieux situer le niveau du fonctionnement de la personne porteuse d'un trouble. (Rogé, 2004).

#### **4-2- Fonction de prise en charge :**

La prise en charge des situations cliniques difficiles et de la dangerosité pose différentes questions : cadre de la prise en charge, et donc type de l'institution accueillante, traitement proprement dit, et enfin articulation des soins avec d'autre système.

La prise en charge psychologique des sujets souffrants de situations cliniques se démarque des autres prises en charge et psychothérapies traditionnelles. Le patient ne considère pas comme un malade mentale et répugne à consulter un psychiatre ou un psychologue. D'ailleurs, dans la phase immédiate qui suit l'événement ou l'agression s'il s'agit d'une victime, cette victime choquée n'est pas en état de formuler une demande, et l'intervenant du psychiatre ou psychologue clinicien. Il en est souvent de même lors de la période post-immédiate, pendant laquelle la victime espère que ses symptômes et malaises vont s'estomper avec le temps. D'où l'intérêt qu'il y a à offrir une aide ou des soins psychologiques tels que débriefing ou intervention psychothérapeutique post-immédiate. Ensuite, pour les tableaux cliniques de la période différée et chronique, il faut savoir que les méthodes et techniques thérapeutiques appropriées à la prise en charge de telles pathologies se démarquent de la psychiatrie traditionnelle, et qu'une nécessaire écoute empathique et contenance doit prendre le pas sur la traditionnelle attitude de neutralité bienveillante, qui, ne répondant pas aux besoins du patient, serait vécue par le patient comme une indifférence ou un rejet. La verbalisation de l'expérience vécue du trauma est la clé de la thérapie, apportant l'attribution du sens de cette expérience « insensée » et procurant la catharsis ou soulagement éclairé. (Crocq, 2014, p.129).

**4-3- Fonction de recherche :**

La recherche en psychologie clinique, qui constitue une des orientations de la pratique des psychologues cliniciens de cette discipline. La définition de la recherche en psychologie clinique et ce que signifie être chercheur en psychologie clinique. Ensuite, voir de plus près comment articuler la recherche sur le plan éthique et déontologique dans cette discipline.

La recherche en psychologie clinique comme tout autre domaine a pour finalité de mieux connaître l'objet d'étude soutenue par le souci de la preuve et l'effort de généralisation, elle a pour particularité et spécificité d'étudier l'être humain. Plus précisément, elle a pour cible l'étude du fonctionnement psychique, cognitif et comportementale du sujet. La recherche en psychologie clinique, utilisée dans une acception large, renvoie à une pluralité des méthodes telles que expérimentale, éthologique, clinique, etc. Elles-mêmes sous tendues par des approches théoriques diverses. Comme toutes disciplines, la recherche en psychologie clinique se donne des objectifs, doit répondre à des hypothèses, propose une méthodologie adaptée à son objet, tire des conclusions qui permettront de contribuer à l'amélioration des connaissances dans le domaine étudié. (Varescon, 2007, p.65).

De ce fait, la recherche vise à améliorer nos connaissances dans le champ clinique. Ce champ est vaste et couvre tous les problèmes de la vie quotidienne, ordinaire et insolite : le désir d'enfant, la naissance, la maternité, la paternité, la maladie, le deuil, la mort... Psychologie de la vie quotidienne, la psychologie clinique se trouve ainsi proche de la psychologie du sens commun, ce qui la rend attractive, mais y rend plus difficile la conquête de connaissances scientifiques. (Chiland, 2015, p.5).

Dans ce cadre, les compétences des psychologues cliniciens sont demandées partout pour intervenir dans des institutions auprès de public. En se basant sur le savoir théorique et ses compétences au niveau diagnostique, de la prise en charge et de la recherche scientifique. Il intervient dans plusieurs domaines (santé, éducation, social, travail, justice...), la présence de ces professionnels et leurs interventions sont indispensables dans les services où les situations de violence se multiplient comme aux urgences.

En somme, les psychologues cliniciens, dont le rôle est de comprendre et d'améliorer la santé physique et mentale des individus, ils travaillent dans des centres hospitaliers, des établissements psychiatriques, des cliniques spécialisées, des centres locaux de services communautaires et des écoles et des cabinets privés. Ils évaluent et traitent les troubles et les déficiences d'ordre comportementale, psychique ou émotionnel. Leur formation les a préparés à pratiquer la psychothérapie tant auprès de personnes qui présentent des troubles profonds

qu'auprès de personnes qui se sentent légèrement perturbées ou malheureuses, ou qui souhaitent apprendre à mieux faire face à leurs problèmes. Certains cliniciens assument, en plus de leur pratique clinique, des tâches d'enseignement et de recherche dans des collèges ou des universités. (Tavris, Wade, 2007, p.15).

En résumé, les psychologues cliniciens offrent un espace d'écoute, il apporte un soutien émotionnel et une aide très pragmatique concernant l'orientation et les services disponibles. Des qualités d'empathie, une bonne connaissance du trouble et des aides qui sont disponibles, ainsi qu'une capacité à assumer la difficulté dans le cadre d'une relation ouverte et honnête permettent de progresser vers une connaissance de la situation dans le respect de la personne qui en prend conscience et au rythme qui est le sien.

### **5-Quelques métiers du psychologue clinicien :**

Les psychologues cliniciens sont des fournisseurs de service de santé mentale, qualifiés pour fournir aux patients des conseils ainsi qu'une évaluation et un traitement des troubles mentaux et émotionnels en utilisant des méthodes et des théories scientifiques. De bonnes aptitudes de communication interpersonnelle sont importantes. La psychologie clinique et les psychologues cliniciens qui doivent être au service des patients et sensé de les comprendre et comprendre ce que les patients leur disent. Cependant, les psychologues cliniciens peuvent exercer leur métier dans plusieurs secteurs : la fonction publique, au prêt des associations, le secteur privé...les psychologues cliniciens ont une tache de complémentarité avec d'autres métiers ; psychiatre, pédiatre, généraliste, etc. Donc les psychologues cliniciens exercent leur métier dans différents lieux et services, parmi ces lieux sont les suivants :

#### **5-1- Psychologue clinicien dans le service de pédopsychiatrie :**

La place de l'enfant est envisagée tout spécialement au regard de la demande des parents et de l'institution scolaire, à travaux du déploiement d'un travail qui s'attache aux processus de continuité et discontinuité, dans le contexte d'une pathologie qui de présente essentiellement par son aspect de mise à mal des potentiels des symbolisations et/ou de liaison. (Roman, 2010, p.24).

Cependant, le professionnel qui exerce son métier dans la pédopsychiatrie doit conserver une « *mentalité bienveillante* ». Il doit utiliser des questions claires afin de ne pas enfermer le patient (l'enfant). La formulation est alors travaillée dans le sens d'une liberté de circulations des idées, des comportements tout en veillant à bien circonscrire le cadre avec ses règles (expliciter le secret professionnel). (Thomas, Vaz-Cerniglia, Willems, 2007, p.31).

Le développement psychique de l'enfant doit être envisagé selon des points de vue complémentaires et indissociables. En effet :

- Le développement psychomoteur et cognitif peut souvent être mis en parallèle avec les indicateurs de la maturation neurologique ;
- Le développement affectif est plus difficile à évaluer mais reste étroitement lié au premier. (Graindorge, 2005, p.7).

La spécificité des pratiques du métier des psychologues cliniciens peuvent être appréhendée sur deux plans :

- Dans l'approche diagnostique, l'apport du psychologue sera envisagé à partir du bilan et/ou de l'examen psychologique : les épreuves projectives y occuperont une place privilégiée, dans une orientation psycho-dynamique, permet de soutenir la discussion psychopathologique autour de la question de l'instabilité motrice comme symptôme ou syndrome, ainsi les épreuves déficiences intellectuelles dont la lecture clinique permet la prise en compte des différents registres d'investissement cognitif de l'enfant.
- Dans l'approche thérapeutique, l'apport du psychologue consiste dans la proposition de dispositifs psychothérapeutiques individuels ou groupaux, le psychologue se centré sur l'enfant et/ou sur le groupe familiale à partir des médiations thérapeutiques. Les dispositifs individuels ou groupaux à médiation thérapeutique dans la clinique de l'enfant : autorise une forme de partage de l'excitation (holding), qui se trouve à se lien à travers de l'expérience de créativité proposée à l'enfant. (Roman, 2010).

L'importance et la place des psychologues cliniciens dans la clinique de l'enfant instable est de collaborer avec d'autres spécialistes : le psychiatre, le pédiatre, le psychomotricien, l'ergo thérapeutique, l'orthophoniste dans le but de faire un examen complémentaire qui aide au diagnostic.

### **5-2- Psychologue clinicien au centre médico-psychologique (CMP) :**

Les psychologues cliniciens jouent un rôle important dans le centre médico-psychologique (CMP) dont il pratique son métier.

Dans ce cadre, le CMP est une structure centrale du service public hospitalier qui a pour mission d'accueillir toutes les demandes de soins émanant de personnes souffrant psychologiquement. De ce fait, l'équipe du (CMP) est confrontée aux manifestations les plus variées de la psychopathologie. Le travail des psychologues cliniciens sur un secteur infanto-

juvénile couvre un champ clinique très large et ses interventions peuvent se décliner selon les modalités particulièrement diversifiées. (Schauder, 2007, p.213).

La consultation en centre médico-psychologique peut sembler plus propice autant venant de la demande. En effet, en s'adressant au CMP, le sujet découvre un lieu ouvert au public, le souvent au rez-de-chaussée d'une maison d'habitation banale, dont les pièces ont été aménagées en bureau individuels, occupés avec une équipe multidisciplinaire : les psychiatres, les psychologues, les infirmiers, l'assistance sociale. (Doucet, 2011, p.36).

De ce fait, l'inscription des psychologues cliniciens au CMP implique des interventions à différents niveaux du système de soins (travail clinique et psychothérapique, travail intra-institutionnel auprès de l'équipe soignante du CMP, travail interinstitutionnel auprès de professionnels du champ de l'enfance et de l'adolescence). L'action du psychologue clinicien dans le CMP doit s'inscrire en liaison avec la famille de l'enfant et les différents services sanitaires, sociaux et éducatifs. Il cherche à comprendre la motivation de la demande du patient (l'enfant). (Schauder, 2007).

En effet, la tâche principale des psychologues cliniciens de CMP dont le couvre à la fois l'accueil, l'orientation, la prévention, le diagnostic, et de proposer à la fin une solution, un traitement qui va donner une vie normale pour le sujet.

### **5-3- Psychologue clinicien dans le milieu scolaire :**

Les psychologues cliniciens en milieu scolaire existent depuis une cinquantaine d'années mais reste un métier en perpétuelle mutation pour plusieurs raisons. Les élèves d'aujourd'hui ont peu de choses en commun comparés aux élèves d'avant-hier, tout au moins dans leur mode de vie. Ces changements invitent les psychologues cliniciens en milieu scolaire de s'adapter à des approches nouvelles. A cet effet, un nombre croissant des élèves qui ont besoin de prise en charge et de bilans psychologiques à effectuer dans le secteur scolaire auprès des élevés et leurs familles. (Schauder, 2007).

Il oriente sa pratique en fonction des capacités, des intérêts et des besoins de l'élève. A l'instar des enseignements et du personnel professionnel et technique de soutien, aussi il contribue par ses interventions à la triple mission de l'école soit : instruire, socialiser et qualifier, sans perdre de vue ; l'objectif premier qui consiste à favoriser la réussite éducative de tous (Association québécoise des psychologues scolaire, 2007).

Les psychologues en milieu scolaire organisent des entretiens avec les enfants en vue de favoriser l'émergence du désir d'apprendre et de s'investir dans la scolarité, le dépassement de la dévalorisation de soi née de difficultés persistantes ou d'échec antérieurs. Il

conseille aux parents une consultation extérieure à l'école quand la situation requiert une prise en charge qui ne peut être assurée au sein de l'école, ou lorsque des investigations approfondies semblent nécessaires, et notamment quand les troubles psychopathologiques ou neurologiques peuvent être suspectés. (Hubert, 2003).

De plus, il s'engage dans les activités qui favorisent, restaurent, maintiennent, ou développent le fonctionnement positif et le bien-être de l'élève qui le soutiennent dans le cheminement scolaire et qui lui permettent de s'épanouir sur le plan personnel et social. A cet effet, il offre des services de prévention, de dépistage, d'évaluation, d'aide et d'accompagnement qui l'amènent à intervenir à plusieurs niveaux et accomplir différentes tâches. (Association québécoise des psychologues scolaire, 2007).

En résumé, l'identité des psychologues cliniciens ont fait l'objet de nombreux débats qui sont nécessairement restés ouverts, devant intégrer dans la réflexion les nouveaux types de situations cliniques et les nouveaux lieux d'exercice auxquels il sera confronté. De ce fait, le véritable développement du métier des psychologues cliniciens est consécutif à la seconde guerre mondiale. Il est caractérisé notamment par l'apparition de nouvelles formations, une forte croissance des effectifs, une diversification des secteurs d'intervention, des références théoriques et méthodes en psychologie clinique.

## **6- Différence entre un psychologue clinicien de secteur public et un psychologue clinicien libéral :**

Les psychologues cliniciens sont des professionnels de la psychologie clinique, discipline qui regroupe plusieurs courants théoriques et pratiques. Ces professionnels sont des spécialistes de vécu des comportements humains, des conduites humaines, ils les décrivent, les comprennent et les expliquent à partir des connaissances scientifiques dont ils disposent et de la démarche critique qu'ils mettent en œuvre. Les psychologues cliniciens peuvent travailler dans le secteur public (État) et peuvent aussi travailler dans le secteur privé (son compte).

### **6-1-Psychologue clinicien de santé publique :**

Les psychologues cliniciens de santé publique doivent rechercher de façon proactive et dynamique la position de leadership qui leur revient dans l'arène publique, en tant qu'autorité première en matière de comportement humain. En tant que force culturelle, ils peuvent contribuer de façon importante à l'intérêt public et aux politiques sociales. (Roy, Villeray, 1999, p.18).

L'offre psychologique est aujourd'hui proposée à des personnes confrontées à des problématiques « cible », elles-mêmes définies par les pouvoirs publics, de par leur caractère et leur priorité de santé publique, sont souvent sollicités pour mener différents types

d'interventions en clinique individuelle, groupale, institutionnelle et organisationnelle, les psychologues répondent ainsi à des demandes ou des commandes institutionnelles représentant souvent des souhaits de résolution de problèmes. L'objectif des psychologues cliniciens dans la santé publique est de donner une visibilité des positionnements dans leur profession dans contextes de coopération interdisciplinaire et interinstitutionnelle. (Durocher, Maillard, Pelletti et Lecourt, 2012).

En effet, dans l'institution publique les psychologues cliniciens ont pour mission, dans le cadre de son travail clinique de prendre en compte, pour ce qui concerne ses interventions, et de faire prendre en compte par ces collègues, la dimension psychique de la réalité sociale des personnes dont il s'occupe. Son rôle est de faire le lien entre le patient et l'équipe, mais aussi entre les différents intervenants de la prise en charge. (Alessandrini, Mendelson, 2014).

Les psychologues cliniciens vont donc travailler avec le patient, ses proches, les professionnels, ils ne vont donc pas forcément coller à la demande institutionnelle, qui est souvent d'améliorer la qualité de vie, de santé publique, d'observance il le laisse de gagner ses ressources psychique, qui seront autant de gains subjectif et singuliers qui lui permettront d'avoir une meilleure observance de son traitement. Ainsi les psychologues cliniciens de santé publique donne une opportunité, aux patients des moyens, des chances de s'adapter au parcours thérapeutique. (Durocher, Maillard, Pelletti et Lecourt, 2012).

### **6-2- Psychologue clinicien en libéral :**

L'exercice du métier des psychologues cliniciens en libéral est une pratique à laquelle aspirent un bon nombre de psychologues, particulièrement les jeunes diplômés. La pratique ces professionnels en libéral est fonction de leurs formations initiale et de ses formations complémentaire (psychanalyse, formation à la psychothérapie, au psychodrame, à l'animation des groupes, à l'analyse des pratiques, à l'expertise...etc.). Elle va du conseil à la thérapie. Autrement, « la mission des psychologues cliniciens en libéral ne sont autre que celle qu'ils se fixent eux-mêmes » (Moral et coll, 2007). Ils organisent intégralement leur travail et assume seul la responsabilité de leurs choix cliniques, ce qui suppose de leur part une rigueur éthique et déontologique, une capacité psychique et matérielle suffisante. En outre, pour s'installer en privé, le psychologue doit remplir un certain nombre de formalités qui sont décrétés, entre autres, dans la fiche technique rédigée par le Syndicat National des Psychologues sur l'exercice libéral de la psychologie clinique ». (Decaudain, GhigLione, 2010, pp.41-42).

L'intervention en libéral peut s'inscrire comme un travail complémentaire aux approches institutionnelles. De nombreuses différences, mais aussi des points communs

apparaissent. La première et principale différence concerne la demande qui est explicite. La personne qui consulte un psychologue en libéral, vient pour une thérapie. L'élaboration de la demande sera co-construite au cours de la thérapie. (Cohier, Rahban, 2007, p.130).

Le Syndicat National des Psychologues Français conseil aux psychologues de l'exercice en libéral :

- D'accumuler et de diversifier ses expériences professionnelles pendant plusieurs années ;
  - De ce faire supérieur par un professionnel plus expérimenté dans les premières années d'exercice ;
  - D'être engagé impérativement dans un travail thérapeutique ou analytique personnel
  - Contacter les collègues du secteur pour une meilleure articulation de l'offre ;
  - Se présenter aux praticiens du secteur, aux acteurs du milieu scolaire et associatif ;
  - Définir clairement les limites de son intervention ;
  - Eclaircir ses relations avec l'argent afin de fixer plus sereinement ses tarifs.
- (Décaudain, Ghiglione, 2010, p.42).

Par ailleurs, La mission des psychologues cliniciens de l'exercice en libéral est ainsi, le déplacement à domicile peut être pensé en analogie avec ce qui se passe en partie pour une mère lorsque son bébé paraît. Certains psychologues acceptent de travailler à domicile, mais il est déstabilisé d'une manière spécifique. Il touche sa « base de sécurité professionnelle », la mère va avoir une construction de la « base de sécurité affective » de son bébé alors même que psychiquement et affectivement, elle est en équilibre instable. Les psychologues cliniciens en libéral prennent le risque de se retrouver au plus près de l'univers affectif de cette dyade en proposant une enveloppe à une mère qui en est démunie ou qui est présente mais très fragile. (Cohier, Rahban, 2007).

### **7- Différence entre le métier du psychologue clinicien et le métier du psychiatre :**

Il existe deux métiers dans le domaine de la santé mentale ; métier du psychologue clinicien et celui du psychiatre. Tous les deux s'exercent dans le secteur public et privé. Quel sont les niveaux de comparaison qu'on puisse établir entre ces deux métiers ?

Les psychiatres et les psychologues cliniciens sont formés à l'université, le premier en médecine et le second en science sociale et, au terme de cette formation obtiennent un diplôme d'Etat. Les psychiatres sont donc des médecins qui ont fait une longue spécialisation, représentant au moins dix années d'études. Les psychologues cliniciens sont formés à la

faculté des sciences humaines et sociales selon le schéma standard LMD. Le diplôme est le titre du psychologue clinicien s'abstiennent au terme de Master professionnel, le doctorat étant réservé à ceux qui se destinent aux carrières de la recherche et de l'enseignement supérieur.

### 7-1- Métier du psychologue clinicien :

Les psychologues cliniciens sont des personnes qui possèdent une formation universitaire spécialisée en psychologie clinique. Après avoir obtenu un diplôme Licence, Master, Doctorat en psychologie clinique.

À la question « *Qu'est-ce qu'un psychologue ?* ». La société Française de psychologie répond : « *Le psychologue est un authentique spécialiste de la relation, qui travaille pour l'homme et avec l'homme, professionnel responsable et compétent, unique de par la spécificité de son intervention et pluriel de par sa force créative, ses possibilités d'adaptation et la diversité des actions* ». (Decaudain, Ghilione, 2010, p.10).

Dans ce cadre, Le métier des psychologues cliniciens est un métier relativement jeune qui a accompagné depuis quelques dizaines d'années le développement de la pédopsychiatrie. Le psychologue ne soigne pas, il prend soin, y compris dans sa fonction psychothérapeutique car l'esprit ne soigne pas, il s'influence. Les psychologues cliniciens ne sont pas des techniciens du soin, ça se saurait, ce sont des agents de changement. Certes ils apaisent la souffrance, mais des troubles mentaux ne peuvent guérir quand leurs mécanismes structurent la personnalité, par exemple le trouble obsessionnel compulsif (TOC) peut disparaître, le délire s'estomper, mais les mécanismes de défenses et les ressorts du désir sur lesquels intervient les psychologues sont à comprendre, se relaier et se gèrent. (Ballouard, 2009, p.2).

En fin les psychologues cliniciens ont basés sur la prévention, le diagnostic, la prise en charge des troubles psychiques et du comportement, des conduites addictives, de l'autisme, des problèmes psychologiques liés aux pathologies somatiques (cancer, SIDA,...), des problèmes psychologiques liés aux handicaps physiques, des problèmes liés au vieillissement de la population ( d'Alzheimer, et autres pathologies aux situations à problèmes), des troubles sexuels, formation en psychologie et supervision des soignants aide aux aidants...(Bouchard, 2017, p.82).

### 7-2- Métier du psychiatre :

Le métier des psychiatres sont des métiers ingrats avec lesquels il n'est pas possible de faire fortune, aussi bien dans le secteur public qu'en exercice privé. Ce n'est, non plus, une spécialité prestigieuse comme la chirurgie.

Les psychiatres sont des médecins spécialistes, ils présentent des garanties liées à sa formation et son exercice est protégé par l'Etat. La psychiatrie est la spécialité médicale qui se nourrit le plus des apports d'autres innombrables disciplines, entre autres, la psychologie, la sociologie, l'anthropologie, la neurologie et l'épidémiologie. C'est clair, la psychiatrie ne peut se passer ni des sciences sociales, ni des sciences médicales. Comprenez bien que le cerveau qui est un organe extraordinairement complexe ouvre des perspectives d'études sans limite. Il s'agit de matière vivante créant de la matière pensante. L'intrication des deux offres, vous vous en doutez, des horizons infinis. (Kacha, 2009).

Les psychiatres étudient la médecine et, ensuite se spécialisent dans la psychiatrie. La médecine dernière est la branche de la médecine qui a pour objet la pathologie « *vie de relation* » au niveau de l'intégration qui assure l'autonomie et l'adaptation de l'homme dans les conditions de son origine de la médecine se confond sans doute avec le besoin pour les sociétés de comprendre les actes criminels réputés (fous). Rapidement les civilisations ont compris que les actes commis par les insensés ne pouvaient pas être évalués ni punis de la même manière que des actes utilitaires, les vengeances ou les violences en lieu avec les passions les plus communes. (Senon, Jonas et Voyer, 2013, p.2).

En Algérie, selon le journal d'« *Elwatan* », du 23 Mai 2009, après l'indépendance, la situation était, on ne peut plus critique. Les psychiatres français ont quitté notre pays en évacuant tous les patients français vers les hôpitaux psychiatriques français. En 1962, il n'existait aucun psychiatre algérien malgré les six mille lits psychiatriques dont disposaient les hôpitaux. Après un siècle et demi de présence, la France n'avait pas formé un seul psychiatre algérien ! Voilà le bilan de la colonisation. Dire que, depuis 1962, nous avons formé plus de 200 psychiatres algériens qui sont partis travailler dans les hôpitaux psychiatriques français ! Bref, face à l'urgence, après des tâtonnements, le premier noyau de psychiatrie s'était constitué, en 1967, à l'hôpital Mustapha Pacha d'Alger autour du Dr Benmiloud et du Dr Boucebcî. Tous les deux avaient été formés à l'étranger, en Suisse, pour le premier, en France, pour le second. C'est dans ce service de l'hôpital Mustapha que fut conçu le premier numéro d'une revue de psychiatrie intitulé « l'information psychiatrique ». C'est, grâce à lui, que l'Est algérien a vu naître une équipe de psychiatres à son image, c'est-à-dire, discrète, dévouée, loyale et généreuse. Peu après, la discipline s'est développée à Blida, Oran, Annaba, TiziOuzou, Tlemcen et Sidi Bel Abbès. Faut-il souligner, de manière paradoxale, que tout au long de ces trente années de socialisme, les pouvoirs

publics ne se sont guère ingérés dans le fonctionnement de la profession, laquelle n'a jamais été utilisée à des fins de coercition politique.

Par ailleurs, le titre de psychiatre est protégé par la loi. Il revient plus souvent aux psychiatres qu'aux psychologues de traiter des patients atteints de troubles mentaux graves, en particulier ceux qui sont directement biologiques. Comme les psychiatres sont des médecins, ils sont autorisés à prescrire des médicaments, contrairement aux psychologues. Toutefois, les psychiatres ne font pas des études approfondies sur les théories, et les méthodes d'intervention psychologique. Toutes ces différences peuvent influencer sur l'approche thérapeutique. Par exemple, un psychiatre pourra prescrire un antidépresseur à un patient déprimé, alors qu'un psychologue aura plutôt tendance à chercher les causes psychologiques et sociales de sa dépression et à orienter son intervention en conséquence. (Tavris, Wade, 2007, p.16).

Donc le métier des psychologues cliniciens et le métier des psychiatres se focalisent les deux sur la réalité psychique singulière du patient. Leur clinique est identique, ils peuvent aussi avoir un référentiel en commun : le Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (DSM). Ces similitudes fondamentales participent à cette confusion des statuts des psychologues cliniciens et les psychiatres au sein de l'institution. Leur travail repose pourtant sur les distinctions qui peuvent servir d'outil pour la collaboration active au sein de l'institution de santé mentale favorisant le travail psychique du sujet.

### **Synthèse :**

Le métier des psychologues cliniciens est une profession formée à l'analyse et la compréhension de la psychologie humaine, ainsi que l'influence des facteurs internes et externes sur lui. Ils exercent leur métier dans le secteur public ou à titre libéral. En effet, il s'agit d'accompagner ses patients (enfants, adultes, adolescents, personnes âgées), dans différents organismes. Ces professionnels de la santé mentale disposent d'un code déontologique qui permet une structure identitaire du métier.

Les psychologues cliniciens doivent être en équilibre et parfaite harmonie avec soi-même puisque ils s'occupent délicatement des patients en pathologies (lourdes ou légers). Leur coordination en équipe ou en réseaux (psychiatre, médecin, orthophoniste,...) l'exige également, du fait qu'ils travaillent en étroite collaborations avec ces confrères de d'autres spécialités. Aussi, le travail avec des sujets souffrants peut éventuellement engendrer une peine psychique pesante sur lui. C'est dire que les psychologues cliniciens, dans son travail, ne sont pas à l'abri même de différents fardeaux d'ordre psychologique vu qu'ils s'exercent

souvent sous pression de mener à bien son travail. Nous allons axer dans le chapitre suivant sur la pénibilité et la souffrance auxquelles le psychologue clinicien fait face dans son bureau de travail, en examinant ses patients.

***Chapitre II***  
***La souffrance psychologique des***  
***psychologues cliniciens***

*« Le travail est partout et la souffrance partout : seulement  
Il y a des travaux stériles et des travaux féconds, des  
souffrances infâmes et des souffrances glorieuses ».*

Robert de Lamennais (1834)

### **Préambule :**

Depuis son existence, l'homme intègre intrinsèquement les souffrances telles qu'une écorchure ou une douleur psychologique que l'homme a fini par apprivoiser plus ou moins. On peut affirmer, avec une certaine assurance, que les souffrances trouvent leurs origines dans une blessure physique ou psychique. Tout homme a connu une souffrance dans sa vie, elle peut prendre naissance dans sa vie personnelle ou dans sa vie professionnelle.

Dans ce cadre, notre recherche s'intéresse à la souffrance psychologique des psychologues cliniciens de santé publique. Donc on va commencer par la première section qui s'intitule la santé et la souffrance psychologique au travail : généralités. Ces généralités se composent de : la santé au travail, la souffrance psychologie au travail, les formes de la souffrance psychologique au travail et les différentes pathologies qui existent dans la souffrance psychologique au travail. Ensuite, la deuxième section qui s'intitule la détresse psychologique. Elle se compose de définitions de la détresse psychologique, puis les théories explicatives, ensuite les outils de mesures et les stratégies d'adaptation de la détresse psychologique. La troisième section s'intitule la pénibilité au travail : historique et définitions. Puis, on continu par les déterminants de la pénibilité au travail, les théories explicatives, les dimensions de la pénibilité au travail. Enfin, la prévention de la pénibilité au travail et une synthèse en guise de la conclusion du chapitre.

### **I- La santé et la souffrance psychologique au travail : généralités :**

La santé est basée sur le bien-être de la personne et du bon fonctionnement d'une communauté. Dans ce sens, elle concerne chaque individu. Toutefois, ce dernier peut être altéré par la souffrance qui se manifeste par un ensemble de signes et de symptômes perceptibles, correspondant à des troubles généraux, dus à des causes internes ou externes et comportant une évolution.

## 1- La santé :

La santé est un résultat d'une interaction constante entre l'individu et son milieu. Elle représente dans cette capacité physique, psychique et sociale que des personnes agissent dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie.

La santé est un « *état individuel et personnel dont l'organisme fonctionne bien, ces épreuves ont ébranlé sa santé, état de l'organisme bon ou mauvais avoir une santé délicate, une santé de fer* ». (Isabelle, 2013, p.1035).

D'après l'OMS, la santé est définie comme « *un état complet de bien-être physique, mental et social, et pas seulement par une absence de maladie ou d'infirmité* ». Ainsi, la santé s'avère être multidimensionnelle, à la fois physique et psychologique. C'est pour prendre en compte l'influence des conditions de travail sur la santé mentale des salariés qu'est apparue progressivement en Europe. (Lefebvre, Poirot, 2011, p.5).

Du côté du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) (1984), « *la santé n'est pas l'absence de la maladie, c'est un sentiment plus profond que le bien-être qui ne dépend pas seulement des services de santé, mais du travail, de revenu, de l'éducation, de la culture des droits et des libertés* ». (Mrabet, 2018, p.6).

Donc la santé ne se limite pas à l'absence de maladie ou d'infirmité, c'est un concept très large et ses déterminants sont multiples et complexes et liés, d'où l'intérêt d'une approche multifactorielle de la santé et des problèmes de santé.

En effet, la santé des psychologues cliniciens du secteur public devient la mesure dans laquelle peuvent d'une part réaliser ses ambitions et satisfaire leur travail, et d'autre part s'adapter à celui-ci. La santé est ainsi prise en compte dans sa globalité. Elle est associée à la notion de bien-être au travail.

Par ailleurs, la santé peut être altérée par le travail qui engendre éventuellement un mal-être dans la vie professionnelle et dans la vie privée d'un être humain. Donc, la santé au travail fait partie de la condition humaine, en relation avec tous les processus de développement soit social ou économique.

### 1-1-La santé au travail :

Selon l'OMS : « *la santé au travail est un état complet de bien-être physique, mentale et social et ne consiste pas en énoncé seulement, en une absence de maladie et d'infirmité* ». (OMS cité par Louche, 2007, p153).

Une autre définition de la part l'organisation mondiale de la santé et l'organisation international de travail« *la santé au travail devrait avoir pour objectifs; la promotion et maintien du plus haut degré de santé physique, mentale et bien-être social des travailleurs dans toutes les professions; la préventions des départs parmi les travailleurs dans leurs emplois contre les risques résultant des facteurs néfastes à la santé; le placement et l'entretien du travailleur dans un environnement de travail adapté à ses capacités physiologique et psychologique*»(www.anact.fr/portal/pls/portal/docs/.../862377.pdf).

Nous pouvons comprendre par cela que la santé au travail, est une approche globale qui intègre en matière de santé qui vise tous les personnes dans un lieu de travail et l'organisation dans son ensemble. Cette approche s'applique à une grande variété d'aspect touchant à la santé, condition physique et psychosocial, environnement pratique en matière de santé, ressources personnel... par l'intermédiaire d'un programme, de politique et de pratique.

Dans ce sens, la santé au travail est classiquement classée comme une sous partie de l'ensemble des risques pour la santé globale (mentale et physique) des professionnels, appelés « risques psychosociaux » (RPS). Cette appellation est de plus en plus utilisée. Outre le stress, les risques psychosociaux incluent notamment les harcèlements moraux et sexuels, les incivilités provenant des collègues ou de la clientèle, voire la violence au travail. (Albert et Chaunder, 2010, p.4).

Aussi, la santé psychologique au travail a été définie comme « *la capacité d'un individu à satisfaire ses besoins fondamentaux dans une perspective d'adaptation, de bien-être au travail, grâce à l'activation de ressources organisationnelles, psychosociales et personnelles*». (Bouterfas, 2014, p.29). Pour Brien (2013) cité par Bouterfas (2014) il définit la santé psychologique au travail comme « *la capacité de l'individu à faire face aux demandes de la profession et à satisfaire ses besoins fondamentaux dans une perspective d'ajustements psychologique et comportemental grâce à l'activation de ressources organisationnelles, psychosociales et personnelles* ». (Bouterfas, 2014, pp.29-30).

Donc la santé est une démarche interdisciplinaire, associant professionnels et l'établissement où ils travaillent, dans le but de créer un lieu de travail favorable à la santé et lutter notamment contre le harcèlement au travail et contre la discrimination salariale, selon l'état de la santé. Cette démarche met en place des programmes de bien-être axés sur le professionnel et les collègues du travail. Elle associe les aspects sociaux, psychosociaux, ergonomiques et organisationnels de l'activité professionnelle, avec les problèmes de santé individuels, familiaux et communautaires.

### **1-2-la santé au travail des psychologues clinicien du secteur public :**

La santé au travail des psychologues cliniciens dans le secteur public s'explique par une adaptation aux situations de travail et la prévention des risques psychosociaux qui pourraient perturber le fonctionnement du travail de ces psychologues. La santé permet également de se pencher sur la prévention de la pénibilité au travail des professionnels qui exercent dans le secteur.

Plusieurs enquêtes dévoilent l'ampleur des atteintes à la santé causées par le stress. Un rapport du bureau international du travail pour l'année 2000 a déclaré que la santé mentale dans le monde du travail était en danger. Des études menées, en Finlande en 2000, ont également montré que 50% de la classe ouvrière souffre de symptômes d'anxiété, de stress et de troubles du sommeil. En Allemagne, dans les statistiques de 2002, il a été constaté que 7% des travailleurs qui se précipitent pour une retraite anticipée souffrent de symptômes neurologiques. (Elafri, 2020, p.385).

En Algérie, selon le code du travail algérien, l'article 12 - La protection de la santé du professionnel par la médecine du travail est partie intégrante de la politique nationale de santé. Dans le cadre des missions, telles que définies par la législation en vigueur, la médecine du travail, dont la double mission est préventive essentiellement et curative accessoirement a pour but de : promouvoir et maintenir le plus haut degré le bien-être physique et mental des professionnels dans toutes les professions, dans l'objectif d'élever le niveau des capacités de travail et de création, de prévenir et protéger les professionnels des risques pouvant engendrer des accidents ou des maladies professionnelles et de tout dommage causé à leur santé, d'identifier et de surveiller, en vue de réduire ou d'éliminer tous les facteurs qui sont les lieux de travail, peuvent affecter la santé des travailleurs, de placer et maintenir ces derniers dans un emploi convenant à leurs aptitudes physiologiques et psychologiques. En règle générale, c'est de faire adapter le travail au professionnel dont chaque professionnel aurait sa tâche de

travail, de réduire les cas d'invalidité et assurer une prolongation de la vie active des professionnels, d'évaluer le niveau de santé des travailleurs en milieu de travail, d'organiser les soins d'urgence aux travailleurs, la prise en charge des traitements ambulatoires, le traitement des maladies à caractère professionnel et de contribuer à la sauvegarde de l'environnement par rapport au professionnel et à la nature. (Code du travail, 2002, pp.192-193).

Aujourd'hui, nous savons que les problèmes de santé psychologique liés au travail des psychologues cliniciens dans le secteur public trouvent leur origine dans plusieurs facteurs. Les problèmes de santé psychologiques peuvent être dus à des facteurs socioéconomiques tels que la mondialisation qui intensifie la concurrence et modifie les valeurs contemporaines de la société. Des facteurs individuels ont aussi une influence sur la santé psychologique au travail comme les contraintes familiales et personnelles de même que les difficultés financières. D'autres facteurs ont également un impact sur la santé psychologique. Il s'agit de facteurs liés à l'organisation du travail, la charge de travail, l'intensification du travail, la faible reconnaissance, les relations interpersonnelles, l'absence de participation aux décisions et un manque d'information. Tous ces facteurs menacent la santé psychologique des psychologues cliniciens qui travaillent dans le secteur public.

Par ailleurs, la santé psychologique au travail peut altérer par la souffrance psychologique qui pourrait influencer sur la qualité du travail et le cadre de vie des professionnels de la santé en générale. C'est ce qu'on va aborder dans le prochain titre.

## **2- La souffrance psychologique :**

La souffrance psychologique est un mal-être qui se caractérise par une détresse psychologique qui peut prendre la forme d'une dépression. Voire de troubles mentaux graves ou d'un stress post traumatique. Elle peut également aller plus loin, jusqu'à mettre en danger la santé morale des individus. De ce fait, les conséquences de la souffrance psychologique sont nombreuses, et influencent visiblement sur la qualité de vie.

Souffrir, c'est se sentir mal au niveau physique et psychique. La souffrance survient dès qu'il y aurait des perturbations par rapport à la capacité de maintenir la continuité et l'intégrité de soi. Un dysfonctionnement reconnu, de façon générale, par les symptômes de la détresse primitive. Cette dernière émet des signes énonciateurs dès que les identifications fondamentales sont menacées et la confiance en soi commence à s'être fragilisée.

Avant de définir la notion de la souffrance psychologique, on va commencer par quelques définitions et explications de la souffrance, puis la souffrance psychologique et la souffrance psychologique au travail.

Selon Sillamy (1991), la souffrance est la « *Réaction affective qui accompagne la douleur* ». (Sillamy, 2003, P253).

Elle est décrite comme un affect ou une menace négative. Elle est physique ou mentale, elle désigne un affect ou une émotion qui se rattache au corps ou à l'âme.

Pour Botten (1995) cité par Elarfi (2020), la souffrance est multidimensionnelle, elle peut être de différentes natures : physique, sociale, psychologique et spirituelle. Elle est abstraite, difficile à cibler et constitue une part de l'existence individuelle que la société n'arrive pas à appréhender.

La souffrance, est un état mental que ressent tout individu qui éprouve une douleur physique ou mentale prolongée (Doron, Parot, 1991, p.674).

Ainsi, la souffrance constitue, du point de vue de l'action processuelle, une dimension fondamentale de notre champ quotidien d'observation et d'exploration.

Dans cette optique, la souffrance est un continuum allant du déplaisir provenant d'un inconfort passager à une angoisse extrême qui s'exprime parfois très durement par la dépression ou la colère. (Daneault, 2006).

La souffrance implique des notions de durée et de compromis. Souffrir, c'est endurer, éprouver, supporter quelque chose de désagréable. Autant la douleur ne peut se traduire que par le cri, autant la souffrance ouvre la voie de la plainte. Elle ne peut cependant être complètement détachée de la douleur : elle en est l'histoire, et toute douleur qui ne meurt pas est appelée à devenir souffrance.

De ce fait, nous avons défini le concept de la souffrance psychologique selon plusieurs auteurs et des instituts dans le monde. Dans ce sens, la souffrance psychologique est : « *un état de mal-être dont la traduction symptomatique est très variable selon les patients, en particulier selon leurs capacités à reconnaître et verbaliser leurs vies émotionnelles, voir simplement selon leurs contextes socioculturels* ». (Institut national du cancer, Janvier, 2018).

Elle est aussi vue comme un état de mal-être qui n'est pas forcément révélateur d'une pathologie. Elle indique la présence de symptômes ne correspondant pas à des critères

diagnostics de maladie est qui peuvent être réactionnels à des situations éprouvantes et à des difficultés existentielles.

Une autre définition de la souffrance psychologique est : « *une souffrance d'ordre psychologique, elle résulte d'un défaut de représentation du monde, du corps, de l'espace et du temps qui empêche toute démarche, toute, dynamique et toute initiative* » (Arbisio, 2003, p.5).

Ainsi, la souffrance psychologique, est un état de mal être et d'émotion négative qui est ressentie par l'individu et qui apparaît suite à un conflit interne ou externe. De plus, elle concerne tout le monde et elle peut prendre multiples formes. Toutes les personnes vivent des moments de stress, d'anxiété, de dépréciation, de panique ou de désespoir. La plupart du temps, ces sentiments ne durent pas. Mais parfois ils peuvent s'installer et devenir des problèmes plus sérieux, voire chronique.

Dans ce cadre, on peut dire que la souffrance psychologique est une expérience ressentie et un comportement qui expriment un désarroi et un désaccord en rapport avec un conflit interpersonnel.

Alors on peut dire que la souffrance psychologique survient quand nous sommes dans l'incapacité de faire face aux situations de conflits qui surgissent dans notre vie, et surtout quand nous n'avons pas les moyens pour faire face ou d'agir dans le but de les encontre. Elle est physique ou psychologique et se rattache au corps ou à l'âme.

### **2-1- la souffrance psychologique au travail :**

La souffrance psychologique au travail est devenue un motif fréquent de consultation au sein des services de pathologie professionnelle. Elle représenterait près de 30 % des motifs de consultations. Le but de cette étude est d'évaluer l'impact du travail sur le psychologique du professionnel et de dégager des facteurs d'évolution péjorative ou favorable.

Avant de tenter une définition de la souffrance psychologique au travail, il convient d'en apprécier l'ampleur. Dès 1994, des médecins publient sur la souffrance et la précarité au travail dont des rapports sont publiés sur les effets de la violence au travail. Ils rapportent tous une hausse de la pression physique et psychologique sur les conditions de travail. (Institut national du travail, de l'emploi et de la formation professionnel, 2006).

Selon (ANACT), la souffrance psychologique au travail est définie comme « *une dépression réactionnelle professionnelle en lien avec les contraintes organisationnelles et sociales de l'institution, souvent déclenchée en réaction à des comportements identifiables de collègues ou de supérieurs hiérarchiques ; la conviction que le niveau atteint de dégradation ne peut plus évoluer positivement marque l'entrée dans la souffrance* ». (Ponasse, 2014, p.15)

Dans ce sens, le coût médical direct et socioprofessionnel des situations de souffrance psychologique au travail est important, d'autant plus que cela concerne un nombre important de salariés. En effet, cette souffrance apporte de nouveaux éléments sur les conséquences directes pour les professionnels consultant dans une unité de souffrance au travail. (Michelet, Lesage, 2012).

Donc, la souffrance psychologique au travail, constitue un état de mal être profond, qui peut éventuellement être présent chez les professionnels de la santé publique et les psychologues cliniciens en particulier. Nous allons traiter dans le titre ci-dessous la souffrance psychologique au travail chez les psychologues cliniciens du secteur public.

### **2-2- la souffrance psychologique au travail chez les psychologues cliniciens du secteur public :**

Dans le cadre du travail, au regard de la souffrance psychologique des professionnels de la santé, notamment les psychologues cliniciens, leur métier est un travail délicat et ardue, car ils se trouvent souvent les premiers interlocuteurs aux personnes en souffrance psychologique. Par ailleurs, la souffrance psychologique se présente le plus souvent en lien avec un conflit interindividuel. Cependant, celui-ci est toujours dû à un désaccord sur la façon de travailler. En effet, le travail des psychologues cliniciens ouvre la voie à des souffrances psychologiques au travail caractérisées par des pathologies physiques ou/et psychologiques dont les conséquences nuisent la santé psychologique des praticiens.

Des études ont été effectuées, dans ce contexte, sur les professionnels de la santé. Ces études ont révélé que la souffrance psychique augmente chez les professionnels impliqués dans les relations d'aides. Citons par exemple d'une étude de Fanellon et al en France sur la souffrance psychique chez les cadres infirmiers. L'objectif de cette étude est de mesurer la souffrance psychique des cadres infirmiers et en rechercher les déterminants afin de faire des propositions concrètes pour les améliorer. Le taux de réponses était de 89 % ; un tiers des cadres infirmiers interrogés présentaient une souffrance psychique. Aucune des variables

sociales ou celles concernant les tâches professionnelles en elles-mêmes n'étaient liées à la souffrance psychique des cadres, à l'exception de la gestion du matériel. C'était l'impossibilité d'effectuer un travail de qualité qui les faisait le plus souffrir mentalement, aggravée par un manque de moyens en personnel. Les cadres parlaient de la nécessité de réactualiser la fonction de cadre infirmier (création d'un poste « d'aide administratif ») et de revoir le décalage existant entre l'idéal professionnel et la réalité de terrain. De plus, ils souhaitaient également avoir accès à des formations adaptées à leur fonction particulière d'encadrement et des lieux de dialogue entre professionnels.

De plus, le travail des psychologues cliniciens de santé publique pose problème. Voilà un constat moins paradoxal car, s'il on en croit à des enquêtes menées à grande échelle. Ce métier de ces professionnels a pour mission de prendre en charge les patients de tous types de pathologies. Pour comprendre et dépasser cette mission de ces derniers, il est préférable d'observer la manière dont ils travaillent. Cette mission peut transformer et engendrer éventuellement une souffrance psychologique au travail. (Lallement, 2018).

Dans ce cadre, la majorité des psychologues cliniciens du secteur public considèrent que leur souffrance est liée à des difficultés de situations qu'ils fréquentent quotidiennement ainsi que les conditions de travail qui sont défavorable pour exercer ce métier. Ce point est constaté par les praticiens et les enseignants de la spécialité. La formation en psychologie clinique est sanctionnée par une licence et un master en la matière dont l'enseignement théorique est important tandis que la pratique est minime, voire inexistante.

### **3-Différentes formes de la souffrance psychologique au travail :**

D'après le groupe de travail santé mentale URPS médecins libéraux Ile de France (2016), Il convient de définir la souffrance au travail, pour savoir de quoi on parle de façon précise. La souffrance au travail, ce n'est pas la même chose que la souffrance par le travail. La souffrance est liée aux conditions de travail (encadrements, systèmes et méthodes, management et structure de l'entreprise), et non pas au travail en lui-même. Aujourd'hui, il n'y a pas de définition. Il y a juxtaposition à la fois d'un vocabulaire juridique, par exemple le « harcèlement » et d'un vocabulaire médical sans garantie qu'il soit compris : « *le burn out* », le « *syndrome d'épuisement* », « *dépression* »... (URPS, 2016).

**3-1-Harcèlement moral :**

Le harcèlement est conçu comme un processus se situant au niveau du collectif de travail, c'est-à-dire du groupe professionnel où œuvrent à la fois des facteurs organisationnels et des caractéristiques individuelles. Il combine des dimensions psychologiques, sociales, idéologiques et économiques.

De ce fait, le harcèlement moral est « *un abus de pouvoir exercé à l'encontre d'un employé qui exprime par un comportement contraire à l'éthique visant à humilier. Ce phénomène d'ampleur croissante dans le monde entier est encore largement méconnu et sous-estimé. Il peut avoir de graves répercussions sur la qualité de vie et sur la santé des professionnels de la santé, sur le plan émotionnel, psychosomatique et comportemental, en particulier. En outre, l'ensemble de la société en pâtit en raison de la pression accrue qui en résulte sur les services sociaux et l'organisation de la protection des professionnels au travail* ». (OMS, 2004).

Le harcèlement moral sévit dans le secteur de la santé publique avec les professionnels de la santé notamment les psychologues cliniciens, mais il est fortement influencé par la culture. En effet, la façon dont il s'exprime et celle dont il est perçu peuvent varier considérablement selon les pays.

**3-2-Harcèlement sexuel :**

Il nous semble opportun de commencer cette analyse par la définition du harcèlement sexuel au travail qui constitue « *tout comportement non désiré verbal, non verbal ou corporel à connotation sexuelle, ayant pour objet ou effet de porter atteinte à la dignité d'une personne ou de créer un environnement intimidant, hostile, dégradant, et humiliants* ». (Leharcèlement sexuel au travail, 2016). De ce fait, le harcèlement sexuel au travail peut engendrer éventuellement la souffrance psychologique au travail des professionnels de la santé, et celle des psychologues cliniciens travaillant dans le secteur public, en particulier.

**3-3-Brown out :**

Le brown out est une expression anglaise, c'est à dire une coupure d'électricité, une chute de tension, une panne de courant. Cependant, la traduction qui convient de brown out, « c'est manque de jus ». De ce fait, un professionnel atteint de brown out est un professionnel qui n'a plus aucune énergie pour faire ce qu'il fait, pour la bonne et la simple raison qu'il ne

donne plus aucun sens à sa tâche, voire qu'il considère sa tâche comme étant à l'opposé de ce qu'il conviendrait de faire, selon lui.

De fait, la définition de Brown out est comme suit : c'est une source d'absentéisme, de baisse de motivation et donc, de résultats, certes. Mais ce nouveau syndrome de souffrance psychologique au travail peut être vu comme un signal d'alarme pour l'établissement et devenir l'occasion de se questionner sur son organisation et ses processus. Dans ce cadre, les symptômes de Brown out sont très proches de ceux du burn out et donc difficiles à diagnostiquer, ils se divisent en trois grandes catégories :

Au premier lieu, les troubles physiques se caractérisent par des problèmes de sommeil, de digestion, baisse d'énergie, douleurs inexplicables, migraines, troubles musculo-squelettiques telles que la nuque, les épaules, le dos et affections dermatologiques, tension artérielle irrégulière, palpitations cardiaques, etc. Au deuxième lieu, les troubles cognitifs qui se caractérisent par des difficultés de concentration, trous de mémoire, problèmes affectifs tels qu'agressivité, baisse de motivation, frustration, irritabilité, crise d'angoisse. Ils entraînent des comportements cyniques ou de détachement : on se débranche pour se protéger. En troisième lieu : les troubles comportementaux qui se traduisent par la baisse du sentiment de compétence et de contrôle. Les troubles comportementaux pourraient être observés également à travers le changement d'attitude envers autrui (cynisme, agressivité), tendance à s'isoler, baisse de la performance, symptômes dépressifs, tendance à éliminer les plaisirs de la vie et l'absentéisme régulier sur des courtes périodes. (Boulord, 2018).

### **3-4-workaholisme :**

Le terme workaholisme a été créé par Wayne Oates, psychologue américain et éducateur religieux, en 1980. Ce terme provient des mots work (travail) et alcoolisme (alcoolisme). Cet auteur compare ainsi le rapport pathologique entre une personne et son travail. De ce fait, la définition de ce concept peut être « *une addiction comportementale dont certains facteurs sont retrouvés dans le milieu de travail.* (Chappelle, 2018).

Donc, ces différentes formes de souffrance psychologique au travail entraînent des problèmes de santé physique chez les professionnels de la santé notamment les psychologues cliniciens du secteur public. En effet, ces problèmes peuvent affecter tous les secteurs de la vie de ces professionnels de la santé publique en particuliers les psychologues cliniciens.

Dans ce sens, la problématique de la souffrance psychologique au travail des psychologues cliniciens du secteur public est compliquée. La complexité tout d'abord, parce qu'on l'aura compris, ce n'est pas tant le travail qui fait souffrir mais bien souvent les nouveaux modes d'organisation qui entraînent une charge de travail importante pour les travailleurs. Nouveauté ensuite, parce que tout ceci demeure relativement neuf sur l'échelle du temps et que l'urgence ou la gravité de la situation est surtout perçue par les médecins du travail, les ergonomes, les sociologues, c'est-à-dire un cercle comme toute restreint de spécialistes. Cela explique probablement qu'il reste encore beaucoup à faire à tous les niveaux pour préserver la santé des psychologues cliniciens du secteur public.

En effet, le plan d'action de l'OMS pour la santé mentale au travail décrit les principes, objectifs et stratégies d'application appropriés pour favoriser la santé psychologique au travail. Il s'agit de s'occuper des déterminants sociaux de la santé mentale, comme le niveau de vie et les conditions du travail, les activités de prévention et de promotion de la santé et de la santé mentale, y compris celles pour réduire la stigmatisation et les discriminations et l'extension de l'accès par le développement des services de la santé, à des scientifiques fondés notamment l'accès aux services de médecine du travail. (OMS, 2019).

#### **4-Différentes pathologies de la souffrance psychologique au travail :**

La montée de la souffrance psychologique au travail dans les catégories professionnelles de la santé en alarme jusque-là privilégiées. Une différence radicale sépare ces travailleurs de ceux qui occupent les emplois non qualifiés : le travail leur offre des perspectives de développement, voire d'accomplissement personnel. De ce fait, la souffrance psychologique au travail peut engendrer plusieurs pathologies qui peuvent transférer à des maladies professionnelles. C'est qu'on va aborder dans les titres suivant.

##### **4-1-Anxiété :**

L'anxiété est une réponse adaptative face aux dangers puisqu'elle entraîne une activation du système nerveux central permettant de fuir la source de danger ou bien de la combattre. Il arrive que cette anxiété soit également provoquée par l'appréhension d'événements pénibles et tant que cette réaction demeure dans un registre d'intensité fonctionnel, qu'elle ne paralyse pas la personne et qu'elle se trouve principalement déclenchée par des enjeux réels, nous parlons d'anxiété normale.

Étymologiquement, l'anxiété désignait en latin, deux verbes « *ango* » et « *anxio* » signifiant à la fois « resserrement » et « tourment » ; de la racine « *ango* » est dérivé le mot « angoisse » en français et « *Angst* » en allemand, de « *anxio* », dérive en français « anxiété » et en anglais « *anxiety* ». (Chemlal, 2019).

L'utilisation des termes relatifs à l'anxiété remonte à la Bible sous le terme *pachadh*, désignant un sentiment anormal de crainte. Il était question de le distinguer de la pieuse "peur de Dieu" du véritable croyant. (Bodot, 2015, p.21).

Pour autant, angoisse et anxiété, sont au départ, utilisés de façons indifférenciées et nous verrons que ce n'est qu'à la fin du XIX siècle que certains auteurs français ont cherché à établir une différence de nature entre les deux.

Par la suite, l'anxiété a été considérée comme un trouble de l'esprit, un état de malaise général. C'est au XVII siècle que le terme prend un sens plus précis, défini comme un ensemble de sentiments de crainte et de symptômes physiques comme les contractions de poitrine. (Bodot, 2015, p.21).

En 1812, l'anxiété comme l'angoisse y est définies comme des états proprement physiques, tenant l'exemple de Boissier de Sauvage, qui utilise quant à lui le terme d'anxiété pour décrire la sensation liée à l'impossibilité de respirer. A la fin du XIX siècle, l'angoisse et l'anxiété sont sur le devant de la scène à tel point que Kraepelin écrit, en 1899, que « le trouble affectif le plus important rencontré chez les malades c'est l'anxiété ». C'est à partir de cette époque que certains auteurs en France cherchent à opérer une distinction entre l'anxiété et l'angoisse. Pour Brissaud, C'est une différence de nature. Il décrit ainsi, en 1890, l'anxiété paroxystique avant d'opposer le caractère physique de l'angoisse, résultant d'un déterminisme neurologique, à la dimension psychique de l'anxiété, qu'il rattache à un sentiment d'insécurité indéfinissable. On retrouve d'ailleurs un écho de ce débat à la Société de Neurologie en 1902 avec les hypothèses sur leurs localisations réciproques : l'anxiété serait un phénomène « cérébral » quand l'angoisse serait « *bulbaire* ». (Chemlal, 2019, pp.16-17). De ce fait, pour bien comprendre la notion de l'anxiété on doit présenter quelques définitions qui nous permettent de lier l'anxiété à notre thème de recherche.

Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS) : «*Il s'agit d'un sentiment, d'un danger imminent et indéterminé s'accompagnant d'un état de malaise d'agitation, de désarroi voire d'anéantissement*».

D'après le DSM-5, l'anxiété est mentionnée par un ensemble de troubles anxieux regroupant des troubles qui partagent les caractéristiques d'une peur et d'une anxiété excessive et des perturbations comportementales qui leur sont apparentées. La peur est la réponse émotionnelle à une menace imminente réelle ou perçue, alors que l'anxiété est l'anticipation d'une menace future. Les troubles anxieux diffèrent de la peur ou de l'anxiété présente dans le développement normal. La peur ou l'anxiété est excessive et persistante au-delà des périodes développementales appropriées. Elle diffère de la peur ou de l'anxiété transitoire, souvent induite par le stress, par son caractère persistant (p. ex. typiquement d'une durée de 6 mois ou plus), (DSM-5, p. 237).

En général, l'anxiété est un état psychologique et physiologique caractérisé par des composants somatiques, émotionnels, cognitifs et comportementaux. En l'absence ou en présence de stress psychologique, l'anxiété peut créer des sentiments envahissants de peur, d'inquiétude et de crainte. L'anxiété est considérée comme une réaction « normale » dans une situation stressante. Lorsque l'anxiété devient excessive, elle peut être classifiée sous la dénomination de « trouble de l'anxiété ». L'intensité et le fonctionnement du sujet renseignent le praticien pour déterminer s'il s'agit d'une réaction naturelle ou pathologique.

#### **4-1-1-Les symptômes de l'anxiété :**

L'anxiété est un état qui peut souvent survenir sans stimulus identifiable. Comme telle, elle est distinguée de la peur, qui est une réponse émotionnelle aux menaces perçues. De plus, la peur est liée aux comportements spécifiques de la fuite et de l'évitement, alors que l'anxiété est liée aux situations perçues comme étant incontrôlables ou inévitables. Un point de vue alternatif définit l'anxiété en tant qu'état d'âme orienté sur l'avenir durant lequel l'individu s'attend à recevoir des réponses négatives, qui suggèrent que c'est une distinction entre dangers futurs et dangers présents qui fondent la différence entre l'anxiété et la peur.

Les classifications internationales que les professionnels peuvent comprendre les symptômes sont les deux suivants : La classification internationale des statistiques de maladies mentales (DSM) et la classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM). De ce fait, DSM-III et DSM-III-R, ont fait avancer la psychiatrie grâce à une approche moins psychologique mais plus descriptive et diagnostique des différentes catégories. La classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10) a mis l'accent sur le trouble de panique. Elle permet de poser un diagnostic avec une dimension étiologique.

Enfin, la classification du Manuel Diagnostique et Statistique des Trouble Mentaux DSM-5 est la version utilisée de nos jours. La validité de cette classification est pertinente grâce à un travail de lecture systématique de la littérature scientifique et l'utilisation d'analyses de données et de preuves empiriques. Cette nouvelle version DSM-5 a été publiée mais est un sujet de controverse quant à l'indépendance et la qualité scientifique.

Ces troubles anxieux associés à des effets négatifs et des incapacités sur l'individu ont une prévalence de 13,6 % en Europe selon l'European Study of the Epidemiology of mental disorders. Aux États-Unis, chaque année environ 11 % de la population est atteinte de troubles anxieux. Ces dix dernières années, les consultations, ayant un motif de trouble anxieux, ont vu leur nombre augmenter considérablement. (Bodot, 2015, p.28).

En somme, les conséquences des troubles anxieux sur la vie professionnelle sont abondantes. Ce sont les nombreux comportements d'évitement, d'échappement et de sécurité au quotidien et la diminution des activités qui affectent les psychologues cliniciens dans le secteur public sur le plan des relations affectifs et sur la qualité de prise en charge, etc. Étudier le phénomène d'anxiété liée à la santé chez les professionnels de la santé est quelque peu inédit, puisque peu d'études y ont été menées en population générale, et encore moins chez ces derniers.

Donc, il parait évident que l'anxiété au travail compromette sérieusement le fonctionnement du travail des psychologues cliniciens qui travaillent dans le secteur public. Cela signifie que l'anxiété au travail affecte la santé psychologique des praticiens dont les répercussions négatives sur leur rendement professionnel sont inévitables.

#### **4-2-Burn out :**

Burn out ou l'épuisement professionnel, ce concept a été identifié initialement dans un cadre professionnel. Il est donc évident que des facteurs relatifs au travail des psychologues cliniciens de santé publique et les conditions du travail de l'institution sanitaire vont jouer un rôle très important dans la souffrance psychologique de ces derniers.

Selon Canoui et Mauranges (1998) cité par Grebot (2009), l'épuisement professionnel des soignants est parfois la conséquence de la confrontation entre les idéaux et la réalité du travail. La désillusion, le manque de reconnaissance exposent au risque de souffrance et un moyen de se protéger est alors de désinvestir l'objet vers lequel étaient dirigés l'aide ou les soins et de restreindre des sentiments ou émotions qui sont le syndrome post-vocation.

Le concept de burnout signifie littéralement « griller » (un circuit électrique, une prise), « brûler » ou encore « s'user », « s'épuiser » en raison de demandes excessives d'énergie, de force ou de ressources. Il désigne la réduction en cendres d'un objet entièrement consommé dont toute la matière aurait disparu et évoque donc, par extension, la combustion totale de ses forces, de son énergie ou de ses ressources.

Shakespeare (1599), est sans doute le premier à avoir utilisé le verbe « *to burn out* » dans son recueil *The Passionate Pilgrim*. Le mot burnout est inséré dans le vocabulaire anglais courant 1900, où il définit comme une surcharge de travail provoquant une mort précoce. Il est également employé dans l'activité aérospatiale où il exprime un risque d'explosion de la machine suite à l'épuisement de carburant. Dans le langage courant anglais « burnout » veut dire « *s'user, échouer, être épuisé en réponse à une forte demande d'énergie* ». Greene (1960) a été le premier à employer le mot burnout dans son roman « *A Burn-out* » où il relate l'histoire d'un architecte épuisé par son travail. Bradley (1969) a ensuite repris ce terme dans un article de la revue *Crime et Delinquency* où il spécifie un stress particulier associé au travail. (Bouterfas, 2014).

En 1974, Freudenberger, psychiatre et psychothérapeute américain, a découvert le burnout alors qu'il dirigeait une clinique de jour accueillant des toxicomanes à New York. Cette clinique fonctionnait essentiellement avec de jeunes bénévoles. En cela, Freudenberger a observé que ces jeunes gens perdaient leur enthousiasme après un an d'activité et présentaient d'une part, des symptômes somatiques tels que des maux de tête, des troubles intestinaux, des insomnies, de la fatigue, de l'épuisement et d'autre part, des réactions émotionnelles telles que l'irritabilité, la colère. (Grébot, 2008, p.104).

En 1976, Maslach, psychologue sociale, a découvert le burn out dans le cadre d'une recherche sur le « *stress émotionnel* » et les stratégies de coping développées par les employés de services sociaux face à leurs usagers. L'intérêt pour cette question des relations employés-usagers n'est pas anodin. En effet, Maslach avait participé à l'expérience de la prison fictive de Stanford dans laquelle deux groupes d'étudiants étaient répartis aléatoirement dans des rôles de surveillants de prison ou de personnes détenues. (Boudoukha, 2009, pp.11-12).

Par ailleurs, les églises n'ont plus l'impact moral et psychologique qu'elles avaient dans le passé. Enfin, une autre conséquence de cette désorganisation sociale est le manque de confiance que placent les individus dans les institutions formelles. Par exemple, au cours des

deux dernières décennies, les tribunaux ont entendu de plus en plus de causes de faute professionnelle envers les intervenant(e)s.

De ce fait, le concept de l'épuisement professionnel ou le burn out possède plusieurs définitions données par des organisations et des chercheurs internationaux sur lesquelles nous basons pour comprendre les manifestations de cette pathologie professionnelle.

Selon le dictionnaire Sillamy de psychologie l'épuisement professionnel « *Etat d'une personne de métier dont les forces physiques et le tonus nerveux se trouvent réduits par suite d'une charge de travail excessive ou de conditions d'exercice éprouvante* » (Sillamy, 2003, p.102).

Dans la CIM-11, l'épuisement professionnel est défini comme suit : « *L'épuisement professionnel est un syndrome conceptuelle comme résultant d'un stress chronique au travail qui n'a pas été correctement géré* ». Trois dimensions le caractérisent par un sentiment de manque, un retrait vis-à-vis du travail ou de sentiment de négativisme ou de cynisme liés au travail et une perte d'efficacité professionnelle. (CIM-11, 2019).

Selon Maslach et Leiter (2011) l'épuisement professionnel qui porte une nouvelle appellation « syndrome d'épuisement professionnel ». « *Il s'agit d'un état de fatigue, voire d'épuisement provoqué par l'implication dans son travail sans voir les résultats espérés se produire. Il entraîne des sentiments de frustration, d'impuissance et de désespoir, un assèchement émotionnel et une perte de l'estime de soi* ». (Elafri, 2020, p. 393).

Le burnout c'est la manifestation d'une fragilisation à la fois physiologique et psychologique des professionnels, liée à la façon dont ils gèrent leurs conditions de travail. Il s'agit à la fois d'un épuisement émotionnel, d'une déshumanisation de la relation à l'autre et du sentiment d'échec professionnel. Ces éléments étant associés à des conditions de travail difficiles qui perdure. (Khellassi, 2015, p.7).

De ce fait, on peut dire que l'épuisement professionnel et la dépression ont des signes identiques sur le plan symptomatologique. On peut trouver aussi des sentiments dépressifs dans l'état d'épuisement émotionnel ou quand le travail n'est pas satisfait ce qui permet à avoir une dépression liée au travail.

Donc l'épuisement professionnel se traduit par trois dommages : un dommage de l'engagement, un dommage des sentiments et un dommage de l'adéquation. Ils ont tous un lien entre le poste et le professionnel de la santé mentale, les psychologues cliniciens en

particulier. Dans les cas les plus extrêmes, les psychologues cliniciens peuvent se trouver eux même dans un état physique et psychique qui les empêchent d'assurer leur tâche comme il se doit.

#### **4-2-1- Dimensions de burn out :**

Dans l'épuisement professionnel, on peut dénombrer trois dimensions principales : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et le sentiment d'accomplissement personnel réduit.

Premièrement, l'épuisement émotionnel : les professionnels de tous les secteurs ressentent un profond sentiment de fatigue émotionnelle et physique marquée par la hantise de devoir aller au travail. Cependant, le repos n'apporte pas l'amélioration espérée. Chaque nouvelle journée de travail est vécue comme un calvaire qu'il faut pourtant supporter. La personne éprouve des difficultés importantes à entrer en relation émotionnelle avec les autres, les proches, l'entourage familial et l'environnement professionnel. (Grébot, 2008, p.108).

