REPUBLIQUE DU BENIN
****
MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE
****
UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI
(UAC)
****
FACULTE DES LETTRES ARTS ET SCIENCES HUMAINES
(FLASH)
****
DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE
ET DES SCIENCES DE L'EDUCATION
(DPSE)
****

RAPPORT DE FIN DE STAGE EN PSYCHOLOGIE

Option : **Psychologie de la Vie Sociale et Professionnelle**

ANALYSE DU STRESS PROFESSIONNEL DU PERSONNEL MEDICAL :

CAS DE L' HOPITAL SAINT LUC

Présenté par : Mlle HOUNGUE NYCETTE ARMANDE J. S. Nadya

Nom du responsable :
Mme TCHIBOZO PAULINE

Structure :
Service de Prestations
Sociales de l'Hôpital Saint Luc

Année académique : 2014 - 2015

Sommaire

INTRODUCTION…… 1
PREMIERE PARTIE : LE DEROULEMENT DU STAGE…… 2
CHAPITRE 1 : DESCRIPTION INSTITUTIONNELLE DU LIEU DE STAGE……... 2
1. Historique et situation géographique de l'Hôpital Saint Luc……... 2
1.1. Historique……. 2
1.2. Situation géographique……. 2
1.3. Philosophie et objectif généraux de l'Hôpital Sant Luc 2
2. Organigramme et fonctionnement du service de PMI et de prestations sociales……. 3
2.1. Organigramme…….. 3
2.2. Fonctionnement du Service de PMI et de Prestations Sociales… 4
3. Les objectifs du stage……... 5
3.1. Les activités menées par la stagiaire et acquis…….. 5
DEUXIEME PARTIE : ANALYSE DU STRESS PROFESSIONNEL DU PERSONNEL MEDICAL : CAS DE L'HOPITAL SAINT LUC…… 7
CHAPITRE 2 : PROBLEMATIQUE…… 7
1.1. Revue de littérature…….. 9
1.2. Les différentes théories du stress professionnels……. 9
1.3. L'approche transactionnelle du stress……. 13
1.4. L'approche multidimensionnel du stress de la psychologie de la sante... 15
2. Les sources du stress professionnel……... 17
2.1. Les manifestations du stress professionnel…….. 17
2.2. Les causes du stress professionnel……... 18
2.3. Les effets et les conséquences du stress professionnel…… 18
3. Les maladies psychologiques…… 19
4. Les risques psychosociaux…… 20
4.1. Pathologies…….. 21
4.2. Le burn-out du personnel médical…… 21
4.3. Les facteurs favorisant le burn-out…….. 22
4.4. L'organisation du travail…….. 22
4.5. Le temps de travail……... 22
TROISIEME PARTIE : LA METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE……. 23
CHAPITRE 3 : LA METHODOLOGIE DE TRAVAIL……. 23
1. Les hypothèses de recherche…….. 23
1.1. Hypothèses générales et spécifiques…… 23
1.2. Objectifs de recherche…….. 23
2. La méthodologie de recherche……. 24
2.1. La technique d'échantillonnage…… 24
2.2. Techniques et outils de collecte……. 24
2.3. Déroulement des enquêtes…… 24
3. Les méthodes de traitement des informations…….. 25
4. Analyse des scores de stress, d'anxiété et de dépression en fonction de la variable sexe……. 27
5. Analyse de la variable stress perçu en fonction de l'âge ……. 27
6. Conclusion parti elle…… 29
7. Approches de solutions…… 29
CONCLUSION GENERALE…….. 31
BIBLIOGRAPHIE…….. 32

Remerciements

Nous exprimons à Dieu Tout Puissant, toutes nos profondes gratitudes pour sa grâce qui nous assisté tout au long de notre stage.

Nos remerciements vont également à l' endroit :

- Des Chefs du Département de l'UAC
- Des Chefs du Département de la FLASH
- Des Chefs du Département de la Santé (DDS)
- De la Directrice de l'Hôpital Saint Luc : Mme DOVONOU Marie-Anne
- De la Directrice du Service du PMI de l'Hôpital Saint Luc : Mme TCHIBOZO Pauline
- De tout le personnel du service de la pmi et la prestation social du Saint Luc de Cotonou
- Pour leur dévouement et parfaite collaboration
- De nos professeurs du Département de Psychologie et des Sciences de l'Education : (DPSE)

Liste des tableaux

Tableau 1 : Personnel du service	3
Tableau 2: Effets et conséquences du stress	18
Tableau 3 : Répartition selon le genre	25
Tableau 4: Repartions selon le grade	25
Tableau 5 : Répartition selon la tranche d'âge	26
Tableau 6: Répartition selon l'état matrimonial	26
Tableau 7: Répartition selon le niveau d'études	26
Tableau 8: Répartition selon l'expérience professionnelle	27

Liste des figures

Figure 1 : La théorie de Selye	10
Figure 2 : demande/ autonomie de KARASEK	11

Liste de schémas et graphismes

Schéma 1 : Organigramme	3
Schéma 2 : L'approche transactionnelle de Mackay and Cooper	12
Schéma 3 : Schéma du modèle transactionnel de Lazarus et Folk man	15
Schéma 4 : approche multidimensionnelle du stress (Bruchon-Schweitzer et Dantzer, 1994)	16
Graphique 1 : Analyse de la variable stress perçu en fonction de l'âge	28
Graphique 2 : Analyse de la variable stress perçu en fonction de l'expérience professionnelle	28

Résumé

Le personnel médical malgré leurs abnégations aux travails, nuit et jour, sont confrontés à d'énormes problèmes dans leurs lieux de travails. Ainsi, ces différents problèmes peuvent avoir des répercussions sur leur santé, peuvent entrainer des maladies. L'un des problèmes que rencontre le personnel médical est le stress professionnel. Il est un mal nouveau qui ronge les travailleurs. Le stress est aujourd'hui une monnaie courante concurrente forte entre les individus, pouvoir centraliser, objectifs inadaptés, surveillance accrue sont autant d'élément de source de stress. Il ne s'agit pas d'évacuer entièrement le stress mais une certaine dose de stress est nécessaire pour vivre et aimer la vie, toute fois le stress est utile pour le niveau optimal de productivité. L'être vivant a besoin d'un minimum de stimulation pour améliorer sa performance. Lorsque le stress est considérable ou il dure longtemps, il entraine des effets indésirables pouvant même provoquer des troubles physiques qui a pour conséquence des problèmes physiques ou psychologiques comme dépression et hypertension. Dans notre travail, l'étude du stress professionnel des personnels médical fera la pierre angulaire de notre analyse.

Abstract

The medical staff in spite of their abnegations to the travails, night and day, are confronted to enormous problems in their places of travails. Thus, these different problems can have some repercussions on their health, can drag some illnesses. One of the problems that the medical staff meets is the professional stress. He/it is a new pain that gnaws the workers. Stress is today a currency current strong competitor between the individuals, to be able to centralize, maladjusted objectives, increased surveillance is as much element of source of stress. It is not about evacuating stress entirely but a certain dose of stress is necessary to live and to like life, all time stress is useful for the optimal level of productivity. The living being needs a stimulation minimum to improve his/her/its performance. When stress is considerable or it lasts a long time, it drags undesirable effects can provoke the physical unrests that have for consequence of the physical or psychological problems even as depression and hypertension. In our work, the survey of the professional stress of the staffs medical will make the corner stone of our analysis.

INTRODUCTION

Le stress professionnel constitue de plus en plus un fléau social et un problème majeur de santé publique dans le monde entier surtout dans les pays développées, moins dans les pays en voie de développement. Au Bénin, ce phénomène est très peu étudié aussi bien dans les structures publiques et privée. Le stress est le sel de la vie ou l'homme vit en permanence dans un environnement changeant, en perpétuel mouvance auquel il doit s'adapter. Mais, il arrive des moments ou le stress devient un élément chronique, débilitant, compromettant sa santé physique et mental au point de mettre sa vie en danger. Les personnels soignants de nos structures hospitalières sont en permanence confrontés à des multiples contraints dans leur lutte sans répit contre la souffrance et la maladie. La prédisposition au stress est omniprésente du fait de l'existence de quelques facteurs inhérents à la spécificité de l'organisation hospitalière. La présence de plusieurs catégories d'intervenants dans la mission de soins : médecins, infirmiers, aide-soignant, sages-femmes, techniciens, travailleurs sociaux obligé de travailler en équipe afin d'accomplir convenablement la dite mission. L'obligation d'assurer un service continu, la responsabilité des vies humaines, nécessitant en permanence, la lucidité d'esprit, la concentration, la parfaite maitrise des actes et des faits à exécuter. La confrontation avec la souffrance et la mort et ce qu'elle pose comme difficultés psychologique chez les soignants. Beaucoup d'études ont été menées en Amérique, en Europe qui ont montré des taux élevés de stress chez les personnels soignants.

Cependant, en Afrique francophone peut d'études ont été réalisé.

Les objectifs de notre étude sont dévaluer le stress professionnel des soignants de l'hôpital saint Luc et de contribuer à l'élaboration de stratégie de lutte dans ce domaine.

PREMIERE PARTIE :
LE DEROULEMENT DU STAGE

CHAPITRE 1 : DESCRIPTION INSTITUTIONNELLE DU LIEU DE STAGE

1. Historique et situation géographique de l'Hôpital Saint Luc

1.1. Historique

La crise économique de 1990 connue par le Bénin a eu son impact sur les populations et sur leurs santés. A l'époque, il y avait seulement deux centres de santé arrivaient à s'occuper de la santé des populations béninoises. Il s'agit du CNCHU et du centre Marot Militaire. Il avait donc beaucoup de cas de maladies et de décès. Face à cette situation, le besoin d'un autre centre de santé se faisait ressentit. C'est ainsi que Mon Seigneur De SOUZA de la Paroisse Saint Jean, prit l'initiative d'un projet de construction d'un dispensaire de santé qu'il confia au docteur Servais CAPO-CHICHI. Ce dispensaire vu le jour le 12 avril 1990 et est composé de : la maternité, la pharmacie, la médecine générale, le service PMI et le service d'hospitalisation. Au début ils étaient huit agents qui intervenaient, mais avec la forte fréquentation de la population, un autre projet fut mise en place pour son agrandissement. Ainsi depuis 1995, le dispensaire de santé est devenu Hôpital Saint Luc et compte à son actif au total seize départements à savoir : l'urgence, la médecine générale, la maternité, la pédiatrie, l'imagerie, la pharmacie, la stomatologie, la gynécologie, la chirurgie, l'orl, le service de PMI et de prestation sociale, l'analyse biomédicale, la psychiatrie, la kinésithérapie, la cancérologie, la dermatologie, l'ophtalmologie. L'hôpital Saint Luc est un centre confessionnel et compte actuellement à son actif une capacité de 150 agents. Depuis Juillet 2002, La Directrice de l'hôpital Saint Luc est : Docteur DOVONOU Marie-Anne et son chef adjoint est le Docteur AHLOSSOU Germain.

