



UNIVERSITÉ ABDERRAHMANE MIRA BEJAÏA
FACULTÉ DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES
DEPARTEMENT DES SCIENCES SOCIALES

MÉMOIRE DE FIN DE CYCLE

En vue de l'obtention d'un diplôme de Master

Option : Sociologie de la santé

Thème :

Les facteurs du stress professionnel chez les Auxiliaire Médicaux en
Anesthésie-Réanimation(AMAR)

Cas d'étude : Service de Chirurgie générale
EPH de Sidi Aich- W. Bejaia.

Réalisés par :

- BENATSOU Tassadit.
- HALLOU Lacia.

Encadré par :

M^{me} : BELKACEM Karima

Année universitaire : 2015 /2016

Remerciement

Nous remercions dieu pour le courage, la patience, La force la volonté et la santé qui nous a donner Pour réaliser se modeste travail.

Nos remerciements et reconnaissances à notre promotrice Madame « **BELKACEM Karima.**

Dont ce travail n'aurait jamais pu aboutir sans elle, nous souhaitons la transmettre l'expression de notre reconnaissance et notre plus profonde gratitude.

On tien également à remercier le responsable de la spécialité le **Dr « BERRETIMA Abdel Halim ».**

On n'oubliera pas de remercier nous familles qui nous ont toujours Encouragés et soutenus.

Nous tenons à remercier particulièrement tous le personnel du bloc opératoire qui nous ont Apporté leurs aident durant la période de stage pratique à l'EPH de Sidi Aich, Bejaia.

Nous tenons aussi à remercier tous les enseignants De département Sciences Humaine Sociales « LMD » qui nous ont Toujours encouragé et soutenus.

nous tiens à remercier les membres de jury, du plaisir et l'honneur qu'ils font en acceptant d'être présents le jour de la soutenance pour juger ce modeste travail.

Ainsi que tous ceux qui ont aidé de près ou de loin à la réalisation de ce travail, trouvant l'expression de notre profond sympa.

Un grand « Merci »

Dédicace

Ces avec une pensée pleine de reconnaissance que je dédie ce modeste travail :

A mes très chers parents que j'aime : je vous offre aujourd'hui cette pensée pour vous assurer l'importance que vous évoquez à mes yeux la place unique que vous occupez dans ma vie, aux sacrifices que vous vous êtes donnés pour moi j'espère être à la hauteur de vos pensées, que vous serez à jamais fiers de moi.

Je vous souhaiter affectueusement une longue et heureuse vie avec nous. Que dieu vous bénisse.

A ma chère sœur NASSIMA et son mari un grand merci je vous souhaite une vie florissante avec vos enfants RACHEL et ESTAIRE ainsi chère grand-mère et A: ma sœur Siham et mes chères frères BOUSSAD et LAMIN et à mes très chères amie : NADIR et WAWA, TASSADIT ainsi son mari NABIL qui m'ont beaucoup encourager

Que de bonheur et de réussite pour vous.

A ma binôme je le souhaite que de bonheur dans sa vie est de la joie avec sa famille.

A ma promotrice M^{me} BELKACEM Karima

A toute mes amis(es) les plus proches et les plus loin et tout ma famille

A tout ce que je pense très fort

LACIA

Dédicace

*C'est avec une pensée pleine de reconnaissance que je dédie ce travail :
A mes très chers parents que j'aime : je vous offre aujourd'hui cette pensée
pour vous assurer l'importance que vous évoquez à mes yeux la place unique que
vous occupez dans ma vie, aux sacrifices que vous vous êtes donnés pour moi j'espère
être à la hauteur de vos pensées, que vous serez à jamais fiers de moi.
Je vous souhaité affectueusement une longue et heureuse vie avec nous, que
dieu vous protège.*

*A la personne qui ma soutenu et encouragé et qui été avec moi dans le
mauvaises et les bons moments malgré tous les obstacles Amô-miã-vita «*Ferhat
Ouaret*» et tout sa famille surtout ses petites nièces *Lina* et *Fasmin*.*

*A mes chères sœurs *Fetta*, *Thafath*, *Thiziri*, *Fayza*, et ma petite sœur
Lahna.*

*A mon chère frère *Saad*.*

*A mes grands parents, mes oncles et leurs épouses et mes tantes et leurs épouse
ainsi que mes cousins et mes cousines.*

*A mes chères copines : *Tiha*, *Ghania*, *Sydia*, *Zahra*, *Kletoum*,
Salih, *Shahinez*.*

*A tous mes amies de la promo de la sociologie santé sans exception.
A ma chère binôme je la souhaite que de bonheur dans ça vie est de la joie
avec ça famille.*

*A ma promotrice M^{me} *BERKAGEM Karima*.*

A toute mes amis(es) les plus proches et les plus loin.

A tout ce qui je pense très fort.

TAOUSA DIT/ OSAOUSA

Sommaire

Sommaire

- Liste des abréviations.

- Liste des tableaux.

Introduction.....I

Partie théorique

Chapitre I : Problématisation de l'objet.

Introduction :

1. Les raisons de choix du thème	06
2. Les objectifs de la recherche.....	06
3. Les études antérieures.....	07
4. Problématique	10
5. Hypothèses	15
6. Définition des concepts	16

Conclusion

Chapitre II: Généralité sur le stress :

Introduction :

1. La notion du stress.....	23
2. L'historique du stress.....	25
3. Les théories du stress.....	27
4. Les déterminants de stress au travail.....	30
5. Le stress comme maladie professionnel.....	34
6. Gestion du stress	34

Conclusion

Chapitre III : Aperçu sur la profession Auxiliaire Médicaux en Anesthésie-Réanimation (AMAR) en Algérie :

Introduction

1. Le statut des AMAR.....	37
2. Droit des AMAR.....	37
3. l'activité de l'anesthésiste.....	38
4. La prise en charge anesthésique en Algérie.....	38
5. La tâche prescrite et l'activité réelle des AMAR.....	41
6. La délégation de tâches médicales aux AMAR.....	43

Conclusion

Chapitre IV : Cadre méthodologique :

Introduction

1. Présentation de l'organisme d'accueil.....	49
2. La population mère.....	53
3. La population d'enquête.....	53
4. Méthodes et techniques utilisés.....	56
5. Enquête.....	60
6. L'analyse et interprétation des résultats.....	60
7. Les avantages du l'enquête du terrain.....	61
8. Les difficultés de l'enquête.....	61

Conclusion

Partie pratique :

I- Discussions et interprétations des résultats.

1- surcharge du travail et stress professionnel.....65

2- La position juridique des AMAR et le stress professionnel.....71

3- Climat de travail et stress professionnel.....75

II- Vérification et discussion des hypothèses.....79

Conclusion.....82

Liste bibliographique.

Annexes.

La liste des abréviations :

AMAR : Auxiliaire Médicaux en Anesthésie et Réanimation

EPH : Etablissement Public Hospitalier.

SAMU : Service d'Aide Médicale d'Urgence.

SMUR : Service Médicaux d'Urgence Réanimation.

OMS : Organisation Mondial de la Santé.

MAR : Médecin Anesthésiste Réanimateur

Liste des tableaux :

Tableaux	Intitulé du tableau	page
Tableau N° 1	Nombre de lit dans chaque service de l'EPH de Sidi Aich	52
Tableau N°2	l'effectif du personnel du bloc opératoire	52-53
Tableau N° 3	les caractéristiques socioprofessionnelles des AMAR interviews	55

Introduction

Introduction

Introduction :

Le travail est vital et essentiel pour l'être humain, et une source de plaisir, de création, de liberté, et soutien de l'identité, ainsi ni au mois aussi que source de souffrance de contrainte et de dérives vers la maladie.

Les maladies professionnelles les plus graves sont en perpétuelle régression, alors que de nouvelles figures ont occupé le terrain et suscité de nombreuses recherches dans différents domaines notamment en sociologie, ergonomie et psychologie.

Depuis quelques temps, dans le milieu de travail, le stress est désigné comme l'ennemi numéro un de la santé des employés dans les différents domaines.

Selon DOMINIQUE Servant le stress : « *désigne un état de détresse en rapport avec la dureté de la vie et d'adversité* »¹. Et sur le même contexte le stress est aussi considéré comme : « *un mythe qui sert à symboliser un processus psychologique complexe et imperceptible directement* »².

Dans les discours populaires et dans les médias le stress est présent quasi quotidiennement. Le stress il a u un statut de maladie du siècle, puisque « *le stress s'intègre aujourd'hui dans la vie quotidienne, car il traduit une conception moderniste de XX^e siècle, qui marque la prédominance des idées en matière d'adaptation et de performance* »³.

L'hôpital est un établissement public de soins, où les professions de la santé tel que les médecins, les paramédicaux, les agents de services, sont reposé a des contraintes complexes qui peuvent reproduire franchement sur leur santé.

¹ DOMINIQUE Servant, *Gestion du stress et de l'anxiété*, Edition ELSEVIER MASSON, 3^{em} édition, Pologne, Janvier 2015, p 51.

² MASSOUDI Koorosh, *Le stress professionnel*, Peter Lang SA, Edition Scientifique Internationales, 2009, p1.

³ MASSOUDI Koorosh, op.cit, p 2.

Introduction

En effet le travail qu'accomplissent les Auxiliaires Médicaux en Anesthésies-Réanimation (AMAR) au cours de leur activité professionnelle constitue une vaste partie dans le domaine de la santé, soit dans la fonction public ou privée. Lorsque le stress professionnel influe d'une façon direct sur leur bien être physique et morale au travail. C'est le concret qu'on a retenu de l'EPH de Sidi Aich. La charge de travail, les conflits, le peur, la pression, le manque de soutien, le manque du matériel, la fatigue, la violence verbale, sont les facteurs qui engendre et provoque le stress chez cette profession de santé.

Alors il est nécessaire de prendre en considération les origines du stress engendrais dans l'espace professionnel. C'est pour cela qu'on a choisi notre thème « le stress professionnel chez les Auxiliaires Médicaux en Anesthésie-Réanimation (AMAR) » au sein du bloc opératoire de l'EPH de Sidi Aich.

Dans le but d'approcher le phénomène du stress professionnel chez les AMAR dans un point de vue sociologique, nous avons divisé notre travail en deux parties, une partie consacrée a la théorie partagée en quatre chapitres :

- ❖ Le 1^{er} chapitre englobe les raisons et les objectifs du choix du thème, les études antérieurs, la problématisation de l'objet, les hypothèses et la définition des concepts clés.
- ❖ Le 2^{eme} chapitre concerne les généralités sur le stress professionnel.
- ❖ Le 3^{eme} chapitre consacré est réservé à profession AMAR en Algérie.
- ❖ Le 4^{eme} chapitre est concernant la méthodologie technique de recherche, les outils de notre étude (méthode, technique utilisé et population d'enquête, échantillon de l'enquête,....etc.).

La deuxième partie est réservée a l'expose des résultats du terrain sur le stress professionnel. À la pratique qui englobe l'analyse des données collectées dans notre terrain de recherche, elle est reparte en titre suivant, le 1^{er} titre

Introduction

concerne la relation de la charge de travail et le stress professionnel, le 2eme titre est réservé au statut professionnel et le stress, le 3eme titre aborde le climat de travail des AMAR comme facteur du stress professionnel. En dernier lieu nous achevons cette partie pratique par la vérification de nos hypothèses, en dernier lieu notre étude conclue par une conclusion générale de notre travail, annexes, et une liste bibliographique.

Partie théorique

Chapitre I

Problématisation De

L'objet d'étude

Introduction :

Dans ce premier chapitre, nous allons présenter le cadre théorique de notre recherche. Nous commençons par les raisons du choix et les objectifs de notre thème, ensuite les études antérieures, par la suite la problématique et les hypothèses et enfin la définition des concepts clés.

- Les raisons et les objectifs du choix de thème :**➤ Les raisons du choix de thème :**

Les raisons qui nous ont poussées à choisir ce thème sont les suivantes :

-le stress professionnel est un sujet d'actualité ,et un véritable problème de santé publique.

- La santé au travail fait actuellement un sujet d'études pour les différentes disciplines.

-Découvrir la gravité de la situation dans le milieu socioprofessionnel hospitalier.

➤ -Les objectifs de la recherche :

Nos objectifs se résument essentiellement dans les points suivants :

- Comprendre le phénomène du stress professionnel.
- Connaître la profession Auxiliaire Médicaux en Anesthésie Réanimation.
- Identifier le stress professionnel en milieu hospitalier et parmi la catégorie professionnelle des Auxiliaires Médicaux Anesthésie-Réanimation.
- Mettre en évidence les principales sources du stress professionnel.
- Déterminer comment les Auxiliaires Médicaux en Anesthésie-Réanimation gèrent-il- leur stress au quotidien.
- Découvrir les causes principales du stress professionnel au milieu hospitalier.

2- Les études antérieures :

Nous allons à présent examiner l'ensemble des travaux et des études scientifiques relatives à la question du stress qui ont touché les différentes catégories socioprofessionnel tel que les dentistes, les infirmières... etc. Dans leurs espaces professionnelles, pour situer notre perspective théorique, nous allons faire référence aux études suivantes :

Sur le stress relative Ces études sur le stress semble presque toutes suivre la même démarche méthodologique « *d'une manière générale : élaboration d'un questionnaire listant les sources de stress selon une étude d'environnement professionnel préalable, un questionnaire médical de santé (comprenant la dimension mentale et psychique) ; et un questionnaire évaluant le degré de satisfaction professionnelle. Passons à présent en revue à titre d'exemple ; l'expérience de stress de professions à haut risque ; et/ou de professions particulièrement stressantes* »¹.

Etude N°01 : Le stress dans certaines professions de santé² :

Aux années 70-80, l'association des dentistes américains(ADA) à menée une étude, pour but de déterminer et souligner les principes sources et origines, du stress chez les dentistes en Californies. Cette recherche à été réalisée par un questionnaire, distribué à une population composée de 150 dentistes âgées entre 27 et 73 ans. Les résultats de cette étude ont démontré en premier lieu que les patients difficiles sont parmi les aspects les plus stressants de cette profession, et en deuxième lieu que l'emploi du temps trop chargé pour les dentistes engendre un stress professionnel.

¹ JEAN-Benjamin Stora, *Le stress. Que Sais- Je ?*, quatrième édition, éd Puf, Paris 2000, p39.

² Ibid. p 41.

Etude N°02 : Le stress des infirmières³ :

Une étude a été diffusée en 1993, menée par un ensemble de chercheurs dont le D^{rs} Chantal Rodary et Annie Gauvain –Piquard sur le stress et l'épuisement professionnel chez la population de 520 infirmières, interrogées dans deux grandes hôpitaux de la région parisienne.

Les résultats de cette étude font ressortir que dans l'espace hospitalier la population d'étude des infirmières est la plus épuisée émotionnellement. Il ressort aussi que les facteurs du stress associés à l'épuisement professionnel sont à rattacher essentiellement au dysfonctionnement de la structure hospitalière et à la charge ergonomique.

Etude 03 : Une étude des processus impliqués dans l'évaluation du stress au travail⁴:

L'objectif de cette étude est d'examiner la forme du rapport entre des degrés de stress perçu, en adaptant la méthodologie de la mesure fonctionnelle, pour arriver à définir la nature du mouvement cognitive qui fait référence au stress professionnel. L'échantillon de cette enquête englobe 109 salariés âgés de 19 à 54 ans (54 femmes et 55 hommes), les résultats ont démontré que les facteurs relationnelle dans l'évaluation de l'intensité de stress sont très important, suivi par la charge du temps, le dérangement, l'apprentissage et latitude de décision.

³ JEAN-Benjamin Stora, op.cit, p 44.

⁴ Ibid. p 6, 7.

Etude N°4 : Évaluation du stress chez le personnel de santé au Maroc⁵ :

Cette étude épidémiologique, latérale et multicentrique, a pour but d'apprécier le niveau de stress chez le personnel médical et paramédical travaillant dans les services hospitaliers. Elle estime les facteurs de danger, et les expressions psychosomatiques du stress, et analyse la relation entre état de stress et les caractéristiques socioprofessionnelles, facteurs de risque et manifestations psychosomatiques. Pour obtenir les résultats, les chercheurs ont optés pour l'utilisation d'un questionnaire anonyme, comporte 50 items regroupés en quatre rubriques remis à un ensemble des infirmiers et des médecins. D'après l'enquête trois milles cinq cent cinquante-quatre sujets ont répondu aux questionnaires. La prévalence du stress était de 21,7 %. Le sexe féminin et les paramédicaux étaient les plus atteints. Le stress était plus fréquent dans les grandes villes (Casablanca et Rabat). Les dirigées de réparation étaient les plus importantes chez les sujets stressés. Les facteurs de risque de stress professionnel étaient la forte demande psychologique associée à une faible latitude décisionnelle et à un soutien social insuffisant.

