

**UNIVERSITE BORDEAUX SEGALEN
ECOLE DOCTORALE SOCIETES, POLITIQUE, SANTE PUBLIQUE
UFR DES SCIENCES DE L'HOMME**

Année 2012

THESE N°2017

Thèse pour le
DOCTORAT DE L'UNIVERSITE BORDEAUX II
MENTION SOCIETES, POLITIQUE, SANTE PUBLIQUE
SPECIALITE PSYCHOLOGIE

Présentée et soutenue publiquement le 21 décembre 2012

Par **Pauline MARIEN**
Née le 11 décembre 1984

**ANALYSE PSYCHOPATHOLOGIQUE ET INTERACTIONNISTE DU STRESS
PROFESSIONNEL CHRONIQUE DANS LES METIERS DE L'URGENCE :**

**ETUDE DES FACTEURS DE RISQUE ET MISE EN PLACE D'UN PROGRAMME DE
PREVENTION**

Membres du Jury

Professeur Grégory MICHEL, Université Victor Segalen Bordeaux 2

Professeur Anne-Marie VONTHRON, Université Paris X Nanterre

Docteur Patrick LEGERON, Directeur scientifique Cabinet Stimulus

Professeur Didier TRUCHOT, Université Franche-Comté

Colonel Jean-Paul DECELLIERES, Directeur Départemental SDIS 33

Professeur Henri CHABROL, Université Toulouse II-Le Mirail

Directeur de thèse

Présidente du Jury

Invité

Rapporteur

Invité

Rapporteur

**ANALYSE PSYCHOPATHOLOGIQUE ET INTERACTIONNISTE DU STRESS
PROFESSIONNEL CHRONIQUE DANS LES METIERS DE L'URGENCE :
ETUDE DES FACTEURS DE RISQUE ET MISE EN PLACE D'UN PROGRAMME DE
PREVENTION**

**PSYCHOPATHOLOGICAL AND INTERACTIONIST ANALYSIS OF CHRONIC
OCCUPATIONAL STRESS IN CRAFT EMERGENCY:
STUDY OF RISK FACTORS AND IMPLEMENTATION OF A PREVENTION PROGRAM**

Pauline Marien

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier le Professeur Grégory Michel pour son aide, sa patience et ses conseils avisés sans lesquels je n'aurai pu réussir. Vous m'avez fait découvrir et apprendre la recherche : je vous en remercie. Au cours de ces dernières années, vous m'avez également permis de me réaliser au travers d'échanges constructifs, de questionnements mais surtout grâce à la confiance que vous m'avez accordée.

Je remercie les Professeurs Anne-Marie Vonthron, Didier Truchot, Henri Chabrol et le Docteur Patrick Légeron d'avoir accepté de faire partie de ce jury de thèse. Les expériences professionnelles que vous partagez au travers d'ouvrages et de discussions sont des éclairages nécessaires pour toute personne voulant travailler sur ces thématiques que sont les Risques Psychosociaux, la Psychopathologie du stress et les Conduites à risques. C'est un honneur pour moi de recevoir vos avis et expertises respectifs sur le sujet.

En second lieu, je souhaite remercier le Colonel Jean-Paul Décellières sans lequel je n'aurai pu arriver jusque-là. En m'ouvrant les portes du SDIS, vous avez donné à ma carrière une orientation que je n'aurai pu soupçonner. J'ai particulièrement apprécié votre franchise, votre droiture morale et nos échanges si brefs soient-ils.

Je remercie également le Docteur Christine Delarche pour son soutien. Tu as été un médiateur de qualité et m'a accompagné dans les différentes étapes de ce travail. Tes conseils et avis ont été des ressources non négligeables pour moi.

A Katia Mouton, tu m'as aidé dans la dernière partie de la thèse avec le programme de prévention. Les discussions que nous avons sont des moments que j'apprécie sincèrement. Merci beaucoup.

Un grand merci également pour les Docteurs Michel Thicoïpé et Souradjou Moussa de m'avoir autorisé à effectuer cette recherche dans leurs services respectifs.

Laurence et Joanna, je tiens à vous remercier pour beaucoup de choses. Durant ces années, vous m'avez aidé à prendre conscience de mes potentiels et de mes limites. J'ai apprécié de travailler avec vous.

Je remercie ma famille et mes amis avec lesquels j'ai partagés et partage encore, aussi bien mes moments de doute que de plaisir. J'ai de la chance de vous avoir !

A Franck, tout au long de cette période, ton soutien et nos échanges ont été de réelles oxygénations pour moi. Tu as été là pour m'écouter et me réconforter. Un remerciement est une faible expression de ma reconnaissance et de mon affection pour toi.

Et bien entendu, je tiens à remercier les Sapeurs-Pompiers ainsi que les professionnels du SAMU/SMUR pour leur participation sans laquelle ce travail n'aurait pu aboutir.

Plus spécialement, je remercie sincèrement les sapeurs-pompiers (qui se reconnaîtront, je pense) qui se sont particulièrement investis dans ce travail du début jusqu'à la fin. Il est vrai que certains moments ont été ponctués de doutes et de questionnements mais votre engagement a été sans faille. Vous vous êtes vus pour la plupart comme des cobayes, sachez que je vous considère davantage comme des experts de votre profession. Merci encore !

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

(Sienkiewicz Henryk)

RESUME

Le stress professionnel est un problème de santé publique en France. Néanmoins, peu de travaux français l'abordent auprès des Métiers de l'Urgence. Notre travail s'oriente autour de trois axes : *i*) l'adaptation et la validation du JSS aux (SP) (étude 1) ; *ii*) l'évaluation des modèles explicatifs du BO et du stress professionnel auprès de ces métiers (études 2, 3 et 4) et *iii*) la mise en place d'un programme de prévention secondaire sur 6 semaines (étude 5).

Méthode : Pour les études 1 à 4, les SPP et les professionnels du SMUR ont répondu à des questionnaires centrés sur la psychopathologie du stress au travail, la personnalité et le coping. Quant à l'étude 5, l'efficacité du programme de prévention a été testée auprès de deux groupes de SPP (groupe contrôle versus groupe d'intervention) au travers de questionnaires sur le stress et le BO à trois temps de mesure (avant, après et trois mois après la fin du programme). **Résultats :** Le stress professionnel se caractérise par les dimensions « Pression professionnelle » et « Travail opérationnel ». En interaction avec certains patterns tempéramentaux, ces dimensions expliquent pour une part le BO. Quant au programme de prévention, une diminution de la sévérité des symptômes de stress et de BO est à noter entre le début et la fin du programme pour le groupe d'intervention. **Conclusion :** Travailler sur le stress professionnel nécessite une approche qualitative et quantitative du phénomène permettant une vision plus complète. Ceci permettra également d'adapter des programmes de prévention centrés tant sur l'individu que sur son environnement professionnel.

Mots-clés : Métiers de l'Urgence, stress professionnel, burn-out, personnalité, analyse interactionniste

ABSTRACT

Occupational stress is a national health issue in France. However, few studies tackle it amongst the French Emergency workers. Our work focuses on three areas: *i)* the adaptation and validation of the Job stress survey among French firefighters (Study 1), *ii)* the evaluation of job stress and explanatory models of BO within these population (Studies 2, 3 and 4) and *iii)* the implementation of a secondary prevention program for 6 weeks (Study 5).

Methodology: For the 1-4 studies, both firefighters and craft workers responded to questionnaires focused on the stress psychopathology at work, personality and coping. As for study 5, the effectiveness of the prevention program has been tested with two groups of professional firefighters: control group versus intervention group; through questionnaires on stress and BO. Three time measurement have been retained, namely before, after and three months after the end of the program. **Results:** The stress is characterized by two dimensions, namely the "job pressure at work" and the "operational work". In Interaction with some temperamental patterns; these two dimensions explain in part the BO. As for the prevention program, a decrease in the severity of both stress and BO symptoms is noted between the beginning and end of the program for the intervention group. **Conclusion:** Working on occupational stress requires a qualitative and quantitative approach allowing a more comprehensive vision. This will also adapt prevention programs focused on both the individual and its work environment.

Keywords: Emergency workers, occupational stress, burnout, personality, interactionist analysis.

Correspondance

Laboratoire de Psychologie « Psychologie, Santé et Qualité de vie » EA 4139
Université Bordeaux Segalen
3 ter Place de la Victoire
33076 Bordeaux Cedex
p.marien@hotmail.fr



Source : Bertin, 2004, p.92

SOMMAIRE

Introduction	24
PARTIE I : Cadre théorique.....	30
CHAPITRE 1/ Les effets pathogènes du travail : Santé et Stress professionnel.	31
1.1. La Santé mentale au travail.	32
1.1.1. Historique.....	32
1.1.2. Les indicateurs de la santé au travail : les répercussions tripartites.....	33
1.2. Psychopathologie du stress professionnel.	37
1.2.1. Définition.	37
1.2.2. Épidémiologie du stress professionnel.....	39
1.2.3. Stress professionnel et troubles comorbides	41
1.3. stress professionnel et facteurs de risque.....	49
1.3.1. Les facteurs exogènes	49
1.3.2. Les facteurs endogènes	50
1.4. De la clinique du travail aux modèles transactionnels : comprendre le stress professionnel.	55
1.4.1. De la psychopathologie à la Psychodynamique du travail.....	55
1.4.2. Le modèle biologique du stress.....	56
1.4.3. Les modèles interactionnistes du stress professionnel	57
1.4.4. Approche transactionnelle.....	61
CHAPITRE 2/ Burn-out (BO) et prévention dans les Métiers de l'Urgence.....	64
2.1. Le Burn-out.....	65
2.1.1. Historique du BO	65
2.1.2. Clinique du BO et approches conceptuelles.....	65
2.1.3. La tridimensionnalité du BO.....	67
2.2. Psychopathologie du BO dans les Métiers de l'Urgence.	67
2.2.1. Les métiers de l'Urgence : les missions.....	67
2.2.2. Données épidémiologiques.	69
2.2.3. Le Burn-Out et ses comorbidités psychopathologiques : les troubles internalisés	69
2.2.4. Les facteurs de risque du BO dans les Métiers de l'Urgence	70

2.3.	Intervenir sur le stress au travail auprès des professionnels de l'Urgence	84
2.3.1.	Définition de la Prévention	84
2.3.2.	Prévenir le stress dans les métiers de l'Urgence	85
PARTIE II : Problématique et instruments de mesure		100
CHAPITRE 1 : Problématique, objectifs & hypothèses		101
CHAPITRE 2 : Présentation des instruments de mesure		109
2.1.	Psychopathologie du stress : Le Maslach Burnout Inventory	110
2.2.	Comorbidité et BO.....	110
2.2.1.	La Mesure du Stress Psychologique	110
2.2.2.	La Satisfaction professionnelle	111
2.2.3.	Les troubles internalisés.....	112
2.2.4.	Le sommeil et l'Index de Qualité de sommeil de Pittsburgh.	112
2.2.5.	Les conduites à risques.....	113
2.3.	Modèle explicatif du Burnout.....	114
2.3.1.	Questionnaire sociodémographique.....	114
2.3.2.	Facteurs exogènes : Le Job Stress Survey-adaptation française.....	114
2.3.3.	Facteurs endogènes : l'Inventaire de personnalité de Cloninger « Temperament and Character Inventory ».....	115
2.3.4.	Ressources adaptatives.....	116
2.3.5.	L'interface entre la vie privée et la vie professionnelle : le SWING.....	117
CHAPITRE 3 : Validité des instruments de mesure		119
3.1.	AXE 1/ Identification des facteurs de stress professionnel propres aux métiers de l'Urgence.....	120
3.1.1.	Etude n°1	120
3.1.2.	Etude n°2.....	120
3.2.	AXE 2/ Étude du Burn-Out auprès d'une population des Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation (SMUR), d'une part et d'une population de Sapeurs-pompiers professionnels (SPP) : Etudes n°3 et n°4.	121
3.2.1.	Comorbidités	121
3.2.2.	Modèles explicatifs du Burn-Out	123
3.3.	AXE 3/ Elaboration et mise en place d'un programme de prévention secondaire auprès d'une population de spp : Etude n°5.....	124

PARTIE 3 : Résultats	129
ETUDE N°1/ Résultats de l'Etude portant sur l'adaptation et la validation du Job Stress Survey auprès des Sapeurs-pompiers de Gironde (JSS-SP).....	130
4.1. Méthodologie.....	131
4.1.1. Rappel des hypothèses	131
4.1.2. Mise en place de l'étude.....	131
4.1.3. Pré-étude	133
4.1.4. Participation et procédure	137
4.1.5. Mesures	137
4.1.6. Analyses statistiques	138
4.2. Résultats.....	138
4.2.1. Statistiques descriptives	138
4.2.2. Structure factorielle du JSS-SP	140
4.2.3. Description des items	144
4.2.4. Validité convergente	148
ETUDE N°2/ Analyse comparative du Stress Professionnel perçu dans les Métiers de l'Urgence : SAMU/SMUR ET SPP	151
5.1. Méthodologie.....	152
5.1.1. Rappel des hypothèses	152
5.1.2. Mise en place de l'étude.....	152
5.1.3. Procédure.....	154
5.1.4. Mesures	154
5.1.5. Analyses statistiques	154
5.2. Résultats.....	156
5.2.1. Population	156
5.2.2. Comparaison du stress professionnel dans les groupes SPP et SAMU/SMUR.....	156
5.2.3. Le stress au travail : complément d'enquête	165
ETUDE N°3/ Prévalence et modèles explicatifs du Burn-Out dans une population de Sapeurs-pompiers professionnels de Gironde	169
6.1. Méthodologie.....	170
6.1.1. Rappel des hypothèses	170
6.1.2. Mise en place de l'étude.....	171
6.1.3. Procédure.....	172

6.1.4.	Population	172
6.1.5.	Mesures	172
6.1.6.	Analyses statistiques	173
6.2.	Résultats.....	174
6.2.1.	Population	174
6.2.2.	Taux de prévalence du BO dans une population de SPP de Gironde	176
6.2.3.	Troubles comorbides au BO.....	178
6.2.4.	Modèles explicatifs du burnout chez les sapeurs-pompiers.....	181
ETUDE N°4/ Prévalence et modèle explicatif de la tridimensionnalité du BO auprès d'un échantillon du SMUR de la Gironde		188
7.1.	Méthodologie.....	189
7.1.1.	Rappel des hypothèses	189
7.1.2.	Mise en place de l'étude.....	190
7.1.3.	Procédure.....	191
7.1.4.	Population	191
7.1.5.	Mesures	192
7.1.6.	Analyses statistiques	193
7.2.	Résultats.....	194
7.2.1.	Population : Statistiques descriptives.....	194
7.2.2.	Taux de prévalence du BO dans une population du SMUR de Gironde .	196
7.2.3.	Troubles comorbides au BO.....	198
7.2.4.	Modèles explicatifs du BO chez les professionnels du SMUR.....	201
ETUDE N°5/ Elaboration et mise en place d'un programme de prévention auprès des SPP de Gironde.....		208
8.1	Méthodologie.....	209
8.1.1.	Rappel des hypothèses	209
8.1.2.	Mise en place de l'étude.....	209
8.1.3.	Elaboration du programme de prévention.....	210
8.1.4.	Procédure et Population	214
8.1.5.	Mesures	215
8.1.6.	Analyses statistiques	215
8.2.	Résultats.....	216
8.2.1.	Population	216

8.2.2. Information à T0	217
8.2.3. Taux de prévalence aux symptômes du stress à T0.	218
Effets du programme d'intervention.....	219
8.3. Vignette clinique.....	222
Discussion générale.....	225
9.1. Le stress professionnel dans les métiers de l'Urgence	226
9.2. BO et comorbidités.....	228
9.2.1. Prévalence	228
9.2.2. Comorbidités	229
9.3. Modèles explicatifs du BO	230
9.3.1. Epuisement émotionnel.....	230
9.3.2. La Dépersonnalisation.....	231
9.3.3. L'accomplissement de soi	232
9.4. Prévenir le stress au travail : un programme principalement axé sur les Thérapies cognitivo-comportementales	233
Limites	234
Conclusion & retombées	236
Bibliographie	239
Annexes.....	266

LISTE DES FIGURES

<i>Figure 1 : Données nationales des absences au travail en fonction de la répartition géographique en 2011</i>	p.35
<i>Figure 2 : Prévalence des accidents du travail et maladies professionnelles d'après l'Assurance Maladie Risques Professionnels en 2011</i>	p.36
<i>Figure 3 : Santé au travail et répercussions tripartites</i>	p.37
<i>Figure 4 : Le mécanisme du stress professionnel</i>	p.39
<i>Figure 5 : Taux de prévalence du stress professionnel perçu par secteur d'activité</i>	p.40
<i>Figure 6 : Niveau de stress et capacités cognitivo-comportementales</i>	p.57
<i>Figure 7 : Modèle interactionniste du stress</i>	p.58
<i>Figure 8 : Le modèle de stress de Karasek et Theorell</i>	p.60
<i>Figure 9 : Modèle Effort-Récompense de Siegrist.</i>	p.61
<i>Figure 10 : Modèle transactionnel générique.</i>	p.62
<i>Figure 11 : Le Modèle de la Gestion Préventive du stress (Quick, Quick et Nelson, 1998).</i>	p.85
<i>Figure 12 : Reproduction de l'échelle de likert utilisée dans la version adaptée aux SP.</i>	p.137
<i>Figure 13 : Courbe de Cattell de l'Echelle Intensité du JSS-SP.</i>	p.140
<i>Figure 14 : Courbe de Cattell de l'Echelle Fréquence du JSS-SP.</i>	p.141
<i>Figure 15 : Courbe de Cattell de l'Echelle Index du JSS-SP.</i>	p.142
<i>Figure 16 : Schéma représentant les étapes de mise en place du protocole de recherche dans les populations SPP et SAMU/SMUR</i>	p.153
<i>Figure 17 : Comparaison de moyennes aux Echelles d'intensité du stress professionnel perçu en fonction du statut professionnel des SPP et du SAMU/SMUR.</i>	p.159
<i>Figure 18 : Comparaison de moyennes aux Echelles de fréquence de la pression professionnelle perçue en fonction du statut professionnel des SPP et du SAMU/SMUR.</i>	p.161
<i>Figure 19 : Comparaison de moyennes aux Echelles de fréquence du travail opérationnel perçu en fonction du statut professionnel des SPP et du SAMU/SMUR.</i>	p.163
<i>Figure 20 : Catégories de stress professionnel perçu selon le groupe d'appartenance professionnel-Complément d'enquête.</i>	p.167

<i>Figure 21 : Taux de prévalence des symptômes modérés à sévères du BO dans une population de Sapeurs-Pompiers girondins - Répartition en fonction du statut professionnel.</i>	p.177
<i>Figure 22 : Comparaison de moyennes des scores au BO selon le statut professionnel.</i>	p.178
<i>Figure 23 : Taux de prévalence des symptômes modérés à sévères du BO dans une population SMUR de Gironde - Répartition en fonction du statut professionnel.</i>	p.197
<i>Figure 24 : Comparaison de moyennes des scores du BO selon le statut professionnel des professionnels du SMUR.</i>	p.198
<i>Figure 25 : Schéma résumant la temporalité des mesures de la symptomatologie du stress et du BO quel que soit le groupe d'appartenance.</i>	p.215
<i>Figure 26 : Taux de prévalence du stress et du BO modéré à sévère en fonction du groupe d'appartenance.</i>	p.219
<i>Figure 27 : Evolution de la symptomatologie du stress et du BO en fonction des temps de mesure et du groupe d'appartenance.</i>	p.220
<i>Figure 28 : Scores aux échelles de stress et de BO aux différents temps de mesure-Mr K.</i>	p.223

LISTE DES TABLEAUX

<i>Tableau 1 : Prévalence du stress professionnel dans l'Union Européenne des 15</i>	p. 39
<i>Tableau 2 : Prévalence des troubles comorbides au stress professionnel</i>	p.48
<i>Tableau 3 : Conceptions cliniques du BO.</i>	p.66
<i>Tableau 4 : Approches méthodologiques du stress professionnel dans les métiers de l'urgence-Les instruments de mesure.</i>	p.72
<i>Tableau 5 : BO et facteurs associés dans les métiers de l'Urgence.</i>	p.79
<i>Tableau 6 : Récapitulatif des programmes de prévention 2^{aire} auprès des professionnels du soin.</i>	p.92
<i>Tableau 7 : Validité des instruments de mesure par étude.</i>	p.125
<i>Tableau 8 : Modification des items du JSS contenus dans le JSS-SP.</i>	p.134
<i>Tableau 9 : Récapitulatif des items rajoutés dans la version JSS-SP.</i>	p.135
<i>Tableau 10 : Correspondance des items du JSS avec l'adaptation SP.</i>	p.136
<i>Tableau 11 : Caractéristiques sociodémographiques des SP en fonction du statut professionnel</i>	p.139
<i>Tableau 12 : Structure factorielle du JSS adapté aux Sapeurs-Pompiers de Gironde.</i>	p.143
<i>Tableau 13 : Ordre des items, moyenne et écart-type pour l'Echelle d'Intensité du Job Stress Survey pour Sapeurs-Pompiers. Etude comparative selon le grade et le statut professionnel.</i>	p.145
<i>Tableau 14 : Ordre des items, moyenne et écart-type pour l'Echelle de Fréquence du Job Stress Survey pour Sapeurs-Pompiers. Etude comparative selon le grade et le statut professionnel.</i>	p.147
<i>Tableau 15 : Corrélations du JSS-SP avec le MBI.</i>	p.149
<i>Tableau 16 : Caractéristiques sociodémographiques des SPP et des professionnels du SAMU/SMUR en fonction de leur statut professionnel.</i>	p.155
<i>Tableau 17 : Moyennes et Ecart-types des scores aux items de la version adaptée du JSS aux SP en fonction du statut professionnel des SPP et du SAMU/SMUR</i>	p.158
<i>Tableau 18 : Moyennes et Ecart-types des scores aux items de l'Echelle de Fréquence du stress professionnel en fonction du statut professionnel des SPP et du SAMU/SMUR.</i>	p.164
<i>Tableau 19 : Caractéristiques sociodémographiques des SPP en fonction de leur</i>	p.175

statut professionnel.

Tableau 20 : Répartition de la santé perçue et des antécédents médicaux selon le statut professionnel. p.176

Tableau 21 : Symptomatologie associée au BO dans la population de SPP. p.180

Tableau 22 : Facteurs de risque associés aux symptômes du BO. p.183

Tableau 23 : Modèles prédictifs des symptômes du BO. p.186

Tableau 24 : Caractéristiques sociodémographiques des professionnels du SMUR en fonction de leur statut professionnel. p.195

Tableau 25 : Répartition de la santé perçue et des antécédents médicaux selon le statut professionnel. p.196

Tableau 26 : Symptomatologie associée au BO dans la population du SMUR. p.200

Tableau 27 : Facteurs de risque associés aux symptômes du BO dans la population du SMUR. p.203

Tableau 28 : Modèles prédictifs des symptômes du BO chez les professionnels du SMUR. p.206

Tableau 29 : Description des sessions du programme de gestion du stress- Les Thérapies cognitivo-comportementales auprès des SPP p.212

Tableau 30 : Caractéristiques sociodémographiques des SPP répartis en Groupe contrôle et Groupe d'intervention. p.217

Tableau 31 : Moyenne et Ecart-types des scores au stress et au BO en fonction du groupe d'appartenance p.218

Tableau 32 : Moyennes et Ecart-types des scores au stress et au BO aux différents temps de mesure selon le groupe d'appartenance. Analyse de l'effet du programme sur les symptômes de stress et de BO. p.221

LISTE DES ANNEXES

Annexes	p.266
Annexe 1/ Note d'information étude n°1	p.267
Annexe 2/ Note d'information des études n°2, 3, 4 & 5	p.269
Annexe 3/ Fiche de consentement des études	p.272
Annexe 4/ Adaptation du Job Stress Survey aux sapeurs-pompiers (étude n°1)	p.274
Annexe 5/ Etude n°2 : analyse comparative du stress professionnel perçu dans les métiers du SAMU/SMUR et des SPP	p.279
Annexe 6/ Questionnaire socio-démographique des SPP de l'étude n°3.....	p.283
Annexe 7/ Questionnaire socio-démographique du SAMU/SMUR de l'étude n°4.....	p.286
Annexe 8/ Etudes n°3 et n°4 : protocole de recherche	p.289
Annexe 9/ Programme de prévention : support SPP	p.314
Annexe 10 / Liste des émotions-Support de travail SPP.....	p.328
Annexe 11/ Questionnement socratique.....	p.334
Annexe 12/ Relaxation : training autogène de schultz.....	p.336
Annexe 13/ Grille d'entretien- Efficacité du programme	p.338
Annexe 14/ Présentation du Centre d'Evaluation et de Recherche Universitaire en Psychologie	p.341
Annexe 15/ Diffusion scientifique : Article	p.343

LISTE DES ABBREVIATIONS

ANACT	Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail
AS	Accomplissement de soi
AT	Accident du travail
BO	Burn-out
C	Coopération
CHSCT	Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CIS	Centre d'incendie et de secours
CNAMTS	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
D	Dépersonnalisation
Déter	Détermination
DR	Dépendance à la récompense
ED	Evitement du danger
EE	Epuisement émotionnel
ESPT	Etat de stress post-traumatique
FMA	Formation de maintien des acquis
IDS	Inoculation du stress
INRS	Institut national de la recherche scientifique
JSS	Job stress survey
JSS-F	Fréquence du stress professionnel
JSS-I	Intensité du stress professionnel
JSS-SP	Job stress survey pour sapeurs-pompiers
JSS-X	Index du stress professionnel
MSso	Manque de soutien organisationnel
MP	Maladie professionnelle
P	Persistance
PPRO	Pression professionnelle
PPROF	Fréquence de la pression professionnelle
PPROI	Intensité de la pression professionnelle
PPROX	Index de la pression professionnelle
PST	problèmes de santé au travail
RAS	Réduction de l'accomplissement de soi
RN	Recherche de nouveauté
RNV3P	Réseau National de Vigilance et de Prévention des pathologies professionnelles
RPS	Risques Psychosociaux
SAMU/SMUR	Services d'aide médicale urgente et Mobile d'Urgence et de Réanimation
SDIS	Service départemental d'incendie et de secours
SIP	Santé, itinéraires professionnels
SP	sapeurs-pompiers
SPP	Sapeurs-pompiers professionnels
SPV	Sapeurs-pompiers volontaires
T	Transcendance
TCC	Thérapie cognitivo-comportementale
TDA/H	Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité
TMS	troubles musculo-squelettiques
TO	Travail opérationnel
TOF	Fréquence du travail opérationnel

TOI	Intensité du travail opérationnel
TOX	Index du travail opérationnel
X	Index

INTRODUCTION

« La vie au travail est multiforme : si elle ne tient qu'à un contrat et à des comportements attendus par l'entreprise, elle représente beaucoup plus pour la personne un lieu d'identification, de réalisation d'un projet qui s'éclaire à la lumière de l'histoire personnelle » (Thévenet, 2000).

En France, la relation qu'entretient le travailleur avec sa profession est à la fois complexe et paradoxale. Complexe, car cette transaction largement étudiée reste encore ambigüe de par la divergence des approches conceptuelles et méthodologiques utilisées. Paradoxale puisque 65% des français s'accordent à souligner sa contribution dans l'épanouissement personnel en précisant toutefois son aspect usant (Davoine et Méda, 2008 ; Guez et Delhommeau, 2009).

Néanmoins, avec une durée moyenne de 37,5 heures par semaine au niveau européen, cette sphère de vie présente quelques coûts (Eurofound, 2012). D'après l'étude SIP (2012), ces derniers peuvent être classés en trois catégories de dysfonctionnements : i) **sociétaux** avec l'émergence d'accidents et de maladies professionnelles ; ii) **organisationnels** avec les phénomènes de présentéisme, d'absentéisme et de turnover ; et iii) **individuels** avec le déclenchement de nombreux risques professionnels nommés « Risques Psychosociaux » (RPS) (Amossé et coll., 2012).

Les RPS sont une notion nouvellement apparue avec les transformations du monde professionnel (Valeyre, 2007). Ils renvoient à des aspects psychologiques de la vie sociale au travail se traduisant par des variations de la sévérité du stress ressenti (Montreuil, 2011). Selon l'Agence Européenne pour la Santé et la Sécurité au travail (2007), ils sont les risques liés i) au travail tel qu'il est conçu, organisé et géré ; ainsi qu'à son ii) contexte économique et social. Ils recouvrent donc un ensemble de risques imputables à la sphère professionnelle, tels que les troubles musculo-squelettiques (TMS), le stress au travail, la violence, le harcèlement et le suicide (Chouanière et Langevin, 2011). Fortement médiatisés avec la vague de suicide des salariés de France Télécom et d'Orange entre 2007 et 2009, des études internationales s'intéressent à ses manifestations dont celles du stress professionnel notamment.

Le stress professionnel est un problème de santé publique faisant l'objet de rapports et procédures gouvernementales, dont le plan d'urgence sur sa prévention présenté en 2009 par le Ministre du Travail Xavier Darcos. Internationalement reconnu pour ses effets adverses, des auteurs tentent de le repérer et de l'expliquer, s'appuyant sur un ensemble d'approches

dont la sociologie, la psychopathologie du travail et l'approche transactionnelle. Concrètement, ces approches majoritairement anglo-saxonnes ont permis d'identifier un ensemble de facteurs de risque responsables de ce phénomène. Ces derniers évoluent avec les processus psychologiques liés à l'environnement social et professionnel pouvant expliquer l'émergence de dysfonctionnements multiples (Stansfeld et Candy, 2006). Néanmoins, l'étendue de ce domaine rend les résultats consensuels difficiles. Certains tentent de l'aborder de manière générique alors que d'autres le considèrent comme un phénomène spécifique et socialement partagé par un groupe de travailleurs. En conséquence, les approches génériques mettent en avant les facteurs exogènes trouvant des similitudes interprofessionnelles tels que *i)* la place du travailleur dans son entreprise, *ii)* l'utilisation et l'optimisation de ses compétences, *iii)* et le champ des valeurs intrinsèques et extrinsèques (Cox et coll., 2006). Cependant, bien que ces convergences soient importantes puisqu'elles favorisent la compréhension du mécanisme du stress, elles n'expliquent pas tout puisque la spécificité du métier est négligée. Cette part du métier est pourtant essentielle puisqu'elle augmente la compréhension du phénomène et de ses corrélats avec des syndromes dont le Burn-out (BO) (Halbesleben, 2004 ; Mitani et coll., 2006)

Il a d'ailleurs été montré que ce syndrome est au carrefour de processus psychopathologiques tels que les troubles anxieux et les troubles de l'humeur (Browning, 2006 ; Cowlshaw et coll., 2010 ; Maslach, 2003). Dans le but de limiter ses effets délétères, des travaux portant sur son émergence ont été mis en place auprès d'un large champ de professionnels du secteur de la santé et de l'éducation principalement. Ceci a permis d'identifier un ensemble de facteurs de risque dont *i)* certains sont exogènes (conditions de travail), *ii)* d'autres endogènes (caractéristiques sociodémographiques, variables dispositionnelles) ; *iii)* et les ressources adaptatives. Démontré comme touchant essentiellement les métiers dont le rapport aux personnes est central, force est de constater que les métiers de l'Urgence sont très peu abordés en France, tels que les Services d'aide médicale urgente et Mobile d'Urgence et de Réanimation (SAMU/SMUR) et les sapeurs-pompiers (SP).

Ces métiers se composent de professionnels dont les médecins, les infirmiers, les conducteurs ambulanciers et les SP. Ils ont pour mission de secourir les individus en détresse et, de s'assurer de la protection des biens, des personnes et de l'environnement. Ces missions ne sont pas sans risque pour leur bien-être puisqu'elles les exposent à des situations inhabituelles dans la vie des victimes dont le dénominateur commun est la détresse sous

toutes ces formes. Ainsi, ils sont confrontés à une variété de situations opérationnelles allant de la simple blessure physique à la blessure létale. Outre cet aspect, certains facteurs inhérents à leur fonctionnement organisationnel les exposent également à un ensemble de risques dont le stress et le BO font partis. Bien que ces constations aient fait l'objet de publications anglo-saxonnes multiples, les données semblent davantage manquées en France. De plus, peu d'analyse intègre l'interaction entre le fonctionnement individuel et l'environnement professionnel : limitant le degré de compréhension et d'action auprès des travailleurs.

Actuellement, ces approches interactionnistes se multipliant, un ensemble de chercheurs a mis en place des programmes de prévention essentiellement secondaires. Ces derniers, dont l'objectif est d'augmenter la résilience, sont davantage utilisés auprès de ces professionnels améliorant leur adaptabilité. Cela dans la mesure où ces professionnels sont reconnus comme une population résiliente face à leur environnement de travail (McGee, 2006).

En conséquence, dans la lignée des recommandations de Nasse et Légeron (2008) et du plan Santé au travail 2010-2014, notre travail s'inscrit dans une démarche exploratoire proposée à deux institutions de l'Urgence que sont le SAMU/SMUR et le Service Départemental d'Incendie et de Secours de la Gironde (SDIS). Notre objectif est de comprendre le lien entre le stress professionnel et le BO dans ces métiers de l'Urgence. Pour ce faire, notre travail se décompose en trois grands axes, à savoir *i)* identifier les facteurs de stress professionnel propres aux métiers de l'Urgence (Axe 1) ; *ii)* explorer les facteurs de risque et de protection d'après une approche spécifique et interactionniste (Axe 2) ; *iii)* adapter et mettre en place un programme de prévention sur la gestion du stress au travail (Axe 3).

Aussi notre partie théorique débutera avec l'abord de la santé et du stress au travail. Il s'agira de faire un état des lieux de ces phénomènes. Concernant la santé au travail, nous resituerons son émergence pour ensuite explorer ses altérations en lien à la sphère professionnelle.

Quant au stress professionnel, nous le définirons, puis analyserons ses retombées en termes d'épidémiologie et de comorbidités. Pour terminer, nous explorerons ses facteurs explicatifs au travers de modèles conceptuels. Cette partie concernant différentes professions permettra donc l'identification de facteurs de risque communs.

Dans la deuxième partie, nous étudierons le BO dans les métiers de l'Urgence. Il s'agira de situer ce syndrome dans ces professions. En premier lieu, nous explorerons son historique, sa clinique et son expression symptomatique. Puis, nous aborderons ses corrélats comorbides et ses facteurs explicatifs permettant en dernier lieu de recenser quelques programmes de prévention du stress au travail.

La problématique, les objectifs et les hypothèses de notre travail seront ensuite exposés puis testés au travers de trois grandes études propres aux Métiers de l'Urgence. Après avoir présenté les outils de mesure utilisés, chacune d'entre elles sera détaillée.

Les études n°1 et n°2 s'apparentent à l'axe 1 de notre travail consistant en l'identification des facteurs de stress professionnel propres aux métiers de l'Urgence. Ainsi, l'étude n°1 portera sur l'adaptation et la validation d'un outil sur le stress professionnel, soit l'adaptation française du « Job Stress Survey », au sein d'une population de Sapeurs-pompiers (SP). Quant à l'étude n°2, elle consistera en la comparaison des facteurs de stress professionnel inhérents aux populations du Service d'aide médicale urgente et Mobile d'Urgence et de Réanimation (SAMU/SMUR) et des sapeurs-pompiers professionnels (SPP) abordés précédemment. Il s'agira d'identifier les facteurs de stress professionnel communs et divergents à ces deux corps de métier.

Les études n°3 et n°4 porteront sur l'axe 2 de notre travail. Il s'agira d'étudier le Burn-Out auprès d'une population des Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation (SMUR), d'une part et d'une population de sapeurs-pompiers professionnels (SPP), d'autre part. Nous dégagerons *i)* les facteurs psychopathologiques associés à ce syndrome et, *ii)* les facteurs de risque exogènes et endogènes expliquant son émergence.

L'étude n°5 se réfère à l'axe 3 de notre travail. En conséquence, nous élaborerons et mettrons en place un programme de prévention relatif à la gestion du stress au travail auprès d'une population de SPP. Par la suite, il s'agira d'évaluer l'efficacité de ce programme de prévention secondaire sur 3 mois.

Chacune de ces études se terminera par une synthèse récapitulant les points importants des travaux effectués.

Pour terminer une discussion générale conclura ce manuscrit abordant les limites et perspectives futures.

A cela, nous pouvons rajouter que ce travail a fait l'objet de communications écrites et orales lors de congrès nationaux et internationaux relatées en annexes.

PARTIE I : CADRE THEORIQUE

**CHAPITRE 1/ LES EFFETS PATHOGÈNES DU TRAVAIL :
SANTÉ ET STRESS PROFESSIONNEL.**

1.1. LA SANTE MENTALE AU TRAVAIL.

1.1.1. Historique.

La santé mentale au travail n'a pas toujours été reconnue. Elle est le fruit de faits historiques et de luttes entre différents partenaires sociaux. Non loin l'idée de faire une analyse sociologique détaillée de la santé au travail, nous nous baserons exclusivement sur les grandes étapes identifiées par Christophe Dejours (2008). Selon ce psychanalyste, sa reconnaissance a été évolutive avec trois grandes périodes :

❑ **XIX^{ème} siècle : la lutte pour la survie.**

Durant cette période, le travail était caractérisé par des salaires bas, des logements insalubres créant ainsi un paysage social pauvre. En réponse à ce climat socioprofessionnel, des syndicats et des lois ont été conçus pour lutter principalement contre la durée excessive du temps de travail, puis contre ses accidents.

Les dates clés sont donc :

- **1841 à 1892** : Lois protégeant les enfants du travail et création de l'inspection du travail ;
- **1882 à 1893** : Lois concernant l'hygiène et la sécurité et les accidents de travail ;
- **1879 à 1913** : Lois sur la réduction du temps de travail ;
- **1906** : Création du Ministère chargé du travail.

❑ **De la 1^{ère} Guerre Mondiale à 1968 : la santé du corps.**

Cette période est marquée par la diversification des conditions de travail et de santé induite par *i)* l'utilisation de machines, *ii)* les produits augmentant les risques professionnels et *iii)* le taylorisme.

Dans ce contexte-ci, les dates charnières sont :

- **1913 à 1915** : Visites d'embauche et inspections médicales dans les institutions de guerres ;
- **1919 à 1945** : Reconnaissance des maladies professionnelles et institutionnalisation de la Sécurité sociale ;
- **1946 à 1947** : Institutionnalisation de la Médecine du travail et du Comité Hygiène et Sécurité.

□ **Après 1968 : la santé mentale.**

Durant cette période, les mesures de prévention ont été instituées :

- **1973 à décembre 1976** : Création de l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT) et intégration de la prévention des risques professionnels à l'ensemble des situations de travail ;
- **1982 à 1991** : Création du Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) dans l'entreprise et prévention des risques professionnels (Laurencon, 2009).

En conclusion, nous constatons que l'évolution de la santé mentale a répondu aux besoins sociétaux du moment. La considération tardive de la santé mentale au travail expliquerait la difficulté qu'ont le stress professionnel et le BO à être reconnus comme maladie professionnelle. Ceci nous paraît d'autant plus dommageable qu'ils sont un frein tant à l'épanouissement individuel et collectif qu'à la productivité.

1.1.2. Les indicateurs de la santé au travail : les répercussions tripartites.

La santé au travail est centrale dans le fonctionnement individuel, organisationnel et sociétal. Bien que les parties suivantes abordent séquentiellement les altérations dans le monde du travail, il nous semble important de préciser que ce tout forme un système de dysfonctionnements dont chaque partie est liée aux autres.

A. Dysfonctionnements individuels.

La santé au travail affecte en premier lieu l'individu avec l'apparition de *i*) problèmes physiques tels que les Troubles musculosquelettiques (TMS), les maladies cardiovasculaires ; *ii*) problèmes interpersonnels avec l'émergence de comportements agressifs ; *iii*) conflits de rôles et conflits de valeurs (Blanch et Aluja, 2012 ; Byrne et Espnes, 2010 ; Eatough et coll., 2012 ; Franke et coll., 2010 ; Girardi et coll., 2011 ; Hamaideh, 2011 ; Jawahar et coll., 2012 ; Kammeyer-Mueller et coll., 2012 ; Sett et Sahu, 2012). Tout ceci est lié à des dysfonctionnements plus couverts avec notamment les troubles psychopathologiques. Ils se manifestent par un ensemble d'altérations dont les : *i*) conduites à risques (ex : usage de substances, conduites de mise en danger physique) pouvant avoir une visée auto-

thérapeutique ; *ii*) troubles de l'humeur avec la dépression ; *iii*) symptômes voire troubles anxieux dont l'État de stress post-traumatique (ESPT) ; *iv*) Burn-Out (BO) (Banerjee, 2012 ; Bawa et Kaur, 2011 ; Biron et coll., 2011 ; Chen et Cunradi, 2008 ; De Boer et coll., 2011 ; Dijkstra et coll., 2012 ; Ehring et coll., 2011 ; Frone, 2008 ; Gustafsson et Skood, 2012 ; Khodarahimi et coll., 2012 ; Mark et coll., 2012 ; Severn et coll., 2012 ; Wang et coll., 2012 ; Wiesner et coll., 2005). A cela, peuvent s'ajouter les comportements dangereux tant pour la personne que pour son environnement professionnel. Ils peuvent être à la fois auto-agressifs avec les conduites suicidaires (ex : France Télécom, Orange) qu'hétéro-agressifs (Tsutsumi et coll., 2007). Tous ces dysfonctionnements ébranlent ainsi l'individu tant dans son rapport à lui-même que dans son rapport aux autres et à la structure organisationnelle.

B. Dysfonctionnements organisationnels.

Lorsque la santé au travail est altérée, des phénomènes organisationnels pathogènes s'instituent tels que l'absentéisme, le présentisme et le turnover. D'après Rousseau (2009), l'absentéisme se caractérise par des absences évitables, à condition que des outils de prévention aient été mis en place dans l'entreprise. Il est induit par une dégradation générale des conditions et du rapport au travail. Une étude récente montre que son taux serait à la baisse avec 3.84%, soit 14 jours d'absences en moyenne par salarié avec une plus forte proportion dans le secteur de la Santé. De plus, phénomène national, il est plus fortement représenté dans le Nord de la France, puis dans le Rhône-Alpes (Figure 2) (Alma Consulting Group, 2011). Facteur explicatif des surcoûts budgétaires, les absences volontaires ou involontaires prennent la forme des *i*) absences pour maladie, très souvent justifiées par un certificat médical ; *ii*) accidents de travail ; *iii*) maladies professionnelles ; et *iv*) absences injustifiées entraînant le plus souvent des sanctions (Rousseau, 2009). Contrairement à cela, nous assistons au présentisme ou « grève molle », qui est la réduction de la performance d'un employé présent au travail, en raison d'un problème de santé (Brun, 2008). Pour terminer, les dysfonctionnements organisationnels peuvent se traduire par des mouvements de turn-over. Selon le baromètre Bien-être en 2008, 45% de la fonction publique hospitalière et 42% de la fonction publique territoriale ont pensé à quitter leur emploi (Pienaar et Bester, 2011).

