

RÉPUBLIQUE DU CAMEROUN

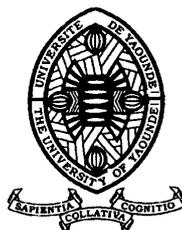
Paix – Travail – Patrie

UNIVERSITÉ DE YAOUNDE I

Centre de Recherche et de Formation Doctorale en
Sciences Humaines, Sociales et Éducatives

U. F.R.D EN SCIENCES HUMAINES ET
SOCIALES

DÉPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE



REPUBLIC OF CAMEROON

Peace- Work-Fatherland

THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

Post Graduate School for Social
and Educational Sciences

DOCTORATE RESEARCH UNIT FOR
SOCIAL SCIENCES

DEPARTMENT OF PSYCHOLOGY

STRATEGIES DE COPING ET STRESS PERÇU CHEZ LES SOIGNANTS DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE AU CAMEROUN

Mémoire de Master Professionnel soutenu le 31 juillet 2024

Spécialité: Psychologie du Travail et des Organisations.

Option : Prévention des risques

Par :

DONGMO Aurélien Francis

Licencié en Sciences Infirmières

Jury:

Président : MAYI Marc Bruno, Pr.

Rapporteur : NGUIMFACK Léonard, Pr.

Examineur : NDJE NDJE Mireille, MC.



Juillet 2024



SOMMAIRE

SOMMAIRE	i
REMERCIEMENTS	iii
SIGLES ET ABREVIATIONS	iv
LISTE DES TABLEAUX	v
RESUME	vii
ABSTRACT	viii
INTRODUCTION GENERALE	1
PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE	3
CHAPITRE 1 : PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE	4
CHAPITRE 2 : ANALYSE CRITIQUE DES CONCEPTS ET EVUE DE LITTERATURE	24
CHAPITRE 3: CORPUS THEORIQUE DE REFERENCE DE L'ETUDE.....	63
DEUXIEME PARTIE : CADRE OPERATOIRE	84
CHAPITRE 4 : METHODOLOGIE	85
CHAPITRE 5 : PRESENTATION DES DONNEES ET ANALYSE DES RESULTATS.....	105
CHAPITRE 6: INTERPRETATION ET DISCUSSION DES RESULTATS	116
CONCLUSION GENERALE	129
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	132
ANNEXES	156
TABLE DES MATIERES	161

A

DONGMO Pharelle Yohanna

REMERCIEMENTS

Nous sommes parvenus à la réalisation de cette étude grâce au soutien d'un certain nombre de personnes. A cet effet, nous tenons à leur exprimer notre profonde gratitude.

Tout d'abord à notre Directeur de mémoire, le professeur NGUIMFACK Léonard pour son encadrement, son suivi académique, sa disponibilité, ses conseils, son soutien et son engagement indéfectible pour nous aider à produire un travail scientifiquement acceptable.

Au professeur Samuel NYOCK ILOUGA pour sa disponibilité à nous fournir des connaissances, son soutien, sa promptitude pour la gestion des difficultés d'ordre académiques et professionnelles rencontrées tout au long de notre parcours académique.

Nos remerciements s'adressent également à l'ensemble des enseignants du Master Professionnel de Psychologie du Travail et des Organisations pour les connaissances et les cours dispensés et ayant suscité en nous plus d'amour pour la psychologie.

Nous remercions également notre épouse, Hermine Doriance DONGMO, pour son assistance, son soutien multiforme et sa motivation quotidienne.

A Monsieur Davy AMBASSA, nous exprimons nos sincères remerciements pour son accompagnement, sa disponibilité et le soutien indéfectible pendant le déroulement de cette recherche.

Enfin, nous exprimons toute notre reconnaissance à tous ceux et celles qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de cette recherche.

SIGLES ET ABREVIATIONS

ANACT :	Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions du Travail
APA :	American Psychiatric Association
BIT :	Bureau International du Travail
CIM :	Classification Internationale des Maladies
CSMBMY :	Centre de Santé Mentale Benoît Menni de Yaoundé
DSM :	Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux
HJY :	Hôpital Jamot de Yaoundé
HLD :	Hôpital Laquintinie de Douala
HMD :	Hôpital Militaire de Douala
HMY :	Hôpital Militaire de Yaoundé
INRS :	Institut National de Recherche et de Sécurité pour la Prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles
MINSANTE :	Ministère de la Santé Publique
OIT :	Organisation Internationale du Travail
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
SCE :	Coping Centré sur l'Emotion
SCP :	Coping Centré sur le Problème
SCS :	Coping Centré sur la recherche du Soutien Social
SESAME :	Service de Santé Mentale
SP :	Stress Perçu

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Synoptique des variables et leurs modalités.	87
Tableau 2 : Plan de recherche	88
Tableau 3: Version Française du ways of coping check list (WCC-R).	91
Tableau 4 : Analyse de fiabilité du coping centré sur le problème.....	92
Tableau 5: Analyse de fiabilité des stratégies de coping centré sur l'émotion	92
Tableau 6: Analyse de fiabilité des stratégies centrées sur le soutien social	93
Tableau 7: Analyse de fiabilité du stress perçu	93
Tableau 8: Répartition de l'échantillon en fonction du genre.....	99
Tableau 9: Répartition de l'échantillon en fonction de la tranche d'âge	99
Tableau 10 : Répartition de l'échantillon en fonction de la situation matrimoniale.....	100
Tableau 11: Répartition de l'échantillon en fonction de la catégorie professionnelle.....	100
Tableau 12: Répartition de l'échantillon en fonction de l'ancienneté dans la spécialité.....	101
Tableau 13: Répartition de l'échantillon en fonction de la situation professionnelle.....	101
Tableau 14: Répartition de l'échantillon en fonction de la période de travail.....	102
Tableau 15: Répartition de l'échantillon en fonction du nombre d'heures de travail par semaine	102
Tableau 16: Répartition de l'échantillon en fonction de la responsabilité.....	103
Tableau 17 : Statistiques descriptives de l'échantillon relatives au coping centré sur le problème	105
Tableau 18 : Statistiques descriptives de l'échantillon relatives au coping centré sur l'émotion.....	106
Tableau 19 : Statistiques descriptives de l'échantillon relatives au coping centré sur la recherche du soutien social.	107
Tableau 20: Statistique descriptive de l'échantillon relatif au stress perçu	109
Tableau 21 : Matrice de corrélation	110
Tableau 22 : Régression simple de la dimension coping centré sur le problème sur le stress perçu.....	111
Tableau 23 : Régression simple de la dimension coping centré sur l'émotion sur le niveau de stress perçu.....	112
Tableau 24 : Régression simple de la dimension coping centré sur la recherche du soutien social sur le niveau de stress perçu	112
Tableau 25: Analyse par équations structurelles	113
Tableau 26 : Analyse de régression entre les stratégies de coping et le stress	114

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Modèle de demande- Contrôle tiré de Karasek & Theorell (1990).....	67
Figure 2 : Modèle de Siegrist (Siegrist, 1999)	67
Figure 3: Les trois stades du syndrome général d'adaptation au stress de Selye (1956)	73
Figure 4 : Modèle de la double évaluation de Lazarus et Folkman (1984).....	80
Figure 5: Modèle de Lazarus et Folkman (1984).....	83
Figure 6 : Distribution normale des scores sur le coping centré sur le problème	106
Figure 7 : Distribution normale des scores sur le coping centré sur l'émotion.....	107
Figure 8 : Distribution normale des scores sur le coping centré sur la recherche du soutien social.....	108
Figure 9 : Distribution normale des scores du stress perçu.....	109
Figure 10: Modélisation de la relation entre les stratégies de coping et le stress perçu.....	115

RESUME

La présente étude porte sur le thème « stratégie de coping et stress perçu chez les soignants des services de santé mentale au Cameroun ». Elle a été suscitée par l'observation des manifestations de stress perçu qui persistaient chez cette population de soignants. Ainsi, le problème est la persistance des manifestations du stress perçu chez les soignants de santé mentale au Cameroun. L'objectif principal était de vérifier si les stratégies de coping réduisent le niveau de stress perçu chez ces soignants. Pour atteindre cet objectif, nous avons réalisé une enquête auprès de 65 soignants des services de santé mentale de la ville de Yaoundé (Hôpital Jamot, Hôpital Militaire, Centre de santé mentale Benoît Menni), et de la ville de Douala (Hôpital Laquintinie, Hôpital Militaire). L'échantillon était hétérogène et composé de psychiatres, de psychologues, d'infirmiers spécialisés en santé mentale, de psychomotriciens, de médecins résidents en psychiatrie. Nous avons administré le questionnaire constitué de l'instrument de mesure des stratégies de coping et celui du stress perçu au travail. Des données obtenues, nous avons mobilisé le test de régression et la modélisation par équations structurelles pour vérifier nos hypothèses. Contrairement à nos attentes, nos résultats montrent que : le coping centré sur le problème augmente le stress perçu ($\beta = 0.31$; $p = 0.011$) ; le coping centré sur l'émotion a pour effet d'augmenter le stress perçu ($\beta = 0.36$; $p = 0.003$) et enfin le coping centré sur la recherche du soutien social augmente également le stress perçu ($\beta = 0.27$; $p = 0.028$). Le coping centré sur le problème explique près de 9,7% de stress perçu, le coping centré sur la recherche du soutien social explique 6,7 % de stress perçu et le coping centré sur l'émotion contribue à 11,9% dans l'explication du niveau de stress perçu. De plus, on note un bon ajustement du modèle ($X^2/df = 1.34$; $RMSEA = 0.07$; $SRMR = 0.03$; $GFI = 0.99$). En définitive, la remarque faite est celle selon laquelle les stratégies de coping entraînent une augmentation du stress perçu chez les soignants des services de santé mentale au Cameroun.

Mots clés : Stratégie de coping – Stress perçu – Soignant – Santé mentale.



ABSTRACT

This study focuses on the theme "coping strategy and perceived stress among caregivers of mental health services in Cameroun". It was triggered by the observation of the manifestations of perceived stress that persisted in this population of caregivers. Thus, the problem is the persistence of perceived stress manifestations among mental health caregivers in Cameroun. The main objective was to verify whether coping strategies reduce the level of perceived stress in these caregivers. To achieve this goal, we conducted a survey of 65 caregivers from the mental health services of the city of Yaoundé (Jamot Hospital, Military Hospital, Benoît Menni Mental Health Centre), and the city of Douala (Laquintinie Hospital, Military Hospital). The sample was heterogeneous and composed of psychiatrists, psychologists, mental health nurses, psychomotor therapists, psychiatric doctors. We administered the questionnaire consisting of the instrument for measuring coping strategies and that of perceived stress at work. From the data obtained, we mobilised the regression test and the modelling by structural equations to verify our hypotheses. Contrary to our expectations, our results show that: problem-centred coping increases perceived stress ($\beta = 0.31$; $p = 0.011$); emotion-centred coping has the effect of increasing perceived stress ($\beta = 0.36$; $p = 0.003$) and finally coping centred on the search for social support also increases perceived stress ($\beta = 0.27$; $p = 0.028$). Problem-centred coping explains nearly 9.7% of perceived stress, coping centred on the search for social support explains 6.7% of perceived stress and emotion-centred coping contributes 11.9% in explaining the level of perceived stress. In addition, there is a good fit of the model ($\chi^2/df = 1.34$; RMSEA = 0.07; SRMR = 0.03; GFI = 0.99). Ultimately, the remark made is that coping strategies lead to an increase in perceived stress among caregivers in mental health services in Cameroon.

Keywords: Coping strategy - Perceived stress - Caregiver - Mental health.

INTRODUCTION GENERALE

Le travail revêt une importance capitale pour l'individu. Il y passe d'ailleurs la majeure partie de son temps quotidien. C'est un lieu essentiel de socialisation et de quête identitaire (Assaad et al., 2009). Cependant, il confronte l'homme à une dualité d'expériences tant positives, générant le bien-être ou bonheur au travail, ou encore du mal-être à travers la souffrance au travail et la nuisance à la santé au travail qui pourraient s'en suivre. La souffrance semble faire partie intégrante du travail comme nous le rappelle son étymologie latine « Tripallum » (instrument de torture). Les soignants, comme tous les autres travailleurs, ne sont pas épargnés de ce phénomène. L'une des sources de mal-être chez les soignants est l'omniprésence des risques professionnels dans leur environnement de travail. En effet, le milieu hospitalier est un milieu dans lequel foisonnent une multitude de risques professionnels à l'instar des risques infectieux, risques physiques, risques d'irradiation ... etc. alors qu'à cette catégorie de risques, les progrès scientifiques et technologiques ont permis le développement de divers moyens de protections afin de pallier au phénomène, on assiste depuis des années au développement d'une nouvelle catégorie de risques, en l'occurrence les risques psychosociaux. Comme le constate Hirigoyen (2008), le travail est devenu actuellement moins exigeant physiquement, alors que les motifs de malaise et de souffrance psychique se multiplient. Lefebvre et Poirot (2011) considèrent ces risques psychosociaux comme le danger qu'un contexte fait peser sur la santé psychologique d'un salarié dont la chronicité, la perdurance, pourraient conduire au développement de troubles anxieux et dépressifs, d'épisodes de stress psychologique. Parmi ces dangers, figurent le stress sous toutes ses formes, les troubles musculosquelettiques, le harcèlement, les violences au travail, le burn-out ou épuisement professionnel, un ensemble de termes renvoyant au vocable « souffrance au travail » selon Bernaud et al. (2016). Ainsi, le stress professionnel fait partie des risques psychosociaux et constitue l'objet de la présente étude. Il s'agit d'un phénomène observé dans toutes les professions, mais particulièrement les professions de relation d'aide telles que les soignants et enseignants. Selon Laraqui et al. (2018), il s'agit des professions à fortes sollicitations mentales, émotionnelles, affectives et avec beaucoup de responsabilités. Nous avons décidé d'étudier le phénomène de stress chez une population particulière de soignants, en l'occurrence les soignants des services de santé mentale au Cameroun puisqu'ils prennent en charge la souffrance psychique, nécessitant des compétences supplémentaires par rapport aux soignants d'autres spécialités. Ils sont confrontés à des

contraintes physiques, mentales, émotionnelles multiples susceptibles d'engendrer le stress. Les manifestations du stress perçu que nous avons observé chez ce personnel ont suscité l'intérêt de rechercher les stratégies de coping (stratégies d'adaptation au stress) qu'ils adoptent pour faire face à ce phénomène. Le stress, terme né des sciences physiques, a été employé par la suite dans le domaine médical et la psychologie. Concernant la psychologie, il existe plusieurs conceptions du stress. Nous avons opté pour la conception transactionnelle qui définit le stress en terme de perception, d'où la notion de stress perçu qui est considéré dans notre perspective comme le sens qu'accorde chaque soignant à divers stressseurs rencontrés dans le milieu professionnel, ce sens dépendant de la perception. Pour cette conception transactionnelle, on ne peut dissocier le stress perçu de la notion de coping, puisqu'une stratégie de coping n'est mise en place que lorsqu'un stressseur est perçu comme une menace. Les stratégies de coping permettent ainsi à l'individu de s'ajuster face aux multiples stressseurs qu'il évalue comme menace. La conception transactionnelle atteste que trois types de coping permettent à l'individu de s'ajuster au stress. Tout d'abord, le coping centré sur le problème qui consiste en des tentatives pour contrôler ou modifier la situation stressante. Le coping centré sur l'émotion qui comprend les tentatives de l'individu pour supporter la situation stressante ou se modifier soit même. Enfin, la recherche du soutien social qui représente les efforts fournis par l'individu pour trouver de l'aide ou obtenir la sympathie d'autrui face à la situation stressante. Ainsi, tout ce qui précède nous a conduit à la question de recherche suivante : les stratégies de coping réduisent-elles le niveau de stress perçu chez les soignants des services de santé mentale au Cameroun ? Pour répondre à cette interrogation, le présent texte a été structuré en deux parties composées de trois chapitres chacune. La première partie porte sur le cadre théorique, elle traite de la problématique au chapitre I, de l'analyse critique des concepts et revue de littérature au chapitre 2, du corpus théorique de référence au chapitre 3. La seconde partie, est réservée au cadre opératoire. Elle porte sur la méthodologie au chapitre 4, la présentation des résultats au Chapitre 5, l'interprétation et discussion des résultats au chapitre 6.

PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE

Cette première partie comporte trois chapitres : le premier chapitre présente la problématique de l'étude, le deuxième chapitre aborde l'analyse critique des concepts et revue de littérature. Enfin le troisième chapitre est relatif au corpus théorique de référence.

CHAPITRE 1 : PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE

1.1. Contexte de l'étude

1.1.1. Contexte socioprofessionnel

Le métier de soignant requiert certaines exigences notamment l'engagement dans une relation d'aide qui constitue un élément primordial. Cependant, cette relation d'aide peut être entravée par des exigences et spécificités du travail, telles que la stigmatisation ou la dévalorisation de la profession, les mauvaises conditions de travail, une insuffisance de soutien social, et même les violences au travail. Ces maux qui constituent un défi permanent pour les travailleurs de la santé pourraient avoir des effets délétères sur la perception de ces derniers envers les différentes tâches à effectuer, mais également sur la santé psychologique au travail à travers le stress professionnel. Tel est le cas de la santé mentale (psychiatrie), spécialité médicale dédiée à la compréhension, au diagnostic, à la prévention et au traitement des maladies mentales. Cette spécialité évolue dans un contexte international et local marqué par plusieurs situations dont les effets pourraient se révéler néfastes pour les organisations hospitalières, les travailleurs et les patients dont ils ont la charge, tout en augmentant le niveau de stress au travail.

Les troubles mentaux que prennent en charge les services de psychiatrie touchent tous les pays. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, (OMS 2020), 10% de la charge mondiale de la morbidité est liée aux troubles mentaux, neurologiques et à l'utilisation des substances psychoactives.

Dans un contexte sanitaire mondial marqué par la pandémie à Covid-19, l'OMS (2022) signale une hausse de 25% des cas de dépression et d'anxiété. Dans le contexte camerounais, la recrudescence de divers problèmes sociaux notamment le chômage, la violence sociétale et conjugale, une consommation plus accrue des stupéfiants, la flambée des prix des denrées de première nécessité, l'existence de diverses maladies portant atteinte au fonctionnement neurologique telles que le VIH-Sida, le paludisme, etc., laisse envisager une augmentation des maladies mentales.

L'OMS (2021) évoque le faible financement alloué par les états aux services de psychiatrie et programmes de santé mentale auquel s'ajoute également une pénurie de la

ressource humaine. Ce constat est incontestable d'un point de vue empirique au Cameroun, malgré les efforts fournis par l'Etat.

Au Cameroun, les travailleurs de la santé exercent dans un secteur structuré en 03 niveaux formant une pyramide : le niveau central, le niveau intermédiaire et le niveau périphérique. Le niveau central regroupe les services centraux, les hôpitaux généraux ou de 4^{ème} référence également appelé hôpitaux de 1^{ère} catégorie, mais aussi les hôpitaux considérés comme hôpitaux de 3^{ème} référence ou de 2^{ème} catégorie à l'instar de l'hôpital Jamot de Yaoundé, l'hôpital Laquintinie de Douala, deux formations sanitaires publique réputées au Cameroun et dans la sous-région Afrique centrale pour la prise en charge des maladies mentales. A ces deux formations sanitaires, s'ajoutent l'hôpital militaire de Yaoundé, l'hôpital militaire de Douala, deux structures parapubliques dotées également d'un service offrant des soins en santé mentale puis, l'hôpital général de Garoua, de création toute récente, doté d'un plateau technique pour la prise en charge des affections du système nerveux et des maladies mentales, et enfin, des formations sanitaires privées confessionnelles telles que le centre de santé mentale Benoît Menni.

Malgré l'existence de ces hôpitaux et centres de santé spécialisés en psychiatrie, l'accessibilité aux soins de santé mentale demeure toujours difficile. À cet effet, on note l'existence d'un service de santé mentale dans chaque hôpital régional du pays. Cependant, ces services restent très peu fonctionnels. On constate non seulement une insuffisance des établissements de santé mentale, mais également de la ressource humaine. En effet, les données relatives à la ressource humaine dédiée à la prise en charge des patients souffrants des pathologies liées à la santé mentale attestent que cette spécialité demeure le parent pauvre de la santé publique (Atangana, 2020). A titre d'exemple, en 2011, le Cameroun dénombre 01 infirmier spécialisé en santé mentale pour 3 000 000 d'habitants (Dzoche Mengoue et al., 2012), tandis qu'en 2020, Atangana (2020) recense un total de 11 médecins psychiatres pour près de 25 millions d'habitants au Cameroun.

Concernant les conditions de travail dans ces services, Ntone Enyeme (2011), cité par Dzoche Mengoue et al. (2012) ressortait les insuffisances des services de santé mentale au Cameroun, dans ses propos tenus lors de la journée mondiale de la santé mentale . Il soulignait outre cette limite de la ressource humaine, la rareté des budgets, la vétusté des lieux de soins, mais surtout la stigmatisation et la discrimination dont sont victimes les rares personnels travaillant dans ces services. Considérant cette stigmatisation et cette discrimination, selon Dzoche Mengoue et al. (2012), le travail en psychiatrie est considéré par de nombreux auteurs comme générateur de perte de savoir technique, renvoyant à la violence, avec une charge de

travail moindre, Corroborant ainsi les propos de Bujold et al. (2020), Günunsen et al. (2017), selon lesquels la stigmatisation et les fausses perceptions constituent les raisons pour lesquelles la psychiatrie est considérée comme le dernier choix de carrière pour de nombreux professionnels de la santé et ils le justifient en mentionnant que cette spécialité est ennuyante, dépressive, inintéressante et offrant peu de défis à relever. Ils décrivent par ailleurs ce travail comme étant terrifiant avec un haut niveau d'anxiété, de peur, d'ingratitude et de nombreuses difficultés (Bujold et al., 2020).

Conséquemment, il découle que ces préconceptions nuisent au recrutement du personnel soignant dans ce domaine et très peu de ces personnels optent pour des études de spécialisation en santé mentale (Bujold et al., 2020 ; Dzoche Mengoue et al., 2012). Dans le souci de rompre avec cette stigmatisation, d'optimiser la fréquentation des services et des prestations en matière de prévention et de promotion de la santé mentale, une circulaire du Ministre de la Santé Publique demande à tous les responsables des structures sanitaires le changement de dénomination des services de psychiatrie au Cameroun et opte pour l'appellation « service de santé mentale » (Circulaire n° D36-21 du 04 Avril 2023).

En effet, en psychiatrie, les soignants subissent une dévaluation sociale de leur profession par divers acteurs de la société (Bladon, 2019 ; Bujold et al., 2020), ces personnels sont généralement décrits comme étant moins qualifié, illogique, peu dynamique, voire paresseux et certains affirment même qu'ils souffrent eux-mêmes de troubles mentaux (Bladon, 2019 ; Bujold et al., 2020, Crawford et al., 2008).

D'ailleurs, selon Crawford et al. (2008), les infirmiers travaillant en psychiatrie (santé mentale) ne se perçoivent pas comme des professionnels à part entière, contrairement à leurs collègues d'autres spécialités. De plus, les métiers pour lesquels on peut parler de vocation sont généralement ceux où l'on porte aide et secours à autrui (Christian, 2009). Allant dans ce sens, le choix d'un métier ou d'une spécialisation dans le domaine de la santé demeure pour la plupart un choix vocationnel. Toutefois, dans le contexte camerounais marqué par la rareté, la précarité de l'emploi, ce principe de vocation dans le choix du métier ou de la spécialisation n'est plus respecté. On constate alors d'un point de vue empirique que le choix de la spécialisation n'est plus motivé par la vocation, mais par une insuffisance de la ressource humaine maximisant ainsi les chances de recrutement dans cette spécialité. Il s'agit alors d'un choix motivé plutôt par des raisons socio-économiques.

A tout ce contexte et conditions, s'ajoute également l'omniprésence du risque de violence externe. D'ailleurs, en milieu psychiatrique où la perception de la violence est quasi constante selon le personnel infirmier (Al-Sahlawi et al., 2003), cette perception génère un

sentiment de menace envers la sécurité et l'intégrité (physique, psychique) du personnel (Foster et al., 2007). La perception négative du travail en psychiatrie, due à des facteurs tels que la stigmatisation, la dévalorisation du personnel et cette omniprésence de la violence pourrait avoir un impact négatif sur ces travailleurs. Ces situations créent des tensions chez le personnel particulièrement en ce qui concerne la violence car ce dernier est confronté à une dualité entre les considérations sécuritaires et les soins cliniques à prodiguer (Needham, 2006). Il en découle alors une menace pour le bien-être des professionnels puisque cette coexistence entre soins et sécurité peut avoir des répercussions sur la perception dénaturée de leur travail, augmentant le risque d'épuisement émotionnel et d'épuisement professionnel (Kalra et al., 2016 ; Simon et al., 2020). Ce dernier est d'ailleurs reconnu pour être associé à des soins sous optimaux et inefficaces offerts par le soignant (Pangioti et al., 2018 ; Simon et al., 2020).

Ainsi, la stigmatisation et les attitudes négatives peuvent profondément changer le quotidien des soignants travaillant en psychiatrie, voire discréditer leur profession et annihiler leurs ambitions (Bladon 2019; Verhaeghe & Bracke, 2012). A cet effet, Morin et Gagné (2009) considèrent que la perception d'un individu à l'égard de son travail influence son implication, sa coopération et sa performance au travail. Pour ces auteurs, le sens au travail peut-être défini comme la concordance entre les valeurs personnelles de l'individu, le travail que ce dernier effectue ainsi que les souhaits et attentes reliés à son emploi. Ils rajoutent qu'un individu ne percevant aucun sens à son travail risque de se retrouver dans un état psychologique détérioré (Morin & Gagne, 2009).

Par ailleurs, de nombreuses autres connotations péjoratives catégorisent le travail en santé mentale. L'une de ces connotations péjoratives établit un lien entre le travail en psychiatrie et la violence, ce qui favorise la méconnaissance, la dévalorisation des professionnels de cette spécialité non seulement par la société, mais également par leurs collègues des autres spécialités (Dzoche Mengoué et al., 2012).

Selon Chevalier et Dunezat (2007), ces représentations du travail de soignant en psychiatrie, leurs méconnaissances et ces dévalorisations peuvent être néfastes pour la construction d'une identité professionnelle chez les personnels de cette spécialité. Or, pour Desjours (1993), l'identité professionnelle constitue le noyau central de la santé au travail. A ces différentes observations, s'ajoute la spécificité du travail dans cette spécialité. En effet, au plan pratique, l'une des spécificités des soins en santé mentale reste le soin relationnel, contrairement aux autres spécialités dans lesquelles les soins somatiques prédominent (Morasz, 2002). Cet élément difficilement objectivable, tel que l'affirme Peplau (1997), serait

l'essence même de tout soin psychiatrique : la relation soignant-soigné, avec la proximité qu'elle crée en exposant le soignant à un risque potentiel de violence, mais également la probabilité d'être confronté à des situations émotionnellement difficiles (Morasz, 2004).

Le travail dans cette spécialité consiste également à pouvoir contenir la souffrance du patient, ses émotions, ses affects et l'aider à verbaliser son mal-être. Afin d'atteindre ces objectifs, le personnel soignant en contexte de santé mentale a parfois recours aux soins sous contraintes, à l'isolement, sources potentielles de violences et de dilemmes éthiques. De plus, ce personnel est constamment confronté à la notion de chronicité des maladies mentales. Selon Lanteri-Laura (1997), dans le domaine de la psychiatrie, la chronicité des maladies mentales occupe toujours une place majeure. Pour Muldworf (2010), ce concept est au cœur même de l'usure des soignants. Enfin, le soignant face à la souffrance psychique des patients est soumis aux exigences émotionnelles faisant partie de la prise en charge. En effet, le métier de soignant en santé mentale est très exigeant émotionnellement (Magnin, 2012), et le travail émotionnel, véritable ressource, doit être effectif dans la mesure où les soignants sont amenés constamment à s'adapter à divers profils des patients qu'ils reçoivent.

Dans la réalisation de ces différentes tâches, les soignants rencontrent une multitude de difficultés et d'obstacles pouvant conduire à des souffrances et un état de mal-être. Cet état peut se manifester à travers le découragement exprimé par le personnel, les regrets d'avoir choisi la profession ou la spécialité, même le désir de quitter la profession (ou une reconversion professionnelle).

Ainsi, la santé mentale demeure l'une des spécialités les moins attractives en médecine et reste marquée par la stigmatisation, la dévalorisation, la violence et les autres spécificités du travail qui la caractérisent. Le personnel qui y exerce est alors exposé à une charge mentale, physique et émotionnelle considérable. Toutes ces charges de travail sont susceptibles d'engendrer un stress professionnel dont la perception varie d'un soignant à l'autre. Le phénomène de stress professionnel constitue un problème de santé publique considérant sa prévalence et ses conséquences néfastes pour les organisations, les travailleurs et les clients.

1.1.2. Quelques données et conséquences du stress professionnel

L'évaluation des risques psychosociaux dans le monde du travail et plus particulièrement du stress est au cœur des préoccupations actuelles (Lesage et al., 2012). Des

données concernant l'ampleur de ce phénomène à travers sa prévalence et ses conséquences, nous montrent que :

❖ **Au plan international**

Les tendances publiées par l'OIT en 2016 révèlent que 20 à 25 % des travailleurs seraient concernés par le stress au travail dans le monde (OIT, 2016).

❖ **En Europe**

- Une enquête CSA pour l'ANACT estime que quatre travailleurs français sur dix sont touchés par le stress au travail (sondage CSA-ANACT 2009).

- Le rapport sur les risques psychosociaux pour l'année 2014 en Europe indique que 25% (vingt-cinq pour cent) des travailleurs sont confrontés au stress lié au travail pendant la totalité ou l'essentiel de leur temps de travail et ce même pourcentage de travailleurs affirme être affecté par les effets de ce stress sur leur santé (OIT, 2016).

❖ **En Amérique**

Dans la troisième enquête nationale sur la conciliation entre travail et vie privée au Canada (2011), 57% des travailleurs interrogés faisaient état d'un niveau de stress perçu élevé et plus de 77% des répondants avaient été absents du travail au cours des six derniers mois, principalement pour des problèmes de santé notamment des cas de fatigue émotionnelle, mentale ou physique (Duxbury & Higgins, 2012).

❖ **En Asie**

- Au Japon, dans l'enquête sur la prévention des accidents industriels, 32,4% des travailleurs signalent avoir été anxieux, soucieux et très stressés durant l'année précédente (OIT, 2016).

- Dans la première étude portant sur les conditions de travail menée en république de Corée en 2006, le stress lié au travail affectait 18,4% des travailleurs et 15,1% des travailleuses, et était lié aux horaires de travail et aux exigences de l'emploi (OIT, 2016).

❖ **En Afrique**

Les informations sur la prévalence du stress lié au travail s'appuyant sur un large échantillon sont rares. Néanmoins, une étude menée avec un échantillon représentatif des éducateurs d'écoles publiques en Afrique du Sud a établi que le niveau de stress de ce personnel était élevé. Le stress lié au travail et l'insatisfaction au travail étaient associés à la plupart des maladies liées au stress telles que : l'hypertension, les maladies cardiovasculaires, les ulcères d'estomac, le diabète, l'asthme, le tabagisme et l'abus d'alcool, (Pelzer et al., 2009, cités dans OIT 2016).

- Au Cameroun : 02 études retiennent notre attention dans le domaine de la santé. La première étude menée en 2015 a estimé la prévalence du stress chez les travailleurs en pharmacie dans la ville de Douala à 71,80% (Owona Manga et al., 2018) alors que la deuxième effectuée en 2016 présentait une prévalence de trente-trois virgule huit pour cent chez les médecins buccodentaires (Ntone Enyime et al., 2016).

Concernant les soignants des services de santé mentale, des études menées en Tunisie, en Belgique et au Japon s'accordent et montrent que le travail dans cette spécialité est caractérisé par un déséquilibre entre la demande psychologique, la latitude décisionnelle et le soutien social, justifiant des niveaux de stress élevés retrouvés chez le personnel (Leka et al., 2012; Van Bogaert et al., 2013; Bouattour et al., 2016).

Allant dans ce sens, Une étude portant sur la prévalence et les déterminants des risques psychosociaux chez les personnels des hôpitaux psychiatriques en France estime le score global moyen de stress perçu chez ces professionnels à 27,9 (vint sept virgule neuf) représentant un niveau de stress élevé (Rawad et al., 2021), considérant l'échelle de stress perçu à dix items de Cohen et al.(1983).

En Afrique, deux études menées en Tunisie en 2016 et 2018 rapportent respectivement que 67% du personnel paramédical de ces services était en situation de job strain pour la première étude (Bouattour et al., 2016), tandis que ce même pourcentage présentait un niveau de stress perçu élevé en ce qui concerne cette catégorie de personnel pour la deuxième étude (Kaoula et al., 2020).

Au Cameroun, les données concernant le stress chez les soignants des services de santé mentale sont presque inexistantes. Toutefois, nous avons observé lors de nos stages professionnels une tendance au tabagisme plus importante chez certains personnels, une pratique très régulière de l'activité sportive chez d'autres, mais également des plaintes de céphalées et lombalgies (mal de dos) conduisant à une auto médication à base d'antalgiques et d'anti inflammatoires. Ces manifestations pourraient être des indicateurs de stress au plan somatique et comportemental. Ceci corrobore les propos de Griffith (1999), selon lesquels la psychiatrie figure parmi les services dans lesquels on retrouve les taux les plus élevés de toxicomanie chez le personnel après l'anesthésie et la médecine d'urgence; Or, pour Décamps, Idier, et Kolek (2010), des niveaux de stress perçu élevés se retrouvent majoritairement chez les individus ayant une tendance élevée concernant les addictions au tabac, à internet, aux conduites alimentaires et même au sport. Ainsi, l'addiction au tabac a pu être identifiée par ces chercheurs comme étant corrélée au stress perçu.

Le stress professionnel et tous ces indicateurs ne sont pas sans conséquences sur la santé physique ou mentale du personnel, mais également sur les plans économique et organisationnel.

1.1.3. Quelques conséquences du stress professionnel

En termes de priorité, le stress au travail est classé en 2^{ème} position des répercussions négatives du travail sur la santé perçue après le mal de dos (Adeb-Saeedi, 2002).

❖ **Au plan organisationnel** : le stress entraîne des conséquences telles que l'augmentation du présentéisme, de l'absentéisme due à la maladie ou des départs anticipés en retraite selon les estimations du BIT (OIT, 2002). Le stress professionnel réduit la performance des travailleurs (OIT, 2016). Le niveau de stress perçu serait une entrave à la qualité de soins. En effet, plus le stress perçu par le soignant est important, moins la qualité de soins est élevée (Williams, 1998). Ceci pourrait conduire à des échecs de traitement.

❖ **Sur le plan de la santé mentale et physique**

Pour l'OIT, les niveaux de stress élevés peuvent contribuer à une détérioration de l'état de santé, notamment au développement des troubles mentaux et comportementaux à l'instar de l'épuisement professionnel ou Burn out, l'anxiété et la dépression pouvant aboutir au suicide, mais également de nombreuses affections somatiques telles que les maladies cardiovasculaires, un syndrome métabolique aboutissant à l'hypertension artérielle, l'obésité et le diabète, ainsi que des troubles musculosquelettiques. Dans cette optique, Des études attestent que la psychiatrie est l'une des spécialités qui expose le plus à l'épuisement professionnel (Dusmesmil et al., 2009; Benharrats., 2014). Pour Hawton et al. (2001), les psychiatres figurent au rang des deux premiers spécialistes parmi lesquels le nombre de suicides enregistrés est le plus élevé par ordre décroissant de risque relatif après les anesthésistes.

❖ **Au plan économique**

- Un rapport conjoint de l'OMS et l'OIT publié en 2022 concernant la santé mentale au travail précise que 12 milliards de journées de travail sont perdues chaque année pour cause de dépression et d'anxiété, représentant un coût estimé à 1 000 milliards de dollars (OMS & OIT, 2022).
- Le stress serait à l'origine de 50% à 60% de l'ensemble des journées de travail perdues et coûterait 20 milliards d'euros chaque année à l'Europe et aux états unis (BIT, 2010).

1.1.4. Quelques solutions proposées contre le stress professionnel

L'ampleur du problème que constitue ce phénomène a suscité de la part des institutions, des organisations et des individus de multiples mesures afin de réduire ce risque et ses conséquences.

❖ Au plan institutionnel

L'OMS et l'OIT présentent conjointement dans leurs notes d'informations des recommandations et des conventions concernant les stratégies pratiques s'adressant aux employeurs, aux employés, mais également aux gouvernements dans les secteurs publics et privée pour la prévention et la lutte contre le stress professionnel.

L'OIT met l'accent sur le développement d'outils de mesure capables d'évaluer les niveaux de stress et les risques psychosociaux comme le kit pédagogique « SOLVE » ou la liste des points de contrôle du stress professionnel (OIT, 2016) permettant aux employeurs de lutter contre le stress professionnel. L'OMS quant à lui à travers ses programmes met l'accent sur la sensibilisation, la prévention et la mise à disposition des travailleurs et employeurs des résultats des recherches sur le stress professionnel.

A cet effet, l'OMS recommande trois niveaux de prévention contre le stress professionnel : la prévention primaire relative à la réduction des facteurs de stress professionnels par une action à la source sur l'organisation du travail, les styles managériaux, les conditions de travail. Puis, la prévention secondaire qui consiste à mieux armer les salariés pour faire face avec efficacité aux situations stressantes et mieux gérer leur stress et enfin, la prévention tertiaire centrée sur la limitation des conséquences du stress professionnel sur le travailleur telle que la mise en place d'une cellule psychologique, le soutien psychologique, les réunions d'échanges orientées autour de la gestion des conflits au travail, l'adaptation des postes de travail aux spécificités individuelles.

Une note d'orientation de l'OMS et l'OIT intitulée « mental health at work : policy brief », indique précisément que les pouvoirs publics, les employeurs et les travailleurs ainsi que les autres parties prenantes peuvent faire pour améliorer la santé mentale au travail (OMS & OIT, 2022).

Les états et gouvernements veillent à l'implémentation des recommandations et conventions de l'OMS. Ils élaborent des instruments juridiquement contraignants couvrant les risques psychosociaux tels que le stress et la protection de la santé mentale des travailleurs. Dans divers pays, la législation nationale prévoit la protection de la santé mentale et du bien-être des travailleurs.

Au Cameroun, les articles 96 et 98 du code du travail stipulent que l'employeur a obligation d'assurer un environnement de travail sain, protégeant la santé mentale et physique des travailleurs. Dans cette optique, la convention N° 155 de l'OIT, complétée par la recommandation N° 194 sur la liste des maladies professionnelles, prévoit le réexamen de la mise à jour périodique de la liste des maladies professionnelles. Cette liste mise à jour en 2010, inclut les troubles mentaux et du comportement (y compris l'état de stress post traumatique) et donne pour la première fois la possibilité de reconnaître l'origine professionnelle de telles maladies, si un lien direct est établi scientifiquement entre l'exposition aux facteurs de risques sur le lieu de travail et le trouble mental ou du comportement (OIT, 2016).

C'est dans ce sens que le burn-out, une conséquence du stress, est classé actuellement au rang des maladies professionnelles reconnues (OMS, 2022) lors de la 72ème assemblée mondiale de l'OMS tenue en Mai 2018 à Genève. Cependant, nous constatons que le stress ou les troubles mentaux associés ne figurent pas dans la liste nationale des maladies professionnelles de la plupart des pays africains.

❖ **Au niveau des organisations**

Elles implémentent les recommandations et conventions émises par l'OIT et l'OMS en respectant la réglementation en vigueur concernant le code du travail. Les organisations privilégient les démarches de prévention collectives centrées sur le travail et son organisation (INRS, 2023). Au Cameroun, certaines organisations hospitalières telles que l'HLD disposent d'une salle de relaxation pour le personnel et organisent des journées de sensibilisation pour lutter contre le stress professionnel et le burn-out.

❖ **Au plan individuel**

Les individus mettent en place des mécanismes de défenses collectives ou des stratégies d'adaptation individuelles telles que les stratégies de coping. Malgré cette multitude de mesures, le niveau de stress demeure élevé chez certains travailleurs.

1.1. Formulation du problème de recherche

1.2.1 Etat de la question

Le problème de stress professionnel a fait l'objet de nombreuses études notamment dans de multiples domaines. En ce sens, plusieurs facteurs se sont révélés d'importants prédicteurs du stress ou encore des facteurs protecteurs contre ce phénomène. Les facteurs de stress varient énormément en fonction du type de secteur d'activités, mais également en

fonction des rôles de l'individu dans l'entreprise (Légeron, 2003). Toutefois, les facteurs qui prédisent le stress au travail ont été regroupés en plusieurs grands domaines : les facteurs liés à la nature des tâches à accomplir, les facteurs liés au contexte de l'entreprise, les facteurs liés à l'individu (facteurs personnels) et les facteurs liés aux relations interpersonnelles (Légeron, 2003). Par ailleurs, il est aujourd'hui admis que la santé et le bien-être au travail sont favorisés à la fois par les caractéristiques organisationnelles (Dupret et al., 2012), mais aussi par les caractéristiques individuelles comme les stratégies d'ajustement face au stress ou stratégies de coping (Truchot & Fischer, 2002).

Dans cette optique, les études de Dionne – Prouls et Boulard (1998) ont révélé qu'en milieu hospitalier, la prédisposition du personnel soignant et autres professionnels au stress est omniprésente du fait de la spécificité de l'organisation hospitalière notamment : l'existence de plusieurs intervenants dans l'administration des soins (médecins, infirmiers, psychologues, techniciens, etc.), obligés de travailler en équipe, afin d'accomplir convenablement ladite mission ; l'imprévisibilité : le soignant ne peut prédire le genre de patients qu'il pourra recevoir et parfois même l'évolution de leur état (le risque zéro n'existant pas) ; l'obligation d'assurer la permanence 24 heures sur 24; la responsabilité des vies humaines, nécessitant toujours un esprit éveillé, une vigilance permanente, une concentration et une parfaite maîtrise des actes techniques et enfin, la confrontation avec la souffrance, la violence et la mort et ce qu'elles posent comme difficultés de réponses psychologiques.

Une étude menée par Verquerre et Rusinek-Nisot (1998) auprès de 97 infirmiers portant sur le stress chez ces personnels en France, avec pour hypothèse générale : les individus éprouvent le besoin de contrôler leur environnement et l'absence de ce contrôle provoque des conséquences négatives pour le sujet dans la transaction individu – environnement et peut être générateur de stress, révèle que cette hypothèse est confirmée. Ainsi, le sentiment de ne pas pouvoir contrôler son environnement de travail est associé au stress perçu et les manifestations physiologiques du stress sont liées de manière négative au sentiment de contrôle de son environnement professionnel.

Mouketou (2020), dans sa recherche portant sur l'impact des indicateurs environnementaux des espaces de travail ouverts dans la perception du stress nous révèle que certaines variables organisationnelles et environnementales sont corrélées positivement au stress perçu, à l'instar du déséquilibre effort/récompense, la demande psychologique, le surinvestissement ou engagement. Tandis que d'autres entretiennent une corrélation négative avec le stress perçu, tels que le soutien social, le contrôle de l'environnement professionnel,

le confort professionnel. Dans ces résultats, la latitude décisionnelle n'entretient pas de lien significatif avec le stress perçu. Cette auteure conclut alors que toutes les dimensions du modèle de Siegrist (1996) en l'occurrence effort et récompense permettent de prédire le stress perçu, alors qu'une seule dimension du modèle de Karasek (1979) permet de prédire la perception du stress.

Van Daele (2000), dans une recherche portant sur le stress en contexte médical et fondée sur l'approche transactionnelle de Lazarus et Folkman (1984) dont l'un des objectifs spécifiques était de scruter les variables qui président le mieux au niveau de stress ressentie chez cet échantillon composé de 142 médecins généralistes, montre une configuration des variables différentes pour les hauts et bas niveaux de stress. Autrement dit, cette étude a montré qu'il existe dans l'échantillon des profils particuliers selon le niveau de stress professionnel qui les caractérisent. Pour ces auteurs, ces profils sont liés à des variables personnelles et environnementales différentes, ainsi qu'à un processus d'évaluation cognitive et à des stratégies d'ajustement au stress (stratégies de coping) différentes. Cette étude constate que les gardes contribuent à élever le niveau de stress pour de nombreuses raisons, notamment : la confrontation à des patients exigeants et leur agressivité. Par ailleurs, elle révèle également que les femmes et les plus jeunes présentent les niveaux de stress les plus élevés (Van Daele, 2000).

Concernant l'interface « vie privée – vie au travail », une recherche menée auprès de 12 000 femmes des services hospitaliers au Canada et 1 200 policières américaines, met en évidence que l'augmentation des conflits entre le rôle au travail et le rôle d'épouse affecte la santé perçue chez ces employées (Day & Chamberlain, 2006). Par ailleurs, pour Lourel, Gana et Wawrzyniak (2005), les effets négatifs de la vie au travail sont corrélés de manière positive avec le niveau de stress perçu au travail. Ainsi, ce conflit (vie au travail – vie privée) augmente le niveau de stress perçu.

En ce qui concerne la charge de travail, une étude réalisée par Cazabat et al. (2008), avec pour objectif d'évaluer le lien entre une charge de travail importante et le niveau de stress perçu chez les soignants des services de gérontologie en France nous renseigne que la charge de travail ne prédit pas systématiquement le niveau de stress perçu chez ces soignants.

De nombreuses recherches sur le soutien social s'accordent pour montrer l'influence bénéfique de cette variable sur le bien-être des travailleurs, le soutien du supérieur hiérarchique et des pairs étant régulièrement associé à un degré moindre de stress perçu et d'épuisement professionnel. Ces résultats ont été obtenus lors des recherches auprès des professions d'aides notamment chez les infirmiers (Beehr et al., 1990 ; Constable & Russel,

1986), les enseignants (Russell et al., 1987; Schwab et al., 1986), des travailleurs sociaux (Himle et al., 1991), des psychologues (Ross et al., 1989) et des intervenants en santé mentale (Leiter, 1988, 1991 ; Savicki & Cooley, 1987).

D'autres chercheurs se sont intéressés aux liens entre les variables personnelles et le niveau de stress perçu. Il en ressort que certaines variables personnelles à l'instar de l'estime de soi, l'auto efficacité, le névrosisme, l'engagement au travail et le coping entretiennent des relations avec le stress.

Concernant l'engagement au travail, il entretient des liens positifs ou négatifs avec le stress et le burnout. Desmarais (2006) et Lazarus (1988), à l'instar de nombreux autres chercheurs, considèrent l'engagement au travail comme un facteur pouvant prédisposer au stress élevé et à l'épuisement professionnel selon son ampleur. Pour ces chercheurs, l'engagement au travail pourrait également être perçu comme un facteur bénéfique protégeant les individus du stress et du burnout. A cet effet, il constitue une ressource qui réduit le niveau de stress et le burn-out (Lazarus, 1988 ; Morin, 2010).

Des études investiguant le lien entre le sentiment d'auto-efficacité et le stress perçu chez les enseignants révèlent que les enseignants ayant un sentiment d'auto-efficacité positif sont plus aptes à percevoir les exigences de leur métier comme un challenge moins menaçant et par conséquent sont moins exposés à un stress élevé et à l'épuisement professionnel par rapport à ceux qui nourrissent des doutes quant à leur performance professionnelle (Caprara, Barbaranelli, Borgoni & Stéca, 2003; Schwarzer & Greenglass, 1999).

Quant à la personnalité, les recherches de Goddard, Patton et Creed (2004) montrent que le névrosisme prédit les scores plus élevés de stress et de burnout.

Les recherches de Branden (2003) ainsi que celles d'Hobfoll et Freddy (1993) s'accordent. Ils nous indiquent que les individus à haute estime de soi sont moins touchés par les stressseurs au travail et sont moins affectés par les conséquences liées à ces stressseurs.

Enfin, s'agissant des stratégies de coping (stratégies d'adaptation face aux situations stressantes), des études établissent un lien entre diverses stratégies de coping adoptées face à une situation stressante et le niveau de stress perçu. Ainsi, une étude portant sur les styles de coping et le niveau de stress scolaire perçu chez les élèves de classes de 3^{ème} et de terminale en Côte d'Ivoire a mis en évidence que les individus adoptant des styles de coping centré sur l'émotion percevaient un stress plus élevé que leurs pairs aux styles de coping centré sur le problème ou la recherche de soutien social (Yaba, 2017).