-EtudeN°05 : stress au travail, du Cortisol Salivaire et risque cardiovasculaire ches les conducteurs de bus Tunisiens⁶ :

Cette etude est menée chez les conducteurs de bus, pour évaluer le risque cardiovasculaire, dans les dix ans à venir chez ces conducteurs, et analyser les relations entre le stress professionnel et le risque.

Il s'agit d'une étude épidémiologique transversale menée en 2010 basée sur un questionnaire comprenant entre autres le questionnaire de Karasek

⁵ <http://www.sciencedirect.com/science/activateaces>, Évaluation du stress chez le personnel de santé au Maroc : à propos d'une étude multicentrique, Environnement, Volume69, Issues 5–6, December 2008, Pages 672–682, consulté le 22/05/2016 à 10h30min.

⁶ [http://int.search.tb.ask.com/Archives des maladies professionnel et de l'environnement](http://int.search.tb.ask.com/Archives%20des%20maladies%20professionnel%20et%20de%20l%27environnement), volume 72, Issue 6, Décembre 2011, p 623, 632, consulté le 20/05/2016, à 15h.26min.

(évaluation de la tension au travail), un examen clinique, un bilan biologique et un dosage du cortisol salivaire avant et après le travail. L'évaluation du risque cardiovasculaire a été faite par un score de Framingham modifié par D'Agostino et al.

Les résultats de cette étude ont démontré une forte demande psychologique au travail a été notée chez 27 chauffeurs (47,4 %), et une faible latitude décisionnelle chez 24 chauffeurs (42,1 %). Le « job strain » a été noté chez 13 des chauffeurs de notre population (22,8 %). La moyenne du cortisol salivaire a été de $9,74 \pm 2,12$ nmol/L avant le travail et de $7,73 \pm 0,78$ nmol/L après le travail. La moyenne du risque cardiovasculaire global dans les dix ans a été de $7,22 \pm 7,13$ % ; la majorité des chauffeurs de bus (87,7 %) avait un risque cardiovasculaire global faible inférieur à 15 %. Une relation positive modérée statistiquement significative de type linéaire entre la demande psychologique et le cortisol salivaire avant le travail a été notée avec $p = 0,029$ et $r = 0,29$. De même, une relation négative modérée et statistiquement significative de type linéaire entre la latitude décisionnelle et le cortisol salivaire avant le travail a été relevée avec $p = 0,029$ et $r = -0,289$. Aucune relation statistiquement significative n'a été trouvée entre le cortisol salivaire et le risque cardiovasculaire dans les dix ans à venir.

Cette étude constitue une étape de dépistage des facteurs socioprofessionnels impliqués dans l'état de santé cardiovasculaire et de santé mentale au travail chez les conducteurs de bus.

4- Problématique :

Dans la dimension psychosociale, la conception de l'individu vis-à-vis du travail est devenue également un phénomène et sujet d'étude et de recherche de ces dernières années. Le travail prend une grande importance et une priorité dans la vie afin de garantir la continuité et le bien être individu. En effet, dans la vie financière le travail attribue un rôle moteur et indispensable quant à la construction de la santé mentale ; il peut être idéalement une source de risque psychosocial.

Le stress c'est un phénomène d'objet de discours abondant, sans savoir ce qu'il recouvre réellement il touche presque tous les secteurs de l'activité humaine. D'autant plus les contraintes ressenties au milieu de travail qui influence le bien être des travailleurs, à savoir la charge de travail et le degré d'autonomie, le stress professionnel ou le stress au travail, est à la fois un souci de santé publique et une difficulté économique. C'est la pénibilité psychologique du travail (charge de travail, conflit, manque des bonnes conditions de travail,...) qui tend à augmenter, selon SCHAUFLI et ENZMANN qui le définissent comme « *état transitoire de désadaptation fonctionnelle dont les symptômes psychique, physiologique, et comportementaux manifeste une tentative d'adaptation non encore réussie, et se manifestant à court ou moyen terme* »⁷.

Parmi l'ensemble des risques psychosociaux au travail, le stress qui selon le dictionnaire des termes de médecine est « *un mot anglais employé par H. Selye (1936) pour exprimer l'état réactionnel d'un organisme soumis à l'action d'un excitant quelconque* ».⁸

Les répercussions des conditions de travail sur la santé physique et psychologique des individus ont été soulevées par de nombreux chercheurs à savoir, l'exposition à toutes sortes de nuisance, l'organisation de travail, la

⁷ BELARIF (H), *facteurs au stress professionnel en milieu hospitalier*, mémoire pour l'obtention du diplôme de fin de maîtrise en administration sanitaire et SAMU public, Maroc, 2004

⁸ DELAMARE Garnier, *DICTIONNAIRE DES TERMES DE MEDECINE*, éd MALOINE, 26^{em} édition, Paris, 2000, p 778.

communication...etc. D'autant plus que les contraintes ressenties en milieu de travail influent aussi le bien être des individus. Les chercheurs tels que ESTRYN-BEHAR (1997), KARASEK, DEJOURS, et d'autre ont démontré à travers leurs études le lien existant entre le rôle des facteurs de risque de santé et la nature et l'organisation de l'activité professionnelle en soulignant que certaines conditions de travail peuvent altérer le fonctionnement physique et psychologique des individus⁹.

LEVI (1970) écrit : « *on se rend compte de plus en plus que la vie professionnelle soumet de nombreux travailleurs à des stimuli psychosociaux important et peuvent être même dangereux. On parle couramment du stress de la vie professionnelle, on mentionne les conséquences de la compétition et les incitations à l'avancement et au succès. Il convient toutefois de ne pas oublier que ce concept englobe également les conséquences des situations conflictuelles avec les camarades de travail, du travail aux pièces, de la réduction du travail à des tâches routinières isolées, du travail par équipe, de l'automatisation, des changements technologiques accélérés de l'urbanisation...etc.* »¹⁰

Les conséquences du stress sur la santé physique et psychologique des individus ont été soulevées par de nombreux chercheurs, tel que Karasek qui a représenté le stress au travail dans son modèle et le développé au début des années 1980, ainsi que les cadences et la monotonie des tâches (expliquer par le modèle de Siegrist développé en Allemagne à partir de 1986).

D'après GREEN Berg (1983), le stress est issu à la fois du stresser et des facteurs de conditionnement selon lui, un stresser est un stimulus qui a le potentiel d'initier la réaction fuite/combat chez un individu. De leur coté HOLMES et RAHE (1967), soutiennent la théorie de l'effet cumulatif des stressers et de leur incidence sur l'état de santé. Et ceux de RAHE et ses collaborateurs, de même que les études ultérieures entreprises par ses chercheurs

⁹ AUCON, (S), *Évaluation du niveau de stress chez les infirmières, et de leur préparation à le gérer*, Université du Québec, 1989, p 27.

¹⁰ FRANSEY, T, *Le stress et satisfaction au travail*, 1^{er} édition, Genève, 1983, p 37.

dans le cadre de ce qui à été désigné sous le nom de « Life Event Research » ont nettement fait ressortir les liens qui existent entre l'environnement social d'un individu et de son état de santé.

L'état de l'individu dépend de climat de son travail au sein de l'espace professionnel, cela demande des capacité de chacun pour s'adapter a des nouvelles situations. En France, Aubert et Pagès (1989) « proposent la notion de « stress » organisationnel''. Ils le définissent comme une perturbation de l'individu pouvant être liée à sa situation dans l'organisation ou à une modification de celle-ci, requérant l'adaptation de l'individu à des demandes nouvelles''. Cette perturbation " se traduit par des tensions psychiques, accompagnés ou non de troubles organique "»¹¹.

Dans l'approche de l'environnement social, des facteurs professionnels de stress peuvent fort bien constituer des événements significatifs de l'existence et contribuer au niveau global de stress. Cette approche présente certes des problèmes en ce qui concerne les méthodes de sélection d'enregistrement d'interprétation, d'évaluation et de classement.

Les théories cognitive du stress reconnaissent la complexité des réactions de l'individu face au stress, mais se sentent davantage sur le rôle des réponses ou des attributions spécifique ou sur les processus cognitifs qui influencent ces dernières.

Ainsi que la théorie de l'attribution qui inspire spécifiquement l'existence d'un rapport causale dans laquelle les attributions consécutives à certain événement déterminent le niveau de stress vécu par l'individu, ainsi que les effets négatifs. Sur le même contexte le modèle de Beck considère la transaction stressante comme « le résultat d'un processus actif, continu, qui inclut des

¹¹ MADELEINE Estryn-Behar, Stress et souffrance des soignants à l'hôpital, éd Estem, Octobre 2004, p 6,7.

analyses, des interprétations et des évaluations successives de la situation externe, des risques, des coûts et des avantages d'une réponse particulière »¹².

Les modèles de l'approche interactionniste visent à avouer les zones à risque dans l'organisation. Les questionnaires qui en résultent accèdent de quantifier les témoignages de souffrance au travail, sans individualiser la problématique du stress. Cette approche vise à identifier les zones de danger dans l'organisation, sans prendre en appréciation les activités réelles des travailleurs, sans prendre en compte les mécanismes de protection ; d'ajustement, de régulation mis en œuvre par les travailleurs.

Selon l'approche transactionnelle qui bloque les éléments qui accèdent à l'individu de dire qu'il est stressé et comment fait-il pour définir cette collecte de résistance physique et mentale en tant que stress.

Selon Cox 1987 le stress est créé par un déséquilibre entre la perception des exigences et la capacité d'y faire. Il ne s'agit donc pas d'une évaluation objective du stressé et de ses propres ressources, mais de la perception subjective des conditions aversives et des capacités de coping qu'à le sujet.¹³ Selon cette approche une situation devient stressante quand la « demande » faite par l'interaction individu/environnement est évalué par le sujet comme excédent ces propres ressources et mettant en danger son bien-être.¹⁴

Les modèles de l'approche transactionnelle s'intéressent aux transformations intermédiaires confèrent entre la situation stressante et les effets du stress sur les canaux de l'individu et à sa santé. Ils visent tout particulièrement à identifier les processus d'évaluation et de « coping ». Convenu sur les règlements individuelles et sur les stressés eux-mêmes, ils s'intéressent aux activités réelles des individus et prennent en compte la variabilité intra et interindividuelle.

¹²GRAZIANI Pierluigi, Joël SWENDSEN, Le Stress, émotion et stratégies d'adaptation, éd ARMAND COLIN, France, mais 2005 p 38, 41

¹³ GRAZIANI Pierluigi, Joël SWENDSEN, op.cit, p 47.

¹⁴ Ibidem.

Pour ce modèle, les stresseurs physiques ou psychologique produisent des réponses de stress seulement après avoir été évalués comme menaçant et dangereux par le sujet. Le stress dépend ainsi de la qualité de la transaction entre l'individu et l'environnement et ne peut pas être réduit à l'un ou à l'autre de ces éléments. La clef du modèle transactionnel est l'accent mis sur la dimension cognitive, le travail d'évaluation du sujet à l'apparition du stresser¹⁵.

Le secteur de la santé est le plus sensibles à la pression, ce qui est des secteurs sensibles et vitaux, offrant des citoyens des services permanents dépendent de leur vie, les employés du secteur public et en particulier les AMAR, en raison de la nature de leurs professions nécessitant une précision dans l'injection et l'intubation et déterminer les doses appropriées au malade, prennent des précautions, de différentes maladies et une attention permanente et une concentration mentale avec tous. Cette catégorie professionnelle exposée à des événements spécifiques au cours de l'exercice de leur métier, provoque l'apparition des troubles psychologiques bouleversante continuellement stressantes, car ils sont impliqués émotionnellement face aux conditions de travail.

Cela nous amène dans la présente étude, en s'appuyant sur la théorie transactionnelle de «Lazarus et Folkman » qui vise d'une quelque sorte les natures des relations comme les conflits, les conditions du travail, et la position des travailleurs, le climat du travail cette théorie peu nous aidées a démontré la nature du stress dans les milieux professionnelle hospitalière et considérant que le stress est donc une transaction fondée sur l'évaluation que l'individu va faire des demandes de l'environnement et de ses ressources. C'est un processus dynamique ou l'environnement influence l'individu et ou l'individu va

¹⁵ Ibidem.

influencer son environnement.¹⁶ Et qui vas nous soutenues à répondre à la question suivante :

Quel sont les facteurs qui génère le stress professionnel chez les AMAR ?

Les trois réponses que nous avons formulées à cette question en forme d'hypothèses sont les suivantes :

- Est-ce que le Stress professionnel chez les AMAR est dut à la surcharge de leur travail ?
- Est-ce que l'absence de couverture juridique professionnelle chez les AMAR provoque le stress professionnel ?
- Est-ce que l'apparition du stress professionnel due à l'existence des conflits avec les chirurgiens ?.

¹⁶ Sous la direction de Serge SULTAN et Isabelle VARESCON, Psychologie de la santé, 1^{er} édition, éd Puf, Paris, octobre 2012, p44.

5- Les hypothèses :

Dans le processus de la systématisation et de la démarche scientifique, la formulation des hypothèses constitue une étape décisive.

Selon La démarche d'une recherche en sciences humaines, François DEPELTEAU définit l'hypothèse: «*comme une réponse anticipée que le chercheur formule à sa question spécifique de recherche.*»¹⁷ Et Maurice Angers l'identifie comme la «*l'hypothèse est une réponse supposée à une question de recherche, prédiction à vérifier empiriquement*»¹⁸. Et d'après cette définition nous allons présenter nos hypothèses qui sont :

❖ **La Première hypothèse :**

- ✓ La surcharge de travail chez les AMAR est une source de stress professionnel

❖ **La deuxième hypothèse :**

- ✓ L'absence de couverture juridique professionnelle chez les AMAR provoque le stress professionnel.

❖ **La troisième hypothèse :**

- ✓ Les conflits au bloc opératoire entre les AMAR et les chirurgiens engendrent le stress professionnel.

¹⁷ GRODRON MACE. François PETRY, *guide d'élaboration d'un projet de recherche en sciences sociales*, 3^{ème} Édition Les Presses de l'Université de Lavan, Canada, 2000, P 41.

¹⁸ ¹⁸ Maurice Angers, *Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines*, 6^{me} édition, édition CEC, Québec Canada, 2014, p 26.

6- Définition des concepts :**1- Le stress :**

Pierluigi GRAZIANI et Joël SWENDSEN le stress a fait l'objet de milliers de publications, aucune définition universelle ne peut être identifiée. Le Dictionnaire de psychologie (Doron et Parot, 1998), par exemple, donne plusieurs définitions selon le domaine d'application. En physique, le stress est considéré comme une « *contrainte excessive subie par un matériau* ». En biologie, ce serait « *l'agression s'exerçant sur l'organisme(les agents stressseurs) et la réaction de l'organisme aux agressions* ». En psychologie, il renvoie aux « *multiples difficultés auxquelles l'individu a du mal à faire face(...) et les moyens dont il dispose pour gérer ces problèmes* ». ¹⁹

Dans le dictionnaire de français :

Le stress c'est la perturbation biologique et physique d'un organisme due à une agression quelconque ; cette agression. ²⁰

Pour Gaëtan MACALUSO

« *Le stress est un ensemble de réaction physiologique et psychologique qui se manifestant lorsqu'une personne est soumise à un changement de situation.* » ²¹

Pour Mahmoud BOUDARENE le stress « *un sujet est stressé quand il a le sentiment d'être débordé(ou qu'il risque de l'être) par un événement nouveau auquel il doit faire face. Ainsi considéré, le stress apparaît comme un « état de décalage »entre les demandes exigées par la situation nouvelle, telles que perçues par le sujet, et l'idée qu'il se fait de ses possibilités de réponse. Le résultat en est le sentiment de la perte du contrôle.* » ²²

¹⁹ Pierluigi GRAZIANI et Joël SWENDSEN, LE STRESS émotions et stratégies d'adaptation, éd ARMAND COLIN, France, mai 2005, p 10.

²⁰ Le petit LAROUSSE ILLUSTRÉ, édition LAROUSSE, paris, 2010, p 405.

²¹ Gaëtan MACALUSO, le stress chez les personnes âgées, éd l'harmattan, paris 2008, p11.

²² Dr Mahmoud BOUDARENE, LE STRESS Entre bien être et souffrance, édition BERTI, Alger, 2005, p8.

Définition opératoire :

Le stress est un male physique et psychique, et un sentiment de peur et d'encoléré, vécu dans le milieu professionnel en situation de travail.

2- 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 professionnelles.²³

Le stress en milieu de travail ou stress professionnel se définit comme « *l'ensemble du processus par lequel la personne perçoit et interprète son milieu de travail en relation avec sa capacité d'y faire face* »²⁴.

Définition opératoire:

L'ensemble des actions que peuvent avoir des salariés, lorsqu'ils sont confrontés à des circonstances et à des pressions professionnelles qui ne correspondent pas à leurs capacités ni à leurs connaissances, le stress au travail ou professionnel peut en effet entraîner des conséquences sur la santé, physique ou morale, d'un salarié.