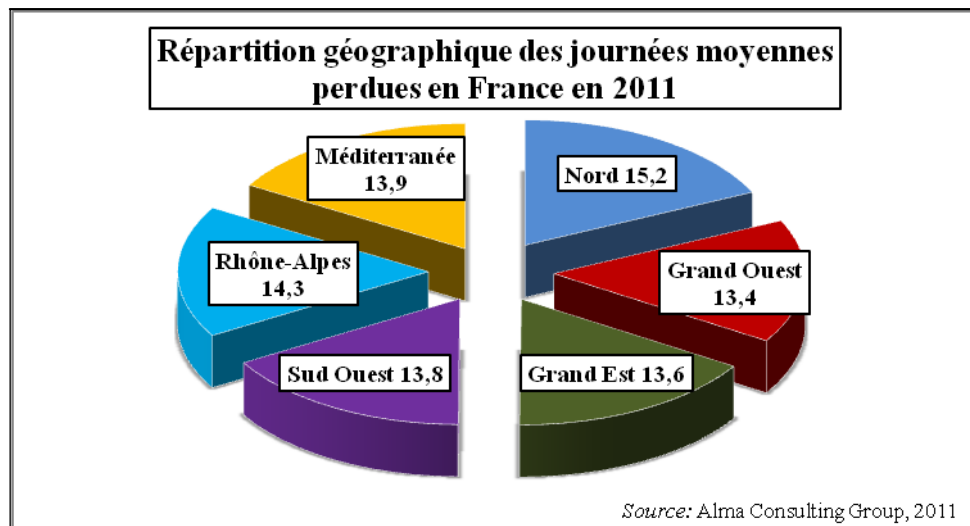


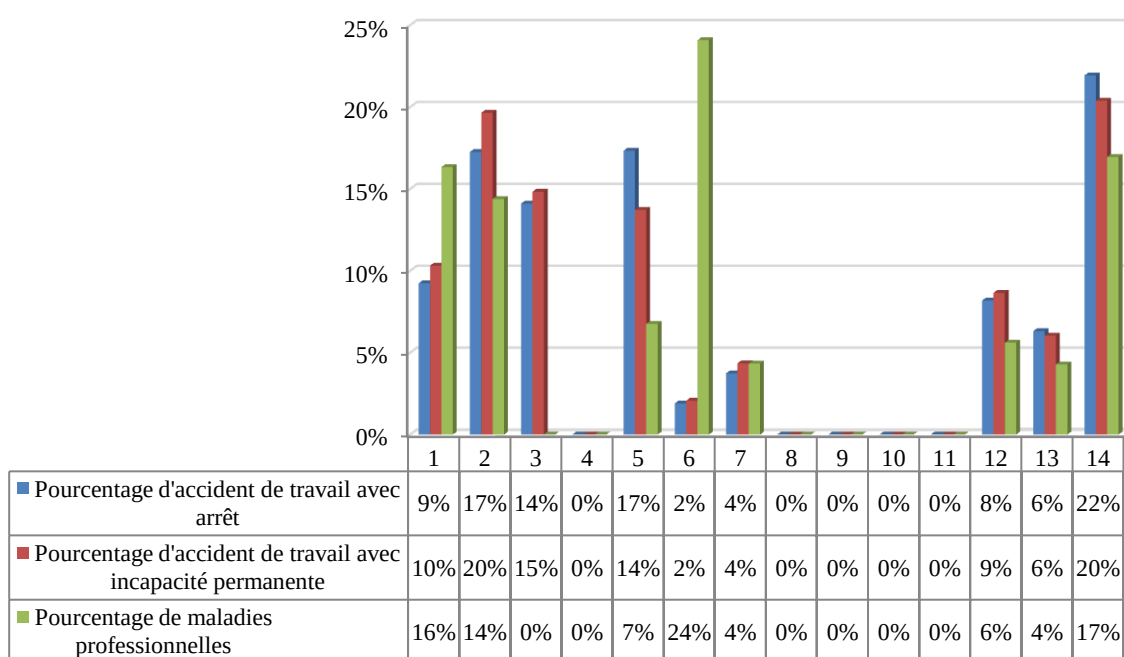
Figure 1 : Données nationales des absences au travail en fonction de la répartition géographique en 2011

C. Dysfonctionnements sociétaux.

Faire un état des lieux de la santé au travail est une tâche compliquée du fait de la non-déclaration de ses indicateurs. Cette dernière a un coût non négligeable allant entre 1.8 et 3 milliards d'euros (INRS, 2009). D'après la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), le nombre d'accidents de travail (AT) et de maladies professionnelles (MP) aurait augmenté au cours de ces dernières années. Plus spécifiquement, le nombre d'AT est de 100 018 en 2011. Comme en témoigne la figure 2, son taux varierait en fonction du secteur d'activité. De fait, les services ayant un taux élevé comparativement aux autres sont : *i*) la santé ; *ii*) le bâtiment ; *iii*) l'alimentation (INRS, 2012).

Quant aux maladies professionnelles, 55057 cas ont été recensés en 2011 dont les affections périarticulaires, les lésions chroniques du ménisque, etc... Elles ont augmenté de +8.6% au cours de ces dernières années (INRS, 2012). Parmi ces dernières, 78.7% sont des nouveaux cas indemnisés. D'après la CNAMTS, les secteurs les plus fortement touchés sont les secteurs de la chimie avec 24 % et de la santé avec 17%.

Prévalence des accidents de travail et des maladies professionnelles selon le secteur d'activité



1 : Métallurgie ; 2 : Bâtiment et TP ; 3 : Transport ; 4 : Communication ; 5 : Alimentation ; 6 : Chimie, etc ; 7 : Ameublement ; 8 : Papier ; 9 : Textile ; 10 : Cuir ; 11 : Pierres ; 12 : Commerce ; 13 : Banques ; 14 : Santé.

Source : Assurance Maladie Risques Professionnels : sinistralité 2011

Figure 2 : Prévalence des accidents du travail et maladies professionnelles d'après l'Assurance Maladie Risques Professionnels en 2011.

Lors du recensement des pathologies effectuées par le Réseau National de Vigilance et de Prévention des pathologies professionnelles (RNV3P) entre le 1^{er} janvier 2001 et le 31 décembre 2009, il a été constaté que parmi 118852 problèmes de santé au travail (PST), 65370 sont des demandes de diagnostic de pathologies professionnelles. Plus spécifiquement, 47768 sont considérées comme imputables à la sphère professionnelle. Parmi ces dernières, 77.8% sont des maladies physiques contre 22% de troubles mentaux (Telle-Lamberton et coll., 2012). De plus, 107 décès par suicide ont fait l'objet d'une demande de reconnaissance au titre des accidents du travail au cours de la période janvier 2008-décembre 2009 dont 56 en 2009. Parmi les 107 suicides déclarés, 94 concernent des hommes (soit 88%) et 50 suicides déclarés (47%) concernent les professions intellectuelles supérieures et professions intermédiaires (CNAMTS/DRP).

En conséquence, les données susmentionnées montrent que la santé au travail est l'affaire de tous, même si ses expressions varient en fonction du secteur d'activité. De plus, il

nous semble important de retenir que ses altérations ont des impacts pluriels déclenchant un rouage de dysfonctionnements.

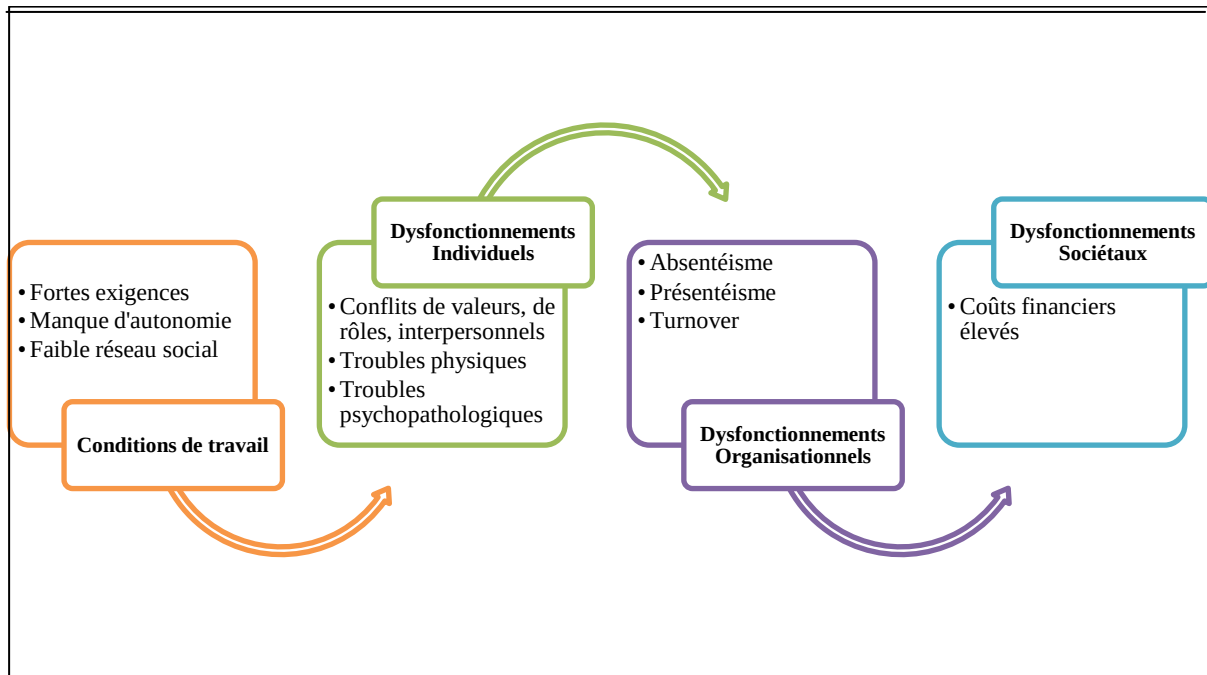


Figure 3 : Santé au travail et répercussions tripartites.

1.2. PSYCHOPATHOLOGIE DU STRESS PROFESSIONNEL.

1.2.1. Définition.

Comme nous l'avons abordé en introduction, le stress professionnel est une réalité complexe aux définitions disparates. Problème de santé publique, il est au cœur de nombreux débats organisationnels et politiques. D'un point de vue organisationnel, l'employeur a une obligation de prévention mais également de résultats envers ses employés afin de promouvoir la santé et la sécurité au travail (articles L.4121-1 à L.4121-5 du Code du Travail ; Radé et Dechristé, 2012). Quant aux débats politiques, anciennement Ministre du Travail, des Relations sociales, de la Famille, de la Solidarité et de la Ville, Xavier Darcos a déclenché un plan d'Urgence en 2009 relatif à sa prévention.

A la fois déséquilibre entre exigences professionnelles et capacités adaptatives pour certains, il est un trouble de l'adaptation des organisations face aux exigences du travail pour d'autres. Ce phénomène est à la fois individuel et collectif (Clot, 2010 ; Cox et coll., 2006). Il est « un état perçu comme négatif par un groupe de travailleurs, qui s'accompagne de plaintes ou de dysfonctionnements au niveau physique, psychique et/ou social et qui est la

conséquence du fait que les travailleurs ne sont pas en mesure de répondre aux exigences et attentes qui leur sont posées par leur situation professionnelle » (Arrêté royal belge du 7 mai 2007). Il touche deux groupes : i) ceux où le stress est une composante à priori immédiatement perceptible tels que les professionnels de l'Urgence ; ii) ceux occupant des postes où ce risque semble d'apparence inexistant (Garnier Daujard, 2006 ; in Baillargeon et coll., 2006). Cette définition montre donc différents aspects du stress, à savoir : i) il est une réalité socialement partagée par un groupe ; ii) il s'accompagne de plaintes pouvant être physiques, psychiques et/ou sociales. Néanmoins, un aspect est manquant, à savoir que le stress n'est pas pathologique en soi : il est une réaction normale de l'organisme. Ce point est notamment abordé par les accords européen et interprofessionnel sur le stress au travail signés respectivement le 8 octobre 2004 et le 2 juillet 2008 (Accord cadre européen sur le stress au travail, 2004 ; Accord interprofessionnel sur le stress au travail, 2008). En complément, le stress est considéré comme un état survenant lors du déséquilibre perçu entre les contraintes professionnelles et les ressources adaptatives intrinsèques. Déséquilibre dont la gestion est possible mais avec quelques difficultés lorsque ce dernier perdure ou est répété. Le caractère subjectif du stress est donc mis au premier plan. Tout ceci crée une variabilité interindividuelle liée également à des périodes dans la vie de l'individu (SRM Consulting, 2008). L'ensemble des points susmentionnés souligne donc l'importance du stress dans la vie et notamment dans la transaction individu-environnement. Rôle dont l'efficacité varie selon sa sévérité. En effet, à dose modérée, le stress aide à l'action. C'est à partir du moment où il est perçu comme étant chronique et/ou répété, qu'il devient pathogène excédant ainsi les ressources adaptatives (Légeron, 2001).

En conséquence, nous pouvons schématiser le stress professionnel comme la rencontre entre un individu et son environnement. Rencontre dont la finalité est induite par deux processus d'évaluation : i) primaire, soit la valence émotionnelle attribuée à la situation professionnelle dans ce cas ; et ii) secondaire, soit les capacités adaptatives perçues pour y faire face (Lazarus et Folkman ; 1984).

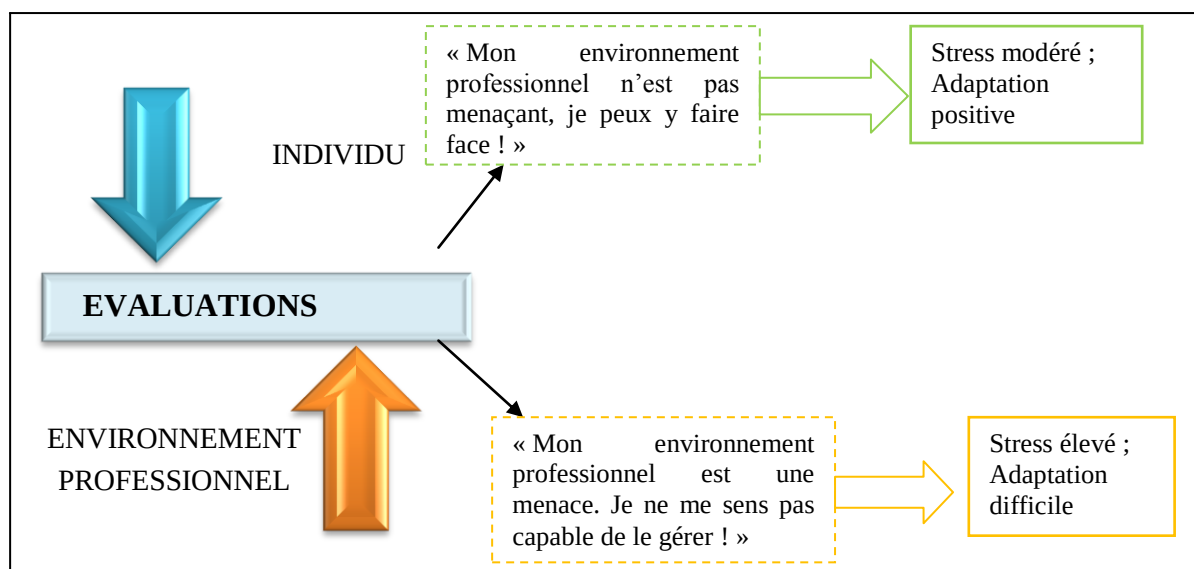


Figure 4 : Le mécanisme du stress professionnel

1.2.2. Épidémiologie du stress professionnel.

Selon Marie-Thérèse Giorgio (2009), le stress professionnel est le reflet d'une réalité contrastée au niveau Européen. Alors que son taux de prévalence est important dans certains pays dont la Grèce (55%), la Slovénie (38%), la Suède (38%), il en est tout autre pour la France (18%), la Bulgarie (18%), la République Tchèque (17%) (Tableau 1).

Tableau 1 : Prévalence du stress professionnel dans l'Union Européenne des 15

PAYS DE L'UE 15	PREVALENCE DU STRESS AU TRAVAIL
Grèce	55
Slovénie	38
Suède	38
Lettonie	37
Pologne	35
Roumanie	35
France	18
Bulgarie	18
République Tchèque	17
Allemagne	16
Irlande	16
Pays-Bas	16
Royaume Uni	12

Hormis le contexte économique et politique du pays, des études montrent que l'appartenance professionnelle aurait également une incidence sur ce phénomène (Figure 5). Ceci s'explique par les conditions de travail variant selon le métier. Tel est le cas des professions de la Santé pour lesquelles l'exposition à des comportements agressifs est reconnue comme étant une situation professionnelle stressante alors qu'elle ne l'est pas dans

les métiers de l'Agriculture, par exemple (Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, 2012). Précédemment, la Quatrième Enquête Européenne sur les conditions de travail a notamment souligné l'importance du stress professionnel perçu dans les secteurs de la Santé, de l'Éducation et de la Défense (Parent-Thirion, 2007). Secteurs qui seront notre ligne directrice dans ce chapitre.

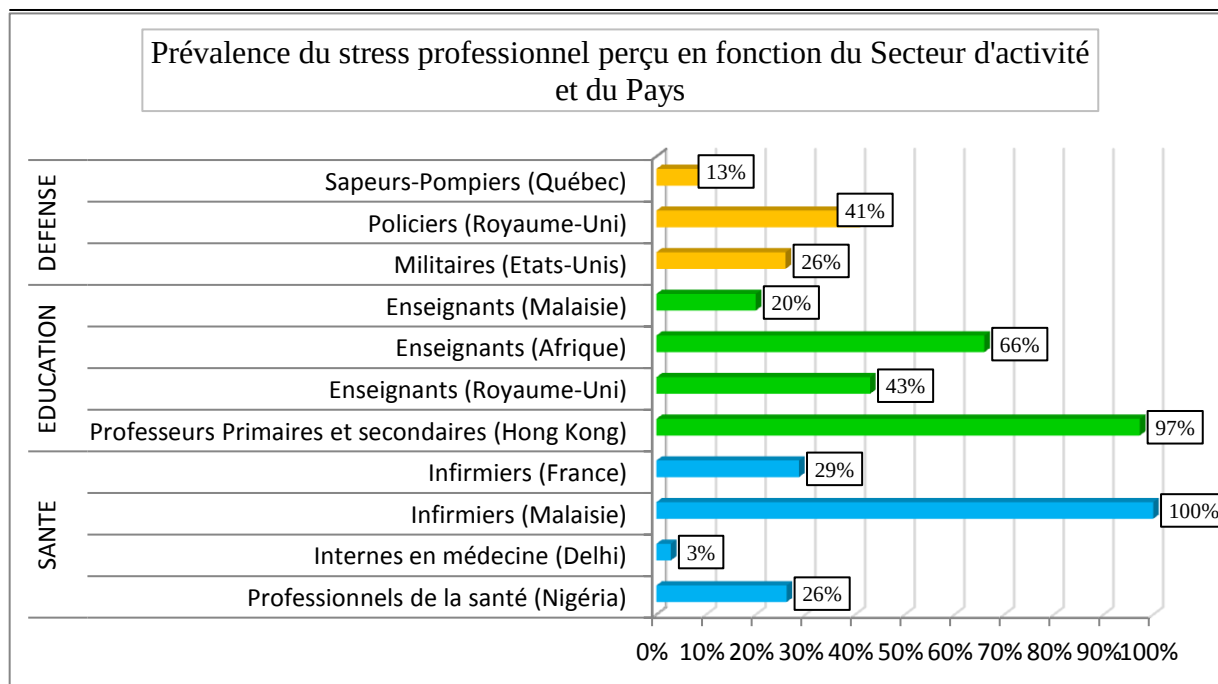


Figure 5 : Taux de prévalence du stress professionnel perçu par secteur d'activité.

Concernant les professions de la Santé, elles recouvrent un large champ de professionnels dont les assistants médicaux, les étudiants en médecine et les infirmiers illustrés dans la Figure 5. D'après la revue de la littérature anglo-saxonne, entre 2.9% et 100% de ces professionnels souffrent de stress professionnel (Aguilar et coll., 2009 ; Magnavita et Heponiemi, 2011 ; Owolabi et coll., 2012 ; Sa et coll., 2008 ; Saini et coll., 2010 ; Yacob et coll., 2010). Dans ce cas, il est associé *i)* à la tension au travail dont de fortes exigences professionnelles et un faible soutien social ; *ii)* au manque de reconnaissance professionnelle ; *iii)* aux expériences professionnelles et facteurs environnementaux (Blanchard et coll., 2010 ; McCarthy et coll., 2010 ; Raja Lexshimi et coll., 2007). Quant aux professions de l'Éducation, les taux de prévalence du stress professionnel perçu varient entre 20.2% à 97.3%% (Chris, 2011 ; Masilamani et coll., 2012 ; Phillips et coll., 2007). Ce dernier est associé *i)* aux relations interpersonnelles avec les collègues, les élèves ; *ii)* à la pression institutionnelle et temporelle ; *iii)* aux conditions de travail médiocres ; *iv)* ainsi qu'aux changements de politiques gouvernementales (Aamir et coll., 2010 ; Chan et coll., 2010). Pour terminer, dans

le secteur de la Défense, sa prévalence varie selon la spécialité du travailleur. D'après certaines données scientifiques, il est plus élevé *i)* chez les policiers avec 41%, puis, *ii)* chez les militaires avec 26% ; et *iii)* chez les SP avec 13% (Collins et Gibbs, 2003 ; Douesnard, 2010 ; Lane, 2012 ; Pflanz et Sonnek, 2002). Concernant ces professions, le stress est associé à un ensemble de facteurs dont *i)* certains sont organisationnels avec les demandes psychologiques et contradictoires, les interruptions de tâches, et *ii)* d'autres opérationnels liés à la sévérité des interventions.

En résumé, nous remarquons que le stress professionnel est omniprésent quel que soit le métier abordé. Nous notons également que ses facteurs explicatifs se répartissent en deux catégories : *i)* les facteurs génériques, et *ii)* les facteurs spécifiques. A titre d'exemple, de fortes exigences professionnelles sont des facteurs présents dans chacune des professions ci-dessus. Quant aux facteurs spécifiques, nous pouvons considérer le travail opérationnel retrouvé auprès des militaires, notamment.

1.2.3. Stress professionnel et troubles comorbides

Après avoir exploré l'étendue du stress professionnel, la partie suivante sera consacrée à l'évaluation de ses effets adverses, en termes de satisfaction professionnelle et de corrélats psychopathologiques comorbides.

A. La satisfaction professionnelle.

Même s'il est vrai que le travail apporte son niveau de stress, il reste tout de même source d'épanouissement professionnel pour de nombreux individus. La satisfaction professionnelle porte sur l'attitude de l'individu envers son travail. Elle résulte d'un jugement évaluatif comprenant deux composantes : *i)* affectives, en lien avec le vécu professionnel ; *ii)* cognitives, se référant aux systèmes de croyances propres à ce domaine (Brief et Weiss, 2002). Plus précisément, elle est le sentiment que le travail répond à un ensemble de besoins d'ordre psychologique, social et matériel (Aziri, 2011). Concept multidimensionnel, elle est le reflet d'une réalité nuancée. Elle englobe un ensemble de dimensions telles que *i)* les relations interpersonnelles avec le soutien social perçu aussi bien des collègues que des supérieurs ; *ii)* le contexte organisationnel et les conditions de travail ; *iii)* la reconnaissance dont la rémunération. De fait, son évaluation reste compliquée de par sa vaste étendue. En effet, des études montrent qu'entre 67.9% et 89.6% des enseignants sont satisfaits de leur travail. Ce taux élevé est associé à certaines caractéristiques professionnelles, dont *i)* le capital

psychologique reconnu comme une ressource individuelle ; *ii*) l'accomplissement ressenti au travail ainsi que le sentiment d'auto efficacité ; *iii*) les relations interpersonnelles avec les collègues et supérieurs, *iv*) l'adhésion au programme de la discipline enseignée (Cheung et coll., 2011 ; Kinman et coll., 2011 ; Klassen et Chiu, 2010 ; Klassen et coll., 2010 ; Lison et De Ketele, 2007 ; Luthans, 2007 ; National Science Board, 2008). Cependant, force est de constater que ces résultats ne sont pas unanimes. Selon Liu et collaborateurs (2012), 50.2% des infirmières hospitalières chinoises ne sont pas satisfaites de leur emploi et 40.8% d'entre elles disent avoir songé à le quitter. Ces résultats sont d'ailleurs similaires pour des infirmiers français avec un taux d'insatisfaction professionnelle de 69.5% (Estryn-Béhar, 2008). Ce constat s'explique par des facteurs exogènes inhérents à la sphère de travail avec : *i*) la politique de santé, *ii*) le manque de reconnaissance et de récompenses extrinsèques en termes de salaire, *iii*) les relations interpersonnelles, *iv*) la charge de travail et *v*) l'autonomie (Delp et coll., 2010 ; Toh et coll., 2012 ; Ybema et coll., 2011). Néanmoins, cette réalité est également teintée par une satisfaction relative au(x) *i*) perspectives de carrière pour 59.9% d'entre eux ; *ii*) conditions physiques du travail pour 44.7% ; *iii*) utilisations des compétences pour 64.4% et *iv*) soutien psychologique pour 29.9%. Quant aux professionnels du secteur de la Défense, les données manquent, limitant notre regard sur ce sujet. A contrario, même si les prévalences sont difficilement abordées, les études montrent que les fluctuations de la satisfaction sont induites par *i*) le climat d'équité, *ii*) la perte des ressources, *iii*) les conditions de travail hostile, la rigidité des règles et *iv*) le manque du sens des responsabilités et de reconnaissance (Asnani et coll., 2003 ; Harrington et Loffredo, 2001 ; Vinokur et coll., 2011 ; Walsh et coll., 2010).

En conclusion, un individu est d'autant plus satisfait quand son environnement de travail lui paraît propice au développement de soi, aux échanges et soutiens sociaux, ainsi qu'aux principes d'équité et de justice organisationnelle.

B. Les troubles internalisés.

Les troubles internalisés regroupent un ensemble d'altérations psychopathologiques allant des troubles anxieux aux troubles de l'humeur, notamment. A sévérité variable, ces altérations sont à l'origine de processus de décompensation induisant *i*) détresse psychologique, syndromes voire troubles psychopathologiques tels que *ii*) la dépression et *iii*) l'état de stress post-traumatique (ESPT).

- ❑ A sévérité moindre, les symptômes anxieux et dépressifs forment la détresse psychologique. Dans le cadre professionnel, cette manifestation est reconnue pour son lien avec l'environnement. D'après la revue de la littérature, 21% à 46.6% des infirmières souffrent de ce syndrome (Jayawardene et coll., 2011). Dans ce cas, les facteurs de risque sont multiples avec : *i)* la charge de travail ; *ii)* l'insatisfaction ; *iii)* l'ennui et *iv)* la peur d'échouer aux évaluations (Ellawela et Fonseka, 2011 ; Sterud et coll., 2006, 2008). Quant aux enseignants, entre 12.1% et 59.4% d'entre eux sont concernés par ce mal-être psychologique. Ceci s'explique par des variables endogènes et exogènes (Al-Kabbaa et coll., 2003 ; Samad et coll., 2010). Parmi cet ensemble, nous notons : *i)* les exigences professionnelles avec la charge de travail, *ii)* les efforts extrinsèques, *iii)* l'engagement/investissement, *iv)* les relations interpersonnelles et *v)* les incidents critiques professionnels (De Boer et coll., 2011 ; Innstrand et coll., 2012 ; Khodarahimi et coll., 2012 ; Mark et Smith, 2012). Quant aux policiers, 22.5% souffriraient de détresse psychologique expliquée par *i)* les exigences professionnelles, *ii)* le manque de latitude décisionnelle, *iii)* la tension au travail et *iv)* les relations interpersonnelles (Bourbonnais et coll., 2007).

- ❑ Quant aux troubles de l'humeur, ils peuvent prendre la forme d'une dépression. Elle se caractérise généralement par *i)* une labilité émotionnelle, *ii)* une anhédonie et *iii)* des erreurs de traitement de l'information ou distorsions cognitives (cf. Triade de Beck) (American Psychiatric Association, 2003 ; Mirabel-Sarron, 2005). Lorsque nous nous référons aux données de la littérature, force est de constater une fluctuation relative à l'appartenance professionnelle.
 Commençons par les infirmiers, 11% à 61.7% souffrent de ce trouble. Les raisons sont *i)* le bas niveau professionnel ; *ii)* le surinvestissement professionnel, *iii)* la consommation d'alcool ; *iv)* les relations de mauvaise qualité avec le patient et *v)* un haut niveau d'étude (Gao et coll., 2012 ; Lin et coll., 2010 ; Shields et Wilkins, 2005). Quant aux enseignants pour lesquels sa prévalence est de 49.1%, il s'explique par : *i)* la latitude décisionnelle, *ii)* les exigences psychologiques ; *iii)* les heures et, *iv)* l'insécurité au travail (Hadi et coll., 2008 ; Yu et coll., 2010).
 Pour clore, une étude canadienne a montré que, fortement liée au travail opérationnel, la dépression toucherait 22% des militaires déployés en Iraq (Schmitz et coll., 2012).

- ❑ Considérons à présent l'ESPT, il apparaît suite à l'exposition à un événement potentiellement traumatique (Hagh-Shenas et coll., 2005 ; Halpern et coll., 2011). Confronté à une menace d'intégrité physique et/ou psychique, l'individu ressent des sentiments d'horreur et d'impuissance. Dans ce cas, l'expression symptomatologique de ce trouble se caractérise par des symptômes d'intrusion, d'évitement et d'activation neurovégétative (American Psychiatric Association, 2003). L'individu revit sans cesse l'événement traumatique entraînant une dysrégulation émotionnelle et des dysfonctionnements multiples. Dans le cadre de certaines professions, ce trouble est un facteur de risque accru de par les exigences professionnelles telles que les métiers de la Santé et de la Défense.

En effet, dans le secteur de la santé, 18% des infirmiers et 4.4% des médecins souffrent de ce trouble (Mealer et coll., 2009 ; Wilberforce et coll., 2010).

Il en est de même pour les militaires, dont son taux de prévalence, tant dans la vie entière qu'actuelle, est deux à quatre fois plus élevé à celui de la population générale. Des études ont montré que ce dernier se situe entre 11% et 17%. Celles-ci ont été menées auprès de deux populations de vétérans dont l'une est issue de la force régulière canadienne, et l'autre d'un corps de déployés en situation de combat (Paré, 2011 ; Services de santé des forces canadiennes, 2011).

Cependant, lorsque nous nous référons aux données relatives aux enseignants, la surprise est de constater le manque notable d'études portant sur ce sujet. En effet, le contexte français actuel met au premier plan les violences de certains élèves envers leur professeur, amenant à penser que ce terrain est propice au développement de l'ESPT (Jolly, 2002). Néanmoins, nous n'avons pas trouvé de résultats propres à ce corps de métier.

Outre ce constat, des facteurs de risque communs à ces professions ont été démontrés avec *i)* le genre, *ii)* les antécédents, *iii)* l'exposition et la sévérité des événements potentiellement traumatiques, et *iv)* le faible soutien social (Ehring et coll., 2011 ; Hobfoll et coll., 2012 ; LaFauci et coll., 2011 ; Levy et coll., 2011 ; Luft et coll., 2012 ; McTeague et coll., 2004 ; Mealer et coll., 2009 ; Meyer et coll., 2012 ; Middleton et Craig, 2012 ; Peterson et coll., 2010 ; Weiniger et coll., 2006 ; Wright et coll., 2010).

C. Les troubles externalisés et consommation de substances.

Les conduites à risques recouvrent un ensemble de situations dont l'usage de substances telles que l'alcool, le tabac, le cannabis et les psychotropes. Pour beaucoup, ces usages sont

associés à un ensemble de facteurs de risque dont le Trouble Déficitaire de l'Attention avec Hyperactivité (TDA/H). Difficilement identifié dans la population adulte, ce trouble externalisé apparaît dès l'enfance. Qualifié de trouble neurocomportemental, il se compose de symptômes de déficit attentionnel et/ou d'impulsivité et d'hyperactivité (American Psychiatric Association, 2003 ; Arias et coll., 2008). De par sa précocité, il est possible d'envisager que sa présence ait une incidence sur le développement de l'individu ainsi que sur ses choix personnels et professionnels. Nonobstant, peu de travaux portent sur son lien avec le stress professionnel. Suite à une recherche sur PsychInfo avec les termes ADHD and Occupational stress, Hyperactivity and occupational stress, nous n'avons trouvé que 19 études traitant en partie ce thème. Parmi ces dernières, seulement 1 établit le lien entre ces deux variables pour 24% des travailleurs en arrêts maladie de longue durée (Brattberg, 2006).

Comme nous l'avons dit précédemment, le TDA/H est reconnu pour son association avec la consommation de substances. De par leur morbidité, ces conduites sont un problème de santé publique. D'un point de vue européen, le positionnement de la France reste préoccupant, notamment pour l'alcool. Selon le Haut conseil de la santé publique, la moyenne de décès annuelle liée à cette substance se situe légèrement au-dessus de celle de l'Europe en 2008 (Haut Conseil de la santé publique, 2012). Néanmoins, au regard de la thématique abordée, la question se pose quant à la répartition de l'ensemble de ces conduites par secteur d'activité. Pour clarifier nos propos, nous aborderons d'abord les conduites de consommations alcooliques, puis tabagiques et cannabiques, pour terminer par celles relatives aux psychotropes. Plus précisément, nous recueillerons quelques données montrant leur lien avec le stress professionnel. Stress, qui en combinaison avec certaines caractéristiques intrinsèques telles que le genre, est reconnu pour accroître le risque de consommation auprès de différentes populations de travailleurs (Bacharach et coll., 2010 ; Keyes et coll., 2011).

- ❑ Débutons par les conduites de consommation alcoolique. La littérature scientifique montre que la prévalence de ces conduites à risques se situent entre 6.5% et 18.9% chez les médecins (Akvardar et coll., 2004 ; Unrath et coll., 2012). Quant aux enseignants, 11.8% d'entre eux vivront un abus de cette substance au cours de la vie. Ceci s'explique notamment par *i)* le soutien des collègues, *ii)* la peur de l'abus verbal et *iii)* l'orientation professionnelle, à savoir métier choisi ou subi (Kovess Masféty et coll., 2006).

Tandis que pour les militaires, nous notons que 56% d'entre eux sont considérés comme des consommateurs à risque (Marimoutou et coll., 2010).

- ❑ De manière générale, la consommation de tabac est liée à la tension au travail (Heikkilä et coll., 2012). Concernant les secteurs de la santé, 21% infirmiers d'origine irlandaise et 16.4% des médecins sont des fumeurs quotidiens (Al-Lawati et coll., 2009 ; O'Donovan, 2009). Quant aux enseignants, il semble que 29.3% d'entre eux soient des consommateurs de tabac dont 79% considérés comme étant dépendants (Ben Abdelaziz et coll., 2007). Pour terminer, entre 29% et 67.5% des militaires sont reconnus comme dépendants à cette substance (Caisse Nationale militaire de Sécurité sociale, 2012).
- ❑ Considérant le cannabis, les données se font plus rares. Peu d'études françaises ont porté sur le lien entre conduites de consommation cannabique et stress au travail dans les secteurs de l'Éducation et de la Santé, notamment. Nous pouvons supposer que cet état de fait est lié aux caractères à la fois illicite et tabou de cette substance. Cependant, nous pouvons tout de même constater que son usage est une réalité pour les militaires dont 5.9% à 15% sont considérés comme ayant des conduites à risques (Gheorghiev et coll., 2009 ; Marimoutou et coll., 2010).
- ❑ Pour clore, tout comme le cannabis, les informations relatives à la consommation de psychotropes dans le milieu professionnel restent lacunaires. Cependant, il a été montré que 11.3% des médecins consomment des benzodiazépines (Arkvdar et coll., 2004).

Malgré le manque notable de données scientifiques, nous retenons l'existence du lien entre le stress au travail et les conduites de consommation. De manière générale, ces conduites sont liées à un ensemble de facteurs exogènes dont certains sont organisationnels et d'autres opérationnels/contextuels. Parmi les stressseurs organisationnels, les auteurs ont mis en évidence *i)* la tension liée au rôle, *ii)* l'auto-aliénation ; *iii)* la surcharge de travail, *iv)* la sous-utilisation des compétences, l'ennui, *v)* le manque d'autonomie, *vi)* le manque de soutien social ; et *vii)* l'insécurité professionnelle. Quant aux stressseurs opérationnels/contextuels, il y a *i)* l'accès aux substances, *ii)* le stress ressenti en fonction du degré d'exposition aux incidents critiques et de la symptomatologie traumatique, *iii)* les problèmes de sommeil imputables au stress. Ceci a été démontré auprès d'un large champ de professionnels dont les médecins, les infirmiers, les enseignants, les sapeurs-pompiers et les militaires (Bacharach et coll., 2008 ; Biron et coll., 2011 ; Buchanan et Keats, 2011 ; Chen et Cunradi, 2008 ; Cicala, 2003 ; Jones et Fear, 2011 ; Malik et coll., 2010 ; Murphy et coll., 2002 ; Rospenda et coll., 2000 ; Storr et coll., 2000 ; Trinkoff et coll., 2000 ; Watts et Short, 1990 ; Wiesner et coll., 2005).

En conclusion, cette partie montre à la fois des facteurs communs et spécifiques expliquant la relation stress professionnel perçu et santé des individus. Dans ce cas, les facteurs communs sont les exigences professionnelles, le manque de latitude décisionnelle, les relations interpersonnelles et l'engagement au travail. Quant aux spécifiques, nous notons le capital psychologique, la politique organisationnelle, les procédures rigides et les incidents critiques. Au regard des résultats précédemment énoncés, nous pensons donc préférable d'adopter une vision spécifique du travail respectant ainsi les exigences environnementales.

Tableau 2 : Prévalence des troubles comorbides au stress professionnel

	PSYCHOPATHOLOGIE	POPULATION CONCERNEE	PREVALENCE	AUTEURS
DETRESSE PSYCHOLOGIQUE	Détresse psychologique	Enseignants	12.1%	Samad et Hashim, 2010
		Infirmiers	59.4%	Al-Kabbaa et coll., 2003
			21% et 46.6%	Jayawardene et coll., 2011
		Policiers	22.5%	Ellawa et Fonseka, 2011
TROUBLE DE L'HUMEUR	Dépression	Enseignants	49.1%	Bourbonnais et coll., 2007
		Infirmiers	11% à 61.7%	Yu et coll., 2010
		Militaires	22%	Gao et coll., 2012 ; Shields et Wilkins, 2006
TROUBLES ANXIEUX	Etat de stress post-traumatique	Médecins	4.4%	Schmitz et coll., 2012
		Infirmiers	18%	Wilberforce et coll., 2010
		Vétérans	17%	Mealer et coll., 2009
			11%	Services de santé des forces canadiennes, 2011
TROUBLE EXTERNALISE	TDA/H	Travailleurs en arrêt maladie	24%	Paré, 2011
CONDUITES A RISQUES	Alcool	Enseignants	11.8%	Brattberg, 2006
		Médecins	6.5% et 18.9%	Kovess Masféty et coll., 2006
		Militaires	56%	Akvardar et coll., 2004 ; Unrath et coll., 2012
	Tabac	Enseignants	29.3% consommateurs dont 79% consommation à risque	Marimoutou et coll., 2007
		Médecins	16.4% fumeurs quotidiens	Ben Abdelaziz et coll., 2007
		Infirmiers	21% fumeurs quotidiens	Al-Lawati et coll., 2009 ; O'Donovan, 2009
		Militaires	67.5% souffrant de dépendance légère 29% souffrant de dépendance en 2005	Caisse Nationale militaire de Sécurité sociale, 2012
	Cannabis	Militaires	5.9% à 15%	Gheorghiev et coll., 2009 ; Marimoutou et coll., 2010
	Psychotropes	Médecins	11.3%	Arkvardar et coll., 2004

Les données épidémiologiques ci-dessus montrent donc l'intérêt de comprendre le stress professionnel afin d'en limiter les répercussions psychopathologiques. Nonobstant, cette compréhension doit également passer par l'identification des facteurs responsables de ce phénomène.

1.3. STRESS PROFESSIONNEL ET FACTEURS DE RISQUE

1.3.1. Les facteurs exogènes

Dans la société actuelle, il existe divers types de stresseurs professionnels. Les «*Eustresseurs*» sont ceux à valence motivationnelle. Ils sont enrichissants et revigorants. Sources d'opportunité, ils génèrent de la tension dont le niveau est suffisant pour y faire face. Contrairement à cette variété de stresseurs, il en est qui sont des «*Distresseurs*». Générant trop de tension, ils saturent les capacités adaptatives accroissant la dysrégulation émotionnelle et l'émergence de symptômes voire de troubles psychopathologiques (Selye, 1955).

