

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 clinique

Thème

**Le stress professionnel et les stratégies de Coping chez les
techniciens anesthésistes**

Etude de 10 cas au niveau de l'EPH de Sidi Aich

Préparé par:

Melle SOUALMI Nedjoud

Melle TAOUINT Fairouz

Encadré par :

Mme HADERBACHE Lamia

Année universitaire 2015-2016

Remerciements

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

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

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

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

Notre remerciement s'adresse également à tous les personnels du bloc opératoire sans oublier le directeur de L' EPH de Sidi Aich qui nous a bien accueillis, ainsi que les membres de juré qui ont accepté de présider et d'examiner notre travail.

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

Dédicaces

Je dédie ce modeste travail

En premier lieu : à celui qui n'a pas cessé de me procurer son aide tout au long de mon parcours d'étude : à toi mon père. Et à ma mère qui m'a accordé toute sa patience, sa générosité et son amour. Je leur témoigne mon respect profond et beaucoup de reconnaissances pour tout ce qu'ils ont fait pour moi et à qui je ne rendrai jamais assez.

À la mémoire de mes grands-pères et ma grande mère

En deuxième lieu : à mes chères sœurs : Fahima et Ryma et ma belle-sœur Nina.

Et mes frères : Makhloof, Nabil, Lounis, Badou, Mounir, ainsi mon prince

Adem et le petit Ayoub

Egalement, à mes copines : Amina, Asma, Assia, Nissa, Nadia, Taous, Nassima,

Dyhia, Dalila, Sabiha, Kahina, Sabiha, Sabrina, Ouahiba, Fulla, Ferial, Abla.

Kenza.

Enfin à tous ceux qui me connaissent de près ou de loin.

Fairouz

Dédicaces

Je dédie ce modeste travail

À toute ma famille que j'aime beaucoup.

À la mémoire de ma grande mère

À mon père qui m'a soutenu et ma mère qui m'a accordé son amour

À mes chères sœurs : Fairouz, Houria, Ryma et ma belle-sœur Lynda et mes frères : Nadji, Chabane, Amine.

À mes anges Raouf, Abd elatif, Mariya, Aimen, et la plus petite princesse Wissem.

Egalement, à mes amis : Amina, Asma, Assia, Nissa, Nadia, Taous, Nassima, Dyhia, Dalila, Sabiha, Kahina, Sabiha, Sabrina, Ouahiba, Foula, Ferial, Abla Kenza, Cimon, Omar, Iriz.

Enfin à tous ceux qui me connaissent de près ou de loin.

Nedjoud

Liste des abréviations

ACTH : Hormone Adrénocorticotrope

AG : Anesthésie Générale

ALG : Anesthésie Locorégionale.

APA : American Psychiatrie Association

DSM 04 : Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux
N°4.

EFR : Epreuve fonctionnelles respiratoire

EPH : Etablissement publique hospitalier

EPSP : Etablissement de Proximité de la Santé Public

EX : Exemple

FDR : Facteur De Risque

IFAS : Institut français d l'anxiété et du stress

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

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PSS4 : Perceived Stress Scale 4

RT : Radiographie Thoracique

SNC : Système Nerveux Centrale

TRH : Hormone Thyréotrope

Liste des tableaux

N° de tableau	Titre	Page
Tableau N° 01	Tableaux récapitulatif des services de l'établissement public hospitalier (Rachid Belhocine)	P.89
Tableau N° 02	Tableaux récapitulatif des caractéristiques de notre groupe de recherche	P.91
Tableau N° 03	La répartition des stratégies selon les champs	P.99
Tableau N° 04	La feuille de dépouillement N°1 du cas de Mr (A)	P.115
Tableau N° 05	La feuille de dépouillement N° 2 du cas de Mr (A)	P.116
Tableau N° 06	La feuille de dépouillement N° 1 du cas de Mr (B)	P.126
Tableau N° 07	La feuille de dépouillement N° 2 du cas de Mr (B)	P.127
Tableau N° 08	La feuille de dépouillement N° 1 du cas de Mr (C)	P.136
Tableau N° 09	La feuille de dépouillement N° 2 du cas de Mr (C)	P.137
Tableau N° 10	La feuille de dépouillement N° 1 du cas de Mme (D)	P.144
Tableau N° 11	La feuille de dépouillement N° 2 du cas de Mme (D)	P.145
Tableau N° 12	La feuille de dépouillement N° 1 du cas de Mme (E)	P.150
Tableau N° 13	La feuille de dépouillement N° 2 du cas de Mme (E)	P.152
Tableau N° 14	La feuille de dépouillement N° 1 du cas de Mr (F)	P.155
Tableau N° 15	La feuille de dépouillement N° 2 du cas de Mr (F)	P.156
Tableau N° 16	La feuille de dépouillement N° 1 du cas de Mme (G)	P.161
Tableau N° 17	La feuille de dépouillement N° 2 du cas de Mme (G)	P.162
Tableau N° 18	La feuille de dépouillement N° 1 du cas de Mr (H)	P.168
Tableau N° 19	La feuille de dépouillement N° 2 du cas de Mr (H)	P.169
Tableau N° 20	La feuille de dépouillement N° 1 du cas de Mme (I)	P.175
Tableau N° 21	La feuille de dépouillement N° 2 du cas de Mme (I)	P.176
Tableau N° 22	La feuille de dépouillement N° 1 du cas de Mme (J)	P.182
Tableau N° 23	La feuille de dépouillement N° 2 du cas de Mme (J)	P.183
Tableau N° 24	Tableau récapitulatif des résultats des deux échelles utilisées par cas	p.184

Liste des figures

Figure N° 01: les conséquences du stress sur le corps humain.....p.49

Figure N°02: 01 le modèle de Holahan et Moos (1991) Associe les stressseurs et les ressources individuelles et sociales avec leurs effets sur la dépression.....p.71

Résumé

Notre recherche aborde la question de « *stress professionnel et les stratégies de coping chez les techniciens anesthésistes* ».

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

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

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

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

Abstract

Our study tackles the matter of « *Professional stress and the strategies of coping by technicians anaesthetists* ».

The aim of our research is to identify the degree of stress seen in our case study and to recognize the strategies of coping used by them in order to face their stress at work as process complex which translate the interaction between the individual and his environment.

As field of investigation, we chose the Hospital Public Institution of Sidi Aich by that we have opt the study of case arming of three tools of search, the clinical interview semi-directive and two other scales: Cohen and Williamson's (1988) scale of perceiving stress and Toulousaine's scale of coping by Sylvie Esparbes, Flovence Sordes-Ader- and Pierre Tap (1993).

Our present study had conclude the presence of an professional stress with high grade ton the majority of our case, and in order to face their stress at work they use all the strategies of middle coping either on the search of social support, either on emotion or the problem. That brought us to evolve that exist a link between the stress and the coping strategies. So our both supposition of search are confirmed.

Key Words: The professional stress, the coping strategies, technician anesthetist, environment, work, transactional approach, clinical, interview semi-directive of search, scale of perceiving stress, Toulousaine's scale of coping. Middel coping on emotion, middel coping on the social support, middel coping on the problem.

SOMMAIRE

Introduction	P.01
La problématique	P.06
Les hypothèses	P.12

Partie théorique

Chapitre I : l'anesthésie

Préambule.....	P.15
1. L'origine de l'anesthésie.....	P.15
2. La définition de l'anesthésie.....	P.17
3. Les dix règles d'or de l'anesthésie.....	P.18
4. Les drogues anesthésiques.....	P.19
5. Le travail de l'anesthésiste	P.22
6. La relation entre anesthésiste et patient.....	P.22
7. La préparation du malade à l'anesthésie.....	P.23
8. La préparation du matériel anesthésique	P.25
9. Les étapes de l'anesthésie	P.26
10. Les techniques de l'anesthésie	P.28
11. Les types de l'anesthésie	P.30
12. La surveillance du réveil anesthésique.....	P.32
13. Les risques de l'anesthésie	P.33

Conclusion du chapitre ----- P.34

Chapitre II : Le stress professionnel chez les techniciens anesthésistes

Préambule -----P.36

I. Le Stress

1. L'origine de concept du stress ----- P.36

2. La définition du stress----- P.38

3. Les symptômes psychiques et physiques du stress----- P.39

4. Les mécanismes biologiques du stress----- P.43

5. Les causes du stress ----- P.44

6. Les agents stressants ----- P.45

7. L'approche transactionnelle du stress----- P.46

8. Les trois phases de la réaction de gestion du stress ----- P.47

9. Du stress physiologique au stress psychologique ----- P.48

10. Les pathologies et les conséquences du stress----- P.49

II. Le stress professionnel

1. La définition du travail----- P.51

2. La définition du stress professionnel----- P.52

3. Le stress professionnel et quelques concepts connexes ----- P.53.

4. Les symptômes du stress professionnel----- P.56

5. Les facteurs du stress professionnel-----	P.57
6. Les différentes approches du stress professionnel-----	P.58
7. Les types de prévention du stress professionnel-----	P.60
8. Le stress professionnel dans le milieu médical -----	P.60
9. Le travail d'anesthésiste -----	P.61
10. La prise en charge du stress professionnel-----	P.61
Conclusion du chapitre-----	P.62

Chapitre III : Les stratégies de coping

Préambule-----	P.64
1. L'origine de concept du coping-----	P.64
2. La définition des concepts : stratégie, coping, stratégies de coping	P.67
3. Le coping et quelques concepts connexes-----	P.69
4. Les différents modèles de coping-----	P.70
5. Les facteurs psychologiques modulant la réponse de stress -----	P.71.
6. Les déterminants de coping -----	P.73
7. Les sources de coping-----	P.74
8. Les différents types des stratégies de coping-----	P.75
9. Les stratégies des soignants exemple : les anesthésistes -----	P.77
10. L'efficacité des stratégies de coping-----	P.78

Conclusion du chapitre-----	P.79
-----------------------------	------

Partie pratique

Chapitre IV : méthodologie de la recherche

Préambule-----	P.82
La définition et l'opérationnalisation des concepts clés de la recherche -----	P.82
2 Les motifs de choix du thème-----	P.85
3. Les objectifs de notre recherche -----	P.85.
4. La méthode utilisée-----	P.86
5. La pré enquête-----	P.88
6. La présentation du lieu de recherche -----	P.90
7. La présentation du groupe de recherche -----	P.91
8. La présentation et l'analyse des outils de recherche -----	P.93
9. Le déroulement de l'enquête -----	P.105
10. Les difficultés de la recherche-----	P.106
Conclusion du chapitre-----	P.107

Chapitre V: présentation, analyse et discussion des résultats

1. La présentation et analyse des résultats-----	P.109
2. La discussion des hypothèses -----	P.187
Conclusion -----	P.207

Liste bibliographique

Les annexes

Nous avons tous vécu un jour un moment de stress, c'est pour cela que le stress et sa gestion sont devenus l'affaire de tous le monde, étant donné que c'est un concept central pour comprendre à la fois la vie et l'évolution, ce pendant le sens terme « *stress* » reste néanmoins aussi complexe que vague.

Claude Bernard disait ainsi que, face aux changements extérieurs, le monde intérieur a besoin de rester stable. Notre avenir en tant qu'individus dépend de notre capacité d'adaptation aux facteurs de stress puissants. Au niveau sociétal, nous sommes confrontés à un manque de ressources institutionnelles, aux maladies, à la guerre et au terrorisme international. Au niveau individuel, nous vivons avec les insécurités de notre existence quotidienne, y compris le stress au travail.

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

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

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

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

Or, dans la théorie transactionnelle du stress et de coping, le contrôle perçu, constitue une véritable ressource du sujet.

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

Les stratégies de coping, sont un outil de défense, elles jouent un rôle prépondérant dans notre équilibre physique et psychologique, le coping se réfère aux efforts cognitifs et comportementaux du sujet, variable et instable, pour aménager (réduire, minimiser, contrôler, dominer, ou tolérer) la demande interne ou externe et le conflit entre les deux.

De ce fait nous nous sommes intéressés à notre recherche qui s'intitule le thème de « *stress professionnel et les stratégies de coping chez les techniciens anesthésistes* » qui a été effectué à l'établissement hospitalier public de Sidi Aich, et afin de répondre aux objectifs de notre

recherche, nous avons opté pour la technique de l'entretien clinique semi-directif et deux échelles, celle de stress perçu et celle de toulousaine de coping.

Afin de vérifier nos hypothèses, notre travail se divise en deux parties, la partie théorique ou nous nous intéresserons à la littérature en lien avec notre thème de recherche, qui contient trois chapitres, elle s'introduit évidemment par l'introduction et la problématique, le premier chapitre qui s'intitule : l'anesthésie, dans le quelle on va aborder l'origine de l'anesthésie, ça définition, les dix règles et les drogue de cette dernière, le travail de l'anesthésiste et ça relation avec le patient.

Ainsi le deuxième chapitre intitulé : le stress professionnel chez les anesthésistes, qui est diviser en deux axes celui du stress traite l'origine du concept « *stress* », la définition du stress aussi les symptômes psychiques et physiques du stress, Les mécanismes biologiques et Les causes du stress, l'approche transactionnelle du stress, les agents stressants, du stress physiologique au stress psychologique puis Les pathologies et les conséquences du stress. Ainsi le deuxième axe de stress professionnel qui comporte une définition du travail puis on va définir le stress professionnel, le stress professionnel et quelques concepts connexes, les symptômes, les types et les facteurs de stress professionnel, Les différentes approches du stress professionnel...

Puis le troisième chapitre concerne les stratégies de coping au on tentera d'évoqué l'origine de concept du coping ensuite la définition des concepts (stratégie, coping, stratégies de coping), le coping et quelques concepts connexes, les différents modèles de coping.

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

Problématique et hypothèses

Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS, 2001), la santé n'est pas que l'absence de la maladie ou de déficience, c'est aussi un état de bien-être mental et social. Elle définit également la santé comme étant le bien-être qui permet à la personne de se réaliser et de s'ajuster aux exigences normal de la vie, qui lui permet également de travailler de manière efficace et productive et d'apporter sa contribution à sa communauté. (P. Graziani, J. Swendsen, 2004-2005, p.94).

Parmi les facteurs qui peuvent menacer cette santé, on cite le stress, comme élément en lien avec l'environnement et qui peut causer des dommages sur le bien être cité précédemment.

Le stress pouvait soit stimuler soit causer des dommages aux êtres humains. La prise en considération de variable de plus en plus nombreuses dans l'étude du stress le conduisit à l'hypothèse que le stress était la réponse non spécifique de l'organisme à n'importe quelle demande de l'environnement (dernière conception de Selye). (J-B. Stora, 2000, p.06).

Le terme stress est traité d'habitude comme une donnée personnelle, mais on oublie qu'il y a aussi l'environnement dans un contexte stressant, l'individu va certainement être influencé de par son milieu.

Selon le dictionnaire Larousse, le terme de stress a été introduit pour la première fois par Selye, (1907,1982) médecin endocrinologue autrichien, pour lui le stress est «*toute réponse de l'organisme consécutive à toute demande ou sollicitation exercées sur cet organisme* ». (Larousse. 1991, p.754).

De leur côté, Lazarus (1966) ou Monat et Lazarus (1977), le décrivent comme un sentiment de menace qui découle de l'évaluation

Problématique et hypothèses

d'une situation potentiellement dommageable. (E-B. Madelein, 1997, P.26).

En psychologie, le terme de stress renvoie donc aux « *multiples difficultés auxquelles l'individu a du mal à faire face (...) et les moyens dont il dispose pour gérer ces problèmes* ». (P. Graziani, J. Swendsen, 2005, p.10).

La notion du stress concerne alors le processus d'adaptation de l'individu à son environnement, donc il est le résultat de l'action d'un agent physique, psychologique ou social sur l'individu.

Les situations génératrices de stress peuvent survenir dans les sphères d'activités de la vie privée comme de la vie professionnelle, certain métier sont par définition stressants par leur activités même ou par leur implication émotionnelle, cependant tout le monde peut potentiellement subir le stress au travail.

Selon l'OMS le stress au travail est « *l'ensemble des réactions que les employés peuvent avoir lorsqu'il sont confrontés à des exigences et des pressions professionnelles ne correspondant pas à leur connaissances et leur capacités et qui remette en cause leur capacités de faire face. Le stress peut survenir dans des contextes professionnels très différents, mais il est souvent aggravé lorsque les employés ont le sentiment qu'ils ne sont pas assez soutenus par leur chefs ou leurs collègues, et lorsqu'ils n'ont pas beaucoup de pris sur leur travail ou sur la façon de s'y prendre pour faire face aux exigences et aux contraintes de celui-ci.* » (S. Dominique, 2013, p.03).

Selon Lazarus (1984), les capacités à « *faire face* » ou « *coping* » correspondent à l'ensemble des pensées et des actes développés par le sujet

pour résoudre les problèmes auxquels il est confronté et ainsi de réduire le stress qu'ils engendrent, le coping vise donc la minimisation du lien stress-détresse. (R-S. Lazarus, 1984).

Donc le travail occupe une place centrale dans le fonctionnement psychique d'un individu et dans la construction de son identité mais lorsque les contraintes organisationnelles sont trop pesantes, les conséquences en matière de souffrance psychique peuvent être non négligeables.

Dans ce cadre, Keyser et Hansez envisagent le stress psychologique dans la sphère du travail comme « *une réponse du travailleur devant des exigences de la situation pour lesquelles il doute de disposer des ressources nécessaires, et auxquelles il estime devoir faire face* ». (V. Keyser, I. hansez, 1996, p.133).

Cette définition est directement liée à la notion de contrôle de l'environnement du travail et lorsque les choix et les actions ne sont pas possible ou ne sont pas permis, la relation entre l'individu et son environnement s'inscrit dans une logique de conflit, la qualité de vie est détériorée et le sentiment de bien-être dont on a parlé en haut s'entrouvre affecté.

Par ailleurs, des études de médecine du travail en Angleterre portant sur 2000 cadres montrent que le stress est lié à l'âge et au niveau de responsabilité dans l'organisation.

De son coté l'agence européenne pour la sécurité et la santé au travail considère qu'un état de stress survient « lorsqu'il ya un déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui et son environnement et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face » (C. Louche, 2013, p.155).

Problématique et hypothèses

Parmi les métiers qui peuvent éventuellement être considéré comme des métiers source de stress au travail, on a choisi de mener notre présente recherche sur le métier d'anesthésiste de formation paramédical (technicien).

L'anesthésiste c'est le médecin, l'infirmier ou le technicien qui pratique l'anesthésie, cette dernière peut être obtenue par action aux différents stades de la production et de la transmission du message nerveux sensoriel : blocage du récepteur, de la conduction nerveuse, de la transmission dans les relais neuroniques. (Larousse. 1991, p.42).

La finalité de l'anesthésie est donc de protéger le patient et de faciliter une procédure médicale invasive qui autrement serait trop douloureuse (interventions chirurgicales « *classiques* », procédures diagnostiques invasives, gestes thérapeutiques sous contrôle de techniques d'imagerie). (D. Chappard, 2010, p.12).

Donc l'anesthésie se fait pour protéger et aider le patient dans le but de ne pas sentir la douleur lors d'une intervention chirurgicale, cette dernière doit avoir un degré d'autonomie et un climat de lieux de travail favorable, mais lorsque les conditions de travail présentent des caractéristiques inverses, elle peut causer des contraintes physiques ou psychiques tel que la fatigue et le stress.

Le travail de l'anesthésiste est un travail qui est donc très stressant et exposé à des menaces, que se soit physique au moral. D'après leurs témoignages au cours de la pré-enquête qu'on a réalisé, leur travail demande d'être toujours attentif et d'avoir le sang froid. Sur la base de l'évaluation de ces menaces perçue, les anesthésistes développent

Problématique et hypothèses

différentes réactions d'adaptation, et cela pour pouvoir faire face au stress lié à leur travail.

Selon Lazarus (1966), le coping désigne « *l'effort effectué par un individu pour résoudre un problème quand les demandes auxquelles il doit faire face sont étroitement liées à son bien-être (situation d'espoir ou de danger) et quand celle-ci entame ses ressources en matière d'adaptation* ». (M. Estry-Behar, 1997, p.90).

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

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

Le coping est donc un modulateur de la réaction psychologique individuelle aux événements stressants dont la fonction est d'atténuer les conséquences de détresse psychologique comme l'anxiété et la dépression ou le stress.

Le concept coping peut être compris non seulement par sa fonction de faire face à un problème, par le biais des stratégies appliquées, par l'influence de l'entourage et la situation, mais aussi par sa fonction interne pour la personne, afin d'atténuer les conséquences négatives, alors le coping entre en jeu comme un moyen utilisé par l'homme pour qu'il

Problématique et hypothèses

retrouve un bien être psychologique et pour débarrasser les conflits, les situations difficiles qu'il vit et cette réponse dépend de chacun.

Le coping mis en place permet alors dans le cas de notre recherche une adaptation plus efficace aux différentes situations jugée stressantes, qui participe à la mise en place de comportement adaptatif.

En générale, on distingue trois différentes stratégies de coping : premièrement le coping centré sur l'émotion, il regroupe des stratégies qui visent à réguler l'émotion associée à l'événement stressant, le deuxième le coping centré sur le problème implique en revanche des stratégies orientées vers le management de l'environnement. Le troisième c'est la recherche de soutien social, qui apparaît parfois comme une stratégie générale, elle correspond aux efforts du sujet pour obtenir la sympathie et l'aide d'autrui et ne doit pas être confondue avec le réseau social ni avec le soutien social c'est donc une stratégie de coping et une ressource. (B-Sch. Marilou, 2006, pp.157-159).

Pour pouvoir mener à bien cette recherche, nous avons opté pour l'approche transactionnel parce que c'est elle qui nous semble la plus adéquate pour aborder et traiter notre thème de recherche, cela bien sur à l'aide de l'échelle de stress perçu de Cohen et Williamson et celle de Toulousaine de coping armé d'un entretien clinique semi directif. Ces outils ont été utilisés dans ce travail parce qu'ils s'appuient sur cette théorie et vont nous permettre de décrire le niveaux de stress chez les anesthésistes et les stratégies de coping utilisées par eux pour pouvoir faire face au stress engendré par le métier d'anesthésiste.

Selon l'approche transactionnelle du stress et de coping (Lazarus et Folkman, 1984), le stress est « *une relation particulière entre la personne*

Problématique et hypothèses

et l'environnement, qui est évaluée par l'individu comme excédant ses ressources et menaçant son bien-être. » (S. Dominique, 2013, p.23).

Après deux semaines de pré-enquête au niveau de l'établissement publique hospitalier (EPH) de Sidi Aich, en vue de recueillir des informations préalables et de confirmer la faisabilité de notre recherche avec la présence de la revue de la littérature sur le stress au travail et les stratégies de coping, nous avons alors décidé de décrire la nature et le degré de stress au travail ainsi que le type de coping et les stratégies chez les anesthésistes exerçant dans un milieu hospitalier public.

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

1-Est ce que les techniciens anesthésistes présentent-ils un stress au travail ? Si oui, à quel degré ?

2-Est ce que les techniciens anesthésistes utilisent-ils des stratégies de coping pour faire face à leurs stress au travail et quels sont les types de stratégies de coping employés ?

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

1-Les techniciens présentent un stress au travail et il est d'un degré élevé.

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

Partie théorique

Chapitre I

L'anesthésie

Préambule

Souvent on pense que la recherche de moyens pour soulager la douleur est une quête aussi vieille que l'antiquité. Ceci n'est pas tout à fait vrai. La douleur a été longtemps considérée comme faisant partie de la nature humaine. Et pour soulager cette douleur plusieurs découvertes en été faites de la part des chercheurs tels que l'anesthésie lors des interventions chirurgicales.

En effet, dans ce chapitre on va aborder en premier lieux l'origine de l'anesthésie et sa définition ainsi les dix règles d'or d'anesthésie, puis on va entamer les drogues qui existent en anesthésie et ses caractéristiques, en deuxième lieux on va d'écrire la préparation du malade à l'anesthésie aussi celle du matériels anesthésiques, En troisième lieux on présentera les étapes et les types de l'anesthésie dans le monde et en Algérie, ainsi la surveillance du réveil anesthésique. Et on terminera par les risques de l'anesthésie et une conclusion de ce chapitre.

1. L'origine de l'anesthésie

L'histoire de l'anesthésie se superpose bien entendu à l'histoire de la médecine. De la même manière que l'histoire du développement humain, l'histoire de la médecine est caractérisée par une très longue période de plusieurs millénaires que nous appellerons proto-médecine, marquée par deux phases remarquables : Grèce classique du Ve siècle avant Jésus-Christ à la médecine alexandrine du IVe siècle après Jésus-Christ, empire abbasside jusqu'au XIIIe siècle arabo-musulman. (A. Georges, 1989, p.230).

Dès l'antiquité les agents analgésiques et sédatifs se déclinent quelque soit les régions autour de l'opium, la jusquiame, la mandragore, la ciguë, la belladone et la laitue. (A. Georges, 1989, p.230).

Les Egyptiens croyaient que la mandragore était un don fait à la médecine par Râ ou Rê, leur dieu du soleil. L'herboriste médecin romain Discorde, donne des instructions suivantes pour l'usage de la mandragore: Faire bouillir les racines dans du vin, jusqu'à réduction d'un tiers du liquide. Celui-ci sera ensuite conservé. Il convient d'en administrer un cyanthus si l'on désire insensibiliser ceux qu'il faut tailler ou cautériser. (M. Kirere, 2005, p.10).

Au XIX^e siècle, les dérivés de l'opium restent le principal antidouleur efficace, et on utilise le magnétisme animal, puis l'hypnose, avant que s'établisse à la fin du siècle l'usage de l'endormissement chimique général à l'éther puis au chloroforme. (Ibid).

Au début du XX^e siècle, la cocaïne est utilisée comme anesthésique local, en particulier pour la chirurgie des yeux, et ce jusqu'à la mise au point de ses premiers dérivés de synthèse, la Stovaïne d'Ernest Fourneau (1904) et la Novocaïne d'Alfred Einhorn (1906). (A. Georges, 1989, p.231).

En Algérie, les autorités coloniales ne mirent jamais en place de faculté de médecine. En 1962, l'Algérie indépendante comprenait trois facultés de médecine, à Alger, à Oran, à Annaba. En 1962 on compte 7248 étudiants européens en médecine pour 1317 étudiants algériens. ([http://Chaouki.blog.lemonde.fr/15/03/2015/histoire-de- l'anesthésie](http://Chaouki.blog.lemonde.fr/15/03/2015/histoire-de-l-anesthesie) 2011. 08 mars 2016 à 15h 15).

L'anesthésie est pratiquée majoritairement par des « *aides* » ou des infirmiers. La première promotion d'infirmier anesthésiste est issue du

centre hospitalier Averroès en 1962. Longtemps l'anesthésie-réanimation sera la partie congrue dans les cliniques et les hôpitaux marocains. Le Dr. Guy Teilhaud fut l'un des rares médecins anesthésistes durant les années 60-70, le Dr Alami-Greft un des premiers médecins anesthésistes marocains. (<http://Chaouki.blog.lemonde.fr/15/03/2015/histoire-de-l-anesthésie> 2011. 08 mars 2016 à 15h 15).

2. Définition de l'anesthésie

Le mot anesthésie provient du grec aisthêsis (αἴσθησις: faculté de percevoir par les sens) combiné à l'alpha (α) marquant le privatif. La notion d'anesthésie signifie donc « *insensibilité d'un organisme* » ou également « *paralysie des sens* ». (Ch. Domien, 2010, p.12).

Le Dictionnaire de Médecine donne la définition suivante : «*Absence ou disparition d'un ou plusieurs types de sensibilité*». (Dictionnaire de médecine, 1993, P.50).

Anesthésie est la suppression plus au moins complète de la sensibilité (Franklin 1995). L'anesthésie se définit par une abolition induite de la conscience et incapacité à percevoir la douleur. C'est un ensemble de techniques qui sont utilisées selon l'expérience et l'entraînement de l'opérateur (anesthésiste ou l'anesthésiologiste) a pour but d'abolir la douleur afin de permettre le déroulement normal de l'acte chirurgical. En réalité, l'anesthésie peut être considérée comme un état de coma contrôlé et réversible. (M. Kirere, 2004. P.10).

Donc l'anesthésie est un acte médical qui consiste à supprimer toute sensation douloureuse en endormant le patient ou la zone opérée, avant une intervention chirurgicale. Cette action vise à offrir les meilleures conditions au chirurgien pour que l'opération se déroule au mieux.

Les techniciens anesthésistes sont des paramédicaux qui ont eu la formation de spécialité en l'anesthésie, dans le traitement de la douleur. Avant que l'anesthésiste commence son intervention, il doit suivre dix règles prépondérantes pour réaliser son travail dans des meilleures conditions qu'on va la cité dans le titre suivant.

3. Les dix règles d'or de l'anesthésie

1. Évaluer et préparer le patient adéquatement.
2. Mettre le patient en jeun.
3. Anesthésier sur une table inclinée ou inclinable (pouvant accepter différentes Positions).
4. Contrôler les médicaments et l'équipement avant de commencer.
5. Contrôler l'aspirateur qui sera constamment prêt. (M. Kirere, 2005, P.21).
6. Garder les voies aériennes libres, car elles peuvent facilement s'obstruer.
7. Il faut être prêt à contrôler la ventilation. Car tout anesthésique peut arrêter la ventilation y compris la kétamine. (Ibid.).
8. Placer toujours une perfusion pour avoir une voie veineuse prête.
9. Surveiller le pouls et la tension artérielle, continuellement, durant l'intervention et immédiatement après.

10. Toujours avoir quelqu'un dans la salle qui peut exercer effectivement une pression sur le cartilage cricoïde. (M. Kirere, 2005, P.21).

Donc le travail de l'anesthésiste consiste à évaluer et préparer le patient, et de le mettre en jeun et l'anesthésier sur une table inclinée ou inclinable et pour cette dernière pouvant accepter différentes positions. L'anesthésiste doit contrôler les médicaments et l'équipement avant de commencer et aussi il faut contrôler l'aspiration qui sera perpétuellement prêt et aussi parmi les règles conserver les voies aériennes libre, il doit être prêt à contrôler la ventilation, placer toujours une perfusion pour avoir une veineuse prête, contrôler le pouls et la tension artérielle et en dernière règle toujours avoirs quelqu'un dans la salle qui peut exercer effectivement une pression sur le cartilage cricoïde.

4. Les drogues anesthésiques

L'anesthésie réalise une perte de la conscience du patient permettant une intervention chirurgicale, les drogues utilisées lors d'une anesthésie ont chacune une fonction propre.

4.1. Agents morphiniques : (Sufentanil, Rémifentanil, Fentanyl, Alfentanil)

Molécule permettant une analgésie per-opératoire. Ces agents inhibent au niveau central la transmission du message douloureux (douleur de l'intubation, douleur chirurgicale). Ces agents entraînent en outre une apnée aux doses utilisées, ce qui implique une prise en charge adaptée des voies aériennes du patient pour permettre le maintien d'une ventilation satisfaisante. (F. Levy, M-R. Lousser, 2010, p.04)

4.2. Agents de sédation ou anesthésiques généraux : (Thiopental, Propofol, Etomidate, Kétamine) pour les agents intraveineux Gaz halogénés (Sévoflurane®, Desflurane®), Protoxyde d'Azote, pour les agents inhalés.

Molécules permettant la perte de conscience ou le maintien de la perte de conscience du patient (utilisées pour l'induction anesthésique et la phase d'entretien de l'anesthésie). (Ibid.)

4.3. Les benzodiazépines (midazolam = Hypnovel®) effet sédatif principalement, ayant la propriété de potentialiser les effets sédatifs des autres drogues. Son utilisation permet donc de diminuer la quantité des autres drogues anesthésiques. Les effets amnésiant, myorelaxant, et anxiolytique sont également intéressants dans ce contexte. (F. Levy, M-R. Lousser, 2010, p.04).

4.4. Les curares : Il existe 2 types de curares :

4.4.1. Les curares dépolarisants : (la Célocurine®)

Action immédiate et de courte durée (quelques minutes). Elle est utilisée pour les intubations à séquence rapide (dans un contexte d'urgence lorsqu'il existe une suspicion « *d'estomac plein* ». (Ibid.)

4.4.2. Les curares non dépolarisants : (Tracrium®, Nimbex®) Délai d'action d'environ 3 minutes et durée d'action prolongée (en moyenne 40 minutes) Ils induisent un relâchement musculaire complet qui est nécessaire pour la réalisation de certaines chirurgies (chirurgie digestive ou orthopédique). Ces curares sont régulièrement utilisés à la phase d'induction anesthésique dans le but de faciliter l'intubation oro-trachéale et de rendre ce geste moins traumatisant pour les cordes vocales. (Ibid.).

Chaque intervention chirurgicale a sa fonction par exemple les agents morphiniques admettant une analgésie per-opératoire, les agents de sédation permettant la perte de conscience et les benzodiazépines qui ont un effet sédatif surtout, les curares qu'il existe deux types, les curares dépolarisants qui ont une action rapide et de courte durée et les curares non dépolarisants le délai de ce type est environ trois minutes avec une durée d'action prolongée.

4.5. Les caractéristiques des drogues anesthésiques

Les drogues anesthésiques sont des poisons capables de provoquer une sorte de coma contrôlé, et Pour être utilisé sans danger chez le patient, les anesthésiques doivent :

1. Avoir une action réversible c'est à dire permettant un retour rapide et complet du patient dans son état d'avant l'anesthésie, grâce au métabolisme et excrétion des produits.
 2. Avoir une action contrôlable (génie de l'anesthésiste) grâce à la surveillance des signes cliniques pendant l'anesthésie.
 3. Avoir une action prévisible (estimer ou prévoir la dose anesthésique pour un niveau d'anesthésie déterminé), prévoir aussi les effets secondaires.
 4. Avoir un quotient thérapeutique élevé, ce qui garantit la marge de sécurité. Le rapport entre la dose létale et la dose efficace doit être élevée.
- Ex produit Y ayant:

- la dose légère: 0,5mg / kg

- la dose efficace: 1mg / kg

- la dose létale: 1,5 mg / kg

C'est un produit dangereux car les doses sont très rapprochées.

5. Avoir des effets secondaires minimes. Bien connaître la pharmacodynamie de chaque drogue et la manière de combattre ses effets indésirables avant d'en faire usage. (M. Kirere, 2005, p.19).