Dans ce cadre, les psychologues cliniciens du secteur public se sentent en épuisement émotionnel quand il y a un travail insupportable à cause de ces conditions du travail. Par conséquent, ces derniers éprouvent des difficultés en relations émotionnels avec l'entourage familial, avec leurs patients, avec leurs collègues et avec leurs entourages familiaux.

Deuxièmement, La dépersonnalisation : la relation avec l'autre est le noyau dur du syndrome pour les professionnels de l'aide. Ce second critère est marqué par un déclenchement et une sécheresse relationnelle apparentant au cynisme.

La déshumanisation est diagnostiquée quand la personne devient négative envers ses collègues, ses clients ou ses patients. Ils sont perçus comme des éléments qui dérangent et ennuient. D'après les psychologues cliniciens, « *la prise en charge psychologique c'est bien, mais les conditions de travail sont défavorables* », aussi ils disent : « *mes patients m'énervent et je ne les supporte plus* ». (Grébot, 2008).

Toutefois, la dépersonnalisation joue un rôle positif et protecteur car elle permet aux psychologues cliniciens du secteur public de se distancier psychologiquement de leurs patients dans le but de se protéger de l'épuisement émotionnel. Par revanche, la dépersonnalisation joue un rôle négatif quand l'accomplissement personnel des psychologues cliniciens se réduit à l'extrême.

Troisièmement, la perte d'accomplissement personnel : cette dimension est caractérisée par un fort sentiment d'échec personnel, la croyance que les objectifs ne sont pas atteints, la diminution de l'estime de soi et du sentiment d'auto efficacité et la frustration au travail.

Dans ce sens, une étude faite par Kendil, en 2010, sous le thème « le thérapeute algériens face au trauma : Burn out et apprentissage vicariants ». Cette étude a été pratiquée sur 105 thérapeutes (psychiatres et psychologues cliniciens) étant intervenus auprès des victimes des événements tragiques qui ont frappé l'Algérie dans les années 1990, 2001 et 2003, à savoir une vague d'attentat terroriste, inondation de Bab el Oued et le séisme de Boumerdès. De ce fait, pour explorer l'expérience vécue par ces thérapeutes, l'auteur à utiliser l'inventaire de burn out de Maslash. Les résultats de cette étude ont montré les attitudes d'évitement et les manifestations neurovégétatives n'étaient présentent que pour certains représentant les conséquences de leur détresse, aussi, un faible accomplissement personnel des thérapeutes à l'égard de son travail. De plus, les réponses sur le questionnaire du Maslash montrent aussi que l'auto insatisfaction, le désir de donner plus et la crainte de mal faire. (Kendil, 2010)

Dans ce cadre, les psychologues cliniciens du secteur ont un sentiment de la perte d'accomplissement personnel quand il y a l'épuisement professionnel qui rend ces derniers en culpabilité qui les évoquent forcément à un état dépressif.

Une étude faite par keddad, dans ce sens, sous le thème « *l'épuisement professionnel chez les psychologues cliniciens travaillant dans le secteur publique en Algérie* ». L'étude s'est déroulée du juin 2009 jusqu'au mai 2011. Le groupe se compose de 1213 psychologues cliniciens praticiens de santé publique exerçant dans différents établissements sanitaires publiques au niveau national. D'après les dernières statistiques duministère de la santé 2010 que ces professionnels, 196 psychologues cliniciens estime 10,31% et 1088 psychologues cliniciennes avec un pourcentage de 89,69% diffusé sur 547 établissements sanitaires publics. D'après Keddad, utilisé la méthode descriptive car cette dernière est la plus adéquate à cette recherche. Dans l'enquête de cette étude le groupe de recherche se compose de 134 psychologues cliniciens estime 11,04%. Keddad a choisi cet échantillonnage car ils ont accepté à participer de répondre au questionnaire de Maslash. Au début il a distribué le questionnaire sur 250 psychologues cliniciens. Mais uniquement 134 qui ont répondu au questionnaire qui estime 53,6%. Keddad a remarqué des réponses qui ne sont pas complètesce

qui les oblige de les supprimer dans la recherche. De ce fait, les 134 psychologues cliniciens ont distribué sur 10 wilayas de l'Algérie (Alger, Constantine, Sétif, Batna, Bechar, Blida, Annaba, Oran, El-taraf). D'après les résultats de cette enquête, nous remarquons que 62,68% ont un niveau élevé de l'épuisement émotionnel, 3,73% ont un niveau élevé de déshumanisation et 29,85% ont un niveau élevé de manque d'accomplissement personnel professionnel. Nous remarquons aussi 20,14% du groupe de recherche ont un niveau moyen de l'épuisement émotionnel, 52,98% ont un niveau moyen de déshumanisation ensuite 34,32% ont un niveau moyen de manque d'accomplissement personnel professionnel. D'après les résultats de Maslach 17,16% ont un niveau bas de l'épuisement émotionnel, 43,28% du groupe de recherche ont un niveau bas de déshumanisation, enfin 35,82% ont aussi un niveau bas de manque d'accomplissement personnel au travail (Keddad, 2012). Dans cette enquête on peut dire que certains psychologues cliniciens du secteur souffrent de l'épuisement professionnel, certains d'eux ont un moyen d'épuisement professionnel et certains ont l'épuisement professionnel très bas.

Pour conclure, les dimensions professionnelles qu'éprouvent les psychologues cliniciens peuvent nuire à leurs santé psychologiques de façon directe en les exposant à des conditions de travail défavorables ou à des substances et en augmentant les risques psychosociaux, le traumatisme, des maladies cardio-vasculaires et respiratoires. Ils peuvent aussi avoir des conséquences indirectes de l'insatisfaction, de la frustration, des stratégies d'ajustement inadaptées, des habitudes et des comportements à risques.

Dans le burnout on peut trouver quelques symptômes principaux. Ils ont tous les particularités d'apparaître chez tous les professionnels, notamment les psychologues cliniciens de santé publique.

Les symptômes affectifs se caractérisent par l'humeur sombre, tristesse dépressive, une irritabilité, hypersensibilité et la froideur affective. Les ressources émotionnelles de l'individu sont épuisées. De fait, les psychologues cliniciens du secteur public ont un manque de contrôle émotionnel dont des excès de colère peuvent survenir. Ils conduisent à ne quasiment plus vivre au quotidien, c'est l'indifférence qui domine. (Khelassi, 2015, p.8)

Les sentiments d'impuissance et de désespoir prédominant, sentiment d'échec, faible estime de soi, et sentiment de la culpabilité. Les capacités cognitives peuvent être infectés : difficultés déconcentration, d'attention et troubles amnésiques. Les pensées deviennent plus

rigides et la prise de décision devient difficile. La tolérance à la frustration peut également être diminuée. (Khelassi, 2015).

Pour développer ces premiers éléments, nous rappelons que le concept du « *burn out* » était étroitement lié à certaines professions de type « *relation d'aide* » ou de responsabilité envers l'autre. Ces professions ont été l'objet d'étude privilégié car elles correspondent à des exigences croissantes, à un rythme accéléré.

Les psychologues cliniciens concernés ont le sentiment d'accomplir toujours moins, malgré un effort plus important. La fatigue chronique est le symptôme physique le plus commun dont ils souffrent, les céphalées, les nausées répétées, des palpitations, troubles du sommeil, variations de poids, etc. (Khelassi, 2015).

D'après Cosini et al (1996), cité par Keddad (2012), l'épuisement professionnel est considéré comme une description d'un état de surcharge au travail : manque de soutien, l'incapacité d'appliquer les tâches du professionnel ainsi la diminution du niveau du professionnel par rapport aux capacités demandés par la profession ce qui manifeste par des troubles psychologiques. Aussi, la défaillance de la qualité au travail, l'absentéisme au travail, la froideur des sentiments et les troubles psychosomatiques, ce qui fait les professionnels face aux conflits environnementaux et intra personnels.

Concernant la notion de l'épuisement professionnel, il s'agit d'un processus de dégradation du rapport des psychologues cliniciens du secteur public et leur travail. Cette situation de travail dégradée s'explique à la fois par des caractéristiques liées au travail d'une part, telles que notamment les exigences au travail, les exigences émotionnels, le manque d'autonomie, l'insécurité de la situation de travail, ainsi que les caractéristiques liées à l'individu lui-même, telles que des traits de personnalité. Il s'ajoute à cela, les causes liées à l'organisation, l'environnement et les relations au travail.

### **4-3-Dépression :**

« *Le ciel bas et lourd pèse comme un couvercle* ». La dépression est une maladie fréquente et universelle, parfois grave et plus difficile à repérer qu'il n'y paraît. Sa définition a très peu changé malgré les mises à jour successives des différents recueils de classification internationales des maladies mentales. Sur le plan clinique, elle reste marquée par la présence d'un syndrome universel caractérisé par le ralentissement, l'anhédonie et la douleur morale.

D'après l'histoire, la dépression n'est pas une maladie récente. Déjà Hippocrate, au V<sup>e</sup> siècle avant J.-C. décrivait la mélancolie : étymologiquement maladie de la bile noire. Ce fameux médecin grec décrivait parfaitement ce mal avec ses souffrances, sa tristesse, sa peur et le risque de suicide. Il liait cette symptomatologie à un dérèglement de l'humeur noire : l'atrabile. Au Moyen Âge, un étrange mal frappe les moines chrétiens. Certains d'entre eux, dans les monastères, sont décrits comme tristes, fatigués et inquiets se désintéressent de l'étude et de la prière. « *Souvent, quand tu es seul dans ta cellule une certaine inertie, une langueur de l'esprit, une lassitude du cœur s'emparent de toi ; tu éprouves au-dedans de toi une gêne terriblement pesante ; tu deviens un poids pour toi-même, et tu ressens moins cette suave joie intérieure que tu étais habitué à éprouver* » (Scot, 2003). Ce mal étrange est nommé acédie, d'un terme grec qui signifie négligence ou indifférence. Il est attribué à l'action du diable, plus précisément à l'œuvre du démon de midi. Et oui, le démon de midi, cette expression utilisée aujourd'hui pour désigner le regain amoureux du milieu de la vie, était au Moyen Âge le démon qui détournait les moines de la prière. (Willard, 2013, p.7).

L'histoire a progressivement dépossédé les théologiens et les philosophes de ce trouble pour le confier, il y a un peu plus d'un siècle, aux aliénistes et aux psychiatres. Après avoir eu sa planète, Saturne, la mélancolie a été assignée à résidence dans le corps ; la rate fut un moment l'origine de cette humeur noire et bilieuse. Aujourd'hui, elle siège dans le cerveau. (Fondacci, 2009, p.12-13).

Les grands traités médicaux de la fin du Moyen Âge, comme le Canon de la médecine (X<sup>e</sup> siècle), œuvre majeure d'Ibn Sina (appelé à tort Avicenne en Occident), médecin persan qui influença toute la pratique médicale de cette période, ou les écrits d'Averroès (médecin et philosophe arabe du XIII<sup>e</sup> siècle), décrivent toute une gamme de troubles de l'humeur, allant du mal de vivre jusqu'au suicide. Les théories humorales, développées par Galien, imprègnent encore la médecine de cette époque ; elles considèrent que la santé réside dans l'équilibre entre les quatre humeurs : la bile noire, la bile jaune, le sang et le phlegme. Au contraire, les maladies sont liées au déséquilibre entre ces humeurs. L'origine de la dépression était rattachée à un problème de mauvaise combustion de la bile, ce qui expliquerait entre autres le teint cireux des déprimés. Les propositions thérapeutiques étaient quasi inexistantes. Les idées à ce sujet n'évolueront presque pas jusqu'à la période moderne. (Willard, 2013, p.8).

Nous allons proposer ci-après quelques définitions du concept de la dépression. La dépression est déjà connue comme un brouillard tombé sur la vie psychique. Plus rien qui se

distingue, plus rien qui vaille. « Dépression », le mot est à peine une métaphore tant le corps s'affaisse, le mouvement se ralentit, le regard se vide.

La dépression « *se caractérise par l'association d'une humeur dépressive et de la perte d'intérêt ou de plaisir pour la plupart des activités de la vie quotidienne. Cet état doit être prolongé et présent tous les jours, toute la journée, pendant plusieurs semaines. Différents symptômes peuvent être présents, qu'il est classique de regrouper en quatre grandes catégories : les signes psychiques, les signes psychomoteurs, les signes physiques et les conduites suicidaires* ». (Willard, 2013, p.19).

Pour Beck (2010), la dépression est liée à des erreurs dans le traitement des informations. Cela est expliqué par les expériences vécues par le sujet et les situations auxquelles il est confronté. Elles sont interprétées à travers un filtre cognitif qui modifie la perception des événements. D'après ces définitions on peut dire que la dépression est une maladie multifactorielle. Ses déterminants sont biologiques, psychologiques et sociaux. Selon Seligman (1970), psychologue américain, celui-ci a souligné que la dépression survenait quand un sujet faisait l'expérience de son absence de contrôle des événements.

Sur le plan clinique la dépression est un état émotionnel. Il rassemble ordinairement une condition dominée par la tristesse et un émoussement de la réactivité, dont l'anhédonie, le retrait et le ralentissement psychomoteur sont des composantes. Cependant, la notion de dépression est apparue tardivement en clinique. La littérature a décrit de longue date avec subtilité des personnages aux tendances pessimistes ou dépressives.

A partir de ces définitions, nous remarquons que le travail des psychologues cliniciens pourrait provoquer la dépression. Cette dernière est liée à une relation étroite avec les conditions du travail dans le secteur public. Ces praticiens de la santé mentale font face aux difficultés de la prise en charge de leurs patients. Cependant, les conditions de travail ne se résument donc pas au seul environnement physique de travail mais englobent les conditions d'exercice de la profession.

De ce fait, La dépression au milieu du travail des professionnels de la santé est, en grande partie, liée à la souffrance au travail secondaire et à la dégradation réelle ou ressentie des conditions de travail. Les études effectuées en médecine du travail pointent de nombreuses difficultés que nous pouvons regrouper en quatre catégories (www.sistepaca.org) :

- Liées aux conditions de travail : les surcharges, ou paradoxalement les sous-charges, de travail, les problèmes de qualification ; l'exécution de tâches monotones, routinières, répétitives, les mutations non sollicitées, les changements de poste, les mauvaises conditions de travail ou de sécurité et la confrontation à un public en souffrance ou en situation de précarité,
- Liées aux facteurs relationnels : agressions verbales ; conflits, mésentente professionnelle, absence de reconnaissance de la qualité du travail effectué, isolement et problèmes éthiques et de valeurs.
- Liées aux méthodes de gestion du personnel : évaluation personnalisée, notation, absence d'autonomie ou de latitudes décisionnelles, objectifs intenable, cadences infernales, culte du juste à temps, déficit d'expression ou de dialogue, précarité de l'emploi, restructurations.
- Liées aux dirigeants : management humiliant, blessant, agressif ou stressant, injonctions paradoxales. (Willard, 2013, p. 38).

Par ailleurs, la dépression au travail des psychologues cliniciens du secteur public concerne le vécu individuel psychologique en rapport avec le contenu de la problématique présentée par le patient.

En somme, le travail des psychologues cliniciens du secteur public provoque souvent une dépression liée à la satisfaction au travail, ainsi cette dépression au travail est accompagnée de plusieurs indicateurs telles que des changements de l'appétit, des difficultés de sommeil, soit de l'insomnie ou une tendance à trop dormir, de la fatigue excessive, de l'agitation, des sentiments d'inutilité, des difficultés de concentration et des pensées suicidaires ou des références récurrentes à la mort.

#### **4-3-1-Sémiologie de la dépression au travail :**

La sémiologie de la dépression professionnelle n'est pas très différente de l'expression clinique classique. On retrouve les éléments diagnostiques habituels : douleur morale, anhédonie et insomnie. Cependant, certains signes sont plus spécifiques et doivent alerter en milieu professionnel. (Raffaitin et Raffaitin-Bodin, 2008). Les retards qui deviennent plus fréquents, les congés maladie à répétition et la prédisposition aux accidents du travail nécessitent de s'interroger les professionnels. Par conséquent, une baisse de productivité, la difficulté à prendre des décisions, l'apparition des troubles de la concentration et une perte de fiabilité ou une augmentation des erreurs sont plus facilement évocateurs pour le clinicien d'un trouble de l'humeur. Des modifications du caractère, une alcoolisation ou le recours à

des toxiques doivent aussi faire penser à un problème thymique. La symptomatologie doit être recentrée sur les notions de fatigue et de douleur au lieu et place des termes de plainte et de paresse souvent mis en avant. (Willard, 2013, pp.37-38).

Dans ce sens, la sémiologie de la dépression chez les psychologues cliniciens du secteur public se caractérise par une inhibition des opérations cognitives ainsi que congés de maladie qui se répète, l'absentéisme au travail, douleur morale, etc., ce qui provoque une mauvaise qualité au travail et l'augmentation des techniques durant le travail.

Par ailleurs, il existe deux traitements de la dépression : médicamenteux et psychothérapeutique. Ces deux façons de traitement sont adaptées à chaque personne et à l'intensité de la maladie, à condition que tout traitement s'appuie sur une alliance et une collaboration étroite entre le sujet et le soignant. C'est dans le cadre de cette alliance que sera déterminé le projet de soin. Ce projet tient compte des souhaits du sujet qui sera informé sur la nature de ses troubles, leur évolution, les possibilités de prise en charge et la fréquence des consultations.

La prise en charge médicamenteuse d'un dépressif comprend deux grands objectifs médicaux et fonctionnels : les objectifs médicaux visent une rémission symptomatique rapide où le maintien et la consolidation de cette rémission clinique viennent prévenir les rechutes et les récurrences dépressives ; les objectifs fonctionnels plus généraux ciblent une récupération permettant de restaurer la qualité de vie en retrouvant les activités antérieures et des capacités de coping satisfaisantes. (Bruno, Ferreri, 2013, p.165).

Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) regroupent plusieurs méthodes qui se sont perfectionnées et diversifiées au cours des dernières années. Les aspects communs aux TCC sont une démarche particulière où le sujet reçoit l'information complète sur ses troubles et joue un rôle très actif dans le processus thérapeutique (lectures, exercices entre séances, auto-observation) ; une durée globale du traitement assez courte (de 3 mois à 1 an) ; des techniques ciblées et spécifiques à chaque type de problématique. Ainsi, le sujet se voit proposer des techniques impliquant le corps (relaxation), le travail en groupe, l'entraînement aux compétences sociales, l'exposition aux situations sources de conflit, ainsi que la modification des schémas dysfonctionnels de pensées. (Chopin, 2013, p.196).

#### 4-4-Qualité de vie :

Le concept de qualité de vie semble être un concept dont la structure s'étend à tous les domaines de la vie et ne peut se définir de manière restrictive. Il apparaît aussi qu'il n'existe pas une définition consensuelle de la qualité de vie et que ce concept se heurte à des difficultés de définitions. De ce fait, la qualité de vie est liée à la perception qu'un individu a, de sa santé physique et psychologique, de ce qu'il vit mais aussi de ce qu'il projette sur son avenir personnel et professionnel.

L'origine du terme «QLV » remonte à un slogan politique américain lancé par Lyndon, Johnson, en 1964, dans son message à la nation intitulé « the great society », s'inscrivant par la suite dans la constitution de Jefferson qui fait du bonheur un droit inaliénable de tout citoyen américain tiré de sens commun, le concept de « QLV » apparaît comme une donnée, une évidence de la nature directement accessible à notre compréhension. Cette expression recouvre la satisfaction de sa vie, le bonheur, le moral inclut la santé mentale et l'adaptation, c'est-à-dire l'anxiété et la dépression. La qualité de vie est considérée comme un indicateur social du bonheur du citoyen. (Lafaye, 2009, p. 25).

En 1978, l'engouement pour le concept de QV se fit sentir dans le domaine de la santé spécifiquement par la définition de la santé proposée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme « un état de bien-être physique, émotionnel et social » (OMS, 1978). Les études dans le domaine de la santé mentale à cette époque étaient dirigées vers les conséquences néfastes de la désinstitutionalisation.

Dans le champ de la santé, le concept de QLV est apparu dans les années 1960 aux États-Unis « il est né de la conjonction d'une modification du pronostic des maladies, de la considération de l'autonomie du patient et d'un besoin d'évaluation médicale » (Brousse, Boisauvert, 2007, pp.458-462). Ainsi, avec les progrès de la médecine, la QLV est devenue un élément tout aussi important que sa durée, pour l'évaluation de la prise en charge des durées, pour l'évaluation de la prise en charge des problèmes de santé par les systèmes de soins, les critères objectifs et biomédicaux se sont montrés insuffisants. Elle devait faire appel à des indicateurs de résultat plus fins que la mortalité et la morbidité. (Leplège, Debout, 2007).

Vers la fin des années 1970, le concept de QVT connaît une diminution de popularité. En effet, pour certains auteurs, la qualité de vie au travail est considérée davantage comme un

mouvement, une idéologie ou une mode. De plus, Nadler et Lawler (1983) soulèvent que tant et aussi longtemps que le problème de la définition du concept de QVT ne sera pas réglé, le développement de la recherche dans ce domaine sera grandement compromise.

De ce fait, On va proposer quelques définitions de ce concept chez différents auteurs et organismes internationaux. Ces définitions sont liées au contexte de l'évolution de la recherche ces dernières années.

L'OMS définit la qualité de vie comme « *la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Il s'agit d'un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement* ». (OMS, 1994, p.21). Cette définition englobe à la fois l'état somatique, l'autonomie physique, l'état psychologique, le bien-être, les interactions sociales les activités professionnelles et les ressources économiques.

De leur côté Dupuis, Perrault, Lambany, Kennedy & David (1989), cité par Bonneville-Hébert (2014), « *La qualité de vie, à un moment donné, représente l'état atteint par un individu dans la poursuite de ses buts organisés hiérarchiquement* ».

Selon cette définition est l'une des seules dans le domaine de la QV à se baser sur un modèle théorique cohérent et détaillé, tenant compte des buts et des priorités de l'individu évalué et ne faisant pas appel à d'autres construits (santé, bien-être ...etc.) pour lesquels des mesures existent déjà. Spécifiquement à ce modèle théorique, c'est l'individu lui-même qui se fixe son référent en terme d'idéal de bonheur à atteindre.

Dans ce cadre, la qualité de vie au travail est l'objectif essentiel des soins, sa mesure est un enjeu important. Mais le complexe du fait de la multiplicité des dimensions telles que les capacités physiques, les douleurs et symptômes liés à l'affection ou à son traitement, l'état psychologique et les relations sociales. La qualité de vie des psychologues cliniciens fait également intervenir à la réussite de réaliser un travail réussi, les ressources dont elle dispose, ses connaissances et les valeurs auxquelles elle est attachée.

Compte tenu de ce qui précède, la définition de QV retenu pour ce travail de recherche est celle de Dupuis et ses collègues (1989). Maintenant, nous allons définir la qualité de vie liée au travail.

Compte tenu du contexte présenté précédemment, à partir de 1950, période de l'après-guerre, il y a émergence de la tendance à considérer le travail non plus comme uniquement un gagne-pain, mais comme une activité qui doit avoir du sens, qui peut offrir de l'autonomie, des défis, des occasions de se réaliser... etc. (Morin, 2010).

Selon, Dupuis et al (2010), cité par Bonneville-Hébert (2016), à partir de 1970 s'amorce une période où de nombreuses recherches s'attardent à une clarification de la définition de la QVT. La conférence internationale en septembre 1972 (International Conference on the Quality of Working Life, 1972), dans l'État de New York portant spécifiquement sur la QVT, a permis la coordination des efforts de recherches (bâtir un corpus théorique, échanges des connaissances, etc.) et la création en 1973 du Conseil international de la qualité de vie au travail dont le mandat était de faire la promotion de la recherche et permettre le transfert des connaissances dans le domaine de la santé mentale au travail et celui de la qualité de vie au travail, les deux étant intimement reliés.

Le concept de qualité de vie au travail a vu le jour vers la fin du XIX siècle. En effet, déjà à cette époque, des efforts ont été effectués dans le but d'améliorer la condition des travailleurs, la rémunération et le partage des profits de l'établissement du travail.

En effet les définitions de la qualité de vie au travail est sont les suivantes : d'après Boisvert (1977) cité par Bonneville-Hébert (2014), la QVT se définit comme : « *un ensemble de conséquences bénéfiques de la vie au travail pour l'individu, l'organisation et la société* ». En regard de cette définition la QVT est un ensemble de conséquences bénéfiques au milieu du travail de l'individu.

La définition de Martel et Dupuis (2006) se lit comme suit: « *la QVT, à un temps donné, correspond au niveau atteint par l'individu dans la poursuite dynamique de ses buts hiérarchisés à l'intérieur des domaines de son travail où la réduction de l'écart séparant l'individu de ses objectifs se traduit par un impact positif sur la QV générale de l'individu, sur sa performance organisationnelle et, par conséquent, sur le fonctionnement global de la société* ». (Bonneville-Hébert, 2014, p.17). Cet extrait nous livre une définition de qualité de vie au travail dont les auteurs suggèrent spécifiquement un lien entre les sphères de vie personnelle et professionnelle.

Auparavant, le concept de qualité de vie au travail n'existait pas dans la littérature universelle comme il est signifié aujourd'hui. Le sujet a été donc approché par les deux

fondements de la QVT, à savoir les conditions de travail des professionnels (organisation du travail, management, etc.) et la performance, afin de couvrir au mieux les différents aspects du sujet.

Par ailleurs, la qualité de vie au travail des psychologues cliniciens du secteur public peut aussi être vue comme une méthode dont l'objectif est d'améliorer l'organisation dans trois aspects : physiologique (ergonomie, sécurité, lieux de travail, etc.), intellectuel (autonomie, prise de décision, style de gestion, etc.) et affectif (relations interpersonnelles avec supérieur, collègues, clients).

La qualité de vie au travail des psychologues cliniciens dans le secteur public doit être évaluée à plusieurs niveaux. Il faut prendre en considération le point de vue subjectif du professionnel ainsi que les données objectives pouvant être relevées sur le lieu de travail. Donc, la qualité de vie au travail de ces praticiens est associée à des notions de conditions et d'organisation au travail. On sous-entend les rythmes de travail, les obligations, les contraintes diverses et le type de relations avec l'entourage, sans oublier bien évidemment l'environnement physique et familial. Tous ces éléments font référence aux critères retenus dans les analyses ergonomiques du travail.

#### **4-4-1-Outils de mesure de la qualité de vie :**

Des questionnaires ont été établis avec des patients, des experts, et différents professionnels. Ils comportent un ensemble d'items décrivant les différents états de santé possibles, remplis par la personne elle-même, son entourage proche ou par un enquêteur. Lorsque chaque dimension explorée est mesurée par un chiffre (score), sans synthèse globale, on parle de profil, et lorsqu'il aboutit à un score global, on parle d'index ou indice. Des valeurs de référence permettent la comparaison avec les résultats observés chez des personnes. Les indices dits génériques sont utilisables pour toutes les affections présentes dans la population étudiée : parmi ces questionnaires on peut trouver :

- MOS-SF 36 : la santé des personnes malades est étudiée par questionnaire auto-administré de 149 items,
- Indice de santé perceptuelle de Nottingham : il adopte le point de vue des personnes plutôt que celui des professionnels,
- Sickness impact profile : il mesure par un score global l'état de santé de personnes malades,

- Profil de santé de Dukes : il apprécie plusieurs dimensions de la qualité de vie : physique, mentale, sociale, santé perçue et incapacité. Cet indice est utilisé en France dans les « baromètres santé ». (Czermichow, 2007).

La mesure de la qualité de vie est un enjeu important, mais complexe de fait de la multiplicité des dimensions : capacités physique, douleurs et symptômes liés à l'affection, état psychologique, relations sociales.

#### **4-5-Le suicide :**

Le suicide est un acte volontaire posé par un sujet individuel. Il est toutefois très souvent associé à la maladie mentale, à un déséquilibre mental, car on conçoit difficilement qu'une personne mentalement bien équilibrée se donne la mort.

Durant ; l'antiquité la société grecque interdit toute sépulture à un mort par suicide et l'enterrait en dors de la cité. Les principales raisons pour se donner la mort durant l'antiquité étaient le mépris de la vie, la fuite des maux associés à l'âge et la dévolution à la partie.

Le terme « suicide » crée par Thomas Browne vient du latin « sui » ; (se, soi) et « caedere » ; (tuer)= se tuer soi-même, c'est un acte par lequel le sujet se donne volontairement la mort. Le suicide est donc le meurtre de soi-même. (Guelfi et Rouillon, 2012, p. 547).

Introduit en français au XVIIIe siècle à partir du latin sui (soi) et caedere (abattre, tuer), le terme suicide signifie l'action de causer sa propre mort. Les notions d'intentionnalité et de délibération sont des critères qui persistent dans la plupart des définitions (Durkheim, 1897) ; elles sont, sans doute, nécessaires pour l'épidémiologiste ou l'homme de loi, mais ne sont pas sans poser problème au regard du sujet de l'inconscient, tel que défini par Freud. Le terme a servi à construire trois épithètes : ceux de suicidé (sujet dont le geste autodestructeur a été mortel), de suicidant (sujet ayant survécu à son passage à l'acte) et de suicidaire (sujet dont le discours ou le comportement exprime l'existence d'une potentialité suicidaire) (crise suicidaire). La suicidologie définit l'ensemble des travaux scientifiques qui prennent pour objet la mort volontaire. (Fromentin, 2012, p. 712).

Aujourd'hui, des unités hospitalières spécialisées dans le suicide fleurissent un peu partout en France et dans le monde (société Franco-algérienne de psychiatrie, 2008). De plus en plus, des auteurs penchent sur la fabrication d'une nosographie claire des passages à l'acte. (Vandevoorde, 2013, pp.7-8).

Dans l'islam, le suicide est interdit, d'après le coran cité dans le verset suivant : « ne tuez pas vos personnes ! Dieu vous est Miséricordieux ! Qui par agressivité et iniquité commettrait ce crime, nous le ferons bruler au feu. C'est pour Dieu bien facile ». (Coran, 4 :29-30).

De ce fait, le suicide est un phénomène complexe qui a attiré l'attention de philosophes, théologiens, médecins, sociologues et artistes, au cours des siècles. Selon le philosophe français Albert Camus, dans *Le mythe de Sisyphe*, il constitue le seul problème philosophique vraiment sérieux.

Selon l'OMS : « *le suicide, c'est l'acte de mettre fin à ses jours* ». Les troubles mentaux (dépression, troubles de la personnalité, dépendance à l'alcool ou schizophrénie par exemple) et certaines maladies physiques comme les troubles neurologiques, le cancer et l'infection à VIH sont des facteurs de risques du suicide. Il existe des stratégies et des interventions efficaces pour prévenir le suicide. (OMS, 2018).

Le suicide renvoie à la volonté et/ou désir conscient et délibéré de se donner la mort. C'est un comportement qui cherche et trouve une solution pour un problème existentiel dans le fait d'attenter à sa vie. Donc le suicide résulte d'une interaction complexe de facteurs biologiques, génétiques, psychologiques, sociologiques, culturels et environnementaux.

#### **4-5-1-Le suicide au milieu du travail :**

Parler de suicide au travail est un sujet lourd de sens par rapport aux conditions humaines et aux conditions puisque tous les éléments attendants sont directement liés à l'environnement professionnel. Le suicide au travail touche le professionnel individuellement et collectivement, et ce, à travers le relationnel collectif des travailleurs.

Dans ce cadre, le suicide ou la tentative de suicide au travail non aboutie constituent, à la fois, une urgence pour l'entreprise et un signal d'alarme fort sur le malaise ressenti par les salariés et l'état du climat social. La survenue du fait dans une organisation similaire représente un véritable danger qu'il faudrait prendre au sérieux. En effet, les phénomènes de contagion liée à une levée d'inhibition sont fréquents dans les crises suicidaires. Un employé en difficulté passera plus facilement à l'acte, par phénomène de facilitation, s'il a l'exemple d'un suicide chez un de ses collègues ou chez une personne dont il considère la situation professionnelle comme identique à la sienne. (Willard, 2013, p.47).

Le suicide représente le stade ultime de la souffrance psychologique au travail parce que la mort semble parfois la seule alternative possible à un professionnel qui se sent profondément seul. Une personne qui se suicide ne veut pas mourir mais simplement cesser de souffrir.

La crise suicidaire peut être définie comme un moment de crise psychologique, au cours de la vie d'un sujet, où celui-ci va épuiser progressivement ses ressources adaptatives, psychologiques et comportementales et envisager, progressivement, par le biais de distorsions cognitives, le suicide comme seule possibilité de réponse aux difficultés qu'il rencontre et éprouve. Le suicide devient alors l'unique solution pour mettre fin à sa souffrance. La durée de la période des sensations de la grande souffrance et la dure tension est délimitée souvent de 06 à 08 semaines.

De ce fait, la thématique du suicide est amplement étudiée. Les connaissances sur le suicide lié au travail et l'étude des professions les plus touchées par ce phénomène restent parcellaires. C'est pourquoi la préservation de la santé mentale au travail est devenue une priorité pour les pouvoirs publics et les acteurs du domaine de la spécialité. Notons que le suicide est un phénomène trop complexe pour pouvoir s'expliquer par un lien de causalité unique et linéaire.

Le suicide sur les lieux de travail souligne un lien étroit entre la mort volontaire et les significations intimes de l'acte et le lieu dont il s'est produit. Ces dernières années, les chiffres à se propos ont considérablement pris de l'ampleur. Des entreprises comme Renault, Peugeot ou Edf, et d'autres encore ont été affectées par des suicides en série d'employés sur leurs lieux d'exercice, dénonçant par là des formes nouvelles de management transformant en profondeur la sociabilité des équipes. (Le Breton, 2015, p.15). Les suicides ont toujours des causes multifactorielles. Le suicide au milieu du travail est dû à la souffrance psychologique et la pénibilité au travail. Or, il y a peu d'études sur les suicides dans le monde du travail.

D'après Dejours (2011), le suicide au travail est lié à des failles dans la personnalité. Mais ce lien ne réside pas dans le caractère pathologique en soi de ces failles. Elles n'entraînent pas de troubles mentaux. Les raisons du suicide résident dans des changements du travail. La vulnérabilité à ces changements des professionnels concernés vient de ce qu'elles trouvent leur équilibre à travers une grande implication dans leur travail. Elles font preuve d'une grande exigence, voire d'une rigidité à l'égard d'elles-mêmes. Leur travail est

réellement pour elle une passion. Ceci les empêche d'accepter certains changements du travail contraires à leurs valeurs ou de tolérer un défaut de reconnaissance. (Baudelot, Gollac, 2015, p.201). Nous pourrions avancer de ce sens que les personnes qui se suicident généralement à cause de leur travail sont des personnes compétentes professionnellement, très investies mais paradoxalement fragilisées par des changements de rythme et de charge de travail.

En France, selon le centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (Cépidc-Inserm), le nombre total de morts par suicide, en 2010, était évalué à 10 334. Or, la France n'est pas encore en mesure de déterminer, au sein de cet effectif quel est véritablement le taux des suicides causés par le travail. Ce sujet a fait cependant l'objet d'une enquête par questionnaire menée auprès des médecins du travail en 2002 dans le département de Basse-Normandie. L'enquête révélait qu'à l'époque, au cours des dizaines dernières années, sur 107 tentatives de suicides, 43 se sont soldées par un décès et 16 par un handicap résiduel grave. Parmi cet effectif, 68 % des tentatives de suicide étaient le fait d'hommes dont les deux tiers occupaient des emplois peu qualifiés dans tous les secteurs professionnels. Au Japon a connu 31 690 cas de suicides dont 8 568 victimes étaient des travailleurs, et il a été clairement établi par les services de police que 10,9% de ces cas de suicides étaient causés par le travail. D'après le rapport « *Review Report of Workplace Mental Health Measures* », le ministère de la Santé du Travail et des Affaires sociales identifie trois situations de suicides causées par le travail avec comme principaux facteurs les promotions et l'intimidation/harcèlement :

- Mutation → Surmenage + Problèmes de relations humaines au travail → Suicide ;
- Promotion → Surmenage → Échec au travail → Problèmes de relations humaines au travail → Suicide ;
- Intimidation (Bullying) → Dépression → Suicide. (Lerouge, 2014, pp. 11-12).

Dans cette optique, le suicide chez les professionnels de la santé est plus élevé. En effet, deux études publiées en 2008 dans le journal of annals internal médecine, relèvent que sur les 2 220 étudiants de sept facultés de médecine ayant répondu au questionnaire, 49,6 % avaient souffert de burnout et 11,2 % évoquaient des pensées suicidaires au cours de l'année précédant de l'étude. En 2011, les médias relatent le suicide d'un interne de 28 ans par défenestration au terme d'une garde particulièrement éprouvante au CHU de Rouen. Dans l'étude de l'ANEMF de 2013, 21 % des externes avaient déjà songé au suicide (dont 8,3 % ayant plusieurs fois des pensées suicidaires). En 2014, en Chine, une étude mettait en

évidence que 7,5 % des 348 participants déclaraient avoir déjà eu des idées suicidaires. Et parmi les 47 (13,5 %) qui montraient des signes de dépression modérée à sévère, cette fréquence atteignait 30 %. (Miachon, 2018, p.76). D'après ces statistiques, on peut dire qu'il y a une forte corrélation entre la dépression et idées suicidaires.

Pour cela, le médecin doit établir une bonne relation avec les patients suicidant. Il ne doit pas hésiter à poser les bonnes questions : plus précisément en cherchant à savoir si la personne pense souvent à la mort et au suicide ; si elle a songé au moyen d'y parvenir (scénario organisé), et surtout si elle a récemment vécu un événement ou une situation pénible (surtout un deuil ou la date anniversaire du décès d'un être cher). Cela doit lui permettre d'exprimer son désarroi et ses souffrances. Explorer les idées suicidaires n'induit pas et ne majore pas le risque suicidaire.

En somme, nous nous sommes focalisées dans notre recherche sur la souffrance psychologique au travail et la pénibilité au travail des psychologues cliniciens du secteur public. Nous voulons arriver à mieux comprendre cette souffrance psychologique et pénibilité au travail, en identifiant les conséquences psychologiques relatives à l'exercice de leur métier dans leur milieu professionnel.

Pour opérationnaliser la souffrance psychologique, nous avons repéré deux indicateurs cliniques, qui sont : la détresse psychologique et la pénibilité au travail. De ce fait, un indicateur est une caractéristique d'un comportement, à partir duquel on peut directement inférer un processus psychologique. Nous avons choisi la détresse psychologique parce qu'elle touche souvent les psychologues cliniciens et, encore plus, ceux qui travaillent dans le secteur public. Ainsi, on ne peut pas parler de souffrance psychologique sans évoquer la détresse psychologique. Quant à la pénibilité au travail, nous l'avons choisie par le fait qu'il existe une forte influence sur l'exercice du métier des psychologues cliniciens de santé publique. De ce fait, ces deux éléments principaux permettront de rendre compte d'une éventuelle souffrance psychologique de notre groupe de recherche.

Dans la suite de notre recherche, nous allons présenter les deux indicateurs que nous avons retenus pour expliquer la souffrance psychologique : la détresse psychologique et la pénibilité au travail, comme des sections dans notre chapitre. Cela nous permettra, à travers tous les éléments de notre recherche, de rendre compte de la souffrance psychologique.

## II- Détresse psychologique :

La détresse psychologique est à l'ensemble de la santé mentale ce que la fièvre est à l'ensemble des maladies infectieuses : un symptôme mesurable, signe évident d'un problème de santé, mais qui ne peut à lui seul éclairer sur l'étiologie et la sévérité du problème auquel il se rattache. Plus précisément, la détresse psychologique donc comme un état subjectif incluant des symptômes liés à l'anxiété, l'agressivité, la dépression, l'irritabilité, l'épuisement, le désengagement social et à des problèmes cognitifs.

Dans ce sens, on va proposer plusieurs définitions du concept de pénibilité au travail selon différents auteurs et différentes approches, vu l'évolution de la recherche autour de ces dernières années.

### 1-Définition de la détresse psychologique :

La détresse, en général, se définit comme un « *sentiment de délaissement, d'abandon, ressenti dans une situation critique, nécessitant une aide extérieure et ou amenant un sujet à demander de l'aide, un secours social ou psychologique* » (Couillard, 2011, p.23). La détresse psychologique est un terme générique qui englobe un ensemble de symptômes qui témoignent d'une atteinte à la santé et au bien-être psychologique d'une personne.

Selon Massé (1998) cité par Bouterfas (2014), la détresse psychologique résiderait dans une sorte de « souffrance psychologique », un mal de vivre ressenti à travers des émotions, des sentiments de dépression, de tristesse, de démoralisation et d'anxiété. Ce mal-être-au-monde, plus ou moins profond, prend la forme d'une souffrance de soi qui s'inscrit dans un processus d'auto dévalorisation et d'auto responsabilisation : remise en question de ses capacités, de ses qualités, perte d'estime de soi et auto culpabilisation pour ce qui arrive. Le repli sur soi apparaît alors comme l'idiome central autour duquel se construit le langage de la détresse. (Bouterfas, 2014, p. 38).

Dans cette définition, la détresse psychologique est liée à la souffrance psychologique qui se manifeste par des émotions négatives et des sentiments de tristesse qui rendent l'individu dévalorisé, incapable et repli sur soi.

La détresse psychologique que témoigne le vécu anxieux peut ainsi être assimilée à une forme de « *protestation primaire* » qui accompagne les processus cognitifs nécessaires à l'adaptation avec la situation nouvelle. Quand cette « *protestation primaire* » ne suffit pas

pour répondre aux demandes de la situation nouvelle, il s'y associe une réponse biologique qui est la « *protestation secondaire* ». Aussi, quand l'émotion normale échoue dans son rôle, l'émergence de l'anxiété témoigne du caractère incontrôlable de la situation et de l'inefficacité des stratégies mises en place pour s'adapter au changement. (Boudarene, 2005, p.86).

Selon Mirowski et Ross (2003) cité par Couillard (2011), la détresse fait partie d'un continuum. En effet, toujours ces deux auteurs affirment que le bien-être et la détresse psychologique constitueraient les deux extrêmes d'un même continuum. De ce fait, Mirowski et Ross (2003) estiment que la détresse et le bien-être sont des facteurs de second ordre qui sont influencés par les facteurs plus général : la santé mentale.

La détresse psychologique informe sur le niveau d'altération de la santé psychologique. Des symptômes sont ainsi visibles comme les réactions anxieuses et dépressives face au travail et à la vie, la diminution des capacités intellectuelles (mémoire et concentration), l'agressivité, l'irritabilité, la fatigue, l'insomnie, l'absentéisme, le repli sur soi, les problèmes cognitifs et la consommation excessive d'alcool, de drogue ou de médicaments. (Bouterfas, 2014, p. 39).

Le DSM-5, définit la détresse psychologique comme « *une gamme de symptômes et d'expériences de la vie intérieure d'une personne qui sont communément considérés comme inquiétants, déroutants ou sortant de l'ordinaire.* » (DSM-5, p.1061).

Selon Perreault (1987), « *la détresse psychologique est à l'ensemble de la santé mentale ce que la fièvre est à l'ensemble des maladies infectieuses : un symptôme mesurable, signe évident d'un problème de santé, mais qui ne peut, à lui seul, éclairer sur l'étiologie et la sévérité du problème auquel il se rattache* ». (Roy, 2009, p.6). Contrairement à la fièvre, le seuil de détresse psychologique n'est pas connu et il n'est pas possible de déterminer les individus ayant un niveau « pathologique de détresse ».

La détresse psychologique est un état mental pénible principalement caractérisé par la dépression, l'épuisement professionnel et le stress au travail (OMS, 2007). De façon générale, les chercheurs reconnaissent à la détresse psychologique cinq (5) caractéristiques :

- La tristesse : une émotion désagréable et douloureuse ; « *Être au bord des larmes* » ;
- L'irritabilité : une sensibilité accrue et de vives réactions aux éléments de l'environnement « *Avoir les nerfs à fleur de peau* » ;

- Le découragement : une fatigue démesurée, un sentiment de désespoir et d'impuissance ;  
« *Tout semble une montagne* » ;

- La dévalorisation de soi : une remise en question de sa propre valeur, une auto-dépréciation de ses qualités et capacités et une perte d'estime de soi ; Se sentir comme si l'on était « moins que rien », comme si l'on était « *bon à rien* » ;

- L'anxiété : des inquiétudes et des craintes face à ce que réserve l'avenir ; Sans cesse « craindre le pire ». (Cloutier, Pellerine, 2019, p.9).

Dans ce cadre, la notion de l'épuisement professionnel et la notion de détresse psychologique sont distinctes. En effet, les symptômes de la détresse psychologique ne concernent pas à un domaine particulier. À partir de ce point, nous distinguons au minimum quatre dimensions de la détresse psychologique constituée de l'anxiété, de la dépression, de l'agressivité et de l'irritabilité.

## **2-Théories de la détresse psychologique au travail :**

À ce jour, tous les travaux portant sur les facteurs professionnels et la détresse psychologique ont été développés à partir des modèles prédominants suivants : le modèle demandes-contrôle élaboré par Karasek (1978, dans sa version originale et 1990 avec l'adjonction de la notion de support social) et le modèle de déséquilibre efforts-récompenses conçu par Siegrist (1996). Nous verrons également le modèle de Vézina (1992) ainsi que le modèle de Marchand, Durand et Demers (2006).

### **2-1-Le modèle demandes-contrôle de Karasek :**

Karasek propose deux versions de son modèle de la détresse psychologique. Dans sa version originale, ce modèle s'appuie sur deux facteurs professionnels, à savoir : les demandes psychologiques et la latitude décisionnelle. D'une part, les demandes psychologiques représentent la somme des efforts psychiques qui sont déployés par un individu afin de répondre aux exigences du travail, telles que les contraintes organisationnelles ainsi que les demandes conflictuelles suscitées par l'exécution d'une tâche. D'autre part, la latitude décisionnelle signifie, pour un travailleur, un exercice inventif, autonome et discrétionnaire de ses compétences permettant une participation à l'organisation du travail.(Roy, 2009, pp.9-10).

Selon le modèle des exigences et du contrôle qu'a développé Karasek (Job demands – Control Model ; Karasek, 1979), les problèmes de santé mentale sont attribuables à

l'accumulation de tensions qui proviennent de l'incapacité perçue ou de la crainte de ne pas être en mesure d'effectuer le travail demandé dans le temps accordé. En effet, les employé(e)s doivent s'acquitter d'un certain nombre de tâches et d'un volume de travail plus ou moins élevé, dans un laps de temps prédéterminé. Lorsqu'ils ont peur de ne pas être en mesure de répondre à ces exigences, ils ressentent du stress, un sentiment d'impuissance et de la frustration. Au fil du temps, ces états de tension engendrent des problèmes de santé mentale. (Cloutier, 2019).

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

Ce modèle a mis l'accent sur les effets de l'organisation du travail. Plus précisément, il se fonde sur le postulat que l'environnement psychosocial de travail est constitué de trois types de caractéristiques : la latitude décisionnelle, la demande psychologique de travail et le soutien social, qui influencent l'état psychologique des individus, particulièrement leur niveau de stress.

En se fondant sur ces caractéristiques, les auteurs de ce modèle distinguent quatre types d'emplois présentant des risques différents :

- Le premier est appelé à haute tension ; la demande de travail est y est élevée, mais la latitude décisionnelle et le soutien sociale y sont faibles. C'est le type d'emploi apte à développer un sentiment d'impuissance, une absence de sens et un fort degré de stress.

- Le deuxième est appelé l'emploi actif, la demande de travail est forte. En revanche le contrôle et le soutien social sont élevés. Tout en étant exigeants ces emplois s'avèrent valorisants.

- Le troisième est l'emploi passif, offrant peu de stimulation, de contrôle et de soutien sociaux. Il conduit à l'impuissance acquise.

- Le quatrième est appelée travail à basse tension, la latitude de décision est forte mais les demandes de travail faibles.

### **2-2-Le modèle de déséquilibre efforts-récompenses de Siegrist :**

Le second modèle portant sur la relation entre les facteurs professionnels et la détresse psychologique a été conçu par Johannes Siegrist (1996). Dans ce modèle, les conditions de travail pathogènes sont identifiées comme étant celles qui associent des efforts élevés à de faibles récompenses. Les récompenses font référence au salaire, à l'estime et au contrôle exercé sur son propre statut professionnel (promotion et sécurité du travail). Les efforts, quant à eux, peuvent être de nature extrinsèque (contraintes de temps, responsabilités, exigences croissantes du travail) ou de nature intrinsèque (attitudes, comportements, motivations). (Roy, 2009, p.21).

### **2-3-Le modèle intégrateur de Vézina :**

Ce modèle intégrateur prend en compte l'individu dans sa globalité afin de dresser un modèle théorique, qui, jusqu'à ce jour, n'a pas été vérifié empiriquement. Comme le souligne l'auteur, en plus des facteurs de risque professionnels, *«d'autres facteurs doivent être pris en considération, tel que l'ensemble des aspects de la santé mentale liés à l'individu»*. Le modèle de Vézina tient compte de la personnalité de l'individu dans ses stratégies d'adaptation face à l'adversité rencontrée dans un milieu de travail donné. (Roy, 2009).

### **2-4-Le modèle multi-niveaux de Marchand, Durand et Demers :**

Marchand, Durand et Demers (2006) ont proposé un modèle multi-niveaux des déterminants de la santé mentale dans la main d'œuvre. Ce modèle souligne *«les contraintes et les ressources engagées simultanément par la personnalité des agents, les structures du quotidien et les structures macro-sociales génèrent un stress pouvant provoquer des réactions non désirées telles que la détresse psychologiques»*. (Roy, 2009, p.29).

Selon Marchand et al (2006), l'individu est donc représenté comme *« un agent ou un acteur en relation dans un environnement social composé de structures avec lesquelles il compose au quotidien»*. Ces relations ont lieu dans un environnement social plus vaste

déterminé par un contexte social, politique, économique et culturel propre à une société donnée. (Bouterfas, 2014).

### **2-5-Le modèle de Hobfoll (1989) : la peur de perdre ce que l'on valorise :**

D'après Hobfoll (1989), la théorie de la conservation des ressources stipule que les individus ressentent du stress lorsqu'ils perdent leurs ressources ou lorsqu'ils ont peur de les perdre. Selon cette théorie, « *les individus cherchent à conserver, protéger et renforcer les ressources, et ce qui est menaçant pour eux est la perte potentielle ou réelle de ces précieuses ressources* ». Les ressources dont il est question sont de deux ordres. D'une part, les ressources « *fondamentales* » sont des finalités auxquelles les individus accordent une grande valeur, dont figurent principalement le bien-être psychologique c'est-à-dire un état mental agréable, l'estime de soi ainsi que l'estime des autres. D'autre part, les ressources « *instrumentales* » sont celles qui sont investies pour obtenir les ressources fondamentales, par exemple, le temps, l'énergie, les connaissances et les habiletés, les éléments tangibles comme l'argent et les éléments intangibles comme un emploi et l'ancienneté. (Cloutier, 2019).

### **3- Symptômes de la détresse psychologique :**

D'après Desmarais et al (2000), la détresse psychologique comprend deux symptômes principaux fortement corrélés : l'anxiété et la dépression. Ces deux symptômes naîtraient des situations que vivent les individus et des conditions dans lesquelles ils évoluent. Un lien entre la détresse et les événements de vie négatifs est d'ailleurs souligné dans plusieurs études. La dépression fait référence au fait de sentir triste, isolé, démoralisé et sans espoir, tandis que l'anxiété se rapporte plutôt au sentiment d'être tendu, irritable, apeuré, etc. (Mirowsky, Ross, 2003). La dépression et l'anxiété sont constituées de deux composantes : le malaise et l'humeur. Le malaise « désigne un état physique, une manifestation comme la distraction dans la dépression ou les maux de tête reliés à un état d'anxiété ». L'humeur renvoie à des émotions négatives comme la tristesse ou l'inquiétude. (Couillard, 2011).

### **4- Outils de mesures de la détresse psychologique :**

D'après Dohrenwend, Shrout, Egri et Mendelsohn (1980) ont mentionné que les premiers outils de dépistage de la détresse psychologique ont été élaborés durant la seconde guerre mondiale par l'armée américaine qui cherchait à identifier, parmi les recrues de l'armée, les

personnes qui pourrait s'avérer inaptes au combat en raison de leur condition psychiatrique. Les chercheurs de l'armée ont développé un questionnaire comprenant plus 100 items regroupés en quinze sous-échelles. Une de ces quinze sous-échelles présentait une bonne valeur discriminante, c'est-à-dire une bonne capacité de différencier les soldats actifs de ceux qui étaient hospitalisés. Cette sous-échelle est par la suite devenue le «noyau» du questionnaire « Neuropsychiatrie Screening Adjunct ». (Couillard, 2011, p.26).

De ce fait, la capacité de cet outil à discriminer les individus cliniques des individus non cliniques, dans le dépistage militaire, a entraîné le développement de bon nombre de mesures similaires pouvant être utilisées dans des études épidémiologiques.

#### **4- Stratégie d'adaptation de la détresse psychologique :**

L'adaptation, que l'on nomme en anglais «coping», constitue un thème important en psychologie depuis plus de quarante ans. L'adaptation est conceptualisée comme une réponse à un stress externe ou à des événements négatifs. Généralement, ces réponses sont habituellement des stratégies conscientes. Une certaine concertation entoure la définition des stratégies d'adaptation. Celles-ci consistent en des efforts cognitifs et comportementaux pour maîtriser, réduire ou tolérer des exigences internes ou externes créées par une transaction stressante. (Hamel, 1995).

Lazarus et Folkman (1984) cité par Hamel (1995), ont proposé une typologie qui distingue ces deux fonctions. Les stratégies d'adaptation centrées sur le problème favorisent l'initiation d'activités pour modifier le problème à la source du stress. Par exemple, l'individu peut analyser le problème ou se concentrer sur ce qu'il y a à faire, étape par étape. De plus, les stratégies d'adaptation centrées sur l'émotion permettent de régulariser les émotions. La personne peut se blâmer, utiliser la pensée magique et rechercher du soutien social, etc.

Pearlin et Schooler (1978), puis Endler et Parker (1990) cité une autre fois par Hamel (1995), ont ajouté un troisième type de stratégies qui seraient centrées sur l'évitement. Selon eux, les stratégies d'adaptation peuvent aussi servir à changer la signification de l'événement stressant en l'évitant, par exemple prendre des vacances, faire des randonnées, etc. Ces auteurs distinguent les stratégies d'évitement des stratégies centrées sur l'émotion contrairement à ce qui est retrouvé dans les analyses théoriques de Folkman et Lazarus (1980) où les premières sont incluses dans les secondes.

Dans ce cadre, la stratégie d'adaptation que les psychologues cliniciens du secteur public utilisent pour alléger leur travail est bien « *la stratégie d'évitement cognitif* » afin de ne pas impacter de façon plus néfaste la prise en charge, et à travers cette stratégie les patients peuvent continuer à faire de plus pour effectuer des activités qu'ils les soulagent.

### **III) Pénibilité au travail :**

La notion de pénibilité au travail apparaît comme un sujet sensible de premier plan dans la réforme de tout sujet au travail. Présentée comme « *une avancée sociale majeure* » par tous les gouvernements du monde, elle est loin de faire l'unanimité du côté de chaque domaine doté d'un syndicat du travail qui dénonce les caractères restrictifs et figés.

#### **1- Aperçu historique sur la pénibilité au travail :**

Le terme de pénibilité est introduit dans le dictionnaire français par Dauzat en 1952. Il vient du mot pénible beaucoup plus ancien du XII<sup>e</sup> siècle et se rattache au champ sémantique de peine pour signifier ce qui se fait avec difficulté. Le mot peine prend à la fois le sens de souffrance physique et celui de souffrance morale. (Ngoulou-Kobi, 2016, p.13).

Selon le dictionnaire Le Grand Robert de la langue française, la plus ancienne trace du mot « pénibilité » figurant dans un document publié en France dans une édition du journal Le Monde de 1952. Ce mot a été construit par dérivation de l'adjectif « *pénible* ». Selon le même dictionnaire, la première trace écrite du mot « *pénible* » remonte à 1 112 et signifiait alors « *qui se fait avec peine, exige un effort, de la fatigue* ». Vers 1 165, le mot prend le sens de « *qui cause de la peine, de la souffrance et de la douleur* » et par extension, la pénibilité « *s'explique par une difficulté à supporter moralement ou est ennuyeux ou met mal à l'aise* ». (Poisson, 2008, p. 47).

En France, d'après la loi du 09 novembre 2010 de définition de la pénibilité en droit du travail. La loi pose désormais une définition légale de la pénibilité (nouvel article L. 4121-3-1) qui repose sur deux conditions cumulatives : d'une part une exposition à un ou plusieurs facteurs de risques professionnels susceptibles de laisser des traces durables, identifiables et irréversibles sur la santé, d'autre part une liste limitative de ces facteurs qui retient les contraintes physiques marquées, un environnement physique agressif et certains rythmes de travail (Jolivet, 2011, p. 35). De plus, cette loi comporte plusieurs dispositions visant à prévenir la pénibilité du travail. Elle généralise l'obligation de prévention de la pénibilité en précisant désormais : la santé publique et l'employeur prend les mesures nécessaires pour

assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs. Ces mesures comprennent des actions de prévention des risques professionnels et de la pénibilité au travail.

Les travaux de Arendt, philosophe allemande naturalisée américaine (1906-1975), ont mis en évidence la double origine de la notion de travail qui, dans les langues européennes, possède le plus souvent deux étymologies : *ponēin* et *ergazestai* en grec, *laborare* et *facere* en latin, *to labor* et *to work* en anglais, *arbeiten* et *wirken* en allemand, etc. (La condition de l'homme moderne, 1958). Cette dichotomie du même terme désignant l'activité humaine de production organisée renvoie à l'opposition du « *travail* » et de « *l'œuvre* », c'est-à-dire du travail appréhendé, d'une part, sous son aspect de peine, de fatigue et de perte d'autonomie du professionnel et d'autre part, sous son aspect d'accomplissement de soi, d'expression de la créativité de l'homme et de manifestation du fruit de sa liberté créative ou de son aptitude à transformer la nature et créer des richesses pour la collectivité. Dans ce cadre, Aristote avait ouvert cette voie en opposant *praxis* et *technè*. (Poisson, 2008).

D'après la bible dans le chapitre 03, verset 19, l'approche historique de la notion de pénibilité montre que la pénibilité du travail ne date pas d'aujourd'hui. Elle existe depuis la genèse de l'Homme, mais le regard porté sur elle n'avait pas le même intérêt qu'au cours de ces trente dernières années. En effet, l'augmentation de l'espérance de vie dans la plupart des pays développés a conduit ces pays à chercher des solutions pour maintenir plus longtemps au travail des professionnels de la santé. En France par exemple, l'espérance de vie a atteint 80 ans en 2004. Dans ce contexte généralisé de l'augmentation de l'espérance de vie, les états membres de l'Union Européenne ont entrepris des démarches pour réviser leur arsenal juridique de protection sociale pour permettre à l'individu de rester plus longtemps au travail afin d'être en mesure de pouvoir continuer à financer des pensions de retraite. (Bouterfas, 2014).

Le rapprochement des termes pénibilité et travail ne sont pas sans poser question eu égard aux étymologies des deux mots. En effet, le mot « travail » apparaît dans la langue française vers 1130, selon Le Grand Robert de la langue française, avec deux significations : « état d'une personne qui souffre, qui est tourmentée » et « période de l'accouchement pendant laquelle se produisent les contractions utérines aboutissant à l'expulsion du fœtus ». La première de ces deux significations se transforme rapidement en 1160 en un synonyme du mot « fatigue ». Dès lors, « travail » et « activité pénible » sont donnés comme ayant le même sens par Le Grand Robert. Ce n'est qu'à partir du XV<sup>ème</sup> siècle que le mot « travail » prend les

sens d'activités humaines de production et d'activités manuelles ou intellectuelles visant à parvenir à un résultat déterminé. (Poisson, 2016, p.47).

Puis, l'élaboration progressive de la notion de pénibilité du travail est indissociable des modalités d'action envisagées, en particulier de deux d'entre elles : la compensation via un départ anticipé « pour la pénibilité » et la prévention des expositions prolongées à des conditions de travail pénibles. Ces deux modalités, dont l'articulation est jugée essentielle par les organisations syndicales, sont dans la loi de novembre 2010 plutôt disjointes. (Jolivet, 2011, p.42).

## **2-Définition de la pénibilité au travail :**

On peut retenir quelques définitions qui nous permettent de bien comprendre l'expression de pénibilité. Selon Hélardot et Linhart (2008), la pénibilité au travail peut être définie comme « *l'exposition à des nuisances physico-chimiques susceptibles d'altérer à court ou à long terme la santé physique des salariés et de réduire leur espérance de vie sans incapacité* ». (Ngoulou-Kobi, 2016, p.22).

Cette définition de Hélardot et Linhart révèle clairement la pénibilité au centre du cadre professionnel. Elle met en lumière les risques qu'encourent les travailleurs exposés constamment à la pollution de leurs lieux de travail par des substances chimiques, dont les conséquences sont atroces sur leur santé et leur espérance de vie.

Selon la définition d'Yves Struillou (2003), la pénibilité au travail correspond aux caractéristiques des situations et des conditions de travail qui mettent la santé en danger à long terme, en entraînant une usure prématurée et irréversible. Les expositions professionnelles et les facteurs de risque en causent une morbidité plus élevée telles que mauvais état de santé, pathologie, handicap ; affectent l'espérance de vie sans incapacité (nombre d'années restant à vivre avant le décès sans incapacité) ; affectent l'espérance de vie en général (nombre d'années restant à vivre). Leurs effets sur la santé sont irréversibles ; ils peuvent apparaître avec un temps de latence parfois long (c'est le cas notamment de la majorité des cancers professionnels) et peuvent ne pas être vécus comme pénibles au moment de l'exposition (par exemple l'amiante).

Dans le droit du travail français, depuis 2012, la pénibilité au travail est définie « *par l'exposition à un ou plusieurs facteurs de risques professionnels liés à des contraintes*

*physiques marquées, un environnement physique agressif ou à certains rythmes de travail susceptibles de laisser des traces durables, identifiables et irréversibles sur la santé ».*

Ce qu'on peut dire sur la pénibilité au travail n'est retenu que si le risque, ou le rythme de travail considéré, est marqué (en amplitude et en durée). C'est typiquement à l'occasion de la démarche d'évaluation des risques professionnels que les expositions peuvent être identifiées et déterminer, ainsi la pénibilité des situations de travail en question.

Pour Ngoulou-Kobi (2016), la pénibilité au travail peut se définir comme « *le vécu ou le ressenti physique et/ou psychique insupportable et récurrent dans le temps d'un ensemble de facteurs relatifs à l'activité et/ou organisationnels et/ou environnementaux et/ou relationnels nécessitant la sollicitation excessive des ressources subjectives* ». (Ngoulou-Kobi, 2016, p. 35).

Pour Gollac et Volkoff (2000) cité par Ngoulou-Kobi (2016), la pénibilité du travail est définie à travers les conditions de travail. Ainsi, pour eux, « *la pénibilité renvoie aux conditions de travail entraînant une baisse de l'espérance de vie, aux conditions de travail nuisibles à la santé du travailleur, mais n'entraînant pas d'incapacité et aux conditions de travail entraînant une baisse de la qualité de vie au travail et hors travail sur les périodes de travail* ». (Ngoulou-Kobi, 2016, p.23). Cette approche définitionnelle recommande non seulement de définir le contenu des conditions de travail en cause mais aussi appréhender la pénibilité à partir de ses conséquences à moyen et à long terme.

On remarque dans cette définition contient la dimension physique que psychique dont la distinction s'observe au niveau de la sphère du ressenti. Cette distinction entre ces deux dimensions de la pénibilité est également observable au niveau des facteurs relatifs à la nature de travail comme les conditions de travail.

De son côté, l' (ANACT) définit la pénibilité au travail comme « *une dépression réactionnelle professionnelle en lien avec les contraintes organisationnelles et sociales de l'entreprise, souvent déclenché en réaction à des comportements identifiables de collègues ou de supérieurs hiérarchiques, la conviction que le niveau atteint de dégradation ne plus évoluer positivement marque l'entrée dans la souffrance* ». (Jaworski, 2016, 5).

Ces nombreuses définitions qui ont été donnés pour le concept de « pénibilité au travail » sont liées à des conditions de travail qu'occupent presque tous les professionnels de la santé publique. C'est pourquoi elle doit être prise en considérations par les services de la santé publique.

### **3- Déterminants de la pénibilité du travail :**

Les psychologues cliniciens de secteur public confrontent les patients de tout type de pathologie physique et mentale. Ainsi mobilisant les facteurs relatifs au métier tel que la charge du travail, la pression du travail et les contraintes de travail. En effet, les facteurs organisationnels renvoient aux contraintes organisationnelles. Les facteurs environnementaux comprennent l'environnement physique et les conditions matérielles de travail. Donc, le climat social regroupe des rapports humains au travail et l'ambiance de travail.

#### **3-1- Charge de travail :**

Le concept de charge de travail désigne la dépense énergétique devant être fournie par un individu pour parvenir à la réalisation de la tâche qui lui est assignée. (Ngoulou-Kobi, 2016, p.37).

De ce fait, la charge de travail est synonyme de qualité de prise en charge. Alors que, pour les professionnels du secteur public, ils représentent une demande importante de temps, d'effort et d'énergie. La santé publique veut augmenter leur qualité de travail et pousse ces professionnels au-delà de leurs limites en leur faisant accomplir plus, en moins de temps et avec le moins de ressources possibles. Ces conditions de travail épuisent ces professionnels de la santé auxquels on demande d'investir tout leur temps et leur enthousiasme pour rendre l'organisation toujours plus en qualité du travail. (Grebot, 2008).

Pour cela, il faut proposer des stratégies permettent de diminuer la charge du travail des psychologues cliniciens de secteur public tels que la négociation des horaires du travail, la composition équilibrée des équipes en terme de professionnel expérimenté et de professionnel débutant, l'achat du matériel tel que les tests, l'ajout des psychologues cliniciens, etc.