De nos jours, ces distresseurs ont évolué. De contraintes physiques, ils sont devenus plus insidieux avec l'évolution de l'organisation du travail (Buscatto et coll., 2008). Des études ont été réalisées auprès d'échantillons professionnels divers tels que les enseignants, les infirmiers, les employés d'université, les thérapeutes et les travailleurs sociaux. Celles-ci ont montré la présence de stresseurs professionnels socialement partagés suivant la classification de Gollac et Bodier (2011), à savoir :

- ❑ *Les fortes exigences et intensité professionnelle* tels que la surcharge de travail, l'équipement de mauvaise qualité, l'environnement physique de moindre qualité, les problèmes de sécurité au travail ;
- ❑ *Les exigences émotionnelles se référant au travail humain et nécessitant une certaine distanciation des affects*. D'après la revue de la littérature, nous retrouvons la gestion des problèmes comportementaux, le management, les relations interpersonnelles (supérieurs, pairs et subordonnés) ;
- ❑ *Le manque d'autonomie* se traduisant par une incapacité pour le travailleur à faire des choix sur sa manière de travailler et sur son organisation ;

- ❑ *Les conflits éthiques* soit les situations dans lesquelles le travailleur n'agit pas selon ses valeurs ;
- ❑ *Les pauvres relations sociales*, reprenant les sources de conflits et d'ambiguïté entre les individus, l'ambiguïté, le conflit des rôles et le manque de structure organisationnelle ;
- ❑ *Les comportements sociaux adverses* recouvrant tous les actes de violences physiques et/ou d'intimidation au travail ;
- ❑ *L'insécurité au travail* (Biron et coll., 2008 ; Chen et coll., 2009 ; Correa et Ferreira, 2011 ; Hendel et Horn, 2008 Hennington et coll., 2011 ; Hilo et coll., 2004 ; Hsu et coll., 2011 ; Jimmieson et coll., 2010 ; Lloyd et coll., 2005 ; Loh et coll., 2011 ; Maslach et coll., 2011 ; Philippon, 2007 ; Schaufeli et coll., 2011 ; Severn et coll., 2012 ; Shernoff et coll., 2011 ; Sliskovic et coll., 2011).

Cet ensemble de facteurs est donc reconnu pour ses effets adverses sur la santé quel que soit le secteur d'activité. Cependant, à eux seuls, ils n'expliquent pas tout.

1.3.2. Les facteurs endogènes

A. Les caractéristiques sociodémographiques

De nombreux travaux ont mis en évidence différentes caractéristiques sociodémographiques liées à la perception du stress professionnel et de ses conséquences psychopathologiques. Parmi ces dernières, se trouvent : *i)* le genre ; *ii)* l'âge ; *iii)* les années d'ancienneté ; *iv)* le statut marital ; *v)* le groupe d'appartenance professionnelle ou ethnique dont le statut d'immigrant et *vi)* le niveau d'étude (Chen et coll., 2003 ; De Almeida Vieira Monteiro et Serra, 2011 ; Hamidi et Eivazi, 2010 ; Leka et coll., 2012 ; Mays et coll., 1995 ; Padden et coll., 2011 ; Soffer, 2010 ; Sumner et coll., 2012 ; Yang et coll., 2009).

Reprenons un à un les facteurs de risque susmentionnés.

- ❑ Le genre : nous notons que les femmes sont davantage en souffrance comparativement aux hommes. Ceci a notamment été démontré auprès d'enseignantes dont le stress professionnel s'explique par les *i)* interactions avec les collègues, les étudiants et *ii)* les progrès de ces derniers (Antoniou et coll., 2006). Il en est de même pour les fonctionnaires, les salariées du secteur privé et les travailleuses indépendantes pour lesquelles le genre a une incidence sur le stress à condition qu'il ne soit pas considéré avec l'âge et le statut marital (Galanakis et coll., 2009).

- ❑ L'âge : nous constatons que parmi les infirmiers, les jeunes souffrent davantage de symptômes du stress lorsqu'ils sont confrontés à de fortes exigences professionnelles couplées à un faible soutien social. Ces résultats sont également abordés auprès d'enseignants universitaires dont l'âge est associé négativement au stress professionnel (Qayyum Chaudhry, 2012). Néanmoins, ces résultats ne semblent pas faire l'objet de consensus notamment auprès de policiers pour lesquels il ne semble pas être un facteur de risque (Balakrishnamurthy et Shankar, 2009 ; Fujimaru et coll., 2012 ; Waldman et coll., 2009).
- ❑ Les années d'ancienneté. Selon Haziz-Thomas et Thomas (2011), cette variable n'entre pas en considération dans l'expression du stress professionnel chez les infirmiers. Ces constatations divergent avec celles de Tabak et Koprak (2007), montrant que les années d'expérience ont à la fois une incidence sur les techniques de gestion de conflits et sur la sévérité du stress ressenti. Dans la lignée de l'étude précédente, il semble que l'ancienneté ait un impact bénéfique sur le stress auprès d'une population d'enseignants (Leroy et coll., 2007). Néanmoins ce résultat diffère de celui de Kim et collaborateurs (2009). Ils montrent que le niveau de l'enseignant, sous-entendant des années d'expérience plus élevées, est positivement associé au BO et notamment, à la dépersonnalisation.
- ❑ Le statut marital. Les données issues de la littérature scientifique sont disparates. Alors que pour certains, il n'y a pas de lien entre stress professionnel perçu et statut marital, ce constat est différent pour d'autres (Uskun et coll., 2005). En effet, être divorcé, séparé ou veuf est associé positivement à ce phénomène que ce soit tant dans le secteur de la santé que dans celui de l'éducation (Ifeagwazi, 2005-2006 ; Yang et coll., 2011).
- ❑ L'ethnicité. Des études ont démontré que les infirmiers noirs ressentaient davantage de stress comparativement aux blancs. D'après Hurtado et collaborateurs (2012), cet état de fait s'explique par le manque d'autonomie ainsi que par une discrimination en termes de salaire et d'heures de travail. Considérant le revenu horaire, les infirmiers noirs travaillant plus gagneraient moins. Ce rapport stress professionnel-ethnicité semble également se retrouver auprès de travailleurs Africains-Caribéens comparativement à ceux du Bangladesh et d'origine Caucasienne (Wadsworth et coll., 2007). D'après une étude menée auprès des enseignants, cette association s'explique par *i*) la hiérarchie et la culture de l'école ; *ii*) la surcharge ; *iii*) les barrières culturelles et *iv*) le manque de reconnaissance (Miller et Travers, 2005).

- ❑ Le niveau d'étude. Selon certains auteurs, cette dimension est un facteur de risque pour le stress perçu. Tel est le cas des infirmières dont le niveau d'études est lié positivement à la perception des risques professionnels et à l'intention de quitter son travail (Golubic et coll., 2009 ; Su et coll., 2011). Ceci a également été observé auprès d'enseignants dont le niveau d'études corrèle positivement avec le stress professionnel chronique (Moghadam et Tabatabaei, 2006).

Outre le manque de données issues du secteur de la Défense, ces études soulignent l'importance des caractéristiques sociodémographiques dans le stress professionnel perçu. Ces dernières jouent un rôle important dans ces symptômes puisqu'elles représentent à elles-seules un terrain propice aux vulnérabilités. Vulnérabilités qui prennent également la forme de facteurs endogènes mentionnés ci-après.

B. La personnalité

Des chercheurs s'accordent à dire que les variables endogènes ont toute aussi leur importance dans l'émergence du stress professionnel et du BO. Tel est le cas des traits de personnalité dont la base génétique est mise en avant dans leur compréhension (Langelaan et coll., 2006).

La personnalité est un vaste domaine aux approches multiples. Parmi ces dernières, se trouve le modèle biopsychosocial. Caractérisée par sa stabilité dans le temps, elle est donc le résultat de l'interaction entre patterns tempéramentaux et traits de caractère (Bleidorn et coll., 2009 ; Michel & Purper-Ouakil, 2006).

Tempérament et caractère communiquent perpétuellement. Plus précisément, le tempérament reçoit l'information modifiée par le caractère. Le tempérament est le noyau émotionnel issu de dispositions neurobiologiques. De caractéristique stable, il est universel et est présent quelle que soit la culture d'appartenance. Il donne corps aux premières émotions, à l'origine des réactions comportementales. Il intervient dans l'apprentissage procédural. Quant au caractère, il différencie les individus dans leurs processus cognitifs de haut niveau. Il est évolutif et optimise l'adaptation.

En conséquence, ces deux composantes de la personnalité forment le socle de chaque individu en participant à la construction identitaire et à la sélection des comportements humains. Pour ce faire, ses influences portent sur : *i*) la perception des événements ; *ii*) leur interprétation et *iii*) le vécu qui en découle. D'après Kandler et collaborateurs (2012), la personnalité telle qu'elle est présentée par le Big Five est liée aux événements de vie négatifs

aussi bien contrôlables que non contrôlables. Tel est le cas des traits Ouverture, Agréabilité et Névrosisme. Traits dont les liens avec le cortisol et les stressseurs professionnels ont été démontrés (Ravaja et coll., 2006 ; Savic et coll., 2012 ; Taylor et Kluemper, 2012). Parmi l'ensemble de ces traits, le Névrosisme semble davantage lié au stress. Il se traduit par une crainte élevée, la présence d'affectivité négative et l'expression faible d'affects positifs. Ce trait présente des similitudes avec d'autres dimensions de la personnalité dont la sensibilité à la récompense et l'affectivité négative avec le Type D de la personnalité (Van der Linden et coll., 2007). Ainsi, il semble que certaines caractéristiques endogènes soient des facteurs de risque dans l'émergence du stress professionnel. Ceci montre donc l'intérêt de considérer la personnalité dans les modèles explicatifs de ce phénomène et notamment du BO.

C. Les ressources adaptatives : le coping et le soutien social

Concept aux approches multiples, le coping influence l'identité et les comportements au travail (Maslach et coll., 2001). D'après certains auteurs, il est un processus visant à réduire les émotions négatives résultant de l'évaluation d'une situation et des objectifs de l'individu (Prati et coll., 2011). Pourtant, des travaux émettent l'hypothèse selon laquelle les émotions précèderaient son choix et sa mise en place (Lowe et Bennett, 2003). D'après l'approche transactionnelle, le coping n'est ni issu de l'environnement, ni de l'individu sinon de leur transaction. Il est un ensemble « *d'efforts cognitifs et comportementaux constamment changeants qu'une personne met en place pour gérer des exigences internes et/ou externes spécifiques évaluées comme taxant ou excédant les ressources de la personne* » (Dewe, O'Driscoll et Cooper, 2010).

A long terme, certains coping semblent avoir davantage d'effets délétères sur le bien-être psychologique (DeLongis et Holtzman, 2005 ; Polman et coll., 2010 ; Wickramasinghe, 2010). Alors que le soutien social et le coping centré sur le problème sont reconnus pour leur effets bénéfiques, il n'en est pas de même pour le coping centré sur l'émotion et l'évitement avec les conduites de consommation (Chamberlin et Green, 2010 ; Hart, Wearing & Headey, 1995 ; Pfefferbaum et coll., 2002 ; Ponnelle et coll., 1998 ; Regehr et coll., 2002 ; Thornton, 1992 ; Varvel et coll., 2007). Ceci a notamment été démontré auprès d'infirmiers, d'enseignants et de sapeurs-pompiers. Concernant les stratégies centrées sur l'émotion, elles sont utilisées lorsque la situation ne peut pas être contrôlée ou maîtrisée. Dans ce cas, l'individu est davantage centré sur son ressenti et ne peut pas prendre la distance nécessaire par rapport au problème. Ainsi, un cercle vicieux s'installe alimentant le mécanisme du stress.

Ce rouage est également observé lors de l'utilisation du coping évitant cristallisant la situation problème.

Les données ci-dessus soulignent la centralité du coping lors de la confrontation à des situations stressantes. Son choix a certes une finalité sur la situation mais également sur le bien-être individuel (Limbert, 2004). Dans ce cas, les facteurs de risque reconnus sont le coping centré sur l'émotion et l'évitement.

D. L'interface vie privée-vie professionnelle

L'interface Travail-Famille est un concept multidimensionnel touchant à la qualité du travail exercé, à son contenu, mais aussi aux caractéristiques de l'emploi et de la personne l'occupant (Marchand, 2010). Plus précisément, il touche au rapport qu'entretient l'individu avec son travail et sa vie familiale. Selon la théorie de la conciliation, les ressources acquises dans le travail ont un impact positif sur la sphère familiale. Dans ce cas, l'enrichissement serait un régulateur protégeant l'individu. Il est la mesure avec laquelle les expériences dans un rôle améliorent la qualité de vie dans l'autre (Greenhauss et Powell, 2012). Ayant un impact sur la santé des travailleurs, des chercheurs ont tenté d'aborder leur apport négatif, alors que d'autres ont démontré que leur imbrication pouvait être bénéfique et fonctionnelle (Frone, 2003). En effet, il semble que la façon dont ces domaines se rencontrent a un impact sur *i)* leur avenir futur, *ii)* la citoyenneté organisationnelle et, *iii)* la satisfaction individuelle ressentie dans ces derniers (Balmforth et Gardner, 2006 ; Jaga, 2011 ; Kinnunen et coll., 2010). Les retombées négatives du travail sur la famille tendent à réduire le bien-être de l'individu jusqu'à l'épuisement professionnel (Kinnunen et coll., 2006 ; Langballe et coll., 2011). En conséquence, l'équilibre de ces domaines est nécessaire au bien-être individuel et organisationnel permettant ainsi leur développement.

Ainsi, les parties ci-dessus mettent en évidence un ensemble de facteurs de risque dans l'émergence du stress professionnel. Ces derniers sont regroupés en *i)* caractéristiques exogènes avec l'environnement professionnel, *ii)* caractéristiques endogènes avec la personnalité, *iii)* ressources adaptatives et *iv)* interface entre la vie privée et la vie professionnelle. Indépendamment les uns des autres, ces facteurs expliquent peu ce phénomène qu'est le stress au travail. C'est la raison pour laquelle des chercheurs d'orientation théorique variée ont élaboré des modèles conceptuels plus génériques.

1.4. DE LA CLINIQUE DU TRAVAIL AUX MODELES TRANSACTIONNELS : COMPRENDRE LE STRESS PROFESSIONNEL.

Comprendre le stress professionnel revient aussi à comprendre la façon dont il est conceptualisé. C'est la raison pour laquelle, cette partie a pour objectif de présenter les modèles les plus utilisés scientifiquement.

1.4.1. De la psychopathologie à la Psychodynamique du travail.

La psychopathologie du travail est une approche tout à fait récente. Elle est la résultante de contextes sociaux particuliers situés entre 1920 et 1956. Ces derniers ont été des périodes charnières dans la reconnaissance du lien entre les conditions de travail induisant une forme d'aliénation sociale et la santé mentale au travail. Le terme « Psychopathologie du travail » est apparu pour la première fois lors de la publication d'un article rédigé par Paul Silvadon en 1952. Selon cette conception, un certain nombre de troubles psychiques émergent suite à l'exposition à un environnement professionnel toxique ou répétitif. Conditions qui amoindrissent les défenses psychiques et peuvent favoriser les processus de décompensation. L'un des objectifs majeurs de ce courant est la mise en évidence des facteurs explicatifs des situations de travail et de leurs effets sur la santé.

Par la suite, la psychodynamique du travail est apparue avec Christophe Dejours dans les années 1980. Selon ce dernier, ce courant tente de comprendre le travail en suivant l'axe plaisir-souffrance. Plus précisément, il défriche le champ non comportemental occupé par les actes imposés en situation. Le but est donc d'élucider le trajet du comportement libre, soit orienté vers le plaisir au comportement stéréotypé. Contrairement à certains principes établis, il est postulé qu'une situation de travail objectivement identifiée comme source de souffrance ne l'est pas forcément pour le travailleur. Afin de comprendre ce paradoxe, le travail porte sur un ensemble de notions considérant i) l'autre/autrui en tant que renforçateur et ii) le groupe comme système défensif.

Ce qui fait sens dans la dynamique du travail est certes l'individu, les conditions de travail mais aussi l'autre en tant qu'évaluateur. Renforçateur du travail effectué, il est source de reconnaissance devenant ainsi un critère de qualité pour l'individu au travail. Il devient

donc une ressource pour le bien-être du travailleur. En complément de cette protection, le groupe de travailleurs joue également un rôle dans la relation individu-travail. Dans ce sens, il permet la lutte contre l'émergence d'affects négatifs induits par les situations professionnelles. Pour ce faire, il y a construction d'un système défensif à visée idéologique. Sa mise en place validée par l'ensemble du collectif, consiste en la distanciation de la peur, la lutte contre un danger et des risques réels accroissant le recours à l'action (Bobillier-Chaumon et Sarnin, 2012 ; Dejours, 2008). Ceci peut notamment se remarquer dans les corps de métier principalement masculins dans lesquels l'idéologie est empreinte du déni de la peur (Douesnard et Sainte-Arnaud, 2011). Tel est le cas des métiers de Sapeurs-Pompiers, par exemple.

1.4.2. Le modèle biologique du stress

Approche internationalement connue, elle est à l'origine même du concept de stress. Le stress est un « syndrome général d'adaptation » reconnu comme étant « aspécifique » : les réponses ne dépendant pas de la nature de l'agression. Il intervient pour aider l'organisme à retrouver une certaine homéostasie via des réponses stéréotypées (Selye, 1907, 1955). Selon Hans Selye, le stress a une expression phasique avec : *i*) une phase d'alarme, soit une réaction d'urgence se traduisant par une production hormonale mobilisant l'organisme pour l'action ; *ii*) une phase de résistance le préparant à l'endurance en accumulant des réserves via la production de sucres ; *iii*) une phase d'épuisement dans laquelle les ressources s'amenuisent peu à peu. Le stress est donc une réponse non spécifique de l'organisme face à toute demande. En conséquence, c'est la réponse d'un individu à un événement qui rend son caractère stressant ou non. A la fois générique et universel, le stress est au cœur de nombreux intérêts du fait de sa multidimensionnalité et des effets délétères qui s'y associent si ce dernier est sévère (Guez et Delhommeau, 2009 ; Lovallo, 2005). Il est à l'origine des émotions pouvant être adaptatives lorsqu'elles sont positives. Dans ce cas, elles facilitent les approches comportementales motivant l'engagement de l'individu dans son environnement.

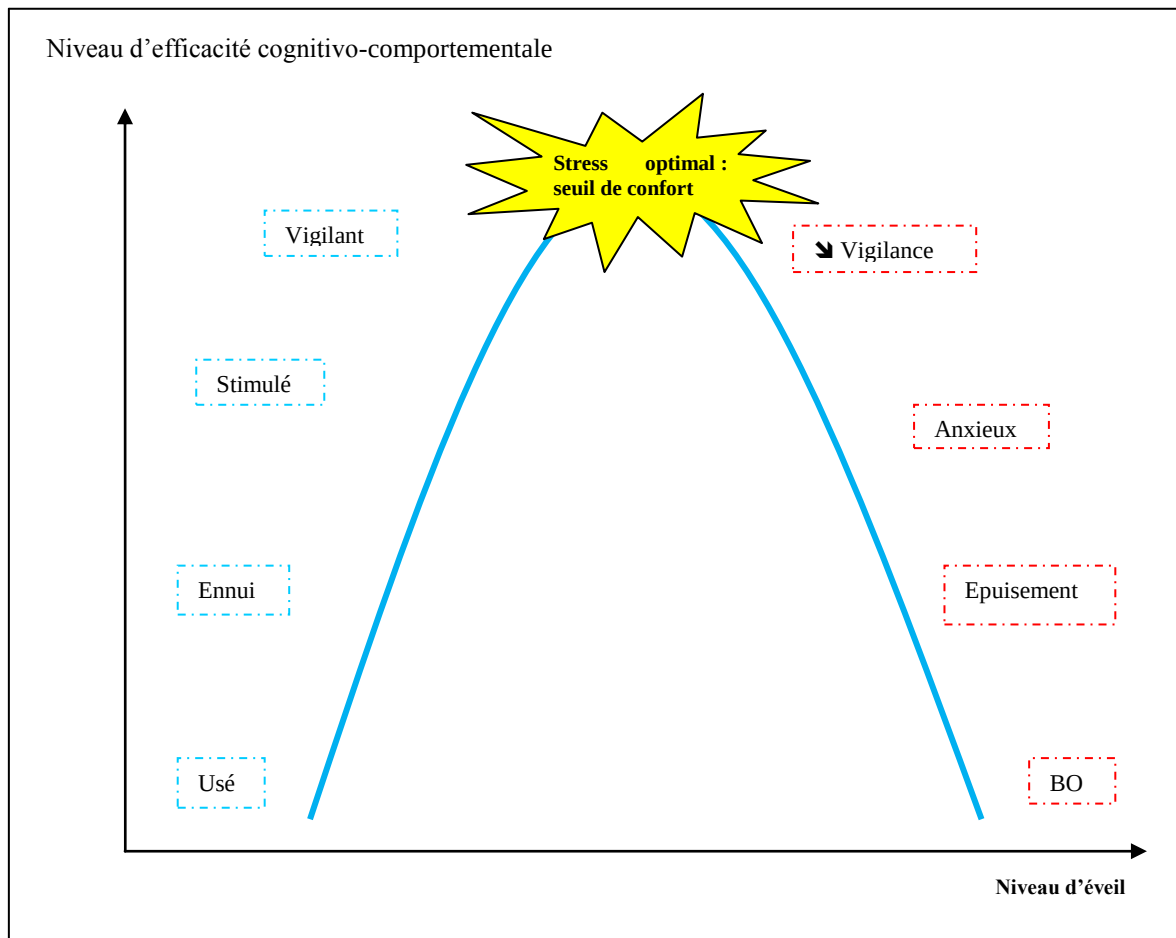


Figure 6 : Niveau de stress et capacités cognitivo-comportementales.

Comme le montre la figure 6, le stress se dose. A trop faible ou trop forte quantité, il altère les capacités cognitivo-comportementales de l'individu en situation. De fait, ses capacités adaptatives perdent de leur flexibilité et bloquent l'individu dans son interaction à l'environnement.

1.4.3. Les modèles interactionnistes du stress professionnel

A. Person-Environment Fit Theory

L'approche interactionniste considère à la fois les facteurs de stress, les caractéristiques individuelles et les conséquences. L'une des approches les plus connues est celle du Person-Environment Fit Theory. Elle postule que l'apparition du stress résulte de plusieurs décalages : *i)* personne/environnement ; *ii)* objectif/subjectif. Influencé par les processus cognitifs, le rapport objectif-subjectif a des effets délétères lorsqu'il se creuse. Dans ce modèle, il est montré que le point culminant de la santé réside dans le subjectif. En

conséquence, le stress apparaît lorsque l'environnement ne fournit pas les ressources nécessaires à l'individu, se retrouvant ainsi limité dans sa capacité d'action. Bien que ce modèle ait des avantages en intégrant l'individu et l'environnement dans un système complexe, il présente certaines limites. Pour certains auteurs, il rend impossible toute approche spécifique. Pour d'autres, il est trop générique et ne permet pas de rendre saillantes les caractéristiques tant individuelles qu'environnementales (Cooper, 2001 ; Harrison, 1985). En conséquence, des travaux portant sur un ensemble de domaines disparates ont montré des divergences quant à la validité du modèle (Namini et coll., 2010 ; Pseekos et coll., 2011 ; Roberts et Robins, 2004 ; Van Vianen et coll., 2008).

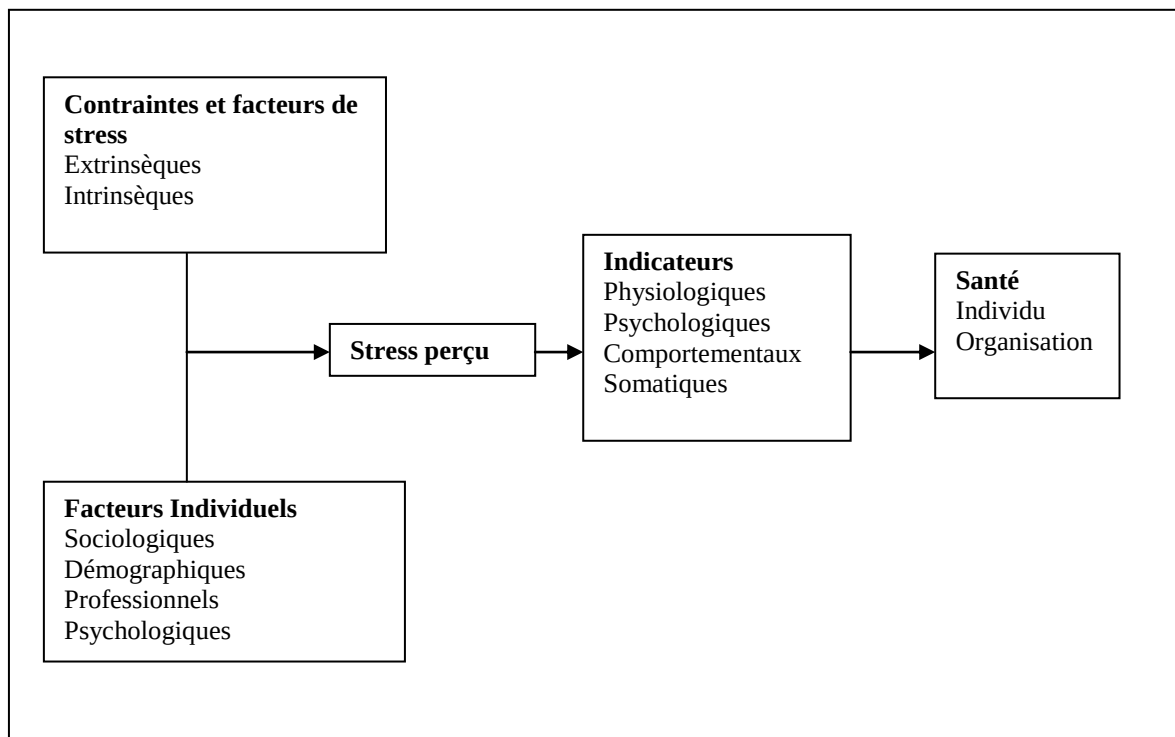


Figure 7 : Modèle interactionniste du stress

B. Le Modèle sociologique de Karasek et Theorell (1979)

Travailler sur le stress au travail implique nécessairement la détermination des conditions de travail à l'origine d'un mal-être (Cox et coll., 2007). Cette démarche est représentée par un ensemble de chercheurs dont principalement Karasek et Theorell (1981) avec le Job Demand-Control Model. Initialement, ces derniers ont mis en exergue deux éléments de l'environnement professionnel sources de Tension au travail ou Job Strain. Il s'agit *i)* des exigences professionnelles (EP), à savoir la charge et le niveau d'activation mentaux requis pour effectuer la tâche ; *ii)* du Contrôle (CTL), à savoir l'autonomie qu'a l'individu pour utiliser ses compétences et prendre des décisions dans son travail. De fait, la

combinaison de ces composantes produit un environnement professionnel propice à une typologie d'états psychologiques (Figure 8) :

- ❑ **Job Strain**, soit la combinaison de fortes EP et de faible CTL produisant une tension supérieure à une réaction d'éveil normale. Ici, la tension se transforme en dommages et tensions résiduelles non utilisées ;
- ❑ **Job actif**, où EP et CTL sont élevés. Plus actifs dans les loisirs et activités populaires, les travailleurs utilisent l'énergie pour l'action à travers la résolution de problèmes. Les pré-requis nécessaires à l'apprentissage sont ainsi disponibles dans ce contexte-ci ;
- ❑ **Job Passif**, où EP et CTL sont faibles Il y a atrophie des compétences et des capacités acquises ;
- ❑ **Strain faible**, où EP est faible et CTL élevé. Dans ce cas, les compétences ne sont pas optimisées (Karasek et Theorell, 1990).

En plus des références au bien-être au travail, ce modèle est associé à une variété de maux psychopathologiques ayant fait l'objet de nombreuses publications transculturelles (Karasek, 1979). Néanmoins, l'absence de consensus scientifique a conduit les auteurs à réviser leur modèle en y ajoutant le Soutien social : élément tampon dans l'association EP et CTL (Mcclenahan et coll., 2007 ; Van Yperen et Snijders, 2000). D'après la revue de la littérature, des liens ont été montrés entre ces dimensions et la dépersonnalisation, la satisfaction professionnelle et la performance au travail auprès d'un large échantillon de professionnels (De Witte et coll., 2007 ; Sargent et Terry, 2000). Cependant, il semble que le manque de résultats consensuels repose dans les techniques de recueil des données. Les approches spécifiques semblent montrer davantage d'adéquation, et ce dans le temps (De Jonge et coll., 2010 ; Shultz et coll., 2010).

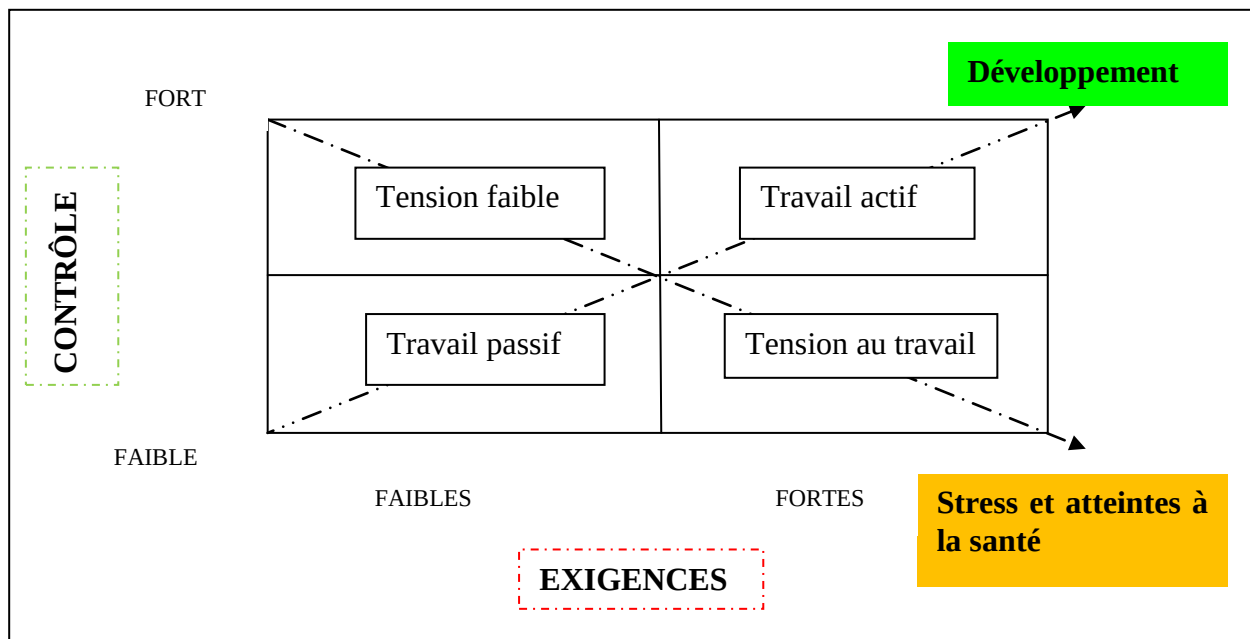


Figure 8 : Le modèle de stress de Karasek et Theorell.

C. Le modèle du déséquilibre Effort/Récompense de Siegrist

Le modèle Effort-Récompense repose sur la notion de réciprocité des efforts fournis et des récompenses reçues : rapport majoré par le type de coping. L'effort au travail est un processus d'échange socialement organisé. Il est envisagé comme étant physique et psychologique. Quant à la récompense, elle est l'estime de soi, l'argent, la sécurité de l'emploi et l'évolution de carrière. La réciprocité de ces composantes peut être entravée dans trois situations : i) « Dépendance », où l'individu accomplit quelque chose car il n'a pas le choix ; ii) « Choix stratégique », où l'individu s'oblige à faire quelque chose pour obtenir une récompense sur le long terme ; iii) « Sur-investissement », où les capacités adaptatives sont sur-estimées au détriment des exigences (Siegrist, 2006 ; Siegrist et Marmot, 2004). De fait, lorsque cette réciprocité est rompue, la norme sociale de l'échange est vidée, engendrant un ensemble d'affects négatifs et une santé physique de moindre qualité (Niedhammer et coll., 2004 ; Smith et coll., 2005). Néanmoins, malgré l'avantage de prédire les effets délétères sur la santé, les résultats des travaux internationaux ne font pas consensus. En effet, alors que pour certains, ce modèle montre une adéquation quel que soit le pays et la profession abordés, il ne semble pas être le cas pour d'autres (De Jonge et coll., 2008 ; Siegrist et coll., 2004 ; Tse et coll., 2007 ; Weyers and coll., 2006).

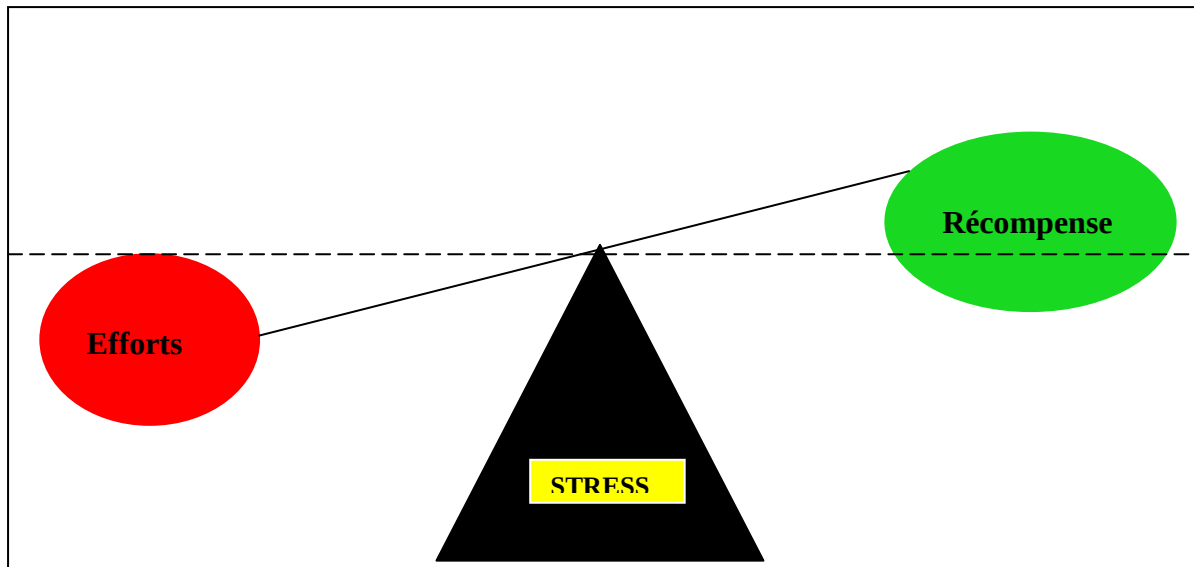


Figure 9 : Modèle Effort-Récompense de Siegrist.

1.4.4. Approche transactionnelle

Cette approche est représentée par un ensemble de modèles dont celui de Lazarus et Folkman (1984). Internationalement reconnu, elle porte essentiellement sur des aspects cognitifs et émotionnels de l'individu, à savoir les manières au travers desquelles il *i)* construit cognitivement la perception d'une situation stressante (évaluation primaire) ; *ii)* analyse ses capacités adaptatives (évaluation secondaire). Pour ces derniers, le stress est la résultante de cette transaction individu/environnement. Plus précisément, il y a apparition du mal-être lorsque l'individu perçoit les exigences environnementales comme excédant ses ressources adaptatives. Dans la lignée de ce postulat, des travaux ont porté sur l'analyse des processus transactionnels impliqués dans la psychopathologie du stress avec le BO. Selon Laugaa et collaborateurs (2008), le coping médiatise la relation stress professionnel perçu et BO dans une population d'enseignants. Outre l'avantage d'être un modèle complet, ce dernier a été très peu testé à cause de ses coûts (Goh et coll., 2011). En effet, étant rétroactif, il requiert des niveaux d'analyse élevés.

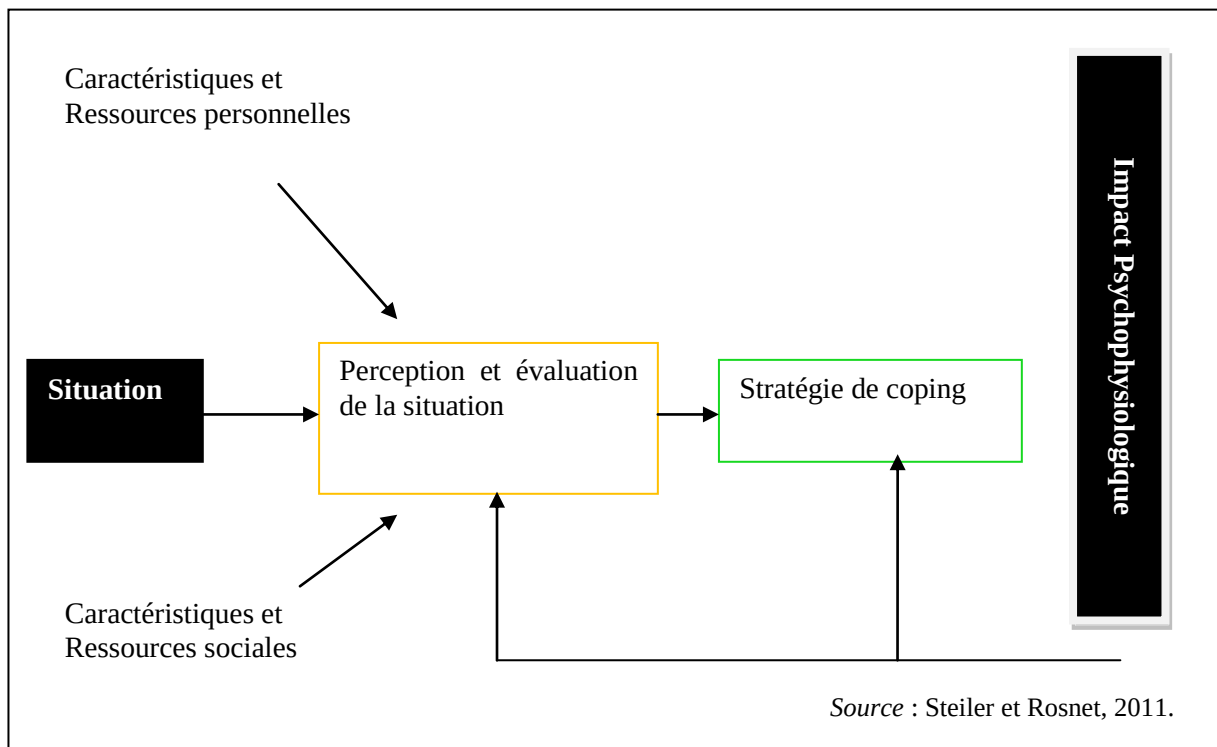


Figure 10 : Modèle transactionnel générique

Cette partie a donc mis en évidence l'existence de modèles théoriques permettant d'appréhender le stress au travail. Outre l'avantage de considérer des aspects professionnels, certains ne semblent pas considérer l'individu comme élément constitutif du rouage. Ceci nous paraît d'autant plus surprenant que l'individu est un filtre donnant séquentiellement un sens aux situations et produisant ainsi des émotions et comportements. De plus, il en est de même pour le coping dont la présence ne se reflète qu'au travers du modèle transactionnel. En effet, ce dernier en complément de l'individu, donne toute son importance aux situations professionnelles et notamment à leur caractère stressant.

EN RESUME

Cette partie avait pour objectif de faire un état des lieux de la santé au travail et du stress professionnel. Suite à cela, plusieurs points sont à retenir

SANTE MENTALE AU TRAVAIL

La notion de santé mentale au travail n'est apparue que tardivement : à partir des années 1970 ;

Une mauvaise santé au travail a des répercussions tripartites en termes de dysfonctionnements :

- i) individuels avec l'émergence d'altérations multiples (conflits, symptômes voire troubles) ;
- ii) organisationnels avec l'absentéisme, le présentéisme et le turnover ;
- iii) sociétaux avec des coûts financiers élevés.

STRESS AU TRAVAIL

- ☐ Ce concept international est complexe : à la fois source de divergences quant à sa définition et sujet d'investigations multiples à cause de ses effets adverses ;
- ☐ Problème de santé publique, il touche particulièrement les secteurs de la santé, de l'éducation et de la défense ;
- ☐ Ses causes sont plurielles allant de facteurs exogènes à des facteurs davantage endogènes ;
- ☐ Des modèles ont été créés pour regrouper ces variables et mieux l'expliquer même si le consensus fait encore défaut.

CHAPITRE 2/ BURN-OUT (BO) ET PRÉVENTION DANS LES MÉTIER DE L'URGENCE

2.1. LE BURN-OUT

2.1.1. Historique du BO

Le BO est un syndrome émergeant en 1969 avec Bradley. Initialement, il est issu de constations cliniques élaborées par Freudenberger (1974), psychothérapeute et psychiatre. Ce dernier travaillant auprès de toxicomanes à New York a relevé l'apparition de symptômes physiques chez les bénévoles. D'après lui, ces symptômes traduisaient un épuisement émotionnel et mental, reflet d'un investissement élevé de la part du travailleur. Depuis Maslach et Jackson (1976, 1981) se sont intéressés à ce phénomène en abordant la tridimensionnalité de son expression symptomatologique via l'échange équipe-patients.

2.1.2. Clinique du BO et approches conceptuelles

Même s'il n'est pas reconnu comme maladie professionnelle en France, de nombreux auteurs s'accordent à dire que le BO est un syndrome aux facettes suivantes :

- ☐ propice chez les individus aux idéaux trop élevés ou vivant une routinisation du travail ;
- ☐ indice de la dislocation entre ce que les individus sont et ce qu'ils ont à faire ;
- ☐ une souffrance subjective et psychique consécutive au stress relationnel pathogène face auquel l'individu n'a pas les ressources nécessaires ;
- ☐ aux effets psychopathologiques avérés (Boudoukha, 2009 ; Delbrouck, 2011 ; Maslach et Leiter, 1997, 2008, 2011).

Tout ceci déboucherait à une érosion des valeurs, de la dignité et de l'esprit (Peters et Mesters, 2007). Hormis ces caractéristiques, une divergence subsiste quant à son expression symptomatologique. Alors que certains le décrivent comme un état, d'autres le définissent davantage comme un processus. Concernant le BO-état, il s'accompagne de symptômes dysphoriques, mentaux et comportementaux associés au travail, engendrant une diminution de la performance à l'issue d'attitudes et de comportements négatifs (Peters et Mesters, 2007). Il est un pattern affectif chronique en réponse à des stressors professionnels s'orientant autour des relations interpersonnelles. Plus précisément, il est un état psychologique, émotionnel et physiologique résultant de l'accumulation de ces stressors. Il est donc la conséquence des réactions de stress au quotidien devenant usantes.