5. Le travail de l'anesthésiste

Ce sont les médecins anesthésistes-réanimateurs et les infirmiers anesthésistes qui réalisent et surveillent l'anesthésie. Il dispose de plusieurs appareils et écrans (moniteurs) de suivi. Le but est de contrôler l'évolution de respiration, du rythme cardiaque et de la tension artérielle et de l'état de sommeil. Enfin leur rôle consiste également à assurer que les organes sont alimentés correctement en oxygène. (<http://www.hopital-foch.com/anesthésie>, 13 mars 2016 à 14 :30).

6. La relation entre anesthésiste et patient

La consultation d'anesthésie permet d'obtenir au malade un consentement libre et éclairé. Il sera libre, si cette consultation est faite à distance de l'intervention, de récuser l'anesthésiste-réanimateur ou l'une des modalités anesthésiques qui lui sont proposées. Lorsque la consultation n'a lieu que la veille de l'intervention, le consentement n'est plus réellement libre, mais sous la contrainte de la décision chirurgicale. Il sera éclairé si l'anesthésiste-réanimateur informe directement le patient qui l'interroge des risques encourus et répond aux questions qu'il pose. Un questionnaire standard rempli par le patient, s'il peut aider à sa réflexion, ne peut en aucun cas tenir lieu de consultation anesthésique. (M-F. Lerat, 1993, p.11).

L'évaluation préopératoire donc aide à établir la relation et à procurer aux patients un surplus de confiance. Une visite et un examen correctement

exécutés procurent au malade une sédation comparable à celle obtenue avec 100 mg de phénobarbital et sont plus efficaces que les médicaments pour diminuer l'anxiété du patient et lui apporter un réconfort moral. (M. Kirere, 2005, p.32).

7. La préparation du patient a l'anesthésie

7.1. Consultation pré anesthésique

Au décours de la consultation il faut poser l'indication, en fonction du terrain et de la chirurgie en éliminant les contre-indications. On examine l'état cutané. Il faut informer le patient des risques et des bénéfices de la technique et obtenir son consentement, ce qui est médicolégal en France, en tenant compte du contexte socioculturel pour ne pas effrayer le patient. (<http://www.sfar.org/recompreop.html>, 22/03/2016 à 9h15).

Une saine pratique de l'anesthésie dépend largement de l'examen et l'évaluation préopératoire du patient. La nécessité de cet examen est évidente et l'on ne doit s'en soustraire, même pour une urgence p24).

- Obligatoire s'il s'agit d'une intervention programmé avec anesthésie générale (AG) ou anesthésie locorégionale (ALR).

- par un médecin spécialiste, anesthésiste réanimateur, plusieurs jours avant l'intervention prévue.

- Le médecin remplit la fiche d'anesthésie qui fait parti de dossier médical. (M. Kirere, 2004/2005, p.25)

- La consultation comporte trois phases :

a) Interrogatoire

- les antécédents médicaux (pathologiques), maladies aiguës ou chroniques
- les interventions chirurgicales subies. A cette occasion le patient exprime souvent une opinion sur le mode d'anesthésie reçue (favorable ou défavorable), fièvre inexpliquée. (M. Kirere, 2004/2005, p.25)

b) Examen clinique

L'anesthésiste doit rechercher les facteurs de risque (FDR) d'intubation difficile +++ qui comporte le score de mallampati >2, ouverture de bouche <35 mm, distance Tyro-mentonnaire <65mm, proéminence des incisives supérieures, mobilité mandibulaire (subluxation nulle ou impossible), mobilité cervicale (mobilité de la tête/cou <80°), il doit aussi évaluer le score de morbidité pré anesthésique et faire des recherches spécifiques à la technique anesthésique.

c) prescription d'examen complémentaire (non obligatoire)

- biologiques avec bilan pré-transfusionnel ++comme hémogramme, hémostasie.
- morphologique comme radiographie thoracique (RT) si âge >60 ans ou >40 ans si patient tabagique.
- en fonction du contexte et du score ASA estimé : la consultation spécialisée (cardiologue, pneumologue, neurologue...), Epreuve fonctionnelles respiratoires(EFR). (<http://www.allodocteurs.fr>,16-03-2016 à 15 :10)

7.2. visite anesthésique

Réaliser dans les heures précédents l'anesthésie par le médecin qui va induire l'anesthésie et permet la synthèse des informations, la vérification de l'absence de modification de l'état de santé et du respect du jeune et aussi la prescription de la prémédication anxiolytique. (Ibid.)

8. La préparation du matériel anesthésique

La préparation du matériel est une activité importante qui précède l'acte anesthésique. C'est pour ça qu'il est demandé à l'anesthésiste d'être là au moins 30 minutes avant le chirurgien pour préparer son matériel de manière très soigneuse. (M. Kirere, 2005, p.34).

Cette préparation concerne : L'appareillage:

- 1) source de gaz
 - 2) Détendeur ou le mano détendeur à usage de bombonnes d'O₂.
 - 3) Le débitmètre rota métrique
 - 4) Vaporisateurs des anesthésiques
 - 5) Le Circuit anesthésique.
- Le matériel d'intubation
 - Le matériel de ventilation
 - Le matériel d'aspiration
 - Le matériel d'aspiration

- Le matériel de surveillance
- Le matériel d'injection et de perfusion
- Les drogues anesthésiques et médicaments de réanimation
- Les drogues de prémédication
- induction
- maintien
- réveil & réanimation. (M. Kirere, 2005, p.34).

9.Étapes d'une anesthésie

9.1. La prémédication

On appelle prémédication l'administration préopératoire 1/2 heure à 1h 30 avant l'opération, d'une ou de plusieurs drogues destinées à prévenir certains effets nocifs de l'anesthésie, à faciliter la réduction de l'anxiété liée à l'intervention et à diminuer les doses des anesthésiques en provoquant une baisse de métabolisme basal des patients.

Généralement, on utilise soit:

- un vagolytique seul
- soit un vagolytique associé à un neuroleptique, un barbiturique, un analgésique central ou à un anxiolytique du genre Benzodiazépine (valium, librium, etc.). (F. Bonnet, N. Lember, 2006, p.103)

9.2. Induction

Elle s'étend du début de l'anesthésie jusqu'à la stabilisation du stade chirurgical. Elle peut se faire par injection d'un agent anesthésique unique ou d'une association de plusieurs agents anesthésiques ou d'un agent anesthésique associé ou complété par un anesthésique volatil. (F. Bonnet, N. Lembert, 2006, p.103).

9.3. Le maintien

C'est le temps pendant lequel l'anesthésie est maintenue de manière constante au stade chirurgical. Il s'étend du début de l'intervention jusqu'à la fin de l'acte chirurgical. Ce maintien de l'anesthésie diffère selon que celle - ci est de courte ou de longue durée. Un myorelaxant peut être utilisé pendant le maintien de l'anesthésie mais son utilisation n'est pas obligatoire. (F. Bonnet, N. Lembert, 2006, p.103).

9.4. Le réveil

Le réveil anesthésique va de la fin de l'administration des agents anesthésiques à la récupération complète des réflexes de la conscience, de la vie de relation et jusqu'à l'élimination complète des drogues. Il se définit comme le retour du contrôle autonome des fonctions vitales et de la vie de relation. Le réveil débute dès l'arrêt de l'administration des drogues anesthésiques utilisées pour l'induction et le maintien de l'anesthésie. La période de réveil dépend de la vitesse d'élimination des drogues employées et de la sensibilité de l'individu au produit. Les fonctions cérébrales se normalisent dans le sens inverse de l'induction et on peut parler de réveil complet uniquement lorsque le malade retrouve son état d'avant l'anesthésie au niveau de la conscience, l'équilibre, la cohérence dans les paroles, etc. La progression du réveil dépend donc:

- du métabolisme et du temps d'élimination des drogues
- de la posologie pratiquée,
- de l'état général et des tares viscérales ou métaboliques du patient. (M. Kirere, 2005, p.73).

10. Les techniques de l'anesthésie

10.1. Anesthésie de base (narcose de base)

La narcose de base est obtenue par l'administration d'un agent unique narcotique n'entraînant que le sommeil. Les agents les plus utilisés sont : - les barbituriques, mais il est possible d'utiliser beaucoup d'autres produits tel que les tranquillisants, narcotiques: valium, rohypnol, tranxène, etc. On peut aussi parler de narcose de base lorsque l'on utilise un agent anesthésique volatil à des faibles concentrations associé ou non à des analgésiques et à des relaxants musculaires. Ex: version externe d'une grossesse, Anesthésie très faible au fluothane. (F. Bonnet, N. Lember, 2006, p.100)

10.2. Anesthésie balancée

C'est l'association de 3 types de produits qui tendent à provoquer la narcose, l'analgésie et le relâchement musculaire. Ex: - un narcotique: le nesdonal

- un analgésique central: la pethidine
- un relaxant musculaire: le flaxédil. (Ibid.)

10.3. Anesthésie dissociative

Elle est produite par l'emploi des produits particuliers qui développent un effet analgésique très puissant sans entraîner les effets dépresseurs remarquables associés à cet effet analgésique. Ces produits entraînent entre autre une dépression corticale mais le système limbique est stimulé ainsi que différents réflexes. C'est cet effet de dissociation par action inégale sur les différentes structures nerveuses qui a permis l'utilisation du terme anesthésie dissociative. Il existe différents produits qui agissent de cette manière dont nous connaissons surtout la Ketamine. (M, Kirere, 2005, p.62).

10.4. L'anesthésie potentialisée

Pour comprendre la notion de l'anesthésie potentialisée, il est d'abord nécessaire de comprendre la potentialisation qui est l'action obtenue par les drogues dont l'effet global est supérieur à celui que ces drogues auraient entraînés si ceux - ci étaient administrés séparément. Dans l'anesthésie potentialisée, les drogues qui sont potentialisés sont des anesthésiques généraux et les produits potentialisateurs sont des analgésiques, des neuroleptiques et différents tranquillisants. Donc, l'anesthésie potentialisée emploie une narcose de base obtenue par une dose réduite d'anesthésique. (F. Bonnet, N. Lember, 2006, p.101).

10.5. L'anesthésie vigile

L'anesthésie vigile n'emploie pas la narcose de base. Elle permet au malade de garder sa vigilance. Celui -ci peut exécuter les ordres qu'il reçoit de l'anesthésiste ou du chirurgien, il peut prendre des positions particulières. Bien que la vigilance soit conservée, la mémorisation pendant la période anesthésique reste incomplète ou nulle. Pendant l'anesthésie, le

patient répond à toutes les commandes, mais après l'anesthésie il oublie complètement tout. Le malade ne conserve pas des souvenirs clairs. La neuroleptanalgesie est un type d'anesthésie vigile. Cette technique est très répandue actuellement. (M. Kirere, 2005, p.63).

11. Les types de l'anesthésie

Dans certains cas, ces différentes techniques peuvent être combinées.

Anesthésie générale peut se définir comme un état d'inconscience réversible provoqué par les anesthésiques avec disparition de la douleur dans tout l'organisme. (C. John, M-D, Snow, 1984, p.81).

Au cours de l'anesthésie générale, la dépression du SNC affecte successivement le cortex et les centres psychique, le noyau lenticulaire, le court, l'avant-mur, le noyau amygdalien et le cervelet, la moelle épinière et les centres médullaires. Induit une perte de conscience, un contrôle de la douleur et de l'état de stress, une relaxation musculaire et l'immobilité du patient. Ces effets multiples ne sont possibles que par un savant mélange de produits anesthésiques. (C. John, M-D, Snow, 1984, p.82).

L'anesthésie générale a pour objectif de perte de vigilance, analgésie et relâchement musculaire. Et les étapes de cette anesthésie est se compose de quatre phases : la première c'est la prémédication qui consiste le confort et contrôle de l'anxiété, la sédation et légère amnésie, pas d'instabilité hémodynamique et la diminution des risques d'inhalation. ([Http://:www.allodocteurs.fr](http://www.allodocteurs.fr), 16-03-2016 a 15:10)

La deuxième phase c'est l'induction qu'il s'agit du passage d'un état de vigilance à un état de sommeil anesthésique obtenu par l'administration d'hypnotique.

Et la troisième phase c'est l'entretien qui contient d'estimation de la profondeur de l'anesthésie, la surveillance de l'état hémodynamique et la fin de l'intervention doit tenir compte de la cinétique des produits prescrits et des impératifs de la technique proposée. (Ibid.)

Et la quatrième phase c'est le réveil : une durée variable tout dépend de la cinétique d'élimination des agents anesthésique, sur la table ou dans la salle de soins post interventionnelle, la surveillance rapprochée des grandes fonctions vitales cardiovasculaire et respiratoires. ([Http://:www.allodocteurs.fr](http://www.allodocteurs.fr), 16-03-2016 a 15:10).

9.3. L'anesthésie locale

Les anesthésiques locaux sont capables d'interrompre la conduction nerveuse au niveau de tous les tissus nerveux. Cette action est réversible avec restitution ad integrum de la fonction nerveuse physiologique. (C, John, M-D, Snow, 1984, p.137)

C'est le blocage de la transmission du courant de dépolarisation des fibres nerveuses par action des agents anesthésiques locaux. Elle prive la personne de sensibilité sur une zone restreinte, par exemple au niveau d'une dent. Les produits anesthésiques utilisés vont bloquer le message douloureux au niveau des cellules, et même au niveau de sa propagation le long des fibres nerveuses. (Ibid.)

9.2. L'anesthésie locorégionale

L'anesthésie locorégional est la bupivacaine (Marcaïn). Dans l'utilisation est particulièrement recommandée dans les services d'enseignements. C'est un anesthésique local sûr qui n'entraîne pas d'effet

toxique en l'absence d'injection intra vasculaire. (C. John, M-D. Snow, 1984, p.186).

Agit plus en amont au niveau de la racine d'un nerf ou d'un groupe de nerfs. Avec l'anesthésie locorégionale, toute une région est privée de sensibilité, par exemple les membres inférieurs. Dans les cas de l'anesthésie locale ou locorégionale, le patient reste conscient, ce qui n'est pas le cas dans l'anesthésie générale.

10. la surveillance du réveil anesthésique

Elle est basée sur le relevé régulier et rapproché de paramètres qui doivent être consignés sur une feuille de réveil. La surveillance sera basée sur la conscience du malade, le comportement, les réflexes pharyngés, palpébraux, la toux, les signes des complications nerveuses tels que: l'agitation, convulsions, ainsi qu'au niveau des lésions périphériques. (K. Mathe, 2005, p.75).

Le patient est soumis à une surveillance constante et adaptée à son état. Elle concerne en particulier l'oxygénation et la ventilation, la circulation, l'état de conscience, la température, les effets résiduels de l'anesthésie générale, de l'anesthésie locorégionale ou de la sédation. La fréquence respiratoire, l'amplitude et la symétrie des mouvements thoraciques, la fréquence cardiaque et la pression artérielle ainsi que l'état neurologique sont surveillés et notés régulièrement. La surveillance est renforcée lors du sevrage du ventilateur et dans les suites de l'extubation trachéale. (<http://www.sfar.org/recompostop.html>, le 14-04.2016 à 14:15).

La durée du séjour en salle de réveil tout dépend de l'état du patient, de l'anesthésie, de l'intervention et de ses suites. La sortie est décidée par

un médecin anesthésiste quand le patient a récupéré ses réflexes de protection, un niveau de coopération proche de celui qu'il avait avant l'acte et quand la survenue à brève échéance de complications respiratoires et circulatoires est devenue improbable. La sortie de salle et le retour à domicile des patients ambulatoires obéissent à des critères particuliers. (Ibid.).

12. les risques de l'anesthésie

Les risques anesthésiques sont définis en termes d'effets secondaires et de complications.

12.1. Les effets secondaires

Les effets secondaires sont les effets non souhaités d'un médicament ou d'un traitement (par ex : nausées, vomissements, maux de gorge). Ils peuvent souvent être anticipés mais certains sont parfois inévitables. Il est important de souligner ici que presque tous les traitements ont des effets secondaires. Ces désagréments ne durent généralement pas longtemps, certains disparaissent spontanément, mais d'autres doivent être traités. (K, Marc, 2008).

12.2. Les complications

Les complications sont des événements indésirables et inattendus qui font suite à un traitement, comme une réaction allergique à un médicament. (Ibid.).

Conclusion du chapitre

Comme toutes les pratiques médicales, la pratique de la profession d'anesthésie engage la responsabilité de ceux qui la pratiquent. De ce fait la fonction du technicien anesthésiste est un impossibles équilibre entre les mains, la tête et le cœur, car il est toujours sous la pression où il doit être attentif et vigilant imposant ainsi une tension et un stress constants.

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

Chapitre II

Le stress professionnel chez les anesthésistes

Préambule

Le stress est reconnu comme l'un des risques les plus importants du bien-être psychosocial de l'individu.

Dans ce chapitre nous allons aborder le premier axe le stress qui contient l'origine de concept du stress et ses différentes définitions, les agents stressants et les types du stress, par la suite le stress physiologique au stress psychologique, l'approche transactionnelle du stress, les causes et les mécanismes biologiques du stress et on terminera par les pathologies liées au stress.

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

I. Le stress

1. L'origine de concept du stress

Des explications et des «*théories*» du stress existaient avant le mot qui désignait le concept.

Le mot «*stress*» est issu par aphérèse de *distress*, qui provient de l'ancien français *destrece* et *estrece*. *Destrece* signifiait détresse. *Estrece* signifiait étroitesse et oppression : il est issu du latin classique *stringere* qui

signifiait serrer, resserrer. Aujourd'hui, utilisé dans de nombreux domaines, ce mot occupe une place de plus en plus centrale au sein de la psychologie et de la médecine comportementale. Comme on peut le constater d'après les différentes définitions, ce mot est souvent attaché à « *quelque chose* » qui le définit : stress physiologique ou « *systémique* », stress « *psychologique* », et stress « *social* », lié à la rupture de l'unité sociale du système. Le sens du terme « *stress* » reste néanmoins aussi complexe que vague. (P. Graziani, J. Swendsen, 2005, p.10).

C'est en 1936 que Selye, venu de l'université de Prague et travaillant à Montréal, décrit chez le Rat un syndrome non spécifique apparaissant au cours de la phase initiale de ce qui s'appellera plus tard le stress : il constate que les mêmes lésions (en particulier hypertrophie des surrénales, atrophie et hémorragies du thymus et des ganglions lymphatiques, ulcérations gastriques) sont provoquées par les facteurs d'agression les plus variés. Selye cite la contrainte, l'injection d'huile de croton ou de formol ou encore d'extraits glandulaires mal purifiés, diverses infections, les hémorragies, les brûlures, le froid, l'anoxie, les fractures et les radiations. À côté des réactions tissulaires spécifiques aux divers agents agressifs apparaît toujours une série de phénomènes non spécifiques. En 1946, Selye parlera de syndrome général d'adaptation évoluant en trois phases : réaction d'alarme (mort par choc) ; phase de résistance (pathologie ou mort par excès de résistance) ; phase d'épuisement (mort par épuisement). (Larousse, 1991, pp. 847-848).

Déjà, W. B. Cannon avait adopté la même perspective en proposant le terme d'homéostasie : pour lui, comme pour Selye, les réactions de l'organisme agressé constituent avant tout un phénomène favorable visant à

maintenir un équilibre avec l'environnement. Cannon insistait sur l'élévation des taux de catécholamines en situation d'agression. (Ibid.)

L'école chirurgicale française, avec R. Leriche, soulignait également l'importance de la réactivité du système adrèno-sympathique dans le choc opératoire. Leriche avait recours au blocage localisé du système sympathique par infiltration ganglionnaire de procaïne. C'est en recherchant des composés actifs par voie générale pour contrôler une réaction de stress chirurgical, le choc opératoire, que H. Laborit, utilisa la chlorpromazine, en association avec d'autres inhibiteurs du système nerveux. La chlorpromazine sera le premier des médicaments neuroleptiques. (Larousse, 1991, pp. 847-848).

L'originalité de Selye a été de montrer, à côté du système neurovégétatif, le rôle des facteurs endocriniens, hypo-thalamo hypo-physosurréaliens, dans les réactions de stress. (Ibid).

2. La définition du stress

On a choisi ces définitions parce que ce sont les définitions qui vont convenir à comprendre mieux ce concept, et pour celle de Selye car c'est le premier avoir parlé sur le stress et c'est lui qui a dégagé ce concept.

Le concept stress vient du latin «*stringere*», qui veut dire : tendu, raid. Ce sont les anglais qui utilisèrent le premier, et ils semblent mêmes qu'au XVII^e siècle, ils lui donnaient déjà une connotation de détresse psychique. Donc c'est dans le domaine de la physique où il fut d'abord le plus utilisé pour définir une pression ou une torsion. (H. Dominique, 2001, p.22).

Le stress « *contrainte* » en anglais est l'ensemble des réponses d'un organisme soumis à des contraintes environnementales. Le stress chez l'homme correspond à la fois à la contrainte et aux processus physiologiques mis en place pour s'y adapter. Le stress est donc une réaction physiologique, pas nécessairement délétère à court terme, permettant de s'adapter à l'évènement contraignant rencontré. Il est une part inévitable de notre vie sociale et professionnelle. En cas de stress chronique, répété et important les conséquences à long terme peuvent toutefois être négatives. (P. Maia, G. Thomas, 2011).

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

Selon H. Selye, « *le stress désigne l'état dans la quel se trouve un organisme menace de déséquilibre sous l'action d'agent ou de condition qui mettent en danger ces mécanismes homéostatiques* ». (N. Sillamy, 2004, p.256).

3. Symptômes psychiques et physiques du stress

3.1. Symptômes physiques

En cas de stress, la respiration devient plus rapide et plus intense, le rythme cardiaque s'accélère, les vaisseaux sanguins se rétrécissent et la pression sanguine augmente.

Simultanément, certaines fonctions corporelles se ralentissent, comme par exemple la digestion. La plupart de ces changements physiologiques proviennent de l'activation de deux systèmes neuroendocriniens, qui sont contrôlés et activés par l'hypothalamus : le système nerveux autonome (sympathique) et l'hypophyse. (Zimbardo. 1992, Atkinson, Smith, Bern & Higard, 1990).

Dans une situation de stress, des impulsions nerveuses sont envoyées de l'hypothalamus vers le système sympathique, qui est à l'origine des modifications décrites ci-dessus, telles que l'accélération du rythme cardiaque ou la dilatation des pupilles. C'est également le système sympathique qui est responsable de la stimulation des glandes surrénales, responsables de la sécrétion des hormones adrénaline et noradrénaline. Celles-ci donnent à leur tour à une série d'organes l'ordre d'accomplir leur fonction. La rate, par exemple, délivre davantage de globules sanguins afin que la coagulation sanguine se fasse plus facilement en cas de blessure, le foie est stimulé, afin d'augmenter la production de sucre et permettre ainsi de fournir plus d'énergie à l'organisme. L'hypophyse réagit aux signaux envoyés par l'hypothalamus en délivrant deux hormones essentielles pour la réaction de stress. L'hormone thyroïdienne (TRH) active la thyroïde, qui à son tour met plus d'énergie à disposition du corps. (Zimbardo. 1992, Atkinson, Smith, Bern & Higard, 1990).

L'hormone adrénocorticotrope (ACTH) stimule les parties externes des glandes surrénales, ce qui provoque la sécrétion de plusieurs hormones (stéroïde). Celles-ci sont importantes pour la distribution de sucre dans le sang par le foie. L'ACTH ordonne aussi à différents organes de produire environ 30 autres hormones, qui jouent toutes un rôle pour l'adaptation du corps lors d'une réaction de stress (Ibid).

Cette situation physiologique de stress survient également à la suite de stressseurs psychiques. Mais elle n'est pas adaptée à ces stressseurs, car aucune activité corporelle, exigeant plus de force et d'énergie, n'est nécessaire. Une telle excitation survenant à répétition ou de façon chronique en raison du stress, et qui ne peut être réduite par une activité corporelle appropriée, peut même conduire avec le temps à des perturbations des fonctions corporelles. Celles-ci peuvent s'exprimer de différentes manières, comme par exemple sous forme de problèmes pectoraux, abdominaux ou de digestion, de fatigue, de troubles du sommeil, de troubles cardiaques ou de maux de dos ou de tête. (Zimbardo, 1992 ; Atkinson, Atkinson, Smith, Bern & Higard, 1990).

3.2. Symptômes psychiques

Au contraire des réactions de stress physiologiques, qui se produisent automatiquement et de manière prédictible, les réactions de stress psychiques résultent d'un processus d'apprentissage et dépendent fortement de notre perception et de notre interprétation du monde, ainsi que de notre capacité à les gérer. (Ibid.).

3.2.1. Comportement

Le comportement d'une personne stressée dépend de l'intensité avec laquelle elle ressent ce stress et de la durée de celui-ci. C'est ainsi qu'un léger stress actif et intensifie certains comportements biologiques signifiants, comme manger, ou augmente la tonicité de l'organisme. A l'inverse, un stress lourd entrave et affecte le comportement et ne peut conduire qu'à un immobilisme complet. (Zimbardo, 1992, Briese-Neumann, 1990).

3.2.2. Emotions

La réaction de stress peut comprendre une quantité de réponses émotionnelles diverses :

Si le stress est perçu comme un défi stimulant et gérable, la réaction peut être une sorte d'excitation joyeuse. Toutefois, les réactions émotionnelles négatives, comme la peur, la tension, le découragement, l'irritabilité, la colère, l'agressivité, l'anxiété, le manque de courage, l'apathie, la dépression, ou même les tendances suicidaires, sont beaucoup plus fréquentes. La plupart du temps, le stress est ressenti de manière aiguë comme désagréable et engendre des émotions négatives. Cela engendre souvent des efforts visant à réduire la gêne de manière directe ou indirecte. (Zimbardo, 1992, Briese-Neumann, 1990).

3.2.3. Cognitions

Lorsqu'un stress est jugé menaçant pour le bien-être ou l'estime de soi, diverses fonctions intellectuelles peuvent en être affectées (attention, mémoire, résolution de problèmes, jugement, prise de décision). De manière générale, plus le stress est important, plus la diminution de l'efficacité cognitive et les perturbations de la pensée sont fortes. (Zimbardo, 1992, Atkinson, 1990).

Le corps, pour qu'il puisse avoir une bonne dynamique, a besoin d'être libre de toute maladie. Nous allons présenter dans le point suivant les mécanismes biologiques du stress.

4. Les mécanismes biologiques du stress

Lorsqu'un épisode de stress est ressenti, l'organisme libère automatiquement deux hormones dites « *de stress* », l'adrénaline et la noradrénaline qui permettent, la plupart du temps, de franchir l'obstacle. Cela se fait par l'intermédiaire du système nerveux sympathique. Ces dernières ont une action immédiate : elles font, en effet, augmenter la pression artérielle, ce qui permet d'intensifier les rythmes cardiaque et respiratoire, tout en élevant la glycémie (taux de sucre dans le sang). Les capacités de l'organisme se voient alors amplifiées : les pupilles sont dilatées afin d'améliorer la vision, la mémoire et la réflexion plus actives. D'autres fonctions, qui ne jouent pas un rôle majeur dans cette situation, sont, au contraire, mises au repos (la digestion par exemple). Ces variations automatiques de l'organisme sont des vestiges d'un réflexe archaïque qui avait alors pour but de permettre à l'individu de fuir devant le danger. (K-Y. Deogratias, 2010).

Si l'action de ces deux hormones ne suffit pas à un retour à l'état normal, ce sont les hormones de la glande corticosurrénale qui prennent le relais. Ces dernières aident à l'endurance et la résistance de l'organisme. Il s'agit, tout d'abord, d'hormones métaboliques (comme le cortisol ou la cortisone) qui distribuent l'énergie vers les organes qui en ont le plus besoin. On constate alors, une fois de plus, une augmentation du taux de sucre dans le sang. Il s'agit, ensuite, de minéral corticoïde (comme la corticostérone ou l'aldostérone qui aident le corps à combattre les agressions extérieures). Les défenses immunitaires deviennent alors plus actives. (L. Olive. 2011, p.14).

5. Les causes du stress

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

5.1. Les causes biologiques

Comme causes biologiques il y a entre autres :

Le manque d'exercice physique, pas assez de sport, L'alimentation peu équilibrée : manque de vitamine, trop de café, La réaction allergique à certains aliments, Les changements biologiques tels que la puberté, la ménopause, la vieillesse ou la grossesse, Le déséquilibre chimiques dans le corps. (K-Y. Deogratias, 2010).

5.2. Les causes socio-culturelles

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

5.3. Les causes psycho-dynamiques

Des problèmes hérités à l'enfance qui n'avaient pas été résolus, Avoir à faire face à des situations qui rappellent des événements stressants de l'enfance, Le manque de confiance en soi, Etre sur sa défense sans une

réelle raison apparente lorsque l'estime de soi est menacée. (K-Y. Deogratias, 2010).

5.4. Les causes rationnelles

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

5.5. Les causes du stress au quotidien

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

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

6. Les Agents Stressants

Selon Cungi, dans *Savoir gérer son stress en toutes circonstances*, il existe plusieurs types d'agents stressants. Il y a, en effet, ce qu'il appelle les stresseurs aigus et les stresseurs chroniques. Les premiers peuvent être d'une intensité variable et surviennent de manière épisodique (accidents, agressions, mais également des événements positifs comme des mariages). Quant aux deuxièmes, qui sont également nommés stresseurs répétés, ils

surviennent, comme leur nom l'indique, de manière répétée et chronique (surcharge professionnelle par exemple). (L. Olive, 2011, p.09).

Un agent stressant est un élément qui bouleverse l'équilibre de l'organisme, et qui favorise ainsi la production de stress.

Ces multiples agents peuvent provoquer du « *bon stress* » ou du « *mauvais stress* ». En effet, le stress n'est pas qu'un élément négatif avec des conséquences dangereuses pour l'organisme. Dans *Sans stress la vie est impossible*, Baumann et Turpin vont même jusqu'à dire que le stress est l'une des conditions de la créativité et de l'accomplissement de l'être humain. L'important est alors de parvenir à un effet de stress sans détresse. Effectivement, pour de nombreux auteurs, le « *bon* » stress permet une amélioration de la performance. Afin de ne pas confondre ces deux types de stress, l'IFAS (l'Institut Français de l'Anxiété et du Stress) qui dirige un observatoire médical du stress, de l'anxiété et de la dépression a proposé le terme de « *sur stress* » lorsque le niveau de celui-ci pourrait entraîner un risque sur la santé de l'individu. (L. Olive, 2011, p.10).

Le stress positif survient lorsque le niveau de tension et la réponse physiologique sont adaptés à la contrainte. Le stress négatif, nuisible ou gênant est observé lorsque la réponse n'est pas adaptée, disproportionnée, avec le plus souvent une sur-réactivité.

7. L'approche transactionnelle du stress

La présente conception du stress s'inscrit dans l'approche transactionnelle du stress proposé par Lazarus en 1966. Cette approche introduit une lecture dynamique du stress en montrant que le stress ne peut être envisagé par un simple lien de cause à effet du type « *stresseur*,

stress » (Lazarus et Folkman, 1984). Ici, le stress est conceptualisé en tant que phénomène perceptif dynamique et individuel qui est plus important que l'agent provoquant le stress lui-même. Le stress est ainsi conçu en tant que «*transaction particulière entre un individu et une situation dans laquelle celle-ci est évaluée comme débordant ses ressources et pouvant mettre en danger son bien être*» (L. Bellinghausen, 2007, p.07).

Le stress est alors un état psychologique issu de la perception d'un déséquilibre entre les attentes perçues et l'autoévaluation de ses propres capacités à rencontrer les exigences de la tâche. C'est lorsque les situations sont perçues comme menaçantes par l'individu pour son intégrité physique ou psychique qu'on peut parler de stress. Et ce n'est pas la gravité objective qui est stressante mais son retentissement émotionnel et sa signification pour l'individu.

8. Les trois phases de la réaction de gestion du stress

La réaction de gestion du stress peut-être divisée en trois phases :

8.1. Réaction d'alarme

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

8.2. Phase de résistance

Grâce à l'activation des réactions psycho-physiologiques contre le stresser, l'organisme entre en résistance active. Même si la situation pesante perdure, les symptômes apparus lors de la première phase

disparaissent et les processus physiologiques activés par la réaction d'alarme se normalisent. Dans cette deuxième phase, lorsque la résistance au stressor d'origine est très grande, la résistance aux autres stressors est réduite. Un faible stressor peut ainsi engendrer une forte réaction si les ressources corporelles nécessaires à la résistance sont mobilisées contre un autre stressor. Si cette phase devient trop longue, le corps s'épuise et cela peut se traduire par des symptômes tels que des céphalées, insomnies, tensions musculaires. (L. Charlotte, 2013, p.16).

8.3. Phase d'épuisement

Si l'organisme a repoussé le stressor nuisible trop longtemps, il arrive un moment où il ne sera plus possible de maintenir la résistance. Ce stade d'épuisement peut conduire à l'effondrement total de l'organisme. L'individu a utilisé toutes ses ressources et s'effondre car il n'a plus de forces psychologiques, physiques et biologiques pour faire face au stress. (Ibid.).

On considère que le stress contribue au développement de plus de la moitié des maladies et qu'il diminue de manière significative de la qualité de vie.

9. Du stress physiologique au stress psychologique

Le stress était appréhendé seulement d'un point de vue physiologique (Agression physique qui entraînait une réponse physique). Cependant, pour certains, il s'agit désormais davantage d'agressions psychologiques qui entraînent des réponses psychologiques ou psychosomatiques. Pour Lassarre, le stress est donc « *une agression psychique et / ou sociale, produisant une réaction non spécifique de*

l'organisme et, éventuellement, des manifestations psychopathologiques et / ou physiopathologiques ». Cette définition nous donne un aspect plus complet de la notion de stress. Nous voyons que les aspects physiologiques et psychologiques sont imbriqués et qu'ils sont difficiles à distinguer. Effectivement, plus le stress nous épuise physiquement, plus nous le sommes psychologiquement et inversement. (D. Lassare, 2011, p.22).