1.2. Situation géographique

L'Hôpital Saint Luc, patrimoine de l'archidiocèse de Cotonou est un hôpital confessionnel à but non lucratif qui est en grande collaboration avec l'état béninois. Il est situé dans le quartier Sainte-Rita du huitième arrondissement de Cotonou plus précisément en face de la rue du marché Sainte-Rita ou dans la rue de la pharmacie Fifadji et non loin de l'Eglise Catholique Sainte Rita de Cotonou.

1.3. Philosophie et objectif généraux de l' Hôpital Sant Luc

1.3.1. La philosophie

La philosophie de l'hôpital Saint Luc est de :

- Témoigner d'une médecine au service de l'homme et tout l'homme dans la vie selon la morale chrétienne et l'esprit de l'évangile.
- Amener les fidèles de l'église à témoigner de leur Foi à travers leur engagement à se mettre au service des pauvres et malades en réservant un accueil exemplaire ;
- Permettre l'accès aux soins de santé aux populations pauvres et vulnérables.

1.3.2. Les objectifs généraux

Les objectifs de l'hôpital Saint Luc sont :

- Œuvrer à l'amélioration de la santé de la population ;
- Rendre accessible les soins et les médicaments à la population en l'éduquant à l'esprit de prévention et de participation aux soins ;
- Participer à la couverture sanitaire en respectant le principe d'équité.

2. Organigramme et fonctionnement du service de PMI et de prestations sociales

2.1. Organigramme

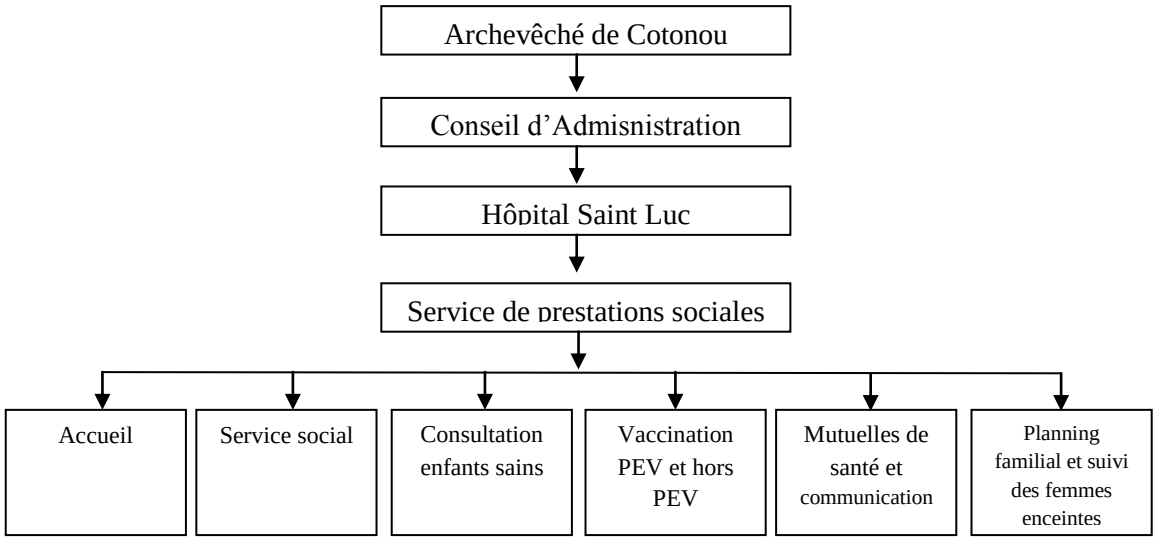
Le personnel du service compte sept agents à savoir :

Tableau 1 : Personnel du service

Nom et prénoms	Fonction
Madame TCHIBOZO Pauline	Inspectrice de l'action sociale. Actuelle Responsable du Service.
Madame CHEOU Eudoxie	Technicienne Supérieure de l'Action Sociale
Madame BOGLER Geneviève	Technicienne Supérieure de l'Action Sociale
Madame CAPO-CHICHI Elise	Animatrice en Economie Familiale et Sociale
Madame AHOUANGNIVO Sylvia	Infirmière
Madame AIKO Aurelie	Sage-Femme
Madame LANTOKPODE Clémence	Aide-Soignante

Schéma de l'organigramme

Schéma 1 : Organigramme



2.2. Fonctionnement du Service de PMI et de Prestations Sociales

2.2.1. Objectifs généraux du service

Les objectifs du service de PMI et des prestations sociales sont :

- Identifier les problèmes de santé liés à l'environnement physique et socio culturel
- Prévenir les affections courantes du milieu.
- Sauvegarder la santé des femmes au cours de la grossesse, pendant l' accouchement et l'allaitement.
- Réaliser une meilleur surveillance et protection des enfants en bas âge
- Assurer la prise en charge sanitaire des indigents reçus à l'hôpital Saint Luc
- Contribuer aux cotés de l'administration de l'hôpital et à l'amélioration des conditions de vie et de travail du personnel.

2.2.2. Activités du service

Les activités du service sont :

- L'accueil
- La vaccination
- La consultation d'enfant sain
- Le service social
- La mutuelle de sante
- Le planning familial et le suivie des femmes enceintes
- La fabrication de farine locale
- Les démonstrations diététiques
- L'IEC
- Les statistiques
- La distribution de vivre aux hospitalises

Ces activités sont regroupées en six (06) unités animées chacune par une responsable que sont :

- Unité d'accueil (accueil, prise des constantes, sensibilisation, gestion des fiches er registres, VD et fabrication de farines locales) ;
- Unité de vaccination (approvisionnement en vaccins, gestion des stocks, injection, distribution des MILD, sensibilisation, statistiques) ;
- Consultation des enfants sains (suivi, conseils nutritionnels, prévention des maladies, DD, VD et statistiques) ;
- Service social (permanences, entretiens, enquêtes sociales, VD, lettres de liaison, audits de décès maternels et infantiles, dossiers sociaux, démarches, recherches de donateurs, suivi des malades indigents, distribution de vivres aux hospitalisés et cadeaux de fin

d'années aux usagers du Service de Prestations Sociales, points financiers et statistiques) ;

- Mutuelles de santé et communication (accueil et facilitation des soins aux mutualistes, IEC, statistiques) ;
- Unité de planning familial et de suivi des femmes enceintes (conseils et suivi, IEC, statistiques).

2.2.3. Les partenaires sociaux du service

Les partenaires sociaux du service PMI et de prestations sociales sont :

- Le ministère de la sante
- Le ministère de la famille
- Les hôpitaux et centres de sante confessionnels
- Les centres de promotions sociales
- Les services sociaux spécialisés
- Les organismes non gouvernementaux
- Les institutions gouvernementales

3. Les objectifs du stage

- Participations aux activités de formation du personnel soignant
- Participations aux activités d'accueil des personnes en situations de détresse et de conseil aux personnes vulnérables
- Participations aux animations au profit des personnels auxiliaires de soin de sante
- Participations aux diverses réunions avec les accompagnateurs de patients
- Participations aux réunions de concertation dans une dynamique de performance des prestations de services
- Participations aux taches de programmation et d'évaluation des prestations
- Participations aux activités de surveillance de la qualité de l'accueil des usagers au niveau des services primaires des hôpitaux, des centres de santé, des centres d'accueil publics
- Participations aux taches de correspondances entre les services.

3.1. Les activités menées par la stagiaire et acquis

3.1.1. Les activités menées par la stagiaire

Au cours de notre stage, nous avons menés des activités comme : l'entretien, l'accueil des mutualistes, des conseils aux femmes allaitantes, les consultations des enfants sains, les conseils nutritionnels, les conseils sur le sexe, les conseils sur la planification familiale.

3.1.2. Acquis

Ce stage nous a permis de connaitre l'organisation et le fonctionnement du service de PMI et de prestation social de l'hôpital saint Luc, d'expérimenter les différentes technique et méthode d'intervention aussi bien en service social et en mutuelle de santé. De savoir prendre et lire la température et le poids des enfants, de savoir tracer la courbe de croissance des enfants, de connaitre le calendrier vaccinal PEV et hors PEV et de sensibiliser les jeunes sur le sexe. Le stage nous a permis de mieux se comporter dans la société, de savoir nouer des relations avec le personnel dans la convivialité et la fraternité.

DEUXIEME PARTIE :

ANALYSE DU STRESS PROFESSIONNEL DU PERSONNEL MEDICAL : CAS DE L'HOPITAL SAINT LUC

CHAPITRE 2 : PROBLEMATIQUE

Dans le monde professionnel, le stress est un fléau cosmopolite qui a de lourdes conséquences sur le plan individuel, organisationnel et social. Il est l'ensemble de réponses produites par l'organisme lorsqu'il rencontre une situation qui lui demande un effort d'adaptation. Il concerne les travailleurs qui s'invertissent trop dans leurs tâches et est souvent décrit comme l'une des grandes maladies de notre époque, surtout dans le travail. Il est engendré par l'ensemble des contraintes que nous subissons chaque jour, et serait à l'origine de la plupart des maladies.

La définition du stress professionnel proposée par l'Agence Européen pour la Sante du Travail, reprise par l'INRS (lrappotb2005) est « Un état de stress survient lorsqu'il y a un déséquilibre entre la perception qu'une personne à des contraintes que lui impose son environnement et la perception qu'elle a des ressources pour y faire face. Bien que le processus d'évaluation des contraintes et des ressources soit d'ordre psychologique, les effets de stress ne sont pas uniquement de nature psychologique. Il affecte également la santé physique, le bien-être et la productivité de la personne qui y est soumise ». En effet, l'énergie des personnes atteintes de stress se consume à petit feu, la personne stressée par son travail peut ressentir des maux de tête, être fatiguée et irritable. De plus les relations avec ses collègues et ses patients deviennent difficiles, l'envie de se lever pour aller au travail le matin diminue. En ce moment, la relation avec ses patients devient impossible ; le patient est perçu comme un objet et non comme un humain : c'est la déshumanisation de la relation avec l'autre.

Ainsi le stress professionnel est un phénomène dont l'ampleur grandissante devient préoccupante. Face à l'ampleur et le cout du problème, l'Union Européenne et les partenaires sociaux se mobilisent pour garantir la santé et la sécurité des travailleurs sur leur lieu de travail. Les causes de la montée alarmante du stress professionnel sont certainement imputables aux évolutions du travail, évolutions que l'on peut caractériser par l'essor et la généralisation de la flexibilité du travail. Car on constate que Le travail hospitalier comporte également une dimension cognitive compte tenu de l'évolution permanente de l'état des patients et de procédure de diagnostic des soignants placé en situation d'urgence.