Quant au processus de BO, de nombreuses théories ont émergé depuis les années 1980. D'une part, il a été envisagé comme une crise de compétences (Cherniss, 1980). A l'issue d'entretiens auprès de travailleurs novices, Cherniss s'est aperçu que ces derniers passent par une phase de crise. Celle-ci se traduit par la mise en place d'attitudes négatives contre un environnement considéré comme hostile (clients démotivés ou difficiles, manque de soutien des collègues). Alors que pour certains, ces attitudes permettent une transition dans cette quête identitaire professionnelle, pour d'autres, elles sont un coping. Néanmoins, quelles que soient leur fonction, elles sont une barrière au processus de socialisation. De fait, elles modifient les buts, les aspirations et l'idéalisme du travailleur pouvant aboutir à un détachement émotionnel (Burke et Greenglass., 1995 ; Gustavsson et coll., 2010 ; Mackintosh, 2006).

Par la suite, d'autres approches ont émergé identifiant l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation comme les socles du BO. Parmi ces perspectives, Schaufeli et Enzmann (1998) proposent que le BO se développe suite à une réaction de stress issue du contraste entre les motivations de l'individu et un environnement de travail peu accueillant. Face à cette situation, l'individu éprouve un épuisement émotionnel. Puis, se met en place la dépersonnalisation comme coping déclenchant le processus syndromique.

Tableau 3 : Conceptions cliniques du BO.

BO Etat	BO Processus
☐ Prédominance de symptômes dysphoriques : les affects négatifs sont au premier plan que ce soit tant dans le rapport aux autres que dans le rapport au travail ; ☐ Sa cause est le travail ; ☐ Il touche tous les individus sans pathologie préalable.	☐ Apparition de tensions dont la sévérité évolue au cours du temps ; ☐ Sa cause est en partie un décalage entre les idéaux de l'individu et la réalité du terrain.

2.1.3. La tridimensionnalité du BO.

De par ses effets délétères et son omniprésence, des auteurs ont étudié son expression symptomatologique. Parmi ces derniers subsiste une analyse internationalement connue et validée, à savoir l'approche tridimensionnelle de Maslach. Cette approche postule que le BO s'exprime par trois variétés de symptômes. Il s'agit de l'épuisement émotionnel (EE), de la dépersonnalisation (D) et d'un accomplissement de soi réduit (AS). Marqué par le sentiment que les ressources émotionnelles et psychologiques sont épuisées, l'EE est la composante affective du BO. Dimension centrale, elle signale à l'individu la nécessité de se détacher aussi bien émotionnellement que cognitivement de son travail. Quant à sa composante interpersonnelle, il s'agit de la D, soit l'adoption d'attitudes cyniques, impersonnelles et distancées envers les personnes. Pour certains auteurs, cette dimension est un processus de distanciation à valence adaptative (; Golembiewski et Muzenrider, 1988 ; Halbesleben, 2008 ; Maslach, Schaufeli et Leiter, 2001). Pour terminer, la composante auto-évaluative représentée par l'AS est marquée par un déclin dans le sentiment de compétence et la productivité au travail (Truchot, 2004).

2.2. PSYCHOPATHOLOGIE DU BO DANS LES METIERS DE L'URGENCE.

2.2.1. Les métiers de l'Urgence : les missions.

Alors que les sapeurs-pompiers sont les premiers à intervenir dans la chaîne de secours, les professionnels du SMUR n'arrivent qu'en second lieu. La différence entre ces deux métiers réside dans la technique : premiers secours pour les SP et gestes médicaux pour le SMUR. Conformément à la circulaire DHOS/01 n°2004-151 du 29 mars 2004, les missions des services de secours sont diverses.

Le SAMU, comportant un centre de réception et de régulation des appels, (centre 15) est chargé :

- ☐ d'assurer une écoute médicale permanente ;
- ☐ de déterminer et déclencher la réponse la mieux adaptée à la nature des appels ;
- ☐ de s'assurer de la disponibilité des moyens d'hospitalisation, publics ou privés, adaptés à l'état du patient ;

- ☐ d'organiser le cas échéant le transport dans un établissement public ou privé en faisant appel à un service public ou à une entreprise privée de transports sanitaires ;
- ☐ de veiller à l'admission du patient.

Pour ce faire, ce service est composé de permanenciers traitant les appels et de médecins régulateurs chargés d'évaluer la gravité de la situation et de mobiliser l'ensemble des ressources disponibles (médecins généralistes, SMUR, ambulances). Si besoin est, ils sollicitent auprès du SDIS ses moyens, en vue d'apporter la réponse la plus appropriée à l'état du patient et de veiller à ce que les soins nécessaires lui soient effectivement délivrés. De fait, la régulation médicale nécessite des informations précises, rapides et actualisées.

Quant aux SMUR, ils se composent de médecins, d'infirmiers diplômés d'état ou d'infirmiers anesthésistes diplômés d'état et de conducteurs ambulanciers. Sur décision du médecin régulateur, ils ont pour mission d'apporter 24 heures sur 24, la médicalisation des interventions auprès des patients dont l'état nécessite une surveillance ou des soins médicaux d'urgence et de réanimation. De plus, l'article L.6112-5 du Code de la Santé Publique rend obligatoire l'interconnexion du 15 et du 18. Tout déclenchement d'une opération de secours à victimes impliquant les deux services nécessite une information opérationnelle réciproque.

Pour terminer, les services départementaux d'incendie et de secours disposent i) d'un centre opérationnel départemental d'incendie et de secours chargé de la coordination de l'activité opérationnelle des services d'incendie et de secours au niveau du département ; ii) d'un, ou, si nécessaire, plusieurs centres de traitement de l'alerte (CTA ; centre 18 ou 112), chargés du traitement des demandes de secours ; iii) d'un service de santé et de secours médical (SSSM) qui participe, notamment, aux missions de secours d'urgence.

Leurs missions consistent en la protection des personnes, des biens et de l'environnement. Ils délivrent donc des secours d'urgence lorsque l'atteinte de l'individu est caractérisée par un dommage corporel provenant d'une action imprévue et soudaine, d'une cause ou d'un agent agressif extérieurs. Après l'arrivée sur les lieux de l'intervention, un bilan doit être systématiquement transmis au centre 15. Centre 15 dont le médecin régulateur définit la structure médicale adaptée la plus proche. Dans le cadre de l'aide médicale urgente, le médecin régulateur du SAMU peut s'adresser au SDIS afin de solliciter les moyens du SSSM. Pour faciliter cette participation, le SDIS et le SAMU se communiquent tous les semestres l'état et l'organisation de leurs moyens opérationnels.

En conséquence, cette partie illustre bien le lien étroit unissant SDIS et SMUR pouvant ainsi supposer le partage de stressseurs professionnels communs avec néanmoins des spécificités qui leurs sont propres. Quant au SAMU, nous relevons des missions professionnelles divergentes de celles des SP. Ainsi, nous n'incluerons pas ce corps de métiers dans l'analyse du BO.

2.2.2. Données épidémiologiques.

Peu d'études françaises ont porté sur le BO dans les métiers de l'Urgence. Ceci peut s'expliquer par le caractère résilient de ces populations (Pietrantonio et Prati, 2008). Néanmoins, l'étude de Laurent et Chahroui (2010) nous fournit quelques éléments. Parmi 69 personnels du SMUR, le BO modéré à sévère touche *i*) 15% pour l'EE, *ii*) 65% pour la D, et *iii*) 62% pour la RAS. Concernant les SPP, seule l'étude de Lavillunières montre un taux de prévalence de 4.7% (Lavillunières, 2007).

2.2.3. Le Burn-Out et ses comorbidités psychopathologiques : les troubles internalisés

Comme nous l'avons précisé précédemment, peu d'études ont porté sur le BO dans les métiers de l'urgence en France. Il est donc difficile d'établir ses corrélats psychopathologiques excepté pour les troubles internalisés (Cowlshaw et coll., 2010 ; Mitani et coll., 2006 ; Ruitenburg et coll., 2012). Parmi ces troubles, l'ESPT est un trouble anxieux communément étudié auprès de ces professionnels. D'après la revue de la littérature, entre 6% et 22% des SP en souffrent (Corneil et coll., 1999 ; Del Ben et coll., 2006). Quant aux urgentistes, son taux de prévalence est estimé à 12.4% (Perrin et coll., 2007). Outre ce point, il semble également que le BO soit associé à la détresse psychologique chez des infirmiers de différents secteurs (Brown et coll., 2002 ; Browning et coll., 2007 ; Weiss et coll., 1995). Concernant les SPP, il a été démontré que 29% d'entre eux en souffrent contre 21% des sauveteurs déployés lors d'un tremblement de terre au Japon (Chamberlin et Green, 2010 ; Matsuoka et coll., 2012).

2.2.4. Les facteurs de risque du BO dans les Métiers de l'Urgence

Le BO apparaît suite à un stress professionnel chronique : il en est la conséquence directe. De fait, les modèles conceptuels cités précédemment sont également utilisés pour expliquer ce syndrome. Cependant, leur pluridisciplinarité rend son analyse plus floue et plus complexe. Tout comme le stress professionnel, un ensemble de facteurs de risque a été identifié pour ses effets adverses.

A. Les facteurs de risque exogènes : l'environnement professionnel

Le BO est un syndrome produit par une variété de stressseurs professionnels perçus (Prati et coll., 2010). Dans les métiers de l'Urgence, ces stressseurs sont relevés à partir d'instruments de mesure génériques ou spécifiques. En effet, alors que les instruments génériques abordent la dimension organisationnelle du travail, ceux spécifiques se centrent davantage sur le travail opérationnel. Dans la lignée des travaux de Brough (2004), ils montrent donc l'importance des composantes opérationnelles et organisationnelles tant dans leur fréquence que dans leur intensité (Tableau 4) (Laurent et coll., 2007). En rapport avec la dimension organisationnelle, nous retrouvons trois catégories abordées dans la classification de Gollac et Bodier (2011). Il s'agit : *i*) des fortes exigences professionnelles dont la pression professionnelle ; *ii*) du manque d'autonomie ; *iii*) des pauvres relations sociales dont le manque de reconnaissance, de formation, de collaboration entre les équipes et *iv*) de l'insécurité professionnelle (Alarcon, 2011; Colombat et coll., 2011; Hanrahan et coll., 2010; Prati et coll., 2011 ; Shirom et coll., 2009; Shultz et coll., 2010 ; Tunc et Kutanis, 2009 ; Van der Ploeg et Kleber, 2003). Quant au travail opérationnel, il est davantage considéré comme en lien avec les patients ou les victimes. Dans ce cas, les professionnels sont confrontés à un ensemble de situations allant de la détresse morale/sociale à la violence sous toutes ces formes. (Tableau 5) (Duchateau et coll., 2002).

Plus spécifiquement, en nous référant aux facteurs de stress associés au BO, nous notons des similitudes et des divergences entre les populations SP et SMUR. Commençons par les SP. La revue de la littérature montre une variété de facteurs de stress associés au BO. Ils portent tant sur le travail opérationnel que sur la pression professionnelle. Considérant le TO, nous retenons les incidents critiques et les exigences émotionnelles (Tuckey et Hayward, 2011). Quant à la pression professionnelle, elle comprend *i*) les stressseurs professionnels, *ii*) les exigences et le manque de ressources psychologiques, *iii*) et le contrôle (Lourel et coll., 2008 ; Mitani et coll., 2006). Cette dernière semble également associée au BO pour les

professionnels du SMUR. Dans ce cas, elle recouvre essentiellement les situations stressantes abordées dans l'adaptation française du Job Stress Survey (JSS) (Laurent, Chahraoui et Carli, 2007). Il s'agit de *i*) tâches nouvelles, *ii*) pauses insuffisantes, *iii*) la responsabilité croissante, *iv*) décisions prises dans l'urgence, *v*) la compétition. Outre cet aspect, nous notons également le manque de soutien organisationnel, la non participation aux décisions et le conflit de rôles (Beaton et coll., 1993 ; Browning et coll., 2007 ; Escribà-Aguir et coll., 2007 ; Hansen et coll., 2009 ; Laurent et Charhoui., 2010 ; Tunc et Kutaniş, 2009 ; Van der Ploeg et Kleber, 2003). Pour clore cette partie, il a également été démontré que les conflits travail-famille sont des facteurs de risque dans l'apparition du BO. En effet, comme nous l'avons mentionné précédemment, le chevauchement de ces sphères de vie est important puisque l'une a un impact sur l'autre.

Tableau 4 : Approches méthodologiques du stress professionnel dans les métiers de l'urgence-Les instruments de mesure.

STRESSEURS PROFESSIONNELS	OUTILS	POPULATIONS	CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES	ETUDES AYANT UTILISE L'OUTIL
INSTRUMENTS GENERIQUES				
Stresseurs professionnels dont la surcharge qualitative et quantitative, le stress psychologique, les défis, l'environnement de travail, les aptitudes et les relations humaines.	Japan Brief Job Stress Questionnaire	243 SPP	Age	Mitani et coll., 2006
Stresseurs professionnels : la surcharge quantitative, la variance de surcharge, les exigences cognitives, le contrôle, les conflits intragroupes, les conflits intergroupes, l'ambiguïté des rôles, les conflits des rôles, le soutien social des supérieurs, soutien des collègues, soutien de la famille et des amis, les activités non professionnelles et l'estime de soi.	NIOSH generic job-stress questionnaire	1301 SPP	Age, conduites de consommation tabagiques, alcooliques, statut marital, grade, gardes	Saijo et coll., 2008, 2007
Intensité, Fréquence et Index du stress professionnel : pression professionnelle et manque de soutien organisationnel	Job stress survey	^A 1180 ambulanciers ^B 50 personnels du SAMU/SMUR ^C 15 personnels du SAMU	^A Age, genre ^B Age, genre, statut professionnel, années de service.	^A Sterud et coll., 2008 ^B Laurent et coll., (2007) ^C Grebot, 2010
Stresseurs chroniques : manque d'autonomie (11 items), le manque de soutien des collègues (9 items), le manque de soutien des supérieurs (9 items), la pauvre communication (4 items), le manque d'information (7 items), la récompense financière insuffisante (5 items) et la tension physique (7 items).	Questionnaire on the Experience and Assessment of Work (QEAW)	221 ambulanciers	Genre, âge, statut marital	Van der Ploeg et Kleber, 2003

STRESSEURS PROFESSIONNELS	OUTILS	POPULATIONS	CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES	ETUDES UTILISE L'OUTIL	AYANT
Perception globale du stress	Perceived stress scale	53 SPP	Age; années de service, statut marital	Varvel et coll., 2007	
Exigences psychologiques, Contrôle et Soutien social	Demand-Control-Support Questionnaire	940 ambulanciers et 343 infirmiers	Age, conduites de consommation tabagiques, années d'expérience.	Asaa et coll., 2005	
	Job Content Questionnaire	^A 639 médecins et infirmiers urgentistes ^B 101 SPV	^A Département, années de service, type de contrat, nombre d'heures de travail, âge, sexe, âge des enfants, qualité de la relation de couple, nombre d'heures allouées aux tâches domestiques. ^B Age	^A Escribà-Aguir et coll., 2007 ^B Lourel et coll., 2008	
INSTRUMENTS SPECIFIQUES					
Travail opérationnel : Blessure catastrophique envers soi ou ses collègues, incidents macabres des victimes, apporter de l'aide aux blessés graves, victimes vulnérables, blessure mineure, l'exposition à la mort et les mourants	Measure of duty related incident stressors	173 SPP	Appartenance ethnique, statut marital, Années d'expérience	Beaton et coll., 1997	
Trouble du sommeil, Compétences professionnelles, Incidents critiques passés, Conflits au travail (management), Appréhension quant à sa sécurité personnelle, Conflits avec les collègues, Equipement hors standard, Sous-effectif et Salaire, Annonce de la nouvelle aux survivants, Ennui, Pauvres habitudes de vie, Discrimination, Tension famille/Finance, Stress induit par un emploi secondaire	Source of Occupational stress	2040 SPP et urgentistes	Nombre d'appel, Années de service global et dans le service actuel, l'âge, l'appartenance ethnique, le genre, le nombre d'enfant dont l'âge est inférieur à 16 ans, niveau d'étude, heures effectuées en dehors du travail	Beaton et coll., 1993 Corneil et coll., 1999 Murphy et coll., 2002	

STRESSEURS PROFESSIONNELS	OUTILS	POPULATIONS	CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES	ETUDES UTILISE L'OUTIL	AYANT
Stresseurs opérationnels organisationnels	et Ambulance work stressors questionnaire	617 ambulanciers	Age et années d'expérience	Bennett et coll., 2005 Sterud et coll., 2008	
Tracas Opérationnels Organisationnels	et Police Daily hassles scale	631 personnels de services d'Urgence (police, SP et ambulance)	Age, genre, situation professionnelle, statut marital, statut parental, double statut et années de service	Brough 2004	
Travail opérationnel (Outil modifié et validé pour l'étude) : Stresseurs traumatiques, Emotions et cognitions négatives	Measure of incident related stressors	300SP	Age, années de service, Statut professionnel et marital	Brown et coll., 2002	
Evaluation des facteurs psychosociaux : Exigences quantitatives, rythme de travail, exigences émotionnelles, Influence au travail, possibilités de développement, sens du travail, engagement au lieu de travail, prévisibilité, clarté des rôles, confiance verticale, justice et le respect	Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ)	2426 urgentistes	Age, la consommation d'alcool le sexe, l'état matrimonial, l'indice de masse corporelle et le niveau d'activité physique	De Hanssen et coll., 2012	
Appels totaux, catégorie d'appels ; le pire événement rencontré au cours du travail SP	Firefighters experiences survey	131 SPP	Age. Genre, ethnicité, statut marital, niveau d'étude, avoir effectué le service militaire, traitement suivi, années d'expérience et second emploi.	Del Ben et coll., 2006	
Autonomie administrative, ressources utilisables, relations professionnelles, satisfaction du style de vie, défi évoluant avec la pratique de médecine d'urgence	Career Satisfaction Survey of Emergency Physicians	140 professionnels de l'Urgence	Age, genre, spécialité, nombre de lieux hospitaliers de travail,	Kuhn et coll., 2009	

STRESSEURS PROFESSIONNELS	OUTILS	POPULATIONS	CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES	ETUDES UTILISE L'OUTIL	AYANT
Quatre domaines : l'anxiété causée par l'incertitude, le souci de mauvais les résultats, la réticence à divulguer l'incertitude pour les patients, et la réticence à divulguer les erreurs aux médecins	Physicians' Reactions to Uncertainty: Refining the Constructs and Scales.	140 professionnels de l'urgence	Age, genre, spécialité, nombre de lieux hospitaliers de travail,	Kuhn et coll., 2009	
	The Emergency Work Inventory	363 urgentistes	Age, genre et années d'expérience	Naudé et Rothmann, 2006	
Tâches non opérationnelles physiques.	Tâches urgentes, graves, exigences	The Norwegian Ambulance Stress Survey (NASS)	1180 ambulanciers	Age, genre	Sterud et coll., 2008
Evénements traumatiques : type et sévérité	Critical Incident Exposure Scale	367 personnels de l'urgence (police, SPP, ambulanciers, SMUR)	Age, niveau d'étude, salaire, années de service, genre et statut marital	Weiss et coll., 1995	

Les données ci-avant montrent ainsi la présence de deux grandes catégories de stresseurs professionnels inhérents aux Métiers de l'Urgence. Ils sont la pression professionnelle (PPRO) et le travail opérationnel (TO). Nonobstant, alors que la pression professionnelle semble être un facteur de risque commun à ces métiers, il n'en est pas de même pour le travail opérationnel. Cette dimension ne semble concerner que les SP. Ceci pourrait notamment s'expliquer par les choix méthodologiques des études.

B. Les facteurs de risque endogènes : les caractéristiques sociodémographiques et la personnalité

B.1] Les caractéristiques sociodémographiques

D'après certaines études, les caractéristiques sociodémographiques représentent un facteur de risque expliquant le BO. Ces dernières sont le genre, les années de service et l'âge.

- ❑ **Le genre.** Dans ce cas, être un homme serait un facteur de protection contre le BO (Hansen et coll., 2009). Alors que les femmes sont plus enclines à développer un épuisement émotionnel, la tendance des hommes portent davantage sur la dépersonnalisation (Peters et Masters, 2007).
- ❑ **L'âge.** Nous remarquons des liens variant selon le symptôme abordé. En effet, alors que l'âge avancé est un facteur de risque pour l'EE, il est un facteur de protection pour la dépersonnalisation (Lourel et coll., 2008).
- ❑ **Les années de service.** Comme le montre une étude auprès d'infirmiers hospitaliers, les années d'ancienneté sont associées négativement aux symptômes d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation. Ceci implique donc qu'un individu novice souffre moins de BO qu'un autre plus expérimenté. Ce constat ne semble pourtant pas correspondre aux SP et sauveteurs italiens pour lesquels l'ancienneté est associée positivement au BO (Murphy et coll., 1994, Prati et coll., 2010).

B.2] La personnalité

Son rôle fait de cette dernière un facteur de choix dans l'explication du BO (Oliver et coll., 2010). D'après la littérature, certaines de ces caractéristiques expliquent le BO auprès des professionnels de l'Urgence.

Considérant d'une part les SPP, nous constatons un manque notable d'études à ce sujet. Néanmoins, l'étude de Palmer et Spaid (1996) permet d'identifier l'association BO-personnalité autoritariste auprès de cette population. L'autoritarisme est la co-variation de trois tendances psychologiques dont le conformisme, la soumission à l'autorité et l'agressivité envers l'exogroupe (Altemeyer, 1996). Dans ce contexte-ci, les SP présentent des attitudes agressives au nom de l'autorité. Ils ont également tendance à avoir des croyances dogmatiques dépourvues de critiques réflexives. De fait, ce fonctionnement rigide amènerait les SP porteurs de ce type de personnalité à souffrir de BO.

Quant aux urgentistes et/ou SMUR, nous notons la présence de facteurs de risque et de protection relatifs au BO. Lorsque nous envisageons les facteurs de risque, nous notons l'affectivité négative. Elle se caractérise par une dysphorie, de l'irritabilité, de l'anxiété, une perception négative de soi et une inhibition sociale (Fritz et Sonnentag, 2005). Son implication dans le processus du BO s'explique par ses influences multiples, en termes *i)* perceptif altérant le traitement de l'information ; *ii)* d'hypersensibilité aux stressseurs ; *iii)* de sélection orientant davantage l'individu dans les situations stressantes (Spector et coll., 2000). A l'opposé de ce facteur de risque se trouvent *i)* l'optimisme, la maîtrise, l'estime de soi, et *ii)* le sens de cohérence (Browning et coll., 2006 ; Naudé et Rothmann, 2006). L'optimisme, la maîtrise et l'estime de soi forment l'adaptation cognitive et orientent le traitement de l'information. Un individu contenant cette disposition aurait tendance à ne retenir que le positif au détriment du négatif, ce qui accroîtrait sa résilience. Résilience également accrue avec la disposition sens de cohérence caractérisée par un sentiment de contrôle chez les urgentistes (Naudé et Rothmann, 2006).

Nous notons ainsi des facteurs de risque endogènes propres aux métiers de SPP et à ceux du SMUR.

C. Les ressources adaptatives

D. Le coping

Le coping est donc un processus visant à réduire les émotions négatives résultant de l'évaluation d'une situation. Ces émotions dépendront de l'adéquation entre l'évaluation de la situation et les objectifs de l'individu. Que ce soient les SPP ou les professionnels du SMUR, il semble que les facteurs associés au BO soient communs. Il s'agit principalement du coping centré sur l'émotion ou de l'évitement (Grebot, 2010). En effet, nous retrouvons notamment la ventilation, l'humour, la distraction et la réévaluation positive (Cicognani et coll., 2009 ;

Prati et coll., 2011). Dans ce cas, l'individu ne modifie pas la situation problème, ce qui entretient son niveau de stress au quotidien. Quant aux facteurs de protection, ils sont le sens de la communauté, l'efficacité collective et l'auto-efficacité (Cicognani et coll., 2009 ; Prati et coll., 2010, 2011). Les concepts d'efficacité proviennent de la théorie de Bandura sur l'apprentissage social. Il s'agit du sentiment de performance découlant des interactions sociales. Ces sentiments peuvent être individuels et/ou collectifs. Quels qu'ils soient, ils sont source d'épanouissement puisqu'ils augmentent le contrôle perçu, le sentiment d'utilité et le bien-être (Chamberlin et Green, 2010 ; Gheytaichi et coll., 2007 ; Paton, 1994 ; Polman et coll., 2010 ; Wickramasinghe, 2010). Dans la continuité de ces travaux, Ho et Lo (2011) ont montré que le trait « espoir » est également un facteur de protection du BO. Issu de la psychologie cognitive, ce trait consiste en la mise en place de comportements favorables à l'accomplissement d'objectifs définis préalablement.

E. Le soutien social

Le soutien social est l'une des ressources fondamentales dans le contexte professionnel. Il comprend trois sources : i) les collègues ; ii) les supérieurs hiérarchiques et iii) l'entourage familial. Il est la « *qualité subjective ressentie des relations sociales de la personne* » et peut avoir un effet direct ou modérateur sur le bien-être (Winnubst et Diekstra., 1998). D'après la revue de la littérature, le soutien social a plusieurs fonctions. Il est à l'origine de stratégies collectives de défense permettant de réduire la perception de situations génératrices de souffrance, et donc du sentiment de vulnérabilité. De plus, il favorise la cohésion au travail et accroît les ressources adaptatives perçues (Beaton et coll., 1997 ; Benett et coll., 2001 ; Hansen et coll., 2009 ; Tuckey et Hayward, 2011). Pour clore, il explique pour une large part le bien-être psychologique chez les SP via les processus d'apprentissage favorisant le sentiment de compétences (Landen et Wang, 2010).

Tableau 5 : BO et facteurs associés dans les métiers de l'Urgence.

POPULATIONS	FACTEURS DE RISQUE	CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES	AUTEURS
88 infirmières praticiennes, 40 chefs infirmiers, 100 infirmiers urgentistes	EE-Statut professionnel médiatisés par attentes de contrôle ($\beta=-.19^{**}$), fréquence des stressseurs ($\beta=.42^{***}$), hostilité ($\beta=.18^{**}$), dépression ($\beta=.18^{*}$) ; D-Statut professionnel médiatisés par attentes de contrôle ($\beta=-.12^{*}$), hostilité ($\beta=.29^{**}$) et maîtrise ($\beta=-.17^{*}$)	Age, années de service, revenu	Browning et coll., 2007
341 infirmiers	Prédicteurs de l'EE, de D et de AS : Maîtrise, optimisme et estime de soi ($p<0.05$)	Age, genre et spécialité, heures de travail par semaine, revenu, ethnicité, années de service	Browning et coll., 2006
764 SP, volontaires de la Protection Civile, SMUR et urgentistes	Liens BO et coping Actif ($r=.134^{***}$) ; Réévaluation positive ($r=.145^{***}$) ; Soutien/Ventilation ($r=.266^{***}$) ; humour ($r=.157^{***}$) ; Distraction ($r=.292^{***}$) ; Religion ($r=.178^{***}$) ; Auto-critique ($r=.382^{***}$) ; Sens de la Communauté ($r=-.176^{***}$) ; Efficacité collective ($r=-.116^{***}$) ; Auto-efficacité ($r=-.222^{***}$)	Age, genre, années de services, années d'étude, statut professionnel	Cicognani et coll., 2009
113 couples dont l'un des partenaires est urgentiste	PTSD ($\beta=.24^{*}$) et conflit travail-famille ($\beta=.69^{**}$)	Age,	Cowlishaw et coll., 2010
276 personnels SMUR	Violence au travail 10% du SMUR a vécu une agression verbale contre 41% a vécu une agression physique.		Duchateau et coll., 2002
639 médecins et infirmiers des urgences	EE médecins : exigences psychologiques (OR=5.66**), contrôle professionnel (OR=2.53**), soutien des supérieurs (OR=2.17*) EE infirmiers : exigences psychologiques (OR=4.98**), soutien des supérieurs (OR=2.89*)	Département, années de service, type de contrat, nombre d'heures de travail, âge, sexe, âge des enfants, qualité de la relation de couple, nombre d'heures allouées aux tâches domestiques.	Escribà-Aguir et coll., 2007

POPULATIONS	FACTEURS DE RISQUE	CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES	AUTEURS
87 urgentistes	Prédicteurs EE (4jours) Affectivité négative à J-4 ($\beta=.20^*$); EE à J-0 ($\beta=.63^{**}$); Vision positive de son travail durant le week end à J-3 ($\beta=-.17^*$); Prédicteurs Dépersonnalisation (4jours) Affectivité négative à J-4 ($\beta=.32^{**}$); EE à J-0 ($\beta=.26^{**}$); Tracas hors travail à J-3 ($\beta=-.25^{**}$); Vision positive de son travail durant le week end à J-3 ($\beta=-.25^{**}$); activité sociale à J-3 ($\beta=-.25^*$) Prédicteurs AS (4jours) Pauvre bien-être général à J-0 ($\beta=.46^{**}$); Tracas hors travail à J-3 ($\beta=.24^{**}$); activité sociale à J-3 ($\beta=-.21^*$)	Age, années d'expérience, genre, heures de travail hebdomadaire	Fritz et coll., 2005
15 personnels du SAMU	Corrélat avec la Dépersonnalisation Coping centré sur l'émotion ($r=.463^*$), Styles défensifs immatures ($r=.637^{**}$)	Age	Grebot, 2010
189 ambulanciers	Attachement insécuré $\beta=.26$; $p<0.001$)	Age, Genre, années de service, statut marital,	Halpern et coll., 2011
1102 infirmiers hospitaliers	EE Années d'ancienneté ($r=-.06^*$), surcharge ($r=.48^*$), conflit de rôle ($r=.46^*$), insécurité professionnelle ($r=.21^*$), autonomie ($r=-.38^*$), clarté des rôles ($r=-.35^*$), soutien des collègues ($r=-.32^*$), soutien des supérieurs ($r=-.19^*$), retour ($r=-.34^*$) D Genre et années d'ancienneté ($r=-.13^*$), surcharge ($r=.18^*$), conflit de rôle ($r=.35^*$), insécurité professionnelle ($r=.13^*$), autonomie ($r=-.17^*$), clarté des rôles ($r=-.22^*$), soutien des collègues ($r=-.15^*$), soutien des supérieurs ($r=-.13^*$), défi professionnel ($r=-.16$), retour ($r=-.17^*$)	Age, genre et années de service	Hansen et coll., 2009

POPULATIONS	FACTEURS DE RISQUE	CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES	AUTEURS
35 urgentistes	Traits dispositionnel espoir ($\beta = -.54^{**}$)	Age, genre, années de service	Ho et Lo, 2011
69 personnels du SMUR et 50 individus (groupe contrôle)	Corrélat EE : la pression professionnelle dont tâches nouvelles ($r=.253^{*}$), pauses insuffisantes ($r=.309^{**}$), tâche autre que son poste ($r=.255^{*}$), responsabilité croissante ($r=.317^{**}$), décisions prises dans l'urgence ($r=.244^{*}$), compétition ($r=.318^{**}$), bruit ($r=.256^{*}$), changement fréquent de tâches ($r=.263^{*}$) ; le manque de soutien organisationnel dont pas de participation aux décisions ($r=.286^{*}$), mésentente avec la hiérarchie ($r=.242^{*}$), conflits avec d'autres services ($r=.357^{**}$) ; Corrélat D : la pression professionnelle dont tâche autre que son poste ($r=.426^{**}$), responsabilité croissante ($r=.320^{**}$), changement fréquent de tâches ($r=.331^{**}$), faire le travail d'un autre ($r=.314^{**}$), obligation de respecter les délais ($r=.308^{**}$) ; le manque de soutien organisationnel dont collègues ne faisant pas le travail ($r=.279^{**}$) ; Corrélat AS : la pression professionnelle dont tâches nouvelles ($r=.279^{*}$)	Age, genre et années de service.	Laurent et Charahoui, 2010
50 personnels du SAMU/SMUR	Corrélat EE : JSS total tant dans son intensité ($r=.468^{**}$) que dans sa fréquence ($r=.379^{**}$)	Age, genre, statut professionnel, années de service.	Laurent, Chahraoui et Carli, 2007
101 SPV	EE : Age ($\beta=.51^{**}$), Contrôle ($\beta= -.35^{**}$), exigences ($\beta=.26$) ; D : Age ($\beta=-.63^{**}$), Contrôle ($\beta= -.35^{**}$), exigences ($\beta=.31$)	Age	Lourel et coll., 2008
1 730 SPP et 253 ambulanciers	Lien années de service uniquement pour les SPP ($r=.10^{**}$)	Age, années d'expérience, genre, niveau d'éducation, second emploi et heures de travail effectuées.	Murphy et coll, 1994
243 SPP	Corrélat EE^A et D^B Stresseurs professionnels ($r_A=.61^{**}$) et ($r_B=0,51^{*}$)	Age	Mitani et coll., 2006

POPULATIONS	FACTEURS DE RISQUE	CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES	AUTEURS
323 urgentistes	Prédicteurs EE^A, C^B et AS^C Manque de ressources professionnelles ($\beta_A=.12^{***}$; $\beta_B=.06^{***}$; $\beta_C=.02^{***}$) et sens de cohérence ($\beta_A=-.07^{***}$; $\beta_B=-.06^{***}$; $\beta_C=-.11^{***}$)	Age ; genre, statut marital, niveau d'étude, années de service	Naudé et Rothmann, 2006
91 SP urgentistes	Variables associées au BO : Autoritarisme ($r=0.17^*$)	Age, genre, activité professionnelle, années de service, statut marital	Palmer et Spaid, 1995
463 SP et services d'Urgence	Lien stress et BO : ($r=.22^{***}$) ; Lien stress-BO médiatisé par le coping : efficacité collective Coping religieux Auto-blâme	Age ; Genre et années de service	Prati et coll., 2011
451 sauveteurs italiens (SP, ambulanciers et médecins)	Prédicteurs de BO Années de service ($\beta=.16^{***}$), évaluation du stress ($\beta=.18^{***}$), auto-efficacité ($\beta=-.28^{***}$), évaluation du stress*auto-efficacité ($\beta=-.15^{***}$).	Age, genre et années de service	Prati et coll., 2010
547 SPV	Prédicteurs de BO Incidents critiques ($\beta=.102^*$), exigences émotionnelles ($\beta=.338^{***}$), ressources émotionnelles ($\beta=-.152^{***}$), camaraderie ($\beta=-.139^{**}$), exigences émotionnelles*camaraderie ($\beta=-.103^*$)	Age, genre, heures de travail par mois, paie au-dessous et au-dessus du premier emploi et en lien avec les responsabilités familiales	Tuckey et Hayward, 2011
251 médecins et infirmiers d'hôpitaux	Prédicteurs EE, D et RAS Conflits de rôles ($\beta=.45^{***}$), ($\beta=.31^{***}$), ($\beta=.09$; NS) ; ambiguïté des rôles ($\beta=.23^{***}$), ($\beta=.20^{***}$), ($\beta=.23^{***}$)	Age, genre, statut marital, nombre d'heures de travail, années de service, rôle	Tunc et Kutanis, 2009

POPULATIONS	FACTEURS DE RISQUE	CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES	AUTEURS
221 ambulanciers	Prédicteurs EE : pauvre communication ($\beta=.16^*$); tension physique ($\beta=.17^*$) Prédicteur D : manque de soutien des supérieurs ($\beta=.31^{***}$) Prédicteurs AS : IES-tot ($\beta=-.17^*$), manque de soutien des supérieurs ($\beta=-.20^*$), manque de soutien des collègues ($\beta=-0,23^*$).	Genre, âge, statut marital	Van der Ploeg et Kleber, 2003

En conclusion, la partie ci-dessus a permis l'identification de facteurs de risque associés à l'émergence du BO dans des populations de SP et du SMUR. Cette étape favorise donc sa compréhension et l'élaboration de programmes de prévention adaptés.

2.3. INTERVENIR SUR LE STRESS AU TRAVAIL AUPRES DES PROFESSIONNELS DE L'URGENCE

2.3.1. Définition de la Prévention

La gestion du stress est un domaine très vaste. Cela consiste en l'amélioration des compétences et techniques pour aider les individus à faire face aux exigences professionnelles. Afin de mieux comprendre ses caractéristiques, Quick, Quick et Nelson (1998) ont créé la théorie de la Gestion préventive du stress. Il s'agit d'une philosophie organisationnelle ainsi que de principes utilisant des méthodes spécifiques pour la promotion de la santé tant au niveau organisationnel qu'individuel (Hargrove et coll., 2011). Telle que l'énonce la figure ci-dessous, le domaine de la prévention comprend trois catégories dont la prévention :

- ❑ **Primaire**, ou l'approche centrée sur le travail. Elle vise en la réduction des stressors aussi bien physiques que psychologiques (Pandey et coll., 2011). Dans cette catégorie, il y aurait plusieurs pôles de travail avec : *i*) les rôles, c'est-à-dire l'attente relative aux rôles de l'individu dans l'entreprise ; *ii*) les caractéristiques professionnelles telles que la qualité et la quantité du travail, le retour et l'évaluation que l'individu reçoit de sa performance et l'environnement professionnel ; *iii*) les stressors interpersonnels pouvant conduire à la passivité et à l'évitement (Dijkstra, De Dreu et coll., 2009).
- ❑ **Secondaire**, créant ou accroissant la résilience de l'individu. D'après Giga et collaborateurs (2003), il existe beaucoup de programmes. Certains sont individuels et peuvent porter sur le coping. Dans ce cas, l'objectif est d'amoindrir le stress et d'accroître le sentiment d'efficacité. En termes de stratégies préventives, le travail consiste en *i*) le contrôle des symptômes et stressors avec l'élaboration d'un journal de stress ; *ii*) la détente musculaire ; *iii*) le rassemblement des ressources avec les programmes de type « social skills training¹ », ou « problem solving skills² » ; *iv*) la tolérance des stressors avec les Thérapies cognitivo-comportementales (TCC).

¹ Entraînement aux compétences sociales : apprentissage de nouvelles compétences.

- ❑ **Tertiaire**, démarche thérapeutique et curative (Hargrove et coll., 2011). Dans ce contexte-ci, la thérapie peut être psychanalytique, cognitivo-comportementale, etc...

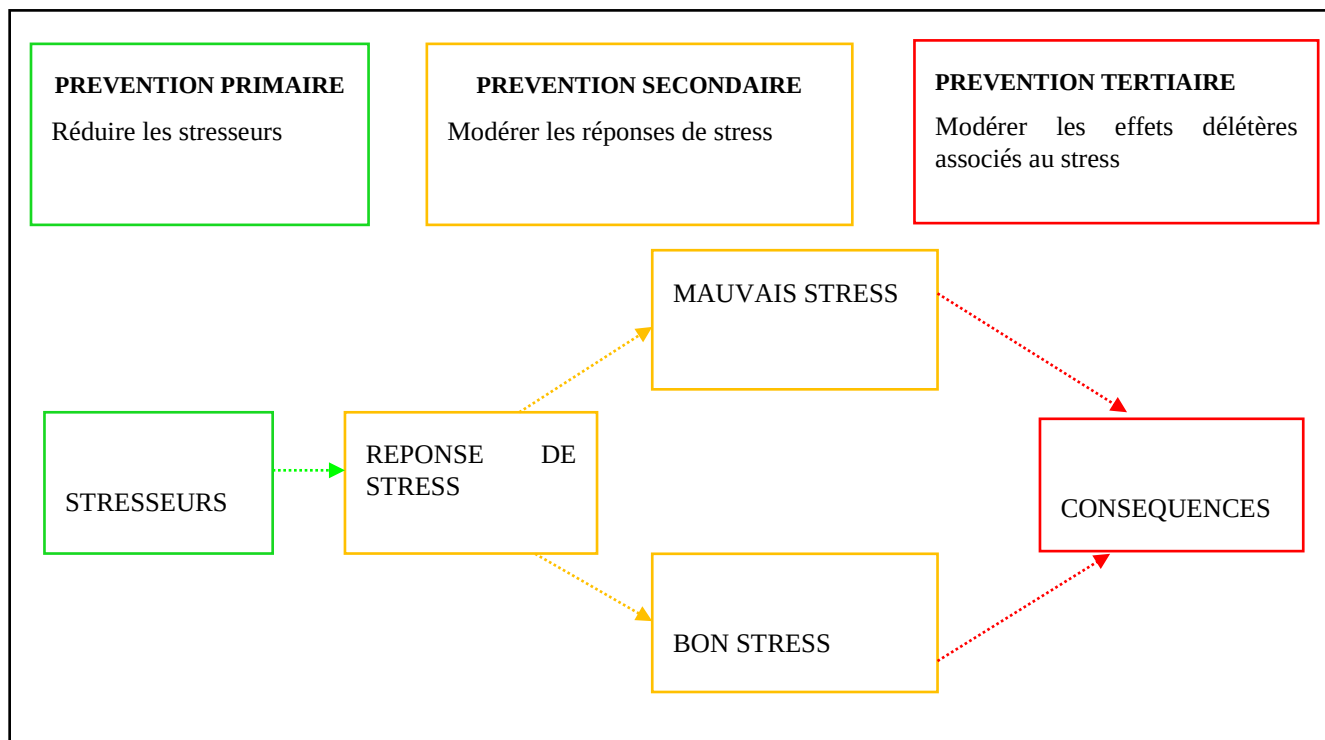


Figure 11 : Le Modèle de la Gestion Préventive du stress (Quick, Quick et Nelson, 1998).

Comme peu de travaux français portent sur la prévention du stress dans les métiers de l'Urgence, nous avons répertorié des programmes prodigués à des professionnels i) du secteur de la santé et de la défense ; ii) en activité.

2.3.2. Prévenir le stress dans les métiers de l'Urgence

A. Prévention Primaire

D'après la revue de la littérature, la prévention 1^{aire} est la plus efficace pour faire face au BO. Il s'agit de travailler directement sur les conditions de travail génératrices de tension pour le travailleur. Comme nous l'avons abordé ci-dessus, le BO est expliqué par un manque de reconnaissance et de soutien de la part des supérieurs hiérarchiques. De fait, pour pallier cela, de nombreux auteurs ont préconisé l'approche du Leader Member Exchange (LMX). En effet, le superviseur a une relation propre avec chaque membre de son équipe variant ainsi en qualité. Un haut niveau d'échange entre le superviseur et le salarié a des effets positifs tels

² Habiletés à la résolution de problèmes : amélioration de la réactivité, la créativité et le coping proactif.

qu'une augmentation du niveau de confiance mutuelle, de respect et de soutien. En conséquence, ces échanges réduisent les incertitudes et les ambiguïtés accroissant donc le sentiment de compétences et l'investissement de l'individu dans son travail. Comme le montrent des travaux effectués auprès de médecins, d'infirmiers, de travailleurs sociaux, de SP, cet échange est bénéfique et amoindrit les symptômes de stress et de BO ressentis chez ces professionnels (Becker et coll., 2005 ; Thomas et Lankau, 2009).