#### **3-2- Pression de travail :**

Pour Hatzfeld (2004) cité par Ngoulou-Kobi (2016), la pression de travail est appréhendée à travers les variables de rythme et d'intensité de travail. En effet, le rythme de travail renvoie à la cadence d'exécution d'une tâche de travail et l'intensité fait référence à la densité du travail, à l'augmentation des cadences de travail et à la spontanéité de la charge de travail.

La pression au travail est le deuxième problème de santé le plus courant chez les psychologues cliniciens de santé publique. Cette pression au travail affecte la santé physique, la santé mentale, le bien-être, la qualité du travail et l'ambiance entre les collègues et l'équipe soignantes.

En somme, la pression au travail constitue une expression de la pénibilité au travail. Dans ce sens, les différents indicateurs contribuent à rendre l'activité humaine plus intense, plus exigeante et partante plus pénible. Ce rapport entre l'intensité, pression de travail et pénibilité a été souligné par Gollac (2005) qui déclare : l'intensité du travail est associée à une augmentation des pénibilités physiques et psychologiques et des risques qui peut correspondre à un investissement de soi gratifié et gratifiant, tout en induisant un risque de souffrance mentale plus élevé. (Ngoulou-Kobi, 2016).

#### **4-Théories explicatives de la pénibilité au travail :**

##### **4-1-les approches psychosociales :**

Ces modèles théoriques mettent l'accent sur les mécanismes et la dynamique du processus de stress et partant des RPS et de la pénibilité du travail. En effet, Neboit et Vézina (2003) les résumant en deux axes d'analyse. D'un côté, on a le modèle transactionnel qui met l'accent sur l'action de l'interprétation de la situation excédante ou ne correspondant pas aux ressources que l'individu dispose. Ainsi, deux processus d'évaluation constituent le cœur de la transaction selon le modèle de Lazarus et Folkman (1984) qui est le plus courant à ce jour. D'un autre côté, on a les modèles interactionnistes qui cherchent à cerner la situation acceptable pour l'individu. Ils sont centrés sur les interactions complexes entre la situation ou l'organisation et les personnes agissant dans cette situation et tente d'appréhender les conséquences de ces interactions pour le système. (Ngoulou-Kobi, 2016, p.86).

##### **4-1-1-Le modèle transactionnel :**

Dans ce modèle, le stress résulte de la double évaluation que fait l'individu de la situation de stress : l'évaluation primaire concerne le danger ou la menace que représente potentiellement cette situation. L'évaluation secondaire consiste en la perception qu'à des ressources de l'individu dont il dispose pour faire face à cette menace. Ainsi, c'est l'évaluation d'une menace sans possibilités d'y faire face, avec suffisamment des ressources, qui s'avère être nocif pour l'individu. Lazarus (1966) souligne qu'il y a stress quand une situation a été évaluée par le sujet comme impliquant et comme excédant ses ressources adaptatives. Dans cette optique, le stress dépend donc autant de la situation environnementale que des ressources ou des capacités de faire face. (Ngoulou-Kobi, 2016, p.86).

Le modèle transactionnel s'appuie également sur la théorie du coping développé par Lazarus et Folkman (1984). Cette théorie met en évidence trois types de variables intervenant

dans l'évaluation de stress. Ces types de variables comprennent : les prédicateurs, les médiateurs, les effets à court et à long terme.

#### **4-1-2-Les approches interactionnistes :**

Les conceptions interactionnistes du stress, voire de la souffrance au travail mettent l'accent sur la dimension cognitive entre le stimulus hostile et la réponse de l'individu. Dans cette optique, le stress ne peut être ni réduit à sa composante environnementale (source de stress), ni à sa composante individuelle (les ressources). Le stress est le résultat d'une relation dynamique entre l'individu et les exigences de l'environnement, les ressources individuelles et sociales pour faire face à ces demandes, et la perception par l'individu de cette relation. C'est un processus par lequel des événements menaçants provoquent des comportements d'ajustement face à cette menace. Les événements environnementaux entraînant ces processus sont appelés agents de stress. Les réactions qu'ils suscitent sont désignées comme réponse de stress. Le stress est défini comme le résultat de l'appréhension individuelle de la situation et de la réaction à celle-ci. Neboit et Vézina (2003) résument assez clairement ce modèle théorique d'appréhension de la problématique du mal-être au travail à travers la représentation schématique ci-dessous. (Ngoulou-kobi, 2016, pp.87-88).

#### **5- Dimensions de la pénibilité au travail :**

Selon le débat de Sarthou-Lajus (2010), la pénibilité au travail, apparu dès les négociations de la réforme des régimes spéciaux en 2003 qui appelle une prise de conscience de l'impact de l'organisation du travail sur la santé et le bien-être des salariés qui excède une approche strictement médicale et concerne tous les acteurs sociaux.

La pénibilité au travail se compose de plusieurs facteurs qui font l'émergence de la maladie professionnelle. Elle considère comme une forme de souffrance au travail. En effet, la pénibilité ressentie et de vécu quelle que soit sa nature. Donc la pénibilité au travail contient deux dimensions principales : la pénibilité psychologique et la pénibilité physique. Ces deux dimensions sont en interaction étroite entre le soma (le corps) et le psychologique dans le travail des psychologues cliniciens du secteur public.

#### **5-1- la pénibilité psychologique :**

La pénibilité psychologique est une dimension de la pénibilité au travail qui est apparu dans le monde du travail il ya environ 30 ans. Cette dimension fait définie par le législateur et transcrit dans le code du travail français et dans le code de la sécurité française ne fait

référence qu'à la pénibilité physique. Cependant, la dimension de la pénibilité psychologique peut, dans certaines situations de travail des psychologues cliniciens, cohabiter avec la pénibilité physique. La pénibilité psychologique renvoie à notre sens au vécu ou au ressenti psychologique ou mental insupportable et récurrent dans le temps d'un ensemble de facteurs relatifs à l'activité et/ou organisationnels et/ou environnementaux et/ou relationnels nécessitant la sollicitation excessive des ressources subjectives. Quand les psychologues cliniciens de santé publique se trouvent dans cette situation de travail, ils peuvent relever des contraintes relatives à l'activité, à l'organisation de travail, à l'environnement de travail et/ou des facteurs relationnels. (Ngoulou-Kobi, 2016).

En somme, la pénibilité psychologique a plusieurs caractéristiques liées au travail telles que l'organisation, le climat social et de l'environnement de travail, et d'autre part aux ressources subjectives qui regroupent les caractéristiques individuelles et organisationnelles.

### **5-2-Pénibilité physique :**

La pénibilité physique est la pénibilité la plus répandue et la mieux admise comme cause d'usure du professionnel. Elle fait l'objet d'un large consensus parmi eux les chercheurs et les organisations syndicales et professionnelles pour être considérée comme un facteur d'altération de la santé des travailleurs. Elle a l'avantage d'être assez facilement quantifiable, sous réserve de mettre en place des outils de mesure et de conservation des données.

En effet, la pénibilité physique est une autre dimension la plus connue de la pénibilité au travail qui existe depuis le commencement de l'histoire de l'humanité et perdure jusqu'à nos jours. Cette dimension est très présente chez les psychologues cliniciens s'exerçant dans le secteur public. Ces derniers sont exposés aux facteurs de la pénibilité physique. Il convient de dire, qu'à notre sens, cette dimension de la pénibilité renvoie au vécu ou au ressenti insupportable sur le plan physique et récurrent dans le temps d'un ensemble de facteurs relatifs à l'activité et/ou organisationnels et/ou environnementaux nécessitant la sollicitation excessive des ressources subjectives. De ce fait, les facteurs de la pénibilité physique peuvent provenir de l'activité elle-même, des facteurs environnementaux et des facteurs organisationnels. Quant aux facteurs relatifs à l'activité d'un professionnel, il cite le port de charges lourdes et la répétition des gestes. (Ngoulou-Kobi, 2016).

En générale, la pénibilité au travail renvoie au ressenti physique et psychologique insupportable et récurrent dans le temps d'un ensemble de facteurs relatifs à la profession,

l'organisation, l'environnement et la relation qui nécessite la sollicitation excessive des ressources subjectives.

A ce sujet, les contraintes physiques que les psychologues cliniciens du secteur public peuvent toucher certains troubles somatiques durant leur carrières tels que les maux de tête, des problèmes digestifs, des troubles de sommeil, des douleurs musculaires, les maladies cardiovasculaire, les troubles musculo-squelettiques, etc.

### **6- Prévention de la pénibilité au travail :**

Le Code du travail prévoit une obligation générale de sécurité qui incombe à tous les professionnels. À ce titre, il doit évaluer et prévenir l'ensemble des risques professionnels auxquels sont exposés ces professionnels. Lorsque les mesures de prévention se révèlent insuffisantes, certains risques sont facteurs de pénibilité. Au-delà de certains seuils d'exposition, la loi prévoit la mise en place d'actions spécifiques et instaure des mécanismes de compensation au bénéfice des salariés concernés.

D'après le journal officiel dans l'article 21 toute personne a droit à la protection, à la prévention, aux soins et à l'accompagnement qu'exige son état de santé, en tous lieux et à toutes les étapes de sa vie. Elle ne peut faire l'objet de discrimination dans l'accès à la prévention ou aux soins en raison, notamment de son origine, de sa religion, de son âge, de son sexe, de sa situation sociale et familiale et de son état de santé ou de son handicap.

Envisager la pénibilité du travail, c'est donc renvoie aux enjeux des conditions de travail et des voies et moyens de leur amélioration, avant même de considérer les solutions à proposer en terme de compensation ou de réparation. C'est aussi envisager toute la complexité et la diversité des facteurs qui interviennent soit d'ordre physique ou d'ordre psychologique, de façon directe ou indirecte, dans l'exercice du métier des psychologues cliniciens du secteur public et qui vont impacter celui-ci de telle manière qu'il sera ressenti et vécu comme un métier pénible. C'est cette complexité et cette diversité qui exige une gestion de la pénibilité sur le long terme, à travers l'affirmation politique de l'importance de la prévention et de l'aménagement des postes de travail. (Assemblée national, pénibilité au travail, 2010).

### **Synthèse :**

La souffrance psychologique est un concept plus au moins compliqué. Le concept en question se divise en deux indicateurs bien détaillés, qui sont : la détresse psychologique, la santé au travail et la pénibilité au travail. La souffrance psychologique des psychologues

cliniciens de santé publique est la source de toute pénibilité professionnelle. Assurément, les conditions défavorables de travail en est la cause, puisque elles présentent un véritable handicap pour ces praticiens de la santé mentale pour mener à bien les tâches qui leur ont été confiées, et réussir la prise en charge psychologique des patients. Il convient de rappeler de ce contexte que la souffrance professionnelle pourrait provoquer des pathologies professionnelles d'ordre organique comme les maladies cardiovasculaires, la pression artérielle, etc. Ces maladies demeurent la première menace des professionnels de la santé mentale au niveau de leur bien-être et leur cadre de vie.

Dans la prochaine partie de notre travail, il sera question de poser la problématique de la recherche pour entamer à bien la partie pratique de l'étude. Nous allons, également, mettre en lumière les éléments de la méthodologie de recherche et la présentation de nos cas et poser, à la fin du chapitre, les hypothèses de la recherche.

## *Problématique et hypothèse*

Dans la vie de tous les jours, chacun semble avoir un métier, il est primordiale pour assurer le quotidien et le confort de l'être humain sur les plans matériel et intellectuel. De ce fait, le travail permet à l'homme de jouer un rôle important dans la société. De plus, le résultat de son travail a une valeur reconnue par ses semblables. L'être humain se sent utile, il est acteur de la vie économique et sociale. Donc le travail est indispensable à la vie de chacun, quel que soit son niveau de vie, cette obligation de travailler permet d'une certaine manière à chacun d'être libre des autres, puisque cela revient à la satisfaction des besoins vitaux. Peu importe le métier il nécessite une formation, entrant dans un cadre légale et l'activité dont on tire les moyens d'existence.

Cependant, les activités qui s'exercent dans le cadre d'un métier ou d'une profession évoquent la notion de la corporation c'est-à-dire l'ensemble des individus exerçant la même activité d'où l'idée de groupe professionnel ou l'ordre professionnel à l'instar des enseignants, des médecins, des psychologues, etc. De ce fait, les psychologues observent et accompagnent les individus souffrants de troubles psychologiques en identifiant leurs besoins et en développant des actions préventives, curatives et adaptés ; dans le but de promouvoir leur bien-être.

En cela, les psychologues sont recensés dans les professions de la santé. De fait, derrière le terme de psychologue, il existe une myriade de métiers tels que : les psychologues du travail et des organisations, les psychologues de l'éducation et les psychologues cliniciens. Dans ce cadre, les psychologues cliniciens s'intéressent au fonctionnement psychique, à la nature de la relation d'objet, au conflit intrapsychique, à la relation au réel, à la place attribuée au sujet dans la constellation familiale, tout cela relève de la singularité du sujet. (Bouatta, 2007).

Pour cela, la pratique de la psychologie clinique exige une formation sérieuse au sein de l'université assurée par des enseignants chercheurs de la clinique, la formation est envisagée dans cette perspective et notamment un stage supervisé beaucoup plus long pour que les usagers de cette discipline seront en qualité d'exercice du métier des psychologues cliniciens. (Marty, 2019).

Par ailleurs, en Algérie, la psychologie clinique est née de l'amélioration de l'enseignement supérieur qui date 1971. En effet, selon Meraihi (2019), l'évolution de cette discipline a été favorisée par la création de plusieurs universités tel que : à Constantine et

Oran (l'annexe universitaire de Constantine créée en 1961 a été érigée en universités de pleins exercices en faveur de l'ordonnance 69/56/1969).

Dans ce cadre, la psychologie clinique a pour but de comprendre la diversité des modes de fonctionnement psychologique des personnes et aussi tenter d'appréhender les différentes façons de leur vie, à cet effet, elle fait une description de l'action, des conduites et des comportements humains. La pratique de la psychologie clinique nécessite l'obtention d'une Licence (BAC+3) ou Master (BAC+5) dans le système Licence, Master, Doctorat (LMD). En Algérie, plus de 1500 psychologues cliniciens au niveau national exercent ce métier. Ils exercent dans les hôpitaux, les Etablissement de Proximité de Santé Publique (EPSP), des centres d'handicapés, etc. D'après le Syndicat National des Psychologues (SNAPSY) Bejaia, plus de 100 psychologues cliniciens exercent le métier au niveau la wilaya de Bejaia.

Dans ce sens, les psychologues cliniciens se réfèrent à un cadre déontologique qui définit leur pratique, il s'agit d'une référence éthique et morale sur les devoirs et les limites du métier. La valeur du code déontologique est le respect de la personne, les psychologues cliniciens sont soumis à respecter les règles de ce code. Par ailleurs, il n'existe pas un code de déontologie régissent la fonction du métier des psychologues cliniciens en Algérie. Cependant, la Société Algérienne de Recherche en Psychologie (SARP) a proposé un code destiné au psychologue clinicien. Ce code a été élaboré par les membres de l'association et publié dans le numéro 12 de la revue psychologie (2004). (Benamsili, 2019).

Dès lors, « *La vie au travail est multiforme* », le métier des psychologues cliniciens est multiforme ainsi il peut travailler dans la fonction publique, intervenir auprès des associations, son rôle est d'accompagner les patients qui peuvent être de tout âge. Il utilise des méthodes et techniques qui lui permettant d'aider le patient à prendre conscience de ses difficultés et de les surmonter, les psychologues cliniciens ne donnent pas de solutions toutes faites, mais par son écoute, ses questions et ses interprétations, ils permettent de voir autrement les difficultés, et d'envisager de nouvelles perspectives.

D'après le journal officiel de la république algérienne publié en 2009, l'article 18 définit les tâches du psychologue clinicien dans la santé publique « *les psychologues cliniciens de santé publique sont chargés, notamment : de concevoir les méthodes et mettre en disposition les moyens et techniques correspondent à leur qualification dans le domaine de leurs compétences et de contribuer à la détermination, à l'indication et à la réalisation*

*d'action préventives et curatives assurées par l'établissement de collaborer aux projets thérapeutiques et pronostic psychologique des patients, et de participer aux actions de formations et à l'encadrement des étudiants et des professionnel de la santé mental dans les domaines de leurs compétences ».* Ainsi, dans le même journal stipule un autre article pour la promotion en principal et major, ceci, article 20 définit « *les tâches de valeurs aux psychologues cliniciens principaux de santé publique, les psychologues cliniciens majors de santé publique sont chargés, notamment : de diriger des travaux de recherche et procéder à des enquêtes dans les domaines de leurs compétences, d'identifier les nouveaux besoins psychologiques des patients, d'étudier et proposer toute mesure susceptible d'améliorer la santé psychologiques des patients, d'étudier à travers d'une démarches professionnelle propre, les rapports réciproques entre la vie psychique et les comportements individuels et collectifs afin de promouvoir l'autonomie de la personnalité ».* (Le journal officiel de la république algérienne. 22 juillet 2009. Décret N°43, fixant les taches du psychologue clinicien de santé publique).

La visée des psychologues cliniciens est de faire accéder au patient à la cessation de ses souffrances psychiques. Dans cette optique, les cliniciens tentent d'isoler et de comprendre les signes cliniques et symptômes qui touchent l'individu, mais certains psychologues cliniciens à force d'être en contact avec les patients ainsi que les conditions de travail telles que : la surcharge du travail, la rémunération, l'environnement du travail, le soutien social, les contraintes de travail, etc., peuvent troubler le fonctionnement général du travail et en résulte la pénibilité au travail.

Dans ce cadre, la pénibilité au travail se définit comme une exposition à un ou plusieurs facteurs de risques professionnels qui peuvent laisser des traces durables sur la santé du professionnel. Ces facteurs sont liés à des contraintes physiques marquées, à un environnement physique agressif ou aux certains rythmes de travail. En effet, la notion de la pénibilité au travail est extrêmement complexe parce qu'elle maille le subjectif avec l'objectif, parce que sa perception est variable d'une personne à une autre, parce qu'elle se conjugue au cours du temps avec d'autres facteurs, parce que les traces qu'elle peut laisser ne sont pas toujours visibles. (Nicot, Roux, 2008).

Par ailleurs, dans le cadre de notre recherche on a retenue deux indicateurs tels que la détresse psychologique et la pénibilité au travail. Au premier lieu, la détresse psychologique chez les psychologues cliniciens de santé publique se caractérisé par une altération de la santé

mentale par l'anxiété, la dépression et l'épuisement professionnel qui se traduit à une irritabilité, la tristesse, la fatigue, etc. Au deuxième lieu, la pénibilité au travail chez ces derniers se caractérise par un mal-être au travail sur la dimension psychologique et physique liée à la charge du travail, à l'environnement de travail et au climat social.

Selon l'article 23 du code de travail Algérien : « *par dérogation à l'article 22 ci-dessus, la durée hebdomadaire de travail peut être : réduite pour les personnes occupées à travaux particulièrement pénibles, dangereux ou impliquant des contraintes particulièrement sur les plans physiques ou nerveux ; augmenté pour certains postes de travail comportant des périodes d'inactivité. Les conventions ou accords collectifs fixent la liste des postes concernés et précises, pour chacun d'entre eux, le niveau de réduction ou de l'augmentation de la durée du travail effectif* ». (Code du travail algérien, 2001, p.10).

Au prisme d'une approche juridique de la pénibilité au travail apparaissent ainsi des tensions entre objectif et subjectif, et des tensions entre générale et singulier. Ces tensions se manifestent aussi, mais sous d'autre forme, au regard des enjeux, non plus juridiques mais psychosociaux, qui sous-tendent la question de la souffrance au travail des psychologues cliniciens de santé publique. (Marquisé, Amauger-Lattes, 2014).

Ainsi, pendant de nombreuses années les risques psychosociaux étaient d'avantage qualifiés par l'usage des termes de « *stress* », « *souffrance au travail* » et « *harcèlement moral* ». La grande variété des thèmes mis sous le vocable de risques psychosociaux, et encore utilisés aujourd'hui, peut parfois être source de confusion.

À partir d'une enquête de l'Institut National de la Statistique et des études Economiques (INSEE) en 2002-2003, à Paris, en collaboration avec l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la santé (IRDES) a conclu en mars 2011 que l'exposition à un risque psychosocial est responsable d'un tiers des arrêts du travail, 10,2% de consultations médicales supplémentaires et 19,3% des hospitalisations de la populations étudiée (Esther, 2015, p.6).

La pénibilité au travail fait référence aussi à la souffrance au milieu professionnel qui est la notion proposée à celle de santé au travail. La souffrance au travail se présente le plus souvent en lien avec le conflit interindividuel. Cependant, celui est toujours dû à un désaccord sur la façon de travailler. (Davezies, 2012). Dans le cadre du travail, la santé renvoie à la pénibilité physique et psychique. (Ngoulou-Kobi, 2016). De ce fait, la pénibilité au travail

chez les psychologues cliniciens de santé publique liée à l'intensification du rythme de travail, à la pression de la rentabilité, au mode de management, à la reconnaissance du métier, le harcèlement moral, etc.

Dès lors, « *La souffrance fait partie de la vie du travail* » tels que : une souffrance physique comme (mal au dos, maux de tête...), mais aussi une souffrance psychologique comme (stress, manque de soutien social, anxiété, dépression, épuisement professionnel...). Ainsi, divers obstacles peuvent nuire au bien-être des psychologues cliniciens au travail. De plus, la souffrance comme douleur psychologique, qui doit en être différenciée, fait partie de la condition humaine. En relation avec tous les processus développemental, la souffrance désigne, et qualifie, l'aspect pénible du manque fondamental, générateurs de la vie psychologique. (Bokanowski, 2004).

Dans ce cadre, une étude réalisée l'année 2015 en France sur 3017 psychologues dans plusieurs pays du monde, intitulé « *le vécu professionnel des psychologues cliniciens : comparaison à la population globale* » les résultats ont démontré que la population générale se caractérisait par une relation significative entre la proportion de psychologue n'occupant qu'un seul poste et ceux présentant des symptômes plus marqués d'anxiété, dépression et de burnout. La proportion des cliniciens présentent un niveau moyen d'anxiété est comparable à celle de la population d'ensemble 21%, toutefois, la proportion de ceux présentant un faible niveau est légèrement supérieur de 66% à 64%. En ce qui concerne la dépression, les données sont également comparables : près de 91% ne présente aucun signe de dépression. La proportion de clinicien présentant un niveau global de burnout élevé est légèrement inférieure à celle observée dans la population d'ensemble environ 11% à 12,5% à l'opposé près de 42% ont un score globale faible (Fédération Française des Psychologues et de Psychologie, 2015).

Selon une récente étude fait par Léa Mariede l'Antioche University of Seattle datant le 05 janvier 2018. Les psychologues seraient particulièrement exposés au burnout et à ce que les chercheurs appellent la « *la fatigue de la compassion* », un phénomène d'épuisement et de stress développé en écho à la souffrance des personnes qu'ils prennent en charge. Lorsqu'elles ne sont pas traitées, ces formes de détresse peuvent entacher la qualité du traitement qu'ils prodiguent à leurs patients. Alors même que 81% des psychologues ayant pris part à cette étude ont montré des signes tels que : l'anxiété, dépression, les troubles de l'humeur ou de l'alimentation... De leur côté, les chercheurs Rubén Diaz et Carlos Rodriguez (2018) se sont penchés sur la propension des praticiens à traverser des périodes de burnout à un moment ou

un autre de leur carrière. Une conséquence, là-encore, de la grande empathie dont font preuve ces professionnels de santé envers leurs patients.

En Algérie, une enquête a été réalisée en Janvier 2010 par le professeur Boussafsaf Zoubir, enseignant à l'université 20 Aout 1955 à Skikda sur la souffrance des psychologues cliniciens. Cette enquête a été effectuée dans la wilaya de Constantine avec d'autres praticiens dans la wilaya de Mila et de Skikda mais sans réponse. Le chercheur a utilisé un questionnaire de différentes questions sur la problématique de la souffrance psychique des psychologues cliniciens. La population d'étude est caractérisée par rapport à l'âge qui se varie entre 28 ans à 43 ans, le sexe 02 hommes et 08 femmes et l'expérience professionnelle varie entre 02 ans et demi jusqu'à 17 ans. Les résultats de cette enquête, les psychologues cliniciens ont affirmé avoir été contaminé par le continu de la souffrance de leurs patients. Parmi les manifestations de cette souffrance psychique : les pleurs, les rêves et les cauchemars, la peur, l'impuissance et l'évitement. Selon Pr Boussafsaf, les psychologues cliniciens considèrent que cette souffrance psychique est due au manque de formation et de qualification, manque d'expérience, la vulnérabilité psychologique et la nature de l'évènement.

Cependant, l'irruption de la souffrance au travail des psychologues cliniciens de santé publique a mis en lumière un autre niveau de problème : l'existence d'une distance, parfois majeure, entre, d'une part, les intérêts, les enjeux, les valeurs de l'investissement dans leur métier, et d'autre part la capacité à en rendre compte et à les soutenir dans le débat avec la hiérarchie et la direction.

Dans ce cadre, la souffrance psychologique au travail est liée à la fatigue psychologique qui est la conséquence du déséquilibre entre ce que les psychologues cliniciens apportent (engagements, efforts, sacrifices) dans leur métier et ce qu'ils en retirent (gratifications matériel et symbolique). (Emeriat, 2012).

En effet, les psychologues cliniciens Algériens du secteur public sont souvent une proie de la souffrance psychologique au travail qui est de plus en plus fréquente. Bien que chaque situation, chaque personnalité et chaque histoire soient différentes, il nous a semblé possible d'esquisser un schéma des mécanismes pathogéniques les plus souvent rencontrés. Ainsi, ces derniers ont des répercussions importants sur la santé physique, la vie personnelle et sociale des personnes concernées et sur leur entourage. De plus, ces psychologues cliniciens sont souvent affectés par des problèmes somatiques.

Pour la réalisation de notre recherche portant sur le thème : «*la pénibilité au travail : la souffrance psychologique chez psychologues cliniciens du secteur public* » on a opté pour l'approche cognitivo-comportementale, puisqu'elle a déjà fait ses preuves cliniques et empiriques en terme de leur efficacité qui permet d'étudier ce type de sujet et en fournissant les outils nécessaires à même de décrire et d'expliquer la souffrance psychologique chez notre groupe de recherche. Cette approche nous permettra d'éclairer et d'évaluer le ressenti et les pensées de nos sujets quant à l'exercice de leur métier. Ce qui nous permettra en perspective de comprendre, décrire et évaluer la pénibilité au travail des psychologues cliniciens du secteur public.

Par la présente recherche et dans le cadre de l'approche cognitivo-comportementale, nous allons tenter de décrire et de comprendre les manifestations de la souffrance psychologique des psychologues cliniciens du secteur public dans leur travail. Pour répondre à nos questions et vérifier nos hypothèses, nous avons choisi de recourir à un guide d'entretien semi-directif, accompagné d'un questionnaire le General Health Questionry GHQ-12 de Goldberg (1972) pour évaluer la détresse psychologique et l'échelle de pénibilité au travail de Mick Sédric Ngoulou-Kobi (2016) pour évaluer la pénibilité du travail de ces professionnels de la santé mentale du secteur public.

De ce fait, malgré à l'interdiction d'entrée dans des établissements de santé public mais on a pu comme même distribué nos questionnaires et échelles sur huit psychologues cliniciens avec l'aide d'une psychologue clinicienne. Ces psychologues cliniciens exercent dans différents établissements publics sanitaire de la wilaya de Bejaia tels que : Centre hospitalo-universitaire(CHU) Bejaia, Etablissement public de santé de proximité (EPSP) Bejaia, Etablissement public hospitalier (EPH) Amizour.

Dans cette présente recherche, nous allons essayer d'aborder la souffrance psychologique chez psychologues cliniciens de santé publique, en posant notre question générale et nos questions partielles de la manière suivante :

### **Question générale**

- Existe-il une souffrance psychologique chez les psychologues cliniciens de santé publique ? Si oui, est-ce que la souffrance psychologique éprouvée par ces psychologues est en lien avec la pénibilité au travail ?

### Questions partielles

- Existe-il une détresse psychologique chez les psychologues cliniciens de santé publique ?
- Existe-il une pénibilité au travail chez les psychologues cliniciens de santé publique ?

### Hypothèse générale

- Oui il existe une souffrance psychologique chez les psychologues cliniciens de santé publique. Et cette souffrance psychologique est en lien avec la pénibilité au travail.

### Hypothèses partielles

- Oui, il existe une de détresse psychologique chez les psychologues cliniciens de santé publique.
- Oui, il existe une pénibilité au travail chez les psychologues cliniciens de santé publique.

### Opérationnalisation des concepts :

#### - **Psychologue clinicien :**

Le psychologue clinicien est un professionnel de la santé mentale formé à l'analyse et la compréhension de la psychologie humaine, il participe au diagnostic et au développement psychologique de la personne. Il peut travailler dans le secteur public et le privé.

#### - **Santé publique :**

Ensemble des activités et des occupations du gouvernement qui sont sous le contrôle de l'état et fait partie de la puissance publique comme la santé publique. Donc la santé publique est la science et l'art de prévenir les maladies, et de prolonger la vie est d'améliorer la santé physique et mentale à un niveau individuel et collectif. Le champ d'action de la santé publique inclut tous les systèmes de promotion de la santé, de prévention des maladies, de lutte contre les maladies et de réadaptation.

#### - **souffrance psychologique :**

La souffrance est un vécu douloureux qui est le résultat de diverses circonstances. On peut parler ici dans notre recherche de douleur morale. On désigne par souffrance psychologique

dans ce mémoire : désigne un sentiment et un ressenti douloureux et pénible, en lien avec le métier exercé, à savoir, celui de psychologue clinicien. Pour mieux le cibler on va l'opérationnaliser, à l'aide de deux indicateurs : la détresse psychologique et la pénibilité au travail.

### - **Détresse psychologique :**

La détresse psychologique apparaît se forme des signes de stress et d'anxiété faisant suite à un ou plusieurs événements chez une personne n'ayant pas de troubles d'ordre psychiatrique.

De plus, cette notion est un état mental pénible principalement caractérisé par la dépression, l'épuisement professionnel et le stress au travail. Ses signes physiques tels que : fatigue, insomnie, douleurs musculaires, migraines..., cognitifs tels que : troubles de l'attention, difficultés de concentration, oublis..., émotifs tels que accès de colère, tristesse, souffrance... et comportementaux tels que : isolement social, consommation d'alcool ou abus du café, etc. de ce fait, on a opté le GHQ 12, ce questionnaire permet d'évaluer l'état général de la santé. Ainsi que les données qualitatives de l'entretien clinique, notamment l'axe n° 2-1 qui permettra de déceler une éventuelle symptomatologie relative à un vécu fait de détresse psychologique.

### - **pénibilité au travail :**

La pénibilité au travail se caractérise par une exposition du professionnel à un risque dans le cadre de l'exercice de sa profession, susceptible de lui provoquer un problème de santé : contraintes physiques, contraintes liées à l'environnement ou au rythme de travail. De ce fait, le professionnel soumis à un facteur de risque énuméré par la loi oblige son service employé à lui ouvrir un compte personnel de prévention de la pénibilité au travail. Cette pénibilité sera investie et explorée dans cette recherche à l'aide des données de l'entretien clinique, un vécu pénible au travail, mais grâce à l'outil psychométrique qu'on peut repérer la pénibilité chez ces professionnels de la santé mentale.

# *Partie pratique*

***Chapitre III***  
***Méthodologie de la recherche***

« *Quel que soit l'objet d'une recherche,  
La valeur des résultats dépend de celle  
Des méthodes mises en œuvre* »  
(Festinger et Katz, 1953, p.42)

### **Préambule :**

Après la présentation des deux derniers chapitres qui ont constitué la première partie de notre recherche, nous allons présenter dans cette partie du travail méthodologique de la recherche. De ce fait, la recherche scientifique est perçue comme un processus dynamique des phénomènes, des problématiques à résoudre et d'obtenir des réponses à partir d'investigation. Ce processus se caractérise par le fait qu'il est systématique et rigoureux qui conduit à l'acquisition de nouvelles connaissances, en utilisant des outils psychométriques et instruments divers et spécifiques au processus de la recherche sur le terrain, dans le but d'expliquer le déroulement de notre recherche scientifique, ainsi que la vérification des hypothèses partielles et générale posées dans la problématique.

Dans ce chapitre intitulé « *La méthodologie de la recherche* », nous allons présenter les différentes étapes adoptées dans l'élaboration de notre travail de recherche afin de comprendre leurs utilités, en abordant tout d'abord les limites, la méthodologie adéquate, la présentation de différents lieux, notre groupe de recherche, la présentation des différents outils qui nous permettent de recueillir les données et les informations sur les sujets d'investigation. Ensuite, le déroulement de la pré-enquête et l'enquête. Puis, nous abordons l'attitude du chercheur et les difficultés de la recherche durant tout ce travail. Nous allons conclure le chapitre en question avec une synthèse.

### **1- Limites de la recherche :**

- Limite spatiale : la recherche s'est déroulée dans plusieurs établissements de santé publique de la wilaya de Bejaia, tels que : Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Khelil Amrane de Bejaia, Etablissement Public de Santé de Proximité (EPSP) de Bejaia, Etablissement Public Hospitalier (EPH) d'Amizour.
- Limite temporelle : du 05 mai 2020 au 05 juillet 2020
- Limite du groupe : l'étude a porté sur 09 psychologues cliniciens qui travaillent dans le secteur de la santé publique.
- Outils de recherche : un guide d'entretien semi-directif, un questionnaire GHQ-12 de Goldberg et une échelle de pénibilité au travail de Mick Sédric Ngoulou-Kobi.
- Approche : approche cognitivo-comportementale

## 2- Méthodologie de la recherche :

La méthodologie est une démarche ordonnée mise en œuvre par le chercheur en vue d'aboutir à un résultat scientifique. Cependant, toute méthode comporte des étapes à suivre et respecter les techniques à utiliser en vue de parvenir à la connaissance scientifique. Cette dernière est une connaissance qui dépasse le simple, le sens commun et la simple observation des apparences pour comprendre les éléments et les parties cachées du phénomène étudié. C'est ainsi qu'on pourra parler de la méthode expérimentale, méthode exploratoire, méthode qualitative et méthode quantitative. (Angers, 2014).

Donc la méthodologie est tout un ensemble de méthodes régissant une recherche scientifique ou dans une exposition doctrinale. En d'autres mots, la méthodologie est une étape spécifique se procédant d'une position théorique et épistémologique, pour la sélection des techniques concrètes de recherche. Par conséquent, elle dépend des postulats que le chercheur considère valides, puisque l'action méthodologique sera son instrument pour analyser la réalité étudiée.

De ce fait, la méthodologie est la procédure logique d'une science, c'est-à-dire l'ensemble des pratiques particulières qu'elle met en œuvre pour que le cheminement des démonstrations et des théorisations soit clair, évident et irréfutable. Donc la méthode est constituée d'un ensemble de règles qui, dans le cadre d'une science donnée, sont relativement indépendantes des contenus et des faits particuliers étudiés en tant que tels. Elle se traduit, sur le terrain par des procédures concrètes dans la préparation, l'organisation et la conduite d'une recherche.

Selon Gauthier (1993) la méthodologie de recherche est : « *L'ensemble des normes, des étapes, procédures et des instruments auxquels on fait le recours pour conduire des travaux qui se veulent scientifiques* ». (N'da, 2015, p.11). S'engager dans un travail de recherche, c'est emprunter un chemin incertain, surtout lorsqu'il s'agit comme ici d'une première aventure.

De plus, la méthodologie de recherche vise « *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* ». (Chahraoui, Bénonny, 2003). Donc, la méthodologie de recherche a un objectif bien précis sur les questions factuelles et actuelles, sa fonction est d'expliquer, de comprendre et de mesurer des faits et des phénomènes, en l'occurrence des faits sociaux. Elle englobe à la fois la

structure de l'esprit, de la forme de recherche et les techniques utilisées pour mettre en pratique cet esprit et cette forme.

La méthodologie en sciences humaines et sociales s'est développée depuis fin XIX<sup>ème</sup> siècle. Ainsi, les différents moyens d'investigation sont apparus d'une discipline à l'autre avec des échanges entre chacune c'est pourquoi les méthodes et techniques présentées dans ce chapitre sont transdisciplinaires, c'est-à-dire qu'elles ne sont pas l'apanage d'aucune discipline en particulier, même si certaines sont plus facilement associées à l'une ou à l'autre. (Angers, 2014).

En effet, En science sociales et humaines, la méthodologie n'autorise pas au chercheur de penser sur n'importe quoi et n'importe comment. Le chercheur doit toujours être en mesure de justifier le choix qu'il fait d'une démarche, en se fondant sur des principes épistémologiques et les besoins de la recherche. (N'da, 2015).

La méthodologie peut se définir comme étant « *l'étude de bon usage des méthodes et techniques. Il ne suffit pas de les connaître mais aussi il faut savoir les utiliser, c'est-à-dire savoir comment les adapter le plus rigoureusement possible, d'une part à l'objet précis de la recherche ou de l'être envisagée, et d'autre part aux objectifs poursuivis* ». (Actouf, 1987, p.27).

Dans ce cadre, la construction de la méthodologie nécessite de recueillir les informations sur un problème ou un phénomène déterminé. De ce fait, il existe différentes méthodes et techniques qui sont en relation avec la problématique afin de faire le choix d'une méthode ou d'une technique de recherche en examinant les avantages et les inconvénients de chacune. Il reste ensuite à construire l'instrument de la collecte appropriée au problème de recherche avec la méthode et la technique retenue pour se préparer pour arriver à recueillir les données. (Angers, 2014).

Par conséquent, lorsqu'on travaille sur un domaine, on peut établir une suite de questions à se poser, de personnes à aller voir et à interroger, d'informations à collecter, d'opérations à effectuer, en vue de faire des choix. Cela permet de mener de manière plus efficace une étude ou une résolution d'un problème.

Dans ce sens, la recherche scientifique vise évidemment à produire des connaissances scientifiques, mais elles peuvent prendre des formes diverses : il peut s'agir de publications de rapports, de brevets, de communications orales, etc. Enfin, ces connaissances peuvent être incorporées dans de nouvelles machines, ou de nouveaux instruments et dispositifs.

En effet, la recherche en psychologie comme dans tout autre domaine a pour finalité

de mieux connaître l'objet d'étude soutenue par le souci de la preuve et l'effort de généralisation, elle a pour particularité d'étudier l'être humain. Plus précisément, elle a pour cible l'étude du fonctionnement psychologique à savoir cognitif, émotionnel et comportemental du sujet. La recherche en psychologie est utilisée dans une acception large, renvoie à une pluralité des méthodes : expérimentale, clinique, descriptive... elles-mêmes sous-tendues par des approches théoriques diverses. Comme dans toutes les disciplines, la recherche en psychologie se donne des objectifs, elle doit répondre à des hypothèses et proposer une méthodologie adaptée à son objet d'étude, mais aussi tirer des conclusions qui permettront de contribuer à l'amélioration des connaissances dans le domaine étudié. (Vanescon, 2013, p.65).

On peut dire que la recherche en psychologie comme dans tous les autres secteurs de l'investigation scientifique, implique la mise en œuvre des méthodologies adaptées aux sujets de recherche.

Dans la recherche en psychologie, il est possible d'identifier deux principales orientations antagonistes par rapport à la prise en compte de la subjectivité. D'un côté nous trouvons l'acceptation, en tant que scientifique fiable, du point de vue (verbalisé) du sujet à l'aide de ces descriptions de l'expérience vécue pendant sa participation au dispositif d'investigation. De l'autre côté, le refus quasi-total de la subjectivité. Selon les perspectives qui se situent dans cette deuxième orientation, la récolte des données en première personne ne pourra jamais être un objet fiable d'investigation scientifique. (Iannaccone, Cattaruzza, 2015, p.79).

De plus, la recherche en psychologie fondée sur l'utilisation de méthodes verbales introspectives d'accès au vécu, a été l'une des célèbres victimes des théories behavioristes, néo-behavioristes, et des plus anciennes interdictions philosophiques.

Dans le domaine des sciences humaines et sociales, la recherche sur le terrain utilise la méthode qualitative. En effet, ces dernières font beaucoup appel aux matériaux verbaux. La méthode qualitative essaye de mieux comprendre les déroulements à l'œuvre dans la souffrance psychologique.(Paillé, 2006).

Dans ce sens, nous avons choisi la démarche qualitative, car en psychologie clinique elle s'intéresse aux expériences de l'être humain, notamment à la souffrance psychologique des psychologues cliniciens du secteur public, qui se déroule tout naturellement d'une manière qualitative. Les recherches qualitatives en science humaines et sociales a comme premier objectif de comprendre les phénomènes sociaux. Comprendre un phénomène social

s'est apporter un sens. Il s'agit, selon la tradition de recherche influencé par les travaux de Dilthey, de se rendre compte de la réalité sociale telle qu'elle est vraiment vécue et perçue par les sujets ou telle qu'elle se déroule dans des institutions.

Ainsi selon la plupart des chercheurs, la recherche qualitative ne se caractérise pas par des données, puisqu'elles peuvent aussi être quantifiées, mais bien par sa méthode d'analyse qui n'est pas mathématique. La démarche qualitative utilisée dans ce travail consiste à recueillir des données par entretien semi-directif, le General Health questionnaire (GHQ 12) en 1978 et l'échelle de pénibilité au travail de Ngoulou-Kobi en 2016.

De plus, la recherche qualitative fait recours à des techniques de recherche qualitative dans le but d'étudier des faits sociaux, l'observation, l'analyse qualitative de contenu, etc. Ces analyses peuvent se borner à être des descriptions, des énumérations ou de débouchés sur les classifications. (N'da, 2015). De ce fait, L'analyse qualitative des données est un processus itératif effectué en concomitant avec la collecte des données et même avec la constitution du groupe de recherche. Les conclusions de l'analyse peuvent appuyer, par exemple sur la pertinence d'explorer le point de vue des psychologues cliniciens sur la souffrance psychologiques dans leur travail.

Afin de réaliser notre étude, nous avons opté pour la théorie cognitivo-comportementale (TCC), qui est la théorie adéquate et par excellence pour meilleurs compréhension de la souffrance psychologique, elle a aussi pour but décrire et explorer les émotions, les comportements et les cognitions. On peut dire par les émotions « *sont caractérisées par des sensations physiques de plaisir ou de déplaisir correspond à des modifications physiologiques en réponse à des stimuli* », ainsi, les comportements, « *au sens de « séquence comportementale », n'est pas conçu comme le signe ou le symptôme d'un état sous-jacent, mais comme le trouble à part entière* » et les cognitions « *elles consistent donc à l'acquisition, l'organisation et l'utilisation du savoir sur soi et le monde extérieur, dans les cognitions on trouve la perception, les pensées et l'action* ». (Cottraux, 2011).

De ce fait, pour vérifier nos hypothèses de recherche, nous nous sommes basés sur la méthode clinique, car elle est adéquate à notre thème qui s'intitule « *la pénibilité au travail : la souffrance psychologique des psychologues cliniciens dans le secteur publique* ». Nous avons adopté cette méthode car elle convient à notre thème et elle va nous permettre d'explorer le vécu au travail, de décrire la souffrance des sujets en question, d'évaluer, ou d'estimer le degré de détresse psychologique et de pénibilité au travail des psychologues cliniciens travaillant dans le secteur public.

La méthode est définie comme « *une méthode particulière de compréhension des conduites humaines qui vise à déterminer, à la fois, ce qu'il y a de typique et ce qu'il y a d'individuel chez un sujet, considéré comme un être aux prises avec une situation déterminée* ». (Sillamy, 2003, p.57). De ce fait, nous avons opté pour la méthode clinique car c'est une méthode qui va nous emmener à comprendre et à observer la conduite de nos sujets de recherche et surtout à les étudier de manière singulière.

Dans ce sens, la méthode clinique s'insère dans une activité pratique visant la reconnaissance et la nomination de certains états d'aptitudes et du comportement dans le but de proposer une thérapie psychologique, de conseil permettant une aide et une modification positive de l'individu. (Fernandez, Pedenielli, 2006, p.43).

De plus, la méthode clinique se base sur l'observation directe du sujet ciblé, permettant d'objectiver un certain nombre de traits rassemblés en tableaux. Elle consiste sur ce point à donner une cohérence à la diversité des éléments issus de l'observation, aussi elle permet d'établir un diagnostic et d'indiquer des voies de traitement. (Marty, 2009).

Au centre de la méthode clinique on trouve l'étude de cas, sur laquelle nous nous sommes appuyés, car elle nous semble la plus convenable pour l'élaboration de notre travail de recherche. De plus, elle est une démarche exploratoire qui nous a permis d'étudier, d'observer d'une manière approfondie, et de comprendre les conduites des psychologues cliniciens exerçant dans le secteur public, ainsi de recueillir le maximum d'informations sur les manifestations de la souffrance psychologique de ces professionnels de la santé mentale. De ce fait, l'origine de l'étude de cas est issue de la médecine, en psychologie clinique, cette notion vise à se dégager des aspects désobjectivant de la position médicale.

En cela, il est naturel que l'être humain tente de comprendre les réalités qui l'entourent en observant des « *cas* » qu'ils soient des personnes, des choses ou des événements. De ce fait, le naturel explique un peu pourquoi l'étude de cas est l'une des approches de recherches scientifiques les plus anciennes. (Gauthier, 2009). Dans ce cadre, on tâchera de définir l'étude de cas et de montrer comment elle complète d'autres approches de recherche, et puis on mettra en lumière quelques techniques pouvant avoir une certaine rigueur scientifique.

Dans ce cadre, l'étude de cas est « *une approche de recherche permettant l'étude d'un phénomène d'intérêt particulier (le cas) dans son contexte naturel et sans manipulation par le chercheur. Elle peut s'intéresser à un seul individu, à un groupe d'individus à une communauté, à une institution ou un événement* ». (Corbière, Larvière, 2014, p.74). Elle est utilisée dans les études qualitatives en sciences humaines et sociales, mais elle peut être

utilisée dans une étude d'un cas particulier. Elle vise l'étude approfondie d'un spécifique, qu'il soit une personne ou un groupe.

Une autre définition de l'étude de cas par Yin (1989) cité par (N'da, 2015) comme «*une enquête empirique qui étudie un phénomène contemporain dans son contexte de vie réelle, où les limites entre un phénomène et un contexte ne sont pas nettement évidentes, et dans lequel des sources d'informations multiples sont utilisées* » (N'da, 2015, p.121).

De ce fait, l'étude de cas a pour objectif l'analyse des modes de fonctionnement d'un sujet en souffrance, puisque, le sujet en souffrance c'est lui-même qui va construire son monde interne et comment ce fonctionnement opère à partir des représentations. Dans ce sens, il ne s'agit pas en aucune façon de rendre compte de la vérité historique d'un sujet et ne saurait être question d'un compte rendu objectif et encore moins exhaustif de la vie de quelqu'un. (Ionescu, 2009).

D'après d'Allonnes cité par Gharbi: «*l'étude de cas vise alors à dégager la logique d'une histoire de vie singulière, aux prises avec des situations complexes nécessitant des lectures à différents niveaux et mettant en œuvre des outils conceptuels adoptés, elle n'est plus seulement référée à l'anamnèse et au diagnostic mais se dégage des contraintes d'une psychologie médicale, tout en restant clinique et psychopathologique* ». (Gharbi 2011, p.102).

Par ailleurs, l'étude de cas peut aussi avoir des limites, notamment sur le plan de la représentativité. Cependant, d'une façon presque unanime, on reconnaît la valeur de l'étude de cas pour les recherches exploratoires. De ce fait, la science souvent est mal armée pour comprendre la souffrance des sujets, notamment la souffrance psychologique au travail des psychologues cliniciens du secteur public. Donc, la méthode qualitative et l'étude de cas présentent des qualités indéniables elles doivent être obligatoirement appliquées sur les domaines des sciences humaines et sociales, notamment en psychologie clinique et ainsi effectuer des entretiens cliniques de recherche sur des cas particuliers, qu'on puisse décrire et comprendre des nouveaux phénomènes qui sont difficiles à mesurer.

Du côté de Widlöcher recommande dans deux textes princeps (1990, 1999) le recours à la méthode des cas uniques à chaque fois que le chercheur doit explorer un champ nouveau de la manière la plus exhaustive possible à l'aide d'hypothèses plurielles. Nous nous trouvons précisément dans ce cas de figure.

### 3- Lieux de recherche :

Nous avons effectué notre travail de recherche au sein de l'EPH d'Amizour, l'EPSP de Bejaia et le CHU de Bejaia. De ce fait, dans ces institutions sanitaires on a trouvé les psychologues cliniciens dont on a besoin pour réaliser notre travail de recherche. En effet, ces derniers s'exercent dans plusieurs services comme les urgences, la pédiatrie, la chirurgie générale, la psychiatrie et la maternité, etc.

#### 3-1-Etablissement public de santé de proximité de Bejaia (EPSP)

L'établissement public de santé de proximité de Bejaia (EPSP) est créé dans le cadre de la mise en œuvre de la nouvelle carte sanitaire qui est régie par le circulaire N°24 du 20 septembre 2007 conformément aux dispositifs du décret exécutif N°07-140 du 19 Mai relative aux activités d'une polyclinique. L'EPSP Bejaia est doté d'une structure de santé et rattaché administrativement à la polyclinique Ihaddaden, où se situe son siège techno-administratif. Cette institution est constituée de 06 polycliniques au niveau de la ville de Bejaia.

#### 3-2-Centre Hospitalier Universitaire Khelil Amrane de Bejaia (CHU)

Le centre hospitalier universitaire Khelil Amrane a été créé par le décret exécutif N°09-319 du 06 Octobre 2009 complétant la liste des centres hospitaliers universitaires annexées au décret exécutif N°97-467 du 23 Décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des centres hospitaliers universitaires. Le CHU de Bejaia constitue de 22 services dans trois annexes différentes : Hôpital Khelil Amrane, Hôpital Frantz Fanon et Hôpital Targua Ouzmour.

#### 3-3- Etablissement Public Hospitalier d'Amizour (EPH)

L'établissement public hospitalier d'Amizour, baptisé « *hôpital Benmerade El Mekki* », est créé suite à la nouvelle carte sanitaire mise en application en 2007, la date d'ouverture remonte au 1992. Cet établissement est situé à 24 km au sud du chef-lieu de la wilaya de Bejaia. Sa capacité d'accueil est de 200 lits techniques. La population couverte s'élève à environ 160,000 issus de 08 communes de l'ex secteur sanitaire d'Amizour ainsi que la population relevant des communes et des wilayas limitrophes comme Bouira et Sétif.

L'EPH d'Amizour est composé d'un plateau technique et des services d'hospitalisation. Le plateau technique comprend : le pavillon des urgences médico-chirurgicales de 20 lits, le bloc opératoire de 4 salles, deux salles de radiologie, un laboratoire d'analyse médicale, une pharmacie centrale, une banque de sang et un bureau des entrées.

Les services d'hospitalisation sont : un service d'oncologie de 36 lits, un service de chirurgie de 60 lits, un service de gynécologie obstétrique 30 lits, un service de médecine

interne de 56 lits, un service de pédiatrie de 22 lits, un service des urgences médico-chirurgicale de 20 lits, un service d'épidémiologie et un service de médecine du travail.

On a choisi trois lieux de recherche dans le but de former un groupe de recherche et d'avoir des sujets de recherche dans différents établissements sanitaires dans le secteur public.

#### **4- Groupe de recherche :**

Notre travail de recherche s'est effectué auprès des psychologues cliniciens du secteur public. De ce fait, malgré la propagation du COVID-19 au niveau des établissements sanitaires du secteur public à Bejaia on a pu construire notre groupe de recherche qui se compose de 09 psychologues cliniciens titulaires.

Pour se conformer au droit d'anonymat des sujets de recherche (psychologues cliniciens), leurs noms ont été modifiés et remplacés par d'autres noms. Cependant, pour qu'ils soient volontaires, le consentement doit être libre et éclairé. D'après le Centre National de Recherche Scientifique (CNRS) « *le consentement éclairé est un code de conduite des chercheurs et les principes éthiques de base qui encadrent les recherches qu'elles soient, imposent le consentement de tout individu qui accepte de se soumettre à un protocole de recherche* ». (Pedinelli, Hauwel, 2009, p.387).

De plus, on entend par le consentement éclairé l'idée que le sujet éventuel doit avoir assez d'informations sur ce qu'il lui sera demandé et dans quel but ces informations seront utilisées dans la recherche. La règle générale, c'est de donner autant d'informations pour qu'il y ait plus de chance à la participation des psychologues cliniciens à la recherche. (Gauthier, 2009). De ce fait, l'attribut libre signifie que les sujets de recherche ne doivent pas être soumis à des pressions qui influenceraient indûment.

#### **Critères de sélection**

Les critères de sélection sont deux types : les critères d'inclusion et les critères d'exclusion. Au premier lieu les critères d'inclusion qui sont des critères qui nous ont permis de dire que le sujet peut faire partie de notre groupe de recherche, c'est-à-dire ils correspondent aux caractéristiques de notre thème. Dans ce sens, nous avons retenu certains critères importants notamment la nécessité que notre groupe de recherche soient des psychologues cliniciens travaillant dans le secteur public au niveau de la wilaya de Bejaia, qui ont des postes titulaires et constants afin qu'ils soient présents jusqu'à la fin de la recherche. Deuxièmement, les critères d'exclusion sont les caractéristiques des sujets qu'on ne peut pas intégrer dans notre recherche, parmi ces critères : les psychologues non cliniciens (psychologues du travail, psychologues scolaires, psychologues d'éducation, etc.), psychologues du secteur privé

(clinique ou cabinet privé), les psychologues cliniciens au chômage, les psychologues cliniciens non constant, les psychologues cliniciens du cadre de pré-emploi. Par conséquent on n'a pas pris en considération l'âge, le sexe, le niveau socio-économique, l'état matrimonial, le type de service et les années d'expérience. Donc on a établis ces critères de sélection dans le but de garder l'homogénéité du groupe de recherche.

Le tableau ci-dessous illustre et définit les caractéristiques de notre groupe de recherche à savoir leur prénom, leur âge, leur situation matrimoniale, le nombre d'années d'expérience.

**Tableau N° 1 : les caractéristiques des sujets de recherche :**

Prénom de sujets	Age	Situation matrimoniale	Années d'expérience
Nabil	37	Célibataire	9 ans
Rahma	37	Mariée	8 ans
Razika	36	Célibataire	3 ans
Mahmoud	35	Marié	10 ans
Nadjet	33	Mariée	6 ans
Bilal	29	Célibataire	5 ans
Sadika	38	Mariée	11 ans
Linda	32	Mariée	8 ans
Rima	32	Mariée	9 ans

A partir de ce tableau nous avons constaté que notre groupe de recherche est constitué de neuf cas à savoir les psychologues cliniciens travaillant dans le secteur public dont trois parmi eux sont des hommes. De plus, nous avons constaté aussi que trois d'entre eux sont célibataire, et un seul parmi eux a trois ans d'expérience et le reste ont plus de cinq ans d'expériences.

### **5-Outils de recherche :**

Toute méthodologie de recherche repose sur un ou plusieurs outils de recherche qui sont indispensables au recueil des informations relatives aux sujets de l'étude. Ces outils sont soit fournis par la littérature soit ils ont été construits par un Thésard, Dans l'objectif de vérifier nos hypothèses, nous avons choisi les outils suivants :

Notre premier outil est l'entretien semi-directif qui a été effectué au cours de la réalisation de notre travail de recherche. Les informations qu'on a récoltées sont recueillies sous formes de notes puis nous les avons développés.

Le deuxième outil est le questionnaire le General Health questionnaire GHQ-12 de Goldberg (1972), il s'agit d'un questionnaire auto-passation et qui permet à la fois une analyse quantitative et qualitative des résultats de chaque sujet de recherche.

Le troisième outil est l'échelle de pénibilité au travail Mick Sédric Ngoulou-Kobi (2016), il s'agit d'une échelle qui permet d'évaluer la pénibilité du travail. De ce fait, le problème nosologique de ces tests ne se pose pas dans le contexte algérien car, les symptômes peuvent être similaires dans toutes les cultures et les sociétés.

En effet, les outils psychométriques sont des outils développés scientifiquement qui permettent de mesurer des indicateurs psychologiques de manière objective. De plus, ils peuvent permettre d'obtenir des informations qui ne peuvent être observées ou faire l'objet de questions directes lors des entretiens cliniques semi-directifs.

L'objectivité de la mesure des résultats obtenus ne résulte pas d'une évaluation subjective, les différents évaluateurs devraient arriver à des résultats similaires s'ils administraient le même test à une personne. Cependant, les priorités psychométriques renseignent sur la qualité de la mesure fournie par l'instrument, notamment en termes de précision fidélité, sensibilité et validité.

Ce qui concerne la traduction des instruments nous n'avons pas besoin de les traduire en langue kabyle ou une autre langue car nos sujets de recherche ont un niveau suffisant de langue française pour comprendre nos outils de recherche utilisés dans notre travail d'investigation.

### **5-1- Entretien de recherche :**

Le terme entretien servait à désigner la conversation entre deux personnes, s'est progressivement étendu à toutes sortes de fonction allant du médiatique au politique, du juridique au psychologique et au social. Pour cela, notre premier outil de recherche est bien l'entretien clinique qui est souvent utilisé comme une méthode d'investigation dans la recherche clinique pour recueillir les informations et les données sur les sujets. De plus, l'entretien clinique de recherche est l'outil le plus adéquat qui nous aide à trouver les meilleures réponses à nos questions et une vérification avec la manière la plus pertinente à nos hypothèses.

L'entretien est utilisé dans un certain nombre de disciplines dans le champ des sciences humaines et sociales : il se révèle un outil indispensable et irremplaçable pour accéder aux informations subjectives des sujets, à leur biographie et à leur représentation personnelle sur tel ou tel problème. Ce qui fait la spécificité de l'entretien clinique, c'est l'adjectif « *clinique* » qui renvoie à un champ de pratiques spécifiques qui intéressent le domaine des soins en général, ainsi l'entretien clinique il est plus spécifiquement utilisé par les psychologues cliniciens, les psychiatres, les psychothérapeutes. Il peut avoir des objectifs différents : une visée diagnostique, une visée de recherche et/ou une visée thérapeutique. (Chahraoui, Benony, 2013, p.9)

Selon le Petit Robert le terme entretien est défini ainsi : « *Action d'échanger des paroles avec une ou plusieurs personnes* ». (Petit Robert cité par Chiland, 2015, p.1).

L'entretien en psychologie clinique est une situation d'échange de paroles entre au moins deux sujets qui occupent des positions dissymétriques. Il peut se situer dans le cadre d'une relation d'évaluation de soin, d'aide ou de conseil. Il a plusieurs buts : permettre de dire, écouter, informer, recueillir, faire parler mais aussi parler au sujet. (Chiland, 1995).

L'entretien clinique peut être défini en psychologie, comme « *l'entretien par lequel le psychologue est centré sur la dynamique de la vie psychique du sujet qu'il cherche à saisir, à travers des données objectives, ainsi qu'en utilisant sa propre subjectivité comme instrument de compréhension en s'appuyant sur les phénomènes de résonance, d'empathie et d'intuition. Il met aussi en œuvre des interventions techniques spécifiques pour comprendre et agir sur la vie psychique du sujet.* ». (Bouvet, 2015, p.12).

De ce fait, l'entretien clinique de recherche est un dispositif privilégié pour accéder aux données subjectives des sujets de recherche telles que l'histoire de leurs vie, leurs émotions, leurs expériences, etc. Il est central dans le travail des psychologues cliniciens.

De plus, les entretiens de recherche doivent se dérouler dans un climat de confiance et doivent être suffisant pour que le chercheur dispose des informations nécessaires pour formuler une compréhension du fonctionnement psychologique de chaque cas.

En effet, l'entretien clinique de recherche fait partie de la pratique des psychologues cliniciens de l'approche cognitivo-comportementale qui choisissent de consacrer du temps à la recherche. La plupart d'entre eux ayant choisi cette discipline pour sa méthodologie scientifique et sa logique, ils ont alors souvent tendance à vouer une partie de leur activité à des protocoles de recherche. (Mirabel, Vera, 2011, p.153).

Par ailleurs, il existe trois types d'entretien de recherche, dont l'entretien directif l'entretien non directif et l'entretien semi-directif. Nous avons préféré ce dernier (l'entretien semi-directif) car c'est le type d'entretien qui nous permettra de poser des questions semi-directives bien précises et profondes sur chaque axe de notre guide d'entretien, dans le but de laisser nos sujets de recherche s'expriment librement. Ainsi, il est le plus utilisé en recherche des sciences sociales. Il est semi-directif en ce sens qu'il n'est pas entièrement libre, ni entièrement dirigé par un grand nombre de questions précises et structurées. De plus, ce type d'entretien nous l'avons besoin pour réussir des réponses approfondies et riches, ce qui nous a permis de décrire et comprendre la souffrance psychologique des psychologues cliniciens de santé publique.

L'entretien semi-directif *« consiste en une interaction verbale de façon souple par le chercheur. Celui-ci se laissera guider par le rythme et le contenu unique de l'échange dans le but d'aborder, sur un mode qui ressemble à celui de conversation, les thèmes généraux qu'il souhaite explorer avec le participant à la recherche. Grâce à cette interaction, une compréhension riche du phénomène à l'étude sera construite conjointement avec l'interviewé »*.(Gauthier, 2009, p.340).

Le but de l'entretien semi-directif est de recueillir les avis verbaux des psychologues cliniciens du secteur public sur la pénibilité au travail, la souffrance psychologique et l'incidence de ces derniers sur leur santé psychologique au travail.

Dans ce cadre, après la présentation de notre thème, la consigne du guide d'entretien semi-directif est la suivante : *« notre guide d'entretien semi-directif se compose de plusieurs questions pour connaître votre vécu au travail, on aimera bien de répondre à toutes les questions d'une manière spontanée et directe, vous avez toute la liberté et le temps à répondre pour chaque question posée »*. Cependant, la consigne délimite le sujet, mais, à partir de cette délimitation, tout dans l'entretien est pris en compte.

Donc l'entretien semi-directif c'est la technique où on utilise un guide d'entretien comportant une série ordonnée de questions ouvertes. Il exige l'élaboration d'un guide d'entretien avec des questions ouvertes et générales qui touchent à tous les aspects du sujet de recherche. Cette technique permet aux psychologues cliniciens interrogés, développer toute association d'idées en référence à la consigne de départ.

De ce fait, le guide d'entretien se définit *« est un premier travail de traduction des hypothèses de recherche en indicateurs concrets et de reformulation des questions de recherche en questions d'enquête. Le degré de formalisation du guide est en fonction de*

*l'objet d'étude, de l'usage de l'enquête et du type d'analyse que l'on projette de faire.* ». (Blanchet, Gotman, 2014, p.58).

Dans notre entretien avec les psychologues cliniciens du secteur public, nous avons opté pour une analyse qualitative, cela veut dire que nous avons analysé et interpréter les données recueillis de l'entretien en s'appuyant sur l'approche cognitivo-comportementale. Nous avons repris l'intitulé des axes, et rapporté à l'intérieur le discours, et le récit du sujet et nous avons accompagné cela d'une lecture clinique avec une terminologie propre à la théorie cognitivo-comportementale et le but de répondre, qualitativement parlant, aux questions de notre recherche.

Notre guide d'entretien contient 29 questions au total. Les quatre premières concernent «*les informations générales sur le sujet* » (psychologue clinicien), dont l'objectif est de rapporter des informations sur la biographie du sujet. Le premier axe intitulé : « *informations sur le métier du psychologue clinicien* », est composé de 06 questions. L'objectif de cet axe est de recueillir des informations sur le cursus et la spécialité de la formation universitaire ainsi l'expérience professionnelle. Le deuxième axe est intitulé : « *Informations sur la psychopathologie au travail chez les psychologues cliniciens : détresse psychologique et pénibilité au travail* ». Cet axe est divisé en deux sous axes : le premier sous axe intitulé « *détresse psychologique* » qui contient 09 questions, et le deuxième sous axe intitulé « *pénibilité au travail* » qui contient 10 questions. L'objectif de ce deuxième axe est d'évaluer le niveau de la détresse psychologique et le niveau de pénibilité au travail des psychologues cliniciens dans leur travail. La dernière question « *voulez-vous aborder d'autre questions ?* » est une question qui laisse aux psychologues cliniciens la possibilité d'aborder un point qui lui semble important, et qu'on n'a pas spécialement intégré dans le guide de notre entretien.

L'objectif de toutes les questions de notre guide d'entretien est d'évaluer qualitativement la souffrance psychologique des psychologues cliniciens qui travaillent dans le secteur public. Savoir également si le métier de ces praticiens est pénible ou pas. Pour ce faire, on ne s'est pas seulement contenté de notre guide d'entretien clinique semi-directif mais on a pris en compte aussi des outils psychométriques, un questionnaire General Health Questionnaire GHQ-12 de Goldberg (1978) et une échelle de pénibilité au travail de Mick Sédric Ngoulou-Kobi (2016).

Les méthodes psychométriques offrent un éclairage complémentaire, il s'agit de confirmer des éléments pressentis ou bien encore, de découvrir véritablement un aspect de fonctionnement psychologique que l'entretien n'avait su mettre en évidence. Dans ce cadre,

l'approche psychométrique peut contribuer à modéliser des phénomènes complexes et d'apporter une certaine rationalité dans la compréhension de l'insondable.

### **5-2- Description du questionnaire de General Health Questionnaire version à 12 items (GHQ-12) :**

Il s'agit d'un auto-questionnaire d'évaluation mis au point par Goldberg en 1970 afin de dépister les troubles psychiatriques. Ce questionnaire est utilisé dans de nombreux pays et pour beaucoup d'études auprès des professionnels de la santé. Cependant, en Algérie, ce Questionnaire est la première fois qu'il sera appliqué.

En 1972 Goldberg a défini ce questionnaire comme une échelle d'auto évaluation visant à dépister des troubles psychiatriques et des troubles psychiques mineurs en population générale (Goldberg, 1972 ; Goldberg, 1979). Il existe de nombreuses versions (GHQ-60 ; GHQ-30 ; GHQ-28 ; GHQ-12). Cette échelle est largement utilisée en contexte hospitalier, les versions courtes étant probablement les plus utiles dans un contexte professionnel en raison de leur rapidité de passation. Les versions françaises du GHQ-28 et GHQ-12 ont fait l'objet d'études de validation. (Lesage, 2012, p.76).