Dans son travail, l'infirmier(ère) est souvent interrompue : l'urgence, la sonnette de chambre d'un patient, le téléphone qui sonne bien de l'autre côté, font que l'infirmier(ère) doit arrêter une tâche et la reprendre plus tard avec toutes les conséquences que cela implique. Une augmentation de concentration dont la fatigue, un risque d'erreur accru, une insatisfaction au travail liée souvent à l'interruption de la relation avec le patient tout cela entraine du stress pour les soignants. Matin et Gadbois (2004), confirment qu'ils doivent recueillir, traiter, mémoriser des informations complexes, nombreuses et fluctuantes quant à l'évolution de la santé de chaque patient. La responsabilité, l'incertitude, la pression temporelle, les mauvaises conditions

de travail : les nuisances par le bruit dû au comportement de la population et du personnel, l'insuffisance de matériel pour faire face à l'urgence sont autant des facteurs qui concourent à augmenter la charge mentale des soignants. Nogareda Cuixart (1991), se surajoutent des contraintes relatives à la fréquence des interruptions du travail en cours qui induisent une segmentation du travail et une réactualisation incessante des priorités. Il existe des facteurs de stress spécifique à l'hôpital selon le livre de "Mme Maranges et Canoui" « il s'agit des stresser dus aux conditions du travail qui sont : les interruptions des taches, l'ambigüité des rôles, des stresser qui varient d'une spécifique à un autre et les stresser de l'environnement qui comprennent un système de cinq M : Milieu, Matériel, Matière première, Méthode de travail et Mains d'œuvre ». Certains de ces facteurs de stress et de charge de travail se retrouvent dans la quantité de situations, l'état de fatigue des soignants est estimé par rapport à la lourdeur des cas, une charge de travail importante. Selon les responsables, les situations stressantes au travail sont liées aux patients et non à leur travail. Elles précisent en disant que les situations douloureuses et stressantes proviennent des patients jeunes et tous les patients dont la santé se péjore. C'est la confrontation à la douleur.

Face à la douleur les soignants sont rappelés à la réalité des conditions humaines. Confrontés à cette réalité, ils peuvent éprouver des sentiments d'impuissances qui se traduisent en mal-être. Ce mal- être est d'autant plus grand que les soignants ont peu de retours positifs au travail : les communications avec les patients, les familles des patients sont exigeantes et critiques (Robert, 2005). De plus, les soignants ont peur de se préparer à affronter les émotions : les leurs, celles de leurs patients, celles des familles des patients et rappelés à leur tâches habituels, ils n'ont guère le temps et l'occasion d'extérioriser leurs sentiments (Stoiber et Boullierce). Ces exigences physiques, cognitives et psychiques du travail des soignants sont accentuées par le manque d'effectif, d'absentéisme, de turne- over. Les responsables de l'hôpital s'interrogent sur les facteurs à risque des travailleurs : les attentes élevées, des conflits interpersonnels, des conflits de rôles, le manque de soutien social des supérieurs, le manque de Feed back, la non-participation aux décisions, l'autonomie de la dépendance. Selon eux, le manque de ressource en personnel amène indéniablement un alourdissement de la charge de travail des soignants en poste. L'organisation du travail et les conditions de travail varient d'un service à l'autre. A ce propos M Canoui et Mme Mauranges mettent en évidence la relation d'aide. La relation d'aide fait partie intégrantes de la profession des soignants. Le soignant doit faire face à des situations psychologiquement difficiles et pénibles, d'un point de vue administratif et tout cela peut engendrer du stress.

En fin, tout cela nous amène à faire des démarches et trouver des approches de solution à travers des analyses et des interprétations.

1.1. Revue de littérature

Définitions des concepts

Le stress : est considéré comme le résultat de l'interaction entre le sujet et son environnement, un état de divergence, inadéquation entre les demandes perçues par le sujet et l'idée qu'il se fait de ses possibilités de réponses. (Cours psychopathologie)

Le stress au travail : Il est question de « stress au travail » lorsqu'il existe un déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement professionnel et la perception qu'elle a de ces propres ressources pour y faire face.

Le stress professionnel : est constitué par des réactions émotionnelles et physiques dommageables résultant d'interactions entre employés et le milieu de travail lorsque les exigences de l'emploi surpassent ses capacités et ses ressources pour y faire face. (Conseil international des infirmiers 2000).

Le personnel médical : d'après Le Petit Larousse, le personnel médical est l'ensemble des personnes employés dans une entreprise, un service public ou privée ayant étudié et pratiquant la médecine. La médecine étant une science qui a pour but la conservation et le rétablissement de la santé. A côté d'un médecin, il y a des infirmiers ou infirmières, des personnes qui ayant suivi des études médicales, de base est aptes à assurer la responsabilité de l'ensemble des soins que requièrent la promotion, la prévention des maladies, les soins données aux malades (Bernard et Geneviève 1989).

1.2. Les différentes théories du stress professionnels

Comme nous venons de le voir le stress est une condition sine-qua-non à la survie de l'individu, ce dernier y est très souvent confronté parfois sans même s'en rendre compte. Il apparait par contre qu'il peut aussi être dangereux ; nous étudierons donc différentes théories à ce sujet.

1.2.1. Le modèle de Selye

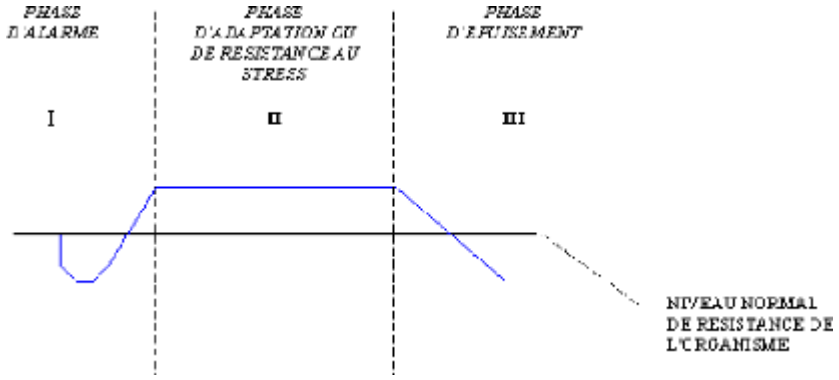
Hans Selye est un des pionniers de l'étude du stress, il a élaboré une théorie sur le syndrome général d'adaptation.

D'après Selye le stress « est la réponse non spécifique de l'organisme à toute demande qui lui est faite. A cet effet les réponses physiologiques provoquées par une demande de l'environnement sont semblables et ce peu importe la nature de la demande, d'où la notion de réponses non spécifiques » (Aubé Caroline, Morin Estelle, p.147).

En somme après avoir subi une période de stress notre organisme va chercher à retrouver un équilibre (ou homéostasie).

a. La description du modèle

La théorie de Selye se décompose en trois phases majeures décrites sur ce graphique : (figure 1)



Phase I : *la phase d'alarme* : il s'agit de la première phase après le stress, ce que Selye décrit comme une phase « de mobilisation des ressources hormonales », on constate durant cette phase que le niveau de stress descend sous le niveau normal, tout simplement car l'organisme réagit à l'agent stressant et va préparer une réponse psychomotrice comme par exemple la fuite ou le combat. L'agent stressant peut être de tout type (objet, personne animal, évènement etc...), il va demander à la personne de s'adapter à cet évènement, ce qui va la fragiliser et la rendre vulnérable.

Durant cette première phase la personne est particulièrement exposée, mais une réponse de l'organisme va lui permettre de reprendre le dessus, ce qui nous emmène à la seconde phase.

Phase II : *La phase d'adaptation ou de résistance au stress* : Durant cette phase les résistances de la personne vont passer largement au-dessus du seuil normal, c'est un phénomène de compensation. L'individu résiste à l'agent stressant, cette phase va dépendre de la durée d'exposition à l'agent stressant ainsi que de la capacité individuelle de résistance. La personne qui reste dans cette phase maitrise son sujet mais perd de l'énergie, ce qui contribue à l'usure de l'organisme.

Phase III : *La phase d'épuisement :* il s'agit du moment à partir duquel les ressources biologiques et psychologiques deviennent insuffisantes. Le niveau de résistance de l'individu tombe inexorablement sous le seuil normal. Cette phase à lieu lorsque l'agent stressant persiste par sa durée ainsi que par son intensité et que la personne s'obstine à y faire face. L'individu doit puiser une énergie considérable dans ses réserves profondes pour y faire face et s'en suit des dommages irréparables tel que la dépression ou différentes maladies psychosomatiques, cette étape peut conduire jusqu'à la mort à partir du moment ou toutes les réserves sont épuisées.

b. Conclusion

D'après Selye le stress est toutefois nécessaire il s'agit même d'un agent capital dans la motivation, le développement ainsi que le changement. Ce modèle met en évidence les différentes étapes qui mènent à la situation irréversible, le stress avant d'être une maladie est une réponse à un stimuli qui permet à l'individu de se surpasser. Cette analyse a souvent été mal interprétée, tout du moins déformée, on a eu tendance à penser que le stress est une condition capitale, que la mise sous tension des salariés est un facteur de performance économique.

Cette théorie reste critiquable car elle suppose une réponse à un stimuli précis et ne prend pas en compte les éléments relatifs aux relations entre les individus eux-mêmes. Ce modèle est plus adapté à une vision du travail dans lequel la souffrance est avant tout physique. Aujourd'hui les choses ont évolué et nous sommes plus dans une souffrance psychologique qu'une souffrance physique.

1.2.2. Le modèle demande/ autonomie de KARASEK

Ce modèle s'intéresse à la mesure du stress au travail, ainsi qu'à la recherche des conditions qui favorisent le stress au travail. Ce modèle a été inventé par le Sociologue et psychologue Robert Karasek en 1979.

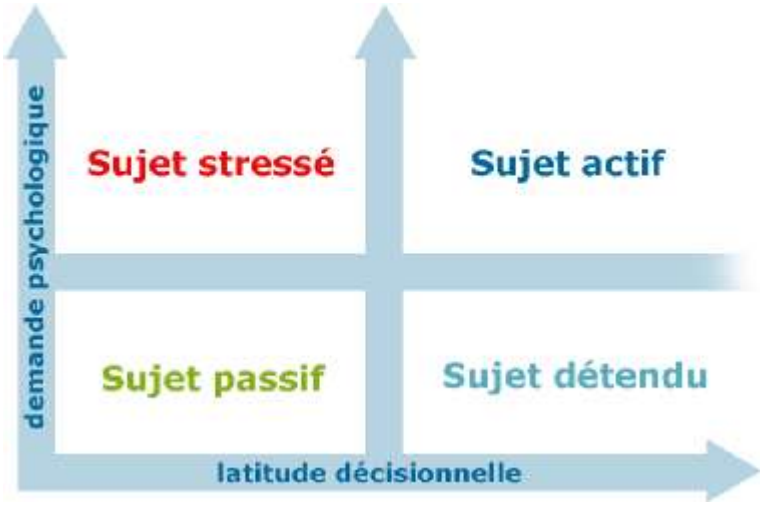
a. La description du modèle

Pour mesurer le stress Karasek va prendre en compte deux facteurs qui d'après lui ont un impact sur le stress.

Le niveau de demande et d'exigences psychologiques : à savoir la quantité de travail ainsi que les exigences intellectuelles.

Le niveau d'autonomie décisionnelle : à savoir le degré de contrôle et l'autonomie en termes de décisions.