B. Prévention secondaire

B.1] Travail Sur Les Symptômes Physiques du Stress

Le stress est une réaction biopsychophysiologique entraînant des modifications diverses tant dans le comportement de l'individu que dans ses émotions. D'après des études récentes, certaines techniques chinoises telles que le Qigong³ auraient des effets positifs sur la symptomatologie des équipes hospitalières. Suite à la mise en place de sessions accompagnées d'un travail personnel, une diminution significative est à noter pour le stress perçu et les douleurs (Griffith et coll., 2008).

B.2] Faire face au traumatisme psychique : le Critical Incident Stress debriefing (CISD) ou soins post-immédiats

Ce mode d'intervention a pour but *i)* d'atténuer le niveau de stress dû à l'événement ; *ii)* de favoriser les processus de récupération chez des individus sains soumis à un événement anormal (Deville et coll., 2006 ; Lebigot et Daligand, 2005). Il se déroule en groupe. Pour ce faire, un triage est effectué au préalable. Etant une démarche de prévention secondaire, chaque individu ressentant une symptomatologie accrue ne pourra suivre ce programme et sera pris en charge individuellement : ceci pour ne pas aggraver sa symptomatologie. Cette technique de débriefing a lieu entre 24 et 72 heures après l'événement. Elle dure entre 1 et 3 heures environ (Hammond et Brooks, 2001 ; Miller, 1995). Elle est constituée de 7 phases : *i)* l'introduction durant laquelle les règles, les procédés et buts sont exposés ; *ii)* les faits permettant de définir les rôles respectifs de chacun et les caractéristiques de l'intervention ; *iii)* les pensées en lien avec l'arrivée sur les lieux ; *iv)* les réactions ; *v)* les altérations du fonctionnement depuis l'intervention ; *vi)* l'apprentissage consistant en la psychoéducation et la normalisation des expériences vécues et *vii)* la réentrée, soit l'appropriation des mots et de

³ Gymnastique traditionnelle chinoise associant mouvements corporels lents et respiration.

son vécu par l'individu. Selon des auteurs, ce mode d'intervention ne ferait pas consensus. Alors que son efficacité sur la symptomatologie d'ESPT n'est pas avérée, il en est tout autre sur la qualité subjective ressentie par l'individu (Harris et coll., 2002 ; Regehr et Hill., 2000).

B.3] Le développement des compétences et savoirs.

Prendre conscience du stress est déjà un moyen de le contrer. Comme le montrent Oliver et Meier (2009) auprès de policiers ruraux, les programmes de gestion du stress ont une efficacité modérée sur le bien-être physique et comportemental. Basé sur la conscience et la gestion du stress, il a été noté un impact sur i) l'anxiété jusqu'à 12 mois mais pas au-delà ; ii) le nombre d'arrêts maladie et les plaintes diminuant faiblement.

D'autres études ont mis en place des programmes de prévention basés sur le soutien et l'auto-efficacité. Pour certains auteurs, l'objectif est de comparer l'efficacité de ces deux approches. Tel est le cas de Cohen et Gagin (2005), auprès de travailleurs sociaux israéliens. Durant 15 séances, ils ont mis en place : i) un programme travaillant sur le groupe, sa dynamique, son rôle, son développement et ii) un autre consistant en l'analyse des compétences psychosociales et le travail en équipe. D'après les résultats obtenus, le programme axé sur le développement des compétences aurait eu un effet sur l'EE et le soutien social, mais non significatif. En complément de cette technique, le programme peut porter sur les compétences communicationnelles des travailleurs. En effet, comme l'ont montré Scarnera et collaborateurs (2009) auprès de professionnels de santé, ces techniques peuvent s'avérer efficaces pour la dépersonnalisation. En conséquence, l'ensemble de ces programmes sur le développement du savoir-faire montre des effets discutables sur le BO.

C. Accroître la résilience

C.1] Le programme sur la hardiesse

La hardiesse est un trait de caractère favorisant le bien-être. Il se compose de trois dimensions formant le courage et la résilience. Elles sont i) l'engagement, permettant de se servir de son vécu pour évoluer ; ii) le contrôle, par lequel effort équivaut à réussite possible ; iii) le défi, selon lequel la confrontation aux choses permet d'avancer. Chacune d'entre elles est reconnue pour rendre plus effectifs les efforts adaptatifs, renforcer les défenses immunitaires et favoriser les pratiques saines. Le programme permettant d'accroître ces ressources porte sur les cognitions, les émotions et les stratégies d'adaptation face aux

événements stressants (Maddi, 1987). Il s'agit de travailler sur l'analyse des stresseurs et l'efficacité des stratégies d'adaptation. En résumé, ce programme a plusieurs objectifs dont : *i)* la transformation du coping, *ii)* le retour d'expérience autour des notions de défi, contrôle et engagement, *iii)* l'augmentation de la motivation. Afin de tester l'efficacité de ce programme, des travaux ont été menés auprès de militaires et de managers (Maddi et coll., 2007). Pour les managers, le but était de comparer 3 types de programmes portant sur : *i)* la hardiesse ; *ii)* la relaxation ; *iii)* l'écoute passive. Pour ce faire, 10 sessions d'une heure et demi toutes les deux semaines ont été organisées pour chaque groupe composé de 6 personnes et un entraîneur. D'après les résultats obtenus, il semble que le programme sur la hardiesse ait davantage augmenté ce trait ainsi que la satisfaction au travail et le soutien social. Il a également diminué la tension et les symptômes pathologiques (Maddi et coll., 1998).

D. Thérapies cognitivo-comportementales (TCC) et Inoculation du stress (IDS).

D.1] Les Thérapies cognitivo-comportementales (TCC)

L'objectif de ces thérapies est de donner des outils à l'individu en vue de soulager sa souffrance. Reposant sur des données scientifiques, le travail consiste à accroître le niveau d'expertise de l'individu par *i)* l'analyse, *ii)* l'identification des pensées et émotions sources de souffrance et, *iii)* l'élaboration de solutions combinant les approches cognitives et comportementales. Ces programmes sont de plus en plus utilisés car outre l'avantage d'être brefs, ils ont majoritairement montré leur efficacité auprès d'un large champ de professionnels. En effet, Reynolds et collaborateurs (1993) ont mis en place un programme reposant sur ces techniques. Six séances de deux heures par semaine ont été organisées auprès de femmes travaillant dans des services de santé. Ces séances portaient sur différentes techniques et notions dont le stress, le coping, la relaxation, les problèmes maison-travail, l'affirmation de soi.... D'après les résultats obtenus, il semble que le programme ait eu des effets disparates sur la détresse psychologique des professionnels. Par contre, la définition du problème, le soulagement et le soutien social ont augmenté à la suite de ce dernier.

Comme le montrent Gardner et coll. (2005) auprès d'infirmières, d'aides-soignantes, de psychologues, de docteurs et d'administratifs, ces thérapies améliorent également la gestion du stress perçu, et ce d'autant plus si la symptomatologie est sévère. Les individus ayant des symptômes plus sévères montrent une amélioration persistante et plus nette de leurs

symptômes anxieux et leur stress. Néanmoins, il semble que ce soit davantage l'approche cognitive qui soit la plus efficace comparativement à l'approche comportementale. A cela s'ajoutent les résultats issus d'un échantillon d'infirmières, d'assistantes sociales et d'éducateurs. Selon Scarnera et collaborateurs (2009), ces méthodes sont efficaces pour la dépersonnalisation à long terme alors qu'il n'en est pas de même pour l'EE et l'AS.

Néanmoins, ces effets semblent davantage bénéfiques auprès d'infirmières jeunes diplômées. Le programme mis en place consiste en un atelier de 8 heures portant sur la psychoéducation du stress, les dysfonctionnements émotionnels et comportementaux suivis d'une phase pratique. Les résultats issus de ce programme montrent donc une diminution significative des symptômes dont ceux de stress et d'anxiété (Brunero et coll., 2008).

Pour résumé, les TCC montrent une efficacité sur certains symptômes de souffrance psychique mais pas sur tous.

D.2] L'Inoculation du stress (IDS)

Elle est une sous-catégorie des Thérapies cognitivo-comportementales. Elle fournit aux individus des principes et guides cliniques pour lutter contre la détresse. Considérée comme élément complémentaire à d'autres formes de prévention, elle se compose de trois phases. Ces dernières sont adaptables et articulables selon les individus et leurs problématiques. Elles sont : *i)* la Psychoéducation ; *ii)* l'Acquisition et consolidation des compétences ; *iii)* l'Application et le suivi. La Phase éducative est celle de *i)* l'acquisition des savoirs axée sur l'approche inductive du questionnement socratique, le renforcement, les feedbacks ; et *ii)* la création de l'alliance thérapeutique. Cette dernière est de première importance car elle influence le devenir du patient. Quant à la phase acquisition et consolidation des compétences, elle consiste en une phase d'entraînement comprenant *i)* l'exploration du style de coping de l'individu ; *ii)* la mise en place des différentes stratégies de coping ; *iii)* l'anticipation des changements et conséquences relatifs à ces stratégies ainsi que les solutions alternatives. Concernant la consolidation des compétences, il s'agit de *i)* techniques d'exposition et d'imagerie favorables à l'acquisition ; *ii)* discussions collaboratives permettant l'élaboration de grilles de lecture des modèles comportementaux de coping, et l'anticipation des problèmes à venir. Pour terminer, la phase d'application *i)* prépare l'individu à l'utilisation des stratégies de coping sélectionnés selon certains signaux ; *ii)* utilise les techniques d'imagerie pour les expositions graduées ; *iii)* utilise des procédures de prévention

de la rechute ; iv) favorise l'auto-efficacité. La phase de suivi prépare l'individu à la fin du traitement en organisant des séances de suivi de plus en plus espacées. Cette étape se marque par l'implication des proches dans le processus de maintien des compétences mais également par l'implication de l'individu dans le processus de guérison d'un patient aux problèmes similaires (Meichenbaum, 2007).

En conséquence, nous pouvons constater que cette technique s'apparente vivement à celle des TCC. Elle a donc pour objectif d'accroître le sentiment d'auto-efficacité de l'individu en rendant son répertoire de coping plus fourni et plus souple. C'est la raison pour laquelle de nombreux travaux ont utilisé l'IDS auprès de professionnels de l'Urgence et de la Sécurité civile. D'après la revue de la littérature, cette méthode a des résultats divergents selon les populations et problématiques. En effet, lorsque cette dernière est utilisée auprès de militaires en retour d'activité, elle ne montre pas d'effet sur la réussite aux examens (Cigrang et coll., 2000). Il en est de même pour la prévention de l'ESPT auprès d'un échantillon issu de la population générale. Plus précisément, cette dernière étude avait pour objectif de démontrer l'adéquation de cette méthode pour le métier d'urgentiste. Ainsi, la population a été exposée à une série d'images choquantes provenant d'accidents routiers. Suite à la mise en place du programme, les individus n'ont pas eu de changements significatifs concernant les troubles internalisés (anxiété, dépression, ESPT). Cependant, ce dernier a montré une efficacité sur la mémoire accentuant le taux de réponses correctes aux tests de rappels (Varker et Devilly, 2012).

E. De la pleine conscience aux thérapies d'acceptation et d'engagement.

Face à des exigences professionnelles, certains travailleurs développent des symptômes voire des troubles alors que d'autres conservent leurs ressources adaptatives. Afin d'accroître cette résilience au stress, il existe une multitude de programmes dont le Mindfulness ou la Pleine Conscience. Le travail porte sur la flexibilité de la conscience en la rendant non défensive et axée sur le présent. Cette technique a été testée auprès de 30 militaires réservistes de la marine US regroupant des SP, des urgentistes et des professionnels de la brigade narcoleptique (Stanley et coll., 2011). Ce programme consistait en 8 sessions de 2 heures avec une retraite au bout de la 6ème. Il s'agissait de sessions de pleine conscience avec i) applications concrètes pour l'environnement opérationnel ; ii) des informations sur le stress,

le trauma et la résilience et ; *iii*) les issues administratives. En complément des sessions en groupe, un travail individuel de 30 minutes était à effectuer à la maison. Afin d'évaluer l'évolution de la pleine conscience chez ces professionnels, des entretiens de 15 minutes ont été effectués. D'après les résultats obtenus, l'investissement dans la pratique de la pleine conscience augmenterait cette dimension, réduisant le stress perçu. En plus de ces bénéfices, nous en notons d'autres dont *i*) certains sont individuels avec la capacité à rester avec des expériences difficiles, comprendre le cycle du stress, soutenir son corps et ses réactions plutôt que de lutter contre, travailler avec des émotions négatives ; *ii*) d'autres sont groupaux avec une meilleure cohésion et communication. Dans la même lignée, Mc Cracken et Yang (2008) ont testé des programmes de *i*) pleine conscience, *ii*) d'acceptation et d'engagement et *iii*) d'actions basées sur les valeurs auprès de travailleurs dont des infirmiers, des psychologues. Ils ont noté un effet combiné de ces approches sur le stress, le BO et la qualité de vie, même si la thérapie d'acceptation et d'engagement s'est avérée plus efficace comparativement aux autres approches. Les résultats semblent également correspondre à ceux de Brinkborg et collaborateurs (2001) lorsqu'ils ont évalué l'efficacité de la thérapie d'acceptation et d'engagement auprès de 106 travailleurs sociaux.

Tableau 6 : Récapitulatif des programmes de prévention 2^{aire} auprès des professionnels du soin.

POPULATION	INCLUSION	SESSIONS	TEMPS DE MESURE	EFFICACITE	AUTEURS
AGIR SUR LES SYMPTÔMES PHYSIQUES DU STRESS					
Equipe hospitalière (GI=16 et GC=21)	Volontariat, ne pas avoir de problèmes médicaux pour pouvoir effectuer les exercices ; ne pas exercer de méditation, yoga, relaxation plus d'une fois par semaine	6 sessions hebdomadaires de Qigong en groupe + pratique individuelle durant 30 minutes.	Pré-programme et post-programme	<i>Perceived Stress Scale (mesure du stress)</i> : Diminution significative des symptômes de stress perçu pour GI <i>Echelle visuelle analogique</i> : Diminution de l'intensité de la douleur pour GI <i>SF-36 (qualité de vie)</i> : Augmentation des interactions sociales	Griffith et coll., 2008
FAIRE FACE AU TRAUMATISME PSYCHIQUE : LE CISD					
Sapeurs-pompiers (GI=660 et GC=1749)	Avoir complété l'ensemble des questionnaires ; avoir vécu un incident critique au cours des 6 derniers mois faisant consensus par les pairs	1 session	Post-programme	<i>Impact of event scale (mesure ESPT)</i> : lien positif réaction de stress traumatique et CISD (NS) <i>Hospital Anxiety/Depression Scale (mesure de la détresse psychologique)</i> : lien négatif entre l'affectivité négative et le CISD ($p<0,05$) <i>Perceived social support scale (mesure du soutien social)</i> : lien positif soutien social et CISD (NS)	Harris et coll., 2002
164 SP (GI=30 et GC=90)	Avoir vécu un incident critique	1 session	Post-programme	<i>Impact of event scale (mesure ESPT)</i> : augmentation des symptômes d'intrusion pour GI ($p<0,05$) et de l'ESPT (NS); <i>Beck depression inventory (mesure dépression)</i> : augmentation des symptômes dépressifs pour GI (NS).	Regehr et Hill, 2000

POPULATION	INCLUSION	SESSIONS	TEMPS DE MESURE	EFFICACITE	AUTEURS
L'AUTO-EFFICACITE : LE DEVELOPPEMENT DES COMPETENCES					
Travailleurs sociaux		2 programmes en 15 séances Programme 1 : Travail sur le soutien Thérapie de groupe et travail social avec le groupe Après avoir créé des groupes, il s'agit de comprendre leur dynamique, les patterns de communication et les rôles. Apprentissage des étapes de développement des groupes et l'évaluation du groupe. Programme 2 : Education Interroger et évaluer les compétences psychosociales ; Technique d'intervention de crise ; Planning des tâches ; Travail avec des équipes interprofessionnelles.	T1 : avant le programme T2 : 1 mois après le programme	<i>MBI (mesure du BO)</i> : Il n'y a pas d'effet significatif des programmes sur le BO. Néanmoins, l'EE diminue davantage avec le programme «Education» : programme montrant également une amélioration non significative du soutien social	Cohen et Gagin, 2005
Policiers	NS	4h de conscience du stress : définition, signes et symptômes, stress au travail, stress dans les milieux ruraux. ; 4h de gestion du stress : discussion sur l'alimentation et le sport, techniques de réduction du stress, débriefing.	T1 : 1-6 mois; T2 : 7-12 mois; T3 : 13-18 mois	<i>Adult Manifest Anxiety Scale</i> : Le niveau d'anxiété diminuerait à T1 et T2 pour augmenter à T3 ($p < 0,05$). L'effet du programme s'amenuise avec le temps	Oliver et Meier, 2009
Infirmières, éducateurs, assistants et managers (G1=14 et G2=11)	Invitation à participer	Programme en 6 mois : Identifier et gérer les émotions gênantes ; ADS ; Conserver des relations cordiales ; Appréhensions communicantes et préconceptions mentales ; Eviter la colère liée à des sentiments d'infériorité ; Créer des relations professionnelles positives	T0 : avant le programme; T1 : après le programme; T2 : 8 mois plus tard.	<i>MBI</i> Il n'y aurait pas d'effet du programme sur l'EE ($p > 0.18$). Par contre, il y aurait un effet significatif sur la dépersonnalisation et sur la réduction de l'accomplissement de soi qui tend à se réduire au début pour retrouver son niveau initial 18 mois plus tard ($p < 0.05$).	Scarnera et coll., 2009

POPULATION	INCLUSION	SESSIONS	TEMPS DE MESURE	EFFICACITE	AUTEURS
ACCROITRE LA RESILENCE					
HARDINESS/RELAXATION/MEDITATION					
Managers		10 Sessions de 2H : Hardiness training Décrire les événements stressants et Coping ; Techniques de transformation du coping ; Plan d'action pour changer les événements stressants ; Feedback sur l'engagement et le contrôle ; Regard sur l'avenir Relaxation Description des événements stressants et présentation de la relaxation ; Apprentissage de techniques Méditation ; Regard sur l'avenir. Ecoute passive Description des événements stressants et importance de l'introspection et de la discussion avec les pairs dans la prise de décisions ; Favoriser le groupe de discussion ; Anticipation des futurs stressseurs et des moyens d'y faire face.	T1 : temps < 1 semaine avant le début du programme T2 : 1 semaine après la fin du programme	Hardiness training montre une plus grande efficacité sur la diminution de la tension et des symptômes psychopathologiques ; sur l'augmentation du soutien social perçu. En 2 ^{ème} position se trouve la relaxation puis l'écoute passive. <i>Seriousness of Illness Survey (mesure des symptômes psychopathologiques)</i> <i>Perceived Social support (Mood, 1979)</i>	Maddi et coll., 1998
Infirmières	Randomisation	Stretch relaxation : travail sur les muscles à travers le contraste des sensations ; Relaxation cognitive : Utilisation de l'imagerie mentale		<i>General Health Questionnaire (mesure de la détresse psychologique)</i> ➤ Anxiété 1 mois plus tard	Yung et coll., 2004

POPULATION	INCLUSION	SESSIONS	TEMPS DE MESURE	EFFICACITE	AUTEURS
THERAPIE COGNITIVO-COMPORTEMENTALE					
Individus souffrant du syndrome de fatigue chronique (GI=44 et GC=25)	Avoir entre 16 et 60 ans, avoir un certain niveau d'étude et parler anglais	12 Sessions de deux heures. Chaque session se compose de 20-30 minutes de relaxation (relaxation progressive des muscles et techniques de visualisation) et 90 minutes de discussion autour des solutions et des entraves au mieux-être. Différents points ont été abordés avec i) restructuration cognitive ; ii) apprentissage de compétences d'adaptation et de communication interpersonnelle	Pré-programme et post-programme	<i>Perceived Stress Scale</i> (mesure de stress): efficacité significative ($p<0,05$) ; <i>Profile of Mood States</i> (mesure de la labilité émotionnelle) : ($p<0,05$) ; <i>Quality of Life Inventory</i> (indicateur de qualité de vie) : ($p<0,01$) ; <i>CDC Symptom Inventory For Chronic Syndrom</i> (fréquence et sévérité de la fatigue chronique) : ($p<0,05$)	Lopez et coll., 2011
17 infirmières jeunes diplômées	Volontariat	1 jour d'atelier de 8 heures basé sur l'interaction. Trois composantes : i) Education et discussion autour du stress (réponse, modèle théorique des TCC, identification des stressseurs professionnels, application du modèle sur ces stressseurs) ; ii) Modèle ABC sur le dysfonctionnement émotion/comportement ; iii) Application du modèle dans le travail	Pré-intervention et post-intervention	<i>Niveau de stress au travail</i> (1 question) : ($p<0,05$) ; <i>Niveau de stress hors travail</i> (1 question) : ($p<0,05$) ; <i>Niveau de stress moyen</i> (1 question) : ($p<0,01$) ; <i>Nurse Stress Scale</i> (mesure de stress spécifique) : (NS)	Brunero et coll., 2008
138 employés travaillant dans des services de santé : Infirmiers, docteurs, psychologues, aides-soignantes, administratifs.	A la fois pas, peu ou symptômes de détresse psychique	2 groupes ayant une session en commun introduction, discussion autour du stress, modèle transactionnel ; l'expérience de stress, les signes et les objectifs ;	3 temps de mesure : T0 ; T1 (3 semaines) et T2 (3 mois)	Le groupe cognitif aurait des résultats plus significatifs que le groupe coping comparativement au groupe sur la liste d'attente pour le GHQ 3 mois après le programme.	Gardner et coll., 2005
POPULATION	INCLUSION	SESSIONS	TEMPS DE	EFFICACITE	AUTEURS

MESURE					
Rappel : 138 employés travaillant dans des services de santé : Infirmiers, docteurs, psychologues, aides-soignantes, administratifs		Groupe cognitif : ii) Modèle cognitif de la perception des stressseurs et travail sur les pensées négatives ; iii) Travail sur les pensées bloquantes, relaxation en imagerie ; iii) Analyse des coûts et bénéfices des styles de pensées, choisir ses pensées, pensées/croyances/attitudes, auto-instruction positive et utilisation de la distraction, résumé, feedback et évaluation. Groupe coping, (suite)i) journal de gestion du temps, ii) gestion du temps, affirmation et relaxation musculaire progressive ; iii) Résolution de problèmes, planification des objectifs, rester en bonne santé, comportements de type A et B, résumé, feedback et évaluation. 3 demi-journées d'ateliers durant 3h1/2		Rappel : Le groupe cognitif aurait des résultats plus significatifs que le groupe coping comparativement au groupe sur la liste d'attente pour le GHQ 3 mois après le programme.	Gardner et coll., 2005 (suite)
Femmes travaillant dans les services de santé	NS	6 séances de deux heures/semaine Psychoéducation sur le stress ; Relaxation ; Problème maison-travail et affirmation de soi ; Travail sur les pensées ; Gestion du temps et planification d'objectifs ; Emotion et soutien social	T1 : 3 mois avant l'entraînement ; T2 : avant le programme T3 : 1 mois après le programme T4 : 3 mois après le programme	Effet du temps sur la détresse psychologique. Il y aurait une différence entre la pré et post-intervention, à 1 mois : cette différence se maintient à 3 mois aussi. Il n'y a pas d'effet significatif sur la satisfaction. Il n'y aurait pas de lien entre les sessions et les résultats psychologiques.	Reynolds et coll., 1993

POPULATION	INCLUSION	SESSIONS	TEMPS DE MESURE	EFFICACITE	AUTEURS
INOCULATION DU STRESS					
Recrues militaires renvoyés à l'entraînement pour une reprise d'activité et une évaluation psychologique Constitution randomisée des groupes (GI=94 divisé en 17 groupes de 6; GC=84)	Etre en reprise d'activité ; Avoir un trouble de l'adaptation	2 sessions de 90 minutes Psychoéducation ; identification et partage des coping aidants ; Pratique relaxation, résolution de problèmes, discours internes.	Avant et après les sessions	Taux de réussite à l'évaluation de santé mentale : pas d'effet significatif.	Cigrang et coll., 2000
Individus de la population générale. Recrutement par voie publicitaire et répartition randomisée. (GI=41 et GC=39)	Etre âgé entre 18 et 63 ans	1 session de 40 minutes portant sur le PTSD Introduction ; Psychoéducation sur les réponses physiques au trauma ; Techniques pour stopper l'évanouissement ou la crainte qu'il n'arrive ; Techniques pour stopper les pensées inappropriées ; Désensibilisation via l'exposition à des images d'accidents de voitures ; Importance du soutien social ; Psychoéducation sur les conduites de consommation et leurs effets délétères (alcool, drogues). GC : 40 minutes de gestion des accidents et psychoéducation sur le rôle de la police.	T0 : Semaine avant session ; T1 : immédiatement après la visualisation de vidéo d'accidents routiers en rapport avec le métier d'urgentiste ; T2 : 4 semaines	<i>The Interpersonal Support evaluation List-12 (Soutien social perçu)</i> : pas d'effet significatif <i>Depression anxiety and depression scale (affects négatifs)</i> : Effets du temps et d'interaction (post-hoc NS) <i>PTSD Symptom scale-self-report</i> : NS Mémoire (questions sur les vidéos : mémoire centrale et mémoire périphérique + confiance en la justesse de la réponse) : Effet significatif du temps sur les mémoires et la confiance en la justesse des réponses. Effet significatif du groupe et d'interaction groupe*temps sur la mémoire périphérique et la confiance en la justesse des réponses.	Varker et Devilly, 2012.

POPULATION	INCLUSION	SESSIONS	TEMPS DE MESURE	EFFICACITE	AUTEURS
THERAPIES D'ACCEPTATION ET D'ENGAGEMENT ET THERAPIE DE PLEINE CONSCIENCE					
Travailleurs sociaux	Niveau de stress	4 sessions : Stress, Acceptation et langage ; Valeurs cibles ; Obstacles et flexibilité ; Compassion, communication et maintien du changement	T1 : 2 semaines avant le programme T2 : 2 semaines après	Il y aurait un effet du programme sur le stress, la détresse psychologique et le BO ($p<0,05$). L'effet est d'autant plus efficace que le stress est élevé.	Brinkborg et coll., 2011
Infirmiers, physiothérapeute, thérapeutes du travail, administratifs, psycholinguistes, psychologues	NS	Thérapie d'acceptation et d'engagement ; Thérapie de pleine conscience ; Actions basées sur les valeurs.	NS	Lien Acceptation, actions basées sur les valeurs et stress ($p<0,05$). Pleine conscience est liée au BO ($p<0,05$). Il y aurait un effet combiné des trois approches sur le stress, le BO et la qualité de vie ($p<0,05$). La thérapie d'acceptation a davantage d'effet sur la symptomatologie que les autres approches.	Mc Cracken et Yang, 2008
Militaires réservistes détachés du corps de la marine américaine pour l'étude (2 GI= 17 et GC=21) Groupes formés par unité d'appartenance	Rang de caporal à major	24 heures de sessions réparties sur 8 sessions hebdomadaires de 2 heures + retraite d'une journée. 30 minutes de pratique journalière Entretien individuel à la troisième et quatrième semaine. 12 heures d'introduction, de pratique des techniques de pleine conscience et discussion relatives aux questions que les participants se posent ; 6 heures d'instruction didactique et entraînement aux compétences relatives au stress, traumatisme et résilience ; 5 heures d'instruction didactique et discussion quant aux applications militaires ; 1 heure pour les pauses et questions administratives.	Avant et après	Five facet Mindfulness questionnaire (pleine conscience) : pas d'effet significatif du temps et du groupe mais effet d'interaction significatif. Perceived stress scale (stress perçu) : pas d'effet significatif Lien positif et significatif temps de pratique individuelle et pleine conscience ($p<0,05$). Lien négatif et significatif entre la pleine conscience et le stress perçu ($p<0,01$).	Stanley et coll., 2011.

EN RESUME

Cette partie avait pour objectif de décrire le BO et de répertorier : i) ses facteurs associés dans les métiers de l'Urgence et, ii) les programmes de gestion du stress.

LE BURN-OUT DANS LES METIERS DE L'URGENCE

- ☐ Syndrome d'épuisement professionnel peu étudié auprès de ces professionnels en France.
- ☐ Expression symptomatologique tridimensionnelle avec : i) l'EE ; ii) la D ; iii) l'AS ;
- ☐ Forte comorbidité avec les troubles internalisés ;
- ☐ Causé par une variété de facteurs de risque :
 - Exogènes avec un environnement professionnel stressant dont la pression professionnelle et le travail opérationnel ;
 - Endogènes avec la personnalité dont l'autoritarisme et l'affectivité négative ;
 - Les ressources dont un style de coping évitant.

LES PROGRAMMES DE PREVENTION

- ☐ Peu d'études françaises ;
- ☐ Davantage de prévention secondaire que primaire ;
- ☐ Programmes visant en l'augmentation de la résilience :
 - Développement des compétences ;
 - TCC ;
 - Pleine conscience et thérapie d'engagement et d'acceptation.
- ☐ Résultats divergents quant à leur efficacité

PARTIE II : PROBLEMATIQUE ET INSTRUMENTS DE MESURE

CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE, OBJECTIFS & HYPOTHÈSES

Les métiers de l'urgence sont des professions exposées à un ensemble de risques dont certains physiques et/ou d'autres psychiques. Ces derniers évalués dans les pays anglo-saxons sont évolutifs et culturellement déterminés. Nous trouvons ainsi la pression professionnelle et le travail opérationnel.

Etre professionnel du SAMU/SMUR ou SP ne se fait généralement pas par hasard. Le métier dans lequel ces individus s'orientent correspond à des attentes et besoins, dont ceux *i)* de stimulation comprenant des interventions non routinières ; *ii)* de savoirs techniques accroissant le sentiment de compétence face aux événements adverses ; *iii)* de partage et d'échanges. Or, tous ces facteurs ne sont pas stables et évoluent avec le contexte sociétal. Comme nous avons pu le constater dans l'introduction, certains facteurs professionnels sont stressants et amoindrisent le bien-être comme *i)* le manque de latitude décisionnelle ; *ii)* les conflits, le manque de soutien ; *iii)* et les environnements hostiles (Gollac et Bodier, 2011). Mais au regard de ces évolutions, qu'en est-il du décalage entre la représentation que l'on se fait de son propre métier et la réalité du terrain ? N'est-ce pas cela le point émergeant du BO ?

Problème de santé publique, le Burn-out est au cœur de toutes les préoccupations. Reconnu pour ses corrélats avec le milieu professionnel, de nombreux chercheurs ont mis en évidence des facteurs de stress professionnel impliqués dans son déclenchement. Cependant, au regard du manque notable d'études françaises portant sur ces métiers, quels sont ceux incriminés dans ce mécanisme ? La pression professionnelle et le travail opérationnel tels qu'ils sont retrouvés dans la revue de la littérature sont-ils liés au BO ? De plus, après avoir clarifié ces associations, quels sont les facteurs de risque expliquant son émergence ?

Comme le montre la littérature, le BO est associé à des facteurs : *i)* exogènes tels que l'environnement professionnel ; *ii)* endogènes tels que la personnalité ainsi qu'aux *iii)* ressources adaptatives dont le coping et le soutien social (Alarcon et coll., 2009 ; Halbesleben et Buckley, 2004 ; Grebot, 2010 ; Lourel et coll., 2008 ; Murphy et coll., 1994). Coping dont l'interaction avec l'environnement professionnel perçu est un facteur de risque à prendre également en considération. Il est vrai que même si ces données apportent des connaissances supplémentaires sur le sujet, des questions subsistent : Qu'en est-il de la personnalité puisqu'elle est responsable du choix de coping ? Pouvons-nous parler d'interaction entre ces deux variables que sont l'environnement professionnel perçu et cette dernière ? Plus

précisément quelles caractéristiques intrinsèques semblent importantes dans l'émergence du BO ?

Dans la lignée de ces interrogations, des chercheurs ont mis en évidence deux patterns de personnalité associés au BO. Tel est le cas de l'autoritarisme pour les SP et de l'affectivité négative pour les urgentistes. Dimensions de personnalité pour lesquelles des études ont mis en évidence leur corrélat avec le modèle du Big Five. Lorsque nous considérons les similitudes, nous notons qu'elles sont associées à l'extraversion et à l'ouverture. Outre cela, l'affectivité négative serait également associée à la conscience et à l'optimisme. Bien que ce modèle soit internationalement reconnu, il ne permet pas de mettre en évidence la part respective du tempérament et du caractère dans le processus du BO. Or, les données relevées dans la partie théorique montrent bien l'intérêt grandissant des caractéristiques génétiques dans la psychopathologie du stress au travail (Langelaan et coll., 2006). C'est la raison pour laquelle le modèle biopsychosocial de Cloninger semble tout indiqué dans la compréhension de ce syndrome. Modèle qui lui aussi est lié au Big Five, permettant ainsi de définir les facteurs de risque endogènes propres à ces métiers. En conséquence et en accord avec les observations cliniques effectuées lors de nos entretiens individuels, nous considérons les facteurs de risque endogènes suivants : i) pour les SPP, la recherche de nouveauté et la dépendance à la récompense ; ii) les urgentistes, l'évitement du danger, la dépendance à la récompense et la transcendance.

Outre ces caractéristiques, il semble également que le BO est lié au TDA/H. Très peu d'études ont traité cette question qui pourtant nous paraît essentielle à plusieurs niveaux. Tout d'abord, le TDA/H est un trouble neurocomportemental apparaissant durant l'enfance et évoluant au cours des âges. Ce premier constat permet donc de supposer qu'il laisse des traces puisqu'il se mêle au fonctionnement intrinsèque des individus. Ensuite, de par sa composition, il peut amener l'individu à chercher des situations répondant à un besoin de stimulation. Besoin de stimulation qui se trouve régulé dans les environnements professionnels offrant au quotidien des situations intenses tels que le métier du SMUR. En conséquence, ne peut-on supposer que le TDA/H est associé au BO ? TDA/H dont le type déterminerait le sens de cette association ? En effet dans certaines circonstances, nous supposons que le TDA/H est une ressource alors que dans d'autres, il devient un facteur de risque. Pour notre part, nous considérons le TDA/H mixte comme une ressource répondant à un travail opérationnel fréquent.

En conclusion, nous notons que des caractéristiques professionnelles et intrinsèques peuvent expliquer le BO. Mais qu'en est-il de leur interaction ?

Des études interactionnistes ont démontré ce lien auprès d'infirmiers, d'enseignants et d'étudiants universitaires (Garrosa et coll., 2011 ; Ghorpade et coll., 2011 ; Polman et coll., 2010). Dans ce cas, considérer la personnalité comme modérateur de la relation stress professionnel perçu-BO nous semble donc essentiel. A travers son filtre, nous interprétons et agissons sur notre environnement. De plus, considérer ce facteur remet l'individu au cœur de son histoire sans toutefois négliger la part de responsabilité des facteurs exogènes.

Pour clore, cela permet également d'orienter le choix du programme de prévention tel que les TCC puisque ces dernières portent tant sur les cognitions dont le traitement de l'information, que sur l'émotionnel.

En conséquence, l'objectif général de notre travail est donc d'identifier les facteurs de risque associés au BO auprès de population de SPP et du SMUR pour mettre en place un programme de prévention.

Nous étudierons donc les liens entre *i)* le stress professionnel perçu considéré comme un facteur exogène, *ii)* les facteurs endogènes dont la personnalité, *iii)* les ressources adaptatives et le BO.

Ainsi, **5 objectifs secondaires** sont fixés :

- ☐ Adapter et valider un instrument de mesure propre au métier de SP (Etude n°1) ;
- ☐ Etudier spécifiquement les facteurs de stress perçu tant chez les SPP que chez les professionnels du SAMU/SMUR (Etude n°2) ;
- ☐ Déterminer la prévalence du BO dans les métiers de l'urgence à partir de nos deux échantillons (Etudes n°3 et 4) ;
- ☐ Identifier le rôle des facteurs exogènes et endogènes associés au BO (Etudes n°3 et 4) ;
- ☐ Mettre en place un programme de prévention secondaire palliant la psychopathologie du stress pour ensuite évaluer ses effets (Etudes n°5).

Par conséquent, nous émettons les hypothèses suivantes :

- ☐ Eude n°1
 - le BO serait associé de manière significative au stress professionnel perçu (Etude n°1).
 - L'ensemble de la symptomatologie du BO serait associée positivement et significativement à l'intensité du stress professionnel perçu comprenant la pression professionnelle et le travail opérationnel ;
 - Les symptômes d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation seraient associés positivement et significativement à la fréquence du stress professionnel perçu comprenant la pression professionnelle et le travail opérationnel

- La réduction de l'accomplissement de soi serait associée positivement à la fréquence de la pression professionnelle et négativement à la fréquence du travail opérationnel.

☐ Etude n°2

- Il y aurait une différence significative dans les scores du stress professionnel perçu entre les SPP et les professionnels du SAMU/SMUR :
 - La population du SAMU/SMUR aurait des scores significativement plus élevés aux sous-échelles pression professionnelle aussi bien dans leur intensité que dans leur fréquence comparativement aux SPP ;
 - La population des SPP aurait des scores significativement plus élevés aux sous-échelles travail opérationnel tant dans leur intensité que dans leur fréquence comparativement aux professionnels du SAMU/SMUR.

☐ Etude n°3

BO et comorbidités

- Le Bo serait associé négativement et significativement à la satisfaction professionnelle ;
- Le Bo serait associé positivement et significativement aux symptômes tels que ceux se référant au(x) i) troubles internalisés (*cf.* les troubles de l'humeur et anxieux) ; ii) conduites à risques (*cf.* les conduites de consommation) et trouble externalisé TDA/H ;

Modèles explicatifs du BO

- Le stress professionnel perçu prédirait de manière significative la symptomatologie du BO
 - Plus précisément, l'intensité du travail opérationnel prédirait positivement l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et la réduction de l'accomplissement de soi.
 - La fréquence du travail opérationnel prédirait positivement et significativement l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et, négativement la réduction de l'accomplissement de soi.

- Les SPP souffrant de BO présenteraient des scores élevés aux patterns tempéramentaux Recherche de Nouveauté et Dépendance à la Récompense ainsi qu'un score faible au trait de caractère Transcendance ;
- Il y aurait un effet d'interaction entre l'environnement professionnel perçu et les patterns de personnalité prédisant le BO ;
 - Il y aurait un effet d'interaction entre des scores élevés à la recherche de nouveauté et à l'intensité du travail opérationnel perçu ;
 - Il y aurait un effet d'interaction entre des scores élevés à la Dépendance à la récompense et à l'intensité du travail opérationnel perçu ;
 - Il y aurait un effet d'interaction entre des scores faibles au trait de caractère transcendance et à l'intensité du travail opérationnel perçu.

❑ Etude n°4 :

BO et comorbidités

- Le Bo serait associé négativement et significativement à la satisfaction professionnelle ;
- Le Bo serait associé positivement et significativement aux symptômes tels que ceux se référant au(x) i) troubles internalisés (*cf.* les troubles de l'humeur et anxieux) ; ii) conduites à risques (*cf.* les conduites de consommation) et trouble externalisé TDA/H ;

Modèles explicatifs du BO

- Le stress professionnel perçu prédirait de manière significative la symptomatologie du BO
 - Plus précisément, l'intensité de la pression professionnelle prédirait positivement l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et la réduction de l'accomplissement de soi.
 - La fréquence de la pression professionnelle et du travail opérationnel perçus prédiraient positivement et significativement l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et ; négativement la réduction de l'accomplissement de soi.

- Les professionnels du SMUR souffrant de BO présenteraient des scores élevés aux patterns tempéramentaux Evitement du danger et Dépendance à la Récompense ainsi qu'un score faible au trait de caractère Transcendance ;
- Les professionnels du SMUR souffrant de BO auraient des scores plus élevés au TDA/H ;
- Il y aurait un effet d'interaction entre l'environnement professionnel perçu et les patterns de personnalité prédisant le BO ;
 - Il y aurait un effet d'interaction entre des scores élevés à l'évitement du danger et à l'intensité de la pression professionnelle perçue ;
 - Il y aurait un effet d'interaction entre des scores élevés à la Dépendance à la récompense et à l'intensité de la pression professionnelle perçue ;
 - Il y aurait un effet d'interaction entre des scores faibles au trait de caractère transcendance et à l'intensité du travail opérationnel perçu ;
 - L'effet d'interaction entre des scores élevés au TDA/H mixte et à la fréquence du travail opérationnel prédirait positivement l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et l'accomplissement de soi.

❑ Etude n°5

Les SPP participant au programme de prévention auraient leurs symptômes de stress et de BO qui diminuerait significativement comparativement aux SPP ne suivant pas le programme de prévention.

Les scores aux échelles de stress et de BO diminueraient significativement entre les trois temps de mesure chez les SPP ayant participé au programme de prévention comparativement aux SPP n'y ayant pas participé.

CHAPITRE 2 : PRESENTATION DES INSTRUMENTS DE MESURE

L'ensemble des questionnaires ci-dessous a été utilisé dans le cadre d'entretiens directs auprès du SAMU/SMUR de la Gironde (Bordeaux et Blaye) et des Sapeurs-Pompiers Professionnels (SPP).

2.1. PSYCHOPATHOLOGIE DU STRESS : LE MASLACH BURNOUT INVENTORY

Initialement, cet outil a été construit pour les professionnels travaillant auprès des individus. Il a pour objectif d'évaluer le burnout selon la tridimensionnalité de Maslach et Jackson. Il est donc composé de 22 items suivants une échelle de likert à 7 points répartis en 3 dimensions que sont : *i*) l'épuisement émotionnel, soit le sentiment d'être envahi ou épuisé par son travail ; *ii*) la dépersonnalisation, soit les sentiments d'insensibilité et réponses impersonnelles aux clients ; *iii*) l'accomplissement personnel au travail avec les sentiments de compétence et de réalisation de soi au travail. Selon les auteurs de cet outil, l'épuisement professionnel serait une variable continue exprimant un degré d'atteinte catégorisé comme étant faible, moyen ou élevé (Maslach et Jackson, 1986). De nombreuses études ont montré que cet instrument de mesure présente *i*) une consistance interne modérée à satisfaisante avec des alphas de Cronbach allant de .64 à .90 ; et *ii*) une fidélité test-retest satisfaisante auprès de professionnels de la santé et de la petite enfance (Dion et Tessier, 1994). En termes de cotation, un score élevé aux dimensions d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation accompagné d'un niveau bas d'accomplissement de soi veut dire que le sujet souffrira de burnout.