10. Les pathologies et les conséquences du stress



Figure : 01 les conséquences du stress sur le corps humain

9.1. Effets émotionnels et psychologiques du stress

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

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

10.2. Effets comportementaux

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

10.3. Effets cognitifs du stress

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

Donc Un stress élevé peut conduire à des conduites addictives, des perturbations du sommeil (le plus souvent insomnie), des pathologies cardio-vasculaires, des dépressions, une sensation de mal-être, des conflits conjugaux, voire des conduites suicidaires. Principaux signes déclarés par les anesthésistes sont l'irritabilité, troubles du sommeil, les nausées, les troubles de l'attention et la mémoire, la fatigue chronique, l'anxiété, et les cauchemars.

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

II. Stress Professionnel

1. La définition du travail

Un travail sain est celui dans lequel les pressions exercées sur l'employé sont adaptées à ses capacités et à ses ressources, et où il a suffisamment de prise sur son travail et reçoit un appui suffisant des personnes qui lui importent. Étant donné que la santé n'est pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité mais un état de complet bien-être

physique, mentale et sociale (OMS, 1986), un environnement de travail sain est celui dans lequel il n'y a pas seulement une absence de conditions nocives, mais, au contraire, une abondance de facteur favorable à la santé. (L. Stavroula, G. Amanda, C. Tom, 2004, p.04).

2. La définition du stress professionnel

Les différentes définitions du stress au travail proposées par les institutions ou les spécialistes sont assez proches et mettent en avant la difficulté à faire face à des exigences trop élevées générées par les tâches et l'organisation professionnelle. (S. Dominique, 2013, p.03).

Selon la définition de l'agence européenne pour la sécurité et la santé au travail : « *le stress survient lorsqu'il ya déséquilibre entre la perception qu'une personne a de ces propres ressources pour y faire face. Bien que les processus d'évaluation des contraintes et des ressources soit d'ordre psychologique, les effets du stress ne le sont pas uniquement. Ils affectent également la santé physique, le bien-être et productivité* ». (S. Dominique, 2013, p.03).

Lazarus définit le stress professionnel comme « *la perception de déséquilibre entre des contraintes imposées par la situation de travail et les ressources dont il dispose pour y faire face. Il s'agit de la construction d'une représentation, d'une évaluation du stress perçu et de la possibilité du contrôle de la situation* ». (L. Olive, 2011, p.22).

Nous avons choisi ces définitions car elles nous semblent les plus adéquates et celles qui conviennent à l'approche retenue et aux outils utilisés.

3. Le stress professionnel et quelques concepts connexes

3.1. Le stress professionnel et le syndrome de burn out

Le concept de burn out, ou d'épuisement, a été élaboré dans les années 70 pour mieux cerner les difficultés des professionnels du champ sanitaire et social. (E-S. Madeleine, 1997, p.27).

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

Les termes stress et burn out sont couramment utilisés pour décrire la déficience physique et émotionnelle vécue dans le milieu de travail (Kompier et Cooper, 1999). La théorie du stress semble la plus satisfaisante pour comprendre les causes du burn out. Rappelons que la définition dynamique du stress selon Lazarus et Folkman (1984) fait référence à la réaction d'un individu par rapport à un événement qui confère à celui-ci le caractère de stresseur. C'est donc davantage le traitement cognitif que le sujet fait de la réalité qui est à la source des réactions de stress toxiques, ce qui fait que pour un individu donné, une situation peut être source d'un stress différent d'un autre individu. Quand l'individu n'a pas de ressources pour faire face au stress, il peut être susceptible au burn out. (J. Julieta, 2010, p.42).

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

environnement. Il peut donc être compris comme la remise en cause d'un Investissement professionnel initial à la suite d'un défaut d'ajustement de l'individu lui-même ou de son environnement, lié à des contraintes de travail croissantes et excessives, des conflits ou ambiguïtés des rôles ou un fort sentiment d'arbitraire et d'iniquité. Pour Shirom (2005), la nature chronique du burn out n'est pas probablement due à la génétique ou à la personnalité mais plutôt à des caractéristiques liées au travail. (J. Julieta, 2010, pp.42-43).

3.2. Le stress professionnel et l'angoisse

Sigmund, Freud a longuement décrit le concept de l'angoisse comme une peur devant un danger qui reste inconnu, indéterminé venant le plus souvent de l'intérieur de soi. C'est une réaction d'alarme primitive, inscrite dans le Corp., comme un réflexe archaïque. (Larousse, 1991, p.42).

L'angoisse se traduit par des sensations physiques allant de la simple constriction épigastrique à la paralyser totale, et elle est souvent accompagnée d'une intense douleur psychique. L'angoisse a été repérée par Freud dans ses premiers écrits théoriques comme la cause des troubles névrotiques. (Ibid).

Les prémices travaux de Freud (1925/1926) envisagent l'angoisse comme un déclenchement d'affects en réaction à un trop-plein d'excitation d'origine externe ou interne, dépassant les capacités de contrôle de l'individu. La seconde théorie de l'angoisse met d'avantage l'accent sur la représentation d'une réalité externe perçue par le sujet comme une menace « *réelle* ». La tension ressentie fait ainsi effraction à partir d'élément extérieur et vient perturber voire altérer la représentation de la réalité. (J-P. Parrochetti, 2011, p.65).

Elle est définie comme un affect pénible en relation soit avec une situation actuelle traumatisante, soit avec l'attente d'un danger lié à un objet réel ou imaginaire. On est donc sur le versant somatique ou un versant psychique. L'angoisse est la réaction du sujet chaque fois qu'il se trouve dans une situation traumatique, c'est-à-dire soumis à un afflux d'excitations, d'origines externes ou internes, qu'il est incapable de maîtriser. (J-P. Parrochetti, 2011, p.65).

3.3. Le stress professionnel et dépression

La dépression est l'un des troubles psychologique les plus répandus dans la population générale.les donnés indiquent qu'environ 10% à 25 % des femmes et de 5% a 12% des hommes risquent une dépression majeur ou cour de leur vie (DSM IV 1994). La dépression est caractérisée avant tout par la présence de symptômes leur durée et leur retentissement entraînant souffrance et handicap dans la vie du sujet. Les circonstances de survenue, le contexte ou de facteurs individuels rarement pris en compte pour le diagnostique mais apparaissent comme un élément fondamental pour comprendre et accompagner la dépression au travail. (S. Dominique, 2013, p.74).

La dépression regroupe un ensemble de symptômes psychique (tristesse, anxiété, difficulté de concentration...), physique (fatigue, douleur, insomnie...) et comportementaux (lenteur, blocage, agitation...) qui peuvent être diversement associés donnant différents tableaux mais dont certains élément sont indispensables pour poser le diagnostique. (Ibid.)

3.4. Le stress professionnel et l'anxiété

Le stress et l'anxiété sont deux concepts très proches dans les modèles interactionnistes, les différences entre les deux restent imprécises. L'anxiété est une composante de stress, la présence constante de cette émotion lorsque le sujet se trouve face aux confrontations stressantes contribue à rendre floue la différence entre ces deux concepts. L'anxiété concerne pratiquement les mêmes circuits physiologiques que ceux empruntés par le stress. (P. Graziani, J. Swendsen, 2005, pp.68-69).

4. Les symptômes du stress professionnel

Le stress professionnel se manifeste de diverses façons :

4.1. Symptômes psychologiques

La détresse psychologique (comme la fatigue chronique, l'anxiété et les problèmes cardiovasculaires) est due tout particulièrement à une combinaison entre des exigences psychologiques fortes et une basse latitude de décision. (Demerouti et al, 2001).

4.2. Symptômes comportementaux

Le stress peut influencer l'immunité soit par la voie nerveuse directe du système nerveux central et du système immunitaire, soit par les voies immunitaires neuroendocriniennes (libération d'hormones). Les changements de comportements, comme boire plus d'alcool, amputer son temps de sommeil, qui se produisent comme réponses d'adaptation au stress, peuvent influencer l'immunité. (Cohen et Williamson, 1991, p.48).

4.3. Les symptômes physiques

Les symptômes physiques : en trouve maux de tête ou mal de dos et la Tension musculaires, Diarrhée ou constipation, la nausée, Insomnie, Douleurs dans la poitrine, rythme cardiaque rapide, Perte ou prise des poids, Démangeaison *et* Coups de froid fréquents. (K. Deogratias, 2010).

4.4. Les symptômes organisationnels

Le corps, pour qu'il puisse avoir une bonne dynamique, a besoin d'être libre de toute maladies. Si la performance du travailleur et sa productivité qui risquent de s'en trouver altérées. On trouve la solidarité vis-à-vis de ses collègues, la vigilance dans le travail, créativité dans son travail, l'absentéisme de courte durée. (M. Poirot, 2004, p.69).

5. Les facteurs du stress professionnel

5.1. Les facteurs liés à la surcharge et conditions de travail

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

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

Le salarié souffrant de cette ambiguïté présente une plus grande insatisfaction au travail, comme le montre Kahn(1964). Elle s'accompagne

d'un degré élevé de tension, d'un sentiment de futilité, et d'une faible confiance en soi. Des relations significatives entre ambiguïté des rôles et indicateurs de sante physique et mentale sont aussi retrouvées par Margolis et Coll, (1974). (E-B. Madeleine, 1997, p.30).

5.3. La responsabilité

Brook (1973) insiste sur l'effet néfaste des manque de responsabilité, de participation aux prises de décision, et de supports organisationnels. Des effets négatifs sont également suscités par l'obligation de garder des standards de performance croissants et de faire face à des changements technologiques rapides. Kay (1974) suggère que la pression est plus forte aux niveaux intermédiaires de la direction (peu de réelle autorité, mais haut niveau de responsabilité). (E-B. Madeleine, 1997, p.30).

6. Les différentes approches du stress professionnel

On trouve actuellement deux principales approches du stress au travail :

6.1. L'approche transactionnelle

Cette approche considère que le stress ne dépend pas de la situation ou des individus seuls, mais bien des conséquences des interactions entre le sujet et son environnement, l'un et l'autre s'influençant réciproquement. Cette approche met en particulièrement en évidence l'existence de deux processus médiateurs qui influent sur cette transaction individu-environnement : l'évaluation cognitive et le coping (Folkman et al, 1986). On peut considérer qu'il s'agit d'une forme d'adaptation des modèles classiques de Cannon (1928, 1935) et celui de Selye (1956) au stress

psychologique. Cette approche considère qu'il n'existe pas d'évaluation objective de la situation, du stresser et de ses propres ressources mais bien une perception subjective des conditions aversives et des capacités de coping dont dispose l'individu. (A. Lebigre, 1996, Cohen et Williamson, 1988).

Mackay et Cooper (1987) en reprenant le concept d'équilibre entre les demandes et les ressources. Il distingue les demandes internes (ambition, rigueur...), les ressources interne (capacité physique, habilité, expériences...), les demandes externes (machines, outils, assistance...). Le stress résulterait de l'inadéquation entre les exigences de l'environnement de travail et la capacité de l'opérateur à faire face à ces exigences, et/ou l'écart entre les aspirations de l'individu et la réalité professionnelle. (S. Dominique, 2013, p.25).

Pour cette approche sur la quelle nous nous sommes basées dans notre travail, le stress ni provient ni de l'individu ni de environnement, mais d'une transaction entre les deux.

6.2. L'approche interactionniste

L'approche interactionniste insiste sur le décalage qu'il peut y avoir entre la situation de travail et l'individu, et qui serait à l'origine du stress. Cet écart résulte d'un déséquilibre entre part les exigences des conditions de travail et, d'autre part, les caractéristiques de l'individu. Cette conception offre l'avantage d'aborder le stress professionnel en fonction des caractéristiques des travailleurs, des fonctions du travail et de leur interaction. Toute fois, si cette approche de stress professionnel prend en compte l'environnement en répertoriant les contraintes de la situation, elle

n'est pas à même d'expliquer la manière dont les travailleurs s'y adaptent. .
(S. Dominique, 2013, p.25).

7. Les types de prévention du stress professionnel

Diverses stratégies de prévention ou d'adaptation peuvent être mises en œuvre et commencent à être évaluées afin de mieux d'analyser la relation entre les caractéristiques de travail et de la santé et de mesurer les situations de stress dans le travail. Les connaissances les plus fréquemment utilisées sont anatomique anthropométrique (dimension des segments corporels, distance d'atteinte...), physiologique, réaction cardio-respiratoire a l'effort, à la chaleur, alimentation et travail...), chrono biologique (effet de travail de nuit...). Ces connaissance concernent aussi les modes de perception et de traitement des informations, ainsi que les réactions psychologique au stress lié a la situation de travail (risques, incertitudes, relation avec les collègues et l'encadrement...). (E-B. Madeleine, 1997, p.117).

8. Le stress professionnel dans le milieu médical

Les personnes de la santé en milieu hospitalier, particulièrement les personnels soignants sont confrontés souvent à de multiples risques dans leur lutte sans répit contre la souffrance, et les maladies chez les patients dont ils ont la charge. Ils peuvent ainsi être soumis à des contraintes physiques importantes de travail, et aussi à des contraintes mentales croissantes dans l'exercice et leur profession. (Gorter et al, 2008).

L'étude de la charge psychique et de la psychopathologie au travail conduit à une réflexion sur les interactions entre les divers déterminants de la situation de travail. Nombre d'entre eux concernent les relations avec le

patient aussi l'analyse du travail réel et des déterminants liées à l'espace et à l'organisation permet d'engager une réflexion de toute l'équipe, sans à priori, pour promouvoir les conditions d'une prise en charge globale du malade. L'action réaliste et concertée sur le contexte facilite le climat de confiance nécessaire à l'expression des aspects affectifs du travail soignant. (E-B. Madeleine, 1997, pp.85-86).

9. Le travail d'anesthésiste

Le stress engendré par le travail et ses conséquences ont été longtemps sous-estimés voire même méprisés. Ils font aujourd'hui l'objet d'une attention particulière dans les professions exposées dont les professions médicales font partie, en particulier chez les anesthésistes, qui semblent être une population particulièrement à risque, et les principaux signes déclarés par les anesthésistes sont l'irritabilité, troubles du sommeil, les nausées, les troubles de l'attention et la mémoire, la fatigue chronique, l'anxiété, et les cauchemars. (P. Maia, G. thomas, 2011, p.787).

10. La prise en charge du stress professionnel

10.1. La relaxation de Jacobson

Edmund Jacobson a défini la relaxation comme l'absence de toute contraction musculaire. Sa méthode repose sur l'alternance de contraction et de décontraction de treize groupes musculaires successifs. Cette technique est très efficace avec les personnes peu adeptes des méthodes psychologiques. (Grepot. 2008, p.226).

10.2. Le traitement médicamenteux

Les benzodiazépines : la consommation élevée de benzodiazépines dans nos civilisations industrielles est souvent attribuée au grand nombre de stress dans la vie moderne. Ce raisonnement est discutable, pour nombre d'auteurs, médecins ou pharmacologues, le stress n'est pas un simple équivalent de l'anxiété, les benzodiazépines diminuent le niveau, ils n'antagonisent pas l'ensemble des signes neurovégétatifs, l'augmentation de taux de catécholamines circulantes ni l'hyperfonctionnement de l'axe H.H.S induit par le stress. (H. Bloch, R. Chemama, et al, 1991, p.775).

Conclusion

Le stress est un phénomène universel qui a pour spécificité de solliciter les dimensions psychologique, somatique, familiales et sociales des êtres humains. Le stress est un problème complexe, mais que l'on peut mieux appréhender si on distingue bien les risques et les conséquences liées au stress.

Les anesthésistes semblent avoir une espérance de vie plus courte que les autres spécialités médicales parce que c'est la tranche qui est la plus touchée par le stress professionnel.

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

Chapitre III

Les stratégies de Coping

Préambule

L'être humain au court de sa vie, il rencontre des événements stressants, L'individu perçoit ces événements comme des menaces qui peuvent causer un déséquilibre émotionnel et des effets négatifs sur sa santé physique et psychique et aujourd'hui on ne peut pas parler de coping sans faire référence au stress.

Dans se chapitre on va aborder l'histoire et la définition de coping, les différents modèles de coping et aussi quelques concepts connexes, les déterminants, les dimensions, les mesures et les sources de coping. Ensuite les stratégies des soignants et l'efficacité des stratégies de coping. Enfin on terminera par une conclusion de ce chapitre.

1. L'origine de concept du coping

Historiquement, la notion de coping est affiliée à celle de mécanisme de défense, développée depuis la fin du 19e siècle par la psychanalyse et à celle d'adaptation, développée depuis la deuxième moitié du 19è siècle et commune à la biologie, à l'éthologie et à la psychologie animale (et à la perspective évolutionniste de Darwin en particulier). (B-SC. Marilou, 2001).

On a tout d'abord parlé des mécanismes de défenses en tant qu'activités de coping (Alker, 1968), mais, au fur et a mesure que le coping est devenue une notion en soi, étudiée à part, la formation s'est modifiée. Ce changement s'est notamment opéré quand l'étude des stratégies adaptatives a commencé à s'intéresser aux stratégies conscientes utilisées pour faire face aux situations difficiles. (C. Stacey, Ch. Henri, 2004).

Le terme coping est apparu pour la première fois dans les abstracts de psychologie en 1967, et depuis, plusieurs catégories se sont ajoutées (styles de coping, ressources de coping, évaluation du coping, etc.). Ces dernières années, la recherche sur la notion de coping s'est donc fortement développée. Il est somme toute, difficile de l'étudier isolément, car, comme nous le verrons, le coping est influencé par divers facteurs. (B-Sch. Marilou, 2001).

A partir des années 60-70, les recherches consacrées aux mécanismes de défense commencèrent à utiliser le terme de coping (terme qui fut répertorié pour la première fois dans les mots-clés de « *Psychological Abstracts* » en 1967), pour désigner les mécanismes de défense les plus adaptés (sublimation, humour). Il est intéressant de noter que les premiers travaux consacrés au coping se situent dans la lignée de ceux consacrés aux mécanismes de défense. GREER et ses collègues (1979), par exemple, décrivent quatre types d'attitudes chez des patientes atteintes d'un cancer du sein : déni, esprit combatif, stoïcisme et impuissance-désespoir. La technique utilisée (entretiens cliniques) et ces dénominations marquent la transition entre les mécanismes de défense classiques et les stratégies de coping, notions alors en émergence. (Ibid.)

Le concept de coping prend aussi sa source dans les théories relatives à l'adaptation et à l'évolution des espèces. L'individu disposerait d'un répertoire de réponses (innées et acquises) lui permettant de survivre face à diverses menaces vitales : attaquer (fight) ou fuir (Fly), notamment lorsqu'il est confronté à un adversaire ou à une situation dangereuse¹. Le coping et le stress sont considérés par certains auteurs comme faisant partie intégrante des processus d'adaptation aux difficultés de la vie. (Ibid.).

Selon Lazarus et Folkman le concept de coping peut être relié à deux domaines de recherche éloignés, tant d'un point de vue théorique que méthodologique : l'expérimentation sur le comportement animalier d'un côté et le courant psychanalytique de la psychologie du moi de l'autre. ([http:// www.cairn.info](http://www.cairn.info) le 09/03/2016 a 16h14.).

Plusieurs modèles classifient les mécanismes de défense sur un continuum allant des stratégies les plus archaïques et inadaptées aux plus matures et typiques d'un fonctionnement adaptatif (Haan, 1965, 1969 ; Vaillant, 1971). (Ibid.)

Initialement conçus comme des mécanismes principalement inconscients, l'accent a ensuite de plus en plus été mis sur les stratégies conscientes qu'il est possible de mettre en oeuvre pour faire face à une situation stressante, autonomisant progressivement l'étude des stratégies de coping du domaine de la psychanalyse dont elle est partiellement issue (Parker et Endler, 1996, Snyder et Dinoff, 1999). (Ibid).

Une stratégie de coping est flexible, consciente, différenciée (spécifique par rapport à un problème qui se pose dans les relations entre individu et environnement), elle est orientée vers la réalité (interne ou externe). Sa fonction est de permettre à l'individu de maîtriser, réduire ou supporter les perturbations induites par cet événement (ou par cette situation). Les stratégies de coping se différencièrent peu à peu des mécanismes de défense, notamment parce que ce sont des tentatives conscientes (volontaires) pour affronter des problèmes actuels (ou récents). (B-Sch. Marilou, 2001).

2. La définition des concepts: stratégie, coping, stratégies de coping

2.1. La stratégie

Selon le dictionnaire de Larousse la stratégie est *«la coordination planifiée des moyens pour atteindre un but, les moyens étant en psychologie les connaissances, les opérations cognitives, les actions. Le concept de stratégie est fondamental en psychologie cognitive car il permet d'interpréter les régularités comportementales observé comme des manifestations de l'activité organisatrice et de l'autonomie d'un système et non comme le reflet des régularités de l'environnement »*. (Larousse, 1991, p.752).

2.2. Le coping

Le terme coping désigne *« la manière de faire face à une situation stressante et de la maîtriser. Le coping peut consister en une réponse directe : élimination de la source de danger, mais également en une réponse palliative : simple réduction de la perception du danger (déli, recoure a des médicaments anxiolytique...) »*. (Larousse, 1991, p.757).

Lazarus et Folkman (1984) proposent la définition suivante : *« Le coping se réfère aux efforts cognitives et comportementaux du sujet, variable et instable, pour aménager (réduire, minimiser, contrôler, dominer, ou tolérer) la demande interne ou externe (et le conflit entre les deux), faite parla transaction sujet-environnement, évaluer comme dépassant ses propres ressources. »*. (P. Graziani, J. Swendsen, 2004/2005, p.77).

Donc le coping c'est l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeants, pour gérer des exigences

spécifiques internes et/ou externes qui sont évaluées par la personne comme consommant ou excédant ses ressources.

2.3. Les stratégies de coping

Ce concept, élaboré pour la première fois tel qu'il est aujourd'hui par Lazarus et Launier, signifie en anglais « *affronter, faire face, venir à bout* » et vient du grec « *kolaphos* », qui renvoyait à l'idée de frapper de façon vive et répétitive avec la main. Cela démontre le caractère conscient et actif du processus. (L. Olive, 2011, p.44).

Selon Lazarus et ses collègues, le coping a deux fonctions principales : il peut permettre de modifier le problème qui est à l'origine du stress, il peut permettre de réguler les réponses émotionnelles associées à ce problème. (B-Sch. Marilou, 2001, p.71).

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

On peut dire que les stratégies de coping sont un ensemble d'opérations que l'individu fait recourir à elle pour modifier, maîtriser et contrôler ce qui provoque le stress, certains essaient de voir les choses autrement, de les minimiser ou de les relativiser, d'autres essaient de les fuir, d'attaquer ou de demander une aide.

3. Le coping et quelques concepts connexes

3.1. La défense

Défense (mécanisme de) (défense mechanism) Les mécanismes de défense servent d'intermédiaires dans la réaction de l'individu aux conflits émotionnels et aux facteurs de stress externe. Certains de ses mécanismes (p. ex. projection, clivage et passage à l'acte) sont presque toujours inadaptés. D'autre (p. ex. annulation et déni) sont adaptés ou non selon leur intensité, leur inflexibilité et le contexte dans lequel ils surviennent. (DSM-5, 2015, p964).

La défenses est définit comme un processus inconscient, les stratégies de *coping* « *se réfèrent à des tentatives intentionnelles cognitives ou comportementales de l'individu* » tandis que les mécanismes de défense fonctionnent sans participation consciente de la part de l'individu, les défenses peuvent être ordonnées selon une hiérarchie basée sur la maturité psychologique ou la complexité, ou en association avec l'âge chronologique tandis que le coping ne relève pas d'une approche hiérarchique, les défenses sont plus dis positionnelles que les stratégies de *coping*, plus situationnelles, aussi les défenses sont plus associées à la pathologie que les stratégies de Coping. (E. Grebot, B. Paty, N. Girard dephanix, 2006, p316).

3.2. L'adaptation

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

Tout au long de sa vie, le sujet va devoir gérer des contraintes et élaborer des stratégies lui permettant de s'adapter au mieux à son environnement physique et social. Il doit s'adapter pour vivre. Cette adaptation s'effectue à plusieurs niveaux : biologique, social et psychologique. (S. Esarbés, F. Sordes-Ader. 1995).

3.3. L'ajustement

L'ajustement c'est une : « *modification fine de l'organisme destinées à rendre mieux adapte a son environnement* ». (Larousse, 1991, p25)

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

4. Les différents modèles de coping

Les modèles du Coping tentent d'intégrer ces différents aspects.

4.1. Les stress, les ressources et la dépression

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

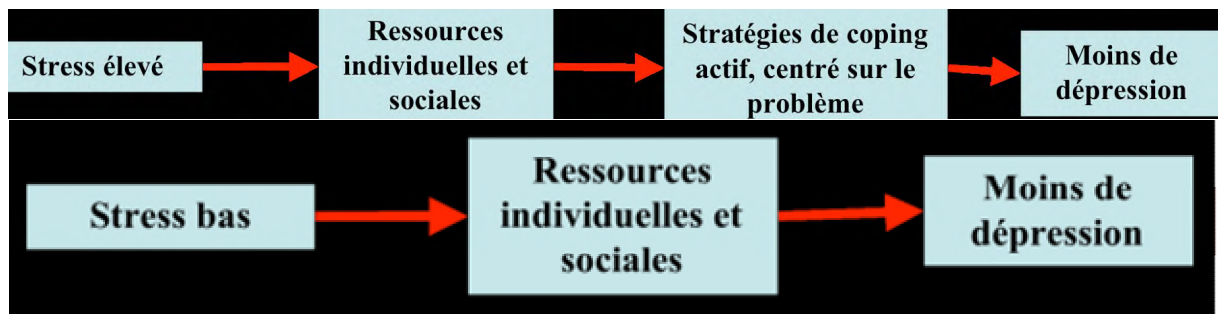


Figure N°02: 01 le modèle de Holahan et Moos (1991) Associe les stressseurs et les ressources individuelles et sociales avec leurs effets sur la dépression. (B-Sch. Marilou, B. Quintard. 2001, p.17)

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

Il apparaît que lorsque les ressources individuelles et sociales sont importantes (Variables de personnalité et entourage social) leur effet régulateur (réducteurs) des effets du stress sur la dépression est important. Autrement dit, les sujets sont peu dépressifs. (B-Ch. marilou, B. Quintard. 2001, pp.15-16)

5. Les facteurs psychologiques modulant la réponse de stress

Certains facteurs psychologiques peuvent intervenir également dans la réponse de stress afin de l'augmenter ou de le réduire.

5.1. Le contrôle

Il s'agit de la capacité de répondre de manière active à un agent stressant. Le stress est vécu de manière différente si l'individu a la possibilité d'échapper à l'événement générateur de stress. Frankenhäuser prouvera, en effet, en 1980 que, si le sujet peut contrôler la situation, on

assistera à une diminution de l'activité sécrétoire hypophyso-surrénalienne. Ce dernier a donc des conséquences sur le plan biologique mais également sur le plan cognitif. Pouvoir contrôler la situation joue sur l'évaluation secondaire et réduit l'écart entre la demande de l'environnement et les possibilités de réponse au sujet. Ainsi, le niveau de stress diminue. (L. Olive, 2010-2011, p.53).

5.2. Le feed-back

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

5.3. La prédiction

Lorsqu'on prévoit la survenue du stress, les réactions sont de moindre intensité. Cependant, des expériences contraires ont été rapportées, la prédiction pouvant susciter une anxiété anticipatoire. (Larousse, 1991, p.757).

Il s'agit ici de pouvoir prédire l'apparition de l'agent de stress. Selon certains auteurs, cela permettrait de réduire les effets de ce dernier. Cependant, pour d'autres auteurs, cette possibilité aggraverait le taux de stress à cause des effets de l'anxiété. (L. Olive, 2010-2011, p.54).

6. Les déterminants de coping

6.1. Les déterminants dispositionnels du coping

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

Selon divers auteurs, dont Costa et al. (1996), les stratégies de coping ne sont pas spécifiques mais générales, car déterminées par certaines caractéristiques stables des individus (traits de personnalité) plutôt que par celles, variables, des situations. Il existerait des styles de coping propres à chaque individu, chacun mobilisant préférentiellement certaines stratégies plutôt que d'autres face à la variété des situations aversives de la vie. Il a été montré en effet que ce ne sont pas les caractéristiques « objectives » des événements qui affectent l'individu, mais la façon dont celui-ci les perçoit et les interprète, ou évaluation (B-Sch. Marlou, 2001, p.72).

6.2. Les déterminants situationnels et transactionnels du coping

La nature de la menace, imminence, durée, ambiguïté, contrôlabilité du stressor, disponibilité et qualité du soutien social pouvant aider l'individu en cas de besoin. Ainsi les évaluations et stratégies de coping peuvent-elles être déterminées, au moins en partie, par des variables situationnelles. Face à un événement non contrôlable (objectivement et subjectivement), l'individu tentera plutôt de gérer ses problèmes émotionnels, alors que si la situation est contrôlable, il utilisera plutôt des stratégies centrées sur le problème. Beaucoup d'auteurs pensent aujourd'hui que l'évaluation (primaire et secondaire) et le coping étant des processus transactionnels, ils dépendent à la fois des caractéristiques des

individus et de celles des situations rencontrées. (B-Sch. Marlou, 2001, p.72).

Dans le cadre de l'approche transactionnelle, facteurs dispositionnels et situationnels influenceront sur les deux niveaux de l'évaluation, primaire et secondaire, ainsi que sur le coping. L'évaluation agit au niveau du stresser (nature, imminence, durée, ambiguïté, fréquence, intensité, contrôlabilité) et du *soutien social* (disponibilité, nature, qualité, etc.). De manière globale, il semble que la contrôlabilité de l'événement détermine en grande partie le type de stratégie privilégié : coping centré sur les émotions quand les événements sont perçus comme incontrôlables et *coping centré sur le problème* pour ceux perçus comme contrôlables. (J-P. Parrocchetti, 2005, p.98).

7. les sources de coping

7.1. Le sexe

Le sexe semble influencer l'emploi des stratégies de coping. Les femmes sont décrites comme utilisant plus de réponses émotionnelles dans la confrontation au stress, utilisant peu de stratégies de résolution de problème, et ayant peu de ressource de coping. Les femmes utilise plus de stratégie de retournement contre soi, et des stratégies d'attention sélective (déli sélective), et utilise moins de distraction par rapport aux hommes. Ces recherches tendent à montrer que les femmes expérimentent plus de souffrance et utilise un coping qui est moins efficace, elles emploient moins de coping culturellement désirable, comme la résolution de problème, et plus de coping émotionnel, comme la recherche de support social ou des stratégies d'évitement. (P. Graziani, J. Swendsen, 2004, pp.101-102)

7.2. La religion

La religion intervient aussi comme modérateur de l'adaptation, le coping religieux peut être défini comme l'emploi de techniques comportementales et cognitives, face à des situations stressantes, qui sont suggérées par sa propre religion ou spiritualité. Le coping religieux a été associé à un niveau moins élevé de stress occupationnel chez des officiers de police et leurs épouses, et à une santé mentale générale meilleure et un bien-être chez des patients cancéreux. (P. Graziani, J. Swendsen, 2004, pp.102)

7.3. Le sport

Le sport aussi modère l'impact de l'agression stressante une activité physique vigoureuse réduit l'anxiété et améliore l'humeur. L'impact des stressors intervenant après une activité physique était diminué par celle-ci. L'exercice physique est associé à une inhibition temporaire des mécanismes de stress. Cet effet peut être secondaire à une modification de l'humeur intervenant chez les sujets qui font de l'exercice physique, mais ces exercices n'ont pas d'impact sur les changements psychologiques des sujets anxieux à long terme. (P. Graziani, J. Swendsen, 2004, pp.103).

8. Les différents types des stratégies de coping

Selon Lazarus et ses collègues, le coping a deux types principales qui permettent soit de modifier le problème directement, soit la régulation de nos propres réponses émotionnelles liées à ce problème.

8.1. Coping centré sur le problème

Ce type de coping est orienté vers le contrôle de la situation stressante. Il vise à réduire le niveau de stress émanant de l'événement et/ou

d'augmenter ses propres ressources pour y faire face. Il s'agit alors de mettre en place des actions afin de résoudre le problème. Les comportements que développe l'individu vont modifier sa relation avec l'environnement. Cela se met en place très régulièrement dans la vie quotidienne. Il peut s'agir, par exemple, de négocier un délai pour régler ses factures, consulter un médecin, rechercher un emploi mieux rétribué, augmenter ses connaissances dans certains domaines. (L. Olive, 2011, p.51).

C'est-à-dire ce type contient des stratégies d'approche de stresser qui oblige l'individu à faire quelque chose pour altérer la source de stress.

8.2. Coping centré sur les émotions

Ces stratégies visent à gérer les réponses émotionnelles que peut générer la situation et donc à réduire les réactions de stress. Elles ont une action palliative puisqu'elles modèrent la détresse en rapport avec la situation stressante pour en réduire les effets psychologiques. Cette régulation peut se faire de différentes façons (comportementale, physiologique, cognitive, émotionnelle et psychologique). (L. Olive, 2011, p.52).

C'est-à-dire ce type de coping contient des stratégies visant l'aménagement et la réduction ou la régulation des émotions de détresse provoquées par le stresser.

8.3. Coping centré sur le soutien social

Le soutien social se manifeste par le recours à du soutien de la part des collègues de travail ou de leurs proches ou encore des deux. Présenté par plusieurs auteurs comme une stratégie d'ajustement, le soutien social

revêt deux formes, suivant qu'il est issu du milieu professionnel ou de l'entourage. (B-Sch. Marilou, F. Cousson, J. Quintard, N. Nuissier B. Rasclé, 1996).

C'est-à-dire ce type de coping se fait par un contrôle social (recherche d'un appui extérieur, hiérarchie, collègues...).

9. Les stratégies des soignants (anesthésistes)

9.1. Bien-être

Développer sa spiritualité : sens de la vie, engagement envers la société ou plus grand que soi. Nourrir des relations interpersonnelles positives : soutien émotionnel, affection, amour, acceptation. (C. Lucie, 2013)

S'accomplir et se développer : utilisation et expression de ses talents et capacités, apprentissage de nouvelles compétences et maintenir de bonnes habitudes de vie : activités physiques, saine alimentation, techniques de relaxation, plein air, sommeil. (Ibid).

9.2. Évitement

Engourdir ses émotions et ses sensations : dépendance ou abus de drogue, alcool ou médicament, hypersomnie. (C. Lucie, 2013)

Bloquer les pensées déplaisantes et pratiquer, avec excès, des activités compensatoires : magasinage, alimentation, jeux électroniques ou de hasard compulsifs. S'éloigner des sources de stress : certains lieux, personnes ou activités aversives. (Ibid.)