S'inscrivant dans cette même logique, dans une recherche menée par Leitter (1991) visant à étudier l'effet du coping sur le processus de burn-out auprès de soixante-dix

personnels soignants en hôpital psychiatrique, les résultats ont montré que le coping de contrôle (coping centré sur le problème) était associé à un moindre stress et un moindre degré de burn-out tandis que le coping centré sur l'émotion ou coping évitement était corrélé à un stress élevé et s'avérait par contre inefficace pour prévenir l'épuisement professionnel.

Toutefois, Leitter (1991) souligne que cette stratégie centrée sur l'émotion est efficiente en l'absence de changements possibles. Or pour les personnels soignants, envisager que rien ne peut être fait (ou réagir comme si rien ne pouvait être fait) est sans doute en contradiction avec les valeurs qui les inspirent (Leitter, 1991).

Ces nombreuses recherches émanant de la littérature scientifique traduisent également l'importance de cette problématique que constitue le stress perçu en milieu professionnel. Dans cette littérature, de nombreux facteurs de risque et protecteurs du stress sont présentés et il serait difficile d'en dresser une liste exhaustive.

Suite aux résultats de ces nombreuses recherches, et considérant que selon l'OMS (1998), la gestion du stress demeure un élément influent dans la promotion de la santé et du bien-être même au travail, il nous a semblé important de nous interroger sur les stratégies de coping qu'adoptent les soignants des services de santé mentale au Cameroun pour faire face aux situations stressantes au travail.

1.2.2. Enoncé du problème

Les soignants des services de santé mentale au Cameroun sont confrontés à de multiples facteurs de stress dans leur mission tel que nous l'avons évoqué. Dans cette optique, lors de nos multiples stages et les entretiens exploratoires effectués auprès de quelques professionnels dans ces services, nous avons fait de nombreuses observations et des entretiens exploratoires. Il en ressort que le choix de cette spécialité n'est pas toujours motivé par la vocation ou par la perception qu'a le soignant d'avoir un maximum d'aptitudes nécessaires pour la prise en charge des maladies mentales. Ils sont exposés à des facteurs de stress parmi lesquels la chronicité de certaines pathologies donnant une impression d'impuissance et d'échec de traitement, la récurrence de la violence, la stigmatisation, le manque de reconnaissance des familles des patients, d'autres tâches administratives telles qu'un nombre élevé de rapports mensuels et statistiques d'activités menées, auxquels s'ajoutent certaines conditions de travail telles que l'exiguïté des salles d'hospitalisations limitant le nombre de patients. Ces facteurs constituent pour ces personnels des motifs de

démotivation et d'insatisfaction au travail. Cette insatisfaction au travail pourrait avoir un lien avec le niveau de stress professionnel.

En effet, dans une méta-analyse incluant 500 recherches portant sur la satisfaction au travail et la santé perçue, Faragher, Cass et Cooper (2005) ont récemment souligné que la satisfaction au travail est clairement liée à un moindre stress et un moindre épuisement professionnel. Ainsi, selon ces auteurs, plus le travailleur est satisfait moins le stress est élevé. De plus, nous avons également relevé qu'à toutes ces contraintes et exigences, les séances de recyclage et de formation du personnel à la gestion du stress étaient rares dans ces services. Face à ces multiples facteurs de stress, ces soignants comme nous l'avons constaté, utilisent une panoplie de stratégies de coping telles que la recherche d'informations, la distanciation sociale, la réinterprétation positive, la recherche de l'écoute ou l'aide physique des collègues.

Les professionnels de santé, à l'instar de tous les autres travailleurs, sont ainsi confrontés dans leur vie professionnelle à des situations et événements qui suscitent en eux diverses émotions parfois désagréables (colère, peur, tristesse, anxiété...). Ces situations peuvent être aiguës ou chroniques (confrontation à la violence, à la souffrance psychique, à la mort, ou encore au manque, à la défectuosité ou insuffisance du matériel, mais également une organisation du travail contraignante...). Lorsque ces diverses expériences sont perçues par le travailleur comme menaçantes pour son intégrité physique et psychique, le stress pourrait s'installer.

En effet, ces situations pourraient être considérées comme des contraintes physiques, mentales et émotionnelles importantes pour les soignants. Toutes ces contraintes peuvent entraîner une atteinte à leur santé physique et mentale, surtout lorsque les conditions de travail sont défavorables et mener au stress au travail dont la manifestation extrême est le syndrome d'épuisement professionnel ou Burn-out (Canouï 1996; Dianne-Prouls & Boulard, 1998, Verquere & Rudinek-Nisot, 1998; Lancry & Ponnelle 2004).

Pour le personnel exerçant dans les services de santé mentale, le travail est émaillé de nombreuses difficultés spécifiques pour les médecins, les psychologues, les infirmiers et assimilés qui y exercent. Ces difficultés et contraintes professionnelles liés à la nature du travail dans cette spécialité, aux conditions de travail, à l'imprévisibilité de nombreux événements, à une organisation du travail contraignante, aux diverses émotions constituent les exigences du travail dans cette spécialité et pourraient être des sources de pénibilités perçues par chaque professionnel, engendrant des pressions diverses susceptibles d'aboutir au stress élevé. A cet effet, les travaux de Colle et Moisson (2009), puis de Estryng-Behar et al.,

(2010), Dutot et al., (2011), s'accordent et montrent un lien entre la souffrance des patients, les relations avec un public en situation précaire et en difficultés psychologiques, une surcharge quantitative ou qualitative du travail, les horaires difficiles qui altèrent le cours de la vie privée (familiale en particulier), la violence des patients, le sentiment d'échec ou d'impuissance pouvant accompagner le soin, ainsi que la nécessité de ne pas montrer ses émotions et un niveau de stress élevé chez les soignants. Une telle description correspond bien au vécu au travail des soignants en santé mentale.

Le phénomène de stress au travail est reconnu partout dans le monde comme un problème majeur pour la santé des travailleurs et celle de l'organisation qui les emploie. Il constitue de par son ampleur et sa récurrence le principal risque psychosocial (OIT, 2016). De ce fait, il est indéniable que les travailleurs stressés sont plus exposés que d'autres au risque d'être en mauvaise santé, peu motivés, moins satisfaits et moins productifs au travail (Gausson, Karnas & Sporcq, 1998).

Envisagé dans les premières définitions du stress comme un objet passif dans les situations stressantes, l'individu est aujourd'hui considéré comme un sujet actif qui joue un rôle dans l'évaluation cognitive du stress tout comme les stratégies qu'il va mettre en œuvre pour s'adapter à la situation qui se présente (Diane Proulx & Boulard, 1998). C'est dans cette logique que s'inscrit le modèle transactionnel du stress. En effet, pour Lazarus & Folkman (1984), le stress est considéré comme « une 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 ». Autrement dit, il s'agit d'une tension issue de l'interaction entre la personne et son milieu lorsque les exigences de l'environnement sont perçues par la personne comme débordant ses ressources individuelles. Allant dans ce sens, selon Siegrist (1996), les exigences peuvent être d'origine externe (caractéristiques de l'environnement professionnel : charge, rythme de travail, etc.) ou interne (attitude et motivation au travail), et les ressources permettent de compenser les exigences des pénibilités perçues chez les travailleurs.

Allant du postulat du modèle transactionnel du stress, les événements de vie n'ont pas le même impact sur tous les individus, ce n'est pas leur intensité, leur fréquence, ni leur gravité « objectives » qui sont stressantes en soi, mais leur retentissement émotionnel et leur signification pour un individu (Bruchon-Schweitzer, 2001) c'est-à-dire le sens qu'il accorde à la situation stressante. Il s'agit alors de la perception du stress ou stress perçu.

Ainsi, dans notre perspective, le stress ne correspond pas seulement à la pression psychologique due aux nombreux stresseurs que rencontre le soignant dans sa vie professionnelle, mais bien comme l'affirme Salengro (2005), aux symptômes d'un état de

désadaptation de l'individu face aux exigences d'une situation professionnelle qui peut s'accompagner à terme, de problèmes de santé. De plus, la perception, concept central dans ce modèle laisse envisager une disparité de sensibilité des soignants face à divers facteurs de stress. Il s'agit ici du caractère subjectif et non objectif du stress. De ce fait, selon les différences d'interprétation des situations, un évènement identique n'aura pas nécessairement les mêmes effets sur deux individus (Paulhan, 1992) ; un individu percevra une source de pénibilité au travail comme une menace, un problème et ressentira un niveau de stress élevé tandis qu'un autre pourra percevoir une situation identique comme un défi ou un profit personnel et présentera un niveau de stress faible. Une source de pénibilité au travail sera alors considérée comme facteur de stress en fonction de la perception qu'en aura chaque professionnel soignant.

Pour Lazarus et Folkman (1984), l'individu ne subit pas passivement les évènements de vie professionnelle ou extraprofessionnelle, il y fait face en mettant sur pied des stratégies d'adaptation appelées stratégies de coping afin de s'ajuster à ces situations. Pour ces auteurs, ces différentes réponses peuvent être d'ordre cognitif, comportemental ou psychosocial. Elles constituent les efforts mis en place pour affronter une situation particulière. Lazarus et Folkman (1984) en reconnaissent trois types principaux à savoir : le coping centré sur le problème, le coping centré sur l'émotion, et enfin le coping centré sur la recherche du soutien social. Cependant, notons que l'une des limites de la théorie transactionnelle du stress réside dans la définition de ces stratégies de coping indépendamment de leur efficacité dans la réduction du niveau de stress. Toutefois, les travaux de nombreux chercheurs montrent que les stratégies centrées sur la résolution du problème sont corrélées à une amélioration de l'état émotionnel (Masel, Terry & Gribbel 1996; Mattlin, Wethington & Kessler, 1990). A l'inverse, l'utilisation d'un coping centré sur l'émotion semble favoriser une plus grande détresse émotionnelle (Codo, 2013 ; Lefebvre & Poirot, 2011; Desbiens, 2006).

Suite à nos observations empiriques, nous faisons ainsi le constat selon lequel face aux multiples stressseurs qu'ils affrontent dans leur exercice professionnel, les soignants de santé mentale au Cameroun utilisent des stratégies de coping auxquelles nous avons déjà fait allusion. Malgré cette utilisation, les manifestations du stress élevé telles que le recours au tabagisme, les troubles musculo-squelettiques, le désir de changer de spécialité, la démotivation et l'insatisfaction au travail persistent chez certains soignants, ce qui semble être en contradiction avec la théorie transactionnelle du stress/coping. En effet, selon cette théorie, ces stratégies de coping devraient permettre à l'individu de maîtriser, réduire ou tolérer le stress (Lancry & Ponelle, 2004 ; Schweitzer, 2001), et ce quels que soient les

facteurs de stress (Mongomery et al., 2010). Suite à ce constat, et eu égard à tout ce qui précède, nous nous sommes posé un certain nombre de questions articulées en question principale et questions secondaires de recherche.

1.3. Questions de recherche

Ici, nous allons présenter la question principale et les questions spécifiques sur lesquelles notre étude s'est appuyée.

1.3.1. Question générale

Les stratégies de coping réduisent-elles le niveau de stress perçu chez les soignants des services de santé mentale au Cameroun ?

1.3.2. Questions secondaires

Qs1 : le coping centré sur le problème réduit-il le niveau de stress perçu chez les soignants des services de santé mentale au Cameroun ?

Qs2 : le coping centré sur les émotions réduit-il le niveau de stress perçu chez les soignants des services de santé mentale au Cameroun ?

Qs3 : le coping centré sur la recherche du soutien social réduit-il le niveau de stress perçu le chez les soignants des services de santé mentale au Cameroun ?

1.4.Hypothèses de recherche

Afin de répondre à ces interrogations, nous avons ainsi formulé une hypothèse générale et des hypothèses opérationnelles dans le cadre de cette étude.

1.4.1. Hypothèse générale

Comme hypothèse générale, nous postulons que les stratégies de coping réduisent le niveau de stress perçu au travail chez les soignants des services de santé mentale au Cameroun.

1.4.2. Hypothèses opérationnelles

De cette hypothèse générale, découlent des hypothèses opérationnelles, à travers l'opérationnalisation de la variable indépendante (stratégies de coping) en 03 dimensions à savoir : le coping centré sur le problème, le coping centré sur l'émotion, le coping centré sur la recherche du soutien social, et de la variable dépendante (stress perçu) en trois dimensions : le niveau de stress perçu faible, le niveau de stress perçu moyen et le niveau de stress perçu élevé. Cependant, nous considérons le niveau de stress perçu comme un construit global. Nous avons ainsi formulé les trois (03) hypothèses opérationnelles qui suivent :

H₀₁: le coping centré sur le problème réduit le niveau de stress perçu chez les soignants des services de santé mentale au Cameroun.

H₀₂ : le coping centré sur les émotions réduit le niveau de stress perçu chez les soignants des services de santé mentale au Cameroun.

H₀₃ : le coping centré sur la recherche du soutien social réduit le niveau de stress perçu chez les soignants des services de santé mentale au Cameroun.

1.5. Objectifs de l'étude

Ici, nous avons formulé deux objectifs ; un objectif général et des objectifs spécifiques.

1.5.1. Objectif général

L'objectif général de cette étude est de vérifier si les stratégies de coping réduisent le niveau de stress perçu chez les soignants des services de santé mentale au Cameroun.

1.5.2. Objectifs spécifiques

O_{S1} : Vérifier si le coping centré sur le problème réduit le niveau de stress perçu chez les soignants des services de santé mentale au Cameroun.

O_{S2} : Vérifier si le coping centré sur les émotions réduit le niveau de stress perçu chez les soignants des services de santé mentale au Cameroun.

O_{S3} : Vérifier si le coping centré sur la recherche du soutien social réduit le niveau de stress perçu chez les soignants des services de santé mentale au Cameroun.

1.6. Intérêts et délimitations de la recherche

Notre travail revêt un triple intérêt : scientifique, académique, et social.

1.6.1. Intérêts de la recherche

1.6.1.1. Intérêt scientifique

Ce travail s'inscrit dans la logique d'une étude scientifique car elle a un objectif précis et respecte la méthodologie : observation, hypothèses, vérifications et conclusion. Cette recherche permettra d'évaluer les stratégies d'ajustements permettant aux soignants en santé mentale de faire face aux facteurs de stress professionnel. De plus, certaines données issues de cette recherche serviront de base pour des recherches ultérieures concernant le domaine de la santé mentale au Cameroun.

1.6.1.2. Intérêt académique

Le Département de Psychologie à travers son Master professionnel du Travail et des Organisation (MPTO) s'occupe des préoccupations générales qui ont trait à la sécurité au travail et à la prévention des risques psycho-sociaux. Cette recherche, menée dans ce Laboratoire, permet d'inscrire ce travail dans la logique des travaux de santé et sécurité au travail.

1.6.1.3. Intérêt social de l'étude

Sur le plan social, cette étude cherche à comprendre comment les travailleurs des services de santé mentale en milieu professionnel camerounais réussissent à gérer le stress et se protéger de ses effets sur leur santé et leur bien-être au travail afin de s'épanouir et d'être satisfait dans leur environnement de travail.

1.6.2. Délimitations de l'étude

Cette étude peut être délimitée sur les plans conceptuel, thématique, spatial et de l'échantillon. Cette délimitation se présente ainsi qu'il suit :

1.6.2.1. Délimitation conceptuelle et thématique

Le présent travail se limite à la compréhension des concepts de stratégie de coping, stress perçu, soignants, santé mentale.

Nous utiliserons le terme santé mentale ou psychiatrie pour évoquer la même spécialité.

1.6.2.2. Délimitation spatiale

Notre étude s'est déroulée à l'Hôpital Jamot de Yaoundé, l'Hôpital Militaire de Yaoundé, respectivement dans l'arrondissement de Yaoundé 1^{er} et Yaoundé 3^{ème}, le centre de santé mentale Benoît Menni situé au quartier Efoulan, dans l'arrondissement de Yaoundé 3^{ème} et enfin l'hôpital Laquintinie, l'hôpital militaire de Douala. C'est dans les services de santé mentale de ces hôpitaux que nous avons collecté nos données moyennant les instruments de collecte de données.

1.6.2.3. Délimitation de l'échantillon

Notre échantillon était constitué de psychiatres, d'infirmiers spécialisés en santé mentale, des psychologues, de psychomotriciens et des médecins résidents en psychiatrie.

CHAPITRE 2 : ANALYSE CRITIQUE DES CONCEPTS ET REVUE DE LITTÉRATURE

Ce deuxième chapitre est consacré à la recension des écrits portant sur les différents concepts de la présente étude, permettant une meilleure compréhension des divers concepts abordés. Cette recension s'articulera autour de deux sections : la première est consacrée à l'analyse critique des concepts de stress, stress perçu, santé mentale, coping, soignant. La seconde abordera la revue de littérature concernant l'état des lieux sur la santé mentale au Cameroun, sur le stress au travail et enfin sur le coping du stress professionnel chez les soignants.

2.1. Analyse critique des concepts

Cette partie consistera à décomposer les concepts en divers éléments constitutifs permettant une meilleure compréhension. Elle portera sur les concepts de stress, de stress perçu, de la santé mentale, de soignant.

2.1.1. Le concept de stress

Le concept de stress sera développé à travers son origine et son évolution et enfin ses différentes définitions selon des auteurs.

2.1.1.1. Origine et évolution de la notion de stress

Le terme « stress » provient des sciences physiques. Il a été utilisé pour la première fois par Hooke, biologiste et physicien du XVII^e siècle dans une loi décrivant la relation linéaire entre l'élongation d'un ressort (strain) et la force à laquelle il est soumis (stress). C'est plus tard que Selye (1936) fera usage de ce terme dans le champ de la médecine et de la physiologie en se fondant sur les travaux et les idées de ses précurseurs, à l'instar de Bernard (1865) et Cannon (1935) qui occupent une place majeure dans le développement de la médecine. La première idée fait une distinction entre le milieu extérieur dans lequel évoluent les organismes vivants tels que l'homme et le milieu intérieur dans lequel vivent les différentes cellules, tissus et organes de cet organisme. La seconde idée est l'hypothèse de Cannon selon laquelle tout organisme vivant est capable de maintenir dans d'étroites limites le milieu intérieur malgré les contraintes qui lui sont imposées, ou principe d'homéostasie (Caciopo & Berntson, 2000). C'est à partir des travaux de Selye (1936), créateur du concept biologique du stress que cette notion a connu un succès éclatant, s'appliquant dans plusieurs

domaines tels que la biologie, la médecine, la psychologie, la sociologie, l'économie, le droit...etc (Le Moal, 2007).

2.1.1.2. Définitions du concept de stress

Etymologiquement, le terme stress provient du latin « stringere » qui signifie « étreindre, serrer, resserrer, offenser ».

Le stress a fait l'objet de milliers de publications, mais aucune définition ne fait l'unanimité (Lancry, 2007), puisque ces définitions semblent tributaires des différents domaines d'applications.

Pour Davezies (2001), trois grands champs disciplinaires ont traité du concept de stress : la biologie, la psychologie, l'épidémiologie. Les biologistes observent les réactions de l'organisme au stress, les psychologues s'intéressent à la relation entre les facteurs de stress et les réactions induites, les épidémiologistes observent les facteurs de stress et leurs liens avec la santé.

L'OMS considère le stress comme un état d'inquiétude ou de tension mentale causé par une situation difficile. Il s'agit d'une réponse humaine naturelle qui nous incite à relever les défis et à faire face aux menaces auxquelles on est confronté dans notre vie (OMS 2023).

Pour l'OIT, le stress est la réponse physique et émotionnelle nocive causée par un déséquilibre entre les exigences perçues, les capacités et les ressources perçues des individus pour faire face à ces exigences (OIT, 2016).

Concernant le stress au travail, il désigne celui provoqué par des agents stressants qui appartiennent au monde du travail (Kayn & Byosière, 1992).

2.1.2. Le concept de stress perçu

Après avoir défini le terme stress, nous allons aborder la notion de stress perçu. A cet effet, il conviendra tout d'abord de clarifier la notion de perception.

2.1.2.1. La perception

Selon le grand dictionnaire de la psychologie Larousse (1991), la perception représente l'ensemble des mécanismes et des processus par lesquels l'organisme prend connaissance du monde et de son environnement sur la base des informations élaborées par ses sens (Bloch et al., 1991).

Lieury (2008) appréhende la perception comme l'ensemble des mécanismes physiologiques et psychologiques dont la fonction est la prise d'informations dans

l'environnement ou dans l'organisme lui-même et son traitement. A cet effet, il distingue trois niveaux de traitement dans le processus de perception :

- ❖ Le niveau sensoriel : concerne la réception des données environnementales.
- ❖ Le niveau perceptif : concerne l'organisation des données sensorielles.
- ❖ Le niveau cognitif : concerne l'interprétation des données.

Ce dernier niveau de traitement correspond à la représentation mentale.

Enfin, en psychologie cognitive, la perception correspond à l'activité cognitive par laquelle l'être humaine prend connaissance de son environnement, c'est-à-dire par laquelle il reçoit et interprète les informations du milieu qui l'entoure (Habib, Lavergne & Caparos, 2018).

2.1.2.2. Le stress perçu

Il renvoie à « un état de tension, de préoccupation ou d'activation rapporté par une multitude de personnes », et se réfère plutôt à un ensemble de manifestations affectives, cognitives, somatiques et comportementales se situant à l'intérieur de l'intégrité fonctionnelle » (Lemyre & Tessier, 2003).

Bakker et Demerouti (2007), appréhendent le stress perçu comme le résultat d'une perturbation de l'équilibre entre les exigences auxquelles les salariés sont soumis et les ressources dont ils disposent.

Par ailleurs, concernant le monde du travail, plusieurs définitions du stress sont envisagées suivant les différentes approches adoptées par les auteurs. Ceci sera abordé dans le chapitre III consacré à l'insertion théorique de la recherche.

2.1.2.3 Les différents niveaux de stress perçu

Des auteurs se sont intéressés à déterminer les différents niveaux de stress perçu. Considérant l'approche interactionniste, Hellemans et Karnas (1999) ont repris le modèle de Karasek et Theorell (1990) afin de tester la structure factorielle de ses trois dimensions (demande psychologique, latitude décisionnelle et soutien social). En effectuant des analyses de variances, ces auteurs ont pu établir plusieurs profils en fonction du degré de stress perçu (Karnas & Hellemans, 2002). Ainsi, lorsque des personnes se perçoivent « pas du tout stressés », elles se caractérisent par une latitude de décision moyenne, des demandes psychologiques au travail très faibles et un soutien social élevé. Lorsque des individus se perçoivent « très stressés », ceux-ci se caractérisent par une latitude de décision très faible, des demandes psychologiques au travail très élevées et un soutien social très faible. Les

personnes légèrement stressées se caractérisent par des demandes psychologiques au travail moins élevées comparativement à un individu se percevant comme « modérément stressée ». Hellemans et Karnas constatent que plus les personnes perçoivent un stress élevé, moins elles disposent de ressources tant individuelles que sociales.

Ainsi, Hellemans et Karnas (1999) définissent trois niveaux de stress perçu :

- ❖ Se percevoir faiblement stressé
- ❖ Se percevoir moyennement stressé
- ❖ Se percevoir fortement stressé.

Par ailleurs, selon Hellemans et Karnas (1999), les personnes percevant un stress élevé disposent de moins de ressources (individuelles, sociales, organisationnelles... etc).

Allant dans ce même sens et en se basant sur l'approche transactionnelle, Cohen et al. (1983) définissent trois niveaux de stress avec des scores bien déterminés auxquels nous avons déjà fait allusion. Ces auteurs présentent des profils correspondant à ces différents niveaux de stress perçu. Ainsi, des individus aux scores de stress perçu faible savent gérer leur stress et s'adapter, ils s'efforcent toujours à trouver des solutions aux problèmes auxquels ils font face. Les scores de stress perçu moyen correspondent à des personnes qui réussissent à faire face au stress en général, mais ne savent pas gérer certaines situations particulières et sont parfois animées d'un sentiment d'impuissance entraînant des perturbations émotionnelles.

Enfin, pour les scores de stress perçu élevé ou stress invalidant, la vie est une menace perpétuelle pour ces personnes, elles ont le sentiment de subir la plupart des situations sans pouvoir rien faire d'autre ; ce stress chronique, voir invalidant est le plus souvent associé à une pression artérielle élevée, à une diminution de l'immunité et des troubles du sommeil. Un tel état constitue un facteur de risque pour les maladies cardiovasculaires.

2.1.3. Stress et quelques concepts connexes

Afin de mieux cerner l'objet de la présente recherche (stress perçu), il nous a semblé important de ressortir des distinctions entre le stress et quelques concepts qui prêteraient à confusion.

❖ Stress et anxiété

Pour une bonne franche de chercheurs, l'anxiété est une répercussion du stress (Lazarus & Folkman, 1984; Spielberger, Yagg & Wasala, 2003). D'autres auteurs définissent l'anxiété comme l'appréhension d'un évènement pénible qui crée une réaction émotive et se

traduit par des symptômes affectifs (inquiétudes, peur, anticipations...etc), physiologiques (étourdissements, palpitation...etc), et comportementaux (agitation, évitement...etc) (Marchand & al., 1999). Selon ces auteurs, il s'agit d'une réponse normale au stress quotidien, une émotion naturelle faisant partie de la nature humaine et pouvant devenir pathologique lorsque le stress est intense ou fréquent. Ainsi, nous pouvons considérer l'anxiété comme une émotion et le stress comme un mécanisme de réponse pouvant amener différentes émotions parmi lesquelles l'anxiété.

❖ **Stress et angoisse**

L'angoisse est la réaction du sujet chaque fois qu'il se trouve dans une situation traumatique, c'est-à-dire soumis à un afflux d'excitation d'origine externe ou interne qu'il est incapable de maîtriser (Parrocheti, 2011).

Selon Grzesiak (2022), l'angoisse se caractérise par une sensation diffuse de mal-être dont on ne connaît vraiment pas l'origine, cette impression de danger latent est permanente, contrairement au stress qui survient dans des circonstances précises. L'angoisse peut être réelle ou imaginaire, une peur injustifiée. Elle est beaucoup plus diffuse, plus sournoise. Le sujet ne reconnaît pas toujours l'objet et le périmètre de son angoisse alors que le stress survient quand on a une épreuve particulière qui peut le faire surgir, mais le sujet reconnaît le périmètre et l'objet de son stress. Enfin, l'angoisse est physiologique avant d'être psychologique (Grzesiak, 2022). L'angoisse fait suite à l'anxiété.

❖ **Stress et burnout**

Freudenberger (1974) définit le burnout comme « un état de fatigue chronique, de dépression et de frustration apporté par la dévotion à une cause, un mode de vie, ou une relation qui échoue à produire les récompenses attendues et conduit en fin de compte à diminuer l'implication et l'accomplissement au travail ». Maslach (1976) considère le burnout comme « un syndrome d'épuisement physique et émotionnel qui conduit au développement d'une image de soi inadéquate, d'attitudes négatives au travail avec perte d'intérêt et de sentiments pour les patients ».

Pour Truchot (2004), l'épuisement professionnel est associé à des réactions émotionnelles (exemple; angoisse, dépression), cognitives (difficultés à se concentrer), motivationnelles (exemple : perte d'intérêt pour son travail), comportementales (exemple isolement, cynisme) physiologiques (exemple diabète de type II, maladies cardiovasculaires).

A travers ces définitions, il apparaît bien que le burnout est issue du stress et c'est un processus qui s'installe avec le temps, contrairement au stress. Le burnout concerne uniquement la sphère professionnelle (CIM-11), c'est un syndrome qui est composé de

certains symptômes ou conséquences du stress tels que la dépression. Le burnout serait la résultante d'un stress qui n'a pas été bien géré par l'individu (CIM-11).

❖ **Stress et dépression**

Pour l'OMS (2023), la dépression est un trouble mental courant. On estime que 5% des adultes en souffrent dans le monde. Elle se caractérise par une tristesse persistante et un manque d'intérêt ou de plaisir pour des activités auparavant enrichissantes ou agréables, mais également par un manque de sommeil et d'appétit.

Ainsi, contrairement au stress et l'anxiété qui sont des mécanismes de survie présents par nature dans l'organisme, la dépression est une maladie. La dépression est caractérisée avant tout par la présence de symptômes, leur durée et leur retentissement entraînant souffrance et handicap dans la vie du sujet (Nedjoua et al., 2016). La dépression, en plus des symptômes du stress, regroupe d'autres symptômes supplémentaires tels que l'inquiétude, l'isolement social, la perte du sens de l'humour, l'impression de perte de sens dans la vie.

2.1.4. Le concept de santé mentale

Pour présenter ce concept, il semble important de définir la santé mentale, d'aborder les notions de déterminants de la santé mentale, composantes de la santé mentale, les différentes maladies mentales.

2.1.4.1. Définition du concept de santé mentale

Tout d'abord, la santé est définie par l'OMS comme un processus dynamique alliant l'absence de « maladie ou infirmité » mais également la présence d'un « bien-être physique, mental et social » (OMS, 1946).

Pour la santé mentale, elle est « un état de bien être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté » (OMS, 2001).

Ainsi, pour l'OMS, une bonne santé mentale passe par l'équilibre entre divers aspects de la vie (physique, psychologique, spirituel, social et économique). Il s'agit donc d'un phénomène fluctuant sur un continuum qui comprend deux pôles, l'un positif, l'autre négatif ;

Selon Kovess-Masfety et al. (2010), le pôle positif (santé mentale positive) intègre le bien-être et les ressources psychologiques permettant de gérer sa propre vie au quotidien. Le pôle négatif comprend le mal-être et le retentissement des troubles de la subjectivité (maladie mentale et mauvaise santé mentale) dans les différents rôles de la vie quotidienne (activités physiques, domestiques, scolaires, professionnelles).

2.1.4.2. Les déterminants de la santé mentale

Pour l’OMS, les troubles psychiatriques résultent d’une interaction de plusieurs facteurs psychologiques, biologiques (déterminants individuels) et sociaux (déterminants sociaux) dont les facteurs d’origine professionnelle (OMS, 2022), et enfin les déterminants structurels.

Ainsi, il existe des liens entre les expositions professionnelles, psychosociales et une altération de la santé mentale (Vezina, 2009).

Ces facteurs peuvent se combiner pour protéger ou compromettre la santé mentale. Pour l’OMS, les facteurs individuelles peuvent être d’ordre psychologique (exemple compétence émotionnelle) et biologique (exemple génétique) ; les facteurs sociaux peuvent être l’exposition à des circonstances sociales, économiques, géopolitiques et environnementales défavorables, tels que la pauvreté, la violence, les inégalités (OMS, 2022).

2.1.4.3. Les composantes de la santé mentale

La santé mentale revêt deux grandes dimensions : un pôle positif en l’occurrence le bien-être psychologique et un pôle négatif, la détresse psychologique, auxquelles s’ajoute une troisième composante, les troubles mentaux ou troubles psychiatriques.

❖ L’aspect positif de la santé mentale: le bien-être psychologique

Le bien-être psychologique a été conceptualisé par plusieurs auteurs à travers des dimensions précises.

Pour Labelle et al. (2001), cette dimension est définie par l’estime de soi, l’actualisation du potentiel, la satisfaction avec la vie et le sens de la vie.

Massé et al. (1998), appréhendent le bien-être psychologique comme une combinaison de six dimensions : Le contrôle de soi et des événements, le bonheur, l’implication de soi, l’estime de soi, l’équilibre mental et la sociabilité.

Enfin, pour Westerhof & Keyes (2010), la santé mentale positive est constituée de trois grandes dimensions : le bien-être émotionnel (sentiment de joie et satisfaction avec la vie), le bien-être psychologique (fonctionnement individuel positif en termes d’autoréalisation) et le bien-être social (fonctionnement social positif).

❖ L’aspect négatif de la santé mentale ou détresse psychologique

A l’instar du bien-être psychologique, les dimensions de la détresse psychologique ne font pas le consensus dans la littérature pour de nombreux auteurs.

Pour Kovess-Masfety et al. (2010), la détresse psychologique regroupe trois grandes manifestations : un état de mal-être, des symptômes anxieux et dépressifs, des difficultés dans

la vie quotidienne. Ceci semble aller dans le même sens que Massé et al. (1998), pour lesquels quatre dimensions définissent la détresse psychologique:

Anxiété / dépression, irritabilité/ agressivité, l'auto dévalorisation et le désengagement social. On constate dans les définitions de ces auteurs que la présence des symptômes d'anxiété et de dépression fait l'unanimité dans la conception de la détresse psychologique.

❖ **Les troubles mentaux ou troubles psychiatriques**

Pour mieux comprendre le concept de santé mentale, il est nécessaire de se pencher également sur la notion de maladie mentale ou trouble mental. Les termes troubles mentaux et maladies mentales sont similaires selon l'OMS.

L'OMS appréhende un trouble mental ou maladie mentale comme une altération majeure, sur le plan clinique, de l'état cognitif, de la régulation des émotions ou du comportement d'un individu. Cette altération s'accompagne généralement d'un sentiment de détresse ou de déficiences fonctionnelles dans des domaines importants (OMS, 2022).

Pour Perlemuter et al. (2003), la maladie mentale est la réaction psychologique et/ou comportementale face à des circonstances intérieures et extérieures que l'individu, malgré les mécanismes de défense habituellement mobilisables qui structurent sa personnalité, n'a pu surmonter.

Selon l'Américain Psychiatric Association (APA, 1996), un trouble mental ou psychiatrique est un syndrome associé à une détresse (exemple symptôme de souffrance), à un handicap (exemple : altérante d'un ou plusieurs domaines de fonctionnement), ou plus globalement à un risque élevé de décès, de souffrance, de handicap ou de perte importante de liberté.

Pour Machado (2019), un trouble mental ou trouble psychiatrique peut être considéré comme un syndrome comportemental ou psychologique clinique significatif survenant chez un individu.

Ainsi, au-delà de la détresse, l'aspect négatif de la santé mentale est également représenté par une autre composante, les troubles mentaux ou psychiatriques. Ceux-ci sont appréciés sur la base des critères diagnostics.

2.1.4.4. Les différentes maladies mentales

Pour cette spécialité, les pathologies rencontrées peuvent être regroupées en cinq grandes catégories comme les névroses, les psychoses, les troubles de l'humeur, les états limites et enfin les conduites addictives (DSM V, 2013).

❖ Les névroses constituent les pathologies qui n'affectent pas le rapport au réel. Ici, l'individu (patient) est conscient de sa souffrance et s'en plaint. Selon Laty et Mergui (2019), dans l'approche psychanalytique, Freud admet une classification des névroses en deux grands groupes :

- Les névroses actuelles : leur origine n'est pas à chercher dans un conflit infantile, mais dans le présent. Elle résulte de l'absence ou de l'inadéquation de la satisfaction sexuelle. Comme exemple, on a les TSPT (Troubles du Stress Post-Traumatique), l'hypochondrie, la neurasthénie, les névroses d'échecs, les névroses d'abandon.

- Les névroses de transfert : elles tirent leur origine dans le passé infantile refoulés. On a entre autres : la névrose phobique (ex. la claustrophobie), la névrose hystérique, la névrose obsessionnelle (ou TOC = Troubles Obsessionnelles Compulsifs).

❖ Pour les psychoses, on note une altération du rapport au réel, le patient a un vécu erroné de sa réalité environnementale, de son corps et de son propre vécu, il n'a pas conscience de ses troubles durant les délires. La plus connue parmi ce groupe est la Schizophrénie (Lescoules, 2022).

❖ Les troubles de l'humeur peuvent se manifester par une agitation, une dévalorisation ou survalorisation du vécu, une mise à distance ou un surinvestissement ; on y retrouve les états dépressifs, la bipolarité.

❖ La quatrième catégorie regroupe les états limites tels que la personnalité borderline correspondant à un mode général d'instabilité dans les relations interpersonnelles, de l'image de soi...etc. (DSM V 2013).

❖ Enfin, la dernière catégorie les conduites addictives telles que l'alcoolisme, les troubles du comportement alimentaire.

2.1.5. Le concept de coping

Le concept de coping sera présenté à travers trois grands points: son origine et son évolution, la définition des concepts stratégie/coping, les concepts connexes.

2.1.5.1. Origine et évolution de la notion de coping

Historiquement, le coping est un concept récent, apparu pour la première fois dans les abstracts de psychologie en 1967, particulièrement dans un ouvrage de Lazarus, « psychological stress and coping process » (1966), où il désigne un certain nombre de réactions et de stratégies élaborées par les individus pour faire face à des situations

stressantes. C'est à partir de ces années 60 – 70 que les recherches utilisèrent le terme coping pour désigner les mécanismes de défense les plus adaptés (sublimation, humour).

Le concept de coping prend également sa source dans les théories relatives à l'adaptation et à l'évolution des espèces. Dans l'approche expérimentale portant sur les animaux et suivant la perspective Darwinienne, les auteurs ont montré que la survie de l'animal dépend de sa capacité à découvrir dans l'environnement ce qui est prédictible et contrôlable pour éviter ou surmonter les dangers (Lazarus & Folkman., 1984). D'après ces auteurs, le coping chez l'animal est un mécanisme vital qui consiste à agir pour contrôler les conditions environnementales au moyen des comportements de fuite et d'évitement. Concernant l'adaptation, l'individu disposerait d'un répertoire de réponses (innées ou acquises) lui permettant de survivre face à diverses menaces vitales : attaquer ou fuir lorsqu'il est confronté à une adversaire ou une situation dangereuse. Le coping et le stress sont considérés comme faisant partie intégrante des processus d'adaptation aux difficultés de la vie. D'abord considérés comme des mécanismes de défense, le coping est devenu au fur et à mesure une notion en soi (Alker, 1968).

Ainsi, le coping semble provenir de deux domaines théoriques et de recherches différents : l'expérimentation animale et la psychologie du Moi dans la tradition psychanalytique de Freud (Lazarus & Folkman, 1984).

2.1.5.2. Définitions des concepts stratégie/coping

❖ Stratégie

Étymologiquement, le terme stratégie provient du jargon militaire. Il dérive du grec « strategos », construit à partir de « stratos » qui veut dire armée et « ageîn » qui signifie conduire. Ainsi, la stratégie dans le domaine militaire consiste en l'art de conduire une armée à la guerre (Combalbert & Mery, 2016). Cette définition suppose donc de tenir compte des actions adverses.

En dehors des milieux de l'armée, cette notion de stratégie est de plus en plus utilisée dans d'autres domaines et les différentes définitions émanent de diverses disciplines. Le concept de stratégie est fondamental en psychologie cognitive car il permet d'interpréter les régularités comportementales observées comme des manifestations de l'activité organisatrice et de l'autonomie d'un système et non comme le reflet des régularités de l'environnement dictionnaire Larousse (1991). Dans cette discipline, une stratégie désigne une règle ou une procédure permettant d'opérer une sélection parmi les options qui sont déjà disponibles ou d'en construire de nouvelles.

❖ **Le coping**

Ce terme provient de l'anglais « to cope », expression qui signifie faire face. C'est depuis 1999 qu'il est admis dans le vocabulaire français où il fut traduit par le terme stratégie d'ajustement.

Elaboré pour la première fois par Lazarus & Launier (1978), ce terme peut encore signifier littéralement « affronter, faire face, venir à bout », il tire son étymologie du grec « Kolaphos », un mot qui renvoyait à l'idée de frapper de façon vive et répétitive avec la main, ce qui démontre le caractère conscient et actif du processus de coping (Pauhlan et al., 1995). Dès son élaboration, ce terme a connu une multitude de définitions selon différents auteurs.

D'après le dictionnaire de psychologie Larousse (1991), le coping désigne la manière de faire face à une situation stressante afin de la maîtriser. Il peut s'agir d'une réponse directe : élimination de la source de danger, mais également d'une réponse palliative : simple réduction de la perception du danger à travers le déni, le recours à des médicaments anxiolytiques...etc.

Selon Graziani et Swendsen (2005), le coping est envisagé comme « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux du sujet, variables et instables, mis en place pour ménager (réduire, minimiser, contrôler, dominer ou tolérer la demande interne ou externe (et le conflit entre les deux), faite par la transaction sujet-environnement, évaluée comme dépassant ses ressources ».

Allant dans le même sens, Lazarus et Launier (1978), définissent les stratégies de coping comme un ensemble de processus qu'un individu interpose entre lui et un événement perçu comme menaçant afin de maîtriser, tolérer ou diminuer l'impact de celui-ci sur son bien-être psychologique et physique, de sorte que la représentation du stress se modifie.

.1.5.3. Le coping et quelques concepts connexes

❖ **Le coping et les mécanismes de défense**

Chabrol (2005), précise que « notre capacité à faire face aux tensions, aux conflits, aux dangers perçus à l'intérieur de nous ou dans le monde extérieur, mobilise deux types d'opérations mentales, les mécanismes de défense et les processus de coping ». Ainsi, les mécanismes de défense et le coping concourent à l'atteinte d'un même objectif pour l'individu, celui de faire face aux problèmes intérieurs et extérieurs. Il est important de prendre en compte ces deux dimensions de nos moyens de faire face et qui contribuent

conjointement à notre adaptation aux difficultés de la vie. Longtemps associée à la psychiatrie et à la psychopathologie, la définition des mécanismes de défense a évolué et de nombreux travaux attestent qu'il s'agit d'un phénomène mis en place par tout le monde dans le but de maintenir son équilibre dans les situations menaçantes ou douloureuses.

Pour Cramer (2015), les mécanismes de défense sont des réponses psychologiques inconscientes qui protègent les individus contre les sentiments d'anxiété, les menaces pour l'estime de soi et les choses auxquelles ils ne veulent pas penser ou gérer.

Freud les conçoit classiquement comme la défense du moi contre les pulsions instinctuelles et les affects liés à ces pulsions (Freud, 1936). Ces manœuvres, mesures ou opérations défensives sont des activités inconscientes du moi : leur activation est involontaire (Freud, 1936). Bien que de nombreuses similitudes existent entre les mécanismes de défense et le coping, il se dégage de ces définitions qu'il existe des caractéristiques propres aux mécanismes de défense, conduisant à une différenciation entre cette notion et le coping. Allant dans ces sens, Cramer, dans une mise au point sur les mécanismes de défense, a soutenu que la différence fondamentale entre les mécanismes de défense et les stratégies de coping demeure le caractère involontaire et inconscient des mécanismes de défense (Cramer, 2000).

Par ailleurs, de 1960 à 1980, il y eu encore beaucoup de confusion entre coping et défense (dans un sens comme dans l'autre), et quelques tentatives de clarifications furent publiées dans le but d'en ressortir quelques distinctions. Ainsi, selon Haan (1977), comme caractéristiques, les stratégies de coping sont choisies, délibérées, conscientes, flexibles, prenant en compte la réalité actuelle, différenciées (spécifiques par rapport à un problème qui se pose dans les relations entre individus et environnements, elle est orientée vers la réalité qu'elle soit interne ou externe).

Quant aux mécanismes de défense, Haan reconnaît qu'ils sont rigides, inconscients indifférenciés, irréversibles, liés à des conflits intrapsychiques et à des événements de vie anciens, ils distordent la réalité. Leur fonction est de maintenir l'angoisse à un niveau tolérable.

❖ **Le coping et l'adaptation**

L'adaptation est « l'acte consistant à inventer la réaction appropriée à une situation nouvelle, appropriation des moyens adéquats à une fin donnée » (Morfaux, 1980). L'individu n'est adapté à son milieu que dans la mesure où il parvient à construire ce milieu en fonction des conceptions qu'il s'en fait lui-même (Nuttin, 1980). Pour cet auteur, l'adaptation au sens

large est considérée comme un ajustement fonctionnel entre les deux pôles du processus vital : l'organisme et le milieu. Il se dégage de ces définitions deux notions, la psychologie et la biologie, qui semblent en lien avec cette notion d'adaptation, distinguant ce concept du coping. En effet, selon Lazarus & Folkman (1984), il convient de distinguer ces deux concepts. Pour ces auteurs, l'adaptation désigne un concept extrêmement large, il inclut toute la psychologie et même la biologie. Ils considèrent l'adaptation comme un phénomène composé de tous les modes de réaction des organismes vivants interagissant avec les conditions changeantes de l'environnement (soit, chez l'homme, la perception, l'émotion, la motivation, l'apprentissage, etc...) (Bruchon-Schweitzer, 2001).

En revanche, le coping est un concept plus spécifique, il inclut diverses réponses d'ajustement chez les individus et ne concerne que les réactions à des variations de l'environnement évaluées comme menaçantes (ou stressantes). Par ailleurs, l'adaptation implique des réactions d'ajustement répétitives et automatiques, alors que le coping comprend des efforts cognitifs et comportementaux conscients, changeants, spécifiques et parfois nouveaux (Bruchon-Schweitzer, 2001).

2.1.6. Le concept de soignant

2.1.6.1. Définitions du concept de soignant

Selon Hesbeen (2012) : « le terme de soignant regroupe l'ensemble des intervenants de l'équipe pluridisciplinaire, qui ont tous pour mission fondamentale de prendre soin des personnes, et ce qu'elle soit la spécificité de leur métier. »

Dans le cadre de la santé mentale, l'équipe prenant les patients en soin est effectivement pluridisciplinaire et chaque catégorie de personnel présente des spécificités liées à ses tâches. Dans nos hôpitaux, cette équipe est constituée majoritairement des psychiatres, des infirmiers spécialisés en santé mentale, des psychologues, des psychomotriciens et autres personnels soignants non spécialisés.

2.1.6.2. Les soignants de santé mentale et leurs rôles

La prise en charge des maladies mentales fait appel à une équipe pluridisciplinaire. Les différents intervenants les plus rencontrés dans les services de santé mentale pour la prise en charge des maladies mentales seront présentés à travers leurs rôles. Cette présentation portera sur le psychiatre, le psychologue, l'infirmier spécialisé en santé mentale, le psychomotricien, le médecin résident en psychiatrie.

❖ **Le psychiatre**

C'est un médecin ayant effectué au moins dix années d'études en faculté de médecine parmi lesquelles au moins trois années de spécialisation en santé mentale.

Son rôle est de poser des diagnostics, prescrire des médicaments, des examens et des soins, décider d'une hospitalisation et rédiger les certificats médicaux. Il peut également poser l'indication d'un traitement psychologique (psychothérapie) et fait lui-même des psychothérapies. Ainsi, il soigne ou stabilise les maladies psychiques. Il coordonne avec l'équipe pluridisciplinaire la prise en charge globale de la personne (psychologique, somatique, sociale) (Chassaniol et al., 2013).

❖ **Le psychologue**

C'est un professionnel de la santé non médecin. Il a acquis au moins cinq années d'études théoriques et pratiques. Il assure le soutien psychologique des personnes en souffrance psychique. Il est habilité à passer des tests de personnalité ou de niveau intellectuel. Il assure les entretiens psychothérapeutiques. Il participe à la prise en charge et au suivi des patients en psychothérapie (Chassaniol et al., 2013).

❖ **L'infirmier spécialisé en santé mentale**

C'est également un professionnel de la santé ayant effectué des études en sciences infirmières pendant au moins cinq années parmi lesquelles deux années en spécialisation de santé mentale sanctionnées par un diplôme. Il est habilité à évaluer les troubles mentaux et intervenir auprès des personnes atteintes de pathologies mentales et de leurs proches en utilisant des interventions thérapeutiques autres que la psychothérapie.

En plus des soins somatiques que peuvent offrir les infirmiers à des patients ordinaires, ces professionnelles offrent un ensemble de soins spécifiques à ces patients particuliers qu'ils prennent en charge. En effet, selon Perlemuter et al. (2003), ces soins spécifiques constituent une part importante du rôle de l'infirmier en santé mentale et s'articulent en quatre grands axes :

- Les soins de nature relationnelle : ils participent de l'entretien infirmier et nécessitent disponibilité, attention et confidentialité. Cet entretien est écoute et non interrogatoire. Ces soins visent à faire évoluer le mode de pensée et le comportement du patient en lui opposant une image rassurante.
- Les soins et activités sociothérapeutiques : l'une des particularités de la maladie mentale est qu'elle isole le sujet, l'enferme dans ses pensées, ses fantasmes, ses délires, ses ruminations morbides. Le patient est ainsi coupé de la réalité, de l'accomplissement, du

travail, du plaisir. Ces soins visent alors à faire retrouver au malade le contact avec la réalité à travers le plaisir de la participation, de l'écoute, de l'échange, de la réalisation.

- Les soins et activités psychothérapeutiques : Ces activités et soins, sont déterminés en fonction d'objectifs pouvant relever de la sphère motrice, cognitive ou socioaffective. Par exemple, le travail sur l'image de soi à travers un atelier photo vidéo, relaxation ... etc.
- Les soins à visée éducatives : Ils interviennent à deux niveaux : le premier consiste à favoriser ou restaurer l'autonomie et les aptitudes du patient compromises par la maladie (exemple : aide à la toilette). Le deuxième consiste à éduquer à la gestion de sa maladie et ses soins (exemple : en expliquant au patient les effets tant bénéfiques qu'indésirables des médicaments).