2.2. COMORBIDITE ET BO

2.2.1. La Mesure du Stress Psychologique

Instrument de mesure construit sur la base de trois études, cet outil se composait de 95 énoncés initiaux dont 49 ont été retenus. Il s'agit d'un auto-questionnaire permettant d'évaluer globalement le niveau de stress ainsi que trois de ses indicateurs : *i*) cognitivo-

affectifs (11 items), *ii*) somatiques (6 items) et *iii*) comportementaux (8 items). Il se compose de 25 items pris aléatoirement de la version longue à 49 items de ce même outil. Sur la base des 4-5 derniers jours, il permet de reproduire et d'évaluer l'intensité du stress ressenti selon une échelle de likert à 8 points. La somme de l'ensemble des items dont 3 inversés (10, 21, 25) permet d'obtenir un score global de stress. Dans un but interprétatif, les auteurs ont élaboré des valeurs de comparaisons normatives. Ces dernières ont été constituées par le regroupement de 11 études différentes situées entre 1984-1988. L'échantillon composé de 1520 individus, dont 58% sont des hommes et 42% sont des femmes, se compose de futurs parents et parents, d'adultes étudiants, de policiers, de contrôleurs aériens, d'infirmières, d'éducatrices en garderie et autres.

Outre cette modalité, cet outil présente des qualités psychométriques satisfaisantes avec *i*) des indices de consistance internes allant de .88 à .90 ; *ii*) une fidélité test-retest allant jusqu'à 6 mois ; *iii*) une validité concomitante avec des indices physiologiques du stress et des variables de personnalité ; *iv*) une validité prédictive concernant l'inventaire de Dépression de Beck (1961) et l'Inventaire général de Santé de Goldberg (1978) ; *v*) une validité discriminante (Lemyre, Tessier et Fillion, 1990).

2.2.2. La Satisfaction professionnelle

Cet auto-questionnaire a été élaboré pour l'étude intitulée « Etude des relations entre les scores d'intelligence émotionnelle selon l'EQ-i de Bar-On et la satisfaction professionnelle autoévaluée ». Il est composé de 23 items évaluant 4 dimensions de la satisfaction professionnelle mentionnées dans la littérature : *i*) rémunération promotion ; *ii*) accomplissement ; *iii*) relations interpersonnelles et *iv*) contexte organisationnel. Chacun des items suit une échelle de likert à 5 points allant d'absolument faux à absolument vrai. Les scores pour les différentes dimensions correspondent à une somme des points aux items Un score élevé désigne un haut degré de satisfaction.

Quant à sa validation a été faite auprès de 46 individus et révèle une consistance interne satisfaisante avec des alphas variant de 0.68 à 0.85 (Thiébaud et coll., 2005).

2.2.3. Les troubles internalisés

A. Les symptômes anxieux et dépressifs : le Hospital Anxiety and Depression.

Le HAD est un auto-questionnaire évaluant la sévérité de la symptomatologie anxieuse et dépressive. Il se compose de 14 items suivants une échelle de likert à 4 points. Ces items sont répartis en deux sous-échelles : *i*) dépression comprenant des éléments dysphoriques, de ralentissement et anhédoniques ; *ii*) anxiété issus du Present State Examination et de la Clinical anxiety scale. Afin de limiter les biais de répétition, l'ordre de cotation des items a été inversé. En conséquence, un individu ayant un score compris entre 8 et 10 est susceptible de souffrir de troubles anxieux et dépressifs. Au-delà de ce seuil, il est possible que l'individu souffre de troubles anxieux et dépressifs avérés (Lépine et coll., 1985).

B. L'Etat de Stress Post-Traumatique : le Posttraumatic Checklist Survey.

Cet auto questionnaire permet d'évaluer l'Etat de Stress Post Traumatique selon les critères diagnostiques du DSM IV-TR. Il se compose de 17 items reprenant les symptômes d'Intrusion, d'évitement et d'activation neurovégétative. Il s'agit d'évaluer l'occurrence de ces symptômes à partir d'une échelle de likert à 5 points. La somme de ces derniers permet de dépister la présence de ce trouble anxieux en référence avec un seuil clinique de 44. Dans le cas où le score total est supérieur à ce cut-off, l'individu est susceptible d'être en souffrance.

Suite à une étude menée auprès d'individus exposés à un événement traumatique, il a été montré que cet outil avait *i*) une bonne validité test-retest (2-3 jours) avec un coefficient de .80 pour le score total ; .82 pour l'intrusion ; .74 pour l'évitement ; .70 pour l'activation neurovégétative ; *ii*) une consistance interne modérée à satisfaisante allant de .67 à .86 (Ventureyra et coll., 2002).

2.2.4. Le sommeil et l'Index de Qualité de sommeil de Pittsburgh.

Afin d'évaluer la qualité du sommeil, nous avons choisi l'Index de Qualité du Sommeil de Pittsburgh. Cette mesure auto-évaluative comporte 19 items et 5 autres remplis par le partenaire mais n'apparaissant pas dans le score total. Il se compose de sept sous-échelles : *i*) efficience subjective du sommeil, *ii*) la latence, *iii*) la durée, *iv*) la qualité, *v*) la perturbation, *vi*) la médication et *vii*) le dysfonctionnement diurne. Un score supérieur à 5 indique une qualité de sommeil pauvre tandis qu'un score supérieur ou égal à 21 est un indicateur d'un

éventuel trouble du sommeil (Buysse et coll., 1989). D'après Beaudreau et coll. (2012), cet outil présente des indices de consistance interne satisfaisants auprès d'une population de personnes blanches et noires âgées. De plus, il semble que cette mesure ait également une validité convergente et discriminante satisfaisante.

2.2.5. Les conduites à risques.

A. La consommation d'alcool : le *Deta-Cage*.

Pour dépister la consommation excessive d'alcool, l'Organisation Mondiale de la Santé a élaboré le questionnaire DETA-CAGE. Il traite d'une éventuelle consommation pathologique de l'alcool : ce que le sujet ressent sur sa consommation ainsi que la perception que l'entourage a sur cette dernière. Il s'agit d'un questionnaire dichotomique à 4 items (Mayfield, McLeod, & Hall, 1974 ; Ramirez et coll., 1990).

B. La consommation de tabac : le *Heaviness of Smoking Index* .

Il s'agit d'une forme abrégée du « Frageström Test for Nicotine Dependence » (FTND), à savoir le « Frageström Tolerance Questionnaire » élaboré en 1978. C'est un test de dépistage concernant la consommation de tabac. Cette échelle est constituée de 2 items allant de la première cigarette consommée le matin à la consommation excessive de cette substance voire la dépendance. Il a une consistance interne satisfaisante avec un alpha de Cronbach de .72. Ceci a été démontré auprès d'une population de 643 fumeurs et non-fumeurs. De plus, il a été montré que ce même instrument de mesure a un coefficient de fidélité test-retest satisfaisant (0.8) (Heatherton et coll., 1991).

C. La consommation de cannabis : le *Deta-Cage*.

Il s'agit aussi d'un outil de dépistage à caractère dichotomique élaboré par l'Organisation Mondiale de la Santé. Par l'intermédiaire de 4 items, il évalue une éventuelle dépendance au cannabis (Bush et coll., 1987).

D. Consommation de médicaments.

Nous utiliserons des items pris dans un questionnaire construit dans le cadre d'une « *Etude de la consommation de médicaments à visée anxiolytique / hypnotique et antalgique chez des enfants et adolescents et chez leurs parents* » (Michel et coll., 2001).

E. Les troubles externalisés avec le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité : l'Adult Self-Report Scale Symptom Checklist

C'est un test de dépistage auto-évaluatif composé d'une liste de symptômes. Il a été élaboré par l'Organisation Mondiale de la Santé et par le Groupe de travail sur les troubles déficitaires de l'attention avec hyperactivité de l'adulte composé de L. Adler, de R. Kessler et de T. Spencer. Il contient 18 items suivants une échelle de likert à 5 points. Ces items reprennent les critères du DSM IV-TR (ASRS-V1.1 ; Kessler et coll., 2005).

2.3.MODELE EXPLICATIF DU BURNOUT

2.3.1. Questionnaire sociodémographique.

Ce questionnaire a été élaboré en collaboration avec le Laboratoire EA 3672 « Santé, Travail et Environnement ». Il permet de discriminer les individus en fonction de différents critères :

- ☐ les caractéristiques sociales avec l'âge, le genre, le statut marital, le nombre d'enfant et leur garde ;
- ☐ les caractéristiques professionnelles avec le statut professionnel, les années d'ancienneté, la fonction, les spécialités, les gardes (durée et nombre) ;
- ☐ la sante avec la sante générale perçue, les antécédents médicaux (maladie chronique, opérations), les accidents de la vie courante (nombre et lieu).

2.3.2. Facteurs exogènes : Le Job Stress Survey-adaptation française.

Le JSS traite des sources génériques du stress au travail. Il postule que les individus se baseraient tant sur l'existence des variétés de stressseurs que sur leur occurrence (Cox et Fergusson, 1994). Il est la combinaison de deux questionnaires spécifiques que sont le Police Stress Survey et le Teacher Stress Survey sur lesquels 39 items ont été retenus. Résultats provenant d'un large échantillon de professionnels (salariés d'entreprise et d'université), la version finale se compose de 30 items dont 10 forment la «Pression Professionnelle» (PPro) et 10 autres forment le «Manque de Soutien Organisationnel» (MSso). Chacun des items constitutifs de l'outil est évalué tant dans son intensité que dans sa fréquence. De plus, la combinaison de ces échelles forme un Index de Stress attestant le niveau global de stress

professionnel perçu (Sifakis et coll., 1999 ; Spielberger, et Vagg, 1999 ; Vagg et Spielberger, 1998).

De nombreuses études transculturelles ont porté sur son adaptation et sa validation auprès d'un grand nombre de travailleurs (Spielberger et Sarason, 2005). Adapté en France auprès d'enseignants, de sapeurs-pompiers, de cadres, d'assureurs, de policiers, le JSS a montré une structure à deux facteurs inversés pour l'intensité et une autre analogue pour la Fréquence comparativement à la version originale. Outre la validité de construit, le JSS montre des corrélats avec les troubles cardiovasculaires, la satisfaction professionnelle et le BO.

2.3.3. Facteurs endogènes : l'Inventaire de personnalité de Cloninger « Temperament and Character Inventory »

Cet outil est une version abrégée du Temperament and Character Inventory de Cloninger. Il a été validé auprès d'une population de 211 fumeurs et de non-fumeurs suisses. Les résultats obtenus ont montré une consistance interne modérée à satisfaisante avec des alphas de Cronbach allant *i)* de 0.65 à 0.75 pour les échelles de tempérament et, *ii)* de 0.71 à 0.83 pour les échelles de caractère (TCI-56 ; Rigozzi et Rossier, 2004).

Cet outil repose sur une approche biopsychosociale de la personnalité et comprend quatre variables de tempérament et trois de caractère.

Les variables de **tempérament** sont supposées être transmises génétiquement et contrôlées par des systèmes neurobiologiques spécifiques. Le tempérament, qui est l'aspect génétique de la personnalité, a été décrit d'abord par trois dimensions indépendantes :

- ❑ **Recherche de la nouveauté** (RN) : elle est « contrôlée par un système d'activation comportementale sensible aux stimuli inconnus et aux signaux de récompense, soutendus par l'activité dopaminergique » (Pélissolo et coll., 1997)
⇒ Si le score est élevé, alors le sujet tendra à être curieux, désordonné, rapidement lassé, voire impulsif.
- ❑ **Evitement du danger** (ED) : il est « sous la dépendance d'un système d'inhibition comportementale face à des signaux de punition ou de frustration, déterminé par l'activité sérotoninergique » (Pélissolo et coll., 1997).

⇒ Si le score est élevé, alors il sera timide, pessimiste, fatigable, craintif et hésitant.

- ❑ **Dépendance à la récompense (DR)** : elle « est contrôlée par un système de maintien comportemental en l'absence de renforcement continu, supposé en rapport avec l'activité noradrénergique centrale ». (Pélissolo et coll., 1997).

⇒ Si le score est haut, alors la personne sera sensible, chaleureuse, fragile au retrait social.

- ❑ **Persistance (P)** : cette variable a été ajoutée par la suite, en 1993. Les sujets concernés, donc ayant un haut score, sont ambitieux, persévérants, volontaires et perfectionnistes.

Concernant le **caractère**, il est la part apprise de la personnalité. Les trois dimensions le composant reflètent les degrés d'adaptation et de maturité de l'individu, acquis au cours du développement, sous l'influence du milieu et de l'apprentissage.

- ❑ **Détermination (Déter)** : elle est la maturité individuelle (la prise de conscience du soi).
- ❑ **Coopération (C)** : elle est la maturité sociale (prise de conscience sociale).
- ❑ **Transcendance (T)** : maturité spirituelle (prise de conscience universelle, méditation ou prière)

2.3.4. Ressources adaptatives

A. Inventaire de Coping pour Situations Stressantes

L'Inventaire de Coping pour Situations stressantes découle du Multidimensional Coping Inventory élaboré par Endler et Parker (1988). Auto-questionnaire de 48 items, il évalue l'occurrence de trois styles de coping, à savoir *i*) le coping centré sur la Tâche, *ii*) le coping centré sur l'Emotion, *iii*) et l'Evitement avec la distraction sociale et la diversion. L'échelle Tâche décrit des efforts orientés vers la tâche pour résoudre le problème, le restructurer sur le plan cognitif ou pour tenter de modifier la situation. L'échelle Emotion décrit les réactions émotionnelles orientées vers le moi dans le but de réduire le stress. Ces réactions comprennent les réponses émotionnelles, les préoccupations personnelles et les rêveries. Pour terminer l'échelle Evitement est divisée en deux composantes, à savoir la diversion sociale (orientée vers la personne) et la distraction (orientée vers la tâche) (Endler et Parker, 1990 ; adaptation française de J. P Rolland, 1994).

Il présente une validité interne satisfaisante ayant été évaluée auprès d'enseignants, d'infirmières et d'aides-soignants, de SP, de policiers, de militaires, de travailleurs sociaux et autres.

B. Le Soutien Social : Echelle de Provisions Sociales.

Cet auto-questionnaire porte sur la notion de « Provisions », soit une conception écologique du comportement. Pour se développer et s'épanouir, l'être humain a besoin d'avoir accès à un certain nombre de ressources dont principalement des ressources sociales. Il est composé de 24 items évaluant 6 dimensions du soutien social : *i)* l'Attachement, *ii)* l'Aide tangible et matérielle, *iii)* les Conseils, *iv)* l'Intégration sociale, *v)* l'Assurance de sa valeur et *vi)* le besoin de se sentir utile et nécessaire. Chacun de ses items est évalué en fonction du degré d'accord suivant une échelle de Likert à 4 points.

La validation de cet instrument a été effectuée auprès d'un large échantillon d'individus comprenant des *i)* étudiants en premier cycle (psychoéducation, administration, services sociaux, comptabilité, sciences infirmières, éducation, science appliquée et autres) ; *ii)* individus issus de la population générale ; *iii)* personnes bénéficiant de l'aide sociale et *iv)* individus atteints de psychose. D'après les résultats obtenus, il semble que les coefficients de consistance internes soient faibles à satisfaisants pour les sous-échelles variant de .37 à .88. Quant au score total, il montre des indices de consistance interne satisfaisants avec des alphas variant de .87 à .92. De plus, cet outil montre une validité de convergence satisfaisante, notamment avec l'Echelle de satisfaction des domaines de vie de Baker et Intagliata (Cuttrona et Russell, 1989 ; Adaptation française Caron, 1996).

2.3.5. L'interface entre la vie privée et la vie professionnelle : le SWING.

Cet auto-questionnaire se compose de 22 items évaluant le rapport qu'entretient la vie privée avec la vie professionnelle. Chacun des items suit une échelle de likert à 4 points. Ils sont répartis en 4 dimensions :

- ☐ Les effets négatifs de la vie au travail sur la vie ;
- ☐ Les effets négatifs de la vie privée sur la vie au travail ;
- ☐ Les effets positifs de la vie au travail sur la vie privée ;
- ☐ Les effets positifs de la vie privée sur la vie au travail.

La validation de cet outil a été effectuée auprès de 132 salariés dont des cadres ingénieurs, des techniciens, des médecins et des ouvriers. Les résultats ont montré *i)* des indices de consistance interne modérés à satisfaisants allant de .66 à .77 ; *ii)* une validité convergente avec la satisfaction professionnelle (Lourel et coll., 2005).

CHAPITRE 3 : VALIDITE DES INSTRUMENTS DE MESURE

Notre travail repose sur une succession d'étapes répertorié en trois axes : i) Identification des facteurs de stress propres aux métiers de l'Urgence par l'adaptation et la validation de la version française du JSS ; ii) Etude du BO auprès de populations du SMUR et de SPP ; iii) Elaboration et mise en place d'un programme de prévention auprès des SPP.

Pour l'étude n°1, nous avons effectué des passations groupales afin d'adapter et de valider le Job Stress Survey aux SP. Quant à l'étude n°2, nous avons effectué des entretiens semi-directifs dont la grille du questionnaire est énoncée dans l'annexe. Les études n°3 et n°4 consistent en des entretiens individuels directifs. Pour clore, l'étude n°5, ayant porté sur l'évaluation de l'efficacité du programme de prévention, a été effectuée par mail via un Web-Interface grâce à la plateforme SurveyMonkey. Chacune de ces parties comporte une succession de questionnaires dont la validité est abordée dans la partie suivante avec les coefficients de consistance interne (Tableau 7).

3.1. AXE 1/ IDENTIFICATION DES FACTEURS DE STRESS PROFESSIONNEL PROPRES AUX METIERS DE L'URGENCE.

3.1.1. Etude n°1

Cette étude comprend 375 SPP auprès desquels nous avons administré deux outils de mesure. L'un est le Maslach Burnout Inventory. Cet instrument de mesure évalue la tridimensionnalité du BO avec l'épuisement émotionnel (EE) , la dépersonnalisation (D) et l'accomplissement de soi réduit (AS). Dans la présente étude, cet outil a des indices de consistance interne modérés à satisfaisants avec des alphas de Cronbach valant .79 pour EE, .63 pour D et .74 pour AS. Ces résultats convergent avec les résultats de la revue de la littérature. En effet, comme le montrent des méta-analyses relatives à cet outil, les indices de validité varient en fonction du pays, des caractéristiques de l'échantillon ainsi que sa taille. Globalement, les alphas de Cronbach varient de .72 à .95 pour EE ; de .5 à .9 pour D et de .52 à .87, sachant que les résultats sont meilleurs pour les Etats-Unis (Wheeler et coll., 2011).

3.1.2. Etude n°2

Cette étude porte sur 85 SPP et 107 personnels du SAMU/SMUR. Ces derniers ont répondu à l'adaptation française du JSS aux SP. D'après les résultats obtenus, cet outil

présente des indices de consistance interne satisfaisants avec des alphas de Cronbach variant entre .71 à .94 pour les SPP et de .83 à .92 pour le SAMU/SMUR.

3.2. AXE 2/ ÉTUDE DU BURN-OUT AUPRES D'UNE POPULATION DES SERVICES MOBILES D'URGENCE ET DE REANIMATION (SMUR), D'UNE PART ET D'UNE POPULATION DE SAPEURS-POMPIERS PROFESSIONNELS (SPP) : ETUDES N°3 ET N°4.

Ces deux études se basent sur les mêmes questionnaires. Alors que l'étude n°3 porte sur un échantillon de SPP (N=85), l'étude n°3 est relative aux professionnels du SMUR (N=75).

Chacune d'entre elles comprend deux parties : i) l'une portant sur le BO et ses troubles comorbides ; ii) l'autre sur ses modèles explicatifs.

3.2.1. Comorbidités

Afin d'évaluer la cooccurrence des troubles associés au BO. L'ensemble des professionnels ont répondu aux questionnaires suivants :

- ☐ L'inventaire du Burn Out (MBI) : les indices de consistance interne sont faibles à satisfaisants. Ils sont de .65et .85 pour l'épuisement émotionnel chez les SPP et le SMUR ; de.52 et .61 pour la dépersonnalisation et, de .75et .67 pour l'accomplissement de soi. Ces résultats correspondent aux données issues de la littérature scientifique montrant des indices sensiblement plus faibles pour les pays non anglo-saxons ;
- ☐ La satisfaction professionnelle dont les indices de consistance interne sont faibles pour les sous-échelles. De fait, nous n'utiliserons que le score total présentant des indices satisfaisants tant chez les SPP que chez les professionnels du SMUR avec $\alpha=.82$ et $\alpha=.78$.
- ☐ Le sommeil (PSQI) : l'outil montre une validité faible avec un indice de .53 pour les SPP. En conséquence, cet outil ne sera pas intégré dans les analyses statistiques afin de ne pas amoindrir la validité de nos résultats. Quant au SMUR, l'outil montre une validité modérée avec un indice de .66 ;

- ❑ Le stress (MSP) présente des indices de consistance interne satisfaisants avec une valeur de .85 pour les SPP et de .89 pour le SMUR. Ces résultats sont dans la lignée des résultats obtenus par Lemyre, Tessier et Fillon (1990) ;
- ❑ Les troubles internalisés
 - La détresse psychologique (HAD) : cette échelle présente des indices de consistance internes faibles pour les SPP avec un indice de .51 pour l'échelle dépression et de .55 pour celle d'anxiété. De fait, nous ne tiendrons pas compte de cet outil lors de nos analyses statistiques. Quant au SMUR, les indices sont modérés pour l'échelle de dépression avec une valeur de .600 et satisfaisants pour l'échelle d'anxiété avec une valeur de .73;
 - L'ESPT (PCLS) : il montre des indices satisfaisants pour les SPP avec .81 pour l'intrusion, .52 pour l'évitement, .72 pour HNV et de .85 pour le score total. Les résultats obtenus à la sous-échelle évitement nous amène à ne considérer que le score total lors de nos analyses statistiques. Quant au SMUR, nous avons : .83 pour l'intrusion, .74 pour l'évitement, .93 pour HNV et de .91 pour le score total.
- ❑ Les conduites à risques regroupent les conduites de consommation suivantes :
 - L'alcool avec le Deta-Cage montrant un indice de consistance interne très faible pour les SPP avec un indice de .08. Ce dernier point nous a amené à retirer ce questionnaire de l'analyse. Quant au SMUR, son indice est satisfaisant avec une valeur de .70 ;
 - Le cannabis avec le Deta-Cage montre un indice de consistance interne modéré pour les SPP avec une valeur de .66. Alors que pour le SMUR, il ne montre aucun résultat puisque personne n'a signalé de consommation actuelle ;
 - Le tabac avec le Heaviness of smoking Index attestant d'une validité satisfaisante avec un alpha de Cronbach de .81 pour les SPP et de .79 pour le SMUR.
- ❑ Les troubles externalisés avec le **TDA/H** et le ASRS-V1.1 : cet outil montre une validité modérée à satisfaisante avec des indices de consistance interne *i)* de .68 et .77 pour les SPP et le SMUR concernant la dimension déficit attentionnel ; *ii)* de .68 et .72 pour la dimension impulsivité/hyperactivité chez les SPP et le SMUR ; *iii)* et de .71 et .80 pour la symptomatologie mixte.

3.2.2. Modèles explicatifs du Burn-Out

Cette partie comprend des questionnaires évaluant les :

- ❑ Facteurs exogènes au BO avec le Job Stress Survey adapté aux SPP. Dans ce cas, l'outil présente des indices de consistance internes satisfaisants analogues à l'étude n°1. De fait, leurs valeurs varient entre .72 (intensité de la pression professionnelle) et .84 (fréquence) pour les SPP. Il en est de même pour le SMUR dont les indices de consistance interne varient entre .81 (intensité du travail opérationnel) et .89 (intensité de la pression professionnelle) ;
- ❑ Facteurs endogènes avec le TCI-56. Concernant les patterns de personnalité, ils présentent des indices de consistance interne allant de .55 (Détermination) à .63 (Transcendance). En conséquence, nous ne tiendrons donc pas compte des échelles P et D dans l'analyse statistique. Quant au SMUR, les indices de consistance interne sont faibles à satisfaisants compris entre .55 (recherche de nouveauté) et .79 (Transcendance). Au regard des résultats susmentionnés, nous ne tiendrons pas compte des échelles RN et D dans l'analyse statistique.
- ❑ Les ressources adaptatives avec le CISS. Ses indices de consistance interne sont satisfaisants aussi bien chez les SPP que dans la population du SMUR.
Quant à l'EPS, seule l'échelle totale présente des indices de consistance interne satisfaisants avec des alphas de Cronbach de .82 et de .85 respectivement pour les SPP et le SMUR.
- ❑ Le SWING présente des indices de consistance interne faibles à modérés avec des valeurs de i) .61 pour le rapport négatif de la vie professionnelle sur la vie privée ; ii) .28 pour le rapport négatif de la vie privée sur la vie professionnelle ; iii) .61 pour le rapport positif de la vie professionnelle sur la vie privée ; iv) .64 pour le rapport positif de la vie privée sur la vie professionnelle. Avec des indices faibles à modérés, nous décidons d'exclure l'échelle « rapport négatif de la vie privée sur la vie professionnelle » lors de nos analyses statistiques. . Quant au SMUR, les indices de consistance interne sont modérés à satisfaisants avec des valeurs allant de .66 pour le rapport négatif de la vie privée sur la vie professionnelle à .82 pour le rapport négatif de la vie professionnelle sur la vie privée.

3.3. AXE 3/ ELABORATION ET MISE EN PLACE D'UN PROGRAMME DE PREVENTION SECONDAIRE AUPRES D'UNE POPULATION DE SPP : ETUDE N°5

Cette partie consiste en l'évaluation de l'efficacité du programme de prévention 2aire sur la psychopathologie du stress. Pour ce faire, les participants SPP ont répondu à deux questionnaires à trois temps de mesure bien distincts.

Il s'agit du MSP dont les indices de consistance interne sont satisfaisants avec des valeurs variant de .82 à .91 pour le groupe contrôle et de .88 à .95 pour le groupe d'intervention. Quant au MBI, il présente des indices de consistance interne variables selon le groupe d'appartenance. Concernant le groupe contrôle, nous notons des indices variant de .81 à .90 pour l'EE, de .22 à .69 pour la dépersonnalisation, et de .72 à .91 pour l'accomplissement de soi. Ne pouvant exclure la dimension dépersonnalisation de notre analyse, les résultats obtenus lors de leur analyse seront à prendre avec beaucoup de précaution. Concernant le groupe d'intervention, nous notons des indices variant de .74 à .90 pour l'EE, de .64 à .81 pour la dépersonnalisation, de .51 à .63 pour l'accomplissement de soi.

Tableau 7 : Validité des instruments de mesure par étude.

OUTILS (1/4)		ETUDE					
		N°1		N°2		N°3	N°4
		N=375	n _{SPP} =85	n _{SAMU/SMUR} =107	N=85	N=79	n _{GC} =5 et n _{GI} =8
		α	α	α	α	α	α
BO	Maslach Burnout Inventory Epuisement émotionnel	.79			.65	.85	T0 : α_{GC} =.81 ; α_{GI} =.90 T1 : α_{GC} =.93 ; α_{GI} =.74 T2 : α_{GC} =.90 ; α_{GC} =.85
	Dépersonnalisation	.63			.52	.61	T0 : α_{GC} =22 ; α_{GI} =75 T1 : α_{GC} =.37 ; α_{GI} =.64 T2 : α_{GC} =.69 ; α_{GI} =.81
	Accomplissement de soi	.74			.75	.67	T0 : α_{GC} =.72 ; α_{GI} =.63 T1 : α_{GC} =.91 ; α_{GI} =.58 T2 : α_{GC} =.74 ; α_{GI} =.51
SATISFACTION PROFESSIONNELLE	Satisfaction professionnelle				.78	.82	
	Contexte organisationnel				.69	.80	
	Relations interpersonnelles				.57	.44	
	Rémunération				.39	.56	
	Accomplissement				.53	.79	

OUTILS (2/4)		ETUDE				
		N°1	N°2	N°3	N°4	N°5
		N=375	n _{SPP} =85	n _{SAMU/SMUR} =107	N=85	N=79
		α	α	α	α	α
STRESS PROFESSIONNEL PERCU	Job Stress Survey-SP					
	Intensité	.92	.80	.88	.78	.88
	Pression professionnelle (PProI)	.91	.81	.92	.72	.89
	Travail opérationnel (ToI)	.85	.84	.79	.79	.81
	Fréquence	.90	.84	.80	.84	.88
	Pression professionnelle (PProF)	.88	.80	.89	.72	.87
	Travail opérationnel (ToF)	.83	.77	.83	.78	.84
	Index	.90	.84	.87	.84	.88
	Pression professionnelle (PProX)	.90	.94	.91	.75	.90
	Travail opérationnel (ToX)	.82	.88	.83	.80	.83
STRESS PSYCHOLOGIQUE	MSP				.85	.89
						T0 : $\alpha_{GC}=.82$; $\alpha_{GI}=.88$
						T1 : $\alpha_{GC}=.88$; $\alpha_{GI}=.95$
SOMMEIL						T2 : $\alpha_{GC}=.91$; $\alpha_{GI}=.93$
	Index de qualité du sommeil de Pittsburgh				.53	.66
DETRESSE PSYCHOLOGIQUE	Hospital Anxiety and Depression Scale					
	Anxiété			.	.51	.73
	Dépression				.55	.60
ESPT	Posttraumatic CheckList Scale				.85	.91
	Intrusion				.81	.83
	Evitement				.52	.74
	Activation neurovégétative				.78	.93

		OUTILS (3/4)			ETUDES		
		N°1	N°2		N°3	N°4	N°5
		N=375	n _{SPP} =85	n _{SAMU/SMUR} =107	N=85	N=79	n _{GC} =5 et n _{GI} =8
		α	α	α	α	α	α
CONDUITES A RISQUES	Deta-Cage (Alcool)				.08	.70	
	Heaviness of smoking index				.81	.89	
	Deta-Cage (Cannabis)				.66	NS	
TROUBLE EXTERNALISE : TDA/H	ASRS V1.1						
	TDA/H Déficit attentionnel				.68	.77	
	TDA/H Impulsivité-hyperactivité				.68	.72	
	TDA/H Mixte				.71	.80	
PERSONNALITE	TCI-56						
	Recherche de Nouveauté (RN)				.63	.55	
	Dépendance à la Récompense (DR)				.61	.68	
	Evitement du danger (ED)				.68	.71	
	Persistance (P)				.58	.75	
	Caractère						
	Détermination (D)				.55	.57	
	Coopération (C)				.62	.74	
	Transcendance (T)				.63	.79	
COPING	CISS						
	Tâche				.87	.85	
	Emotion				.82	.88	
	Evitement				.85	.84	
	Distracted				.77	.73	
	Diversión sociale				.74	.77	

		OUTILS (4/4)			ETUDES		
		N°1	N°2		N°3	N°3	N°5
		N=375	n _{SPP} =85	n _{SAMU/SMUR} =107	N=85	N=79	n _{GC} =5 et n _{GI} =8
		α	α		α	α	α
SOUTIEN PERÇU	SOCIAL	Echelle de Provisions sociales			.82	.85	
		Aide tangible			.57	.61	
		Attachement			.66	.61	
		Conseil			.28	.61	
		Besoin de se sentir utile			.39	.38	
		Intégration sociale			.82	.57	
		SWING					
INTERFACE PROFESSIONNELLE- VIE PRIVEE	VIE	Rapport négatif de la vie professionnelle sur la vie privée			.61	.82	
		Rapport négatif de la vie privée sur la vie professionnelle			.28	.66	
		Rapport positif de la vie professionnelle sur la vie privée			.61	.69	
		Rapport positif de la vie privée sur la vie professionnelle			.64	.68	

PARTIE 3 : RÉSULTATS

**ETUDE N°1/ RESULTATS DE L'ETUDE PORTANT SUR
L'ADAPTATION ET LA VALIDATION DU JOB STRESS
SURVEY AUPRES DES SP DE GIRONDE (JSS-SP)**

4.1. METHODOLOGIE

4.1.1. Rappel des hypothèses

Suite aux données recueillies dans la revue de la littérature, nous faisons l'hypothèse selon laquelle le BO serait associé de manière significative au stress professionnel perçu. Plus précisément,

- L'ensemble de la symptomatologie du BO serait associée positivement et significativement à l'intensité du stress professionnel perçu comprenant la pression professionnelle et le travail opérationnel (H1) ;
- Les symptômes d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation seraient associés positivement et significativement à la fréquence du stress professionnel perçu comprenant la pression professionnelle et le travail opérationnel (H2) ;
- La réduction de l'accomplissement de soi serait associée positivement à la fréquence de la pression professionnelle et négativement à la fréquence du travail opérationnel (H3).

4.1.2. Mise en place de l'étude.

La mise place de cette étude a suivi les étapes suivantes :

- ❑ *Elaboration et présentation du projet d'étude au Directeur Départemental d'Incendie et de Secours de la Gironde (SDIS) ainsi qu'aux Médecin chef et membres de la direction.* Cette étape consistait en la présentation de l'étude afin d'obtenir l'autorisation de la direction quant à sa réalisation. Il s'agissait ainsi d'expliquer les objectifs, à savoir l'adaptation et la validation d'un instrument de mesure évaluant le stress professionnel perçu chez les SP. Les critères d'inclusion étaient d'avoir au moins 2 années d'ancienneté et être toujours en activité. Nous avons choisi ces critères pour plusieurs raisons. Concernant les années d'ancienneté, le critère retenu réside dans le fait qu'il faille au moins deux années d'expérience pour connaître les exigences organisationnelles et opérationnelles propres à ce métier. Quant au second critère, il sous-entend que les SP ayant participé n'ont pas été diagnostiqués comme étant en

souffrance physique et/ou psychique. En effet, périodiquement, les SP passent des Visites Médicales d'Aptitudes (VMA) permettant ainsi de veiller à leur santé.

Suite à l'entrevue avec la direction et conformément aux critères d'inclusion, nous avons opté pour la passation groupale se déroulant lors des Formations de Maintien des Acquis (FMA). Ces dernières regroupent un grand nombre de SP permettant ainsi un recueil de données optimal. De plus, se déroulant tout au long de la carrière des SP, elles supposent d'avoir au moins 3 ans d'ancienneté.

- ❑ *Répertorier les FMA et organisation des rencontres.* Avec l'autorisation du Directeur Départemental, nous avons donc listé les formations futures et en cours, puis nous avons contacté leurs responsables afin d'obtenir leur accord. Comme précédemment, nous expliquions les objectifs de l'étude et les modalités de passation préalablement validées par la direction pour déterminer le moment adéquat de notre intervention.
- ❑ *Groupe de Travail « Adaptation de la version Française du Job Stress Survey ».* Conjointement, nous avons contacté l'une des psychologues du SDIS33 afin d'organiser une rencontre avec des SPP. L'objectif était de confronter l'adaptation française du Job Stress Survey à leur opinion. Il s'agissait de savoir si l'outil tel qu'il était présenté leur paraissait adéquat pour le métier de SP ou s'il nécessitait des modifications. Ce travail a duré une demi-journée. Il a eu lieu dans un bureau au calme alloué à cette rencontre dans un Centre d'incendie et de Secours (CIS). Cette pré-étude, dont les étapes sont présentées ci-dessous, nous a donné la possibilité d'adapter la version française du JSS nommée « Enquête de Stress professionnel » au métier de SP.
- ❑ *Recueil des données :* Par la suite, nous sommes intervenues dans une dizaine de formations se déroulant au Pôle Formation en début ou fin de journée. Nous rencontrions ainsi un nombre important de SP. Dans le cadre de cette rencontre, nous expliquions les objectifs de notre travail, les modalités de passation, le traitement des données ainsi que les éventuelles diffusions scientifiques. En complément, nous précisions que la participation était volontaire et anonyme. De plus, nous ajoutons que ce dernier avait été soumis à l'expertise de Comités tels que le CPP et la CNIL assurant ainsi la protection des individus et des données informatisées. Au préalable de chaque passation, les participants avaient une fiche d'information résumant les aspects susmentionnés ainsi qu'une feuille de consentement attestant d'une participation libre et éclairée.

4.1.3. Pré-étude

En premier lieu, nous avons retravaillé la version française du Job Stress Survey de Spielberger. Accompagnée de trois SPP et d'une psychologue du SDIS 33, nous avons repris un à un chaque item de l'adaptation française. Nous avons procédé aux étapes suivantes :

A. Modification d'items

Le fonctionnement institutionnel du métier de SP est paramilitaire. Dans ce sens, plusieurs caractéristiques diffèrent de celles d'autres professions. Nous avons donc effectué quelques modifications sur l'adaptation française du JSS. Parmi ces dernières, certaines sont mineures et se rapportent au choix sémantique. Quant aux autres, elles sont plus importantes et abordées ci-après (Tableau 7) :

- ❑ **Item 3** (adaptation française) : « Manque d'opportunités d'avancement » est devenu « Difficultés d'avancement »

Le métier de SP est évolutif. En effet, tout au long de leur carrière, ces professionnels suivent des formations pour compléter voire parfaire leur compétences professionnelles. En conséquence, les modules acquis en combinaison avec les années d'ancienneté permettent d'avancer en grade ;

- ❑ **Item 6** (adaptation française) : « Soutien inadéquat du supérieur hiérarchique » est devenu « Manque de soutien de la hiérarchie » ;

Item 13 (adaptation française) : « Difficultés d'entente avec le supérieur hiérarchique » est devenu « difficultés d'entente avec les collègues ».

Le mode de fonctionnement institutionnel se base sur le fait que les officiers décident et les non-officiers obéissent. Dans ce contexte-ci, officiers et non-officiers ne se côtoient pas tout le temps : les relations journalières sont plutôt symétriques, à savoir officiers avec officiers et non-officiers avec non-officiers.

Tableau 8 : Modification des items du JSS contenus dans le JSS-SP.

Item	JSS de Spielberger	Item	JSS-SP
3	<i>Manque d'opportunité d'avancement</i>	3	Difficulté d'avancement
6	<i>Soutien inadéquat de la hiérarchie</i>	12	Manque de soutien de la hiérarchie
7	<i>Gérer des situations de crise</i>	14	Gérer des situations de crise en caserne
8	<i>Manque de reconnaissance pour un travail bien fait</i>	16	Manque de reconnaissance pour son implication
20	<i>Attribution de responsabilités accrues</i>	20	Attribution de responsabilités supplémentaires
13	<i>Difficultés d'entente avec le supérieur</i>	25	Difficultés d'entente avec les collègues
14	<i>Ressentir des attitudes négatives vis à vis de son entreprise ou de son institution</i>	26	Etre insatisfait de l'évolution du système
17	<i>Insultes personnelles provenant de clients/consommateurs/collègues</i>	31	Faire l'objet d'insultes/menaces personnelles sur interventions
19	<i>Salaire inadéquat</i>	34	Salaire ou vacations inadéquats
27	<i>Temps de pause insuffisant</i>	53	Temps de récupération insuffisant (par ex : repas, sommeil)

B. Rajout de 22 items se référant à l'activité opérationnelle des SP.

Suite à une discussion avec le groupe et en faisant un parallèle avec la revue de la littérature, nous avons remarqué que la dimension opérationnelle était peu existante dans cet outil. Cette dernière est reconnue pour ses effets adverses en termes de santé. De fait, comme l'a spécifié Spielberger dans son Manuel professionnel du JSS et l'ont fait des études espagnoles et norvégiennes, le rajout d'items permet d'adapter l'outil à une population donnée (Haseth, 2005 ; Gonzalez et Prieto, 2005). Dans ce contexte-ci, 22 items ont été rajoutés à la version initiale.

Tableau 9 : Récapitulatif des items rajoutés dans la version JSS-SP.

N°	Items
3	Départ en intervention (bip, alerte)
5	Sentiment d'inutilité
7	Devoir contenir la colère et/ou l'agressivité d'une victime
9	Période de suractivité
10	Compétition entre collègues
11	Sentiment d'identification avec les victimes
13	Etre jugé par ses collègues
15	Attente de renforts
18	Gravité de l'intervention
21	Insuffisance de moyens
23	Gérer des comportements inadaptés des collègues
27	Ne pas se sentir à la hauteur
29	Perte de temps
33	Doute sur les compétences de ses collègues
35	Manque d'autonomie
36	Intervention auprès d'une victime jeune
37	Manque de formation
39	Soutien insuffisant des collègues
45	Etre insulté/humilié par un collègue
47	Intervention auprès d'une connaissance
48	Devoir se contrôler/se contenir face aux insultes sur intervention
52	Missions inadéquates avec ses fonctions

C. Analyse de correspondance JSS et JSS-SP

Comme le montre le tableau 10, la plus grande majorité des items de la version initiale du JSS se retrouve dans l'adaptation SP. Seulement, 3 items ont été modifiés pour respecter la réalité du terrain SP.

Tableau 10 : Correspondance des items du JSS avec l'adaptation SP.

JSS	JSS-SP
1	1
2	2
3	Modifié
4	6
5	8
6	12 (modifié)
7	14
8	16
9	17
10	19
11	20
12	24
13	Modifié
14	26
15	28
16	30
17	31
18	32
19	34
20	38
21	22
	41
	42
24	43
25	44
26	46
27	53
28	49
29	50
30	51

D. Transformation de l'échelle de Likert initiale⁴

Le métier de SP se caractérise par une variété d'exigences professionnelles, dont principalement l'absence de routine, la diversité des interventions. Pour ces derniers, chaque intervention est différente si bien que le souvenir et donc le décompte de chacune d'entre elles devient une tâche aisée. En conséquence, au lieu d'une évaluation en nombre de jours annuels allant de 1 à 9 jours, nous avons mis des fréquences adverbiales facilitant ainsi la cotation des agents. Contrairement à l'étude allemande, nous avons conservé une échelle de likert à 9 points afin de respecter au mieux la version initiale (Hodapp et coll., 2005).

⁴ La version allemande du JSS a également utilisé des fréquences adverbiales. Néanmoins, elle a utilisé une échelle de likert à 4 points.

Figure 12 : Reproduction de l'échelle de likert utilisée pour la Fréquence du stress professionnel perçu dans la version adaptée aux SP.