Les personnes peuvent améliorer leurs stratégies de *coping* en apprenant, par elles-mêmes ou avec un accompagnement professionnel, à mieux affronter les difficultés de la vie. évaluer les stratégies générales de bien-être, évaluer les stratégies générales d'évitement, identifier les situations spécifiques de stress, puis décortiquer chacune des situations afin de distinguer les dimensions contrôlables et non contrôlables, établir un plan d'action , améliorer les stratégies de bien être, diminuer les stratégies d'évitement, passer de la résignation-déresponsabilisation à la modification de la situation; Et passer de l'acharnement au lâcher-prise, mettre en œuvre le plan d'action et faire un suivi pour constater les progrès. (C. Lucie, 2013)

10. L'efficacité des stratégies de coping

Les premières recherches consacrées à l'efficacité relative des stratégies de coping semblaient indiquer que les stratégies centrées sur le problème étaient plus efficaces que les stratégies centrées sur l'émotion. (B-Sch. Marilou, 2002, p.77).

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

Dans l'ensemble, les recherches récentes ont montré qu'un coping centré sur le problème réduisait la tension subie par l'individu en éliminant (ou en atténuant) le stresser. Le recours à cette stratégie corrèle négativement avec l'anxiété et la dépression d'après plusieurs études. Les stratégies émotionnelles sont très généralement nocives. Certaines d'entre elle, comme la répression des émotions ou l'impuissance-désespoir se sont révélées associées à des issues dysfonctionnelles (émotionnelles et

somatiques), ceci d'après les recherches citées ci-dessus et d'après d'autres études (Olf, 1991, Payne et Firth-Cozens, 1987). (B-Sch. Marilou, 2002, pp.379-387).

Il n'y a pas de stratégie de coping efficace en elle-même, indépendamment de certaines caractéristiques des individus (évaluation) et des situations (durée, contrôlabilité). En outre, l'efficacité d'une stratégie de coping varie selon le critère considéré (bien être émotionnel, santé physique, hétéro ou auto-évalués). Tout ceci illustre bien le fait que le coping est un processus transactionnel entre la personne et son environnement. (B-Sch. Marilou, 2002, pp. 387).

Conclusion du chapitre

Nous avons vu dans ce chapitre que le coping est considéré comme un ensemble d'efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser les exigences internes ou externes de la vie.

Nous avons vu aussi le rôle de coping dans la comparaison des situations stressantes, surtout chez les anesthésistes qui font face à un stress au milieu du travail.

Avec ce chapitre on termine la partie théorique, et on passe à la partie pratique qui elle-même est divisée en deux chapitres le premier c'est la méthodologie de la recherche et le deuxième c'est la présentation, analyse et discussion des résultats.

Partie pratique

Chapitre IV

Méthodologie de la recherche

Préambule

Afin de réaliser une recherche scientifique, il faut s'appuyer sur une méthodologie qui est une étape primordiale, car elle nous permettrait de bien guider notre recherche et elle nous organise notre travail et le rend objectif.

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

1. La définition et l'opérationnalisation des concepts clés de la recherche

1.1. La définition de l'anesthésiste

L'anesthésiste est « *un professionnel diplômé d'Etat (infirmier), spécialisé qui dispense des soins d'anesthésie, de réanimation et de traitement de la douleur. Il travaille en étroite collaboration et sous la responsabilité du médecin anesthésiste au bloc opératoire, en salle de surveillance post-interventionnel, il a un rôle relationnel important d'information et d'écoute du patient qui va être anesthésié* ». (<http://www.cripp-pdf.fr>, 13/04/2016 à 10h).

1.2. L'opérationnalisation du concept d'anesthésiste

- Celui qui pratique l'anesthésie
- L'entretien préopératoire
- Le bloc opératoire
- Travail en collaboration avec le chirurgien
- Endormir le malade

- Curare
- patient

1.3. La définition du concept de stress

Le stress est « *une force qui produit une tension entraînant une déformation (strain) de l'objet sur lequel cette force est appliquée ; dans ce sens, il s'agit d'un stimulus externe, d'un agent quel qu'il soit (agent physique : bruit, chaleur, froid etc. ou psychologique : deuil, perte de son travail).* (J-B. Stora, 1991, p.07).

1.4. L'opérationnalisation du concept de stress

- Trouble du sommeil
- Agitation et instabilité
- Asthénie
- Conduites agressives, inhibition
- Difficultés respiratoire
- Irritabilité
- Perte de confiance en soi
- Problèmes de concentration
- Trou de mémoire

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

1.5. La définition du concept de stress professionnel

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

1.6. L'opérationnalisation du concept de stress professionnel

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

1.7. La définition du concept de stratégie de coping

Les stratégies de coping désigne « *l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences interne ou externe qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu* ». (P. Isabelle, 1992, p.545).

1.8. L'opérationnalisation du concept de stratégie de coping

- le coping désigne la façon de s'ajuster au stress
- Les techniques utilisées pour faire face au stress tel que le retour à la religion, le soutien social...etc.
- acceptation, évitement, réduction de l'effet du stress
- stratégie centrée sur l'émotion, tel que les pleurs, les larmes...etc. le problème, le soutien sociale, tel que demander l'aide des autres, solliciter les autres.

2. Les motifs du choix du thème

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

- La plupart des chercheurs s'intéressent aux gens qui demandent de l'aide et mettent de côté les soignants.
- Manque d'étude sur cette population ciblée, surtout en Algérie.
- Aucune étude n'était réalisée au sein de notre université, sur ce sujet.

Maintenant qu'on à terminer les motifs de choix de thème on va s'intéresser aux objectifs de la recherche

3. Les objectifs de notre recherche

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

4. La méthode utilisée

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

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

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

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

La méthode clinique « *est une méthode particulière de compréhension des conduites humaines qui visent à déterminer, à la fois, ce qu'il y a de typique et ce qu'il y a d'individuel chez un sujet, considérer comme un être aux prises avec une situation déterminée* ». (N. Sillamy, 2003, p.58).

La méthode clinique nous permet une description, afin de reconstituer le phénomène étudié en rapprochant les données disponibles de manière à restituer l'image la plus complète possible du phénomène étudié à savoir le degré du stress au travail et les différentes stratégies de coping employées pour dépasser ce stress.

La méthode descriptive englobe l'ensemble des études de cas, observation systématiques ou naturalistes, méthodes corrélationnelles, méthodes normatives développementales, enquête. L'objectif de cette approche n'est pas d'établir des relations de cause à effet, comme c'est le cas dans la démarche expérimentale mais plutôt d'identifier les composantes d'une situation donnée et parfois de décrire la relation qui existe entre ses composantes. (Kh. Chahraoui, et H. Bénony, 2003, p.125).

Notre recherche donc va adopter l'approche descriptive pour pouvoir décrire le stress professionnel chez ces anesthésistes, et d'écrire l'état psychique de ces anesthésistes dans leur environnement de travail, et décrire les différentes stratégies défensives employées par nos sujets pour faire face au stress causé par leur métier.

Dans notre recherche on s'est basées aussi sur la méthode de l'étude de cas qui fait partie de la méthode descriptive.

Étude de cas Il s'agit ici du genre de problème qui nécessite l'étude complète, détaillée et approfondie d'un nombre limité d'objets, d'individus, d'événements. (O. Aktouf, 1987, p.33).

L'étude de cas est une méthode qui occupe une place centrale dans la recherche scientifique. Leyens (1983) souligne la force persuasive de l'étude de cas démontre qu'elle est plus convaincante qu'une foule de statistique. Le caractère concret de l'étude de cas fait qu'elle s'impose face

au phénomène de dépersonnalisation caractéristique aux statistiques abstraites. Un cas, précis habilement présenté, qui parle à notre imagination, aurait davantage qu'un tableau rempli de chiffre le pouvoir de nous faire penser à d'autres personnes ou situation plus ou moins semblables. (A. Blanchet, S. Lonescu, 2009, p.16).

L'étude de cas c'est « l'étude *approfondie de cas individuel normal, pathologique, de comprendre et expliquer le fonctionnement physique et humain, ses trouble et ses perturbations affectives* ». (M. Charlotte, 1990, p.14).

L'étude de cas est une méthode de recherche qui nous permet de rester au plus près de la réalité clinique et qui nous aide à mieux cerner notre recherche.

On a choisi la méthode de l'étude de cas, étant donné que chaque cas a son histoire qui se diffère de l'autre, ainsi nous voulons dégager pour chaque cas son vécu de l'exercice et approfondir mieux par rapport à ce dernier.

5. La pré-enquête

La pré-enquête est une phase de terrain assez précoce dont les buts essentiels sont d'aider à constituer une problématique plus précise et surtout à construire des hypothèses qui soient valides, fiables, renseignées, argumentées et justifiées. De même, la pré-enquête permet de fixer, en meilleure connaissance de cause, les objectifs précis, aussi bien finaux que partiels, que le chercheur aura à réaliser pour vérifier ses hypothèses. (O. Aktouf, 1987, p.102).

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

Donc nous avons procéder à une pré-enquête qui s'est déroulée pendant un mois, du 21 janvier 2016 au 21 février 2016 au niveau de L'EPH Sidi Aich, au début de notre pré-enquête on a pris contact avec l'administration de L'EPH pour poser la lettre d'envoi en stage retirée auprès de l'administration de notre faculté, après nous avoir permet d'accéder à ce stage qui va durer trois mois de (21 février 2016 au 21 mai 2016) qui sont diviser en deux fois par semaine (le dimanche et le lundi), on a choisi ces deux jours, en vue de la distance qui sépare ce milieu de stage de notre milieu de vie convient parce que on habite loin de ce milieu de stage. Grâce aux libres entretiens auprès du chef de service et les anesthésistes du bloc opératoire qui nous ont aidé à délimiter notre champ d'étude, et de préciser notre groupe de recherche.

Donc l'étape de la pré-enquête est une étape cruciale, le chercheur tente de se familiariser de la façon la plus complète possible avec son sujet, Il faut rechercher toutes les données pertinentes sur la population d'étude et sa composition, chercher les données d'enquêtes déjà réalisées auprès de cette population ou de populations similaires, que ce soit sur le même sujet ou sur un sujet relié.

Enfin, après cette pré-enquête, nous avons eu toutes les informations nécessaires sur notre sujet de recherche, et nous nous sommes assuré que cet organisme est valable, pour effectuer notre enquête, et constituer notre

terrain de recherche, dont le but de confirmer ou d'infirmer les hypothèses qui sont déjà lancées au début.

6. La présentation du lieu de recherche

Après avoir discuté avec le directeur de L'EPH de Sidi Aich qui nous a donné des informations sur cet établissement qui se situe dans une région semi urbaine sur une route menant à Tifra à 03 Km de la route nationale et 45 Km du chef-lieu de la wilaya de Bejaia, au niveau de zone haute de la ville de sidi Aich, cet établissement comporte 240 lits en vue d'une meilleure prise en charge de la santé de la population des 05 Daïras environnantes, comme il assure la couverture sanitaire d'une population d'environ 161837 habitants, il s'étale sur une surface totale de 10634 m² dont 5742 m² bâti et 4892 m² non bâti. L'hôpital est constitué de dix services conformément à l'arrêt ministériel N°2739 du 26 janvier 2008 fixant la capacité technique.

L'établissement compte 477 fonctionnaires répartis par catégories socioprofessionnelles comme suit : Personnel médical : 59, personnel paramédicale : 206, personnel administratif, technique et ouvriers contractuels : 197.

Il a été inauguré le 01 mars 1986 avec le déplacement humain et matériel de l'ancien hôpital de Sidi Aich construit en 1965 actuellement reconverti en établissement de proximité de santé public (EPSP).

L'EPH est un pôle stratégique dans la commune de Sidi Aich, vu qu'il emploie environ 400 personnes et constitue le support économique à ne pas négliger. L'EPH de Sidi Aich est doté d'un budget de fonctionnement et d'équipement dont les dépenses sont réserver pour le paiement des salaires, rappels, produits pharmaceutiques, etc....quand aux

recettes proviennent de la participation de la population pour le paiement des radiographies et des analyses biologiques et les frais d'hospitalisations.

Service	Lits techniques	Lits organisés
Chirurgie	62	46
Orthopédie	32	18
Ophthalmologie	16	16
Médecine interne	65	65
Pédiatrie	28	28
Gynécologie	20	20
Maternité	20	20
ORL	16	-
Néphrologie- hémodialyse	16	-
Pavillon des urgences	08	08
Total	283	221

Tableau n°1 : Tableau récapitulatif des services de l'Établissement Public Hospitalier « Rachide Belhocine ».

Ce tableau récapitule les services de L'EPH de Sidi Aich, aussi le nombre de lits organisés dans cet établissement.

7. La présentation du groupe de recherche

Dans notre présente recherche, on a pu effectuer notre stage auprès de 10 cas dans L'EPH de Sidi Aich au bloc opératoire ou on a sélectionné 5 anesthésistes femmes et 5 autres hommes à cause de manque d'effectifs.

7.1. Les critères de sélection

- **Profession** : technicien anesthésiste, parce que le groupe de techniciens anesthésistes est plus accessibles et plus riche en sujets de recherche que celui des médecins.
- **Secteurs d'activité** : Le secteur public parce que la charge de travail elle est importante, le nombre de patient qu'ils enregistrent au niveau du secteur public est plus important que le nombre de patient enregistré au secteur privé et donc la charge de travail est un facteur de stress professionnel.
- **Expérience professionnel** : plus de 5 ans d'expérience, parce que la littérature sur le stress professionnel dit qu'on peut parler du stress professionnel si l'expérience professionnel dépasse 5 ans d'exercice.
- **Sexe** : Les hommes et les femmes, on n'a pas sélectionné l'un des sexes par rapport à l'autre parce que la variable de sexe n'est pas été prise en considération à cause de manque d'effectifs donc on a travaillé avec les deux sexes.
- **Age** : tous les cas de notre recherche sont âgés plus de 29 ans
- **Langue** : la langue est diversifiée, français, arabe, kabyle, (mais vu leurs niveaux, la langue retenue était le français).
- **Situation familiale** : célibataire, marié, fiancé on a pris des différentes situations familiales, parce que on juge que ça n'a aucun lien avec le stress au travail étant donné que l'approche transactionnelle adopté stipule une transaction entre l'individu et l'environnement.

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

Cas	Age	Situation familiale	Expérience professionnel
A	56 ans	Marié	31 ans
B	54 ans	Marié	30 ans
C	55 ans	Marié	29 ans
D	32 ans	Célibataire	5 ans
E	30 ans	Célibataire	7ans
F	34 ans	Marié	10 ans
G	29 ans	Mariée	8 ans
H	36ans	Fiancé	6 ans
I	30 ans	Mariée	5 ans
J	37 ans	Mariée	13 ans

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

Donc notre groupe de recherche se constitue de dix sujets 5 femmes et 5 hommes, ils sont âgés de 29 ans jusqu'à 56 ans, 7 mariées et 2 sont célibataires et un autre fiancé, leurs expériences dépasse 5 ans elle va jusqu'à 31 ans.

8. présentation et analyse des outils de recherche

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

8.1. L'entretien clinique de recherche

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

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

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

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

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

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

L'entretien semi directif est un guide d'entretien avec plusieurs questions préparer à l'avance, mais non formulées d'avance, donc le

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

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

8.1.2 Le guide d'entretien

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

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

Notre guide d'entretien comprend trois axes qui servent de trame pour l'entretien. Ce guide nous a permis de vérifier, au cours de l'entretien, si toutes les questions que nous souhaitons posées avaient été abordées :

- Les informations personnelles sur le sujet

- **Axe N°1** : les informations sur l'anesthésie et sur le métier d'anesthésiste
- **Axe N°2** : les informations sur l'état de stress professionnel chez les anesthésistes
- **Axe N°3** : les informations sur les stratégies de coping chez les anesthésistes

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

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

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

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

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

Ces auteurs ont cité dans beaucoup de leurs travaux que l'échelle de stress perçu comme une échelle qui pouvant mesurer le stress au travail. Donc on a choisi de recourir à cette échelle et non pas au questionnaire de

karazak et celui de Wocccq parce que nous sommes dans un travail qui se fera sur un groupe de recherche restreint de dix cas, donc ce n'est pas valable de recourir à des questionnaires qui s'adresse à des groupes de recherche important.

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

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

Les versions existantes : Il existe trois versions :

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

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

La consigne

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

Le temps de passation

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

8.2.1. Analyse de l'échelle de stress perçu**La cotation**

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

- Jamais : 1 point
- Presque jamais : 2 points
- Parfois : 3 points
- Assez souvent : 4 points
- Très Souvent : 5 points. (Ibid).

Interprétation des scores

- Score inférieur à 21= C'est une personne qui sait gérer son stress
- Score compris entre 21 et 26= C'est une personne qui sait en général faire face au stress

- Score supérieure à 27= La vie est une menace perpétuelle pour cette personne. Elle a le sentiment de subir la plupart des situations et de ne pouvoir rien faire d'autres que les subir.

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

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

8.3.1. Définition de l'échelle Toulousaine de coping

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

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

8.3.2. Historique du test

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

Pour Lazarus et Folkmane (1989) le coping est un processus cognitif permettant au sujet de donner un sens à la situation en fonction des

ressources qu'il peut mobiliser pour y répondre, deux estimations interviendraient fondamentalement à partir de l'estimation des risques :

1. une focalisation sur le problème (réflexion et intervention)
2. une focalisation sur l'émotion (contrôle et expression de la détresse émotionnelle causée).

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

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

9.3. La construction

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

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

9.3.1. Le contenu

Cette échelle permet une passation individuelle, mais aussi collective. Elle est composée de trois champs : l'action (champ conatif), l'information (champ cognitif), dont l'articulation permet l'émergence de 6

stratégies (focalisation, support social, retrait, conversion, contrôle, et refus). Chaque champ est constitué de 6 dimensions, et chaque stratégie comprend 3 dimensions. L'échelle est donc constituée de 18 dimensions et est testée à partir de 3 affirmations auxquelles le sujet doit répondre à partir d'une échelle de 5 points. (S. Esparbes et coll, 1989, p.90).

8.4. Présentation des stratégies

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

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

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

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

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

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

8.5. Administration et notation

8.5.1. Administration

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

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

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

8.5.2 Notation

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

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

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

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

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

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

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

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

9. Le déroulement de l'enquête

Notre recherche s'est effectuée dans l'EPH à Sidi Aich pour une durée de trois mois.

Les premiers jours de terrain, dans le service que nous avons ciblé notre groupe de recherche, on a joué une part importante sur la confirmation de la disponibilité de notre groupe d'étude.

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

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

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

9.1. La passation de l'entretien

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

9.2. La passation des échelles

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

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

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

10. Les difficultés de la recherche

Dans chaque recherche, il existe plusieurs obstacles et différentes difficultés qui entravent le chemin du chercheur. Dans ce qui suit nous allons illustrer celles que nous avons rencontrées :

- L'absence des études antérieures sur notre thème de recherche
- La rareté des études psychologique qui existe sur le domaine pratique de l'anesthésie.
- La non- disponibilité de deux cas (cause de voyage et congé maladie)
- Les déplacements vu le long trajet qu'on doit faire chaque jour.

Conclusion du chapitre

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

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

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

Chapitre V

Présentation, analyse et discussion des hypothèses

Préambule

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

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

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

1. Présentation et analyse des Cas

Cas N°1

1Présentation et analyse des données de l'entretien clinique semi-directif

Mr (A) âgé de 56 ans, niveau terminal, marié et père de trois enfants, anesthésiste au sein de l'EPH de Sidi Aich depuis 1985 (31 ans d'expérience), il souffre d'une maladie (maladie de B7 système immunitaire) cette maladie l'empêche d'exercer sa profession, aujourd'hui il supervise les opération, il guide les anesthésistes débutants vue que le travail de l'anesthésiste demande un effort physique et moral, ce qui a fait que ce dernier fut parti de notre recherche est bel et bien sa maladie dont la cause est due en partie au stress provoqué par sa profession, cela ne va pas

empêcher de répondre spontanément et explicitement à nos interrogations sans aucune réticence.

AXE 01 : les informations sur la profession de l'anesthésie

Mr (A), être un anesthésiste était le fruit de son désir « *j'ai choisi se métier par amour* », il travaille dans le secteur publique car il n'avait pas de choix à l'époque « *on a pas le choix de travailler au privé car ce secteur n'existe pas à l'époque* », son emploi du temps ne lui convenait pas car il était trop chargé « *plus au moins, parce que j'ai d'autre responsabilité* », le modèle transactionnel de Mackay et Cooper avance que le degré de complexité de la tâche est ainsi souvent mis en cause, qu'il s'agisse d'une tâche trop simple conduisant à une sous-utilisations des capacités de l'opérateur ou d'une tâche trop complexe dépassant ses compétences et l'écart entre les aspirations de l'individu et la réalité professionnelle.

Son rythme de travail était de travailler chaque jours ainsi que de faire des gardes « *je travail tout les jours ainsi je faisais des gardes* », il y avait une bonne atmosphère dans son service et pas de problèmes entre collègues.

Mr (A) âgé de 56 ans anesthésiste dans le secteur public depuis 31 ans, il a choisi ce métier par amour, mais son emploi du temps ne lui convenait pas car il était trop chargé pour ses autres responsabilités, donc d'après ces dires on peut constater que la charge du travail et le rythme accéléré ainsi que 31 ans d'expérience constituent des éléments du stress au travail pour notre cas.

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

Mr (A) d'écrit que le milieu de son travail est très stressant « *ce milieu est trop stressant, faire de l'anesthésie c'est stressant* », dans le manuel de " Working Conditions and Control Questionnaire" on définit le stress au travail comme une réponse du travailleur devant les exigences de la situation pour lesquelles il doute de disposer des ressources nécessaire et auxquelles il estime de devoir faire face. Les risques de stress augmentent lorsque des exigences élevées sont associées à un faible degré de contrôle de la tâche.

Il évalue la qualité de son sommeil comme un sommeil perturbé « *j'ai un sommeil déséquilibré* », que le DSM 4 le décrit parmi les symptômes de stress et aussi le modèle transactionnel "Effort-Reward Imbalance", aussi appelé (ERI), de Siegrist (Jongen & al. 2000) avance que le stress chronique peut être défini en terme de déséquilibre entre un coût élevé et un gain faible.

Depuis 1987 Mr (A) a eu une maladie de système qui s'appel la maladies de B7 « *j'ai une maladie de système immunitaire* », son état psychique actuelle est « *normale* », il lui arrivait d'être perturbé dans son travail de temps en temps « *je serais de temps en temps perturbé a cause de mon inquiétude sur le bien-être du malade* », Folkman dans ces travaux dit que si les stratégies mises en place ne sont pas efficaces, elles peuvent augmenter l'activation neurovégétative et se transformer en comportement désorganisés. (P. Graziani, J. Swendsen, 2004, p.63).

Mr (A) porte sur ses épaules une grande responsabilité « *faire pour un malade une anesthésie c'est une grande responsabilité, c'est toute une vie entre mes main* », comme il souligne que le stress dominait ses

sentiments lorsqu'il rentrait au bloc « *lorsque je rentre au bloc le stress me honte* », Mr (A) dit que lors du premier contact avec le patient il ne pense qu'à l'état de santé de ce dernier « *dès que je vois le malade je pense directement à son état de santé prés opératoire, post-opératoire et peropératoire* », le sujet avance qu'il a des difficultés dans son travail à cause de manque des produits de l'anesthésie.

En effet, notre cas nous confie qu'il ne se sent pas bien moralement durant l'exercice de son travail « *moralement je me sens fatigué durant mon travail* », comme il constate un changement dans ses comportements « *je suis devenu nerveux* », selon lui ce qui lui paraît le plus pénible dans son milieu professionnel c'est la fatigue moral « *c'est que physiquement on se sent pas fatigués mais moralement toujours on se sent pas bien et on est tous le temps stressé à cause de la charge de travail* ».

Karasak aussi a beaucoup parlé sur le stress ou il a abordé dans son modèle deux axes fondamentaux dans le stress au travail : la charge de travail et la marge de manœuvre aussi il a expliqué la charge de travail comme une demande exercée sur l'individu, contrainte professionnelle. (M. Antigone, L. Olivier, 2015, p.122). Le principal facteur de stress durant l'exercice de son métier c'est la surveillance du patient de début jusqu'à la fin de l'intervention « *le stress il se présente durant le début jusqu'à la fin de l'intervention, c'est-à-dire de l'induction jusqu'au réveil du malade* », il perçoit le contact directe avec les gens « *il faut connaitre le malade mieux avant de l'endormir, il faut connaitre tout sur lui* », il n'a pas des activités en dehors de son milieu de travail « *pas du tout* ».

Notre sujet ne reçoit jamais de remarque négative de la part de sa famille, ni de ses amis à propos de son travail. Pour lui le faite qu'il exerce sa tache convenablement qui demande de travailler avec une bonne

conscience et une grande responsabilité à fin de soulager les malades est pour lui un honneur même s'il expose sa vie toujours aux stress et aux risques.

AXE 03 : Les informations sur les stratégies de coping

Mr (A) lors de ces différentes interventions focalise sa pensée sur son travail « *je ne pense pas aux problèmes mais je pense toujours que l'intervention se passe dans des bonnes conditions* ».

Lazarus et Folkman définissent le coping comme (l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu), le sujet présente des cognitions et des émotions positives envers les malades comme il nous d'écrit que lorsqu'il serait stressé il garde son sang froid et il suit la conduite à tenir pour gérer son travail « *lorsque je suis stressé j'essaye de gérer mon travail d'une façon normale et je garde le sang froid* », donc Mr (A) a la capacité de maîtriser et de contrôler ses réactions dans son milieu de travail et il essaye de ne pas paniquer.

L'approche transactionnelle décrit le stress comme étant dépendant alors de certains facteurs tels que la personnalité, les expériences personnelles, le soutien social et l'appartenance socioculturelle.

Pour Mr (A) lorsqu'il se sent stressé il utilise le café pour dépasser son stress « *pour que je dépasse mon stress j'aime prendre un café et si je peut je quitte le milieu évidemment après l'intervention* » donc d'après ces dire on peut constaté un certain évitement du milieu stressant dans son comportement et aussi la consommation d'une substance caféine pour tenir le coup, comme il partage ses problèmes avec les médecins « *lorsque j'ai*

des problèmes je les partage avec les médecins car on travaille sous leurs responsabilité », quand il a été hospitalisé il a fait des consultations avec un psychologue *« j'ai consulté un psychologue durant mon hospitalisation et j'ai discuté avec et je l'ai beaucoup estimé par ce qu'il m'a soulagé »,* donc d'après ses dires on constate que Mr (A) a fait recourir au soutien social et à autrui.

Lors des différentes interventions Mr (A) essaye de gérer son travail lors des situations stressantes où il garde son sang-froid et suit la conduite à tenir comme il partage ses problèmes avec sa famille et les médecins car il travaille sous leurs responsabilités et pour qu'il dépasse son stress il aime prendre un café et quitter le milieu de son travail. Selon Holahan et Moos affirment-ils que le coping est essentiel à la résistance au stress, comme cela a été proposé plus haut, dans la mesure où un stress élevé sollicite le coping (C. Stacey, C. Henry, 2004, p.119).

AXE 04 : La vision de l'avenir

Mr (A) espère rester dans son travail par ce qu'il veut terminer sa carrière, *« j'ai 56 ans donc il me reste juste un peu du temps pour avoir ma retraite »,* et pour ce qui concerne des projets de l'avenir il n'a aucun projet parce qu'il dit qu'il a perdu sa santé *« puisque j'ai perdu ma santé donc pas de projet mon état de santé me permet pas ».* selon Beck lorsque le sujet a des croyances erronées sur soi-même et le monde extérieur et sont à l'origine de pensées automatiques de symptôme physique, d'émotion et de comportements qui sont source de souffrance et entravent le bon fonctionnement professionnel et parfois même dans la vie quotidienne du sujet. (S. Dominique, 2013, p.100).

Selon Mackay et Cooper (1987) Le processus d'évaluation, combinant les composantes (réalité et exigences de l'environnement professionnel) avec les (capacités et aspirations de l'individu), permet d'évaluer s'il existe un déséquilibre ou non et de déterminer ses conséquences à court et à long terme. Le résultat de cette évaluation est un processus de coping qui comprend des composantes cognitives, comportementales et physiologiques.

Pour Mr (A) il n'a aucun projet d'avenir car il est malade, donc pour lui son seul projet est d'avoir sa retraite, on peut semblablement déduire que la souffrance du stress chez Mr (A) a causé des conséquences à long terme comprenant des composantes comportementales et physiologiques.

1.1.1. Synthèse de l'analyse de l'entretien clinique semi directif du Cas (A)

Après l'analyse de l'entretien de Mr (A), on peut déduire qu'il y a des signes et des symptômes relevant du stress tel que « *j'ai constaté un changement dans mes comportement ou je suis devenu nerveux* », « *j'ai un sommeil perturbé* », « *faire de l'anesthésie c'est trop stressant* » ce qui veut dire qu'il présente une symptomatologie qui indique la présence d'un "stress" aussi il manifeste des symptômes de stress. Et pour qu'il puisse faire face à sa situation stressante, il utilise la stratégie de coping centré sur le soutien social en disant « *j'ai consulté un psychologue durant mon hospitalisation et j'ai discuté avec et je les beaucoup estimé par ce qu'il m'a soulagé* ».

1.2. Données et Analyse de l'échelle de stress perçu du Cas de Mr (A)

Le stress perçu est de 27point.

Les items 02, 06, 09 et 10 = 14

Les items 01, 03, 04, 08 = 03

D'après la cotation de l'échelle (PSS) du cas de Mr (A) qui est illustré dans l'annexe N° 04 on note que Mr (A) a eu : un score noté de 27 point donc le sujet présente un degré de stress élevé.

On peut le prouver dans les résultats des items : l'item 4 (très souvent, il se sentait confiant dans ses capacités à prendre en main ses problèmes personnels), l'item 6 (assez souvent, il sentait qu'il ne pouvait pas assumer toutes les choses qu'il devait faire), l'item 10 (assez souvent, il trouve que les difficultés s'accumulaient à un tel point qu'il ne pouvait pas les surmonter), litem 2 (parfois, il lui semble difficile de contrôler les choses importantes de sa vie), litem 5 (parfois, il sentait que les choses allaient comme il voulait), l'item 9 (il se sentait parfois irrité lorsque les évènements lui échappaient de son contrôle), l'item 7 (il n'est pas capable de maîtriser son énervement, litem 1 (il n'a jamais été dérangé par un évènement inattendu), l'item 3 (il n'a jamais senti nerveux et stressé), l'item 8 (il n'a jamais senti qu'il dominait la situation).

D'après le manuel de PSS la vie est une menace perpétuelle pour cette personne. Elle a le sentiment de subir la plupart des situations et de ne pouvoir rien faire d'autres que les subir.

1.3. Données et Analyses de l'échelle toulousaine de coping du Cas(A)

Lors de passation de l'échelle toulousaine de coping qui est illustrée dans l'annexe N° 05. Mr (A) a coché le chiffre qui lui Correspond le mieux pour chacune des affirmations suivant la consigne.

Items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18		
Scores	2	1	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5		
Items	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36		
Score	4	4	5	4	4	4	5	4	4	4	5	1	3	1	3	5	4	4		
Items	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54		
Score	4	5	1	5	4	1	5	5	5	4	4	4	5	4	3	5	5	5		
	A	H	O	B	I	P	C	J	Q	D	K	R	E	L	M	F	G	N	Total	T globale
Action	10			14			15			13			13			14			79	221
Information		10			13			14			14			10			14		75	
Emotion			9			10			14			10			10			14	67	
Positif	10	10		14				14	14		14					14	14	14	118	
Négatif			9		13	10	15			13		10	13	10	10				103	

1.3.1. Données et analyses de la feuille de dépouillement n°1 du Cas(A)

Tableau N°04 : la feuille de dépouillement n°1 du cas de Mr (A)

D'après la feuille de dépouillement n°1, Mr (A) a eu :

Une note par dimension : A (10), B (14), C(15), D(13), E(13), F(14), G(14), H(10), I(13), J(14), K(14), L(10), M(10), N(14), O(09), P(10), Q(14), R(10). D'après ses notes obtenues nous remarquons que Mr (A) a eu une note totale de (221) des champs, et une note de (118) de coping positif élevé ajoutant une note de (103) de coping négatif faible. Ce qui signifie que le sujet utilise beaucoup plus les dimensions suivantes : le retrait comportemental, régulation des activités, focalisation cognitive,

acceptation, contrôle cognitif et planification, le support social émotionnel et le contrôle émotionnel.

Une note par champs : le champ le plus fréquemment employé par Mr (A) est celui de champ d'action avec une note de (79), le champ de l'information avec une note de (75), et le champ de l'émotion qui se montre le moins utiliser par Mr (A) avec une note de (67).

Une note générale de coping : Mr (A) a eu une note totale de (221) des champs.

Une note de coping positive et une de coping négative : Mr (A) a eu une note de coping positive élevé à (118) et une faible (103) pour le coping négatif.

1.3.2. Données et analyse de la feuille de dépouillement n°2 du cas (A)

Champs Stratégies	I Action	II Information	III Emotion	Total
Focalisation	A 10	G 14	M 10	34
Support social	B 14	H 10	N 14	38
Retrait	C 15	I 13	O 09	37
Conversion	D 13	J 14	P 10	37
Contrôle	E 13	K 14	Q 14	41
Refus	F 14	L 10	R 10	34

Tableau N° 05 : la feuille de dépouillement n°2 du cas de Mr (A)

Ce tableau montre une note totale pour chaque stratégies : nous avons enregistré la stratégie de contrôle étant la plus employée avec un score de (41), suivant la stratégie du support social avec un score de (38) puis celle de conversion et de retrait ou il a obtenu un score de (37) pour les deux stratégies, après une note de (34) aussi pour la stratégie de focalisation et celle de refus. Ce qui signifie que Mr (A) fait recours beaucoup plus à des stratégies de contrôle (centré sur l'émotion), puis à des stratégies centré sur le support social (centré sur le soutien social) et il utilise la stratégie de conversion et celle de retrait puis la stratégie de focalisation et celle du refus.