Enfin, en plus des soins somatiques et spécifiques, l'infirmier pose également des diagnostics infirmiers propres à la santé mentale, sur lesquels reposent les plans de soins, il administre la plupart des soins sous contraintes. De plus, dans la pratique, il effectue des gardes, passe plus de temps en compagnie des patients et son travail comporte également un volet administratif important à travers la rédaction des rapports, la tenue des dossiers des patients... etc.

Il semble au vu de tout ce qui précède que l'infirmier spécialisé en santé mentale pourrait être exposé à un niveau de stress perçu plus élevé par rapport aux autres professionnels exerçant dans cette spécialité.

❖ **Le psychomotricien**

C'est un professionnel paramédical ayant au moins trois ans d'études sanctionnées par un diplôme. Il est spécialiste des problèmes de motricité, d'image du corps (difficultés d'orientation dans le temps et l'espace, instabilité par exemple), son rôle en psychiatrie est d'utiliser les thérapies corporelles (relaxation, gymnastique, expression corporelle), pour aider les patients ayant des difficultés psychologiques, vécues et exprimées de façon corporelle, à retrouver un équilibre (Chassaniol et al., 2013).

Notons que certaines maladies mentales ont un impact négatif sur l'image corporelle et l'estime de soi. Le psychomotricien dans ses activités se fixera comme objectif de restaurer l'image corporelle et l'estime de soi.

❖ **Le médecin résidant en psychiatrie**

C'est un médecin généraliste qui suit des cours pratiques et théoriques dans le but de prendre en charge les maladies mentales. A cet effet, il passe une bonne partie de son temps dans les services de psychiatrie, assiste les psychiatres dans la prise en charge des maladies et

l'administration des soins médicaux aux patients souffrant de troubles psychiques. La durée de sa spécialisation est de trois années.

2.2. Revue de littérature

Cette revue de littérature est une présentation synthétique des connaissances relatives à notre sujet d'étude. Elle portera sur trois grands points notamment un état des lieux sur la santé mentale au Cameroun, puis un état des lieux sur le stress au travail, enfin un état des lieux sur le coping des soignants en santé mentale.

2.2-1-Etat des lieux sur la santé mentale au Cameroun

Ici, nous allons présenter la situation de la santé mentale au Cameroun au plan épidémiologique, de la ressource humaine, financier et socioculturel.

2.2-1-1-Au plan épidémiologique

La population camerounaise souffre de plus en plus de mal-être et de maladies mentales. A la sous-direction de la santé mentale du MINSANTE, 11 maladies mentales ont été répertoriées comme les plus répandues au Cameroun. Notamment la psychose délirante aiguë, la schizophrénie, la démence, les troubles anxieux, la consommation des drogues, les troubles bipolaires, les épilepsies, l'autisme, les troubles déficitaires de l'attention, l'hyperactivité, et la dépression (Atangana, 2022).

Les chiffres du MINSANTE révèlent que l'exclusion sociale, renforcée ces temps par la pandémie à corona virus cause 23,64% des troubles mentaux les plus récurrents au Cameroun, derrière les dépressions (36,36%) et devant les schizophrénies (21,82%) et les toxicomanies (18,18%) (Santé Nature, 2024).

Selon un rapport de l'OMS en 2017, 888273 camerounais sont touchés par la dépression; ce rapport montre une prévalence de 3,9% pour la dépression au Cameroun (Atangana, 2018).

Les données descriptives hospitalières concernant l'activité psychiatrique du service B de l'HJY du 1^{ER} novembre 2019 au 31 octobre 2020 révèlent 577 cas d'hospitalisation avec comme trois premiers motifs : le trouble psychotique bref, le trouble psychotique induit par une substance addictive, les schizophrénies (Mbongo'o et al., 2021).

Pour l'année 2020, 4168 cas de consultations ont été enregistrés dans le service de santé mentale de l'hôpital Laquintinie de Douala. Les cinq principales causes de

consultations étaient : les troubles psychotiques aigus et transitoires, la schizophrénie, la polytoxicomanie, les troubles bipolaires. 653 cas d'hospitalisations ont été effectués pendant cette année pour un taux d'occupation des lits de 89,02 % (Eyoum et al., 2021).

Plus récemment, les données issues des registres d'activités pour le mois de juillet 2023 au service de santé mentale de l'hôpital Laquintinie de Douala ont signalé 509 cas de consultations, 113 patients admis en hospitalisation (source : registre d'activités du service).

Concernant le service de santé mentale de l'hôpital militaire de Yaoundé, 100 cas de consultations ont été enregistrés pour la période du 1^{er} au 31 décembre 2023. Les cinq premiers motifs de consultation étant le stress post-traumatique, les troubles délirants, la schizophrénie, les addictions, les dépressions.

2.2.1.2. Au plan financier

En termes de financement, la santé mentale reste un secteur marqué par un problème de financement par rapport à la santé physique. Selon la sous-Direction de la santé mentale au MINSANTE, en 2019, environ 1% du budget de la santé a été alloué au secteur de la santé mentale, budget très faible, pourtant, les problèmes de santé mentale constituent 5 à 10 principales causes d'incapacité (Ngou, 2020).

2.2.1.3. Au plan de la ressource humaine

Il y a très peu de psychiatres et d'infirmiers spécialisés en santé mentale au Cameroun. La situation n'est guère reluisante pour les psychologues et psychomotriciens. Les besoins se font ressentir en milieu hospitalier et d'autres structures de prise en charge des affections mentales et neurologiques. Les unités de santé mentale dans les hôpitaux régionaux comme nous l'avons signalé dans la problématique sont pour la plupart non fonctionnelles du fait de la pénurie du personnel habilité à fournir des soins en santé mentale. Il découle alors de cette situation une tendance pour la population de se référer aux tradipraticiens, aux religieux pour les problèmes de santé mentale. On note également une absence de proximité entre la population et l'offre de soins en santé mentale non seulement à cause de cette pénurie mais également à cause de la stigmatisation et de la discrimination dont font l'objet les malades mentaux. Pour essayer de remédier à cette situation, les structures sanitaires parapubliques et privées ainsi que les organisations non gouvernementales s'impliquent davantage dans la prévention et le traitement des maladies mentales.

A titre d'exemple, le Cameroun comptait 11 psychiatres en 2020 pour plus de 20 millions d'habitants soit un ratio d'un psychiatre pour plus de 2 millions d'habitants.

Toutefois, pour la même année, le Cameroun dispose de près d'une centaine de psychologues cliniciens qui pour la plupart désertent le milieu hospitalier, comme le constate la sous-direction de la santé mentale du MINSANTE (Atangana, 2020). Ce constat pourrait être lié à la non incorporation effective des psychologues cliniciens dans les services du MINSANTE.

2.2.1.4. Au plan socioculturel

Au Cameroun, les maladies mentales représentent un lourd fardeau pour les individus et les familles, car elles affaiblissent le tissu social. Elles sont de ce fait une cause majeure de stigmatisation et de discrimination (MINSANTE, 2016). Les représentations sociales de la maladie mentale ont tendance à la considérer comme une maladie mystique dont la prise en charge doit se faire chez des tradipraticiens.

2.2.2. Etat des lieux sur le stress au travail

Nous présenterons les manifestations et conséquence du stress professionnel, les déterminants du stress professionnel chez les soignants.

2.2.2.1. Manifestations et conséquences du stress professionnel

Le stress au travail se manifeste de diverses façons au plan physique, émotionnel et intellectuel chez les individus. Ces diverses manifestations ne sont pas sans conséquences sur le plan de la santé des travailleurs ainsi que les répercussions organisationnelles très importantes.

Selon l'INRS (2006), l'état de stress aigue correspond aux deux premières phases du syndrome général d'adaptation de Selye se traduisant par une sécrétion de glucocorticoïdes. Un état de stress aigu modéré n'est pas délétère pour la santé. Par contre, l'état de stress chronique correspond à la troisième phase de ce syndrome qui est l'épuisement de l'organisme soumis longtemps à une hypersécrétion de glucocorticoïdes et catécholamines suite à une hyperstimulation de l'organisme. Ce qui se traduit par l'apparition de divers symptômes. Ces conséquences délétères pour la santé correspondent à un état de stress chronique et des affections apparaissant à plus long terme. Les symptômes, manifestations ou indicateurs de stress chronique sont réversibles et cessent lorsqu'une solution est trouvée. Toutefois, si les stratégies d'adaptation s'avèrent inefficaces pour l'individu ou inacceptables par l'entreprise, le stress chronique se pérennise, menaçant l'intégrité physique et mentale de l'individu. A ce moment, s'installent ou s'aggravent des symptômes entraînant des altérations de la santé pouvant devenir irréversibles (INRS, 2006).

❖ **Manifestations du stress professionnel**

Selon l'INRS (2006), les manifestations du stress peuvent se présenter à plusieurs niveaux notamment au plan physique, émotionnel, intellectuel, comportemental.

- Au plan physique : des douleurs (coliques, maux de tête, troubles musculo-squelettiques...etc), troubles digestifs, troubles de l'appétit, sensation d'étouffement, d'oppression, douleurs gastriques, sueurs inhabituelles...etc.

- Au plan Emotionnel : sensibilité ou nervosité accrues, crise de larmes ou de nerfs, angoisse, excitation, tristesse, sensation de mal être...etc.

- Au plan intellectuel : perturbation de la concentration nécessaire à la tâche entraînant des erreurs et des oublis, des difficultés à prendre des initiatives ou des décisions...etc.

- Au plan comportemental : recours à des produits calmants (somnifères, anxiolytiques, alcool, etc...) qui tentent de mettre au repos l'organisme tendu ; prise d'excitants (café, tabac...etc), fuite par rapport à un environnement agressant : inhibition, repli sur soi, diminution des activités sociales etc. Ceci pourrait s'apparenter à un taux d'absentéisme élevé et de baisse de rendement en milieu professionnel.

❖ **Les conséquences du stress professionnel**

Les répercussions du stress professionnel comme nous l'avons relevé affectent la santé des travailleurs et des organisations.

- Sur la santé des employés

Le stress a des répercussions néfastes sur la santé des employés. De nombreuses recherches attestent que ce phénomène est une source probable de diverses pathologies à l'instar du syndrome métabolique issue de l'hypersécrétion des catécholamines et glucocorticoïdes et associant l'hypertension artérielle, obésité abdominale, résistance à l'insuline et perturbation du métabolisme des lipides sanguins (Brunner et al., 2002 ; Chandola et al., 2006).

- **Les conséquences cardiovasculaires**

Suite à ce syndrome métabolique, s'installent les maladies cardiovasculaires. Ainsi, (Lands et al., 2000) ont constaté que les atteintes coronariennes chez les salariés sans grande latitude décisionnelle étaient plus fréquentes en termes de mortalité et morbidité.

- **Les TMS (troubles musculo-squelettiques)**

Les TMS du dos et du membre supérieur sont en lien avec des sollicitations biomécaniques, mais également avec le manque de soutien social ou insatisfaction au travail (Hoogendoorn et al., 2000).

- **Les problèmes de santé mentale**

La dépression est plus fréquente dans des conditions associant forte exigence psychologique à une faible marge de manœuvre et un manque de soutien social au travail (Niedhammer et al., 1998). Les troubles anxieux sont également présents en cas de stress.

De même, bien que le lien entre stress et suicide ne soit pas encore élucidé, certains auteurs pensent que ce lien existe bel et bien (Burnett et al., 1995). Le burn-out est également l'une des conséquences du stress professionnel chronique. Pour Koleck et al. (2000), c'est le stress perçu qui prédit l'épuisement professionnel et non la charge de travail.

Enfin, pour certains auteurs, le stress perçu est associé à des symptômes de dépression (Chang, 1998) et ce stress perçu est associé à la fois au niveau d'anxiété et de dépression (Collange et al., 2013).

- **Autres conséquences sur la santé**

D'autres problèmes de santé seraient issues du stress chronique comme la baisse du système immunitaire, les maladies immuno allergiques telles que l'asthme, le lupus, les colites, la polyarthrite rhumatoïde... etc ; l'infertilité, l'ulcère gastroduodénale (INRS, 2006).

- **Au plan organisationnel**

L'effet négatif du stress affecte également les organisations à travers diverses conséquences organisationnelles telles que l'absentéisme et la rotation du personnel, les faibles performances, le manque d'enthousiasme chez les travailleurs, la faible productivité et une absence d'innovation (ANACT, 2004).

Les estimations du BIT confirment que le stress entraîne une augmentation de l'absentéisme due à la maladie, un renouvellement prématuré du personnel, des départs anticipés à la retraite pour raison de santé, des conflits entre salariés et employeurs ainsi qu'une baisse de production en quantité et en qualité (OIT, 2002).

2.2.2.2. Les déterminants du stress professionnel chez les soignants

Il s'agira ici de présenter les facteurs les plus importants qui déterminent la survenue du stress chez les soignants de santé mentale.

- ❖ **Les déterminants organisationnels**

Plusieurs facteurs liés à l'organisation que constitue le milieu hospitalier peuvent engendrer le stress chez les soignants.

- **La charge de travail**

Pour Poète et Rousseau (2003), la charge de travail est envisagée selon 03 dimensions élémentaires : la charge prescrite, la charge réelle et la charge perçue (subjective).

La charge prescrite se réfère aux exigences des prescriptions du travail, les protocoles, les procédures. La charge réelle quant à elle renvoi à l'activité réelle des opérateurs. La charge subjective ou charge perçue est celle qui est relative au sentiment de charge des opérateurs.

En ergonomie, la notion de charge de travail se définit globalement par « l'intensité de l'effort fournie par le travailleur pour répondre aux exigences de la tâche dans des conditions matérielles déterminées, en rapport avec son état et divers mécanismes en jeu dans son travail » (Fournier et al., 2013). Selon Desjours (1980), la charge de travail est une perspective cumulative qui est envisagée pour définir cette astreinte issue du travail : charge physique, charge cognitive et charge psychologique concourent à la délimitation du périmètre de ce stressor. Des modèles utilisés dans les études épidémiologiques utilisent le terme « demande » pour désigner la charge de travail ; cette dernière y est considérée comme les différents aspects du travail, physique, psychologiques et organisationnels requérant un effort physique et/ou psychologique pour y faire face (Demerouti et al., 2006 ; Karasek, 1979).

• **La charge physique**

Dans le milieu hospitalier, l'approche ergonomique relève des facteurs spécifiques relatifs à la conception de la charge de travail selon la dimension consacrée à la charge physique.

Ainsi, la charge physique dans une approche purement ergonomique est considérée comme des efforts posturaux, les manutentions et les déplacements, le manque d'aménagement anthropométriquement adaptés, le manque d'instrumentations telles que les lèves-malades, et l'architecture des lieux qui engendrent le maintien quasi permanent en station debout, des postures pénibles et de nombreux déplacements (Estry-Behar & Fouillot, 1990). En ce qui concerne les soignants en santé mentale, l'un des aspects de la charge physique de travail concerne la contention manuelle et mécanique ainsi que d'autres efforts physiques fournis notamment pour administrer des soins sous contraintes à des patients non consentants ou violents, mais également pour s'opposer à des cas de violences sur le personnel et d'autres patients.

• **La charge psychologique ou charge émotionnelle**

Confrontés à la violence, à la mort, à la douleur, à la peur, aux conditions de travail défectueuses, les soignants peuvent éprouver un sentiment d'impuissance se traduisant par un

mal-être. Pour Stoïber et Boullience (1999), les soignants sont peu préparés à affronter les émotions (les leurs, celles des patients et celles des familles de patients), ils n'ont pas le temps et l'occasion d'extérioriser leurs sentiments. Pour le personnel soignant en santé mentale, les exigences émotionnelles des patients constituent une source modérée à élevée de stress (Grath & al., 2003).

En plus comme l'affirme Magnin (2012), les soignants en santé mentale vivent d'intenses émotions durant les interactions avec leurs patients, ce qui les oblige à utiliser la notion de travail émotionnel comme échappatoire. Cette notion de travail émotionnel renvoie à l'effort employé par les soignants pour réguler l'expression de leurs émotions, ceci afin d'être en accord avec les attentes que l'on a d'eux en tant que soignant. Cette auteure rajoute que l'utilisation à long terme de cette stratégie est inquiétante dans la mesure où elle peut engendrer des effets néfastes sur la santé des soignants et des patients (Magnin, 2012). Ceci s'inscrit dans le même ordre d'idée selon les auteurs tels que Alderson et al. (2005) ; Mann et Cowburn (2005); Koekkok et al., (2008), pour lesquels les professionnels de la santé doivent inévitablement adopter des stratégies pour gérer leurs émotions.

Un des éléments principaux de cette charge émotionnelle dans les services de santé mentale concerne la violence externe. Pour Legeron, l'acte de violence, sa fréquence et sa gravité dans certains services, peuvent faire naître chez les professionnels soignants un sentiment d'insécurité au travail qui épuise ; il ajoute également que c'est surtout ce sentiment d'insécurité, le fait de travailler la peur au ventre qui affecte de plus en plus de personnels, cette angoisse le fait vivre dans un état de stress permanent (Legeron, 2008).

Les études confirment que la violence en psychiatrie est un facteur de stress (Burnard et al., 2000 ; Edwards & Burnard, 2003 ; Jenkins & Elliot, 2004; Perron & al., 2015 ; Totman et al., 2011).

Enfin, la santé mentale (psychiatrie) exige beaucoup psychologiquement, ce qui entraîne une usure psychique, puis physique des soignants (Estryn-Behar et al., 2006).

La charge psychologique revêt tous les aspects de l'environnement de travail qui engendrent des émotions négatives chez les soignants. Allant dans ce sens, les relations conflictuelles avec les membres de l'équipe, les patients ou leurs familles, la pénurie du personnel, la personnalité difficile des soignés, les agressions verbales et physiques, la communication de mauvaises nouvelles, le manque de temps, la gravité de la situation, seraient autant d'éléments à l'origine des charges psychologiques ou charges émotionnelles au travail en milieu hospitalier (Adeb-Saeedi, 2002 ; Roques & Rogers, 2004) susceptibles d'influencer la perception du stress chez les soignants.

- **La charge mentale ou charge cognitive**

La charge de travail en milieu hospitalier comporte également une dimension cognitive importante. De nombreux auteurs se sont évertués à en présenter quelques éléments.

Ainsi, les interruptions incessantes du travail, les urgences, la transmission de nombreuses informations, les exigences cognitives du travail de soin constituent la charge cognitive.

La grande quantité de travail administratif, le travail en interdisciplinarité, la gestion des équipes ou la gestion administrative, le volume de dossiers et d'informations à traiter, le manque de ressources, manque de couverture sécuritaire, le niveau de responsabilité, sont des facteurs pouvant être catégorisés comme des charges cognitives du travail en milieu hospitalier et particulièrement en santé mentale pouvant influencer la perception du stress régulièrement cités par les auteurs (Adeb-Saeedi ; 2002 ; Roques & Rogers; 2004).

De plus, Jannati et al. (2011) semblent penser que les responsabilités et les charges des soignants, la supervision d'un collègue moins qualifié et ayant moins de compétences au travail, la nature de la profession constituent également des éléments de la charge cognitive de travail pouvant influencer la perception du stress dans le cadre d'unités de soins généraux, psychiatriques et cardiaques.

- **L'ambiguïté des rôles organisationnels**

Bien que ce déterminant du stress professionnel soit en lien avec la charge cognitive du travail, dans les services de santé mentale, ce facteur est d'une importance capitale dans la mesure où il apparaît dans de nombreuses études en ce qui concerne particulièrement les infirmiers dans cette spécialité. En effet, la santé mentale est une spécialité dans laquelle le travail est effectué en multidisciplinarité ; on y retrouve une catégorie de professionnels composée d'au moins les psychiatres, les infirmiers spécialisés en santé mentale, les psychologues. A cette équipe peuvent s'ajouter des psychomotriciens, des orthophonistes et même des assistants sociaux ; les rôles de chacun des acteurs s'imbriquent et se chevauchent le plus souvent.

Ainsi, il y a une possibilité d'ambiguïté de rôles entre divers soignants dans cette discipline car leurs champs de pratiques sont insuffisamment distincts, ce qui amène des rapports conflictuels (Alderson, 2005) et cet auteur rajoute que le rôle de l'infirmier dans cette spécialité n'est pas assez explicite. Particulièrement pour les infirmiers, leur rôle est difficilement définissable et leurs compétences sont floues (Magnin, 2012).

- **L'absence de supervision ou l'encadrement insuffisant**

La supervision est reconnue comme un élément susceptible de renforcer le moral des soignants en santé mentale comme le révèlent les études de Magnin (2012), Burnard et al. (2000); l'absence de supervision ou l'encadrement insuffisant sont mentionnés comme facteur de stress chez les soignants de santé mentale (Edwards & Burnard, 2003). Bien que l'absence de supervision soit un facteur de stress et en contexte de psychiatrie (Burnard et al., 2000), quelques écrits suggèrent qu'une supervision inadéquate peut conduire au stress et à l'épuisement (Chermiss, 1980; Harrisson, 1980 ; Shapiro, 1982). Selon Seltzer & Numerof (1988), deux aspects du comportement du superviseur peuvent être déterminants pour le stress chez ces personnels parmi lesquels une faible considération du superviseur envers l'employé et un encadrement rigide.

- **L'absence de reconnaissance**

L'étude de Magnin (2012) évoque le manque de considération ou l'absence de reconnaissance de la part de la hiérarchie comme l'un des principaux facteurs de stress les plus importants chez les soignants de santé mentale. De plus, comme l'ont révélé nos entretiens exploratoires, l'un des motifs d'insatisfactions chez les soignants en santé mentale au Cameroun est le manque de reconnaissance de la part des familles des patients. Ce manque de reconnaissance peut se manifester à travers des accusations formulées par les familles des patients envers les soignants (tortures, dénigrement, etc), l'abandon des patients par la famille, surtout en cas d'échec du traitement ou de chronicité des maladies mentale, le sentiment d'inutilité du traitement manifesté par la famille surtout en cas de chronicité de la maladie.

- **Le soutien social**

Selon Cobb (19676), le soutien social est défini comme une information amenant une personne en l'occurrence le soignant à croire qu'elle est aimée, estimée, valorisée et qu'elle appartient à un réseau de communication et de soutien mutuel.

Le soutien social constitue une des principales ressources susceptibles d'atténuer le niveau de stress au travail et l'impact du stress professionnel sur la santé psychologique (House, 1981; Larocco et al., 1980 ; Winnibust et al., 1982). Il peut agir comme modérateur dans la relation entre le stress au travail et la santé.

Dans les professions d'aide, ce concept de soutien social a fait l'objet de plusieurs études ; toutes ces recherches ont montré son influence bénéfique sur le bien-être des

intervenants, le soutien du supérieur et des pairs étant régulièrement associé à un degré moindre de stress et d'épuisement (Vanier & Fortin, 1996). Plus spécifiquement, l'étude de Leka et al. (2012) montre une mauvaise santé mentale parmi les infirmiers psychiatriques au Japon. L'une des raisons de cette mauvaise santé mentale étant les conditions de travail qui n'engendrent que peu de liens et de soutien social entre collègues, personnels soignants et avec la hiérarchie (Rawad et al., 2021).

- L'environnement organisationnel

L'environnement de travail en milieu hospitalier a des conséquences sur les soignants tant sur le plan physique que sur le plan psychique. A cet effet, quelques études énumèrent les facteurs environnementaux pouvant expliquer la survenue du stress professionnel en milieu hospitalier. Pour Jannati et al. (2011), le type d'unité est un facteur environnemental important ainsi que le manque de matériel et l'environnement physique (Gholamzadeh et al., (2011). Selon Canoui et Mauranges (2011), les facteurs de stress environnementaux en milieu hospitalier comprennent 05 variables formant un système de 5M : le milieu, les matières premières, le matériel, les méthodes de travail et la main d'œuvre.

De façon plus spécifique, concernant notre groupe d'étude, de nombreux auteurs démontrent que les soignants des services de santé mentale travaillent dans un environnement de stress élevé (Alderson et al., 2005; Estryng-Behar et al., 2006; Koekkok et al., 2008 ; Mann & Cowburn, 2005). La recherche de Tuvesson et al. (2011), révèle un lien entre l'ambiance du service, l'environnement psychosocial au travail et le stress chez les personnels soignants des services de psychiatrie. Dans cette étude, les facteurs environnementaux tels que faire face à des changements, le manque de clarté des rôles, la charge de travail, les comportements agressifs des patients, le manque de considération de la hiérarchie et surtout le climat organisationnel sont les plus grandes causes du stress.

Dawkin et al.(1985), soulignent que plus de la moitié des situations identifiées comme stressante par des soignants en santé mentale se rapportent particulièrement à des aspects organisationnels ou administratifs. De même, Jones et al. (1987), observent une relation positive entre les exigences administratives, la détresse et l'anxiété chez les infirmiers travaillant en hôpital psychiatrique.

Enfin, concernant ces facteurs organisationnels, d'autres auteurs à l'instar de Constable et Russel (1986) en précisent un récapitulatif qu'ils estiment comme exerçant un rôle plus important dans le développement du stress et de l'épuisement professionnel dans des relations d'aide notamment chez les infirmiers en psychiatrie (santé mentale). Parmi ces

facteurs les plus importants, on retrouve le manque d'autonomie et de contrôle dans le travail (Constable & Russel, 1986; Savicki & Cooley, 1987), une faible participation au processus de prise de décision (Jackson, 1983; O'Driscoll & Schubert, 1988), le manque de reconnaissance professionnelle (Friesen & Sarros, 1989), l'ambiguïté de rôle et le conflit de rôle (Himle & Jayaratne, 1990; Jackson & Schuler, 1986), le soutien social (Larocco et al., 1980; Winnibust et al., 1982), la surcharge de travail (Rawad et al., 2021).

❖ **Les déterminants liés à la tâche, aux patients et aux traitements**

Le niveau de stress chez les soignants en santé mentale est également déterminé par leurs différentes tâches, les patients qu'ils reçoivent ainsi que leur traitement. Nous présenterons ici les facteurs les plus importants constituant ces déterminants.

- **Concernant la tâche**

Divers aspects de la tâche sont en lien avec le stress dans les services de santé mentale. Tout d'abord, le soin relationnel qui constitue l'essence même des soins dans cette spécialité affecte émotionnellement les soignants comme nous l'avons relevé. D'ailleurs, une particularité du travail dans cette spécialité est que le soignant est l'outil de soin (Magnin, 2012), ce qui entraîne une forte implication dans tous les aspects du traitement des patients tant au plan physique, mentale (cognitif) ou émotionnel. Ici, le lien soignant / soigné est donc différent des hôpitaux somatiques. A cet effet, les exigences des soins en santé mentale imposent selon Morasz et al. (2004), non seulement d'identifier les souffrances du patient mais de s'y sentir fortement impliqué; inconsciemment, l'empathie vient solliciter les émotions et les sentiments du soignant qu'il aurait préféré garder enfouies.

Certains auteurs évoquent la notion de chronicité des maladies mentales.

Pour Muldworf (2010), ce concept est au cœur même de l'usure des soignants de cette spécialité et le rôle de ces derniers fini par se vider de son sens. Il s'installe alors une monotonie dans les soins, engendrant l'ennui.

De plus, du fait des délires et des hallucinations qui sont les symptômes couramment rencontrés chez les patients souffrant de maladies mentales, la communication entre le soignant et le patient peut être entravée. Or, la communication est un élément très important de la relation d'aide qui va s'installer afin de faciliter la prise en soin. Cette situation peut conduire le patient à un état de passivité dans sa propre santé, le conduisant à une réaction de violence, ce qui rend encore plus difficile cette relation d'aide.

Enfin, d'autres auteurs reconnaissent également comme stressseurs liés à la tâche dans cette spécialité les interruptions à la routine de la vie familiale, la tension physique et émotive associée au travail et aux horaires, la faible rémunération (Weaver, 1984), mais également les exigences de la relation thérapeutique (Farber & Heifetz, 1981, 1982).

- Concernant les patients

D'autres facteurs spécifiques aux patients en santé mentale constituent des sources de stress pour le soignant. Ces facteurs se rapportent aux caractéristiques des patients et aux contacts du soignant avec ceux-ci ; parmi ces stressseurs, on relève la sévérité de la pathologie et sa chronicité (Connop, 1989; Maslach, 1978 ; Oberlander, 1990 ; Pines & Maslach, 1978), ainsi que la durée et la fréquence des contacts directs (Maslach & Jackson, 1982, Savicki & Cooley, 1987). Le risque de stress s'accroît lorsque le contact avec le client est très perturbant, difficile et frustrant (Maslach, 1978). L'attitude et le comportement négatif de certains clients tels que la résistance, l'hostilité et l'agressivité influencent significativement la perception du stress en contexte de psychiatrie (Ackerley et al., 1988; Browner et al., 1987; Hiscott et Connop, 1989). Enfin, l'absence de feed-back ou d'un feed-back négatif concernant l'état ou le traitement de la clientèle (Eisenstat & Felner, 1984; Maslach, 1978) ou encore le nombre d'interventions de crise, les automutilations, la non-participation au traitement, les difficultés de faire face aux comportements suicidaires (Burnard et al., 2000).

- Concernant le traitement

La majorité des résultats de recherches évoquent la non-compliance médicamenteuse (Burnard et al., 2000). Cette non-compliance médicamenteuse se définit comme un manque d'adéquation entre les comportements des patients et les prescriptions médicales (Sackett & Haynes, 1979). Elle est encore appelée non-observance et est susceptible d'aboutir aux rechutes et réadmissions des patients, deux notions qui constituent également des facteurs de stress chez les soignants en santé mentale (Totman, et al., 2011). En effet, les rechutes et les réadmissions constituent les conséquences de la non-compliance médicamenteuse (Murphy & Coster, 1997).

❖ Les déterminants situationnels

Diverses caractéristiques des situations peuvent être à l'origine du stress professionnel chez les soignants. De façon générale, dans l'approche transactionnelle, l'imprévisibilité, l'imminence, l'ambiguïté, l'incontrôlabilité sont les quatre principales caractéristiques d'une

situation pouvant induire un niveau de stress élevé (Bruchon-Schweitzer, 2002). Ainsi, chez le soignant, ces aspects peuvent se rencontrer dans diverses situations de travail :

- L'imprévisibilité : le soignant ne peut prédire le profil ou l'état des patients qu'il recevra, de même, le diagnostic ou l'évolution de l'état des patients restent également imprévisibles ; en santé mentale, les actes suicidaires demeurent souvent imprévisibles.

- L'ambiguïté : nous l'avons signalé, la prise en charge en santé mentale est pluridisciplinaire et les actes peuvent s'imbriquer, engendrant une ambiguïté particulièrement chez les infirmiers. De même, en l'absence du médecin, certains soignants semblent confus entre les actes à poser et leurs limites professionnelles.

- L'imminence : cette situation peut se présenter lors de l'annonce de l'arrivée dans un service de santé mentale d'un patient violent, agressif, présentant des manifestations telles que les automutilations ou des tentatives suicidaires. Le premier contact du soignant avec ce patient qui s'annonce engendre du stress, qui est similaire au stress vécu par le professionnel la veille d'une supervision.

- L'Incontrôlabilité : la maîtrise de son environnement de travail, notamment la connaissance des patients pris en charge, le type de relation avec ces derniers ou leurs familles, leurs pathologies, leurs traitements, l'évolution de leurs états, la maîtrise des protocoles et techniques de prise en charge constituent des éléments de contrôlabilité du milieu de travail pour le soignant.

❖ **Les déterminants personnels**

Concernant les déterminants liés à la personne, nous pouvons les regrouper en deux variables : les variables psychologiques et les variables sociodémographiques.

- **Les variables psychologiques**

Les éléments de littérature attestent du rôle de plusieurs de ces variables sur le stress, notamment le stress professionnel. Ainsi, dans cette littérature, les variables les plus évoquées sont notamment les types de personnalité, le névrosisme, le locus de contrôle, la résilience, l'auto efficacité perçue, l'estime de soi, les stratégies de coping, le soutien social perçu, l'intelligence émotionnelle, l'extraversion et l'agréabilité.

Concernant la personnalité, Rosenman et al. (1974), soutiennent l'importance de cette variable quant à la perception, l'interprétation de ce qui est générateur du stress et aux comportements qui en découlent chez l'individu. Ces auteurs estiment que les individus peuvent être catégorisés en trois personnalités observables dans la vie quotidienne ou dans la vie professionnelle, soient les types A, B et C. Les personnalités de type A sont généralement

caractérisées par l'agressivité, la combativité, l'impulsivité, l'ambition, toujours pressés et impatientes. Il semble que 90% des sujets atteints de certaines pathologies cardiaques notamment l'infarctus du myocarde soient de type A (cette pathologie a un lien avec le stress).

Le type B est considéré par ces auteurs comme l'idéal de la population. Ces personnalités utilisent leur rythme naturel de stress afin de développer l'énergie nécessaire pour résoudre leurs problèmes. Cette catégorie est minoritaire et caractérisée par la sagesse, le réalisme.

Enfin, le type C intériorise sa réponse au stress, il espère dominer, maîtriser ou contrôler la situation. Il s'agit d'un faux calme qui cache sa souffrance. Ce type de personnalité se détruit plus intérieurement qu'il ne peut extérioriser sa réaction.

Par ailleurs, dans une perspective transactionnelle, la personnalité est une variable reconnue pour modérer la nature de la relation entre les stressés et le stress perçu (Campbell, 2019). Selon cette conception transactionnelle du stress, il apparaît que le stress perçu est déterminé par deux types de facteurs, soient personnels soient situationnels. Dans la dimension personnelle, les traits de personnalité semblent jouer un rôle quant à la perception du stress et sur la perception de la situation (Bruchon-Schweitzer, 2002).

Pour l'intelligence émotionnelle, de nombreux travaux révèlent que les étudiants en santé qui possèdent de fortes intelligences émotionnelles gèrent mieux leur stress professionnel en comparaison à leurs pairs ayant de faibles intelligences (Campbell et al., 2006). L'intelligence émotionnelle étant considérée comme une habileté formée de quatre composantes : identification correcte des émotions (les siennes et celles d'autrui), l'utilisation des émotions pour faciliter le raisonnement, la compréhension des émotions (les siennes et celles d'autrui), l'autogestion des émotions (Mayer et al., 2004).

Pour Maury (2015), l'intelligence émotionnelle est positivement associée à des relations infirmiers/patients de bonne qualité, un meilleur bien-être psychologique et une meilleure satisfaction dans divers aspects de la vie. Ainsi, l'intelligence émotionnelle pourrait s'avérer être une véritable ressource pour une spécialité telle que la santé mentale en raison de l'omniprésence des exigences émotionnelles liées à la profession.

Les auteurs investiguant le lien entre le niveau de résilience et le stress confirment que les étudiants qui possèdent un haut niveau de résilience perçoivent les situations comme moins stressantes (Seyedfatemi et al., 2015), la résilience étant considérée comme un processus d'adaptation aux stressés, à l'adversité, au changement et l'enrichissement des facteurs de protection personnels ou environnementaux (Richardson, 2002).

Pour certains auteurs à l'instar de Bardou et Paultre (2016), les étudiants en santé qui utilisent les stratégies de coping centrées sur le problème (coping actif) sont plus performants, expriment un sentiment de bien-être et perçoivent les situations moins stressantes.

Quant au névrosisme, la recherche de Bardou et Paultre (2016) dont l'un des aspects portait sur le lien entre le stress perçu chez les médecins internes et le névrosisme constate que ceux ayant des scores élevés de névrosisme ont une tendance à être plus stressés que ceux ayant un faible score. Ce trait de personnalité est associé à une instabilité émotionnelle, une hyperréactivité, le ressentiment d'émotions négatives, ce qui explique la vulnérabilité au stress (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014). Par ailleurs, cette étude révèle une corrélation négative entre stress perçu et d'autres traits de personnalité tels que « l'extraversion » et « l'agréabilité ». Ces deux traits peuvent être considérés comme des traits protecteurs contre le stress. Il est important de noter que l'extraversion est un trait de personnalité caractérisé par les individus sociables, bavardes, actives, orientés vers les autres, optimistes et affectueux (Costa & McCrae, 1992), contrairement à l'introversion qui se caractérise par une faible réactivité aux stimulations agréables de l'environnement.

L'agréabilité est un trait de personnalité qui relève du comportement interpersonnel. Pour Bakker et al. (2006), ce trait est caractérisé par l'altruisme et l'attention envers les autres plutôt que par l'égoïsme et l'indifférence envers les autres.

D'autres variables psychologiques à l'instar de l'auto-efficacité perçue, le soutien social perçu, l'estime de soi, le contrôle perçu ont déjà été abordés en ce qui concerne leur contribution déterminante au niveau de stress perçu.

Enfin, le locus de contrôle est l'un de ces déterminants psychologiques les plus évoqués dans la littérature ; il s'agit de la propension (tendance naturelle) d'un individu à croire qu'il exerce un contrôle sur son environnement (Locus de contrôle interne) ou, à l'inverse, que sa destinée est guidée par des facteurs hors de son contrôle (locus de contrôle externe) (Rotter, 1954 ; 1966).

De manière générale, selon Meyers et Wong (1988), les individus internes sont significativement moins enclins au névrosisme, au stress, à la dépression et à l'anxiété ; ils disposent d'une meilleure estime de soi.

- Les variables sociodémographiques

Outre les variables psychologiques, les variables sociodémographiques sont également énumérées dans les facteurs déterminants du stress en général. Toutefois, de nombreuses études effectuées concernant ces variables sociodémographiques ne sont pas

toujours convergentes. En effet, les variables les plus étudiées concernent l'âge, le sexe, le statut matrimonial, le niveau d'étude, l'ancienneté, la responsabilité, les horaires de travail, le travail en alternance (jour / nuit), la responsabilité parentale, la responsabilité professionnelle. Pour la plupart de ces études, les liens significatifs entre ces variables et le niveau de stress sont rares, malgré qu'une tendance générale se dégage dans la majorité d'études concernant le genre. D'après ces études, les liens significatifs existent entre le genre et le niveau de stress. Les femmes présenteraient des niveaux de stress plus élevés que les hommes (Gerdes, 1995 ; OIT, 2016).

Ainsi, selon l'OIT (2016), les femmes sont plus enclines à faire état de symptômes de stress physiques et émotionnels ainsi qu'une hausse du niveau de stress. On observe alors une divergence au niveau des résultats, certaines études présentant des corrélations significatives entre le stress et des variables sociodémographiques qui ne sont pas corroborées par d'autres études. A titre illustratif, dans le milieu hospitalier, une étude menée par Chakroun et al. (2013) portant sur l'évaluation du stress dans les services d'urgence en Tunisie n'a présenté aucune corrélation significative entre le genre, le statut marital, l'ancienneté au service et le niveau de stress professionnel, la seule relation significative avec ce stress étant l'âge inférieur à 30 ans tandis qu'une autre étude menée par Aucoin (1989) sur l'évaluation du niveau de stress chez les infirmières constate que les plus âgées présentent des niveaux de stress les plus élevés, l'ancienneté entretient un lien avec le niveau de stress, les individus travaillant selon une rotation jour / nuit présentent un stress plus élevé, malgré l'absence d'une relation significative entre ces variables et le niveau de stress.

Enfin, il serait ainsi difficile de prédire de façon universelle les liens entre les déterminants personnels et la perception du stress.

2.2.3. Etat des lieux sur le coping du stress professionnel chez les soignants

Cette section est consacrée à la présentation des différentes stratégies de coping et leur efficacité, des stratégies de coping chez les soignants et enfin les déterminants du coping.

2.2.3.1. Les différentes stratégies de coping et leur efficacité

On distingue trois principales stratégies de coping dont l'efficacité dans la réduction du niveau de stress perçu n'est pas toujours la même d'après diverses études.

❖ Les différentes stratégies de coping

- Le coping centré sur le problème

Encore appelé coping actif (Paulhan & Bourgeois, 1995) ou coping vigilant (Suls & Fletcher, 1985) par certains auteurs, c'est une stratégie qui vise à réduire les exigences de la

situation et/ou à augmenter ses propres ressources pour mieux y faire face. Il s'agit plus concrètement de mettre en place des actions afin de résoudre le problème. La mise en place des comportements et attitudes visant à résoudre le problème va modifier la relation de l'individu avec son environnement. Ce coping centré sur le problème comprend deux facteurs majeurs : la résolution du problème (recherche d'informations, élaboration de plans d'action) et l'affrontement de la situation (efforts et actions directs pour modifier le problème). Il peut s'agir dans la vie quotidienne par exemple de consulter un médecin, augmenter ses connaissances dans certains domaines, établir un planning, négocier un délai pour payer ses factures (Bruchon-Schweitzer, 2001). Cette stratégie telle que l'ont affirmé Lazarus et ses collègues, demeure la plus utilisée lorsque la situation est contrôlable (Lazarus & Folkman 1984).

- Le coping centré sur les émotions :

Encore appelé coping passif (Paulhan & Bourgeois, 1995), ou coping évitant (Suls & Fletcher 1985), cette stratégie consiste à gérer les réponses émotionnelles induites par la situation et donc à réduire le niveau et les réactions de stress (Paulhan, 1992). Pour cette auteure, elle a une action palliative puisqu'elle modère la détresse en rapport avec la situation stressante pour en réduire les effets physiologiques. Cette régulation peut se faire de diverses façons (émotionnelle, physiologique, cognitive, comportementale, psychologique). Une multitude de réponses appartient à cette catégorie : consommation des substances (alcool, tabac, drogues), s'engager dans diverses activités distrayantes (exercice physique, lecture, télévision, jeux...), se sentir responsable (auto-accusation), exprimer ses émotions (colère, anxiété...). L'une des modalités cognitives de cette stratégie de coping vise à transformer la signification de la situation en modérant par exemple sa gravité (minimisation) ou en niant la réalité (pensée magique, dénégation ou déni...) (Bruchon-Schweitzer, 2001). Cette stratégie centrée sur les émotions est surtout élaborée lorsque la situation est incontrôlable et qu'il n'y a pas grand-chose à faire pour modifier la situation (Bruchon-Schweitzer, 2002).

Enfin, pour Lazarus et Folkman (1984), 05 facteurs majeurs en général se rattachent au coping centré sur l'émotion:

- La minimisation de la menace, la prise de distance (j'ai fait comme si rien ne s'était passé, je me suis dit que ce n'était pas si grave...).
- Réévaluation positive (je suis sorti plus fort de cette épreuve...).
- L'auto accusation (j'ai compris que c'était moi qui avais créé le problème).

- L'évitement/fuite (j'ai essayé de me sentir mieux en buvant ou en fumant ; j'ai essayé de tout oublier).
- La recherche du soutien émotionnel (j'ai accepté la sympathie et la compréhension de quelqu'un).

- Le coping centré sur le soutien social

Selon Vitaliano et al. (1985), c'est une stratégie consistant à recueillir des informations sur une situation stressante, à se confier aux autres et accepter leurs sympathies. Pour Carver et al. (1989), lorsque cette stratégie implique le recours à du soutien moral et la recherche de sympathie ou de compréhension de la part des autres, on parle de soutien social émotionnel.

La recherche de soutien social instrumental est l'une des dimensions évoquées par ces mêmes auteurs ; elle consiste à rechercher des avis, de l'aide ou des informations appropriées à la situation stressante (Carver et al., 1989), ce qui est en adéquation avec Lazarus et al. (1986) qui distinguent deux facteurs de cette stratégie : la recherche de soutien émotionnel et tangible et la recherche de soutien instrumental ou recherche d'informations auprès d'un tiers qui peut agir sur la situation stressante.

Enfin, l'individu peut utiliser à la fois un coping centré sur le problème et celui centré sur les émotions face au même événement stressant (Bruchon-Schweitzer, 2001); exemple : une bonne planification des soins chez le soignant et la pratique régulière de l'activité sportive pourraient atténuer le stress perçu au travail, la bonne planification des soins étant considérée comme une stratégie de coping centrée sur le problème et la pratique de l'activité sportive comme une stratégie centrée sur l'émotion.

❖ Efficacité des stratégies de coping

Dans de nombreuses situations stressantes, les stratégies de coping n'ont pas la même efficacité malgré qu'elles permettent à l'individu de s'ajuster (faire-face) au stress.

Selon Lazarus et ses collègues, le coping a deux fonctions principales : il peut permettre soit de modifier le problème qui est à l'origine du stress, soit permettre de réguler les réponses émotionnelles associées à ce problème (Lazarus & Folkman, 1984; Lazarus & Launier 1978). Pour ces auteurs, on distingue deux grands types de coping invariants à savoir le coping centré sur le problème, le coping centré sur l'émotion; plus tard, une autre stratégie en l'occurrence le soutien social a été intégrée aux deux précédentes.

Une stratégie de coping est efficace si elle permet à l'individu de maîtriser la situation stressante, de diminuer son impact sur son bien-être physique et psychique (Lazarus & Folkman, 1984, 1888).

Toutefois, il est à noter que l'efficacité des stratégies de coping est influencée par certaines conditions et que ces stratégies pourraient avoir des effets bénéfiques ou néfastes sur la santé à long terme.

En effet, tel que nous l'avons indiqué, vis-à-vis d'une situation maîtrisable ou contrôlable, les études indiquent que les stratégies centrées sur le problème sont fonctionnelles et associées à des indicateurs de santé mentale positifs (Bruchon-Schweitzer, 2002). Cependant, lorsque la situation affrontée échappe au contrôle de la personne, les efforts répétés sont inutiles, épuisants et éventuellement nocifs pour la santé (Lazarus & Folkman, 1984). Dans ces conditions, les stratégies centrées sur les émotions s'avèrent relativement efficaces à court terme, mais induisent cependant à long terme des états dépressifs (Bruchon-Schweitzer, 2002). Dans cette même optique, Seligman (2011), fondateur de la psychologie positive suggère que les stratégies associées aux composantes du bien-être s'avèrent favorables en tout temps, notamment les relations interpersonnelles positives, le sens et l'accomplissement. À l'inverse, les stratégies telles que l'évitement sont pratiquement toujours néfastes, surtout si les stressors se manifestent avec une certaine chronicité (Bruchon-Schweitzer, 2002). Pour les soignants, l'évitement est une stratégie qui pourrait à long terme être en inadéquation avec les valeurs qui les inspirent, puisque cette stratégie constitue un obstacle pour la relation soignant/soigné et est susceptible d'instaurer le doute quant aux capacités professionnelles de ces derniers.

Ainsi, il n'y a donc pas de stratégie de coping efficace en elle-même, indépendamment de certaines caractéristiques des individus (évaluations) et des situations (durée ; ambiguïté) (Dewe, O'Driscoll & Cooper, 2010), et intrinsèquement, les deux stratégies invariantes de coping (passif et actif) ne diffèrent pas au niveau de leur efficacité, chacune étant appropriée selon les circonstances (Dewe, O'Driscoll & Cooper, 2010). De plus, l'efficacité du coping pourrait également résulter d'une utilisation combinée de différentes stratégies ; l'efficacité de ces combinaisons est démontrée par quelques études telles que celles de Kaluza (2000), Gaudreau & Blondin (2004), Nielsen & Knardahl (2014). La combinaison de deux stratégies opposées (active et passive) peut impacter soit positivement soit négativement le ressenti en fonction du degré d'engagement de l'individu pour résoudre le problème (Gaudreau & Blondin, 2004).

La combinaison de deux stratégies passives est associée à un haut niveau de symptômes dépressif ou de stress (Nielsen & Knardahl, 2014).

En définitive, le choix des stratégies de coping adopté face à une situation stressante peut avoir des impacts négatifs ou positifs sur le comportement et la santé de l'individu ou du salarié.

Les études investiguant le rôle joué par le coping entre le stress et la santé mentale suggèrent que l'individu utilisant les stratégies de coping centrées sur l'émotion pourrait être vulnérable aux problèmes émotionnels tels que : burnout, anxiété ou une dépression par rapport à un individu ayant tendance à utiliser un coping centré sur le problème ou sur la recherche du soutien social (Chang, 2012 ; Gibbons, 2010; Patterson, 2009), des troubles dont-on connaît l'impact négatif dans le milieu professionnel.

2.2.3.2. Les stratégies de coping chez les soignants

De nombreux travaux se sont penchés sur les stratégies de coping des soignants dans des situations stressantes, dans diverses spécialités hospitalières.