3- Auxiliaire Médicaux en Anesthésie-Réanimation :

Conformément à l'article R 4311-12 du code de la santé publique, l'IADE a une exclusivité de compétence en anesthésie au bloc opératoire. Ainsi, cet article précise que « *l'infirmier ou l'infirmière, anesthésique diplômé d'Etat, est seul habilité à condition qu'un médecin anesthésiste-réanimateur puisse intervenir à tout moment, et après qu'un médecin anesthésiste-réanimateur a examiné le patient et établi le protocole* »²⁵

²³ DOMINIQUE Servant, Le Stress au travail prévention et prise en charge en thérapies comportementales et cognitives, éd ELSEVIER MASSON, paris, 2013, p 1.

²⁴ SIMON L. DOLAN-ANDRE ARSENAULT, STRESS ESTIME DE SOI, SANTE TRAVAIL, éd Presse de l'université du Québec, Canada, 2009, p 39.

²⁵ http://www.soinsinfirmiers.com/decret_infirmier.php, p 12, (consulté le 20 avril 2016) à 15h.55min.

Définition opératoire :

L'auxiliaire médical en anesthésie et réanimation (AMAR) collabore à la prise en charge du patient avant, pendant et après l'anesthésie, il s'occupe aussi de sa réanimation ainsi il soulage la douleur des malades. Il travaille en collaboration et sous la responsabilité du médecin anesthésiste dans les blocs opératoires.

4- Surcharge du travail :

La surcharge du travail «telle que la charge de travail et du travail c'est-à-dire le manque du travail peuvent entraîner des conditions défavorables en ce qui concernent le stress psychologique, un surcroît de travail donne lieu à une surcharge exercée sur les muscles, les tendons, crée la fatigue²⁶.

Définition opératoire :

C'est l'accomplissement de tâche comme accomplir des tâches plus que leur travail prescrit.

C'est le fait d'effectuer plus de tâche non rémunérées sur ses tâches.

5- Couverture juridique :

La protection juridique est une convention réglée par le Code des assurances, qu'une personne physique ou morale conclue avec une compagnie d'assurances par laquelle celle-ci s'engage à prendre en charge les frais nécessités par la défense des intérêts de l'assuré et de lui offrir une assistance en vue du règlement amiable de son différend. L'assurance de protection juridique fait l'objet d'un contrat distinct de celui qui est établi pour les autres branches ou d'un chapitre distinct d'une police unique avec indication du contenu de l'assurance de protection juridique et de la prime correspondante. La loi n°2007-210 du 21 février 2007 a introduit une règle qui évite que le contrat ne déclare

²⁶ Mats HAGBERG, *les lésions attribuables au travail répétitif*, Édition Multi Mondes, Québec, 1995, p 314.

déchu de la protection, l'assuré qui n'a informé l'assureur qu'après la naissance du litige.²⁷

Définition opératoire :

La couverture ou la protection juridique c'est un texte où une loi qui peut protéger les individus dans le milieu professionnel contre les accidents, les maladies, les erreurs professionnelles et contre les menaces

Conflit :

Dans le dictionnaire de Français c'est une opposition d'opinions, de sentiment.²⁸

Pour Raymond Boudon et al, les conflits sont les manifestations d'antagonismes ouverts entre deux acteurs (individuels ou collectifs) aux intérêts momentanément incompatibles quant à la possession ou à la gestion de biens rares-matériels ou symboliques.²⁹

Définition opératoire :

C'est les relations de mise en tension, les accrochages, existes dans les groupes dans le milieu professionnel.

Conclusion :

Dans ce chapitre on a éclairé les raisons et les objectifs de notre recherche, présenté les études antérieures, ainsi que notre problématique, et les hypothèses et enfin exposé les concepts clés. Après avoir élaboré ce chapitre, on va passer à nous présenter la définition de quelques généralités concernant la notion du stress professionnel.

²⁷ <http://www.dictionnaire-juridique.com/serge-braudo.php>, Consulté le 19/5/16 à 18.18

²⁸ Le petit LAROUSSE ILLUSTRÉ, op.cit, p 86.

²⁹ Raymond Boudon, et al. Dictionnaire de sociologie, édition LAROUSSE, paris, février 2005, p 42.

Chapitre II
Généralité sur le stress
professionnel

Introduction:

Ce chapitre est réservé pour la présentation de données générale sur le stress au travail, ce dernier est partagé en trois sessions, la première présente la définition du stress au travail, le stress est un phénomène social, les sources du stress au travail, comment se manifeste le stress, les effets du stress au travail, réglementation et prévention, comment résoudre le problème du stress au travail, et enfin le bon et le mauvais stress. La deuxième session présente ainsi les différentes théories de stress au travail, la charge du travail, communication et conflit, l'analyse de l'état de santé des travailleurs, les concepts du stress : santé, maladie, accident. Et la troisième session présente ainsi la gestion du stress, la connaissance du stress et ces émotions, l'apprentissage de diverses stratégies, les groupes de soutien, les programmes de gestion du stress au milieu professionnel.

1- La notion du stress :**A/ -Définition de stress selon J.B.Stora :**

« le mot stress vient du latin « stringer » qui signifie éteindre resserrer, lier, pincer, serrer le cœur, blesser, offenser, qui a donné naissance en français à éteindre, entourer avec le corps, avec les membre, en serrant étroitement, accompagné de sentiment opposés puisqu'il est possible d'éteindre quelqu'un sur son cœur, sa poitrine, mais aussi de l'étouffer ; étouffer nous conduit à opprimer, serrer : angoisse, anxiété, sentiment de détresse qui étreint le cœur, l'âme et nous conduit à la détresse »¹.

B/- Selon Hans Selye :

Le stress peut être défini comme « la réaction immédiate, biologique, physiologique et psychologique d'alarme, de mobilisation et de défense de l'individu face à une agression ou à une menace ». C'est une réaction éphémère qui est utile, permettant de faire un choix de façon adapté à la situation.²

C/-Dans le sens propre :

C'est une stimulation, le stress est un phénomène biologique naturel, un système réflexe de réponse et d'adaptation, comme la chaire de poule répond au froid, sous la plume du grand spécialiste Hans Selye, le stress est « la réponse non spécifique de l'organisation à toute demande qui lui est faite...et que déclenche le syndrome générale d'adaptation »³.

¹ J.B.STORA, le stress que suis-je ?,4^{em}édition, paris, 2000, p03.

² CROCQ Louis, les traumatismes psychiques de guerre, éd Odile Jacob, paris, 1999, p 422.

³ DALE Carnegie, comment dominer le stress et les soucis, éd Flammarion, paris, 1993, p 15.

D/-Dans le sens psychologique :

« Le stress est caractérisé par des sécrétions hormonales adrénalines et corticoïde. Elles sont responsables à leurs tour de diverses manifestations extérieurs bon ou mauvaises »⁴.

E/-Dans le sens sociologique :

Le stress au travail est un phénomène social qui se généralise et dont l'ampleur grandit le jour. Il est nécessaire de définir son origine et d'en exposer une définition globale(A). Pour comprendre son apparition dans notre société il est nécessaire de faire un parallèle avec les changements survenus tout au long de l'évolution de l'organisation du travail(B) et par la suite il parait essentiel de recenser ses sources et ses conséquences(C).⁵

⁴ Ibid. p 14.

⁵ DELPHINE Peu, la gestion du stress au travail, 2005, p5.

2- L'historique du stress :

Le développement de la notion de stress s'est fait parallèlement aux cours des connaissances scientifiques. Cerclé à ses débuts à une suite des comportements et des attitudes biologiques, ce concept à fabuleusement (considérablement) changé à la gratitude (gri) des nombreuses et plusieurs théories qui en essayé de le développer, pour devenir aujourd'hui une notion largement vulgariser, vague (floue) et parfois douteuse (ambiguë).

Le mot stress est d'origine latin « stringere » qui veut dire « tendu », « raide ». Il est utilisé d'abord par les anglo-saxons (18^{em} siècle) qui lui donnent le sens d'une réaction de détresse en relation avec des agressionsn extérieures. Un peu plus tard, il réapparaît dans le langage de la physique des matériaux. Il désigne alors la force, la pression, la contrainte, la charge (« stress » ou « strain ») physique qui s'exerce sur la matière, avec pour effet la déformation ou la rupture du matériau. La « résilience » mot également anglo-saxon, désigne en miroir l'élasticité voir la résistance de la matière sur laquelle s'exerce la pression.⁶

Au XVIII^e siècle en physique des corps solides, il désigne une force intérieure produit dans un corps qui tend à déformer ce corps.⁷

Pour bien comprendre la notion de stress, il faut revenir aux travaux qui ont été développés il y a plus de cent ans par un médecin français, Claude Bernard, et poursuivis depuis une cinquantaine d'années par Walter Cannon et Hans Selye.⁸

C'est en 1936 que Selye, venu de l'université de Prague et travaillent à Montréal, décrit chez le Rat un syndrome non spécifique apparaissent au cours de la phase initiale de ce qui s'appellera plus tard le stress : il constate

⁶ Dr Mahmoud BOUDARENE, op.cit, p 1.

⁷ Gaëtan MACALUSO, op.cit, p 3.

⁸ Dr Mahmoud BOUDARENE, op.cit, p 1.

que les mêmes lésions (en particulier hypertrophie des surrénales, atrophie et hémorragies du thymus et des ganglions lymphatiques, ulcérations gastriques) sont provoquées par les facteurs d'agression les plus variés. Selye cite la contrainte, l'injection d'huile de croton ou de formol ou encore d'extraits glandulaires mal purifiés, diverses infections, les hémorragies, les brûlures, le froid, l'anoxie, les fractures et les radiations. A côté des réactions tissulaires spécifiques 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 résistances) ; phase d'épuisement (mort par épuisement).⁹

Claude Bernard (1988), fondateur de la médecine expérimentale moderne, a en effet introduit la distinction entre « le milieu intérieur » intra organique et le « milieu extérieur » extra organique. Il met en évidence l'existence des rapports d'échange et d'équilibre entre les deux milieux et la nécessité de la constance du milieu intérieur. Cette dernière, la constance du milieu intérieur, est possible grâce à des mécanismes régulateurs dont dispose l'organisme et qui agissent activement pour rétablir l'équilibre et veiller en permanence à son maintien. Ces mécanismes de régulation exercent leur action dans des limites modérées des variations. Au-delà, l'équilibre est rompu. Des systèmes d'urgence, qui prennent un caractère plus global et plus intense, doivent intervenir.¹⁰

⁹ Henriette Bloch, et al, le GRAND Dictionnaire de la PSYCHOLOGIE, éd LAROUSSE, paris 2011, p 898.

¹⁰ Dr Mahmoud BOUDARENE, op.cit, p 1.

3- Les théories du stress

3-1 : Les théories biologiques du stress :

L est important de souligner que la classification d'une théorie du stress comme « biologique », « cognitive » ou « transactionnelle » est en grande partie arbitraire [...]. Ces classifications sont néanmoins utiles dans un objectif pédagogique pour présenter les différentes théories selon leurs préoccupations majeures, ou par rapport aux dimensions les plus développées.¹¹

3-1-1 : Les travaux de Cannon et Selye autour du stress :

Ces travaux s'orientent vers l'étude de la réaction psychologique d'un organisme soumis à un stressor, Cannon (1928, 1935) est le premier à démontrer que les manifestations somatiques accompagnant le comportement de fuite ou d'attaque face à un danger sont dues à la libération dans le sang d'une hormone, l'adrénaline, en provenance de la glande surrénale.¹²

Le stress est alors cette réponse activée par toute sollicitation excessive qui permet l'adaptation en maintenant l'équilibre de base de l'organisme, Reilly et al. (1934), comme Cannon, considère que la réaction organique en réponse au stressor, est non spécifique et commune à des agents d'agression très variés.¹³

Selye (1936, 1946, 1950). Selon lui, la surcharge des capacités de défense de l'individu suite à une agression psychique ou physique menaçant l'équilibre rompu. Cette réaction est non spécifique car elle ne dépend pas de la nature de l'agent agresseur. Selye décrit en 1936 le Syndrome Général d'Adaptation (SGA) et, dans les années qui suivent, continue ses expériences (Selye 1946, 1950) de ce syndrome retrouvé chez l'animale quel que soit l'agent nocif et qui se développe en trois étapes : phase d'alarme, de résistance et d'épuisement.¹⁴

¹¹ Pierluigi GRAZIANI, Joel SWENDSEN, op.cit, p 19.

¹² Ibid.

¹³ Ibid. p 20.

¹⁴ Ibid.

3-2- Les théories cognitives du stress :

Les théories cognitives du stress reconnaissant la complexité des réactions de l'individu face au stress, mais se centrent d'avantage sur le rôle des pensées ou des attributions spécifiques ou sur les processus cognitives qui influencent ces dernières. Si les théories cognitives dans ce domaine sont aussi très nombreuses, elles ont toute en commun l'appréciation du rôle des interprétations personnelles des événements comme déterminant principaux de leur caractère stressant.¹⁵

3-2-1 : La théorie de l'attribution :

La théorie de l'attribution suggère spécifiquement l'existence d'une relation causale dans laquelle les attributions consécutives à certains événements déterminant le niveau de stress vécu par l'individu ainsi que les affects négatifs. La théorie de l'attribution dont la formulation de «dépression du désespoir» ou de «l'impuissance désespoir», sont à ce jour les plus précises, est l'une des perspectives cognitives fondamentales en psychopathologie.¹⁶

3-2-2 : Construction d'une signification selon la théorie des constructions personnelles de KELLY.

La théorie de Kelly permet de comprendre les aspects sous-jacents à toute évaluation cognitive qui peut être imaginée comme un « va-et-vient » entre contextuelle et les évaluations passées sur lesquelles s'érige la personnalité. [...] Cette théorie reconnaît à chaque individu la capacité «scientifique» de se représenter les événements et de construire un système capable de les anticiper [...] Kelly considère ainsi l'individu comme un être en mouvement, plutôt qu'un objet passif, motivé à l'action, qui doit anticiper les événements en privilégiant les alternatives qui dans l'ensemble de ses propres constructions mentales, semblent capables de fournir la base la plus adéquate pour prévoir la suite des événements. L'individu est considéré en termes de processus continus,

¹⁵ Pierluigi GRAZIANI, Joel SWENDSEN, op.cit. p 32.

¹⁶ Ibid. p 32, 33.

psychologiquement orientés par un réseau flexible de parcours, qui peuvent être modifiés suite aux conséquences obtenues.¹⁷

3-2-3 : Le modèle cognitive de BECK :

Beck (1984) reprend le modèle interactionnel de Lazarus et l'approche des constructions personnelles de Kelly. Il considère une transaction stressante comme le résultat d'un processus actif, continu, qui inclut des analyses, des interprétations et des évaluations successives de la situation externe, des risques, des coûts et des avantages d'une réponse particulière. Les stimuli sont nocifs s'ils sont interprétés comme tels par le sujet. Selon le type d'évaluation et la situation donnée, le sujet est motivé à mettre en place tel ou tel autre comportement [...] les stresseurs chronique ou intermittents peuvent également provoquer une simulation répétée schémas de danger, de perte ou de rejet tandis que s'opère parallèlement la détérioration du processus secondaire de pensée.¹⁸

3-3 : Les théories transactionnelles su stress :

Le modèle transactionnel du stress focalise l'attention sur des éléments psychologique centraux dans le modèle de la psychologie de la santé et plus précisément sur la façon dont l'individu construit cognitivement la perception d'une situation stressante (stress perçu) analyse sa capacité de faire face (contrôle perçu), et met en place des stratégies de coping. Ce modèle du stress psychologique a été développé par Lazarus et ses collègues [...] pour ce modèle, les stresseurs physiques ou psychologique produisent des réponses de stress seulement après avoir été évalués comme menaçant et dangereux par le sujet. Le stress dépend ainsi de la qualité de la transaction entre l'individu et l'environnement et ne peut pas être réduit à l'un ou à l'autre de ces éléments. La clef du modèle transactionnel est l'accent mis sur la dimension cognitive, le travail d'évaluation du sujet à l'apparition du stresser. Selon l'approche transactionnelle, une situation devient stressante quand la « demande » faite par

¹⁷ Pierluigi GRAZIANI, Joel SWENDSEN, op.cit. p 36.