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>	<u>8</u>	<u>9</u>
Très rarement rencontrés	Rarement rencontrés	Très peu rencontrés	Peu rencontrés	Moyenneme nt rencontrés	Parfois rencontrés	Souvent rencontrés	Fréquemment rencontrés	Toujours rencontrés

4.1.4. Participation et procédure

Les participants ont été recrutés lors des Formations de Maintien des Acquis (FMA). Une collaboration avec les formateurs s'est instituée facilitant tant l'organisation que le déroulement des rencontres avec les agents : rencontres ayant lieu au Pôle Formation de la Gironde. Ainsi, nous nous rendions à chaque formation afin d'expliquer l'étude avec *i)* ses objectifs, *ii)* ses modalités dont le volontariat, la passation anonyme et collective des questionnaires, la confidentialité des données traitées seulement par nous-mêmes. Par conséquent, nous spécifions que la participation requérait un consentement préalable de leur part : consentement validé par une croix. Pendant la passation d'une durée de 30 minutes, nous étions présentes afin de répondre aux questionnements voire incompréhensions suscitées par l'ensemble. Parmi les 377 SP abordés, seulement 2 n'ont pas souhaité participer à l'étude. En conséquence, le taux de participation est de 99.5%.

4.1.5. Mesures

Pour cette étude, les participants SP répondaient à trois questionnaires :

- Un questionnaire sociodémographique reprenant l'âge, le genre et le statut professionnel ;
- L'adaptation du JSS pour SP ;
- Le Maslach Burnout Inventory.

4.1.6. Analyses statistiques

Cette étude porte sur l'adaptation et la validation du Job Stress Survey auprès des SP. Pour ce faire, plusieurs analyses statistiques ont été effectuées :

☐ Analyse factorielle.

La méthode est analogue à celle de Spielberger (1990). En conséquence, nous avons procédé à une Analyse en Facteurs Principaux avec une rotation oblique Promax. Pour attester de la factorisation de l'outil, nous nous sommes référée *i)* au Déterminant devant être supérieur à 0.00001 ; *ii)* au test de Sphéricité de Bartlett montrant si la matrice de corrélation est factorisable et, *iii)* à l'indice de Kaiser-Meyer-Okin attestant pour une part de l'adéquacité de l'échantillonnage. Afin de déterminer le nombre de facteurs à retenir, nous avons utilisé la méthode de Scree Plot de Cattell. Quant à la rétention des items, le critère était une communauté supérieure à .30. Ceux dont le coefficient de saturation était inférieur à .40 ont également été retirés.

☐ Comparaison de moyennes.

Afin de comparer la sévérité et la fréquence du stress professionnel perçu, nous avons vérifié la distribution des échantillons ainsi que leur homoscedasticité nous permettant de déterminer le type d'analyse à effectuer, à savoir paramétrique versus non paramétriques. Au regard des résultats obtenus, nous avons choisi un test non paramétrique avec le test de Kruskal-Wallis.

☐ Corrélations.

La validité convergente du JSS-SP avec l'inventaire d'épuisement professionnel a été effectuée avec le Rho de Spearman.

4.2. RESULTATS

4.2.1. Statistiques descriptives

Notre échantillon est composé de 375 sapeurs-pompiers masculins âgés en moyenne de 37.71 ans (ET=10.05) et ayant 16.69 années de service (ET=9,81). Plus précisément, ce groupe se divise en deux catégories : *i)* SPP avec 281 individus dont 107 officiers et 174 non officiers ; *ii)* SPV avec 94 officiers dont 16 officiers et 78 non officiers. Le groupe de SPP est âgé en moyenne de 39.39 ans (ET=9,61) avec 18.59 années de service (ET=9,50). Quant au

groupe de SPV, ses moyennes d'âge et d'années d'expérience sont respectivement 32.76 ans (ET=9.68) et 11.01 (ET=8.48).

Les statistiques descriptives (Tableau 11) révèlent certaines différences sociodémographiques en fonction du statut professionnel. Tels sont les cas des statuts maritaux et parentaux.

Concernant le statut marital, 75% (80) des officiers SPP et 56% (9) des officiers SPV ainsi que 51% (89) des SPP non-officiers vivent maritalement. Seul le groupe des non officiers SPV est constitué majoritairement d'hommes célibataires avec 59% (46) d'entre eux. Cette répartition montre ainsi une différence statistiquement différente selon le statut professionnel ($\chi^2=14.19$; $p<0.001$).

De plus, nous notons également une différence significative concernant le statut parental ($\chi^2=20.36$; $p<0.001$). En effet, 61% (65) des officiers SPP et 44% (7) des officiers SPV ainsi que 63% (109) des non officiers SPP sont pères alors que 50% (39) des non officiers SPV ne le sont pas.

Tableau 11 : Caractéristiques sociodémographiques des SP en fonction du statut professionnel

	SPP				SPV			
	Officiers		Non officiers		Officiers		Non officiers	
	%	N (107)	%	N (174)	%	N (16)	%	N (78)
Statut marital								
Célibataire	14	15	37	65	25	4	59	46
Concubin	9	10	9	16	13	2	12	9
Marié	75	80	51	89	56	9	28	22
Divorcé	1	1	2	4	6	1	0	0
Veuf	1	1	0	0	0	0	0	0
TOTAL	10	107	100	174	100	16	99	77
<i>Données manquantes</i>								1
Statut parental								
Oui	61	65	63	109	44	7	41	32
Non	31	33	22	39	19	3	50	39
TOTAL	92	98	85	148	63	10	91	71
<i>Données manquantes</i>	8	9	15	26	38	6	9	7

4.2.2. Structure factorielle du JSS-SP

Au commencement de l'analyse factorielle, nous avons vérifié un ensemble d'indicateurs concernant les échelles Intensité, Fréquence et Index dont

- ❑ les déterminants ayant une valeur respective de 8.72^E-016 ; 3.75^E-014 et 1.72^E-014 ;
- ❑ le critère de Kaiser-Meyer-Oklun (KMO) ayant pour valeur .940 ; .921 et .923
- ❑ le test de sphéricité de Bartlett ($p < 0.001$).

A. Echelle Intensité

Suite à l'analyse en Axes principaux avec rotation promax, 4 facteurs ont été retenus selon les critères de Kaiser, à savoir une valeur propre > 1 . Néanmoins, lorsque nous nous référons à la courbe de Cattell, il semble que 2 facteurs soient la solution la plus visible.

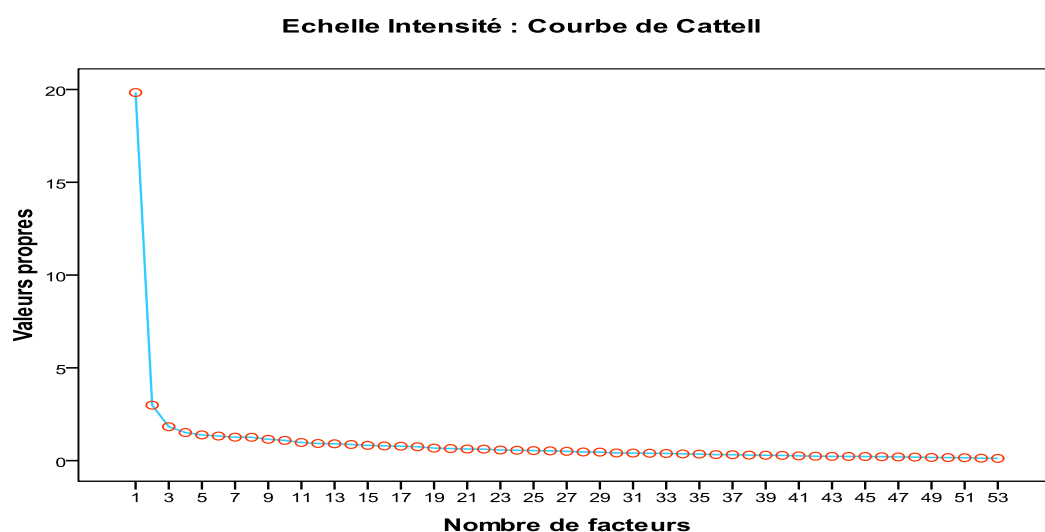


Figure 13 : Courbe de Cattell de l'Echelle Intensité du JSS-SP.

Suite à cela, nous avons donc effectué une extraction à 2 facteurs.

Les items constituant la solution finale ont des communautés comprises entre .44 et .60. En conséquence, avec un alpha de Cronbach de .921, l'échelle Intensité explique 49.37% de la variance du stress professionnel perçu. Elle se compose de deux sous-échelles :

- ❑ La première « Pression Professionnelle » (PProI) comprend 11 items dont les coefficients de saturation varient entre .63 et .76. Elle explique 41.76% de la variance

du stress professionnel perçu. Elle a également un indice de consistance interne satisfaisant avec un alpha de Cronbach de .911.

- ❑ La seconde « Travail Opérationnel » (ToI) comprend 6 items et explique 7.61% de la variance. Ses items ont des coefficients de saturation variant entre .66 et .77. Elle a un indice de consistance interne de .854.

B. Echelle Fréquence

Suite à l'analyse en axes principaux avec rotation Promax, 5 facteurs ont été retenus selon les critères de Kaiser. Néanmoins, lorsque nous nous référons à la courbe de Cattell, il semble que 2 facteurs soient la solution la plus visible.

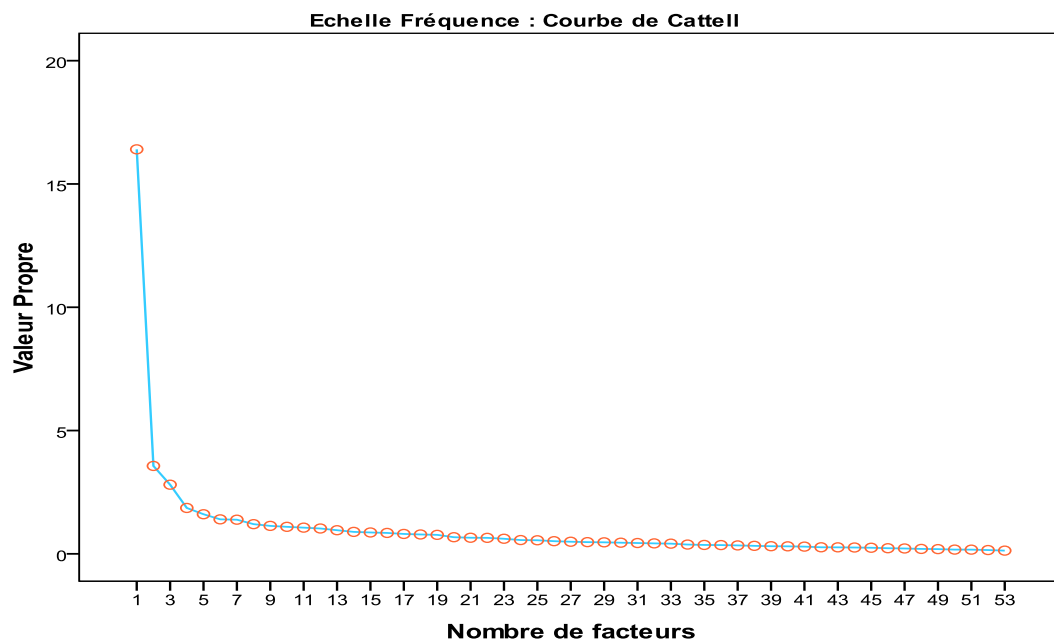


Figure 14 : Courbe de Cattell de l'Echelle Fréquence du JSS-SP.

En conséquence, avec un alpha de Cronbach de .900, l'échelle Fréquence explique 45.73% de la variance du stress professionnel. Cette dernière se compose de deux sous-échelles :

- ❑ La première se nomme « Pression Professionnelle » (PProF). Elle explique 35.18% de la variance. Elle se compose de 11 items dont les coefficients de saturation varient entre .57 et .74. Cette sous-échelle a un indice de consistance interne de .888.
- ❑ La seconde se nomme « Travail Opérationnel » (ToF). Elle explique 10.54% de la variance. Elle se compose de 6 items dont les coefficients de saturation varient entre .55 et .81. Son indice de consistance interne est de .836.

C. Echelle Index

Suite à l'analyse en axes principaux avec rotation Promax, 6 facteurs ont été retenus selon les critères de Kaiser, à savoir la valeur propre >1 . Néanmoins, lorsque nous nous référons à la courbe de Cattell, il semble également que 2 facteurs soient la solution la plus visible.

Echelle Index : Courbe de Cattell

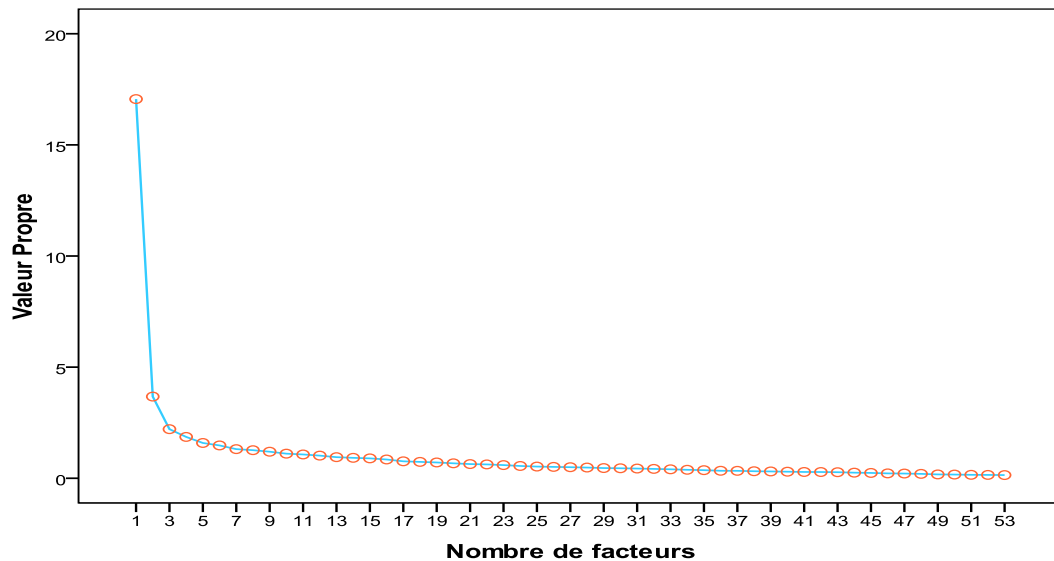


Figure 15 : Courbe de Cattell de l'Echelle Index du JSS-SP.

En conséquence, avec un alpha de Cronbach de .902, l'échelle Index explique 45.88% de la variance du stress professionnel. Cette dernière se compose de deux sous-échelles

- ❑ La première se nomme « Pression Professionnelle » (PProX). Elle explique 36.70% de la variance. Elle se compose de 11 items dont les coefficients de saturation varient entre .56 et .77. Cette sous-échelle a un indice de consistance interne de .900.
- ❑ La seconde se nomme « Travail Opérationnel » (ToX). Elle explique 9.17% de la variance. Elle se compose de 6 items dont les coefficients de saturation varient entre .59 et .73. Son indice de consistance interne est de .820.

Tableau 12 : Structure factorielle du JSS adapté aux Sapeurs-Pompiers de Gironde.

		INTENSITE		FREQUENCE		INDEX	
		Pression Professionnelle (PProI)	Travail Opérationnel (ToI)	Pression Professionnelle (PProF)	Travail Opérationnel (ToF)	Pression Professionnelle (PProX)	Travail Opérationnel (ToX)
Pression Professionnelle	ITEM 8	0.714	0.414	0.694	0.278	0.749	0.309
	ITEM 12	0.673	0.378	0.64	0.321	0.656	0.331
	ITEM 16	0.653	0.351	0.631	0.306	0.657	0.349
	ITEM 22	0.738	0.563	0.676	0.359	0.703	0.426
	ITEM 28	0.632	0.54	0.601	0.439	0.622	0.479
	ITEM 29	0.703	0.447	0.647	0.282	0.65	0.392
	ITEM 33	0.675	0.55	0.701	0.226	0.695	0.386
	ITEM 39	0.652	0.429	0.594	0.234	0.592	0.296
	ITEM 49	0.747	0.538	0.688	0.332	0.761	0.338
	ITEM 50	0.763	0.45	0.747	0.255	0.774	0.258
	ITEM 51	0.7	0.501	0.575	0.334	0.569	0.44
Travail Opérationnel	ITEM 7	0.394	0.665	0.295	0.714	0.312	0.671
	ITEM 18	0.401	0.704	0.268	0.647	0.277	0.686
	ITEM 30	0.398	0.663	0.487	0.55	0.388	0.609
	ITEM 31	0.475	0.708	0.3	0.814	0.32	0.733
	ITEM 40	0.506	0.778	0.553	0.588	0.46	0.664
	ITEM 48	0.542	0.668	0.308	0.744	0.348	0.596
Valeurs Propres		7.60	1.79	6.56	2.27	7.13	2.17
Rotation Promax		6.58	5.40	5.61	3.85	6.21	4.31
Variance expliquée		41.76	7.61	35.18	10.54	36.70	9.17
Alpha de Cronbach		.911	.854	.888	.836	.900	.820

4.2.3. Description des items

Suite à l'analyse factorielle, nous avons analysé plus en détail les items du JSS-SP : ceci attestant du pouvoir discriminant de l'échelle en fonction du grade et du statut professionnel des agents (Tableaux 13 et 14).

Pour ce faire, nous avons donc comparé les items dans nos quatre groupes, à savoir *i)* SPP Officiers, *ii)* SPP non officiers, *iii)* SPV Officiers et *iv)* SPV non Officiers. Nous avons ainsi procédé à un test de Kruskal Wallis au regard de la constitution numérique des groupes.

A. Intensité

Le tableau 13 montre la répartition des réponses des SP au JSS-SP en fonction de leur grade et de leur statut professionnel. Même si les différences ne sont pas statistiquement significatives, elles permettent de relever quelques points importants ($P > 0.05$). Tout d'abord, nous constatons que la perception du stress professionnel diffère selon le groupe de SP. A titre d'exemple, il semble que le facteur de stress professionnel perçu comme le plus stressant soit davantage dans le rapport aux collègues pour les SPP alors que pour les SPV, il s'agirait surtout du travail opérationnel. En effet, pour les SPP (officiers et non-officiers), il s'agirait de l'item 8, à savoir « les collègues ne faisant pas leur travail ». Tandis que pour les SPV, il s'agirait *i)* pour les officiers de « la gravité de l'intervention » (item 18) et pour *ii)* les non officiers le fait de « Devoir contenir la colère et/ou l'agressivité d'une victime » (item 48). D'après le test de Kruskal Wallis, nous notons une différence significative pour l'item 12, à savoir le « Manque de soutien de la hiérarchie ». Dans ce cas, le groupe percevant ce facteur comme intensément stressant est le groupe des SPP avec en premier lieu les non officiers puis les officiers comparativement au groupe des SPV ($H(3)=10.69$; $p < 0.05$). Nous avons également noté une tendance à la significativité avec l'item 40, soit « Gérer des situations imprévues ». Dans ce cas, les non officiers SPV percevraient davantage ce facteur comme intensément stressant suivis des non-officiers SPP comparativement au groupe d'officiers (SPP et SPV) ($H(3)=7.55$; $p=0.56$).

Tableau 13 : Ordre des items, moyenne et écart-type pour l'Echelle d'Intensité du Job Stress Survey pour Sapeurs-Pompiers. Etude comparative selon le grade et le statut professionnel.

	SPP OFFICIERS ^A			SPV OFFICIERS ^B			SPP NON-OFFICIERS ^C			SPV NON-OFFICIERS ^D			Sig
	Ordre	M	ET	Ordre	M	ET	Ordre	M	ET	Ordre	M	ET	
Item 8 : Collègues ne faisant pas leur travail	1	4.60	1.95	6	4.07	1.39	1	4.71	2.09	4	4.66	2.05	
Item 12 : Manque de soutien de la hiérarchie	2	4.47	2.46	7	4.06	1.81	3	4.51	2.40	15	3.56	2.08	*
Item 16 : Manque de reconnaissance pour son implication	7	4.30	2.17	3	4.25	2.21	11	4.08	2.20	13	3.76	2.06	
Item 22 : Supervision inadéquate ou faible	15	3.55	1.76	15	3.07	2.12	16	3.64	1.90	14	3.69	1.92	
Item 28 : Personnel insuffisant pour prendre en charge d'une manière adéquate une mission	12	4.08	2.03	12	3.31	2.12	6	4.43	2.03	5	4.56	2.03	
Item 29 : Perte de temps	8	4.26	1.95	9	3.63	1.96	7	4.42	2.14	7	4.28	2.10	
Item 33: Doute sur les compétences de ses collègues	17	3.51	1.88	10	3.63	1.96	15	3.78	2.02	12	3.81	1.88	
Item 39: Soutien insuffisant de ses collègues	16	3.55	2.13	17	2.19	1.33	17	3.39	2.03	17	3.14	1.72	
Item 49 : Faire le travail d'un autre collègue	10	4.11	2.36	16	2.94	2.11	13	4.01	2.25	11	3.84	2.14	
Item 50 : Collègues très peu motivés	6	4.32	2.33	11	3.38	2.13	2	4.54	2.32	3	4.75	2.08	
Item 51 : Conflits avec d'autres services	9	4.25	2.09	14	3.13	1.75	14	3.80	2.07	16	3.56	1.89	
Item 7 : Devoir contenir la colère et/ou l'agressivité d'une victime	13	3.86	2.08	2	4.31	2.33	9	4.26	2.00	9	4.06	1.98	
Item 18 : Gravité de l'intervention	3	4.36	1.97	1	4.44	2.19	5	4.43	2.15	1	4.99	1.91	
Item 30 : Prendre des décisions importantes dans l'urgence	5	4.35	1.94	4	4.19	2.20	8	4.33	2.20	2	4.76	1.76	
Item 31 : Faire l'objet d'insultes/menaces personnelles sur intervention	11	4.10	2.36	5	4.13	2.53	10	4.25	2.30	10	4.00	2.28	
Item 40 : Gérer des situations imprévues	14	3.76	1.92	13	3.19	1.87	12	4.02	1.94	6	4.53	1.90	.056
Item 48 : Devoir se contrôler/se contenir face aux insultes sur intervention	4	4.35	2.31	8	4.00	2.48	4	4.44	2.36	8	4.14	2.18	

Note : les données de la colonne Sig proviennent d'une comparaison de moyenne effectuée avec le test de Kruskal-Wallis.

^an=107 ; ^bn=16 ; ^cn=174 ; ^dn=78

*p<0.05

B. Fréquence

Le tableau 14 montre également des différences entre les SP en fonction de leur statut professionnel et de leur garde. Les items statistiquement différents sont l'item 51 pour la Pression Professionnelle et les items 7, 31, 48 pour le travail opérationnel. Plus précisément, l'item 51 « Conflit avec d'autres services » est perçu comme significativement plus fréquent pour les officiers (aussi bien SPP que SPV) comparativement au groupe des SP non officiers ($H(3)=11.80$; $p<0.01$). Quant à l'item 7 « Devoir contenir la colère et/ou l'agressivité d'une victime », il est perçu comme étant significativement plus fréquent pour le groupe SP non officiers comparativement aux SP officiers ($H(3)=12.34$; $p<0.01$). Il en est de même pour l'item 31 « Faire l'objet d'insultes/menaces personnelles sur intervention » ($H(3)=12.711$; $p<0.01$) et pour l'item 48 « Devoir se contrôler/se contenir face aux insultes sur intervention » ($H(3)=22.77$; $p<0.01$).

Tableau 14: Ordre des items, moyenne et écart-type pour l'Echelle de Fréquence du Job Stress Survey pour Sapeurs-Pompiers. Etude comparative selon le grade et le statut professionnel.

	SPP OFFICIERS ^A			SPV OFFICIERS ^B			SPP NON-OFFICIERS ^C			SPV NON-OFFICIERS ^D			Sig
	Ordre	M	ET	Ordre	M	ET	Ordre	M	ET	Ordre	M	ET	
Item 8 : Collègues ne faisant pas leur travail	4	4.28	2.17	5	3.38	1.86	5	4.12	2.19	4	4.30	2.02	
Item 12 : Manque de soutien de la hiérarchie	7	3.71	2.41	4	3.50	1.93	4	4.36	2.51	7	3.70	2.25	
Item 16 : Manque de reconnaissance pour son implication	8	3.68	2.21	7	3.25	1.98	7	3.89	2.26	6	3.76	2.15	
Item 22 : Supervision inadéquate ou faible	10	3.31	2.04	17	2.53	1.19	14	3.31	1.93	14	3.10	1.58	
Item 28 : Personnel insuffisant pour prendre en charge d'une manière adéquate une mission	12	3.27	1.96	8	3.25	2.11	13	3.46	2.03	12	3.51	1.87	
Item 29 : Perte de temps	5	4.17	2.27	6	3.38	2.09	9	3.85	2.17	9	3.68	2.02	
Item 33: Doute sur les compétences de ses collègues	11	3.30	1.87	16	2.56	1.03	15	3.30	1.91	13	3.44	1.92	
Item 39: Soutien insuffisant de ses collègues	15	2.85	2.02	15	2.94	1.95	17	2.64	1.70	16	2.90	1.83	
Item 49 : Faire le travail d'un autre collègue	6	3.81	2.00	12	3.06	1.61	6	3.89	2.08	5	4.05	2.01	
Item 50 : Collègues très peu motivés	9	3.68	2.14	3	3.81	1.76	8	3.88	2.19	8	3.75	2.17	
Item 51 : Conflits avec d'autres services	13	3.09	1.84	11	3.07	2.05	16	2.93	1.85	17	2.32	1.68	**
Item 7 : Devoir contenir la colère et/ou l'agressivité d'une victime	14	2.88	1.85	13	3.00	2.16	10	3.76	2.07	11	3.62	1.91	**
Item 18 : Gravité de l'intervention	3	4.36	1.98	2	3.94	2.52	2	4.83	2.18	1	4.94	1.50	
Item 30 : Prendre des décisions importantes dans l'urgence	1	4.92	2.16	1	4.94	2.46	1	4.97	2.21	2	4.77	2.12	
Item 31 : Faire l'objet d'insultes/menaces personnelles sur intervention	16	2.47	1.75	14	3.00	2.25	12	3.51	2.10	15	2.99	1.90	**
Item 40 : Gérer des situations imprévues	2	4.60	2.18	9	3.19	1.87	3	4.44	2.07	3	4.50	2.07	
Item 48 : Devoir se contrôler/se contenir face aux insultes sur intervention	17	2.39	1.82	10	3.19	2.32	11	3.61	2.27	10	3.68	2.05	**

Note : les données de la colonne Sig proviennent d'une comparaison de moyenne effectuée avec le test de Kruskal-Wallis.

^an=107 ; ^bn=16 ; ^cn=174 ; ^dn=78

*Seuil de signification<0.05 ; **Seuil de signification<0.01

4.2.4. Validité convergente

Comme le montre le tableau ci-après, le JSS-SP est associé significativement aux dimensions du BO.

Plus précisément, lorsque nous reprenons la tridimensionnalité de ce syndrome, nous constatons différents points.

A. L'épuisement émotionnel

Suite à une analyse corrélationnelle avec le Rho de Spearman, nous notons des liens statistiquement significatifs avec le stress professionnel perçu. Plus précisément, l'épuisement émotionnel est lié significativement et positivement à i) l'Echelle Intensité ($Rho=.378;p<0.001$) dont la pression professionnelle ($Rho=.376;p<0.001$) et le travail opérationnel ($Rho=.274;p<0.001$); ii) l'Echelle Fréquence ($Rho=.315;p<0.001$) dont la pression professionnelle ($Rho=.388;p<0.001$); iii) l'Echelle Index ($Rho=.424;p<0.001$) dont la pression professionnelle ($Rho=.441;p<0.001$) et le travail opérationnel ($Rho=.294;p<0.001$).

B. La Dépersonnalisation

Quant à la dépersonnalisation, le test de corrélation Rho de Spearman montre des liens statistiquement significatifs et positifs avec l'ensemble des échelles du JSS-SP. Plus précisément, il y aurait un lien entre D et i) l'Echelle Intensité ($Rho=.204;p<0.001$) dont la pression professionnelle ($Rho=.214;p<0.001$) et le travail opérationnel ($Rho=.178;p<0.001$); ii) l'Echelle Fréquence ($Rho=.262;p<0.001$) dont la pression professionnelle ($Rho=.281;p<0.001$) et le travail opérationnel ($Rho=.166;p<0.05$); iii) l'Echelle Index ($Rho=.269;p<0.001$) dont la pression professionnelle ($Rho=.273;p<0.001$) et le travail opérationnel ($Rho=.215;p<0.01$).

C. L'accomplissement de soi

D'après le Rho de Spearman, il semble que la dimension AS ne soit pas associée significativement à l'ensemble des dimensions du JSS-SP. En effet, les liens significatifs et positifs concernent l'AS avec i) l'Echelle Fréquence ($Rho=.163;p<0.01$) dont la pression professionnelle ($Rho=.103;p=0.052$) et le travail opérationnel ($Rho=.179;p<0,01$); ii) l'Echelle Index ($Rho=.099;p=0.056$) dont le travail opérationnel ($Rho=.122;p<0,05$).

Tableau 15 : Corrélations du JSS-SP avec le MBI.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Intensité de la pression professionnelle	0.911											
2. Intensité du travail opérationnel	.606***	0.854										
3. Fréquence de la pression professionnelle	.552***	.282***	0.888									
4. Fréquence du travail opérationnel	.217***	.273***	.498***	0.836								
5. Index de la pression professionnelle	.845***	.466***	.889***	.401***	0.9							
6. Index du travail opérationnel	.615***	.731***	.601***	.708***	.683***	0.82						
7. Intensité	.962***	.778***	.512***	.232***	.795***	.708***	0.921					
8. Fréquence	.483***	.287***	.949***	.715***	.822***	.719***	.453***	0,9				
9. Index	.823***	.597***	.855***	.550***	.958***	.853***	.826***	.851***	0.902			
10.Epuisement émotionnel	.376***	.274***	.388***	.083	.441***	.294***	.378***	.315***	.424***	0.793		
11.Dépersonnalisation	.214***	.178**	.281***	.166**	.273***	.215***	.204***	.262***	.269***	.298***	0.631	
12.Accomplissement de soi	.053	.033	.103	.179**	.078	.122*	.053	.163**	0.099	-0.068	0.055	0.744
Moyenne	4.04	4.24	3.55	3.94	16.02	18.34	4.14	3.72	16.84	9.48	7.19	30.11
ET	1.53	1.61	1.42	1.54	10.69	10.18	1.41	1.31	9.6	7.15	5.41	8.64

***Seuil de signification <0.001 ; ** Seuil de signification <0.01 ; * Seuil de signification<0.05

Les indices de consistance interne sont dans la diagonale

RESUME

Objectif de l'étude : adaptation et validation d'une version abrégée du Job Stress Survey auprès de Sapeurs-Pompiers.

3 phases

- ❑ *Travail sémantique* comprenant
 - la modification de 10 items issus de l'adaptation française du Job Stress Survey ;
 - l'ajout de 23 items issus de la revue de la littérature et d'échanges avec un groupe de SPP.

- ❑ *Elaboration de la structure factorielle* issue d'une Analyse en Facteurs Principaux avec rotation Promax :
 - 2 facteurs retenus avec
 - la Pression professionnelle : 11 items comprenant surtout des items de la version initiale du JSS. Elle traite les questions de management, de rapports interpersonnels, d'exigences professionnelles ;
 - le Travail opérationnel : 6 items traitant du rapport aux victimes et des contextes opérationnels.

- ❑ *Validité convergente* satisfaisante avec le Maslach Burnout Inventory validant une partie des hypothèses de l'étude (H2 et H3)

**ETUDE N°2/ ANALYSE COMPARATIVE DU STRESS
PROFESSIONNEL PERÇU DANS LES METIERS DE
L'URGENCE : SAMU/SMUR ET SPP**

5.1. METHODOLOGIE

5.1.1. Rappel des hypothèses

Considérant la constitution du métier de SPP et de SMUR ainsi que les observations cliniques effectuées lors des entretiens, nous supposons qu'il y aurait une différence significative dans les scores du stress professionnel perçu entre les SPP et les professionnels du SAMU/SMUR. Plus précisément :

- La population du SAMU/SMUR aurait des scores significativement plus élevés aux sous-échelles pression professionnelle aussi bien dans leur intensité que dans leur fréquence comparativement aux SPP (H1) ;
- La population des SPP aurait des scores significativement plus élevés aux sous-échelles travail opérationnel tant dans leur intensité que dans leur fréquence comparativement aux professionnels du SAMU/SMUR (H2).

5.1.2. Mise en place de l'étude

Cette étude appartient à une étude plus large mentionnée dans les parties ci-après. Comme le montre la figure 16, la mise en place de l'étude a quel que peu divergeait selon l'appartenance professionnelle. Alors que pour les SPP, des réunions étaient organisées dans le but d'introduire notre travail de recherche et d'en expliquer les tenants et aboutissants, la démarche était différente pour les professionnels du SAMU/SMUR. Ce métier, constitué d'équipes de jour et de nuit travaillant en rotation, nous sommes restées dans le service afin de rencontrer un maximum de professionnels aussi bien de jour que de nuit. Une fois la liste de volontaires établie, nous prenions rendez-vous avec chacun d'entre eux pour effectuer l'entretien individuel.

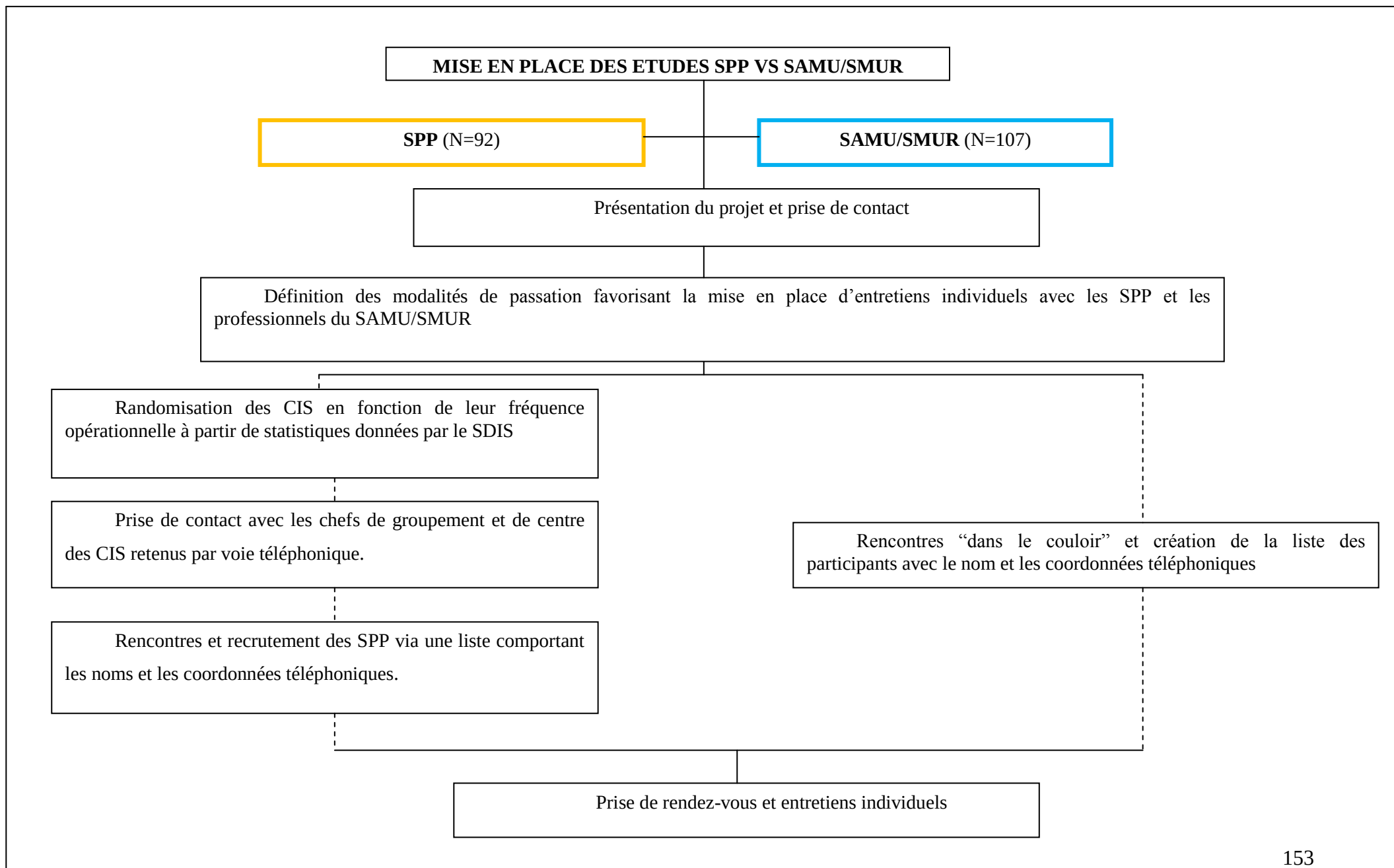


Figure 16 : Schéma représentant les étapes de mise en place du protocole de recherche dans les populations SPP et SAMU/SMUR

5.1.3. Procédure

Au préalable de chaque rencontre, nous recontextualisons donc notre recherche ainsi que ses objectifs, ses modalités et la protection des données. Pour les objectifs de travail, il s'agissait pour une part d'une étape exploratoire effectuée lors d'entretiens individuels et, d'une étape préventive avec la mise en place d'un programme de prévention. Ces rencontres étaient essentielles car nous pouvions aborder des points de prime importance, à savoir *i)* la participation volontaire et la possibilité d'arrêter à tout moment, *ii)* les résultats restitués individuellement par mail (cf. Annexes). Nous soulignons également la confidentialité des résultats traités uniquement par nous-mêmes. Pour ce faire, nous leur expliquions qu'un code leur était attribué du type « SP3300n » ou « SA3300n ». Pour terminer, afin de garantir une protection maximale de leurs données, un dossier signalant l'étude a été déposé et accepté par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

5.1.4. Mesures

Chaque participant a répondu aux questionnaires suivants :

- ☐ Questionnaire semi-directif relatif à la perception du métier aussi bien pour les caractéristiques positives que négatives ;
- ☐ Job Stress Survey adapté aux Sapeurs-Pompiers.

5.1.5. Analyses statistiques

Après avoir vérifié la distribution de nos échantillons ainsi que l'homoscédasticité de nos données, nous avons choisi un test non paramétrique avec le test de Kruskal Wallis permettant de comparer le stress professionnel perçu en fonction du statut professionnel.

Tableau 16 : Caractéristiques sociodémographiques des SPP et des professionnels du SAMU/SMUR en fonction de leur statut professionnel.

	SPP		DOUBLES STATUTS		MEDECINS		INFIRMIERS		CONDUCTEURS AMBULANCIERS		PERMANENCIERS	
	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
GENRE												
Hommes	100	60	100	25	36.8	14	72	18	0	0	85.7	24
Femmes	0	0	0	0	63.2	24	28	7	100	16	14.3	4
STATUT MARITAL												
Célibataire	12	7	4	1	18.4	7	24	6	0	0	28.6	8
Concubin	27	16	16	4	5.3	2	12	3	6.3	1	14	15
Pacsé	7	4	4	1	7.9	3	16	4	0	0	17.9	5
Marié	38	23	68	17	60.5	23	44	11	75	12	10.7	3
Divorcé	0	0	4	1	5.3	2	4	1	12.5	2	10.7	3
Divorcé puis concubinage	3	2	4	1	2.6	1	0	0	6.3	1	0	0
Divorcé puis marié	8	5	0	0								
Divorcé puis pacsé	2	1	0	0								
Divorcé puis Célibat	3	2	0	0								
Total	100	60	100	25								
STATUT PARENTAL												
Oui	77	46	80	20	78.9	30	60	15	44.4	1	96.43	27
Non	23	14	20	5	21.1	8	40	10	0	0	55.6	15
PERTE D'UN ENFANT												
Oui	5	3	4	1	0	0	3.57	1	0	0	0	0
Non	95	57	96	24	100	38	96	24				n

5.2. RESULTATS

5.2.1. Population

85 SPP non officiers ont été interrogés. Ils sont âgés en moyenne de 37.04 ans (ET=7.47) et ont 17.22 années d'expérience professionnelle (ET=7.06). En nous référant au nombre de SPP répartis dans ces 5 centres de secours, nous pouvons dire que le taux de participation à cette étude est de 27%. Quant aux personnels du SAMU/SMUR, 107 individus ont été interrogés. Ils sont âgés en moyenne de 39.4 ans (ET=8.80) et ont 7.66 années d'expérience professionnelle (SD=6.19). Concernant cet échantillon, le taux de participation à cette étude est de 61%.

De par la constitution des groupes, des différences sociodémographiques sont à noter concernant le sexe ($\chi^2=67.00$; $p<0.01$) ; le statut marital ($\chi^2=23.66$; $p<0.01$) ; la garde des enfants ($\chi^2=8.31$; $p<0.05$) ; les gardes ($\chi^2=199$; $p<0.01$) et les accidents de la vie courante ($\chi^2=17.33$; $p<0.01$).

5.2.2. Comparaison du stress professionnel dans les groupes SPP et SAMU/SMUR.

A. L'Intensité du stress professionnel perçu

Suite à l'analyse détaillée des items, nous constatons des similitudes et divergences quant au stress professionnel perçu dans ces catégories professionnelles. Concernant les différences significatives, nous en notons tant dans la dimension Pression Professionnelle que dans celle du Travail Opérationnel.

☐ La Pression professionnelle.

Suite à l'analyse de comparaison de moyennes, nous notons une différence statistiquement significative entre les statuts professionnels concernant l'intensité de la pression professionnelle perçue. Dans ce cas, les situations perçues comme étant stressantes sont « le soutien insuffisant des collègues » (Item 39) et « Faire le travail d'un autre collègue » (Item 49). La première situation, se référant au soutien social, serait perçue comme étant significativement stressante pour les permanenciers du SAMU, suivis des médecins, des

doubles statuts (SPP-SPV), des conducteurs ambulanciers et des SPP comparativement aux infirmiers ($H(7)=15.58; p<0.05$). De plus, le fait d'accomplir le travail d'un autre collègue serait perçu comme significativement plus stressant par les médecins, puis les infirmiers, les ambulanciers, les permanenciers comparativement aux SPP et aux doubles statuts ($H(7)=45.80; p<0,001$).