Une recension de la littérature faite par Winiger (2011), concernant des stratégies d'adaptation face à la violence externe qui est l'un des risques récurrents en psychiatrie, énumère six stratégies d'adaptation (Stratégies de coping) mises en œuvre par le personnel afin d'y faire face ; ainsi par ordre décroissant relatif de fréquence d'utilisation, nous avons entre autres :

- Rechercher une écoute et un soutien
- Donner un sens à la situation de violence
- Contrôler et maîtriser la situation
- Recourir aux expériences antérieures de violence
- Se ressourcer à travers la spiritualité par exemple

A travers cette étude, on constate que le personnel utilise toutes les trois stratégies de coping. En effet, rechercher une écoute et un soutien relève du coping centré sur la recherche du soutien social; le coping centré sur l'émotion y est bien illustré par l'attribution d'un sens à la situation de violence ainsi que se ressourcer; enfin, le coping centré sur le problème est la deuxième stratégie la plus fréquente, elle est représentée par des comportements tels que avoir une confiance et une estime de soi, contrôler et maîtriser la situation, recourir aux expériences antérieures de violence.

Dans l'étude de Grebot (2010), portant sur les stratégies de coping des urgentistes, la première stratégie la plus utilisée est le coping centré sur le problème, puis les stratégies centrées sur le soutien social et enfin le coping centré sur l'émotion.

Concernant les personnels prenant en charge des patients en fin de vie, Rodriguez (2014), dans sa recherche sur l'adaptation de ce personnel, présente comme stratégie centrée sur le problème (coping actif), la confrontation qui consiste en deux réponses : la vigilance qui est le fait d'anticiper et de se focaliser sur une émotion / souffrance liée à un stimulus qui n'a pas encore eu lieu), ou la recherche active d'une solution par la sollicitation du soutien au sein d'un groupe (Luminet, 2002) . Pour les stratégies passives, la plus évoquée dans ce groupe est l'évitement. Pour Rodriguez (2014), il s'agit d'une stratégie intervenant lors de la mise à distance d'un stresser; pour cet auteur, l'évitement empêche une prise en soin optimale en cherchant pour ce soignant uniquement à satisfaire l'intérêt personnel afin d'éviter la souffrance engendrée par le contact avec le stresser. Pour Magnin (2012), le coping centré sur le problème et le coping centré sur la recherche de soutien social permettent de garder la bonne distance avec le patient en psychiatrie.

Pour les techniciens anesthésistes, Nedjoua et al. (2016), dans leur étude portant sur le stress professionnel et les stratégies de coping chez ces soignants, révèlent dans leurs résultats l'utilisation de six stratégies de coping notamment la focalisation active et cognitive qui consiste à se concentrer sur un problème et sur les modes de résolution du problème, la recherche de soutien social, le retrait(le sujet se replie sur lui-même, essaie de ne pas penser au problème en se réfugiant dans les rêves, l'imaginaire ou en adoptant des comportements ou conduites de compensation comme la boulimie, la drogue, le tabac, l'alcool, les médicaments), la conversion(se retourner vers la religion, se donner une philosophie de vie, plaisanter sur le sujet), le contrôle (maîtrise de la situation, coordination des comportements ou des activités) ,le refus (faire comme si le problème n'existe pas, se distraire en faisant autre chose).

Pour le personnel exerçant en psychiatrie carcérale, Boudoukha et al. (2009) en France, constatent que la résolution du problème et la recherche de soutien social constituent des stratégies significativement plus utilisées chez les soignants travaillant quotidiennement avec des personnes incarcérées souffrant des maladies mentales, comparativement à leurs homologues qui ne travaillent pas exclusivement auprès de ces détenus.

L'étude de Meyer et Maillard (2015) portant sur les stratégies de coping des infirmiers de soins aigus et des urgences face au stress dénombre une multitude de stratégies de coping issues de la revue de littérature. Pour ces services, le personnel y exerçant utilise comme

stratégie de coping centrée sur le problème : la planification, l'acceptation des responsabilités, la confrontation, la prise indépendante de décisions, la prise de conscience du travail, le self contrôle, l'organisation, l'anticipation des tâches et leurs exécutions correctes, le travail d'équipe, les stratégies interactionnelles.

Comme stratégie centrée sur l'émotion, ils évoquent la spiritualité, la réévaluation positive, l'humour, l'évitement, les activités en dehors du travail, le déni, l'alcool, faire de l'exercice, prendre des vacances...etc.

L'étude de Magnin (2012) s'intéressant à la chronicité des maladies mentales et le vécu du personnel soignant, évoque six stratégies d'adaptation mises en œuvre par ce personnel afin d'y faire face. Sa revue de littérature énumère entre autres :

- Le travail émotionnel
- La distanciation sociale
- Le détachement émotionnel : nier ses propres sentiments (anxiété, culpabilité, impuissance, dépression, hostilité) pour avoir un comportement acceptable, utiliser la plaisanterie et l'évitement.
- La réduction de simulation exemple : stopper les activités productives pour tuer le temps avec la télévision, les jeux vidéo etc.
- La dépendance : ici, les soignants deviennent anxieux, ils ont peur de devenir dépendants, hostiles, vulnérables envers les patients ; à cet effet, pour s'en protéger, ils utilisent le déni de leurs sentiments, les jeux, l'inversion des rôles, la plaisanterie.
- S'habituer : faire au mieux avec la chronicité pour contrer l'impuissance face à la chronicité des maladies mentales, ils utilisent le cynisme d'intérêt pour un nouveau patient.

2.2.3.3. Les déterminants du coping

Certains auteurs soutiennent que le coping est déterminé par des facteurs dispositionnels tels que la personnalité alors que pour d'autres, ces déterminants sont situationnels. Les facteurs situationnels (contextuels) et les facteurs inhérents à l'individu constituent les déterminants du coping (Huard, 2000). Il convient ainsi de tenir compte de ces 02 déterminants.

❖ Les déterminants dispositionnels du coping

Les travaux tels que ceux de Billing & Moos (1981) soutenaient déjà l'idée d'un caractère stable des stratégies utilisées dans les situations stressantes, confirmé par les recherches ultérieures comme celle de DeRidder (1997), attestant que le coping dépend des facteurs dispositionnels (Parrochetti, 2011), c'est-à-dire inhérents à l'individu.

D'autres auteurs tels que Costa et al. (1996), soulignent également que les stratégies de coping ne sont pas spécifiques, mais générales car elles sont déterminées par les caractéristiques stables des individus (traits de personnalité) plutôt que par les caractéristiques variables de la situation. Pour ces auteurs, chaque individu disposerait de ses propres styles de coping dont il mobiliserait préférentiellement certaines plutôt que d'autres face à la multitude de situations aversives qu'il rencontrerait dans la vie. De plus, ils ajoutent que le coping renvoie à des stratégies générales et non spécifiques qui sont inhérentes aux caractéristiques propres et stables de l'individu (les traits de personnalité).

Concernant ces déterminants dispositionnels, ils sont de deux ordres : les caractéristiques cognitives et les caractéristiques conatives de l'individu.

❖ **Les déterminants cognitifs du coping**

Les auteurs évoquent comme déterminants cognitifs les croyances (sur soi, le monde, ses ressources, ses capacités à résoudre les problèmes...), et les motivations générales (valeurs, buts, intérêts...), le lieu de contrôle (interne/externes). Les individus croyant que ce qui leur arrive est déterminé par leurs capacités et leur comportement (locus interne) plutôt que par des causes externes, comme la chance, le hasard ou le destin (locus externe) percevront les situations comme contrôlables, leurs ressources adéquates et auront tendance à élaborer davantage des stratégies centrées sur le problème que les personnes ayant un lieu de contrôle externe. D'autres déterminants cognitifs les plus citées sont notamment l'auto-efficacité perçue, l'optimisme, l'attribution causale etc., (Bruchon-Schweitzer, 2001).

❖ **Les déterminants conatifs du coping**

Le terme conatif renvoie à certaines dispositions stables de la personne qui poussent l'individu à agir d'une façon ou d'une autre.

De nombreux traits de personnalité se sont avérés de bons prédicteurs de stratégies de coping. Allant dans cet optique, l'anxiété, le névrosisme, la dépression et l'hostilité prédisent des évaluations particulières (stress perçu élevé, faible auto-efficacité perçue) et davantage l'usage des stratégies de coping centrées sur l'émotion. A contrario, les caractères tels que la résilience, le sens de la cohérence, l'agréabilité, le fait d'être consciencieux sont associés à des évaluations plus favorables des situations et davantage d'usage de stratégies centrées sur le problème (Bruchon-Schweitzer, 2001).

Enfin, des auteurs comme Costa et al. (1996) sont convaincus que le coping tout comme l'évaluation de la situation stressante sont en partie déterminés par des caractéristiques psychosociales stables chez l'individu et non les caractéristiques fluctuantes

des situations, ce qui expliquerait d'après Mc Crae (1990), Vollrath et Torgersen (2002), pourquoi ces réponses de coping ont une certaine consistance temporelle d'une situation à l'autre.

❖ **Les déterminants situationnels (contextuels) et transactionnels du coping.**

D'autres auteurs soulignent que les stratégies de coping peuvent être déterminées en partie par des variables situationnelles; allant dans ce sens, la nature de la menace, l'imminence, la durée, l'ambiguïté, la contrôlabilité du stresser ainsi que la disponibilité et la qualité du soutien social constituent quelques facteurs situationnels influençant l'adoption de l'une ou l'autre des stratégies de coping chez l'individu. Ainsi, les stratégies de coping dépendant à la fois des caractéristiques des individus et de celles des situations rencontrées (Bruchon-Schweitzer, 2001).

Pour l'approche transactionnelle, outre les facteurs dispositionnels et situationnels, on note l'implication d'un troisième facteur en l'occurrence les différentes évaluations de la situation stressante intervenant dans le choix de l'une ou l'autre des stratégies de coping. Les facteurs dispositionnels et situationnels influent sur les deux niveaux de l'évaluation primaire et secondaire ; l'évaluation agit sur le stresser (nature, imminence, durée, ambiguïté, fréquence, intensité, contrôlabilité) et le soutien social (disponibilité, nature, qualité...etc.) (Parrochetti, 2011). De manière globale, il semble que la contrôlabilité de l'évènement détermine en grande partie le type de stratégie privilégiée: coping centré sur les émotions quand les évènements sont perçus comme incontrôlables et coping centré sur le problème pour ceux perçus contrôlables (Parrochetti, 2011), ce qui confirme les constats des auteurs tels que Lazarus & Launier (1978), qui avaient déjà souligné l'importance de la signification accordée à un évènement indépendamment de sa valence objective ; ces auteurs avaient alors décidé de classer l'évaluation des stressers en trois catégories : défi, menace ou perte. C'est le type d'évaluation de la situation stressante, c'est-à-dire le sens que l'individu accorde à la situation qui détermine le choix de la stratégie à adopter.

Il s'est agi dans cette section de présenter un certain nombre d'écrits concernant divers termes et expressions émanant de la littérature et permettant une compréhension des variables dépendante et indépendante de la présente étude. La section suivante sera consacrée à la présentation des théories explicatives de l'objet de l'étude et du lien entre ces deux variables.

CHAPITRE 3: CORPUS THEORIQUE DE REFERENCE DE L'ETUDE

Il s'agira ici de présenter les différentes théories explicatives de notre objet d'étude (stress perçu).

Nous présenterons d'abord les trois grandes approches théoriques du stress professionnel puis, les différentes théories et modèles y afférents.

3.1. Les différentes approches du stress professionnel

Au plan conceptuel, il existe diverses manières d'appréhender le stress, notamment le stress professionnel. Nous distinguerons ainsi trois grandes approches théoriques : l'approche physiologique (approche biologique ou médicale), l'approche interactionniste et l'approche transactionnelle (approche interactionniste cognitive).

Pour l'approche interactionniste, nous présenterons les modèles de Karasek et Théorell, et celui de Siegrist. L'approche physiologique sera présentée à travers la théorie du syndrome général d'adaptation et enfin l'approche transactionnelle à travers la théorie transactionnelle du stress/coping de Lazarus et Folkman.

3.1.1. L'approche interactionniste

Comme dans l'approche physiologique, les modèles issus de l'approche interactionniste insistent sur le lien entre d'une part les sources et d'autre part les effets du stress. Toutefois, cette approche se démarque de l'approche physiologique par le fait que dans cette dernière, le stress est considéré comme une réaction à un stressor engendrant des conséquences physiologiques alors que l'approche interactionniste conçoit le stress comme la résultante de l'écart entre la situation et l'individu, donc un écart entre les caractéristiques de l'individu et les exigences de la situation (Ponnelle, Vaxevanoglou & Garcia, 2012). Ainsi, l'approche interactionniste du stress considère ce phénomène comme un écart provenant d'un manque d'équilibre entre les exigences des milieux de travail d'une part, et les caractéristiques de l'individu d'autre part (Balhadj & Metboua, 2022).

Pour ces auteurs, la conception interactionniste du stress distingue trois grands domaines d'influence : l'environnement, le contexte et enfin l'individu et offre la particularité de traiter le stress professionnel en fonction des caractéristiques du salarié, des activités

professionnelles et de leurs interactions; de ce fait, l'évaluation du stress ne pourra être effectuée qu'en prenant en compte ces trois catégories (Balhadj & Metboua, 2022).

En revanche, le principal reproche fait à cette approche est le fait qu'elle n'est pas à même d'expliquer la manière dont les travailleurs s'adaptent au stress professionnel malgré qu'elle prend en compte l'environnement en répertoriant les contraintes de la situation (Dominique, 2013). Plusieurs modèles de stress s'inscrivent dans cette approche notamment le modèle de Karasek (1979), le modèle de Siegrist (1996) pour ne citer que ceux-là.

3.1.1.1. Le modèle de Karasek (1979)

Encore appelé Job demand contrôl model, ce modèle mis en place par Karasek en 1979 et développé par Karasek et Theorell (1990), était composé à l'origine de deux dimensions : d'une part la demande psychologique et d'autre part la latitude décisionnelle. Ce modèle bidirectionnel considère la demande psychologique issue du travail comme des tâches nécessitant des efforts mentaux et physiques telles que la charge de travail ou les contraintes organisationnelles exercées sur l'individu, d'autre part la latitude décisionnelle ou le contrôle qui intègre les aspects tels que l'autorité, la prise de décision ou les compétences que l'individu peut exercer sur son travail (Chang, 2018) ; la latitude décisionnelle comporte deux sous dimensions : utilisation des compétences et autonomie décisionnelle. Pour Karasek (1979), la combinaison des deux dimensions aboutit à des situations de travail bien précises. Pour obtenir ces résultats il émet deux hypothèses :

- ❖ L'hypothèse de « Strain » : un travail avec un haut niveau d'exigence et un faible contrôle est la situation de travail susceptible de provoquer des réactions négatives telles que dépression, anxiété, maladies cardiovasculaires...etc. (D'Amato & Zijlstra, 2003; Karasek, 1979).

- ❖ L'hypothèse de « Buffer » : un haut niveau de contrôle pourrait jouer un rôle tampon (ou d'amortisseur) en atténuant les risques négatifs (impacts sur la santé des employés) d'une trop forte demande de travail (Chang, 2018).

Ainsi, ces deux hypothèses ont constitué les principes de base permettant à Karasek (1979) d'obtenir quatre situations de travail à l'issue de la combinaison des deux dimensions précédemment énumérées : détendu (Low Strain), tendu (high strain), actif, passif.

La première situation qui est considérée comme la plus à risque pour la santé est celle d'une demande psychologique élevée et d'une faible latitude décisionnelle (Job strain), tandis que celle la moins à risque est issue de la combinaison d'une faible demande psychologique

et une forte latitude décisionnelle. Par ailleurs, ce modèle comporte deux diagonales (une diagonale A et une diagonale B).

❖ Dans la diagonale A, la situation « tendue » (High Strain) combine une exigence du travail (demande) élevée et un contrôle (latitude décisionnelle) faible; cette situation est qualifiée de « Job Strain » et est susceptible d'engendrer des problèmes de santé. Par contre, une activité avec une faible demande et une forte latitude décisionnelle correspond à un travail détendu, il offre peu de challenge (Chang, 2018).

❖ Dans la diagonale B, la situation active est celle combinant une forte demande de travail et un contrôle élevé ; c'est la situation la plus stimulante puisqu'elle requiert un haut niveau de performance, mais sans impact négatif sur la santé (Chang, 2018).

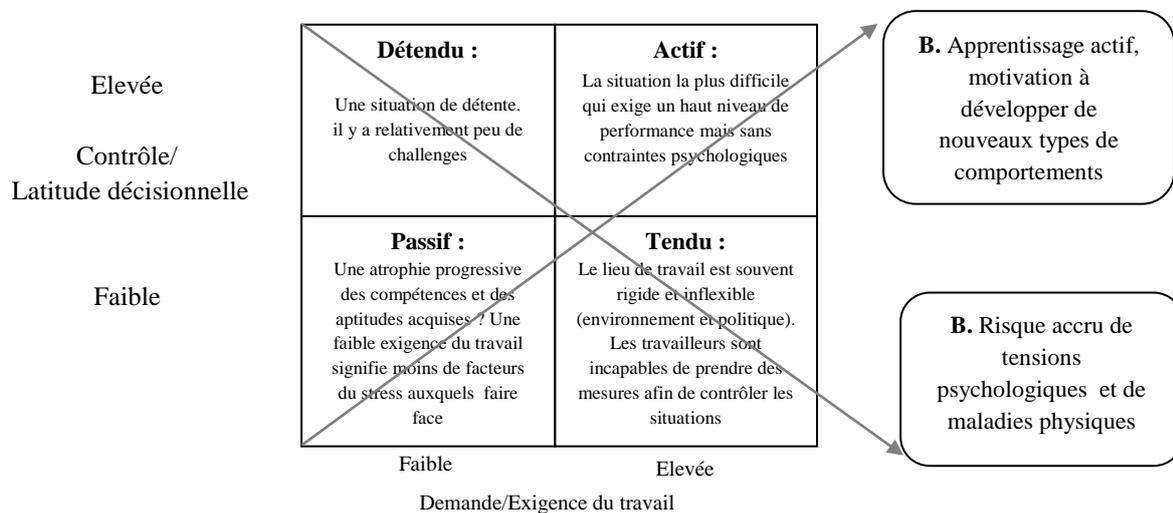
A contrario, un travail passif combine une faible demande et un contrôle insuffisant de l'activité de travail entraînant le déclin progressif de l'acquisition des compétences et des conséquences négatives sur la santé (Chang, 2018). Ces différentes combinaisons s'illustrent par le schéma présenté à la fin de ce modèle.

C'est par la suite qu'une troisième variable en l'occurrence le soutien social fut introduite. En effet, sur la base des critiques faites à ce modèle, les auteurs ont intégré une troisième dimension, celle du soutien social (Johnson & Hall, 1988; P69, Karasek & Theorell, 1990). Ainsi, la dernière version du modèle de Karasek est tridimensionnelle et est nommée « Job demand-contrôl-support model » (JCDS model) (Chang, 2018). Ce soutien social concerne les aspects relatifs au soutien socio-émotionnel et instrumental des relations avec la hiérarchie et les collègues. Une situation de travail qui combine une demande psychologique élevée, une faible latitude décisionnelle et un faible soutien social est qualifiée d'Isotrain (Karasek & Theorell, 1990). On considère alors que les plus grands risques psychologiques et physiques sont prévisibles lorsque le travail nécessite des exigences élevées (exigences physiques et psychologiques) alors que la personne ne dispose que d'un contrôle limité et d'un faible soutien social (D'Amato & Zijlstra, 2003; Karasek & Theorell, 1990). Ainsi, cette situation d'Isotrain serait même plus nocive pour la santé des travailleurs que celle de Job-Strain.

Enfin, de nombreuses critiques sont faites à ce modèle comme nous l'avons relevé par exemple, ce modèle mesure les caractéristiques de l'environnement de travail avec un nombre limité d'items qui essaye d'intégrer tous les types de conditions de travail (Chang, 2018), une simplification et généralisation qui ne peuvent refléter la nature dynamique des multiples sources de stress du milieu de travail moderne (Bakker et al., 2007; Julien, 2007, Mark & Smith, 2008).

De plus, la perception des exigences par les individus et les différences individuelles liées à la personnalité et au coping ne sont pas considérés par les auteurs de ce modèle.

Figure 1:
Modèle de demande- Contrôle (tiré de Karasek & Theorell, 1990)



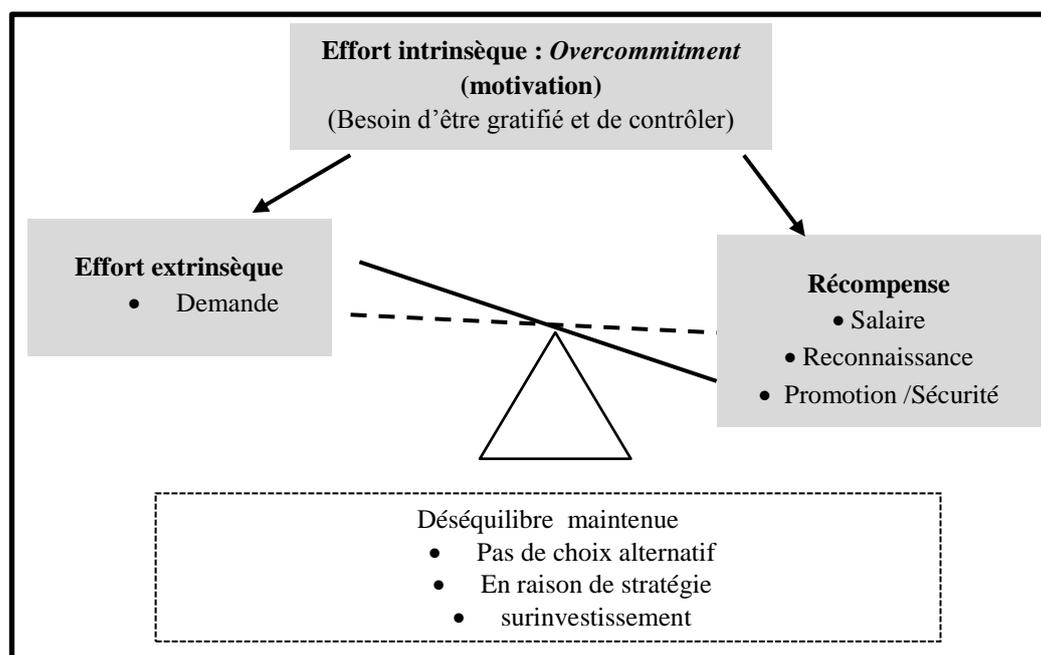
3.1.1.2. Le modèle de Siegrist (1996)

En Allemagne, Siegrist (1996), propose un modèle permettant de considérer l'équilibre entre les efforts et les récompenses d'où sa nomination « déséquilibre efforts-récompenses » (DER). Ce modèle s'intéresse à la prédiction de la santé psychologique et physique du travailleur de par la spécificité de l'environnement psychosocial au travail (Siegrist, 2001). En étudiant l'effet délétère des conditions de travail, cet auteur choisi comme objet de comprendre l'impact des facteurs sociaux et psychologiques sur la santé des individus (Siegrist, 2001). La notion centrale de ce modèle réside autour du concept de réciprocité sociale, principe fondamental des comportements interpersonnels et de l'échange social (Siegrist, 1996; Zurlo, Pes & Siegrist, 2010). Cette réciprocité sociale est caractérisée par l'équilibre entre les investissements fournis par le travailleur et la récompense issue de son activité de travail. En effet, ce modèle postule que l'effort est fait dans le cadre d'un processus socialement organisé auquel la société contribue généralement en termes de récompenses professionnelles (de Jonge, Bosma, Peter & Siegrist, 2000).

Ainsi, ce modèle présente deux dimensions à savoir les efforts et les récompenses. Concernant l'effort, il s'agit des exigences de travail et/ou des obligations imposées aux employés (Van Vegchel, 2005; de Jonge, Bosma & Schaufeli, 2005). A cet effet, Siegrist (1996) distingue deux types d'efforts : des efforts extrinsèques représentant les contraintes de temps, les responsabilités, les heures supplémentaires, les charges physiques, l'augmentation

de la demande...etc. Le second type d'effort concerne le surinvestissement, une dimension qui englobe les facettes de personnalité, le besoin d'approbation, la compétitivité, l'hostilité latente, l'incapacité à s'éloigner du travail. Siegrist considère les récompenses comme un facteur modérant la relation entre les efforts fournis au travail et ses effets délétères sur la santé au travail. Selon lui, la récompense est constituée de trois sous dimensions à savoir : la gratification monétaire (primes, salaires, indemnités, etc...), l'estime (respect de la part des autres, estime, soutien etc..), en enfin le degré de contrôle de son propre statut professionnel (promotion, titularisation, peur de la perte de son poste...etc). Allant dans ce même sens, les faibles récompenses sont de trois ordres : un salaire insatisfaisant, le manque d'estime et de respect au travail, incluant le faible soutien et l'insécurité de l'emploi ainsi que les faibles opportunités de carrière, de même qu'un travail qui ne correspond pas à la formation suivie (Pellerin & Cloutier, 2018).

Figure 2 :
Modèle de Siegrist (Siegrist, 1999)



3.1.2. L'approche physiologique

Selye (1974), médecin Hongrois, dans la continuité des travaux de ses précurseurs tels que Cannon, appréhende le stress sous l'angle de la physiologie-biologie. Il définit le stress comme « toute réponse de l'organisme consécutive à toute demande ou sollicitation exercées sur lui ».

Le caractère non spécifique de la réponse au stress prédomine ici. De plus, dans son développement de la notion de stress, Selye (1974), montre une dichotomie dans cette définition qui s'illustre à travers l'usage de deux termes : le stress positif mobilisant les énergies positives de l'organisme avec un effet direct positif sur la performance et le di-stress (détresse) ou stress négatif à l'origine d'une confusion supplémentaire dans l'appréhension du concept de stress (Graziani et al., 2005).

Pour Selye (1936), le stress peut ainsi être appréhendé sur deux pôles distincts : un pôle positif (eustress) et un pôle négatif ou stress négatif (détresse). Pour Ruelle (2007), l'eustress est une situation dans laquelle l'individu parvient à s'adapter à l'évènement stressant tandis que la détresse est une situation dans laquelle le stress a un impact négatif sur l'individu et les capacités d'adaptation sont dépassées.

De cette conception selon Selye, on pourrait avoir une typologie du stress selon la durée, l'intensité et l'impact des stressseurs ou évènements stressants sur l'individu. Il convient alors de distinguer le stress aigu, le stress chronique, le stress post traumatique. Le stress aigu est considéré comme une menace, une situation d'incertitude ou d'imprévisibilité conduisant à la recherche d'un nouvel équilibre aboutissant à une adaptation (Moisan & Le Moal, 2012) ; alors que le stress chronique est une permanence des stressseurs empêchant la récupération et le retour à l'équilibre, dont les traces perdurent dans l'organisme et sont objectivées par des symptômes biologiques et psychologiques conduisant ainsi à une désadaptation (Moisan & Le Moal, 2012). Le stress aigu est de courte durée et qualifié de bon stress car il est mobilisateur tandis que le stress chronique est le plus souvent un mauvais stress parce qu'il est affaiblissant. Pour Bryant et al. (2000), le stress aigu découle de l'interaction quotidienne avec le monde et qui est souvent dû à un conflit temporaire.

Selon Gottlieb (1997), le stress chronique est la résultante d'un agent stressant aigu (comme un stress lié au travail) qui se répète chaque jour (exemple : un conflit avec un supérieur hiérarchique) qui épuise l'employé et qui impose à celui-ci un risque de souffrir des répercussions négatives du stress.

Quant au stress post traumatique, il est rencontré dans des situations, où les capacités d'adaptation normales d'une personne sont dépassées (Schiraldi, 2000).

Enfin, à travers cette approche physiologique, on constate que la physiologie ou la biologie ne peuvent à eux tout seuls expliquer des phénomènes, ceci souligne le caractère important de l'aspect psychologique.

3.1.2.1. La théorie du syndrome général d'adaptation (SGA) de Selye (1956)

❖ Les origines de la théorie

D'un point de vue historique, selon Hardin-Pouzet (2021), plusieurs grands physiologistes ont été à l'origine des concepts clés liés au stress. Ils ont contribué à énoncer ces différents concepts (Godoy, 2018). Ainsi, Cannon (1871-1945), effectuant des études sur l'adaptation viscérales à certains stimuli, tels que les stimuli nociceptifs (il s'agit des stimuli qui ont en commun de menacer l'intégrité du corps et d'activer un ensemble de divers organes sensoriels, les nocicepteurs) (sherrington, 1906).

De ces travaux, Cannon démontra qu'un animal placé face à une situation aversive, telle que la présence sur son territoire d'un concurrent ou la rencontre d'un prédateur répond à cette situation aversive par deux comportements majeurs selon son choix: cette défense consiste en un comportement de retrait ou d'attaque. De plus, pour cet auteur, en dehors de ces réponses comportementales, on assiste également à des modifications métaboliques (le métabolisme étant l'ensemble des réactions chimiques qui se déroulent à l'intérieur des cellules de chaque être vivant), sollicitant les réserves de l'organisme. Ces travaux de Cannon s'inscrivent dans la continuité de ceux de Bernard (1813-1878) concernant le principe d'homéostasie. Les travaux de Bernard ont également présenté la réaction de l'animal face aux situations aversives en évoquant les réponses comportementales observées « to fight or to flight » (se battre ou fuir).

Poursuivant les travaux précédents, Selye (1907-1982), menant des recherches sur une population de rats, effectue un rapprochement entre les symptômes observés chez les animaux soumis à des stimuli divers et les symptômes observés chez les patients souffrant d'affections mêlant des manifestations somatiques (atonie, perte de force musculaire...etc) et physiologiquement (asthénie, trouble d'appétit, état dépressif ...etc) (Selye, 1982). Dans ces travaux, il observe des réactions aspécifiques qui le conduisent à l'hypothèse selon laquelle lorsqu'un organisme subit une agression remettant en jeu son équilibre interne, tant physique que psychique, il déclenchera toujours une réponse immédiate visant à contrecarrer ces effets délétères. Le caractère aspécifique de la réaction renvoie selon Selye du fait que les mêmes réactions sont observées quel que soit la nature du stresser et chez tous les rats sur lesquels il mène ses expériences. Il qualifie alors cette réaction de syndrome général d'adaptation et définit ce syndrome comme « un ensemble de modifications qui permettent à un organisme de supporter les conséquences d'un traumatisme naturel ou opératoire » (Selye, 1956).

Ainsi, cet auteur considère que le syndrome général d'adaptation est l'ensemble des moyens physiologiques et psychologiques mis en œuvre par une personne pour s'adapter à un événement. Dans la théorie du syndrome général d'adaptation, Selye montre dans ses différents travaux que le phénomène de stress est un dispositif de vigilance salvateur et qu'une survigilance est dommageable lorsque la quantité de demande dépasse la capacité de réponse du sujet (Ruelle, 2015). Comme évoqué plus haut, Selye (1936) parle de stress négatif et de stress positif, deux notions qui laissent entrevoir selon Ruelle (2015), qu'il serait possible par le développement de compétences individuelles et collectives, de transformer un stress négatif en stress Positif.

❖ **Postulat de base de la théorie du syndrome général d'adaptation**

Selon Selye (1936) : « un être vivant soumis à une agression extérieure réagit par un ensemble de réactions biologiques destinées à permettre à son organisme de s'adapter aux exigences environnementales ». Ainsi, dès qu'un individu perçoit un déséquilibre par rapport à une situation donnée, son organisme produit une réaction de stress. Enfin, pour Selye (1956), face à une situation évaluée comme stressante, l'organisme déclenchera un enchaînement de trois réactions successives (alarme, résistance, épuisement).

❖ **Réactions comportementales face au stress**

Selon Tessier (2021), Laborit, étudiant le comportement humain et animal face à des situations aversives, explique par une série d'expériences menée sur des rats, trois comportements possibles de l'être humain pour y faire face : la fuite, la lutte ou l'inhibition.

- La fuite: elle permet à l'animal cobaye (rat) d'éviter le stresser (décharge électrique) tout en conservant son équilibre biologique. Or, lorsqu'un être humain est confronté à une menace dans son environnement de travail ou familial, la fuite est compliquée, elle possède une connotation négative dans la société (Tessier, 2021). De plus, Laborit (1976), démontre que le comportement de fuite est le seul moyen permettant à l'individu de rester soi-même par rapport au groupe, tout en conservant son équilibre biologique et son bien-être.

Ce comportement de fuite est similaire au coping centré sur les émotions dans l'une de ses composantes.

- La lutte : pour ce comportement, Laborit (1976,1983), observe qu'un cobaye (rat) soumis à un stresser (décharge électrique) sans possibilité de fuite, mais ayant la possibilité de combattre un adversaire (un autre rat), reste en bonne santé du fait de ce combat.

Pour ces cobayes, ce comportement semble similaire au coping centré sur le problème dont nous avons évoqué les avantages pour la santé et le bien-être. Toutefois, selon Tessier (2021), concernant les humains, les lois sociales empêchent toute manifestation de violence

défensive. Ainsi, le comportement de lutte contre toute situation aversive chez l'humain se fait par la résolution du problème proprement dit, qui constitue une stratégie de coping.

- L'Inhibition : les travaux de Laborit (1976,1983) montrent qu'un cobaye (rat) soumis à un stresser (décharge électrique), dans des conditions d'impossibilité de fuite ou de combat, va s'inhiber en constatant l'impossibilité de lutter ou de fuir. Par ailleurs, cet auteur constate que ce comportement d'inhibition va provoquer chez l'animal des perturbations biologiques graves qui vont contribuer à affaiblir le système immunitaire.

Pour Tessier (2021), l'action consistant en l'inhibition chez l'homme fait le lit des maladies psychosomatiques, telles que les ulcères d'estomac, ou l'hypertension artérielle.

Enfin, ce comportement d'inhibition peut être considéré comme un comportement du coping centré sur l'émotion, puisqu'il est similaire au comportement de retrait ou d'évitement observé chez l'humain face à des situations aversives. Toutes ces expériences ont permis de comprendre qu'en plus des réactions physiologiques, on assiste également à des réactions comportementales telles que nous le rapporte Laborit. Ces réactions comportementales sont identiques à celles observées par Bernard (1813-1878) et Cannon (1871-1945) dont Selye (1936) a poursuivi les travaux.

❖ **Présentation de la théorie du syndrome général d'adaptation**

Le stress est un phénomène permettant l'adaptation à un environnement. Pour cette raison, il n'est pas seulement négatif, il revêt également une dimension positive puisqu'il stimule chez l'individu diverses réactions permettant sa survie dans un environnement aversif. Face à une situation évaluée comme stressante, l'organisme réagira automatiquement par une succession de trois réactions évoquées plus haut. La théorie du syndrome général d'adaptation explique dans quelle mesure le stress a une incidence sur le corps et l'esprit de l'individu tout au long d'une journée de travail normale (Selye, 1956).

- La phase d'alarme

Elle correspond aux premiers symptômes que ressent le corps lorsqu'il est exposé au stress. Il s'agit d'une réaction de type « combat ou fuite », une réaction qui prépare l'organisme à survivre, se protéger, se défendre face aux situations périlleuses. Cette réaction se manifeste par une accélération du rythme cardiaque, la libération du cortisol (une hormone du stress produite par les glandes surrénales), ainsi qu'une poussée d'adrénaline, augmentant le niveau d'énergie (Larivière, 2021).

Cette première phase se manifeste lorsque l'organisme commence à passer d'un état neutre à un état stressé. A cette étape, la biochimie du corps change en raison des stimuli qui

augmentent la charge de stress de l'individu perceptible à travers l'accélération de la fréquence cardiaque, les muscles tendus ou une transpiration par exemple (Howatt et al., 2018).

Enfin, lorsque l'agression se prolonge, l'organisme entame l'entrée dans la phase dite de résistance (stage of résistance) ou phase d'adaptation, suite à la phase d'alarme, trop coûteuse en énergie et nocive pour l'organisme à long terme (Parrochetti, 2011). Pour Léo et Léo (1986 p.17), cette phase de résistance correspond à l'ensemble des réactions non spécifiques provoquées par l'exposition prolongé de l'organisme à des stimuli nocifs, auxquels il s'est adapté au cours de la réaction d'alarme. Cette phase correspond à une amorce de fragilisation de l'organisme.

-La phase de résistance

Selon Howatt et al. (2018), la phase précédente (phase d'alarme) avait pour but de tenir l'individu à l'écart d'un mal et d'un danger extrêmes (exemple, menace d'un animal sauvage). Cependant, la majorité des stimuli ressentis au travail ne sont pas suffisamment graves pour entraîner la mort. Par conséquent, au lieu d'activer une réaction de lutte ou de fuite, la personne passe en phase de résistance Howatt et al. (2018).

Dans cette phase, le corps essaye de compenser et de s'adapter aux stimuli perçus comme étant stressants. La physiologie du corps s'adapte au niveau maximal de stress qu'il peut endurer, tout en demeurant vif et fonctionnel sur le plan organique. Bien que le corps soit toujours fonctionnel, ses habiletés cognitives peuvent être amoindries, réduisant probablement les capacités décisionnelles (Howatt et al., 2018). C'est dans cette deuxième phase que l'organisme produit plus d'hormones du stress telles que l'adrénaline ou le cortisol.

Ces différentes hormones du stress agissent afin d'augmenter la résistance de l'organisme à ce phénomène (Howatt et al., 2018). Ainsi, l'organisme à cette phase est contraint de puiser dans ses ressources afin de conserver un comportement adapté permettant de continuer à faire face à la situation ou de lutter (Godefroid, 2011). Le cortisol par exemple, sécrété en grande quantité en phase de résistance, permet d'apporter une quantité d'énergie adéquate pour faire face à la menace (Godefroid, 2011). Cette hyper sécrétion de cortisol permet également la mobilisation de l'individu pour lutter ; mais cependant, elle inhibe les mécanismes de défenses immunitaires, ce qui rend l'organisme vulnérable à de nombreux affections (Godefroid, 2011). Pour de nombreux auteurs, lorsque cette phase de résistance se prolonge avec une exposition continue au stress à l'origine de la situation aversive, la

capacité adaptative de l'individu s'amenuise graduellement et permet à la phase d'épuisement de s'installer.

- La phase d'épuisement

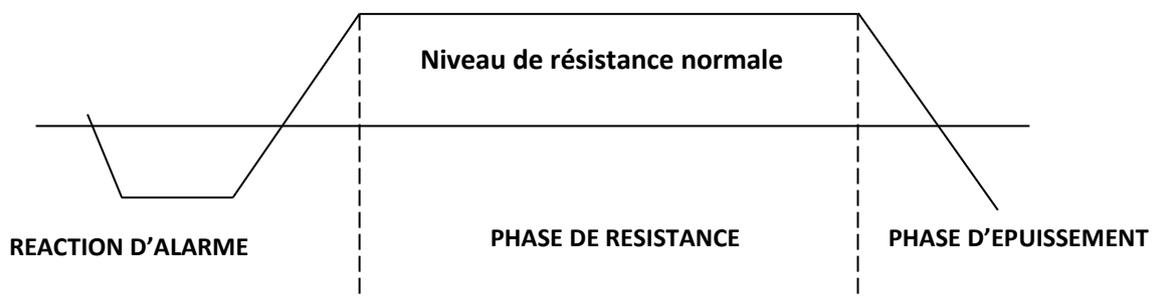
Selon Howatt et al. (2018), cet épuisement provient d'une exposition continue à un stress chronique qui affaiblit la capacité du corps à résister au stress. Ainsi, on peut assister chez un travailleur à l'atteinte d'un point d'effondrement psychologique pouvant se répercuter au plan somatique par une maladie physique. C'est la phase d'épuisement. Dans cette phase, l'hypophyse et le cortex surrénal ne sont plus en mesure de produire les hormones telles que l'adrénaline et le cortisol.

L'employé dans cette situation devient incapable de maintenir un niveau d'énergie suffisant pour lutter contre le stress. La capacité à tolérer le stress chez le travailleur se trouve réduite et ce dernier commence à manifester les signes d'épuisement mental et physique ; à ce point, le travailleur ou l'employé peut se désengager physiquement ou mentalement de son travail (Howatt et al., 2018). Il est à noter qu'à cette phase, si l'organisme de l'individu n'est pas en mesure d'arrêter la production des différentes hormones, ces dernières deviennent nocives.

De même, si la personne n'est pas capable de mieux s'adapter aux exigences quotidiennes, le risque de maladie chronique ou de maladie prolongée augmente (Howatt et al., 2018). Si la phase d'épuisement se prolonge et que l'organisme est toujours soumis au stress, la mort pourrait s'ensuivre.

Figure 3:

Les trois stades du syndrome général d'adaptation au stress de Selye (1956)



Enfin, dans la théorie du syndrome général d'adaptation, le stress est considéré comme une agression physique entraînant une réponse physique (Nedjoud et al., 2016).

Cependant, des avancées plus récentes présentent l'importance de deux facteurs impliqués dans le phénomène de stress, en l'occurrence, la constitution psychologique et les capacités d'adaptation impliquées dans la gestion des exigences quotidiennes afin d'aider à réduire le risque de tension (Taylor et al., 1997).

Ainsi, les capacités qu'ont les employés à traiter et évaluer les stimuli et les agents stressants externes ont une incidence sur la façon dont ils traitent ces stimuli et y réagissent (Howatt et al., 2018). De plus, la façon de penser des employés explique en partie comment ils s'adaptent et c'est pourquoi il est courant que deux personnes soumises à une même pression gèrent le stress de façon complètement différente (Howatt et al., 2018).

C'est dans cette perspective que s'inscrit la théorie transactionnelle du stress et coping, qui met l'accent sur l'activité cognitive de l'individu (l'employé/le travailleur dans le cas d'espèce), aux prises avec une situation stressante ou aversive.

3.1.2.2. Quelques critiques adressées à la théorie du syndrome général d'adaptation

Dans cette approche, le principal reproche est que Selye (1936) accorde peu d'importance à la dimension émotionnelle, mais considère beaucoup plus les répercussions du stress sur le corps et les modifications organiques qui en découlent ; c'est pourquoi cette théorie est qualifiée d'approche stimulus-réponse. On comprend dès lors qu'il y a une minimalisation de la dimension psychologique (évaluation, cognition) dans la réaction au stress. D'autres critiques formulées peuvent être les suivantes :

- Cette théorie s'intéresse aux réactions physiologiques suite à une situation stressante sans pour autant présenter les stratégies d'adaptation auxquelles l'individu fait appel.
- Les comportements issus de la réaction au stress observés chez les animaux ne sauraient être généralisés aux humains.
- L'être humain ayant des dimensions biologique, psychologique et sociale, tout phénomène le concernant ne saurait tenir compte d'une seule dimension.
- Considérant la dichotomie observée dans la définition du stress en ce qui concerne cette théorie, la compréhension de ce concept serait complexe
- Du fait du caractère aspécifique des réactions issues de la situation stressante, cette théorie considère que les individus réagiraient de la même façon à cette situation, ce qui est réfuté par la théorie transactionnelle du stress / coping de Lazarus et Folkman (1984).

3.1.3. L'approche transactionnelle (ou approche interactionniste cognitive)

Les modèles issus de l'approche biologique (physiologique) du stress ont tendance à « minimiser le caractère psychologique du stress ou de réduire le stress à l'émotion, aux mécanismes physiologiques de l'émotion » (Rivolier, 1989). En effet, l'approche physiologique réduit le stress à un système linéaire stimulus-réponse (S-R). Partant de ces constats, Lazarus et Folkman (1984), à travers leurs travaux centrés sur l'évaluation, vont montrer l'importance de l'activité cognitive de l'individu aux prises avec une situation stressante. Il s'agit d'une approche interactionniste cognitiviste du stress qui stipule selon ces auteurs que le stress est un processus mettant en relation à la fois la personne, l'environnement et leurs transactions. Ainsi, pour Lazarus (1984), une situation, un stimulus n'existe pas comme stress en soi, tout dépend de l'évaluation qu'en fait l'individu. Cette approche souligne alors le caractère subjectif du stress qui fait appel à la notion de perception, contrairement au stress objectif. Le concept de stress perçu qui en découle est défini par Lazarus et Folkman (1984) comme « une transaction particulière entre la personne et l'environnement, dans laquelle la situation est évaluée par l'individu comme taxant ou excédant ses ressources et pouvant menacer son bien-être » (Lazarus & Folkman, 1984).

Pour ces auteurs, le stress perçu peut également être envisagé comme l'évaluation de l'enjeu que fait l'individu face à une situation ou un environnement stressant. Cette approche transactionnelle s'intéresse ainsi à la fois aux dimensions psychologiques et cognitives du stress, sans toutefois prendre en compte l'organisation. Elle s'inscrit dans le cadre de l'approche individuelle du stress. Par ailleurs, selon Monday (1994), cette approche du stress vise à comprendre pourquoi certains facteurs de stress vont occasionner des émotions négatives et comment, pour les modifier, on doit arriver à prendre conscience des pensées qui occasionnent des dysfonctionnements.

Enfin, Vezina (1996), constate que même si l'approche transactionnelle du stress permet de comprendre certains mécanismes psychopathologiques sous-jacents rencontrés dans l'approche interactionniste, elle apparaît un peu réductionniste puisqu'elle ramène les problèmes de santé mentale à l'échec des stratégies d'adaptation individuelles.

3.1.3.1. La théorie transactionnelle du stress/coping

❖ Origine et historique

La théorie transactionnelle du stress/coping se définit comme une théorie comportementale en général et des émotions en particulier (Lazarus, 1993), dans laquelle

l'évaluation des événements joue un rôle central (Poirel & Yvon, 2011). Dans les années 1960-1970, Lazarus et ses collègues, s'éloignant des relations causalistes que l'on attribuait au stress et qui prédominaient à cette période, notamment l'approche stimuli-réponse (S-R) (Selye 1956), s'interrogent sur l'importance de l'individu dans la dynamique stimuli-organisme-réponse (S-O-R).

Ainsi, Lazarus et ses collaborateurs se démarquent des théories classiques issues des conceptions de Selye selon lesquelles le stress est une réponse non spécifique à un stressor, et les conceptions événementielles qui leur ont succédé, selon lesquelles ce sont les expériences aversives de la vie qui ont un impact défavorable sur la santé (Bruchon-Schweitzer & Boujut., 2014).

Dans leurs recherches, Lazarus et ses collègues constatent que les situations ou conditions stressantes n'entraînaient pas les mêmes conséquences dépendamment de l'individu (Lazarus, 1993). Ces chercheurs concluent alors qu'il n'existe pas de critère objectif suffisant pour décrire une situation stressante, puisque seul l'individu faisant l'expérience de cette situation en serait capable (Cooper et al., 2001).

L'originalité de cette théorie proposée par Lazarus et Folkman (1984) est de considérer comme essentielles les tentatives actuelles des individus pour s'ajuster (s'adapter) aux perturbations, réelles et perçues, de l'environnement. Ces transactions entre individu et environnement correspondent à l'activité du sujet (perceptive, cognitive, émotionnelle, comportementale, physiologique... etc) (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014).

Enfin, Lazarus et Folkman ont mis en évidence l'importance des perceptions c'est-à-dire des processus cognitifs dans la survenue de l'état de stress.

❖ **Postulat de la théorie transactionnelle du stress/coping**

Lazarus et Folkman (1984), postulent que ce ne sont pas les événements eux-mêmes qui déterminent l'apparition d'un état de stress (aussi bien que ses conséquences sur la santé physique et mentale des individus), mais cet état est déterminé par les perceptions et le vécu de ces événements.

Pour ces auteurs, le niveau de stress d'un individu n'est pas déterminé par la quantité de stress à laquelle il fait face, mais plutôt par sa capacité à traiter ce stress et s'y adapter d'un point de vue cognitif (Lazarus & Folkman, 1984).

Ainsi, chaque travailleur ou employé évalue les stressors auxquels il fait face, d'où les différences individuelles observées dans les réactions à ces stressors.

Pour Chen et al. (2003), plus un travailleur est capable de gérer son état psychologique, plus sa capacité à gérer le stress auquel il sera soumis sera élevée.

❖ **Présentation de la théorie transactionnelle du stress /coping**

La théorie transactionnelle du stress / coping de Lazarus et Folkman (1984) accorde une place primordiale à l'évaluation cognitive de la situation stressante et aux stratégies de faire-face (coping) à cette situation. Le terme transactionnel renvoie au fait que l'individu et son environnement s'influencent mutuellement et entretiennent des relations dans lesquelles l'un peut modifier l'autre, l'environnement pouvant influencer l'individu ou l'individu pouvant modifier sa perception de l'environnement de travail. Ici, l'individu et l'environnement de travail sont en perpétuelle interaction. Avec cette conception, cette théorie présente comme évoqué dans la problématique, l'individu comme l'un des acteurs de la survenue du stress et non un agent passif.