¹⁸ Ibid. p 38, 41

l'interaction individu/environnement est évalué par le sujet comme excédent ces propres ressources et mettant en danger son bien-être (Lazarus et Folkman, 1984b). Cette approche transpose le concept d'homéostasie de Cannon (1928, 1932) et celui d'adaptation de Selye (1956) au stress psychologique. Le stress n'est considéré ni comme une propriété de la personne ou de l'environnement. Selon Cox (1978), le stress est créé par un déséquilibre entre la perception des exigences et la capacité d'y faire. Il ne s'agit donc pas d'une évaluation objective du stressé et de ses propres ressources, mais de la perception subjective des conditions aversives et des capacités de coping qu'à le sujet.¹⁹

Le stress est donc une transaction fondée sur l'évaluation que l'individu va faire des demandes de l'environnement et de ses ressources. C'est un processus dynamique où l'environnement influence l'individu et où l'individu va influencer son environnement.²⁰

4- Les déterminants de stress au travail :

Aujourd'hui, nous pouvons soutenir l'idée, que nous avons à notre disposition une source littéraire assez importante en ce qui concerne l'analyse du stress au travail. Cette augmentation de la littérature a probablement un rapport avec le fait que les aspects liés au stress des travailleurs ont eux aussi, gagné une certaine importance pour les entreprises, vu que les entrepreneurs commencent à prendre conscience que le stress au travail a un fort impact sur les ressources humaines et financières des organisations.²¹

Murrell propose un concept de stress professionnel et trois phases : une cause, un effet et un résultat, « afin d'éviter toute ambiguïté, écrit-il, le terme de pression sera utilisé comme synonyme de « stress » pour décrire des situations

¹⁹ Pierluigi GRAZIANI, Joel SWENDSEN, op.cit. p 46, 47.

²⁰ Sous la direction de Serge SULTAN et Isabelle VARESCON, Psychologie de la santé, 1^{er} édition, éd Puf, Paris, octobre 2012, p44.

²¹ BRUNETTO, et al, « stress at work-review », proposed for publication to the international journal of public health, action en santé publique, Genève.

extérieures à l'individu, le terme de tension sera utilisé comme synonyme de « stress » (au sens de H. Selye) pour décrire l'effet de la pression peut conduire à un certain nombre de conséquence allant du mécontentement à une dégradation de l'état de santé ». Fletcher et Payne rejoignant Murrell à cet égard en précisant que pression est égale pour eux à agents stressants provoquant une tension de nature physiologique ou psychologique de faible ou de longue durée. Les agents stressants peuvent avoir leur origine à l'intérieure de la personne ou dans l'environnement extérieure. Ces derniers peuvent provenir soit du monde professionnel soit du monde extraprofessionnel²².

Il existe différents facteurs qui peuvent causer du stress. Ces facteurs varient selon les personnes. Le stress peut être physique, interne, émotionnel ou externe. Il peut être causé par un deuil récent dans votre entourage ou au sein de votre famille, le surmenage, la maladie, les disputes ou tout autre problème que vous rencontrez. Les disputes internes au bureau ne doivent en aucun cas vous concerner, car elles sont une grande source de stress. Mieux vaut s'abstenir de prendre parti dans ce cas, car elles ne peuvent que détériorer votre santé mentale, notamment lorsque vous avez d'autres chats à fouetter. Les problèmes professionnels peuvent être particulièrement difficiles à gérer mais il faut apprendre à s'en accommoder et ne pas les ramener à la maison. Un problème financier peut aussi être à l'origine de votre stress. Votre époux/épouse semble toujours dépenser votre argent. Vous aimez économiser, alors qu'il/elle est dépensier/ère. Après tout, il vaut mieux prévenir que guérir et économiser en cas de coup dur. Mais qu'à cela ne tienne: votre époux/épouse, sait que l'argent est là et qu'il peut l'utiliser à sa guise, et il/elle se moque complètement qu'il puisse servir pour des projets futurs ou en cas de difficulté. Et vous vous disputez donc constamment avec votre conjoint à ce sujet. Ce conflit stérile ne résout bien évidemment rien, et peut être la source de votre stress. Vous avez peut être des

²² Jean-Benjamin Stora, le stress Que Sais-Je ?, édition actualisé Puf, 4^{em} éd, paris, Janvier 2000, p 11.

difficultés à finir le mois. Si vous ou quelqu'un dans votre famille souffre d'une maladie chronique, vous devez aller chez le médecin régulièrement et vider vos poches pour payer la facture. Les gens riches doivent gérer leur fortune. Certaines personnes sont tentées d'en profiter, mais d'un autre côté, il existe des gens honnêtes qui travaillent pour gagner leur vie et tenter de garder leurs biens. Vous essayez peut être de faire plaisir à tout le monde. Mais en agissant de la sorte, vous ne faites plus rien pour vous et cela peut vite devenir frustrant et vous stresser d'autant plus. Si vous avez des enfants, ils peuvent aussi devenir stressés à cause de la compétition au sein même de leur école, à devoir toujours donner le meilleur d'eux-mêmes et d'avoir les meilleures notes possibles. Certains parents sont en effet obsédés par la réussite scolaire de leurs enfants, à tel point qu'ils ne semblent même plus avoir de vie en dehors de l'école. Certaines personnes sont stressées d'elles mêmes, et ressassent sans arrêt leurs inquiétudes, et ce souvent alors même qu'elles ne peuvent contrôler ce qui leur arrive. Elles s'inquiètent de choses pour lesquelles elles n'ont aucune possibilité d'intervenir et de provoquer un changement quelconque. Elles ne devraient pas s'en soucier. Ces inquiétudes sont souvent inutiles. Ces personnes se plaignent sans cesse et ne pensent qu'aux choses négatives et sont elles mêmes la cause du stress qui les envahit.²³

Dans le domaine du stress au travail, le modèle de Karasek (1979) met en avant deux déterminants : la latitude de décision (degré de contrôle, autonomie de décision) et les demandes environnementales (quantité de travail, les exigences intellectuelles). L'hypothèse est qu'un niveau élevé de latitude de décision ou de contrôle permet de réduire les effets négatifs des demandes de l'environnement professionnel sur la santé. Selon Karasek (1979), un niveau élevée de demandes au travail associé à un niveau faible de latitude de décision abouti à un niveau élevé de tension. A l'inverse, une demande forte de

²³ <http://www.adobe.fr/products/acrobat/readstep.html>. Comment gérer le stress positivement, Copyright © 2010 – Club Editeur Web, p 6, 7, 8. Le 08/04/2016 à 11h

l'environnement professionnel peut être modérée par un niveau élevé de latitude de décision. Karasek et Theorell (1990) enrichissent le modèle par l'introduction d'un facteur supplémentaire, le soutien social, qui confirme l'incidence de variables psychosociales dans l'évaluation de l'intensité de stress perçu. Hellemans et Karnas (1999) ont repris le modèle de Karasek et Theorell (1990) pour tester la structure factorielle des trois dimensions (Latitude de décision, demandes au travail, soutien social). Les résultats de leur recherche a permis de nuancer factoriellement les trois facteurs pour former un modèle à six facteurs : latitude de décision et apprentissage, pression du temps et dérangement, soutien social du supérieur et soutien social des collègues. Suite aux analyses de variances, les auteurs avancent plusieurs types de profils en fonction du degré de stress perçu. Lorsque des personnes se perçoivent « pas du tout stressé », ces personnes se caractériseraient par une latitude de décision moyenne, des demandes psychologiques au travail très faibles et un soutien social très élevé. Lorsque des personnes se perçoivent « très stressé », ces personnes se caractériseraient par une latitude de décision très faible, des demandes psychologiques au travail très élevées et un soutien social très faible. Les personnes qui se percevraient « légèrement stressées » auraient à faire face à moins de demandes psychologiques au travail comparativement à une personne se percevant comme « modérément stressé ». Le constat de Hellemans et Karnas (1999) est que plus les personnes perçoivent un stress élevé, moins elles disposeraient de ressources (individuelles et sociales).²⁴

Il convient de distinguer de façon rigoureuse le stress (perçu), qui est une réponse ou une réaction (individuelle) à des événements stressants (stresseurs) qui en sont la source et qui sont des caractéristiques des situations. Le stress n'est pas un événement stressant. Nous sommes confrontés tout au long de la vie

²⁴ Laurent Guillet, stress, modèles et application, département QLIO, Cedex, Lorient, p4.

à des situations et à des événements stressant qui peuvent survenir à différents niveaux : individuel, familial, professionnel et social.²⁵

5- Le stress comme maladie professionnelle

La médecine du travail est une organisation autonome de droit privé qui s'est développée dès 1937 avec la création des médecins conseils de l'inspection du travail, puis en 1946 avec la loi relative à l'organisation de la médecine du travail. Elle est placée sous le contrôle du Ministère du Travail et financée par les employeurs par l'intermédiaire d'associations. Le médecin du travail est un salarié protégé (il ne peut-être licencié qu'après avis de l'Inspection du travail, et du CE) et il est membre de droit du CHSCT (Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail) avec voix consultative. Il est le conseiller du chef d'entreprise, des salariés et de leurs représentants. D'après le code du travail, le rôle du médecin du travail est «exclusivement préventif» et «consiste à éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail».²⁶

6- Gestion du stress

La gestion du stress est un moyen d'information et d'accompagnement psychologique qui devine de rares précautions dans l'univers de la santé, de la psychologie de travail. Des collaborations limitées dans le temps (généralement quelques mois), elle vise à la fois à exécuter et à interférer sur l'environnement mais aussi à transformer le regard et la perception « stressante et anxieuse » des événements extérieurs. Elle peut être présentée en individuel mais aussi en groupe dans le cadre d'une thérapie ou d'une action de psychoéducation elle est très nécessaire en médecine générale ou en spécialité médicale dans une vue d'information et d'éducation à la santé. La mise en application le plus rarement aux psychiatres ; psychologues et psychothérapeutes responsables, mais en fait

²⁵ Marilou Bruchon-Schweitzer et Emilie Boujut, psychologie de la santé, concepts, méthodes et modèle, 2^{ème} édition, éd DUNOD, Paris, 2014, p 439.

²⁶ Paul Moreira, stress au travail Comment l'appréhender, comment le mesurer ? Édité par SRM Paris 2008, P 31.

de nombreux intervenants en santé dominant en met les principes selon leur pratique.

La réponse de l'organisme met en jeu le système nerveux central, le système nerveux périphérique et le système endocrinien. Les organes sensoriels et les innervations efférentes reçoivent le stresser. Le cortex et le système limbique analysent comparativement le stresser avec les données issues d'expériences affectives ou d'apprentissage afin d'élaborer une réponse. Une partie du système limbique, l'amygdale et l'hippocampe agissent sur l'hypothalamus et la formation réticulée du tronc cérébral, pour stimuler les surrénales et le système nerveux neurovégétatif orthosympathique.²⁷

Conclusion :

Le stress dans les établissements de santé est trop souvent abordé de façon cloisonnée, dans ce chapitre a été exposé les principales facteurs, causes et les déterminant du stress professionnel qui influe sur la santé des travailleurs ainsi que la façon dont on le gère et de se débarrassé de se stress.

²⁷ [http://www.vetos-entraide.com/le stress](http://www.vetos-entraide.com/le_stress), p 1. consulté le 24/04/2016 à 14h.

Chapitre III :
Aperçu sur la profession
des Auxiliaires Médicaux en
Anesthésie-Réanimation (AMAR)
en Algérie

Introduction :

Dans ce chapitre en vas allumer l'activité de l'anesthésie, la prise en charge anesthésique en Algérie, la tâche prescrite et l'activité réelle des AMAR la députation de travail médicales aux AMAR et ses conséquences sur la sécurité du patient.

1- Le statut des AMAR :

Le statut des AMAR travaillant dans l'espace de la santé publique vient d'être annoncé au journal officiel. Il entre en puissance avec un effet récapitulatif à partir du 1^{er} janvier 2008.

Le nouveau statut révèle aussi la grille des salaires des auxiliaires médicaux en anesthésie-réanimation, [...] trois régimes indemnitaires viennent d'être publiés dans le journal officiel : celui des fonctionnaires appartenant aux corps spécifiques de l'administration chargée des travaux publics, celui des fonctionnaire appartenant aux corps spécifiques de l'administration des forêts et celui des fonctionnaires appartenant aux corps des biologistes de santé publique¹.

2- Droit des AMAR :

Selon le Décret exécutif n° 11-235 de l'Aouel Chaâbane 1432 correspondant au 3 juillet 2011 portant statut particulier des fonctionnaires appartenant aux corps des auxiliaires médicaux en anesthésie réanimation de santé publique. Les fonctionnaires régis par le présent statut particulier sont soumis aux droits et obligations prévus par l'ordonnance n°06-03 du 19 Jomada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006, susvisée. Ils sont, en outre, assujettis au règlement intérieur de l'établissement dans lequel ils exercent. Ils accomplissent les missions qui leur sont dévolues, sous l'autorité

¹ http://archives.tsa-algerie.com/divers/nouveau-statut-pour-les-auxiliaires-en-anesthesie-reanimation_16683.html, (consulté le 23/05/2016, à 10h10min).

du responsable hiérarchique, conformément à une nomenclature des actes d'anesthésie et de réanimation, fixée par le ministre chargé de la santé².

3- l'activité de l'anesthésiste :

L'activité de l'anesthésiste au bloc opératoire admet à expérimenter et à contrôler l'état de santé du malade. La difficulté ne tient au fait que l'état du patient change, même en l'absence d'action de la part de l'anesthésiste. L'état du patient est en continuel modification, et l'anesthésiste n'en contrôle pas l'ensemble des événements. Cet état est en effet exécuté par les actions des anesthésistes, celles des chirurgiens, mais aussi par des facteurs liés à la propre nature physiologique du patient. La complexité est pareillement due au fait que l'anesthésiste est tenu de saisir en compte l'ensemble de ces sources d'information pour gérer le changement physiologique du patient. Il est ainsi soumis à des contraintes temporelles élevées exigeant de lui des délais de répliques assez brefs. Ses décisions et ses actes se découvrent intégralement entremêlées.

L'anesthésiste ne prend en considération qu'un nombre limité d'éléments, et le plan sélectionné n'est que partiellement spécifié. Les éléments permettant une anticipation des risques sont privilégiés.³

4- La prise en charge anesthésique en Algérie⁴ :

La prise en charge du patient se répartit en trois grandes phases : la phase préopératoire qui se déroule avant l'intervention, la phase opératoire qui concerne l'intervention au bloc opératoire et la phase postopératoire qui correspond au réveil.

²<http://paramedicsdz.blogspot.com/2011/07/statut-des-auxiliaires-en-anesthesie.html>. (consulté le 25/04/2016, à 11h49min).

³ Chahrazade ZAH, Samira TOUMI, Hacen AMRANE, activités et compétences : comparaison des plan d'action des médecins anesthésistes-réanimateurs et des auxiliaires médicaux en anesthésie et réanimation dans un service de chirurgie générale revue des sciences humain. Université Constantine 1, Algérie, 2013, Pp 33-63.

⁴ Chahrazade ZAH, Samira TOUMI, Hacen AMRANE, op cite.

La phase préopératoire :

Cette première phase est appelée consultation préopératoire. Elle a lieu quelques jours avant l'intervention. Son objectif est de recueillir et de regrouper toutes les informations pertinentes sur le patient afin d'évaluer le risque anesthésique. La consultation du dossier médical, l'interrogatoire et l'examen clinique constituent les sources principales du recueil d'informations. Les informations recueillies sont notées sur une fiche d'anesthésie qui servira d'outil de médiation entre l'anesthésiste en charge de la consultation préopératoire et les anesthésistes à qui sera confiée l'anesthésie dans la phase suivante. L'intérêt de cette fiche réside dans le fait que l'anesthésiste qui effectue la consultation préopératoire n'est pas nécessairement celui qui assurera l'anesthésie au bloc opératoire. C'est dans ce sens, que la fiche d'anesthésie joue un rôle déterminant dans la compréhension du cas par les anesthésistes en salle d'opération. Elle est un outil de médiation important, puisqu'elle suit le malade dans les différentes phases de sa prise en charge et sert à la transmission et au partage des informations entre anesthésistes

Dans les structures hospitalières dotées de MAR (CHU, EPS et certains EPH), cette phase est prise en charge par un MAR. Lorsque les MAR sont en nombre insuffisant dans un service, le MAR qui assure la consultation pré-anesthésique note sur les fiches d'anesthésie des patients classés ASA1 et ASA2 « accord pour agir ». Cela suppose que les AMAR sont autorisés à prendre en charge au bloc opératoire ces patients, sans la présence du MAR.

Dans les EPH sans MAR, la consultation préopératoire est généralement assurée par un MAR exerçant à l'extérieur de l'établissement hospitalier, mais elle peut être aussi prise en charge par les AMAR au sein des EPH. Dans ces cas-là, les AMAR prennent en charge toutes les phases du processus anesthésique. Soulignons toutefois que les observations menées dans ces structures hospitalières ont montré, qu'en dehors des urgences, les AMAR ne

prennent en charge que les cas jugés à faible risque. Les cas plus compliqués, sont orientés vers des structures avec MAR.

La phase per opératoire :

La phase préopératoire comprend des tâches paramédicales et d'autres médicales. Les premières concernent la préparation des ressources et des conditions de l'intervention, et les secondes ont trait aux tâches d'induction, d'intubation et de surveillance.

Après la préparation des matériels et des drogues nécessaires à l'intervention, le patient est installé sur la table d'opération en vue de sa préparation (placement des différents capteurs de monitoring, réalisation de l'abord veineux, etc.). Ces différentes tâches paramédicales sont effectuées par les AMAR. L'intervention débute par l'induction d'agents anesthésiques qui entraînent une perte de conscience du patient.