La sensibilité du questionnaire GHQ-12, Goldberg et al (1997) font la synthèse d'étude provenant de 9 pays différents : la sensibilité médiane est 83,7%. Le seuil le plus représenté est 2/3. De plus, les données de l'étude d'OMS sur la santé mentale, soulignent une sensibilité de 79,2% respectivement avec un seuil à 5/6 pour le GHQ-28.

De ce fait, on a opté dans notre étude pour la version GHQ-12, formée de 12 items, qui sont formulés positivement ou négativement, mais la première modalité de réponse correspond à l'absence de problème de santé mentale et la dernière correspond à la présence de problème de santé mentale. Le GHQ-12 permet de quantifier au plan dimensionnel le degré de souffrance psychologique subjective et, au plan catégoriel, de définir, à partir de notes seuils, des cas pathologiques ou non. (Laurent, Chahraoui, Carli, 2005).

L'objectif de ce questionnaire est la détection de troubles mentaux actuels non psychotique, il s'agit de détecter le niveau moins différencié des maladies mentales, le « petit commun multiples » partagé par l'ensemble des diagnostics psychiatriques. Il permet de mesurer deux aspects d'un épisode psychiatrique : l'incapacité à poursuivre normalement ses activités quotidiennes et l'apparition de nouveaux symptômes, ce qui conduit à un état de détresse psychologique. Ce questionnaire couvre quatre domaines qui sont les suivants :

- 1- les symptômes associés à la dépression
- 2- les symptômes associés à l'anxiété.

3- les symptômes associés à la somatisation.

De nombreuses traductions existent pour les versions 12 items, dont la version française, qui a été validée. (Goldberg, 1970).

De plus, les outils psychométriques peuvent permettre d'obtenir des informations qui ne peuvent être observées ou faire l'objet de questions directes lors des entretiens cliniques de recherches.

Toutes les études sur les qualités psychométriques du GHQ vont dans le même sens, à savoir que ce questionnaire a une bonne validité et sensibilité. (Goldberg, Williams, 1988).

La validité de structure interne de la version française du GHQ-12 a été étudiée par des analyses factorielles confirmatoires. (Salama et al, 2009). Les solutions à deux ou trois facteurs sont les plus satisfaisantes (dépression, anxiété, trouble psychosomatique et l'insomnie). L'OMS a effectué une étude sur la santé mentale portant sur plus de 25000 sujets pour GHQ-12, qui est une autre source de données.

### **Consigne et passation**

Concernant le questionnaire GHQ-12, il possède une seule consigne. Toutes les questions suivantes concernant votre état de santé actuelle ou récente. Les 12 questions suivantes peuvent vous surprendre dans leurs formulations, mais elles font partie d'un questionnaire international étalonné et validé, le General Health Questionary dans sa version française de 12 items. La consigne est donc la suivante : *"nous aimerions savoir comment, d'une manière générale, vous vous êtes porté(e) ces dernières semaines. Veuillez répondre à toutes les questions, en entourant la réponse qui vous semble correspondre le mieux à ce que vous ressentez. Rappelez-vous que nous désirons obtenir des renseignements sur les problèmes actuels et récents, et non pas sur ceux que vous avez pu avoir dans le passé. Il est important que vous essayiez de répondre à toutes les questions"*. (Strenna, 2013, pp.148-149).

Pour la passation, il s'agit d'un auto-questionnaire rempli par le sujet en fonction de son état mental au cours des semaines passées. La nature même des réponses implique que le GHQ-12 puisse ne pas s'appliquer dans les troubles chroniques et durables.

### **Modalité de réponse et cotation**

Selon Goodchild, Janes (1985), ce questionnaire se compose de quatre modalités de réponse et trois systèmes de cotations qui sont proposés, avec des formulations variables selon les items qui sont les suivants :

- 1- « Mieux que d'habitude », « comme d'habitude », moins bien que d'habitude », « beaucoup moins bien d'habitude ».

- 2- « Pas du tout », « pas plus que d'habitude », « peu plus que d'habitude », « bien plus que d'habitude ».
- 3- « Plus que d'habitude », « comme d'habitude », « moins que d'habitude », « bien moins que d'habitude ».
- 4- « Moins de temps que d'habitude », « autant que d'habitude », « plus que d'habitude », « beaucoup plus de temps que d'habitude ».

Ce questionnaire contient trois systèmes de cotations :

- 1- Cotation dimensionnelle : Echelle de Likert coté de 0 à 3 avec 0 correspondant à la première modalité « mieux que d'habitude » par exemple , et 3 à la dernière modalité « beaucoup moins bien que d'habitation » par exemple.
- 2- Cotation dichotomique 0-0-1-1 : les deux réponses traduisent une amélioration par rapport à la situation habituelle peuvent être cotées « 0 », tandis que les deux réponses témoignant d'une aggravation seront cotées « 1 ».
- 3- Cotation dichotomique, dites CGHQ : les items formulés positivement sont cotées 0-0-1-1 et les items formulés négativement sont cotées 0-0-1-1. Cette cotation permet de tenir compte des affections durables pour lesquelles les psychologues cliniciens peuvent estimer que leur état de santé ne s'est pas modifié par rapport à l'habitude. Selon Goldberg (1997), quel que soit le système de la cotation, l'addition des réponses obtenues à chaque item permet alors de calculer un score global témoignant d'une atteinte psychique ou d'une forte probabilité d'atteinte psychique lorsqu'il est élevé. Il est difficile de savoir quel est le meilleur système de cotation. Le mode de cotation dichotomique 0-0-1-1 semble le plus satisfaisant. Ainsi nous avons utilisé la cotation bimodale (notant 0 les réponses « moins que d'habitude » ou « pas plus que d'habitude » et 1 celles « un peu plus que d'habitude » ou « bien moins que d'habitude »). (Goldberg, 1970).

### Interprétation

Selon l'auteur (Goldberg, 1970), le score du GHQ-12 peut être interprété en deux manières :

- 0-2 : normal
- 3-12 : trouble psychiatrique. (Mohamed, 2014, p.16).

### 5-3-Description de l'échelle de pénibilité du travail :

Cette échelle est conçue par le thésard Ngoulou-Kobi (2016) à laquelle nous avons eu recours, elle est de type Likert. Cette échelle est une variable de l'étude. Les points suivants sont consacrés à leur présentation.

L'adaptation de l'outil de référence au contexte de son application s'avère souvent indispensable. Dans le cas de l'absence d'un outil de référence, il est vivement recommandé de se référer à ce dernier.

Dans le cadre de cette étude, nous avons été confrontés au problème d'outil de référence pour évaluer la pénibilité au travail. Certes, la pénibilité au travail au cours de ces 20 dernières années a fait l'objet de nombreuses études, mais elle ne dispose pas d'un outil d'évaluation de référence scientifiquement stable dans les sciences humaines et sociales.

Selon Ngoulou-Kobi (2016), l'échelle de pénibilité au travail est un outil qui permet d'évaluer la pénibilité au travail dans un cadre du travail de recherche. C'est cette échelle de mesure que nous avons mise au point, Il serait question de revenir simplement sur les grandes lignes de son architecture et de son mode de passation. Dans ce cadre, cette échelle contient 38 items articulés autour de 6 facteurs (*climat social, environnement de travail, charge de travail, pression de travail, contraintes de travail et contraintes organisationnelles*). Bien que ne résumant pas toutes les situations ou aspects de la pénibilité du travail, ces 6 facteurs constituent néanmoins les indicateurs relativement fiables et couramment utilisés pour mesurer ou évaluer les phénomènes similaires.

La validation de cette échelle de pénibilité au travail que nous avons utilisé dans notre travail de recherche pour la collecte des données sur nos sujets de recherche est une échelle conçue par un thésard. De fait, il est nécessaire d'analyser les qualités psychométriques de cet instrument de mesure. L'analyse psychométrique porte essentiellement sur les deux principaux critères psychométriques d'un instrument de mesure à savoir : la sensibilité et la validité.

De ce fait, La validité fait référence aux caractéristiques mesurées par un instrument de mesure et à l'exactitude avec laquelle il évalue ces caractéristiques. C'est la capacité d'un instrument à mesurer ce qu'il est censé mesurer. (Bouletreau et al, 1999). Tout comme la fidélité, il existe plusieurs types de validité, notamment la validité apparente, la validité de contenu, la validité de construit, la validité convergente et la validité prédictive (Weiner et Stewart, 1984) et elle demeure complexe et difficile à établir. Ainsi que, La fidélité d'un instrument de mesure fait référence à la stabilité temporelle des résultats et à la consistance interne. Il faut entendre par stabilité temporelle des résultats, la capacité d'un instrument de mesure à reproduire des résultats similaires lors d'un test-retest. Pour Fortin (1994), la stabilité renvoie à la constance dans les réponses des sujets lorsqu'un instrument de mesure est appliqué plusieurs fois aux mêmes sujets. Quant à la consistance interne, elle renvoie à

l'homogénéité de l'instrument de mesure, c'est-à-dire la cohésion structurale des items d'une échelle. (Ngoulou-Kobi, 2016, p.124).

La sensibilité renvoie à la capacité d'un questionnaire à mesurer des différences minimales entre individus ou chez le même individu au cours du temps, elle permet d'évaluer le pouvoir discriminant d'une méthode d'évaluation, c'est-à-dire sa capacité à relever des résultats suffisamment différenciés entre les sujets. Pour sa part, Pedinielli (1995) distingue deux types de sensibilité : La sensibilité intra-individuelle : capacité de détection des différences chez un même sujet au cours des mesures répétées et la sensibilité interindividuelle : capacité à discriminer des individus différents. (Ngoulou-Kobi, 2016, p.123).

De plus, la mesure permet de certifier que les items d'une échelle représentent bien le construit que l'on souhaite mesurer. Cette validité s'obtient par un jugement plus ou moins subjectif des experts. Etant donné que le contenu des items de cette échelle de pénibilité a été validé par les médecins du travail, les psychologues et les ergonomes dans le cadre du groupe projet pénibilité (GPP). La validité de construit renvoie selon Fortin (1994) à l'analyse de la signification des scores d'un instrument de mesure par rapport au concept mesuré. Elle a pour objet la validation du corps théorique sous-jacent à la mesure et de vérifier des hypothèses d'associations avec d'autres concepts. (Ngoulou-Kobi, 2016).

### **La consigne**

La consigne de cette échelle est comme suit : *veuillez cocher la case correspondante à votre situation. Que pensez-vous des propositions ci-dessous concernant votre travail ?* ». Par exemple, l'item 1 de cette échelle propose : « *Je travaille sous pression* » et le sujet devait indiquer la fréquence de perception de cette pression dans son travail en se positionnant sur une échelle graduelle allant de « 1 » (*Jamais ou ne me concerne pas*) à « 5 » (*Très souvent*). (Ngoulou-Kobi, 2016, p. 119).

### **Cotation**

Pour la grille de cotation de pénibilité au travail on a repéré cinq niveaux de pénibilité :

- 1- Une pénibilité très faible :  $IPG < 1,7$
- 2- Une pénibilité faible :  $1,7 \leq IPG \leq 2,13$
- 3- Une pénibilité moyenne :  $2,14 \leq IPG \leq 2,38$
- 4- Une pénibilité forte :  $2,39 \leq IPG \leq 2,81$
- 5- Une pénibilité très forte :  $2,81 < IPG$

### Interprétation et Analyse

À partir des résultats obtenus, on peut établir le degré global de pénibilité de chaque sujet appelé indice global de pénibilité (IPG). Ce résultats'obtient en faisant la somme de score du sujet à chaque item divisé par le nombre d'items total de l'échelle. Ainsi, plus la valeur de l'IPG du sujet est élevé, plus la perception et/ou le vécu de la pénibilité est grand(e) (ou plus le sujet est exposé à la pénibilité dans son travail). Étant donné que cette échelle comporte 38 items, l'indice global de pénibilité estimé par sujet varierait théoriquement entre « 1 » et « 5 ». (Ngoulou-Kobi, 2016).

## 6- Déroulement de la recherche :

### 6-1- Pré-enquête :

Afin d'affiner les techniques de collecte des informations, il est nécessaire de tester leur efficacité à travers une pré-enquête sur un échantillon réduit pour apporter les correctifs jugés utiles avant de procéder à l'enquête proprement dite.

La première étape de notre enquête de terrain est appelée la pré-enquête. Lors de cette phase préliminaire, le chercheur vise à pénétrer dans le lieu de recherche, à connaître le milieu, à réunir les informations sur le travail, ses transformations et ses modifications, par un guide d'entretien ou des visites guidées par un superviseur.

La pré-enquête a pour but d'acquérir la base concrète nécessaire pour comprendre les réponses délivrées par les psychologues cliniciens de santé publique participant à l'enquête et avoir à sa disposition une représentation imagée des conditions environnementales de leur souffrance. Elle permet également d'approcher l'organisation réelle du travail et de côtoyer ces derniers qui participeront ensuite à l'enquête. Mais, revenons aux détails sur ces différents éléments. (Fabien, 2013).

La pré-enquête est une étape primordiale et très essentielle dans la recherche en sciences humaines et sociales, notamment en psychologie clinique. « *Elle constitue une procédure assez pertinente dans la recherche scientifique, puisqu'elle nous permis d'explorer notre terrain qui veut dire la population d'étude sur laquelle va porter notre recherche. C'est l'une des étapes les plus importantes dans toutes les recherches scientifiques, elle s'appelle phase exploratoire où il y a un déplacement sur le terrain, elle doit conduire à construire la problématique au cours de laquelle s'épanouira la recherche, dans une stratégie de rupture épistémologique permanente* ». (Cario, 2000, p.11).

La pré-enquête est une étape très importante dans la recherche. « *Elle consiste à essayer sur un échantillon réduit sur les instruments prévus pour effectuer l'enquête. Si on a*

*des doutes sur telle ou telle variable, ou sur le rendement de telle technique, on peut explorer de façon limitée le problème à étudier, avant même de préciser définitivement ses objectifs ».* (Grawitz, 2001, p.550).

Notre pré-enquête a été effectuée au niveau de CHU de Bejaia. En effet, nous nous sommes déplacés à l'hôpital pour voir les sujets de recherches qui nous intéressent (psychologues cliniciens) dans le but d'avoir leur consentement. Effectivement, on a rencontré certains d'eux et nous nous sommes présentées en tant que des Mastérants fin de cycle en psychologie clinique. Après la présentation de notre thème de recherche, les cliniciens se sont facilement engagés à coopérer avec notre travail de recherche. Une semaine après, nous sommes retournés pour appliquer notre guide d'entretien provisoire aux psychologues cliniciens de l'hôpital. Notre objectif consiste à recueillir un maximum de connaissances et d'informations sur le groupe de recherche, et valider la thématique de notre recherche. L'objectif de la pré-enquête est d'effectuer un certain nombre d'observations dont nous avons besoin toute au long de notre recherche. En effet, elle nous aide aussi à mieux construire notre guide d'entretien et à mieux formuler les questions et les hypothèses de la recherche.

La pré-enquête nous a permis également de nous rapprocher encore plus de notre groupe de recherche pour collecter plus de renseignements et d'informations les concernant à savoir la souffrance psychologique dans l'exercice de leur métier de psychologues cliniciens du secteur public.

Durant cette pré-enquête, on a constaté que les psychologues cliniciens du secteur public sont vulnérables ainsi ils sont exposés à la souffrance psychologique dans leur travail et cette dernière peut influencer le fonctionnement psychologique et la qualité du travail fournie aux patients.

De ce fait, avec cette pré-enquête qui a duré cinq jours du mois de Janvier 2020, on a pu réunir tous les éléments nécessaires à notre enquête du terrain à savoir : la bienveillance et la coopération des psychologues cliniciens du secteur public, les informations recueillies, ainsi que la confirmation de la disponibilité du groupe de recherche et sans oublier l'aide de l'encadreur. Effectivement, tout ça nous a permis de prendre la décision finale pour valider notre thème de recherche qui est le suivant : *« la pénibilité au travail : la souffrance psychologique des psychologues cliniciens du secteur public ».*

## 6-2-Enquête :

La recherche par enquête est une intrusion dans la vie privée du sujet qui a été choisi pour participer à l'enquête et pour répondre à certaines questions. Le droit à la vie privée, c'est le droit qu'a le sujet de recherche de définir lui-même et selon quelles conditions ses comportements, attitudes ou croyances peuvent être rendus publics. Il découle de ce principe que le chercheur peut révéler ce qu'il veut à son sujet, même des détails très personnels et intimes. (Gauthier, 2009, p.295).

L'enquête est la technique la plus sollicitée dans les sciences humaines et sociales, en particuliers la recherche en psychologie. L'enquête en psychologie clinique est une quête d'informations réalisée par l'interrogation systématique des sujets d'une population déterminée. Toutes les techniques d'interrogation systématique qui ont pour but d'obtenir des informations auprès d'acteurs en situation relèvent de l'enquête. Elle peut être qualitative ou quantitative.

L'enquête permet de disposer d'un ensemble statistique. Par conséquent, celui qui s'intéresse aux choix individuels doit mettre en relation, les méthodes statistiques, les préférences, les intentions ou les choix réels avec les catégories d'acteurs. (N'da, 2015).

De ce fait, l'enquête est « *l'ensemble des opérations par lesquelles les hypothèses vont être soumises à l'épreuve des faits, et qui doit permettre de répondre à l'objectif qu'on s'est fixé* ». (Blanche, Gotman, 2014, p.35).

Donc l'enquête consiste à recueillir l'ensemble des informations susceptibles de répondre aux questions et aux hypothèses posées. Il s'agit d'appliquer les techniques de recherches préalablement choisies et élaborées pour collecter toutes les informations qui répondent aux objectifs de la recherche.

En outre, suite à la situation sanitaire causée par la propagation de COVID-19, on n'a pas pu constituer un groupe de recherche tout seul. Cependant, avec l'aide d'une psychologue clinicienne qui travaille au sein de l'EPH d'Amizour, nous avons pu distribuer le questionnaire GHQ-12 et l'échelle de pénibilité au travail aux psychologues cliniciens qui travaillent dans différentes institutions sanitaires au niveau de la wilaya de Bejaia, garantissant par là le consentement éclairé des participants. La psychologue s'est redoublée de l'aide, puisque elle a pris le soin d'expliquer aux psychologues cliniciens l'objectif de notre thème de recherche aussi claire que possible. Il faut souligner dans ce contexte que lorsque les informations sont révélées sous le sceau de la confidentialité, elles doivent demeurer et rester confidentielles, qu'elles ne serviraient que dans le but d'une recherche scientifique. Notre

enquête s'est déroulée du 03 Mai 2020 jusqu'au 10 Juillet 2020 au sein des trois lieux de recherche.

Selon Giblert (2012) cité par Benamsili (2019), le respect de la confidentialité des données concernant les sujets de recherche constitue l'un des enjeux de la définition du cadre de chercheur. Un enjeu à la fois éthique, déontologique, juridique et clinique. La confidentialité renvoie à un « *contacte liant le chercheur et le groupe de recherche* ».

Notre groupe de recherche est constitué de 09 psychologues cliniciens (femme et homme), et afin de recueillir les informations nécessaires à notre travail de recherche, nous avons commencé par passer le questionnaire GHQ-12 et l'échelle de pénibilité au travail, toujours avec l'aide de la psychologue clinicienne, citée précédemment. Puis, un entretien semi-directif a été remis pour un cas (psychologue clinicien) dans le but de faire l'illustration.

La passation de l'entretien semi-directif que nous avons passé était celui de Nabil. Il s'est déroulé dans l'une des annexes polycliniques d'El-kseur, l'entretien a duré 25 minutes environ.

### **7- Attitudes du chercheur :**

Le chercheur en psychologie clinique s'inscrit dans la foule d'une aventure qui a commencé il y a déjà des centaines. Depuis un demi-siècle, et particulièrement depuis trente ans, la recherche en psychologie clinique soulève de nombreuses questions d'ordre éthique. Celles-ci ne surgissent pas du néant, elles s'inscrivent dans un contexte historique et socio-politique que le chercheur ne peut ignorer.

La posture du chercheur est caractérisée principalement par la réflexivité sur sa propre attitude, sur celle de son ou ses interlocuteurs, sur la théorie, la prise en compte des effets suscités par les instruments utilisés, sur les données recueillies et sur les personnes qui les produisent. Elle consiste aussi dans la prise en compte de la situation et de la signification des protocoles et des dispositifs de recherche dans la culture dans laquelle se situent les pratiques de recherche. (Giami, 2009, p.33).

Par ailleurs, la conception du projet jusqu'à la diffusion de ses résultats et au-delà, le chercheur doit se préoccuper explicitement de la dimension éthique de ses interventions, de leur impact, de risque qu'elles font courir aux sujets et de sa propre capacité à en assumer les conséquences. À cette obligation éthique, des chercheurs se sont associés presque partout dont un code de déontologie composé d'une série de règles coercitives et un comité de surveillance qui a le pouvoir d'approuver, sanctionner ou bannir un projet. La règle déontologique ayant la

plus grande évidence est celle qui impose au chercheur désireux de recruter un participant pour son expérience, d'obtenir au préalable son consentement éclairé. (Doucet, 2002).

Pour cela, dans l'éthique de la recherche scientifique, le chercheur doit suivre les règles qui forment une éthique scientifique propre au travail de recherche, comme il doit aussi respecter le code déontologique, qui ont été élaborés. De plus, le chercheur doit respecter les sujets dans leurs dimensions physiques et psychologiques qui ont participé à la recherche. (Angers, 2014).

Cependant, l'éthique de la recherche avec des sujets humains a pris un caractère universel, auquel elle se réfère se retrouvent dans tous les documents internationaux s'intéressant à la recherche. Cette tendance se vérifie encore davantage dans le secteur de la santé. Et pourtant, les types de recherche sont différents et les exigences éthiques prennent des formes particulières. (Doucet, 2002, p.16).

L'activité de recherche qu'exerce le chercheur en psychologie clinique est une tâche délicate et ardue. De ce fait, l'attitude du chercheur doit se doter de l'éthique et de déontologie qui établit des codes et donc d'annoncer une loi à respecter. En effet, dans la recherche en psychologie clinique, le chercheur doit être neutre et objectif, et il doit ni exiger des questions ni des réponses à ces questions. Mais par contre ce qu'il doit faire c'est de mettre le sujet en état d'aise et de lui faire comprendre le motif de cette rencontre et à quoi consiste cette recherche. Cependant, la tâche principale du chercheur au moment de la recherche est d'écouter attentivement le discours et d'intervenir en cas de silence du sujet en question, mais il faut aussi respecter les moments de silence et de leurs donner un sens.

En tant que futurs psychologues cliniciens, on est censé être des chercheurs en psychologie clinique. De ce fait, on devrait prendre conscience qu'il nous incombe au moins partiellement de s'assurer l'appui du gouvernement et d'obtenir des financements spécifiques au domaine de la psychologie clinique. En plus, on doit adopter l'attitude de bienveillante de neutralité vis-à-vis de notre objectif de recherche dans l'exercice de notre métier, on doit aussi se doter de l'éthique de la recherche et le respect de la déontologie.

### **8- Difficultés de la recherche :**

Dans toute recherche scientifique, le chercheur trouve certaines difficultés pour la réalisation d'un travail de recherche, comme notre cas actuellement. Parmi ces difficultés qu'on a rencontrées durant notre travail de recherche on trouve:

- Suite à la situation sanitaire causée par la COVID-19 on n'a pas pu accéder aux ouvrages de la bibliothèque de l'université.

- Par mesure de prévention du COVID-19 et le risque de contamination, nous étions contraints de ne pas suivre un stage pratique au niveau des établissements sanitaires publics.
- Manque de sujets de recherche. Pour cause, un nombre important des psychologues cliniciens préfèrent ne pas confier leur vécu professionnel à une personne étrangère.

**Synthèse :**

En guise de conclusion de ce troisième chapitre, nous dirons que la méthodologie de recherche est fondamentale dans un travail de recherche scientifique. Le respect de l'ensemble des règles d'éthique et déontologique nous a énormément servi à mettre une structure rigoureuse pour arriver à des résultats fiables.

Dans ce chapitre, on s'est basé sur plusieurs outils de recherche retenus, à savoir : l'entretien semi-directif, General Health Questionary dans sa version française GHQ-12 de Goldberg (1972) et l'échelle de pénibilité au travail conçu par un thésard Ngoulou-Kobi (2016) sur lesquels nous nous sommes appuyés dans le recueil des données sur notre groupe de recherche, dans le but de confirmé ou infirmé les hypothèses posées dans la problématiques. C'est d'ailleurs l'axe de notre recherche dans le chapitre suivant qui s'intitule « *présentation et analyse et discussion des hypothèses* ».

## *Chapitre IV*

### *Présentation et analyse des résultats et discussion des hypothèses*

*« Le travail est toujours personnel et on ne le fait bien qu'à condition de savoir à quoi il sert et d'en voir les résultats. Et ce n'est qu'à cette condition qu'on peut arriver à l'aimer ».*

(Havel, 2011).

## Préambule

Nous allons présenter et analyser, dans ce chapitre, les résultats obtenus, tout au long de notre recherche, par les outils suivants : l'entretien clinique semi-directif, le questionnaire GHQ 12 et l'échelle de pénibilité au travail. Ces trois outils nous permettront de confirmer ou d'infirmer l'hypothèse générale et les hypothèses partielles, déjà formulées dans la problématique centrale de la recherche.

À commencer par le cas illustratif. C'est celui de M. Nabil, dont le cas s'avère le plus complet, par rapport aux autres cas. Respectant les axes du guide d'entretien, nous allons mettre en lumière le discours du sujet et ses réponses sous une lecture critique, pour l'interpréter selon une interprétation basée sur l'approche (TCC) qu'on a adoptée dans notre travail. Nous allons présenter, par la suite, les données des deux outils psychométriques et leurs analyses et conclure avec une synthèse générale du cas. Et ce, sans pour autant omettre de présenter les autres cas, dont : M<sup>me</sup> Rahma, M<sup>me</sup> Razika, M. Mahmoud, M<sup>me</sup> Nadjat, M. Bilal, M<sup>me</sup> Sadika, M<sup>me</sup> Linda et M<sup>me</sup> Rima. À noter que ces derniers ne sont pas soumis à l'entretien semi-directif, en raison de la crise sanitaire causée par la pandémie COVID-19.

Nous allons procéder également à la présentation de chaque cas sous l'échelle de questionnaire GHQ 12 et l'échelle de pénibilité au travail avec leurs résultats, dont chaque cas fera l'objet d'une synthétisation, à la fin de l'étude.

### **I- Présentation et analyse des résultats :**

La présentation et l'analyse des résultats est un processus qui consiste à présenter et analyser les cas, à déterminer la disponibilité des données appropriées et à décider sur la démarche qu'il y a lieu de suivre pour répondre aux hypothèses partielles et l'hypothèse générale. À cet effet, nous allons commencer par le cas illustratif dont le nom qu'on a lui attribué est M. Nabil.

## Cas N° 1 : Monsieur Nabil

### 1- Présentation et analyse des données de l'entretien clinique semi-directif

Monsieur Nabil est notre premier cas, célibataire âgé de 37 ans. Il exerce au niveau d'une annexe de polyclinique à Bejaia, en qualité de psychologue clinicien. Il vit une situation plus au moins bonne, sur le plan économique et sociale. Titulaire d'un BAC session 2006, avec 13 de moyenne dans la filière lettres et philosophie, M. Nabil a choisi d'étudier au département de psychologie de l'université Mouloud Mammeri de Tizi Ouzou. D'après lui, son choix est motivé principalement par sa passion à l'étude de la philosophie, depuis qu'il était élève dans le palier secondaire, lycée.

Il faut mentionner que notre cas illustratif n'a pas tardé de répondre favorablement à notre demande d'entretien. Tout au long de l'entretien, qui a duré 30 minutes, M. Nabil s'est montré sensible à notre thématique, mais cela ne l'avait pas empêché de s'exprimer aisément et avec beaucoup d'assurance.

À préciser que l'entretien s'est déroulé le 31 juillet 2020, à 14 :30, au niveau de son bureau de travail, tout en respectant les mesures de sécurité sanitaire qui s'imposent contre le COVID-19, à savoir le port de la bavette et la distanciation physique.

#### **Axe 1 : Informations sur le métier du psychologue clinicien :**

Suivant notre guide d'entretien semi-directif qui rassemble les informations concernant le métier du psychologue clinicien, la première question qu'on a posée à notre cas illustratif est portée sur son cursus universitaire. M. Nabil nous a répondu qu'il est licencié du système classique, soit 04 années d'études à l'université Mouloud Mammeri de Tizi-Ouzou. Selon lui, sa formation universitaire lui a permis de découvrir le monde de la psychologie en général. Il nous a fait part également de sa pleine satisfaction d'avoir étudié la psychologie, en disant : « *Quand j'ai été étudiant en psychologie clinique je me sentais très à l'aise* ». Quant aux résultats qu'il avait obtenus durant ses 08 semestres d'étude au département de psychologie, M. Nabil s'est dit « *très satisfait* ».

Il nous a avoué qu'il avait choisi la spécialité de psychologie clinique par appréciation et passion qu'il témoigne, depuis toujours, à l'égard de la psychologie en générale et la psychologie clinique en particulier. « *J'ai acquis les premiers principes et notions psychologiques dès que je me suis initié aux premiers cours de philosophie au lycée. Il faut rappeler dans ce contexte que la psychologie était, jusqu'au 1878, une partie de la philosophie* », dit-il. En ce qui concerne les formations et les stages post universitaires, M.

Nabil nous a dénombré ses stages pratiques en disant : « *J'ai fait plusieurs stages. Un stage à l'hôpital de Boukhalfa, à Tizi-Ouzou. Un autre stage de 03 mois à l'hôpital psychiatrique de Oued Aissi. Un troisième stage au niveau d'un centre pénitencier des mineurs* ». Et d'ajouter : « *Ça fait maintenant 09 années que je suis praticien dans le secteur public. Je trouve que ces stages m'ont permis une meilleure intégration dans ma vie professionnelle* ». Notre interlocuteur a porté à notre information également qu'il n'a pas exercé dans un autre secteur, autre le secteur de la santé publique.

## **Axe N°2 : Informations sur la psychopathologie au travail chez le psychologue clinicien : détresse psychologique et pénibilité au travail :**

### **2-1) détresse psychologique :**

Concernant son état d'esprit, avant et après le travail, M. Nabil a répondu : « *J'essaye toujours de garder mon état d'esprit intacte* ». Quand je me rends au travail, le matin, je laisse toutes mes préoccupations sociales derrière moi. C'est dire que je ne mélange pas entre ma vie professionnelle et ma vie sociale ». M. Nabil nous a précisé, qu'il fait dans « *l'évitement cognitif* », une stratégie à la quelle beaucoup de psychologues font recours pour surmonter, un tant soit peu, les pressions et difficultés qui pèsent sur eux durant leur la prise en charge psychologique de leur patients. L'évitement cognitif permet, par ailleurs, au patient de répondre positivement aux séances clinique de son psychologue. (Véron, Saïas, 2013).

Répondant à notre question sur ses relations avec les patients, M. Nabil disait que « *c'est une relation thérapeutique et professionnel* ». Selon lui, quand il est confronté, de temps en temps, face aux situations de transfert positif, il se trouve contraint de remettre le patient en conscience. Il nous a informés qu'il ne s'est trouvé jamais face à une situation de violence ou de malveillance, durant la pratique de son travail.

M. Nabil trouve qu'il est important de fournir le plus possible de son effort psychologique. « *Quand je reprends le travail, après un congé ou après la fin du traitement clinique d'un cas difficile à remédier, cela me force de récupérer d'avantage mes efforts psychologiques* », disait-il. Il nous a confié également qu'il mène une vie autonome, et il ne dépend de personne : « *j'ai tout ce qu'il faut pour arriver au bout de mes projets et régler mes préoccupations quotidiennes* ». Le soutien social fait référence aux comportements des proches qui sont en lien avec les besoins d'un individu qui doit composer avec une situation stressante. (Jean-Trudel, 2009, p.6).

Pour la question du sommeil, M. Nabil ne se plaint pas : « *Je dors au moment qu'il faut, et je me lève tôt, le matin. La nuit, je dors comme un bébé, ni cauchemars ni sursauts* ».

Cela signifie que M. Nabil a une hygiène de vie, concernant le sommeil auquel il accorde beaucoup d'importance, pour réussir une complémentarité entre son sommeil et son travail. (Senninger, 2012). Tous ces indices laissent à confirmer la conduite adéquate de M. Nabil par rapport à son travail. Sur le plan communication, notre cas illustratif joint entre le langage parolier et le langage corporel. C'est, d'ailleurs, ce qu'on a remarqué de sa personne, durant notre entretien avec lui.

Etant psychologue clinicien principal dans une annexe de l'EPSP de Béjaia, M. Nabil a bénéficié de quelques promotions durant son parcours professionnel. Aujourd'hui, il est au 03 échelon, après 05 ans d'expérience. Concernant les rencontres de travail avec ses collègues, M. Nabil affirme qu'ils se réunirent, de temps en temps, pour discuter, notamment, des cas ayant des troubles psychologiques plus au moins difficiles à diagnostiquer. Coté familial, M. Nabil vit une vie familiale sereine et harmonieuse avec les membres de sa famille. Sur ce plan, la personne de M. Nabil se caractérise par l'homéostasie, c'est-à-dire il a des relations stables et équilibrés avec les membres de la famille. (Amardjia, 2005).

À la lumière de toutes les réponses de notre cas illustratif, nous constatons qu'en plus de l'aptitude professionnelle qu'il détient, M. Nabil est un passionné de sa profession de psychologue clinicien. C'est pourquoi il se sent toujours heureux en exerçant son travail. Ces signes positifs, psychologiques et professionnels, nous démontrent clairement que M. Nabil présente un profil complet et cohérent, puisque nous n'enregistrons pas de manifestations ou de signes renvoyant à la présence d'un malaise quelconque au travail.

### **2-2) la pénibilité au travail :**

Nous allons poser à notre cas illustratif, M. Nabil, dans cette partie d'entretien, des questions sur sa santé physique. Est-ce qu'il ne souffre pas, par exemple, de quelques maladies chroniques ? M. Nabil nous a répondu : « *Je ne souffre d'aucune maladie chronique. Je suis en bonne et parfaite santé, mentale et physique* ». Il est intéressant de rappeler, ici, l'importance des deux niveaux de santé, mental et physique, dans l'assurance de l'équilibre général de la santé d'une personne.

Il faut rappeler également que la santé est un état complet de bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. (Voir le deuxième chapitre de la souffrance psychologique).

Sur la question, s'il a pris auparavant un congé de maladie ou non ? M. Nabil nous a dit : « *Je n'ai pris aucun congé de maladie, et ce, depuis la signature de mon procès verbal (PV) d'installation, sur mon poste de travail actuel, à ce jour* ».

Pour ce qui rapporte aux conditions dans lesquelles travail M. Nabil, notre interlocuteur assure qu'il exerce son métier dans de bonnes conditions professionnelles. « *Le climat dans lequel je travail est favorable. J'ai tout les moyens nécessaires pour assurer mon travail me permettant de prendre en charge convenablement les patients* », dit-il. M. Nabil travaille durant toutes les journées de la semaine, sauf le week-end. La journée de vendredi et samedi, M. Nabil les réserve pour faire du jardinage, chez lui.

Nous avons demandé à M. Nabil s'il souffre de la fatigue ou pas, du fait de la charge du travail. Il nous a confié : « *Parfois, oui. Surtout quand la semaine tire à sa fin. Mais j'en profite pleinement le week-end pour faire de la récupération. Je le trouve un repos bien mérité* ». Quand il se sent épuisé du travail chargé durant plusieurs semaines, M. Nabil se trouve « contraint », dit-il, de demander, exceptionnellement, des journées pour se reposer un peu.

Nous rappelons dans ce contexte que la fatigue ou l'altération des conditions de vie résultant d'une tendance à la somnolence, ou d'un dysfonctionnement socioprofessionnel, ou des symptômes divers comme des céphalées, ou des douleurs musculaires, etc. (Senninger, 2012, p.26).

Nous avons posé à M. Nabil la question suivante : « *Voulez-vous changer de métier ?* ». Il a répondu : « *Je ne pense pas changer de profession. Je me sens très bien dans ma fonction, en tant que psychologue clinicien* ».

À la fin de l'entretien, M. Nabil nous a remerciés de l'avoir questionné sur son travail et son parcours professionnel, et d'avoir s'intéressé aux psychologues cliniciens, dans le secteur de la santé publique. Nous l'avons également remercié, de notre part, de nous avoir accordé cet entretien, et pour sa coopération à réaliser notre étude.

En conclusion, nous avons bien remarqué des signes de fatigue chez M. Nabil, ce qui est naturel pour un employé dans le secteur sanitaire public. En dépit de ces signes de fatigue, M. Nabil ne souffre pas de pénibilité de travail. C'est ce qu'on a pu remarquer lors de notre rencontre avec lui.

### **Synthèse de l'entretien de M. Nabil**

D'après les données que nous avons recueillies, à travers cet entretien avec M. Nabil, nous avons remarqué qu'il s'exprime avec confiance et sans complexe. Ainsi, nous avons constaté qu'il jouit d'une bonne et parfaite santé, mentale et physique et il ne souffre pas de troubles de sommeil. Tout au long de l'entretien, M. Nabil s'est montré très attentif dans ses propos, c'est dire qu'il se concentre beaucoup et réfléchit murement avant de répondre à nos

questions. Concernant les conditions dans lesquelles il travaille, M. Nabil n'en manque pas. Hormis la fatigue naturelle du fait du travail, M. Nabil ne souffre pas au point d'être épuisé. C'est pourquoi il s'est épargné de la pénibilité au travail.

Nous allons présenter et analyser dans l'élément ci-après les résultats du questionnaire GHQ 12 de notre premier cas.

## 2- présentation et analyse des résultats du questionnaire GHQ 12

**Tableau N° 2 : Résultats du questionnaire de GHQ 12 de M. Nabil**

Dépression	9	3	7	11	3	5
Anxiété	6	8	12	4	2	
Troubles psychosomatiques	5	10			0	
Insomnie	2	1			0	

Dans ce tableau ci-dessus, représentant les résultats de M. Nabil, nous constatons que le score global est de 05, ce qui signifie que notre sujet présente une détresse psychologique. (Voir l'annexe N°2).

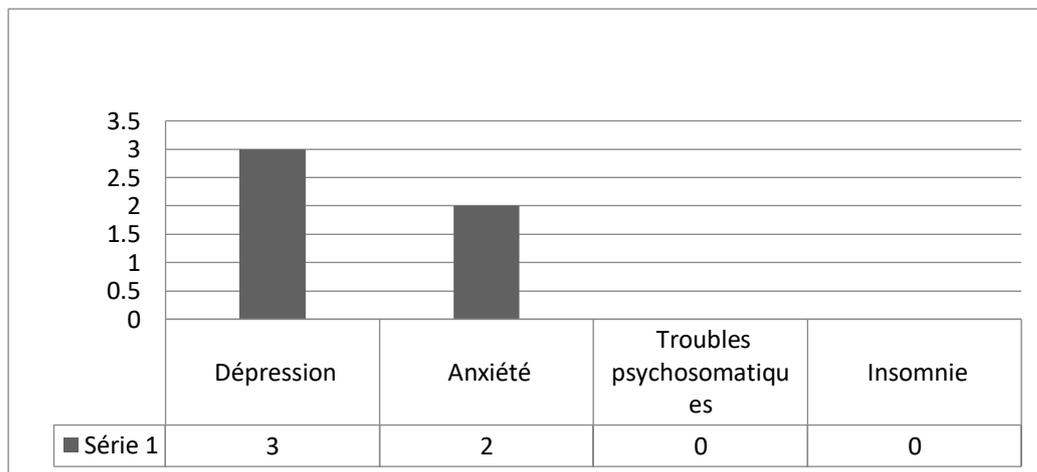
Dans la première sous échelle qui est la dépression, M. Nabil a obtenu un sous score de 03, en cochant sur les valeurs 2 ou 3 recordées en 1 pour les questions 3, 7 et 11 «*Avez-vous eu le sentiment de jouer un rôle utile ?*», «*Avez-vous pu prendre plaisir à vos activités quotidiennes ?*» et «*Avez-vous pensé que vous ne valez rien ?*». Il a coché aussi sur la valeur 3 recordée en 0 pour la question 9 «*Avez-vous senti malheureux, déprimé ?*». D'après ces résultats, nous constatons que notre sujet a un sentiment inutilité et un déplaisir au travail.

L'anxiété est la deuxième sous échelle. L'anxiété, est une peur diffuse sans raison logique apparente ou alors en démesure, par rapport à la raison évoquée. Elle se manifeste souvent par des symptômes somatiques (Palazzolo, 2007, p.1). M. Nabil a obtenu un sous score global de 02. Il a répondu sur les valeurs 3 recordée en 1 pour les questions 6 et 12 «*Avez-vous senti que vous ne pouviez pas surmonter vos difficultés ?*» et «*Avez-vous senti relativement heureux dans l'ensemble ?*». Ainsi, il a coché sur la valeur 2 recordée en 0 pour les questions 8 et 4 «*Avez-vous la faculté de faire face à vos problèmes ?*» et «*Avez-vous senti capable de prendre des décisions ?*». Ces résultats nous montrent que notre sujet a des symptômes de l'anxiété qui se manifestent au milieu du travail.

Ce qui concerne la sous échelle des troubles psychosomatiques, notre sujet a obtenu un sous score de 0, car il a répondu sur la valeur 1 recordée en 0 pour les questions 5 et 10 « *Avez-vous senti constamment sous pression ?* » et « *Avez-vous perdu confiance en vous ?* ». Dans ces réponses, M. Nabil ne présente aucun symptôme concernant les troubles psychosomatique.

Pour la dernière sous échelle qui est l’insomnie, qui se définit comme un retard de l’endormissement ou du maintien du sommeil ; les deux anomalies pouvant être associées (Senninger, 2012, p.12), M. Nabil a obtenu un sous score 0, en cochant sur les valeurs 1 et 2 recordées en 0 pour les questions 2 et 1 « *Vos soucis vous ont-ils empêché de dormir ?* » et « *Avez-vous pu vous concentrer sur ce que vous faites ?* ». D’après ces résultats, notre cas ne souffre pas de l’insomnie ou de troubles de sommeil.

**La figure représentante le cas de Nabil**



**La figure N°1 : Histogramme de questionnaire GHQ 12 de M. Nabil**

Cette figure représente les résultats obtenus du questionnaire GHQ 12. Nous remarquons le sous score des sous échelles de la dépression et l’anxiété est 5. Par contre, les sous échelles de troubles psychosomatiques et l’insomnie sont en 0. Le résultat obtenu nous démontre que M. Nabil présente une détresse psychologique.

**Synthèse de GHQ 12 de M. Nabil**

En conclusion, notre sujet présente une détresse psychologique avec un score global de 5, par rapport à la première sous échelle qui est la dépression. Notre sujet a obtenu un sous score de 3, en répondant sur les valeurs 3 ou 4 recordées en 1 pour les questions 3, 7 et 11 « *Avez-vous eu le sentiment de jouer un rôle utile ?* », « *Avez-vous pu prendre plaisir à vos activités quotidiennes ?* » et « *Avez-vous pensé que vous ne valez rien ?* ». Ainsi, il a répondu

sur la valeur 2 recordée en 0 pour la question 9 « Avez-vous senti malheureux, déprimé ? ». La deuxième sous échelle qui est l'anxiété, il a marqué sur un sous score de 2, il a répondu sur la valeur 3 recordée en 1 pour les questions 6 et 12 « Avez-vous senti que vous ne pouviez pas surmonter vos difficultés ? » et « Avez-vous senti relativement heureux dans l'ensemble ? ». Il a coché ainsi sur la valeur 2 recordée en 0 pour les questions 8 et 4 « Avez-vous la faculté de faire face à vos problèmes ? » et « Avez-vous senti capable de prendre des décisions ? ». Par contre, les deux échelles de troubles psychosomatiques et l'insomnie, il a répondu sur les valeurs 2 ou 1 recordée en 0 pour les questions 5, 10, 2 et 1 « Avez-vous senti constamment sous pression ? », « Avez-vous perdu confiance en vous ? », « Vos soucis, vous ont-ils empêché de dormir ? » et « Avez-vous pu vous concentrer sur ce que vous faisiez ? ». En résumé, notre sujet se caractérise par un sentiment d'inutilité. Il manque de plaisir dans ses activités professionnelles, causé par des pensées négatives.

Nous allons présenter et analyser, ci après, les résultats de l'échelle de pénibilité au travail de notre premier cas, qui est illustratif.

**3-Présentation et analyse des résultats de l'échelle de pénibilité au travail**

**Tableau N° 3 : Résultats à l'échelle de pénibilité au travail de Nabil**

Climat social	4	11	14	16	18	26	32	34		22	2,87	2,60
Environnement de travail	3	9	17	22	31	6				19	2,66	
Charge de travail	1	2	12	13	23	25	33	37	38	29	3,00	
Pression de travail	19	30	27	5						12	3,00	
Contraintes de travail	7	15	20	24	29	36				8	3,5	
Contraintes organisationnelles	8	10	21	28	35					9	2,00	
Total										109		

En s'appuyant sur les résultats du tableau ci-dessus, nous remarquons que M. Nabil a obtenu un score global de (IPG=2,60), ce qui indique que notre sujet présente une pénibilité lors durant l'exercice de son métier, avec un niveau fort. (Voir l'annexe N°3).

Le climat social est la première sous échelle de l'échelle de pénibilité au travail. Il s'agit d'un indicateur de la santé humaine et sociale dans le milieu du travail. C'est donc un baromètre qui, à partir d'indicateurs précis, établit un diagnostic de l'état de la relation avec autrui ou avec les collègues de travail. Notre sujet a enregistré un sous score de (IPGcs=2,75), en cochant sur la fréquence souvent pour les items 16, 26 et 32, « *En général, le contact avec les clients, les usagers, les patients, ... est agréable* », « *Les rapports avec mes collègues de travail sont cordiaux et conviviaux* » et « *Je reçois des avis et remarques cohérents de la part de mes collaborateurs* ». Ainsi, il a répondu sur la fréquence quelquefois pour les items 4 et 14 « *Je bénéficie du soutien de mon chef* » et « *J'ai le soutien de mes collègues* », sur la fréquence jamais ne me concerne pas pour les items 18 et 34 « *L'ambiance qui règne dans mon équipe de travail est invivable* » et « *Le climat dans lequel j'effectue mon travail est difficilement supportable* » et sur la fréquence rarement pour l'item 11 « *À mon travail, je suis confronté à des publics agressifs* ». À travers ces réponses, nous pouvons retenir que notre sujet a un manque de bénéficie vis-à-vis de ses responsables et ses collègues de travail.

Concernant la deuxième sous échelle qui est l'environnement de travail, elle représente une sous échelle primordiale pour la mesure d'un état psychologique d'un professionnel dans son milieu de travail. Il s'agit d'un ensemble des éléments matériels et humain qui sont susceptible d'influencer un professionnel dans ces tâches quotidiennes, ainsi désigne les conditions de sécurité et d'hygiène au travail. M. Nabil a obtenu un score global de (IPGet=3,16), en répondu sur la fréquence *souvent* pour les items 17, 22 et 31 « *La cadence et le rythme de mon travail sont supportables* », « *Les conditions matérielles de mon travail sont bonnes* » et « *À mon travail, je peux avoir des moments de calme* ». Il a coché aussi sur la fréquence *rarement* pour les items 3 et 6 « *Mes outils de travail sont modernes et bien entretenus* » et « *J'ai la possibilité d'obtenir une promotion* » et il a coché sur la fréquence quelquefois pour l'item 9 « *À mon travail, je peux privilégier la qualité plutôt que la vitesse* ». D'après ces réponses nous percevons que l'environnement de travail de M. Nabil, est désagréable, car ses outils de travail ne sont toujours pas modernisés. Aussi, il lui manque des promotions pour des grades dans son parcours professionnel.

La charge de travail est la troisième sous échelle. Elle représente le coût de pratiquer une activité donnée. Notre sujet a obtenu un sous score de (IPGct=3,22). Il a coché sur la fréquence *souvent* pour les items 13, 23, 33 et 38 « *Dans mon travail, je ne fais qu'une chose à la fois* », « *J'arrive facilement à atteindre les quotas journaliers demandés* », « *J'ai les capacités physiques et intellectuelles suffisantes pour faire ce que l'on me demande* » et « *Je*

*dispose du temps nécessaire pour exécuter correctement mon travail* ». Il a coché sur la fréquence *quelquefois* pour les items 12 et 25 « *À mon travail, j'ai le temps de réfléchir avant de prendre des décisions* » et « *La quantité de travail que je dois réaliser par jour est correcte* », puis sur la fréquence *jamais ne me concerne pas* pour les items 1 et 2 « *Je travaille sous pression* » et « *Je suis surchargé à mon poste* » et sur la fréquence *très souvent* pour l'item 37 « *La charge de mon travail est compatible avec mes capacités physiques* ». À partir de ces réponses, nous pouvons retenir que notre sujet ne présente pas une charge de travail, sauf quelquefois, il prend le temps de réfléchir avant de prendre une décision.

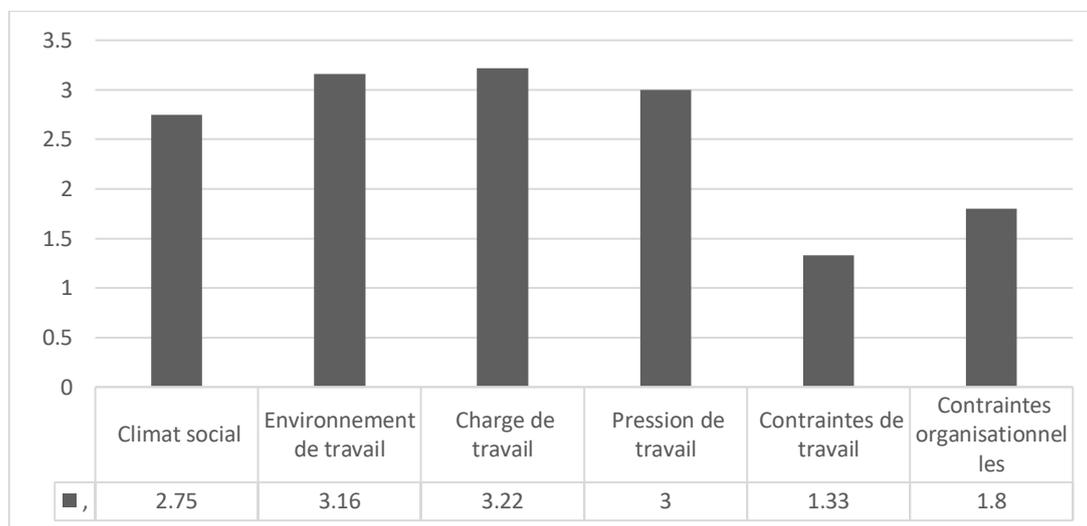
La pression de travail est la quatrième sous échelle. Cette expression est appréhendée à travers les variables de rythme et l'intensité de travail. (Ngoulou-Kobi, 2016). M. Nabil a obtenu sur cette sous échelle un sous score de (IPG<sub>pt</sub>=3). Il a répondu sur la fréquence *quelquefois* pour les items 19 et 27 « *Il arrive que je sois interrompu dans mon travail* » et « *Je reçois des ordres contradictoires de ma hiérarchie* », sur la fréquence *rarement* pour l'item 30 « *Je n'arrive pas à terminer mon travail pendant les horaires prévus* » et sur la fréquence *souvent* pour l'item 5 « *Le rythme de mon travail est supportable* ». En regardant ces résultats, nous constatons que notre sujet a une moyenne pression au travail, car quelquefois il s'interrompt dans son travail et il reçoit des ordres contradictoires de sa hiérarchie ce qui le met sous pression.

La cinquième sous échelle est les contraintes de travail. Pour carton et Collac (2006), ce concept renvoie à l'ensemble des obligations caractérisant chaque emploi et poste de travail. M. Nabil a obtenu un sous score de (IPG<sub>ct</sub>=1,33), en répondant sur la fréquence *jamais ne me concerne pas* pour les items 7, 15, 29 et 36 « *Mes conditions de travail sont précaires* », « *Les exigences de mon travail sont au-dessus de mes forces* », « *Dans mon travail, je dois prendre et tenir des postures (positions du corps) pénibles* » et « *À mon travail, je suis exposé aux risques chimiques* » et sur la fréquence *rarement* pour les items 20 et 24 « *Il arrive que je réalise mon travail sous des températures extrêmes* » et « *Il arrive que je manque de temps pour terminer ce que j'ai commencé* ». De ce fait, nous constatons que notre sujet ne présente pas des contraintes de travail dans le travail qu'il exerce.

En dernière sous échelle qui est les contraintes organisationnelles, celle-ci regroupe les caractéristiques du temps de travail, les contraintes de rythme de travail, l'autonomie et les marges d'initiative, le collectif de travail et les contacts avec le public. M. Nabil a obtenu un score global de (IPG<sub>co</sub>=1,8), de fait, il a répondu à la fréquence *jamais ne me concerne pas* pour les items 10, 21 et 35 « *Mon travail m'expose aux nuisances sonores* », « *Je manque de*

*marge de manœuvre dans mon travail* » et « *Travailler la nuit est éprouvant, physiquement et mentalement* ». Ainsi, il a coché sur la fréquence souvent pour l’item 8 « *Mes horaires de travail sont supportables* ». D’après les résultats, M. Nabil ne présente aucun problème, en ce qui concerne les contraintes organisationnelles.

### La figure représentant le cas de Nabil



### La figure N°2 : Histogramme de l'échelle de pénibilité au travail de M. Nabil

Cette figure représente les résultats obtenus dans les six sous échelles de l'échelle de pénibilité au travail. Nous constatons que les sous échelles de l'environnement de travail, la charge de travail et la pression de travail ont un degré élevé. En revanche, les sous échelles, les contraintes de travail et les contraintes organisationnelles ont un degré très faible. De ce fait, nous remarquons que M. Nabil présente une pénibilité au travail.

### Synthèse de l'échelle de pénibilité au travail du cas de M. Nabil

En fin, nous pouvons dire que notre sujet présente une pénibilité au travail avec un score global de (IPG=2,60). Ce score est fait à partir des résultats des sous scores des sous échelles, où il a enregistré un sous score de (IPGet=3,16), relatif à l'environnement de travail et un sous score de (IPGct=3,22), relatif à la charge de travail. Par contre un sous score de (IPGct=1,33) pour la sous échelle de contraintes de travail et un sous score de (IPGco=1,8) relatif à la sous échelle de contraintes organisationnelles. Nous constatons que M. Nabil présente une pénibilité forte et élevée durant à l'exercice de son métier.

## Synthèse générale du cas de M. Nabil

En s'appuyant sur l'analyse des résultats de questionnaire GHQ 12 qui est un outil pour mesurer la détresse psychologique, notre sujet a obtenu un score total de 5. Cela dit que notre sujet présente une détresse psychologique, puisque il a obtenu, sur la sous échelle de dépression, un sous score de 3 où il a répondu sur la valeur 3 recordée en 1 pour les items 3, 7 et 11. Ainsi, il a marqué aussi un sous score sur la sous échelle de l'anxiété où il a répondu sur la valeur 3 recordée en 1 pour les items 6 et 12. Pour les sous échelles de troubles psychosomatiques et insomnie il a coché sur les valeurs 1 ou 2 recordées en 0 pour les items 5, 10, 2 et 1. De plus, l'échelle de pénibilité au travail est le deuxième outil pour mesurer la pénibilité au travail. Il a obtenu un score global de (IPG=2,60). Il a obtenu sur la sous échelle du climat social avec un sous score de (IPGct=2,75) et un sous score plus de 3 sur les deux sous échelles de l'environnement de travail et la charge de travail, et un sous score de (IPGct=1,33) pour la sous échelle de contraintes de travail et un sous score de (IPGco=1,8) pour la sous échelle de contraintes organisationnelles.

Toutefois, nous notons une discordance au niveau des résultats des deux outils psychométriques avec les données de l'entretien et le discours tenu par notre sujet de recherche. Nous supposons que cela est dû à une résistance de notre cas ou bien à une méfiance et à une volonté de donner une bonne image de soi et de son vécu professionnel.

Nous allons présenter, ci-après, les autres cas dénués des données de l'entretien pour des raisons qui nous dépassent. Nous avons estimé, toutefois, que les données des échelles nous aideront à mieux nous prononcer sur les hypothèses formulées auparavant. Nous avons également tenu à ce qu'il y est quelques informations anamnestiques des cas pour éclairer le lecteur.

### Cas N° 2 : Madame Rahma

Madame Rahma est une psychologue clinicienne âgée de 37 ans. Mère d'un fils unique, elle a eu son diplôme de licence en psychologie clinique en 2010 et suivit plusieurs formations complémentaires. Coté professionnel, M<sup>me</sup> Rahma travaille depuis plus de 08 ans, à l'EPH Benmerrad Elmekki d'Amizour. Actuellement, elle travaille au niveau du service des urgences dudit hôpital.

Selon la cotation de M<sup>me</sup> Rahma du questionnaire de GHQ 12 et l'échelle de pénibilité au travail sont comme suit :

### 1- Présentation et analyse des résultats du questionnaire GHQ 12

**Tableau N° 4 : Résultats du questionnaire de GHQ 12 de Rahma**

Dépression	9	3	7	11	1	1
Anxiété	6	8	12	4	0	
Troubles psychosomatiques	5	10			0	
Insomnie	2	1			0	

Le tableau ci-dessus, représente les résultats de M<sup>me</sup> Rahma. Nous remarquons que le score global est 1, ce qui indique M<sup>me</sup> Rahma ne présente pas une détresse psychologique. (Voir l'annexe N°4).

Pour la première sous échelle qui est la dépression, qui mesure la détresse psychologique, certains symptômes de la dépression sont comparables à ceux de la déprime, qu'elle soit provoquée par des difficultés ponctuelles ou liée à un mal de vivre latent. Mais dans le cas des signes dépressifs, ces symptômes recouvrent une sensation de souffrance psychologique que rien ne peut apaiser.

M<sup>me</sup> Rahma a obtenu le score partiel de 1. Elle a répondu sur la valeur 2 recordée en 0 pour les questions 1, 3, 8 et 12 : « Avez-vous pu vous concentrer sur ce que vous faites ? », « Avez-vous eu le sentiment de jouer un rôle utile ? », « Avez-vous pu faire face à vos problèmes ? », « Avez-vous senti relativement heureux dans l'ensemble ? », sur la valeur 1 recordée en 0 pour les questions 2, 4, 5, 7, 6, 10 et 11 « Vos soucis vous ont –ils empêché de dormir ? », « Avez-vous senti capable de prendre des décisions ? », « Avez-vous senti constamment sous pression ? », « Avez-vous senti que vous ne pouviez pas surmonter vos difficultés ? », « Avez-vous la possibilité prendre plaisir à vos activités quotidiennes ? », « Avez-vous perdu confiance en vous ? », « Avez-vous pensé que vous ne valez rien ? », et sur la valeur 3 uniquement la question 9 « Avez-vous senti malheureux et déprimé ? ».

En basant sur les ces réponses, nous remarquons que notre sujet ne présente pas la détresse psychologique, ce qui indique que M<sup>me</sup> Rahma n'a pas des contraintes dans son métier. Dans l'ensemble, elle répond aux questions avec concentration et assurance, ce qui

montre qu'elle a la confiance en soi et capable de prendre des décisions. C'est dire qu'elle est heureuse dans son travail.

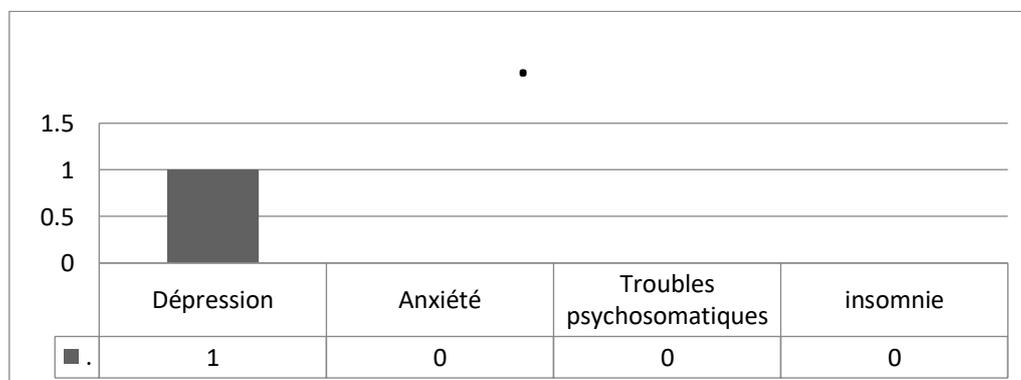
Dans la seconde sous échelle qui concerne l'anxiété, M<sup>me</sup> Rahma a enregistré un sous score de 0. Elle a répondu à tous les questions qui mesurent l'anxiété par la valeur 1 et 2 recordées en 0. Les questions sont : 6, 8, 12 et 4 « *Avez-vous senti que vous ne pouviez pas surmonter vos difficultés ?* », « *Avez-vous pu faire face à vos problème ?* », « *Avez-vous senti relativement heureux dans l'ensemble ?* », et « *Avez-vous senti capable de prendre des décisions ?* ».

D'après ces réponses, nous dirons que notre sujet ne présente pas l'anxiété qui déclenche la détresse psychologique, car tous les items de l'anxiété sont répondu par un 0. Ce qui concerne la sous échelle de trouble psychosomatique, M<sup>me</sup> Rahma a obtenu un score de 0, en répondant à toutes les questions qui mesurent le trouble psychosomatique par la valeur 1 et 2 recordé en 0. Les questions sont 5 et 10 « *Avez-vous senti constamment sous pression ?* », « *Avez-vous perdu confiance en vous?* ». Les résultats de cette sous échelle ne présente aucun symptôme de trouble psychosomatique, car les questions des valeurs recordées en 0.

Dans la dernière sous échelle relatif à l'insomnie, M<sup>me</sup> Rahma a obtenu un sous score de 0, en répondant sur la valeur 1 ou 2 qui est recordées en 0, pour les questions 2 et 1, « *Avez-vous pu vous concentrer sur ce que vous faites ?* », « *Vos soucis, vous ont-ils empêché de dormir ?* ».

D'après les réponses obtenues de cette dernière sous échelle relatif à l'insomnie, on peut dire que notre sujet ne présente pas des troubles de sommeil, car les questions qui mesurent l'insomnie sont recordées en 0.

**La figure représentante le cas de Rahma**



**La figure N° 3 : Histogramme du questionnaire GHQ 12 de M<sup>me</sup> Rahma**

Cette figure représente les résultats obtenus dans les quatre sous échelles du questionnaire GHQ 12. Nous remarquons que les sous scores de l’anxiété, troubles psychosomatiques et insomnie ont un sous score de 0. En revanche, le sous score de la sous échelle de dépression est en 1. Nous évaluons que M<sup>me</sup> Rahma ne présente pas une détresse psychologique.

**Synthèse de GHQ 12 de M<sup>me</sup> Rahma**

En s’appuyant sur les résultats de GHQ 12, M<sup>me</sup> Rrahma a obtenu un score global de 1. De ce fait, nous constatons que la plus part des réponses par rapport aux questions des sous échelles (dépression, anxiété, troubles psychosomatiques et insomnie) montrent que notre sujet ne présente pas une détresse psychologique, car les réponses des questions des sous échelles avec des valeurs 1 et 2 recordées en 0, uniquement la question 9 « *Avez-vous senti malheureux, déprimé ?* » que notre sujet à répondu par une valeur 3 recordée en 1, c’est-à-dire état normal.

**2-Présentation et analyse des résultats de l’échelle de pénibilité au travail :**

**Tableau N° 5 : résultats à l’échelle de pénibilité au travail de Rahma**

Climat social	4	11	14	16	18	26	32	34		23	2,87	2,86
Environnement de travail	3	9	17	22	31	6				16	2,66	
Charge de travail	1	2	12	13	23	25	33	37	38	27	3,00	
Pression de travail	19	30	27	5						12	3,00	
Contraintes de travail	7	15	20	24	29	36				21	3,5	
Contraintes Organisationnelles	8	10	21	28	35					10	2,00	
Total										109		

En se basant sur les résultats du tableau ci-dessus, nous remarquons que M<sup>me</sup> Rahma a obtenu un score global de (IPG= 2,86), ce qui signifie que notre sujet présente une pénibilité dans son travail. (Voir l’annexe N°5).

Pour la première sous échelle (climat social), notre sujet a marqué un sous score de niveau fort (IPGcs=2,87), et cela en répondant pour les items 4, 11, 14, 16, 18, 26, 32 et 34, « *Je bénéficie du soutien de mon chef* », « *À mon travail, je suis confrontée à des publics agressifs* », « *J’ai le soutien de mes collègues* », « *En général, le contact avec les clients, les*

*usagers, les patients, ... est agréable* », « *L'ambiance qui règne dans mon équipe de travail est invivable* », « *Les rapports avec mes collègues de travail sont cordiaux et conviviaux* », « *Je reçois des avis et remarques cohérents de la part de mes collaborateurs* », « *Le climat dans lequel j'effectue mon travail est difficilement supportable* ». Ces réponses indiquent qu'elle a un climat social défavorable dans l'exercice de son métier. Par conséquent, cela peut nuire son fonctionnement psychologique.

Pour la deuxième sous échelle, qui comprend l'environnement de travail, M<sup>me</sup> Rahma a obtenu un sous score de niveau fort (IPGet=2,66). Elle a coché pour les items 3 et 9 « *mes outils de travail sont modernes et bien entretenus* », « *À mon travail, je peux privilégier la qualité plutôt que la vitesse* ». Par la dimension *souvent*, les items 17 et 6 « *La cadence et le rythme de mon travail sont supportables* », « *J'ai la possibilité d'obtenir une promotion* » cochés par la dimension *jamais ne me concerne pas* » et les items 22 et 31 « *les conditions matérielles de mon travail sont bonnes* », « *à mon travail, je peux avoir des moments de calme* » cochés par la dimension *quelquefois*. D'après ces réponses, nous constatons que M<sup>me</sup> Rahma a un environnement de travail désagréable pour exercer son métier.