1.3.3. Synthèse de l'échelle toulousaine de coping du cas de Mr (A)

D'après l'analyse de l'échelle toulousaine de coping de Mr (A) on constate qu'il maîtrise la situation et il maintien ses émotions pour qu'il dépasse son stress, aussi il essaye de ne pas penser au problème adoptant des conduites de compensation (le café) comme il implique une demande d'aide en terme cognitif (conseil, information), il implique aussi d'utilisé des actes coopératifs comme moyen de lutter contre le stress.

1.4. Conclusion de premier cas de Mr (A)

En se référant aux résultats de l'analyse de l'entretien semi-directif et de deux échelles, celle de l'échelle de stress perçu et celle de toulousaine de coping qu'on a effectué avec le sujet, on peut conclure que Mr (A) présente un stress professionnel avec un degré élevé.

Parmi ces facteurs qui ont cités par Mr(A) on retrouve la charge et le rythme de son travail, la grande responsabilité portée sur ces épaules et

les conflits avec les opérateurs. Ainsi, les résultats de l'analyse de l'échelle de stress perçu, confirment les résultats obtenus dans l'entretien, c'est que Mr (A) souffre d'un stress élevé avec un score de (27).

Les premières études de Hans Selye (1974) sur la réponse au stress en fonction des contraintes environnementales ont rapidement montré qu'il n'existait aucune spécificité, ni de la réponse, ni des stressors et qu'il était par conséquent impossible d'établir des correspondances entre la contrainte et la réponse de l'individu comme il n'y a pas de coping idéal, l'efficacité de la mise en œuvre du mécanisme d'adaptation dépendra des circonstances.

Puis, dans l'échelle de toulousaine de coping, nous avons relevé que Mr (A) utilise le coping positif avec un score de 118, il se focalise sur le champ conatif (action avec un score de (79) et il utilise la stratégie de contrôle avec un score de (41) et celle de support social (38) puis celle de conversion et de retrait avec un score égale de (37) et à la fin la stratégie de focalisation et de refus avec un score aussi égale de (34).

Alors on peut déduire que malgré Mr (A) utilise différentes stratégies de coping soit la stratégie de contrôle et celle qui est centré sur le soutien social, et même celle de retrait mais il n'a pas pu tenir le coup parce qu'il est atteint d'une maladie de système immunitaire.

Dr P. Marty a parlé sur la vie psychique individuelle qui peut être désorganisée et entraînant des risques de somatisation dans le cas où la structure psychique fragilisée serait débordée par le niveau élevé des excitations sensori-motrice, aussi au début des années quatre-vingt-dix, des approches ont établi des relations entre stress, système nerveux central et système immunitaire. (J-B. Stora, 1991, p.08).

Cas N°2

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

Mr (B) âgée de 54 ans, marié et père de 5 enfants, il a eu son baccalauréat après il a fait une formation en anesthésie, il travaille comme anesthésiste depuis 30 ans (expérience) au sien de L'EPH de Sidi Aiche.

AXE I : les informations sur la profession de l'anesthésie

Pour Mr (B) le choix de son métier était au hasard « *bon mon choix était au hasard* », le rythme de son travail est de 40 heures par semaine selon lui il le convient pas car il est trop chargé « *non il me convient pas parce que j'ai d'autres responsabilités envers ma famille* », Mr (B) nous a informé et avec répétition que le climat dans son milieu de travail est un climat défavorable « *c'est un climat défavorable et de tension* » le terme de tension sera utilisé comme synonyme de stress (au sens H. Selye) pour décrire l'effet de la pression sur l'individu et l'incapacité de résister à cette pression peut conduire à certain nombre de conséquence allant du mécontentement à une dégradation de l'état de santé. (J-B. Stora, 1991, p.11).

Pour lui il n'a jamais eu des problèmes entre collègue mais avec les chirurgiens oui « *oui il y a des problèmes mais pas avec mes collègues de travail, avec les collègues on s'entend bien, c'est avec les opérateurs, oui on rencontre presque toujours des problèmes avec eux sur la programmation des malades et de la surcharge de travail* », il a choisi de travailler dans le secteur public parce qu'il n'a pas eu le choix « *je travaille*

ici parce que avant il n'y avait pas de secteur privé, y avait pas autre secteur que celui-ci».

Selon Mr (B) le choix de son métier était au hasard et le rythme de son travail ne lui convient pas parce qu'il est trop chargé comme il l'empêche de pratiquer ses responsabilités envers sa famille comme il décrit qu'il a une bonne entente avec ses collègues de travail mais par contre ce n'est pas le cas avec l'équipe chirurgicale où il rencontre des problèmes de programmation des malades et de la surcharge de travail.

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

Mr (B) dit que son milieu travail est très stressant « *notre milieu de travail est très stressant* », il lui arrive d'être perturbé dans son milieu de travail et rencontre des difficultés à cause de manque des médicaments et du matériel adéquat, l'équipement « *oui on rencontre des difficultés, c'est à cause de manque des médicaments de l'équipement et de matérielle adéquat, la dotation de la salle opératoire n'est pas à 100% il y a toujours un manque, donc on a toujours des difficultés dans la prise en charge des malades* ».

La satisfaction au travail qui peut être évaluée grâce au concept personne/environnement (P-E), c'est-à-dire adéquation des caractéristiques psychosociales d'un individu aux conditions de travail de son environnement, est un autre critère déterminant, stress-tension.

Mr (B) décrit qu'il est souvent perturbé dans son travail à cause du manque du matérielle et de l'absence des conditions favorable du travail. (J-B. Stora, 1991, p.15). « *oui, souvent, souvent je serais perturbé dans mon milieu de travail et cela c'est à cause de la gestion du service, donc il y'a toujours un manque, bien sur moralement je serais perturbé parce que*

lorsque je travaille il se peut arrivé quelque chose et dés fois il y a même des coupure de l'électricité, donc vous pouvez imaginé un peut la situation », Mr (B) ne souffre d'aucune maladie mais il souffre d'un sommeil perturbé « actuellement j'ai aucune maladie mais j'ai un sommeil perturbé qui est dû aux gardes et au stress qu'on vit quotidiennement ».

Mr (B) refusent de nous décrire son comportement au travail disant « *c'est aux autres de me juger, peut êtres quelqu'un d'autre me voix autrement, mais moi j'essaye d'être parfait* » durant l'exercice de son travail il se sent utile comme il nous décrit son état psychique actuelle avec un état psychique perturbé « *mon état psychique actuellement est perturbé à force de vivent le stress tout le temps, même chez moi avec ma famille je porte le stress en moi, donc moralement et psychiquement je suis tout le temps perturbé* ».

selon lui ce qui lui parait le plus pénible dans son milieu professionnel c'est la prise en charge d'un malade dans un état comateux « *c'est le fête de prendre en charge d' un malade (Il se tés et il repend le discoure) dans un état comateux et aussi les prise en charge du langue durée au un malade avec des par-associe qui va faire un arrêt cardiaque ici c'est un hyper-stresse qui se présente, donc c'est pénible*» il a constaté un changement dans ces comportement disant « *oui j'ai constaté un changement dans mes comportements, avant je suis pas comme sa, je ne savent même pas c'est quoi le stress mais maintenant je le porte en moi, je ne sais pas peut être c'est la sagesse* »

le principale facteur de stress chez ce cas c'est les conditions défavorable du travail « *bon au départ sans le malade on est stressé, parce que la salle d'opération n'est pas bien équipée et on peut ne pas refuser de travailler donc on est obligé de travailler avec cet situation, il y a aussi*

dés fois des opérateurs, eux-mêmes c'est le stress et le fait de les voir on se sent stressé et sans oublier que l'anesthésie elle-même elle n'est pas sûr à 100% donc le faite d'injecté les drogue de l'anesthésie je serais stressé en pensant à la peur de perdre le malade provoque une tension sur tous lorsque j'attend le réveil de malade donc tout ça c'est un stress notre seul soulagement c'est lorsque le malade il se réveil dans un bon état», Mr (B) décrit son contacte directe avec le malade qui est une étape plus importante dans la pratique de l'anesthésie, au l'anesthésiste essaye de déstressé le malade et faire un interrogatoire avec lui pour connaitre son état de santé

«nous somme obligé d'être coule avec le malade parce que la première phase de travail consiste dans le contacte avec le malade, la préparation du malade, l'interrogatoire et la préparation psychique».

Notre sujet se sent moralement et psychiquement perturbé parce qu'il vit le stress tout le temps, il y a aussi des chirurgiens qui influence négativement sur son état psychique le fait de penser qu'il va travailler avec eux. Mr (B) ne reçoit jamais de remarque négative de la part de sa famille, ni de ses amis à propos de son travail au contraire il se sent une grande fier parce qu'il exerce un travail noble même s'il n'est pas satisfait de son salaire mais cela ne l'empêche pas de travailler avec une bonne conscience parce que soulager les malades c'est une grande responsabilité.

AXE 03 : Les informations sur les stratégies de coping

Lors des différentes interventions Mr (B) pense que sur l'état de malade disant *« ce qui me viennent à l'esprit pendant l'espèce de travail il ya que le malade, espérant qu'il passe son intervention bien qu'il réussie son intervention et il se réveil son complication »*, Mr (B) nous dit qu'il n'est pas censé a gérer son stress mais il est obligé de s'adapté avec a programmation et avoir un sang froid et être méthodique, et pour dépasser

son stress il utilise des différents moyens « *a la fin de l'intervention j'aime prendre un café et une cigarette, rire, chanter et même danser parce que ça me soulage et me déstresse* »

Mr (B) partage ses émotions avec ses collègues « *notre travail est un travail d'équipe donc même le stress il doit être partagé avec toute l'équipe* » donc Mr (B) a la capacité de maîtriser et de contrôler ses réactions faisant recourir au soutien social, comme la décrit l'approche transactionnel, face au stress dépendrait alors de certains facteurs tels que la personnalité, les expériences personnelles, le soutien social, l'appartenance socioculturelle et les valeurs. Pour lui lorsqu'il se sent stressé il utilise le café et le tabac pour dépasser son stress « *pour que je dépasse mon stress j'aime prendre un café et une cigarette* » donc d'après ses dires on peut constater la consommation d'une substance caféine et de protéine pour tenir le coup.

Lors des différentes interventions Mr (B) essaye de gérer son travail face à des situations stressantes par garder son sang-froid suivant la conduite à tenir et partager la situation avec son équipe de travail, comme on constate aussi qu'il utilise des substances de caféine et de protéine pour dépasser son stress Selon Holahan et Moos affirment-ils que le coping est essentiel à la résistance au stress, (C. Stacey, C. Henry, 2004, p.119).

AXE 04 : La vision de l'avenir

Mr (B) espère rester dans son travail par ce qu'il désire terminer sa carrière, « *il me reste deux ans pour avoir ma retraite* », et pour ce qui concerne les projets de l'avenir Mr (B) a programmé plusieurs projets à l'avenir disant « *oui, après ma retraite je vais me consacrer à l'art parce que je suis un poète et même j'ai un livre à écrire sur les événements de*

1981 ou j'étais victime et j'étais incarcéré, aussi je fais un livre ou j'essaye de repasser l'histoire du moment berbère avec la poésie donc je voulais sortir de domaine médicale »

Mr (B) espère terminer ça retraite d'ici deux ans et il va consacrer son temps pour l'art et d'écrire un livre sur les évènements de 1981 et sur l'histoire du moment berbère disant qu'il est poète.

1.1.1. Synthèse de l'analyse de l'entretien clinique semi directif du Cas de Mr (B)

On peut constater d'après ce que nous avons abordé dans les trois axes que Mr (B) présente un stress à cause de son milieu de travail disant « *notre milieu de travail est très stressant, oui, souvent, souvent je serais perturber dans mon milieu de travail et cela c'est à cause de la gestion du service, j'ai constaté un changement dans mes comportements, avant je ne connais même pas le stress mais actuellement je le porte en moi-même parce que même chez moi je serais stressé et je m'énerve pour une petite chose* ».donc parmi les facteurs du stress chez notre cas c'est le rythme de son travail, la grande responsabilité porter sur ses épaules, manque d'équipement de la salle opératoire..etc.

Cela veut dire qu'il ne maîtrise pas son énervement et il présente des signes de stress et pour faire face au stress causé par l'environnement de son travail, il fait recoure à la stratégie centré sur le soutien social, ce dernier a été conceptualisé, parois, comme une ressource de coping ou une aide à gérer les situations stressantes. (Folkman et al. 1991).

Et la stratégie centrée sur l'émotion. Les stratégies centré sur l'émotion sont corrélées négativement aux croyances de contrôle, mais elles sont utilisées de façon proportionnelle au degré de souffrance émotionnelle et de

l'arousal. (p. Graziani, J. Swendsen, 2004-2005, 97). constate aussi malgré le stress qui le porte en lui-même il à une pensée positive vers son avenir.

Données et Analyse de l'échelle de stress perçu du Cas de Mr (B)

Le stress perçu est de 30 point.

Les items 02, 03, 05, 06, 09=17

Les items 01, 04, 08=09

D'après la cotation de l'échelle (PSS) illustrée dans l'annexe N° 06 du cas de Mr (B) on note qu'il a eu : un score noté de 30 point donc le sujet présente un degré de stress élevé qu'on peut le prouver dans les résultats des items suivant: l'item 1 (il était souvent dérangé par un évènement inattendu), l'item 3 (il se senti souvent nerveux et stressé), litem 5 (il se senti que les choses allaient souvent comme il voulait), l'item 2 (parfois, il lui semble difficile de contrôler les choses importantes de sa vie), l'item 6 (il se senti qu'il pouvait parfois assumer toutes les choses qu'il devait faire), l'item 8 (il se senti qu'il dominant parfois la situation), l'item 9 (il se senti parfois irrité lorsque les évènements lui échappaient de son contrôle), l'item 4 (il ne se senti presque jamais confiant dans ses capacités à prendre en main ses problèmes personnels), l'item 10 (il ne trouve presque jamais que les difficultés s'accumulaient à un tel point qu'il ne pouvait pas les surmonter), l'item 7 (il n'est pas capable de maitriser son énervement).

D'après le manuel de PSS la vie est une menace perpétuelle pour cette personne. Elle a le sentiment de subir la plupart des situations et de ne pouvoir rien faire d'autres que les subir.

1.3. Données et Analyses de l'échelle toulousaine de coping du Cas de Mr (B)

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

1.3.1. Données et analyses de la feuille de dépouillement n°1 du Cas de Mr (B)

Items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18			
Scores	4	4	4	5	2	3	4	5	5	1	5	1	5	1	2	3	5	2			
Items	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36			
Score	4	1	1	5	1	3	1	3	4	2	4	4	4	3	2	2	2	2			
Items	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54			
Score	4	2	3	4	2	1	1	4	2	4	4	4	2	2	2	3	4	4			
	A	H	O	B	I	P	C	J	Q	D	K	R	E	L	M	F	G	N	Total	T globale	
Action	12			14			06			07			11			08			58	161	
Information		07			05			12			13			06			11		54		
Emotion			08			07			11			09			06			08	49		
Positif	12	07		14				12	11		13					08	11	08	96		
Négatif			08		05	07	06			07		09	11	06	06				65		

Tableau N°06 : la feuille de dépouillement n°1 du cas de Mr (B)

D'après la feuille de dépouillement n°1, Mr (B) a eu :

Une note par dimension : A (12), B (14), C(06), D(07), E(11), F(08), G (11), H (07), I (05), J (12), K (13), L (06), M (06), N (08), O(08), P(07), Q (11), R (09). D'après ses notes obtenues nous remarquons que Mr (B) a eu une note de totale globale de (161) des champs, et une note de (96) de coping positif élevé ajoutant une note de (65) de coping négatif faible. Ce qui signifie que le sujet utilise beaucoup plus les dimensions suivantes : coopération, contrôle cognitif et planification et la focalisation active.

Une note par champs : le champ le plus fréquemment employé par Mr (B) est celui de champ d'action avec une note de (58), le champ de l'information avec une note de (54), et le champ de l'émotion qui se montre le moins utiliser par Mr (B) avec une note de (49).

Une note générale de coping : Mr (B) a eu une note totale de (161) des champs.

Une note de coping positive et une de coping négative : Mr (B) a eu une note de coping positive élevé à (96) et une faible (65) pour le coping négatif.

1.3.2. Données et analyse de la feuille de dépouillement n°2 du cas de Mr (B)

Champs / Stratégies	I		II		III		Total
	Action		Information		Emotion		
Focalisation	A	12	G	11	M	06	29
Support social	B	14	H	07	N	08	29
Retrait	C	06	I	05	O	08	19
Conversion	D	07	J	12	P	07	26
Contrôle	E	11	K	13	Q	11	35
Refus	F	08	L	06	R	09	23

Tableau N°07 : la feuille de dépouillement n°2 du cas de Mr (B).

Ce tableau montre une note totale pour chaque stratégies : nous avons enregistré la stratégie de contrôle étant la plus employée avec un score de (35), suivant la stratégie du support social et celle de focalisation

avec un score de (29) pour les deux stratégies, puis celle de conversion ou il a obtenu un score de (26), après une note de (23) aussi pour la stratégie de refus et un score de (19) pour celle de retrait. Ce qui signifie que Mr (B) fait recours beaucoup plus à des stratégies de contrôle (centré sur l'émotion), puis celle de focalisation et à des stratégies centrées sur le support social (centré sur le soutien social) comme il fait recoure aussi à la stratégie de conversion et celle de refus, puis la stratégie de retrait.

1.3.3. Synthèse de l'échelle toulousaine de coping du cas de Mr (B)

D'après l'analyse de l'échelle toulousaine de coping de Mr (B) on peut constater qu'il maîtrise la situation et il se concentre sur le problème et sur les modes de résolution affective, et il implique la transformation des comportements, ainsi qu'il fait comme si le problème n'existe pas sans oublié d'évoquer qu'il adopte des conduites de compensation (le café et le tabac).

1.4. Conclusion de deuxième cas de Mr (B)

On conclut à partir de l'entretien semi-directif et de deux échelles celle de l'échelle de stress perçu et celle de toulousaine de coping qu'on a effectué avec Mr (B), que ce dernier présente un stress professionnel avec un degré de élevé ce qu'il le prouve c'est que d'après ses dire, il le porte même chez lui et avec sa famille « *avant je ne connaissais même pas le stress mais maintenant je le porte en moi-même* ».

Ainsi, les résultats de l'analyse de l'échelle de stress perçu, confirment les résultats obtenus de l'entretien, c'est que Mr (B) souffre d'un stress élevé avec un score de (30).

Les premières études de Hans Selye (1974) sur la réponse au stress en fonction des contraintes environnementales ont rapidement montré qu'il n'existait aucune spécificité, ni de la réponse, ni des stressors et qu'il était par conséquent impossible d'établir des correspondances entre la contrainte et la réponse de l'individu comme il n'y a pas de coping idéal, l'efficacité de la mise en œuvre du mécanisme d'adaptation dépendra des circonstances.

Puis, dans l'échelle de toulousaine de coping, nous avons relevé que Mr (B) utilise le coping positif avec un score de 118, il se focalise sur le champ conatif (action avec un score de (79) et il utilise la stratégie de contrôle avec un score de (41) et celle de support social (38) puis celle de conversion et de retrait avec un score égale de (37) et à la fin la stratégie de focalisation et de refus avec un score aussi égale de (34).

Alors on peut déduire que malgré Mr (B) utilise différentes stratégies de coping soit la stratégie de contrôle et celle qui est centré sur le soutien social, et même celle de retrait mais il n'a pas pu tenir le coup.

Cas N°3

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

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

Mr (C) âgé de 55 ans, marié et père de trois enfants, à un niveau terminal, il est anesthésiste au sein de l'EPH de Sidi Aich, il a 29 ans d'exercice.

AXE 01 : les informations sur la profession de l'anesthésie

Mr (C) a déclaré qu'être anesthésiste était une proposition au passé car il n'a pas eu le choix et qu'il devait passer un examen pour avoir une acceptation à ce métier « *je n'ai pas eu de choix, il m'on proposer l'anesthésie, j'ai eu un examen et j'ai réussi, et lorsque je me suis renseigné sur ce métier ils m'on dit que c'est le métier le plus stressant au monde* », le rythme de son travail c'est de travailler 24 heures et avoir trois jours de récupération « *mon rythme de travail c'est de faire une garde et prendre trois jours de récupération, et des fois s'il ya une absence d'un collègue on fait le double.* », selon modèle de Siegrist, (1996), le stress au travail résulte d'un gros effort dépensé en combinaison avec une faible récompense obtenue.

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

Mr (C) âgé de 55 ans anesthésiste dans le secteur publique depuis 29 ans, il n'a pas choisi son métier, c'est une proposition de la part des autres, son emploi du temps lui convient car il a des jours de récupération, et qui concerne les problèmes et le climat dans son service il y'avait pas de problèmes et il a une bon atmosphère dans son service.

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

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

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

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

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

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

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

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

AXE 03 : Les informations sur les stratégies de coping

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

Lazarus définit le coping comme un « ensemble des processus qu'un individu interpose entre lui et l'événement perçu comme menaçant, pour maîtriser, tolérer ou diminuer l'impact de celui-ci sur son bien-être », (Lazarus, 1993). Mr (C) pour dépasser son stress il utilise le tabac comme moyen et il discute avec les médecins sur les pathologies les plus difficiles et les opérations poste-opératoires « *pour dépasser mon stress je discute avec mes collègues de travail surtout les chirurgiens, on discute de pathologie du cas et sur les complications poste-opératoire, et j'utilise des fois le tabac.* », *comme aussi il partage ses problèmes avec ses collègues de travail* « *oui bien sûr, je partage mes problèmes avec mes collègues de travail, car les problèmes de notre travail nous oblige a serer les coudes les uns aux autres.* », il n'a jamais consulté un psychologue ou un psychiatre « *non a l'époque y'avais pas de psychologue pour le consulter, et j'ai pas de problèmes pour les consulter.* ».

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

AXE 04 : La vision de l'avenir

M (C) souhaite de prendre sa retraite avec une bonne santé et qui concerne les projets il n'on pas parler « *mon projet d'avenir c'est de partir retraité avec une bonne santé* ».

Pour M (C), le projet c'est de partir retraite avec une bonne santé, pour lui 32 ans de l'anesthésie c'est très fatigant et stressant, et c'est le moment de reposer car il a travaillé une longue période il n'arrive pas a pensé de faire des projets. Alors on peut également retenir que M(C) souffre d'un stress à court terme comprenant des composantes comportementales.

1.1.1. Synthèse de l'analyse de l'entretien clinique semi directif du Cas (C)

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

1.2. Analyse de l'échelle de stress perçu du Cas de Mr (C)

Le stress perçu est de 28

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

Les items : 04, 07 et 08 = 09

D'après la cotation de l'échelle (PSS) du cas de Mr (C) qui est illustré dans l'annexe N° 08 on note que Mr (C) a eu : un score noté globalement de 28 point donc le sujet présente un degré de stress élevé. On peut le prouver dans les résultats des items : l'item 3 (assez souvent il sent nerveux et stressé). L'item 6 (assez souvent il sent qu'il ne pouvait pas assumer toutes les choses qu'il devait faire), l'item 1 (parfois il été dérangé par un évènement inattendu), l'item 2 (parfois il se semble difficile de contrôler les choses importante de sa vie), l'item 9 (parfois il se sent irrité parce que les événements échappaient son contrôle), l'item 4 (parfois il sent que les choses allait comme il veut), l'item 5 (rarement ou il se sent confiant dans ses capacités a prendre en main ses problèmes personnels), l'item 8 (parfois il se sent qu'il dominiez la situation). L'item 7 (il maitrise son énervement très souvent).

1.3. Analyses de l'échelle toulousaine de coping du Cas (C)

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

1.3.1. Données et analyses de la feuille de dépouillement n°1 du Cas(C)

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

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

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

Une note par dimension : A (15), B(13), C (5), D(11), E(15), F(14), G(15), H(15), I(11), J(11), K(15), L(10), M(10), N(13), O(3), P(11), Q(15), R(11). D’après ses notes obtenues nous remarquons que Mr (C) a eu une note totale de (213) des champs, et une note de (126) de coping positif élevé ajoutant une note de (87) de coping négatif faible.

1.3.2. Données et analyse de la feuille de dépouillement n°2 du cas de Mr (C)

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

Tableau N°09 : la feuille de dépouillement n°2 du cas de Mr (C)

Ce tableau montre une note totale pour chaque stratégies : nous avons enregistré la stratégie de contrôle étant la plus employée avec un score de (45), suivant la stratégie du support social ou il a obtenu un score de (41) puis celle de focalisation ou il a obtenu un score de (40) , après une note de (35) pour la stratégie de refus et une note de (33) pour la stratégie de conversation et celle de retrait avec un score de (19). Ce qui signifie que

Mr (C) il a le sentiment de subir la plupart des situations et de ne pouvoir rien faire d'autre que de les subir.

1.4. Conclusion de troisième cas de Mr (C)

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

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

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

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

Cas N°4

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

Durant l'entretien Mme (D) était à l'aise, souriante, elle est répondait à toutes nos questions.

Mme (D) âgée de 32 ans, célibataire, une dame pleine d'énergie, elle a une taille moyenne (environ 1,70 mètre), maigre avec des cheveux noirs

et des yeux noire. À une formation paramédicale spécialisée en anesthésie et elle travail a l'EPH de Sidi Aich depuis cinq ans.

AXE 01 : les informations sur la profession de l'anesthésie

Mme (D), travaille depuis cinq ans au bloc opératoire comme étant anesthésiste, devenir anesthésiste était le fruit de son désir « *c'était mon choix d'être anesthésiste, j'ai une parente qui est médecin anesthésiste donc sa m'intéressé* », son rythme de travail c'est de travailler pendant la journée et de faire une garde « *je fait un système de surface* », et son emploi de temps il le convient « *oui il me convient car j'ai trois jours de récupération* », elle a choisi de travailler dans le secteur publique parce que il ya l'assurance « *tout d'abord j'ai pas le choix c'est le système de paramédicale en plus au service publique j'ai l'assurance et je suis couverte.* » elle a confronter a des problèmes avec ses collègues de travail surtout les chirurgiens « *avec mes collègues on s'entend bien mais avec certain chirurgiens sa passe mal et des fois ya des petits soucis* », même le climat de travail des fois elle le fait stressé a cause de certains chirurgien « *des fois le climat au bloc elle me fais stressé.* »

Mme(D) âgé de 32 ans anesthésiste dans le secteur publique depuis 5 ans, elle était intéressé au métier d'anesthésie et a la choisie par amour, son emploi du temps lui convient car elle a des jours de récupération, et qui concerne les problèmes et le climat dans son service elle le fait stressée des fois.

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

Pour Mme (D) le milieu de travail est toujours stressant a cause de la charge de travail « *le travailler au bloc opératoire c'est vraiment stressant, surtout s'il ya beaucoup de malade.* », qui concerne les difficultés notre

sujet a déclaré qu'elle a des difficultés à maîtriser son travail lorsqu'elle est fatiguée « *oui, des fois j'ai des difficultés qui liées aux 24 heures de travail, je deviens fatiguée et c'est difficilement de gérer les situations* », elle lui arriver d'être perturbé dans son travail surtout face à des pathologies grave « *à plusieurs reprise sa m'arrive d'être perturbée et avec des pathologie grave.* ».

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

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

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

Mme (D) durant l'exercice de son travail, elle se sent à une satisfaction de ce qu'elle fait et elle fait son boulot avec un plaisir « *je me sent à une satisfaction et un plaisir de ce que je fait.*», et son état psychique

actuelle est stressé *« toujours stressé, je suis de nature comme sa, tout le temps stressée. »*, et le pénible pour elle c'est l'état de santé d'un malade *« lorsque je voie un malade dans un état grave et difficile a le traité pour moi c'est sa le plus pénible »*, et le principal facteur de stress c'est lorsque il ya un problème anesthésique ou un problème de chirurgical ».

Mme (D) a constater un changement dans son comportement elle est devenu agressive et plus stressée *« je suis devenu agressive et très stressée, c'est vrai que je suis de nature stressée mais maintenant beaucoup plus, je ne suis pas calme du tout »*, elle perçoit le contact directe avec les gens *« j'essaye de faire rire les malades avant l'intervention et de leurs parler comme des collègues de travail pas comme des malades »*, en dehors de milieu de travail elle a aucune activité a part les achat *« non a part les achats et faire les boutiques j'ai aucune activité »*.

Notre sujet ne reçoit pas des remarques négative de la part de sa famille, ni de ses amis à propos de son travail. Elle ne reçoit pas des remarques négative de la part de sa famille, ni de ses amis à propos de son travail mais elle reçoit des remarque sur la façon de réagir *« les remarques négatives je ne pense pas mais sur ma façon d'agir oui »*.

AXE 03 : Les informations sur les stratégies de coping

Mme (D) dit que durant les différentes interventions qu'elle réfléchi au réveil du malade et que l'intervention elle va passer dans des bonnes conditions *« je réfléchi au réveil du malade et que tout il va se passer »*, notre sujet elle est très stressante et elle sent a une peur qu'elle n'arrive pas a gérer les situation difficile donc elle essaye au maximum de prendre tout en considération pour qu'elle arrive à gérer les situations *« avec mon*

stress j'essaye toujours de garder le sang froid pour que je puisse gérer les situations difficile ».

Mme (D) prend un médicament pour dépasser son stress « *oui j'utilise des fois un médicament (L'Atarax).* », elle n'a jamais consulté un psychologue ou un psychiatre « *non, je n'ai jamais consulté* », elle aime partager ses problèmes avec les collègues de travail ou avec la famille « *oui vraiment soit avec mon collègue d'anesthésiste ou avec un assistant, je partage aussi mes problèmes avec ma famille.* ».

Lors des différentes interventions Mme (D) essaye de gérer son travail lors des situations stressantes ou il garde son sang-froid, elle partage ses problèmes avec ses collègues de travail et sa famille parce qu'elle travaille sous leurs responsabilités et pour qu'il dépasse son stress et arriver pour dormir elle prend un médicament.

AXE 04 : La vision de l'avenir

Mme (D) espère bien de rester travailler comme une anesthésiste « *j'aime mon travail et j'espère bien de continuer mes études pour approfondie dans le domaine de l'anesthésie.*». Pour Mme (D) son projet d'avenir c'est de continue ses études et d'approfondie, et aussi comme un projet c'est de marie et de construire une famille, et de faire des voyages.

1.1.1. Synthèse de l'analyse de l'entretien clinique semi directif de Cas du Mme (D)

Après l'analyse de l'entretien, on peut déduire que Mme (D) présente une symptomatologie relevant au stress. On peut le prouver quand il a dit « *le travailler au bloc opératoire c'est vraiment stressant, des fois j'ai*

des difficultés, sa m'arrive d'être perturbée, il y'a des périodes ou je ne dors pas, des fois je suis nerveuse.», ce qui veut dire que Mme (D) y a des moment ou elle ne maîtrise pas son stress, Et pour qu'elle puisse faire face à sa situation stressante, elle fait recoure aux déférentes stratégies de coping centré sur l'émotion.

1.2. Analyse de l'échelle de stress perçu du Cas de Mme (D)

Le stress perçu est de 24

Les items : 2, 3, 9 et 10 =14

Les items : 4, 7 et 8 =3

D'après la cotation de l'échelle (PSS) du cas de Mme (D) qui est illustrée dans les annexes N° 10 on note que Mme (D) a eu : un score noté globalement de 24 point donc le sujet présente un degré de stress moyen. On peut le prouver dans les résultats des items : l'item 2 (elle semble difficile de contrôler les choses importante de sa vie), l'item 3 (assez souvent elle sent nerveuse et stressé). L'item 9(par fois elle sent irriter parce que les événements échappaient son contrôle).

L'item 5 (elle n'a jamais senti que les choses aller comme elle veut), l'item 1 (elle n'a jamais était déranger par un évènement inattendu), l'item 10 (elle n'a jamais trouvé que les difficultés s'accumulaient a un tel point que elle ne peut pas surmonter), l'item 4 (elle se sent très souvent confiante dans ses capacités à prendre main ses problèmes personnels), l'item 7 (elle est très souvent capable de maîtriser ses énervement), l'item 8 (elle se sent très souvent qu'elle dominiez la situation), l'item 6 (elle n'a jamais pensé qu'elle ne peut pas assumer toutes les choses qu'elle devait faire.

1.3. Analyses de l'échelle toulousaine de coping de Cas du Mme(D)

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

1.3.1. Données et analyses de la feuille de dépouillement n°1 du Cas de Mme(D)

Items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18		
Scores	5	3	5	1	1	5	5	5	5	1	1	5	1	1	5	1	2	2		
Items	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36		
Score	5	2	2	1	2	2	1	5	1	1	2	1	1	1	1	3	1	3		
Items	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54		
Score	5	3	1	5	1	1	5	5	1	1	2	1	1	1	5	1	2	5		
	A	H	O	B	I	P	C	J	Q	D	K	R	E	L	M	F	G	N	Total	T
Action	15			7			11			3			3			5			44	140
Information		8			4			15			5			3			5		45	
Emotion			8			8			7			7			11			10	51	
Positif	15	8		7				15	7		5					5	5	10	77	
Négatif			8		4	8	11			3		7	3	3	11				58	

Tableau N°10 : la feuille de dépouillement n°1 du cas de Mme (D)

D'après la feuille de dépouillement n°1, Mme (D) a eu :

Une note par dimension : A (15), B(7), C (11), D(3), E(3), F(5), G(5), H(8), I(4), J(15), K(5), L(3), M(11), N(10), O(8), P(8), Q(7), R(7). D'après ses notes obtenues nous remarquons que Mme (D) a eu une note totale de (140) des champs, et une note de (77) de coping positif élevé ajoutant une note de (58) de coping négatif faible.

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

Champ Stratégies	I Action	II Information	III Emotion	Total
Focalisation	A 15	G 05	M 11	31
Support social	B 07	H 08	N 10	25
Retrait	C 11	I 04	O 08	23
Conversion	D 03	J 15	P 08	26
Contrôle	E 03	K 05	Q 07	15
Refus	F 05	L 03	R 07	15

Tableau N°11 : la feuille de dépouillement n°2 du cas de Mme (D)

Ce tableau montre une note totale pour chaque stratégies : nous avons enregistré la stratégie de focalisation étant la plus employée avec un score de (31), suivant la stratégie du conversation ou elle a obtenu un score de (41) puis celle de support social ou elle a obtenu un score de (25) , après une note de (23) pour la stratégie de retrait, après une note de (15) aussi pour la stratégie de contrôle et celle de refus. Ce qui signifie que Mme (D) utilise beaucoup plus les stratégies de focalisation, conversation et la stratégies de support social, et C'est une personne qui sait en général faire face au stress, mais il existe un certain nombres de situations qu'elle ne sait pas gérer.