Le modèle peut se résumer avec le graphique ci-dessous (figure2) :



Le stress serait donc dépendant d'une trop grande quantité d'effort, à partir du moment où cette balance n'est pas à l'équilibre, l'individu ressentira du stress.
Par exemple un individu qui ne compte pas ses heures dans l'espoir d'obtenir une promotion qui tarde à venir sera soumis à du stress.

b. Conclusion

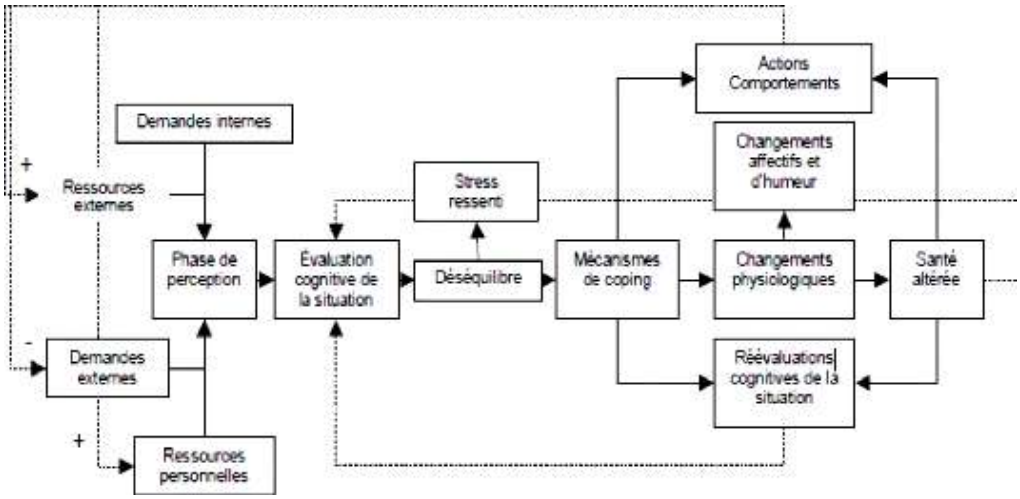
Ce déséquilibre exprimé par Sigrist serait un des éléments qui entrainerait bon nombres de maladies ainsi que de l'absentéisme. On retrouve ici une notion de frustration vis-à-vis de son travail.
Le stress lié à un déséquilibre entre les efforts et les récompenses serait vécu de manière amplifiée pour ce que Sigrist appelle les « overcommitment » à savoir « *les individus qui ont tendance à sous-estimer les demandes provenant du travail et à surestimer leurs capacités personnelles.* » (Aube Caroline, M. Morin Estelle, p.159).

1.2.3. L'approche transactionnelle de Mackay and Cooper

Le modèle de Mackay et Cooper a pour objectif d'expliquer le stress ressenti en fonction d'un déséquilibre qu'il existerait entre les Demandes et les ressources.
On distinguera :
Les demandes externes, comme par exemple les exigences de production ou de qualité des demandes internes telles que l'ambition ou la rigueur.
Les ressources externes comme les machines, les outils de travail des ressources internes telles que la capacité physique ou intellectuelle ou l'expérience.

a. La description du modèle

Le schéma ci-dessous met en avant le nœud du problème (schéma 2) :



Ce schéma montre que l'évaluation cognitive est à la base du mécanisme puisqu'elle conduit au déséquilibre, au stress et au mécanisme de coping (plan d'action mis en

place pour lutter contre le stress). Ce coping va quant à lui avoir un impact psychologique voire sur la santé de l'individu. Il va aussi influencer par rétroaction l'évaluation cognitive ainsi que la réévaluation des demandes et ressources externes.
Ce modèle est intéressant à étudier dans la mesure où il met en avant la manière dont ressources, demandes, stress et santé vont interagir au cours du temps.

b. Conclusion

Plusieurs éléments sont à considérer pour bien comprendre ce modèle : L'inadéquation entre les exigences de l'environnement de travail et la capacité de l'individu (aptitudes, ressources) à combler ces exigences. C'est ce déséquilibre qui va dans la majorité des cas générer du stress.
Le déséquilibre entre les demandes internes et les ressources fournies par l'entreprise. Une personne dotée d'une grande ambition mais qui n'a pas les moyens nécessaires fournis par l'entreprise va ressentir du stress.
Dans cette approche ce n'est pas l'agent stressant qui est au centre du jeu mais bien l'évaluation personnelle du moment qui va être source ou non de stress. Avec ce modèle une même situation sera vécue de manière différente en fonction des ressources intrinsèques et extrinsèques dont dispose l'individu.

1.3. L'approche transactionnelle du stress

La présente conception du stress s'inscrit dans l'approche transactionnelle du stress proposé par Lazarus en 1966. Cette approche introduit une lecture dynamique du stress en montrant que le stress ne peut être envisagé par un simple lien de cause à effet du type « stresser → stress » (Lazarus et Folk man, 1984a). Ici, le stress est conceptualisé en tant que phénomène perceptif dynamique et individuel qui est plus important que l'agent provoquant le stress lui-même. Le stress est ainsi conçu en tant que *« transaction particulière entre un individu et une situation dans laquelle celle-ci est évaluée comme débordant ses ressources et pouvant mettre en danger son bien être »* (Lazarus et Folk man, 1984b). Le stress est alors un état psychologique issu de la perception d'un déséquilibre entre les attentes perçues et l'autoévaluation de ses propres capacités à rencontrer les exigences de la tâche. C'est lorsque les situations sont perçues comme menaçantes par l'individu pour son intégrité physique ou psychique qu'on peut parler de stress. Et ce n'est pas la gravité objective qui est stressante mais son retentissement émotionnel et sa signification pour l'individu.
Le stress en tant que processus transactionnel dépend alors à la fois des capacités cognitives de la personne et de la qualité de ses réponses pour faire face à la situation. L'individu va rechercher activement des informations en donnant du sens à ce qui l'entoure, en privilégiant certaines informations provenant de l'environnement, tout en oubliant d'autres. Lazarus et Folk man (1984a) mettent en avant à la fois des facteurs environnementaux et individuels dans le

stress. Lorsqu'un individu est soumis à une demande environnementale, ce dernier procède, souvent de manière inconsciente, à une évaluation cognitive (cognitive appraisal). Lazarus et Folk man (1984a) distinguent deux sortes d'évaluations cognitives, c'est-à-dire sur l'activité mentale de la personne en situation de stress : une évaluation primaire et une évaluation secondaire.

Face à une situation qui pose problème à l'individu, celui-ci va procéder d'abord à une évaluation de l'enjeu de la situation : représente-elle une perte, une menace, un défi ? (évaluation primaire)

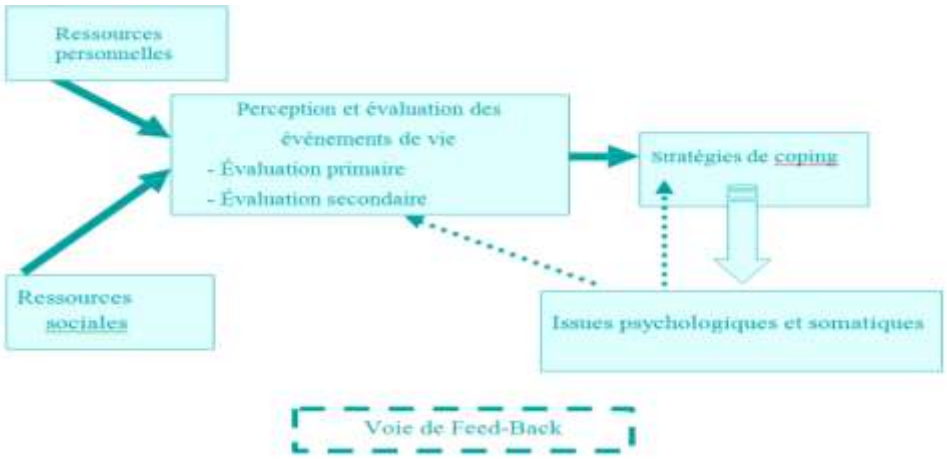
La personne évalue ensuite les ressources dont elle dispose pour agir, répondre ou éventuellement intervenir sur la situation qui lui pose problème. (Evaluation secondaire)

L'appréciation de ces deux dimensions qui va générer ou non du stress perçu chez la personne, qui ensuite va mettre en place un comportement. On parle ici de stratégie d'adaptation ou d'ajustement au stress : le coping (de l'anglais « to cope » = faire face). Rappelons que selon l'approche transactionnelle il n'existe pas de stratégie d'ajustement au stress efficace ou inefficace en soi, indépendamment des caractéristiques de la situation à affronter. L'efficacité de la stratégie dépend des critères choisis (équilibre émotionnel, bien être, qualité de vie, santé physique, …). Une stratégie peut par exemple protéger un individu contre une affectivité négative tout en nuisant à sa santé (ex. alcoolisme).

Selon Lazarus et Folk man (1984b, p.141), le coping peut être définit comme l'« ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeants, (déployés) pour gérer des exigences spécifiques internes et/ou externes qui sont évaluées (par la personne) comme consommant ou excédant ses ressources ». Ce processus implique donc des actions réciproques entre sujet et environnement : l'individu pouvant modifier et être modifié par la situation. Les auteurs distinguent deux grandes fonctions du coping : celle visant à modifier le problème qui est à l'origine du stress, et celle visant à réguler les réponses émotionnelles associées à ce problème.

La stratégie de coping se met en place après les évaluations et ce en référence au schéma et aux processus cognitifs (la perception de l'écart entre contraintes et ressources donne le stress perçu). Le niveau d'analyse ici est l'individu et son appréciation subjective de la situation ou de l'événement auquel il est confronté. Après le choix d'une stratégie, l'individu peut réévaluer la situation une nouvelle fois. L'approche de Lazarus et Folk man inclut donc une *dynamique cyclique* en intégrant un feed-back permettant au sujet de savoir si sa stratégie est efficace. Ce concept est intéressant dans la mesure où dès le moment où le sujet se croit capable de contrôler ou s'accoutumer à la situation qui demande l'adaptation, cette dernière perd son effet perturbateur sur l'organisme.

Schéma 3 : Schéma du modèle transactionnel de Lazarus et Folk man



Ce modèle a d'importantes implications dans la compréhension du processus interprétatif qui intervient lorsque des individus sont soumis à des stresser dans leur environnement et y réagissent de façon prévisible, selon des paramètres mentaux et émotionnels mesurables. Dans le domaine organisationnel on peut s'attendre, par exemple, à ce que les changements apportés dans l'organisation ou à la description des tâches soient des sources de stress, mais ces changements auront plus de chance de s'enraciner si les individus concernés évaluent que ces changements amélioreront leurs conditions et si les risques de ne pas pouvoir composer avec le nouvel environnement de travail sont éliminés. Autrement dit, le changement objectif doit être assorti d'une conviction personnelle en ses avantages (Rascle et Irachabal, 2001).