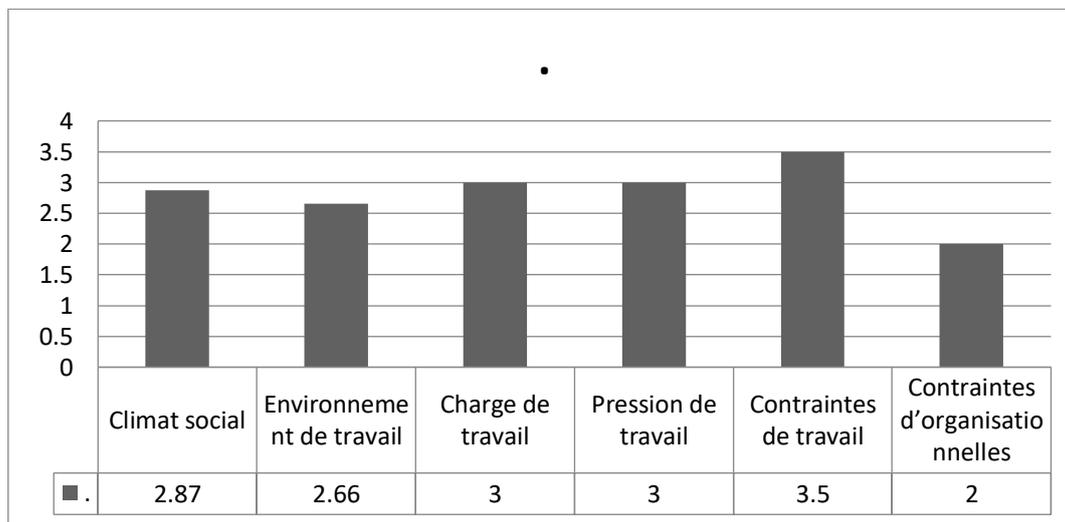
La troisième sous échelle sur la charge de travail, M<sup>me</sup> Rahma a enregistré un sous score de niveau très fort (IPGct=3,00), en cochant les items 1, 23, 25 et 38 « *Je travaille sous pression* », « *J'arrive facilement à atteindre les quotas journaliers demandés* », cochés sur la dimension *quelquefois*, les items 2 et 3 cochés sur la dimension *jamais ne me concerne pas*, les items 33 et 34 « *J'ai les capacités physiques et intellectuelles suffisantes pour faire ce que l'on me demande* », « *Le climat dans lequel j'effectue mon travail est difficilement supportable* », cochés sur la dimension *souvent* et l'item 12 coché sur la dimension *très souvent*. Ces résultats expliquent que M<sup>me</sup> Rahma est chargée en son travail et trouve des difficultés pour mener à bien son travail.

Le quatrième sous échelle représente la pression de travail, M<sup>me</sup> Rahma a obtenu un sous score de niveau très fort (IPGpt=3,00), en cochant les items 19 et 30 « *Il arrive que je sois interrompu dans mon travail* », « *Je n'arrive pas à terminer mon travail pendant les horaires prévus* », sont cochés par la dimension *quelquefois*, l'item 27 « *Je reçois des ordres contradictoires de ma hiérarchie* » est coché par la dimension *souvent* et l'item 5 « *Le rythme de mon travail est supportable* » coché par la dimension *rarement*. Selon ces réponses M<sup>me</sup> Rahma a une pression de travail, ce qui pourrait affecter sa santé physique et mentale, son bien-être et son rendement professionnel.

Pour la sous échelle de contraintes de travail, le sous score obtenu par M<sup>me</sup> Rahma est d'un niveau très fort (IPGct 3,5), en cochant les items 7, 15 et 36, « *mes conditions de travail sont précaires* », « *les exigences de mon travail sont au-dessus de mes forces* », et « *à mon travail, je me suis exposé aux risques chimiques* » cochés par la dimension *quelquefois*, l'item 20 « *Il arrive que je réalise mon travail sous des températures extrêmes* », coché par la dimension *souvent*, l'item 29 « *Dans mon travail, je dois prendre et tenir des postures (positions du corps) pénibles* » coché par la dimension *très souvent*. Ces réponses expliquent que M<sup>me</sup> Rahma a vécu des difficultés dans son travail qui influencent visiblement sur son l'environnement et la temporalité de son travail.

La dernière sous échelle est les contraintes organisationnelles, M<sup>me</sup> Rahma, dans ce sous échelle, a obtenu un sous score de niveau moyen (IPGct=2,00), en cochant les items 8 et 21 « *Mes horaires de travail sont supportables* » et « *je manque de marge de manœuvre dans mon travail* ». Elle a répondu par la dimension *quelquefois*, l'item 10 « *mon travail m'expose aux nuisances sonores* » est coché par la dimension *jamais ne me concerne pas*, l'item 28 « *il arrive que je termine une partie de mon travail à la maison* » coché par la dimension *rarement* et l'item 35 « *Travailler la nuit est éprouvant physiquement et mentalement* », coché par la dimension *jamais ne me concerne pas*. Dans ces réponses nous constatons que M<sup>me</sup> Rahma a un moyen de contrainte d'organisation relative à des horaires de travail.

**La figure représentante le cas de Rahma**



**La figure N° 4 : Histogramme de l'échelle de pénibilité au travail de M<sup>me</sup> Rahma.**

Cette figure représente les résultats obtenus dans les six sous échelles de l'échelle de pénibilité au travail de M<sup>me</sup> Rahma. Nous constatons que les sous échelles relatives au climat social, charge de travail, pression de travail et contraintes de travail ont un degré élevé. Par contre, la sous échelle de contraintes organisationnelles est d'un degré moyen. De ce fait, nous estimons que M<sup>me</sup> Rahma présente une pénibilité au travail dans son poste.

### **Synthèse de l'échelle de pénibilité au travail du cas de M<sup>me</sup> Rahma**

En conclusion, nous pouvons dire que notre sujet présente une très forte pénibilité avec un score total de l'indice de pénibilité global de (IPG=2,87). Cela est bien perçu à partir des résultats obtenus dans les sous échelles où elle a enregistré un sous score indice de pénibilité global de (IPGct=3,5) relatif aux contraintes du travail, et un sous score indice de pénibilité global de (IPGco=2,00) concernant les contraintes d'organisation. De fait, nous expliquons que M<sup>me</sup> Rahma présente une pénibilité au travail dans l'exercice du métier en qualité de psychologue clinicienne.

### **Synthèse générale du cas de M<sup>me</sup> Rahma**

En se basant sur l'analyse des résultats de questionnaire GHQ 12, notre sujet a obtenu un score total 1, correspondant à l'état normal. C'est dire que notre sujet ne présente aucun symptôme lié à la détresse psychologique. C'est au niveau de la sous échelle de dépression, seulement, que M<sup>me</sup> Rahma a répondu avec la valeur 3 recordée en 1. Quant au reste des sous échelles, elle a répondu soit avec 1 ou 2 recordées en 0. De plus, elle a marqué un score globale de (IPG=2,86) en répondant à l'échelle de pénibilité au travail, qui présente une pénibilité au travail dans son métier. Cela est justifié à partir des réponses de la dimension *souvent* à l'item 11 de sous échelle du climat social « *à mon travail, je me suis confronté à des publics agressifs* » et l'item 27 « *je reçois des ordres contradictoires de ma hiérarchie* ». Cela indique que, malgré sa pénibilité au travail, mais elle n'a pas de symptôme de détresse psychologique au travail. C'est-à-dire, elle essaye d'être forte sur le plan mental pour qu'elle puisse faire face à sa pénibilité au travail.

D'après les résultats, nous remarquons que le questionnaire de GHQ 12 et l'échelle de pénibilité au travail sont en discordance. Car les résultats du premier outil et du deuxième outil sont en écart. De ce fait, notre sujet tente de nous donner une image positive sur son travail et son vécu professionnel.

### Cas N°3 : Mademoiselle Razika

Mademoiselle Razika est une psychologue clinicienne principale, âgée de 36 ans. Après l'obtention de son BAC, avec mention passable, elle s'est orientée vers la psychologie clinique dont le parcours universitaire est couronné par un Master II, en 2016. Après avoir fait un passage professionnel dans le cadre du pré-emploi, M<sup>elle</sup> Razika est actuellement titularisée en qualité de psychologue clinicienne, au niveau de l'EPSP de Bejaia, depuis trois ans.

Les résultats de la cotation de M<sup>elle</sup> Razika du questionnaire de GHQ 12 et l'échelle de pénibilité au travail sont comme suit :

#### 2- Présentation et analyse des résultats du questionnaire GHQ 12 :

**Tableau N° 6 : résultats du questionnaire du GHQ 12 de Razika**

Dépression	9	3	7	11	2	8
Anxiété	6	8	12	4	3	
Troubles psychosomatiques	5	10			1	
Insomnie	2	1			2	

Le tableau ci-dessus, représente les résultats de M<sup>elle</sup> Razika du questionnaire GHQ 12. Dans ce tableau, nous constatons que le score global est de 08, ce qui signifie M<sup>elle</sup> Razika présente une détresse psychologique (Voir l'annexe N° 6).

Par rapport à la première sous échelle, qui est la dépression, notre sujet a obtenu un sous score de 2. M<sup>elle</sup> Razika a coché sur la valeur 3 et 4 pour les questions 3 et 7 « *avez-vous eu le sentiment de jouer un rôle utile ?* », « *avez-vous pu prendre plaisir à vos activités quotidiennes ?* » sont recordées en 1. Par contre, les questions 9 et 11 « *Avez-vous senti malheureux, déprimé ?* », « *avez-vous pensé que vous ne valez rien ?* » elle a coché les valeurs 1 et 2 recordées en 0. Nous constatons que notre sujet se manifeste par une dépression légère.

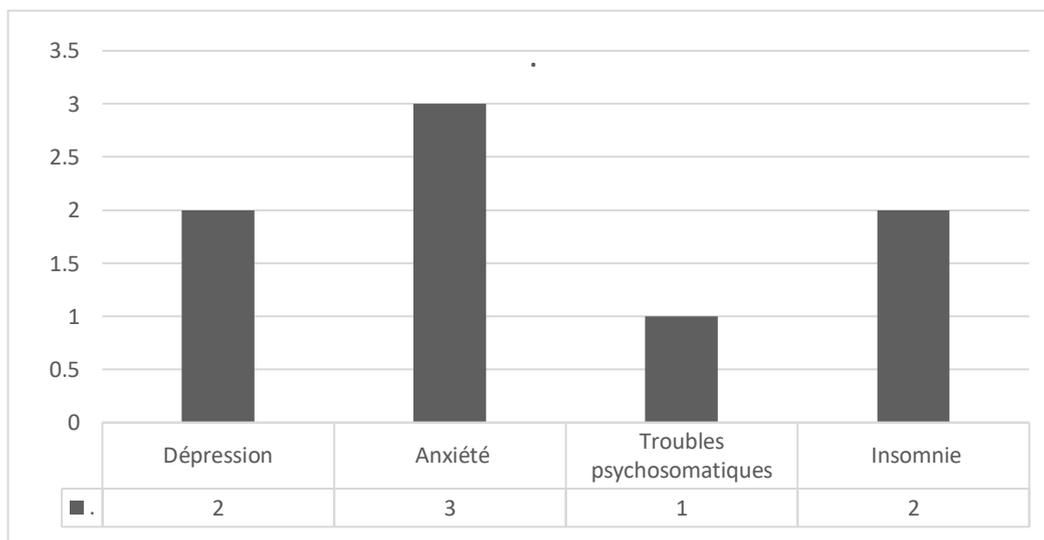
Quant à la deuxième sous échelle, qui est l'anxiété, notre sujet a obtenu un sous score de 3. M<sup>elle</sup> Razika a coché sur la valeur 3 ou 4 recordées en 1 pour les questions 6, 8 et 12 « *avez-vous senti que vous ne pouviez pas surmonter vos difficultés ?* », « *avez-vous pu faire face à vos problèmes ?* » et « *Avez-vous senti relativement heureux dans l'ensemble ?* », et la question 4 « *Avez-vous senti capable de prendre des décisions ?* »

elle a coché par la valeur 1 recordée en 0. Nous remarquons dans ces résultats que M<sup>elle</sup> Razika présente de l'anxiété dans son travail, ce qui perturbe, à la fois, son fonctionnement psychologique et son rendement professionnel.

La troisième sous échelle est les troubles psychosomatiques. Notre sujet a obtenu un sous score de 1. M<sup>elle</sup> Razika a aussi coché sur la valeur 3 recordée en 1 pour la question 5 « *Avez-vous senti constamment sous pression* ». Ainsi, elle a coché sur la valeur 2 recordée en 0 pour la question 10 « *avez-vous perdu confiance en vous ?* ». À la lumière de ces résultats obtenus, il nous paraît que notre sujet travail sous pression dans son travail. Cependant, il a toujours gardé sa confiance en soi, afin qu'il puisse réussir dans ses activités professionnelles.

La dernière sous échelle de M<sup>elle</sup> Razika dans le questionnaire de GHQ 12 est l'insomnie. Elle a eu un sous score de 2. Elle a coché pour la valeur 4 recordée en 1 pour les questions 1 et 2 « *avez-vous pu vous concentrer sur ce que vous faites ?* », et « *vos soucis vous ont-ils empêché de dormir ?* ». Nous constatons que M<sup>elle</sup> Razika souffre de l'insomnie qui l'empêche de dormir sereinement, et se réveiller en bonne humeur, pour rejoindre son poste de travail, le lendemain.

### La figure représentante le cas de Razika



### La figure N° 4 : Histogramme du questionnaire GHQ 12 de M<sup>elle</sup> Razika

Cette figure représente les résultats du questionnaire de GHQ 12 de M<sup>elle</sup> Razika sur les quatre sous échelles. Nous, signalons que les sous échelles de dépression, l'anxiété, et l'insomnie sont en 2. Par contre, la sous échelle de troubles psychosomatique est en 1. Nous

pouvons dire que notre sujet présente une détresse psychologique à base des sous échelles de dépression, anxiété et insomnie.

**Synthèse de GHQ 12 de M<sup>elle</sup> Razika**

D’après les résultats du questionnaire de GHQ 12, M<sup>elle</sup> Razika a obtenu un score total de 8, ce qui signifie qu’elle présente des manifestations de symptômes de détresse psychologique. Par rapport à la sous échelle de la dépression, notre sujet a obtenu un sous score de 2, en répondant sur la valeur 3 et 4 recordées en 1 pour les questions 3 et 7 « *avez-vous eu le sentiment de jouer un rôle utile ?* », « *avez-vous pu prendre plaisir à vos activités quotidiennes ?* ». Aussi, elle a répondu sur la valeur 1 recordée en 0 pour la question 9 et 11 « *Avez-vous senti malheureux, déprimé ?* », « *avez-vous pensé que vous ne valez rien ?* ». Ces réponses signifient que le travail de M<sup>elle</sup> Razika a influencé sur son cadre de vie, ce qui lui a causé une dépression. Pour la deuxième sous échelle, qui est l’anxiété, elle a marqué un sous score de 3. Elle a répondu sur la valeur 2, 3 et 4 recordées en 1 pour les question 6, 8 et 12 « *avez-vous senti que vous ne pouviez pas surmonter vos difficultés ?* », « *avez-vous pu faire face à vos problèmes ?* » et « *Avez-vous senti relativement heureux, dans l’ensemble ?* ». Ainsi, elle a répondu sur la valeur 1 recordée en 0 pour la question 4. Ces résultats indiquent que la fonction de notre sujet lui a provoqué une anxiété qui perturbe d’autres tâches dans sa vie quotidienne. De fait, en liant ces deux sous échelles avec la sous échelle de l’insomnie, M<sup>elle</sup> Razika a obtenu un score de 2. Elle a coché sur la valeur 4 recordée en 0, pour les questions 1 et 2 « *avez-vous pu vous concentrer sur ce que vous faites ?* », et « *vos soucis vous ont-ils empêché de dormir ?* ». Nous constatons qu’il y a une complémentarité entre les sous scores de notre sujet, car la dépression, l’anxiété et l’insomnie montrent que notre sujet présente une détresse psychologique au travail qui se manifeste par des symptômes liés à la détresse psychologique.

**2-Présentation et analyse des résultats de l’échelle de pénibilité au travail**

**Tableau N° 7 : Résultats du l’échelle de pénibilité au travail de Razika.**

Climat social	4	11	14	16	18	26	32	34		20	2,5
Environnement de travail	3	9	17	22	31	6				17	2,83
Charge de travail	1	2	12	13	23	25	33	37	38	34	3,77
Pression de travail	19	30	27	5						11	2,75

Contraintes de travail	7	15	20	24	29	36				22	3,66	3,5
Contraintes organisation	8	10	21	28	35				16	3,2		
Total									120			

Le tableau ci-dessus, présente les résultats de M<sup>elle</sup> Razika par rapport à l'échelle de pénibilité au travail. D'après les résultats obtenus nous constatons qu'elle a eu un score total qui est de 3,5. Cela signifie que notre sujet présente une pénibilité au travail. (Voir l'annexe N°7).

Dans la première sous échelle (climat social), notre sujet a obtenu un sous score de niveau fort (IPGcs=2,5), en répondant sur la dimension *jamais ne me concerne pas* pour les items 4, 14, et 34 « *Je bénéficie du soutien de mon chef* », « *J'ai le soutien de mes collègues* » et « *Le climat dans lequel j'effectue mon travail est difficilement supportable* ». Ainsi, elle a répondu sur la dimension *quelquefois* pour les items 16 et 26 « *En général, le contact avec les clients, les usagers, les patients, ... est agréable* » et « *Les rapports avec mes collègues de travail sont cordiaux et conviviaux* », pour la dimension *rarement* pour l'item 32 « *Je reçois des avis et remarques cohérents de la part de mes collaborateurs* » et la dimension *très souvent* pour l'item 5 « *Le rythme de mon travail est supportable* ». Ces résultats montrent que notre sujet vit dans un climat social désavantageux, car elle ne reçoit pas de soutien et de reconnaissance de la part de ses responsables au travail. Dans un climat aussi défavorable comme celui dans lequel exerce notre sujet, ce dernier ne trouve aucun signe de motivation pour mener à bien ses tâches professionnelle cliniques.

Concernant la deuxième sous échelle qui est l'environnement de travail, M<sup>elle</sup> Razika a obtenu un score d'indice de pénibilité global (IPGet=2,83), en répondant sur la dimension *rarement* pour les items 9 et 6 « *À mon travail, je peux privilégier la qualité plutôt que la vitesse* », « *J'ai la possibilité d'obtenir une promotion* », la dimension *jamais ne me concerne pas* pour l'item 3 « *Mes outils de travail sont modernes et bien entretenus* », la dimension *très souvent* pour l'item 17 « *La cadence et le rythme de mon travail sont supportables* », la dimension *souvent* pour l'item 22 « *Les conditions matérielles de mon travail sont bonnes* » et la dimension *quelquefois* pour l'item 31 « *À mon travail, je peux avoir des moments de calme* ». À partir de ces résultats, nous dirons que l'environnement de travail de M<sup>elle</sup> Razika est désavantageux pour l'exercice du métier de son métier.

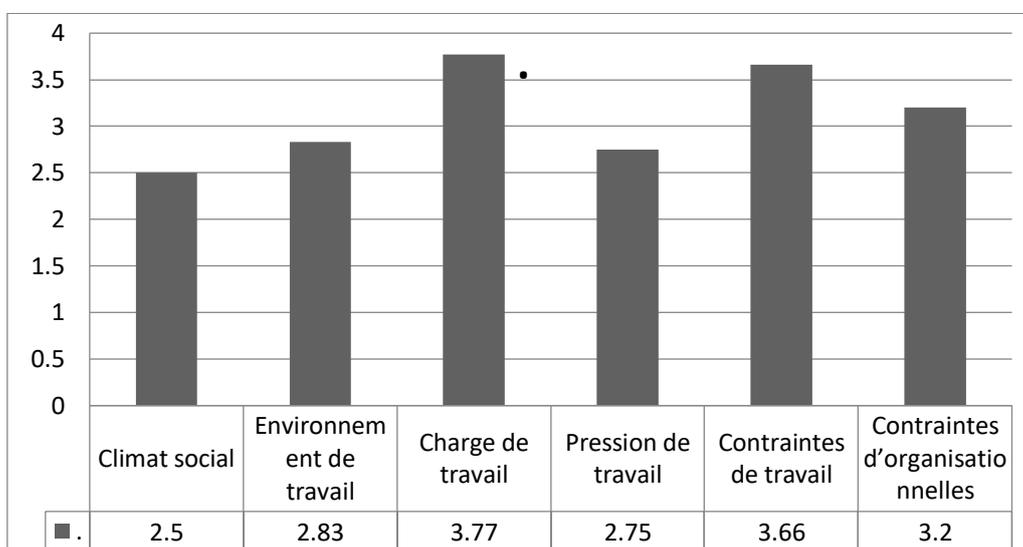
Quant à la troisième sous échelle qui est la charge de travail, M<sup>elle</sup> Razika a obtenu un sous score de niveau très fort (IPGct=3,77). Elle a répondu sur la dimension *quelquefois* pour les items 12, 23, 25, 37 et 38 « À mon travail, j'ai le temps de réfléchir avant de prendre des décisions », « J'arrive facilement à atteindre les quotas journaliers demandés », « La quantité de travail que je dois réaliser par jour est correcte », « La charge de mon travail est compatible avec mes capacités physiques » et « Je dispose du temps nécessaire pour exécuter correctement mon travail ». Ainsi, elle a coché sur la dimension *très souvent* pour les items 1, 2 et 33 « Je travaille sous pression », « Je suis surchargé à mon poste » et « J'ai les capacités physiques et intellectuelles suffisantes pour faire ce que l'on me demande » et la dimension *souvent* pour l'item 13 « Dans mon travail, je ne fais qu'une chose à la fois ». D'après ces résultats cochés sur la sous échelle, nous pouvons dire que M<sup>elle</sup> Razika présente une charge de travail dans son poste, qui se traduit par une sous pression et la surcharge au niveau de son poste d'emploi.

Pour la quatrième sous échelle qui est la pression de travail, notre sujet a obtenu un sous score de niveau fort (IPGpt=2,75). M<sup>elle</sup> Razika a répondu sur la dimension *souvent* pour les items 19 et 30 « Il arrive que je sois interrompu dans mon travail » et « Je n'arrive pas à terminer mon travail pendant les horaires prévus ». Elle a coché sur la dimension *rarement* pour l'item 27 « Je reçois des ordres contradictoires de ma hiérarchie » et la dimension *jamais ne me concerne pas* pour l'item 5 « Le rythme de mon travail est supportable ». D'après ces résultats, nous constatons que M<sup>elle</sup> Razika présente une pression au travail, qui se manifeste par des arrêts de travail. Une raison pour laquelle elle n'arrive pas à achever son travail dans sa durée de temps.

Pour la cinquième sous échelle qui est les contraintes de travail, M<sup>elle</sup> Razika a obtenu un sous score de niveau très fort (IPGct=3,66). Elle a répondu sur la dimension *très souvent* pour les items 7 et 15 « Mes conditions de travail sont précaires » et « Les exigences de mon travail sont au-dessus de mes forces ». Aussi, elle a coché sur la dimension *souvent* pour les items 24 et 29 « Il arrive que je manque de temps pour terminer ce que j'ai commencé » et « Dans mon travail, je dois prendre et tenir des postures (positions du corps) pénibles », pour la dimension *quelquefois* pour l'item 20 « Il arrive que je réalise mon travail sous des températures extrêmes » et la dimension *jamais ne me concerne pas* pour l'item 36 « À mon travail, je suis exposé aux risques chimiques ». Selon ces résultats, nous remarquons que M<sup>elle</sup> Razika trouve des difficultés et des contraintes professionnelles dans son travail.

La dernière sous échelle est les contraintes organisationnelles. Notre sujet a obtenu concernant cette sous échelle un score de niveau très fort (IPGco=3,2). M<sup>elle</sup> Razika a répondu sur la dimension *très souvent* pour les items 10 et 35 « *Mon travail m'expose aux nuisances sonores* » et « *Travailler la nuit est éprouvant physiquement et mentalement* », pour la dimension *jamais ne me concerne pas* pour les items 8 et 28 « *Mes horaires de travail sont supportables* » et « *Il arrive que je termine une partie de mon travail à la maison* » et la dimension *souvent* pour l'item 21 « *Je manque de marge de manœuvre dans mon travail* ». D'après ces résultats, nous comprenons que M<sup>elle</sup> Razika a des contraintes d'organisations dans le lieu de travail, car elle travail dans un climat de bruit et nuisance sonore.

**La figure représentante le cas de Razika :**



**La figure N° 6 : Histogramme de l'échelle de pénibilité au travail de M<sup>elle</sup> Razika**

Cette figure représente les résultats de M<sup>elle</sup> Razika sur l'échelle de pénibilité au travail. Concernant les sous échelles de l'environnement de travail, la charge de travail, la pression de travail, les contraintes de travail et les contraintes organisationnelles ont un sous score très élevé. Or, la sous échelle du climat reste d'un sous score modéré. Cela prouve que notre sujet présente une pénibilité au sein de l'exercice de son travail.

**Synthèse de l'échelle de pénibilité au travail du cas de M<sup>elle</sup> Razika**

M<sup>elle</sup> Razika a obtenu un score global très fort qui est (IPG=3,5) relatif à la pénibilité au travail, avec des réponses aux sous échelles qui signifient l'absence des conditions de travail favorables pour l'exercice du métier psychologue clinicien. Il s'agit d'un

environnement désagréable pour assurer un rendement professionnel, notamment aux items 11 et 14 « À mon travail, je suis confronté à des publics agressifs », « J'ai le soutien de mes collègues ». Ainsi, nous remarquons une fréquentation des publics agressifs et l'absence de soutien de la part des collègues, notamment aux items 19 et 24 « Il arrive que je sois interrompu dans mon travail », « Il arrive que je manque de temps pour terminer ce que j'ai commencé », où il a répondu sur la dimension souvent.

### Synthèse générale du cas de M<sup>elle</sup> Razika

D'après les résultats recueillis du questionnaire GHQ 12, nous constatons que M<sup>elle</sup> Razika a une détresse psychologique dans son travail, suite aux conditions professionnelles défavorables. Cela montre que notre sujet a des difficultés de concentration dans son travail causées essentiellement par des troubles de sommeil, le sentiment d'inutilité et le sentiment de mal-être.

Pour la deuxième sous échelle évaluant la pénibilité au travail, notre sujet a marqué un score global supérieur qui est (IPG=3,5), indiquant une présence de pénibilité au travail. Cependant, nous trouvons chez notre cas des réponses qui montrent qu'il prend des moments de calme, notamment à l'item 31 « À mon travail, je peux avoir des moments de calme », en contrepartie, nous remarquons une certaine contradiction qui se manifeste à l'item 13 « Dans mon travail, « je ne fais qu'une chose à la fois », où il a répondu par la dimension souvent, du fait qu'il ne voulait pas montrer sa pression et sa surcharge au travail. De ce fait, on peut dire que, d'après les résultats enregistrés sur les deux tableaux, notre sujet présente une souffrance psychologie qui se manifeste par plusieurs symptômes sévères.

Nous remarquons quand même une concordance entre les données des deux outils psychométriques, car le premier outil signifie une détresse psychologique avec un score global de 8, et le deuxième outil signifie une pénibilité au travail avec un score de (IPG=3,5).

### Cas N°4 : Monsieur Mahmoud

Âgé de 35 ans, Monsieur Mahmoud est célibataire. Opter pour une formation universitaire dans le domaine de la psychologie clinique était son premier vœu, dès qu'il a décroché le sésame du BAC. Titulaire de diplôme de licence en psychologie clinique, M. Mahmoud travaille depuis 10 ans, au CHU KHELIL Amrane de Béjaia.

#### 1- Présentation et analyse des résultats du questionnaire de GHQ 12

**Tableau N° 8 : Résultats du questionnaire de GHQ 12 de Mahmoud**

Dépression	9	3	7	11	3	
------------	---	---	---	----	---	--

Anxiété	6	8	12	4	0	4
Troubles psychosomatiques	5	10			0	
Insomnie	2	1			1	

D’après les résultats du tableau, nous remarquons que M. Mahmoud a obtenu un score de 4, ce qui indique la présence d’une détresse psychologique avec des symptômes modérés (Voir l’annexe N°8).

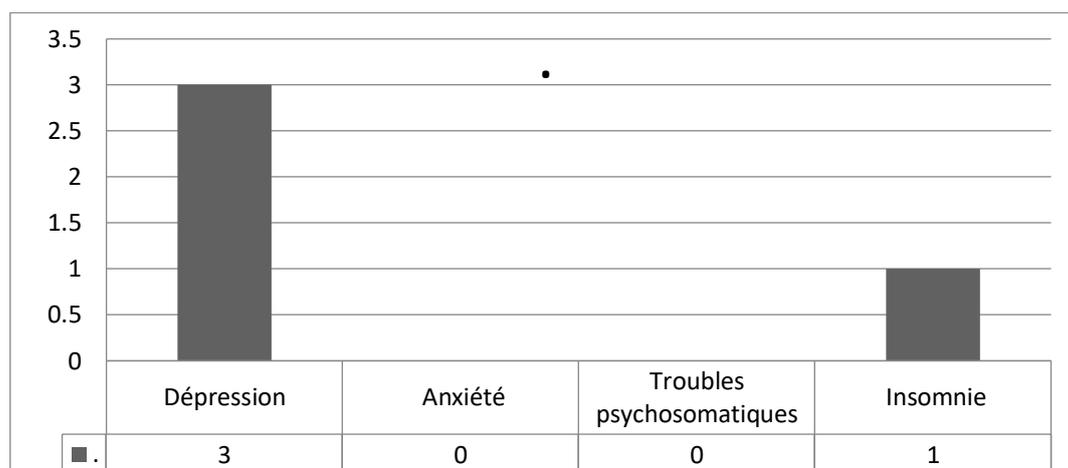
Pour la première sous échelle, qui constitue un élément centrale de la détresse psychologique, M. Mahmoud a marqué un sous score de 3, en rependant sur les valeurs 3 recordées en 1 pour les items 9, 3 et 11 « *Avez-vous senti malheureux, déprimé ?* », « *avez-vous eu le sentiment de jouer un rôle utile ?* » et « *avez-vous pensé que vous ne valez rien ?* ». Ainsi, il a répondu sur la valeur 2 recordée en 0 pour l’item 7 « *avez-vous pu prendre plaisir à vos activités quotidiennes ?* ». Ces réponses montrent que M. Mahmoud présente une dépression chargée, attisée par le mal-être, l’inutilité et manque de valeurs.

Concernant la deuxième sous échelle, notre sujet a obtenu un sous score de 0, en cochant sur les valeurs soit 1 ou 2 recordées en 0 pour les items 6, 8, 12 et 4 « *avez-vous senti que vous ne pouviez pas surmonter vos difficultés ?* », « *avez-vous pu faire face à vos problèmes ?* », « *Avez-vous senti relativement heureux dans l’ensemble ?* » et « *Avez-vous senti capable de prendre des décisions ?* ». Selon ces résultats, de notre sujet n’a pas de d’anxiété, donc il essaye de s’adapter à la vie, comme il fait face aux différentes contraintes qu’il rencontre aussi bien dans sa vie professionnelles que dans sa vie privée.

Quant à la troisième sous échelle, notre sujet a eu un sous score de 0 en répondant sur la valeurs 1ou 2 recordées en 0 pour les items 5 et 10 « *Avez-vous senti constamment sous pression ?* » et « *avez-vous perdu confiance en vous ?* ». Dans ces résultats, nous constatons que M. Mahmoud ne présente aucun symptôme de trouble psychosomatique. C’est dire qu’il essaye d’éviter les facteurs qui pourraient lui provoquer une détresse psychologique.

Pour la dernière sous échelle, notre sujet a un sous score de 1 en cochant sur la valeur 4 recordée en 1 pour l’item 2 « *vos soucis ont-ils empêché de dormir ?* ». Ainsi, il a coché sur la valeur 1 recordée en 0 pour l’item 1 « *avez-vous pu vous concentrer sur ce que vous faisiez ?* ». D’après ces réponses, nous constatons que M. Mahmoud présente des troubles de sommeil causés par ses soucis au travail.

### La figure représentant le cas de Mahmoud



### La figure N° 7 : Histogramme du questionnaire GHQ 12 de M. Mahmoud

Cette figure représente les résultats obtenus par M. Mahmoud sur le questionnaire GHQ 12. Nous remarquons que la sous échelle de dépression a un sous score de 3 qui est élevé. La sous échelle de l'insomnie est en 1 qui est faible. Par contre, les deux sous échelles, l'anxiété et les troubles psychosomatiques, ont un sous score de 0. Cela signifie que M. Mahmoud présente une détresse psychologique durant l'exercice de son métier.

### Synthèse du questionnaire de GHQ 12 du cas de M. Mahmoud

D'après le score global que M. Mahmoud a obtenu à travers le questionnaire, nous trouvons que notre sujet présente une légère détresse psychologique, avec une présence de manifestations dépressives modérées. Concernant ses réponses aux sous échelles, le sujet a répondu à un sous score de 3 qui convient à la sous échelle de dépression, et nous avons noté qu'il a coché les valeurs où il y a des questions recordées en 1 notamment pour les questions 9, 3 et 11 « *Avez-vous senti malheureux, déprimé ?* », « *avez-vous eu le sentiment de jouer un rôle utile ?* » et « *avez-vous pensé que vous ne valez rien ?* ». Comme il a enregistré un sous score de 0 par rapport à la sous échelle de l'anxiété dans la question 8 « *avez-vous pu faire face à vos problèmes ?* » et un sous score de 0 pour la sous échelle de troubles psychosomatiques où il a répondu sur la valeur 1 et 2 recordée en 0 pour les question 5 et 10 « *Avez-vous senti constamment sous pression ?* » et « *avez-vous perdu confiance en vous ?* » et le sous score de 1 . Pour la sous échelle de l'insomnie il a répondu sur la valeur 4 recordée en 1 pour la question 2 « *vos soucis ont-ils empêché de dormir ?* ».

## 2-Présentation et analyse des résultats de l'échelle de pénibilité au travail

**Tableau N°9: Résultats à l'échelle de pénibilité au travail de Mahmoud**

Climat social	4	11	14	16	18	26	32	34		24	3	2,66
Environnement de travail	3	9	17	22	31	6				16	2,66	
Charge de travail	1	2	12	13	23	25	33	37	38	27	3	
Pression de travail	19	30	27	5						8	2	
Contraintes de travail	7	15	20	24	29	36				15	2,5	
Contraintes organisationnelles	8	10	21	28	35					11	2,2	
Total										101		

En se référant aux résultats du tableau ci-dessus, nous percevons que M. Mahmoud a obtenu un score de (IPG=2,66), ce qui signifie que le sujet présente une pénibilité au travail. (Voir l'annexe N°9).

Par rapport à la première composante (climat social), notre sujet a enregistré un sous score de niveau très fort (IPGcs= 3,00), en répondant sur la dimension *rarement* pour les items 11, 18 et 32 « À mon travail, je suis confronté à des publics agressifs », « L'ambiance qui règne dans mon équipe de travail est invivable » et « Je reçois des avis et remarques cohérents de la part de mes collaborateurs ». Aussi, aussi il a répondu sur la dimension *souvent* pour les items 4 et 26 « Je bénéficie du soutien de mon chef » et « Les rapports avec mes collègues de travail sont cordiaux et conviviaux ». Ainsi, il a coché sur la dimension *quelquefois* pour l'item 34 « Le climat dans lequel j'effectue mon travail est difficilement supportable ». Il a aussi coché sur la dimension *très souvent* pour l'item 16 « En général, le contact avec les clients, les usagers, les patients,... est agréable » et la dimension *jamais ne me concerne pas* pour l'item 14 « J'ai le soutien de mes collègues ». Ces réponses montrent que malgré le climat défavorable dans lequel exerce M. Mahmoud son métier de psychologue clinicien, mais il a su préserver ses relations avec ses collègues de travail dans l'item 26, où il nous a déclaré qu'il a des rapports cordiaux et conviviaux avec eux.

La deuxième sous échelle est (l'environnement de travail), notre sujet a obtenu un sous score de niveau fort (IPGet=2,66). Il a coché sur la dimension *rarement* pour les items 3, 9 et

22 « *Mes outils de travail sont modernes et bien entretenus* », « *À mon travail, je peux privilégier la qualité plutôt que la vitesse* » et « *Les conditions matérielles de mon travail sont bonnes* ». Ainsi, il a coché sur la dimension *quelquefois* pour les items 17 et 31 « *La cadence et le rythme de mon travail sont supportables* » et « *À mon travail, je peux avoir des moments de calme* ». Sur la dimension *souvent* il a coché l’item 6 « *J’ai la possibilité d’obtenir une promotion* ». Nous remarquons que l’environnement de travail dans le quel travaille notre sujet est moyen. Malgré l’absence de conditions favorables au travail, il a quand même la possibilité d’être promu aux grades supérieurs, cités dans l’item 6.

Pour la troisième sous échelle qui est la (charge de travail), notre sujet a obtenu un sous score de niveau très fort (IPGct= 3,00), en cochant sur la dimension *jamais ne me concerne pas* pour les deux items 13 et 23 « *Dans mon travail, je ne fais qu’une chose à la fois* » et « *J’arrive facilement à atteindre les quotas journaliers demandés* ». Aussi, il a coché sur la dimension *rarement* sur les items 1 et 12 « *Je travaille sous pression* » et « *À mon travail, j’ai le temps de réfléchir avant de prendre des décisions* », sur la dimension *souvent* il a coché les items 25 et 33 « *La quantité de travail que je dois réaliser par jour est correcte* » et « *J’ai les capacités physiques et intellectuelles suffisantes pour faire ce que l’on me demande* ». Puis, sur la dimension *très souvent* il a coché les items 2 et 37 « *Je suis surchargé à mon poste* » et « *La charge de mon travail est compatible avec mes capacités physiques* » et sur la dimension *quelquefois* il a coché l’item 38 « *Je dispose du temps nécessaire pour exécuter correctement mon travail* ». Dans ces réponses, nous constatons que M. Mahmoud présente une charge de travail dans l’exercice de son métier comme psychologue clinicien. Il déclare aussi que ses conditions professionnelles sont défavorables.

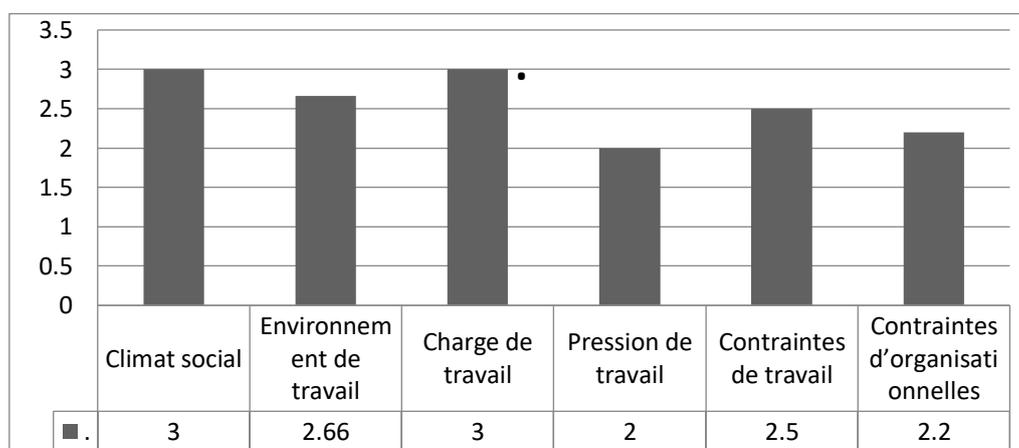
Concernant la troisième sous échelle qui est la (pression de travail), M. Mahmoud a obtenu un sous score de niveau moyen (IPGpt= 2,00). Il a répondu sur la dimension *rarement* pour les quatre items 19, 30, 27 et 5 « *Il arrive que je sois interrompu dans mon travail* », « *Je n’arrive pas à terminer mon travail pendant les horaires prévus* », « *Je reçois des ordres contradictoires de ma hiérarchie* » et « *Le rythme de mon travail est supportable* ». Nous constatons que M. Mahmoud continu à exercer son métier, malgré les pressions professionnelles qu’il rencontre.

Pour la quatrième sous échelle, qui est (les contraintes de travail), M. Mahmoud a obtenu un sous score de niveau fort (IPGct= 2,5). Il a coché sur la dimension *rarement* pour les items 7, 15 et 29 « *Mes conditions de travail sont précaires* », « *Les exigences de mon travail sont au-dessus de mes forces* » et « *Dans mon travail, je dois prendre et tenir des*

postures (positions du corps) pénibles », il a coché aussi sur la dimension *souvent* pour les deux items 20 et 24 « *Il arrive que je réalise mon travail sous des températures extrêmes* » et « *Il arrive que je manque de temps pour terminer ce que j’ai commencé* ». Sur la dimension *jamais ne me concerne pas* il a coché l’item 1 « *Je travaille sous pression* ». Nous remarquons que notre sujet a des contraintes dans son travail, car ces capacités de travail sont au dessus de sa force citée dans l’item 15.

Quant à la dernière sous échelle, qui est les (contraintes organisationnelles), notre sujet a obtenu un sous score du climat social de niveau fort (IPGco=2,2). Il a coché sur la dimension *rarement* pour les items 10, 28 et 35 « *Mon travail m’expose aux nuisances sonores* », « *Il arrive que je termine une partie de mon travail à la maison* » et « *Travailler la nuit est éprouvant physiquement et mentalement* ». Pui, il a coché sur la dimension *souvent* pour l’item 8 « *Mes horaires de travail sont supportables* » et sur la dimension *jamais ne me concerne pas* pour l’item 21 « *Je manque de marge de manœuvre dans mon travail* ». Selon les résultats obtenus dans cette sous échelle, nous pouvons dire que M. Mahmoud a des conditions de travail acceptables par rapport à l’organisation dans son travail.

**La figure représentant le cas de Mahmoud**



**La figure N° 8 : Histogramme de l’échelle de pénibilité au travail de M. Mahmoud**

Cette figure représente les résultats obtenus dans les sous échelles du questionnaire GHQ 12. Nous remarquons que les sous échelles du climat social, environnement de travail et charge de travail ont un niveau élevé. Par contre, les sous échelles, pression de travail et contraintes organisationnelles, ont un niveau moyen de pénibilité. Nous constatons que M. Mahmoud présente une pénibilité au travail, durant l’exercice de sa profession.

### **Synthèse de l'échelle de pénibilité au travail du cas de M. Mahmoud**

D'après ces résultats de l'échelle de pénibilité au travail, nous déduisons que M. Mahmoud présente une pénibilité au travail. Cela est bien perçu à travers le score global qu'il a enregistré de (IPG=2,65). De ce fait, nous pouvons dire que notre sujet travail dans de mauvaises conditions qui ont influencé directement sur sa santé physique et mentale. Nous concluons par dire que M. Mahmoud présente une pénibilité au travail.

### **Synthèse générale du cas M. Mahmoud**

À la lumière de tout ce qu'on a vu dans les résultats du questionnaire GHQ 12, nous trouvons que M. Mahmoud a obtenu un score global de 4, indiquant qu'il présente une détresse psychologique. Par rapport aux sous scores, il a obtenu un sous score de 2, relatif à la dépression. Cela, signifie que notre sujet souffre de dépression au travail « *Avez-vous senti malheureux, déprimé ?* », « *avez-vous eu le sentiment de jouer un rôle utile ?* » et « *Avez-vous pensé que vous ne valez rien ?* ». Pour les deux sous échelles, à savoir l'anxiété et les troubles psychosomatiques, M. Mahmoud a un sous score de 0. Nous déduisons à partir de ces résultats, que notre sujet ne présente pas de signes relatifs à l'anxiété ou aux troubles psychosomatiques, donc il n'a pas de problème de santé physique. Pour la dernière sous échelle, qui est l'insomnie, M. Mahmoud a obtenu un score de 1, donc nous pouvons dire qu'il a problème lié au sommeil causé par son travail, « *Vos soucis vous ont-ils empêché de dormir* ». Concernant la deuxième échelle de pénibilité au travail, M. Mahmoud a obtenu un indice de pénibilité global de 2,66, ce qui montre que notre sujet a un niveau fort de pénibilité au travail, notamment pour les items où il a cochés sur la dimension très souvent, tel que « *je suis surchargé à mon poste* ».

D'après les résultats que nous avons pu obtenir par nos outils de recherche, nous constatons une concordance entre ces outils de recherche. Car les données de ces outils sont favorables pour que M. Mahmoud présente une détresse psychologique qui influence sur son cadre de vie et son rendement professionnel.

### **Cas N°5 : Madame Nadjet**

Âgée de 33 ans, Madame Nadjet est femme mariée, sans enfants. Licenciée en psychologie clinique, de l'université Mouloud Mammeri de Tizi Ouzou, elle a travaillé pour la première fois dans le cadre de l'ANEM, pendant plusieurs années. Recrutée en 2015, en tant que psychologue clinicienne, M<sup>me</sup> Nadjet travaille actuellement à l'EPSP de Béjaia.

## 1- Présentation et analyse des résultats du questionnaire de GHQ 12

**Tableau N° 10 : résultats du questionnaire de GHQ 12 de Nadjet**

Dépression	9	3	7	11	2	7
Anxiété	6	8	12	4	2	
Troubles psychosomatiques	5	10			1	
Insomnie	2	1			2	

Selon le tableau ci-dessus, M<sup>me</sup> Nadjet a obtenu un score total de 7, ce qui signifie qu'elle présente une détresse psychologique avec des symptômes liés à la détresse psychologique. (Voir l'annexe N°10).

Par rapport à la première sous échelle, qui est *la dépression*, M<sup>me</sup> Nadjet a obtenu un sous score de 2. Notre sujet a coché sur la valeur 3 recordée en 1 pour les questions 9 et 7 « *Avez-vous senti malheureux, déprimé ?* » et « *avez-vous pu prendre plaisir à vos activités quotidiennes ?* ». Aussi, elle a coché sur la valeur 2 recordée en 0 pour les questions 3 et 11 « *avez-vous eu le sentiment de jouer un rôle utile* » et « *avez-vous pensé que vous ne valez rien ?* ». Nous constatons que notre sujet présente une dépression. C'est dire qu'elle ne se sent pas valorisée dans son travail.

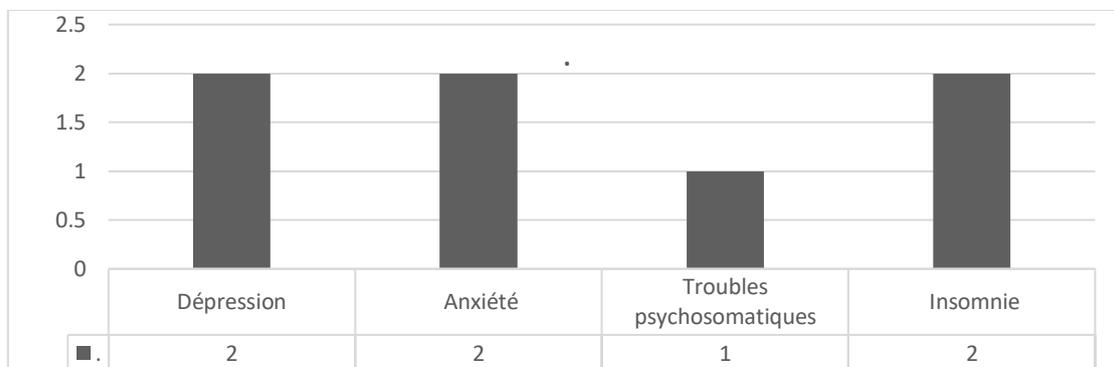
Pour la deuxième sous échelle qui est *l'anxiété*, notre sujet a un sous score de 2. Elle a coché sur la valeur 3 recordée en 1 pour les questions 12 et 4 « *Avez-vous senti relativement heureux dans l'ensemble ?* » et « *Avez-vous senti capable de prendre des décisions ?* ». Ainsi, elle a coché sur la valeur 2 recordée en 0 pour les questions 6 et 8 « *avez-vous senti que vous ne pouviez pas surmonter vos difficultés ?* » et « *avez-vous pu faire face à vos problèmes ?* ». Nous remarquons que notre sujet présente une anxiété, car elle est incapable de prendre des décisions, comme elle souffre de sentiment de mal-être.

Concernant la troisième sous échelle qui mesure les troubles psychosomatique, M<sup>me</sup> Nadjet a obtenu un sous score de 1. Notre sujet a coché sur la valeur 4 recordée 1 pour la question 5 « *Avez-vous senti constamment sous pression ?* ». Ainsi, elle a coché sur la valeur 2 recordée pour la question 10 « *avez-vous perdu confiance en vous ?* ». Nous constatons que notre sujet pourrait souffrir de pressions au travail, ce qui pourrait lui causer des problèmes de santé physique.

La dernière sous échelle mesure l'insomnie. Notre sujet a un score de 2. Elle a coché sur la valeur 3 recordée en 1 pour les deux questions 2 et 1 « *vos soucis vous ont-ils empêché*

de dormir ? » et « avez-vous pu vous concentrer sur ce que vous faisiez ? ». Nous constatons que M<sup>me</sup> Nadjat a des problèmes de sommeil qui lui provoque des difficultés dans son travail de concentration.

**La figure représentante le cas de Nadjat**



**La figure N° 9 : Histogramme du questionnaire GHQ 12 de M<sup>me</sup> Nadjat**

Cette figure représente les résultats obtenus dans les quatre sous échelles du questionnaire GHQ 12 de M<sup>me</sup> Nadjat. Nous percevons que les sous scores de dépression, anxiété et insomnie sont en 2, et la sous échelle de troubles psychosomatiques a un sous score de 1. De ce fait, nous estimons que M<sup>me</sup> Nadjat présente une détresse psychologique.

**Synthèse du questionnaire GHQ 12 de cas de M<sup>me</sup> Nadjat**

D’après les résultats du questionnaire de GHQ 12, M<sup>me</sup> Nadjat a obtenu un score global de 7, ce qui indique que notre sujet présente une détresse psychologique. Nous remarquons ainsi, qu’elle se manifeste par des symptômes de dépression, d’anxiété et d’insomnie ; « Avez-vous senti malheureux, déprimé ? », « Avez-vous senti que vous ne pouviez pas surmonter vos difficultés ? » et « Vos soucis vous ont-ils empêché de dormir ? ».

**2-Présentation et analyse des résultats de l’échelle de pénibilité au travail**

**Tableau N°11: résultats à l’échelle de pénibilité au travail de M<sup>me</sup> Nadjat**

Climat social	4	11	14	16	18	26	32	34		21	2,62	2,42
Environnement de travail	3	9	17	22	31	6				11	1,33	
Charge de travail	1	2	12	13	23	25	33	37	38	27	2,5	
Pression de travail	19	30	27	5						10	2	
Contraintes de travail	7	15	20	24	29	36				15	2,5	

Contraintes organisationnelles	8	10	21	28	35					8	1,6	
Total										92		

En se basant sur ce tableau ci-dessus, nous constatons que M<sup>me</sup> Nadjat a obtenu un (IPG=2,42). Cela signifie que notre sujet a obtenu un degré fort de pénibilité au travail. (Voir l'annexe N°11).

Dans la première sous échelle (climat social), notre sujet a obtenu un sous score de niveau fort (IPGcs=2,66), en répondant sur la dimension *souvent* pour les items 4, 14 et 16 « *Je bénéficie du soutien de mon chef* », « *J'ai le soutien de mes collègues* » et « *En général, le contact avec les clients, les usagers, les patients, ... est agréable* ». Ainsi, elle a coché sur la dimension *jamais ne me concerne pas* pour les items 11 et 18 « *À mon travail, je suis confronté à des publics agressifs* », « *L'ambiance qui règne dans mon équipe de travail est invivable* ». Aussi, elle a coché sur la dimension *rarement* pour les items 32 et 34 « *Je reçois des avis et remarques cohérents de la part de mes collaborateurs* » et « *Le climat dans lequel j'effectue mon travail est difficilement supportable* ». Elle a coché aussi sur la dimension *quelquefois* pour l'item 26 « *Les rapports avec mes collègues de travail sont cordiaux et conviviaux* ». Nous remarquons que notre sujet manque de sens relationnel dans son lieu de travail.

La deuxième sous échelle, qui est l'environnement de travail, M<sup>me</sup> Nadjat a obtenu un sous score de niveau très faible (IPGet=1,33), en répondant sur la dimension *jamais ne me concerne pas* pour les items 3, 22 et 6 « *Mes outils de travail sont modernes et bien entretenus* », « *J'ai la possibilité d'obtenir une promotion* » et « *Les conditions matérielles de mon travail sont bonnes* ». Ainsi, elle a coché sur la dimension *quelquefois* pour les items 17 et 31 « *La cadence et le rythme de mon travail sont supportables* » et « *À mon travail, je peux avoir des moments de calme* ». Elle a coché sur la dimension *rarement* pour l'item 9 « *À mon travail, je peux privilégier la qualité plutôt que la vitesse* ». D'après ces réponses, nous déduisons que notre sujet a un environnement favorable pour exercer son travail.

Concernant la troisième sous échelle (charge de travail), M<sup>me</sup> Nadjat a obtenu un sous score de niveau très fort (IPGct= 3,00), en cochant sur la dimension *souvent* pour les items 12, 13, 37 et 38 « *À mon travail, j'ai le temps de réfléchir avant de prendre des décisions* », « *Dans mon travail, je ne fais qu'une chose à la fois* », « *La charge de mon travail est compatible avec mes capacités physiques* » et « *Je dispose du temps nécessaire pour exécuter*

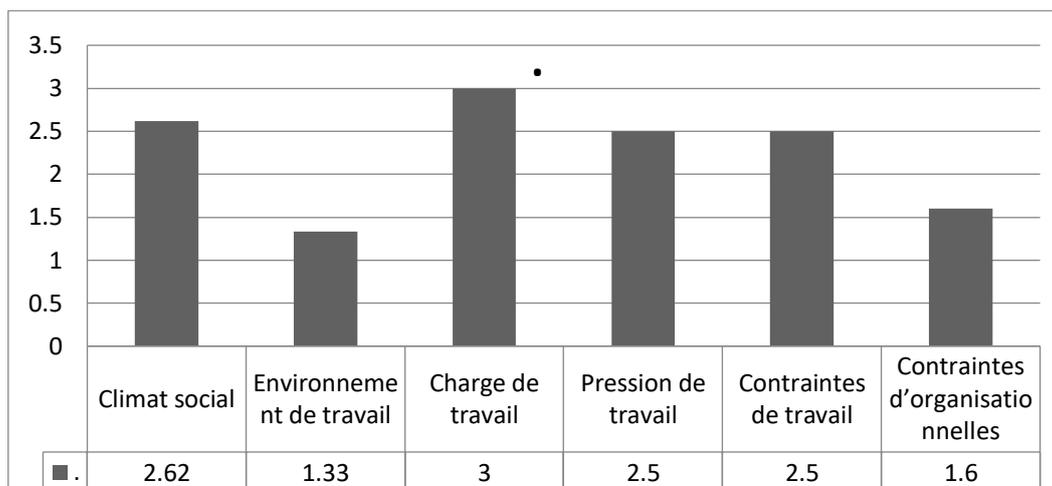
*correctement mon travail*». Aussi, elle a coché sur la dimension *rarement* pour les deux items 1 et 25 « *Je travaille sous pression* » et « *La quantité de travail que je dois réaliser par jour est correcte* ». Aussi, M<sup>me</sup> Nadjat a coché sur la dimension *quelquefois* pour les items 2 et 33 « *Je suis surchargé à mon poste* » et « *J'ai les capacités physiques et intellectuelles suffisantes pour faire ce que l'on me demande* ». Elle a coché sur la dimension *jamais ne me concerne pas* pour un seul item qui est 23 « *J'arrive facilement à atteindre les quotas journaliers demandés* ». D'après ces réponses, notre sujet est exposé à une forte charge de travail.

La quatrième sous échelle (pression de travail), M<sup>me</sup> Nadjat a obtenu un sous score de niveau fort (IPG<sub>pt</sub>=2,5), en répondant sur la dimension *rarement* pour les items 30 et 27 « *Je n'arrive pas à terminer mon travail pendant les horaires prévus* » et « *Je reçois des ordres contradictoires de ma hiérarchie* ». Ainsi, elle a coché sur la dimension *quelquefois* pour les items 19 et 5 « *Il arrive que je sois interrompu dans mon travail* » et « *Le rythme de mon travail est supportable* ». Cela montre qu'il y a une pression au travail dont le rythme de travail quelquefois supportable.

La cinquième sous échelle est les contraintes de travail. M<sup>me</sup> Nadjat a obtenu un sous score de niveau fort (IPG<sub>ct</sub>=2,5), en cochant sur la dimension *souvent* pour les items 7 et 29 « *Mes conditions de travail sont précaires* » et « *Dans mon travail, je dois prendre et tenir des postures (positions du corps) pénibles* ». Ainsi, elle a coché sur la dimension *jamais ne me concerne pas* pour les items 20 et 36 « *Il arrive que je réalise mon travail sous des températures extrêmes* » et « *À mon travail, je suis exposé aux risques chimiques* ». Elle a coché sur la dimension *quelquefois* pour l'item 15 « *Les exigences de mon travail sont au-dessus de mes forces* ». Ces réponses expliquent que notre sujet a des contraintes professionnelles, tel que le manque de moyen de travail.

La dernière sous échelle est les contraintes organisationnelles. M<sup>me</sup> Nadjat a obtenu un sous score de niveau très faible (IPG<sub>co</sub>=1,6), en répondant sur la dimension *jamais ne me concerne pas* pour les items 8, 10, 28 et 35 « *Mes horaires de travail sont supportables* », « *Mon travail m'expose aux nuisances sonores* », « *Il arrive que je termine une partie de mon travail à la maison* » et « *Travailler la nuit est éprouvant physiquement et mentalement* ». Ainsi, elle a coché sur la dimension *quelquefois* pour l'item 21 « *Je manque de marge de manœuvre dans mon travail* ». Nous remarquons que notre sujet n'arrive pas à achever son travail durant les horaires de travail. C'est dire qu'elle ne trouve pas suffisamment de temps pour se reposer afin de récupérer son énergie.

**La figure représentant le cas de Nadjet**



**La figure N°10:Histogramme de l'échelle de pénibilité au travail de M<sup>me</sup> Nadjet**

Cette figure représente les résultats des six sous échelles de l'échelle de pénibilité au travail, obtenu par M<sup>me</sup> Nadjet. Nous trouvons que la sous échelle de la charge de travail est élevée, et les sous échelles de pression de travail et contraintes de travail avec un niveau faible. Ainsi, pour les sous échelles de l'environnement de travail et contraintes organisationnelles avec un niveau très faible. De ce fait, nous pouvons dire que notre sujet présente une pénibilité au travail avec un niveau fort, car le sous score de la sous échelle du climat social est élevé.

**Synthèse de l'échelle de pénibilité au travail du cas de M<sup>me</sup> Nadjet**

À partir des résultats et du score global enregistré, M<sup>me</sup> Nadjet a enregistré un (IPG=2,42). Cela montre qu'elle présente une pénibilité au travail. Ainsi, les conditions du travail qu'elle exerce sont précaires ce qui lui provoque évidemment l'épuisement professionnel, l'insatisfaction au travail et le manque de rendement au travail... etc.

**Synthèse générale du cas de M<sup>me</sup> Nadjet**

Dans tous les résultats qu'on a vus sur les deux outils, le premier outil de M<sup>me</sup> Nadjet, s'agit du questionnaire de GHQ 12 où elle a obtenu un score global de 7, supérieur à 4, indiquant qu'elle présente une détresse psychologique. Par rapport aux sous scores, elle a obtenu un sous score de 2 concernant la dépression. Cela signifie que notre sujet souffre de détresse psychologique, et un sous score de 2 relatif à sous échelle de l'anxiété, ce qui explique donc, la présence des symptômes de la détresse psychologique. Aussi, selon les résultats de la sous échelle de l'insomnie, nous constatons que notre sujet a des troubles de

sommeil, qui sont des symptômes de la détresse psychologique. Le deuxième outil de M<sup>me</sup> Nadjet, s’agit de l’échelle de pénibilité au travail où elle a obtenu un score global de niveau fort de IPG=2,42, en se basant sur la manuel d’évaluation. Cela signifie que notre sujet présente une pénibilité au travail. Nous trouvons la confirmation de cette constatations des réponses, où elle a obtenu des sous scores qui indiquent cette constatation. Quant au climat social, elle a obtenu un sous score de niveau fort (IPGcs=2,62), la charge de travail, elle obtenu un sous score de niveau très fort (IPGct=3,00), et la pression et les contraintes de travail, elle a obtenu un sous score de niveau fort (IPGps=2,5) et (IPGct=2,5). Ces résultats montrent que notre sujet présente une forte pénibilité au travail dans son poste.

Nous remarquons qu’il y a une concordance entre les résultats de l’analyse des deux outils. Nous pouvons dire que notre sujet est confronté à de nombreuses difficultés dans son travail.

**Cas N° 6 : Monsieur Bilal**

Monsieur Bilal est psychologue clinicien. Célibataire, âgée de 29 ans. Son obtention de diplôme de Master II en psychologie clinique était en 2014. Motivé par le travaille associatif, M. Bilal a choisi, après son obtention de diplôme, d’exercer au sein d’une association à but non lucratif, pour aider les enfants en difficultés d’apprentissage. M. Bilal travaille aujourd’hui au niveau de l’EPSP de Béjaia, depuis 05 ans, en tant que psychologue clinicien titularisé.

**1-Présentation et analyse des résultats du questionnaire de GHQ 12**

**Tableau N°12 : résultats du questionnaire GHQ 12 de Bilal**

Dépression	9	3	7	11	0	0
Anxiété	6	8	12	4	0	
Troubles psychosomatiques	5	10			0	
Insomnie	2	1			0	

D’après le tableau ci-dessus, nous constatons que M. Bilal a obtenu un score total de 0, ce qui indique qu’il ne présente pas de détresse psychologique. (Voir l’annexe N°12).

En effet, le sous score obtenu de la première sous échelle qui mesure la dépression de M. Bilal est 0, il se laisse voir dans les questions suivantes 9, 3, 7 et 11 « *Avez-vous senti malheureux, déprimé ?* », « *Avez-vous eu le sentiment de jouer un rôle ?* », « *Avez-vous pu*

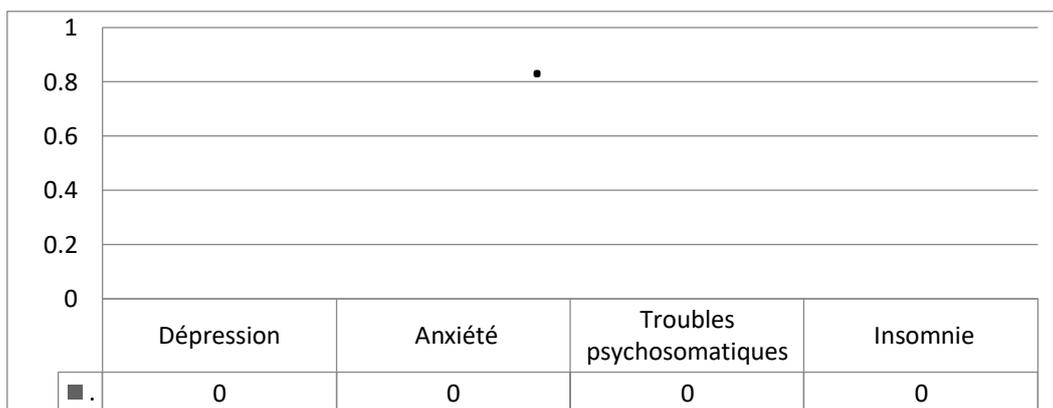
*prendre plaisir à vos activités quotidiennes ?* » et « *Avez-vous pensé que vous ne valez rien ?* ». De ce fait, il a répondu sur les valeurs 1 ou 2 recordées en 0. Nous constatons dans cette sous échelle que notre sujet ne présente pas des symptômes de dépression.

Pour le score obtenu par M. Bilal dans la deuxième sous-échelle qui mesure l’anxiété est de 0. Il a répondu sur les valeurs 1 ou 2 recordées en 0 pour toutes les questions 6, 8, 12, 4 « *Avez-vous senti que vous ne pouviez pas surmonter vos difficultés* », « *Avez-vous pu faire face à vos problèmes ?* », « *Avez-vous senti relativement heureux dans l'ensemble ?* » et « *Avez-vous senti capable de prendre des décisions ?* ». Nous remarquons ainsi que notre sujet ne présente pas aucun signe d’anxiété.

La sous échelle suivante est les troubles psychosomatiques. Le sous score obtenu est 0. Il a répondu sur les valeurs 1 ou 2 recordées en 0 pour les questions 5 et 10 « *Avez-vous senti constamment sous pression ?* » et « *Avez-vous perdu confiance en vous ?* ». Ainsi, dans cette sous échelle notre sujet ne présente aucune maladie liée à son psychique.

Le score de la dernière sous échelle qui mesure l’insomnie est de 0. Aussi, il a répondu sur les valeurs 1 ou 2 recodées en 0 pour les questions 2 et 1 « *Vos soucis vous ont-ils empêché de dormir?* » et « *Avez-vous pu vous concentrer sur ce que vous faisiez?* ». Selon les résultats de cette dernière sous échelle, nous trouvons que M. Bilal n’a pas des troubles lié au sommeil.

**La figure représentante le cas de Bilal**



**La figure N° 11 : Histogramme du questionnaire GHQ 12 de M. Bilal**

Cette figure représente les résultats obtenus dans le questionnaire GHQ 12 de M. Bilal concernant les sous échelles. Nous remarquons que toutes les sous échelles de ce questionnaire sont en 0, ce qui prouve que M. Bilal ne présente aucun symptôme de détresse psychologique.

## Synthèse du questionnaire GHQ 12 de cas de M. Bilal

À partir des résultats recueillis dans les quatre sous échelles, nous estimons que M. Bilal ne présente aucun signe de détresse psychologique dans son travail, car toutes les questions cochées sur les deux valeurs, 1 ou 2, sont recordées en 0. Nous résumons sur quelques items « *Vos soucis vous ont-ils empêché de dormir ?* », « *Avez-vous eu le sentiment de jouer un rôle utile ?* », « *Avez-vous senti constamment sous pression ?* » et « *Avez-vous senti que vous ne pouviez pas surmonter vos difficultés ?* ».