L'anesthésiste ventile celui-ci pour lui assurer une oxygénation optimale. Il procède alors à son intubation ou lui place un masque laryngé. Une fois l'induction et l'intubation terminées, l'anesthésiste surveille la profondeur de l'anesthésie en la réévaluant de manière continue en fonction des réponses du patient aux actes chirurgicaux et des effets des agents anesthésiques sur ce dernier. Comme il a été signalé précédemment, lorsque le nombre de MAR dans le service est insuffisant, et lorsque les cas sont jugés à faible risque, toutes ces tâches sont effectuées par les AMAR, sans la présence du MAR. Dans les cas plus compliqués, la présence du MAR est nécessaire pour la réalisation de l'induction et de l'intubation. La surveillance se fait généralement par l'AMAR qui, en cas d'anomalies, fait appel au MAR. Celui-ci peut avoir à gérer d'autres interventions en même temps.

La phase postopératoire :

A la fin de l'intervention, l'anesthésiste procède au réveil du patient ; l'objectif étant la reprise de la conscience et d'une respiration spontanée autonome du patient. Lorsque le patient présente des signes de reprise de la

conscience normale et respire spontanément, l'anesthésiste procède à son intubation. La fiche d'anesthésie sur laquelle sont consignées les informations reste l'outil qui va permettre la surveillance du patient en salle de réveil. Tout comme pour la phase précédente, la présence du MAR n'est effective que dans les cas jugés à risque élevé. Dans la littérature relative à la sécurité des patients, il est précisé que le risque est constamment présent, même dans les cas les plus simples, nécessitant à priori la mise en œuvre d'un protocole standard. Il a été montré que 20% des malades, pour la plupart classés, nécessitent une modification de la procédure anesthésique standard.

Chaque patient est un cas singulier et la survenue d'un événement indésirable est toujours possible. Par ailleurs, si l'on considère que lors de la surveillance, l'AMAR doit pouvoir faire appel au MAR en cas de nécessité, il faudrait, pour que celui-ci puisse intervenir rapidement « qu'il soit à proximité et qu'il puisse, s'il avait une seconde intervention en charge, et une seule, en déléguer la surveillance également à une personne compétente ».

Cela signifie que même lorsque le MAR intervient dans une salle d'opération à proximité de celle où l'AMAR prend en charge un patient, la question de la disponibilité immédiate et de l'intervention rapide du MAR reste posée. En prenant en compte ces considérations, il est légitime de penser que la délégation de tâches médicales à l'AMAR ne peut se faire sans entraîner une majoration du risque pour le patient.

5- La tâche prescrite et l'activité réelle des AMAR⁵ :

Dans le décret portant statut particulier des AMAR⁶, il est précisé que les AMAR « sont chargés, sous l'autorité du responsable hiérarchique, d'assurer au plan de l'anesthésie et de la réanimation, la préparation du malade à opérer en phases : préopératoire, per opératoire et postopératoire». Dans les tâches des AMAR principaux (grade auquel accèdent les AMAR après un examen

⁵ Chahrazade ZAHI, Samira TOUMI, Hacem AMRANE, op cite.

professionnel et 5 années d'ancienneté), on retrouve, en plus des tâches confiées aux AMAR, celle relative à la réalisation « d'actes complexes et spécialisés », toujours sous l'autorité « du responsable hiérarchique ».

L'analyse de ces tâches permet de relever un certain nombre d'éléments qui contribuent à rendre la prescription floue. On relève tout d'abord que les tâches des AMAR sont trop générales. Lorsque l'on parle de « la préparation du malade à opérer », fait-on allusion aux tâches paramédicales uniquement, ou inclue-t-on également les tâches médicales ? Où s'arrête cette préparation ? Quelles sont ses frontières ? Quelle distribution des tâches entre les AMAR et les MAR ? On note à ce propos qu'il n'est pas mentionné de manière explicite que les AMAR sont sous l'autorité d'un MAR. On ne relève également que les « actes complexes et spécialisés » dont il est question dans les tâches des AMAR principaux ne sont pas, eux aussi, définis. Par « actes complexes et spécialisés » doit-on comprendre qu'il s'agit d'actes médicaux ?

Il ressort de manière assez évidente que la prescription est porteuse d'ambiguïtés. Ces ambiguïtés sont d'autant plus fortes que dans le référentiel de formation⁷, il est clairement explicité que l'AMAR est sous la responsabilité du MAR. Cela suppose que tous les gestes médicaux doivent être effectués en la présence de celui-ci. Ainsi, on constate que les contours des tâches ne sont pas bien tracés et que le degré d'autonomie accordé aux AMAR dans la prise en charge anesthésique du patient est, lui aussi, difficile à cerner. Le flou de la prescription, combiné au nombre insuffisant de MAR, a largement contribué à l'émergence de la situation « illégale-normale » des AMAR dans les blocs opératoires. Cette situation est d'ailleurs à l'origine du profond malaise vécu par les AMAR qui dénoncent le côté « illégal » de leur pratique.

Pour tenter de remédier à cette situation, un autre décret^{9a} vu le jour. Ce décret, contrairement à celui de 1991, énumère un ensemble de tâches bien distinctes. On assiste au niveau de la prescription à un élargissement des tâches assignées aux AMAR. On relève en effet qu'en plus des tâches paramédicales,

des tâches purement médicales sont décrites dans le travail attendu de cette population, comme par exemple « Etablir le projet d'anesthésie, planifier les activités y afférentes » ou alors « conduire le déroulement de l'anesthésie et/ou réanimation per et postopératoire ». Le texte précise explicitement que la présence du MAR n'est pas obligatoire. On assiste ainsi à une volonté de normaliser une situation de travail qui a toujours existé dans les faits, mais qui n'était pas clairement explicitée dans les textes. Le glissement de tâches, et par conséquent le transfert de compétences qui en découle, semble désormais réglémenté.

Au niveau organisationnel, nous sommes face à un glissement du repère de la normalité. Le côté « illégal-normal » de la situation des AMAR ne se manifeste pas que dans les pratiques quotidiennes, il tend aussi à être reconnu, puisque c'est la règle elle-même qu'on change et qu'on essaye d'adapter à la réalité.

On va vers une normalisation de la transgression. Avec de telles violations, et avec les insuffisances que connaît la formation (insuffisances liées au contenu théorique, aux stages pratiques, à la durée, à la maîtrise de la langue d'enseignement par les formés, etc.), la question du risque potentiel lié à la délégation des tâches médicales aux AMAR se trouve forcément posé.

4- La délégation de tâches médicales aux AMAR⁶ :

Les plans élaborés par les AMAR semblent confirmer que la délégation des tâches médicales est bien réelle. Dans ces plans, on retrouve en effet des éléments se rapportant aussi bien aux tâches paramédicales (la préparation du patient, des matériels, des drogues) qu'à l'induction, l'intubation et l'extubation, qui sont considérées comme des tâches médicales demandant la présence d'un MAR. Si les plans des AMAR reflètent leur pratique quotidienne, ils soulèvent néanmoins la question de leur capacité à réellement assurer la sécurité du patient

⁶ Chahrazade ZAH, Samira TOUMI, Hacem AMRANE, op cite.

en cas de complications. Nous l'avons vu, contrairement aux plans des MAR qui sont peu spécifiés et dans lesquels figurent principalement des éléments en rapport avec l'anticipation des risques, ceux des

AMAR sont davantage tournés vers les actions à effectuer au bloc opératoire. L'anticipation des risques y est de moindre efficacité, puisque ne concernant que les actions immédiates (vérifier l'état de la cavité orale du patient, le prémédiquer, bien l'endormir). On retrouve ici l'idée du changement des activités d'anticipation avec l'expertise. Le répertoire de réponses limité des AMAR ne permet à l'anticipation qu'ils mettent en œuvre de se caractériser par la profondeur temporelle de l'anticipation de l'expert.

Les travaux de Thuilliez, anceaux et hoc (2005), portant sur l'utilisation des informations de la fiche d'anesthésie au début de la phase per opératoire par les anesthésistes et les infirmiers anesthésistes, montrent des différences entre ces deux groupes de sujets. Comme nous l'avons déjà vu, les informations consultées par les anesthésistes sont celles permettant de sélectionner un plan, dans lequel, seuls, les éléments immédiatement utiles ou servants à anticiper les risques sont spécifiés. Par contre, les infirmiers anesthésistes consultent les informations pour vérifier les prés conditions et pour effectuer les actions immédiates. La prise d'information leur sert à « spécifier des scripts d'action ».

On peut considérer que l'activité des anesthésistes et celle des infirmiers anesthésistes, décrites par reflètent la différence de rôle qui existe en France entre ces deux populations. Cette différence de rôle se traduit par une distribution des tâches au bloc opératoire que l'on retrouve dans les plans des anesthésistes et des infirmiers anesthésistes.

L'activité des MAR semble correspondre à celle des anesthésistes décrite par ces auteurs. Les informations consultées sur la fiche d'anesthésie et celles déclarées peu précises ou manquantes par les MAR, sont des informations qui permettent d'anticiper les risques.

Par contre, l'activité des AMAR ne semble correspondre que partiellement à celle des infirmiers anesthésistes. Il est vrai que le traitement des informations de la fiche d'anesthésie par les AMAR est orienté principalement vers la spécification de scripts d'action, tels que définis par ces auteurs. C'est là un élément commun aux plans des

AMAR et des infirmiers anesthésistes. Mais, les plans des AMAR semblent également traduire le caractère ambigu de leur activité : d'une part, les AMAR spécifient tous les éléments en relation avec les actions de préparation des conditions de l'intervention, ce qui correspond aux tâches paramédicales qui relèvent de leur compétence, mais d'autre part ils spécifient des éléments en rapport avec des tâches médicales pour lesquelles ils n'ont pas nécessairement toutes les compétences nécessaires. Si ces plans reflètent la pratique quotidienne des AMAR, ils révèlent aussi les limites de ces sujets dans la prise en charge anesthésique, puisque leur anticipation des risques n'a pas été suffisamment efficace.

La formation paramédicale actuelle des AMAR, différente de la formation des MAR sur le plan du contenu et de la durée, peut expliquer le fait que les AMAR possèdent des connaissances procédurales sans pour autant disposer de l'ensemble des connaissances déclaratives qui les fondent. Contrairement aux connaissances déclaratives, qui sont des savoirs qui portent sur les propriétés des objets et leurs relations, les connaissances procédurales renvoient aux savoir-faire. Cette insuffisance peut constituer un obstacle au recul nécessaire qui permet de mettre en relation les éléments, et par conséquent de mettre en place une anticipation des risques efficace. Les connaissances procédurales à elles seules ne sont pas suffisantes pour développer une démarche de planification. La découverte des propriétés relationnelles qui fondent la procédure reste essentielle. Les connaissances en possession des AMAR ne semblent pas être suffisantes pour leur permettre d'avoir une représentation de l'activité

d'anesthésie susceptible de les aider à assurer la sécurité du patient de la même manière que les MAR.

Même avec le décret de 2011, les changements apportés à l'organisation et au contenu de la formation n'apportent pas de réponses pertinentes à cette question. La nouvelle formation en anesthésie est désormais destinée aux infirmiers de santé publique, ayant suivi au préalable la formation d'infirmiers. La durée de la formation en anesthésie est passée à deux années. Cette formation est contestée par les AMAR¹⁰ et n'est toujours pas appliquée ; elle est jugée nettement insuffisante face à la complexité des tâches qui leur sont confiées.

Un grand paradoxe semble caractériser la situation des AMAR : d'un côté on transgresse la règle et on va même jusqu'à la changer pour permettre aux établissements hospitaliers de fonctionner, et d'un autre côté aucune réponse pertinente n'est apportée pour préparer réellement cette population à faire face à la complexité de leur situation de travail. Face à un tel paradoxe, la sécurité du patient ne peut qu'être au cœur du débat. On est en mesure de penser que dans le contexte actuel, la délégation de tâches médicales aux AMAR permet aux établissements de fonctionner, mais ne met pas le patient à l'abri d'un risque plus grand.

Conclusion :

Dans ce chapitre on a réalisé un aperçu sur le travail des AMAR dans lequel on a montré la complexité de leur métier qu'il gère quotidiennement. Cela aurait des répercussions sur leur santé physique et mental.

Chapitre IV

Le cadre méthodologique

Introduction :

Dans une recherche scientifique, le chercheur, doit suivre un ensemble d'étapes pour atteindre et réaliser les objectifs visés comme le rappelle Howard S. Becker « *l'étude de la méthode pour les sociologues, c'est vraisemblablement l'étude des méthodes de recherche sociologique et l'analyse de ce qui peut être découvert à travers elle et la mesure de la fiabilité de la connaissance ainsi acquise* »¹. Et d'après Bernard MOREL la méthode « *comme la manière d'opérer pour atteindre un but, une idée, un objet, elle a besoin de principes pour sa conduite et son expérience de la même façon que les principes du savoir* »². D'après GRAWITZ Madeline le mot méthode : « *est un ensemble de règles indépendantes de toutes recherches et contenues particuliers visant surtout le processus et formes de raisonnement rendant accessible la réalité à saisir* ».³

Dans ce chapitre, nous allons en premier temps exposé notre cheminement méthodologique empreinte pour la vérification de nos hypothèses d'étude, décrit dans les points suivants : la présentation de l'organisme d'accueil, la Population-mère, ainsi que l'échantillon de l'enquête exposé la méthode et les outils d'investigations, après les technique d'analyse et d'interprétation des données, et pour clôturer ce chapitre nous entamons les avantages et les obstacles de notre étude empirique.

¹ Howard, Becker, *le travail sociologique une méthode et substance*, édition académique press fribourg, suisse 2009, p 21.

² Edo KODJO morille AGBOBLI, *méthodologie de la recherche et initiation à la préparation des mémoires et des thèses*, édition L'Harmattan, paris, 2014, p 24.

³ GRAWITZ Madeline, *Méthode des sciences sociales*, Dollaz, Paris, 2001, P351.

1- Présentation de l'organisme d'accueil⁴ :

Nous allons procéder à la description de notre organisme d'accueil comme suit :

A- Diagnostique de l'établissement :**- Au niveau interne :****Les points forts :**

- La ressource humaine de l'établissement peut être qualifiée de très compétente. Il compte un nombre assez suffisant en matière de chirurgiens, orthopédistes et réanimateurs.
- Un parc de matériel médical très important (scanner, mammographie, radio numérique, échographies, matériel d'endoscopie) permettent une bonne exploration.
- Présence permanente des différentes spécialités au niveau du pavillon des urgences.

Les points faibles :

- Défaillance en matière d'accueil et de communication.
 - Déficit e praticiens spécialistes dans certaines spécialités tel que radiologie, gynécologie et ophtalmologie et cardiologie.
 - Déficit e matière de paramédicaux, anesthésistes, et sages-femmes.
 - Un parc roulant très vétuste.
 - Une structure vétuste nécessitant une opération de réfection de grande envergure.
- Au niveau externe (environnement) :**
- Région à relief accidenté.
 - Forte croissance démographique.

⁴ Source document interne de l'EPH.

- Absence d'établissement privé de santé dans la région.
- Changement dans le mode de vie de la population engendrant un changement dans les pathologies à traiter.

L'établissement compte 450 fonctionnaires répartis par catégories socioprofessionnelles comme suit :

- Personnel médical : 59
- Praticien spécialiste principaux : 06
- Praticien spécialiste : 21
 - Médecins généraliste principaux : 09
 - Médecins généralistes : 20
 - Médecins inspecteurs : 01
 - Pharmacien Généraliste de santé publique : 02
- Personnel paramédical : 206
- Personnel administratif : 44
- _ Ouvriers professionnels et conducteurs automobiles : 85
- Contractuels : 56

Identification de priorités :

Cette opération doit reposer sur les besoins réels de la population, de ce fait les priorités suivantes s'imposent :

- Mise en place d'un plan de communication (interne-externe).
- Mise à niveau du plateau technique.
- Le renforcement des services à grandes activités (bloc opératoire-chirurgie-médecine).
- Amélioration de l'accueil des urgences.

B- Présentation de l'établissement :

Situé à 45 kms du chef-lieu de la wilaya de Bejaia, au niveau de la zone haute de la ville de Sidi-Aich l'établissement public hospitalier

« RACHID BELHOCINE » assure la couverture sanitaire d'une population d'environ 161837 habitants.

Il s'étale sur une surface totale de 10634 m² dont 574 m² bâti et 4892 m² non bâti.

L'hôpital est constitué de dix services conformément à l'arrêté ministériel N° 2739 du 26.01.2008 fixant la capacité technique.