1.4. Conclusion de troisième cas de Mr (D)

On conclut à partir de l'entretien semi directif et les résultats de l'analyse de deux échelles celle de stress perçu et celle de toulousaine de coping que Mme (D) est un sujet qui a un stress Moyen à cause de son travail, elle déclare que l'anesthésie est un métier très stressant, des fois elle devient stressé et même nerveuse, mais d'un autre côté il fait recours aux stratégies de coping centrées sur l'émotion.

Ainsi, les résultats de l'analyse de l'échelle de stress perçu, confirment les résultats obtenus de l'entretien, c'est que Mme (D) souffre d'un stress moyen avec un score de (24).

Puis, dans l'échelle de toulousaine de coping, nous avons remarqué que Mme (D) utilise le coping positif avec un score de 77, elle se focalise sur le champ conatif émotion avec un score de (51) et elle utilise la stratégie de focalisation avec un score de (31) et celle de conversation (26) puis celle de support social (25) et de retrait avec un score de (23) et à la fin les deux stratégies celle de contrôle et de refus avec un score de (15).

À la fin on peut dire éventuellement que Mme (D) utilise les stratégies de coping centré sur l'émotion.

Cas N°05

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

Durant notre entretien avec Mme (E), le sujet était à l'aise, souriante, elle s'est montrée coopérative, confiante et elle répondait à toutes nos questions.

Mme (E) âgée de 30 ans, célibataire, elle à une taille moyenne (environ 1,60 mètre), maigre avec des yeux noisette, c'est une dame qui porte le Hijab et des lunettes. À une formation paramédicale spécialisée en anesthésie et elle travail a l'EPH de Sidi Aich depuis sept ans.

AXE 01 : les informations sur la profession de l'anesthésie

Mme (E) travaille depuis sept ans au bloc opératoire comme étant anesthésiste, c'était son choix de travailler comme une anesthésiste « *c'était mon rêve d'être anesthésiste* », son rythme de travail c'est un système de garde et elle le convient car elle a des journées de récupération « *j'ai un système de garde, il me convient parce que j'ai trois jours de récupération.* », et qui concerne les problèmes et le climat au milieu de travaille Mme (E) déclare que des fois y a des petits soucis mais ya une bonne entente entre les collègues « *oui c'est vrai des fois ya des petits problèmes mais on arrive toujours a les résoudre, et pour le climat au service il y a un bon atmosphère* ».

Selon l'approche transactionnelle, le stress ne réside ni dans l'environnement, ni dans l'individu, mais dans la transaction entre l'individu et l'environnement.

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

Pour Mme (E) le milieu de travail est toujours stressant a cause de la charge de travail « *oui toujours est stressant* », elle arrive d'être perturber dans son travail a cause de manque de matériel et le manque d'effectif « *oui y a des difficultés surtout qui concerne le matériel et lorsque il y a un manque d'effectifs* », elle a un sommeil perturbé « *mon sommeil est déséquilibré.* »

Selon Dantzer, (2002) le stress « *est déjà tout un programme puisqu'il désigne à la fois l'agent responsable, la réaction à cet agent et l'état dans lequel se trouve celui qui réagit* » (B, Lisa, 2006-2007, p.06). son état psychique actuel a part le stress elle est bien « *a part le stress je suis bien* », le pénible dans son travail c'est les risques qui existe au bloc opératoire comme les risques d'explosion qui sont dangereux pour la santé « *c'est les risques qu'on a au bloc et met notre santé en danger* », et le principal facteur de stress c'est la situation du malade « *c'est l'état du malade surtout* », Mme (E) travail dans une autre clinique privé et elle ne reçoit pas des remarque négative ni de sa famille ni de ses amis.

AXE 03 : Les informations sur les stratégies de coping

Durant les différentes interventions Mme (E) espère que l'intervention passe par des bonne conditions et le malade se réveil « *je pense toujours au réveil du malade* », pour gérer les situation elle essaye toujours de garder le sang froid « *j'essaye de garder le sang froid* », et elle utilise la discussion avec ses collègues comme un moyen pour dépasser le stress « *je discute avec mes collègues sur des sujet en dehors de travail pour dépasser mon stress* », elle partage ses émotions avec sa famille « *je partage toujours mes émotions avec ma famille et mes collègues proche* ». On peut voir le Coping sous l'angle de l'individu qui s'adapte à son environnement ou recadre son point de vue par rapport à la situation et sous l'angle de l'individu qui change la demande de l'environnement (adaptation, accommodation-assimilation). (H. Chabrol, S. Callahan, 2004).

AXE 04 : La vision de l'avenir

Mme (E) espère bien de rester travailler comme une anesthésiste « *j'aimerais bien de rester travailler comme anesthésiste* ».

Pour Mme (E) son projet d'avenir c'est de se marier et de construire une famille et trouver un partenaire qui va la comprendre.

Pour Mme (E) le travail d'anesthésie c'est un domaine très difficile et c'est un domaine différent par rapport aux autres spécialités qui existe au service médical.

1.1.1. Synthèse de l'analyse de l'entretien clinique semi directif du Cas (E)

Après l'analyse de l'entretien, on peut conclure que Mme (E) présente des signes de stress. On peut le prouver quand il a dit « *oui toujours je serais stressante, a part le stress je suis bien, oui y a des difficultés, mon sommeil est déséquilibré.* », ce qui veut dire que Mme (E) y a des moments où elle se sent stressée mais elle sait comment gérer les situations difficiles, Et pour qu'elle puisse faire face à sa situation stressante, elle fait recourir aux différentes stratégies de coping centrées sur le soutien social.

1.2. Analyse de l'échelle de stress perçu du Cas de Mr (E)

Le stress perçu est de 20

D'après la cotation de l'échelle (PSS) du cas de Mme (E) qui est illustré dans les annexes N° 12 on note que Mme (E) a eu : un score noté globalement de 20 points donc le sujet présente un degré de stress léger. On peut le prouver dans les résultats des items : l'item 2 (parfois elle semble difficile de contrôler les choses importantes de sa vie), l'item 3 (rarement ou elle se sent nerveuse et stressée). L'item 9 (parfois elle se sent irritée parce que les événements échappaient à son contrôle).

1.3. Analyses de l'échelle toulousaine de coping du Cas (E)

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

1.3.1. Données et analyses de la feuille de dépouillement n°1 du Cas (E)

Items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18			
Scores	5	5	1	3	3	5	3	2	5	1	2	5	5	4	1	4	3	5			
Items	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36			
Score	5	5	1	2	4	2	3	4	1	1	3	4	5	5	2	1	5	3			
Items	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54			
Score	4	5	1	5	4	2	1	4	1	1	3	2	4	3	4	1	2	5			
	A	H	O	B	I	P	C	J	Q	D	K	R	E	L	M	F	G	N	Total	T globale	
Action	14			10			7			3			14			6			54	170	
Information		15			11			10			8			12			10		66		
Emotion			3			9			7			11			7			13	50		
Positif	14	15		10				10	7		8					6	10	13	93		
Négatif			3		11	9	7			3		11	14	12	7				77		

Tableau N°12: la feuille de dépouillement n°1 du cas de Mr (E)

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

Une note par dimension : A (14), B(10), C (7), D(3), E(14), F(6), G(10), H(15), I(11), J(10), K(8), L(12), M(7), N(13), O(3), P(9), Q(7), R(11). D'après ses notes obtenues nous remarquons que Mme (E) a eu une note totale de (170) des champs, et une note de (93) de coping positif élevé ajoutant une note de (77) de coping négatif faible.

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

Champs \ Stratégie	I Action	II Information	III Emotion	Total
Focalisation	A 14	G 10	M 07	31
Support social	B 10	H 15	N 13	38
Retrait	C 07	I 11	O 03	21
Conversion	D 03	J 10	P 09	22
Contrôle	E 14	K 08	Q 07	29
Refus	F 06	L 12	R 11	29

Tableau N°13 : la feuille de dépouillement n°2 du cas de Mme (E)

Ce tableau montre une note totale pour chaque stratégies : nous avons enregistré la stratégie de Support social étant la plus employée avec un score de (38), suivant la stratégie du focalisation ou elle a obtenu un score de (31) puis celle de contrôle et de refus ou elle a obtenu un score de (29) , après une note de (22) pour la stratégie de conversation , après une note de (21) aussi pour la stratégie de refus. Ce qui signifie que Mme (E) utilise beaucoup plus les stratégies de support social, focalisation, et C'est une personne qui sait en général faire face au stress.

1.4. Conclusion de cinquième cas de Mme (E)

En se référant aux résultats de l'entretien semi-directif et l'analyse de deux échelles celle de (PSS) et celle de toulousain de coping qu'on effectue avec le sujet, on peut conclure que Mme (E), présente un niveau de stress professionnel faible. Comme elle utilise le soutien social comme une stratégie pour faire face aux situations stressantes.

Cas N°06

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

Mr (F) âgé de 34 ans, marié et père de deux enfants, à une formation de paramédical spécialisé en anesthésie et il travail a l'EPH de Sidi Aich depuis dix ans.

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

AXE 01 : les informations sur la profession de l'anesthésie

Mr (F) travail depuis dix ans a l'EPH de Sidi Aich comme étant anesthésiste, pour lui c'est la seule spécialité qui existe c'est pour sa il a choisi de travailler comme anesthésiste « *c'est la seule spécialité qui existe au paramédical* », son rythme de travail est chargé «c'est tres charger », son emploi du temps il ne convient pas car il travail les week-end et sa il le dérange, Mr (F) a des problèmes avec les autres équipes qui concerne le temps de travail mais ses problèmes reste toujours au milieu du travail, et il a choisi de travailler au secteur publique a cause de l'assurance et aussi le salaire.

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

Pour Mr (F) le milieu de travail est stressant lorsque il ya beaucoup de malades il trouve des difficultés à gérer les situations « *lorsque il ya beaucoup de malade c'est vraiment stressant* », et il a des problèmes avec les nouveaux chirurgiens « *la mal compréhension des chirurgiens qui pose des problèmes dans le statu* », et il lui arrive d'être perturbé si il y'a un accident de travail « *il m'arrive d'être perturbé lorsque par exemple le malade signal une allergie a un produit anesthésique* », qui concerne son comportement il comporte bien surtout avec ses collègues, il sent stressé lorsque il ya beaucoup de malade et surtout s'ils ont des pathologies grave, Le stress en tant que processus transactionnel dépend alors à la fois des capacités cognitives de la personne et de la qualité de ses réponses pour faire face à la situation.

L'individu va rechercher activement des informations en donnant du sens à ce qui l'entoure. (B, Lisa, 2006-2007, p.07). le plus pénible pour Mr (F) c'est le réveil du malade « *le plus pénible c'est la peur que le malade ne se réveil pas* », et le principal facteur de stress c'est l'état de malade surtout les jeunes « *pour moi le principal facteur de stress lorsque je voie un homme de 18 ou 20 ans souffre et je peut rien faire pour lui* », qui concerne les remarques notre sujet reçoit des remarques négatives de sa famille « *je reçoit des remarque négatives de la famille sur mon rythme de travail* ».

AXE 03 : Les informations sur les stratégies de coping

Mr (F) lors de ces différentes interventions focalise sa pensée sur son travail « *je pense toujours a mon devoir et la responsabilité que j'ai* », pour gérer les situations il essaye toujours de garder le sang froid et discuter s'il

ya des problèmes « *j'essaye toujours de garder le sang froid* », et il utilise le café pour dépasser son stress, Le *coping* est la manière utilisée par les individus pour appréhender le facteur de stress. Il englobe l'émotion produite et le mécanisme ou le plan d'action mis en place par l'individu pour s'adapter à ce stress. (I. Moufadal, 2012-2014).

Mr (F) ne partage pas ses émotions avec personne « *tout pour moi* », et il n'a aucune activité en dehors de son travail.

AXE 04 : La vision de l'avenir

Pour Mr (F) il n'a pas de choix pour quitter l'anesthésie, et comme un projet d'avenir il espère bien de travailler dans l'électricité « avant que je travaille dans l'anesthésie j'étais intéressé a l'électricité », et aussi de quitter l'Algérie « je veux aller en France ».

1.1.1. Synthèse de l'analyse de l'entretien clinique semi directif du Cas (F)

Après l'analyse de l'entretien, on peut conclure que Mr (F) présente une symptomatologie relevant au stress. On peut le prouver quand il a dit « *c'est vraiment stressant, il m'arrive d'être perturbé,* », ce qui veut dire que Mme (F) y a des moments où elle sent stressé mais elle sait comment gérer les situations difficiles, Et pour qu'elle puisse faire face à sa situation stressante, elle fait recourir aux différentes stratégies de coping centré sur Le problème.

1.2. Analyse de l'échelle de stress perçu du Cas de Mr (F)

Le stress perçu est de 23

D'après la cotation de l'échelle (PSS) du cas de MR (F) qui est illustré dans les annexes N° 14 on note que Mr (F) a eu : un score noté

globalement de 23 point donc le sujet présente un degré de stress moyen. On peut le prouver dans les résultats des items : l’item 1 (parfois il arrive d’être déranger par un événement inattendu), l’item 2 (parfois il semble difficile de contrôler les choses importante de sa vie), l’item 3 (très souvent il sent nerveux et stressé).

1.3. Analyses de l’échelle toulousaine de coping du Cas (F)

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

1.3.1. Données et analyses de la feuille de dépouillement n°1 du Cas (F)

Items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18		
Scores	5	2	1	3	1	5	3	4	5	5	3	5	5	3	2	4	4	1		
Items	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36		
Score	4	1	1	2	1	3	4	4	3	4	5	3	3	4	2	1	2	2		
Items	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54		
Score	2	3	1	4	3	4	4	3	5	5	5	5	3	4	1	2	3	3		
	A	H	O	B	I	P	C	J	Q	D	K	R	E	L	M	F	G	N	Total	T globale
Action	11			9			7			14			11			7			59	166
Information		6			5			11			13			11			9		55	
Emotion			3			12			13			13			5			6	52	
Positif	11	6		9				11	13		13					7	9	6	85	
Négatif			3		5	12	7			14		13	11	11	5				81	

Tableau N°14: la feuille de dépouillement n°1 du cas de Mr (F)

D’après la feuille de dépouillement n°1, Mr (F) a eu :

Une note par dimension : A (11), B(9), C (7), D(14), E(11), F(7), G(9), H(6), I(5), J(11), K(13), L(11), M(5), N(6), O(3), P(12), Q(13), R(13). D’après ses notes obtenues nous remarquons que Mme (E) a eu une

note totale de (166) des champs, et une note de (85) de coping positif ajoutant une note de (81) de coping négatif.

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

Champs Stratégies	I Action	II Information	III Emotion	Total
Focalisation	A 11	G 09	M 05	25
Support social	B 09	H 06	N 06	21
Retrait	C 07	I 05	O 03	15
Conversion	D 14	J 11	P 12	37
Contrôle	E 11	K 13	Q 13	37
Refus	F 07	L 11	R 03	31

Tableau N°16 : la feuille de dépouillement n°2 du cas de Mme (F)

Ce tableau montre une note totale pour chaque stratégies : nous avons enregistré la stratégie de conversation et de contrôle étant les plus employées avec un score de (37), suivant la stratégie du refus ou il a obtenu un score de (31) puis celle de focalisation ou il a obtenu un score de (25) , après une note de (21) pour le support social , après une note de (15) aussi pour la stratégie de retrait. Ce qui signifie que Mr (F) utilise

beaucoup plus les stratégies de contrôle et de conversation et C'est une personne qui sait en général faire face aux situations stressante. Mais il existe un certain nombre de situations qu'il ne sait pas gérer.

1.4. Conclusion de sixième cas de Mme (F)

En se référant aux résultats de l'entretien semi-directif et l'analyse de deux échelles celle de (PSS) et celle de toulousain de coping qu'on effectue avec le sujet, on peut conclure que Mr (F), présente un niveau de stress professionnel moyen. Comme il utilise le contrôle et la conversation comme des stratégies pour faire face aux situations stressant.

Cas N°07

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

Mme (G) âgée de 29 ans, mariée et mère de 3 enfants, elle exerce le travail comme anesthésiste depuis 08 ans (expérience) au sien de L'EPH de sidi aiche, elle est petite de taille motivé, souriante, décontracté et à l'aise, le climat instauré lors de cette conversation est très chaleureux et plaine de confiance et de sincérité, Mme (G) à accepté de répondre explicitement à notre questions sans aucune réticence.

AXE 01 : les informations sur la profession de l'anesthésie

Pour Mme (G) à choisi son métier au hasard *«bon mon choix était au hasard, avant de la choisir je connais même pas c'est quoi l'anesthésie, mais lorsque j'ai commencer ma formation elle me plait»*, le rythme de son travail est de travailler cinq jour par semaine sur face et selon elle ce rythme ne lui convenait pas car il est trop chargé *« non il me convient pas*

parce que j'ai d'autres responsabilités envers ma famille j'occupe de mes enfants et mon mari et cela me demande d'avoir un peu du temps», Mme (G) le climat de son travail est défavorable et elle n'a jamais eu des problèmes entre collègue contrairement avec les chirurgiens « bon pour ce qui concerne les conditions de travail son défavorable dus au manque de matérielle et ainsi de suite, et ajoutant qu'on rencontre presque toujours des problèmes avec les opérateurs sur la programmation des malades », elle a choisi de travailler dans le secteur public parce qu'elle n'avait pas eu le choix « je travaille ici parce que j'étais affecter ici et j'ai rester ici" »

Mme (G) à choisi son métier au hasard et selon elle son rythme ne lui convenait pas a cause de la charge de travail et les responsabilités qu'elle à envers sa famille comme elle d'écrit le climat de son travail avec un climat défavorable a cause du manque d'équipement et de matérielle ajoutant qu'elle avait une bonne entente entre elle et ses collègues de travail, mais pas avec certain chirurgiens qui exige une charge de travail sur eux.

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

Selon Mme (G) le milieu de son travail est très stressant «oui, mon milieu de travail est trop stressant », Les risques de stress augmentent lorsque des exigences élevées sont associées à un faible degré de contrôle de la tâche. il évalue la qualité de son sommeil comme un sommeil perturbé « j'ai un sommeil déséquilibré », que le DSM 4 le décrit parmi les symptômes de stress, son état psychique actuelle est «normale», lui se sente perturbé dans son travail de temps en temps « je serais de temps en temps perturbé c'est dus à la grande responsabilité que je porte sur mes épaules, et je partage le même sentiment lorsque je rentre au bloc » elle relie son comportement tout dépend de la situation qu'elle fait face, le plus

pénible pour Mme (G) c'est de travailler sans réanimateur « *le travail sans réanimateur surtout avec les urgences pour moi c'est le plus pénible* ».

AXE 03: Les informations sur les stratégies de coping

Mme (G) lors de ces différentes interventions focalise sa pensée sur le réveil du malade « *je pense toujours si le malade va se réveiller.* », et lorsque elle sera stressé au milieu de travail elle gère son stress pour faire face aux situations et de garder le sang froid et elle demande l'aide des autres « *j'essaye de garder le sang froid et je demande l'aide si c'est possible* », Mme (G) n'utilise aucun moyens pour dépasser son stress au travail, et lorsque elle a un problème elle le partage avec son marie « *je partage tout mes problèmes avec mon marie.* », elle n'a jamais consulté un psychologue ou un psychiatre « *non, jamais* ». Plus les taches du travail sont chronométrées et optimisées au maximum pour pouvoir gagner efficacité et en rendement, plus on constate le développement des outils dits de la psychologie du confort pour protéger les agents face au stress. (M. Antigone, L. olivier, 2015)

AXE 04: La vision de l'avenir

Mme (G) espère bien de rester dans le domaine de l'anesthésie même si c'est un domaine stressant et il y a une charge de travail « *j'aime mon travail même si c'est un domaine stressant.* », et comme un projet d'avenir c'est de construire une maison avec son marie.

1.1.1. Synthèse de l'analyse de l'entretien clinique semi directif du Cas (G)

Après l'analyse de l'entretien, on peut déduire que notre sujet semble présenter une symptomatologie liée au stress a cause de son environnement

de travail, qu'on peut le prouver après se qu'elle dit notre sujet « *c'est trop stressant, j'ai un sommeil déséquilibré, je serais de temps en temps perturbé, le travail sans réanimateur pour moi c'est le plus pénible.* », ce qui veut dire que Mme (G) y a des moment ou elle ne maitrise pas son stress au travail, Et pour qu'elle puisse faire face à sa situation stressante, elle fait recoure aux déférentes stratégies de coping centré sur le soutien social.

1.2. Analyse de l'échelle de stress perçu du Cas de Mme (G)

Le stress perçu est de 22

D'après la cotation de l'échelle (PSS) du cas de Mme (G) qui est illustré dans les annexes N° 16 on note que Mr (G) a eu : un score noté globalement de 22 point donc le sujet présente un degré de stress moyen. On peut le prouver dans les résultats des items : l'item 2 (parfois, elle lui semble difficile de contrôler les choses importantes de sa vie), l'item 3 (elle se senti souvent nerveuse et stressée), l'item 9 (il se senti parfois irrité lorsque les évènements lui échappaient de son contrôle), l'item 10 (parfois elle trouve que les difficultés s'accumulaient à un tel point qu'il ne pouvait pas les surmonter), l'item 1(c'est rarement ou été déranger par un événement inattendu), l'item 6 (rarement ou elle se senti qu'il pouvait assumer toutes les choses qu'il devait faire), l'item 5 (elle se senti que les choses allaient souvent comme il voulait), l'item 8 (elle se senti qu'il dominant souvent la situation), l'item 4 (elle se senti très souvent confiante dans ses capacités à prendre en main ses problèmes personnelles), l'item 7 (elle est capable de maitriser son énervement), d'après le manuelle de PSS Mme (G) C'est une personne qui sait en général faire face au stress, mais il existe un certain nombres de situations qu'elle ne sait pas gérer. Elle est parfois animée d'un sentiment d'impuissance qui entraîne des perturbations émotionnelles.

1.3. Données et Analyses de l'échelle toulousaine de coping du Cas(G)

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

1.3.1. Données et analyses de la feuille de dépouillement n°1 du Cas(G)

Items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18		
Scores	5	4	1	4	1	5	1	4	3	1	5	4	5	1	1	1	5	5		
Items	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36		
Score	5	5	1	2	1	3	3	4	5	2	5	1	5	5	1	3	4	4		
Items	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54		
Score	5	5	1	5	5	1	2	5	1	4	5	4	5	1	3	3	5	4		
	A	H	O	B	I	P	C	J	Q	D	K	R	E	L	M	F	G	N	Total	T globale
Action	15			11			6			7			15			7			61	179
Information		14			7			13			15			7			14		70	
Emotion			3			9			9			9			5			13	48	
Positif	15	14		11				13	9		15					7	14	13	111	
Négatif			3		7	9	6			7		9	15	7	5				68	

Tableau N°16 : la feuille de dépouillement n°1 du cas de Mme (G)

D'après la feuille de dépouillement n°1, Mme (G) a eu :

Une note par dimension : A (15), B (11), C(06), D(07), E(15), F(08), G (14), H (14), I (07), J (13), K (15), L (07), M (05), N (13), O(03), P(09), Q (09), R (09). D'après ses notes obtenues nous remarquons que Mme (G) a eu une note de totale globale de (179) des champs, et une note de (111) de coping positif élevé ajoutant une note de (68) de coping négatif faible. Ce qui signifie que le sujet utilise beaucoup plus les dimensions suivantes : coopération, contrôle cognitif et planification et la focalisation active.

Une note par champs : le champ le plus fréquemment employé par Mme (G) est celui de champ d'information avec une note de (70), le champ de l'action avec une note de (61), et le champ de l'émotion qui se montre le moins utilisé par Mme (G) avec une note de (48).

Une note générale de coping : Mme (G) a eu une note totale de (179) des champs.

Une note de coping positive et une de coping négative : Mme (G) a eu une note de coping positive élevé à (111) et une faible (68) pour le coping négatif.

1.3.2. Données et analyse de la feuille de dépouillement n°2 du cas de Mr (G)

Champs \ Stratégies	I		II		III		Total
	Action		Information		Emotion		
Focalisation	A	15	G	14	M	05	34
Support social	B	11	H	14	N	13	38
Retrait	C	06	I	07	O	03	16
Conversion	D	07	J	13	P	09	29
Contrôle	E	15	K	15	Q	09	39
Refus	F	08	L	07	R	09	24

Tableau N° 17: la feuille de dépouillement n°2 du cas de Mr (G).

Ce tableau montre une note totale pour chaque stratégies : nous avons enregistré la stratégie de contrôle étant la plus employée avec un score de (39), suivant la stratégie du support social avec un score de (38) et celle de focalisation avec un score de (34) , puis celle de conversion ou il a obtenu un score de (29), après une note de (24) aussi pour la stratégie de refus et un score de (16) pour celle de retrait. Ce qui signifie que Mme (G) fait recours beaucoup plus à des stratégies de contrôle (centré sur

l'émotion), puis celle de support social (stratégies centré sur le soutien social) comme elle fait recoure aussi à la stratégie de focalisation et celle de conversion et de refus, puis la stratégie de retrait.

1.3.3. Synthèse de l'échelle toulousaine de coping du cas de Mme (G)

D'après l'analyse de l'échelle toulousaine de coping de Mme (G) on peut constater qu'elle maîtrise la situation et elle se concentre sur le problème et sur les modes de résolution affective, et elle implique la transformation des comportements, ainsi qu'il fait comme si le problème n'existe pas.

1.4. Conclusion du septième cas de Mme (G)

On conclut à partir de l'entretien semi-directif et de deux échelles celle de l'échelle de stress perçu et celle de toulousaine de coping qu'on a effectué avec Mme (G), que cette dernière présente un niveau de stress professionnel moyen ce qu'il le prouve c'est que d'après ses dire que parfois elle stress a cause de la charge de travail et les responsabilités qu'elle a « *« je serais de temps en temps perturbé, stressé. »* Ainsi, les résultats de l'analyse de l'échelle de stress perçu, confirment les résultats obtenus de l'entretien, c'est que Mme (G) souffre d'un stress moyen avec un score de (22).

Cas N°8

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

Mr (H) âgé de 36 ans, fiancé depuis un an, il a fait des études en médecine mais suite a quelques problèmes financière qu'il en pousser à changer son métier et d'aller faire le paramédical et d'être spécialiser en anesthésie. Il a six ans d'expérience.

Mr (H) c'est un homme de grande taille, il se montrer coopératif, plein d'énergie, le climat instauré lors de cette conversation est très chaleureux et pleine de confiance, Mr (H) à accepté de répondre nettement à notre questions sans aucune réticence.

AXE 01 : les informations sur la profession de l'anesthésie

Mr (H), être un anesthésiste était son choix « *j'ai choisi se métier parce que sa durée est courte* », il a choisi de travailler dans le secteur publique car il n'avait pas le choix « *on a pas le choix, c'est la nécessité* », son emploi du temps ne lui convenait pas car il était trop chargé « *c'est trop chargé* », le modèle transactionnel de Mackay et Cooper avance que le degré de complexité de la tâche est ainsi souvent mis en cause, qu'il s'agisse d'une tâche trop simple conduisant à une sous-utilisations des capacités de l'opérateur ou d'une tâche trop complexe dépassant ses compétences et l'écart entre les aspirations de l'individu et la réalité professionnelle. Son rythme de travail était de travailler 24h et de récupérer trois jours « *je travail surface et je faisais des gardes.* », il a un mauvais climat dans son service « *c'est un mauvais climat, c'est le social algérien qui veut ça* », et il a des problèmes entre collègues a cause l'organisation de travail « *j'ai des problèmes avec mes collègues a cause de l'organisation de travail surtout les médecins* ».

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

Selon Mr (H) le milieu de son travail est très stressant « *il est vraiment stressant* », l'approche transactionnelle définit le stress *au travail comme une réponse du travailleur devant les exigences de la situation pour lesquelles il doute de disposer des ressources nécessaires et auxquelles il estime devoir faire face* (De. Keyser et Hansez, 1996), Mr (H) il arrive d'être perturbé au milieu de travail « *dés fois il m'arrive d'être perturbé dans mon travail* », notre sujet ne souffre pas d'une maladie et il a une bonne qualité de sommeil « *j'ai un bon sommeil* », et son comportement au milieu de travail il est sympa il aime de s'amuser avec ses collègues de travail « *je suis toujours sympa et j'aime m'amuser avec mes collègues de travail.* » , durant l'exercice de son travail notre sujet ressent une grande responsabilité « *je ressens une grande responsabilité.* », le plus pénible pour lui c'est l'absence des conditions favorables « *lorsque je cherche la nourriture et je ne trouve pas.* », le principal facteur de stress pour Mr (H) c'est l'état de maladie « *pour moi c'est l'état de maladie* », en dehors de son travail Mr (H) a des activités sportives « *je fais le sport, je fais le foot vous pouvez dire que je suis un joueur de football.* », il ne reçoit pas des remarques négatives ni de la famille ni de ses amis.

AXE 03: Les informations sur les stratégies de coping

Lors des différentes interventions Mr (H) pense que sur l'état de maladie disant « *ce qui me vient à l'esprit pendant les différentes interventions c'est que je n'aime pas d'être à la place d'un malade surtout lorsque je vois un jeune homme souffrir.* », Mr (H) nous dit qu'il n'est pas censé à gérer son stress mais il est obligé de s'adapter avec la programmation et avoir un sang froid, et pour dépasser son stress il utilise

des différents moyens «*si je trouve un vide j'aime voir un film, et des fois je chante et je danse aussi, et la chose qui me déstresse c'est le foot.*» Mr (H) partage ses émotions avec un collègue de travail et aussi certain de ses amis «oui je me partage avec un collègue de travail et aussi j'ai des amis mais ce n'est pas beaucoup je partage avec eux mais problèmes », Mr (H) n'a jamais consulter un psychologue ou un psychiatre «*non, jamais* », les individus considèrent que tout événement qui arrive dans la vie de chacun est déterminé soit par ses propres actions, soit par les actions des autres (J. Rotter, 1966, P. Spector, 1988).

AXE 04: La vision de l'avenir

Pour notre sujet le projet de l'avenir s'il trouve de changé le domaine il va changer «*pas d'avenir ici en Algérie, je travail ici depuis six ans et les choses plus elle devienne mauvaise et si je trouve un autre post de travail je change, comme un projet c'est de sortir de cet pays.*», pour ce dernier l'anesthésie est une mauvaise formation et surtout ici en Algérie «*ici en Algérie on est comme des machines et notre état elle ne savent même pas c'est quoi l'anesthésiste et c'est quoi son rôle.* ». On peut dire que notre sujet est pessimiste.

1.1.1. Synthèse de l'analyse de l'entretien clinique semi directif du Cas (H)

Après l'analyse de l'entretien, on peut déduire que Mr (H) présente des signes et des symptômes de stress. On peut le prouver quand il a dit «*il est vraiment stressant, des fois il m'arrive d'être perturber, je ressenet a une grande responsabilité.* », ce qui veut dire qu'il ne maîtrise pas son agacement, Et pour qu'il puisse faire face à sa situation stressante, il fait recoure aux déférentes stratégies de coping centré sur le soutien sociale.

1.2. Analyse de l'échelle de stress perçu du Cas de Mr (H)

Le stress perçu est de 28

D'après la cotation de l'échelle (PSS) du cas de Mr (H) qui est illustré dans les annexes N° 18 on note que Mr (H) a eu : un score noté globalement de 28 point donc le sujet présente un degré de stress élevé. On peut le prouver dans les résultats des items : l'item 3 (il se sent très souvent nerveux et stressé), l'item 2 (parfois il semble difficile de contrôler les choses importante de sa vie), l'item 10 (parfois il trouve que les difficultés s'accumulaient à un tel point qu'il ne peut pas les surmonter), l'item 9 (il se sent irriter assez souvent parce que les évènements échappaient son contrôle), L'item 6 (rarement ou il se sent qu'il ne pouvait pas assumer toutes les choses qu'il devait faire), l'item 8 (il se sent parfois qu'il domine la situation), l'item 4 (il se sent assez souvent confiant dans ses capacités à prendre en main ses problèmes personnels), l'item 5 (il se sent assez souvent que les choses allait comme il veut), l'item 7 (il se sent assez souvent capable de maitriser ses énervement), L'item 1 (il n'a jamais était déranger par un évènement inattendu).

1.3. Données et Analyses de l'échelle toulousaine de coping du Cas de Mr (H)

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

1.3.1. Données et analyses de la feuille de dépouillement n°1 du Cas de Mr(H)

Items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18		
Scores	2	4	2	4	3	5	4	4	4	1	3	5	3	2	2	1	3	3		
Items	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36		
Score	4	3	3	4	3	2	3	2	3	4	3	4	4	2	3	2	3	4		
Items	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54		
Score	3	2	1	5	3	4	2	3	3	5	3	1	2	1	3	5	3	5		
	A	H	O	B	I	P	C	J	Q	D	K	R	E	L	M	F	G	N	Total	T globale
Action	9			13			9			10			9			8			58	165
Information		9			9			9			9			5			9		50	
Emotion			6			11			10			10			8			12	57	
Positif	9	9		13				9	10		9					8	9	12	88	
Négatif			6		9	11	9			10		10	9	5	8				77	

Tableau N°18 : la feuille de dépouillement n°1 du cas de Mr (H)

D’après la feuille de dépouillement n°1, Mr (H) a eu :

Une note par dimension : A (09), B (13), C(09), D(10), E(09), F(08), G (09), H (09), I (09), J (09), K (09), L (05), M (08), N (12), O(06), P(11), Q (10), R (10). D’après ses notes obtenues nous remarquons que Mr (H) a eu une note de totale globale de (165) des champs, et une note de (88) de coping positif élevé ajoutant une note de (77) de coping négatif faible. Ce qui signifie que le sujet utilise beaucoup plus les dimensions suivantes : coopération, contrôle cognitif et planification et la focalisation active.