## 2-Présentation et analyse des résultats de l'échelle de pénibilité au travail

**Tableau N° 13 : résultats à l'échelle de pénibilité au travail de Bilal**

Climat social	4	11	14	16	18	26	32	34		26	3,25	2,86
Environnement de travail	3	9	17	22	31	6				22	3,66	
Charge de travail	1	2	12	13	23	25	33	37	38	28	3,11	
Pression de travail	19	30	27	5						11	2,75	
Contraintes de travail	7	15	20	24	29	36				7	1,16	
Contraintes organisationnelles	8	10	21	28	35					14	2,8	
Total										108		

Dans ce tableau ci-dessus, nous constatons que M. Bilal a obtenu un score global de (IPG=2,84). Cela montre que notre sujet présente une pénibilité au travail (Voir l'annexe N°13).

La première sous échelle qui mesure le climat social de M. Bilal est (IPGcs= 3,25). Il a coché sur la fréquence *souvent* pour les items 4 et 16 « *Je bénéficie du soutien de mon chef* » et « *En général, le contact avec les clients, les usagers, les patients est agréable* ». Il a coché aussi sur la fréquence *très souvent* pour les items 14 et 26 « *J'ai le soutien de mes collègues* » et « *Les rapports avec mes collègues de travail sont cordiaux et conviviaux* ». Ainsi, il a coché sur la fréquence *rarement* pour les items 11 et 32 « *À mon travail, je suis confronté à des publics agressifs* » et « *Je reçois des avis et remarques cohérents de la part de mes*

*collaborateurs* ». Sur la fréquence *quelquefois* il a coché l’item 18 « *L’ambiance qui règne dans mon équipe de travail* » et la fréquence *jamais ne me concerne pas* pour l’item 34 « *Le climat dans lequel j’effectue mon travail est difficilement supportable est invivable* ». D’après ces résultats cochés par M. Bilal, nous constatons qu’il présente des difficultés d’exercer son métier.

Ensuite la deuxième sous échelle qui mesure l’environnement de travail de notre sujet est (IPGet= 3,66). Il a coché sur la fréquence *souvent* pour les items 9, 17, 22 et 31 « *À mon travail, je peux privilégier la qualité plutôt que la vitesse* », « *La cadence et le rythme de mon travail sont supportable* », « *Les conditions matérielles de mon travail sont bonnes* » et « *À mon travail, je peux avoir des moments de calme* ». Aussi, il a coché sur la fréquence *quelquefois* pour les items 3 et 6 « *Mes outils de travail sont modernes et bien entretenus* » et « *J’ai la possibilité d’obtenir une promotion* ». Selon ces résultats mentionnés sur le tableau, nous constatons que notre sujet a un environnement désagréable ce qui concerne le rythme de son travail.

Pour la troisième sous échelle qui est la charge de travail, M. Bilal a obtenu un score global de (IPGct=3,11). Notre sujet a coché sur la fréquence *souvent* pour les items 12, 23, 25 et 33 « *A mon travail, j’ai le temps de réfléchir avant de prendre des décisions* », « *J’arrive facilement à atteindre les quotas journaliers demandés* », « *La quantité de travail que je dois réaliser par jour est correcte* » et « *J’ai les capacités physiques et intellectuelles suffisantes pour faire ce que l’on me demande* », il a coché ainsi sur la fréquence *rarement* pour les items 1, 13 et 37 « *Je travaille sous pression* », « *Dans mon travail, je ne fais qu’une chose à la fois* » et « *La charge de mon travail est compatible avec mes capacités physiques* ». Il a coché aussi sur la fréquence *jamais ne me concerne pas* pour l’item 2 « *Je suis surchargé à mon poste* » et la fréquence *très souvent* pour l’item 38 « *Je dispose du temps nécessaire pour exécuter correctement mon travail* ». Nous remarquons dans ces réponses que notre sujet a une charge et une pression de travail dans son poste.

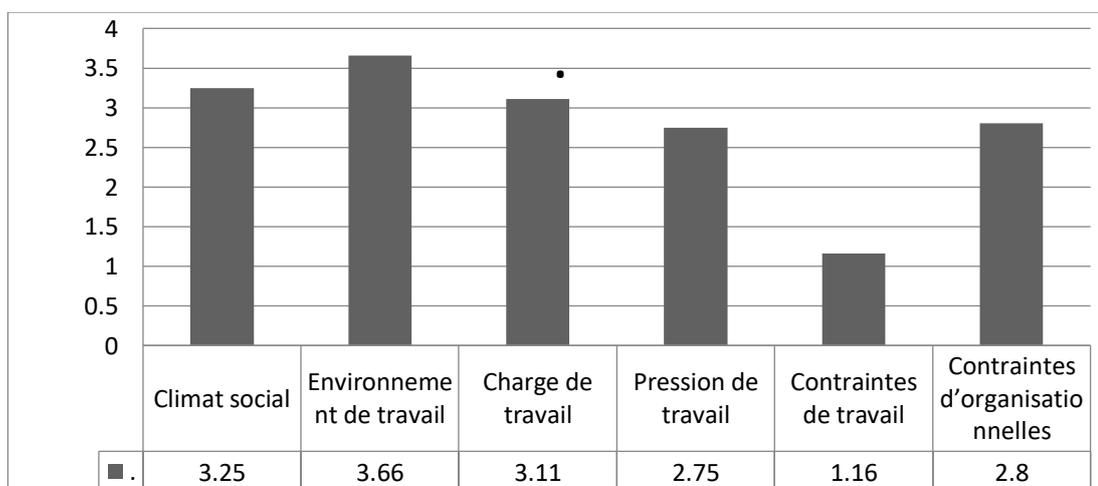
La sous échelle suivante est la pression au travail. M. Bilal a obtenu un sous score de (IPGpt=2,75). Notre sujet a coché sur la fréquence *quelquefois* pour l’item 19 « *Il arrive que je sois interrompu dans mon travail* », sur la fréquence *rarement* pour l’item 30 « *Je n’arrive pas à terminer mon travail pendant les horaires prévus* », sur la fréquence *jamais ne me concerne pas* pour l’item 27 « *Je reçois des ordres contradictoires de ma hiérarchie* » et sur la fréquence *très souvent* pour l’item 5 « *Le rythme de mon travail est supportable* ». Nous

percevons dans ces réponses que notre sujet présente une pression de travail malgré son rythme de travail est supportable.

La quatrième sous échelle est les contraintes de travail. M. Bilal a obtenu un sous score de (IPGct=1,16). Notre sujet a coché sur la fréquence *jamais ne concerne pas* pour les items 7, 15, 20, 24 et 29 « *Mes conditions de travail sont précaires* », « *Les exigences de mon travail sont au-dessus de mes forces* », « *Il arrive que je réalise mon travail sous des températures extrêmes* », « *Il arrive que je manque de temps pour terminer ce que j'ai commencé* » et « *Dans mon travail, je dois prendre et tenir des postures (positions du corps) pénibles* ». Ainsi, sur la fréquence *rarement* pour l'item 36 « *À mon travail, je suis exposé aux risques chimiques* ». Nous pouvons interpréter cela en disant que, notre sujet ne trouve pas des contraintes dans son travail, seulement il trouve rarement exposé au risque chimique.

Pour la dernière sous échelle qui est les contraintes organisationnelles, notre sujet a obtenu un sous score de (IPGco=2,8), en répondant sur la fréquence *jamais ne me concerne pas* pour les items 10 et 21 « *Mon travail m'expose aux nuisances sonores* » et « *Je manque de marge de manœuvre dans mon travail* ». Il a répondu aussi sur la fréquence *souvent* pour l'item 8 « *Mes horaires de travail sont supportables* », sur la fréquence *quelquefois* pour l'item 28 « *Il arrive que je termine une partie de mon travail à la maison* ». Il a coché aussi sur fréquence *très souvent* pour l'item 35 « *Travailler la nuit est éprouvant physiquement et mentalement* ». Nous percevons sur cette dernière sous échelle que notre sujet a des contraintes organisationnelles dans son travail, mais ses horaires sont supportables.

**La figure représentante le cas de Bilal**



**La figure N° 13 : Histogramme de l'échelle de pénibilité au travail de M. Bilal**

Selon cette figure qui représente les résultats des sous échelles de l'échelle de pénibilité au travail de M. Bilal, nous constatons que les sous échelles du climat social, environnement de travail, la charge de travail, la pression au travail et les contraintes organisationnelles sont élevées, dont la sous échelle de contraintes de travail est 1,16. De ce fait, M. Bilal présente une pénibilité au travail, durant l'exercice de son métier.

**Synthèse de l'échelle de pénibilité au travail du cas de M. Bilal**

D'après les résultats de l'échelle de pénibilité au travail, M. Bilal a obtenu un score global (IPG=2,84), ce qui indique que notre sujet présente une pénibilité au travail. Nous remarquons également que notre sujet a obtenu un sous score de climat social de (IPGcs=3,25), « À mon travail, je suis confronté à des publics agressifs », et environnement de travail avec un sous score de (IPGet=3,66) « J'ai la possibilité d'obtenir une promotion ».

**Synthèse générale du cas de M. Bilal**

En se référant aux résultats de GHQ 12, M. Bilal a obtenu un score global de 0. En conclusion, nous estimons que notre sujet ne présente pas une détresse psychologique. En effet, dans tous les sous échelle, les sous score sont en 0. En ce qui concerne les résultats de l'échelle de pénibilité au travail, M. Bilal a obtenu un score global (IPG=2,84), ce qui indique que notre cas présente une pénibilité au travail. Donc, nous distinguons qu'il y a une discordance entre les résultats du questionnaire de GHQ 12 et l'échelle de pénibilité au travail. Il essaye de nous prouver que son travail est parfait et qu'il exerce son métier avec volonté.

**Cas N°7 : Madame Sadika**

Madame Sadika est une psychologue clinicienne âgée de 38 ans. Mariée, elle a 02 enfants. Son BAC est de session 2004. Diplômée, en 2008, de licence de psychologie clinique, à l'université d'Alger. M<sup>me</sup> Sadika a suivi plusieurs formations complémentaires, en parallèle avec ses études universitaires. Elle travaille actuellement, au niveau de l'EPSP de Béjaia, et ce, depuis 11 ans.

**1- Présentation et analyse des résultats du questionnaire GHQ 12**

**Tableau N°14 : Résultats du questionnaire GHQ 12 de Sadika**

Dépression	9	3	7	11	1	3
Anxiété	6	8	12	4	1	
Troubles psychosomatiques	5	10			0	

Insomnie	2	1			1	
----------	---	---	--	--	---	--

Dans le tableau ci-dessus, nous constatons que M<sup>me</sup> Sadika a obtenu un score total de 3, ce qui indique qu'elle présente une détresse psychologique. (Voir l'annexe N°14).

En effet, la première sous échelle qui est la dépression, M<sup>me</sup> Sadika a obtenu un sous score de 1, en répondant sur les valeurs de 1 ou 2 recordées en 0 pour les items 9, 3 et 11 «*Avez-vous senti malheureux, déprimé ?* », «*Avez-vous eu le sentiment de jouer un rôle utile ?* » et «*Avez-vous pensé que vous ne valez rien ?* ». Ainsi, elle a répondu sur la valeur 3 recordée en 0 pour l'item 7 «*Avez-vous pu prendre plaisir à vos activités quotidiennes ?*». Les résultats de cette sous échelle montrent que notre sujet présente une légère dépression, car elle n'arrive pas prendre les plaisirs dans ses activités quotidiennes.

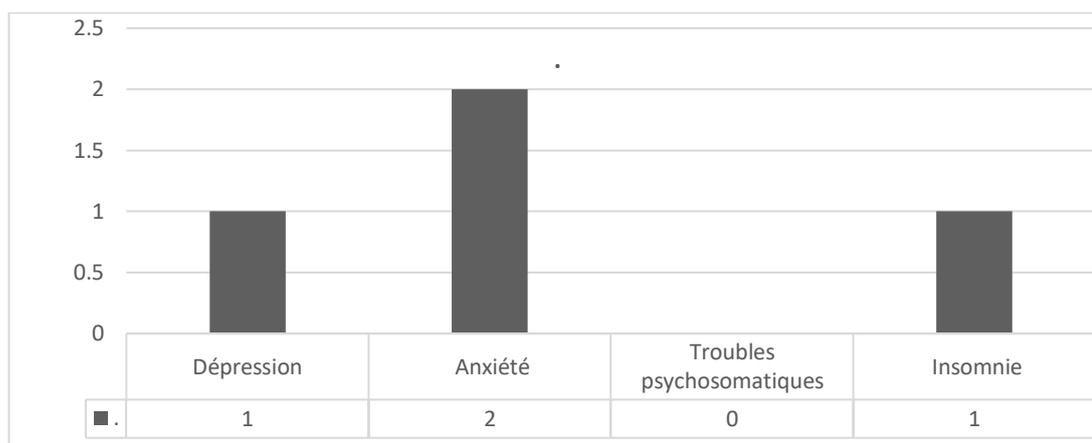
Pour la deuxième sous échelle, qui est l'anxiété, M<sup>me</sup> Sadika a obtenu un sous score de 1, en cochant les valeurs 1 ou 2 recordées en 0 pour les items 6, 8 et 4 «*Avez-vous senti que vous ne pouviez pas surmonter vos difficultés ?* », «*Avez-vous pu faire face à vos problèmes ?* » et «*Avez-vous senti capable de prendre des décisions ?* ». Elle a coché sur la valeur 4 recordées en 0 pour l'item 12 «*Avez-vous senti relativement heureux dans l'ensemble ?* ». Les résultats de notre sujet montrent qu'elle présente une légère anxiété, car elle se sent mal à l'aise dans son travail.

Pour la troisième sous échelle, qui est les troubles psychosomatiques, notre sujet a obtenu un sous score de 0 en répondant sur les valeurs 1 ou 2 pour les items 5 et 10 «*Avez-vous senti constamment sous pression ?* » et «*Avez-vous perdu confiance en vous ?* ». À partir de ces résultats, nous trouvons que M<sup>me</sup> Sadika ne présente pas des troubles psychosomatiques.

Quant à la dernière sous échelle, qui est l'insomnie, notre sujet a un sous score de 1 en répondant sur la valeur 3 recordée en 1 pour l'item 2 «*Vos soucis vous ont-ils empêché de dormir ?* ». Ainsi, elle a coché sur la valeur 1 recordée en 0 pour l'item 1 «*Avez-vous pu vous concentrer sur ce que vous faisiez ?*».

D'après ces résultats, M<sup>me</sup> Sadika présente des soucis au travail, ce qui lui provoque de l'insomnie.

**La figure représentant le cas de Sadika**



**La figure N° 15 : Histogramme du questionnaire GHQ 12 de M<sup>me</sup> Sadika**

Cette figure représente les résultats obtenus par M<sup>me</sup> Sadika sur le questionnaire GHQ 12. Nous remarquons que les sous échelles de dépression et celles de l’insomnie sont en 1, la sous échelle de l’anxiété est en 2 et la sous échelle de troubles psychosomatiques est en 0. Nous estimons, par cela, que M<sup>me</sup> Sadika présente des symptômes liés à la détresse psychologique.

**Synthèse du questionnaire GHQ 12 du cas de M<sup>me</sup> Sadika**

Selon les résultats et sur le manuel du questionnaire GHQ 12, M<sup>me</sup> Sadika a enregistré un score global de 4. Aussi, en se basant sur ces réponses pour les sous échelles, notamment les questions 3 et 6 « *Avez-vous eu le sentiment de jouer un rôle utile ?* » et « *Avez-vous senti que vous ne pouviez pas surmonter vos difficultés ?* ». Ces résultats nous révèlent que notre sujet présente une détresse psychologique au travail.

**2-Présentation et analyse des résultats de l’échelle de pénibilité au travail**

**Tableau N° 14 : Résultats à l’échelle de pénibilité au travail de Sadika**

Climat social	4	11	14	16	18	26	32	34		18	2,25	2,15
Environnement de travail	3	9	17	22	31	6				15	2,5	
Charge de travail	1	2	12	13	23	25	33	37	38	22	2,44	
Pression de travail	19	30	27	5						7	1,75	
Contraintes de travail	7	15	20	24	29	36				13	2,16	

Contraintes organisationnelles	8	10	21	28	35					7	1,4	
Total										82		

Dans le tableau ci-dessus, nous remarquons que M<sup>me</sup> Sadika a obtenu un score global de (IPG=2,15). Cela montre que notre sujet présente une pénibilité au travail. (Voir l'annexe N°15).

La première sous échelle qui est le climat social de M<sup>me</sup> Sadika est (IPGcs=2,25). Notre sujet a répondu sur la dimension *rarement* pour les items 4, 14, 18, 26 et 34 «*Je bénéficie du soutien de mon chef*», «*J'ai le soutien de mes collègues*», «*L'ambiance qui règne dans mon équipe de travail est invivable*», «*Les rapports avec mes collègues de travail sont cordiaux et conviviaux*» et «*Le climat dans lequel j'effectue mon travail est difficilement supportable*». Ainsi, elle a coché sur la dimension *quelquefois* pour l'item 16 «*En général, le contact avec les clients, les usagers, les patients, ... est agréable*». Elle a coché également sur la dimension *jamais ne me concerne pas* pour l'item 11 «*À mon travail, je suis confronté à des publics agressifs*» et sur la dimension *souvent* pour l'item 32 «*Je reçois des avis et remarques cohérents de la part de mes collaborateurs*». D'après ces réponses, nous déduisons que le climat social de notre sujet est désagréable dans son poste de travail, car les relations entre ses collègues de travail est invivable.

Concernant la deuxième sous échelle, qui est l'environnement de travail, notre sujet a obtenu un score de (IPGet=2,5). Elle a répondu sur la dimension *souvent* pour les items 9 et 31 «*À mon travail, je peux privilégier la qualité plutôt que la vitesse*» et «*À mon travail, je peux avoir des moments de calme*». Ainsi, elle a coché sur la dimension *jamais ne me concerne pas* pour les items 3 et 6 «*Mes outils de travail sont modernes et bien entretenus*» et «*J'ai la possibilité d'obtenir une promotion*» sur la dimension *quelquefois* pour l'item 22 «*Les conditions matérielles de mon travail sont bonnes*». Nous constatons que notre sujet travail dans un environnement défavorable, car les outils de travail ne sont pas moderne dont le rythme de travail est constamment perturbé.

La troisième sous échelle est la charge de travail. M<sup>me</sup> Sadika a obtenu un sous score de (IPGct=2,44). Elle a répondu sur la dimension *jamais ne me concerne pas* pour les items 13, 23 et 33 «*Dans mon travail, je ne fais qu'une chose à la fois*», «*J'arrive facilement à atteindre les quotas journaliers demandés*» et «*J'ai les capacités physiques et intellectuelles suffisantes pour faire ce que l'on me demande*». Elle a coché aussi sur la dimension *rarement*

pour l'item 1 et 12 « *Je travaille sous pression* » et « *À mon travail, j'ai le temps de réfléchir avant de prendre des décisions* », sur la dimension quelquefois pour l'item 25 « *La quantité de travail que je dois réaliser par jour est correcte* », elle a coché ainsi sur la dimension très souvent pour l'item 37 « *La charge de mon travail est compatible avec mes capacités physiques* » et sur la dimension souvent pour l'item 38 « *Je dispose du temps nécessaire pour exécuter correctement mon travail* ». D'après ces réponses, M<sup>me</sup> Sadika est surchargée au travail, car elle fait plusieurs tâches à la fois. Aussi, notre sujet manque de capacités physiques et intellectuelles pour exécuter ce genre de travail.

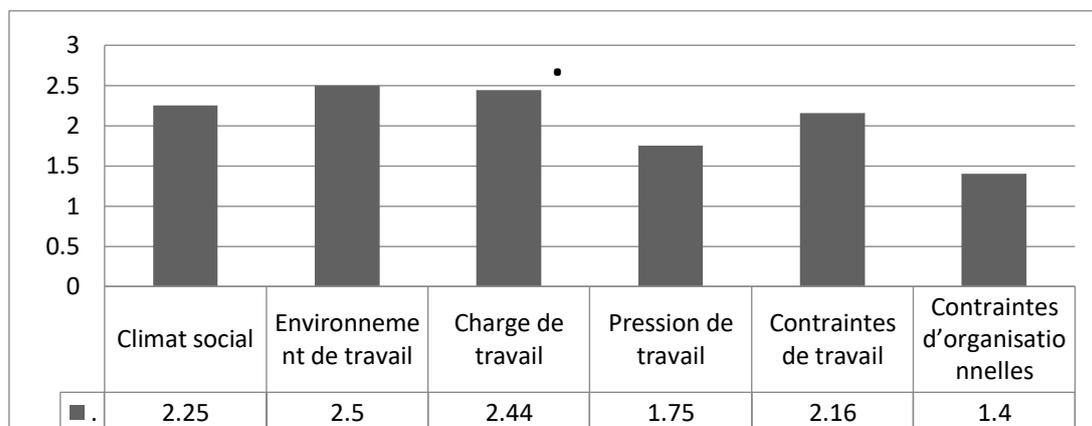
Pour la quatrième sous échelle qui est la pression de travail, notre sujet a obtenu un sous score de (IPG<sub>pt</sub>=1,75). Elle a coché sur la dimension *rarement* pour les items 19, 30 et 5 « *Il arrive que je sois interrompu dans mon travail* », « *Je n'arrive pas à terminer mon travail pendant les horaires prévus* » et « *Le rythme de mon travail est supportable* ». Ainsi, elle a coché sur la dimension *jamais ne me concerne pas* pour l'item 27 « *Je reçois des ordres contradictoires de ma hiérarchie* ». Nous remarquons dans ces réponses que notre sujet présente une faible pression de travail, donc elle supporte son travail et elle ne reçoit pas des ordres contradictoires de sa hiérarchie.

La cinquième sous échelle est les contraintes de travail. Notre sujet a eu un sous score de (IPG<sub>ct</sub>=2,16). Elle a coché sur la dimension quelquefois pour les items 7, 15 et 29 « *Mes conditions de travail sont précaire* », « *Les exigences de mon travail sont au-dessus de mes forces* » et « *Dans mon travail, je dois prendre et tenir des postures (positions du corps) pénibles* ». Ainsi, elle a répondu sur la dimension *jamais ne me concerne pas* pour les items 20 et 36 « *Il arrive que je réalise mon travail sous des températures extrêmes* » et « *À mon travail, je suis exposé aux risques chimiques* » sur la dimension *rarement* pour l'item 24 « *Il arrive que je manque de temps pour terminer ce que j'ai commencé* ». Les résultats obtenus montrent que M<sup>me</sup> Sadika souffre des contraintes dans son travail, c'est pour quoi elle essaye de révéler toute la vérité sur son travail.

Pour la dernière sous échelle, qui est les contraintes organisationnelles, notre sujet a obtenu un sous score de (IPG<sub>co</sub>=1,4). Elle a coché sur la dimension *rarement* pour les items 8 et 21 « *Mes horaires de travail sont supportables* » et « *Je manque de marge de manœuvre dans mon travail* ». Elle a coché aussi sur la dimension *jamais ne me concerne pas* pour les items 10, 28 et 35 « *Mon travail m'expose aux nuisances sonores* », « *Il arrive que je termine une partie de mon travail à la maison* » et « *Travailler la nuit est éprouvant physiquement et*

mentalement ». Ces réponses montrent que notre sujet présente un degré faible par rapport aux contraintes organisationnelles, car notre sujet ne s'expose pas au bruit qui perturbe son travail.

### La figure représentante le cas de Sadika.



### La figure N°14 : Histogramme de l'échelle de pénibilité au travail de M<sup>me</sup> Sadika

Cette figure représente les résultats obtenus par M<sup>me</sup> Sadika sur l'échelle de pénibilité au travail. D'après les sous scores des sous échelles de climat social et de contraintes de travail sont en degré modéré, et les sous échelles de pression de travail et contraintes organisationnelles sont en un degré très faible. Nous estimons que M<sup>me</sup> Sadika présente une pénibilité au travail.

### Synthèse de l'échelle de pénibilité au travail du cas de M<sup>me</sup> Sadika

En conclusion, M<sup>me</sup> Sadika présente un score globale de niveau moyen de (l'IPG= 2,15), en s'appuyant sur ses réponses par rapport aux sous échelles. Nous synthétisons que notre sujet vit quelques conditions de travail défavorables, ce qui l'empêche d'exercer son métier comme il se doit.

### Synthèse générale du cas de M<sup>me</sup> Sadika :

À Partir des résultats qu'on a obtenus sur le questionnaire de GHQ 12, M<sup>me</sup> Sadika présente une détresse psychologique. Elle a marqué un score total de 3, et en se basant sur le manuel d'évaluation, et cela signifie que notre sujet présente très peu de symptômes de détresse psychologique. Notre constatation est confirmée par les réponses de notre sujet aux échelles, où elle a obtenu des scores relatifs à la dépression, tout particulièrement où elle a enregistré un score de 1, aussi l'anxiété 2 ainsi les troubles psychosomatiques 0 et l'insomnie 1. Ces résultats montrent que notre sujet n'a pas beaucoup de symptôme liés au travail. Par ailleurs, dans l'échelle de pénibilité au travail, il a obtenu un score total (IPG=2,14), indiquant

que notre sujet présente une pénibilité au travail de notre sujet, malgré que certains items « *À mon travail, je suis confronté à des publics agressifs* », où elle a répondu sur la dimension *jamais ne me concerne pas*.

De ce fait, nous remarquons qu'il y a une concordance entre les résultats des deux outils. Donc, dans ce cas, nous pouvons dire M<sup>me</sup> Sadika présente une détresse psychologique à cause de la présence d'une pénibilité au travail.

### Cas N°8 : Madame Linda

Madame Linda est une psychologue clinicienne âgée de 32 ans. Mariée, elle a une fille. Elle a obtenu son BAC, session 2008, avec une moyenne de 12, dans la filière de lettres et philosophie. Les notions philosophiques qu'elle avait acquises au lycée l'ont beaucoup motivée pour choisir d'étudier la psychologie à l'université, en système classique. Recrutée dans le secteur de la santé publique, M<sup>me</sup> Linda travaille, depuis 08 ans, à l'EPSP de Béjaia.

#### 1-Présentation et analyse des résultats du questionnaire GHQ 12

**Tableau N°16 : Résultats du questionnaire de GHQ de Linda**

Dépression	9	3	7	11	2	5
Anxiété	6	8	12	4	1	
Troubles psychosomatiques	5	10			1	
Insomnie	2	1			1	

D'après le tableau ci-dessus, nous remarquons que M<sup>me</sup> Linda a obtenu un score global de 5, ce qui indique qu'elle présente une détresse psychologique. (Voir l'annexe N°16).

En effet, la première sous échelle qui est la dépression, M<sup>me</sup> Linda a obtenu un sous score de 2, en cochant les valeurs 3 ou 4 recordées en 1 pour les items 9 et 7 « *Avez-vous senti malheureux, déprimé ?* » et « *Avez-vous pu prendre plaisir à vos activités quotidiennes ?* ». Elle a coché aussi sur les valeurs, 1 et 2, recordées en 0 pour les items 3 et 11 « *Avez-vous eu le sentiment de jouer un rôle utile ?* » et « *Avez-vous pensé que vous ne valez rien ?* ».

Selon ces résultats, nous constatons que M<sup>me</sup> Linda présente une dépression et un mal-être, c'est pour quoi elle ne se retrouve vraiment pas durant l'exercice ses activités quotidiennes.

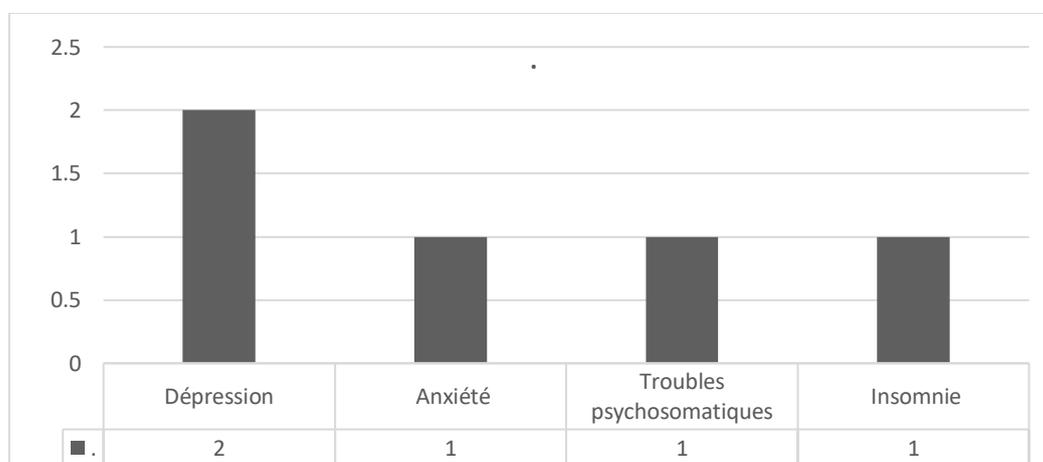
Pour la deuxième sous échelle qui est l'anxiété, notre sujet a obtenu un sous score de 1, elle a coché sur la valeur 4 recordée en 1 pour l'item 12 « *Avez-vous senti relativement*

heureux dans l'ensemble ? ». Ainsi, elle a coché sur les valeurs 1 ou 2 recordées en 0 pour les items 6, 8 et 4 « Avez-vous senti que vous ne pouviez pas surmonter vos difficultés ? », « Avez-vous pu faire face à vos problèmes ? » et « Vous êtes-vous senti capable de prendre des décisions ? ». Ce que nous remarquons dans ces résultats, c'est que notre sujet ne se sent pas heureux.

Les troubles psychosomatiques est la troisième sous échelle de M<sup>me</sup> Linda. Elle a un sous score de 1 où elle a coché sur la valeur 4 recordée en 1 pour l'item 5 « Avez-vous senti constamment sous pression ? ». Ainsi, elle a coché sur la valeur 2 recordée en 0 pour l'item 10 « Avez-vous perdu confiance en vous ? ». Donc, à partir de ces résultats nous pouvons dire que notre sujet est en sous pression, ce qui pourrait lui provoquer des maladies organiques d'origine psychique.

La dernière sous échelle est celle de l'insomnie. M<sup>me</sup> Linda a obtenu un sous score de 1, donc elle a répondu sur la valeur 1 recordée en 0 pour l'item 2 « Vos soucis vous ont-ils empêché de dormir ? » de même elle a répondu sur la valeur 1 recordée en 0 pour l'item 1 « Avez-vous pu vous concentrer sur ce que vous faisiez ? ». Nous constatons sur cette dernière sous échelle que notre sujet a des problèmes liés au sommeil causés par son travail.

### La figure représentante le cas de Linda



### La figure N° 15 : Histogramme du questionnaire GHQ 12 de M<sup>me</sup> Linda

D'après cette figure qui représente les résultats obtenus dans les sous échelles du questionnaire GHQ 12, nous remarquons que les sous scores de l'anxiété, troubles psychosomatiques et insomnie sont en 1. Par contre, la sous échelle de dépression est en 2. Cela prouve que M<sup>me</sup> Linda présente une détresse psychologique moyenne.

### Synthèse du questionnaire GHQ 12 du cas de M<sup>me</sup> Linda :

D'après les résultats d'analyse du questionnaire GHQ 12, M<sup>me</sup> Linda a obtenu un score global de 5, ce qui montre que notre sujet présente une détresse psychologique dans son travail. Nous remarquons également qu'elle se manifeste des symptômes de dépression « *Avez-vous senti malheureux, déprimé ?* » où elle a enregistré un sous score identique qui est de 2, alors que pour la sous échelle de l'anxiété, elle a obtenu un sous score de 1 en répondant sur la valeur 4 recordée en 1 pour l'item 12 « *Avez-vous senti relativement heureux dans l'ensemble ?* ».

### 2-Présentation et analyse des résultats de l'échelle de pénibilité au travail

**Tableau N° 17 : Résultats à l'échelle de pénibilité au travail de Linda**

Climat social	4	11	14	16	18	26	32	34		23	2,87	2,73
Environnement de travail	3	9	17	22	31	6				9	1,5	
Charge de travail	1	2	12	13	23	25	33	37	38	26	2,88	
Pression de travail	19	30	27	5						12	3	
Contraintes de travail	7	15	20	24	29	36				19	3,16	
Contraintes organisationnelles	8	10	21	28	35					15	3	
Total										82		

Nous constatons dans ce tableau ci-dessus, que M<sup>me</sup> Linda a obtenu un score global de (IPG=2,73). Cela montre que notre sujet présente une pénibilité au travail. (Voir l'annexe N°17).

D'après la première sous échelle, celle du climat social, M<sup>me</sup> Linda a obtenu un sous score de (IPGcs=2,87). Elle a répondu sur la fréquence *rarement* pour les items 2, 14 et 26 « *Je bénéficie du soutien de mon chef* », « *J'ai le soutien de mes collègues* » et « *Je reçois des ordres contradictoires de ma hiérarchie* » elle a coché aussi sur la fréquence *souvent* pour les items 11 et 18 « *À mon travail, je suis confronté à des publics agressifs* » et « *L'ambiance qui règne dans mon équipe de travail est invivable* ». Aussi, sur la fréquence *quelquefois* pour l'item 16 « *En général, le contact avec les clients, les usagers, les patients,... est agréable* » pour l'item 32 « *Je reçois des avis et remarques cohérents de la part de mes collaborateurs* ».

Elle a coché sur la fréquence *jamais ne me concerne pas*, ainsi sur la fréquence *très souvent* pour l'item 34 « *Le climat dans lequel j'effectue mon travail est difficilement supportable* ».

Les résultats obtenus montrent que notre sujet exerce dans un climat désavantageux, étant donné qu'il ne reçoit pas suffisamment de soutien au travail, de la part de ses supérieurs et ses collègues.

Pour la deuxième sous échelle, qui est l'environnement de travail, M<sup>me</sup> Linda a obtenu un sous score de (IPGet=1,5). Notre sujet a répondu sur la fréquence *jamais ne me concerne pas* pour les items 3, 17, 22 et 6 « *Mes outils de travail sont modernes et bien entretenus* », « *La cadence et le rythme de mon travail sont supportables* », « *Les conditions matérielles de mon travail sont bonnes* » et « *J'ai la possibilité d'obtenir une promotion* ». Elle a coché aussi sur la fréquence *rarement* pour l'item 9 « *À mon travail, je peux privilégier la qualité plutôt que la vitesse* » et sur la fréquence *quelquefois* pour l'item 31 « *À mon travail, je peux avoir des moments de calme* ». D'après ces réponses de M<sup>me</sup> Linda, nous pouvons dire qu'elle ne dispose pas d'outils de travail modernes dans son travail. Le rythme de travail est aussi insupportable pour elle, et cela influence directement sur son parcours professionnel, en ce qui concerne les promotions aux grades et aux échelons supérieurs.

La charge de travail est la troisième sous échelle de notre sujet. Elle a eu un sous score de (IPGct= 2,88). M<sup>me</sup> Linda a répondu sur la fréquence *quelquefois* sur les items 12, 13, 33, 37 et 38 « *À mon travail, j'ai le temps de réfléchir avant de prendre des décisions* », « *Dans mon travail, je ne fais qu'une chose à la fois* », « *J'ai les capacités physiques et intellectuelles suffisantes pour faire ce que l'on me demande* », « *La charge de mon travail est compatible avec mes capacités physiques* » et « *Je dispose du temps nécessaire pour exécuter correctement mon travail* ». Elle a coché aussi sur la fréquence *souvent* pour l'item 1 et 2 « *Je travaille sous pression* » et « *Je suis surchargée à mon poste* », sur la fréquence *jamais ne me concerne pas* pour l'item 23 « *J'arrive facilement à atteindre les quotas journaliers demandés* » et sur la fréquence *rarement* pour l'item 25 « *La quantité de travail que je dois réaliser par jour est correcte* ». Nous constatons par ces résultats que notre sujet a une sous pression et surchargé dans son métier, puisque elle travaille plus que le volume horaire indiqué dans la fonction publique.

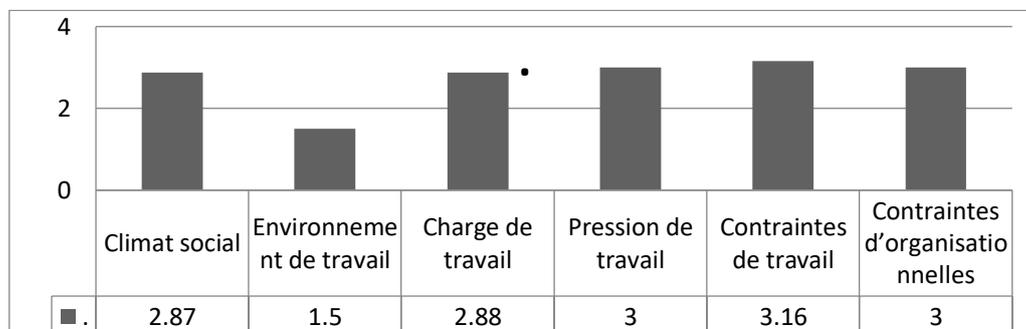
Concernant la quatrième sous échelle qui est la pression au travail, M<sup>me</sup> Linda a obtenu un sous score de (IPGpt=3). Elle a répondu sur la fréquence *quelquefois* pour les items 30 et 27 « *Je n'arrive pas à terminer mon travail pendant les horaires prévus* » et « *Je reçois des ordres contradictoires de ma hiérarchie* » elle a coché aussi sur la fréquence *souvent* pour

l’item 19 « *Il arrive que je sois interrompu dans mon travail* » ainsi sur la fréquence *rarement* pour l’item 5 « *Le rythme de mon travail est supportable* ». Dans ce cas, nous pouvons dire que notre sujet arrive à terminer son travail dans le temps, mais, à chaque fois, elle se fait interrompre par les autres.

La cinquième sous échelle est les contraintes de travail. Notre sujet a obtenu un sous score de (IPGct=3,16). De ce fait, elle a coché sur la fréquence *rarement* sur les items 24, 29 et 36 «*Il arrive que je manque de temps pour terminer ce que j’ai commencé* », « *Dans mon travail, je dois prendre et tenir des postures (positions du corps) pénibles* » et « *À mon travail, je suis exposé aux risques chimiques* ». Ainsi, elle coché sur la fréquence *souvent* pour les items 15 et 20 « *Les exigences de mon travail sont au-dessus de mes forces* » et « *Il arrive que je réalise mon travail sous des températures extrêmes* » et sur la fréquence *très souvent* pour l’item 7 « *Mes conditions de travail sont précaires* ». D’après ces résultats, nous pouvons souligner que M<sup>me</sup> Linda manque de temps pour achever son travail dont les exigences de son travail sont au-dessus de ce qu’elle puisse faire.

La dernière sous échelle est les contraintes organisationnelles. M<sup>me</sup> Linda a enregistré un sous score de (IPGco=3). Elle a coché sur la fréquence *souvent* pour les items 10, 21 et 25 « *Mon travail m’expose aux nuisances sonores* », « *Je manque de marge de manœuvre dans mon travail* » et « *La quantité de travail que je dois réaliser par jour est correcte travail* ». Elle a coché aussi sur la fréquence *rarement* pour l’item 8 « *Mes horaires de travail sont supportables* » et sur la fréquence *jamais ne me concerne pas* pour l’item 35 « *Travailler la nuit est éprouvant physiquement et mentalement* ». Selon ces résultats, nous pouvons expliquer que notre sujet manqué de manœuvre dans son travail. Ses horaires de travail ne l’arrangent pas à accomplir son travail comme il fallait.

**La figure représentante le cas de Linda**



**La figure N° 16 : Histogramme de l’échelle de pénibilité au travail de M<sup>me</sup> Linda**

Cette figure représente les résultats obtenus dans les sous échelles de l'échelle de pénibilité au travail. Nous percevons que les sous échelles de climat social, charge de travail, pression de travail, contraintes organisationnelles ont un score très élevés. Cependant, pour la sous échelle de l'environnement de travail est en faible. Cela signifie que notre sujet présente une pénibilité au travail.

### **Synthèse de l'échelle de pénibilité au travail du cas de M<sup>me</sup> Linda**

À travers les résultats d'analyse de cette sous échelle de pénibilité au travail, nous pouvons déduire que le score global enregistré par M<sup>me</sup> Linda, qui est de (IPG=2,73), indique selon la grille de l'évaluation, qu'elle présente une pénibilité au travail. Nous confirmons cela à travers les six sous échelles, la sous échelles du climat social (IPGcs=2,87). Notre sujet montre qu'elle fréquente des personnes agressives dans son travail. Aussi, elle a un manque de relation humain entre les collègues de travail. Pour la deuxième sous échelle, elle a enregistré un sous score (IPGet=1,5). Cela prouve que le rythme de travail de notre sujet est déplorable, à cause des conditions professionnelles insuffisantes pour assurer un bon rendement de travail, comme l'illustre dans cet item suivant « *Les conditions matérielles de mon travail sont bonnes* ». Pour la sous échelle de charge de travail, elle est estimée à (IPGct=2,88), comme justifié sur les items 1 et 2 « *Je travaille sous pression* » et « *Je suis surchargé à mon poste* ».

### **Synthèse générale du cas de M<sup>me</sup> Linda**

D'après les résultats d'analyse du questionnaire GHQ 12, M<sup>me</sup> Linda présente une détresse psychologique, car elle a obtenu un score global de 5. Concernant les sous échelles, nous remarquons que notre sujet a obtenu un sous score de 2 pour la dépression. Cela signifie que notre sujet a un mal-être qui pourrait lui provoquer de la dépression. Ainsi, un sous score 1 relatif à l'anxiété, et un sous score de 1 relatif pour la sous échelle de troubles psychosomatiques et un sous score de 1 pour la sous échelle de l'insomnie. Par ailleurs, l'échelle de pénibilité au travail, elle a obtenu un score global est (IPG=2,73), ce qui indique notre sujet présente une pénibilité au travail. Nous illustrons par les items suivants « *Je suis surchargée à mon poste* », « *Mes conditions de travail sont précaires* » et « *Le climat dans lequel j'effectue mon travail est difficilement supportable* », où elle a répondu sur la fréquence souvent et très souvent.

En se basant sur les résultats des deux échelles psychométriques et le questionnaire GHQ 12 et l'échelle de pénibilité au travail, que nous avons adopté, nous constatons qu'il y a une concordance entre les deux outils psychométriques.

### Cas N° 9 : Madame Rima

Madame Rima est une psychologue clinicienne âgée de 32 ans. Mariée, mère d'un garçon et une fille. Elle a obtenu son BAC en 2010, avec 11 de moyenne. Guidée par une volonté de devenir psychologue pour aider les personnes en difficultés psychologiques, M<sup>me</sup> Rima n'a pas hésité de choisir la filière de psychologie à l'université. Elle a suivi plusieurs formations ayant lien à sa formation universitaire dont la relaxation et la TCC. Aujourd'hui, elle travaille à l'EPH d'Amizour, depuis 09 ans.

#### 1-Présentation et analyse des résultats du questionnaire GHQ 12

**Tableau N°19 : Résultats du questionnaire GHQ 12 de Rima**

Dépression	9	3	7	11	1	4
Anxiété	6	8	12	4	1	
Troubles psychosomatiques	5	10			1	
Insomnie	2	1			1	

Dans le tableau ci-dessus, nous remarquons que M<sup>me</sup> Rima a obtenu un score global de 4, ce qui indique qu'elle présente une détresse psychologique (Voir l'annexe N°19).

Dans la première sous échelle, qui est la dépression, M<sup>me</sup> Rima a obtenu un sous score de 1, en répondant sur la valeur 3 recordée en 1 pour la question « *Avez-vous pu vous concentrer sur ce que vous faisiez ?* ». Ainsi, elle a coché sur les valeurs 1 ou 2 recordées en 0 pour les questions 9, 3 et 11 « *Avez-vous senti malheureux, déprimé ?* », « *Avez-vous eu le sentiment de jouer un rôle utile ?* » et « *Avez-vous pensé que vous ne valez rien ?* ». Nous remarquons dans ces résultats que M<sup>me</sup> Rima ne se retrouve pas dans ses tâches et activités quotidiennes.

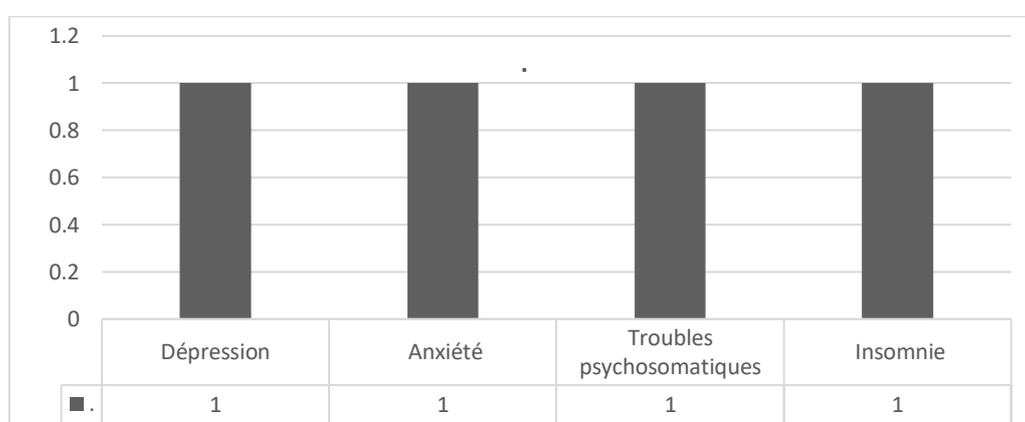
L'anxiété est la deuxième sous échelle où M<sup>me</sup> Rima a obtenu un sous score de 1, en cochant sur la valeur 3 recordée en 1 pour la question 8 « *Avez-vous pu faire face à vos problèmes ?* ». Elle a coché aussi sur les valeurs 1 ou 2 recordées en 0 pour les questions 6, 12 et 4 « *Avez-vous senti que vous ne pouviez pas surmonter vos difficultés ?* », « *Avez-vous senti relativement heureux dans l'ensemble ?* » et « *Avez-vous senti capable de prendre des décisions ?* ». D'après ces résultats, nous constatons que notre sujet ne peut pas faire face aux problèmes auxquels elle est confrontée au quotidien.

La troisième sous échelle est les troubles psychosomatiques. Notre sujet a obtenu un sous score de 1. Elle a coché sur la valeur 3 recordée en 1 pour la question 5 « *Avez-vous senti*

*constamment sous pression ?* » et sur la valeur 1 recordée en 0 pour la question 10 « *Avez-vous perdu confiance en vous ?* ». D'après ces résultats, nous pouvons dire que notre sujet a une pression dans son poste de travail.

Quant à la dernière sous échelle qui est l'insomnie, M<sup>me</sup> Rima a obtenu un sous score de 1, en répondant sur la valeur 3 recordée en 1 pour la question 1 « *Avez-vous pu vous concentrer sur ce que vous faisiez ?* ». Elle a coché aussi sur la valeur 2 recordée en 0 pour la question 2, « *Vos soucis vous ont-ils empêché de dormir ?* ». D'après cette dernière sous échelle, M<sup>me</sup> Rima n'arrive pas à se concentrer sur son travail.

### La figure représentant les résultats de Rima



### La figure N° 19 : Histogramme du questionnaire GHQ 12 de M<sup>me</sup> Rima

Dans cette figure qui représente les résultats obtenus dans les quatre sous échelles du questionnaire GHQ 12 de M<sup>me</sup> Rima, nous constatons que toutes les sous échelles du questionnaire ont un sous score de 1 pour chaque sous échelle. Dans ce cas, M<sup>me</sup> Rima présente une détresse psychologique au milieu du travail.

### Synthèse du questionnaire GHQ 12 du cas de M<sup>me</sup> Rima

À travers les résultats d'analyse du questionnaire GHQ 12, nous pouvons dire que le score global de M<sup>me</sup> Rima est de 4. Cela indique que notre sujet présente des symptômes de détresse psychologique. Nous remarquons que, dans certains items, notre sujet n'arrive pas à se concentrer sur ses tâches. Par conséquent, il ne se retrouve pas dans sa vie professionnelle et il n'arrive pas à faire face à ses problèmes dans sa vie courante. Ses réponses aux sous échelles, nous montrent que ces quatre sous échelles ont un point pour chacun dans les questions suivantes 7, 8, 5 et 1 « *Avez-vous pu prendre plaisir à vos activités quotidiennes* », « *Avez-vous pu faire face à vos problèmes* », « *Avez-vous senti constamment sous pression ?* » et « *Avez-vous pu vous concentrer sur ce que vous faisiez ?* ».

### 3-Présentation et analyse des résultats de l'échelle de pénibilité au travail

**Tableau N° 20 : Résultats à l'échelle de pénibilité au travail de Rima**

Climat social	4	11	14	16	18	26	32	34		24	3	2,94
Environnement de travail	3	9	17	22	31	6				15	2,5	
Charge de travail	1	2	12	13	23	25	33	37	38	31	3,44	
Pression de travail	19	30	27	5						10	2,5	
Contraintes de travail	7	15	20	24	29	36				18	3	
Contraintes organisationnelles	8	10	21	28	35					14	2,8	
Total										112		

Nous constatons dans le tableau, ci-dessus, que M<sup>me</sup> Rima a obtenu un score global de (IPG= 2,94). Cela indique qu'elle présente une pénibilité au travail (Voir l'annexe N°20).

En effet, la première sous échelle qui est du climat social, M<sup>me</sup> Rima a obtenu un sous score de (IPGcs=3), en répondant sur la fréquence *quelquefois* pour les items 11, 16, 32 et 34, « À mon travail, je suis confronté à des publics agressifs », « En général, le contact avec les clients, les usagers, les patients, ... est agréable », « Je reçois des avis et remarques cohérents de la part de mes collaborateurs » et « Le climat dans lequel j'effectue mon travail est difficilement supportable ». Ainsi, elle a coché sur la fréquence *souvent* pour les items 14 et 26 « J'ai le soutien de mes collègues » et « Les rapports avec mes collègues de travail sont cordiaux et conviviaux », sur la fréquence *rarement* pour les items 4 et 18 « Je bénéficie du soutien de mon chef » et « L'ambiance qui règne dans mon équipe de travail est invivable ». Selon ces réponses, nous pouvons dire que notre sujet fréquente des publics agressifs et elle ne reçoit pas de reconnaissance sociale. De plus, le climat où elle travaille est insupportable.

Pour la deuxième sous échelle qui est l'environnement de travail, notre sujet a obtenu un sous score de (IPGet= 2,5), en cochant sur la fréquence *quelquefois* pour les items 17 et 31 « La cadence et le rythme de mon travail sont supportables » et « À mon travail, je peux avoir des moments de calme » elle a coché aussi sur la fréquence *rarement* pour les items 3 et 22 « Mes outils de travail sont modernes et bien entretenus » et « Les conditions matérielles de mon travail sont bonnes », sur la fréquence *souvent* pour l'item 9 « À mon travail, je peux privilégier la qualité plutôt que la vitesse » et sur la fréquence *jamais* ne me concerne pas

pour l'item 6 « *J'ai la possibilité d'obtenir une promotion* ». D'après ces réponses, nous retenons que notre sujet travail dans des conditions défavorables et il n'a jamais bénéficié de promotions professionnelles (grades et échelons).

Concernant la troisième sous échelle qui est la charge de travail, M<sup>me</sup> Rima a obtenu un sous score de (IPGct=3,44). Elle a répondu sur la fréquence *quelquefois* pour les items 1, 2, 23, 25 et 38 « *Je travaille sous pression* », « *Je suis surchargée à mon poste* », « *J'arrive facilement à atteindre les quotas journaliers demandés* », « *La quantité de travail que je dois réaliser par jour est correcte* » et « *Je dispose du temps nécessaire pour exécuter correctement mon travail* ». Ainsi, elle a répondu sur la fréquence *souvent* pour les items 12, 13, 33 et 37 « *À mon travail, j'ai le temps de réfléchir avant de prendre des décisions* », « *Dans mon travail, je ne fais qu'une chose à la fois* », « *J'ai les capacités physiques et intellectuelles suffisantes pour faire ce que l'on me demande* » et « *La charge de mon travail est compatible avec mes capacités physiques* ». Ces réponses indiquent que notre sujet est chargé dans son poste, elle travaille sous pression et elle prend énormément de temps pour achever son travail.

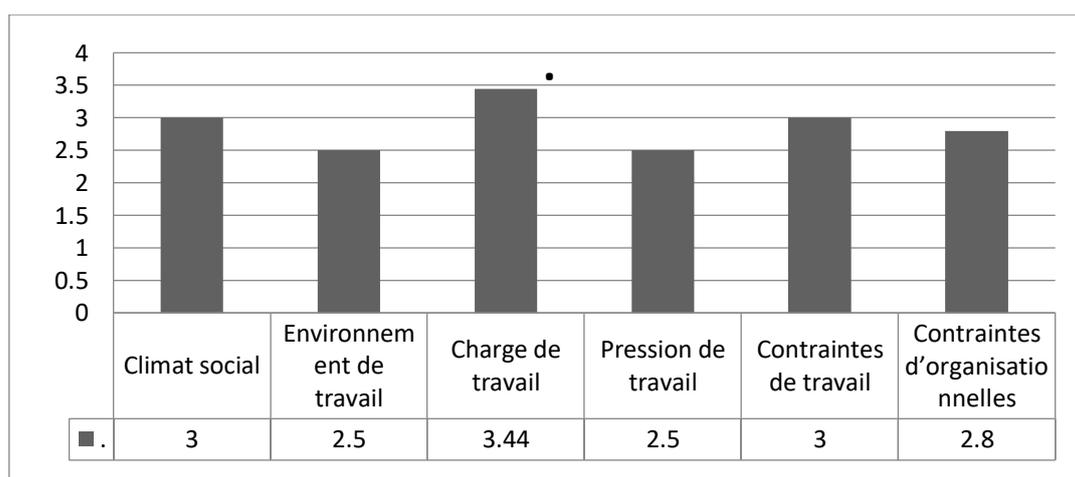
La pression de travail est la quatrième sous échelle de M<sup>me</sup> Rima. Elle a obtenu un sous score de (IPGpt=2,5), en répondant sur la fréquence *souvent* pour l'item 19 « *Il arrive que je sois interrompu dans mon travail* », sur la fréquence *jamais ne me concerne pas* pour l'item 1, « *Je travaille sous pression* », sur la fréquence *rarement* pour l'item 27, « *Je reçois des ordres contradictoires de ma hiérarchie* » et sur la fréquence *quelquefois* pour l'item 5 « *Le rythme de mon travail est supportable* ». Ces réponses indiquent que notre sujet se trouve des fois contraint d'interrompre son travail, ce qui perturbe le déroulement de son travail. Aussi, il reçoit des ordres contradictoires de sa hiérarchie.

La cinquième sous échelle est celle des contraintes de travail. Notre sujet a obtenu un sous score de (IPGct=3). Elle a coché sur la fréquence *souvent* pour les items 7 et 36 « *Mes conditions de travail sont précaires* » et « *La charge de mon travail est compatible avec mes capacités physiques* ». Ainsi, elle a répondu sur la fréquence *rarement* pour les items 15 et 29 « *Les exigences de mon travail sont au-dessus de mes forces* » et « *Dans mon travail, je dois prendre et tenir des postures (positions du corps) pénibles* ». Puis, elle a coché sur la fréquence *quelquefois* pour les items 20 et 24 « *Il arrive que je réalise mon travail sous des températures extrêmes* » et « *Il arrive que je manque de temps pour terminer ce que j'ai commencé* ». D'après ces réponses, nous constatons que M<sup>me</sup> Rima fait face aux contraintes

professionnelles, causées essentiellement par les conditions défavorables dans son lieu de travail.

Pour la dernière sous échelle, qui est les contraintes organisationnelles, notre sujet a obtenu un sous score de (IPGco=2,8). M<sup>me</sup> Rima a coché sur la fréquence *souvent* pour les items 8 et 35 « *Mes horaires de travail sont supportables* » et « *Travailler la nuit est éprouvant physiquement et mentalement* », après sur la fréquence *jamais ne me concerne pas* pour l’item 10 « *Mon travail m’expose aux nuisances sonores* » pour la fréquence *quelquefois* elle a coché pour l’item 21 « *Je manque de marge de manœuvre dans mon travail* ». Enfin, elle a coché le dernier item sur la fréquence *rarement* pour l’item 28 « *Il arrive que je termine une partie de mon travail à la maison* ». D’après ces réponses de cette dernière sous échelle de M<sup>me</sup> Rima, les résultats indiquent qu’elle manque d’activités dans son travail. Aussi, elle déclare qu’elle parvient rarement à terminer son travail à la maison.

### La figure représentante le cas de Rima



**La figure N° 18 : Histogramme de l'échelle de pénibilité au travail de M<sup>me</sup> Rima**

Cette figure représente les résultats obtenus sur les sous échelles de l'échelle de pénibilité au travail de M<sup>me</sup> Rima. Nous, percevons que les sous échelles du climat social, charge de travail et contraintes de travail ont un sous score plus de 3, et la sous échelle de l'environnement de travail et pression de travail ont un sous score de 2,5. Cela signifie que Mme Rima présente une de pénibilité au travail.

### Synthèse de l'échelle de pénibilité au travail du cas de M<sup>me</sup> Rima

À travers ces résultats d'analyses de l'échelle de pénibilité au travail, le score global enregistré par M<sup>me</sup> Rima est (IPG=2,94). Selon la grille d'évaluation, le résultat indique que

notre sujet présente une forte pénibilité au travail. D'après ses réponses aux sous échelles, nous récapitulons que dans certains items de notre sujet montre que ses conditions de travail sont instables, du fait de la pression et de la charge au travail, comme l'indique l'item 7 « *Mes conditions de travail sont précaires* ». Toutefois, dans ses réponses sur d'autres items où elle a coché sur la fréquence souvent, les résultats indiquent que M<sup>me</sup> Rima partage de bonnes relations avec ses collègues de travail, ce qui lui permet de surmonter les différentes contraintes professionnelles qu'elle rencontre dans son travail.

### **Synthèse générale du cas de M<sup>me</sup> Rima**

En se référant aux résultats d'analyse de l'échelle du questionnaire GHQ 12, M<sup>me</sup> Rima présente une détresse psychologique avec un score global de 4. À propos des sous échelles, nous remarquons que notre sujet a marqué un sous score bas, qui est de 1. Idem pour l'anxiété où elle a obtenu un sous score de 1. Cela, signifie que notre sujet n'a pas pu faire face à ses problèmes ayant lien avec son travail. Elle a eu un sous score de 1 relatif à des troubles psychosomatiques et un sous score de 1 pour l'insomnie. Notre sujet déclare qu'il n'arrive pas à se concentré sur son travail.

En se basant sur les résultats du questionnaire GHQ 12 et l'échelle de pénibilité au travail, nous constatons qu'il y a une concordance entre les résultats des deux outils psychométriques. Car à travers le questionnaire GHQ 12, notre sujet montre des symptômes de détresse psychologique. Concernant, l'échelle de pénibilité au travail, elle a enregistré d'un score global (IPG=2,94), ce qui indique que notre sujet présente une pénibilité au travail. Dans cette optique, nous pouvons dire que M<sup>me</sup> Rima, malgré sa pénibilité au travail et la souffrance psychologique, mais elle continue d'exercer son métier.

Nous allons consacrer la partie ci-dessous du chapitre pour la discussion des hypothèses.

## **II- Discussion des hypothèses :**

La discussion des hypothèses est la dernière partie du chapitre. Nous allons discuter nos hypothèses afin de répondre à la problématique de recherche et affirmer ou infirmer les hypothèses déjà formulées dans la problématique. Nous allons mettre en clair le vécu psychologique des psychologues praticiens dans le secteur public, et ce, à travers l'analyse des résultats des trois outils de recherche, à savoir l'entretien semi-directif, le questionnaire GHQ 12 et l'échelle de pénibilité au travail, pour le cas illustratif. Les deux outils psychométriques, pour le reste des cas.

Nous allons débiter de discuter les deux hypothèses partielles composant les indicateurs pertinents, pour discuter, enfin, l'hypothèse générale.

### **Hypothèse N°1 : Oui, il existe une détresse psychologique chez les psychologues cliniciens de santé publique.**

La vérification de cette première hypothèse partielle et opérationnelle, est faite sur la base des résultats d'analyse de l'entretien clinique et sur le questionnaire GHQ 12 de M. Nabil. Pour analyser ces outils, on s'est référé à la théorie cognitivo-comportementale.

#### **Cas N° 1 : Monsieur Nabil**

En s'appuyant sur les informations récoltées à partir de l'entretien clinique, nous avons constaté que M. Nabil ne présente pas de détresse psychologique, du fait qu'il exerce son métier sans manifestations symptomatologiques, « *Mon état d'esprit est toujours intact, dans toutes les situations et dans tous les temps. C'est-à-dire quand je rentre à mon bureau j'oublie tous ce qu'il y'a à l'extérieur et quand je sors, l'après-midi, j'oublie tous que j'ai fait durant toute la journée dans mon lieu de travail* ». Coté sommeil, M. Nabil ne se plaint pas : « *je dors tôt la nuit et je me lève tôt le matin, ni cauchemars ni sursauts dans mon sommeil* ». Aussi, M. Nabil ne rencontre pas des cas agressifs dans son travail. D'après lui, « *le métier du psychologue clinicien est un bon métier* ». En effet, le psychologue clinicien sait écouter et observer les sujets, pour qu'il puisse détecter les troubles du comportement et les difficultés d'adaptation, afin de proposer une psychothérapie adéquate aux sujets et leurs difficultés.

M. Nabil n'a pas pris de congés de maladie, « *je n'ai pris aucun congé de maladie depuis le début de mon intégration dans mon domaine de travail* ». Concernant les conditions et le climat de travail, notre sujet les qualifie de favorables: « *Le climat de travail dans le quel je travail est favorable. J'ai un bureau individuel et tous les moyens nécessaire pour me permettant une bonne qualité de travail* ». Enfin, M. Nabil nous a remerciés pour avoir s'intéresser aux psychologues cliniciens dans le secteur public.

Dans le questionnaire GHQ 12, M. Nabil a obtenu un score global de 5, et des sous scores de 3 pour la sous échelle de dépression, un sous score de 2 pour la sous échelle de l'anxiété. Ces sous scores indiquent que notre sujet présente une détresse psychologique qui se manifeste par des symptômes de la dépression et de l'anxiété, un sous score de 0 pour les deux échelles, les troubles psychosomatiques et l'insomnie. Cela a été constaté à travers ses réponses où il a répondu sur la valeur 3 recordée en 1 pour les questions 3, 7 et 11 « *Avez-vous eu le sentiment de jouer un rôle utile ?* », « *Avez-vous pu prendre plaisir à vos activités quotidiennes ?* » et « *Avez-vous pensé que vous ne valez rien ?* ». Ainsi, il a coché sur la

valeur 3 recordée en 1 pour les questions 6 et 12 « *Avez-vous senti que vous ne pouviez pas surmonter vos difficultés ?* » et « *Avez-vous senti relativement heureux dans l'ensemble ?* ». Il a répondu aussi sur la valeur 1 ou 2 recordées en 0 pour les questions 5, 10, 2 et 1 « *Avez-vous senti constamment sous pression ?* », « *Avez-vous perdu confiance en vous ?* », « *Vos soucis vous ont-ils empêché de dormir ?* » et « *Avez-vous pu vous concentrer sur ce que vous faisiez ?* ».

La discordance entre le premier outil de recherche et le questionnaire GHQ 12, nous a mis devant une situation complexe. Cela fait échos sans doute à ce que les cliniciens appellent sur le terrain « *les cas difficiles* » ou les « *cas complexes* ». Toutefois, en se basant sur les résultats de ce questionnaire et l'intuition, lors du déroulement de l'entretien et nos observations, nous pouvons dire que notre première hypothèse partielle est confirmée pour ce cas.

### **Cas N°2 : Madame Rahma**

En tenant compte des résultats récoltés à partir du questionnaire GHQ 12, nous avons remarqué que M<sup>me</sup> Rahma a obtenu un score global de 1. Elle a enregistré également des sous score qui montrent que notre sujet ne présente pas une détresse psychologique. Par exemple : sur la sous échelle de dépression elle a 1, mais le reste des sous échelles sont tous 0, donc le score global est 1. Ce dernier montre une absence des symptômes de la détresse psychologique.

D'après l'analyse des réponses de M<sup>me</sup> Rahma, par rapport au questionnaire de GHQ 12, nous arrivons à infirmer notre première hypothèse partielle concernant notre sujet. Autrement dit, M<sup>me</sup> Rahma ne présente pas de détresse psychologique dans son travail.

### **Cas N°3 : Mademoiselle Razika**

En se référant aux résultats tirés du questionnaire GHQ 12, nous estimons que M<sup>elle</sup> Razika présente une détresse psychologique, sous un score global de 8. Elle a enregistré ainsi un sous score de 2 sur la sous échelle de dépression, et un sous score de 3 sur la sous échelle de l'anxiété, sur la sous échelle trouble psychosomatique avec un sous score de 1 et un sous score de 2 sur la sous échelle de l'insomnie.

Donc, d'après les résultats enregistrés par M<sup>elle</sup> Razika dans le questionnaire GHQ 12, nous pouvons confirmer notre première hypothèse partielle, c'est-à-dire que M<sup>elle</sup> Razika présente une détresse psychologique.

**Cas N°4 : Monsieur Mahmoud**

En se basant sur les résultats recueillis par M. Mahmoud, à travers le questionnaire GHQ 12, notre sujet a enregistré un score global de 4. Aussi, il a enregistré 3 sur la sous échelle de dépression, 1 sur la sous échelle de l'insomnie et 0 sur les deux sous échelle de l'anxiété et les troubles psychosomatiques.

D'après ces résultats récoltés par le questionnaire de GHQ 12, on peut dire que notre sujet présente une détresse psychologique. Dans ce cas, notre hypothèse est confirmée pour notre sujet.

**Cas N° 5 : Madame Nadjet**

Selon les résultats du questionnaire GHQ 12, M<sup>me</sup> Nadjet a enregistré un score global de 7. Elle a obtenu sur les sous échelles de dépression, anxiété et insomnie un sous score de 2, et un sous score 1 pour l'échelle de troubles psychosomatiques.

D'après ces résultats, nous pouvons dire que notre sujet présente une détresse psychologique. Dans ce cas, notre hypothèse partielle est confirmée pour notre sujet.