Tableau N°1 : Nombre de lit dans chaque service de l'EPH de Sidi Aich

Service	Lits techniques	Lits organisés
Chirurgie	62	46
Orthopédie	32	18
Ophtalmologie	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

Source : EPH de Sidi Aich

C- Présentation du bloc opératoire :

Au niveau du bloc opératoire de l'EPH de Sidi Aich en trouve :

Tableau N° 02 : l'effectif du personnel du bloc opératoire

Personnel	Nombre
Infirmiers assistant	22
Infirmiers poste	09

opérateur	
Agent de service	08
AMAR	11
Secrétariat	01
Chirurgien vicirale	09
Orthopédiste	07
Médecin anesthésiste-réanimateur	05
Salle opératoire	04
Salle de réveil	02

Source : enquête

D- Description du bloc opératoire espace enquêté:

En raison, de l'absence des informations sur notre lieu d'enquête, nous procédons nous même à la description de notre espace enquêté. Le service de chirurgie générale se tien au coin, juste à l'entré de l'hôpital, succédant le service des urgences, il est doté d'une salle d'attente, et divisée en deux couloires, dans le couloire de gauche se trouve une salle opératoire pour les urgences vitales, un bureau du secrétariat, une chambre de repos pour l'équipe du service, aussi un coin réservé aux archives et aux documentations, et au fond du couloire, on trouve le bureau du chef de service du bloc opératoire. Dans le couloire a la droite se trouve trois (03) salles opératoires, une chambre un peut spacieuses réservée aux patients sortant du bloc, une pharmacie dont est rangé les médicaments d'anesthésie et le matériel du bloc, et une autre chambre donnant l'accès à la salle de réveil permettant au personnel infirmier de surveiller les malades dans leur place, aussi un coin restreint pour les tenus du bloc.

2- La population mère :

D'après Benoît Grouthier la population mère «*est comme un élément constructif d'une population large et tout dépend alors de l'objet même de la recherche*»⁵.

Dans notre présente recherche qui s'articule autour du thème « le stress professionnel chez les AMAR» nous nous sommes intéressés à l'ensemble des AMAR qui occupent le poste d'auxiliaire médicaux anesthésiste et réanimation au sein de l'entreprise publique hospitalier (EPH) de Sidi Aich de la wilaya de Bejaia qui sont au nombre de onze (11) Auxiliaire Médicaux en Anesthésie-Réanimation (AMAR).

3- La population d'enquête :

Choisir un échantillon d'étude, c'est préférer, selon des expériences déterminés à l'avance, cet ensemble d'individus, acceptent de répandre aux résultats de l'unité essentielle. Selon François Depalteau l'échantillon « *est un sous-ensemble d'éléments d'une population donnée* »⁶.

La méthode d'échantillonnage donne les différentes marches à suivre pour extraire un échantillon, dans le cas de notre d'étude nous avons sélectionné selon la base de l'échantillonnage probabiliste aléatoire simple de huit(8) AMAR qui ont bien voulu se prêté a notre étude parmi onze (11) AMAR de notre population mère.

⁵ Benoît GROUTHIER, *recherche sociale de la problématique à la collecte des données*, Edition Presses de l'université du Québec, canada, 2009, p 57.

⁶ François DEPALTEAU, *la démarche d'une recherche en science humaines*, Edition Les Presses de Université Laval, canada, 2000, p 214.

3.1- Identification de la population d'enquête:

A partir d'un certain nombre de variables, retenu dans notre étude, qui sont : sexe, âge, situation matrimoniale, niveau d'instruction, les années d'expérience, et le lieu d'habitat, résumé dans le tableau suivant :

Tableau N°03 : les caractéristiques socioprofessionnelles des AMAR interviews :

Enquêté	Sexe	Age	Situation familiale	Année d'expérience
N°:01	Féminin	30	célibataire	06
N°: 02	Masculin	55	marié	29
N° : 03	Féminin	30	mariée	05
N° : 04	Masculin	30	célibataire	06
N° : 05	Féminin	32	célibataire	03
N° : 06	Féminin	30	marié	09
N° : 07	Masculin	30	célibataire	08
N°: 08	Féminin	40	marié	12

Source : Enquête personnelle du 17/01/2016 au 30/03/2016.

La lecture du tableau sur les caractéristiques socioprofessionnelles des AMAR enquêté nous permet de dire ce qui suit :

A. La répartition des enquêtés selon le sexe :

La répartition des enquêtés selon le sexe nous permet de relever : que la majorité des personnes enquêté occupant le poste d'AMAR dans le bloc opératoire sont des femmes avec un nombre de cinq (05), alors que les hommes exerçant ce métier sont minoritaire avec un nombre de trois (03) hommes sur l'ensemble de notre échantillon.

A. La répartition des enquêtés selon l'âge :

Sur ce point, nous soulignant que deux (02) AMAR de notre échantillon sont avancé dans l'âge qui se situe dans la catégorie de [40 et plus [. Alors qu'au total l'âge de six (06) AMAR de nos interviews se range dans la tranche de [30-39] ans.

B. La répartition des enquêtés selon la situation matrimoniale :

Parmi notre échantillon composé de huit (8) AMAR, quatre (04) AMAR mènent une vie familial (marie avec un nombre d'enfants varie entre deux (02) à trois (03). Les autres quatre (04) AMAR de notre échantillon mènent toujours une vie de célibataire.

C. La répartition des enquêtés selon leur niveau d'instruction :

A-propos du niveau d'instruction nous disant que sept (07) sur huit (08), (7/8) AMAR de notre population enquêté sont de niveau d'instruction de Bac plus quatre (04) ans d'étude à l'école paramédicale, par contre un seul AMAR est douté du diplôme du Bac uniquement.

D. La répartition des enquêtés selon leurs années d'expériences :

D'après ce tableau nous avançons que huit (08) AMAR de nos interviews ont une expérience de [03 à 09] ans, plus au moine faible, par rapport a l'unique AMAR dont l'exercice de métier et de vint-neuf (29) ans dans le service.

E. La répartition des enquêtés selon le lieu d'habitat :

Sur ce point nous mentionnons, que la totalité d'AMAR interviewés(ées) habite à proximité de l'organisme hospitalière (EPH) de Sidi Aich (W) de

Bejaia, cet éléments leur permet d'être à l'heure au travail leur évitant les langes trajets.

4- Méthodes et techniques utilisés :

4.1- La méthode de recherche :

L'utilisation d'une méthode est obligatoire, dans chaque recherche scientifique, car elle permet aux chercheurs de contrôler le regard porté sur son sujet d'étude. La méthode constitue un élément important, au quel le chercheur doit prêter une attention particulière. Elle est définie selon Boudon Raymond définie la méthode comme : « *celle qui permet de recueillir sur un ensemble d'éléments, des informations comparables d'un élément à l'autre* »⁷. Et aussi elle désigne « *l'ensemble des démarches que suit l'esprit humain pour découvrir et démontrer un fait scientifique* »⁸.

Dans notre étude qui s'articule sur le stress professionnel chez les AMAR au sein de l'EPH de Sidi Aich, on a envisagé pour une méthode qualitative adapté à notre thème, et objectif, qui tente essentiellement de restituer les différents discours d'AMAR du bloc opératoire sur le phénomène du stress vécu au quotidien. Ainsi notre étude se veut qualitative de nature descriptive et analytique.

4.2- Outils d'investigations :

La méthode qualitative choisie pour notre étude se base impérativement sur l'utilisation de l'observation et de l'entretien, qui est le complément plus au moins indispensable de l'observation dans l'approche qualitative.

1- L'observation :

D'après Anne-Marie LAVARDE « *l'observation est avant tout une méthode de recueil de données pertinentes et significatives et entant que telle,*

⁷ RAYMOND Boudon, *les méthodes en sociologie*, 11^{ème} édition, Paris, 1998, p31.

⁸ MATHIEU, Guider, *Méthodologie de la recherche (guide du jeune chercheur en lettre, langue, science humains et sociales)*, éd Ellipses, Paris, 2004, p 06.

elle exige de la rigueur dans la pratique quelle que soit l'étape de la recherche ou elle s'effectue. Elle est cependant plus ou moins planifiée et systématique selon les objectifs requis»⁹. Pour les besoins de notre étude nous avons engagé l'observation dite directe, vue par Ramond Quivy, Luc Van Campenhoudt, l'observation directe est « celle ou le chercheur procède directement lui-même au recueil des informations, sans s'adresser aux sujets concernés »¹⁰.

Tout au long de notre présence sur le terrain, nous avons été appelé à observer de manière directe se qui suit :

-L'espace de travail des AMAR_ au bloc opération _, point de vue organisation disponibilité des moyens, hygiène.

-Climat de travail (interactions entre les différents professionnels, et les rapports aux malades).

-les faits, les gestes produites par nos interlocuteurs (traits de visage, les formes de gène, les silences, la fatigue, le stress...)

2- L'entretien :

D'après BENOIT TINE l'entretien « est une technique de recueil de données qui consiste en un procédé d'investigation scientifique utilisant un processus de communication verbale pour recueillir des informations en relation avec le but fixé»¹¹. Dans notre cas d'étude on a utilisé les entretiens dite exploratoires l'hors de la phase d'exploration du terrain, alors que dans la période de l'enquête nous avons effectué des l'entretiens de type semi-directif afin d'accorder d'avantage l'importance l'interview, en lui permettant de

⁹ Anne-Marie LAVARDE, *Guide méthodologique de la recherche en psychologie*, éd BOECH université, Bruxelles, 2008, p 186.

¹⁰ RAYMONDE Quivy et LUC Van Campenhoudt, *Manuel de recherche en science sociales*, éd Dunod, Paris, 1995, p 164.

¹¹ Benoît Tine, *la toxicomanie étude sociologique d'une forme de déviance*, Édition PUBLIBOOK, 2008, p62.

s'exprimer de manière plus ou moins libre. Cet outil reste le moyen privilégié pour produire des données à base de discours.

3- Guide d'entretien :

D'après Alain Blanchet et al, le guide d'entretien « *est l'ensemble organisé de fonctions, d'opérateurs et d'indicateurs qui structurent l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer. Le degré de formalisation du guide est fonction de l'objet d'étude (multi-dimensionnalité), de l'usage de l'enquête (exploratoire) et du type d'analyse que l'on projette de faire* »¹². Et selon ALBERLLO.L c'est une technique qui « *se base sur un guide d'entretien constitué de différents thème- question* »¹³.

L'entretien semi-directif de notre enquête de terrain est produit sous forme de guide, constitué de thème et organisé en quatre (04) démentions comme suit :

Le première axe : est réservée à l'identification des enquêtés, pour se faire nous avons retenu les variables suivantes (Age, sexe, situation matrimoniale, niveau d'instruction, nombre d'année de).

Le deuxième axe : est consacré à démontrer la relation de la surcharge de travail et l'apparition du stress professionnel. Ces questions sont délimitées de (1 à 8).

Le troisième axe : est basée sur la question de la position des AMAR et son rapport avec la question du stress professionnel vécu dans le service. Ces questions sont délimitées de (1 à 5).

¹² ALAIN Blanchet et al, (sous la direction de François de Singly), *L'enquête et ses méthodes d'entretien*, éd NHATAN, Paris, 1992, p 61.

¹³ ALBERLLO.L, apprendre à la recherche, édition Doek université, Paris, 1996, p66.

Le quatrième axe : est consacrée aux questions sur le climat de travail en relation avec le stress professionnel. Les questionnes sont délimitées de (1à5).

4.3- Les techniques utilisées :

Selon Maurice Angers la technique est définie comme : « *les techniques de recherches est un ensemble de procédures et d'instruments d'investigation utilisés méthodiquement* »¹⁴.aussi la technique définie selon GRAWITZ Madeleine : « *technique utilisé dans les études qualitatives. L'entretien individuel se base sur une discussion libre entre l'enquêteur et la personne interrogée* »¹⁵

Cependant les techniques de recherche sont les méthodes susceptibles de nous fournir des données et des informations sur la réalité au terrain.

1- La pré-enquête :

Avant de procéder à la pré-enquête, nous avons, en 1^{er} temps effectué un travail d'exploration du terrain où nous sommes rentrée en contact avec le directeur de l'EPH de Sidi Aich, afin de présenter notre thème et négocier l'accès au terrain. Une fois son avis favorable obtenu, nous avons vus le chef de service de bloc opératoire, rencontré les AMAR, et notre promoteur de terrain, discuter avec eux, et procédé a des entretiens exploratoire dans le but de réunir le maximum d'informations et de données sur le stress et la profession AMAR.

Par la suite nous avons procéder a la pré-enquête qui a durée presque un mois allant du 17/01 au 15/02/2016. Cette période nous a facilité la familiarisation avec notre population d'étude, permis de gagner d'avantage la confiance des AMAR pour le choix de notre population d'enquête, aussi enrichir

¹⁴ MAURICE Angers, Op.cit, p 66.

¹⁵ GRAWITZ Madeleine, op.cit, p 53

et approfondir la réflexion sur notre problématique et hypothèse , et en fin testé les outils d'investigation par rapport la compréhension et la formulation des questions.

5-Enquête :

Notre objectif d'enquête sur le stress professionnel est de réaliser des entretiens aux près des AMAR du service du bloc opératoire et recueillir leur discours sur notre thème. Pour ce faire nous avons établi nos rendez-vous d'entretien avec notre échantillon d'étude selon le programme de répartition et d'organisation des équipes de travail AMAR dans le service du bloc opératoire. Nos entretiens avec les AMAR ont eu lieu à la salle des opérations, dans les couloirs, et voir même dans les chambres de récupération. Au près des AMAR, nous avons mené des entretiens individuel de moyenne de 1h 30min de discussion. Ainsi nous les avons assuré que leur réponse seront strictement utiliser pour des buts scientifiques. Les réponses des AMAR étaient en français, voir même en arabe et en kabyle, nous les avons, annotés parfois même enregistré sur magnétophone, pour les retranscrire de manière intégrale sur un fichier informatique. Notre enquête été réalisé du 17/01 jusqu'au le 31/03/2016.

6-L'analyse et interprétation des données :

Dans notre cas d'étude, nous avons opté pour l'analyser de contenu afin de traiter l'ensemble des données recueillies dans le terrain en particulier les discours et les propos des AMAR interviewés sur le phénomène du stress dans le milieu professionnel. Ainsi nous avons procéder de la manière suivante :

- 1-La lecture attentive des discours recueillis.
- 2-Le classement de chaque discours en fonction de grandes catégories, grandes sujets.
- 3-Le travail d'interprétation des perceptions des points de vue exprimées par les AMAR sur le stress, pour une compréhension du sens attribué.

7- Les avantages de l'enquête:

L'enquête de terrain au près des Auxiliaires Médicaux en Anesthésie-Réanimation nous a été très utile, car elle nous a aidé à :

- Découvrir et connaître le domaine du métier des Auxiliaires Médicaux en Anesthésie-Réanimation.

-Avoir des connaissances sur les différents conflits rencontrés dans l'espace professionnel des Auxiliaires Médicaux en Anesthésie-Réanimation.

- Identifier le stress et son origine chez les AMAR dans l'espace professionnel.

8- Les obstacles de l'enquête :

Pendant notre recherche on a rencontré quelques difficultés et obstacles suivants :

- Le refus de la psychologue de l'hôpital de nous encadrer à cause de ses conflits et problèmes avec l'administration.

- Le refus de certain Auxiliaires Médicaux en Anesthésie-Réanimation de répondre aux questions de notre guide d'entretien, touchant les points sensible de leur métier tel que la couverture juridique et les conflits de travail.

Conclusion

Dans ce chapitre, nous avons mis en place le cadre méthodologique de notre recherche après avoir désigné notre espace enquêté, notre population mère et échantillon d'enquête, discuter les techniques et les méthodes appliquées dans le recueil, l'analyse et l'interprétation des données du terrain, et situé en fin quelque difficultés et avantages de notre recherche.

La partie pratique

Analyse et interprétation des résultats

Introduction

Nous consacrons cette partie à l'analyse et à l'interprétation des données recueillies de notre terrain, en s'appuyant sur les résultats des entretiens effectués auprès de notre population AMAR du service de chirurgie au sein de l'établissement publique hospitalier(EPH) Sidi-Aich de Bejaia. Notre analyse est répartie en trois titres, le premier a pour but de vérifier la question de la surcharge du travail, en rapport avec l'apparition du stress à partir de l'identification de l'organisation et du rythme du travail au sein du bloc opératoire. Le deuxième point, concerne l'examen du statut et de la position juridique des AMAR dans le terrain et son lien avec le stress. Le dernier titre est consacré à l'identification des relations professionnels des AMAR dans leur espace de travail comme source de stress.

1-Surcharge du travail et stress professionnel chez les AMAR du bloc opératoire d'EPH de Sidi-Aich:

1.1-L'organisation de travail des AMAR au sein du bloc opératoire :

D'après nos observations du terrain et les informations recueillies, au sein du service à propos du travail des AMAR, nous décrivons ainsi la répartition des tâches au sein du bloc opératoire :

Les AMAR de service chirurgical sont divisés en cinq groupes qui exercent le travail dans la journée et assure les gardes de nuit, à l'exception d'une AMAR dans le rôle est limité à l'application du programme du jour. Chaque groupe composé de deux AMAR travaille deux jours sur cinq ou un jour sur quatre, dont ils sont appelés à faire une surface et assurés une garde le jour suivant, pour bénéficier d'une récupération de trois jours à la suite. Dans le service du bloc opératoire deux équipes d'AMAR sont présentes sur le lieu pour assurer les urgences et le programme des interventions du jour la garde qui dure 24/24h de 8h du matin jusqu'à 8h de le lendemain.