En général, les stressors peuvent prendre plusieurs formes et provenir d'innombrables situations. Ces stressors peuvent être environnementaux, physiques ou encore psychologiques, mais tous doivent briser l'état d'homéostasie de l'organisme (Campbell, 2019), considérant le syndrome général d'adaptation (Selye, 1956).

Dans notre perspective, malgré que les stressors soient de natures différentes, le principe de la théorie transactionnelle voudrait que les situations soient perçues par l'individu comme excédant ses ressources. Par conséquent, le phénomène de stress dépend autant de la situation environnementale que des ressources ou des capacités d'adaptation de l'individu. Il s'agit pour Lazarus et Folkman (1984), d'un processus dynamique bi relationnel où quatre concepts doivent être considérés :

- La présence de l'agent causal, qu'il soit interne ou externe ;
- Une première évaluation conduisant au stress perçu par l'individu ;
- L'évaluation secondaire conduisant à la mise en place des stratégies d'adaptation afin de réguler les différentes demandes contraignantes ; enfin,
- Les conséquences diverses et complexes résultants de la situation de stress parachèvent ce processus (Lazarus, 1993).

Ainsi, pour Lazarus et Folkman (1984), l'individu confronté à un stressor procède automatiquement à deux types d'évaluations : une évaluation primaire, une évaluation secondaire qui détermineront le type de stratégie d'adaptation que l'individu adoptera et dont les issues peuvent être fonctionnelles aboutissant à une réelle adaptation sans effets négatifs

sur la santé, ou alors dysfonctionnelles c'est-à-dire aboutissant à long terme à des effets somatiques, émotionnels et cognitifs préjudiciables pour la santé.

Ces chercheurs définissent l'évaluation cognitive comme un processus complexe qui détermine pourquoi et dans quelle mesure une transaction particulière ou une série de transactions particulières entre l'individu et l'environnement est stressante et le coping comme le processus par lequel l'individu gère les demandes de la relation personne – environnement qui sont évaluées comme stressantes, y compris les émotions générées (Hellemans, 2008).

Il convient alors de présenter les différentes étapes du processus de stress / coping selon la théorie transactionnelle de Lazarus et Folkman.

- **L'évaluation primaire ou stress perçu**

Cette première évaluation consiste en un processus d'évaluation des enjeux de la situation stressante. Il s'agit de l'évaluation de la signification de la transaction entre l'individu et l'environnement en termes de bien-être ou de mal-être.

L'évaluation primaire permet à l'individu de déterminer si « l'événement est important ou pas, s'il nuit ou augmente l'estime de soi même, si sa propre santé, son propre bien-être ou celui d'un proche sont en danger. Les caractéristiques de personnalité comme les valeurs, les buts personnels et les engagements, les croyances sur soi-même et le monde, aident à définir les enjeux qui sont important pour le bien être dans les transactions entre sujet et environnement » (Folkman et al., 1984).

C'est le sens que l'individu accorde à la situation (nature, signification...) et évalue ses caractéristiques (gravité, durée,...). Cette évaluation est encore appelée stress perçu.

Elle peut aboutir à trois résultats :

L'individu peut percevoir la situation soit comme un défi, soit comme une menace ou enfin comme un dommage et une perte.

Dans une situation évaluée comme défi, il y'a possibilité d'avancer, de dominer la situation pour l'individu. Les défis et challenges conduisent à des stimulations, des émotions positives, ils peuvent préserver ou améliorer le bien-être de l'individu (Piquemal-vieu, 2011). Tandis que les menaces (dommages et pertes potentielles), les dommages et les pertes (préjudice déjà fait concernant l'amitié, la santé, l'estime de soi...), apportent des émotions négatives et peuvent induire un mal-être (Piquemal-vieu 2011).

A l'issu de cette évaluation primaire, l'individu procède à une recension de diverses ressources dont il dispose pouvant l'aider à faire face à cette situation stressante. Il s'agit de l'évaluation secondaire.

- **L'évaluation secondaire ou contrôle perçu et soutien social perçu**

Elle répond à la question des ressources disponibles pour la personne face aux exigences de la situation. Elle porte sur les notions de contrôle et soutien social perçus. Les ressources peuvent être d'ordre personnel comme l'état de santé, le niveau de compétence, les ressources matérielles, mais également d'ordre relationnel ou organisationnel telles que l'importance du réseau social, la place occupée dans l'organigramme d'une entreprise ou encore les moyens disponibles pour effectuer ses tâches au travail. De même, au plan individuel, l'auto-efficacité perçue peut être considérée comme une ressource personnelle, la latitude décisionnelle comme une ressource organisationnelle et le soutien social dans l'entreprise comme une ressource sociale.

Ainsi, le contrôle perçu et le soutien social perçu constituent les deux grandes dimensions de cette seconde évaluation et les ressources personnelles, organisationnelles et sociales énumérées influencent ces deux dimensions.

- Le contrôle perçu : Il consiste à croire que l'on maîtrise une situation particulière. Il est distinct du lieu de contrôle, un trait stable de personnalité évoqué plus haut.

Selon Bruchon-Schweitzer et Dantzer. (1994), le contrôle perçu est une estimation par le sujet de sa capacité à maîtriser une situation. L'effet stressant naît alors de l'écart entre les exigences de la situation et les possibilités subjectives de contrôle. Ce contrôle perçu a en général des effets positifs sur le bien-être. Ces effets dépendent de la situation (exemple contrôlabilité) ou de l'individu (auto-efficacité, croyances,...).

- Le soutien social perçu quant à lui correspond aux ressources sociales perçues face à un problème : disponibilité (personnes pouvant aider), et satisfaction (adéquation du soutien aux attentes). Le soutien social perçu peut également être considéré comme l'évaluation par une personne de l'aide que les autres lui procurent dans certaines situations ou certaines circonstances (Bruchon-Schweitzer, 2002). Ainsi, l'individu apprécie le soutien social à travers sa disponibilité et sa qualité effectives.

Il est à noter dans ce processus que toutes les deux évaluations primaires et secondaires sont importantes. Elles interagissent constamment afin de déterminer si l'interaction entre l'individu et son environnement est stressante ou non, si oui, de quelle manière et à quel point (Lazarus & Folkman., 1984). L'individu selon cette théorie pourrait procéder à une

réévaluation si nécessaire en fonction des nouvelles informations disponibles et de ses réactions, en modifiant les résultats de ses premières évaluations (Sander & Scherer., 2009).

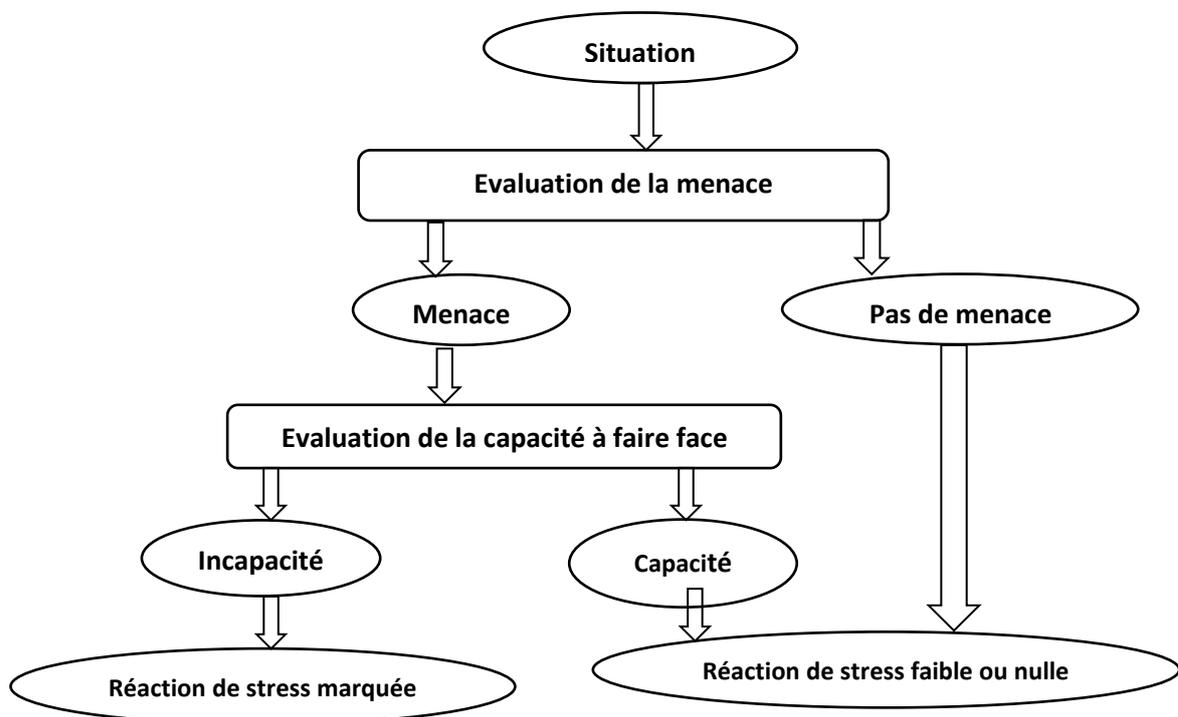
Le contrôle perçu et le soutien social perçu peuvent être considérés comme des variables modératrices de la relation entre divers stressseurs et leurs effets néfastes sur la santé des travailleurs.

L'évaluation cognitive peut être considérée comme un processus bidirectionnel (Lazarus & Folkman, 1984). Selon ces auteurs, ces évaluations (primaires et secondaires) interagissent l'une avec l'autre et participent au développement du degré de stress perçu et à l'intensité et la qualité (ou le contenu) de la réaction émotionnelle (Hellemans, 2008).

Enfin, à l'issue de ces deux évaluations, lorsque l'individu perçoit une inadéquation entre la situation stressante et les ressources dont il dispose, il élabore des stratégies d'adaptation (stratégies de coping) pour y faire face.

Figure 4 :

Modèle de la double évaluation de Lazarus et Folkman (1984).



- Les stratégies de coping

L'évaluation primaire et secondaire déterminent la stratégie de coping que mobilisera l'individu. Ainsi, il aura le choix entre le coping centré sur le problème, le coping centré sur les émotions, le coping centré sur le soutien social.

Le niveau de contrôle dont l'individu dispose sur la situation stressante contribue au choix de la stratégie ainsi que la disponibilité et la qualité du soutien social.

Vis-à-vis d'une situation contrôlable ou maîtrisable, les études indiquent que les stratégies centrées sur le problème sont fonctionnelles et associées à des indicateurs de santé mentale positifs (Bruchon-Schweitzer, 2002). Tandis que lorsque la situation est incontrôlable, les efforts répétés sont inutiles, épuisants, et éventuellement nocifs pour la santé (Lazarus et Folkman, 1984).

Dans ce cas, les stratégies centrées sur l'émotion s'avèrent relativement efficaces à court terme, mais induisent à long terme des états dépressifs (Bruchon-Schweitzer, 2002). Ainsi, lorsque les employés pensent qu'ils contrôlent ou maîtrisent une situation de travail, ils tentent de résoudre le problème. Cependant, lorsque cette situation est incontrôlable, ils cherchent plutôt à maîtriser leurs émotions. Ils peuvent alors adopter des comportements qui les aident à se sentir mieux, mais qui n'ont pourtant pas un effet positif sur leur santé mentale et physique à long terme (par exemple : consommation d'alcool ou drogues...) (Howatt et al., 2018).

3.1.3.2. Les différentes approches théoriques du coping

Les théories générales du coping peuvent être regroupées en trois grandes approches théoriques : l'approche psycho-dynamique, l'approche du coping comme trait de personnalité (coping trait) et l'approche transactionnelle du coping (coping processus). Ces différentes approches se distinguent par des hypothèses différentes concernant la source, le développement et l'efficacité de la stratégie utilisée (Aldwin & Brustrom, 1997, Lazarus, 1993).

Les tenants du modèle psycho-dynamique qui est le tout premier modèle de coping considèrent le coping comme étant des mécanismes de défense (Aldwin & Brustrom, 1997; Lazarus, 1993). Vaillant (1977), propose une hiérarchisation de ces défenses du Moi, et les classe allant des défenses immatures aux défenses adaptatives. Selon cet auteur, ces mécanismes de défense tendent à régulariser les affects négatifs (c'est-à-dire des sentiments désagréables comme la colère, la peur ou le stress) liés à des conflits internes et externes dont principalement l'anxiété.

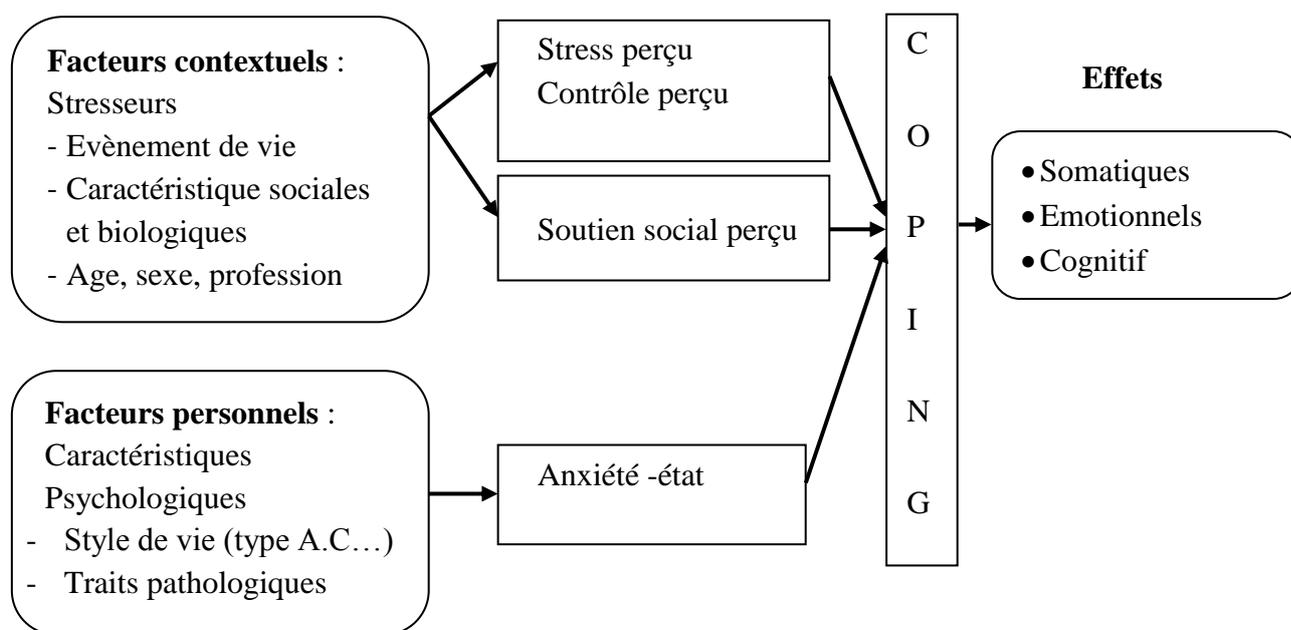
Le coping est également conceptualisé comme trait de personnalité. Les tenants de cette deuxième approche démontrent que les individus ont une manière stable de traiter l'information, de réagir. Allant dans ce sens, des auteurs ont tenté d'expliquer cette approche à travers des études impliquant les traits de personnalité : par exemple, Kobasa, Maddi & Kan (1982), présentent l'endurance comme trait de personnalité prédisposant un individu à faire face au stress d'une façon particulière. Pour cette approche par les traits de personnalité, le profil de coping est inhérent à la personne et les variations de la situation stressante n'ont pas assez d'importance. Or, selon Folkman et al. (1986), Cohen et Lazarus (1979), l'approche psycho-dynamique et l'approche par les traits de personnalité ne peuvent être validées du fait que bien qu'ils aient contribué à une meilleure compréhension des réactions individuelles face aux situations stressantes, elles demeurent incomplètes, puisqu'elles voudraient que l'individu se comporte toujours de la même manière face à une situation stressante. Ceci va dans le même sens que Aldwin et Brustrom (1997) qui avancent que ces approches supposent des caractéristiques stables chez l'individu, qui déterminent le choix du coping utilisé tout en ignorant les caractéristiques situationnelles entourant l'évènement stressant. Pour remédier à ces insuffisances, Lazarus et Folkman (1984) proposent une troisième approche, en l'occurrence l'approche transactionnelle. Ces auteurs affirment que les traits de personnalité ne peuvent à eux seuls prédire la manière de faire face au stress et rajoutent que le tempérament à réagir d'une certaine façon donnée (concept trait), définit ce qu'est l'individu alors que la réaction passagère que ce même individu adopte lors des évènements stressants change selon les circonstances et définit ce qu'il fait (concept état) ; selon cette approche, l'évaluation de l'évènement stressant ainsi que les stratégies de coping choisies pour y faire face ne sont pas les caractéristiques stables de l'individu, mais proviennent plutôt d'une transaction entre les exigences de la situation et diverses ressources, principalement les ressources environnementales et personnelles (Lazarus & Folkman, 1984). Pour Folkman et al. (1986), l'approche transactionnelle considère le coping comme un processus. C'est une approche qui se distingue nettement des deux précédentes car elle met l'accent sur l'importance, le sens que l'individu accorde au contexte psychologique et environnemental dans lequel les stratégies de coping seront mises en place. De plus, cette approche considère le coping comme étant une réponse à une exigence psychologique et environnementale provenant d'un évènement stressant spécifique.

Le coping a également une nature multidimensionnelle, dynamique, c'est-à-dire qu'il change avec le temps en fonction de l'évaluation de la situation faite par l'individu et ce dernier est susceptible d'utiliser plusieurs stratégies lors d'un même évènement stressant

(Folkman & Lazarus, 1985, 1988 ; Folkman et al., 1986). Ainsi, c'est sur la base de ces approches que des recherches ont été effectuées en vue de présenter les différents déterminants du coping.

Figure 5:

Modèle de Lazarus et Folkman (1984)



Enfin, la théorie transactionnelle du stress/coping de Lazarus et Folkman nous semble la mieux indiquée pour la présente étude. Nous l'adoptons ainsi comme théorie principale, puisqu'elle nous permet d'expliquer et de comprendre le stress perçu, les stratégies de coping tout en établissant un lien entre ces deux variables. C'est la théorie explicative de notre problème de recherche.

Après avoir présenté les principales théories explicatives de la présente étude, nous allons nous évertuer à présenter la méthodologie qui constitue le mode opératoire qui permettra de vérifier les différentes hypothèses émises.

DEUXIEME PARTIE : CADRE OPERATOIRE

Cette partie du travail est structurée en trois chapitres : le chapitre quatre relatif à la démarche méthodologique, le chapitre 5 consacré à l'analyse des résultats, enfin le chapitre 6 qui s'intéresse à l'interprétation et à la discussion des résultats.

CHAPITRE 4 : METHODOLOGIE

4.1. Rappel du problème, des hypothèses, et définition des variables

4.1.1. Rappel du problème de l'étude

Nous avons observé auprès de certains soignants des services de santé mentale au Cameroun des manifestations du stress perçu au travail ainsi que l'utilisation des stratégies de coping. Suite à ces observations, nous avons réalisé des enquêtes exploratoires chez quelques soignants de ces services qui attestent l'existence de multiples facteurs pouvant justifier ces manifestations du stress perçu au travail.

Ces observations ont permis d'aboutir au constat selon lequel les manifestations du stress perçu demeurent, malgré l'utilisation par ces soignants des stratégies de coping qui ont pour rôle d'atténuer le niveau de stress perçu selon la théorie transactionnelle du stress/ coping de Lazarus et Folkman (1984).

Ainsi, notre étude pose le problème de la persistance des manifestations du stress perçu chez les soignants des services de santé mentale au Cameroun.

Suite à ce problème, la question sous-jacente était la suivante: les stratégies de coping réduisent-elles le niveau de stress perçu chez les soignants des services de santé mentale au Cameroun ?

4.1.2. Méthode d'étude

Deux types de méthodes sont généralement utilisés dans les recherches scientifiques, en l'occurrence, la méthode qualitative et la méthode quantitative. Ces deux méthodes se distinguent l'une de l'autre à travers les objectifs, les différents outils de collecte des données, le type de données à collecter, les techniques d'analyse ainsi que les conclusions de chacune de ces méthodes. Selon Claude (2019), la méthode qualitative est essentiellement descriptive et se concentre sur les interprétations, les résultats sont exprimés avec des mots alors que la méthode quantitative permet de prouver ou démontrer les faits. Les résultats ici s'expriment en chiffres (statistiques).

Dans le cadre de cette recherche, nous avons opté pour la méthode quantitative. Ce choix se justifie par le fait que notre objectif général est de vérifier si les stratégies de coping réduisent le niveau de stress perçu au travail chez les soignants des services de santé mentale au Cameroun. En effet, pour la méthode quantitative, les résultats se concentrent sur des

échantillons de plus grande taille, qui sont représentatifs de la population d'étude (Arteaga, 2020). Ainsi, cette méthode vise souvent l'explication dans un souci de généralisation des observations (Nda'a, 2015). Enfin, nous justifions également ce choix par le fait que la méthode quantitative permet de vérifier, de confirmer des liens entre plusieurs variables afin d'aboutir à une compréhension plus générale d'un processus (Neuman, 2011).

4.1.3. Le type d'étude

Cette étude s'inscrit dans le cadre de la gestion individuelle du stress à travers l'usage des stratégies de coping. Nous avons adopté une approche confirmatoire, autrement dit, il s'agit de confirmer ou infirmer les hypothèses de recherche que nous avons formulées en fonction de la littérature scientifique disponible. Ainsi, notre étude est quantitative.

4.1.4. Les variables de l'étude

Selon Anceaux et Sokeel (2006), une variable est une dimension caractéristique de notre environnement physique ou social, une dimension d'un ou de plusieurs comportements, dont les manifestations peuvent être classées en catégories ou mesurées et prendre plusieurs valeurs ou états différents. Eu égard à la recherche quantitative dont l'objectif est de déduire des conclusions mesurables statistiquement à partir d'une technique de collecte de données qui permet aux chercheurs d'analyser des comportements, des opinions ou même des attentes en quantité et dont la méthodologie met toujours en relation au moins deux types de variables, notre recherche est axée autour de 02 variables à savoir : une variable indépendante et une variable dépendante.

4.1.4.1. La variable indépendante

Selon Margot (2013), la variable indépendante est une caractéristique de la personne, de son état ou de l'environnement qui, par suite d'une modification, d'une intervention ou d'une manipulation effectuée par le chercheur, prend certaines valeurs afin que son impact sur la situation soit évalué. Pour Myers et Hansen (2007), cette variable est celle que le chercheur manipule volontairement. C'est encore la variable cause.

Dans le cadre de cette étude, les stratégies de coping constituent notre variable indépendante. Suivant le modèle transactionnel du stress/coping de Lazarus et Folkman (1984), cette variable comprend 03 (trois) modalités à savoir le coping centré sur le problème (SCP), le coping centré sur l'émotion (SCE), le coping centré sur la recherche du soutien social (SCS).

4.1.4.2. La variable dépendante

Pour Margot (2013), la variable dépendante recouvre un comportement, un résultat ou un effet prédit ou expliqué par le chercheur à la suite de l'influence de la variable indépendante. Selon Mvessomba (2013), cette variable désigne le comportement que le chercheur veut étudier ou mesurer ; c'est donc le comportement qui reflète l'action de la variable indépendante.

Dans cette recherche, le niveau de stress perçu constitue notre variable dépendante qui est d'ordre quantitative. Cette variable comprend trois modalités suivant le modèle transactionnel du stress / coping de Lazarus et Folkman (1984). A cet effet, bien que le modèle transactionnel ne définisse pas de niveau de stress perçu, Cohen, Kamarck et Mermelstein (1983), s'inspirant de ce modèle, proposent trois niveaux de stress perçu à savoir :

- Un niveau de stress perçu faible (S.F) pour un score variant de 0 à 18 ;
- Un niveau de stress perçu moyen (S.M) pour un score variant de 19 à 37 ;
- Un niveau de stress perçu élevé (S.E) correspondant à un score supérieur ou égal à 38.

Les variables et leurs modalités sont résumés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 1 :
Synoptique des variables et leurs modalités.

Variabiles	Modalités	Items
VI Stratégies de coping	Coping centré sur le problème	1 – 4 – 7 – 10 – 13 – 16 – 19 – 22 – 25 – 27.
	Coping centré sur l'émotion	2 – 5 – 8 – 11 – 14 – 17- 20 – 23 – 26
	Coping centré sur la recherche du soutien social.	3 – 6 – 9 – 12 – 15 – 18 – 21 – 24
VD stress perçu	Niveau de stress perçu faible	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 – 11 – 12 – 13 – 14
	Niveau de stress perçu moyen	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 – 11 – 12 – 13 – 14
	Niveau de stress perçu élevé	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 – 11 – 12 – 13 – 14

4.1.4.3. Le plan de recherche

Nous avons bâti un plan de recherche à partir des variables précédentes.

Tableau 2 :
Plan de recherche

VI	VD	Niveau de stress perçu faible (SF)	Niveau de stress perçu moyen (SM)	Niveau de stress perçu élevé (SE)
- Coping centré sur le problème (SCP)		SCP*SF	SCP*SM	SCP*SE
- Coping centré sur l'émotion (SCE)		SCE*SF	SCE*SM	SCE*SE
- Coping centré sur la recherche de soutien (SCS)		SCS*SF	SCS*SM	SCS*SE

Nous obtenons neuf combinaisons. Cependant, nous considérons le niveau de stress perçu comme un construit global, ce qui nous conduit à trois hypothèses opérationnelles.

4.1.5. Formulation des hypothèses de l'étude

4.1.5.1. Hypothèse générale

Notre étude postule que les stratégies de coping réduisent le niveau de stress perçu chez les soignants des services de santé mentale au Cameroun.

4.1.5.2. Hypothèses opérationnelles

Comme nous l'avons signalé, notre hypothèse générale a été opérationnalisée en trois (03) hypothèses opérationnelles (HO) :

H0₁ : le coping centré sur le problème réduit le niveau de stress perçu chez les soignants des services de santé mentale au Cameroun.

H0₂ : le coping centré sur l'émotion réduit le niveau de stress perçu chez les soignants des services de santé mentale au Cameroun.

H0₃ : le coping centré sur la recherche du soutien social réduit le niveau de stress perçu chez les soignants des services de santé mentale au Cameroun.

4.2. Outils de collecte de données

Nous allons ici présenter les procédures utilisées pour le choix de l'outil de collecte des données de la présente recherche. Nous présenterons ainsi le choix et la justification de l'instrument de collecte des données, son élaboration, le pré-test.

4.2.1 ; Choix et justification de l'instrument de collecte des données

Selon Bachelet (2014), il existe quatre grands instruments de collecte des données à savoir : le questionnaire, l'entretien, l'observation et l'analyse des données secondaires.

Notre étude étant quantitative, nous avons opté pour le questionnaire comme instrument de collecte de données ; en effet, cet outil est largement utilisé en psychologie et plus précisément dans les études quantitatives ; de plus, ce choix est motivé par plusieurs avantages.

Pour Claude (2019), le questionnaire est une technique de collecte de données quantifiables qui se présente sous la forme d'une série de questions posées dans un ordre bien précis. Nous allons utiliser le questionnaire pour évaluer les niveaux de stress perçu et pour déterminer les stratégies de coping adoptées par le personnel ; le choix du questionnaire dans cette étude se justifie par ses avantages que souligne Delhomme et Meyer (2003), à savoir : garantir l'anonymat des participants, la rapidité d'administration, l'accès quasi immédiat aux calculs, la possibilité d'aborder plusieurs aspects à la fois et la facilité de traitement des informations recueillies. Il nous a donc semblé pour cela plus pertinent d'adopter le questionnaire en raison de ces multiples avantages.

4.2.2. Elaboration du questionnaire

Notre questionnaire a été élaboré en 03 parties ou rubriques : une première partie consacrée à une note introductive à l'attention des participants, la deuxième partie concerne les facteurs socio-démographiques et enfin une troisième partie comportant les échelles de mesure de nos deux variables.

4.2.2.1. La note introductive

Elle a été présentée à nos participants en début du questionnaire et se présentait comme suit :

« Cette étude s'intéresse à votre vie et votre bien-être au travail. Le présent questionnaire est anonyme. Nous vous rassurons de la stricte confidentialité de vos réponses conformément aux dispositions de la loi n°2020/010 du 20 juillet 2020 sur les enquêtes

statistiques et les recensements au Cameroun. Ces informations ne sauraient être divulguées à votre hiérarchie ou à un tiers sans votre accord préalable.

NB : Seul votre avis compte, aucune réponse n'est ni bonne ni mauvaise. Nous vous prions de bien vouloir remplir ce questionnaire jusqu'à la fin ».

4.2.2.2. Les outils

Afin de répondre à notre questionnaire, nos participants étaient invités à exprimer leurs opinions suivant des échelles de type Likert.

❖ Les facteurs sociodémographiques

Pour cette recherche, nous avons contrôlé un certain nombre de facteurs socio-démographiques : genre, âge, situation matrimoniale, catégorie professionnelle ou niveau d'étude, ancienneté, situation professionnelle (fonctionnaire, vacataire, contractuel, nombre d'heures de travail planifiées par semaine, travail de nuit.) Nous tenons au contrôle de ces facteurs car plusieurs de ceux-ci peuvent influencer nos variables à l'étude.

❖ Les stratégies de coping

Pour mesurer les variables de la présente étude, nous nous sommes focalisés sur les instruments de mesure existant déjà dans la littérature.

Pour les stratégies de coping, les participants ont coché la ou les réponses qui étaient appropriées. Tous nos participants ont répondu aux mêmes questions, ils ont été tous contraints de répondre à la plupart grâce à un format de réponses fixées d'avance (échelle, choix entre plusieurs alternatives, classement, etc...)

Les stratégies de coping dans cette étude ont été opérationnalisées à travers l'instrument de mesure ways of coping check list (WCC-R). La version française validée par Cousson, Bruchon-Schweitzer, Quintard, Nuissier et Rasclé (1996) a été utilisée.

Ce questionnaire permet d'évaluer les types de stratégies d'adaptation utilisés ; chaque participant devait indiquer s'il a utilisé l'une ou l'autre des stratégies de coping pour faire face aux situations difficiles, menaçantes et imprévisibles liés au travail. Cet outil présente une structure tridimensionnelle : le coping centré sur le problème (10 items), le coping centré sur l'émotion (9 items), le coping centré sur la recherche du soutien social (8 items) soit un total de 27 items ; chaque item est coté sur une échelle de Likert, de 1 à 4 points (non = 1, plutôt non = 2, plutôt oui = 3, oui = 4), sauf l'item 15 qui est coté en sens inverse (non = 4, plutôt non = 3, plutôt oui = 2, oui = 1).

Nous avons choisi cette version à cause du nombre d'items qu'il présente, qui nous paraît d'une longueur raisonnable ; pendant la passation de cet outil, chaque participant devait

indiquer pour chacune des stratégies proposées la fréquence selon laquelle il les avait utilisés pour faire face à tout évènement menaçant ou stressant, lié à sa vie professionnelle.

Le tableau suivant présente un récapitulatif de cette version.

Tableau 3:
Version Française du ways of coping check list (WCC-R).

Stratégies de coping	Questions
Centrées sur le problème (10)	1 – 4 – 7 – 10 – 13 – 16 – 19 – 22 – 25 – 27
Centrées sur l'émotion (09)	2 – 5 – 8 – 11 – 14 – 17 – 20 – 23 – 26
Centrées sur le soutien social (08)	3 – 6 – 9 – 12 – 15 – 18 – 21 – 24

Le score final est obtenu en faisant la somme des points par item.

❖ Le stress perçu

En vue de mesurer le stress perçu, nous avons utilisé la version française de l'échelle perceived stress scale à 14 items (PSS 14). C'est une échelle de mesure du stress personnel développée par Cohen, Kamark et Mermelstein (1983); cette échelle nous a permis d'évaluer le degré selon lequel les situations de travail sont perçues par les soignants comme menaçantes (stressantes) c'est-à-dire imprévisibles, incontrôlables, surchargées ou pénibles.

Il s'agissait pour chaque soignant d'exprimer sa perception de ces situations au travail au cours d'une période bien définie en l'occurrence le mois passé, considérant uniquement les évènements et les situations de la vie au travail. Nos questions étaient de type fermé car les participants étaient appelés à donner leur avis à travers une échelle de Likert à cinq points en ce qui concerne le stress perçu : jamais, presque jamais, parfois, assez souvent, très souvent. Cette échelle est uni dimensionnelle. Le score final a été obtenu en additionnant le score des 14 items. Certains items à l'instar des items 4, 5, 6, 7, 9, 11 et 13 sont négatifs et par conséquent ont été notés en sens inverse. Dans cet outil, les scores varient de 0 à un maximum de 56; un score compris entre 0 et 18 correspond à un stress perçu faible tandis qu'un score variant de 19 à 37 correspond à un stress perçu moyen et enfin, un score supérieur ou égal à 38 correspond à un stress perçu élevé.

4.2.3. Le pré-test

Ici, il s'est agi tout d'abord d'une mise à l'épreuve de notre instrument de collecte de données auprès de cinq personnels des services de santé mentale au Cameroun, l'objectif étant pour nous de s'assurer que l'outil est bien compréhensible et qu'il répond effectivement

aux objectifs de notre recherche. En effet, selon Nyock Ilouga et al. (2018), le pré-test permet de libérer l'outil de sa charge culturelle d'origine avec l'utilisation des expressions langagières locales si nécessaires. A l'issu de cette opération, les participants ont présentés des difficultés pour la compréhension des items. Nous avons ainsi reformulé ces items afin qu'ils soient plus compréhensibles et faciles à remplir pour nos participants. Puis, nous avons soumis cet instrument de collecte de données à dix personnels (y compris les cinq personnels ayant subi la première opération). Ceux-ci n'ont éprouvés aucune difficulté pour le remplir.

4.2.4. Etude de fiabilité des stratégies de coping centrées sur la résolution du problème

Tableau 4 :
Analyse de fiabilité du coping centré sur le problème

Alpha de Cronbach	ω de McDonald
0,75	0,75

Les résultats du test de fiabilité indiquent que la valeur du alpha de Cronbach des stratégies de coping est de (0,75) et la valeur du ω de Mc Donald est de (0,75). Sur la base de ces valeurs, on peut conclure que les items de cette variable constituent un ensemble cohérent.

Tableau 5:
Analyse de fiabilité des stratégies de coping centré sur l'émotion

Alpha de Cronbach	ω de McDonald
0,77	0,77

Les résultats du test de fiabilité indiquent que la valeur du alpha de Cronbach des stratégies de coping centrées sur l'émotion est de (0,77) et la valeur du ω de Mc Donald est de (0,77). Sur la base de ces valeurs, on peut conclure que les items de cette variable constituent un ensemble cohérent.

Tableau 6:
Analyse de fiabilité des stratégies centrées sur le soutien social

Alpha de Cronbach	ω de McDonald
0,66	0,70

Les résultats du test de fiabilité indiquent que la valeur du alpha de Cronbach des stratégies de coping SS est de (0,66) et la valeur du ω de Mc Donald est de (0,70). Sur la base de ces valeurs, on peut conclure que les items de cette variable constituent un ensemble cohérent.

Tableau 7:
Analyse de fiabilité du stress perçu

Alpha de Cronbach	ω de McDonald
0,70	0,71

Les résultats du test de fiabilité indiquent que la valeur du alpha de Cronbach du stress perçu est de (0,70) et la valeur du ω de Mc Donald est de (0,71). Sur la base de ces valeurs, on peut conclure que les items de cette variable constituent un ensemble cohérent.

4.3. Les sites de l'étude

Selon Noubissie (2010), la connaissance du site de recherche est un atout pour le chercheur puisqu'elle facilite le contrôle et la saisie des influences du milieu sur les conduites des participants. Ainsi, notre étude s'est déroulée au Cameroun, dans deux régions distinctes : celle du centre et celle du littoral, plus précisément dans les hôpitaux publics, parapublics et privés dotés d'un service de santé mentale. Ces deux villes présentent l'avantage d'être des villes cosmopolites, regroupant toutes les diversités de la population camerounaise (ethniques, linguistiques, niveaux d'éducation, pauvreté, richesse), mais également des populations venues des pays voisins.

4.3.1. Présentation de l'hôpital Jamot de Yaoundé (HJY)

Hôpital de 2^{ème} catégorie, il est situé au quartier Mballa II, en plein cœur de la ville de Yaoundé, à côté de la CRTV (Cameroon Radio Television), dans le département du Mfoundi, arrondissement de Yaoundé 1^{er}.

Créé le 05 Janvier 1989, il tire son nom du célèbre médecin - colonel français Eugène Jamot, médecin traitant de la maladie du sommeil au Cameroun. Cette institution hospitalière est particulièrement réputée comme hôpital de référence pour la prise en charge de deux grands groupes de maladies en l'occurrence les maladies mentales, les affections pulmonaires.

Outre le service de santé mentale, cette structure est également dotée d'autres services spéciaux comme la chirurgie dentaire, les urgences, la médecine générale, la kinésithérapie, la pédiatrie ... etc.

Concernant le service de santé mentale de cet hôpital, il est doté de deux pavillons (pavillon A et pavillon B), ainsi qu'un autre pavillon dénommé « village de l'amour », c'est un pavillon spécial accueillant les malades mentaux errants de la ville de Yaoundé. La ressource humaine de ce service est composée de :

- 03 psychiatres
- 20 infirmiers spécialisés en santé mentale pour les services A et B ainsi que le service de psychiatrie externe.
- 08 médecins résident en psychiatrie.

Il est doté de 14 salles d'hospitalisation, 03 cellules d'isolements, 05 salles de consultations, 01 bureau infirmier, 01salle d'urgence. Cette ressource humaine n'inclue pas celle du pavillon spécial.

4.3.2. L'hôpital Militaire de Yaoundé (HMY)

C'est un hôpital de référence au Cameroun, il fut créé après les indépendances.

Il est situé dans l'arrondissement de Yaoundé IV, au niveau du boulevard de la réunification, au cœur même du Ministère de la Défense. Il emploie prioritairement et majoritairement le personnel militaire. Cependant, il accueille aussi bien des patients civils que militaires. Par ailleurs, 70% de sa fréquentation est constituée de patients civils.

On y retrouve plusieurs services parmi lesquels le service de santé mentale.

Ce service accueille des patients tels que des militaires traumatisés de guerre.

La ressource humaine y est constituée de :

- 01 Psychiatre
- 02 Psychologues exerçant effectivement dans ce service
- 03 infirmiers spécialisés en santé mentale

La prise en charge est ambulatoire, les salles d'hospitalisation n'étant pas encore opérationnelles.

Il est doté de 03 salles d'hospitalisation, 01 cellule d'isolement, 02 salles de consultations, 01 bureau infirmier.

4.3.3. L'hôpital Laquintinie de Douala (HLD)

L'hôpital Laquintinie de Douala est situé dans l'arrondissement de Douala 1^{er}, plus précisément dans le quartier Akwa. Fondé en 1931 sous l'administration française, c'est l'un des plus grands hôpitaux du Cameroun qui dessert également les populations du Nord-Ouest, du Sud-Ouest et de l'Ouest et comprend en son sein l'un des tout-premiers services de santé mentale du pays. A l'origine réservé aux patients indigènes, cet hôpital tire son nom du premier médecin à y avoir exercé de 1936 à 1938, le Docteur Jean Laquintinie. Il est constitué d'un ensemble de pavillons isolés les uns des autres par des espaces libres, des espaces verts et comprend outre les pavillons, une salle de sport et relaxation pour les soignants dans le but de les aider à gérer le stress et les maintenir dans un état de bien-être au travail.

C'est un hôpital de référence de 2^{ème} catégorie, il s'étend sur 09 hectares et compte près de 40 pavillons. Son offre de soins et services couvre un large éventail de spécialités parmi lesquelles la santé mentale (SESAME = service de santé mentale), qui présente trois circuits du patient : les patients reçus en urgence (patients agités... etc.), les patients reçus en ambulatoire qui sollicitent une consultation de santé mentale, mais également les patients sollicitant une consultation de psychologue. Le service de santé mentale de L'HLD est en charge de la santé mentale de la population du littoral qui compte plus de 5 millions d'habitants et celle des autres régions susmentionnées (Eyoum et al., 2021).

Selon ces auteurs ce service est de plus en plus sollicité du fait de la conjoncture marquée par les crises dans les zones anglophones, les migrations qui en découlent et d'autres problèmes conjoncturels qui en découlent.

Comme ressource humaine spécialisé en santé mentale, on a :

- 02 psychiatres
- 08 psychologues exerçant non seulement dans ce service mais également dans d'autres services de l'HLD
- 11 infirmiers spécialisés en santé mentale
- 02 psychomotriciennes

Il est à noter que ce service est doté de 19 salles d'hospitalisation, des salles de consultations, 34 lits, 01 bureau infirmier, 10 salles d'isolements, 01 salle d'urgence

4.3.4. Hôpital militaire de Douala

Situé dans la ville de Douala, plus précisément au quartier Bonanjo, il répond aux mêmes critères et objectifs que l'hôpital militaire de Yaoundé. Dans le service de santé mentale, la ressource humaine est constituée de :

- 01 psychiatre
- 02 psychologues

La prise en charge est ambulatoire, les salles d'hospitalisation n'étant pas encore opérationnelles.

4.3.5. Le centre de santé mentale Benoît Menni

Il est situé sur la colline de Mvolyé, dans le quartier d'Efoulan, arrondissement de Yaoundé IIIème. Il a été créé en 1993. Il prend en charge les maladies mentales et neurologiques, accueille les stagiaires de diverses écoles de formation privée catholique, des bénévoles et forme également les spécialistes dans les soins de santé mentale. Au-delà de la prise en charge de ses patients, ce centre apporte également un soutien alimentaire et vestimentaire aux patients tuberculeux de la prison centrale de Kondengui ainsi qu'une assistance multiforme aux malades mentaux errants ou abandonnés de la ville de Yaoundé lors des descentes effectuées mensuellement dans les rues de la ville. La prise en charge est ambulatoire.

La ressource humaine spécialisée en santé mentale est constituée de :

- 01 psychiatre
- 06 Infirmiers spécialisés en santé mentale
- 01 psychologue

Les soins se déroulent en ambulatoire. En plus des autres soins, ils effectuent également l'ergothérapie et la relaxation.

4.3.6. Justifications du choix des sites de l'étude

Les sites de la présente étude n'ont pas été choisis au hasard. Les critères suivants justifient ces choix :

- Ces hôpitaux se trouvent dans deux grandes villes cosmopolites, accueillant la population camerounaise dans sa diversité ainsi que les populations de la sous-région Afrique centrale
- La fréquentation de ces hôpitaux par les patients en ce qui concerne la santé mentale est la plus élevée, puisqu'il s'agit des hôpitaux de référence pour cette spécialité
- Ces hôpitaux concentrent à eux seuls la majorité des psychiatres et infirmiers spécialisés en santé mentale du pays.

Il est cependant important de noter que ces soignants ne vivent pas les mêmes réalités face à l'exposition au stress, surtout en ce qui concerne les conditions et l'environnement de travail. Les facteurs de stress pouvant être plus nombreux dans certains services que d'autres. Toutefois, en ce qui concerne la prise en charge des maladies mentales proprement dite, les difficultés sont presque les mêmes

4.4. Population et échantillon de l'étude

4.4.1. Population de l'étude

Pour Angers (1992), l'ensemble d'éléments ayant une ou plusieurs caractéristiques en commun qui les distinguent d'autres éléments et sur lesquels porte une investigation constitue la population de l'étude.

Il s'agit dans le cadre de cette étude de l'ensemble du groupe humain concerné par les objectifs de cette enquête. Ce groupe humain encore appelé population mère est défini par Mokonze (2012, p38) comme « l'ensemble de tous les individus qui ont des caractéristiques précises en relation avec les objectifs de l'étude ». Ainsi, notre population mère sera constituée des soignants des services de santé mentale au Cameroun, en l'occurrence les psychiatres, les infirmiers spécialisés en santé mentale, les psychomotriciens, les psychologues. Ces professionnels ne prouvent pas les mêmes difficultés dans leurs tâches quotidiennes. En effet, certains du fait de leurs proximités avec les patients, des gardes qu'ils effectuent par exemple rencontrent plus de difficultés que les autres comme nous l'avons relevé.

Dans la présente étude, la population est constituée du personnel soignant des services de santé mentale au Cameroun. C'est dans cette population qu'a été tiré notre échantillon.

❖ Justification du choix de la population d'étude

Les soignants spécialisés en santé mentale ont subi des formations adaptées et sont mieux outillés pour la prise en charge des maladies mentales. Leurs connaissances leurs

permettent de pouvoir faire face à de nombreuses difficultés rencontrées dans la prise en charge de ces pathologies particulières que constituent les maladies mentales contrairement aux autres soignants ordinaires. Par conséquent, on s'attendrait à ce qu'ils aient des niveaux de stress perçu faibles. De plus, ils constituent la majorité des soignants exerçant dans les services de santé mentale, et les manifestations du stress au travail auxquelles nous avons fait allusion ont été observées chez des soignants spécialisés dans la prise en charge des maladies mentales.

4.4.2. L'échantillon

Selon Malala (2014), l'échantillon est un sous-ensemble d'individus qui seront enquêtés et qui sont censés représenter la population visée par l'observateur. Nous avons utilisé la technique d'échantillonnage non probabiliste par convenance. Ce choix ne s'est pas fait au hasard. En effet, cette technique nous permet de nous déployer facilement sur le terrain et d'atteindre un nombre important de personnes en peu de temps. Notre échantillon est constitué des soignants qui ont bien voulu répondre à nos questionnaires et qui étaient inclus dans nos critères.

❖ Critères d'inclusion

Notre échantillon a été choisi sur la base des critères suivants :

- Être soignant et spécialisé dans la prise en charge de toute forme de maladie mentale
- Être fonctionnaire ou contractuel exerçant dans un service de santé mental
- Exercer dans un service de santé mentale
- Présenter les manifestations du stress perçu au travail (la présence de ces manifestations est constatée en mesurant le niveau de stress perçu au travail).
- Faire usage des stratégies de coping pour faire face au stress perçu au travail.

❖ Critères d'exclusion

Ne font pas parti de notre échantillon les soignants répondant aux critères suivants :

- Les soignants non spécialisés en santé mentale
- Les soignants n'exerçant pas dans les services de santé mentale
- Les soignants au niveau de stress perçu au travail nul (c'est-à-dire ceux qui ne présentent aucune manifestation du stress perçu).

❖ Description de l'échantillon de notre étude

Les participants de cette étude ont été sélectionnés par la technique d'échantillonnage dite par convenance. Au total, l'échantillon de la présente étude est composé de 65 (N=65) soignants des services de santé mentale au Cameroun.

• Répartition selon le genre

Tableau 8:
Répartition de l'échantillon en fonction du genre

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	1	35	53.846	53,84	53,84
	2	30	46,15	46,154	100,0
	Total	65	100,0	100,0	

Notes : 1= femmes ; 2= hommes

Le tableau ci-dessus montre que l'échantillon de l'étude est constitué de 35 femmes soit (53.8%) et 30 hommes soit (46.1%). Ces données laissent entrevoir une prédominance du genre féminin dans la population étudiée.

• Répartition selon la tranche d'âge

Tableau 9:
Répartition de l'échantillon en fonction de la tranche d'âge

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	1	6	9.23	9.23	9.23
	2	30	46.15	46.15	55.38
	3	17	26.15	26.15	81.53
	4	12	18.46	18.46	
	Total	65	100,0	100,0	

Notes : 1= 20-29 ans ; 2= 30-39 ans ; 3=40-49 ans ; 4=60 ans et plus.

Le tableau ci-dessus indique la tranche d'âge des personnes interrogées dans le cadre de cette étude. 6 personnes interrogées appartiennent à la tranche d'âge 20-29 ans ; soit (9.2 %). 30 sont comprises entre 30-39 ans soit (46,1%). 17 sont compris entre 40-49 ans soit

(26,1%). Et en fin 12 personnes interrogées appartiennent à la tranche d'âge 60 ans et plus soit (18,4%).

Ces données indiquent que la tranche d'âge moyenne des personnes interrogées varie entre 30-39 ans (46,1%); puis 40-49 ans (26,1%); la tranche d'âge 40-49 ans (18,4%) et enfin, la tranche d'âge 20-29 ans (9.2%).