**Cas N° 6 : Monsieur Bilal**

Suite aux résultats recueillis sur le questionnaire GHQ 12, M. Bilal a obtenu un score global de 0, ce qui indique qu'il ne présente pas de détresse psychologique. En se basant sur les sous échelles, nous constatons que notre sujet a répondu sur les valeurs 1 ou 2, recordées en 0 sur tous les items des sous échelles.

D'après les résultats d'analyse du questionnaire GHQ 12, on peut dire que notre sujet ne présente aucun symptôme de détresse psychologique. En effet, notre première hypothèse partielle est infirmée pour notre sujet.

**Cas N° 7 : Madame Sadika**

D'après les résultats du questionnaire GHQ 12 recueillis, M<sup>me</sup> Sadika a obtenu un score global de 3, ce qui montre notre sujet présente détresse psychologique. Elle a répondu sur les sous échelles de dépression et insomnie de 1 et 2 pour la sous échelle d'anxiété, et 0 pour la sous échelle de troubles psychosomatiques.

D'après les résultats d'analyse de questionnaire GHQ 12, nous remarquons que notre sujet présente quelques symptômes de détresse psychologique. Dans ce cas, notre hypothèse partielle est confirmée pour notre sujet.

**Cas N° 8 : Madame Linda**

En tenant compte des résultats recueillis dans le questionnaire GHQ 12, M<sup>me</sup> Linda a obtenu un score global de 5, ce qui prouve que notre sujet présente une détresse psychologique. Elle a répondu sur les sous échelles d'anxiété, troubles psychosomatiques et l'insomnie avec 1, et elle a obtenu de 2 sur la sous échelle de dépression.

D'après les résultats d'analyse du questionnaire GHQ 12, nous constatons que notre sujet présente une détresse psychologique. Dans cette optique, notre première hypothèse partielle est confirmée pour notre sujet.

**Cas N° 9 : Madame Rima**

À partir des résultats recueillis dans le questionnaire GHQ 12, M<sup>me</sup> Rima a obtenu un score global de 4, ce qui montre notre sujet présente une détresse psychologique. Elle a répondu sur tous les sous échelles avec un sous score de 1.

D'après les résultats d'analyse du questionnaire GHQ 12, nous pouvons dire que notre sujet présente une détresse psychologique. Dans cette optique, notre hypothèse partielle est confirmée pour notre sujet.

**Hypothèse N°2 : Le niveau de pénibilité au travail chez les psychologues cliniciens de santé publique est élevé.**

Pour vérifier cette deuxième hypothèse partielle, nous nous sommes basées sur les résultats d'analyse de l'entretien clinique semi-directif et l'échelle de pénibilité au travail pour le cas illustratif de M. Nabil. Il faut souligner, dans ce contexte, qu'on n'a pas pu appliquer l'entretien semi-directif à tous les sujets de recherche, à cause de la crise sanitaire relative à la pandémie du Covid-19.

**Cas N° 1 : Monsieur Nabil**

En se référant à des données rassemblées par l'entretien clinique, nous pouvons retenir que M. Nabil ne présente pas des maladies physiques ou mentales ou chroniques. C'est dire que notre sujet jouit d'une bonne santé. D'ailleurs, M. Nabil n'a pris aucun congé de maladie, depuis son intégration professionnelle en tant que psychologue clinicien. « *Je n'ai pris aucun congé de maladie, depuis le début de mon intégration dans mon domaine de travail* », dit-il. Concernant, les conditions et le climat dans lequel il travaille, notre sujet déclare : « *Mon climat de travail est favorable. J'ai un bureau individuel et tous les moyens nécessaires pour une bonne qualité de travail* ». Il faut rappeler, ici, que les conditions de travail ne sont pas des variables qui s'imposent aux professionnels, mais des constructions sociales qui conduisent à

détacher du travail certains de ses aspects, tout particulièrement lorsqu'ils soulèvent des problèmes de pénibilités ou d'atteintes à la santé (Gollac et Volkoff, 2006).

Cependant, M. Nabil présente de l'épuisement, à la fin de la semaine où il déclare : « *dès fois oui, j'ai de la fatigue et surtout à la fin de la semaine, mais juste après le week-end la fatigue disparaîtra, après un repos mérité* ». La conséquence la plus désagréable de la fatigue est la perte d'importance d'autonomie, et la demande de repos. (Daneault, 2006). Enfin, notre cas illustratif a tenu à nos remercier pour avoir pensé aux psychologues cliniciens de la fonction publique.

Dans l'échelle de pénibilité au travail, M. Nabil a obtenu un score global de (IPG=2,60), ce qui indique que notre sujet présente une pénibilité d'un niveau fort dans son travail. Il a obtenu des sous score de différents degrés : un sous score de (IPGct=3,22) et un sous score de (IPGpt= 3). Par contre, un sous score pour la sous échelles de contraintes de travail est (IPGct=1,33). Comme il a obtenu également un sous score sur la sous échelle de contraintes organisationnelles est (IPGco=1,8).

La discordance entre le premier outil de recherche et l'échelle de pénibilité au travail, nous a mis devant une situation ambiguë. Cela fait échos à ce que les cliniciens appellent sur le terrain « *les cas difficiles* » ou « *les cas complexes* ». Toutefois, en se basant sur les résultats de cette échelle et l'intuition, lors du déroulement de l'entretien et nos observations, nous pouvons dire que notre deuxième hypothèse partielle est confirmée pour ce cas.

### **Cas N° 2 : Madame Rahma**

En se référant aux résultats recueillis sur l'échelle de pénibilité au travail, M<sup>me</sup> Rahma a obtenu un score global de (IPG=3,05), ce qui indique que notre sujet présente un niveau fort de pénibilité au travail. Elle a répondu sur la sous échelle de climat social, et elle a obtenu un sous score de (IPGct=2,87). Sur la sous échelle d'environnement de travail elle a obtenu un sous score de (IPGet=2,66). Pour la sous échelle de contraintes de travail elle a eu un sous score de (IPGct=3,5). Quant à la sous échelle de contraintes organisationnelles elle a enregistré un sous score de (IPGco=2,00).

D'après les résultats de l'analyse de l'échelle de pénibilité au travail, nous pouvons dire que notre sujet présente une pénibilité au travail. Donc, cette deuxième hypothèse partielle est confirmée pour ce sujet.

### **Cas N° 3 : Mademoiselle Razika**

En se basant sur résultats de l'échelle de pénibilité au travail, M<sup>elle</sup> Razika a obtenu un score global de (IPG=3,5). Cela qui indique que notre sujet présente un niveau très fort de

pénibilité au travail. Elle a obtenu un sous score de (IPGct=3,66) pour la sous échelle de contraintes de travail. Ainsi, elle a obtenu un sous score de (IPGct=3,77) pour la sous échelle de la charge de travail. Elle a obtenu un sous score de (IPGcs=2,5) pour la sous échelle du climat social.

D'après les résultats de l'analyse de cette échelle, nous estimons que notre sujet présente une pénibilité au travail. De ce fait, cette deuxième hypothèse partielle est confirmée pour notre cas.

#### **Cas N° 4 : Monsieur Mahmoud**

En s'appuyant sur les résultats de l'échelle de pénibilité au travail, M. Mahmoud a obtenu un score global de (IPG=2,66), ce qui indique que notre sujet présente une pénibilité au travail. Il a obtenu un sous score de (IPGcs=3) pour la sous échelle du climat social, un sous échelle de (IPGct=3) pour la sous échelle de la charge de travail et un sous score de (IPGpt=2) pour la sous échelle de la pression au travail.

D'après l'analyse des résultats de l'échelle de pénibilité au travail, M. Mahmoud présente une pénibilité au travail. Donc, notre deuxième hypothèse partielle est confirmée pour ce cas.

#### **Cas N° 5 : Madame Nadjet**

À partir des résultats de l'échelle de pénibilité au travail, M<sup>me</sup> Nadjet, a obtenu un score global de (IPG=2,42), ce qui indique que notre sujet présente une pénibilité au travail d'un niveau fort. Elle a obtenu un sous score du climat social qui est (IPGcs=2,62). Aussi, elle a obtenu un sous élevé pour la sous échelle de la charge de travail estimé de (IPGct=3) et un niveau faible de la sous échelle environnement de travail évalué de (IPGet=1,33).

D'après l'analyse des résultats de l'échelle de pénibilité au travail, M<sup>me</sup> Nadjet présente une pénibilité dans son milieu de travail. Donc, notre deuxième hypothèse partielle est confirmée pour notre sujet.

#### **Cas N° 6 : Monsieur Bilal**

En se référant aux résultats donnés à travers l'échelle de pénibilité au travail de M. Bilal, ce dernier a obtenu un score total de (IPG=2,84), ce qui indique notre que sujet présente une pénibilité dans son travail, avec un niveau de très fort. Il a obtenu un sous score élevé de la sous échelle du climat social estimé de (IPGcs=3,25). Il a eu un sous score élevé de la sous échelle de l'environnement de travail évaluer de (IPGet=3,66), toujours élevé pour la sous

échelle de la charge de travail est précisé de (IPGct=3,11), et faible pour la sous échelle de contraintes de travail estimer (IPGct=1,16).

D'après l'analyse des résultats de l'échelle de pénibilité au travail, nous trouvons que M. Bilal présente une pénibilité dans son travail, ce qui veut dire que cette hypothèse partielle est confirmée pour ce cas.

#### **Cas N° 7 : Madame Sadika**

En tenant compte des résultats recueillis sur l'échelle de pénibilité au travail de M<sup>me</sup> Sadika, elle a obtenu un score global de (IPG=2,15), ce qui signifie notre sujet présente une pénibilité dans son métier, avec niveau moyen. De ce fait, elle a obtenu un sous score de (IPGcs=2,25). Ainsi, elle a eu un sous score de (IPGct=2,44) pour la sous échelle de la charge de travail, et un niveau très faible de la sous échelle de contraintes organisationnelles, estimé de (IPGco=1,4).

En se référant aux résultats précédents de l'échelle de pénibilité au travail, nous pouvons dire que M<sup>me</sup> Sadika présente une pénibilité au travail, donc notre deuxième hypothèse partielle est confirmée pour ce cas.

#### **Cas N° 8 : Madame Linda**

En se basant sur les résultats recueillis de l'échelle de pénibilité au travail, M<sup>me</sup> Linda a obtenu un score global de (IPG=2,73), ce qui indique notre sujet présente une pénibilité dans son travail avec un niveau fort. Elle a obtenu un sous score de niveau élevé, avec un (IPGpt=3) sur la sous échelle de la pression au travail. Elle a eu sur la sous échelle de contraintes de travail un score d'un niveau très élevé évaluer de (IPGct=3,16). Cependant, pour la sous échelle de l'environnement de travail, M<sup>me</sup> Linda a obtenu un sous score de (IPGet=1,5).

D'après l'analyse des résultats de M<sup>me</sup> Linda sur l'échelle de pénibilité au travail, nous pouvons dire que Mme Linda présente une pénibilité au travail. C'est dire que notre deuxième hypothèse partielle est confirmée pour ce sujet.

#### **Cas N° 9 : Madame Rima**

Selon les résultats de l'échelle de pénibilité au travail, M<sup>me</sup> Rima a obtenu un score global de (IPG=2,94), ce qui indique notre sujet présente un niveau fort de pénibilité au travail. Elle a obtenu un sous score de la sous échelle charge de travail qui est de (IPGct=3,44), et un sous score de la sous échelle de l'environnement de travail qui est de (IPGet=2,5).

D'après les résultats de M<sup>me</sup> Rima sur l'échelle de pénibilité au travail, nous pouvons dire que notre deuxième hypothèse est confirmée pour ce cas.

**Hypothèse générale : Oui il existe une souffrance psychologique chez les psychologues cliniciens de santé publique. Et cette souffrance psychologique est en lien avec la pénibilité au travail.**

Nous allons présenter et discuter, dans les tableaux ci-dessous, les résultats des outils psychométriques utilisés. Nous allons discuter également notre hypothèse générale, à travers les données obtenues et les différents résultats des deux échelles psychométriques, enregistrés par notre cas illustratif, à savoir le questionnaire GHQ 12 et l'échelle de pénibilité au travail, pour les huit cas dépourvus de l'entretien clinique.

**Tableau N° 15 : Tableau récapitulatif des résultats des cas du questionnaire GHQ 12**

	Dépression	Anxiété	Troubles psychosomatiques	Insomnie	Score global	La nature de la détresse psychologique
M. Nabil	3	2	0	0	5	Présence de la détresse psychologique
M <sup>me</sup> Rahma	1	0	0	0	1	Absence de détresse psychologique
M <sup>elle</sup> Razika	2	3	1	2	8	Présence de la détresse psychologique
M. Mahmoud	3	0	0	1	4	Présence de la détresse psychologique
M <sup>me</sup> Nadjet	2	2	1	2	7	Présence de la détresse psychologique

M. Bilal	0	0	0	0	0	Absence de la détresse psychologique
M <sup>me</sup> Sadika	1	2	0	1	4	Présence de la détresse psychologique
M <sup>me</sup> Linda	2	1	1	1	5	Présence de la détresse psychologique
M <sup>me</sup> Rima	1	1	1	1	4	Présence de la détresse psychologique

Le tableau ci-dessus représente le tableau récapitulatif de l'ensemble de nos cas. On constate qu'il y a des sujets qui ont une détresse psychologique, comme le cas de M<sup>elle</sup> Razika, le cas de M<sup>me</sup> Nadjet, dont une détresse psychologique modérée pour le cas de M. Nabil, le cas de M. Mahmoud, le cas de M<sup>me</sup> Sadika, le cas de M<sup>me</sup> Linda et le cas de M<sup>me</sup> Rima. Quant à l'absence de détresse psychologique, celle-ci nous l'avons constatée dans le cas de M. Nabil et celui de M<sup>me</sup> Rahma.

**Tableau N° 22 : Tableau récapitulatif des résultats des cas à l'échelle de pénibilité au travail.**

	Score total	Signification
M. Nabil	2,60	La présence de la pénibilité au travail
M <sup>me</sup> Rahma	3,05	La présence de la pénibilité au travail
M <sup>elle</sup> Razika	3,5	La présence de la pénibilité au travail
M. Mahmoud	2,65	La présence de la pénibilité au travail
M <sup>me</sup> Nadjet	2,42	La présence de la pénibilité au travail
M. Bilal	2,84	La présence de la pénibilité au travail
M <sup>me</sup> Sadika	2,15	La présence de la pénibilité au travail
M <sup>me</sup> Linda	2,73	La présence de la pénibilité au travail

M <sup>me</sup> Rima	2,94	La présence de la pénibilité au travail
----------------------	------	---

Le tableau ci-dessus, représente le tableau récapitulatif de l'ensemble de nos sujets. On constate que tous les cas présentent une pénibilité dans leur travail.

### **Cas N° 1 : Monsieur Nabil**

D'après l'entretien clinique de recherche semi-directif, on constate que M. Nabil présente une souffrance psychologique dans l'exercice de son métier, car il présente une pénibilité durant l'exercice de son travail, à cause du manque des conditions favorables de travail, comme il présente une détresse psychologique. De ce fait, il présente des symptômes qui touchent son intégrité psychologique. Toutefois, la pénibilité au travail que présent M. Nabil n'avait pas influencé sur le plan de sa santé physique. On conclut par dire que notre hypothèse générale est confirmée pour ce cas illustratif.

### **Cas N° 2 : Madame Rahma**

Dans l'analyse des résultats obtenus, à travers les deux outils psychométriques de recherche que nous avons utilisés, à savoir le questionnaire GHQ 12 et l'échelle de pénibilité au travail, nous remarquons que la santé psychologique de M<sup>me</sup> Rahma est stabilisée, malgré sa pénibilité observée au travail. Elle se caractérise d'un caractère de résistance, ce qu'explique que notre sujet est capable de surmonter sa pénibilité. De ce fait, on peut dire que M<sup>me</sup> Rahma ne présente pas de souffrance psychologique au travail. Donc, notre hypothèse générale est infirmée pour ce sujet.

### **Cas N° 3 : Mademoiselle Razika**

En tenant compte de l'analyse des résultats obtenus, à partir du questionnaire GHQ 12 et l'échelle de pénibilité au travail, nous constatons que l'état psychologique de M<sup>elle</sup> Razika est en souffrance psychologique au travail. Assurément, cela influence directement sur son mode de vie et son rendement professionnel. Cette souffrance pourrait lui provoquer des pathologies mentales et physiques. Nous synthétisons par dire que la souffrance psychologique est provoquée essentiellement par un déplaisir, un sentiment d'inutilité et des troubles de sommeil. Donc, notre hypothèse générale est confirmée pour notre sujet.

### **Cas N° 4 : Monsieur Mahmoud**

En se référant aux résultats obtenus, à travers le questionnaire GHQ 12 et l'échelle de pénibilité au travail, nous constatons que M. Mahmoud présente une souffrance psychologique, ce qui indique que notre sujet n'arrive pas à assurer convenablement son

métier. Alors, nous pouvons dire que la souffrance psychologique, chez ce sujet, est due aux pensées négatives, au sentiment de dépression et aux différents soucis qui l'empêchent de dormir. Donc, notre hypothèse générale est confirmée pour ce sujet.

#### **Cas N° 5 : Madame Nadjet**

En se basant sur les résultats d'analyse du questionnaire GHQ 12 et l'échelle de pénibilité au travail, nous retenons que M<sup>me</sup> Nadjet présente un état de souffrance psychologique, causée par la charge du travail et les pressions qui pèsent constamment sur elle. Cela pourrait facilement lui engendrer des pathologies qui peuvent devenir des maladies professionnelles. La souffrance psychologique dont souffre M<sup>me</sup> Nadjet est liée au travail. Nous dirons, donc, que notre hypothèse générale est confirmée pour ce cas.

#### **Cas N° 6 : Monsieur Bilal**

À partir des résultats d'analyse des deux outils psychométriques (questionnaire GHQ 12 et l'échelle de pénibilité au travail), nous avons remarqué qu'il y a une action de contredire entre les résultats des outils, car sur le questionnaire GHQ 12 M. Bilal ne présente aucun symptômes de détresse psychologique. Notre sujet a obtenu un score global de 0 et l'échelle de pénibilité de travail, et il a enregistré un score global de IPG=2,84. De ce fait, malgré la pénibilité au travail, M. Bilal ne présente aucun symptôme de détresse psychologique. De ce fait, notre hypothèse générale est infirmée pour ce cas.

#### **Cas N° 7 : Madame Sadika**

Suite aux résultats d'analyse obtenus à travers les outils employés, nous constatons que M<sup>me</sup> Sadika présente quelques symptômes liés à la détresse psychologique, ce qui altère son état psychologique. En revanche, pour l'échelle de pénibilité au travail, notre sujet a obtenu un score global de (IPG=2,15). Nous remarquons que la pénibilité a influencé sur la santé mentale de notre sujet. Notre sujet présente une souffrance psychologique au travail. Donc, notre hypothèse générale est confirmée pour ce cas.

#### **Cas N° 8 : Madame Linda**

D'après les résultats d'analyse obtenus par M<sup>me</sup> Linda sur les deux outils psychométriques, à savoir le questionnaire GHQ 12 et l'échelle de pénibilité au travail, nous avons constaté que notre sujet présente une souffrance psychologique dans l'exercice de son métier. Concernant le questionnaire, M<sup>me</sup> Linda a obtenu un score global de 5, ce qui veut dire qu'elle présente une détresse psychologique, et cela signifie également que notre sujet présente une pénibilité au travail, sur l'échelle de pénibilité au travail. Donc ceux-ci montrent

que M<sup>me</sup> Linda vit une souffrance psychologique marquante. De ce fait, notre hypothèse générale est confirmée pour ce sujet.

### Cas N° 9 : Madame Rima

En se basant sur les résultats obtenus dans le questionnaire GHQ 12 et l'échelle de pénibilité au travail dans lesquels M<sup>me</sup> Rima a obtenu un score global de 4 pour le premier outil, ainsi que dans le deuxième outil qui est l'échelle de pénibilité au travail dans le quel elle a obtenu un score global de (IPG=2,94). Dans ce cas, la présence de pénibilité au travail de notre sujet provoque des symptômes de détresse psychologique. De ce fait, la souffrance psychologique est influencée par la détresse psychologique. Donc, notre hypothèse générale est confirmée pour ce cas.

### Synthèse

À partir des résultats obtenus, à partir des outils de recherche que nous avons utilisés pour recueillir les informations fiables sur nos sujets de recherche, nous pouvons distinguer entre nos cas. Dans la première hypothèse intitulée « *Oui, il existe une détresse psychologique chez les psychologues cliniciens de santé publique* », on trouve des cas confirmés comme M. Nabil, M. Mahmoud, M<sup>elle</sup> Razika, M<sup>me</sup> Nadjat, M<sup>me</sup> Linda, M<sup>me</sup> Rima et M<sup>me</sup> Sadika. Les cas infirmés sont M<sup>me</sup> Rahma et M. Bilal.

Nous constatons également que tous les cas sont confirmés pour notre deuxième hypothèse intitulée « *Oui, il existe une pénibilité au travail chez les psychologues cliniciens de santé publique* », car tous les sujets présentent la pénibilité dans leur travail.

Par ailleurs, l'hypothèse générale intitulée « *Oui il existe une souffrance psychologique chez les psychologues cliniciens de santé publique. Cette souffrance psychologique est en lien avec la pénibilité au travail* », on trouve que les cas confirmés sont M. Nabil, M. Mahmoud, M<sup>elle</sup> Razika, M<sup>me</sup> Nadjat, M<sup>me</sup> Linda, M<sup>me</sup> Rima et M<sup>me</sup> Sadika. Les cas infirmés sont M<sup>me</sup> Rahma et M. Bilal. Nous remarquons que malgré la pénibilité au travail de M<sup>me</sup> Rahma et M. Bilal, ces cas ne présentent pas de souffrance psychologique dans la pratique de leur travail. C'est dire qu'ils font de la résistance, de l'élaboration des stratégies de coping et la qualification de la formation.

Nous rappelons ici que plusieurs études ont été effectuées, en Algérie et dans d'autres pays, sur des sujets similaires aux sujets de notre recherche, mais avec des variables différentes. Nous allons les citer, ci-dessous, brièvement.

D'après une étude qui a été faite en France, par Laurentine Véron en 2013, sur un échantillon de 388 sujets ayant un Master II en psychologie Française, dont la recherche a été menée grâce à un questionnaire informatisé. Ce dernier était composé de questions créées en référence à la littérature et à l'expérience de plusieurs professionnels et du General Health Questionnaire à 12 Items de Goldberg (1972), auto-questionnaire d'évaluation des troubles psychopathologiques. Pour les résultats de cette étude, près de la moitié 47% de l'échantillon confirme une altération de la santé physique et 60% des résultats ont mentionné des effets de leur travail sur leur santé psychique. De plus, de nombreux impacts, tant pour la santé physique que pour la santé psychique, comme les troubles de sommeil, les douleurs vertébrales et musculaires, anxiété, etc. L'étude a montré également que 19% éprouvent de la fatigue, plus de 7% signalent des troubles de sommeil et plus de 5% se sentent découragés par le travail, comme le sentiment d'impuissance, pessimisme, etc. (Véron, 2013).

Une autre étude qui vise à mesurer le degré de l'intelligence émotionnelle et la résilience chez les psychologues cliniciens praticiens. L'étude en question a été faite sur un échantillon de 152 psychologues cliniciens praticiens. Les données et les statistiques recueillies ont prouvé les résultats suivants :

- Les psychologues cliniciens praticiens ont un degré moyen d'usure de la compassion.
- Il y a une relation négative entre l'usure de la compassion et l'intelligence émotionnelle et ses dimensions.
- Il y a une relation positive entre la résilience et l'intelligence émotionnelle et ses dimensions.
- Il n'existe pas de différence avec l'indice statistique en fonction du sexe et de l'âge dans le degré de l'intelligence émotionnelle.
- Il existe des différences avec l'indice statistique en fonction du sexe, de l'âge et du lieu de travail dans le degré de l'usure de la compassion.
- Il n'existe pas de différence avec l'indice statistique en fonction du sexe, de l'âge et du lieu de travail dans le degré de la résilience. (Taleb, 2013).

L'autre étude a été faite à l'université de Ouargla en Algérie, sous forme d'enquête, sous le thème « les obstacles de la pratique psychologique dans les établissements de santé publique pour les wilayas de l'est de l'Algérie ». Cette enquête a été faite sur 175 psychologues cliniciens qui travaillent dans 119 établissements Public Hospitalier (EPH) et 136

Etablissements de Proximité de Santé Public (EPSP) dans plusieurs wilayas de l'est de l'Algérie qui sont : Bordj Bou Arreridj, Sétif, Bejaia, Annaba, Constantine, Guelma, Mila, El taref, Soul-Ahras, Tébessa, Batna, Skikda, Jijel, Khenchela, Oum el Bouaghi, Ouargla, Biskra et El oued. Les résultats de cette enquête indiquent que les psychologues cliniciens rencontrent plusieurs obstacles dans les EPSP et EPH, en Algérie. Parmi ces obstacles on trouve : manque de qualité de formation, la culture de la société, les moyens utilisés et les relations professionnelles. Donc, les psychologues cliniciens sont entravés par ces obstacles car ils les empêchent d'exercer ce métier dans des bonnes conditions dans le secteur sanitaire public, dans les wilayas de l'est. (Zehar, 2015).

Une autre étude vient de Cherifi, Taleb et Harfi (2010). Cette étude a été réalisée sur 35 psychologues cliniciens praticiens dans différents secteurs, travaillant dans plusieurs wilayas, citons : Sétif, Batna, Khenchela, Bordj Bou Arreridj, Biskra et M'Sila. L'étude a révélé qu'il y a plusieurs points sensibles, parmi ces points on cite ; une qualité de formation académique dégradante, due au manque de continuum entre la théorie et le terrain, le regard de la société, les facteurs personnels ainsi que les conditions de travail. (Cherifi, Taleb et Hafri, 2010).

Une autre étude émanant de Mensouri et Lassar (2019). Cette étude a pour but de connaître la réalité de la pratique de la psychologie chez le psychologue clinicien. Les deux chercheurs se sont basés sur des entretiens et des échelles qui mesurent la représentation du psychologue clinicien qui travail dans l'hôpital. L'étude a été réalisée sur 20 psychologues cliniciens différents sur le plan d'expérience professionnel, la qualité de la formation universitaire et la position professionnelle. Les résultats de cette étude montrent que le psychologue clinicien rencontre plusieurs obstacles dans le terrain, à savoir : le climat hospitalier, l'environnement de travail et des difficultés d'ordre professionnel. Les résultats de l'étude en question ont démontré que la différence de la pratique entre les psychologues cliniciens est liée à la différence des années d'expérience professionnelles, la qualité de la formation universitaire et la position professionnelle.

Une autre étude qui a été fait par Guezoui Djedjiga sous le thème « *compétence professionnelles du psychologue clinicien et sa relation avec les traits de personnalité et la satisfaction au travail* ». Elle a procédé pour la méthode descriptive-analytique, et en utilisant le test des compétences professionnelles du spécialiste en psychologie clinique, le test des facteurs de la personnalité ainsi que le test Minnesota de la satisfaction au travail. L'échantillon de l'étude s'est composé de 151 psychologues cliniciens praticiens répartis sur

divers centres et institutions ou exercent les cliniciens. Les résultats de cette étude ont montré que les caractéristiques personnelles du psychologue clinicien dans le névrosisme 17% de variance des compétences professionnelles a pu être prédit à l'aide des degrés du trait névrotique.

- Pour le caractère de détente, les résultats ont montré que se variable (la détente) n'avait pas d'effet significatif dans le modèle de régression simple, ainsi il ne contribue pas à prédire les compétences professionnelles d'un clinicien.

- Quand au caractère d'ouverture à l'expérience, il s'avère que (06,30%) de variance des compétences professionnelles peut être prédite à l'aide de degrés du caractère d'ouverture à l'expérience.

- Pour le caractère de la perfection, il a été constaté que (19, 30%) de variance des compétences professionnelles était prédite à l'aide de des degrés de caractère de perfection, ce qui démontre la signification du modèle linéaire qui lie les deux variables.

- Dans la prédiction des compétences professionnelles par le biais de la satisfaction au travail nous avons trouvé que (04,40%) seulement de variance dans les compétences professionnelles peut être prédit en utilisant les degrés de la satisfaction au travail, ce qui démontre la signification du modèle linéaire qui lie les deux variables.

- On ne peut pas prédire les compétences professionnelles à travers les dimensions de la satisfaction au travail, sauf pour la dimension de satisfaction du travail lui-même, où les résultats ont prouvé la possibilité de prédiction avec une signification statistique acceptable.

Une dernière étude qui a été fait par Bourzouene (2016) sur « *la satisfaction professionnel et la capacité professionnel chez les psychologues cliniciens en Algérie* ». Cette étude porte sur deux variables, la première sur la satisfaction professionnelle chez les psychologues cliniciens et les caractéristiques des psychologues cliniciens compétents. D'après les résultats de cette étude montre que la satisfaction professionnelle chez la majorité des psychologues cliniciens praticiens est liée à des résultats positifs, comme aussi un manque de satisfaction professionnelle est lié à un manque de compétence professionnelle qui est liée elle-même au manque de la qualité de la formation. Ce qu'explique en premièrement l'absence de cohérence entre la formation universitaire et ce que trouve dans la réalité professionnelle. Et deuxièmement un manque de formation continu chez les psychologues cliniciens praticiens. Ainsi qu'on signale les praticiens qui ont la satisfaction professionnelle prouve des formations continues ou ils ont un niveau de doctorat, Master ou Magistère.

De nos jours, le travail permet à chacun de se positionner dans la société, il contribue à évoluer et gagner sa vie. Il crée des liens sociaux, donc le travail est un moyen de satisfaire et de subvenir à leurs besoins à savoir : de pouvoir se loger, se nourrir, se soigner, et de se faire plaisir de temps à autres. De plus, ce dernier favorise l'intégration dans la société et il assure une rente d'argent régulière ce qui permet de pouvoir vivre.

Par ailleurs, dans le monde du travail on a plusieurs secteurs où l'individu peut exercer son travail dans le but d'avoir ses besoins, par exemple le secteur de la santé publique, on trouve le travail des psychologues cliniciens. De ce fait, nous allons prendre en considération les psychologues cliniciens dans le secteur public, qui sont notre objet de recherche.

Dans ce cadre, les psychologues cliniciens sont des praticiens qui étudient le fonctionnement psychique sain ou pathologique, pour en donner une définition des capacités, des caractéristiques cognitives ou affectives et de diagnostiquer pour proposer une psychothérapie adéquate.

En effet, les psychologues cliniciens doivent chaque fois percevoir la souffrance psychologique des sujets avec qui ils travaillent, mais ils doivent aussi faire face aux différentes entraves liées à leur métier même. Il semble, à partir de la revue de la littérature effectuée à ce sujet et présentée antérieurement dans ce mémoire, qu'un malaise persistant plane sur ce métier noble.

Le travail des psychologues cliniciens consiste donc à prendre en charge, psychologiquement parlant, des patients au sein de l'hôpital ou dans le cadre d'une activité hors service hospitalier. Autrement dit, il est sollicité dans tous les lieux où se manifeste une souffrance psychologique, par exemple, dans les établissements à caractère sanitaire. Mais qu'en est-il de la sienne ? C'est l'objet même de cette recherche.

La souffrance psychologique est due aux difficultés liées à la nature du métier ainsi que les conditions du travail défavorables. En effet, la souffrance psychologique est avant tout un vécu que ces professionnels vivent avec plus ou moins d'intensité.

Notre étude a été effectuée au sein de trois lieux de recherche à savoir: l'EPH d'Amizour, le CHU de Bejaia et l'EPSP de Bejaia auprès des psychologues cliniciens qui travaillent dans différents services. Cette recherche a duré tout plus d'une année avec la crise sanitaire causée par la COVID-19. L'étude présentée ici s'est donc attachée à explorer et à décrire la souffrance psychologique des psychologues cliniciens, chez nous en Algérie.

L'étude a porté sur 9 cas, un cas avec l'entretien et les deux outils psychométriques. Les 8 autres cas on a juste administré les deux outils psychométriques. Ces outils nous permettent d'infirmer ou de confirmer nos hypothèses partielles et l'hypothèse générale citées dans la problématique.

Pour la vérification de nos hypothèses de recherche portant sur les deux indicateurs : le premier sur la détresse psychologique et le deuxième sur la pénibilité au travail, nous avons eu le recours à l'entretien clinique de type semi-directif, au questionnaire GHQ 12, et l'échelle de pénibilité au travail.

Afin de réaliser notre étude nous avons opté pour la théorie cognitivo-comportementale (TCC), qui est la théorie adéquate et par parfaite, pour une meilleure compréhension de la souffrance psychologique de nos sujets, elle a aussi pour but d'identifier les pensées, les émotions et les comportements.

À partir des résultats obtenus durant notre recherche, nous avons remarqué que notre première hypothèse intitulée « *Oui, il existe une détresse psychologique chez les psychologues cliniciens de santé publique* » a été confirmée pour les cas suivants : M. Nabil, M<sup>lle</sup> Razika, M. Mahmoud, M<sup>me</sup> Nadjet, M<sup>me</sup> Sadika, M<sup>me</sup> Linda et M<sup>me</sup> Rima. Ainsi nous l'avons infirmé pour M<sup>me</sup> Rahma et M. Bilal.

Notre deuxième hypothèse partielle intitulée « *Oui, il existe une pénibilité au travail chez les psychologues cliniciens de santé publique* », cette dernière a été confirmée pour la globalité de nos sujets, ils ont tous une pénibilité dans leur travail.

Notre hypothèse générale intitulée « *Oui il existe une souffrance psychologique chez les psychologues cliniciens de santé publique. Et cette souffrance psychologique est en lien avec la pénibilité au travail* » est affirmée pour M. Nabil, M<sup>lle</sup> Razika, M. Mahmoud, M<sup>me</sup> Nadjet, M<sup>me</sup> Sadika, M<sup>me</sup> Linda et M<sup>me</sup> Rima, et infirmée pour M<sup>me</sup> Rahma et M. Bilal. Dès lors, dans ces résultats nous percevons que le métier des psychologues cliniciens travaillant dans le secteur public entraîne une souffrance psychologique et une pénibilité au travail.

Aussi, nous avons constaté que la qualité de vie et la qualité au travail sont altérées par la souffrance psychologique, ainsi que l'environnement social qui se compose des collègues de travail et la famille.

Pour la méthodologie que nous avons mis en place, elle a permis l'exploration des variables investis tout en permettant à notre groupe de recherche de s'exprimer librement sur

des éléments dont nous soulignons que grâce aux outils psychométriques qu'il s'agit du questionnaire GHQ 12 et l'échelle de pénibilité au travail, nous avons pu recueillir des données et des résultats, nous pouvons dire aussi que malgré le nombre réduit de cas, on a pu arriver à mieux connaître et comprendre la souffrance psychologique de nos sujets de recherche exerçant dans le secteur public.

De ce fait, il est donc indispensable et plus agréable d'offrir des conditions de travail favorable à savoir : faire évaluer l'organisation du travail en répartissant mieux la charge ou le rythme de travail de ces professionnels de la santé, en modifiant la hiérarchie, accroître les compétences à une meilleur prise en charge, une qualité de formation de haut niveau, faire des séminaires dans le but de réactiver le savoir sur le plan théorique et l'acquisition du nouveau sur le plan pratique, créer un code déontologique spécifique aux psychologues cliniciens algériens, bénéficier des promotions. Enfin, les horaires de travail doivent être régulièrement réfléchies avec les psychologues cliniciens : il faut savoir adopter les heures de travail en périodes des risques comme celle qu'on vit actuellement (COVID-19), proposer un changement de poste pour ne pas voir s'installer la routine, la rémunération selon les grades des psychologues cliniciens de la santé publique et les réunions de synthèse et de supervision entre ces derniers

Notre étude qualitative et exploratoire a permis de mettre en évidence la souffrance psychologique des psychologues cliniciens de santé publique. De ce fait, nous avons engagé d'ouvrir une piste concernant la pénibilité et la souffrance psychologique des psychologues cliniciens travaillant dans la santé publique. Pour cela, nous allons proposer d'autres pistes sur ce sujet aux chercheurs et aux futurs Mastérants dans le domaine telles que : « *est-ce que les psychologues cliniciens de santé publique peuvent surmonter leur pénibilité et leur souffrance psychologique au travail ?* », « *Quelle sont les stratégies de coping utilisée chez les psychologues cliniciens de santé public ?* », « *les psychologues cliniciens de santé publique présentent-ils les symptômes d'un épuisement professionnel ?* ».

## *Liste des références*

### Références en français :

1. *Actualisation du code de déontologie des psychologues de Mars 1996*. Repéré à <https://bit.ly/2RSivrz>
  2. Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions du Travail(ANACT). (2013). *Les promesses de la qualité de vie au travail, document de travail/ Conférence Sociale*. <https://www.nouvelle-aquitaine.aract.fr/media/revue/0001/01/123106-347tc.pdf>.
  3. Aid, O. (2013). *Facteurs de la santé psychologique des psychologues cliniciens praticiens en Algérie*. Faculté des sciences humaines et sociales, alger II, Algérie.
  4. Aktouf, O. (1987). *Méthodologie des sciences sociales, approche quantitative des organisations, une introduction à la démarche classique et une critique*, les presses universitaires. les presses Université de Montréal. Québec, Canada.
  5. Albert, E & Saunder, L. (2010). *Comment l'entreprise peut-elle agir face au stress de ses collaborateurs*. Paris, France : Eyrolles
  6. Alessandrin, E & E. Mendelson, J. (2014). *Le psychologue clinicien en institution : Panser le lien. L'information psychiatrique*. 9 (90), 789-796. <https://doi.org/10.1684/ipe.2014.1266>
- Amardjia, N. (2005). *Caractérologie, groupe familial et psychopathologie* (thèse de doctorat inédite). Université Mantouri, Constantine. [https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01540267/file/manin\\_s\\_these.pdf](https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01540267/file/manin_s_these.pdf)
7. American Psychiatric Association. (2015). *DSM5:Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (traduit par J.-D. Guelfi et M.-A. Crocq). Paris, France : Masson.
  8. Angers, M. (1996). *Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines*. Alger, Algérie : Casbah.
  9. Angers, M. (2014). *Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines* (6<sup>e</sup>éd) .Québec, Canada : CEC inc.
  10. Arbisio, Ch. (2003). *Détresse sociale, souffrance psychique, l'enjeu du sujet*. Belgique, Presses universitaires de Namur.
  11. Association québécoise des psychologues scolaires. (2007). *Cadre de pratique des psychologues exerçant en milieu scolaire*. Repéré à <https://bit.ly/2RSD1bx>

12. Chapelle, F. (2018). *Risques psychosociaux et qualité de vie au travail*. <https://doi.org/10.3917/dunod.chape.2018.01>
13. Ballouard, C. (2009). *Aide-mémoire de psychologue. Métier, pratiques, enjeux*. Paris, France : Dunod.
14. Baudelot, C & et Gollac, M. (2015). *Que peuvent dire les suicides au travail? Revue sociologie*, 6 (2), 195-206. <https://doi.org/10.3917/socio.062.0195>
15. Benamsili, L. (2019). *Ethique et déontologie en psychologie clinique. Le malaise en Algérie. Revue Cahiers du laboratoire*, 14 (1), 100-112. <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/102589>
16. Bernaud, J-L. (2008). *Les méthodes d'évaluation de la personnalité*. (2<sup>e</sup>éd). Paris, France : Dunod.
17. Blanchet, A, Gotman, A. (2014). *L'enquête et ses méthodes*. Paris : Armand colin.
18. Bodot, L. (2015). *Évaluation de l'anxiété vis à vis des soins dentaires au CHU de Toulouse en 2015*. (Thèse de doctorat d'état en chirurgie-dentaire). Université de Toulouse III. Repéré à <http://thesesante.ups-tlse.fr/940/1/2015TOU33033>
19. Bonneville-Hébert, N. (2014). *L'interrelation entre la qualité de vie au travail et la qualité de vie personnelle : son rôle dans l'épuisement professionnel et la détresse psychologique*. (Thèse de doctorat). Université du Québec à Montréal. Repéré à <https://archipel.uqam.ca/8593/1/D2701>
20. Bouatta, C. (2003). *La pratique de la psychologie au temps de trauma. NAQD*. 2 (18), 81-104.
21. Bouchard, J-P. (2017). *Proposition de réforme de la formation des psychologues : du morcellement par les Masters à l'harmonisation par un doctorat généraliste*. 175 (9), 808-815. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amp.2017.09.006>
22. Boudarene, M. (2005). *Stress entre bien être et souffrance*. Alger, Algérie : Berti.
23. Boudoukha, A-H. (2009). *Burn out et traumatismes psychologiques*. Paris, France : Dunod.
24. Bouterfas, N. (2014). *Vers un modèle de la santé psychologique au travail des agents du social et de l'insertion : quels inducteurs organisationnels, psychosociaux et personnels sur le bien-être, la détresse et l'épuisement* (thèse de doctorat). Université de Lille. Repéré à <https://hal.archives-ouvertes.fr/tel-01199389>

25. Bouvet, C. (2015). *18 grandes notions de la pratique de l'entretien clinique*. Paris, France : Dunod.
26. Brousse, C & Boisaubert, B. (2007). *La qualité de vie et ses mesures*. 28 (7), 458-462. Doi : 10.1016/j.revmed.2007.02.010
27. Brunet, L. (1999). *L'expertise psycho-légale. Balise méthodologique et déontologiques*. Repéré à <https://excerpts.numilog.com/books/9782760510166.pdf>
28. Bruno, N & Ferri, F. (2013a). *Comprendre et soigner la dépression*. Paris, France : Masson.
29. Bruno, N & Ferri, F. (2013b). *Traitements médicamenteux de la dépression*. Paris, France : Masson.
30. Cario, R. (2000). *Victimologie de l'effraction d'inter subjectif à la restauration social*. (2<sup>e</sup> éd) .Paris, France : Harmattan.
31. Chagnon, J-Y. (2014). *40 commentaires de textes en psychologie clinique*. Paris, France : Dunod.
32. Chahraoui, K & Bénony, H. (2003). *Méthode, évaluation et recherches en psychologie clinique*. Paris : Dunod.
33. Chanon, C & Dunet, N. Gueguen, N. Lieury & A. Rusinek, S. (2007). *La psychologie de A à Z*. Paris, France : Dunod.
34. Chopin, M-V. (2013). *Prise en charge médicamenteuse de la dépression. Approche cognitivo-comportementale de la prise en charge des états dépressifs*. Paris, France : Masson.
35. Charaoui, kh & Bénony, H. (2013). *L'entretien clinique*. Paris, France : Dunod.
36. Chemlal, S. (2019). *L'anxiété en pré et en postopératoire au sein de service d'orthopédie et traumatologie à l'hôpital militaire moulay ismail de meknes année 2019 thèse n° 181/19 rapporteur (a propos de 100 cas)*. (Thèse de doctorat en médecine). Université sidi Mohamed. Ben abdellah. Royaume du Maroc. Repéré à [http://scolarite.fmp-usmba.ac.ma/cdim/mediatheque/e\\_theses/181-19](http://scolarite.fmp-usmba.ac.ma/cdim/mediatheque/e_theses/181-19).
37. Chermichow, P. (2007). *Santé et environnement. Maladies transmissibles*. Paris, France : Masson.
38. Chiland, C. (2015). *L'entretien clinique*. Paris, France : PUF.
39. Ciccone, A. (1998). *L'observation clinique*. Paris, France : Dunod

40. Ciccone, A. (2014). L'observation clinique attentive, une méthode pour la pratique et la recherche clinique. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 63(2), 65-78. <https://doi.org/10.3917/rppg.063.0065>
41. *Classification statistique internationale de santé et des maladies et des problèmes connexes (CIM 11)*. (2011). (11<sup>e</sup> éd). Paris, France.
42. Cloutier, J. Pellerine, S. (2019). *Les résultats de l'enquête sur la détresse psychologique au travail dans le secteur universitaire*. SCFP, UQAM et CPSU. Repéré à <https://bit.ly/349eN2>
43. *Code du travail*. (2002). Alger, Algérie : Berti.
44. Cohier-Rahban, V. (2007). *Le psychologue en libéral : Périnatalité et déplacement à domicile*. Dialogue, 1 (175), 129-147. <https://doi.org/10.3917/dia.175.0129>
45. Corbière, M & Larvière, N. (2014). *Méthodes qualitatives, quantitative et mixtes. Dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé*. Presses de l'Université du Québec : Conseil des arts
46. Cottraux, J. (2011). *Les psychothérapies comportementales et cognitives*. (5<sup>e</sup> éd) Paris : Masson.
47. Couillard, M. (2011). *Les représentations graphiques de la détresse psychologique chez des adolescents* (Thèse de doctorat). Université du Québec à Trois-Rivières. Repéré à <https://fr.slideshare.net/SylvieSpatz/thse-de-mlina-couillard-07-2013>
48. Craindorge, C. (2005). *Comprendre l'enfant malade. Du traumatisme à la restauration psychique*. Paris, France : Dunod.
49. Crocq, L. (2014). *Principe de la prise en charge psychologique des sujets traumatisés*. (2<sup>e</sup>éd). Paris, France : Masson.
50. Daneault, S. (2006). *Souffrance et médecine. Collection Santé et Société*. Presses de l'université du Québec : Le Delta.
51. Davezies, P. (2012). *Enjeux, difficultés et modalités de l'expression sur le travail : point de vue de la clinique médicale du travail*. 14 (2), 1-53. <https://doi.org/10.4000/pistes.2566>
52. Décaudain, M. & Ghiglione, R. (2010). *Les métiers de la psychologie*. Paris, France : Dunod
53. Décret n° 09-241 du 22 juillet 2009 portant statut particulier des fonctionnaires appartenant aux corps des psychologues de santé publique, Journal officiel de la république algérienne 43, 22 juillet 2009.

54. Doron, J. (2001). *La méthode du cas en psychologie clinique et en psychopathologie*. Paris, France : Dunod.
55. Doron, R & Parot, F. (2007). *Dictionnaire de psychologie*. Paris : PUF.
56. Doucet, C. (2011). *Le psychologue en service de psychiatrie*. Paris, France : Masson.
57. Doucet, H. (2002). *L'éthique de la recherche. Guide pour le chercheur en sciences de la santé*. <https://doi.org/10.4000/books.pum.13750>. Les presses de l'université de Montréal, Canada. Paramètres.
58. Douville, O & Jacobi, B. (2009). *10 entretiens en psychologie clinique de l'adulte*. Paris, France : Dunod.
59. Durocher, L & Maillard, J. Pelletti, M. Lecourt, J. (2012). *Psychologues et réseaux de santé. Bulletin de psychologie*. 6 (522), 557-565. <https://doi.org/10.3917/bupsy.522.0557>
60. Ecole des hautes études en santé publique. (2013). *Place et rôle des psychologues en établissement de santé*. Repéré à [https://documentation.ehesp.fr/memoires/2013/mip/groupe\\_1](https://documentation.ehesp.fr/memoires/2013/mip/groupe_1).
61. Emeriat, A-M. (2012). *De la souffrance au bien-être au travail : contribution compréhension du bien-être psychologique des soignants à l'hôpital. Le métier de soignant : un métier où se côtoient souffrance et bien-être psychologique*. (Thèse de doctorat en psychologie). Université Lumière Lyon 2. <https://bit.ly/2GdExTi>
62. Engelhard, J-M. (2011). *S'entraîner aux tests psychotechniques*. L'étudiant. <https://bit.ly/2RWshJ3>
63. Ey, H. Bernard, P & Brisset, CH. (1989). *Manuel de psychiatrie*. (6ed). Paris, France : Masson.
64. Fabien, R. (2013). *Plaisir et souffrance au travail : une relecture psycho dynamique au sein d'un office régional de placement suisse*. (Thèse de doctorat). Université de Lausanne. Repéré à [https://serval.unil.ch/resource/serval:BIB\\_31529A807A24.P001/REF](https://serval.unil.ch/resource/serval:BIB_31529A807A24.P001/REF)
65. Fernandez, L & Pardinielli, J-L. (2006). *La recherche en psychologie clinique*. Recherche en Soins infirmiers, 84, 41-51. Doi : 10. 3917/rsi.084.0041.
66. Gauthier, B. (2009). *Recherche social d la problématique à la collecte des données*. Boulevard Laurier. Presse de l'université du Québec. <http://livre.fun/LIVREF/F8/F008059.pdf>

67. Gharbi, A. (2011). *Psycho-sociogénèse de la délinquance juvénile. Approche culturelle du phénomène* (Thèse de doctorat d'Etat). Université de Constantine. Repéré à <http://193.194.84.142/theses/psychologie/GHA1303.pdf>
68. Giami, A. (2009). *La posture clinique dans la recherche en psychologie et en science humaine*. Ionesco, S. et Blanchet, A.(dir.), *Méthodologie de la recherche en psychologie clinique* (33-52). Paris, France : PUF.
69. Giblert, M. (2012). *Cadre et confidentialité de l'entretien clinique en psychologie scolaire : quelles représentations chez les professionnels, Une recherche qualitative exploratoire*. PRATIQUES PSYCHOLOGIQUES.4 (18), 429-446. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.prps.2010.11.002>
70. Gollac, M & Volkoff, S. (2006). *La santé au travail et ses masques*. Actes de la recherche en sciences sociales. 3 (163), 7-17. <https://doi.org/10.3917/arss.163.0004>
71. Graindorge, C. (2005). *Comprendre l'enfant malade. Du traumatisme à la restauration psychique*. Paris, France : Dunod
72. Grawitz, M. (2001). *Méthodes des sciences sociales*(11<sup>e</sup> éd). Paris : Dalloz.
73. Grébo, S. (2008). *Stress et burn out au travail*. (PDF). Paris, France : Eyrolles.
74. Guelfi, J-D & Rouillon, F. (2012). *Manuel de psychiatrie* (2<sup>e</sup> éd).Paris, France : Masson.
75. Halley, C & Chiarelli, C. (2014). *Le psychologue clinicien et sa formation : hier à aujourd'hui*. doi: 10.1684/ipe.2014.1280
76. Hamel, S. (1995). *Styles d'attachement, stratégies d'adaptation et détresse psychologique chez des jeunes adultes : comparaison de groupes clinique et non clinique*. (Thèse de Maitrise en psychologie). Université du Québec à Trois-Rivières.Repéré à <https://core.ac.uk/download/pdf/51241545.pdf>
77. Hamisultane, S & Vandeveldde-Rougale, A. (2019). *Méthodologie Qualitative/Quantitative*. ERES, Sociologie clinique. Repéré à <https://www.researchgate.net/publication/335635553>
78. Harel-Biraud, H. (2010). *Manuel de psychologie à l'usage des soignants*. (3<sup>e</sup>ed). Paris, France : Masson
79. HAS. (2017). *Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout*. Repéré à [https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-05/dir56/fiche\\_memo\\_burnout.pdf](https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-05/dir56/fiche_memo_burnout.pdf)

80. Huber, W. (1987). *La psychologie clinique aujourd'hui*. France : Maragada.
81. Il-Issa, I & Bouchafa, H. (1988). *Quelques observations sur la psychologie en Algérie : un perspectif transculturel*. international journal of psychology. 23 (1-6), 249-256. <https://doi.org/10.1080/00207598808247764>
82. Innaccone, A & Cattaruzza, E. (2015). *Le vécu subjectif dans la recherche en psychologie*. 80 (2015). <https://doi.org/10.4000/rechercheformation.2506>
83. Institut national du cancer. (2018). Repérage et traitement précoce de la souffrance psychique des patients atteints du cancer. <https://bit.ly/342nUCb>
84. Jacquemain, M. (2014). *Apprendre la réalité sociale*. Syllabus de question approfondie de méthodologie. Repéré à <https://bit.ly/3mH4ScW>
85. Jarret, C. (2012). *Psychologie en 30 secondes*. Psychologie en 30 secondes. Canada. Hurtubise.
86. Jaworski, F. (2016). *Souffrance au travail : quelle synergie pour une meilleure efficacité au maintien professionnel*. 174 (7), 592-597. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amp.2016.05.011>.
87. Jean-Trudel, E. (2009). *Le soutien social et l'anxiété: les prédicteurs de la santé mentale et validation d'un nouvel instrument de mesure*. (Thèse de psychologie). Université Québec Montréal. <https://archipel.uqam.ca/1870/1/D1765.pdf>
88. Jolivet, A. (2011). *Pénibilité du travail : la loi de 2010 et ses usagers par les acteurs sociaux*. La revue de l'Ires. 3 (70), 33-60. <https://doi.org/10.3917/rqli.070.0033>
89. Kacha, F. (2009). *Psychiatre, santé mentale et société en Algérie*. Le soir. [http : //WWW. Le soir. Com/ pages-quotidien/ L'entretien du moi/ psychiatre-santé-mentale-et-société-en-Algérie](http://WWW.Le-soir.Com/pages-quotidien/L%27entretien-du-moi/psychiatre-sant%e9-mentale-et-soci%e9-t%e9-en-Alg%e9rie).
90. Kacha, N. (2012). *Psychologie clinique en Algérie, le nécessaire combat*. Dialogue. 2 (196), 107-114. <https://doi.org/10.3917/dia.196.0107>
91. Kapsambelis, V. (2012). *Le manuel de psychiatrie clinique et psychopathologie de l'adulte*. <https://doi.org/10.3917/puf.kapsa.2012.01>
92. Kendil, N. (2010). *Le thérapeute algérien face au trauma : burnout et apprentissage vicariant*. (Thèse de Doctorat en psychologie de la santé). Université Metz, France.
93. Khelassi, M. (2015). *Les risques psychosociaux au travail*. Revues Sciences humaines. 4 (2015), 1-20. <https://doi.org/10.35395/1728-000-004-019>.

94. Lafaye, A. (2009). *Effet acteur-partenaires du soutien social et des stratégies de coping sur la qualité de vie et les troubles anxio-dépressifs des patients atteints d'un cancer de la prostate et de leur conjointe*. (thèse de doctorat en psychologie). Université de Bordeaux, France. Repéré à [https://doi.org/10.1016/s0007-4551\(15\)31055-9](https://doi.org/10.1016/s0007-4551(15)31055-9).
95. Lallement, M. (2018). *Le travail sous tension*. revue et augmentée (2<sup>ème</sup> éd). Sciences Humaines.
96. Laurent, A. Chahraoui, K & Carli, P. (2005). *Les répercussions psychologiques des interventions médicales urgentes sur le personnel SAMU. Étude portant sur 50 intervenants SAMU*. *Annales Médico-Psychologiques*. 8 (158), 570-578. Doi:10.1016/j.amp.2005.06.011.
97. Le Breton, D. (2013). *Conduites à risque. Des jeux de mort aux jeux de vivre*. Paris. <https://doi.org/10.4000/questionsdecommunication.7561>. Puf
98. Lecomte, J. (2008). *Psychologie. Courants, débats, applications*. Paris, France : Dunod.
99. Lecomte, J. (2013). *Les 30 notions de la psychologie*. Paris, France : Dunod.
100. Lecomte, M. (2012). *Déontologie*. Dans : Monique Formarier., *Les concepts en sciences infirmières* (2<sup>ème</sup> éd). 309-310. Toulouse, France: Association de recherche en soins infirmiers. <https://doi.org/10.3917/arsi.forma.2012.01.0309>
101. Lecourt, E. (2006). *Découvrir la psychanalyse de Freud à aujourd'hui*. Paris, France : Eyrolles.
102. Lefebvre, B & Poirot, M. (2011). *Stress et risques psychosociaux au travail. Comprendre, prévenir et intervenir*. Paris, France : Masson.
103. Leplège, A & Debout, C. (2007). *Mesure de la qualité de vie et science des soins infirmiers*. 1 (88), 18-24. <https://doi.org/10.3917/rsi.088.0018>
104. Lerouge, L. (2014). *État de la recherche sur le suicide au travail en France : une perspective juridique*. Martin Média Travailler. 1(31) 11-29. <https://doi.org/10.3917/trav.031.0009>
105. Lesage, F-X. (2012). *Évaluation du stress par échelle visuelle analogique dans le cadre de la médecine du travail*. (Thèse de doctorat en psychologie). Université de Reims Champagne Ardenne. Repéré à <file:///C:/Users/user/Downloads/LESAGE-Francois-Xavier.pdf>.

106. Liliane, D., Jacqueline, M. Caroline, P. & Jean, L. (2012). *Psychologue et réseau de santé. Bulletin de psychologie*. 6 (522). 557-567. <https://doi.org/10.3917/bupsy.522.0557>
107. Loi n° 18-11 du 18 Chaoual 1439 correspondant au 2 juillet 2018 modifiant et complétant la loi n° 63-278 du 26 juillet 1963 fixant la liste des fêtes légales modifiant et complétant la loi n° 63-278 du 26 juillet 1963 fixant la liste des fêtes légales, journal officiel de la république algérienne, (46) 3-40.
108. Louche, C. (2018). *Introduction à la psychologie du travail et des organisations*. (4<sup>éd</sup>). Concepts de base et applications. Paris, France : Dunod.
109. Mahir, N. (2018). *La prise en charge psychologique de l'enfant et de l'adolescent au sein de l'hôpital Ibn nafs*. (Thèse de doctorat d'Etat en médecine). <http://wd.fmpm.uca.ma/biblio/theses/annee-htm/FT/2018/these251-18.pdf>. Repéré à Université Cadi Ayyad. Merrakech.
110. Mareau, C. & Vanek-Dreyfus, A. (2005). *L'indispensable de la psychologie*. Paris, France : Studyrama.
111. Marmio, J-F. (2012). *Histoire de la psychologie*. Paris, France : Sciences Humaines.
112. Marty, F. (2009). *La méthode du cas*. Dans S. Ionescu et A. Blanchet (dir.), *Méthodologie de la recherche en psychologie clinique*. Paris, France : PUF.
113. Marty, F. (2019). *Les psychologues et leur formation*. L'évolution psychiatrique. 1 (85), 23-31. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2019.10.003>
114. Miachon, E-M. (2018). *Réflexions sur le dépistage de la souffrance psychologique dans le cursus médical : étude auprès des étudiants de la faculté de médecine de Limoges*. (Thèse de Doctorat d'état en médecine). Université de Limoges Faculté de Médecine. Repéré à <https://bit.ly/30qWIS2>
115. Meraihi, H. (2015). *Réflexion sur le système LMD : Cas de la formation en psychologie*. B, (44), 131-138. Repéré à <https://bit.ly/2SgjhPe>
116. Michelet, S & Lesage, F-X. (2014). *Devenir des patients reçus en consultation de souffrance psychologique au travail au CHU de Reims en 2012*. 1 (76), <http://dx.doi.org/10.1016/j.admp.2014.07.056>.
117. Mirabel, C & Vera, L. (2011). *L'entretien en thérapie comportementale et cognitive*. (3<sup>éd</sup>). Paris, France : Dunod.

118. Mohamed, Ch. (2014). *La santé mentale et l'environnement éducatif des étudiants en médecine de Fès*. (Thèse de doctorat en médecine). Repéré à l'université sidi Mohamed Ben Abdellah. Maroc.
119. Morin, E-M. (2010). *Prévenir la détresse, certes. Promouvoir le bien-être psychologique, certainement !* Le Journal des psychologues. 10 (283), 38-41. <https://doi.org/10.3917/jdp.283.003810>
120. Mrabet, M. (2018). *Définitions, approches et concepts publique*. <https://bit.ly/336fMRW>
121. N'da, P. (2015). *Recherche et méthodologie en sciences sociales et humaines. Réussir sa thèse, son mémoire de master ou professionnel, et son article*. Paris, France : L'Harmattan.
122. Nicot, A-M & Roux, C. (2008). *Pénibilité au travail. Une approche par les processus d'usure et les itinéraires professionnels*. ANACT. <https://bit.ly/36iNKVf>
123. Ngoulou-Kobi, M-S. (2016). *La pénibilité psychique dans les secteurs secondaire et tertiaire, ses manifestations et enjeux : Etude réalisée à la société agroalimentaire P et à la chambre consulaire professionnelle A*. (Thèse de doctorat d'Etat en psychologie de travail). Université de Picardie Jules Verne. Repéré à [file:///C:/Users/user/Downloads/TheseNgoulou%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/TheseNgoulou%20(2).pdf)
124. Ohayon, A & Plas, R. (2011). *La psychologie en question. Idées reçues sur la psychologie*. La psychologie en question. Idées reçues sur la psychologie : Paris, France: Le Cavalier Bleu. ScholarVox (Cyberlibris)
125. Ohayon, A. (2006). *La psychologie clinique en France. Éléments d'histoire*. Connexion.1 (85), 9-24. <https://doi.org/10.3917/cnx.085.0009>.
126. OMS. (1994). *Classification internationale des maladies-10/ICD-10/ classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement*. Repéré à <https://apps.who.int/iris/handle/10665/40538>
127. OMS. (2007). *Plan d'action mondial pour la santé des travailleurs*. Repéré à [https://www.who.int/phe/publications/workers\\_health\\_global\\_plan/fr/](https://www.who.int/phe/publications/workers_health_global_plan/fr/).
128. OMS. (2019). *La santé mentale au travail*. <https://www.who.int/fr/news-room/commentaries/detail/mental-health-in-the-workplace>.

129. OMS. (2004). *Qu'est ce que le harcèlement moral sur le lieu du travail ?*  
[https://www.who.int/occupational\\_health/publications/en/pwh4f.pdf?ua=1](https://www.who.int/occupational_health/publications/en/pwh4f.pdf?ua=1)
130. Paillé, P. (2006). *La méthodologie qualitative*. Armand Colin : Paris, France : Armand Colin
131. Palazzolo, J. (2007). *L'anxiété et dépression*. Paris, France : Masson
132. Parot, F & Richelle, M. (2013). *Introduction à la psychologie. Histoire et méthodes*. Paris, France : PUF
133. Pardinielli, Fantini-Hauwel. (2009). *Ethique en psychologie clinique. Dans Ionescu (dir), Méthodologie de la recherche en psychologie clinique*. Paris, France : PUF.
134. Pardinielli, J-L. (2006). *Introduction à la psychologie clinique*. Paris, France : Armand colin.
135. Poisson, J-F. (2008).le site *En conclusion des travaux de la mission sur la pénibilité au travail*. (Tome 1). <http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/i0910-ti.pdf>
136. Ponaisse, J. (2014). *La souffrance au travail au sein d'une unité militaire et étude des facteurs associés*. (Thèse de diplôme d'état en médecine générale). Repéré à <http://doxa.u-pec.fr/theses/th0657375.pdf>. Université paris est Créteil. France.
137. Quintilla, y & Pelissolo, A. (2015). *Thérapeutiques en psychiatrie. Théories et applications cliniques*. Paris, France : Masson
138. Raoult, P-A. (2006). *Crise de la psychologie et devenir de la psychologie clinique. Pratiques psychologiques*, 12 (4), 483-500.Doi:10.1016/j.prps.2006.07.002
139. Raoult, P-A & Blanquet, B. (2010). *Soutenir une position clinique, dépasser une fonction technique*. Le journal des psychologues. 3 (276), 22-22  
[.https://doi.org/10.3917/jdp.276.0022](https://doi.org/10.3917/jdp.276.0022)
140. Richard, J-F & Ghiglione, R. (2017). *Cours de psychologie*. Paris, France : Dunod.
141. Rogé, B. (2003). *Autisme, comprendre et agir*. Paris, France : Dunod.
142. Rogé, B.(2004). *Le syndrome d'asperger et l'autisme de haut niveau*. Paris, France : Dunod.
143. Roman, P. (2010). *Place et fonction du psychologue dans la clinique de l'enfant : la construction d'une enveloppe soignante*.1(59), 23-26.  
<https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2010.02.006>

144. Roy, C. (1999). *L'avenir de la pratique professionnelle des psychologues. Interactions*. 3 (1), 18-40. doi:10.1016/j.neurenf.2010.02.006
145. Roy, C & Villery, C. (1999). *L'avenir de la pratique professionnelle des psychologues*. 3(1 et 2), printemps-automne. Repéré à <https://bit.ly/305t3YZ>
146. Roy, M. (2009). *Le climat psychologique des unités organisationnelles en tant que déterminant de la détresse psychologique au travail*. (Thèse de Maitrise). Université Montréal, Canada. Repéré à <https://bit.ly/3kDvp93>
147. Salama-Younes, M & al (2009). *Factor structure and internal consistency of the (GHQ-12) and the subjective vitality score, and the relationship between them a study from France*. Repéré à <https://doi.org/10.1186/1477-7525-7-22>
148. Schauder, S. (2007). *Pratiquer la psychologie clinique auprès des enfants et des adolescents*. Paris, France : Dunod
149. Schmitt, M. (2015). *Bientraitance et qualité de vie. Tome 2. Outils et retours d'expériences*. Paris, France : Masson.
150. Senon, J-L. Jonas, C. Voyer, M. (2013). *Psychiatrie légale et criminologie clinique*. Paris, France : Masson.
151. Sillamy, N. (2003). *dictionnaire de psychologie*. Paris: Larousse
152. Sillamy, N. (2013). *dictionnaire de psychologie*. Paris: Larousse
153. Sillamy, N. (1980). *Dictionnaire encyclopédique de la psychologie*. Paris : Larousse
154. Spitz, E. Costantini, M-L & Baumann, M. (2007). *Détresse psychologique et stratégies de coping des étudiants en première année universitaire*. Université de Luxembourg, Walferdange, Luxembourg. Repéré à <http://hdl.handle.net/10993/1813>
155. Strenna, L. (2013). *Etude des tracasseries quotidiennes des étudiants de grandes écoles : liens avec la santé perçue, la qualité de vie et importance de la prise en compte de l'influence des traits de personnalité et de l'estime de soi*. (Thèse de doctorat en psychologie). Université de Bourgogne, France. Repéré à <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00836471/document>.
156. Tavis, C & Wade, C. (2007). *Introduction à la psychologie, les grandes perspectives*. Du renouveau pédagogique Inc. Québec, Canada.
157. Thomas, J. Vaz-cerniglia, C & Willems, G. (2007). *Les troubles d'attention chez L'enfant. Prise en charge psychologique*. Paris, France : Masson

158. Union régionale des professionnels de santé médecins d'Ile-de-France. (2016). <https://www.urps-med-idf.org/wp-content/uploads/2017/04/URPS-RA-2016.pdf>
159. Vandevoorde, J. (2013). *Psychopathologie du suicide*. Paris, France : Dunod.
160. Varescon, I. (2013). *Différence entre éthique et déontologie*. Le cas de la recherche. Dans O. Bourguignon (dir.), *Ethique et pratique psychologique* (p. 63-76). Paris, France : Primento.
161. Veron, L & Sais, T. (2013). *La gestion de la souffrance par le psychologue clinicien. Etude des impacts et des stratégies de coping*. 4 (19), 233-244. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1016/j.prps.2013.09.002>
162. Willard, M. (2013). *Soigner la dépression professionnelle avec TCC*. Paris, France : Masson.
163. Wright, J. Lusser, Y & Sabourin, S. (2008). *Manuel clinique des psychothérapies de couples*. Presse de l'université du Québec, Canada : Le delta.
164. Yahiaoui-Belhoucine, H. (2019). *Le rôle du psychologue clinicien en éducation thérapeutique des patients atteints de maladies chroniques*. *Afkar wa Affak*, 7 (1), 235-245

### Références en anglais :

165. Goldberg, D & Williams, P. (1988). *A user's guide to the général health questionnaire*. London : GL Assesement.
166. Goldberg, D. (1970). *General Health Questionnaire*. INRS <https://doi.apa.org/doi/10.1037/t00297-000>

### Références en arabe :

167. كداد,خ.(2011). الاحتراق المهني لدى النفسانيين العياديين في قطاع الصحة العمومية بالجزائر. (مذكرة الماجستير). جامعة الجزائر2. Repéré à <http://www.cerist.dz/index.php/fr>
168. زهار,ج. ترزولت'ح. (2015). معوقات الممارسة النفسية في مؤسسات الصحة العمومية بولايات الشرق الجزائري. مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية. (2015). جامعة قاصدي مرباح ورقلة (الجزائر). <https://revues.univ-ouargla.dz/index.php/numero-21ssh/2744-2016-01-10-14-50->

169. برزوان, ح. (2016). الرضا المهني والكفاءة المهنية لدى الأخصائي النفسي العيادي في الجزائر. مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية. جامعة الجزائر 2. (27), 357-362,8.  
<https://www.asjp.cerist.dz/en/article/40724>
170. شرفي,مص.،طالب,ح,حافري,ز.(2010). واقع الممارسة النفسية العيادية في الجزائر. مجلة الآداب والعلوم و الإجتماعية 7 (11)، 6-19.
172. منصورى,ن. لاصار,أ. (2019). واقع الممارسة النفسية للأخصائي العيادي بين دوره المهني وظروف الواقع جامعة وهران 2 <https://bit.ly/340iGX>
173. طالب, ح. (2014). الذكاء الوجداني وعلاقته بكل من إجهاد الشفقة و الجلد لدى الأخصائيين النفسانيين العياديين الممارسين. (مذكرة الدكتوراه). جامعة سطيف 2(الجزائر). Repéré à <http://dspace.univ-setif2.dz/xmlui/bitstream/handle/setif2/275/taleb.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
174. قزوي, ج. (2016). المهارات المهنية للاختصاص النفسي العيادي و علاقتها ببعض سمات الشخصية و الرضا الوظيفي. (مذكرة الدكتوراه). جامعة الجزائر 2.