Suivent le même programme de travail qui est deux jour sur cinq 2/5 ou un jour sur quatre 1/4, c'est-à-dire pour deux jour sur cinq 2/5 chaque group vas faire une surface ou un programme et une garde après il va avoir un repo de 3 jour. Ses groupes sont programme de travailler deux a deux, dans une journée en trouve deux qui font une surface et deux autres sont programme pour

-Intensité du travail chez les AMAR :

Le contexte de travail des AMAR peut engendrer un stress chronique appelé stress professionnel. Cependant ils réalisent des soins destinés à maintenir ou restaurer la santé de la personne malade. L'objet central de ce titre consiste à évalué la surcharge de travail au prés des AMAR à partir de l'identification d'un certains nombre de taches exercées au quotidien, notamment en gardes assurées au sein du bloc opératoire.

L'ensemble des AMAR interviewés mettent l'accent dans leurs divers discours sur les multiples taches exercés au quotidien pour identifier leur rôle au sien du service de chirurgie. Ecoutons: « *Préparer la salle d'urgence (machine-plateau, l'intubation drogue) et Préparer tous les malades a une intervention chirurgicale (l'interrogatoire-ex : complémentaire), aussi Aider le médecin anesthésiste, Etudier- entretenir et réveiller tous malades dans de bonnes conditions et en fin être prêt à toute éventuelle urgence du jour* ».

Observons encore le témoignage de cet enquêté qui nous dans le même propos un autre enquêté nous parle sur leur travail à propos les rôles et les tâches qu'ils accomplissent qui ne sont pas partie intégralement dans leurs travail, qui dépasse leur capacités qui les situé la surcharge de travail. Écoutons son discoure: « *Souvent très agitées avec beaucoup de malades car on est une équipe multitâche on assure les urgences d'orthopédie, de chirurgie générale, CCI (enfants) ophtalmologie et gynécologie* ». [AMAR, (32ans), N°06].

1-2 La journée type et le travail de garde de nuit des AMAR :

Pour comprendre la nature de travail des AMAR il faut décrire le déroulement de leurs travail dans la journée ainsi que dans les gardes de nuit, a se propos il ressort que d'après nos interviewés que le travail n'est pas charger dans la journée c'est un travail routine qui se répète tous les jours. Écoutons le discours de l'ensemble de nos enquêtés: *« notre journée de travail se déroule sur la même routine chaque jour, ya pas grand chose à faire et ya pas une charge que les malades de froids et en se repose »*. . Il ressorte que d'après notre recherche que la journée type des AMAR n'est pas vraiment chargée, c'est un travail de Par contre leurs gardes de nuit se passent dans un climat très stressant, charger, épuisant. Comme l'affirme notre enquêté : *« En vient a 8h :00 pour assurer des gardes de 24 h alors ; j'arrive je prépare la salle opératoire, je vois les malades qui se présentent aux urgences, le 1^{er} c'est pour subir une intervention chirurgicale, suite a un accident de la voix public qui a causé chez lui un écrasement de l'avant bras, plus fractures perthoroch gauche qui a signé abondement alors on a transfusé le malade et on a prit le malade en charge le malade, ensuite on a fait 03 césariennes et le soir on a fait 03 autres d'urgences chirurgicales, et vers la fin de la garde tu n'arrivera plus a bougie et tu sera fatiguer et très épuisée .»*[AMAR, 30ans, N°06]. Ecoutons les déclarations de cet AMAR qui se prononce dans le même sens sur le même contexte distinguons la déclaration de cet AMAR : *« C'est à la garde que je sens très fatigué et quand je rentre à la maison je ne parle plus et je fais rien »*. [AMAR, 30ans, N° 07].

Concernons leur travail du garde, nous relevons que le manque de personnel oblige les AMAR à effectuer leurs multiples taches tout seul au sein du bloc opératoire. Une réalité déclarer par notre interviewées. examinons: *« bien sur, ce n'est pas pareille comme la journée ou on travail en groupe, mais pendant la garde c'est a moi de faire tous et de réagir tout seul, même il y a des*

cas en état de choc que je ne peux pas le réanimer, car cette état dépasse mes capacités donc il peut avoir des complications ; c'est des moments où je me sens incapable , et malheureusement je trouve pas le médecin anesthésiste a mes cotes pour me gérer, c'est moi le responsable. Ce qui me rendre stressé». [AMAR, 30ans, N°07].

Dans les gardes de nuit on trouve des AMAR plus abattus face à une charge intense qu'ils ne peuvent pas toujours assurer, écoutons : *«pendant la garde c'est à moi de faire tous et de réagir même tout seul»*, [AMAR, 30ans, N°07].

En effet, à la garde de nuit, les AMAR doivent être prêt à toutes situations d'urgence vitale, ceux qui rendre leur tache difficile à les exécuter.

1-3La surcharge engendre le stress :

La surcharge de travail mit les AMAR en relation avec la quantité élevée de travail qui influe négativement sur l'état psychique et physique. Ecoutons le témoignage de cet AMAR : *«la surcharge est vécu qu'on est confronté à deux anesthésistes pour les urgences : orthopédique et gynécologie et parfois d'ophtalmologie sans oublier celle des différents services (arrêt-cardiaque-détresse respiratoire, etc....).»*[AMAR, 55ans, N°02]. L'origine de cette surcharge au travail est expliquée chez nos interviewés, par le manque en matière de personnel anesthésiste, à deux, les anesthésistes ne pouvons pas couvrir tout l'ensemble des services, les AMAR à effectuer se retrouvent dans un déplacement perpétuelle dans un service fait qui engendre une fatigue intense chez eux et les confronte a des situations stressante.

La surcharge apparaitre dans le moment ou la charge de travail dépasse les capacités des AMAR à subir ses multitâches, donc cette charge de travail provoque naturellement le stress professionnel.

D'après Simon L.DOLAN et André ARSENAULT : « *en milieu de travail, la surcharge comme le manque de travail inhibent le travailleur ce qui a des conséquences sur son état physique et mental* ». ¹

La posture de travail provoque la charge physique chez les AMAR au bloc opératoire car ils se retrouvent constamment en déplacement dans les différents services, et en position debout toute la journée. En fait, à la fin d'une journée de travail les AMAR ressenties souffrent des douleurs, des maux de dos et jambes comme nous l'explique cet AMAR. Écoutons «*Généralement on se sent fatigué parce que on assure des gardes de 24 h car on fait plusieurs spécialités (vicirale, orthopédie, gynécologie, ophtalmologie, cci,...) surtout quand on travail sans réanimateur.*» [AMAR, 30ans, N°06].

Sur le même point d'autre AMAR nous confirme qu'ils sont victime d'une surcharge physique et mentale qui affecte leur santé. Écoutons: «*parfois je m'arrive plus à me mettre debout ou à réfléchir correctement après la rencontre avec plusieurs malades*». [AMAR, 32ans, N°05].

En outre la gestion de la surcharge est devenue de plus en plus compliqué, où les AMAR n'arrivent pas à préserver, l'équilibre entre leur capacité et les tâches élevées du travail comme nous déclare cet interviewée de plusieurs tâches sur leur santé, ainsi que des occupations qui les obligent d'être debout toute la journée, et les déplacements du bloc opératoire vers les différents services, Déclare cet interviewées : «*Je n'arrive plus à le gérer !!! Je n'en peux plus, parfois j'ai envie de quitter, d'arrêter car je n'arrive plus à faire un équilibre entre mes tâches et mes capacités ; professionnellement j'assume à merveille mon boulot, mais personnellement je n'en peux plus*» [AMAR, 30ans, N°06].

¹ Simon L.DOLAN et ANDRE ARSENAULT, stress estime de soi santé travail, Edition Presse de l'université de Québec, Canada, 2009, p 129.

Conclusion :

D'après des discours de nos interviewees nous pouvons dire que la surcharge au travail dans l'espace hospitalier en plus particulier le service de chirurgie est très fréquent a la surcharge de travail, dont l'origine de plusieurs facteurs, comme les multiple taches exercer a la fois, cela signifie qu'il ya un manque du personnel que les AMAR ne peuvent pas le couvrir seul, et satisfaire tout les spécialités dans chaque service, qui rendre la vie professionnel des AMAR très stressante.

2- La couverture juridique et le stress professionnel:

La couverture ou la protection juridique est un contrat ajusté par le code des assurances, qu'un individu physique ou moral limitée avec une existence de confiances par laquelle celle-ci s'engage à tenir en charge, les frais exigence par la protection des rapports de le garanti, et de lui proposer un soutien en regard du règlement amiable de son conflit. La couverture est nécessaire et reste importante dans le milieu hospitalier, en plus spécifique au bloc opératoire où les AMAR exercent beaucoup plus leur travail de veillent sur la vie des malades.

2-1- l'ambigüité du statut des AMAR dans la réalité :

La question du statut pose aussi un sérieux problème pour les AMAR, les déclarations de nous interviewees situent le manque du statut réservé au corps professionnel des AMAR. Observons le discours de notre enquêtés : « *statut en débat flou et incertain* », [AMAR, 30 ans, N°1].

Pour les AMAR leur statut reste équivoque sans textes qui concrétise le règlement, le fonctionnement, la situation d'un groupe particulier (statut des fonctionnaires)².

Dans le décret exécutif n°11-289 du 15 Ramadhan 1432 correspondant au 15 août 2011 instituant le régime indemnitaire des fonctionnaires appartenant aux corps des auxiliaires médicaux en anesthésie- réanimation de santé publique, la population et de la réforme hospitalière, ou dans l'article 1^{er} qui démontre le statut des AMAR : « *le présent décret a pour objet d'instituer le régime indemnitaire des fonctionnaires régis par les dispositions du décret exécutif n°11-235 du Aoul Cabane 1432 correspondant au 3 juillet 2011 portant statut particulier des fonctionnaires appartenant au corps des auxiliaires médicaux en anesthésie-réanimation de santé publique* »³, mais le décret exécutif N°11-289 ne la pas mis en application sur le terrain .

² [http://www. Le-dictionnaire.com/définition.php ?mot=statut](http://www.Le-dictionnaire.com/définition.php?mot=statut), consulté le 19/05/2016 à 19h37.

³ Journal officiel de la république algérienne n°46, Alger, le 15 ramadhan 1432 correspondant au 15 août 2011, p17.

D'après nos enquêtés le statut n'est pas reconnu sur le plan professionnel. Ceci engendre le stress comme l'un de nos interviewé déclare : « *On n'a aucun statut pour l'instant, et ça me provoque le stress* ». [AMAR, 40ans, N°08].

En outre nos enquêtés infirment l'existence du statut mentionné en dans le décret exécutif N°11-289, écoutons cet AMAR : « *On a aucun statut pour l'instant, nous somme ni des infirmiers ni des anesthésistes, jusqu'à maintenant même notre paye en y classé dans la catégorie 11* ». [AMAR, 30ans, N°04].

L'ambiguïté du statut génère le stress comme le signale l'un de nos enquêté : « *Statut en débat, flou et incertain sa nous met toujours dans des situations stressante* » [AMAR, 30 ans, N°03], observons encore le témoigne de cet autre AMAR qui nous révèle l'importance du statut : « *Le statut est très important et sont absence joue un rôle de nous rendre toujours stressé et inquiété sur notre avenir* » [AMAR, 30 ans, N°07].

2-2 L'importance de la couverture juridique chez les AMAR :

La couverture juridique représente pour les AMAR un moyen qui les protège dans des situations tel que les garde de nuit, les situations grave..., comme l'affirme un enquêté : « *la couverture juridique pour nous ressemble a une arme entre les mains, pour arrivé à vaincre les obstacles et les situations stressante dans le travail* » [AMAR, 40ans, N°08].

La couverture jeu un rôle, très important dans la vie professionnelle des AMAR. Sans protection juridique, les AMAR accomplissent leur tâche en contrainte de perdre des patients.

2.3- L'absence de la protection juridique des AMAR:

Il ressort de manière générale de notre terrain que l'ensemble des AMAR interviewes sur la question couverture juridique dénonce l'absence quasi-totale de cette dernière. Observons le témoignage de cette AMAR: « *L'AMAR n'est pas couvert juridiquement surtout en absence du médecin anesthésie sauf dans l'urgence vitale et sa nous provoque le stress toujours* ». [AMAR, 55 ans, N°05].

Encore le témoignage de cette autre qui nous dit : « *Les AMAR n'ont pas une couverture juridique ce qui les engendre le stress professionnel* ». [AMAR, 55 ans, N°02].

Suite à notre examen du décret exécutif N°11-289 du 15 Ramadhan 1432 correspondant au 15 août 2011 instituant le régime indemnitaire des fonctionnaires appartenant aux corps des auxiliaires médicaux en anesthésie-réanimation de santé publique, le premier ministre, sur le rapport du ministre de la santé, la population et de la réforme hospitalière, nous pouvons relevé qu'aucun texte juridique concernant la couverture des AMAR existe dans ce décret. Cette élément est confirmés d'après le discours de notre AMAR enquêté : « *Malheureusement l'état algérien na pas mit à la disposition des AMAR une couverture qui les protège dans leur milieu professionnel.* » [AMAR, 32 ans, N°05].

Aussi dans les propos de cette autre qui nous confirme que dans les établissements de santé. l'AMAR n'est pas protégé par une loi pendant l'exercice de son travail, « *la couverture en Algérie n'existe pas rien ne la prouver ou la montre, elle n'est que verbalement, mais si tu es obligé d'endormir un malade dans un état d'urgence et grave le chirurgien doit te faire un écrit pour éliminé ta responsabilité. Mais y a des medecins qui n'accepte pas de faire cet écrit il te demande et t'oblige d'effectué le geste et sa nous rendre angoissé, peur et stressé* » [AMAR, 30ans, N°01].

Ainsi nous pouvons dire que les AMAR travaillent dans la clandestinité, vu qu'aucune loi dans le décret sur la santé n'aborde la question de la couverture juridique chez l'auxiliaire médical en anesthésiste et réanimation. Cela signifie que le métier AMAR est considéré uniquement sur le papier.

Pour nos interviewées cette question d'absence de couverture juridique représente un énorme problème, come nous le déclare l'un de nos enquêté : « *On n'a pas une couverture médicale légale, et sa nous pose des problèmes et nous stress beaucoup plus*». [AMAR, 30ans, N°07]. Cette couverture existe

strictement dans les urgences vital comme nous l'explique cette enquêté : « *Juridiquement l'AMAR n'est pas couvert en absence du médecin anesthésiste, sauf en cas d'urgence vitale* ». [AMAR, 30ans, N°01].

Conclusion :

L'ensemble des points évoqué dans ce titre tente de répondre a l'interrogation suivante quelle relation existe-t-elle entre la couverture juridique et l'émergence du stress professionnel ?, a partir de l'examen du statut des AMAR aussi la vérification de l'existence de leurs couverture juridique sur le terrain. Les résultats de notre étude nous révèlent à ce propos le manque du statut du corps professionnel des AMAR dans le terrain. Bien qu'il soit interprété dans le décret exécutif n°11-289, ainsi il ne trouve pas son application selon les discours de nos AMAR. La couverture juridique reste quasi absente d'après nos interviewes le manque de ces deux éléments induit le stress chez eux dans leur espace professionnel.

3- Rapports professionnel et source conflictuel :

Dans ce point nous tenterons de fournir une réponse à l'interrogation, suivante, les relations professionnels conflictuels provoquent-elles le stress à partir de l'identification des rapports professionnels instauré entre la catégorie des AMAR et les médecins chirurgiens.

3-1 Rapports conflictuels :

Dans notre cas d'étude la majeure partie des AMAR interviewés décrivent leurs rapports avec les médecins chirurgiens comme étant des rapports de conflit et de tension. L'un de nos enquêté nous confirme l'existence des conflits est à l'origine de son stress professionnel. Écoutons : *«oui, il y a des conflits entre nous et les médecins, par exemple le refus de médecin chirurgien de faire l'écrit qui couvre l'AMAR ça c'est à cause de manque de médecin anesthésiste-réanimateur»*, [AMAR, 30ans, N°04]. En outre, d'autres témoignages nous confirment que les conflits dépassent même le cadre verbal pour se retrouver dans la confrontation gestuelle. Un AMAR dit: *« oui il ya des problèmes des fois, par exemple des cries entre nous et des gestes qui montre que tu te s'enfiche de la personne et ça à cause de l'absence de médecin de médecin anesthésiste»*. [AMAR, (30ans), N°06].

3-3 Les sources des conflits :

De manière globale les AMAR interrogés, situent dans leur discours les raisons de leurs conflits avec les médecins chirurgiens dans le refus de ses derniers de procéder a l'écrit de couverture des AMAR dans l'absence du médecin anesthésiste. Écoutons : *« en cas de l'absence de médecin anesthésiste, on est exposées à la confrontation des conflits à cause de refus de nous protéger»*. [AMAR, (30ans), N°04].