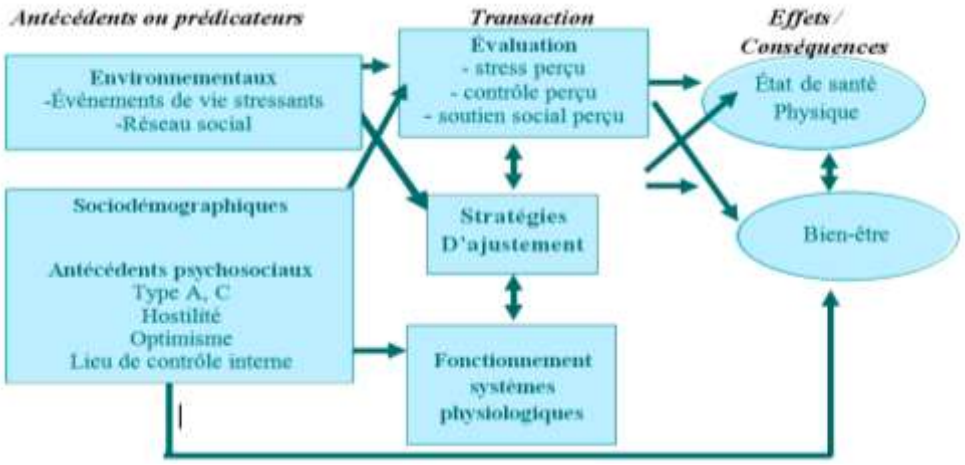
L'inconvénient de cette approche réside notamment dans le fait qu'elle valorise le rôle des processus transactionnels tout en minimisant les autres déterminants de la santé notamment situationnels et dis positionnelles.

L'approche multidimensionnelle de la psychologie, que nous allons détailler maintenant, tente à pallier à cet inconvénient.

1.4. L'approche multidimensionnel du stress de la psychologie de la sante

Cette approche précise que l'étude du stress « implique à la fois l'étude des facteurs environnementaux et sociodémographiques (événements de vie stressants, réseau social, exposition à des facteurs de risque) et des facteurs individuels (styles de vie, traits de personnalité, antécédents biographiques et biomédicaux) » (Bruchon – Schweitzer et Dantzer, 1994). Le processus transactionnel de Lazarus et Folk man fait partie intégrante du modèle tout en précisant son contexte (voir Schéma 2, page suivante).

Schéma 4 : approche multidimensionnelle du stress (Bruchon-Schweitzer et Dantzer, 1994)



Dans le cadre des approches multidimensionnelles de la santé, nous distinguons les variables modérateurs et médiateurs, affinant ainsi la lecture du « stress » (Rascle et Irachabal, 2001).

Le médiateur « décrit un processus à travers lequel la variable indépendante (VI) est susceptible d'influencer la variable dépendante (VD). Dans ce cas la VI est à l'origine du déclenchement de l'action d'un médiateur ou de son intensité, qui lui-même influence la réponse (VD) » (Rascle et Irachabal, 2001). Ces variables n'interviennent que dans le cadre strict de la transaction individu-environnement. Elles interviennent de manière dynamique provoquant des modifications réciproques et mutuelles : « le processus du stress peut alors se concevoir comme une juxtaposition de variables médiatrices en action sous l'influence des variables indépendantes (dis positionnelles et situationnelles), et produisant des conséquences plus ou moins nocives sur la santé » (Rascle et Irachabal, 2001). La variable médiatrice transforme l'évaluation première de l'événement stressant et l'émotion qui l'accompagne (effet feedback).

Les variables médiatrices principales sont les suivantes : le stress perçu, le contrôle perçu, le coping.

Le modérateur « est une variable de nature qualitative (sexe, race, contexte,…) ou quantitative (niveau de revenu) affectant la direction ou l'intensité de la relation entre VI et VD. C'est le principe de l'interaction statistique où des variables indépendantes peuvent isolément avoir un effet différent de leur effet combiné » (Rascle et Irachabal, 2001). La variable modératrice modifie donc la relation entre un prédicateur et un critère. Les variables modérateurs principales sont l'âge, le sexe, le statut socio-économique. Ainsi cette approche va nous conduit aux sources du stress professionnel

2. Les sources du stress professionnel

Les conditions matérielles et le volume de travail ont été retenus comme étant de facteurs le plus stressant. Pour certains auteurs, les principaux facteurs de stress identifiés sont liés à la charge de travail exécuté, au sentiment de manque d'autonomie et de contrôle au travail, aux relations humaines. Les problèmes personnels, les problèmes liés aux patients tels que : la violence, les menaces professionnels, les problèmes administratifs font partie des agents stressant dont les plus fréquents sont : Le plateau technique est faible souvent les possibilités de prise en charge des patients, les taux de rémunérations contrastant, les charges sociales élevées et de nombreuses sollicitations socio-familiales : les maladies, les obsèques, le baptême, les circoncisions entre autres. Les conditions de travail sont difficiles : matériels obsolètes, vétusté des locaux, pénurie en médicaments essentiels dans les services d'urgence, manque de lits ou de place, insuffisance en personnel qualifié, manque de discipline avec non-respect des horaires de travail, présence des vendeurs ambulants au sein de l'hôpital. Les facteurs environnementaux : les bruits peuvent augmenter l'incidence du stress ce sont surtout au niveau des couloirs des services, des bruits de voix, des causeries qui parasites les entretiens en cours dans les bureaux. Le transport est parfois contraignant obligeant ceux qui habitent en banlieue à se réveiller très tôt le matin. Ils quittent aussi plutôt les lieux de travail pour éviter les embouteillages. Les critères d'évaluations du personnel par la hiérarchie ne sont pas respectés et restent purement subjectifs contribuant en partie à rendre les relations exécrables surtout entre les agents. Ces différentes sources nous conduisent aux manifestations du stress professionnel

2.1. Les manifestations du stress professionnel

Le stress professionnel se manifeste de plusieurs manières :

- La fatigue est l'un des symptômes les plus courants et constant des travailleurs
- L'anxiété est élevée
- Les troubles du sommeil sont également fréquents que ce soit l'insomnie
- Une hypersomnie
- Les difficultés de concentration
- Les douleurs articulaires et musculaires ou les troubles musculosqueliques et témoignent la fatigue
- L'impossibilité de se détendre
- La perte de poids
- Les troubles de l'appétit et l'irritabilité

Ces différentes manifestations nous conduisent à des causes du stress professionnel

2.2. Les causes du stress professionnel

Les causes du stress professionnel sont :

- *Les conditions de travail* : travail posté et le week-end rémunérations inadéquates, les heures travaillées, les conflits, la discrimination et le danger présent dans le milieu de travail
- *Les relations interpersonnelles dans le milieu du travail* : la qualité des relations avec les pairs, les subordonnés ou les supérieurs.
- *Conflit et ambiguïté du rôle* : imprécision de la définition du rôle, des fonctions, des attentes et des responsabilités
- *Structure de l'organisation et son climat* : une mauvaise politique et pratique de la communication, changements majeurs sur le lieu de travail, culture de l'organisation et manque de participation dans la prise de décisions.
- *Interface travail-foyer* : des exigences et des attentes contradictoires en termes de temps et de disponibilité.
- *Evolution de carrière* : sous-utilisassions des compétences ou échec du développement du plein potentiel, mutation vers un poste mal adapté aux compétences et aux intérêts de la personne, incertitude dans la carrière, insécurité de l'emploi et manque de possibilités d'apprendre et de progresser.
- *Nature de l'emploi* : quantité d'énergie physique et émotionnelle requise, charge de travail et lieu de travail.

2.3. Les effets et les conséquences du stress professionnel

Le stress qui n'est pas maitrisé et dépassant le seuil de tolérance engendre des effets diverses sur l'organisme. Voici ci-dessous, le tableau résumant les effets et conséquences y relatifs.

Tableau 2: Effets et conséquences du stress

Effets potentiels	**Quelques conséquences**
§ Fatigue et inattention § Augmentation du risque du développer des problèmes cardio-vasculaire, gastro-intestinaux, musculo -squelettiques et psychologiques (y compris le suicide)	§ Augmentation des accidents de travail et des erreurs de jugement. § Coûts financiers : - Pour les employeurs (exemple pour remplacer les travailleurs absents),

§ Changement des comportements § Sentiments de vulnérabilité d'incompétence, d'isolation, de frustration et d'impuissance § Sentiments de vulnérabilité d'incompétence, d'isolation, de frustration et d'impuissance § Sentiment d'insécurité y compris une crainte exacerbée de la violence. § Progression de l'absentéisme, des retards et de la démoralisation	- pour travailleurs (exemple de médicaments) et pour le système de la santé § Recours l'accru à la nicotine et à l'alcool, et consommation alimentaire excessive/insuffisance § Incapacité féverole à faire face aux activités quotidienne ordinaires. § Sentiments d'incompétence et de ne « rien pouvoir faire correctement » § Rempli croissant sur soi-même et insensibilités corrélatives aux besoins des cultures § Montée de la violence verbale et physique § Baisse de la productivité § Détérioration du rendement.

Source : conseil international des infirmières : stress lié au travail

3. Les maladies psychologiques

Le stress est source de maladies psychologiques très complexes à résoudre. Elles vont de l'anxiété jusqu'à la dépression.

« L'anxiété est caractérisée par un sentiment d'appréhension, de tension, de malaise, de terreur face à un péril de nature indéterminée. Elle est souvent exprimée par le patient sous les termes de nervosité ou de soucis. L'anxiété doit être distinguée de la peur qui répond à une situation menaçante réelle. » (Encyclopédie médicale)

L'anxiété deviens problématique à partir du moment où l'on constate un réel problème d'adaptation chez l'individu, son comportement est modifié par des troubles tel que des difficultés de concentration, des troubles de panique, des addictions voire des phobies.

L'anxiété poussée à son paroxysme est source d'un mal qui se repend de plus en plus dans nos sociétés : la dépression. *« La dépression ou dépression nerveuse se caractérise par un état pathologique avec une humeur triste et douloureuse associée à une réduction de l'activité psychologique et physique. La personne atteinte de dépression se sent impuissante et la maladie est souvent accompagnée d'autres symptômes comme l'anxiété ou l'insomnie » (cérapharma.)*

La dépression est un mal nouveau qui est aujourd'hui considéré comme une maladie professionnelle à part entière.

L'OMS a estimé que la dépression était une des trois maladies existante qui dégradait le plus la vie des individus. « Les troubles dépressifs seront en 2005 les maladies touchant le plus de victimes dans le monde » (Legeron, 2001).

La dépression entraine un réel détachement de l'individu qui très rapidement s'isole et se retrouve piégé. Le mal être n'est bien entendu pas ressenti uniquement sur le lieu de travail, il se prolonge dans la sphère privée. L'individu se retrouve sans repères et sans solutions, bon nombres de dépressions conduisent à des actes irréversibles.

Voici donc trois exemples de conséquences du stress sur la santé des individus, bien entendu cette liste n'est pas exhaustive, le stress entraine des dégâts considérables sur l'organisme par l'isolement et la vulnérabilité. Le stress entraine un effet de domino, les soucis récurrents liés à l'activité professionnelle conduisent à une dégradation de la vie au quotidien, ce qui a un impact nocif sur la sphère privée, accentuant de fait ce sentiment d'isolement et d'incompétence.