Une note par champs : le champ le plus fréquemment employé par Mr (H) est celui de champ d’action avec une note de (58), le champ de l’émotion avec une note de (57), et le champ de l’information qui se montre le moins utilisé par Mr (H) avec une note de (50).

Une note générale de coping : Mr (H) a eu une note totale de (165) des champs.

Une note de coping positive et une de coping négative : Mr (H) a eu une note de coping positive élevé à (88) et une faible (77) pour le coping négatif.

1.3.2. Données et analyse de la feuille de dépouillement n°2 du cas de Mr (H)

Champs \ Stratégies	I Action	II Information	III Emotion	Total
Focalisation	A 09	G 09	M 08	26
Support social	B 13	H 09	N 12	34
Retrait	C 09	I 09	O 06	24
Conversion	D 10	J 09	P 11	30
Contrôle	E 09	K 09	Q 10	28
Refus	F 08	L 05	R 10	23

Tableau N°19 : la feuille de dépouillement n°2 du cas de Mr (H).

Ce tableau montre une note totale pour chaque stratégies : nous avons enregistré la stratégie de soutien social étant la plus employée avec un score de (34), suivant la stratégie de conversion avec un score de (30) et celle de contrôle avec un score de (28), puis celle de focalisation ou il a obtenu un score de (26), après une note de (24) pour la stratégie de retrait et un score de (23) pour celle de refus. Ce qui signifie que Mr (H) fait recours beaucoup plus à des stratégies de support social (centré sur le soutien social) et la stratégie de conversion et puis celle de contrôle (centré sur l'émotion), puis celle de focalisation, il fait recoure aussi à la stratégie de retrait et celle de refus.

1.3.3. Synthèse de l'échelle toulousaine de coping du cas de Mr (H)

D'après l'analyse de l'échelle toulousaine de coping de Mr (H) on peut constater qu'il maîtrise la situation et il se concentre sur le problème et sur les modes de résolution affective, et il implique la transformation des comportements, ainsi qu'il fait comme si le problème n'existe pas sans oublié d'évoquer qu'il adopte des conduites de compensation (le sport).

1.4. Conclusion de premier cas de Mr (H)

On conclut à partir de l'entretien semi-directif et de deux échelles celle de l'échelle de stress perçu et celle de toulousaine de coping qu'on a effectué avec Mr (H), que ce dernier présente un niveau de stress professionnel élevé ce qu'il le prouve c'est que d'après ses dire que il s'énerve rapidement et il stress a la moindre des choses « avant j'étais calme même je ne connais même pas c'est quoi le stress, mais aujourd'hui je suis devenu très stressant dans mon environnement familial et au milieu de travail».

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

Puis, dans l'échelle de toulousaine de coping, nous avons relevé que Mr (H) utilise le coping positif avec un score de 88, il se focalise sur le champ conatif (action avec un score de (58) et il utilise la stratégie de support social (34) et celle conversion avec un score de (30) puis celle de contrôle avec un score de (28) et de focalisation avec un score égale de (26) et a la fin la stratégie de retrait avec un score de (24) et de refus avec un score aussi égale de (23).

Alors on peut déduire que malgré Mr (H) utilise différentes stratégies de coping soit la stratégie de contrôle et celle qui est centré sur le soutien social, et même celle de retrait mais il n'a pas pu tenir le coup.

Cas N° 9

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

Mme (I) âgée de 30 ans, mariée et mère de 2 enfants, elle exerce le travail comme anesthésiste depuis cinq ans (expérience) au sien de L'EPH de sidi aiche, elle est petite de taille motivé, souriante, décontracté et à l'aise, Mme (I) à accepté de répondre explicitement à notre questions sans aucune réticence.

AXE 01 : les informations sur la profession de l'anesthésie

Pour Mme (I) à choisi son métier au hasard *«je n'ai pas choisi ce domaine, même je n'ai jamais penser a sa»*, le rythme de son travail est de travailler 24h et selon elle ce rythme de travail ne lui convenait pas car il est trop chargé et même elle change a chaque fois le lieu de travail *« non il ne me convient pas parce que je me déplace a chaque fois, je n'ai pas un lieu de travail fixe, et a chaque fois je me trouve avec un nouveaux personnels.»*, Mme (I) le climat de son travail est défavorable et elle n'a jamais eu des problèmes entre collègues contrairement des chirurgiens *«le climat il est nuageux, entre collègues il y a une bonne entente, un bon atmosphère, des fois y a des moments difficile ou je serais devant des situation difficile sans le réanimateurs et je n'ai pas la couverture juridique»*, elle a choisi de travailler dans le secteur public parce que il ya l'assurance et elle est couverte dans le coté juridique *« dans le secteur publique je suis assurer et je suis couverte. »*

Mme (I) à choisi son métier au hasard et selon elle son rythme ne lui convenait pas a cause les responsabilités qu'elle à comme elle d'écrit le climat de son travail avec un climat défavorable a cause du manque d'équipement et de matérielle ajoutant qu'elle avait une bonne entente entre elle el ses collègues de travail, mais pas avec certain chirurgiens.

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

Selon Mme (I) le milieu de son travail est très stressant *«le milieu de mon travail est très stressant, dans le diagnostic vital il est enjeu. »*, pour Mme (I) on parle pas des difficultés dans le domaine de l'anesthésie car elle a tout les mesures de travail mais elle parle de complications *« dans notre domaine on parle pas de difficultés parce qu'on a tout les mesure de percussion, c'est des imprévisions surtout l'ors des urgences puisque on a pas le temps pour faire l'interrogatoire, donc c'est des complications. »*,

Le stress est une réalité clinique évidente pour tous les praticiens, et confirmée par de nombreuses études, comme responsable de nombreuses pathologies (Théry-Hugly et Todorova,1998). il évalue la qualité de son sommeil comme un sommeil perturbé *« j'ai un sommeil perturbé »*, son état psychique actuelle est *« normale »*, lui se sente perturbé dans son travail de temps en temps *« je serais de temps en temps perturbé lorsque je travail avec des gens qui n'ont pas de même niveau que moi. »* , son comportement au milieu de travail elle est calme et elle respecte ses collègues de travail *« on travail dans le respect mutuelle. »*, le plus pénible pour Mme (I) c'est de faire face aux situations grave toute seule *« lorsque je serais toute seule devant une situation grave. »*

AXE 03: Les informations sur les stratégies de coping

Mme (I) lors de ces différentes interventions elle pensée d'avoir tenir bien le travail *« je pense toujours de faire un bon travail et de le tenir. »*, et lorsque elle sera stressé au milieu de travail elle gère son stress pour faire

face aux situations « *je gère mon stress d'une façon normal, j'essaye toujours faire face aux situations stressantes.*», le coping lié au contexte, il est influencé par l'évaluation de la demande situationnel (P. Graziani, J. Swendsen, 2005, p.77). Mme (I) elle fait la prière et organiser des sortis avec sa famille pour dépassé le stress de son travail, et lorsque elle a un problème elle le partage avec son marie « *je partage tout mes problèmes avec mon marie car c'est le seul qui me comprend.* ».

AXE 04: La vision de l'avenir

Mme (I) espère bien de rester dans le domaine de l'anesthésie même si c'est un domaine stressant et il y a une charge de travail même si c'est un domine fatigant et qu'il demande beaucoup d'effort « *j'aimerais bien de rester dans se domaine.* ».

Pour Mme (I) son projet d'avenir c'est de continue ses études et d'approfondie « *je compte de continue mes études pour terminer ma formation.*».

1.1.1. Synthèse de l'analyse de l'entretien clinique semi directif du Cas de Mme (I)

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

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

Données et Analyse de l'échelle de stress perçu du Cas de Mme (I)

Le stress perçu est de 30

D'après la cotation de l'échelle (PSS) du cas de Mme (I) qui illustré dans l'annexe N° 20 on note que Mme (I) a eu : un score noté de 30 point donc le sujet présente un degré de stress élevé qu'on peut le prouver dans les résultats des items suivant: l'item 1 (il était souvent dérangé par un évènement inattendu), l'item 3 (il se senti souvent nerveux et stressé), litem 5 (il se senti que les choses allaient souvent comme il voulait), l'item 2 (parfois, il lui semble difficile de contrôler les choses importantes de sa vie), l'item 6 (il se senti qu'il pouvait parfois assumer toutes les choses qu'il devait faire), l'item 8 (il se senti qu'il dominant parfois la situation), l'item 9 (il se senti parfois irrité lorsque les évènements lui échappaient de son contrôle), l'item 4 (il ne se senti presque jamais confiant dans ses capacités à prendre en main ses problèmes personnels), l'item 10 (il ne trouve presque jamais que les difficultés s'accumulaient à un tel point qu'il ne pouvait pas les surmonter), l'item 7 (il n'est pas capable de maitriser son énervement), d'après le manuelle de PSS la vie est une menace perpétuelle pour cette personne. Elle a le sentiment de subir la plupart des situations et de ne pouvoir rien faire d'autres que les subir.

1.3. Données et Analyses de l'échelle toulousaine de coping du Cas de Mme (I)

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

1.3.1. Données et analyses de la feuille de dépouillement n°1 du Cas de Mme (I)

Items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18		
Scores	3	5	2	4	3	5	2	5	5	2	4	1	5	4	2	3	5	5		
Items	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36		
Score	2	1	1	4	2	4	2	5	2	4	5	3	4	4	2	5	5	4		
Items	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54		
Score	3	5	1	5	4	1	4	5	5	3	4	3	5	1	4	2	5	4		
	A	H	O	B	I	P	C	J	Q	D	K	R	E	L	M	F	G	N	Total	T globale
Action	8			13			8			9			14			10			62	188
Information		11			9			15			13			9			15		72	
Emotion			4			10			12			7			8			13	54	
Positif	8	11		13				15	12		13					10	15	13	110	
Négatif			4		9	10	8			9		7	14	9	8				78	

Tableau N°20: la feuille de dépouillement n°1 du cas de Mme (I)

D'après la feuille de dépouillement n°1, Mme (I) a eu :

Une note par dimension : A (08), B (13), C(08), D(09), E(14), F(10), G (15), H (11), I (09), J (15), K (13), L (09), M (08), N (13), O(04), P(10), Q (12), R (7). D'après ses notes obtenues nous remarquons que Mme (I) a eu une note totale globale de (188) des champs, et une note de (111) de coping positif élevé ajoutant une note de (78) de coping négatif faible. Ce qui signifie que le sujet utilise beaucoup plus les dimensions suivantes : coopération, contrôle cognitif et planification et la focalisation active.

Une note par champs : le champ le plus fréquemment employé par Mme (I) est celui de champ d'information avec une note de (72), le champ

de contrôle avec une note de (62), et le champ de l'émotion qui se montre le moins utiliser par Mme (I) avec une note de (54).

Une note générale de coping : Mme (I) a eu une note totale de (188) des champs.

Une note de coping positive et une de coping négative : Mme (I) a eu une note de coping positive élevé à (111) et une faible (78) pour le coping négatif.

1.3.2. Données et analyse de la feuille de dépouillement n°2 du cas de Mme (I)

Champs / Stratégies	I Action	II Information	III Emotion	Total
Focalisation	A 08	G 15	M 08	31
Support social	B 13	H 11	N 13	37
Retrait	C 08	I 09	O 04	21
Conversion	D 09	J 15	P 10	34
Contrôle	E 14	K 13	Q 12	39
Refus	F 10	L 09	R 07	26

Tableau N°21 : la feuille de dépouillement n°2 du cas de Mme (I).

Ce tableau montre une note totale pour chaque stratégies : nous avons enregistré la stratégie de contrôle étant la plus employée avec un score de (39), suivant la stratégie du support social avec un score de (37), puis celle de conversion ou elle a obtenu un score de (34), après une note de (31) aussi pour la stratégie de focalisation et un score de (26) pour celle de retrait. Ce qui signifie que Mme (I) fait recours beaucoup plus à des stratégies de contrôle (centré sur l'émotion), puis celle des stratégies

centrées sur le support social, comme elle fait recoure aussi à la stratégie de retrait et celle de refus.

1.3.3. Synthèse de l'échelle toulousaine de coping du cas de Mme (I)

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

1.4. Conclusion de neuvième cas de Mme (I)

On conclut à partir de l'entretien semi-directif et de deux échelles celle de l'échelle de stress perçu et celle de toulousaine de coping qu'on a effectué avec Mme (I), que cette dernière présente un niveau de stress professionnel élevé ce qu'il le prouve c'est que d'après ses dire quelle est tout le temps stressante « je me sens tout le temps que je suis stressante et même nerveuse. ». Ainsi, les résultats de l'analyse de l'échelle de stress perçu, confirment les résultats obtenus de l'entretien, c'est que Mme (I) souffre d'un stress élevé avec un score de (30).

Puis, dans l'échelle de toulousaine de coping, nous avons relevé que Mme (I) utilise le coping positif avec un score de 111, il se focalise sur le champ conatif (avec information score de (72) et elle utilise la stratégie de contrôle avec un score de (62) et celle de l'action (39) puis celle de support social (37) et de retrait avec un score égale de (34) et a la fin la stratégie de et de refus avec un score aussi égale de (26) et de retrait avec un score de (21).

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

Cas N° 10

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

Mme (J) âgée de 37 ans, mariée et mère de 4 enfants, elle exerce le travail comme anesthésiste depuis 13 ans (expérience) au sien de L'EPH de sidi aiche, elle est grande de taille motivé, décontracté et à l'aise, Mme (J) à accepté de répondre toutes nos questions sans aucune réticence.

AXE 01 : les informations sur la profession de l'anesthésie

Pour Mme (J) à choisi son métier au hasard *«je n'ai pas choisi ce métier.»*, le rythme de son travail est de faire des gardes et de travailler surface et selon elle ce rythme de travail ne lui convenait pas car il est trop chargé *« non il ne me convient pas parce que c'est trop charger et puisque moi j'ai d'autres responsabilités surtout envers ma famille, alors c'est très difficile.»*, Mme (J) le climat de son travail c'est un mauvais climat *« dans mon service ! C'est un mauvais climat.»*, elle n'a pas de problèmes avec ses collègues de travaille *« non je n'ai pas de problèmes, il ya une bonne atmosphère dans notre service.»*,

Mme (J) à choisi son métier au hasard et selon elle son rythme ne lui convenait pas a cause les responsabilités qu'elle à comme elle d'écrit le climat de son travail qu'il est mauvais a cause du manque de matérielle ajoutant qu'elle avait une bonne entente entre elle et ses collègues de travail.

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

Selon Mme (J) le milieu de son travail est stressant *« oui, mon travail il est stressant »*, Mme (J) il arrive d'être perturber au milieu de son travail *« des fois il m'arrive d'être perturber dans mon milieu de travail à cause de la charge de ce dernier»*, notre sujet ne souffre pas d'une maladie et elle a un sommeil déséquilibré *«j'ai un sommeil déséquilibré qui est dû a la*

fatigue causé par mon travail et mon inquiétude sur l'état des malades », elle a un comportement normal et elle 'aime s'amuser avec ses collègues pour oublie la pression de son travail« je suis normal mais lorsque il y'a un pression sur moi de mon travail j'essaye de s'amusé avec mes collègues de travail pour oublie cette pression» , durant l'exercice de son travail notre sujet ressent a une grande responsabilité « je ressent a une grande responsabilité porté sur mes épaules », le plus pénible pour elle c'est lorsque elle reçoit une urgence « lorsque je suis seule comme étant anesthésiste et je reçoit une urgence.»,le principal facteur de stress pour Mme (J) c'est l'état de malade « le principal facteur de stress pour moi c'est l'état de malade ».

Les modèles transactionnels voient le stress comme une interaction entre la personne et son environnement. Ils expliquent que le stress ne réside ni dans la situation, ni dans la personne, mais dans la transaction entre l'environnement et la personne. Lazarus est le principal représentant de cette approche cognitive. Des travaux de Lazarus émergent un concept mettant en relation l'individu et son environnement. Face à un obstacle, le sujet évalue la menace ou le défi par rapport à ses propres possibilités de réponse. C'est l'adéquation ou non entre la demande extérieure perçue et les ressources également perçues ou auto-évaluées par le sujet qui déterminera l'apparition ou non de stress.(R. S. Lazarus, 1994). En dehors de son travail Mme (J) a aucune activités, notre sujet elle reçoit des remarques négatives « oui, je reçois des remarques négatives de la part de ma famille surtout mes enfants parce que je n'ai pas le temps pour eux ».

AXE 03 : Les informations sur les stratégies de coping

Mme (J) lors de ces différentes interventions focalise sa pensée sur son travail « je pense toujours a l'état de malade qu'il va se réveiller dans des bonnes conditions. », et lorsque elle sera stressé au milieu de travail

elle essaye de gérer la situation et de garder le sang froid « *j'essaye toujours garder le sang froid pour dépasser mon stress au travail* », et lorsque elle a un problème elle le partage avec son mari « *je partage tout mes problèmes avec mon mari.* », elle n'a jamais consulté un psychologue ou un psychiatre « *jamais !* ».

Selon De Keyser et Hansez, avant de répondre par un sentiment d'impuissance, la personne soumise aux exigences de son environnement de travail procède d'abord à une évaluation de la situation, de ses ressources cognitives, émotionnelles et comportementales. En fonction des résultats de cette évaluation, l'individu adoptera l'une ou l'autre stratégie de coping. (V. De Keyser, I. Hansez, 1996, p.133)

AXE 04 : La vision de l'avenir

Mme (J) pense s'il ya un autre poste pour travailler elle va quitter le domaine de l'anesthésie « si je trouve un autre poste de travail je vais quitter parce que ce domaine est très fatiguant et stressant, et je suis vraiment épuiser. »

Pour Mme (J) son projet d'avenir c'est de faire un projet en dehors de service médical « mon projet c'est de faire quelque chose l'essentiel en dehors de la médecine. ».

1.1.1. Synthèse de l'analyse de l'entretien clinique semi directif du Cas de Mr (J)

On peut constater d'après ce que nous avons abordé dans les trois axes que Mme(J) présente une symptomatologie relevant au stress « oui, il est stressant, des fois il m'arrive d'être perturbé, j'ai un sommeil déséquilibré, je ressens une grande responsabilité. » cela veut dire qu'il ne maîtrise pas son énervement et il présente des signes de stress et pour faire face au

stress causé par l'environnement de son travail, elle fait recourir à la stratégie centrée sur le soutien social.

Selon la théorie de la conservation des ressources, le fait de se tourner vers un tiers permettrait de surmonter les situations difficiles du travail. En effet, l'individu recherche alors du soutien social pour pouvoir s'ajuster à la situation. (S-E. Hobfoll et A. Shirom, 1993),

Données et Analyse de l'échelle de stress perçu du Cas de Mr (J)

Le stress perçu est de 33

D'après la cotation de l'échelle (PSS) du cas de Mme (J) qui illustré dans l'annexe N° 22 on note que Mme (J) a eu : un score noté de 33 point donc le sujet présente un degré de stress élevé qu'on peut le prouver dans les résultats des items suivants: l'item 10 (il trouve très souvent que les difficultés s'accumulent à un tel point qu'il ne pouvait pas les surmonter), l'item 6 (il se sent très souvent qu'il ne pouvait pas assumer toutes les choses qu'il devait faire, l'item 9 (il se sent assez souvent irrité lorsque les événements lui échappaient de son contrôle), l'item 3 (il se sent souvent nerveux et stressé), l'item 2 (rarement, il se sent difficile de contrôler les choses importantes de sa vie), l'item 4 (rarement ou il se sent confiant dans ses capacités à prendre en main ses problèmes personnels), l'item 5 (rarement ou il se sent que les choses allaient comme il voulait), l'item 7 (rarement ou il est capable de maîtriser son énervement), l'item 8 (rarement ou il se sent qu'il domine la situation), l'item 1 (il n'était jamais dérangé par un événement inattendu), d'après le manuel de PSS la vie est une menace perpétuelle pour cette personne. Elle a le sentiment de subir la plupart des situations et de ne pouvoir rien faire d'autre que les subir.

1.3. Données et Analyses de l'échelle toulousaine de coping du Cas de Mr (J)

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

1.3.1. Données et analyses de la feuille de dépouillement n°1 du Cas de Mme (J)

Items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18		
Scores	3	4	3	4	1	5	3	4	4	5	4	3	5	2	3	2	4	5		
Items	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36		
Score	3	4	1	3	1	3	4	4	3	4	4	2	4	3	2	3	5	4		
Items	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54		
Score	5	5	1	5	5	2	3	5	3	3	4	4	4	2	4	2	5	4		
	A	H	O	B	I	P	C	J	Q	D	K	R	E	L	M	F	G	N	Total	T globale
Action	11			12			10			12			13			7			65	187
Information		13			7			13			12			7			14		66	
Emotion			5			10			10			9			9			13	56	
Positif	11	13		12				13	10		12					7	14	13	105	
Négatif			5		7	10	10			12		9	13	7	9				82	

Tableau N°22: la feuille de dépouillement n°1 du cas de Mr (J)

D'après la feuille de dépouillement n°1, Mr (J) a eu :

Une note par dimension : A (11), B (12), C(10), D(12), E(13), F(7), G (14), H (13), I (07), J (13), K (12), L (07), M (09), N (13), O(05), P(10), Q (10), R (09). D'après ses notes obtenues nous remarquons que Mme (J) a eu une note totale globale de (187) des champs, et une note de (105) de coping positif élevé ajoutant une note de (82) de coping négatif faible. Ce qui signifie que le sujet utilise beaucoup plus les dimensions suivantes : coopération, contrôle cognitif et planification et la focalisation active.

Une note par champs : le champ le plus fréquemment employé par Mme (J) est celui de champ d'information avec une note de (66), le champ

de contrôle avec une note de (65), et le champ de l'émotion qui se montre le moins utiliser par Mme (J) avec une note de (56).

Une note générale de coping : Mme (J) a eu une note totale de (188) des champs.

Une note de coping positive et une de coping négative : Mme (J) a eu une note de coping positive élevé à (105) et une note faible (82) pour le coping négatif.

1.3.2. Données et analyse de la feuille de dépouillement n°2 du cas de Mme (J)

Champs / Stratégies	I		II		III		Total
	Action		Information		Emotion		
Focalisation	A	11	G	14	M	09	34
Support social	B	12	H	13	N	13	38
Retrait	C	10	I	07	O	05	22
Conversion	D	12	J	13	P	10	35
Contrôle	E	13	K	12	Q	10	35
Refus	F	07	L	07	R	09	23

Tableau N°23 : la feuille de dépouillement n°2 du cas de Mme (J).

Ce tableau montre une note totale pour chaque stratégies : nous avons enregistré la stratégie de support social étant la plus employée avec un score de (38), suivant les stratégies du conversion et de contrôle avec un score de (35), puis celle de focalisation ou elle a obtenu un score de (34), après une note de (23) aussi pour la stratégie de refus et un score de (22) pour celle de retrait. Ce qui signifie que Mme (J) fait recours beaucoup

plus à des stratégies de support social (centré sur le soutien social), puis celle des stratégies de contrôle et de conversion, comme elle fait recourir aussi à la stratégie de refus et celle de retrait.

1.3.3. Synthèse de l'échelle toulousaine de coping du cas de Mme (J)

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

1.4. Conclusion de neuvième cas de Mme (J)

En se référant aux résultats de l'entretien semi-directif et l'analyse de deux échelles celle de (PSS) et celle de toulousain de coping qu'on effectue avec le sujet, on peut conclure que Mme (J), présente un niveau de stress professionnel élevé. Comme il utilise le soutien social et la contrôle comme des stratégies pour faire face aux situations stressant.

Après avoir terminé la présentation et l'analyse on propose un tableau récapitulatif des cas

Les résultats de l'échelle de stress perçu			Les résultats de l'échelle de toulousaine de coping						
Le nom	Le score	Le niveau de stress	Les champs	Le score	Les stratégies	Le score	Le type de coping	Le coping positif et le coping négatif avec leur score	

Chapitre V Présentation, analyse et discussion des hypothèses

Cas N°1	Mr (A)	27	Stress élevé	Champ d'action	41	Stratégie de contrôle	41	Le coping centré sur le soutien social	Coping positif (118)
Cas N°2	Mr (B)	30	Stress élevé	Champ d'action	35	Stratégie de contrôle	35	Le coping centré sur le soutien social	Coping positif (96)
Cas N°3	Mr (C)	28	Stress élevé	Champ d'information	45	Stratégie de contrôle	45	Le coping centré sur l'émotion	Coping positif (126)
Cas N°4	Mme (D)	24	Stress moyen	Champ d'émotion	31	Stratégie de focalisation	31	Le coping centré sur l'émotion	Coping positif (77)
Cas N°5	Mme (E)	20	Stress faible	Champ d'information	38	Stratégie de support social	38	Le coping centré sur le	Coping positif (93)

Chapitre V Présentation, analyse et discussion des hypothèses

								soutien social	
Cas N°6	Mr (F)	23	Stress moyen	Champ d'action	31	Stratégie de refus	31	Le coping centré sur le problème	Coping positif (85)
Cas N°7	Mme (G)	22	Stress moyen	Champ d'information	39	Stratégie de contrôle	39	Le coping centré sur le problème	Coping positif (111)
Cas N°8	Mr (H)	28	Stress élevé	Champ d'action	34	Stratégie de support social	34	Le coping centré sur le soutien social	Coping positif (88)
Cas N°9	Mme (I)	30	Stress élevé	Champ d'information	39	Stratégie de contrôle	39	Le coping centré sur le problème	Coping positif (110)

Cas N°10	Mme (J)	33	Stress élevé	Champ d'informatique	66	Stratégie de support social	38	Le coping centré sur l'émotion	Coping positif (105)
----------	---------	----	--------------	----------------------	----	-----------------------------	----	--------------------------------	----------------------

Tableau récapitulatif N° 24 des résultats des deux échelles utilisées par cas

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

2. Discussion des hypothèses

Après avoir présenté, évalué, et interpréter les résultats de l'entretien clinique semi-directif, ceux de l'échelle de stress perçu, et de toulousaine de coping des 10 cas, nous sommes en mesure de discuter leurs significations à la lumière de nos hypothèses de départ, qui sont :

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

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

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

Le cas de M (A) : D'après l'analyse de l'entretien clinique, Mr (A) manifeste des symptomatologies du stress comme : les problèmes de santé

« *j'ai une maladie de système immunitaire* », un sommeil perturbé « *j'ai un sommeil perturbé* », le regret d'avoir choisi de travailler comme un anesthésiste ce qui est dû à la responsabilité et la surcharge du travail « *le travail comme un anesthésiste est trop stressant ainsi on portent une grande responsabilité sur nos épaules* », la qualité du travail ainsi que le manque de moyens, son expérience qui dépasse les 31ans. Selon la théorie adoptée éventuellement on constate que notre cas présente un stress professionnel.

Ainsi on confirmera ça après l'analyse de l'échelle de stress perçu de Mr (A) dans la qu'elle il a obtenu un score qui est égale à «27» point qui signifie la présence d'un degré de stress élevé chez lui qu'on peut le prouvé d'après les items suivants : 2, 4, 5, 6, 8, 9, 10 qui est égale à 19 point.

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

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

Le cas de Mr (B) : à travers les informations recueillies dans l'entretien clinique semi-directif que nous avons effectué dans le service de bloc opératoire, et d'après la théorie sur laquelle on s'est basé on peut conclure que Mr (B) manifeste des symptômes de stress professionnel et cela était constaté d'après ces dires « *souvent je serais perturbé dans mon milieu de travail, j'ai un sommeil perturber qui est dû à la charge de notre travail aux gardes et le stress qu'an vie quotidiennement, mon état psychique actuellement est perturbé, je porte le stress en moi, j'ai devenu nerveux* ». Donc notre cas présente éventuellement un stress professionnel.

On confirmera ça à partir des résultats obtenus d'après l'analyse de l'échelle de stress perçu de Mr (B), qu'il a eu un score de « 30 » qui renvoi à un stress élevé, et cela dans les items suivant : 1, 2, 3, 5, qui égale à 15 point.

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

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

Le cas de Mr (C) : En référence à l'analyse de l'entretien clinique, on peut constater que Mr (C) montre des symptômes de stress professionnel « *je serais perturbé de temps en temps, et surtout lorsque je serais au bloc, j'ai un manque de sommeil, je suis devenu nerveux* » Il se sent irrité lorsque les évènements échappaient à son contrôle, ce qui prouve la présence d'un stress professionnel cher lui.

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

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

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

Le cas de Mme (D) : d'après les résultats obtenus durant l'analyse de l'entretien clinique semi-directif qu'on a effectué avec le sujet, on peut dire

que Mme (D) présente des signes de stress professionnel comme « *à plusieurs reprise sa m'arrive d'être perturbé et avec des pathologies grave, il y'a des périodes où je ne dors pas, j'ai des difficultés à gérer mon travail cela est liée à son rythme, je suis tout le temps stressé, je suis de nature stressé* ».

Selon la théorie adoptée dans notre travail on peut constater que notre sujet présente un stress professionnel.

Mme (D) a marqué une note du score de « 24 »point dans l'échelle de stress perçu ce qui signifie qu'elle présente un degré de stress moyen chez elle et C'est une personne qui sait en général faire face au stress. Ce qui est prouvé dans les items suivants : 1, 7, 8, 9, 10 qui égale à 7 point

Donc notre première hypothèse est infirmée parce que Mme (D) présente un stress professionnel avec un degré moyen pas élevé.

Le cas de Mme (E) : d'après les informations recueillies à partir de l'entretien semi-directif, et d'après la théorie sur laquelle on s'est basé. Mme (E) présente des signes de stress professionnel comme « *oui, toujours je serais stressante, je rencontre des difficultés dans mon travail, mon sommeil est déséquilibré* ».

A propos du l'échelle de stress perçu que nous avons effectué avec le sujet (E), on peut déduire qu'elle présente un stress professionnel avec un degré faible marquer par un score de « 20 »point. Ce qui se traduit dans les items suivant : 1, 4, 7, 8 qui est égale de 4.

Alors Mme (E) C'est une personne qui présente un stress léger et qui sait le gérer.

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

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

Mr (F) a marqué une note de « 23 » point dans l'échelle de stress, ce qui résulte que Mr (F) présente un degré de stress moyen et c'est une personne qui sait en général faire face au stress. Ce qui se traduit dans les items suivants : 4, 5, 8, 9, 10 qui égale à 7.

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

Le cas de Mme (G) : d'après l'analyse de l'entretien clinique semi-directif on peut déduire que Mme (G) présente des signes et symptômes de stress professionnel comme « *je me sens stressé à cause de mon milieu de travail, il faut que je sois toujours attentifs, et cela me rend fatigué, il y'a une charge de travail...etc.* ».

Donc d'après avoir passé l'échelle de stress perçu pour Mme (G), elle a marqué un score de « 22 » point, donc le sujet présente un degré de stress moyen et c'est une personne qui sait en général faire face au stress. Ce qui se traduit dans les items suivants : 4, 5, 6, 7, 8 qui égale à 8.

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

Le cas de Mr (H) : D'après les résultats obtenus durant l'entretien clinique semi-directif qu'on a pu l'effectuer avec nos sujets on a remarqué qu'il manifeste des symptomatologies de stress professionnel d'après ces dires

« il se sent très souvent nerveux et stressé, dès fois il m'arrive d'être perturbé dans mon travail à cause de manque d'équipement ».

Donc d'après avoir passé l'échelle de stress perçu pour Mr (H), il a marqué un score de « 28 » point, donc le sujet présente un degré de stress élevé. Ce qui se traduit dans les items suivants : 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10 qui égale à 21.

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

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

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

Donc d'après avoir passé l'échelle de stress perçu pour Mme (I), elle a marqué un score de « 30 » points, donc Mme (I) présente un degré de stress élevé. Ce qui se traduit dans les items suivants : 1, 2, 3, 5, 6, 8, 9 qui égale à 24 points.

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

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

Le cas de Mme (J) : d'après l'analyse des résultats de l'entretien clinique demi-directif on peut constater que Mme (J) présente des signes de stress professionnel lorsqu'elle a dit « *je me sens perturber, mon sommeil est déséquilibré cela est dû aux gardes, je me sens toujours inquiété sur l'état des malades* ».

Donc d'après avoir passé l'échelle de stress perçu pour Mme (I), elle à marquer un score de « 33 » points, donc Mme (J) présente un degré de stress élevé. Ce qui se traduit dans les items suivants : 3, 4, 6, 8, 9, 10 qui est égale à 24.

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

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

2.1.1. Synthèse de la discussion des premières hypothèses

D'après la discussion de l'analyse de l'entretien clinique semi-directif et l'analyse de l'échelle de PSS qui y ont été réalisés sur 10 cas, nous avons abouti à la confirmation de notre hypothèse pour la majorité de nos cas 6/10.

Mr (A), Mr (B), Mr (C), Mr (H), Mme (I), Mme (J). Alors que pour les 4 cas restant : le cas de Mr (F), Mme (D), Mme (G) et Mme (E) ils sont infirmé.

Après avoir confirmé la première hypothèse, nous allons démontrer que les techniciens anesthésistes présentent un degré de stress élevé dû différents facteurs stressant comme : la surcharge, le rythme et la nature du travail, le manques de moyens, les conflits avec les opérateurs, les

responsabilités familial et social ainsi que les différents niveaux de stress professionnel en rapport avec les dimensions de travail.

Cela confirme notre première hypothèse, et pour mieux la renforcer nous pouvons appuyons sur la théorie transactionnelle de Lazarus et Folkman qui sollicite que le stress est une transaction entre la personne et son environnement.

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

Le cas de Mr (A) : d'après les résultats obtenus durant l'entretien semi-directif que nous avons effectué avec le sujet, on a constaté que Mr (A) essaye de gérer son travail lorsqu'il confronte a des situations stressants parce que son travail il est de nature stressant donc il ne doit pas lutter contre mais il doit juste s'adapter, pour cela Mr (A) pour qu'il dépasse son stress il essaye de garder son sang-froid comme il essaye de ne pas paniquer et il suit la conduite à tenir ainsi il demande l'aide des opérateurs et des médecins réanimateurs parce qu'il travaille sous leurs responsabilités, comme il préfère de quitter son milieu de travail lorsqu'il termine son intervention et de prendre un café. Selon notre cas cela lui offre un soulagement.

À propos du l'échelle de toulousaine de coping que nous avons effectué avec Mr (A) on peut déduire qu'il a présenté plusieurs stratégies de coping.