Analyse et interprétation des résultats

Cette réalité est aussi bien évoquée par cet autre AMAR : *«oui, désaccords avec les chirurgiens pour d'éventuels problèmes liés à l'anesthésie, faute de médecin anesthésiste»*, d'après ces témoignages on fini que cette responsabilités est la source des conflits qui engendres le stress professionnel dans le service chirurgicale, entre la catégorie AMAR et médecins chirurgiens.

En outre nos enquêtés nous explique l'origine des conflits avec les chirurgiens dans le fait d'imposé au AMAR des rôles qui ne relèvent pas de leur responsabilité. Tel que réanimer un patient dans un état grave, ainsi nos interviewées nous explique que le médecin chirurgien exerce son pouvoir de supériorité sur eux ce qui rend leur relation conflictuel. Comme nous l'explique cet AMAR : *« bien sur du moment qu'on fait un métier stressant on confronte d'énormes problèmes du genre faire anesthésie le malade même si il n'est pas bien préparer ou si on juge qu'il doit attendre jusqu'à qu'il soit prés ou faire des malades non urgent dans le cadre de l'urgence ou bien d'endormir des malades qui doivent se faire à la présence d'un médecin anesthésiste réanimateur»*. [AMAR , 30ans N°06].

Encore un autre élément, est évoqué parmi les discours de nos interviewes pour souligner l'origine de leur désaccord avec le médecin chirurgien, il s'agit en particulier du complexe de supériorité hiérarchique. Examinons le discours de cet AMAR: *« chacun de nous à ses principes et sa méthode du travail des on travail, avec des médecins dit modestes avec qui on fait un travail d'équipe Où on ne sent ni le stress, ni la fatigue pendant 24h, des fois on travail avec des médecins par contre le médecin qui a un problème de complexe de supériorité c'est avec lui qu'on rencontre des conflits »*. [AMAR,30ans N°6].

Le milieu du travail est un système complémentaire d'un individu à un autre, semblable au système familial, ainsi des bons rapports professionnels maintien à une ambiance favorable d'équipe.

Conclusion

D'après les discours de nos enquêtés, plusieurs facteurs sont à l'origine de leur relations de méfiance avec les médecins chirurgiens. Ce climat de tension et de conflit engendre le stress professionnel de nos interviewées.

Discussions et vérification des hypothèses

Discutions et vérification des hypothèses

Discussion et vérification des hypothèses :

L'analyse et l'interprétation des résultats des données, recueillies sur l'identifie les origines du stress professionnel chez les AMAR de l'EPH de Sidi Aiche- Bejaia nous amène, à l'étape de la discussion et la vérification des hypothèses.

01-La première hypothèse :

« La surcharge de travail chez les AMAR est une source de stress professionnel »

L'enquête a démontré que notre population d'enquête juge que le travail au sein de l'établissement hospitalier de Sidi Aich est très chargé à cause du manque de personnel anesthésiste et l'accomplissement de plusieurs tâche a la fois, ainsi que la surcharge physique par le déplacement d'un service à un autre, la fatigue être debout toute la journée, mal aux jambes les gestes répétitifs cela influe sur la santé physique des AMAR. En parallèle on trouve la surcharge mentale de travail qui affecte la santé mentale des AMAR, cela ce caractérise par une confrontation avec la souffrance et la fatigue, la mort, l'épuisement professionnel.

Après la présentation des résultats ci-dessus, il nous est possible de confirmer notre première hypothèse, en effet : « La surcharge de travail chez les AMAR est une source de stress professionnel ».

02 – La deuxième hypothèse :

«L'absence de la couverture juridique chez les AMAR provoque le stress professionnel».

A travers les données qualitatives des déclarations des interviewées, nous constatons que la couverture juridique au milieu professionnel joue un rôle très importante dans la vie socioprofessionnel.

Discutions et vérification des hypothèses

L'importance de la couverture juridique, occupe une place primaire dans la vie professionnelle des AMAR, qui détermine leur statut dans le milieu professionnel hospitalière qui les engendrent le stress.

L'absence de protection juridique présente un énorme problème pour les AMAR, ce qui rendre le travail des AMAR stressant.

L'inexistence du statut des AMAR dans la réalité, et leur ambiguïté dans le milieu hospitalier génère un stress intense pour les AMAR dans le bloc opératoire.

A partir de cette présente analyse sur la couverture juridique, nous arrivons à confirmer cette deuxième hypothèse « L'absence de la couverture juridique chez les AMAR provoque le stress professionnel ».

03-La troisième hypothèse :

« Les conflits au bloc opératoire entre les AMAR et les chirurgiens provoquent le stress professionnel ».

Notre étude de terrain montré que la majorité des AMAR ont des rapports conflictuelles avec les médecins chirurgies, qui dépasse les limites et qui arrive jusqu'au agressions verbale, et des fois même des confrontations gestuels.

Aussi les sources des conflits renvoi au refus de médecin anesthésiste de procéder un écrit qui couvre les AMAR durent l'exercice de leur tache.

Le complexe de la supériorité hiérarchique des médecins chirurgiens vis-à-vis les AMAR, et ca mène à l'apparition du stress dans l'espace professionnel.

Vue les résultats obtenu on peu dire que notre hypothèse : «L'apparition du stress professionnel du à l'existence des conflits chez les AMAR» est confirmés.

Conclusion

Conclusion

Conclusion :

Ce travail ne constitue qu'un début en matière d'identification du stress chez les Auxiliaires Médicaux en Anesthésie et Réanimation (AMAR) du l'EPH de Sidi Aiche.

A travers les résultats de notre recherche, nous pouvons déduire que l'ensemble des AMAR qui travaillent en bloc opératoire souffrent d'un état de stress. Les principaux facteurs qui engendrent ce stress sont la surcharge du travail, la non existence d'un statut et d'une couverture juridique, qui ne leur donne pas leur droit, le climat de leur travail et parfois les conflits avec les médecins chirurgien les rendent beaucoup plus vulnérables au stress professionnel.

On conclut que dans notre recherche que nous avons menée sur le stress professionnel chez les AMAR de service de bloc opératoire de l'EPH de Sidi Aich, s'est retourné négativement sur leur santé soit physiquement ou moralement. Nous avons présenté par le même cas certains déterminants et facteurs de stress professionnel ou les contraintes causées par ces facteurs face à ce métier.

Finalement il faut reconnaître que les facteurs de stress professionnel est un phénomène ontologique et qui engendre des conséquences négatives sur la santé des AMAR.

**La liste
Bibliographique**

Liste bibliographique :

Livre et ouvrage :

1. AUCON, (S), Evaluation du niveau de stress chez les infirmières, et de leur préparation à le gérer, Université du Québec, 1989.
2. CROCQ Louis, Les traumatismes psychiques de guerre, éd Odile Jacob, Paris, 1999.
3. DALE Carnegie, comment dominer le stress et les soucis, éd Flammarion, Paris, 1993.
4. DELPHINE Peu, La gestion du stress au travail, 2005.
5. DOLAN et ANDRE Arsenault, stress estime de soi santé travail, Edition Presse de l'université de Québec, Canada, 2009.
6. DOMINIQUE Servant, Le Stress au travail prévention et prise en charge en thérapies comportementales et cognitives, éd ELSEVIER MASSON, Paris, 2013.
7. DOMINIQUE Servant, Gestion du stress et de l'anxiété, Edition ELSEVIER MASSON, 3^{em} édition, Pologne, Janvier 2015.
8. Dr BOUDARENE Mahmoud, LE STRESS Entre bien être et souffrance, édition BERTI, Alger, 2005.
9. FRANSEY. T, Le stress et satisfaction au travail, 1^{er} édition, Genève, 1983.
10. GRAZIANI Pierluigi et Joël SWENDSEN, LE STRESS émotions et stratégies d'adaptation, éd ARMAND COLIN, France, mai 2005.
11. GRAZIANI Pierluigi, SWENDSEN Joël, Le stress, émotion et stratégies d'adaptation, éd ARMAND COLIN, France, mai 2005.
12. HAGBERG Mats, Les lésions attribuables au travail répétitif, Édition Multi Mondes, Québec, 1995.
13. HOWARD Becker, Le travail sociologique une méthode et substance, édition Académique presse fribourg, Suisse 2009.

14. JEAN-Benjamin Stora, *Le stress Que Sais-Je ?*, édition actualisé Puf, 4^{em} éd, Paris, Janvier 2000, p 11.
15. Laurent Guillet, *stress, modèles et application*, département QLIO, Cedex, Lorient, p4.
16. MACALUSO Gaëtan, *Le stress chez les personnes âgées*, éd L'harmattan, Paris 2008.
17. MADELEINE Estryng-Behar, *Stress et souffrance des soignants à l'hôpital*, éd Estem, Octobre 2004.
18. MARILOU Bruchon-Schweitzer et Emilie Boujut, *Psychologie de la santé, concepts, méthodes et modèle*, 2^{em} édition, éd DUNOD, Paris, 2014.
19. MASSOUDI Koorosh, *Le stress professionnel*, Peter Lang SA, Edition Scientifique Internationales, 2009.
20. PAUL Moreira, *Stress au travail Comment l'appréhender, comment le mesurer ?* Édité par SRM, Paris 2008.
21. SIMON L. DOLAN-ANDRE ARSENAULT, *STRESS ESTIME DE SOI, SANTE TRAVAIL*, éd Presse de l'université du Québec, Canada, 2009.
22. Sous la direction de Serge SULTAN et Isabelle VARESCON, *Psychologie de la santé*, 1^{er} édition, Ed Puf, paris, octobre 2012.

1- Les ouvrages de méthodologie :

1. GRODRON Mace, François PETRY, *Guide d'élaboration d'un projet de recherche en sciences sociales*, 3^{em}e Édition Les Presses de l'Université de Laval, Canada, 2000.
2. ALAIN Blanchet et al, (sous la direction de François de Singe), *L'enquête et ses méthodes d'entretien*, NHATAN, paris, 1992.
3. BENOÏTine, *la toxicomanie étude sociologique d'une forme de déviance*, Édition PUBLIBOOK, 2008.

4. DEPALTEAU François, la démarche d'une recherche en science humaines,
5. GRAWITZ Madeline, *Méthode des sciences sociales*, Dollaz, Paris, 2001.
6. GROUTHIER Benoît, recherche sociale de la problématique à la collecte des données, Edition Presses de l'université du Québec, canada, 2009.
7. KODJO Edo, morille AGBOBLI, méthodologie de la recherche et initiation à la préparation des mémoires et des thèses, édition L'Harmattan, paris, 2014.
8. LAVARDE Anne-Marie, guide méthodologique de la recherche en psychologie, éd BOECH université, Bruxelles, 2008.
9. MATHIEU, Guider, *Méthodologie de la recherche (guide du jeune chercheur en lettre, langue, science humains et sociales)*, éd Ellipses, Paris, 2004.
10. Maurice Angers, *Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines*, 6^{em} édition, édition CEC, Québec Canada, 2014.
11. RAYMOND Boudon, *les méthodes en sociologie*, 11^{ème} édition, paris, 1998.
12. RAYMONDE Quivy et LUC Van Campenhoudt *Manuel de recherche en science sociales*, éd Dunod, Paris, 1995.

3- Le document interne de l'EPH de Sidi Aich :

Document interne sur l'historique et les services de l'hôpital.

4- Dictionnaires :

1. DELAMARE Garnier, *DICTIONNAIRE DES TERMES DE MEDECINE*, éd MALOINE, 26^{em} édition, paris, 2000.
2. Henriette Bloch, et al, le GRAND Dictionnaire de la PSYCHOLOGIE, éd LAROUSSE, paris 2011.

3. Le petit LAROUSSE ILLUSTRÉ, édition LAROUSSE, paris, 2010.
4. Raymond Boudon, et al. Dictionnaire de sociologie, édition LAROUSSE, paris, février 2005.

5- Les articles :

1. Fourgons, J.M., Iturralde, B. (1991), Mesurer et améliorer le climat social dans l'entreprise. Les Editions d'Organisation, Paris.
2. Ahmed Ouyahia, journal officiel de la république algérienne n°46, Alger, le 15 ramadhan 1432 correspondant au 15 août 2011.
3. Brunet, L., & Savoie, A. (1999). Le climat de travail. Montréal : Éd. Logiques.
4. Chahrazade ZAHY, Samira TOUMI, Hacène AMRANE, activités et compétences : comparaison des plans d'action des médecins anesthésistes-réanimateurs et des auxiliaires médicaux en anesthésie et réanimation dans un service de chirurgie générale revue des sciences humaines. Université Constantine 1, Algérie, 2013.
5. Edition Les Presses de Université Laval, Canada, 2000.

6- Les sites internet :

1. http://www.soinsinfirmiers.com/decret_infirmier.php.
2. http://archives.tsa-algerie.com/divers/nouveau-statut-pour-les-auxiliaires-en-anesthesie-reanimation_16683.html
3. <http://paramedicsdz.blogspot.com/2011/07/statut-des-auxiliaires-en-anesthesie.html>.
4. <http://www.sciencedirect.com/science/activateaccs>, Évaluation du stress chez le personnel de santé au Maroc : à propos d'une étude multicentrique, Environnement, Volume 69, Issues 5-6, Décembre 2008,
5. <http://www.le-dictionnaire.com/définition.php?mot=statut>.
6. <http://www.adobe.fr/products/acrobat/readstep.html>. Comment gérer le stress positivement, Copyright © 2010 – Club Editeur Web.

7. <http://www.dictionnaire-juridique.com/serge-braudo.php>,
8. <http://www.helpguide.org>. BRUNETTO, et al, « stress at work-review », proposed for publication to the international journal of public health, action en santé public, Genève.
9. [http://www.vetos-entraide.com/le stress](http://www.vetos-entraide.com/le%20stress). ALBERLLO.L, apprendre à la recherche, édition doek université, paris, 1996.
10. <https://www.google.dz>, BELARIF (H), *facteurs au stress professionnel en milieu hospitalier*, mémoire pour l'obtention du diplôme de fin de maitrise en administration sanitaire et SAMU public, Maroc, 2004.
11. [http://int.search.tb.ask.com/Archives des maladies professionnel et de l'environnement](http://int.search.tb.ask.com/Archives%20des%20maladies%20professionnel%20et%20de%20l%27environnement), volume 72, Issue 6, Décembre 2011

Annexes

Annexes: 01
Le guide d'entretien

UNIVERSITÉ ABDERRAHMANE MIRA
FACULTÉ DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES
DEPARTEMENT DES SCIENCES SOCIALES

MÉMOIRE DE FIN DE CYCLE
En vue de l'obtention d'un diplôme de Master
Option : sociologie de la santé

Guide d'entretien

Dans le cadre de préparation de diplôme de master en sociologie de la santé nous réalisons un travail sur « le stress professionnel chez les AMAR ». Pour ce faire, nous vous sollicitons de bien vouloir contribuer à la réalisation de ce travail par vos réponses aux questions de ce guide d'entretien.

Nous vous assurons que les informations que vous nous fournissez sont à exploiter pour des fins scientifiques.

Nous vous remercions d'avance.

Réaliser par :

BENATSOU Tassadit.

HALLOU Lacia.

Encadré par :

M^m : BELKACEM. K

Guide d'entretien AMAR

Axe 01- Données personnelles :

Sexe : Féminin : Masculin :

Age :

Situation familiale :

Année d'expérience :

Axe 02- la nature du travail et le stress professionnel :

- 1- Quelles est votre rôle tant qu'AMAR?
- 2- Parler moi d'une journée type de votre travail ?
- 3- Comment ce passe une garde ?
- 4- Trouvez vous que vous avez une surcharge dans ce service ?
- 5- Pensez vous que vous avez énormément de tâche à faire ? pourquoi ?
- 6- Comment réagissez-vous face à ça ?
- 7- A quel moment vous vous sentiriez stressé ?
- 8- Dans quelle situation sentiez-vous le stress ?

Axe 03: la couverture juridique et stress professionnel :

- 1- Parlez nous sur votre couverture juridique professionnel ?
- 2- Quel est votre statut ?
- 3- Est-ce que vous avez des textes et des lois qui vous couvrent ?
- 4- Dans le cas d'une erreur ou d'accident au sein du bloc qui vous protège ?

5- En cas d'une situation grave est ce que le médecin vous couvre si le malade présente des complications ?

Axe 04- Rapport professionnel et stress professionnel:

1- Décrivez nous le climat de travail dans votre service ?

2- Quels sont vos rapports avec les autres professionnels du service ?

3- Comment ça se passe avec le médecin anesthésiste et le chirurgien au bloc opératoire ?

4- Est etes vous confrontés à des problèmes avec l'équipe chirurgicale ? Si oui lesquels et pourquoi ? pensez-vous que ces conflits sont les sources de votre stress ?.

Annexes : 02
Organigramme
de l'EPH
de Sidi Aich