Freud Enberger en (1987) présente une analyse imagée particulièrement adaptée: "La vie ressemble à une balançoire à la seule différence que nos dépressions deviennent plus sévères à chaque descente et que nous devons payer un prix plus élevé pour nos expériences à chaque remontée » (Marmara).

Le stress est d'autant plus complexe à gérer lorsque les situations dans lesquelles il se manifeste se reproduisent fréquemment. Ce sortir d'une dépression est quelque chose de long et qui laisse des traces, parvenir à sortir d'une seconde dépression est quelque chose de doublement plus difficile.

4. Les risques psychosociaux

De nombreux risques psychosociaux peuvent induire des troubles psychosociaux. Ils peuvent inclure, stress, mal-être. Pour Patrice Adam et Ariane Bilheran "Les facteurs de risques psychosociaux sont souvent pluriels, engendrant des cercles vicieux entre eux. Nous parlons alors de « facteurs pathogènes » dans l'environnement et les conditions de travail, à savoir des facteurs qui créent des « maladies » dans l'entreprise. En réalité, toute entreprise (comme tout individu d'ailleurs) qui ne porte pas un respect fondamental de l'être humain est malade. Ainsi, de nombreuses thématiques sont examinées par les spécialistes, qui analysent également leurs interactions, parmi lesquelles les suivantes en particulier": relations sociales, autonomie, exigence émotionnelle, écarts entre travail prescrit, réel et vécu, charge de travail, sens donné au travail, conflits de valeur… De plus "L'on parle régulièrement d'« exposition aux risques psychosociaux ». Elle qualifie à la fois le degré, la durée et la densité des risques psychosociaux, ainsi que le cumul avec d'autres risques psychosociaux. Cette exposition est également plus ou moins atténuée en fonction des espaces de récupération existants, ainsi que des espaces dits de régulation. Un espace de régulation désigne tout espace neutre permettant d'apaiser les tensions, les conflits, et de prendre une distance psychique salutaire. Ce peut être un espace formel, tels qu'une réunion, une supervision, un groupe de parole, ou un espace informel, tels que la « pause-café », le déjeuner etc.", soulignent les mêmes auteurs (2011).

4.1. Pathologies

Les RPS peuvent déclencher tout un ensemble de pathologies comme les troubles musculo-squelettiques ou TMS ou la dépression. Certaines d'entre elles, proches de la dépression, sont typiques.

Le syndrome d'épuisement professionnel, ou *burn out*, résulte de situation de stress au travail prolongé et se manifeste par un épuisement physique, mental, émotionnel, un désintérêt profond pour le contenu de son travail et la dépréciation de ses propres résultats. C'est l'un des premiers phénomènes qui a été observé notamment chez les personnels soignants ou les travailleurs sociaux, qui récupèrent les tensions affectives et morales des publics qu'ils traitent.

Le syndrome d'épuisement professionnel par l'ennui ou *bore out* est un trouble psychologique engendré par le manque de travail, l'ennui et, par conséquent, l'absence de satisfaction dans le cadre professionnel. Il affecterait couramment les individus travaillant en entreprise et notamment les travailleurs du secteur tertiaire.

4.2. Le burn-out du personnel médical

Le « Burn- out syndrome » des anglo-saxons, le « Kaloshi » (mort de la fatigue au travail) au Japon, est le syndrome d'épuisement professionnel pouvant conduire au suicide. D'après Isabelle Gautier (2007 : 2), les professions à fortes sollicitations mentales, émotionnelles et affectives sont les plus exposées.

Pour elle, trois composantes ont été identifiées :

- l'organisation du travail
- une personnalité investie dans la relation,
- l'idéal professionnel.

D'après Herbert Freud Enberger cité par Isabelle Gautier (2007 :4), nomme « Burn out syndrome » l'état d'équipement qui atteint des soignant très investis dans une relation difficile auprès des toxicomanes, dans les toutes nouvelles. L'épuisement provient d'un stress permanent et prolongé lié aux impératifs d'ajustement à des contraintes lourdes, aux difficultés organisationnelles et / ou à l'adaptation à de nouvelles procédures thérapeutiques.

Pour Dr Pierre Canoni, tel que cité par Isabelle Gautier (2007 :6), « le syndrome d'épuisement professionnel des soignants est d'abord une pathologie de la relation... (qui) pose le problème éthique de la relation d'aide...quelle distance établir pour apporter l'aide tout en étant respectueux de la personne et ne pas se consumer soi - même »? Ainsi que le souligne professeur Jean Bernard «... la médecine n'est pas seulement la biologie moléculaire, c'est l'amour de son prochain ». Mauranges considère ce syndrome à la confluence de la psychopathologie, du social et du professionnel.

4.3. Les facteurs favorisant le burn-out

Isabelle Gautier (2007:6-7) a pu identifier deux grands facteurs qui favorisent le syndrome l'épuisement :

1. L'abnégation dangereuse : abnégation et altruisme, un surmoi fort conduisent les médecins à se dépasser, à s'effacer ils résistent à la fatigue, à la maladie et à l'épuisement.

2. Une personnalité indépendante, par nature, par habitude et par obligation : Sans droit à l'erreur, le médecin reste dans une relation duelle. Il est "pénalisé" par une conscience professionnelle poussée. Ce perfectionnisme se conjugue avec le désir d'être apprécié à hauteur de ses compétences et de son dévouement habitué à prendre, généralement, des décisions seules, il a des difficultés à déléguer. Il est confronté à des situations anxiogènes génératrices de tensions intellectuelles et relationnelles importantes.

Le même auteur continue en précisant que « le principale ennemi du médecin est lui-même ». Par indifférence ou mépris de sa souffrance, il se met en danger dédaignant les signaux d'alarme, niant la fatigue et la pénibilité de sa pratique, il refuse l'accablement, il s'interdit toute plainte.

4.4. L'organisation du travail

Selon le Bureau International du Travail (BIT) (1986 :90-110) les revendications syndicales priment sur la réduction de la durée de travail posté, l'augmentation du tarif des heures supplémentaires ou de travail de nuit, l'allongement du congé annuel.

4.5. Le temps de travail

Le nombre d'heures que l'on passe à son travail et la manière dont les heures sont reparties influent non seulement sur la qualité de la vie tout cours. Cela affecte tantôt la santé de celui qui travaille tantôt la sécurité. Le BIT (1986 :117), précise que « il arrive que la durée du travail soit un facteur capital dans certaines circonstances du rendement, du coût de la production et, en dernière analyse de la rentabilité ou de la viabilité de l'entreprise ». Les règlements et les pratiques qui conditionnent le travail par équipes et d'autres formes d'aménagement du temps de travail sont parfois des éléments clés de l'organisation du travail. Le pouvoir public doit exercer sur la durée du travail et en d'autres matières connexes et peut trouver un moyen important d'atteindre les objectifs de sa politique économique.

TROISIEME PARTIE :
LA METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

CHAPITRE 3 : LA METHODOLOGIE DE TRAVAIL

Une méthodologie de travail s'impose à toute étude sérieuse et scientifique. « La méthodologie peut se définir comme étant l'étude du bon usage des méthodes et des techniques. Il ne suffit pas de les connaitre, encore faut-il savoir les utiliser comme il se doit, c'est à dire savoir comment les adopter, le plus rigoureusement possible d'une part à l'objet précis de recherche ou de l'étude envisagée et d' autre part les objectifs poursuivis ».

Notre démarche méthodologique passe par : les hypothèses, les objectifs, les échantillons, les techniques et collecte de données, les outils de collecte des données, les modes de traitements des informations, les résultats, analyses et interprétations des données.

1. Les hypothèses de recherche

Une hypothèse est une réponse théorique provisoire et opérationnelle à des questions de recherche. Cette réponse provisoire sera confirmée ou infirmée par des observations.

1.1. Hypothèses générales et spécifiques

Nous formulons une hypothèse et ensuite quelques hypothèses spécifiques.

- **Hypothèse générale** :

Le stress professionnel agit sur la santé surtout sur : le plan cognitif et sur le plan physiologique des travailleurs.

- **Hypothèse spécifique**

- le stress perçu augmente avec l'âge indépendamment de la variable sexe ;
- il peut avoir des liens forts entre stress et anxiété et stress et dépression ;
- le stress professionnel peut être dû aux manques de soutien de la part des collègues, supérieurs et amis.

1.2. Objectifs de recherche

Pour bien mener notre travail, nous nous sommes fixés des objectifs.

- **Objectif général**

L'objectif général de notre étude est d'étudier le taux du stress du personnel médical de l'hôpital Saint Luc

- **Objectifs spécifiques**

Les objectifs spécifiques visent à :

- Comprendre le stress du personnel médical de l'hôpital SAINT LUC
- Identifier les facteurs, les causes et les conséquences du stress en milieu médical
- Augmenter la prise de conscience du stress professionnel au sein du dit hôpital

2. La méthodologie de recherche

Pour mieux cerner les différents aspects de notre préoccupation et pour atteindre nos objectifs, nous avons constitué un échantillon de population ; nous le présentons ainsi que les outils de recherche et la manière dont nous avons traités les données d'enquête obtenues.

2.1. La technique d'échantillonnage

La population visée par la présente étude est constituée par les infirmiers (ères), les médecins, les aides-soignants et les sages-femmes. L'effectif total concernée est de 80 personnes. Dans l'impossibilité de toucher tout le personnel au niveau de l'hôpital. Le recours aux techniques d'échantillonnage est nécessaire pour dégager un échantillon qui sera le plus représentatif que possible de la population cible. La répartition de notre population fera l'objet de notre étude.

2.2. Techniques et outils de collecte

En science sociale, la méthodologie répond à une rigueur scientifique qui entre également en ligne de compte pour le choix des méthodes et techniques de collecte des données. La présente étude, de nature qualitative, s'efforce d'être à la fois compréhensive et explicative. Comme outils de collecte de données, nous avons utilisés : l'observation, l'entretien et le questionnaire.

- L'observation est un processus qui consiste à aller sur le terrain pour observer, écouter, enregistrer, filmer, les êtres humains pour pouvoir recueillir des textes, des documents de toutes sortes pour les analyser.
- L'entretien est un processus de collecte des données qui permet de communiquer, d'échanger de façon structurée ou d'entrer en conversation avec l'enquêté. L'objectif de son usage ici est de recueillir des données nécessaires à la compréhension du phénomène et à la vérification des hypothèses.
- Le questionnaire consiste à poser un ensemble de répondants le plus souvent représentatif d'une population mère ou encore de l'univers. Ils nous ont permis de distribuer le questionnaire auprès de notre population cible en recueillant des données et des informations relatives a notre sujet.

Parmi ces trois outils, le questionnaire est celui qu'on a adopté à notre travail.

2.3. Déroulement des enquêtes

Pour mieux comprendre le phénomène, dans un premier temps nous avons utilisé la méthode d'entretien pour recueillir les informations nécessaires est un processus de collecte des données qui permet de communiquer, d'échanger de façon structurée et individuelle avec les autorités de santé : les sages-femmes, les infirmiers. A cet effet, au cours de chaque entretien, des questions précises ont menés en laissant à l'intéressé la marge de temps nécessaire pour s'exprimer le plus largement possible. Ces entretiens ont duré en moyenne 30 minutes.