Mr (A) utilise un coping positive avec un score de « 118 » qui se traduit par l'utilisation de champ d'action avec un score de « 79 » et celui de

l'information avec un score de « 75 » et d'émotion avec un score de « 67 » implique par l'utilisation des différentes stratégies : la stratégie de contrôle avec un score de « 41 » qui implique (la stratégie de contrôle cognitif et de planification et celle de contrôle émotionnel avec une note de (14) point), et celle de support social avec un score de « 38 » qui traduit par (la stratégie de coopération et celle de support social émotionnel avec une note de (14)), ainsi celle de conversion avec un score de « 37 » implique (la stratégie de l'acceptation noté de (14)point) et de retrait avec un score de « 37 » traduit par (la stratégies de retrait comportemental noté de score (15) et celle de focalisation qui implique la stratégie de focalisation cognitive qui est noté de (14) point)et de refus qui égale à un score de « 34 »point traduit la stratégie de distraction noté de score de (14) point.

Donc notre premier cas fait face à son stress lié au travail en se basant sur le type de stratégie de coping positif centré sur le soutien social et l'émotion traduit par l'utilisation de champ d'action qui implique par la stratégie de contrôle.

Ce qui nous permet de confirmer notre deuxième hypothèse pour ce premier cas.

Le cas de Mr (B) : d'après l'analyse de l'entretien clinique semi-directif, Mr (B) nous avance qu'il essaye de faire face à son stress au travail parce que c'est une obligation pour eux « *j'exerce un travail qui est stressant au même temps noble, donc je ne peux pas voir quelqu'un souffre et je refuse de travailler même si on a pas des conditions favorable mais on essaye le maximum de l'exercée dans des bonnes conditions pour que avoir une conscience tranquille* » il avance aussi que le travail doit être partager parce que ils exerces un travail d'équipes donc même le stress doit être

partager, et face à divers situations stressant notre cas utilise le café et le tabac il rit pour déstresser dépasser son stress.

Aussi, nous avons relevé à travers l'analyse de l'échelle de coping que Mr (B) employé un coping positif centré sur le soutien social avec un score de « 96 » et l'utilisation de champ d'action avec un score de « 58 », le champ d'information noté d'un score de « 54 » et celui d'émotion avec « 49 » de score ainsi l'utilisation des différentes stratégies qui sont comme suivant : la stratégie de contrôle noté d'un score de « 35 » qui se traduit par (la stratégie de contrôle cognitif et de planification avec une note de (13) point, et celle de focalisation avec une note de « 29 » point qui implique (la stratégie d'action avec une note de (12) point), le support social avec un score de « 29 », (la stratégie de coopération avec une note de (14), ainsi celle de conversion avec une note de score de « 26 » traduit par (la stratégie d'acceptation avec une note (12) point) de et la stratégies de refus avec « 23 » de score implique la stratégie (Alex thymie avec une note de (09) point) et en dernier celle de retrait avec une note de score de « 19 » implique la stratégies d'additivité avec une note de (08) point.

Donc, notre deuxième cas fait face à son stress avec l'utilisation de coping, basant sur le type des Stratégies de coping positif centrées sur le soutien social traduit par l'utilisation de champ d'action et la stratégie de contrôle qui est impliqué par la stratégie de contrôle cognitif et planification.

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

Le cas de Mr (C) : en référence à l'analyse de l'entretien clinique, nous avons constaté que Mr (C) a déclaré qu'il essaye de concentrer sur son travail et garder son sang-froid et de ne pas paniquer, « *le moment où je deviens stressé j'essaie de faire face à la situation et de garder le sang-*

froid parce que c'est la seule chose qui peut m'aider», comme aussi il utilise le tabac comme moyen pour dépasser son stress.

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

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

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

Le cas de Mme (D) : en référence à l'analyse de l'entretien clinique, nous avons constaté que Mme (D) a dit qu'elle essaye de concentrer sur son travail, mais elle déclare qu'elle a des difficultés à maîtriser son travail lorsqu'elle est fatiguée et stressée, mais malgré tout elle essaye de garder le sang-froid pour qu'elle puisse dépasser son stress « *j'essaie toujours de garder je dans froid pour que je puisse gérer les situations difficiles comme*

j'utilise dès fois un médicament pour dépasser mon stress celui de L'Atarex». Aussi elle aime partager tous ces émotions avec sa famille et collègues.

Ainsi d'après l'analyse de l'échelle de coping, on constate que Mme (D) fait face à son stress lié au travail, en employant des stratégies de coping positif centré sur l'émotion avec un score de « 77 » traduit par le champ de l'émotion avec un score de «51», et le champ d'information traduit par le score de «45» et celui d'action qui se traduit par un score de «44» point.

Aussi il fait recoure à des différentes stratégies à celle de focalisation avec une note total de « 31» point qui se traduit par (la stratégie de focalisation active avec un score de (15) point), la stratégie de conversion avec une note de « 26 »point qui se traduit par la stratégie d'acceptation avec une note de (15)point), la stratégie de support social avec un score de « 25 », ce qui traduit par (la stratégie support sociale émotionnel avec une note de (10) point)...etc.

Donc notre quatrième cas fait face aux situations stressantes de son milieu de travail en se basant sur le type de stratégies de coping centrée sur le problème et le soutien social qui se traduit par une focalisation émotionnel, support social émotionnel, et l'acceptation. Ce qui nous permet de confirmer notre deuxième hypothèse par rapport au quatrième cas.

Le cas de Mme (E) : en référence à l'analyse de l'entretien clinique, nous avons constaté que Mme (E) à déclarer qu'elle essaye de concentrer sur son travail, de garder le sang-froid et elle utilise la discussion avec ses collègues comme un moyen pour dépasser le stress « *je discute avec mes collègues sur des sujet en dehors de travail pour dépasser mon stress* »,

elle partage ses émotions avec sa famille « *je partage toujours mes émotions avec ma famille et mes collègues proche* ».

Ainsi d'après l'analyse de l'échelle de coping, on constate que Mme (E) fait face à son stress lié au travail, en employant des stratégies de coping positif centré sur l'émotion avec un score de « 93 » traduit par le champ d'information traduit par le score de «66» et celui d'action qui se traduit par un score de «54» point, le champ de l'émotion avec un score de «50».

Aussi il fait recoure à des différentes stratégies à celle de support social avec un score de « 38», ce qui traduit par la stratégie de support social informationnel avec une note de (15) point)...de focalisation avec une note total de « 31» point qui se traduit par (la stratégie de focalisation actives avec un score de (14) point), la stratégie de contrôle avec une note de « 29 » point qui se traduit par la stratégie régulatrice des activités avec une note de (14)point), la stratégie de refus qui implique la stratégie de dénégarion avec une note de (12) point etc.

Donc notre cinquième cas fait face aux situations stressantes de son milieu de travail en se basant sur le type de stratégies de coping centrée sur et le soutien social qui se traduit par un support social informationnel, et la stratégie régulatrice des activités, et la dénégarion.

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

Le cas de Mr (F) : en référence à l'analyse de l'entretien clinique, nous avons constaté que Mr (F) à déclarer qu'il essaye de concentrer sur son travail, de garder le sang-froid parce que son travail demande ça et il focalise sa pensée sur le malade et à son devoir qu'il doit l'exercé et il utilise le café comme un moyen pour dépasser son stress « *j'aime prendre un café*

pour me déstressé » comme il ne partage plus ses émotions avec autrui « *non je laisse tout pour moi je partage rien avec les autres »*.

Ainsi d'après l'analyse de l'échelle de coping, on constate que Mr (F) fait face à son stress lié au travail, en employant des stratégies de coping positif centré sur l'émotion avec un score de « 85 » ,le champ d'action qui se traduit par un score de «59» point, et celui d'information traduit par le score de «55» et celui le champ de l'émotion avec un score de «52».

Aussi il fait recoure à des différentes stratégies à celle de contrôle avec un score de « 37», ce qui traduit par la stratégie par le contrôle cognitif et planification et le contrôle émotionnel noté de (13) point, et celle de conversion de score aussi noté de « 37 » implique la stratégie de conversion comportemental noté de (14) point, après à celle de refus avec un score de « 31 » traduit par la stratégie de dénégation noté de (11) point...etc.

Donc notre cinquième cas fait face aux situations stressantes de son milieu de travail en se basant sur les type des stratégies de coping centrée sur et le problème et l'émotion qui se traduit par l'utilisation de la stratégie de contrôle cognitif et planification et le contrôle émotionnel et la dénégation.

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

Le cas de Mme (G) : en référence à l'analyse de l'entretien clinique, nous avons constaté que Mme (G) à déclaré qu'il essaye de concentrer sur son travail, de garder le sang-froid et de ne pas paniquer et de demander l'aide des autres ainsi elle partage ses émotions avec son mariée.

Ainsi d'après l'analyse de l'échelle de coping, on constate que Mme (G) fait face à son stress lié au travail, en employant des stratégies de coping positif centré sur soutien social avec un score de « 111 » traduit par le champ d'information qui se traduit par un score de «70» point, et celui d'action traduit par le score de «61» et celui le champ de l'émotion avec un score de «48».

Aussi il fait recoure à des différentes stratégies à celle de contrôle avec un score de « 39», ce qui traduit par la stratégie par le contrôle cognitif et planification et la régulation des activités noté de (15) point, et celle de support social de score aussi noté de « 38 » implique la stratégie de support social informationnel noté de (14) point, après à celle de focalisation avec un score de « 34 » traduit par la stratégie de focalisation actives noté de (15) et cognitive noté de (14) point...etc.

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

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

Le cas de Mr (H) : en référence à l'analyse de l'entretien clinique, nous avons constaté que Mr (H) à déclarer qu'il essaye de concentrer sur son travail, de garder le sang-froid, il déclare aussi qu'il n'est pas censé à gérer mais il est obligé de s'adapter avec la programmation et pour qu'il dépassent son stress il utilisent des différents moyens *«si je trouve un vide j'aime voir un film, et des fois je chante et je danse aussi, et la chose qui me déstresse c'est le foot.»*.

Ainsi d'après l'analyse de l'échelle de coping, on constate que Mr (H) fait face à son stress lié au travail, en employant des stratégies de coping positif centré sur le problème avec un score de « 88 » traduit par le champ d'action qui se traduit par un score de « 58 » point, et celui de l'émotion traduit par le score de « 57 » et celui d'information avec un score de « 50 ».

Aussi il fait recourir à des différentes stratégies à celle de support social avec un score de « 34 », qui se traduit par la stratégie de coopération noté de (13) point, et celle de conversion de score noté « 30 » implique la stratégie de conversion par les valeurs noté de (11) point, après à celle de contrôle avec un score de « 28 » traduit par la stratégie de contrôle émotionnel noté de (10) point...etc.

Donc notre huitième cas fait face aux situations stressantes de son milieu de travail en se basant sur les types des stratégies de coping centrées sur l'émotion et qui se traduit par l'utilisation de la stratégie de contrôle émotionnel et de conversion par les valeurs et le contrôle émotionnel.

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

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

Ainsi d'après l'analyse de l'échelle de coping, on constate que Mme (I) fait face à son stress lié au travail, en employant des stratégies de coping positif centré sur le problème avec un score de « 110 » traduit par le champ d'information qui se traduit par un score de « 72 » point, et celui

d'action traduit par le score de «62» et celui le champ de l'émotion avec un score de «54».

Aussi elle fait recoure à des différentes stratégies à celle de contrôle avec un score de « 39», ce qui traduit par la stratégie de régulation des activités noté de (14) point, et celle de support social de score aussi noté de « 37 » implique la stratégie coopération et celle de support social émotionnel noté de (13) point, après à celle de conversion avec un score de « 34 » traduit par la stratégie d'acceptation noté de (15), celle de focalisation avec un score de « 31 » traduit par la stratégie de focalisation cognitive noté de (15) point...etc.

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

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

Le cas de Mme (J) : en référence à l'analyse de l'entretien clinique, nous avons constaté que Mme (J) à déclarer qu'elle essaye de concentrer sur son travail, de garder le sang-froid et de ne pas paniquer « *j'essaye toujours garder mon sang froid pour dépasser mon stress au travail* » et elle partage ses problèmes avec son mariée.

Ainsi d'après l'analyse de l'échelle de coping, on constate que Mme (J) fait face à son stress lié au travail, en employant des stratégies de coping positif centré sur le problème avec un score de « 105 » traduit par le champ d'information qui se traduit par un score de «66» point, et celui

d'action traduit par le score de «65» et celui le champ de l'émotion avec un score de «56».

Aussi elle fait recoure à des différentes stratégies à celle de support social de score noté de « 38 » implique la stratégie support social informationnel et celle de support social émotionnel noté de (13) point et celle de contrôle avec un score de « 35», ce qui traduit par la stratégie de régulation des activités noté de (13) point ainsi celle de conversion avec un score de « 35 » traduit par la stratégie d'acceptation noté de (13), et celle de focalisation avec un score de « 34 » traduit par la stratégie de focalisation cognitive noté de (14) point...etc.

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

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

2.2.1. Synthèse de la discussion des premières hypothèses

D'après la discussion de l'analyse de l'entretien clinique semi-directif et l'analyse de l'échelle de toulousaine de coping qui y ont été réalisés sur 10 cas nous avons abouti à la confirmation de notre deuxième hypothèse pour tous nos cas : Mr (A), Mr (B), Mr (C), Mme (D), Mme (E), Mr (F), Mme (G), Mr (H), Mme (I) et Mme (J) qui font face à leurs stress au travail en employant des différentes types de stratégies de coping centrées beaucoup plus soutien social et le problème que sur l'émotion et cela traduit par l'utilisation des différentes stratégies : le support social

(comportement, informationnel ou émotionnel), le contrôle (par la régulation des activités, le contrôle cognitif et planification ou contrôle émotionnel) la conversion (par la position cognitive, acceptation ou par les valeurs (se tourner vers dieu)), beaucoup plus que d'autre : le retrait (comportement, retrait mental, ou par additivité), et le refus (par la distraction, la dénégation ou l'Alex thymie).

Après avoir confirmé la deuxième hypothèse, il s'avéré que les anesthésistes utilisent une variété de stratégies de coping : les plus employé sont celle qui est centré sur le soutien social et le problème et la moins utilisés par rapport à notre groupe de recherche c'est celle qui est centré sur l'émotion.

En ce qui concerne l'efficacité de ces différents types de stratégies de coping centrées soit sur le problème soit sur l'émotion ou sur la recherche de soutien social, nous avons trouvé en référence à notre groupe de recherche que ces stratégies ont pas efficaces (ou dysfonctionnels) pour la majorité de nos cas (Mr (A), Mr (B), Mr (C), Mr (H), Mme (I), Mme (J)) car elle ne leurs permet pas de maitriser la situation stressantes lié à l'exercice de leurs métiers, contrairement pour le cas de Mme (D), Mme (E), Mr (F), Mme (G), ces différentes types de stratégies sont efficaces ou (fonctionnel). Donc on peut juger que l'efficacité de stratégies de coping est relative.

Conclusion du chapitre

Dans ce chapitre, nous avons fait une présentation et une analyse pour chaque cas, nous avons remarqué que les anesthésistes de notre groupe de recherche manifestant un stress soulignons dans nos 10 cas, nous avons trouvé que 6 (Mr (A), Mr (B), Mr (C), Mr (H), Mme (I), Mme (J)) souffrant d'un stress

élevé et 3 (Mme (D), Mr (F), Mme (G)) présentent un stress moyen et 1 (Mme (E)) présentent un stress avec un degré faible.

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

A la fin, nous sommes arrivés à la confirmation de la première hypothèse pour le cas de (Mr (A), Mr (B), Mr (C), Mr (H), Mme (I), Mme (J)) et elle est infirmée pour le cas de (Mme (E), Mme (D), Mr (F), Mme (G)). aussi nous sommes arrivés à la confirmation de notre deuxième hypothèse pour tous nos 10 (Mr (A), Mr (B), Mr (C), Mr (H), Mme (I), Mme (J), (Mme (E), Mme (D), Mr (F), Mme (G)) que nous avons proposés au début de notre travail de recherche.

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

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

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

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

Nous invoquons la profession de l'anesthésie. Le métier de l'anesthésiste est l'une des professions à haut risque et stressantes. Et pour qu'il puisse faire face à ces situations l'anesthésiste fait recours à plusieurs stratégies.

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

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

Dans notre recherche intitulée « *le stress professionnel et les stratégies de coping chez les anesthésistes* », que nous avons réalisée dans l'EPH de Sidi Aich pour but de déterminer le degré de stress de ces anesthésistes, et de connaître les stratégies de coping adoptées par ces derniers pour faire face aux situations stressantes.

Pour réaliser notre recherche, nous avons effectué auprès de 10 cas avec lesquels nous avons réalisé un entretien clinique semi-directif et deux échelles celle de stress perçu et de toulousaine de coping.

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

Par la suite nous avons appliqué l'échelle de stress perçu et celle de toulousaine de coping qui nous a permis de constater que les anesthésistes développent un stress élevé, qui est illustré dans la majorité de nos cas : (A), (B), (C), (G), (H), (I), et aussi un stress moyen pour les cas : (D), (F), (J), et un stress léger pour le cas (E), à cause de la charge de travail et les difficultés de s'adapter à leur milieu de travail, en plus la responsabilité

qu'ils ont envers les malades, pour cela nous avons constaté que pour faire face aux situations stressantes les sujets utilisent les différents types de stratégies de coping.

D'après ces résultats obtenus, la majorité de nos cas utilisent les stratégies de contrôle tel que : (A), (B), (C), (F), (G), (I), on trouve aussi les cas : (E), (H), (J), qui utilisent le soutien social comme une stratégie et pour le cas (D) qui utilise la stratégie de focalisation.

Pour la vérification de nos hypothèses, nous avons confirmé la première hypothèse « les anesthésistes présentent un niveau de stress au travail élevé » avec les cas : (A), (B), (C), (J), (H), (I), et pour les quatre cas qui restent (D), (E), (F), (G), cette hypothèse est infirmée.

Ainsi, nous avons confirmé notre deuxième hypothèse « Les anesthésistes utilisent des stratégies de coping pour faire face à leurs stress en recourant à différents types, soit centrées sur le problème, soit centrées sur l'émotion ou sur la recherche de soutien social. » pour tous nos dix cas : (A), (B), (C), (D), (E), (F), (G), (H), (I), (J).

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

Pour conclure, nous espérons que notre recherche puisse ouvrir des perspectives nouvelles à d'autres recherches sur :

- L'épuisement professionnel chez les anesthésistes.
- L'impact des troubles psychiques sur l'exercice de travail des anesthésistes.

Liste bibliographique

Liste bibliographique

I. Les ouvrages

1. Aktouf. O, « *Méthodologie de sciences sociales et approche qualitative des organisations : une introduction à la démarche classique et une critique* », Montréal : les presses l'université du Québec, 1987.
3. Angers. M, « *initiation pratique à la méthodologie des science humaines* », 6 Edition CEC Inc., 2014.
4. Antigone. M, olivier, L « *stress et temporalité : du travail à la performance sportive, éditions: le manuscrit* », paris, édition Le Manuscrit, 2015.
5. Bonnet. F, Lember. N, « *anesthésiology: le livre de l'interne* », Paris, 2^e édition Flammarion, 2006.
6. Bruchon-Schweitzer. M et Bruno. Q « *personnalité et maladie, stress, coping et ajustement* », édition Dunod, Paris, 2001.
7. Chahraoui. Kh, Benony. H, « *Methodes, evaluation et de recherche en psychologie clinique* », édition Dunod, Paris, 2003.
8. Dominique. S, « *Le stress au travail : Prévention et prise en charge en thérapie comportemental et cognitives* », Elsevier Masson SAS, 2013.
9. Esparbes. P, Sordes-Ader. F. « *Stratégies de coping et Personnalisation* », Bulgarian Journal of Psychology, 1995.
10. Fernandez. L et Catteuw. M, « *la recherche en psychologie clinique* », Paris, 2 édition Nathan, 2001.
11. Fischer. G-N, « *traité de psychologie de la santé* », Paris, Dunod, 2002.

12. Frydenberg. E, Lewis. R, « the adolescent coping scale », manual malbaurne : Australian concil education, 1993.
13. Georges. A, « *l'histoire tragique et merveilleuse de l'anesthésie* », édition lavauzelle, Paris, 1989.
14. Graziani. P et Swendsen. G, «le stress, émotion, et stratégies d'adaptation », Paris, Armand colin, 2005.
15. Isabelle. P, « *le concept de coping* », créative Commons, 1992.
16. John. C, Snow. M-D, « *Manuel d'anesthésie* », Edition copyright, 1984.
17. Lazarus. R-S, « *psychological stress and the coping process* », New York: Mc Graw-Hill, 1966.
18. Lazarus. R-S, «*Stress, apparaisal, and coping* », New York: springer, 1984.
19. Liotier. J, « *anesthésie réanimation* », Paris, 1957.
20. Madeleine. G, « *Méthode des sciences sociale* », Paris, édition Dalloz, 2001.
21. Madeline. E-B, « *stress et souffrance des soignant à l'hôpital, reconnaissance, analyse et prévention* », Editions ESTEM, 1997.
22. Marguerite. Z, « *histoire de l'anesthésie : Méthodes et techniques au XIX^{ème} siècle.* »EDP sciences, France, 2008.
23. Marilou. B-Sch, Quintard. B, « *personnalité et maladie : stress, coping et ajustement.* », Dunod : paris, 2001.
24. Pierluigi. G, Joel. S, « *Le stress : Emotion et stratégies d'adaptation* », Armand Colin, 2005, pour la presente impression, Nathan/ Seger, 2004.

25. Serban. I, blanchet. A, « *Méthodologie de la recherche en psychologie clinique* », 1^{ere} édition janvier 2009.
26. S-E. Hobfoll, Shirom. A, « stress and burn-out in the workplace conservation of resources », Handbook of organizational behavior, Marcel Dekker Inc, 1993.
27. Siegrist. J, « *Advers health effects of high effort, low reward conditions* », journal of occupational health psychology, 1996.
28. Stacey. C, Henry. C, « *Mécanisme de défense et coping* », Dunod, Paris, 2004.
29. Stora. J-B, « *Le stress: que sais-je* », Edition Paris, 1991.
30. Théry-Hugly, M-C, Todorova. I, « *relation praticien-patient* », traité EMC déontologie, 23,840, C, 10, 1998.
31. Williams. E-S, al, « *the affects of job satisfaction and perceived stress on physical and mental health and withdraw of physicians* », Academy management of proceedings, 2000.

Les dictionnaires

32. Bloch. H, Chernama. R « *grand dictionnaire de la psychologie* », Paris, Larousse, 1992.
33. DSM-4 « *manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* », 4 édition Masson, 1994.
34. DSM-5 « *manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* », 5 édition Elsevier Masson, 2015.
35. Sillamy. N, « *dictionnaire de la psychologie* », Paris, Larousse, 2003.

Revue

36. Grebot. E, Paty. B, Dephanix. N, «*Styles défensifs et stratégies d'ajustement ou coping en situation stressante.* » L'Encéphale: revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique, 2006.

Thèses

37. Levy. F, Lousser, M-R, «*anesthésie locale, locorégionale ou générale* », thèse de doctorat, faculté de médecine Saint-Louis Lariboisière Bicat, université Diderot Paris, 2010.

38. Deogratias. K-Y, «*facteurs déterminants de stress chez les administratifs de l'université pédagogique national* », mémoire de maitrise, université pédagogique national RDC, licence 2010.

39. Charlotte. L, «*concilier stress et prise en soins d'un patient chez les infirmiers urgentistes* », mémoire de maitrise, institut de formation en soins infirmiers », centre hospitalier d'Arras, 2013.

40. Lerat, M-F, «*de la stérilisation* », conseil national de l'ordre des médecins, octobre 1993.

41. Lucie. C, «*Améliorer ses stratégies de coping pour affronter le stress au travail* », L'université du Québec en autouais, 2013.

42. Maia, P, thomas. G, «*le stress de l'anesthésiste réanimateur* », MAPAR, 2011.

43. Lisa. B, «*le stress dans le monde professionnel : mode ou réalité a enjeux multiple ?* », université Paris Descart, 2007.

44. Marc. S, « effets de l'anxiété et de la fréquence cardiaque préopératoire sur la dose de propofol nécessaire à la perte de connaissance chez des patientes normovolémiques.

44. Chappard. D, « *L'infirmier anesthésiste et le monitoring de la de curarisation* », école des infirmiers anesthésistes des hosp ice civile de Lyon, 2010.

45. Kierre. M, « *cours d'anesthésie réanimation : destine aux étudiants de 3^{eme} graduat section sciences infirmiers.* », république démocratique de Congo, édition : 2005.

46. Parrocchetti. J. P, « stress, coping et traits de personnalité (névrosisme et lien de contrôle chez des sauveteurs et des conseillers du pole emploi », thèse de doctorat, mention psychologie, université de Aix-Marseille, 2012.

Sites internet

47. [http : //www.soins-infirmiers. Com/ salle –surveillance –poste interventionnelle. PHP](http://www.soins-infirmiers.com/salle-surveillance-poste-interventionnelle.PHP), 08/03/2016 à 15h52.

48. [http:// www.Chaouky blog. Lemonde. Fr.15/03/2015/ Histoire de l'anesthésie. A](http://www.Chaouky.blog.Lemonde.Fr.15/03/2015/Histoire.de.l'anesthésie.A)

49. <http://www.hopital-foch.com/anesthésie>, 13/03/2016 à 14:30.

50. <http://www.allodocteurs.fr>,16/03/2016 a 15:10.

51. <http://www.sfar.org/recompostop.html>, le 14/04/2016 à 14:15.

52. [http:// www. Cairn. Info-université de Bejaia—193.194.6- 09/03/2016 a 16h14](http://www.Cairn.Info-université.de.Bejaia—193.194.6-09/03/2016.a.16h14), © Dunod.

Annexes

Annexe N° 01 : le guide d'entretien

Les informations personnelles

Sexe ?

Quel âge avez-vous ?

Quel est votre niveau d'instruction?

Quel est votre situation familiale?

Combien d'enfant avez-vous ?

Depuis combien de temps vous travaillez dans ce métier ?

AXE I : les informations sur la profession de l'anesthésie

1. Pouvez-vous-nous éclairer sur le motif du choix de votre métier ?
2. Pouvez-vous nous parler de rythme de votre travail ?
3. Votre emploi du temps vous convient-il ?pour quoi ?
4. Comment est-il le climat de travail dans votre service ?
5. Êtes-vous confronté à des problèmes entre collègues ? Si oui lesquelles et pour quoi ?
6. Quelles étaient vos raisons pour choisir le travail dans le secteur public ?

AXE II : Les informations sur l'état de stress

7. Votre milieu de travail est-il stressant ?
8. Avez-vous des difficultés dans votre travail ? Si oui les quelles ?
9. Vous est il arriver d'être perturber dans votre travail ? Pour quoi ?
10. Souffrez-vous d'une maladie ? Si oui laquelle ? Depuis quand ?

11. Comment évaluez-vous globalement la qualité de votre sommeil ?
12. Pouvez-vous décrire votre comportement au travail ?
13. Que ressentez vous au cours de l'exercice de votre travail ?
14. Pouvez-vous nous décrire votre état psychologique actuel ?
15. Comment vous vous sentez moralement durant votre travail ?
16. Qu'est ce qui vous paraît le plus pénible dans votre travail ? Pour quoi ?
17. Pour vous quel est le principal facteur de stress dans votre travail ?
18. Avez-vous constaté un changement chez vous dans votre comportement ? Si oui le quel ?
19. Comment percevez vous le travail en contacte directe avec les gens ?
20. Que ressentez vous avant l'anesthésie de votre patient ? Pour quoi ?
21. Pouvez-vous nous décrire votre ressenti quand vous êtes au bloc ?
22. Pouvez-vous nous parlez de vos pensées et votre attitude tout au long de votre contacte avec vos patient et au cours de l'anesthésie ? Et après ?
23. Avez-vous des activités qui vous sortent du milieu professionnel ? Si oui les quelles ?
24. Est-ce que vous recevez certaines remarques négatives de la famille ou des amis sur votre travail ? Si oui lesquelles ?

AXE III : Les informations sur les stratégies de coping

25. Qu'est ce qui vous passe à l'esprit lors de vos différentes interventions ?
26. Comment gérez-vous votre travail ?

27. Quand vous avez un problème est ce que vous partager vous émotions avec quelqu'un ? Si oui lequel ?

28. Qu'est ce que vous utilisez pour dépasser votre stress ? Comment vous sentez vous après ?

29. Avez-vous déjà consulté un psychologue ou un psychiatre ? Si oui pour quoi ?

AXE IV : La vision de l'avenir

30. Espéré vous resté dans ce travail ? Pour quoi ?

31. Avez-vous des projets pour vous à l'avenir ? Si oui pouvez vous nous en parler ?

32. Avez-vous d'autres choses que vous voulez nous en parler ?

Annexes N° 02 : l'échelle de stress perçu de (Cohen et Williamson, 1988).

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

Au cours de dernier mois

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

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

Annexes N° 03 : L'échelle Toulousaine de coping de Sylvie Esparbes, Flovence Sordes-Ader et Pierre Tap (1993)

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

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

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

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

Vous trouverez 5 chiffres qui indiquent dans quelle mesure vous utilisez l'affirmation proposée : de 1(pas de tout) à 5(très souvent).

Vous essayer de répondre à toutes les affirmations si c'est possible.

Pas de tous		Très souvent			
1. Je face à la situation.	1	2	3	4	5
2. Je demande des conseils à des professionnels (professeur, médecins,...).	1	2	3	4	5
3. J'essaye de me sentir mieux en mangeant.	1	2	3	4	5
4. Je travaille en coopération avec d'autre pour me mobiliser.	1	2	3	4	5
5. J'essaye de ne pas penser au problème.	1	2	3	4	5

6. Je demande à dieu de m'aider.	1	2	3	4	5
7. J'éviter de rencontrer des gens.	1	2	3	4	5
8. J'accepte le problème s'il est inévitable.	1	2	3	4	5
9. J'essaye de ne pas paniquer.	1	2	3	4	5
10. Je change ma façon de vivre	1	2	3	4	5
11. Je fais un plan d'action et je m'y tiens.	1	2	3	4	5
12. Il m'est difficile d'utiliser des mots pour décrire ce que j'éprouve face à la situation difficile.	1	2	3	4	5
13. Je pense au problème que lorsqu'il se présente.	1	2	3	4	5
14. Je refusé d'admettre le problème.	1	2	3	4	5
15. Il m'arrive de ressentir de l'agressivité pour autrui.	1	2	3	4	5
16. Je fais quelque chose de plus agréable.	1	2	3	4	5
17. J'analyse la situation pour mieux la comprendre.	1	2	3	4	5
18. J'éprouve le besoin de partager avec mes proches ce que je ressens intérieurement.	1	2	3	4	5
19. J'attaque le problème de front.	1	2	3	4	5
20. Je discute de problème avec mes parents ou avec d'autres adultes.	1	2	3	4	5
21. J'oublie mes problèmes en prenant des médicaments.	1	2	3	4	5

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

problème.					
38. Je demande à des gens qui ont eu une expérience similaire ce qu'ils ont fait.	1	2	3	4	5
39. Je prends des drogues ou fume pour calmer mon angoisse.	1	2	3	4	5
40. J'aide les autres comme j'aimerais être aidé(e).	1	2	3	4	5
41. J'essaie à tout prix de penser à l'autre chose.	1	2	3	4	5
42. Je plaisante sur la situation dans laquelle je me trouve.	1	2	3	4	5
43. Je me mets en retrait par rapport aux autres.	1	2	3	4	5
44. J'accepte l'idée qu'il faut que résolve le problème.	1	2	3	4	5
45. Je garde pour moi mes sentiments.	1	2	3	4	5
46. Je modifie mes actions en fonction du problème.	1	2	3	4	5
47. Je me donne des objectifs à atteindre.	1	2	3	4	5
48. Mes émotions disparaissent aussi vite qu'elles sont apparues.	1	2	3	4	5
49. Je me retiens d'agir trop rapidement.	1	2	3	4	5
50. Je me dis que ce problème n'est pas important	1	2	3	4	5
51. Je suis envahi(e) par mes émotions.	1	2	3	4	5
52. Je me tourne vers d'autres activités pour me distraire.	1	2	3	4	5

53. Je réfléchis aux stratégies que je pourrais employer pour mieux résoudre mon problème.	1	2	3	4	5
54. Je cherche la sympathie, les encouragements des autres.	1	2	3	4	5

La feuille de dépouillement N°1

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

La feuille de dépouillement N°2

Répartition des items

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

(S. Espardes et coll, 1989, pp.93- 94).

Annexe N° : 04

Les tableaux des réponses des cas sur les échelles

N°01 : L'échelle de stress perçu de (Cohen et Williamson, 1988).

Cas de Mr (A)

Au cours de dernier mois

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

Annexe N° : 05

N°2 : L'échelle de toulousaine de coping du Cas(A)

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

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

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

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

Annexe N° 06

Cas de Mr(B)

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

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

Annexe N° :07

L'échelle de toulousaine de coping de cas (B)

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

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

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

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

Annexes N° 08

Cas de Mr(C)

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

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

Annexes N° 09

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

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

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

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

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

Annexes N° 10

Cas de Mm^e (D)

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

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

Annexe N° 11

L'échelle de toulousaine de coping de Mme (D)

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

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

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

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

Annexe N° 12

Cas de Mme (E)

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

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

Annexe N° 13

L'échelle de toulousaine de coping de cas (E)

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

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

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

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

Annexe N° 14

Cas de Mr(F)

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

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

Annexe N° 15

L'échelle de toulousaine de coping de cas de (F)

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

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

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

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

Annexe N° 16

Cas de Mme(G)

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

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

Annexe N° : 17

L'échelle de toulousaine de coping de cas (G)

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

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

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

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

Annexe N° 18

Cas de Mr(H)

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

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

Annexe N° 19

L'échelle de toulousaine de coping de cas (H)

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

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

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

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

Annexes N° 20

Cas de Mm^e (I)

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

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

Annexes N° 21

L'échelle de toulousaine de coping de cas (I)

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

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

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

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

Annexe N° 22

Cas de Mm^e (J)

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

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

Annexe N° 23

L'échelle de toulousaine de coping de cas (J)

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

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

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

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