- **Répartition selon la situation matrimoniale**

Tableau 10 :

Répartition de l'échantillon en fonction de la situation matrimoniale

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	1	16	24,61	24,6	24.6
	2	40	61,53	61,5	86.1
	3	7	10,7	10,7	96.9
	4	1	1,5	1,5	98.4
	5	1	1,5	1,5	100,0
Total	65	100,0	100,0		

1= célibataire ; 2=Marié(e) ; 3=Union libre ; 4=Divorcé(e) ; 5=Veuf (Ve)

Le tableau ci-dessus donne une visibilité des répondants en fonction du statut matrimonial. Cette répartition montre une forte dominance des personnels mariés avec un pourcentage de 61,5%. 16 soit (24,6%) sont célibataires, 7 vivent en union libre soit (10,7%) tandis que 1 sont divorcés contre 1 veuf

- **Répartition selon la catégorie professionnelle**

Tableau 11:

Répartition de l'échantillon en fonction de la catégorie professionnelle

	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
1	40	61.5	61,5	61,5
2	6	9.2	9,2	70.7
3	8	12.3	12,3	83.0
4	9	13.8	13,8	96.9
5	2	3,2	3,2	100,0
Total	65	100,0	100,0	,

Légende : 1=infirmier spécialisé en santé mentale ; 2= psychiatre ; 3= médecin résident en psychiatrie ; 4=psychologues ; 5=psychomotriciens.

Le tableau ci-dessus indique que les participants de cette étude proviennent de diverses catégories professionnelles 40 soit 61,5% sont des infirmiers spécialisés en santé mentale (ISSM). 6 soit 9,2% de psychiatre ; 8 soit 12,3% de médecins résident en psychiatrie; 9 soit 13,8% de psychologues ; 2 soit 3,2% de psychomotriciens.

- **Répartition selon l'ancienneté dans la spécialité**

Tableau 12:

Répartition de l'échantillon en fonction de l'ancienneté dans la spécialité

	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
1	41	63.07	63.0	63.0
2	11	16.9	16.9	80.0
3	7	10.7	10.7	90.7
4	5	7.6	7.6	98.4
5	1	1.53	1.5	100.0
Total	65	100.0		

Note : ancienneté 1= 1-5 ans ; 2=5-10 ans ; 3=10-15 ans ; 4=20-25 ans ; 5= 30-35 ans.

Le tableau ci-dessus indique 41 personnes interrogées soient 63% leur ancienneté était comprise entre 1 et 5 ans. 11 soit 16,9 % leur ancienneté varie entre 5 et 10 ans ; 7 soit 10,7% est leur ancienneté varie entre 10-15 ans ; 5 soit 7,6% leur ancienneté est entre 20-25 ans et enfin 1 soit 1,5% son ancienneté est comprise entre 30-35 ans. On peut donc retenir que la majeure partie des personnes interrogées dans le cadre de cette étude ont une ancienneté qui varie entre 1 et 5 ans.

- **Répartition selon la situation professionnelle**

Tableau 13:

Répartition de l'échantillon en fonction de la situation professionnelle

	Fréquence	pourcentage	Pourcentage Valide	Pourcentage cum
1	42	64.6	64.6	64.6
2	16	24.6	24.6	89.2
3	7	10.7	10.7	100.0
Total	65	100.000		

Note 1= fonctionnaire ; 2= Contractuel ; 3= Vacataire.

Le tableau ci-dessus détermine le nombre de personnes interrogées en fonction de leur situation professionnelle. 42 soit 64,6% sont des fonctionnaires ; 16 soit 24,6% sont des contractuels et pour terminer 7 soit 10,7% sont des vacataires.

- **Répartition selon la période de travail**

Tableau 14:

Répartition de l'échantillon en fonction de la période de travail

	Fréquence	pourcentage	pourcentage valide	pourcentage cumulé
1	32	49.2	49.4	49.2
2	33	50.7	50.7	100.0
Total	65	100.0		

Note : 1= alternance jour et nuit ; 2= jour uniquement.

Le tableau ci-dessus indique 32 personnes soit 49,2% alternent jour et nuit ; 33 soit 50,7% travaillent le jour uniquement. Néanmoins on constate que la majorité travaille le jour.

- **Répartition selon le nombre d'heures de travail panifié par semaine.**

Tableau 15:

Répartition de l'échantillon en fonction du nombre d'heures de travail par semaine

	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
1	40	61.5	61.5	61.5
2	25	38.4	38.4	100.0
Total 65	100.0			

Note : 1= \leq 40 heures par semaine ; 2= $>$ 40 heures par semaine

Le tableau ci-dessus indique que 40 personnes interrogées soit 61,5% travaillent moins de 40 heures par semaines ; 25 soit 38,4% réalisent leur travail pendant plus de 40 heures par semaine.

- Répartition selon la responsabilité

Tableau 16:
Répartition de l'échantillon en fonction de la responsabilité

	Fréquence	Pourcentage	pourcentage valide	pourcentage cumule
1	9	13,8	13,8	13,8
2	56	86,1	86,1	100,0
Total	65	100,0		

Note : 1=oui ; 2= non.

Le tableau ci-dessus indique le nombre de personnes ayant des responsabilités. 9 soit 13,8% ont des responsabilités ; 56 soit 86,1% n'ont pas de responsabilités.

4.5. Collecte des données et les difficultés rencontrées sur le terrain

4.5.1. Administration du questionnaire et collecte des données

Notre recherche a été réalisée auprès des soignants des services de santé mentale de l'hôpital Jamot de Yaoundé, l'hôpital militaire de Yaoundé, le centre de santé mentale Benoît Menni de Yaoundé, l'hôpital Laquintinie de Douala et enfin l'hôpital militaire de Douala. Nous sommes allés à la rencontre de ces soignants constitués d'environ 70 personnels exerçant dans les différents services de santé mentale puis, nous leur avons expliqué le bien-fondé de l'étude que nous menons afin de proposer des suggestions à leur hiérarchie dans le but de contribuer à la réduction du stress au travail.

Les questionnaires ont été remplis sur la base du volontariat. Afin d'avoir accès à ces services, nous avons obtenu au préalable une autorisation de recherche de la part de la hiérarchie hospitalière. Les questionnaires ont été administrés aux soignants dans leurs postes de travail respectifs de façon directe, sans intermédiaire.

4.5.2. Difficultés rencontrées sur le terrain

Parvenu à l'étape de la collecte des données, nous avons rencontrés quatre types majeurs de difficultés :

- Tout d'abord, les démarches administratives pour l'obtention des autorisations de collectes de données sur les différents sites ont été difficiles et nous avons accusé un retard notoire dans la recherche pour cette raison. Néanmoins, nous avons pu finalement obtenir toutes les autorisations.

- L'éloignement des sites de l'étude. Cette phase opératoire de la recherche a nécessité de multiples déplacements / voyages non seulement pour l'obtention des autorisations de collecte de données mais également pour cette collecte de données proprement dite.
- L'indisponibilité des répondants : en effet, il était difficile pour le personnel de nous accorder du temps ; il fallait obtenir les rendez-vous à des heures précises selon la disponibilité des soignants.
- Malgré l'obtention de l'autorisation de collecte de données à l'hôpital Jamot de Yaoundé, l'accès au village de "l'amour" (un pavillon spécial du service de santé mentale de l'HJY), ne nous a pas été accordée. De ce fait, nous n'avons pu proposer notre questionnaire aux soignants y exerçant.

4.6. Les techniques d'analyses des données

Nous avons tout d'abord saisi les données obtenues sous Windows et Excel. Puis, des analyses descriptives ont été menées afin de décrire les résultats obtenus pour chacune de nos variables. Allant dans ce sens, nous avons présenté les résultats descriptifs se rapportant aux différentes échelles de mesure. Nous avons également présenté des tableaux, un indice de tendance centrale en l'occurrence la moyenne puis, deux indices de dispersions tels que la variance et l'écart type, et enfin les coefficients de corrélation.

Nous avons une variable indépendante qualitative à trois modalités, mais également une variable dépendante quantitative à trois modalités. Les données recueillies pour ces variables ont été traitées à partir des logiciels SPSS 26.0 et Excel. L'analyse des coefficients de corrélation de Pearson(r) nous a aidés à déterminer les différents liens entre ces différentes variables. Nous avons effectué ensuite des régressions linéaires afin d'évaluer l'effet de chacune des stratégies de coping sur le niveau de stress perçu au travail. Enfin, une modélisation par équations structurelles a été réalisée pour confirmer nos résultats.

CHAPITRE 5 : PRESENTATION DES DONNEES ET ANALYSE DES RESULTATS

L'objectif de ce chapitre consiste à donner une présentation des résultats des données collectées sur le terrain. Les données ainsi recueillies ont fait l'objet d'un double traitement. Les résultats obtenus au terme des analyses descriptives, corrélationnelles et inférentielles seront présentés dans ce chapitre.

5.1. Analyse descriptive

L'objectif de ces analyses est de présenter la physionomie des données recueillies lors de l'enquête sur le terrain. Cette analyse descriptive portera essentiellement sur les variables de la présente étude notamment : les stratégies de coping et le stress perçu.

5.1.1. Les stratégies de coping

Cette section est consacrée à la description des variables utilisées dans la présente étude pour mesurer les stratégies de coping. De ce fait, elle vise la description des données issues du terrain relatif au coping centré sur le problème, coping centré sur l'émotion et le coping centré sur la recherche du soutien social.

5.1.1.1. Le coping centré sur le problème

Tableau 17 :
statistiques descriptives de l'échantillon relatives au coping centré sur le problème

Variable	N	Moy	E-T	Min	Max
SCP	65	3.094	0.434	1.400	4.000

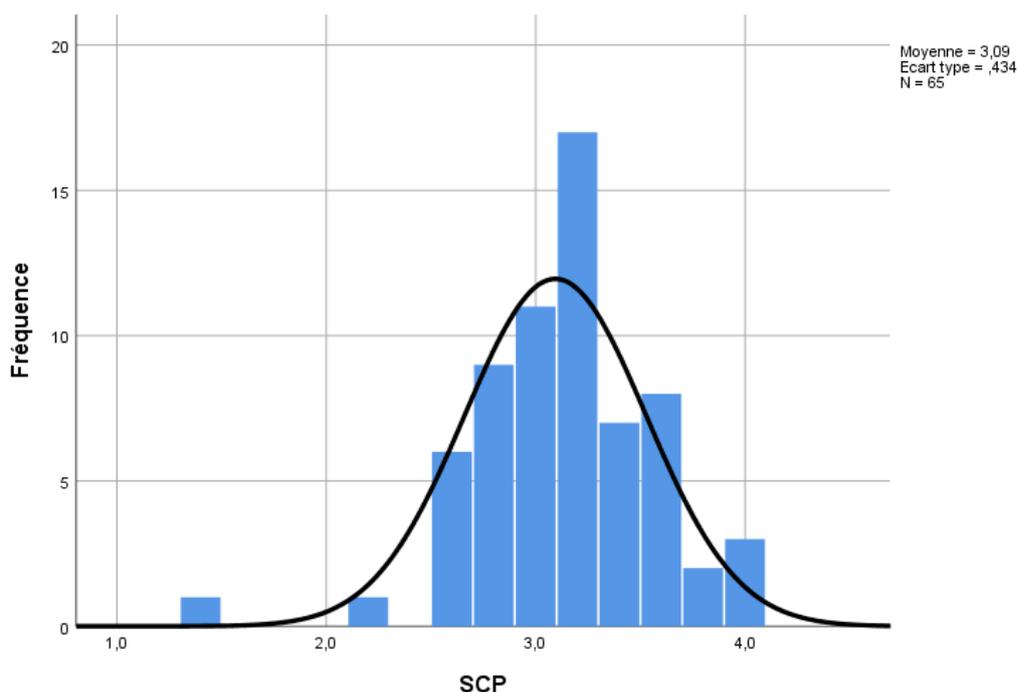
Note : SCP= Coping centré sur le problème ; N= effectif ; Moy= moyenne ; E-T= écart-type ; Min= Minimum ; Max= maximum.

Le score moyen du coping centré sur le problème mobilisé par les 65 soignants des services de santé mentale interrogés s'élève à 3,0. Ce score est légèrement supérieur à la moyenne théorique d'une échelle à quatre points. Cela signifie que la majorité des soignants considèrent par exemple qu'ils ont changé positivement dans leur travail. La dispersion des scores autour de cette moyenne est relativement faible au regard de la valeur de l'écart-type

(E-T = 0,43). On note néanmoins un écart non négligeable entre le score minimum (Min = 1,4) et le score maximum (Max = 4,0) enregistrés sur cette échelle.

Le graphique de la distribution normale montre que les scores obtenus dans l'évaluation du coping centré sur le problème sont concentrés vers la droite.

Figure 6 :
distribution normale des scores sur le coping centré sur le problème



5.1.1.2. Le coping centré sur l'émotion

Tableau 18 :
statistiques descriptives de l'échantillon relatives au coping centré sur l'émotion

Variable	N	Moy	E-T	Min	Max
SCE	65	2,533	0,546	1,00	3,778

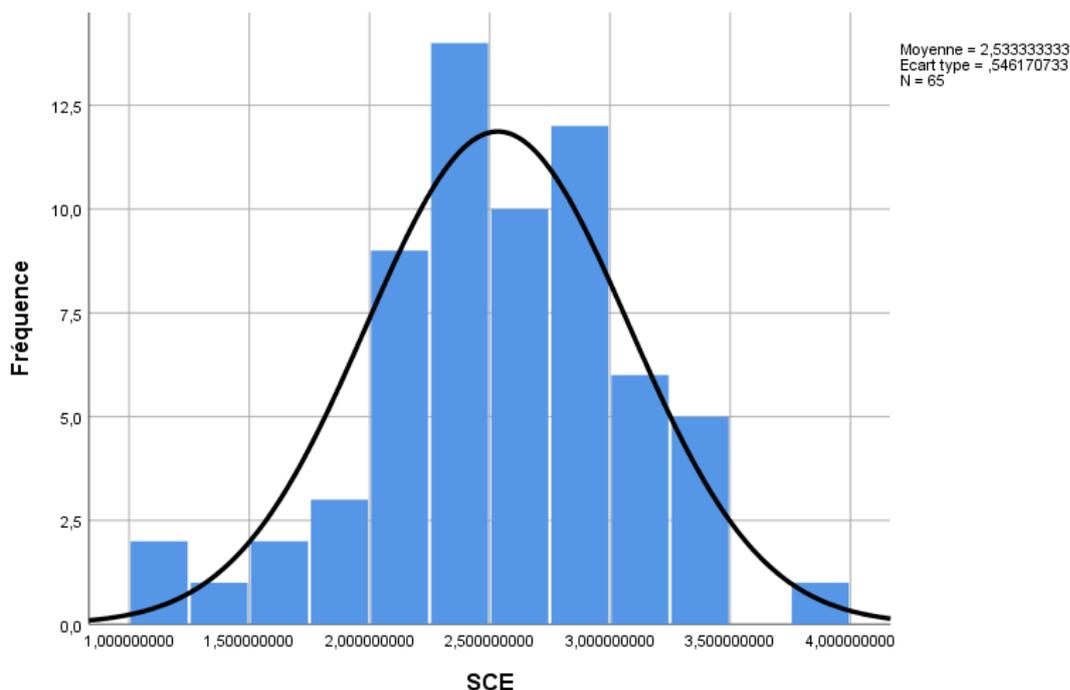
Note : SCE= coping centré sur l'émotion ; N= effectif ; Moy = Moyenne ; E-T= écart-type ; Min= Minimum, Max= Maximum.

Le score moyen du coping centré sur l'émotion mobilisé par les 65 soignants des services de santé mentale interrogés s'élève à 2.53. Ce score est légèrement supérieur à la moyenne théorique d'une échelle à quatre points. Cela signifie que la majorité des soignants souhaitent par exemple que la situation disparaisse ou finisse. La dispersion des scores autour de cette moyenne est relativement faible au regard de la valeur de l'écart-type (E-T = 0,546).

On note néanmoins un écart non négligeable entre le score minimum (Min = 1,00) et le score maximum (Max = 3,77) enregistrés sur cette échelle.

Le graphique de la distribution normale montre que les scores obtenus dans l'évaluation du coping centré sur l'émotion sont concentrés vers la droite.

Figure 7 :
Distribution normale des scores sur le coping centré sur l'émotion.



5.1.1.3. Le coping centré sur la recherche du soutien social

Tableau 19 :
statistiques descriptives de l'échantillon relatives au coping centré sur la recherche du soutien social.

Variable	N	Moy	E-T	Min	Max
SCS	65	2.887	0.480	1.000	3.750

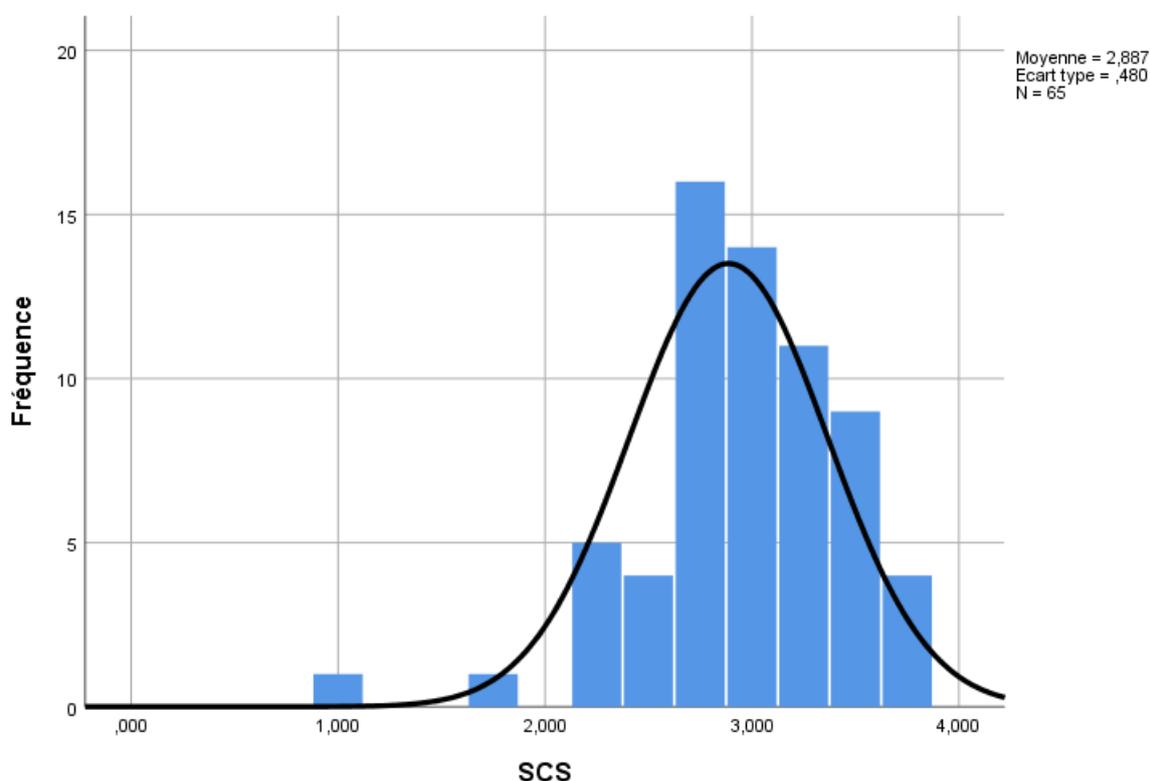
Note : SCS= Coping centré sur la recherche du soutien social ; N= effectif ; Moy = moyenne ; E-T= écart-type ; Min = Minimum ; Max = Maximum.

Le score moyen du coping centré sur la recherche du soutien social mobilisé par les 65 soignants des services de santé mentale interrogés s'élève à 2.88. Ce score est légèrement

supérieur à la moyenne théorique d'une échelle à quatre points. Cela signifie que la majorité des soignants considèrent par exemple qu'ils ont essayé de ne pas s'isoler. La dispersion des scores autour de cette moyenne est relativement faible au regard de la valeur de l'écart-type ($E-T = 0,480$). On note néanmoins un écart non négligeable entre le score minimum (Min = 1,00) et le score maximum (Max = 3,75) enregistrés sur cette échelle.

Le graphique de la distribution normale (figure 3) montre que les scores obtenus dans l'évaluation du coping centré sur la recherche du soutien social sont concentrés vers la droite.

Figure 8 :
distribution normale des scores sur le coping centré sur la recherche du soutien social.



5.1.2. Stress perçu

Tableau 20:
Statistique descriptive de l'échantillon relatif au stress perçu

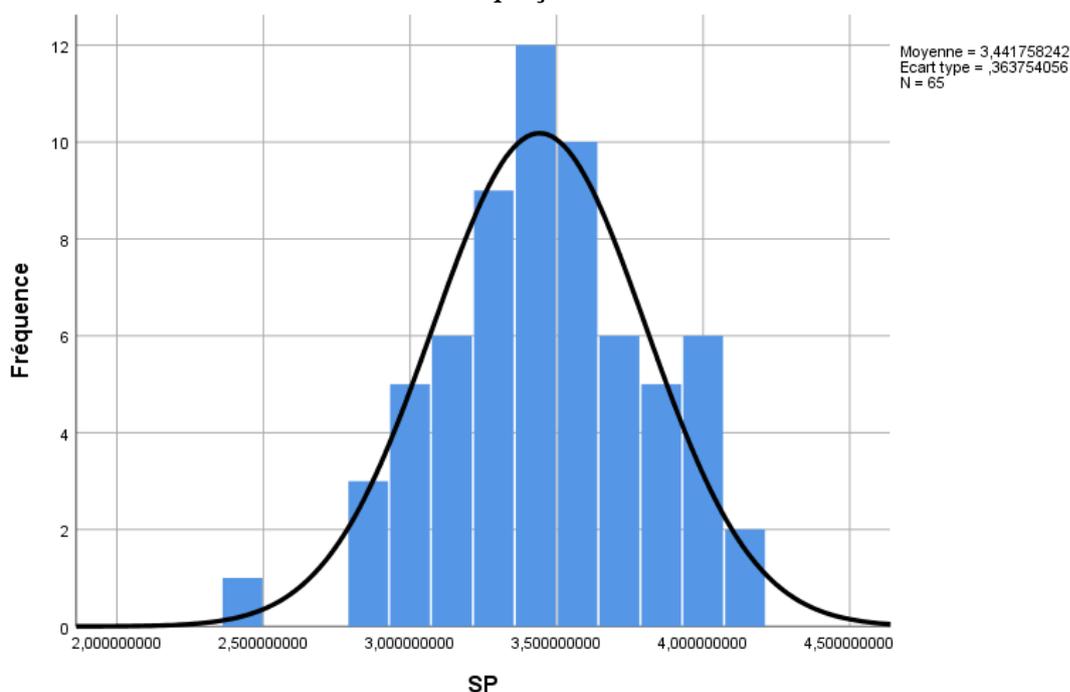
Variable	N	Moy	E-T	Min	Max
SP	65	3.442	0.364	2.429	4.143

Note : SP= stress perçu ; N= effectif ; moy= moyenne ; E-T= écart-type ; Min= minimum ; Max= maximum.

Le score moyen du stress perçu par les 65 soignants des services de santé mentale interrogés s'élève à 3.44. Ce score est largement supérieur à la moyenne théorique d'une échelle à cinq points. Cela signifie que la majorité des soignants rencontrés perçoivent que leur travail est stressant. La dispersion des scores autour de cette moyenne est relativement faible au regard de la valeur de l'écart-type (E-T = 0,364). On note néanmoins un écart non négligeable entre le score minimum (Min = 2.429) et le score maximum (Max = 4.143) enregistrés sur cette échelle.

Le graphique de la distribution normale montre que les scores obtenus dans l'évaluation du stress perçu sont concentrés vers la droite.

Figure 9 :
Distribution normale des scores du stress perçu.



5.2. Analyses corrélationnelles

Pour mesurer les liens existants entre les différentes variables de la présente étude, le recours à l'analyse des corrélations s'est avéré nécessaire. Les résultats des calculs des corrélations se trouvent dans le tableau 5.

Tableau 21 :
Matrice de corrélation

Variable	1	2	3	4
1. SCP	1			
	—			
2. SCE	0.276	1		
	0.026	—		
3. SCS	0.437	0.423	1	
	< .001	< .001	—	
4. SP	0.312	0.364	0.273	—
	0.011	0.003	0.028	—

L'examen de la matrice de corrélation montre que les résultats obtenus au test de corrélation indiquent un lien significatif et positif entre le coping centré sur le problème et le stress perçu ($r = .31$; $p = .01$). En ce qui concerne la dimension coping centré sur l'émotion et le stress perçu, l'examen de la matrice de corrélation montre qu'il existe un lien significatif et positif entre le coping centré sur l'émotion et le stress perçu ($r = 0.36$; $P = 0.003$). Cela signifie que le coping centré sur l'émotion est lié positivement au stress perçu. Enfin, les résultats au test de corrélation montrent qu'il existe un lien significatif et positif entre le coping centré sur la recherche du soutien social et le stress perçu ($r = 0.27$; $P < .02$). Cela signifie que le coping centré sur la recherche du soutien social est positivement lié au stress perçu.

L'analyse de corrélation révèle que toutes les trois dimensions des stratégies de coping sont liées significativement et positivement au stress perçu. La section suivante est consacrée à la présentation des résultats obtenus aux différents tests d'hypothèses par des analyses de régressions simples.

5.3. Analyses inférentielles

Cette analyse inférentielle permet de tester statistiquement les différentes hypothèses de recherche. À cet effet, nous avons mobilisé des tests de régressions linéaires simples et une modélisation par équations structurelles.

5.3.1. Les tests d'hypothèses

Il convient de rappeler que l'hypothèse générale de notre étude a été formulée comme suit : *les stratégies de coping réduisent le niveau de stress perçu au travail chez les soignants des services de santé mentale au Cameroun*. La démarche méthodologique a permis de formuler trois (03) hypothèses opérationnelles à partir de l'opérationnalisation de la variable indépendante.

5.3.1.1. Vérification de la première hypothèse opérationnelle

H1 : Le coping centré sur le problème réduit le niveau de stress perçu chez les soignants de santé mental au Cameroun.

Tableau 22 :

Régression simple de la dimension coping centré sur le problème sur le stress perçu.

	R²ajusté	β	T	p
SCP	0.097	0.31	2.60	0.011

L'objectif de cette analyse est de vérifier l'idée selon laquelle le coping centré sur le problème réduit le niveau de stress perçu chez les soignants de santé mentale au Cameroun. Les deux variables (coping centré sur le problème et le stress perçu) ayant été mesurées à l'aide d'échelles numériques, les données collectées se présentent sous la forme de scores continus. Nous avons logiquement choisi de solliciter la technique statistique de la régression linéaire simple.

Les résultats révèlent que le coping centré sur le problème a une influence significative sur le stress perçu ($\beta = 0.31$; $P = 0.011$). Contrairement aux prédictions de départ, le coping centré sur le problème augmente plutôt le stress perçu chez les soignants des services de santé mentale au Cameroun. La contribution du coping centré sur le problème dans l'explication du stress perçu s'élève à près de 9,7% (R^2_{aj}). Cette observation va dans le sens contraire de ce qui était prévue par notre hypothèse. H1 est donc logiquement infirmée.

5.3.1.2. Vérification de la deuxième hypothèse opérationnelle

H2 : le coping centré sur l'émotion réduit le niveau de stress perçu chez les soignants de santé au Cameroun.

Tableau 23 :

Régression simple de la dimension coping centré sur l'émotion sur le niveau de stress perçu.

	R²ajusté	B	T	P
SCE	0.119	0.36	3.103	0.003

L'objectif de cette analyse est de vérifier l'idée selon laquelle le coping centré sur l'émotion réduit le niveau de stress perçu chez les soignants de santé au Cameroun. Les deux variables (coping centré sur l'émotion et le niveau de stress perçu) ayant été mesurées à l'aide d'échelles numériques, les données collectées se présentent sous la forme de scores continus. Nous avons logiquement choisi de solliciter la technique statistique de régression linéaire simple.

Les résultats révèlent que le coping centré sur l'émotion a une influence significative sur le stress perçu ($\beta = 0.36$; $P = 0.003$). Ces résultats vont plutôt dans le sens contraire de nos prédictions. La contribution du coping centré sur l'émotion dans l'explication du niveau de stress perçu s'élève à près de 11,9% (R^2_{aj}). Cette observation va dans le sens contraire de ce qui était prévue par notre hypothèse. H2 est donc logiquement infirmée.

5.3.1.3. Vérification de la troisième hypothèse

H3 : Le coping centré sur la recherche du soutien social réduit le niveau de stress perçu par les soignants des services de santé mentale au Cameroun.

Tableau 24 :

Régression simple de la dimension coping centré sur la recherche du soutien social sur le niveau de stress perçu

	R²ajusté	β	T	P
SCS	0.060	0.27	2.254	0.028

L'objectif de cette analyse est de vérifier l'idée selon laquelle le coping centré sur la recherche du soutien social réduit le niveau de stress perçu chez les soignants de santé au Cameroun. Les deux variables (coping centré sur la recherche du soutien social et le niveau de stress perçu) ayant été mesurées à l'aide d'échelles numériques, les données collectées se

présentent sous la forme de scores continus. Nous avons logiquement choisi de solliciter la technique statistique de la régression linéaire simple pour effectuer ce test.

Les résultats révèlent que le coping centré sur la recherche du soutien social a une influence significative sur le niveau de stress perçu ($\beta = 0.27$; $P=0.028$). Ces résultats vont plutôt dans le sens contraire de nos prédictions. La contribution du coping centré sur la recherche du soutien social dans l'explication du niveau de stress perçu s'élève à près de 6 % (R^2_{aj}). Cette observation va dans le sens contraire de ce qui était prévue par notre hypothèse. H3 est donc logiquement infirmée.

Les résultats obtenus aux différents tests d'hypothèses *H1*, *H2*, *H3* permettent d'infirmier nos hypothèses.

Il est important de souligner que les tests de régressions linéaires implémentées analysent la relation qui lie chaque dimension des stratégies de coping sur le stress perçu de façon isolé.

Pour contourner les limites imputables à cette démarche, la modélisation par équations structurelles a été privilégiée. Ces modèles sont d'une grande précision puisqu'ils prennent en considération les erreurs de mesure dans toutes les procédures d'estimation. En tant que méthode statistique de type confirmatoire, la modélisation via les équations structurelles permet de vérifier si les données collectées s'ajustent au modèle théorique postulé. Le plus souvent ce modèle théorique rend compte d'un mécanisme explicatif de type causal entre les variables étudiées. Le modèle structurel est une combinaison de toutes les relations possibles existantes entre les variables mise en exergue et leurs dimensions sous-jacentes dans un même modèle. La validité ou non d'un modèle structurel est donné par des indices de structuration (TLI, CFI, χ^2/dl , GFI, NFI, SRMR, NNFI, etc.).

5.3.2. Résultats de la modélisation par équations structurelles

Tableau 25:
Analyse par équations structurelles

Indices	χ^2/dl	CFI	GFI	TLI	NFI	RMSEA	SRMR
Modèle	1,34	.98	.99	.94	.94	.07	.03

Les résultats montrent que la valeur du rapport χ^2/dl est de 1.34. Conformément aux recommandations de Jöreskog et Sörbom (1993), lorsque cette valeur est inférieure à 2, cela

traduit un excellent ajustement. Ce premier indice permet d'affirmer que le modèle proposé offre une représentation adéquate des données de l'échantillon.

L'indice d'ajustement comparatif (CFI) provenant de la comparaison entre le modèle proposé et le modèle nul (dans lequel aucun lien n'est postulé entre les variables) révèle un bon niveau d'ajustement du modèle aux données. Très souvent sa valeur est comprise entre 0 et 1, plus sa valeur est élevée, plus l'ajustement est adéquat. En effet dans le présent modèle, le CFI (.98) respecte le critère (.95) d'un ajustement appréciable des données.

L'indice de qualité d'ajustement (GFI) qui est une mesure de l'ajustement entre le modèle hypothétique et la matrice de covariance observé, présente une valeur .99. Cette valeur respecte le critère d'un ajustement adéquat des données. Aussi, l'indice de Tucker-Lewis (TLI) présente une valeur de (.94). Cette valeur respecte le critère d'un ajustement adéquat des données. L'indice d'ajustement normé (NFI) présente une valeur .94 indiquant un ajustement acceptable du modèle.

La valeur de la racine du carré moyen de l'estimation (Root Mean Square Error of Approximation de Steiger, 1990 ; RMSEA) atteste d'un ajustement acceptable du modèle. Cette valeur est de .07. Notons aussi que la valeur de la moyenne quadratique résiduelle standardisée (SRMR) indique aussi un bon ajustement du modèle. Cette valeur (.03) est inférieure à .08.

Ces indices de structuration attestent logiquement que le modèle qui lie les stratégies de coping au stress perçu s'ajuste bien aux données collectées. En dehors de cet ajustement de modèle, l'analyse par équations structurelles révèle également que la relation entre le stress perçu et les stratégies de coping est bien réelle. Les deux variables évoluent dans le même sens.

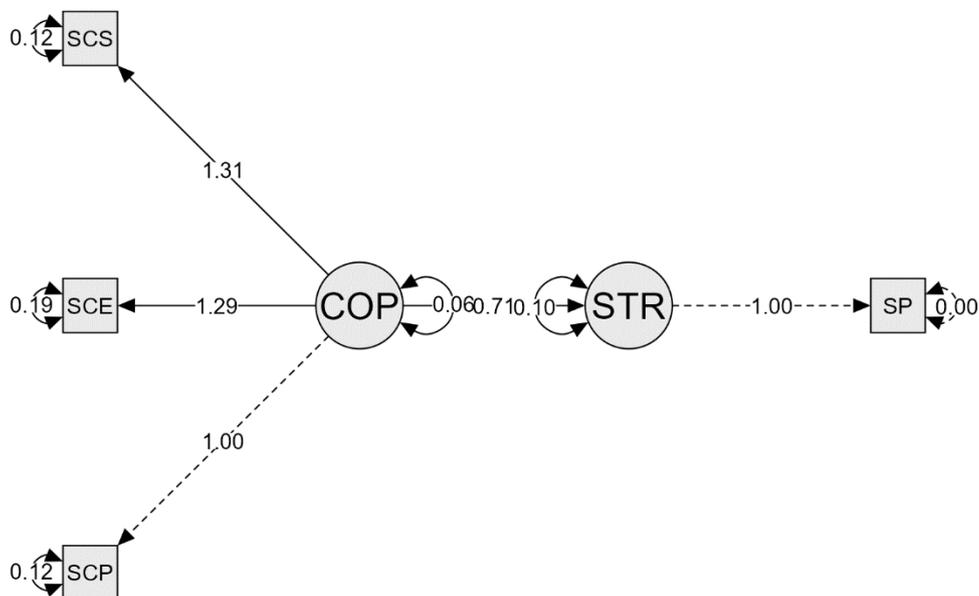
Tableau 26 :
Analyse de régression entre les stratégies de coping et le stress

VI	VD	Estimation	Std. E	z-value	P
Coping	Stress	0.73	0.28	2.50	< .12

Les stratégies de coping augmentent le stress perçu des soignants ($\beta = .64$; $p < .001$). Contrairement à ce qui était attendu, les stratégies de coping semblent augmenter le stress des soignants.

Le schéma ci-dessous rend compte de la relation empirique qui existe entre les stratégies de coping et le stress perçu chez les soignants interrogés.

Figure 10:
Modélisation de la relation entre les stratégies de coping et le stress perçu



Les résultats obtenus aux différents tests d'hypothèses seront interprétés et discutés dans le prochain chapitre. Cependant, il convient de rappeler que dans le cadre de cette étude, nous avons mobilisé l'analyse de la variance pour vérifier l'effet des facteurs sociodémographiques comme la tranche d'âge, le genre, la situation professionnelle, catégorie professionnelle, l'ancienneté dans la spécialité, la période de travail, le nombre d'heures de travail planifiées par semaine sur le niveau de stress perçu par les soignants des services de santé mentale au Cameroun. Les résultats n'ont révélé aucune relation statistiquement significative entre les variables sus-évoquées. Nous avons logiquement choisi de ne pas intégrer ces résultats dans cette partie du travail.

CHAPITRE 6: INTERPRETATION ET DISCUSSION DES RESULTATS

Cette section est consacrée à l'interprétation et la discussion des résultats de la présente étude.

6.1. Interprétation des résultats

Cette partie consistera à donner un sens aux résultats obtenus dans les analyses descriptives, mais également donner une signification théorique aux résultats des tests d'hypothèses à la lumière de la théorie explicative du problème de la présente étude.

6.1.1. Variables sociodémographiques et stress perçu

Malgré l'hétérogénéité de notre échantillon, cette étude n'a montré aucun lien significatif entre les différentes variables sociodémographiques et le niveau de stress perçu chez les soignants des services de santé mentale au Cameroun. Ainsi, aucune variable sociodémographique n'influence le niveau de stress chez ces soignants. Ce résultat semble confirmer la nature subjective du stress.

6.1.2. Interprétation des résultats descriptifs

La présente étude dans ses deux premiers objectifs visait à évaluer le niveau de stress perçu chez les soignants des services de santé mentale au Cameroun dans un premier temps, puis, les stratégies de coping mobilisées par ces derniers afin de faire face à ce stress perçu au travail dans un second temps.

- **Le niveau de stress perçu au travail**

Cette variable dépendante (VD) a été étudiée comme un construit global dans la présente étude. Elle est unidimensionnelle. L'analyse descriptive effectuée montre que le stress perçu au travail est bien présent chez les soignants des services de santé mentale au Cameroun. Ceci s'illustre bien par le niveau moyen de stress perçu au travail qui s'élève à 3,44. C'est une valeur supérieure à la moyenne théorique pour une échelle de Likert à 5 niveaux (3,0).

Ainsi, la majorité des soignants de cette spécialité perçoit un niveau de stress élevé dans leur environnement de travail. Autrement dit, les situations de travail, les tracasseries quotidiennes auxquels ils font face dans leur milieu de travail engendrent pour la plupart le stress ressenti. Ce niveau moyen de stress perçu corrobore les résultats des travaux de Colle

et Moisson (2009), Estry-Behar et al., (2010), Dutot et al., (2011), qui confirment que les soignants en psychiatrie présentent un niveau de stress élevé résultant de nombreux facteurs tels que la souffrance des patients, les relations avec un public en situation précaire et en difficultés psychologiques, une surcharge quantitative ou qualitative de travail, des horaires difficiles qui altèrent le cours de la vie privée (familiale en particulier), la violence des patients, le sentiment d'échec ou d'impuissance pouvant accompagner le soin, ainsi que la nécessité de ne pas montrer ses émotions.

Dans cette même optique, les résultats des recherches menées chez les soignants des services de santé mentale en France (Rawad et al., 2011), ou encore en Tunisie (Kaoula et al., 2020), attestent également du niveau élevé des scores moyens du stress perçu chez les soignants en santé mentale.

Les résultats obtenus dans la présente recherche témoignent bien du caractère subjectif du stress. En effet, on note un écart non négligeable entre le score minimum (Min = 2,429) et le score maximum (Max = 4,143), ce qui prouve bien que les situations ou les difficultés vécues dans le milieu de travail n'ont pas le même impact ou le même retentissement sur tous les travailleurs, tout dépendant de la signification ou du sens qu'accorde chaque soignant aux diverses situations aversives.

Par ailleurs, il convient de souligner que l'échelle de stress perçu telle que nous l'avons utilisé ne mesure pas le stress spécifique à un stressor particulier mais plutôt le stress général ressenti par les soignants dans leur environnement de travail. Par conséquent, les soignants ont eu tendance à évaluer leur stress ressenti par rapport aux situations les plus menaçantes, incontrôlables rencontrées en milieu de travail. Ces niveaux de stress perçu pourraient alors dépendre non seulement de la signification que confèrent chacun de ces professionnels à divers stressors, mais également du type ou de la nature du stressor s'il est spécifié dans la recherche.

Enfin, ces résultats vont dans le même sens que nos observations empiriques selon lesquelles les manifestations du stress élevé sont observables chez certains soignants des services de santé mentale au Cameroun, ces manifestations étant mesurables à travers les niveaux de stress perçu.

- **Les stratégies de coping**

Ces stratégies ont été étudiées dans la présente étude à travers trois dimensions :

Le coping centré sur le problème, le coping centré sur l'émotion et le coping centré sur la recherche du soutien social.

L'analyse descriptive montre que les soignants des services de santé mentale au Cameroun font usage de ces trois stratégies. Les indices de tendance centrale (moyenne) et de dispersion (écart-type) montrent que les dimensions des stratégies de coping les plus mobilisées sont par ordre décroissant le coping centré sur le problème (moy = 3,0 ; E-T = 0,43), puis, le coping centré sur le soutien social (moy = 2,88 ; E-T = 0,480) et enfin le coping centré sur l'émotion (moy = 2,53 ; E-T = 0,546).

Les résultats enregistrés pour les stratégies de coping corroborent ceux d'autres études portant sur le coping chez le personnel hospitalier et qui présentent le coping centré sur le problème, le coping centré sur la recherche du soutien social et enfin le coping centré sur l'émotion comme les stratégies les plus adoptées par ordre décroissant par les urgentistes (Grebot, 2010), les soignants en psychiatrie carcérale (Boudhoka et al., 2009).

Ainsi, les analyses descriptives effectuées présentent le score moyen obtenu pour la dimension coping centré sur le problème (moy = 3,0) comme un score supérieur à la moyenne théorique d'une échelle de Likert à 4 points. Ce résultat semble indiquer que les soignants mobilisent prioritairement les stratégies de coping centré sur le problème quel que soit la situation stressante à laquelle ils font face. Ils s'efforcent tout d'abord à adopter ces stratégies centrées sur le problème puisqu'elles semblent plus en adéquation avec les valeurs professionnelles qui les inspirent, malgré que ces stratégies ne soient pas toujours efficaces face à n'importe quelles situations stressantes de travail.

Le coping centré sur l'émotion est la troisième stratégie utilisée par les soignants après la résolution du problème et le soutien social. Cette position pourrait se justifier par le fait que cette stratégie semble être en inadéquation avec les valeurs professionnelles qui inspirent ces soignants. Cette stratégie, avec une moyenne légèrement supérieure à la moyenne théorique d'une échelle à quatre points (2,5), semble être moins mobilisée. Ce résultat paraît tout à fait logique dans la mesure où selon Leitter (1991), les soignants n'ont recours à cette stratégie qu'en l'absence des changements possibles, c'est-à-dire face à des situations pour lesquelles rien ne peut être fait, ce qui est en contradiction avec les valeurs qui les inspirent et justifie la faible mobilisation de cette stratégie.

Par ailleurs, l'expression des émotions par les soignants peut même être perçue comme un signe de faiblesse ou d'incompétence en milieu hospitalier (Roussillon & Duval-Hamel, 2006).

Les soignants expriment donc moins leurs émotions, ce qui laisse penser que face aux situations pour lesquelles le coping centré sur l'émotion est fonctionnel, ils optent en majorité pour d'autres stratégies.

Concernant le coping centré sur la recherche du soutien social, le score moyen (2,88) démontre que les soignants sollicitent de l'aide de leurs collègues et hiérarchie lorsqu'ils font face à des situations difficiles dans leur service.

On note toutefois dans ces résultats un écart non négligeable entre le score maximum et le score minimum (Max = 3,75 ; Min =1,00).

Cet écart semble se traduire par le fait que certains soignants sollicitent très peu le soutien social, donnant l'impression qu'ils l'estiment comme indisponible, non effectif ou inefficace. Il convient de préciser que le soutien social est divisé en deux catégories ; d'une part le soutien reçu qui renvoie à la perception qu'un individu a de la fréquence des comportements de soutien effectivement reçu et d'autre part, le soutien perçu qui correspond à la perception de la disponibilité du soutien si le sujet en avait besoin (Legros & Carvallo, 2022). De plus, la recherche du soutien social varie d'un individu à l'autre selon qu'il se sent déjà plus ou moins socialement soutenu (Montgomery & Rupp, 2005). Ainsi, les soignants peuvent solliciter l'aide des collègues ou de la hiérarchie. Il faudrait cependant que ces aidants soient disponibles et que cette aide soit efficace et effective.

En somme, il est clair au travers de ces résultats que les soignants des services de santé mentale au Cameroun privilégient les stratégies de coping qu'ils estiment être en adéquation avec les valeurs professionnelles qui sous-tendent leur métier.

6.1.3. Interprétation des résultats des hypothèses

D'un point de vue théorique, pour interpréter les résultats de nos hypothèses, nous aurons recours aux deux principaux critères d'efficacité des stratégies de coping. Il s'agit des deux principaux facteurs situationnels, qui déterminent le caractère fonctionnel (adaptatif) ou dysfonctionnel (inadapté) de chaque stratégie de coping à savoir le contrôle perçu ou niveau de contrôle de la situation stressante ainsi que la durée de la situation stressante.

Rappelons tout d'abord qu'une stratégie de coping est efficace (ou adaptative) si elle permet à l'individu de maîtriser la situation stressante ou de diminuer son impact sur son bien-être physique et psychique. Ceci implique que l'individu arrive à contrôler ou résoudre le problème, mais aussi qu'il parvienne à réguler ses émotions négatives et notamment sa détresse (Lazarus et Folkman, 1984).

6.1.3.1. Interprétation des résultats de la première hypothèse opérationnelle

Dans la présente étude, la première hypothèse a été formulée comme suit : le coping centré sur le problème réduit le niveau de stress perçu chez les soignants des services de santé mentale au Cameroun.

Contrairement à nos attentes, au regard des résultats obtenus, cette hypothèse a été infirmée.

Le résultat du test de la première hypothèse indique que le coping centré sur le problème augmente le niveau de stress perçu, autrement dit, lorsque le soignant fait usage du coping centré sur le problème, son niveau de stress augmente. Le coping centré sur le problème s'avère ainsi dysfonctionnel chez ces soignants, c'est à dire inadapté pour la réduction du niveau de stress perçu. Ce caractère dysfonctionnel du coping centré sur le problème est possible dans le cas des situations incontrôlables.

En effet, pour Lazarus et Folkman (1984), ce coping centré sur le problème n'est efficace que lorsque l'individu a un contrôle élevé ou une maîtrise de la situation stressante (niveau de contrôle perçu). A contrario, lorsque l'individu a peu ou pas de contrôle sur la situation, les efforts fournis de manière répétitive pour résoudre le problème deviennent inutiles, épuisants et même nocifs pour la santé (Lazarus & Folkman, 1984). Ainsi, les efforts fournis dans les situations incontrôlables pour résoudre le problème peuvent être nocifs pour la santé des soignants en augmentant leur niveau de stress perçu, une situation pouvant aboutir à l'épuisement professionnel.

Par ailleurs, pour Lazarus et Folkman (1984), les deux premières raisons pour lesquelles le coping peut affecter la santé physique à travers la fréquence, l'intensité, la durée des réactions physiologiques (pression artérielle, tension musculaire...etc) et neurochimiques du stress (cortisol élevé par exemple) sont d'une part, l'incapacité du sujet de prévenir ou améliorer les conditions environnementales stressantes par défaut ou inadéquation des stratégies de coping centré sur le problème (effort contrariée), et d'autre part les situations dans lesquelles le sujet ne peut réguler la détresse émotionnelle (stratégies de coping centrées sur l'émotion inopérantes) face à un événement incontrôlable.

Les considérations d'ordre théorique qui précèdent semblent indiquer que les soignants des services de santé mentale font face à des situations incontrôlables de longue durée dans leur environnement de travail et font usage des stratégies de coping centrées sur le problème, ce qui justifie l'infirmation de la première hypothèse opérationnelle.

Enfin, le coping centré sur le problème explique près de 9,7 % de stress perçu chez les soignants des services de santé mentale au Cameroun, ce qui est contraire à nos attentes.

6.1.3.2. Interprétation des résultats de la deuxième hypothèse opérationnelle

La deuxième hypothèse a été formulée comme suit :

Le coping centré sur les émotions réduit le niveau de stress perçu chez les soignants des services de santé mentale au Cameroun.

Cette hypothèse a également été infirmée, contrairement à nos attentes. Par ailleurs, la contribution du coping centré sur l'émotion dans l'explication du niveau de stress perçu s'élève à 11,9%, un pourcentage non négligeable. Ce résultat revêt un sens considérant la théorie transactionnelle du stress / coping qui est la théorie explicative du problème de la présente étude. En effet, dans le cas des situations incontrôlables, la stratégie centrée sur l'émotion s'avère relativement efficace à court terme; cependant, elle induit des effets nocifs tels que la dépression, lorsque les situations incontrôlables persistent pour une longue durée (Schweitzer, 2002). Ainsi, les stratégies centrées sur les émotions sont pratiquement toujours néfastes lorsque les stressseurs se manifestent de manière chronique. Ces stratégies sont fonctionnelles (caractère adaptatif) pour des situations stressantes de courte durée et dysfonctionnelles (caractère inadapté) pour des situations stressantes de longue durée. Pour cette deuxième hypothèse, le résultat semble également se traduire par le fait que les soignants faisant usage du coping centré sur les émotions feraient face à des situations incontrôlables devenues chroniques dans leur environnement de travail.