Dans un second temps, nous avons utilisé le questionnaire qui consiste à poser une série de question à un échantillon de population, le bien fondé de notre recherche en mettant l'accent sur l'anonymat. Avec leurs aides, le travail a pu avancer avec toutes les contraintes que cela puisse comporter.

3. Les méthodes de traitement des informations

Pour comprendre, expliquer et analyser les données recueillies, nous avons opté pour l'analyse des données qui est un sous domaine des statistiques qui se préoccupe de la description des données conjointes. On cherche par ces méthodes à donner des liens pouvant exister entre les différentes données et à en tirer une information statistique qui permet de décrire de façon plus succincte les principales contenues dans ces données. (http ://fr.wikipedia.org/wiki/analyses des donnes). Pour bien traiter ces données, nous les avons mises dans des tableaux pour faciliter la lecture et les analyses.

- Résultats et analyses des données

Nous n'avions pas pris en compte tous les membres de l'hôpital compte tenu de leur disponibilité, selon leurs heures de gardes, nous avions juste pris un échantillon de 80 personnes dans le cadre de notre travail.

Tableau 3 : Répartition selon le genre

Genres	Effectifs	Pourcentage
Masculine	35	43,75
Féminine	45	56,25
Total	80	100%

Source : Résultat de notre enquête, Mai 2015.

Suivant les données de ce tableaux, nous remarquons que tous les sexes sont représentés dans notre échantillon cible, le genre masculine représente 43,75% et le genre féminine représente 56,25 %. Ceci montre que notre population d'étude est représentée par les deux sexes. Il constitue dans ce sens que l'équipe de travail mixte est motivée au travail.

Tableau 4: Repartions selon le grade

Grade	effectifs
Médecins et docteurs	40
Infirmier (ers)	15
Sage femmes	15
Aides-soignants	10
Total	80

Source : Résultat de notre enquête, Mai 2015

D'après le tableau, la plupart des personnels de l'hôpital Saint Luc de Cotonou sont des médecins, des docteurs, les infirmiers, les sages-femmes, les aides-soignants a qui nous avions distribués nos instruments de collecte de données pour mieux recueillir nos informations dans le cadre de notre étude.

Tableau 5 : Répartition selon la tranche d'âge

L'identification de la tranche d'âge des enquêtés dans la recherche scientifique est important, car l'âge des répondants aux questions peut jouer un rôle dans la fiabilité des informations recueillies

Age	Effectif	Fréquence (%)
De 25 ans-35 ans	25	31,25
De 35 ans-45 ans	35	43,75
De 45 ans-plus	20	25
Total	80	100

Source : Résultat de notre enquête, mai 2015

L'analyse de ce tableau nous montre que la plupart du personnels médical sont jeunes et 75% de la population dans la tranche d'âge 25-35 ans et ils sont dynamique au travail.

Tableau 6: Répartition selon l'état matrimonial

Etat matrimonial	**Effectif**	**Fréquence (%)**
Célibataire	35	43,75
Marié	45	56,25
Divorcé	0	0
Séparé	0	0
Veuf	0	0
Total	80	100

Source : Résultat de notre enquête, Mai 2015

L'analyse de ce tableau, nous montre que 50% des personnels médical sont mariée qui ont un effectif plus élevées sont plus stressé par les problèmes familiales et celle du boulot et les célibataires sont plus dévoués au travail.

Analyse

Tableau 7: Répartition selon le niveau d'études

Niveau d'études	**Effectif**	**Fréquence (%)**
CEP	10	12 ,5
BEPC	15	18,75
BAC	15	18,75
Licence	15	18,75
Autres	25	31,25
Total	80	100

Source : Résultat de notre enquête, Mai 2015.

Le niveau d'étude est un élément important de savoir car ceci a une corrélation directe avec la fiabilité des informations et des données recueillies et la qualité de service offerte. Nous constatons que la plupart des soignants ou aides soignant ont un niveau moins élevé qui ne représente que 31,25% des travailleurs et jouent un plus grand rôle dans l'hôpital et dans les catégories des infirmiers et des docteurs, ils représentent 68,75 % ont un niveau plus élevé.

Analyse

Tableau 8: Répartition selon l'expérience professionnelle

Expérience professionnelle	Effectif	Fréquence
De 1-5 ans	15	18, 75
De 5-10 ans	25	31 ,25
De 10-20 ans	30	37,50
De 20-plus	10	12,50
Total	80	100

L'expérience professionnelle est un élément à ne pas négliger dans une institution. Dans ce tableau, il ressort que 68,75 % ont plus d'ancienneté et ils s'adaptent aux diverses situations dont ils sont tous les jours confrontés à l'hôpital.

4. Analyse des scores de stress, d'anxiété et de dépression en fonction de la variable sexe

En accord avec les données de la littérature nous nous attendions à un effet principal pour la variable sexe. Nous faisons l'hypothèse que les femmes ont des scores plus élevés pour l'échelle de stress perçu et les échelles d'anxiété et de dépression (HAD) que les hommes.

En accord avec nos hypothèses nous trouvons que les femmes ont en moyenne des scores plus élevés que les hommes pour les échelles de stress perçu

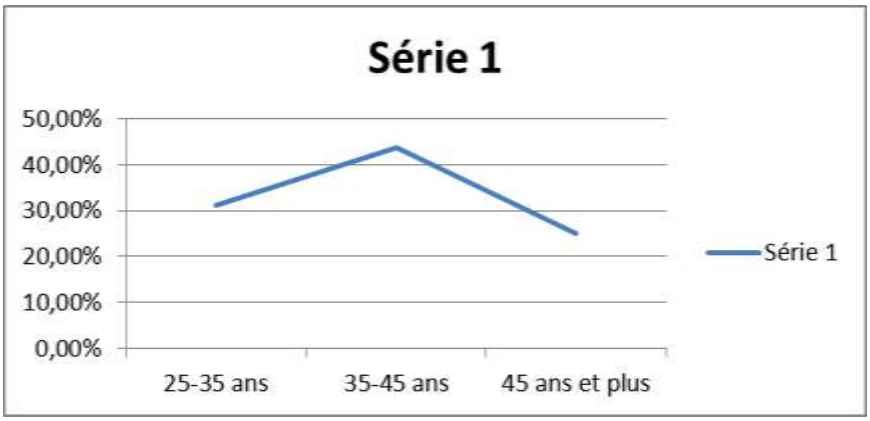
5. Analyse de la variable stress perçu en fonction de l'âge

Nous faisons l'hypothèse que le stress perçu augmente avec l'âge indépendamment de la variable sexe.

L'analyse pour la variable âge montre une évolution non linéaire. Comme le montre le graphique ci-dessous (voir aussi les tableaux que nous observons).

Le stress connaît une forte augmentation par la suite entre les tranches d'âges de 25-35 ans (fréquence = 31,25 ; score= 0,39) et de 35-45ans (fréquence= 43,75 ; score=0,54). Il chute pour la tranche d'âge 45ans plus (fréquence=25; score=0,31).

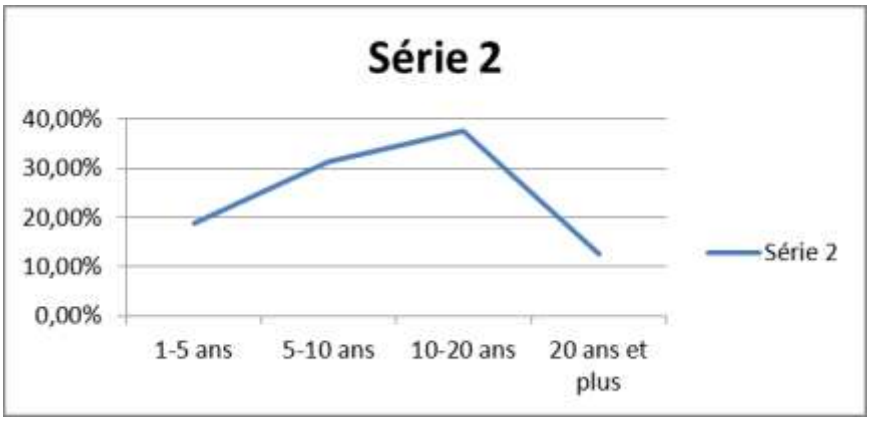
Graphique 1 : distributions des scores moyens de stress professionnel selon l'âge.



Graphique 1 : Analyse de la variable stress perçu en fonction de l'âge

Variables modératrices du stress

Nous faisons l'hypothèse que l'expérience professionnelle tend à diminuer le stress.



Expérience professionnelle

Graphique 2 : Analyse de la variable stress perçu en fonction de l'expérience professionnelle

Lien entre stress, anxiété et dépression

Nous nous attendons à des liens positifs entre les mesures de stress et d'anxiété et de dépression.

Par ailleurs, nous faisons l'hypothèse que le lien entre stress et anxiété est plus fort qu'entre stress et dépression.

L'analyse corrélationnelle montre un lien fort entre les scores obtenus aux différentes échelles. Les liens entre les sous échelles de la HAD et les scores obtenus diffèrent quant à leur force : la corrélation entre l'anxiété et le stress est $r = 0.75$ ($p<1$) alors qu'elle est de $r = 0.67$ ($p<1$) pour la dépression.

6. Conclusion parti elle

Nous sommes à la fin des trois chapitres qui avait pour but la vérification des hypothèses sur le stress professionnels du personnel médical de l'hôpital Saint Luc. En effet pour atteindre notre objectif nous sommes partie de l'analyse de profil sociodémographique de nos enquêtés, nous avons essayé en revue aux situations au sein du dit hôpital. Pour les caractéristiques démographiques, nous avons observés que 75% sont jeunes dans la tranche d'âge 25-35 ans et 50% sont célibataires et plus dévoués au travail. Plus de 68,75 % ont un niveau plus élevée et 68,75% ont plus d'ancienneté. Nous observons un effet principal de la variable de sexe pour l'échelle de COHEN et al (1983) ainsi que l'anxiété et de dépression, les femmes montrent des scores plus élevées que les hommes. Ces différences peuvent être interprètes au regard des modes d'expressions des émotions selon le sexe. Il semblerait que les femmes ont tendances à exprimer davantage leurs émotions alors que les hommes auront davantage tendance à les exprimer via un mode comportemental. La variable d'âge de notre hypothèse n'est vérifiée que nous observons une augmentation du stress pour les classes d'âges 25-35 ans et 35- 45 ans. Pour les classes d'âge 45-54 ans, le niveau de stress perçu se stabilise pour les personnes âgées de 54 ans. Nous pouvons expliquer ces variations en références aux cycles de vie professionnelle.

Les hypothèses avancées sont vérifiés car le personnel médical est confronté à ces différents problèmes et cela agit sur leur santé.