# *Annexes*

## **Annexe N°1 : Guide d'entretien semi-directif**

### **Informations générales sur le sujet :**

- 1- Quel âge avez-vous ?
- 2- Quel est votre situation socio-économique ?
- 3- Quelle est votre situation matrimoniale ?
- 4- Avez-vous des enfants ? Si oui, combien ?

### **Axe N°1 : Informations sur le métier du psychologue clinicien :**

- 5- Parlez-nous de votre cursus universitaire ?
- 6- Avez-vous choisi cette spécialité ? Et pourquoi ce choix ?
- 7- Avez-vous des formations ou stages post universitaires ?
- 8- Depuis combien d'années exercez-vous ce métier ?
- 9- Êtes-vous satisfait (e) du choix de ce métier ?
- 10- Travaillez-vous dans d'autres secteurs ou organismes ?

### **Axe N°2: Informations sur la psychopathologie au travail chez le psychologue clinicien: détresse psychologique et pénibilité au travail**

#### **2-1) : détresse psychologique**

- 11- Pouvez-vous nous décrire votre état d'esprit avant et après l'exercice de votre métier ?
- 12- Comment décrivez-vous vos relations avec les patients ?
- 13- Dans votre métier, êtes-vous exposés à des violences et des malveillances ? Si oui, lesquelles ?
- 14- Ressentez-vous que votre métier demande des efforts sur le plan psychologique ?
- 15- Êtes-vous soutenu par quelqu'un ? Si oui, par qui ?
- 16- Parlez-nous de votre sommeil ?
- 17- Est-ce que vous bénéficiez des promotions ?
- 18- Faites-vous des rencontres avec des collègues du travail de même métier ?
- 19- Parlez-nous de votre relation familiale et sociale ?

#### **2-2) la pénibilité au travail**

- 20- Souffrez-vous actuellement d'une ou plusieurs maladies chroniques ?
- 21- Suivez-vous un traitement ? Si oui, lequel ?
- 22- Avez-vous déjà pris un congé de maladie ? Si oui, pourquoi et combien du temps ?
- 23- Parlez-nous de conditions et le climat dont vous travaillez ?
- 24- Parlez-nous de votre charge d'horaire du travail ?
- 25- Avez-vous des impressions de lassitude, de fatigue et d'épuisement ?
- 26- Disposez-vous du repos au travail lorsque vous sentez ce besoin est nécessaire ? Et Sont-ils suffisants pour le repos ?
- 27- Disposez-vous des moyens nécessaires afin d'exercer votre métier ?
- 28- Voulez-vous changer de métier ? Si oui, pour quelle raison ?
- 29- Voulez-vous aborder d'autres questions ?

## **Annexe N° 2 : questionnaire GHQ 12 :**

### **1. Avez-vous pu vous concentrer sur ce que vous faisiez ?**

- 1. Mieux que d'habitude.
- 2. Comme d'habitude.
- 3. Moins que d'habitude.
- 4. Beaucoup moins que d'habitude.

### **2. Vos soucis vous ont-ils empêché de dormir ?**

- 1. Pas du tout.
- 2. Pas plus que d'habitude.
- 3. Plutôt plus que d'habitude.
- 4. Beaucoup plus que d'habitude.

### **3. Avez-vous eu le sentiment de jouer un rôle utile ?**

- 1. Plutôt plus que d'habitude.
- 2. Comme d'habitude.
- 3. Moins utile que d'habitude.
- 4. Beaucoup moins utile.

### **4. Vous êtes-vous senti capable de prendre des décisions ?**

- 1. Plutôt plus que d'habitude.
- 2. Comme d'habitude.
- 3. Plutôt moins que d'habitude.
- 4. Beaucoup moins capable.

### **5. Vous êtes-vous senti constamment sous pression ?**

- 1. Pas du tout.
- 2. Pas plus que d'habitude.
- 3. Un peu plus que d'habitude.
- 4. Beaucoup plus que d'habitude.

### **6. Avez-vous senti que vous ne pouviez pas surmonter vos difficultés ?**

- 1. Pas du tout.
- 2. Pas plus que d'habitude.
- 3. Un peu plus que d'habitude.
- 4. Beaucoup plus que d'habitude.

### **7. Avez-vous pu prendre plaisir à vos activités quotidiennes ?**

- 1. Plutôt plus que d'habitude.
- 2. Comme d'habitude.
- 3. Plutôt moins que d'habitude.
- 4. Beaucoup moins que d'habitude.

### **8. Avez-vous pu faire face à vos problèmes ?**

- 1. Plutôt plus que d'habitude.
- 2. Comme d'habitude.
- 3. Moins capable que d'habitude.
- 4. Beaucoup moins capable.

### **9. Vous êtes-vous senti malheureux, déprimé ?**

- 1. Pas du tout.
- 2. Pas plus que d'habitude.
- 3. Un peu plus que d'habitude.
- 4. Beaucoup plus que d'habitude.

**10. Avez-vous perdu confiance en vous ?**

- 1. Pas du tout.
- 2. Pas plus que d'habitude.
- 3. Un peu plus que d'habitude.
- 4. Beaucoup plus que d'habitude.

**11. Avez-vous pensé que vous ne valez rien ?**

- 1. Pas du tout.
- 2. Pas plus que d'habitude
- 3. Un peu plus que d'habitude.
- 4. Beaucoup plus que d'habitude.

**12. Vous êtes-vous senti relativement heureux dans l'ensemble ?**

- 1. Plutôt plus que d'habitude.
- 2. A peu près comme d'habitude.
- 3. Plutôt moins que d'habitude.
- 4. Beaucoup moins que d'habitude

### Annexe N° 3 : échelle de pénibilité au travail

Que pensez-vous des propositions ci-dessous concernant votre travail ?	Jamais ne me concerne pas 1	Rarement 2	Quelquefois 3	Souvent 4	Très souvent 5
1. Je travaille sous pression					
2. Je suis surchargé à mon poste					
3. Mes outils de travail sont modernes et bien entretenus					
4. Je bénéficie du soutien de mon chef					
5. Le rythme de mon travail est supportable					
6. J'ai la possibilité d'obtenir une promotion					
7. Mes conditions de travail sont précaires					
8. Mes horaires de travail sont supportables					
9. A mon travail, je peux privilégier la qualité plutôt que la vitesse					
10. Mon travail m'expose aux nuisances sonores					
11. A mon travail, je suis confronté à des publics Agressifs					
12. A mon travail, j'ai le temps de réfléchir avant de prendre des décisions					
13. Dans mon travail, je ne fais qu'une chose à la fois					
14. J'ai le soutien de mes collègues					
15. Les exigences de mon travail sont au-dessus de mes forces					
16. En général, le contact avec les clients, les usagers, les patients,... est agréable					
17. La cadence et le rythme de mon travail sont supportables					
18. L'ambiance qui règne dans mon équipe de travail est invivable					
19. Il arrive que je sois interrompu dans mon travail					
20. Il arrive que je réalise mon					

travail sous des températures extrêmes					
<b>21.</b> Je manque de marge de manœuvre dans mon travail					
<b>22.</b> Les conditions matérielles de mon travail sont bonnes					
<b>23.</b> J'arrive facilement à atteindre les quotas journaliers demandés					
<b>24.</b> Il arrive que je manque de temps pour terminer ce que j'ai commencé					
<b>25.</b> La quantité de travail que je dois réaliser par jour est correcte					
<b>26.</b> Les rapports avec mes collègues de travail sont cordiaux et conviviaux					
<b>26.</b> Les rapports avec mes collègues de travail sont cordiaux et conviviaux					
<b>27.</b> Je reçois des ordres contradictoires de ma Hiérarchie					
<b>28.</b> Il arrive que je termine une partie de mon travail à la maison					
<b>29.</b> Dans mon travail, je dois prendre et tenir des postures (positions du corps) pénibles					
<b>30.</b> Je n'arrive pas à terminer mon travail pendant les horaires prévus					
<b>31.</b> A mon travail, je peux avoir des moments de calme					
<b>32.</b> Je reçois des avis et remarques cohérents de la part de mes collaborateurs					
<b>33.</b> J'ai les capacités physiques et intellectuelles suffisantes pour faire ce que l'on me demande					
<b>34.</b> Le climat dans lequel j'effectue mon travail est difficilement supportable					
<b>35.</b> Travailler la nuit est éprouvant physiquement et mentalement					
<b>36.</b> A mon travail, je suis exposé aux risques					

chimiques					
<b>37.</b> La charge de mon travail est compatible avec mes capacités physiques					
<b>38.</b> Je dispose du temps nécessaire pour exécuter correctement mon travail					

## **Annexe N°4 : Résultats du questionnaire GHQ 12 de Nabil**

### **1. Avez-vous pu vous concentrer sur ce que vous faisiez ?**

- 1. Mieux que d'habitude.
- 2. Comme d'habitude.
- 3. Moins que d'habitude.
- 4. Beaucoup moins que d'habitude.

### **2. Vos soucis vous ont-ils empêché de dormir ?**

- 1. Pas du tout.
- 2. Pas plus que d'habitude.
- 3. Plutôt plus que d'habitude.
- 4. Beaucoup plus que d'habitude.

### **3. Avez-vous eu le sentiment de jouer un rôle utile ?**

- 1. Plutôt plus que d'habitude.
- 2. Comme d'habitude.
- 3. Moins utile que d'habitude.
- 4. Beaucoup moins utile.

### **4. Vous êtes-vous senti capable de prendre des décisions ?**

- 1. Plutôt plus que d'habitude.
- 2. Comme d'habitude.
- 3. Plutôt moins que d'habitude.
- 4. Beaucoup moins capable.

### **5. Vous êtes-vous senti constamment sous pression ?**

- 1. Pas du tout.
- 2. Pas plus que d'habitude.
- 3. Un peu plus que d'habitude.
- 4. Beaucoup plus que d'habitude.

### **6. Avez-vous senti que vous ne pouviez pas surmonter vos difficultés ?**

- 1. Pas du tout.
- 2. Pas plus que d'habitude.
- 3. Un peu plus que d'habitude.
- 4. Beaucoup plus que d'habitude.

### **7. Avez-vous pu prendre plaisir à vos activités quotidiennes ?**

- 1. Plutôt plus que d'habitude.
- 2. Comme d'habitude.
- 3. Plutôt moins que d'habitude.
- 4. Beaucoup moins que d'habitude.

### **8. Avez-vous pu faire face à vos problèmes ?**

- 1. Plutôt plus que d'habitude.
- 2. Comme d'habitude.
- 3. Moins capable que d'habitude.
- 4. Beaucoup moins capable.

### **9. Vous êtes-vous senti malheureux, déprimé ?**

- 1. Pas du tout.
- 2. Pas plus que d'habitude.
- 3. Un peu plus que d'habitude.
- 4. Beaucoup plus que d'habitude.

**10. Avez-vous perdu confiance en vous ?**

- 1. Pas du tout.
- 2. Pas plus que d'habitude.
- 3. Un peu plus que d'habitude.
- 4. Beaucoup plus que d'habitude.

**11. Avez-vous pensé que vous ne valez rien ?**

- 1. Pas du tout.
- 2. Pas plus que d'habitude.
- 3. Un peu plus que d'habitude.
- 4. Beaucoup plus que d'habitude.

**12. Vous êtes-vous senti relativement heureux dans l'ensemble ?**

- 1. Plutôt plus que d'habitude.
- 2. A peu près comme d'habitude.
- 3. Plutôt moins que d'habitude.
- 4. Beaucoup moins que d'habitude.

## Annexe N°5 : Résultats de l'échelle de pénibilité au travail de Nabil

Que pensez-vous des propositions ci-dessous concernant votre travail ?	Jamais ne me concerne pas 1	Rarement 2	Quelquefois 3	Souvent 4	Très souvent 5
1. Je travaille sous pression	✓				
2. Je suis surchargé à mon poste	✓				
3. Mes outils de travail sont modernes et bien entretenus		✓			
4. Je bénéficie du soutien de mon chef			✓		
5. Le rythme de mon travail est supportable				✓	
6. J'ai la possibilité d'obtenir une promotion		✓			
7. Mes conditions de travail sont précaires	✓				
8. Mes horaires de travail sont supportables				✓	
9. A mon travail, je peux privilégier la qualité plutôt que la vitesse			✓		
10. Mon travail m'expose aux nuisances sonores	✓				
11. A mon travail, je suis confronté à des publics Agressifs		✓			
12. A mon travail, j'ai le temps de réfléchir avant de prendre des décisions			✓		
13. Dans mon travail, je ne fais qu'une chose à la fois				✓	
14. J'ai le soutien de mes collègues			✓		
15. Les exigences de mon travail sont au-dessus de mes forces	✓				
16. En général, le contact avec les clients, les usagers, les patients,... est agréable				✓	
17. La cadence et le rythme de mon travail sont supportables				✓	
18. L'ambiance qui règne dans mon équipe de travail est invivable	✓				
19. Il arrive que je sois interrompu dans mon travail			✓		

20. Il arrive que je réalise mon travail sous des températures extrêmes		✓			
21. Je manque de marge de manœuvre dans mon travail	✓				
22. Les conditions matérielles de mon travail sont bonnes				✓	
23. J'arrive facilement à atteindre les quotas journaliers demandés				✓	
24. Il arrive que je manque de temps pour terminer ce que j'ai commencé		✓			
25. La quantité de travail que je dois réaliser par jour est correcte			✓		
26. Les rapports avec mes collègues de travail sont cordiaux et conviviaux				✓	
27. Je reçois des ordres contradictoires de ma Hiérarchie			✓		
28. Il arrive que je termine une partie de mon travail à la maison		✓			
29. Dans mon travail, je dois prendre et tenir des postures (positions du corps) pénibles	✓				
30. Je n'arrive pas à terminer mon travail pendant les horaires prévus		✓			
31. A mon travail, je peux avoir des moments de calme				✓	
32. Je reçois des avis et remarques cohérents de la part de mes collaborateurs				✓	
33. J'ai les capacités physiques et intellectuelles suffisantes pour faire ce que l'on me demande				✓	
34. Le climat dans lequel j'effectue mon travail est difficilement supportable	✓				
35. Travailler la nuit est éprouvant physiquement et mentalement	✓				
36. A mon travail, je suis exposé aux risques chimiques	✓				

<b>37.</b> La charge de mon travail est compatible avec mes capacités physiques					✓
<b>38.</b> Je dispose du temps nécessaire pour exécuter correctement mon travail				✓	

## **Annexe N°6 : Résultats du questionnaire de Rahma**

### **1. Avez-vous pu vous concentrer sur ce que vous faisiez ?**

- 1. Mieux que d'habitude.
- 2. Comme d'habitude.
- 3. Moins que d'habitude.
- 4. Beaucoup moins que d'habitude.

### **2. Vos soucis vous ont-ils empêché de dormir ?**

- 1. Pas du tout.
- 2. Pas plus que d'habitude.
- 3. Plutôt plus que d'habitude.
- 4. Beaucoup plus que d'habitude.

### **3. Avez-vous eu le sentiment de jouer un rôle utile ?**

- 1. Plutôt plus que d'habitude.
- 2. Comme d'habitude.
- 3. Moins utile que d'habitude.
- 4. Beaucoup moins utile.

### **4. Vous êtes-vous senti capable de prendre des décisions ?**

- 1. Plutôt plus que d'habitude.
- 2. Comme d'habitude.
- 3. Plutôt moins que d'habitude.
- 4. Beaucoup moins capable.

### **5. Vous êtes-vous senti constamment sous pression ?**

- 1. Pas du tout.
- 2. Pas plus que d'habitude.
- 3. Un peu plus que d'habitude.
- 4. Beaucoup plus que d'habitude.

### **6. Avez-vous senti que vous ne pouviez pas surmonter vos difficultés ?**

- 1. Pas du tout.
- 2. Pas plus que d'habitude.
- 3. Un peu plus que d'habitude.
- 4. Beaucoup plus que d'habitude.

### **7. Avez-vous pu prendre plaisir à vos activités quotidiennes ?**

- 1. Plutôt plus que d'habitude.
- 2. Comme d'habitude.
- 3. Plutôt moins que d'habitude.
- 4. Beaucoup moins que d'habitude.

### **8. Avez-vous pu faire face à vos problèmes ?**

- 1. Plutôt plus que d'habitude.
- 2. Comme d'habitude.
- 3. Moins capable que d'habitude.
- 4. Beaucoup moins capable.

### **9. Vous êtes-vous senti malheureux, déprimé ?**

- 1. Pas du tout.
- 2. Pas plus que d'habitude.

- 3. Un peu plus que d'habitude.
- 4. Beaucoup plus que d'habitude.

**10. Avez-vous perdu confiance en vous ?**

- 1. Pas du tout.
- 2. Pas plus que d'habitude.
- 3. Un peu plus que d'habitude.
- 4. Beaucoup plus que d'habitude.

**11. Avez-vous pensé que vous ne valez rien ?**

- 1. Pas du tout.
- 2. Pas plus que d'habitude.
- 3. Un peu plus que d'habitude.
- 4. Beaucoup plus que d'habitude.

**12. Vous êtes-vous senti relativement heureux dans l'ensemble ?**

- 1. Plutôt plus que d'habitude.
- 2. A peu près comme d'habitude.
- 3. Plutôt moins que d'habitude.
- 4. Beaucoup moins que d'habitude.

## Annexe N°7 : Résultats de l'échelle de pénibilité au travail de Rahma

Que pensez-vous des propositions ci-dessous concernant votre travail ?	Jamais ne me concerne pas 1	Rarement 2	Quelquefois 3	Souvent 4	Très souvent 5
1. Je travaille sous pression			✓		
2. Je suis surchargé à mon poste	✓				
3. Mes outils de travail sont modernes et bien entretenus				✓	
4. Je bénéficie du soutien de mon chef			✓		
5. Le rythme de mon travail est supportable		✓			
6. J'ai la possibilité d'obtenir une promotion	✓				
7. Mes conditions de travail sont précaires			✓		
8. Mes horaires de travail sont supportables			✓		
9. A mon travail, je peux privilégier la qualité plutôt que la vitesse				✓	
10. Mon travail m'expose aux nuisances sonores	✓				
11. A mon travail, je suis confronté à des publics Agressifs				✓	
12. A mon travail, j'ai le temps de réfléchir avant de prendre des décisions					✓
13. Dans mon travail, je ne fais qu'une chose à la fois	✓				
14. J'ai le soutien de mes collègues			✓		
15. Les exigences de mon travail sont au-dessus de mes forces			✓		
16. En général, le contact avec les clients, les usagers, les patients,... est agréable			✓		
17. La cadence et le rythme de mon travail sont supportables	✓				
18. L'ambiance qui règne dans mon équipe de travail est invivable			✓		
19. Il arrive que je sois interrompu dans mon travail			✓		

20. Il arrive que je réalise mon travail sous des températures extrêmes				✓	
21. Je manque de marge de manœuvre dans mon travail			✓		
22. Les conditions matérielles de mon travail sont bonnes			✓		
23. J'arrive facilement à atteindre les quotas journaliers demandés			✓		
24. Il arrive que je manque de temps pour terminer ce que j'ai commencé			✓		
25. La quantité de travail que je dois réaliser par jour est correcte			✓		
26. Les rapports avec mes collègues de travail sont cordiaux et conviviaux			✓		
27. Je reçois des ordres contradictoires de ma Hiérarchie				✓	
28. Il arrive que je termine une partie de mon travail à la maison		✓			
29. Dans mon travail, je dois prendre et tenir des postures (positions du corps) pénibles					✓
30. Je n'arrive pas à terminer mon travail pendant les horaires prévus			✓		
31. A mon travail, je peux avoir des moments de calme			✓		
32. Je reçois des avis et remarques cohérents de la part de mes collaborateurs	✓				
33. J'ai les capacités physiques et intellectuelles suffisantes pour faire ce que l'on me demande				✓	
34. Le climat dans lequel j'effectue mon travail est difficilement supportable			✓		
35. Travailler la nuit est éprouvant physiquement et mentalement	✓				
36. A mon travail, je suis exposé aux risques chimiques			✓		

<b>37.</b> La charge de mon travail est compatible avec mes capacités physiques				✓	
<b>38.</b> Je dispose du temps nécessaire pour exécuter correctement mon travail			✓		

## **Annexe N°8 : Résultats du questionnaire le cas de Razika**

### **1. Avez-vous pu vous concentrer sur ce que vous faisiez ?**

- 1. Mieux que d'habitude.
- 2. Comme d'habitude.
- 3. Moins que d'habitude.
- 4. Beaucoup moins que d'habitude.

### **2. Vos soucis vous ont-ils empêché de dormir ?**

- 1. Pas du tout.
- 2. Pas plus que d'habitude.
- 3. Plutôt plus que d'habitude.
- 4. Beaucoup plus que d'habitude.

### **3. Avez-vous eu le sentiment de jouer un rôle utile ?**

- 1. Plutôt plus que d'habitude.
- 2. Comme d'habitude.
- 3. Moins utile que d'habitude.
- 4. Beaucoup moins utile.

### **4. Vous êtes-vous senti capable de prendre des décisions ?**

- 1. Plutôt plus que d'habitude.
- 2. Comme d'habitude.
- 3. Plutôt moins que d'habitude.
- 4. Beaucoup moins capable.

### **5. Vous êtes-vous senti constamment sous pression ?**

- 1. Pas du tout.
- 2. Pas plus que d'habitude.
- 3. Un peu plus que d'habitude.
- 4. Beaucoup plus que d'habitude.

### **6. Avez-vous senti que vous ne pouviez pas surmonter vos difficultés ?**

- 1. Pas du tout.
- 2. Pas plus que d'habitude.
- 3. Un peu plus que d'habitude.
- 4. Beaucoup plus que d'habitude.

### **7. Avez-vous pu prendre plaisir à vos activités quotidiennes ?**

- 1. Plutôt plus que d'habitude.
- 2. Comme d'habitude.
- 3. Plutôt moins que d'habitude.
- 4. Beaucoup moins que d'habitude.

### **8. Avez-vous pu faire face à vos problèmes ?**

- 1. Plutôt plus que d'habitude.
- 2. Comme d'habitude.
- 3. Moins capable que d'habitude.
- 4. Beaucoup moins capable.

### **9. Vous êtes-vous senti malheureux, déprimé ?**

- 1. Pas du tout.
- 2. Pas plus que d'habitude.
- 3. Un peu plus que d'habitude.
- 4. Beaucoup plus que d'habitude.

### **10. Avez-vous perdu confiance en vous ?**

- 1. Pas du tout.
- 2. Pas plus que d'habitude.
- 3. Un peu plus que d'habitude.
- 4. Beaucoup plus que d'habitude.

**11. Avez-vous pensé que vous ne valez rien ?**

- 1. Pas du tout.
- 2. Pas plus que d'habitude.
- 3. Un peu plus que d'habitude.
- 4. Beaucoup plus que d'habitude.

**12. Vous êtes-vous senti relativement heureux dans l'ensemble ?**

- 1. Plutôt plus que d'habitude.
- 2. A peu près comme d'habitude.
- 3. Plutôt moins que d'habitude.
- 4. Beaucoup moins que d'habitude.

## Annexe N°9 : Résultats de l'échelle de pénibilité au travail de cas Razika

Que pensez-vous des propositions ci-dessous concernant votre travail ?	Jamais ne me concerne pas 1	Rarement 2	Quelquefois 3	Souvent 4	Très souvent 5
1. Je travaille sous pression					✓
2. Je suis surchargé à mon poste					✓
3. Mes outils de travail sont modernes et bien entretenus	✓				
4. Je bénéficie du soutien de mon chef	✓				
5. Le rythme de mon travail est supportable	✓				
6. J'ai la possibilité d'obtenir une promotion		✓			
7. Mes conditions de travail sont précaires					✓
8. Mes horaires de travail sont supportables	✓				
9. A mon travail, je peux privilégier la qualité plutôt que la vitesse		✓			
10. Mon travail m'expose aux nuisances sonores					✓
11. A mon travail, je suis confronté à des publics Agressifs				✓	
12. A mon travail, j'ai le temps de réfléchir avant de prendre des décisions			✓		
13. Dans mon travail, je ne fais qu'une chose à la fois				✓	
14. J'ai le soutien de mes collègues	✓				
15. Les exigences de mon travail sont au-dessus de mes forces					✓
16. En général, le contact avec les clients, les usagers, les patients,... est agréable			✓		
17. La cadence et le rythme de mon travail sont supportables					✓
18. L'ambiance qui règne dans mon équipe de travail est invivable					✓
19. Il arrive que je sois interrompu dans mon travail				✓	

20. Il arrive que je réalise mon travail sous des températures extrêmes				✓	
21. Je manque de marge de manœuvre dans mon travail				✓	
22. Les conditions matérielles de mon travail sont bonnes				✓	
23. J'arrive facilement à atteindre les quotas journaliers demandés			✓		
24. Il arrive que je manque de temps pour terminer ce que j'ai commencé				✓	
25. La quantité de travail que je dois réaliser par jour est correcte			✓		
26. Les rapports avec mes collègues de travail sont cordiaux et conviviaux			✓		
27. Je reçois des ordres contradictoires de ma Hiérarchie		✓			
28. Il arrive que je termine une partie de mon travail à la maison	✓				
29. Dans mon travail, je dois prendre et tenir des postures (positions du corps) pénibles				✓	
30. Je n'arrive pas à terminer mon travail pendant les horaires prévus				✓	
31. A mon travail, je peux avoir des moments de calme			✓		
32. Je reçois des avis et remarques cohérents de la part de mes collaborateurs		✓			
33. J'ai les capacités physiques et intellectuelles suffisantes pour faire ce que l'on me demande					✓
34. Le climat dans lequel j'effectue mon travail est difficilement supportable	✓				
35. Travailler la nuit est éprouvant physiquement et mentalement					✓
36. A mon travail, je suis exposé aux risques chimiques	✓				

<b>37.</b> La charge de mon travail est compatible avec mes capacités physiques			✓		
<b>38.</b> Je dispose du temps nécessaire pour exécuter correctement mon travail			✓		

## **Annexe N°10 : Résultats du questionnaire de cas Mahmoud**

### **1. Avez-vous pu vous concentrer sur ce que vous faisiez ?**

- 1. Mieux que d'habitude.
- 2. Comme d'habitude.
- 3. Moins que d'habitude.
- 4. Beaucoup moins que d'habitude.

### **2. Vos soucis vous ont-ils empêché de dormir ?**

- 1. Pas du tout.
- 2. Pas plus que d'habitude.
- 3. Plutôt plus que d'habitude.
- 4. Beaucoup plus que d'habitude.

### **3. Avez-vous eu le sentiment de jouer un rôle utile ?**

- 1. Plutôt plus que d'habitude.
- 2. Comme d'habitude.
- 3. Moins utile que d'habitude.
- 4. Beaucoup moins utile.

### **4. Vous êtes-vous senti capable de prendre des décisions ?**

- 1. Plutôt plus que d'habitude.
- 2. Comme d'habitude.
- 3. Plutôt moins que d'habitude.
- 4. Beaucoup moins capable.

### **5. Vous êtes-vous senti constamment sous pression ?**

- 1. Pas du tout.
- 2. Pas plus que d'habitude.
- 3. Un peu plus que d'habitude.
- 4. Beaucoup plus que d'habitude.

### **6. Avez-vous senti que vous ne pouviez pas surmonter vos difficultés ?**

- 1. Pas du tout.
- 2. Pas plus que d'habitude.
- 3. Un peu plus que d'habitude.
- 4. Beaucoup plus que d'habitude.

### **7. Avez-vous pu prendre plaisir à vos activités quotidiennes ?**

- 1. Plutôt plus que d'habitude.
- 2. Comme d'habitude.
- 3. Plutôt moins que d'habitude.
- 4. Beaucoup moins que d'habitude.

### **8. Avez-vous pu faire face à vos problèmes ?**

- 1. Plutôt plus que d'habitude.
- 2. Comme d'habitude.
- 3. Moins capable que d'habitude.
- 4. Beaucoup moins capable.

### **9. Vous êtes-vous senti malheureux, déprimé ?**

- 1. Pas du tout.
- 2. Pas plus que d'habitude.

- 3. Un peu plus que d'habitude.
- 4. Beaucoup plus que d'habitude.

**10. Avez-vous perdu confiance en vous ?**

- 1. Pas du tout.
- 2. Pas plus que d'habitude.
- 3. Un peu plus que d'habitude.
- 4. Beaucoup plus que d'habitude.

**11. Avez-vous pensé que vous ne valez rien ?**

- 1. Pas du tout.
- 2. Pas plus que d'habitude.
- 3. Un peu plus que d'habitude.
- 4. Beaucoup plus que d'habitude.

**12. Vous êtes-vous senti relativement heureux dans l'ensemble ?**

- 1. Plutôt plus que d'habitude.
- 2. A peu près comme d'habitude.
- 3. Plutôt moins que d'habitude.
- 4. Beaucoup moins que d'habitude.

## Annexe N° 11 : Résultats de l'échelle de pénibilité au travail de cas Mahmoud

Que pensez-vous des propositions ci-dessous concernant votre travail ?	Jamais ne me concerne pas 1	Rarement 2	Quelquefois 3	Souvent 4	Très souvent 5
1. Je travaille sous pression		✓			
2. Je suis surchargé à mon poste					✓
3. Mes outils de travail sont modernes et bien entretenus		✓			
4. Je bénéficie du soutien de mon chef				✓	
5. Le rythme de mon travail est supportable		✓			
6. J'ai la possibilité d'obtenir une promotion				✓	
7. Mes conditions de travail sont précaires		✓			
8. Mes horaires de travail sont supportables				✓	
9. A mon travail, je peux privilégier la qualité plutôt que la vitesse		✓			
10. Mon travail m'expose aux nuisances sonores		✓			
11. A mon travail, je suis confronté à des publics Agressifs		✓			
12. A mon travail, j'ai le temps de réfléchir avant de prendre des décisions		✓			
13. Dans mon travail, je ne fais qu'une chose à la fois	✓				
14. J'ai le soutien de mes collègues	✓				
15. Les exigences de mon travail sont au-dessus de mes forces		✓			
16. En général, le contact avec les clients, les usagers, les patients,... est agréable					✓
17. La cadence et le rythme de mon travail sont supportables			✓		
18. L'ambiance qui règne dans mon équipe de travail est invivable		✓			
19. Il arrive que je sois interrompu dans mon travail		✓			

20. Il arrive que je réalise mon travail sous des températures extrêmes				✓	
21. Je manque de marge de manœuvre dans mon travail	✓				
22. Les conditions matérielles de mon travail sont bonnes		✓			
23. J'arrive facilement à atteindre les quotas journaliers demandés	✓				
24. Il arrive que je manque de temps pour terminer ce que j'ai commencé				✓	
25. La quantité de travail que je dois réaliser par jour est correcte				✓	
26. Les rapports avec mes collègues de travail sont cordiaux et conviviaux				✓	
27. Je reçois des ordres contradictoires de ma Hiérarchie		✓			
28. Il arrive que je termine une partie de mon travail à la maison		✓			
29. Dans mon travail, je dois prendre et tenir des postures (positions du corps) pénibles		✓			
30. Je n'arrive pas à terminer mon travail pendant les horaires prévus		✓			
31. A mon travail, je peux avoir des moments de calme			✓		
32. Je reçois des avis et remarques cohérents de la part de mes collaborateurs		✓			
33. J'ai les capacités physiques et intellectuelles suffisantes pour faire ce que l'on me demande				✓	
34. Le climat dans lequel j'effectue mon travail est difficilement supportable			✓		
35. Travailler la nuit est éprouvant physiquement et mentalement		✓			
36. A mon travail, je suis exposé aux risques chimiques	✓				

<b>37.</b> La charge de mon travail est compatible avec mes capacités physiques					✓
<b>38.</b> Je dispose du temps nécessaire pour exécuter correctement mon travail			✓		

## **Annexe N°12 : Résultats du questionnaire GHQ 12 de cas Nadjet**

### **1. Avez-vous pu vous concentrer sur ce que vous faisiez ?**

- 1. Mieux que d'habitude.
- 2. Comme d'habitude.
- 3. Moins que d'habitude.
- 4. Beaucoup moins que d'habitude.

### **2. Vos soucis vous ont-ils empêché de dormir ?**

- 1. Pas du tout.
- 2. Pas plus que d'habitude.
- 3. Plutôt plus que d'habitude.
- 4. Beaucoup plus que d'habitude.

### **3. Avez-vous eu le sentiment de jouer un rôle utile ?**

- 1. Plutôt plus que d'habitude.
- 2. Comme d'habitude.
- 3. Moins utile que d'habitude.
- 4. Beaucoup moins utile.

### **4. Vous êtes-vous senti capable de prendre des décisions ?**

- 1. Plutôt plus que d'habitude.
- 2. Comme d'habitude.
- 3. Plutôt moins que d'habitude.
- 4. Beaucoup moins capable.

### **5. Vous êtes-vous senti constamment sous pression ?**

- 1. Pas du tout.
- 2. Pas plus que d'habitude.
- 3. Un peu plus que d'habitude.
- 4. Beaucoup plus que d'habitude.

### **6. Avez-vous senti que vous ne pouviez pas surmonter vos difficultés ?**

- 1. Pas du tout.
- 2. Pas plus que d'habitude.
- 3. Un peu plus que d'habitude.
- 4. Beaucoup plus que d'habitude.

### **7. Avez-vous pu prendre plaisir à vos activités quotidiennes ?**

- 1. Plutôt plus que d'habitude.
- 2. Comme d'habitude.
- 3. Plutôt moins que d'habitude.
- 4. Beaucoup moins que d'habitude.

### **8. Avez-vous pu faire face à vos problèmes ?**

- 1. Plutôt plus que d'habitude.
- 2. Comme d'habitude.
- 3. Moins capable que d'habitude.
- 4. Beaucoup moins capable.

### **9. Vous êtes-vous senti malheureux, déprimé ?**

- 1. Pas du tout.
- 2. Pas plus que d'habitude.
- 3. Un peu plus que d'habitude.
- 4. Beaucoup plus que d'habitude.

**10. Avez-vous perdu confiance en vous ?**

- 1. Pas du tout.
- 2. Pas plus que d'habitude.
- 3. Un peu plus que d'habitude.
- 4. Beaucoup plus que d'habitude.

**11. Avez-vous pensé que vous ne valez rien ?**

- 1. Pas du tout.
- 2. Pas plus que d'habitude.
- 3. Un peu plus que d'habitude.
- 4. Beaucoup plus que d'habitude.

**12. Vous êtes-vous senti relativement heureux dans l'ensemble ?**

- 1. Plutôt plus que d'habitude.
- 2. A peu près comme d'habitude.
- 3. Plutôt moins que d'habitude.
- 4. Beaucoup moins que d'habitude.

## Annexe N° 13 : Résultats de l'échelle de pénibilité au travail de cas Nadjet

Que pensez-vous des propositions ci-dessous concernant votre travail ?	Jamais ne me concerne pas 1	Rarement 2	Quelquefois 3	Souvent 4	Très souvent 5
1. Je travaille sous pression		✓			
2. Je suis surchargé à mon poste			✓		
3. Mes outils de travail sont modernes et bien entretenus	✓				
4. Je bénéficie du soutien de mon chef				✓	
5. Le rythme de mon travail est supportable			✓		
6. J'ai la possibilité d'obtenir une promotion	✓				
7. Mes conditions de travail sont précaires				✓	
8. Mes horaires de travail sont supportables	✓				
9. A mon travail, je peux privilégier la qualité plutôt que la vitesse		✓			
10. Mon travail m'expose aux nuisances sonores	✓				
11. A mon travail, je suis confronté à des publics Agressifs	✓				
12. A mon travail, j'ai le temps de réfléchir avant de prendre des décisions				✓	
13. Dans mon travail, je ne fais qu'une chose à la fois				✓	
14. J'ai le soutien de mes collègues				✓	
15. Les exigences de mon travail sont au-dessus de mes forces			✓		
16. En général, le contact avec les clients, les usagers, les patients, ... est agréable				✓	
17. La cadence et le rythme de mon travail sont supportables			✓		
18. L'ambiance qui règne dans mon équipe de travail est invivable	✓				
19. Il arrive que je sois interrompu dans mon travail			✓		

20. Il arrive que je réalise mon travail sous des températures extrêmes	✓				
21. Je manque de marge de manœuvre dans mon travail				✓	
22. Les conditions matérielles de mon travail sont bonnes	✓				
23. J'arrive facilement à atteindre les quotas journaliers demandés	✓				
24. Il arrive que je manque de temps pour terminer ce que j'ai commencé		✓			
25. La quantité de travail que je dois réaliser par jour est correcte		✓			
26. Les rapports avec mes collègues de travail sont cordiaux et conviviaux			✓		
27. Je reçois des ordres contradictoires de ma Hiérarchie		✓			
28. Il arrive que je termine une partie de mon travail à la maison	✓				
29. Dans mon travail, je dois prendre et tenir des postures (positions du corps) pénibles				✓	
30. Je n'arrive pas à terminer mon travail pendant les horaires prévus		✓			
31. A mon travail, je peux avoir des moments de calme			✓		
32. Je reçois des avis et remarques cohérents de la part de mes collaborateurs		✓			
33. J'ai les capacités physiques et intellectuelles suffisantes pour faire ce que l'on me demande			✓		
34. Le climat dans lequel j'effectue mon travail est difficilement supportable		✓			
35. Travailler la nuit est éprouvant physiquement et mentalement	✓				
36. A mon travail, je suis exposé aux risques chimiques	✓				

<b>37.</b> La charge de mon travail est compatible avec mes capacités physiques				✓	
<b>38.</b> Je dispose du temps nécessaire pour exécuter correctement mon travail				✓	

## **Annexe N°14 : Résultats du questionnaire GHQ 12 de cas Bilal**

### **1. Avez-vous pu vous concentrer sur ce que vous faisiez ?**

- 1. Mieux que d'habitude.
- 2. Comme d'habitude.
- 3. Moins que d'habitude.
- 4. Beaucoup moins que d'habitude.

### **2. Vos soucis vous ont-ils empêché de dormir ?**

- 1. Pas du tout.
- 2. Pas plus que d'habitude.
- 3. Plutôt plus que d'habitude.
- 4. Beaucoup plus que d'habitude.

### **3. Avez-vous eu le sentiment de jouer un rôle utile ?**

- 1. Plutôt plus que d'habitude.
- 2. Comme d'habitude.
- 3. Moins utile que d'habitude.
- 4. Beaucoup moins utile.

### **4. Vous êtes-vous senti capable de prendre des décisions ?**

- 1. Plutôt plus que d'habitude.
- 2. Comme d'habitude.
- 3. Plutôt moins que d'habitude.
- 4. Beaucoup moins capable.

### **5. Vous êtes-vous senti constamment sous pression ?**

- 1. Pas du tout.
- 2. Pas plus que d'habitude.
- 3. Un peu plus que d'habitude.
- 4. Beaucoup plus que d'habitude.

### **6. Avez-vous senti que vous ne pouviez pas surmonter vos difficultés ?**

- 1. Pas du tout.
- 2. Pas plus que d'habitude.
- 3. Un peu plus que d'habitude.
- 4. Beaucoup plus que d'habitude.

### **7. Avez-vous pu prendre plaisir à vos activités quotidiennes ?**

- 1. Plutôt plus que d'habitude.
- 2. Comme d'habitude.
- 3. Plutôt moins que d'habitude.
- 4. Beaucoup moins que d'habitude.

### **8. Avez-vous pu faire face à vos problèmes ?**

- 1. Plutôt plus que d'habitude.
- 2. Comme d'habitude.
- 3. Moins capable que d'habitude.
- 4. Beaucoup moins capable.

### **9. Vous êtes-vous senti malheureux, déprimé ?**

- 1. Pas du tout.
- 2. Pas plus que d'habitude.
- 3. Un peu plus que d'habitude.
- 4. Beaucoup plus que d'habitude.

**10. Avez-vous perdu confiance en vous ?**

- 1. Pas du tout.
- 2. Pas plus que d'habitude.
- 3. Un peu plus que d'habitude.
- 4. Beaucoup plus que d'habitude.

**11. Avez-vous pensé que vous ne valez rien ?**

- 1. Pas du tout.
- 2. Pas plus que d'habitude.
- 3. Un peu plus que d'habitude.
- 4. Beaucoup plus que d'habitude.

**12. Vous êtes-vous senti relativement heureux dans l'ensemble ?**

- 1. Plutôt plus que d'habitude.
- 2. A peu près comme d'habitude.
- 3. Plutôt moins que d'habitude.
- 4. Beaucoup moins que d'habitude.

## Annexe N° 15 : Résultats de l'échelle de pénibilité au travail de cas Bilal

Que pensez-vous des propositions ci-dessous concernant votre travail ?	Jamais ne me concerne pas 1	Rarement 2	Quelquefois 3	Souvent 4	Très souvent 5
1. Je travaille sous pression		✓			
2. Je suis surchargé à mon poste	✓				
3. Mes outils de travail sont modernes et bien entretenus			✓		
4. Je bénéficie du soutien de mon chef				✓	
5. Le rythme de mon travail est supportable					✓
6. J'ai la possibilité d'obtenir une promotion			✓		
7. Mes conditions de travail sont précaires	✓				
8. Mes horaires de travail sont supportables				✓	
9. A mon travail, je peux privilégier la qualité plutôt que la vitesse				✓	
10. Mon travail m'expose aux nuisances sonores	✓				
11. A mon travail, je suis confronté à des publics Agressifs		✓			
12. A mon travail, j'ai le temps de réfléchir avant de prendre des décisions				✓	
13. Dans mon travail, je ne fais qu'une chose à la fois		✓			
14. J'ai le soutien de mes collègues					✓
15. Les exigences de mon travail sont au-dessus de mes forces	✓				
16. En général, le contact avec les clients, les usagers, les patients, ... est agréable				✓	
17. La cadence et le rythme de mon travail sont supportables				✓	
18. L'ambiance qui règne dans mon équipe de travail est invivable			✓		
19. Il arrive que je sois interrompu dans mon travail			✓		

20. Il arrive que je réalise mon travail sous des températures extrêmes	✓				
21. Je manque de marge de manœuvre dans mon travail	✓				
22. Les conditions matérielles de mon travail sont bonnes				✓	
23. J'arrive facilement à atteindre les quotas journaliers demandés				✓	
24. Il arrive que je manque de temps pour terminer ce que j'ai commencé	✓				
25. La quantité de travail que je dois réaliser par jour est correcte				✓	
26. Les rapports avec mes collègues de travail sont cordiaux et conviviaux					✓
27. Je reçois des ordres contradictoires de ma Hiérarchie	✓				
28. Il arrive que je termine une partie de mon travail à la maison			✓		
29. Dans mon travail, je dois prendre et tenir des postures (positions du corps) pénibles	✓				
30. Je n'arrive pas à terminer mon travail pendant les horaires prévus		✓			
31. A mon travail, je peux avoir des moments de calme				✓	
32. Je reçois des avis et remarques cohérents de la part de mes collaborateurs		✓			
33. J'ai les capacités physiques et intellectuelles suffisantes pour faire ce que l'on me demande				✓	
34. Le climat dans lequel j'effectue mon travail est difficilement supportable	✓				
35. Travailler la nuit est éprouvant physiquement et mentalement					✓
36. A mon travail, je suis exposé aux risques chimiques		✓			

<b>37.</b> La charge de mon travail est compatible avec mes capacités physiques		✓			
<b>38.</b> Je dispose du temps nécessaire pour exécuter correctement mon travail					✓

## **Annexe N°16 : Résultats du questionnaire GHQ 12 de cas Sadika**

### **1. Avez-vous pu vous concentrer sur ce que vous faisiez ?**

- 1. Mieux que d'habitude.
- 2. Comme d'habitude.
- 3. Moins que d'habitude.
- 4. Beaucoup moins que d'habitude.

### **2. Vos soucis vous ont-ils empêché de dormir ?**

- 1. Pas du tout.
- 2. Pas plus que d'habitude.
- 3. Plutôt plus que d'habitude.
- 4. Beaucoup plus que d'habitude.

### **3. Avez-vous eu le sentiment de jouer un rôle utile ?**

- 1. Plutôt plus que d'habitude.
- 2. Comme d'habitude.
- 3. Moins utile que d'habitude.
- 4. Beaucoup moins utile.

### **4. Vous êtes-vous senti capable de prendre des décisions ?**

- 1. Plutôt plus que d'habitude.
- 2. Comme d'habitude.
- 3. Plutôt moins que d'habitude.
- 4. Beaucoup moins capable.

### **5. Vous êtes-vous senti constamment sous pression ?**

- 1. Pas du tout.
- 2. Pas plus que d'habitude.
- 3. Un peu plus que d'habitude.
- 4. Beaucoup plus que d'habitude.

### **6. Avez-vous senti que vous ne pouviez pas surmonter vos difficultés ?**

- 1. Pas du tout.
- 2. Pas plus que d'habitude.
- 3. Un peu plus que d'habitude.
- 4. Beaucoup plus que d'habitude.

### **7. Avez-vous pu prendre plaisir à vos activités quotidiennes ?**

- 1. Plutôt plus que d'habitude.
- 2. Comme d'habitude.
- 3. Plutôt moins que d'habitude.
- 4. Beaucoup moins que d'habitude.

### **8. Avez-vous pu faire face à vos problèmes ?**

- 1. Plutôt plus que d'habitude.
- 2. Comme d'habitude.
- 3. Moins capable que d'habitude.
- 4. Beaucoup moins capable.

### **9. Vous êtes-vous senti malheureux, déprimé ?**

- 1. Pas du tout.
- 2. Pas plus que d'habitude.
- 3. Un peu plus que d'habitude.
- 4. Beaucoup plus que d'habitude.

### **10. Avez-vous perdu confiance en vous ?**

- 1. Pas du tout.
- 2. Pas plus que d'habitude.
- 3. Un peu plus que d'habitude.
- 4. Beaucoup plus que d'habitude.

**11. Avez-vous pensé que vous ne valez rien ?**

- 1. Pas du tout.
- 2. Pas plus que d'habitude.
- 3. Un peu plus que d'habitude.
- 4. Beaucoup plus que d'habitude.

**12. Vous êtes-vous senti relativement heureux dans l'ensemble ?**

- 1. Plutôt plus que d'habitude.
- 2. A peu près comme d'habitude.
- 3. Plutôt moins que d'habitude.
- 4. Beaucoup moins que d'habitude.

## Annexe N° 17 : Résultats de l'échelle de pénibilité au travail de cas Sadika

Que pensez-vous des propositions ci-dessous concernant votre travail ?	Jamais ne me concerne pas 1	Rarement 2	Quelquefois 3	Souvent 4	Très souvent 5
1. Je travaille sous pression		✓			
2. Je suis surchargé à mon poste			✓		
3. Mes outils de travail sont modernes et bien entretenus	✓				
4. Je bénéficie du soutien de mon chef		✓			
5. Le rythme de mon travail est supportable		✓			
6. J'ai la possibilité d'obtenir une promotion	✓				
7. Mes conditions de travail sont précaires			✓		
8. Mes horaires de travail sont supportables		✓			
9. A mon travail, je peux privilégier la qualité plutôt que la vitesse				✓	
10. Mon travail m'expose aux nuisances sonores	✓				
11. A mon travail, je suis confronté à des publics Agressifs	✓				
12. A mon travail, j'ai le temps de réfléchir avant de prendre des décisions		✓			
13. Dans mon travail, je ne fais qu'une chose à la fois	✓				
14. J'ai le soutien de mes collègues		✓			
15. Les exigences de mon travail sont au-dessus de mes forces			✓		
16. En général, le contact avec les clients, les usagers, les patients, ... est agréable			✓		
17. La cadence et le rythme de mon travail sont supportables		✓			
18. L'ambiance qui règne dans mon équipe de travail est invivable		✓			
19. Il arrive que je sois interrompu dans mon travail		✓			

20. Il arrive que je réalise mon travail sous des températures extrêmes	✓				
21. Je manque de marge de manœuvre dans mon travail			✓		
22. Les conditions matérielles de mon travail sont bonnes		✓			
23. J'arrive facilement à atteindre les quotas journaliers demandés	✓				
24. Il arrive que je manque de temps pour terminer ce que j'ai commencé		✓			
25. La quantité de travail que je dois réaliser par jour est correcte			✓		
26. Les rapports avec mes collègues de travail sont cordiaux et conviviaux		✓			
27. Je reçois des ordres contradictoires de ma Hiérarchie	✓				
28. Il arrive que je termine une partie de mon travail à la maison	✓				
29. Dans mon travail, je dois prendre et tenir des postures (positions du corps) pénibles			✓		
30. Je n'arrive pas à terminer mon travail pendant les horaires prévus		✓			
31. A mon travail, je peux avoir des moments de calme				✓	
32. Je reçois des avis et remarques cohérents de la part de mes collaborateurs				✓	
33. J'ai les capacités physiques et intellectuelles suffisantes pour faire ce que l'on me demande	✓				
34. Le climat dans lequel j'effectue mon travail est difficilement supportable		✓			
35. Travailler la nuit est éprouvant physiquement et mentalement	✓				
36. A mon travail, je suis exposé aux risques chimiques	✓				

<b>37.</b> La charge de mon travail est compatible avec mes capacités physiques					✓
<b>38.</b> Je dispose du temps nécessaire pour exécuter correctement mon travail				✓	

## **Annexe N°18 : Résultats du questionnaire GHQ 12 de cas Linda**

### **1. Avez-vous pu vous concentrer sur ce que vous faisiez ?**

- 1. Mieux que d'habitude.
- 2. Comme d'habitude.
- 3. Moins que d'habitude.
- 4. Beaucoup moins que d'habitude.

### **2. Vos soucis vous ont-ils empêché de dormir ?**

- 1. Pas du tout.
- 2. Pas plus que d'habitude.
- 3. Plutôt plus que d'habitude.
- 4. Beaucoup plus que d'habitude.

### **3. Avez-vous eu le sentiment de jouer un rôle utile ?**

- 1. Plutôt plus que d'habitude.
- 2. Comme d'habitude.
- 3. Moins utile que d'habitude.
- 4. Beaucoup moins utile.

### **4. Vous êtes-vous senti capable de prendre des décisions ?**

- 1. Plutôt plus que d'habitude.
- 2. Comme d'habitude.
- 3. Plutôt moins que d'habitude.
- 4. Beaucoup moins capable.

### **5. Vous êtes-vous senti constamment sous pression ?**

- 1. Pas du tout.
- 2. Pas plus que d'habitude.
- 3. Un peu plus que d'habitude.
- 4. Beaucoup plus que d'habitude.

### **6. Avez-vous senti que vous ne pouviez pas surmonter vos difficultés ?**

- 1. Pas du tout.
- 2. Pas plus que d'habitude.
- 3. Un peu plus que d'habitude.
- 4. Beaucoup plus que d'habitude.

### **7. Avez-vous pu prendre plaisir à vos activités quotidiennes ?**

- 1. Plutôt plus que d'habitude.
- 2. Comme d'habitude.
- 3. Plutôt moins que d'habitude.
- 4. Beaucoup moins que d'habitude.

### **8. Avez-vous pu faire face à vos problèmes ?**

- 1. Plutôt plus que d'habitude.
- 2. Comme d'habitude.
- 3. Moins capable que d'habitude.
- 4. Beaucoup moins capable.

### **9. Vous êtes-vous senti malheureux, déprimé ?**

- 1. Pas du tout.
- 2. Pas plus que d'habitude.
- 3. Un peu plus que d'habitude.
- 4. Beaucoup plus que d'habitude.

**10. Avez-vous perdu confiance en vous ?**

- 1. Pas du tout.
- 2. Pas plus que d'habitude.
- 3. Un peu plus que d'habitude.
- 4. Beaucoup plus que d'habitude.

**11. Avez-vous pensé que vous ne valez rien ?**

- 1. Pas du tout.
- 2. Pas plus que d'habitude.
- 3. Un peu plus que d'habitude.
- 4. Beaucoup plus que d'habitude.

**12. Vous êtes-vous senti relativement heureux dans l'ensemble ?**

- 1. Plutôt plus que d'habitude.
- 2. A peu près comme d'habitude.
- 3. Plutôt moins que d'habitude.
- 4. Beaucoup moins que d'habitude.

## Annexe N°19 : Résultats de l'échelle de pénibilité au travail de cas Linda

Que pensez-vous des propositions ci-dessous concernant votre travail ?	Jamais ne me concerne pas 1	Rarement 2	Quelquefois 3	Souvent 4	Très souvent 5
1. Je travaille sous pression				✓	
2. Je suis surchargé à mon poste				✓	
3. Mes outils de travail sont modernes et bien entretenus	✓				
4. Je bénéficie du soutien de mon chef		✓			
5. Le rythme de mon travail est supportable		✓			
6. J'ai la possibilité d'obtenir une promotion	✓				
7. Mes conditions de travail sont précaires					✓
8. Mes horaires de travail sont supportables		✓			
9. A mon travail, je peux privilégier la qualité plutôt que la vitesse		✓			
10. Mon travail m'expose aux nuisances sonores				✓	
11. A mon travail, je suis confronté à des publics Agressifs				✓	
12. A mon travail, j'ai le temps de réfléchir avant de prendre des décisions			✓		
13. Dans mon travail, je ne fais qu'une chose à la fois			✓		
14. J'ai le soutien de mes collègues		✓			
15. Les exigences de mon travail sont au-dessus de mes forces				✓	
16. En général, le contact avec les clients, les usagers, les patients, ... est agréable			✓		
17. La cadence et le rythme de mon travail sont supportables	✓				
18. L'ambiance qui règne dans mon équipe de travail est invivable				✓	
19. Il arrive que je sois interrompu dans mon travail				✓	

20. Il arrive que je réalise mon travail sous des températures extrêmes				✓	
21. Je manque de marge de manœuvre dans mon travail				✓	
22. Les conditions matérielles de mon travail sont bonnes	✓				
23. J'arrive facilement à atteindre les quotas journaliers demandés	✓				
24. Il arrive que je manque de temps pour terminer ce que j'ai commencé		✓			
25. La quantité de travail que je dois réaliser par jour est correcte		✓			
26. Les rapports avec mes collègues de travail sont cordiaux et conviviaux		✓			
27. Je reçois des ordres contradictoires de ma Hiérarchie			✓		
28. Il arrive que je termine une partie de mon travail à la maison	✓				
29. Dans mon travail, je dois prendre et tenir des postures (positions du corps) pénibles		✓			
30. Je n'arrive pas à terminer mon travail pendant les horaires prévus			✓		
31. A mon travail, je peux avoir des moments de calme			✓		
32. Je reçois des avis et remarques cohérents de la part de mes collaborateurs	✓				
33. J'ai les capacités physiques et intellectuelles suffisantes pour faire ce que l'on me demande			✓		
34. Le climat dans lequel j'effectue mon travail est difficilement supportable					✓
35. Travailler la nuit est éprouvant physiquement et mentalement				✓	
36. A mon travail, je suis exposé aux risques chimiques		✓			

<b>37.</b> La charge de mon travail est compatible avec mes capacités physiques			✓		
<b>38.</b> Je dispose du temps nécessaire pour exécuter correctement mon travail			✓		

## Annexe N°20 : Résultats du questionnaire GHQ 12 de cas Rima

### 1. Avez-vous pu vous concentrer sur ce que vous faisiez ?

- 1. Mieux que d'habitude.
- 2. Comme d'habitude.
- 3. Moins que d'habitude.
- 4. Beaucoup moins que d'habitude.

### 2. Vos soucis vous ont-ils empêché de dormir ?

- 1. Pas du tout.
- 2. Pas plus que d'habitude.
- 3. Plutôt plus que d'habitude.
- 4. Beaucoup plus que d'habitude.

### 3. Avez-vous eu le sentiment de jouer un rôle utile ?

- 1. Plutôt plus que d'habitude.
- 2. Comme d'habitude.
- 3. Moins utile que d'habitude.
- 4. Beaucoup moins utile.

### 4. Vous êtes-vous senti capable de prendre des décisions ?

- 1. Plutôt plus que d'habitude.
- 2. Comme d'habitude.
- 3. Plutôt moins que d'habitude.
- 4. Beaucoup moins capable.

### 5. Vous êtes-vous senti constamment sous pression ?

- 1. Pas du tout.
- 2. Pas plus que d'habitude.
- 3. Un peu plus que d'habitude.
- 4. Beaucoup plus que d'habitude.

### 6. Avez-vous senti que vous ne pouviez pas surmonter vos difficultés ?

- 1. Pas du tout.
- 2. Pas plus que d'habitude.
- 3. Un peu plus que d'habitude.
- 4. Beaucoup plus que d'habitude.

### 7. Avez-vous pu prendre plaisir à vos activités quotidiennes ?

- 1. Plutôt plus que d'habitude.
- 2. Comme d'habitude.
- 3. Plutôt moins que d'habitude.
- 4. Beaucoup moins que d'habitude.

### 8. Avez-vous pu faire face à vos problèmes ?

- 1. Plutôt plus que d'habitude.
- 2. Comme d'habitude.
- 3. Moins capable que d'habitude.
- 4. Beaucoup moins capable.

### 9. Vous êtes-vous senti malheureux, déprimé ?

- 1. Pas du tout.
- 2. Pas plus que d'habitude.
- 3. Un peu plus que d'habitude.
- 4. Beaucoup plus que d'habitude.

**10. Avez-vous perdu confiance en vous ?**

- 1. Pas du tout.
- 2. Pas plus que d'habitude.
- 3. Un peu plus que d'habitude.
- 4. Beaucoup plus que d'habitude.

**11. Avez-vous pensé que vous ne valez rien ?**

- 1. Pas du tout.
- 2. Pas plus que d'habitude.
- 3. Un peu plus que d'habitude.
- 4. Beaucoup plus que d'habitude.

**12. Vous êtes-vous senti relativement heureux dans l'ensemble ?**

- 1. Plutôt plus que d'habitude.
- 2. A peu près comme d'habitude.
- 3. Plutôt moins que d'habitude.
- 4. Beaucoup moins que d'habitude.

## Annexe N° 21 : Résultats de l'échelle de pénibilité au travail de cas Rima

<b>Que pensez-vous des propositions ci-dessous concernant votre travail ?</b>	Jamais ne me concerne pas <b>1</b>	Rarement <b>2</b>	Quelquefois <b>3</b>	Souvent <b>4</b>	Très souvent <b>5</b>
<b>1.</b> Je travaille sous pression			✓		
<b>2.</b> Je suis surchargé à mon poste			✓		
<b>3.</b> Mes outils de travail sont modernes et bien entretenus		✓			
<b>4.</b> Je bénéficie du soutien de mon chef		✓			
<b>5.</b> Le rythme de mon travail est supportable			✓		
<b>6.</b> J'ai la possibilité d'obtenir une promotion	✓				
<b>7.</b> Mes conditions de travail sont précaires				✓	
<b>8.</b> Mes horaires de travail sont supportables				✓	
<b>9.</b> A mon travail, je peux privilégier la qualité plutôt que la vitesse				✓	
<b>10.</b> Mon travail m'expose aux nuisances sonores	✓				
<b>11.</b> A mon travail, je suis confronté à des publics Agressifs			✓		
<b>12.</b> A mon travail, j'ai le temps de réfléchir avant de prendre des décisions				✓	
<b>13.</b> Dans mon travail, je ne fais qu'une chose à la fois				✓	
<b>14.</b> J'ai le soutien de mes collègues				✓	
<b>15.</b> Les exigences de mon travail sont au-dessus de mes forces		✓			
<b>16.</b> En général, le contact avec les clients, les usagers, les patients, ... est agréable			✓		
<b>17.</b> La cadence et le rythme de mon travail sont supportables			✓		
<b>18.</b> L'ambiance qui règne dans mon équipe de travail est invivable		✓			
<b>19.</b> Il arrive que je sois interrompu dans mon travail				✓	

20. Il arrive que je réalise mon travail sous des températures extrêmes			✓		
21. Je manque de marge de manœuvre dans mon travail			✓		
22. Les conditions matérielles de mon travail sont bonnes		✓			
23. J'arrive facilement à atteindre les quotas journaliers demandés			✓		
24. Il arrive que je manque de temps pour terminer ce que j'ai commencé			✓		
25. La quantité de travail que je dois réaliser par jour est correcte			✓		
26. Les rapports avec mes collègues de travail sont cordiaux et conviviaux				✓	
27. Je reçois des ordres contradictoires de ma Hiérarchie		✓			
28. Il arrive que je termine une partie de mon travail à la maison		✓			
29. Dans mon travail, je dois prendre et tenir des postures (positions du corps) pénibles		✓			
30. Je n'arrive pas à terminer mon travail pendant les horaires prévus	✓				
31. A mon travail, je peux avoir des moments de calme			✓		
32. Je reçois des avis et remarques cohérents de la part de mes collaborateurs			✓		
33. J'ai les capacités physiques et intellectuelles suffisantes pour faire ce que l'on me demande				✓	
34. Le climat dans lequel j'effectue mon travail est difficilement supportable			✓		
35. Travailler la nuit est éprouvant physiquement et mentalement				✓	
36. A mon travail, je suis exposé aux risques chimiques				✓	

<b>37.</b> La charge de mon travail est compatible avec mes capacités physiques				✓	
<b>38.</b> Je dispose du temps nécessaire pour exécuter correctement mon travail			✓		

## **Résumé :**

Cette étude porte sur le thème intitulé « *La pénibilité au travail : la souffrance psychologique des psychologues cliniciens du secteur public* », elle a pour objectif de décrire et d'explorer la souffrance psychologique chez nos sujets. En effet, elle a été réalisée au sein de trois lieux de recherche : CHU de Bejaia, EPH d'Amizour et EPSP de Bejaia, cette dernière porte sur 9 cas. Pour réaliser cette étude, nous avons utilisé un entretien de type semi-directif, le questionnaire GHQ 12 qui mesure la détresse psychologique au travail, et l'échelle de pénibilité au travail qui mesure la pénibilité au travail. Les résultats qu'on a obtenus ont montrés que la souffrance psychologique au travail présente chez la majorité des cas, notamment M. Nabil, M<sup>lle</sup> Razika, M. Mahmoud, M<sup>me</sup> Nadjjet, M<sup>me</sup> Sadika, M<sup>me</sup> Linda et M<sup>me</sup> Rima. Cependant, deux cas qui sont M. Bilal et M<sup>me</sup> Rahma ne présentent pas une souffrance psychologique au travail.

**Mots-clés :** pénibilité au travail ; souffrance psychologique ; psychologues cliniciens ; secteur public ; détresse psychologique.

## **Abstract:**

This study deals with the theme that is entitled "The hardship at work : psychological suffering of clinical psychologist in public sector", it aims describing and exploring the psychological suffering in our subjects in fact it was realized in three search places : Bejai CHU, Amizour EPH, Bejaia EPSP, This later deals with 9 cases. In realizing such study, we have used a semi-directive interview, the GHQ 12 questionnaire which measures the psychological distress at work and the hardship scale which measures hardship at work. Results which we obtained have shown that psychological suffering exists with the majority of cases, especially Mr Nabil, Ms Razika, Mr Mahmoud, Mss Nadjjet, Mss Sadika, Mss Linda and Mss Rima. Mr Bilal and Mss Rahma do not represent signs of psychological suffering at work.

**Keywords:** hardship at work; psychological suffering; clinical psychologist; public sector; psychological distress.