6.1.3.3. Interprétation des résultats de la troisième hypothèse opérationnelle

La troisième hypothèse opérationnelle stipule que le coping centré sur la recherche du soutien social réduit le niveau de stress perçu chez les soignants des services de santé mentale au Cameroun.

Les résultats du test de cette hypothèse vont dans le sens contraire de nos prédictions. La recherche du soutien social augmente plutôt le niveau de stress perçu chez les soignants des services de santé mentale au Cameroun. Cette stratégie est donc dysfonctionnelle ou inadaptée pour réduire le niveau de stress perçu chez ces soignants. Comme nous l'avons relevé, les analyses descriptives montrent que certains soignants sollicitent très peu cette stratégie et le test d'hypothèse montre que la recherche de soutien social n'est pas efficace pour la réduction du niveau de stress chez les soignants qui mobilisent cette stratégie.

Ce résultat permet de s'interroger sur le soutien social perçu (disponibilité) et le soutien social reçu (effectivité, efficacité) chez ces soignants. Par ailleurs, les auteurs tels que Carver et al. (1989), nous permettent de mieux comprendre ces résultats. En effet, pour Carver et al. (1989), la recherche du soutien social est classée parmi les stratégies dites à variabilité fonctionnelle puisque c'est une stratégie qui présente deux versants, l'un apparenté au coping centré sur le problème (soutien social instrumental), l'autre assimilable au coping centré sur l'émotion (soutien émotionnel).

Or, la recherche du soutien émotionnel, comme le relèvent Muller et Spitz (2003), ne serait pas systématiquement bénéfique à la gestion des événements stressants, puisqu'elle serait nocive pour la santé au cas où les stresseurs persistent avec une certaine chronicité.

De même, la recherche du soutien social dans son versant instrumental qui est assimilable au coping centré sur le problème peut s'avérer dysfonctionnelle lorsque le soignant exerce peu ou pas de contrôle sur la situation stressante.

Le résultat du test de cette troisième hypothèse semble également se traduire par le fait que les situations de travail sont peu ou pas contrôlables par ces soignants mais également chroniques et le coping centré sur la recherche du soutien social, que ce soit sur son versant centré sur le problème ou centré sur l'émotion est inadapté pour réduire le niveau de stress perçu.

De manière générale, malgré que nos hypothèses ne soient pas confirmées, ces résultats vont dans le même sens que les observations empiriques évoquées dans la problématique selon lesquelles les manifestations du stress perçu persistent chez certains soignants des services de santé mentale au Cameroun malgré l'utilisation des stratégies de coping qui sont censées les aider à réduire, maîtriser ou tolérer les situations stressantes de leur environnement de travail.

6.2. Discussion des résultats

Il s'agira ici de confronter les résultats obtenus dans la présente étude à ceux que présente la littérature afin d'en ressortir les principales différences et similitudes permettant une compréhension de ces résultats.

6.2.1. Discussion des résultats de la première hypothèse opérationnelle

Le résultat montre que le coping centré sur le problème augmente le niveau de stress perçu chez les soignants des services de santé mentale au Cameroun. Ce résultat est en

contradiction avec de nombreuses recherches dans lesquelles le coping centré sur le problème est fonctionnel et le plus adaptatif. Allant dans ce sens, une étude portant sur les styles de coping et le niveau de stress scolaire perçu a mis en évidence que les individus adoptant un coping centré sur le problème percevaient un niveau de stress plus faible comparativement à ceux qui mobilisent les autres styles de coping (Yaba, 2017). L'étude de Leitter (1991), concernant l'effet du coping sur le processus de burn-out s'inscrit dans cette même logique et montre que le coping centré sur le problème est associé à un moindre stress et un moindre degré de burn-out.

Cependant, une étude portant sur l'efficacité des stratégies de coping lors de l'annonce d'un diagnostic de maladies graves montre que les patients adoptant un coping centré sur le problème dès cet instant présentent des effets néfastes sur leur santé à long terme, ce qui confirme le caractère dysfonctionnel des stratégies de coping lorsque la situation stressante est incontrôlable et dans une courte durée (Cousson-Gelie, 1997).

Par ailleurs, le contrôle perçu dépend des ressources à la fois personnelles, organisationnelles et sociales. Pour Lazarus et Folkman (1984), le contrôle perçu est lié positivement au coping centré sur le problème. Or, ce contrôle perçu consiste en un inventaire des ressources citées précédemment et l'un des aspects du coping centré sur le problème consiste à augmenter les ressources pour faire face au stress. On se demande alors si le coping centré sur le problème est toujours efficace dans un contexte marqué par une insuffisance des ressources organisationnelles et financières comme c'est le cas dans les services de santé mentale au Cameroun.

6.2.2. Discussion de la deuxième hypothèse opérationnelle

Le coping centré sur l'émotion ne réduit pas le niveau de stress perçu, il l'augmente plutôt. Ce résultat est en adéquation avec de nombreuses études pour lesquelles le coping centré sur l'émotion est toujours corrélé à un niveau de stress élevé (Leitter 1991 ; Yaba, 2017). Ce résultat s'explique encore davantage dans le contexte de la santé mentale au Cameroun puisque les insuffisances de ressources réduisent la perception de contrôle des situations stressantes. Par ailleurs, il est tout à fait évident dans ce contexte que les soignants qui parviennent à exprimer leurs émotions soient ceux ayant un niveau de stress très élevé, puisque l'expression des émotions est appréciée comme un aveu de faiblesse et même d'incompétence en milieu hospitalier.

Toutefois, l'étude de Greer et al. (1979), portant sur l'efficacité des stratégies de coping lors de l'annonce d'un diagnostic de maladies graves prouve que les individus ayant

adopté un coping émotionnel dès l'annonce de ce diagnostic avaient des effets bénéfiques sur leur santé plus tard. Ceci montre que le coping centré sur l'émotion peut jouer un rôle protecteur sur le bien-être émotionnel et la survie. Il s'avère alors efficace dans une courte durée, puisqu'il permet à l'individu de gérer ses émotions pour enfin mettre en œuvre une stratégie plus adaptative axée sur la résolution du problème.

6.2.3. Discussion de la troisième hypothèse opérationnelle

Le coping centré sur la recherche du soutien social augmente le niveau de stress perçu chez les soignants des services de santé mentale au Cameroun. Ce résultat est contraire à de nombreuses recherches qui ont montré l'effet bénéfique de ce coping qui est également associé à un niveau de stress faible. Dans le contexte des services de santé mentale au Cameroun, les résultats semblent se traduire par une inadéquation entre le soutien social perçu et le soutien social reçu. Par ailleurs, l'hypothèse du soutien social inapproprié suggère que dans les situations de manque de ressources, d'informations ou de compétences, les efforts bien intentionnés de ceux qui offrent l'aide pourraient se terminer par un échec ou même exacerber la détresse du bénéficiaire de ce soutien (Coyne et al., 1988).

Cette étude a été menée auprès des soignants des services de santé mentale au Cameroun. Il s'agit d'une population particulière du fait qu'elle prend en charge la souffrance psychique mais également la dimension somatique des troubles mentaux. Cette population rencontre non seulement des facteurs de stress communs à tout soignant, mais également les facteurs liés à la prise en charge des souffrances psychiques. Par conséquent, on s'attendrait à ce que des stratégies d'adaptation au stress (stratégies de coping) soient de plus en plus développées par ces soignants. Or, les résultats de la présente étude ne ressortent aucune stratégie de coping susceptible de réduire le niveau de stress auquel ils font face.

Face à ce constat, on est en droit de s'interroger sur les raisons de cette inadéquation entre l'adoption des stratégies de coping et l'augmentation du niveau de stress chez ces soignants.

Tout d'abord, ces résultats pourraient s'expliquer par une mauvaise implémentation des stratégies de coping par ces soignants. En effet, tel que nous l'avons évoqué, la théorie transactionnelle du stress / coping pose des conditions d'efficacité des stratégies de coping. Lorsque ces stratégies ne sont pas bien implémentées, leur effet pourrait être contraire à celui attendu.

Par ailleurs, pour Lazarus et Folkman (1984), un stress persistant (l'impact du stress sur l'individu) peut s'expliquer par l'inaptitude de l'individu à gérer ses tensions

internes, soit parce qu'il utilise de mauvaises stratégies d'adaptation, soit parce que sa perception des exigences d'adaptation est supérieure à ses ressources.

De plus, dans le contexte des services de santé mentale au Cameroun, l'insuffisance des ressources est perceptible, ceci peut se ressentir à travers la ressource humaine insuffisante, le faible budget alloué à ce secteur. On est alors amené à se demander également si une insuffisance des ressources ne pourrait pas nuire à la capacité d'adaptation de ces soignants. Cette interrogation pourrait aller dans le même sens que Nyock et al. (2019) dont l'étude portant sur le sens du travail dans un contexte entropique (c'est-à-dire un milieu caractérisé par un désordre organisationnel) pourrait apporter également un élément de compréhension de ces résultats. En effet, l'étude menée par ces auteurs renseigne que dans un contexte entropique, en milieu hospitalier, de nombreux dysfonctionnements caractérisant le travail réel du personnel soignant obligent ces derniers à transgresser les règles éthiques de leur métier, situation pouvant engendrer un conflit éthique aux conséquences sur la santé psychologique, particulièrement dans des situations de déficit du soutien psychothérapeutique pour analyser les situations de crise et faciliter ainsi la mobilisation des mécanismes d'adaptation.

Dans ce contexte, on pourrait également penser que les soignants des services de santé au Cameroun développent d'autres stratégies de coping leur permettant de faire face au stress et qui ne se retrouvent pas dans l'outil utilisé pour mesurer ces stratégies dans la présente étude, puisque certains parmi ces soignants parviennent à s'adapter dans leur environnement de travail. Il conviendrait alors de valider une échelle de coping adaptée à ces derniers.

De même, puisque les stratégies de coping dépendent également des stressors, une stratégie pourrait être fonctionnelle face à certains stressors et dysfonctionnelle face à d'autres.

Toutefois, on peut dire que ces résultats confirment le caractère non linéaire de la relation entre le coping et le stress perçu. En effet, cette relation implique des variables modératrices telles que les notions de contrôle perçu ou de soutien social perçu. Ceci va dans le sens de Guertin et Courcy (1999), pour lesquels un fort sentiment (perception) de contrôle serait associé à un faible niveau de stress en milieu de travail, ce qui veut dire que la perception de contrôle influence positivement l'adaptation au stress.

Enfin, les résultats montrent que les dimensions des stratégies de coping qui expliquent l'augmentation du niveau de stress perçu sont par ordre décroissant le coping centré sur l'émotion (11,9%), le coping centré sur le problème (9,7%) et enfin le coping centré sur la recherche du soutien social (6%).

6.3. Suggestions

Considérant les résultats obtenus dans la présente étude, les recommandations et suggestions suivantes ont été formulées tout d'abord à l'Etat à travers le Ministère de la santé publique, aux responsables des services de santé mentale au Cameroun, aux soignants des services de santé mentale au Cameroun.

6.3.1. Au Ministère de la santé publique

La présente étude a permis de confirmer l'insuffisance des ressources, particulièrement la ressource humaine. Par conséquent, nous suggérons :

- L'augmentation des effectifs de psychiatres, infirmiers spécialisés en santé mentale, ainsi que le recrutement des psychomotriciens et des psychologues (cliniciens et psychologues du travail) dont la rareté se fait ressentir au regard de la présente étude. Pourtant, la présence des psychomotriciens et psychologues est très importante, bénéfique à la fois pour les patients dans le cadre de la prise en charge et du suivi des maladies mentales et même neurologiques, mais également pour les autres soignants. A titre d'exemple, de tous les services de santé mentale dans lesquelles l'étude a été menée, seul l'hôpital Laquintinie de Douala est doté de deux psychomotriciens et de nombreux psychologues exerçant dans ces services de santé mentale au Cameroun sont des stagiaires ou des personnels d'appui.

Par ailleurs, nous pensons que la présence de toutes ces catégories de personnels permettra une réelle répartition des tâches en fonction des compétences et qualifications des uns et des autres. En limitant son champ d'action, chaque soignant aura la possibilité de se sentir aidé dans ses différentes missions, ce qui pourrait augmenter le soutien social perçu et réduire le niveau de stress perçu au travail.

- Nous suggérons également l'amélioration des conditions et de l'environnement de travail dans les services de santé mentale au Cameroun. Par conséquent, une augmentation du budget alloué à ce secteur serait souhaitable.

Cette augmentation du budget alloué à la santé mentale, l'amélioration des conditions et environnement de travail pourrait être une source de motivation susceptible d'augmenter le moral de ces personnels et motiver certains soignants à se spécialiser en santé mentale.

- Enfin, nous suggérons d'intégrer dans les programmes de formation des soignants des modules axés sur la gestion du stress par l'usage des stratégies de coping.

6.3.2. A l'endroit des responsables des hôpitaux abritant les services de santé mentale au Cameroun.

Nos suggestions s'adressent également aux responsables des hôpitaux. Nous leurs faisons les suggestions suivantes :

- Organiser des séances de débriefing qui permettront des échanges d'expériences sur la gestion du stress entre le personnel
- Mettre sur pied des cellules d'écoute dirigées par des psychologues permettant aux soignants de s'exprimer sur les situations les plus difficiles, les plus incontrôlables qu'ils rencontrent en milieu de travail, leurs émotions ainsi que leurs propositions de solutions.
- Organiser des formations sur la gestion du stress animées par des psychologues.
- Promouvoir la relaxation en construisant des salles de relaxation destinées aux personnels dans ces services.

6.3.3. A l'endroit des soignants

Nous suggérons de :

- Privilégier le coping centré sur l'émotion ou le soutien social émotionnel pour les situations incontrôlables et de courte durée puis, le coping centré sur le problème ou le soutien social instrumental pour des situations contrôlables ainsi que les situations stressantes qu'ils vivent depuis longtemps.
- Utiliser à la fois le coping centré sur l'émotion et le coping centré sur le problème, puisque cette combinaison est plus bénéfique selon la littérature.
- Pratiquer des exercices physiques ou d'autres exercices de relaxation au moins une fois par semaine, bien dormir et se nourrir.

6.4. Limites et perspectives

6.4.1. Limites

Ce travail s'est réalisé, malgré quelques limites rendant modeste l'appréciation des résultats obtenus, notamment :

- La taille peu considérable de notre échantillon ($n = 65$), du fait d'une insuffisance de la ressource humaine prenant en charge les maladies mentales au Cameroun. On peut penser que ces résultats auraient été différents si l'échantillon était considérable.
- L'hétérogénéité de l'échantillon ; en effet, les résultats auraient pu être également différents si on s'intéressait à une seule catégorie de soignants
- Notre échantillon était constitué du personnel rémunéré soit par l'Etat soit par les formations sanitaires. Nous n'y avons pas inclus les personnels exerçant comme stagiaires

ayant déjà un diplôme qualifié pourtant, ils exercent les mêmes tâches que les personnels titulaires.

- Certaines catégories professionnelles telles que les psychomotriciens et les psychologues se retrouvent dans les structures prenant en charge les personnes vivant avec un handicap et les affections neurologiques. Ces personnels n'ont pas été intégrés dans notre échantillon puisque notre cible était constituée des soignants prenant en charge les maladies mentales.

6.4.2. Perspectives

En perspective, les résultats de cette étude sont interpellateurs et conduisent à de nouvelles investigations afin de mieux comprendre ce sujet. A cet effet, nous proposons quelques pistes de recherche aux futurs chercheurs :

- Considérant que l'efficacité du coping dépend également du stressleur, du contrôle perçu et du soutien social perçu des études portant sur ce même sujet avec cependant des variables intermédiaires suscitées seraient intéressantes.

- La deuxième piste de recherche pourrait porter sur les déterminants du stress perçu chez les soignants des services de santé mentale au Cameroun.

- La validation d'une échelle de coping spécifique à cette catégorie de soignants apportera également une contribution.

- Enfin, une recherche qualitative sur le coping et le stress perçu chez ces personnels s'avère également nécessaire.

CONCLUSION GENERALE

Il est aujourd'hui admis que la santé et le bien-être au travail sont favorisés à la fois par les caractéristiques organisationnelles (Dupret et al., 2012), mais également par les caractéristiques individuelles comme les stratégies d'ajustement face au stress ou stratégies de coping (Truchot & Fischer, 2002). Une telle assertion suppose que l'individu prend une part active dans la réduction du stress, notamment le stress professionnel comme l'atteste la théorie transactionnelle du stress/ coping de Lazarus et Folkman (1984).

Allant dans ce sens, nous avons mené une étude quantitative portant sur les stratégies de coping et le stress perçu chez les soignants des services de santé mentale au Cameroun, avec pour objectif général de vérifier si les stratégies de coping réduisent le niveau de stress perçu chez ces soignants.

Les statistiques à l'échelle internationale attestent que les soignants en santé mentale constituent une cible particulière pour le stress professionnel et même l'épuisement professionnel qui en découle. Par ailleurs, comme le relèvent certains auteurs, le travail dans cette spécialité reste marqué par une forte demande psychologique, une faible latitude décisionnelle et un faible soutien social (Bouattour et al., 2016 ; Leka et al., 2012 ; Van Bogaert et al., 2013), caractéristiques d'un niveau de stress élevé selon Karasek et Théorell (1990). De plus, d'autres auteurs attestent de la nature stressante de l'environnement de travail dans cette spécialité (Estryn-Behar et al., 2006 ; Koekkok et al., 2008). Pour de nombreuses raisons que nous avons énumérées, les soignants de service santé mentale font face à des charges physiques, émotionnelles et mentales élevées au travail.

Pour les services de santé mentale au Cameroun, nos observations et les entretiens exploratoires réalisées auprès de quelques soignants vont dans le sens de la persistance de certaines manifestations du stress perçu telles que le tabagisme, les troubles musculosquelettiques ou des motifs d'insatisfaction et de démotivation au travail, malgré l'usage des stratégies de coping par ces derniers. Ils font face à de multiples stressseurs considérés comme les contraintes physiques, mentales et émotionnelles liées à l'exercice de leur profession. Ces contraintes et difficultés constituent les exigences du métier et pourraient être des sources de pénibilité perçue selon le sens que leur accorde chaque soignant et sont susceptibles d'engendrer le stress. Malgré ces statistiques au plan international et ces observations au niveau national, nous constatons qu'au Cameroun, aucune étude n'a été réalisée jusqu'à ce jour concernant le stress ressenti au travail par cette population de

soignants. Pour mener à bien notre étude, notre travail a été organisé en deux grandes parties comprenant trois chapitres chacune. La première partie porte sur le cadre théorique de la recherche et est structurée en trois chapitres. Le premier chapitre concerne la problématique générale de l'étude, le deuxième chapitre est relatif à l'analyse critique des concepts et revue de littérature, c'est-à-dire une recension des écrits portant sur les différents concepts de la présente étude, permettant une meilleure compréhension des divers concepts abordés, et enfin le troisième chapitre qui présente le corpus théorique de référence de notre sujet d'étude. La seconde partie quant à elle est consacrée au cadre opératoire de l'étude et comporte également trois chapitres. Le chapitre 4 présente la démarche méthodologique de l'étude, le chapitre 5 présente les résultats de l'étude de terrain. Enfin, le chapitre 6 est consacré à l'interprétation et la discussion des résultats obtenus auprès d'un échantillon de 65 soignants de service de santé mentale au Cameroun (dans les villes de Yaoundé et Douala). Pour atteindre l'objectif général, nous avons élaborés trois objectifs spécifiques à savoir : évaluer le niveau de stress perçu chez les soignants de service de santé mentale au Cameroun dans un premier temps, déterminer le degré de mobilisation de chacune des stratégies de coping pour faire face à ce stress perçu dans un second temps, et enfin, déterminer le lien entre les stratégies de coping mobilisées et le niveau de stress perçu.

Nous avons utilisé la technique d'échantillonnage non probabiliste de convenance pour choisir les participants à cette étude, puisqu'elle permet de se déployer sur le terrain et d'atteindre un maximum de personnes en un temps réduit. Les questionnaires se remplissaient sur la base du volontariat chez les soignants remplissant nos critères d'inclusion et ceci par administration directe au poste de travail. Nous avons préalablement obtenu des autorisations de collecte de données auprès de l'administration hospitalière.

Les résultats obtenus dans la présente étude montrent que les soignants mobilisent par ordre décroissant le coping centré sur le problème (moyenne=3,0), le coping centré sur la recherche du soutien social (moyenne = 2,88), le coping centré sur l'émotion (moyenne = 2,53) sur une échelle de Likert à quatre niveaux. Le niveau moyen de stress perçu chez les soignants des services de santé mentale au Cameroun est de 3,44 sur une échelle de Likert à cinq niveaux, représentant un niveau de stress perçu élevé.

Cependant, ces résultats nous montrent que les stratégies de coping augmentent plutôt le niveau de stress perçu chez ces soignants contrairement à ce qui était attendu.

Le chapitre 6 était consacré à l'interprétation et la discussion de ces résultats. Tout d'abord, il s'est agi de s'appuyer sur les considérations d'ordre théorique à la lumière de la théorie transactionnelle du stress/ coping afin de comprendre ces résultats. Nous nous

sommes ensuite servis également des études antérieures pour essayer de donner des explications plausibles à ces résultats. Toutefois, ces résultats sont interpellateurs et revêtent une résonance particulière dans le contexte camerounais puisqu'en contexte entropique comme le nôtre, en milieu hospitalier, il est difficile pour les soignants de développer des stratégies d'adaptation (Nyock et al., 2019). De plus, d'un point de vue empirique, dans un contexte marqué par le chômage, la rareté et la précarité de l'emploi, le choix d'une spécialité par les soignants n'est plus un choix motivé par la vocation ou la perception de ces derniers d'avoir la capacité de faire face aux nombreuses exigences d'une spécialité telle que la santé mentale. De même, la santé mentale, spécialité qualifiée de « parent pauvre » de la santé publique au Cameroun est un secteur au budget assez faible ; les ressources de toute nature y sont insuffisantes. Or, pour Pearlin et Schooler (1978), une personne confrontée à un évènement stressant, mobilise des ressources multiples afin de développer une variété de stratégies adaptatives (coping), ce qui suppose qu'une insuffisance ou absence de ressources pourraient entraver les capacités d'adaptation au stress.

Enfin, ces résultats semblent souligner également que le processus coping/stress perçu n'est pas un phénomène linéaire et confirment les conditions d'efficacité des stratégies de coping. De plus, les théories telles que la théorie transactionnelle du stress/ coping devraient également tenir compte dans leurs critères d'efficacité des caractéristiques physiques, sociales et organisationnelles difficiles de certains milieux de travail comme c'est le cas en contexte entropique (des milieux caractérisés par des désordres organisationnels). De même, ces résultats confirment bien nos observations empiriques selon lesquelles les manifestations du stress perçu persistent malgré l'usage des stratégies de coping chez les soignants des services de santé mentale au Cameroun. En perspective, quelques sujets de recherche ont été proposés afin de mieux comprendre ce sujet et les suggestions ont été formulées par la suite pour réduire le niveau de stress perçu.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Ackerley, G.D., Burnell, J., Holder, D.C., & Kurdek, L.A.(1988). Burnout among licensed psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 19, 624-631.
- Adeb-Saeedi, J. (2002). Stress amongst emergency nurses. *Australian Emergency Nursing Journal*, 5 (2), 19-24).
- Al – Sahlawi, K. S., Atawneh, F, A., Zahid, M. A., Shadi, A. A., & Al-Farrah, M. H. (2003). Violence against nurses in hospitals: prevalence and effects. *Br J Nurs.* (12): 10221.
- Farrelle G, Bobrowski, C, Bobrowski, P. Scooping work place aggression in nursing: findings from an Australian study. *J. Adv Nurs.* (55): 778-787.
- Alderson, M. (2005). Analyse psycho dynamique du travail infirmier en unités de soins de longue durée : entre plaisir et souffrance. *Recherche en soins infirmiers*, 80, 76-86.
- Aldwin, C.M & Brustrom, J. (1997). Theories of coping with chronic stress; dans Gottlieb, B.H. (Ed.), *coping with chronic stress*, (PP 75-103). Plenum Press.
- Alker, H. A. (1968). Coping defense and socially desirable reponses. *Psychological reports*, 22, 985-988.
- Anact. (2004). *Prévenir le stress d'origine professionnelle*. Travail et changement..
- Anceaux, F., & Sockeel, P. (2006). Mise en place d'une méthode expérimentale : hypothèses et variables. *Recherche en Soins Infirmiers N° 84* p. 66-83.
- Angers, M. (1992). *Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines*. centre éducatif et culture.
- Arteaga, G. (2020). Différence entre recherche qualitative et quantitative. Tiré de testsiteforme.com.
- Assaad, E .A., Narjess,S., & Sihem , B. (2009). Rôle de la reconnaissance dans la construction de l'identité au travail. *Relations industrielles*, 64 (4), 662-684.
- Atangana, O. (2018). Cameroun. La dépression se porte bien. Selon l'OMS, 888273 Camerounais en Souffraient en 2017 tiré de <https://infos-santé.home.blog>.
- Atangana, O. (2020). Santé mentale. Le Cameroun ne compte que 11 psychiatres pour 25 millions d'habitants. Tiré dans [https : // L'urgentiste. com](https://L'urgentiste.com).
- Atangana, O (2022). Dépression, Schizophrénie, démence Ces maladies mentales des plus répandues au Cameroun. Tiré de [l'urgentiste.com](https://L'urgentiste.com).

- Aucoin, S. (1989). *Evaluation du niveau de stress chez les infirmières et de leur préparation à le gérer*. Mémoire en Education .Université du Québec à Chicoutimi .
- Bachelet, R. (2014). *Recueil, analyse et traitement des données : le questionnaire*. Ecole Centrale de Lille Villeneuve d'ASCQ-France.
- Bakker, A. B., Vander Zee, K.I., Lewig, K.A., & Dollard, M. F. (2006). The relationships between the big five personality factors and burnout: a study among counselors. *Journal of social psychology, 146 (1)*, 31-50.
- Bakker, A.B., & Demerouti, E. (2007). The job demands. Resources Model: State of the art. *Journal of managerial psychology, 22 (3)*, 309-328.
- Bakker, A.B., Hakanen, J.J., Demerouti, E., & Xantopoulou, D. (2007). Job resources boost work engagement particularly when job demands are high. *Journal of Educational Psychology, 99 (2)*, 274-284.
- Balhadj, S., & Metboua, G. (2022). La contribution des thérapies cognitivo-comportementales dans la gestion préventive du Stress: Proposition d'un modèle théorique. *Revue Internationale des Sciences de Gestion*5 (2).
- Bardou-Roux, L.,& Paultre, U. (2016). *Etude du stress perçu et de l'empathie chez les internes de médecine générale d'Aquitaine*. Thèse de Doctorat en Médecine. Université de Bordeaux.
- Beaulieu, N. (2003). *Liens entre le stress au travail, l'évaluation cognitive, les stratégies d'adaptation et l'épuisement professionnel chez les adultes en milieu de travail*. Mémoire en Psychologie, université du Québec à Trois-Rivières.
- Beehr, T.A., & King, D. W. (1990). Social support and occupational stress: talking to supervisors. *Journal of vocational Behavior, 36*, 61-81.
- Benharrats, S. S. (2014). *La phobie de la psychiatrie 7^e congrès de la société franco-algérienne de la psychiatrie (SFAP)*. EHU Oran.
- Bernard, C. (1865). Introduction à l'étude de la médecine expérimentale, Paris, J-B. Baillière & fils.
- Bernaud , J .L., Desrumeaux , p., & Guédon ,D . (2016). *Psychologie de la bientraitance professionnelle. Concepts, modèles et dispositifs*. Dunod.
- Billing, A. G & Moos, R. H. (1981). The role of coping reponses in attenuating the impact of stressful life events. *Journal of Behavior Medecine, 4*, 157-189.
- BIT. (2010). *Risques émergents et nouvelles formes de présentation dans le monde du travail en mutation*. Journée mondiale de la sécurité et de la santé au Travail.
- Bladon, H. J. (2019). Mental health nursing and the pursuit of professional equivalence. *Mental Health Practice, 22 (4)*, 17-20.

- Bloch, H., Chemana, R., & Gallo, A. (1991). *Grand dictionnaire de la psychologie*. Larousse.
- Bouattour, R. M., Trigui, D., Mounira, H., Baati, I., Feki, I., & Jawaher, M. (2016). *Stress au travail chez le personnel soignant en psychiatrie*. Nathan.
- Boudoukha, A. H., Hautekeete, M., Hautekeete-Sence, D., Cousin, V., & Calesse, F. (2009). Anxiété et coping des soignants: La prison est-elle un facteur de protection ? *Annales Médico-Psychologiques*, 167, 583-590.
- Branden, N. (2003). *L'estime de soi: une force positive: un regard sur notre ressource psychologique la plus importante*. science et culture.
- Bruchon-Schweitzer, M. (2001). Le coping et les stratégies d'ajustement face aux stress. *Recherche en soins infirmiers*, 67, 68-83 .
- Bruchon-Schweitzer, M. (2001). *Concepts, stress, coping*. Dunod.
- Bruchon-Schweitzer, M. (2002). *Psychologie de la santé. Modèles, concepts et méthodes*. Dunod.
- Bruchon-Schweitzer, M., Cousson, F., Quintard, B., Nuissier, J., & Rasclé, N. (1996). French adaptation of the ways of coping check list. *Perceptual and motor skills*, 83, 104-106.
- Bruchon-Schweitzer, M., & Dantzer, R. (1994). *Introduction à la psychologie de la santé*. Presses universitaires de France.
- Bruchon-Schweitzer, M., & Boujut, E. (2014). *Psychologie de la santé. Modèles, concept et méthodes*. Dunod.
- Brunner, E.C, Hermingway, H., Walker, B., Page, M., Clarke, p., Juneja, M., Shipley, M., Kumari, M. Andrew, R., Seckl, J., Papadopoulos, A., Checkley, S., Rumley, A., Lowe, G. Stanfeld, S., & Marmot, M. (2002). Adrenocortical, autonomic, and inflammatory causes of the metabolic syndrome: nested case-control study. *Circulation* 2002, 106 (21): 2659-2665.
- Bryant, R.A., Allison, R.A.G., & Harvey, A.G. (2000). *Acute Stress Disorder: A Handbook of theory, Assessment, and Treatment*. APA
- Bujold, A., Pariseau – Legault, P., & de Montigny, F. (2020). Exploration de l'impopularité des milieux de santé mentale / psychiatrie auprès de la relève infirmière : Une revue systématique des écrits. *Recherche en soins infirmiers*, 141, 17-37.
- Burnard, P., Edwards, D., Fothergill, A., Hannigan, B & Coyle, D. (2000). Community mental health nurses in wals: self-reported stressors and coping strategies. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 7, 523-528
- Burnett, C., Boxer, P.A., & Swanson, N. (1995). Suicide and occupation: a review of the literature. *Journal of occupational and environmental medicine /American college of*

- occupational and environmental medicine*, 37 (4), 442-452.
- Cacciopo, J.T., & Berntson, G. G. (2000). Psychobiology and social psychology: past, present, and future. *Personality and social psychology Review*, 4, 3-25.
- Campbell, M. (2019). *Relations entre le stress et la performance au travail : rôle potentiellement modérateur de la personnalité*. Mémoire de maîtrise ès sciences (M.SC) en relations industrielles et en ressources humaines. Université du Québec en Outaouais.
- Campbell-sills, L., Cohan, S. L., & Stein, M. B. (2006). Relationship of resilience to personality coping and psychiatric symptoms in young adult. *Behaviour research and therapy*, 44 (4), 585-599.
- Cannon, W.B. (1935). Stresses and strains of homeostasis. *American Journal of medical Sciences*, 189, 1 –14 .
- Canouï, P., & Mauranges, A. (2008). *Le burn-out à l'hôpital. Le syndrome d'épuisement professionnel*. Masson.
- Caprara, G. V., Barbaranelli, C., Borgoni, L., & Steca, P. (2003). Efficacy belief as determinants of teacher's job satisfaction. *Journal of Educational psychology* 27 (1), 33 -43
- Carver, C. S., Scheier, M.F., & weintraib ,J.B. (1989). Assessing coping strategies, A theoretically based approach. *Journal of personality and social psychology*, 56, 267, 283
- Cazabat, S., Barthe, B., & Cascino, N. (2008). Charge de travail et stress professionnel : deux facettes d'une même réalité. Etude exploratoire dans un service de gérontologie. *Recherche en soins infirmiers*, 85, 5-28.
- Chabrol, H. (2005). Les mécanismes de défense. *Recherche en soins infirmiers*, 82, 31-42.
- Chakroun, A., Rejeter, I., Kammoun, L., Nasri, A., Chaari, A., Ghnainia, T., Ksibia, H., Bouaziz, M., & Rekik N. (2013). Evaluation du stress chez le personnel des urgences : Enquête dans un service d'urgence tunisien. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation* 32 (9), 565-571.
- Chandola, T., Brunner, E., & Marmot, M. (2006). Chronic stress at work and the metabolic Syndrome: prospective study. *British Medical Journal* 2006, 332 (7540): 521-525.
- Chang, Bingbing (2018). *Evaluation du stress au travail et méthodes de prévention*. Thèse de Doctorat de l'Université Paris-Saclay.
- Chang, E.C. (1998). Does dispositional optimism moderate the relation Between perceived Stress and psychological Well-Being? A Preliminary Investigation. *Personality and Individual differences*.25, (2),233-240.
- Chang, Y. (2012). The relationship between maladaptive perfectionism with burnout: Testing

- mediating effect of emotion focused coping. *Personality and Individual differences*, 53, (5), 635-639.
- Chassaniol, J. L., Caria, A., Bonnet, C., Bourcier, G., Caroli, F., David, C., Finkelstein, C., Santos, C., & Skurnik, N. (2013). Extrait de www.psycom.org. 1.
- Chen, E., Fisher, E. B. Bacharier, L., & Strunk, R. C. (2003). Strunk Socioeconomic Status, Stress, and Immune Markers in Adolescents with Asthma. *Psychosomatic Medicine* 65. 984-992.
- Cherniss, C. (1980). *Staff Burnout: Job Stress in the Human Services*. Sage publications, Beverly Hills.
- Chevalier, D., & Dunezat, P. (2007). Psychiatrie, stigmatisation et étudiants infirmiers : influence et déterminants pour un projet d'exercice professionnel. *L'information psychiatrique* 83 (8).
- Christian, C. (2009). Vocation professionnelle : Un concept efficient pour le XXe siècle ? *Annales de Bretagne et des pays de l'Ouest*. 95-108.
- CIM-11 (2019). Onzième Révision de la classification internationale des maladies (CIM-11). Source / communiqué OMS du 28 Mai 2019.
- Circulaire N°D36-21 (04 avril 2023). Santé publique : pour rompre avec la stigmatisation, Manaouda Malachie donne un nouveau nom aux « services psychiatriques » des hôpitaux. Tiré dans Actu Cameroun. Com.
- Claude, G. (2019). *Etude qualitative et quantitative-Définitions et différences*. Tiré de [Scribbr.fr/method](https://www.scribbr.fr/method).
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of like stress. Sage.
- Codo, S. (2013). Le stress professionnel dans le secteur public, le cas des managers. *Revue interdisciplinaire sur le management et l'humanisme* 6,63-79.
- Cohen, F., & Lazarus, R.S. (1979). Coping with the stresses of illness. Dans G. C. Stone, F. Cohen, & N.E. Adler (Eds) *Health Psychology*. Jossey-Bass.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R., (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of health and social behavior*, 24 (4), 385-396.
- Collange, J., Bellighausen, T., Chappé, J., & Saunder, L. (2013). Stress perçu : à partir de quel seuil devient-il un facteur de risque pour les troubles anxio-dépressifs. *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement* 74 (1): 7-15.
- Colle, R., & Moisson, N (2009). *L'impact du stress professionnel et du déséquilibre effort / récompense sur l'intention de départ des infirmières*, actes du 18^e congrès de l'AGRH.

- Combalbert, L., & Mery, M. (2016). *Les cinq leviers de la confiance. Aider vos collaborateurs à se dépasser*. Editions Eyrolles.
- Constable, J.F., & Russel, D.W., (1986). The effect of social support and the work environment upon burnout among nurses. *Journal of Human Stress*, 12, 20-26.
- Cooper, C.L., Dewc, P.J., & O'Driscoll, M.P. (2001). *Organizational stress. A review and critique of theory, research, and applications*. Sage publications.
- Costa, P. T., Somerfield, M.R., & MC Crae, R.R., (1996). Personality and coping a reconceptualization. *Handbook of coping: Theory, research applications*, 44-61.
- Costa, P.T & MC Crae, R.R. (1992). *NEO PI-R Professional Manual*. Psychological Assessment Resources.
- Cousson – Gelie F. (2000). Breast Cancer, coping and quality of life: a semi-prospective study. *European Review of applied psychology*, 50 (3), 315-320.
- Cousson-Gélie, F. (1997). *L'évolution différentielle de la maladie et de la qualité de vie de patientes atteintes d'un cancer du sein. Une étude semi-prospective en psychologie de la santé*. Thèse de Doctorat en Psychologie.
- Coyne, J. C, Wortman; C.B., & Lehman, D.R. (1988). The other side of support: Emotional over involvement and miscarried helping. In B.H.E. Gottlieb (ED), *Marshalling social support: Formats processes and effects* (P. 305-330). Sage publications.
- Cramer, P. (2000). Defense mechanisms in psychology today: further processes for adaptation. *American psychologist*. 55 (6) 637-646.
- Cramer, P. (2000). Defense mechanisms: What's the difference? *Journal of personality*, 66 (6), 919-946.
- Cramer, P. (2015). Comprendre les mécanismes de défense psychiatrie psycho dynamique. 43 (4): 523-552.
- Crawford, P., Brown, B., & Majomi, P. (2008). Professional identity in community mental health nursing: A thematic analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 45 (7), 1055-1063.
- D'Amato, A., & Zijlstra, F.R.H. (2003). *Occupational Stress: A Review of the Litterature Relating to Mental Health*. Stress Impact. Work Package.
- Davezies, (2001). Le stress au travail : Entre savoirs scientifiques et débat social, performances. *Stratégies et facteurs humains* 1, pp. 4-7.
- Dawkins, J.E., Depp, F.C., & Seltzer, N.E. (1985). Stress and the psychiatric nurse. *Journal of Psychosocial Nursing*, 23, 11, 9-15.

- Day, A. L. C., & Chamberlain, J. C. (2006). Committing to your work, spouse and children: Implication for work-family conflict. *Journal of vocational Behaviour*, 68,(1) 116-130.
- De Jonge, J., Bosma, H., Peter, R., & Siegrist, J. (2000). Jobstrain, effort-reward imbalance and Employee Well-being: a large-scale Cross-sectionnal medicine. *Psychology and Health* 50 (9), 1317-1327.
- De Ridder, D. (1997). What is wrong with coping assessment? A review of conceptual and methodological issues. *Psychology and Health*, 12 (3), 417-431.
- De Ridder, D., & Schreurs, K. (2001). Developing interventions for chronically ill patients: in coping a Helpful concept? *Clinical psychology review*, 21(2), 205-240
- Décamps, G., Idier, L & Koleck, M. (2010). Conduites addictives avec ou sans substance. Etude de leurs déterminants psychologiques. *Alcoologie et addictologie*,32 (4) : 269-278.
- Déjours, C. (1980). *Travail : usure mentale. Essai de psycho pathologie du travail*. Editions du Centurion.
- Dejours, C. (1980). *La charge psychique de travail, dans société française de psychologie du travail (éd), équilibre ou fatigue pour le travail?* Entreprise moderne d'édition.
- Dejours, C. (1993). *Travail : Usure mentale*. Bayard.
- Delhomme, P., & Meyer, T. (2003). *La recherche en Psychologie Sociale. Projets, méthodes et techniques*. Armand Collin.
- Desbiens, J., F. (2006). Les stratégies de coping, la réponse émotionnelle et la qualité de vie spirituelle chez les infirmières en soins palliatifs. Mémoire en sciences infirmières, université Laval.
- Desmarais, C. (2006). Encadrer, une promenade de santé ? *Management et avenir* 2,8, 159-177
- Dewe, P. J., O'Driscoll, M.P., & Cooper, C.L. (2010). *Coping with work stress: A review and critique*. John Wiley & sons.
- Dionne –Proulx, J & Bourlard, R. (1998). Les stratégies de gestion du stress, niveau de stress et leurs conséquences : résultats d'une enquête menée auprès des personnes âgées du réseau de la santé. In R –Jacob and R. La flamme (EDS), *stress, santé et intervention au travail* (page 33-40).Presses interuniversitaires du Québec.
- Dominique, S. (2013). *le stress au travail. Prévention et prise en charge en thérapie comportementale et Cognitive*. Elsevier Masson SAS.
- DSM-5. (2015). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Elsevier Masson SAS.

- Dumesmil, H., Saliba-Serre, B., Régi, J. C., Léopold, Y., & Verger, P. (2009). Epuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville: prévalence et déterminants. *Santé publique* 21(4), 335-364.
- DUPRET, E . Bocéran, C., Teherani, M., & Feltrin, M (2012). Le COPSOQ : un nouveau questionnaire français d'évaluation des risques psychosociaux. *Santé publique*, 24, 189-207.
- Dutot–Bellouard, C., & Taillandier, A. C. (2011). *Impacts du vieillissement démographique sur la santé des personnels soignants hospitaliers*. Communication au colloque La santé, quel travail ? santé et maladie, entre définitions savantes et pratiques professionnelles, Nantes, 25 et 26 mars.
- Duxbury, L.,& Higgins, C. (2012). *Caring for and about those who serve: work life conflict and employee well-being within*. Sprott School of Business, Ottawa.
- Dzoche Mengoué, J.P., Ngandjou, T., Madjoukouo , N. F.P., Njia , M.,& Lum. E. (2012). Déterminants du choix de la santé mentale comme spécialité par les étudiants de L'EIS de Yaoundé. L'Harmattan.
- Edwards, D., & Burnard, P. (2003). A systematic review of stress and stress management interventions for mental health nurses. *Journal of advanced Nursing*, 4 2 (2), 169-2000
- Eisenstat, R.A., & Felner, R.D. (1984). Toward a differentiated view of burnout: personal and organizational mediators of job satisfaction and stress. *American Journal of Community Psychology*, 12, 411-430.
- Estryn – Behar, M., Van Der Heijden, I. J. M., Fry, C., & Hasselhorn, H. M (2010). Longitudinal analysis of personal and work-related factors associates with turnover among nurses. *Nursing Research*, 59 (3), 156-177.
- Estryn –Behar, M. (2006). Mots à maux, expression de la souffrance chez les soignants en psychiatrie. Etude comparative en France et dans trois autres pays européens. *Annales médico-psychologiques*, 164,732-748.
- Estryn-Behar, M. & Fouillot, J., P. (1990). *Etude de la charge physique du personnel soignant. Analyse du travail des infirmières et aides-soignantes dans 10 services de soins*. Documents pour le médecin du travail, INRS, TL 5.
- Faragher, E.B., Cass, M.,& cooper. (2005). The relationship between Job satisfaction and health: A Meta-analysis. *Journal of occupational and environmental.*, pages 105-112.

- Farber, B. A., & Heifetz, L. J. (1981). The satisfactions and stresses of psychological work: a factor analytic study. *Professional Psychology, 12*, 621-630.
- Farber, B. A., & Heifetz, L. J. (1982). The process and dimensions of burnout in psychotherapists. *Professional Psychology, 13*, 293-301.
- Folkman, S., & Lazarus, R.S. (1988). *Manual for the ways of coping questionnaire*. Palo Alto: Consulting Psychologist Press.
- Folkman, S., Lazarus, R.S. (1985). If it changes, it must be as process: Study of emotions and coping during stress stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology, 48*, 150-170.
- Folkman, S., Lazarus, R.S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R.J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology 50* (5), 992-1003.
- Foster, C., Bowers, L., & Nijman, H. (2007). Aggressive behaviour on acute psychiatric wards: prevalence, severity and management. *J Adv Nurs. (58)*: 140-149.
- Fournier, P. S., Sylvie, M., & Villa, J. (2013). Contribution à un modèle explicatif de la charge de travail : le cas du service à la clientèle. *Relations industrielles /Industrial relations, 68* (1), 46-70.
- Freud, A., (1936). *Le moi et les mécanismes de défense*. Bayard.
- Freudenberger, H.J. (1974). Staff burn-out. *Journal of social issues, 30* (1), 159-165
- Friesen, D & Sarros, J.C. (1989). Sources of burnout among educators. *Journal of organizational Behavior, 10*, 179-188.
- Gaudreau, P. & Blondin, J. P. (2004). Different athletes cope differently during a sport competition: a cluster analysis of coping. *Personality and Individual Differences, 36* (8), 1865-1877.
- Gaussin, J., Karnas G., & Sporcq, J. (1998). Stress et santé mentale dans une entreprise audiovisuelle du secteur public. In *Stress, santé et intervention au travail*, Tome 7. Presse Inter Universitaires.
- Gerdes, E. P. (1995). Women preparing for traditionally male professions: physical and psychological symptoms associated with work and home stress. *Sex roles, 32*, 787-807.
- Gholamzadeh, S., Sharif, F., & Rad, F.D. (2011). Sources of occupational stress and coping strategies am.

- Gibbons, C. (2010). Stress, coping and burn-out in nursing students. *International Journal of Nursing Studies*, 47 (10), 1299-1309.
- Goddard, R., Patton, W., & Creed, P. (2004). The importance of neuroticism in predicting burnout in employment service case managers. *Journal of Applied Social Psychology*, 34, 282-296.
- Godefroid, J. (2011). *Psychologie : Science humaine et science cognitive*. de Boeck.
- Godoy, L.D., Rossignoli, P., Delfino-Pereira, N., Garcia – Cairasco, D.L., & Umeoka, E.H. (2018). A comprehensive Over view on Stress Neuro-biology: Basic Concepts and Clinical Implications. *Front Behavior Neuroscience*, 12, 127.
- Gottlieb, B.H (1997). *Coping with Chronic Stress*. Plenum Publishers.
- Graziani, P., & Swendsen, G. (2005). *Le stress, émotion, et stratégie d'adaptation*. Armand Colin.
- Grebot, E.E. (2010). Coping, styles défensifs de dépersonnalisation de la relation soignante d'urgence. *Annales medico-psychologiques*, 168 (9), 686-691.
- Greenglass, E. R. (1993). The contribution of social support to coping strategies. *Applied psychology: An International review*, 42, (4) 323-340.
- Greer, S., Morris, T. & Pettingale, K. W. (1979). Psychosocial reponse to breast cancer. Effect on out-come. *Lancet*, 2, 785-787.
- Griffith, J. (1999). Substance abuse disorders in nurses. *Nursing Forum*. 4.19-27.
- Grzesiak. C (2022). Angoisse : symptômes, causes, comment la calmer ? Fiches psychiatrie. *Le Journal des Femmes Santé* 3 (2), 15-30.
- Guertin, C., & Courcy, F. (1999). *Sentiment d'efficacité personnel, adaptation et stress Occupationnels*. PUM
- Günüsen, N. P., Cetinkaya, D. Z., Inan, F.S., Ince, F. S., Sari, A., & Aksoy, B., (2017). Exploration of the factors affecting the choices of nursing students who choose psychiatric nursing as the first and last choice. *Mental Health Nursing*, 38 (10), 837-844.
- Haan, N. (1977). *Coping and defending*. New york academic press.
- Habib, M., Larergne, L., & Caparos, S. (2018). *Psychologie cognitive: cours, méthodologie, entraînement*. Armand Colin.
- Halbesleben, J. (2004). Burnout in organizational life. *Journal of management*, 30 (4), 15-32.
- Hardin-Pouzet, H. (2021). Stress aigu, stress chronique, méthodes de gestion du stress chez l'homme. *Article. Planete Vie*.
- Harrison, W.D. (1980). Role strain and burnout in child protective service workers. *Social Science review*, 54, 31-44.