7. Approches de solutions

❖ Actions préventives de la gestion de stress

La gestion du stress est très importante pour l'employé et pour l'institution. Les efforts de ces deux cotés sont nécessaires en vue de maximiser la sinisation de ses effets néfastes surtout lorsque ces mesures sont entrepris**.**

Ce que le personnel médical peut faire :

- Mener une vie saine : dormir suffisamment, avoir un régime alimentaire équilibré et régulière de l'exercice
- Bien se connaitre : reconnaitre en soi les signes du stress, identifier les pensées, les sentiments, comportements à développer quand on est stressé
- Stratégie pour faire face au stress : apprendre des techniques efficaces de relaxation, penser positivement, établis des priorités et définir des limites et développer son sens de l'humour
- Soutien : partage des préoccupations avec des membres de la famille, des collègues et des amis qui savent écouter, si nécessaire rechercher un conseiller professionnel
- Satisfaction professionnel : savoir quelles sortes de travail d'environnement qui convient d'y parvenir

❖ Actions préventives des risques psychosociologiques

Pour prévenir les risques psychosociologiques, plusieurs actions ont été menées :

- Le processus de reconnaissance au travail
- La définition des compétences et formations
- Les modes de régulation des relations de travail
- Le système de prescription du travail en quantité, en qualité et relations avec les clients
- Renforcer les moyens d'actions
- Renforcer la mission de veille sanitaire des services de santé au travail
- Promouvoir le bon usage des TIC.

CONCLUSION GENERALE

La vie rêvée du personnel médical n'est pas celle des anges. L'insurge professionnelle soulève des vrais problèmes de recherche et d'évaluations, de prise en charge. La santé des personnels soignants dépend aussi des patients. Les soignants reconnaissent l'absence de politique de gestion de stress dans le milieu ou ils officient. Divers propositions ont été faites par les travailleurs eux même : hiérarchies des rôles, développer la communication et l'esprit de groupe afin d'obtenir un climat serin social, augmenter le personnel qualifié, réorganiser les services, les taches, motiver les agents sur tous les plans.

- **Limites et ouvertures de l'étude**

Malgré les limites nous retenons un ensemble de résultats intéressants qui méritent d'être approfondis dans le cadre d'une étude ultérieure.

Une des limites de l'étude réside notamment dans le protocole expérimental. En effet, pour apprécier les liens entre les différentes facettes du stress et les effets de variables modératrices et médiatrices, il aurait été pertinent d'intégrer un ensemble de mesures supplémentaires. En référence au modèle multidimensionnel de la psychologie de la santé (Bruchon – Schweitzer et Dantzer, 1994) il nous semble intéressant d'intégrer des évaluations ciblées concernant les antécédents de l'environnement professionnel (par exemple les événements professionnels stressants ; le réseau social professionnel). Ces variables prédicatrices peuvent être appréciées dans le cadre d'une étude qualitative avec des entretiens semi structurés.

Par ailleurs, il aurait été intéressant de compléter nos mesures par une échelle de bien-être. Dans la présente étude, nous nous sommes limités à évaluer, grâce à l'échelle d'anxiété et de dépression, le « mal-être » psychologie, autrement dit la présence ou l'absence de troubles anxio-dépressifs.

Ce champ de recherche en plein développement est d'un intérêt tout particulier pour

Les psychologues du travail et chercheur en entreprise. En effet, différentes études montrent que le travail est un facteur protecteur pour la santé de l'individu et néanmoins nous assistons à l'heure actuelle à un basculement : le travail peut être un facteur de risque pour la santé des individus, il peut engendrer détresse, troubles anxio-dépressifs, voir même des suicides. Le stress coûte cher aux entreprises qui perdent en performance, cher aux individus qui y laissent leur bien-être, leur santé, leur créativité, … cher pour la société qui paye des préretraites et la santé publique.

Pour mettre en place une prévention efficace en vue de préserver la performance individuelle et collective une approche multidisciplinaire s'impose. Tous les acteurs doivent s'impliquer dans cette démarche de recherche action en vue de mieux comprendre ce lien fragile et complexe entre performance et bien-être, entre stress et émotion.

BIBLIOGRAPHIE

- Cours psychopathologie du travail Mme DECHACUS
- Livre du M .CANOUI et Mme MAURANGES : Syndrome psychologique
- LAZARUS R S et FOLKMAN 1984 a: Stress appraisal and coping Ny spinger
- LAZARUS R S et FOLK MAN 1984 b: coping and adaptation
- RASCLE N et IRACHABAL S 2001 : Médiateur et modérateur: implications théorique et méthodologique du stress et de la psychologie de la santé
- COHEN J et COHEN P (1983) : Correlation analysis for the behavioral
- Recherche sur le site web
- Dictionnaire : Le Robert, le Petit Larousse.

ANNEXES

Questionnaires

COCHEZ VOS REPONSES DANS LE CADRE

1. Votre sexe

Masculin ☐

Féminin ☐

2. Votre fonction :

- Médecins ☐
- Infirmier (ère) ☐
- Sage-femme ☐
- Aide-soignant ☐

3. La tranche d'âge

De 25 ans- 35 ans ☐

De 35ans – 45 ans ☐

De 45 ans – plus ☐

4. Etat matrimonial

Célibataire ☐

Marié (e) ☐

Divorcé (e) ☐

Séparé ☐

Veuf ☐

5. Niveau d'études

Cep ☐

Bepc ☐

Bac ☐

Licence ☐

Autres ☐

6. Expérience professionnelle

De 1…….5 ans ☐

De 5……. 10 ans ☐

De 10 ……20 ans ☐

De 20 ans ……..plus ☐

Questionnaire sur le stress professionnel

A quelle fréquence avez-vous eu des problèmes suivants ?

1- Des troubles de concentrations ou de difficultés à prendre des décisions

Souvent ☐ parfois ☐ jamais ☐

2- Des troubles de sommeil ou insomnies

Souvent ☐ parfois ☐ jamais ☐

3- Perte de la joie de vivre ou perte d' intérêt pour les activités qui vous procuraient auparavant du plaisir

Souvent ☐ parfois ☐ jamais ☐

4- Modification ou perte d'appétit

Souvent ☐ parfois ☐ jamais ☐

5- Sentiment inexpliqué de tristesse, culpabilité, nervosité

Souvent ☐ parfois ☐ jamais ☐

6- Maux de tête

Souvent ☐ parfois ☐ jamais ☐

7- Etat de tension ou d'anxiété

Souvent ☐ parfois ☐ jamais ☐

8- Indigestion ou malaise d'estomac

Souvent ☐ parfois ☐ jamais ☐

9- Fatigue, tendue, surmené

Souvent ☐ parfois ☐ jamais ☐

10- Troubles de la mémoire ou oublis

Souvent ☐ parfois ☐ jamais ☐

11- Douleur comme de dos

Souvent ☐ parfois ☐ jamais ☐

12- Sentiment d'être sous pression

Souvent ☐ parfois ☐ jamais ☐

13- Avez-vous pris le temps de cerner les causes du stress dans votre vie

Oui ☐ non ☐ autres ☐

14- Parvenez – vous à vous organiser de manière à atteindre les objectifs réalistes que vous vous fixez

Oui ☐ non ☐ autres ☐

15- Aviez – vous des primes ou des récompenses pour un travail bien fait

Oui ☐ non ☐ autres ☐

16- Vous arrive-t-il de vous disputer avec un membre de votre famille, un amis, un collègue

Oui ☐ non ☐ autres ☐

17- Pouvez- vous compter sur une personne disposée à écouter avec bienveillances vos problèmes et auprès de laquelle vous pouvez obtenir de l'aide pour exprimer vos émotions, un ami, un collègue ou un professionnel de la santé

Oui ☐ non ☐ autres ☐

Table des matières

Sommaire……..	i
Remerciements…….	ii
Liste des tableaux…….	iii
Liste des figures……	iii
Liste de schémas et graphismes……	iii
Résumé…….	iv
Abstract…….	iv
INTRODUCTION……	1
PREMIERE PARTIE : LE DEROULEMENT DU STAGE……	2
CHAPITRE 1 : DESCRIPTION INSTITUTIONNELLE DU LIEU DE STAGE……..……...	2
3. Historique et situation géographique de l'Hôpital Saint Luc……...	2
3.1. Historique…….	2
3.2. Situation géographique…….	2
3.3. Philosophie et objectif généraux de l'Hôpital Sant Luc	2
3.3.1. La philosophie……	2
3.3.2. Les objectifs généraux……	3
4. Organigramme et fonctionnement du service de PMI et de prestations sociales…….	3
4.1. Organigramme……..	3
4.2. Fonctionnement du Service de PMI et de Prestations Sociales…	4
4.2.1. Objectifs généraux du service……	4
4.2.2. Activités du service……	4
4.2.3. es partenaires sociaux du service……...	5
3. Les objectifs du stage……...	5
3.1. Les activités menées par la stagiaire et acquis……..	5
3.1.1. Les activités menées par la stagiaire……..	5
3.1.2. Acquis…….....	6
DEUXIEME PARTIE : ANALYSE DU STRESS PROFESSIONNEL DU PERSONNEL MEDICAL : CAS DE L'HOPITAL SAINT LUC……	7
CHAPITRE 2 : PROBLEMATIQUE……	7
4.6. Revue de littérature……..	9
4.7. Les différentes théories du stress professionnels…….	9
4.7.1. Le modèle de Selye……..	9
a. La description du modèle…….	10
b. Conclusion……....	11
4.7.2. Le modèle demande/ autonomie de KARASEK…….	11
a. La description du modèle…….	11
b. Conclusion…….……	12
4.7.3. L'approche transactionnelle de Mackay and Cooper……...	12
a. La description du modèle…….	12

b. Conclusion……..	13
4.8. L'approche transactionnelle du stress…….	13
4.9. L'approche multidimensionnel du stress de la psychologie de la sante...	15
5. Les sources du stress professionnel……...	17
5.1. Les manifestations du stress professionnel……..	17
5.2. Les causes du stress professionnel……...	18
5.3. Les effets et les conséquences du stress professionnel……	18
6. Les maladies psychologiques……	19
7. Les risques psychosociaux……	20
7.1. Pathologies……..	21
7.2. Le burn-out du personnel médical……	21
7.3. Les facteurs favorisant le burn-out……..	22
7.4. L'organisation du travail……..	22
7.5. Le temps de travail……...	22
TROISIEME PARTIE : LA METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE…….	23
CHAPITRE 3 : LA METHODOLOGIE DE TRAVAIL…….	23
8. Les hypothèses de recherche……..	23
8.1. Hypothèses générales et spécifiques……	23
8.2. Objectifs de recherche……..	23
9. La méthodologie de recherche…….	24
9.1. La technique d'échantillonnage……	24
9.2. Techniques et outils de collecte……	24
9.3. Déroulement des enquêtes……	24
10. Les méthodes de traitement des informations……..	25
11. Analyse des scores de stress, d'anxiété et de dépression en fonction de la variable sexe…….	27
12. Analyse de la variable stress perçu en fonction de l'âge …….	27
13. Conclusion parti elle……	29
14. Approches de solutions……	29
CONCLUSION GENERALE……..	31
BIBLIOGRAPHIE……..	32
ANNEXES……..	33
Table des matières……	36