- Hawton, K., Clements, A., Sakarovitch, C., et al. (2001). Suicide in doctors, a study of risk according to gender, seniority and speciality in medical practitioners in England and Wales, 1979-1995. *Journal of Epidemiology community health*, 55: 296-300.
- Hellemans, C & Karnas, G. (1999). Epreuve de validation du modèle de Karasek auprès de travailleurs du secteur tertiaire. Relations avec les « tensions mentales ». *Revue européenne de psychologie appliquée*, 49, 3, 215-234.
- Hellemans, C. (2008). *Le Modèle Cognitif de Gestion du Stress et ses implications pragmatiques*. Laboratoire de Psychologie du Travail et Psychologie Economique (LAPTE). Université Libre de Bruxelles.
- Hellemans, C., & Karnas, G. (1999). Epreuve de validation du modèle de Karasek auprès de travailleurs du secteur tertiaire. Relation du modèle avec les « tensions mentales ».
- Hesbeen, W. (2012). *Le soignant, les soins et le soin. Extrait de les soignants. L'écriture, la recherche, la formation*. Seli Arslan.
- Himle, D. P & Jayaratne, S. (1990). Burnout and Job satisfaction: their relationship perceived Competence and work stress among undergraduate and graduate social workers. *Journal of sociology and social welfare*, 17, 93-108.
- Hiscott, R. D., Connop, P. J. (1989). Job stress and occupational Burnout: Gender differences among mental health professionals. *Social service Review*, 74, 10-15
- Hoogendoorn, W. E., Van Poppel, M. N., Bongers, P.M., Koes, B.W., & Bouter, L. M. (2000). Systematic Review of psychosocial factors at work and private life as risk factors for back pain. *Spine*, 25(16): 211-25.
- House, J.S. (1981). *Work, Stress and Social Support Addison-Wesley*. Reading.
- Howatt, B., Tyler, A., Jesse, A., & Catherine, H. (2018). *Le stress et ses répercussions sur la santé mentale et physique des employés*. Morneau Shepell.
- Huard, T. (2000). *Le sens donné au cancer en relation avec les stratégies de coping utilisées*. Mémoire de maîtrise en Psychologie. Université du Québec à Trois-Rivières
- INRS. (2006). *Stress et risques psychosociaux: concepts et prévention*. Dossier medico-technique (article). Documents pour le médecin du travail n° 106. 2^e trimestre 2006.
- Jackson, S.E., & Schuler, R.S. (1985). A meta- analysis and conceptual critique of research on role ambiguity and role conflict in work settings. *Organizational behavior and human Decision processes*, 36,16-78.

- Jannati, Y., Mohammadi, R., & Seyedfatemi, N. (2011). Iranian clinical nurses coping strategies for job stress. *Journal of occupational health*, 53(2), 123-129.
- Jenkins, R & Elliott, P. (2004). Stressors, Burnout and social support : nurse in actue mental health settings. *Journal of Advanced Nursing*, 48 (6), 622-631.
- Johnson, J.V., & Hall, E.M. (1988). Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: acrisi-sectional study of a random sample of the swedish working population. *American Journal of Public Health*, 78 (10), 1336-1342).
- Jones, J.G Janman , K., Payne , R.L.,& Rick , J. T (1987). Some determinants of stress in Psychiatric nurses. *International Journal of Nursing studies* , 24, 129 – 144
- Julien, M. (2007). *Finding solutions to work-life conflict: Examining Models of Control Over Work-Life Interface*. Dissertation thesis, Queen's University.
- Kahn, R. L., & Byosière, P. (1992). Stress in organizations In Dunnette, M.D., & Hough, L.M., (eds). *Handbook of industrial and organizational psychology*, 3, 571-651.
- Kalra, R., Kollisch, S.G., Mac Donald, R., Dickey, N., Rosner, Z.,& Venters, H. (2016). Staff satisfaction, ethical concerns, and burnout in the new-york city jail health system. *Journal of correctional health care*, 22 (4), 383-392.
- Kaluza.(2000). Changing unbalanced coping strategies profiles: A prospective controle intervention trial in worksite. *Health promotion psychology and Health*, 15 (3), 423-433.
- Kaoula, L., Mejda, B., Dorra, E., Meriem, M., Nesrine, K., Eya, G., Mohamed, C., Habib, N. (2020). *La mesure du stress chez les infirmiers de services de psychiatrie tunisiens*. EUE.
- Karasek, R., A. (1979). Job Demands, Job Decision Latitude and Mental Strain : implications for job design. *Administrative Science Quarterly*, 24 (2), 285-308.
- Karasek, R.A., & Theorell, T. (1990). *Healthy Work: Stress Productivity, and the Reconstruction of Working Life-New-york*. Basic Books.
- Karnas, G., Hellemans, C. (2002). *Approche psycho-organisationnelle du stress professionnel: les limites d'un modèle*. *Stress au travail et santé psychique*: Neboit et Vezina. 175-189.
- Kobasa, S., Maddi, SR. & Kahn. (1982). Hardiness and Health: A Prospective Study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 168-177.
- Koekkoek, B., Van Meijel , B., Schene, A & Hutschemaerkers, G. (2008) . Clinical problems in the long –term care of patients with chronic depression. *Journal of Advanced Nursing*. 62 (6), 689-697.

- Koleck, M., Bruchon-Schweitzer, M., Thiebaut, E., Dumartin, N., & Sifakis, Y. (2000). Job stress, coping and burnout among French general practitioners. *European Review of Applied Psychology*, 50, 309-314.
- Kovess-Masfety, V., Boisson, M., Godot, C & Sauneron, S. (2010). La santé mentale, l'affaire de tous. Centre d'analyse Stratégique.
- Labelle, R., Alain, M., Bastien, E., Bouffard, L., Dubé, M., & La Pierre, S. (2001). Bien-être et détresse psychologique : Vers un modèle hiérarchique cognitivo-affectif en santé mentale. *Revue Québécoise de psychologie*, 22 (1), 71 -84.
- Laborit, H. (1976). *Eloge de la fuite*. Robert Laffont.
- Laborit, H. (1983). *La Colombe assassinée*. Editions Grasset.
- Lancry, A. (2007). Incertitude et stress. *Le travail humain*, 70, 3, 289-305.
- Lancry, A., & Ponnelle, S. (2004). La santé psychique au travail. Dans E-Brangier, A. Lancry, & C. Louche (Eds), *Les dimensions humaines du travail: Théories et pratiques de la psychologie du travail et des organisations (Collection travail et organisation)* (P.P 285-312) presses universitaires de Nancy.
- Landbergis, P., Baker, D., Schnall, P., & Belkic, K (2000). The Workplace and cardiovascular disease. *Occup Med: State of the art reviews*. 15(1):1-334.
- Lanteri-Laura, G. (1997). *La chronicité en psychiatrie*. Institut synthelabo.
- Laraqui, N., Manar, S., Laraqui, R., Hammouda, F., Deschamps, C.H ; Laraqui, O. (2018). *Risques psychosociaux et syndrome d'épuisement professionnel des professionnels de soins hospitaliers*. Archives des maladies professionnelles et de l'environnement. PP 1 -12.
- Larivière. J. (2021). *Comment reconnaître les trois phases du Stress selon le modèle de Hans Selye? Chronique de Jade Larivière*. Medecine Chine. Tiré de journaldunet.com.
- Larocco, J.M., House, J.S. & French, J.R.P. (1980). Social support, occupational stress and health. *Journal of Health and social Behavior*, 21, 202 -218.
- Laty, D., & Mergui, S. (2021). Névrose et troubles névrotiques: ce qu'il faut savoir. Tiré de santemagazine.fr.
- Lazarus, R.S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. Mc Graw-Hill.
- Lazarus, R.S.(1993). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. In L.W. Porter & M.R. Rosenzweig (Eds), *Annual Review of Psychology: Annual Reviews*.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Springer.

- Lazarus, R.S., Folkman, R. S., Dunkel-Schetter, C., De Longis, A & Gruen, R. J. (1986). *Dynamics of a Stressful Encounter: Cognitive Appraisal, Coping, and Encounter Outcomes*. University of California, Berkeley.
- Lazarus, R.S., & Launier, R. (1978). Stress related transaction between Person and environment. In L.A. Pervin, et M. Lewis (Eds), *Perspectives in international psychology*, 287-327. Plenum press.
- Lazarus, R.S. (1988). *Vulnérabilité et résistance individuelle au stress psychologique. Les facteurs psychosociaux en milieu de travail et leurs rapports à la santé*. 127-133. Organisation mondiale de la santé, Genève.
- Le Moal, M. (2007). Historical approach, evolution of the stress concept: a personal account. *Psycho-neuroendocrinology*, 32 (1)3-9.
- Lefebvre, B., & Poirot, M. (2011). *Stress et risques psychosociaux au travail, comprendre-prévenir-intervenir*. Elsevier-Masson.
- Legeron, P. (2004). Le stress au travail : de la performance à la souffrance. *Droit social*, N°12.
- Legeron, P. (2003). *Le stress au travail*. Odile Jacob.
- Légeron, P. (2008). *Le stress professionnel. L'information psychiatrique*, 84, 809-820. Odile JACOB.
- Legros, F & Carvallo, C. (2022). Quand l'évènement traumatique frappe au travail : une analyse du soutien social de l'entourage professionnel. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé. Open Edition Journals*, 1 (2), 1-18.
- Leiter, M. P. (1991). Coping patterns as predictors of burnout: the function of control and escapist coping patterns. *Journal of Organizational Behavior*, 12, 123-144.
- Leiter, M.P. (1988). Burnout as a function of communication patterns: a study of a multidisciplinary mental health team. *Group and organization studies*, 13, 111-128.
- Leka, S., Hassard, J., & Yanagida, A. (2012). Investigating the impact of psycho-social risks and occupational stress on psychiatric hospital nurses mental well-being in Japan. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, (19 (2), 123-131
- Lemyre, L & Tessier, R. (1988). Mesure du stress psychologique (MSP) : se sentir stressé. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 20, p. 302-321.
- Lemyre, L., Tessier, R. (2003). Measuring psychological stress. Concept, model and measurement instrument in primary care research. *Canadian family physician* 49: 1159.
- Lesage, F.-X., Berjot, S., Amoura, C., Deschamps, F., Grebot, E. (2012). Mesure du stress en milieu de travail par auto questionnaires validés en français. *Revue de la littérature*. 73(4), 1-18.

- Lescoules, M. (2022). *La place de la psychomotricité en Psychiatrie et le sujet comme acteur de sa prise charge*. Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricité.
- Lieury, A. (2008). *Psychologie cognitive*. Dunod.
- Lôo, P., & Lôo, H. (1986). *Le stress permanent*. Masson.
- Lourel, M., Gana, K & Wawrzyniak, S. (2005). L'interface « vice privée –vie au travail »: adaptation et validation française de l'échelle SWING (Survey Work-Home Interaction Nijmegen). *Revue de psychologie du travail et des organisations* , 11 (4),227- 239.
- Luminet, O. (2002). *Psychologie des émotions : confrontation et évitement*. De Boeck
- Machado, T. (2019). *La prévention des risques psychosociaux*. Presses Universitaires de Rennes.
- Magnin, L . (2012). *Le vécu du personnel infirmier en hôpital psychiatrique lors de soins au long cours. Une revue de littérature étoffée*. Mémoire.
- Malala, D. (2014). L'échantillon d'étude. Tiré de africmemoire.com.
- Mann, S.,& Cowburn, J. (2005). Emotional labour and stress Within mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*.
- Marchand, A., Boivert, J.M.,& Ladouceur, R. (1999). *Les troubles Anxieux. Approches cognitive et comportementale*. Gaëtan Morin éditeur.
- Margot, P. (2013). *La recherche en soins infirmiers. Didactiel d'initiation Méthodologique, 1^{er} module : la démarche scientifique : 1^{ère} partie*. Tiré de <https://www.yumpu.com>>view.
- Mark, G.M., & Smith, A.P. (2008). Stress models: A review and suggested new direction. *Occupational health psychology*, 3,111-144.
- Masel, C.N., Terry, D. J.,& gribble, M. (1996). The effects of coping on adjustment: Re-examining the goodness of fit model of coping effectiveness. *Anxiety, stress, and coping* 9,279-300.
- Maslach , C. & Jackson, S. E. (1986). Burnout in health professions: a social psychological analysis in sanders, G., Suls, J., eds., *Social Psychology of Health and Illness*, Erlbaum, Hillsdale, 227-251.
- Maslach, C. (1976). Burned-out. *Human Behaviour*, 5 (9), 16-22
- Maslach, C. (1978). The client role in staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 34, 111-124.
- Massé, R., Poulin, C., Dassa, C., Lambert, J., Belair , S., & Battaglini, A . (1998). Elaboration et Validation d'un outil de mesure du bien-être psychologique : L'EMMBEP. *Revue canadienne de santé publique*, 89(5), 352-357.
- Mattlin, J. A., Wethington, E., & kessler, R.C. (1990). Situational determinants of coping and coping effectiveness. *Journal of Health and social Behavior*, 31, 103-122.

- Maury, J. (2015). *L'intelligence émotionnelle contre le stress et le burnout dans la profession infirmière : revue de la littérature*. Mémoire de Bachelor : Haute Ecole de Santé Valais,.
- Mayer, J.D., Salovey, P. & Caruso, D.R. (2004). Emotional intelligence: Theory findings, and implications. *Psychological Inquiry*, 15, 197-215.
- Mbongo'o, G.C., Mbole, J., Banga Nkomo, D.D., Menguene, J.L., Mendini Nkodo, J.M., Awana, A.P., Nko'o Amvene, M.R., Eyoun, C., Basseguin Atchou, J.G., & Ntone Enyime, F. (2021). Bilan d'un an d'activités Medico-Hospitalières au service B de Psychiatrie à l'Hôpital Jamot (Yaoundé). Health Sciences and Diseases. *Journal of Medicine and Biomedical Sciences*.
- MC Crae, R. (1990). Controlling neuroticism in the measurement of stress. Special Issue. II-IV. Advances in measuring life stress. *Stress medicine*, 6, 237-241.
- Meyer, S., Maillard, V. (2015). *Quelles stratégies de coping sont utilisées par les infirmières des soins aigus et des urgences face au stress. Une revue de littérature*. Mémoire de Bachelor. Haute Ecole de santé.
- Meyers, L., & Wong, D. (1988). Validation of new test of locus of control the internal control index. Educational and psychological. *Measurement*, 48 (3) ,753-761.
- MINSANTE. (2016). Promotion de la santé mentale.tiré de MINSANTE.Cm.
- Moisan, M.P., & Le Moal, M.(2012). Le stress dans tous ses états. *Medecine Science*; 28 : 612-617.1
- Mokonze, G. (2012). La population d'étude de africmemoire. com.
- Monday, J., (1994). Les divers niveaux d'intervention en psychothérapie cognitive. *Le Clinicien*, 171-180.
- Montgomery, C & Rupp A. A. (2005). A metaanalysis for exploring the diverse causes and effects of stress in teachers. *Canadian journal of Education*, 28 (3), 458 -486.
- Montgomery, C., Demers, S., & Morin, Y. (2010). Le stress, les stratégies d'adaptation et l'épuisement professionnel chez les stagiaires francophones en enseignement primaire et secondaire. *Revue canadienne de l'éducation*, 33 (4) 761-802.
- Moras, L. (2002). *Comprendre la violence en psychiatrie : Approche Clinique et thérapeutique*. Dunod.
- Moras, L., Perrin -Niquet., A., Vérot, J. P.,& Barbot, C. (2004). *L'infirmier (e) en psychiatrie : les grands principes du soin en psychiatrie*. Masson.
- Morfaux, L. M. (1980). Vocabulaire de la philosophie et des sciences humaines. Collin, 399.
- Morin E.M., & Gagné C. (2009). *Donner un sens au travail. Promouvoir le bien-être psychologique*.Etudes et recherches/ rapport R- 624, Montréal, IRSST.

- Morin, E.M.(2010). La santé mentale au travail : une question de gros bon sens. *Gestion* 3, (35), 34-40
- Mouketou Mouketou, M. (2020). *Etude des déterminants environnementaux du stress Professionnel : le cas de salariés Français et Gabonais exerçant en bureaux ouverts*. Thèse de Doctorat, Université de Nantes, Laboratoire de psychologie des pays de la Loire (LPPL).
- Muldorf, L. (2010). Temporalité des soins et psychose. *Santé mentale*, 149, 40-44.
- Muller, L & Spitz, E. (2003). Multidimensional assessment of coping: validation of the Brief COPE among French population. *Encephale* , 29, 507-518.
- Murphy, J., Coster, G. (1997). Issues in patient's compliance Drugs, *Stress medicine* 54 (6):797-800.
- Mvessomba, E.A. (2013). *Guide méthodologique pour une initiation à la méthode expérimentale en psychologie et à la diffusion de la recherche en sciences sociales*. Groupe Inter press.
- Myers, A., & Hansen, C.H. (2007). *Psychologie expérimentale*. De Boeck.
- N'da, P. (2015). *Recherche et méthodologie en Sciences sociales et humaines*. L'Harmattan.
- Nedjoua, S. & Fairouz. T. (2016). *Les stress professionnel et les stratégies de coping chez les techniciens anesthésistes. Etude de 10 cas au niveau de l'EPH de Sidi Aich. Université ABDERRAHMANE MIRA de Bejaia*. Mémoire de Master en psychologie clinique.
- Needham, I. (2006). Psychological responses following exposure to violence. *Violence in Mental Health Settings*. New-York: Springer; p.295-18.
- Neuman, L.W. (2011). *Social Research Methodism Qualitative and Quantitative Approaches*. 7th Edition. Pearson.
- Ngou. O. (2020). *Distinctions. Les 10 femmes leaders en santé au Cameroun*. *Echos Santé. Hebdomadaire africain bilingue d'informations sanitaires, Environnementales et de Développement durable*.
- Niedhammer, I., Goldberg, M., Leclerc, A., Bugel, I., & David, S. (1998). Psychosocial factors at work and subsequent depressive symptoms in the Gazel cohort. *Scand J Work Environ Health*. 24(3): 197-205.
- Nielsen, M, B.,& Knardahl, S. (2014). Coping strategies: A prospective study of patterns, stability and relationships with psychological distress. *Scandinavian Journal of psychology*, 55 (2), 142-150.
- Noumbissie, C.D. (2010). *Attitude et changement de comportement sexuel face au VIH/SIDA : de l'intention d'agir à l'action : Etude de la résistance à l'usage du préservatif chez les*

- adolescents-élèves des classes terminales, de Yaoundé (Cameroun)*. Thèse de doctorat. Psychologie sociale.
- Ntone-Enyime, F., Mbede, R., Ntone-Enyime, S. V., & Abede Ekoumou, A.A. (2016). Le Stress Professionnel chez les Médecins Bucco-dentaires au Cameroun : Facteurs Associés. *Health Sciences & Diseases*.
- Nuttin, J. (1980). *La structure de la personnalité*. Presses Universitaires de France.
- Nyock Ilouga, S., Moussa Mouloungui, A.C.M. Arnoux-Nicolas, C., & Bernaud, J.L. (2018). Do the Meaning of Work and the Coherence between a person and His Work Environment Express the Same Reality? *Psychology*, 9, 2177-2193.
- Nyock Ilouga, S., Moussa-Mouloungui, A. C. (2019). Le sens du travail dans un contexte entropique. *International journal of innovation and applied studies*, 1(26). 218-229..
- O'Driscoll, M.P., & Schubert, T. (1988). Organizational climate and burnout in a New Zealand social service agency, *work and stress*, 2, 199-204.
- Oberlander, L.B., (1990). Work satisfaction among community-based mental health service providers: the association between work environment and work satisfaction. *Community mental health journal*, 26, 517-532.
- OIT. (2002). *Stress at work. Program on safety and Health at work and the Environment*. Genève: safe work.
- OIT. (2016). *Rapport- « Stress au travail : un défi collectif »*. Journée mondiale de la sécurité et de la santé au travail.
- OMS. (1946). Constitution de l'organisation mondiale de la santé. Adoptée lors de la conférence internationale pour la santé : New-York.
- OMS. (1998). *Glossaire de la promotion de la santé*. OMS.
- OMS. (1998). Rapport sur la santé dans le monde, 1998. La vie au 21^e siècle. Une perspective pour tous. 51^e assemblée Mondiale de la santé.
- OMS. (2001). *Mental Health Ressources in the world*. Atlas.
- OMS. (2020). WHO Special initiative for mental Health.
- OMS. (2020). World mental Health Day on 10 october to highlight urgent need to increase investment in chronical, Underfunded sector.
- OMS. (2021). Communiqué de presse. Un rapport de l'OMS souligné le déficit d'investissement dans la santé mentale au niveau mondiale.
- OMS. (2022). *Santé mentale : renforcer notre action*. Tiré de who.int/fr/news.
- OMS. (2022). *Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact*. Geneva.

- OMS. (2022). Rapport de l’OMS sur la santé mentale dans le monde.
- OMS. (2023). *Stress: qu’est-ce que le stress?* Tiré de who. int/fr/news.
- OMS. (2023). Trouble Dépressif (dépression). Principaux faits. int/fr/news.
- Owona Manga, L. J., Tchicaya, A. F., Adiogo, D., Ndzie Maniben, P. (2018). Stress professionnel chez les travailleurs en pharmacie à Douala. *The Journal of medicine and Health sciences*.
- Panagioti, M., Geraghty, K., Johnson, J., Zhou, A., Panagopoulou, E., Chew-Graham, C., Peters, D., Hodkinson, A., Riley, R., & Esmail, A. (2018). Association between physician burnout and patient safety, professionalism and patient safety, professionalism, and patient satisfaction: A systematic review and meta-analysis. *American Medical association journal of internal medicine*, 178 (10). 1317-1330.
- Parrochetti, J. P. (2011). *Stress, coping et traits de personnalité (névrosisme et lieu de contrôle) chez des sauveteurs et des conseillers du pôle emploi (Tome I)*. Thèse de doctorat de l’université AIX-Marseille.
- Paulhan (1992). Le concept de coping. *L’année psychologique*, 92 (4), 545-557.
- Paulhan, I., & Bourgeois, M. (1995). *stress et coping. Les stratégies d’ajustement face à l’adversité*. Presses Universitaires de France.
- Pearlin, L. I., & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social behavior*, 19; 2-21.
- Pellerin, S., & Cloutier, J. (2018). The effects of rewards on psychological health in the workplace: underlying mechanisms. *Canadian journal of Administrative Science*, 35, 361-372.
- Peplau, H. E. (1997). Peplau’s Theory of Interpersonal Relations. *Nursing Science Quarterly*, 10 (4), 162-167.
- Perlemuter, L., Quevauvilliers, J., Perlmutter, G., Amar, B., Aubert, L. (2003). *Soins infirmiers aux personnes atteintes de troubles psychiatriques. Prise en charge et diagnostics Infirmiers. Nouveaux cahiers de l’infirmière*. Edition Masson.
- Perron, A., Jacob, J. D., Beauvais, L., Corbeil, D., & Berubé, D. (2015). *Identification et gestion de la violence en psychiatrie : perceptions du personnel infirmier et des patients en matière de sécurité et dangerosité*. Association de recherche en soins infirmiers / Recherche en soins infirmiers. N°120 / pp. 47-60.
- Piquemal Vieu, L. (2011). Concepts, Stress, Coping : le coping une ressource à identifier dans le soin infirmier. *Recherche en soins infirmiers*, 67, 84-98.

- Poete, B & Rousseau, T. (2003). *La charge de travail. De l'évaluation à la négociation*. Editions liaisons réseau ANACT.
- Poirel, E., & Yvon, F. (2011). *Comprendre et intervenir sur le stress au travail : une étude de cas. Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*. Eds. Les Amis de Pistes.
- Ponnelle, S., Vaxevanoglou, X., & Garcia, F. (2012). *L'usage des outils d'évaluation du stress au travail : Perspectives théoriques et méthodologiques*. Le Travail Humain.
- Rawad. C., Piperini., M. C., Simonian , S.,& Arnaud. S; (2021). Prévalence et déterminants des risques psychosociaux du personnel en hôpital psychiatrique. *Le Travail Humain*,1 (84)1-34.
- Richardson, G.E. (2002). The meta theory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology*.58, 307-321.
- Rivolier, J. (1989). *L'homme stressé*. Presse universitaires de France.
- Rodriguez, L., L. (2014). *L'adaptation émotionnelle des infirmiers lors de la prise en soins de patients âgés enfin de vie : le rôle de l'expérience professionnelle*. Bachelor Thesis. Haute Ecole de Santé Genève.
- Roques, O. & Roger, A. (2004). Pression du travail et sentiment de compétence dans l'hôpital public. *Politiques et Management Public*, 22(4), 47-63.
- Rosenman, R.H.,& Friedman M.D. (1974). *Type a behavior and your heart*. Knopf.
- Ross, R. R., ALTMAIER, E.M., & Russel, D. W. (1989). Job stress , social support, and burnout among counseling center staff. *Journal of counseling psychology* , 36, 464 -470
- Rotter, J.B (1966). Generalized expectancies for internal versus External Control of Reinforcement. *Psychological Monographs*, 80 (1), 1-28.
- Rotter, J.B. (1954). *Social Learning and Clinical Psychology*. Prentice-Hall.
- Roussillon, S.,& Duval-Hamel, J (2006). Le stress des dirigeants : mythe, compétence clé, risque pour l'entreprise? *Cahiers de recherche de l'EM Lyon Business School*, N° 2006 /3.
- Ruelle, C. (2015). *L'origine de la notion de stress: le modèle de Hans Selye et le "syndrome général d'adaptation"*. Tissot éditions.
- Russel, D.W., Altmaier, E., Van Velzen , D. (1987). Job-related stress , social support and burnout among classroom teachers. *Journal of applied psychology*, 72 , 269-274.
- Sackett, D. L., Haynes, R.B. (1979). *Compliance in health care*. John Hopkins University Press.
- Salengro, B. (2005). *Le stress .Des Cadres*. L'harmattan.
- Sander, D., & Scherer, K.R. (2009). *Traité de psychologie des émotions*. Dunod.
- Santé Nature (2024). Actusanté/ Actualités. Santé mentale : plus de 116 millions de personnes vivent avec les troubles mentaux dans la région Africaine. Tiré de <https://santenatureinfo.com>.

- Savicki, V. & Cooley, E. (1987). The relationships of work environment and client contact to burnout in mental health professionals. *Journal of Applied psychology*, 72, 269-274.
- Schiraldi, G.R. (2000). *Post-traumatic Stress Disorder Sourcebook*. MC Graw- Hill.
- Schwab, R.L., Jackson, S.E., & Schuler, R.S. (1989). Educator burnout: sources and consequences. *Educational Research Quarterly* 10,3, 14-30
- Schwarzer, R., Greenglass, E. (1999). Teacher burnout from a social-cognitive perspective: A theoretical position paper. In R. Vandenberghe & M. Hubermann (Eds.) *Understanding and preventing teacher burnout: A source of international research and practice*. Cambridge university press.
- Seigrist, J. (1996). adverse health effects of high-effort / low reward conditions. *Journal of occupational health psychology*.
- Seligman, M. E. P. (2011). *Flourish: A visionary New Understanding of Happiness and well- Being* free Press.
- Seltzer, J.& Numerof, R.E. (1988) . Supervisory leadership and subordinate burnout. *Academy of Management Journal* , 31, 439-446.
- Selye, H. (1936). A Syndrome produced by diverser nocuous agents. *Nature*, 1, 38.
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. MC Graw Hill.
- Selye, H. (1974). *Stress sans détresse*. Les Editions La Presse.
- Seyedfatemi, N., Pourafzal, F., Inanloo, M., & Haghani, H (2015). Stress perçu et résilience chez les étudiants en soins infirmiers. *Psychiatrie européenne* 30(1) 1005.
- Shapiro, C. H. (1982). Creative supervision: an underutilized antidote, in paine, W.S., ed., *Job stress and burnout: Research, Theory and Intervention Perspectives*. Beverly Hills.
- Sherrington, C.S. (1906). *The integrative Action of the Nervous System*. Cambridge University Press.
- Siegrist, J. (2001). A theory of Occupational Stress. In J. Dunhan (Ed), *Stress in the workplace: past, present and future*. London whuer Publishers.
- Siegrist. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1 (1), 27-41.
- Sillamy, N. (1991). *Dictionnaire de la psychologie*. Larousse.
- Simon, L., Beckmann, D., Stone, M., Williams, R., Cohen, M. et Tobey, M (2020). Clinician experiences of care provision in the correctional setting: A scoping review. *Journal of correctional Health care*, 26 (4), 301-314.

- Slaviero, A. (2014). *Stress et stratégies de coping chez les étudiants en médecine de première et sixième année*. Thèse de Doctorat en Médecine Université Paris Diderot –Paris 7 .
- Sondage CSA-ANACT. (2009). *Le stress au travail: rapport d'analyse*. Quatre salariés sur dix sont stressés. tiré de [Lemonde.fr /société](http://Lemonde.fr/société).
- Spielberger, C. D., Yagg, P.R.,& Wasala, C.F. (2003). Occupational stress: Job Pressures and Lack of Support. In J. Campell Quick & L.E Tetrick (Eds), *handbook of Occupational Health Psychology* (pp. 185-200) United book press.
- Stoiber, C., & Bouillercer, B. (1999). *Le stress de l'aide-soignant: spécificités et conséquences. Comment lutter contre le stress*. Masson.
- Suls, J., & Fletcher, B. (1985). The relative efficacy of avoidant and non-avoidant coping strategies. A meta-analysis. *Health psychology*, 4, 249-288.
- Taylor, S.E., Repetti, R & Seeman, T. (1997). Health Psychology: What as an Unhealthy Environment and How Does it get under the skin? *Annual Review of Psychology*, 4 (8).
- Tessier, S. (2021). Fuite, lutte et inhibition : les 3 grands comportements humains face au stress. Tiré de cafedesguerriers.fr.
- Totman, J., Hundt, G. L., Weam, E., Paul, M., & Johnson, S. (2011). Factors affecting staff morale on inpatient mental health wards in England: a qualitative investigation. *Biomedical central psychiatry*, 11, 68.
- Truchot, D. (2004). *Epuisement professionnel et burnt-out : concept, modèles, interventions*. Dunod.
- Truchot, D.,& Fisher, G-N. (2002). Santé et travail. In G-N Fisher (Ed)*Traité de psychologie de la santé* (513-532). Dunod.
- Tuvesson, H., Eklund , M.,& Wann - Hansson , C . (2011). Perceived stress among Nursing Staff in psychiatric Inpatient care: the Influence of perceptions of the ward Atmosphere and the psychosocial work –Environment. *Mental Health Nursing*, 32,441-448.
- Vaillant, G.E. (1977). *Adaptation to life*.Little Brown.
- Van Bogaert, P., Wouters, K., Williams, R., Mondelaers, M., &Clarke, S. (2013). Work engagement supports nurse work force stability and quality of care: Nursing team-level analysis in psychiatric hospitals. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20 (8), 679-686.
- Van Daele, H. (2000). Le stress chez les médecins généralistes: une approche transactionnelle. In B Gangloff (Ed). *Satisfactions et Souffrances au travail*. 60-77. L'Harmattan.

- Van Vegchel, N. (2005). *Two models at work: a study of interaction and Specify in relation to the demand-Control model and the effort- reward imbalance model*. Dissertation thesis, Utrecht University.
- Van Vegchel, N., de Jonge, J., Bosma, H., & Schaufeli, W (2005). Reviewing the effort-reward imbalance model: Drawing up the balance of 45 empirical studies. *Social Science & Medicine*, 60 (1117-1131).
- Vanier, C., & Fortin, D. (1996). Une étude exploratoire des sources de stress et de soutien social chez les intervenantes communautaires en santé mentale. *Revue de santé mentale au Québec*, 21 (2), 10-25.
- Verhaeghe, M., & Bracke, P. (2012). Associative Stigma among mental health professionals: Implications for professional and service user well-being. *Journal of Health and Social Behavior*, 53 (1), 17-32.
- Verquerre, R., & Rusinek-Nisot. (1998). Etude du stress chez des infirmiers In R. Jacob and R. La flamme (Eds). *Stress, santé et intervention au travail* (Page 61-71) presses universitaire.
- Veziņa, M. (1996). La santé mentale au travail: pour une compréhension de cet enjeu de santé publique. In *santé mentale au Québec*, XXI, 2, 117-138.
- Veziņa, M. (1999). Stress et psychodynamique du travail : de nouvelles convergences. *Travailler* n°2.
- Veziņa, M. (2009). La santé mentale au travail : un enjeu de santé publique. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, 25-26, 257-258.
- Vitaliano, P., Russo, J., Carr, J., Maiuro, R. & Becker, J. (1985). The ways of coping checklist: revision and psychometric properties. *Multi-variable Behavioral Research*, 20, 3-26.
- Vollrath, M., & Torgersen, S. (2002). Who takes health risks? A probe into eight personality types. *Personality and individual differences*, 32 (7), 1185-1197.
- Weaver, J. D., (1984). Work-related stressors and means of coping among crisis intervention workers and their spouses. *Emotional First Aid*, 1, 14-24.
- Westerhof, G. J., & Keyes, C. L.M. (2010). Mental illness and Mental Health: the Two Continual Model Across the Lifespan. *Journal of Adult Development*, 17 (2), 110 -119.
- Williams, A.M. (1998). The delivery of quality nursing care: A grounded theory study of the nurse's perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 27 (4), 808-816
- Winniger, G. (2011). *Les besoins et les stratégies des infirmières face à la violence des patients la psychiatrie et aux urgences : une revue de littérature étoffée*. Mémoire de bachelor : Haute Ecole de Santé de Fribourg.

- Winnubst, J.A. M., Marcelissen , F.H.G., & Kleber , R.J. (1982). Effect of social support in the stressor – strain relationship: A Dutch sample. *Social Science and Medicine*, 16, 475-482.
- Yaba, F. E. (2017). *Styles de coping et niveau de stress scolaire chez les élèves de troisième et terminale à Abidjan*. Mémoire Online centre ivoirien d'études et de recherche en psychologie appliquée.
- Zurlo, M., Pes. D., Siegrist, J. (2010). Validity and reliability of the effort-reward imbalance questionnaire in a sample of 673 Italian teachers. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 83 (6), 665-674.



ANNEXES

QUESTIONNAIRE DE RECHERCHE

Chers Répondants,

Cette étude s'intéresse à votre vie et votre bien-être au travail.

Le présent questionnaire est anonyme. Nous vous rassurons que la confidentialité totale de vos réponses sera préservée conformément aux dispositions de la loi n°2020/010 du 20 Juillet 2020 sur les enquêtes statistiques et les recensements au Cameroun. Ces informations ne sauraient être divulguées à votre hiérarchie ou à un tiers sans votre accord préalable.

NB : Seul votre avis compte, aucune réponse n'est ni bonne ni mauvaise. Nous vous prions de bien vouloir remplir ce questionnaire jusqu'à la fin.

SECTION I : Profil sociodémographique

Genre	<input type="checkbox"/> Féminin	<input type="checkbox"/> Masculin			
Tranche d'âge	20-29ans <input type="checkbox"/>	30-39ans <input type="checkbox"/>	40-49ans <input type="checkbox"/>	50-59ans <input type="checkbox"/>	60ans et plus <input type="checkbox"/>
Situation matrimoniale	Célibataire <input type="checkbox"/>	Marié (e) <input type="checkbox"/>	Union libre <input type="checkbox"/>	Divorcé(e) <input type="checkbox"/>	Veuf /Veuve <input type="checkbox"/>
Catégorie professionnelle	Infirmier spécialisé en santé mentale <input type="checkbox"/>	Psychiatre <input type="checkbox"/>	Résident en psychiatrie <input type="checkbox"/>	Psychologue <input type="checkbox"/>	Psycho- motricien <input type="checkbox"/>
Ancienneté dans la spécialité	-----ans				
Situation professionnelle	Fonctionnaire <input type="checkbox"/>	Contractuel <input type="checkbox"/>	Vacataire <input type="checkbox"/>		
Période de travail	Alternance Jour et nuit <input type="checkbox"/>		Jour uniquement <input type="checkbox"/>		
Nombre d'heures de travail planifiées par semaine	≤ 40 heures Par semaine <input type="checkbox"/>		> 40 heures par semaine <input type="checkbox"/>		
Responsabilité (chef de service, major, chef d'équipe)	Oui <input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/>		

SECTION II :

Cette section est consacrée à votre gestion des situations spécifiques inhérentes à votre environnement de travail. Indiquez pour chacune des réactions suivantes si oui ou non vous l'avez utilisée pour faire face à ces situations. Pour cela, il vous suffira de cocher la case qui correspond à votre réponse dans les colonnes qui se situent à droite pour chaque item ou question.

Vous répondrez sur une échelle de Likert à quatre degrés allant de 1 (en désaccord) à 4 (fortement d'accord)

Items	Fortement en désaccord	En désaccord	en accord	fortement en accord
1- J'ai établi un plan d'action et je l'ai suivi.				
2- J'ai souhaité que la situation disparaisse ou finisse.				
3- J'ai parlé à quelqu'un de ce que je ressentais				
4- Je me suis battu(e) pour ce que je voulais				
5- J'ai souhaité changer ce qui m'arrive				
6- J'ai sollicité l'aide d'un professionnel et j'ai fait ce que l'on m'a conseillé.				
7- J'ai changé positivement.				
8- Je me suis senti mal de ne pouvoir éviter le problème.				
9- J'ai demandé des conseils à une personne digne de respect et je les ai suivis.				
10- J'ai pris les choses une par une.				
11- J'ai espéré qu'un miracle se produirait.				
12- J'ai discuté avec quelqu'un pour en savoir plus au sujet de la situation.				
13- Je me suis concentré sur l'aspect positif qui pourrait apparaître après.				
14- Je me suis culpabilisé				
15- J'ai gardé mes émotions				
16- Je suis sorti plus fort de la situation				
17- J'ai pensé à des choses intéressantes pour me sentir mieux				
18- J'ai parlé avec quelqu'un qui pouvait solutionner le problème				
19- J'ai changé des choses pour que tout puisse bien se passer				
20- J'ai essayé de tout oublier				

21- J'ai essayé de ne pas m'isoler				
22- J'ai essayé de ne pas agir de manière précipitée				
23- J'ai souhaité pouvoir changer d'attitude				
24- J'ai accepté(e) la sympathie et la compréhension de quelqu'un				
25- J'ai trouvé(e) une ou deux solutions au problème				
26- Je me suis critiqué(e) ou sermonné(e)				
27- Je savais ce qu'il fallait faire, aussi j'ai redoublé d'effort et, j'ai fais tout mon possible pour y arriver				

SECTION III :

Les questions qui suivent vont vous être posées. Elles concernent votre état psychologique en rapport avec votre travail, pendant le mois qui vient de s'écouler (4 dernières semaines). A chaque fois, nous vous demandons d'indiquer comment vous vous êtes senti le mois dernier en faisant référence uniquement à votre travail. Vous répondrez sur une échelle allant de jamais à très souvent. Vous cocherez la fréquence qui vous semble la plus indiquée.

Au cours du dernier mois, combien de fois	Jamais	Presque jamais	Parfois	Assez souvent	Très souvent
1- ... avez-vous été dérangé(e) par un évènement inattendu au travail ?					
2-... Vous a-t-il semblé(e) difficile de contrôler les choses importantes de votre vie au travail ?					
3-... Vous êtes-vous senti(e) débordé au travail ?					
4- ... Avez-vous affronté(e) avec succès les petits problèmes quotidiens au travail ?					
5- ... Avez-vous senti(e) que vous faisiez face efficacement aux changements importants qui survenaient dans votre vie au travail ?					
6- ... Vous-êtes-vous senti confiant dans vos capacités à prendre en main vos problèmes personnels au travail ?					
7-... Avez-vous senti(e) que les choses allaient comme vous le vouliez au travail ?					
8-...Avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire au					

travail ?					
9-...Avez-vous été capable de maîtriser votre énervement au travail ?					
10- ...Avez-vous senti (e) que vous dominiez la situation au travail ?					
11- ... Vous-êtes-vous senti(e) irrité(e) parce que les évènements au travail échappaient à votre contrôle ?					
12-... Vous êtes-vous surpris (e) à penser à des choses que vous devriez mener à bien au travail ?					
13- ... Avez-vous été capable de contrôler la façon dont vous passiez votre temps au travail ?					
14-... Avez-vous trouvé (e) que les difficultés au travail s'accumulaient à un tel point que vous ne pouviez les surmonter ?					

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE	i
REMERCIEMENTS	iii
SIGLES ET ABREVIATIONS	iv
LISTE DES TABLEAUX	v
RESUME	vii
ABSTRACT	viii
INTRODUCTION GENERALE	1
PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE	3
CHAPITRE 1 : PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE	4
1.1.Contexte de l'étude	4
1.1.1. Contexte socioprofessionnel	4
1.1.2. Quelques données et conséquences du stress professionnel	8
1.1.3. Quelques conséquences du stress professionnel	11
1.1.4. Quelques solutions proposées contre le stress professionnel	12
1.1.Formulation du problème de recherche	13
1.2.1 Etat de la question.....	13
1.2.2. Enoncé du problème	17
1.3. Questions de recherche	21
1.3.1. Question générale	21
1.3.2. Questions secondaires.....	21
1.4.Hypothèses de recherche	21
1.4.1. Hypothèse générale.....	21
1.4.2. Hypothèses opérationnelles	21
1.5.Objectifs de l'étude.....	22
1.5.1. Objectif général.....	22
1.5.2. Objectifs spécifiques.....	22
1.6.Intérêts et délimitations de la recherche.....	22
1.6.1. Intérêts de la recherche	22
1.6.1.1.Intérêt scientifique	22
1.6.1.2. Intérêt académique.....	23
1.6.1.3. Intérêt social de l'étude.....	23
1.6.2. Délimitations de l'étude.....	23
1.6.2.1. Délimitation conceptuelle et thématique	23
1.6.2.2. Délimitation spatiale	23
1.6.2.3. Délimitation de l'échantillon	23
CHAPITRE 2 : ANALYSE CRITIQUE DES CONCEPTS ET REVUE DE LITTERATURE	24
2.1. Analyse critique des concepts	24
2.1.1. Le concept de stress	24
2.1.1.1. Origine et évolution de la notion de stress	24
2.1.1.2. Définitions du concept de stress	25

2.1.2. Le concept de stress perçu	25
2.1.2.1. La perception	25
2.1.2.2. Le stress perçu	26
2.1.2.3 Les différents niveaux de stress perçu	26
2.1.3. Stress et quelques concepts connexes	27
2.1.4. Le concept de santé mentale	29
2.1.4.1. Définition du concept de santé mentale	29
2.1.4.2. Les déterminants de la santé mentale.....	30
2.1.4.3. Les composantes de la santé mentale.....	30
2.1.4.4. Les différentes maladies mentales	31
2.1.5. Le concept de coping	32
2.1.5.1. Origine et évolution de la notion de coping.....	32
2.1.5.2. Définitions des concepts stratégie/coping.....	33
2.1.5.3. Le coping et quelques concepts connexes.....	34
2.1.6. Le concept de soignant	36
2.1.6.1. Définitions du concept de soignant.....	36
2.1.6.2. Les soignants de santé mentale et leurs rôles.....	36
2.2. Revue de littérature	39
2.2-1-Etat des lieux sur la santé mentale au Cameroun.....	39
2.2-1-1-Au plan épidémiologique.....	39
2.2.1.2. Au plan financier	40
2.2.1.3. Au plan de la ressource humaine	40
2.2.1.4. Au plan socioculturel	41
2.2.2. Etat des lieux sur le stress au travail	41
2.2.2.1. Manifestations et conséquences du stress professionnel.....	41
2.2.2.2. Les déterminants du stress professionnel chez les soignants.....	43
2.2.3. Etat des lieux sur le coping du stress professionnel chez les soignants	54
2.2.3.1. Les différentes stratégies de coping et leur efficacité	54
2.2.3.2. Les stratégies de coping chez les soignants	58
2.2.3.3. Les déterminants du coping	60
CHAPITRE 3: CORPUS THEORIQUE DE REFERENCE DE L'ETUDE.....	63
3.1. Les différentes approches du stress professionnel	63
3.1.1. L'approche interactionniste	63
3.1.1.1. Le modèle de Karasek (1979).....	64
3.1.1.2. Le modèle de Siegrist (1996).....	66
3.1.2. L'approche physiologique	67
3.1.2.1. La théorie du syndrome général d'adaptation (SGA) de Selye (1956).....	69
3.1.2.2. Quelques critiques adressées à la théorie du syndrome général d'adaptation	74
3.1.3. L'approche transactionnelle (ou approche interactionniste cognitive).....	75
3.1.3.1. La théorie transactionnelle du stress/coping	75
3.1.3.2. Les différentes approches théoriques du coping.....	81
DEUXIEME PARTIE : CADRE OPERATOIRE	84

CHAPITRE 4 : METHODOLOGIE.....	85
4.1. Rappel du problème, des hypothèses, et définition des variables	85
4.1.1. Rappel du problème de l'étude	85
4.1.2. Méthode d'étude	85
4.1.3. Le type d'étude	86
4.1.4. Les variables de l'étude	86
4.1.4.1. La variable indépendante	86
4.1.4.2. La variable dépendante	87
4.1.4.3. Le plan de recherche	87
4.1.5. Formulation des hypothèses de l'étude.....	88
4.1.5.1. Hypothèse générale.....	88
4.1.5.2. Hypothèses opérationnelles	88
4.2. Outils de collecte de données.....	89
4.2.1 ; Choix et justification de l'instrument de collecte des données.....	89
4.2.2. Elaboration du questionnaire	89
4.2.2.1. La note introductive	89
4.2.2.2. Les outils.....	90
4.2.3. Le pré-test	91
4.2.4. Etude de fiabilité des stratégies de coping centrées sur la résolution du problème	92
4.3. Les sites de l'étude.....	93
4.3.1. Présentation de l'hôpital Jamot de Yaoundé (HJY).....	93
4.3.2. L'hôpital Militaire de Yaoundé (HMY)	94
4.3.3. L'hôpital Laquintinie de Douala (HLD).....	95
4.3.4. Hôpital militaire de Douala.....	96
4.3.5. Le centre de santé mentale Benoît Menni.....	96
4.3.6. Justifications du choix des sites de l'étude	96
4.4. Population et échantillon de l'étude.....	97
4.4.1. Population de l'étude	97
4.4.2. L'échantillon.....	98
4.5. Collecte des données et les difficultés rencontrées sur le terrain.....	103
4.5.1. Administration du questionnaire et collecte des données	103
4.5.2. Difficultés rencontrées sur le terrain.....	103
4.6. Les techniques d'analyses des données	104
CHAPITRE 5 : PRESENTATION DES DONNEES ET ANALYSE DES RESULTATS.....	105
5.1. Analyse descriptive.....	105
5.1.1. Les stratégies de coping	105
5.1.1.1. Le coping centré sur le problème.....	105
5.1.1.2. Le coping centré sur l'émotion	106
5.1.1.3. Le coping centré sur la recherche du soutien social.....	107
5.1.2. Stress perçu.....	109
5.2. Analyses corrélationnelles	110
5.3. Analyses inférentielles.....	111

5.3.1. Les tests d'hypothèses	111
5.3.1.1. Vérification de la première hypothèse opérationnelle	111
5.3.1.2. Vérification de la deuxième hypothèse opérationnelle	112
5.3.1.3. Vérification de la troisième hypothèse	112
5.3.2. Résultats de la modélisation par équations structurelles.....	113
CHAPITRE 6: INTERPRETATION ET DISCUSSION DES RESULTATS.....	116
6.1. Interprétation des résultats	116
6.1.1. Variables sociodémographiques et stress perçu.....	116
6.1.2. Interprétation des résultats descriptifs	116
6.1.3. Interprétation des résultats des hypothèses	119
6.1.3.1. Interprétation des résultats de la première hypothèse opérationnelle	120
6.1.3.2. Interprétation des résultats de la deuxième hypothèse opérationnelle	121
6.1.3.3. Interprétation des résultats de la troisième hypothèse opérationnelle.....	121
6.2. Discussion des résultats	122
6.2.1. Discussion des résultats de la première hypothèse opérationnelle.....	122
6.2.2. Discussion de la deuxième hypothèse opérationnelle.....	123
6.2.3. Discussion de la troisième hypothèse opérationnelle	124
6.3. Suggestions	126
6.3.1. Au Ministère de la santé publique	126
6.3.2. A l'endroit des responsables des hôpitaux abritant les services de santé mentale au Cameroun.....	127
6.3.3. A l'endroit des soignants	127
6.4. Limites et perspectives.....	127
6.4.1. Limites	127
6.4.2. Perspectives	128
CONCLUSION GENERALE	129
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	132
ANNEXES	156
TABLE DES MATIERES.....	161