❑ Le Travail Opérationnel

Quant aux situations propres au Travail opérationnel, l'analyse de comparaison de moyennes effectuée à l'aide du test de Kruskal Wallis montre une différence significative concernant certaines situations professionnelles. Tel est le cas de la « Prise de décisions importantes dans l'Urgence ». En effet, elle serait perçue comme significativement plus stressante par les permanenciers, puis les conducteurs ambulanciers, les doubles statuts, les SPP comparativement aux infirmiers et médecins du SMUR ($H(7)=15.15; p<0,05$). Pour clore, « Gérer des situations imprévues » serait perçu comme significativement plus stressant par les permanenciers, puis les SPP, les ambulanciers, les doubles statuts et les infirmiers comparativement aux médecins ($H(7)= 15.57; p<0,05$).

Ces résultats mettent donc en évidence des différences dans l'intensité du stress professionnel perçu en fonction du statut professionnel des travailleurs.

Tableau 17 : Moyennes et Ecart-types des scores aux items de la version adaptée du JSS aux SP en fonction du statut professionnel des SPP et du SAMU/SMUR

	SPP		STATUT		SMUR		S SMUR		S SMUR		INCIER S SAMU		Chi- Carré
	M	ET	M	ET	M	ET	M	ET	M	ET	M	ET	
Item 8 : Collègues ne faisant pas leur travail	5.69	2.25	6.32	2.23	5.74	2.09	6.4	1.83	4.88	2.28	5.71	2.4	6.06
Item 12 : Manque de soutien de la hiérarchie	5.63	2.88	5.12	2.79	5.08	2.83	5.76	2.79	4.38	3.18	5.75	2.5	3.87
Item 16 : Manque de reconnaissance pour son implication	4.41	2.66	3.96	2.44	4.74	2.74	4.92	2.29	3.81	2.37	4.75	2.19	5.92
Item 22 : Supervision inadéquate ou faible	5	2.3	5.68	1.97	4.53	2.39	4.88	2.51	4.19	2.66	4.96	2.19	6.51
Item 28 : Personnel insuffisant pour prendre en charge d'une manière adéquate une mission	4.42	2.39	4.72	2.23	5.08	2.34	4.96	2.32	4.19	2.51	5.67	2.02	12.28
Item 29 : Perte de temps	5.19	2.69	5.24	2.26	5.63	2.45	5.48	2.12	4.38	2.53	5.89	1.91	4.50
Item 33 : Doute sur les compétences de ses collègues	4.05	2.46	4.44	2.38	3.16	2.06	3.52	2.54	2.94	2.21	3.57	2.49	9.28
Item 39 : Soutien insuffisant de ses collègues	3.14	2.34	3.4	2.52	3.79	2.21	2.64	2.36	3.38	2.42	4.64	2.6	15.58*
Item 49 : Faire le travail d'un autre collègue	2.75	2.42	2.72	2.01	4.45	2.2	4.28	2.09	4.19	2.43	4.18	2.42	45.80***
Item 50 : Collègues très peu motivés	5.63	2.46	5.32	2.3	4.79	2.07	4.6	2.61	4.13	2.73	4.71	2.58	8.65
Item 51 : Conflits avec d'autres services	3.98	2.56	3.88	2.79	4.79	2.51	3.88	2.2	3.31	1.99	3.89	2.39	9
Item 7 : Devoir contenir la colère et/ou l'agressivité d'une victime	4.27	2.27	5.2	2.38	4.32	2.37	5	2.61	4.75	2.46	4.54	2.49	7.38
Item 18 : Gravité de l'intervention	4.24	2.45	5.36	2.14	4.11	2.48	4.52	2.6	5.13	2.31	5.29	2.24	10.16
Item 30 : Prendre des décisions importantes dans l'urgence	4.05	2.61	4.2	2.31	3.21	1.82	3.96	2.26	4.25	1.95	5.04	2.08	15.15*
Item 31 : Faire l'objet d'insultes/menaces personnelles sur intervention	4.86	2.83	5.92	2.72	4.89	2.59	4.64	2.31	4.5	2.22	4.21	2.69	11.53
Item 40 : Gérer des situations imprévues	3.86	2.28	3.6	2.2	2.97	1.67	3.6	2.27	3.81	1.64	4.93	2.24	15.57*
Item 48 : Devoir se contrôler/se contenir face aux insultes sur intervention	4.95	2.75	6.2	2.43	4.49	2.18	4.96	2.56	4.94	2.26	4.54	2.52	11.57
Intensité de la pression professionnelle perçue	4.53	1.24	4.62	1.37	4.71	1.56	4.67	1.66	3.98	1.91	4.87	1.65	5.14
Intensité du travail opérationnel perçu	3.73	1.51	4.48	1.48	3.48	1.34	3.85	1.56	3.93	1.36	3.93	1.53	12.57
Intensité du stress professionnel perçu	4.48	1.1	4.78	1.35	4.45	1.22	4.59	1.46	4.18	1.64	4.83	1.54	8.14

*Seuil de significativité <0.05 ; ***Seuil de significativité <0.001
ddl=7

Comme la figure ci-dessous le montre, il semble que le groupe de permanenciers perçoit davantage les situations professionnelles stressantes comparativement aux autres professionnels. De plus, nous pouvons constater que le stress professionnel perçu est en moyenne plus élevé dans la population SAMU/SMUR comparativement à celle des SPP.

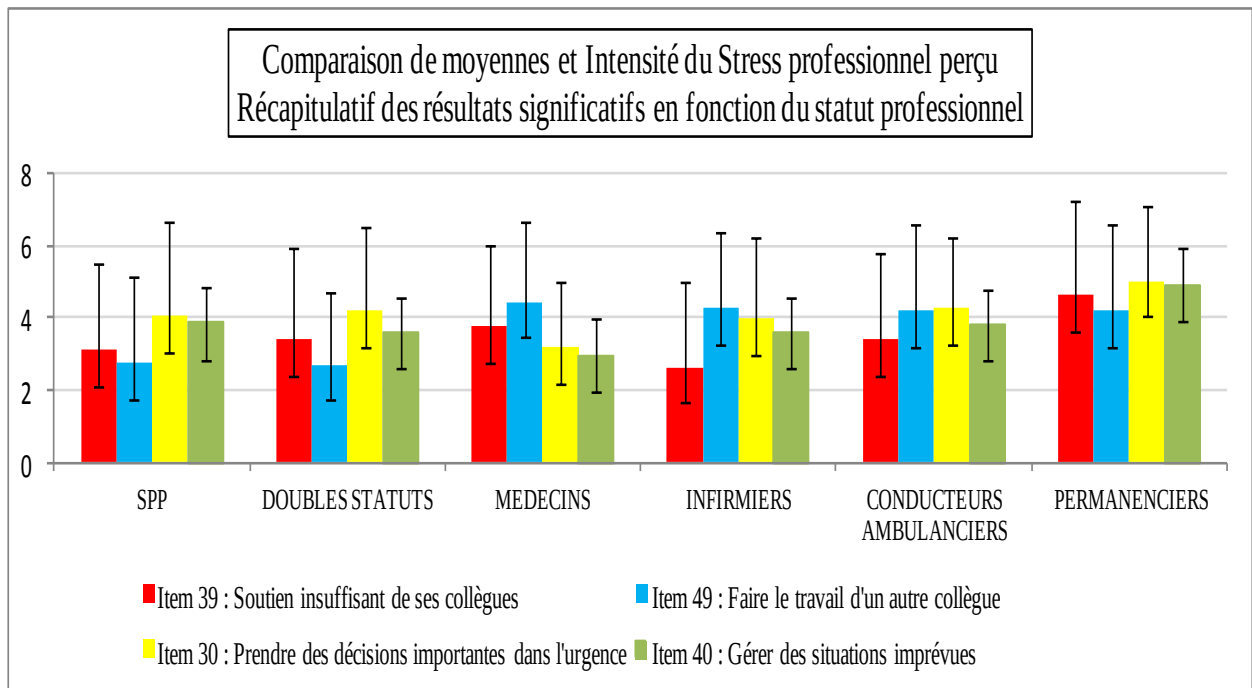


Figure 17 : Comparaison de moyennes aux Echelles d'intensité du stress professionnel perçu en fonction du statut professionnel des SPP et du SAMU/SMUR.

B. La Fréquence du stress professionnel perçu

Suite à la comparaison des moyennes effectuées à l'aide du test de Kruskal-Wallis, nous constatons davantage de divergences quant à l'occurrence des stressseurs professionnels rencontrés ($H(7)=29.282 ; p<0.001$). Nous notons des différences statistiquement significatives en fonction du statut professionnel tant dans la dimension Pression professionnelle ($H(7)=52.326 ; p<0,01$), que dans celle du Travail Opérationnel ($H(7)=14.907 ; p<0.05$).

❑ La Pression professionnelle

D'après les résultats obtenus à l'analyse de comparaison de moyennes, nous constatons des différences statistiquement significatives en fonction du statut professionnel des individus. Plus précisément, ces différences portent sur :

- « Le manque de soutien de la hiérarchie » (Item 12) perçu comme significativement plus fréquent par les permanenciers, suivis des infirmiers, des conducteurs ambulanciers, des SPP comparativement aux médecins et doubles statuts ($H(7)=23.996;p<0.01$) ;
- « Le manque de reconnaissance pour son implication » (Item 16) perçu comme étant significativement plus fréquent par les infirmiers, suivis des permanenciers, des conducteurs ambulanciers, des médecins comparativement aux SPP et doubles statuts ($H(7)=19.525;p<0.01$) ;
- « La supervision inadéquate ou faible » (Item 22) perçue comme étant significativement plus fréquente par les infirmiers, suivis des permanenciers, des conducteurs ambulanciers, des médecins comparativement aux SPP et doubles statuts ($H(7)=15.118;p<0.05$) ;
- « Les doutes sur les compétences de ses collègues » (Item 33) perçus comme étant significativement plus fréquents par les SPP, suivis des doubles, des permanenciers, des conducteurs ambulanciers, des médecins comparativement aux infirmiers ($H(7)=19.066;p<0,01$) ;
- « Le soutien insuffisant de ses collègues » (Item 39) perçu comme étant significativement plus fréquent par les permanenciers, suivis des médecins, des conducteurs ambulanciers, des SPP comparativement aux doubles statuts et infirmiers ($H(7)=28.658;p<0.001$) ;
- « Les conflits avec d'autres services » (Item 51) sont perçus comme étant significativement plus fréquents par les médecins, suivis des infirmiers, des SPP, des permanenciers comparativement aux doubles statuts et conducteurs ambulanciers ($H(7)=24.762;p<0.01$).

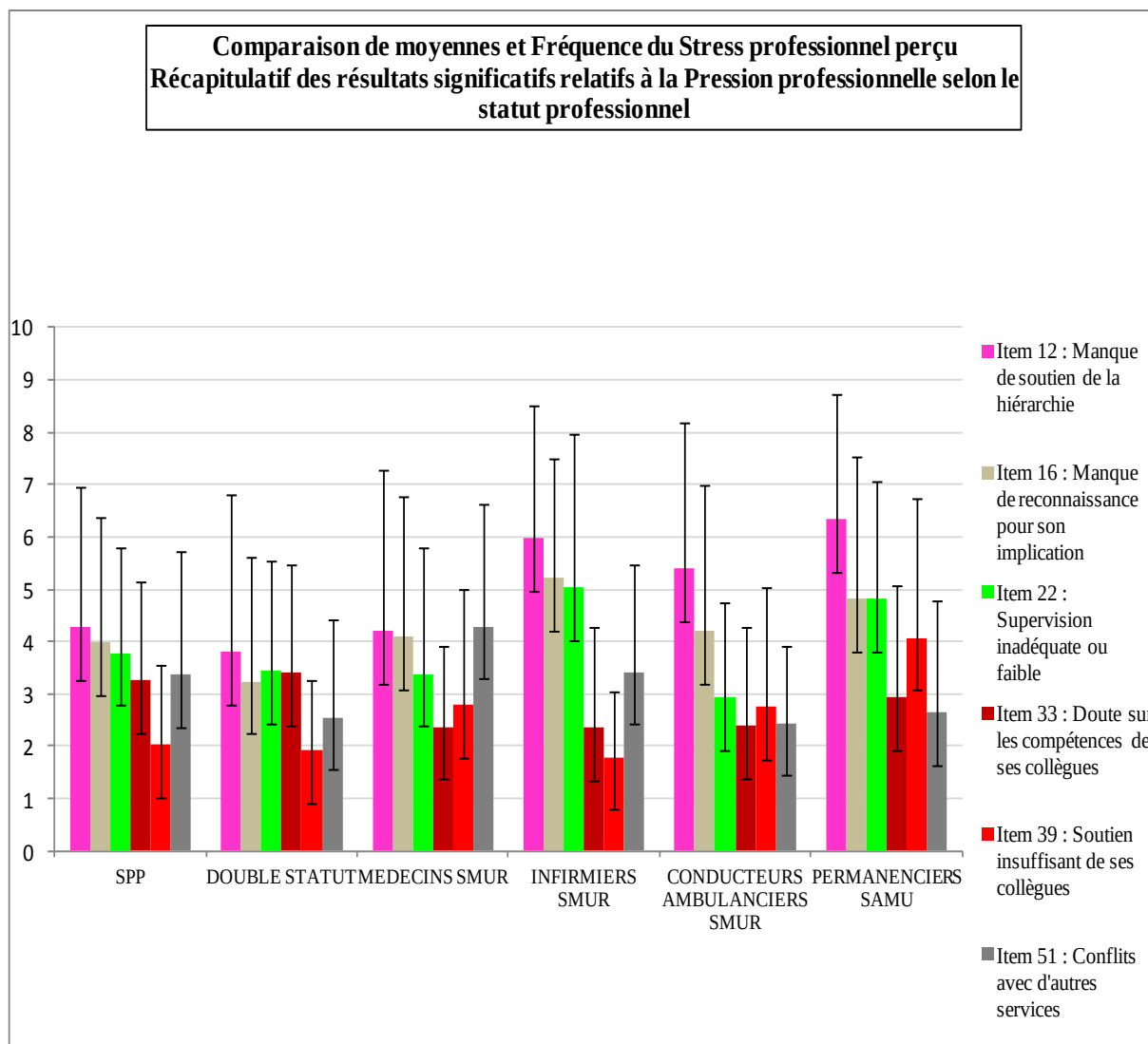


Figure 18 : Comparaison de moyennes aux Echelles de fréquence de la pression professionnelle perçue en fonction du statut professionnel des SPP et du SAMU/SMUR.

La figure ci-dessus montre une répartition plus homogène des stressseurs relatifs à la pression professionnelle perçue. Cependant, comme nous l'avons cité précédemment, chacun de ces stressseurs est significativement différent en fonction du statut professionnel, laissant globalement transparaître une plus forte pression professionnelle perçue pour le SAMU/SMUR comparativement aux SPP.

❑ Le travail opérationnel

D'après l'analyse de comparaisons de moyennes, il semble que des différences significatives sont également à noter quelle que soit la situation opérationnelle :

- « Devoir contenir la colère et/ou l'agressivité d'une victime » (Item 7) est perçu comme étant significativement plus fréquent pour les permanenciers, suivis des SPP, des infirmiers, des conducteurs ambulanciers comparativement aux médecins et doubles statuts ($H(6)=41.166;p<0.001$) ;
- « La gravité de l'intervention » (Item 18) est perçue comme étant significativement plus fréquente pour les permanenciers, suivis des infirmiers, des médecins, des conducteurs ambulanciers comparativement aux SPP et doubles statuts ($H(6)=54.442;p<0.001$) ;
- « Prendre des décisions importantes dans l'urgence » (Item 30) est perçu comme significativement plus fréquent par les permanenciers, suivis des médecins, des infirmiers, des SPP comparativement aux conducteurs ambulanciers et doubles statuts ($H(7)=45.928;p<0.001$) ;
- « Faire l'objet d'insultes/menaces personnelles sur intervention » (Item 31) est perçu comme significativement plus fréquent par les permanenciers, suivis des SPP, des infirmiers, des doubles statuts comparativement aux conducteurs ambulanciers et médecins ($H(6)=22.074;p<0.05$) ;
- « Gérer des situations imprévues » (Item 40) est perçu comme significativement plus fréquent par les permanenciers, suivis des infirmiers, des médecins, des SPP comparativement aux conducteurs ambulanciers et doubles statuts ($H(7)=32.677;p<0.001$) ;
- « Devoir se contrôler, se contenir face aux insultes sur intervention » (Item 48) est perçu comme étant significativement plus fréquent par les permanenciers, suivis des conducteurs ambulanciers, des SPP, des infirmiers comparativement aux doubles statuts et médecins ($H(6)=25.308;p<0.001$).

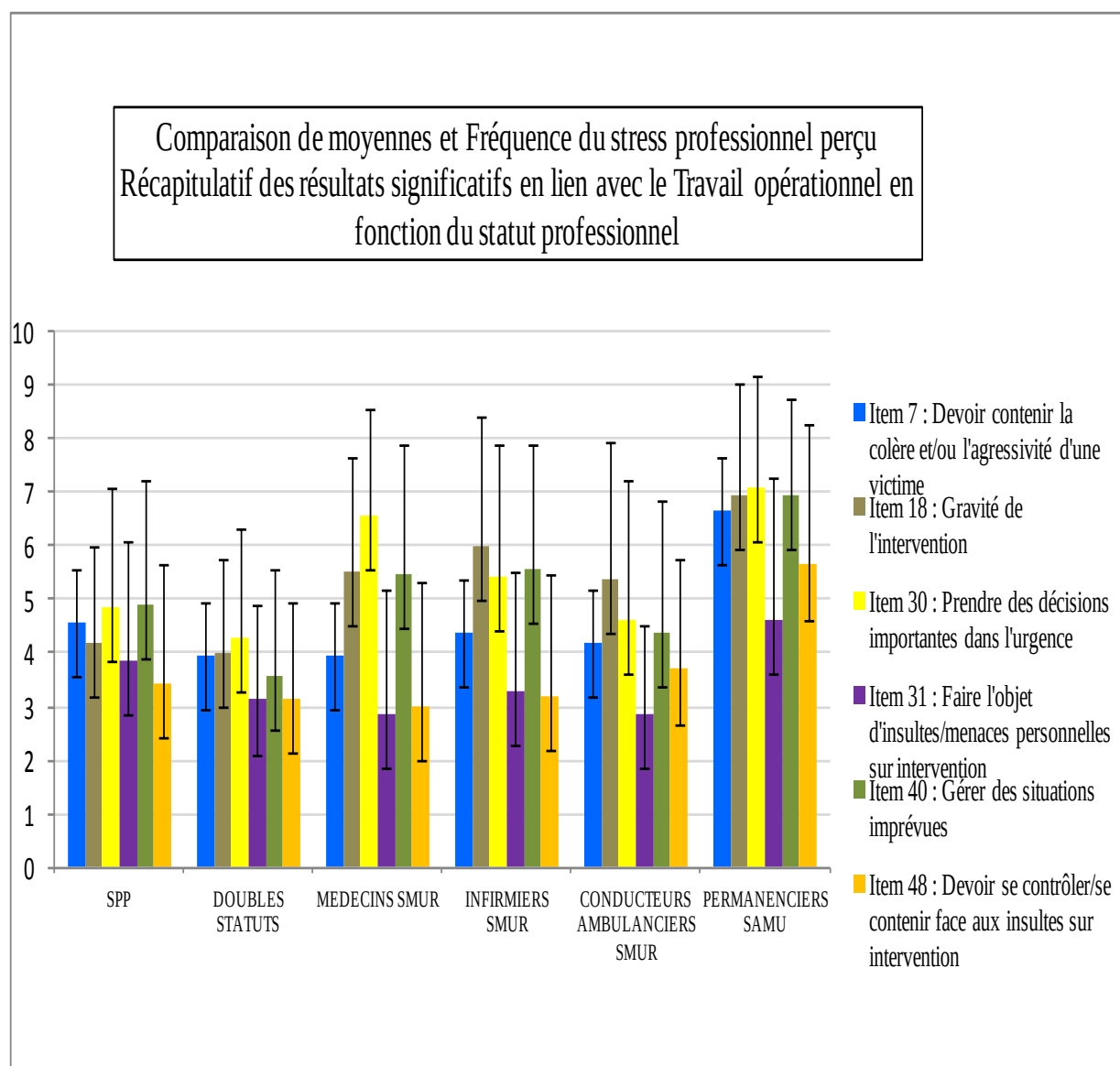


Figure 19 : Comparaison de moyennes aux Echelles de fréquence du travail opérationnel perçu en fonction du statut professionnel des SPP et du SAMU/SMUR.

La figure ci-dessus montre la différence des scores entre les permanenciers du SAMU et les autres groupes professionnels. Ces derniers ont des scores significativement plus élevés quel que soit le stressleur opérationnel concerné.

Tableau 18 : Moyennes et Ecart-types des scores aux items de l'Echelle de Fréquence du stress professionnel en fonction du statut professionnel des SPP et du SAMU/SMUR.

	CONDUCTEURS													Chi-carré
	SPP		DOUBLE STATUT		MEDECINS SMUR		INFIRMIERS SMUR		AMBULANCIERS SMUR		PERMANENCIERS SAMU			
	M	ET	M	ET	M	ET	M	ET	M	ET	M	ET		
Item 8 : Collègues ne faisant pas leur travail	4.66	2.07	4.28	2.05	3.42	1.98	4.33	2.33	3.81	2.23	4.68	2.42	11.04	
Item 12 : Manque de soutien de la hiérarchie	4.26	2.71	3.8	2.99	4.21	3.05	5.96	2.53	5.38	2.8	6.32	2.39	23.99**B	
Item 16 : Manque de reconnaissance pour son implication	3.97	2.41	3.24	2.39	4.08	2.7	5.21	2.3	4.19	2.79	4.82	2.7	19.52**B	
Item 22 : Supervision inadéquate ou faible	3.78	2.02	3.44	2.12	3.39	2.42	5.04	2.91	2.94	1.81	4.82	2.23	15.11*B	
Item 28 : Personnel insuffisant pour prendre en charge d'une manière adéquate une mission	3.29	2.01	2.96	1.62	3.29	2.19	3.67	2.33	3.56	2.37	3.93	2.4	3.29	
Item 29 : Perte de temps	4.67	2.47	4.2	2.35	4.13	2.34	4.75	2.17	3.81	2.32	4.29	2.48	9.40	
Item 33 : Doute sur les compétences de ses collègues	3.26	1.87	3.4	2.06	2.37	1.55	2.35	1.94	2.38	1.89	2.93	2.16	19.06**B	
Item 39 : Soutien insuffisant de ses collègues	2.02	1.54	1.92	1.35	2.79	2.22	1.79	1.25	2.75	2.29	4.07	2.65	28.65***B	
Item 49 : Faire le travail d'un autre collègue	3.98	2.32	3.8	1.98	3.29	2.07	4.08	2.34	3.63	2.16	4.68	2.76	6.35	
Item 50 : Collègues très peu motivés	3.78	1.95	4.12	1.69	3.55	2.11	3.75	2.25	3.63	2.36	4.18	2.45	3.75	
Item 51 : Conflits avec d'autres services	3.36	2.36	2.56	1.87	4.29	2.34	3.42	2.04	2.44	1.46	2.64	2.13	24.76**B	
Item 7 : Devoir contenir la colère et/ou l'agressivité d'une victime	4.57	2.12	3.96	1.97	3.95	2.34	4.38	2.24	4.19	1.97	6.68	2.16	41.16***A	
Item 18 : Gravité de l'intervention	4.17	1.84	4	1.76	5.53	2.11	6	2.4	5.38	2.55	6.96	2.1	54.44***A	
Item 30 : Prendre des décisions importantes dans l'urgence	4.86	2.25	4.28	2.03	6.58	1.98	5.42	2.47	4.63	2.6	7.07	2.09	45.92***B	
Item 31 : Faire l'objet d'insultes/menaces personnelles sur intervention	3.84	2.25	3.12	1.76	2.84	2.37	3.29	2.22	2.88	1.63	4.63	2.63	22.07**A	
Item 40 : Gérer des situations imprévues	4.9	2.32	3.56	2.02	5.47	2.42	5.57	2.35	4.38	2.45	6.93	1.8	32.67***B	
Item 48 : Devoir se contrôler/se contenir face aux insultes sur intervention	3.41	2.23	3.16	1.8	3	2.35	3.21	2.28	3.69	2.09	5.64	2.63	25.30***A	

*Seuil de significativité <0.05 ; ** Seuil de significativité<0.01 ; ***Seuil de significativité<0.001.

^A ddl=6 ; ^B ddl=7

5.2.3. Le stress au travail : complément d'enquête.

A l'issue d'un entretien semi-directif administré aux différents participants, nous avons distingué 5 catégories de stressseurs professionnels issues d'une analyse des Fréquences (Figure).

☐ *L'érosion de l'accomplissement de soi.*

Pour 43% des SPP et 31% des professionnels du SAMU/SMUR, l'érosion du sentiment d'accomplissement de soi est liée à différents aspects dont

- le manque d'élargissement des compétences et de formations répondant à la réalité du terrain ;
- les appels injustifiés et les sorties secondaires consistant en un transfert de patients pour les professionnels du SMUR ; et monopolisant les services SP au détriment « d'interventions véritablement urgentes ».

☐ *Le contexte organisationnel et les exigences professionnelles.*

Pour 34% et 17% des SPP et professionnels du SAMU/SMUR interrogés, le contexte organisationnel est source de stress. Il serait marqué par

- ☐ un décalage perçu entre l'administratif et la réalité du terrain ;
- ☐ la lourdeur des procédures, les changements fréquents de notes de service apportant de la confusion dans le travail et engendrant un désinvestissement de certains professionnels.

☐ *L'évolution du système.*

Pour 30% des SPP et 18% des professionnels du SAMU/SMUR interrogés, l'évolution du système est source de stress professionnel du fait de son décalage avec la vision qu'a le professionnel de son métier. En effet, le fonctionnement comme une entreprise des services engendrerait du stress car la dimension humaine serait ici aussi remplacée par la rentabilité. Il en est de même pour la recrudescence de l'individualisme détériorant le collectif.

☐ *Les relations interpersonnelles.*

Pour 27% des SPP interrogés, nous constatons que les relations interpersonnelles sont sources de stress avec notamment

- ☐ les comportements inadaptés de certains collègues se traduisant par des attitudes rigides, un manque d'humilité, un manque d'investissement ;
- ☐ le manque de soutien de la hiérarchie.

Pour 18% des professionnels du SAMU/SMUR, le stress professionnel serait également induit par la qualité des relations interpersonnelles au travail marquées par un ensemble de facettes dont celles d'aspect :

- ☐ relationnel avec le manque de communication entre les professionnels ; de respect, d'empathie et de soutien de la hiérarchie ;
- ☐ organisationnel avec le manque de travail en équipe et la scission SAMU/SMUR.
- ☐ *Les stresseurs opérationnels.*

Pour 20% des SPP et 13% du SAMU/SMUR, certains facteurs de stress se trouvent dans le contexte opérationnel avec

- ☐ la dureté des interventions se traduisant par la confrontation à la détresse humaine voire à la mort. Juxtaposés à cela, ces professionnels doivent faire face à des sentiments d'identification induit notamment par leur parentalité ;
- ☐ l'agressivité des victimes nécessitant une distanciation des affects et un self-control ;
- ☐ le manque de reconnaissance provenant d'une partie de la population estimant que les accès aux soins sont un dû. Ceci provoque également un changement d'attitudes positionnant le patient ou la victime dans le rôle de client exigeant, « voulant tout et tout de suite » ;
- ☐ la récurrence de certaines interventions dont celles auprès des personnes fortement alcoolisées qui, une fois arrivées aux Urgences sont auscultées puis renvoyées dehors faute de places.
- ☐ *Le rythme de travail.*

Pour 18% des SPP interrogés, le rythme de travail aurait une incidence sur le collectif et l'organisation du travail du fait

- ☐ du passage en 12h faisant que les équipes et professionnels se croisent en prenant moins le temps pour le partage ;
- ☐ des gardes de nuits pendant lesquelles le SPP n'a pas le droit de se coucher avant minuit dans certains centres de secours. Selon ces derniers, cet aspect

accroît leur fatigabilité et ce d'autant plus qu'il s'accompagne de séances de sport nocturnes altérant leur cycle de sommeil ;

- ❑ du badge accroissant la pression professionnelle et en inadéquation avec les interventions dont la durée est variable. Ce dernier point est perçu comme une contrainte et un facteur de stress important.

Quant aux professionnels du SAMU/SMUR, nous retrouvons des caractéristiques analogues à celles des SPP, à savoir le dépassement d'heures, les gardes trop nombreuses et, le travail de nuit et de week-end partagés par 7% d'entre eux.

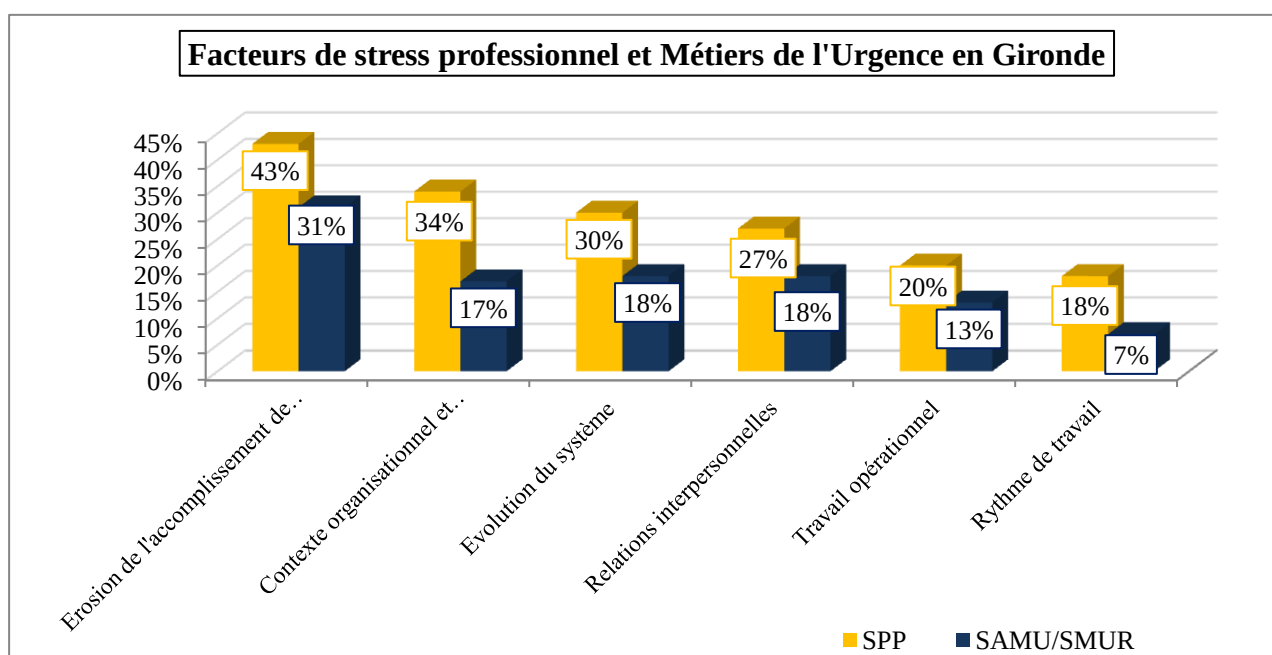


Figure 20 : Catégories de stress professionnel perçu selon le groupe d'appartenance professionnel-Complément d'enquête.

RESUME

Objectifs :

- ☐ Comparer les facteurs de stress professionnel perçu selon l'appartenance professionnelle (SPP vs SAMU/SMUR).

Population :

85 SPP non officiers ont été interrogés âgés en moyenne de 37.04 ans (SD= 7.47) et ont 17.22 années d'expérience professionnelle (SD=7.06)

107 personnels du SMUR âgés en moyenne de 39.26 ans (ET=8.8) et ont 7.59 années d'ancienneté au sein du service (ET=6.1)

Méthodologie :

Deux questionnaires : l'adaptation du Job Stress Survey aux SP et un questionnaire semi directif sur les caractéristiques professionnelles.

Résultats :

- ☐ Existence de facteurs de stress professionnel communs ;
- ☐ Plus grande différence dans le stress professionnel perçu entre le SAMU, d'une part et, les professionnels du SMUR et les SPP d'autre part (H1 validé pour le SAMU) ;
- ☐ Quelques divergences relatives au statut professionnel concernent :
 - L'intensité de la pression professionnelle comprenant le rapport aux collègues et ; du travail opérationnel avec la gestion de l'urgence ;
 - La fréquence de la pression professionnelle dont le manque de reconnaissance, le rapport à la hiérarchie et aux collègues ; et du travail opérationnel en lien avec la gestion des violences et de l'urgence.
- ☐ Des indicateurs complémentaires montrent une érosion de l'accomplissement de soi, de fortes exigences professionnelles et un conflit de valeurs tant chez les SPP que les professionnels du SAMU/SMUR.

**ETUDE N°3/ PREVALENCE ET MODELES EXPLICATIFS DU
BURN-OUT DANS UNE POPULATION DE SAPEURS-
POMPIERS PROFESSIONNELS DE GIRONDE**

6.1. METHODOLOGIE

6.1.1. Rappel des hypothèses

Suite aux données recueillies dans la revue de la littérature, nous supposons que

- Le Bo serait associé négativement et significativement à la satisfaction professionnelle (H1) ;
- Le Bo serait associé positivement et significativement aux symptômes tels que ceux se référant au(x) i) troubles internalisés (*cf.* les troubles de l'humeur et anxieux) ; ii) conduites à risques (*cf.* les conduites de consommation) et trouble externalisé TDA/H (H2) ;

Quant à ses modèles explicatifs, nous supposons que

- Le stress professionnel perçu prédirait de manière significative la symptomatologie du BO
 - Plus précisément, l'intensité du travail opérationnel prédirait positivement l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et la réduction de l'accomplissement de soi (H3) ;
 - La fréquence du travail opérationnel prédirait positivement et significativement l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et ; négativement la réduction de l'accomplissement de soi (H4).
- Les SPP souffrant de BO présenteraient des scores élevés aux patterns tempéramentaux Recherche de Nouveauté et Dépendance à la Récompense ainsi qu'un score faible au trait de caractère Transcendance (H5) ;
- Il y aurait un effet d'interaction entre l'environnement professionnel perçu et les patterns de personnalité prédisant le BO ;
 - Il y aurait un effet d'interaction entre des scores élevés à la recherche de nouveauté et à l'intensité du travail opérationnel perçu (H6) ;
 - Il y aurait un effet d'interaction entre des scores élevés à la Dépendance à la récompense et à l'intensité du travail opérationnel perçu (H7) ;

- Il y aurait un effet d'interaction entre des scores faibles au trait de caractère transcendance et à l'intensité du travail opérationnel perçu (H8).

6.1.2. Mise en place de l'étude

La mise place de cette étude s'est effectuée par étape :

- ❑ *Présentation du projet et prise de contact avec le Directeur Départemental et le Médecin chef du SDIS 33.* L'objectif de notre rencontre était d'obtenir leur autorisation afin d'avoir accès aux différents centres d'incendies et de secours (CIS). Lors de notre rencontre, nous avons présenté notre démarche de recherche ainsi que les objectifs.
- ❑ *Définition des modalités de passation favorisant la mise en place d'entretiens individuels avec les SPP.* Ce choix favorise la compréhension i) du stress professionnel à travers une approche qualitative nécessaire à l'interprétation de ce phénomène ; ii) des questionnaires accroissant la fiabilité des résultats ;
- ❑ *Randomiser les CIS en fonction de leur fréquence opérationnelle à partir de statistiques données par le SDIS.* En conséquence, 5 CIS ont été retenus ayant une activité opérationnelle variant de faible à forte fréquence ;
- ❑ *Prise de contact avec les chefs de groupement et de centre des CIS retenus par voie téléphonique.* Cette étape nous a permis i) d'expliquer les objectifs de notre travail, les modalités de passation sélectionnées par la direction ; ii) d'organiser des réunions dans chaque CIS afin de rencontrer les SPP ;
- ❑ *Rencontres avec les SPP.* Nous présentions l'étude aux SPP. Pour ce faire, nous exposons les objectifs de travail comportant une étape exploratoire effectuée lors d'entretiens individuels et une étape préventive avec la mise en place d'un programme de prévention. Ces rencontres étaient essentielles car nous pouvions aborder des points de prime importance, à savoir i) la participation volontaire pouvant s'arrêter dès qu'ils le souhaitaient, ii) les résultats restitués individuellement par mail (cf. Annexes). Ces derniers sont confidentiels et traités uniquement par nous-mêmes. De plus, nous leur expliquions qu'un code leur était attribué du type « SP3300n ». Code dont la correspondance nominale n'était connue que par nous-mêmes. Pour terminer, afin de garantir une protection maximale de leurs données, un dossier signalant l'étude a été déposé et accepté par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés et le Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé.

6.1.3. Procédure.

Les critères d'inclusion relatifs à cette étude étaient : *i)* avoir au moins 2 années d'expérience dans ce métier ; *ii)* être sapeur-pompier professionnel ; *iii)* ne pas être en arrêt maladie. Comme nous l'avons précédemment cité, la participation à cette étude se basait sur le volontariat et débutait par une feuille d'information et de consentement (cf. Annexes). Ayant lieu durant le temps de travail, l'agent était détaché de son activité opérationnelle afin de ne se consacrer qu'à l'entretien. Chaque entretien durait en moyenne 2h30. Ceci s'explique par les modalités de passation, à savoir un entretien duel comprenant à la fois des questions directives et semi-directives. Chacun de ces entretiens avait lieu dans une pièce calme définie en fonction des disponibilités du moment. Suite aux réunions d'information, nous avons obtenu un taux de participation de 27%.

6.1.4. Population

Dans le cadre de cette recherche, nous avons rencontré individuellement 96 SP âgés en moyenne de 36.6 ans ($ET=7.67$) et ayant 16.7 années d'expérience professionnelle ($ET=7.31$). Parmi ces derniers, il y a 85 SPP non-officiers, 7 SPP officiers et 4 SPV non-officiers. Notre travail, étant centré à la fois sur la dimension organisationnelle et opérationnelle du métier, nous avons retiré les officiers de l'analyse. Nous avons fait de même avec les SPV considérant leur premier emploi comme un éventuel biais dans l'analyse.

6.1.5. Mesures

Les instruments de mesure utilisés lors des entretiens directifs couvrent un ensemble de domaines reconnus pour être liés au stress professionnel :

- ☐ Le Maslach Burnout Inventory.

BO et comorbidités

- ☐ La Mesure du Stress Psychologique ;
- ☐ L'Index de Qualité de sommeil de Pittsburgh ;
- ☐ Le Hospital Anxiety and Depression ;
- ☐ Le Posttraumatic Checklist Survey ;
- ☐ Le Deta-Cage (Alcool) ;

- ☐ Le Heaviness of Smoking Index ;
- ☐ L'Adult Self-Report Scale Symptom Checklist (ASRS-1.1).

Modèle explicatif du Burnout

- ☐ Questionnaire sociodémographique ;
- ☐ Le Job Stress Survey-adaptation SP ;
- ☐ Le « Temperament and Character Inventory » à 56 items ;
- ☐ L'Adult Self-Report Scale Symptom Checklist (ASRS-V1.1) ;
- ☐ Inventaire de Coping pour Situations Stressantes ;
- ☐ Echelle de Provisions Sociales ;
- ☐ Le SWING.

6.1.6. Analyses statistiques

Afin de comprendre l'émergence du BO auprès des Sapeurs-Pompiers professionnels, nous avons procédé à un ensemble d'analyses statistiques avec SPSS 17.

- ☐ Chi-carré

Cela permet de vérifier la distribution des caractéristiques sociodémographiques des participants en fonction de leur statut professionnel. Par ce test, nous pouvons ainsi évaluer tant les homogénéités que les disparités des groupes professionnels ;

- ☐ Corrélations.

Après avoir vérifié l'homoscédasticité et la distribution de chacune de nos variables avec le test de Kolmogorov-Smirnoff, nous avons effectué une analyse paramétrique avec le r de Bravais Pearson permettant *i)* l'analyse des facteurs psychopathologiques associés au BO ainsi que *ii)* la sélection des facteurs endogènes, exogènes, des ressources et de l'interface vie professionnelle-vie privée intégrant par la suite le modèle explicatif du BO ;

- ☐ Régression linéaire multiple.

L'analyse des modèles explicatifs s'est axée essentiellement sur une analyse statistique multivariée avec la régression linéaire multiple. Suite à l'analyse corrélacionnelle susmentionnée, nous avons intégré dans un modèle les facteurs associés significativement au BO ($P < 0.05$). Chaque catégorie de facteurs a été placée dans un bloc : *i)* bloc 1, caractéristiques sociodémographiques étant les variables contrôle ; *ii)*

bloc 2, les facteurs exogènes avec le stress professionnel ; iii) bloc 3, les facteurs endogènes avec les caractéristiques de personnalité, iv) bloc 4, le trouble externalisé ; v) bloc 5, les ressources avec le coping et le soutien social ; vi) bloc 6, l'interface vie privée-vie professionnelle ; vii) bloc 7, les effets d'interaction stress professionnel*personnalité et stress professionnel*TDAH. Afin de procéder à l'analyse d'interaction, nous avons utilisé la méthode d'Aiken et West (2003). Il s'agit de transformer les variables en z-scores pour ensuite les multiplier entre elles. Nous concernant, les effets d'interaction portaient sur le JSS-SP, le TCI-56 et l'ASRS V1. Dans ce cas, nous avons fait varier les scores du TCI-56 en ajoutant et retirant un écart-type du z-score : ceci nous permettant de déterminer dans quelle circonstance le pattern de personnalité devient facteur de risque (faible versus grande quantité). Une fois le modèle rentré, nous avons retiré une à une les variables ayant des indices de colinéarité trop élevés, soit un VIF>3 et un indice de tolérance >.33. Le modèle final retenu est celui dont le Durbin Watson se rapproche le plus de 2 et ne contenant que des facteurs significatifs⁵.

6.2. RESULTATS

6.2.1. Population

A. Statistiques descriptives

L'échantillon se compose de 85 SPP de sexe masculin. Ils sont âgés en moyenne de 36.55 ans (ET=7.2) et ont 16.72 années d'ancienneté au sein du service (ET=6.7 ans).

Cet ensemble comprend deux sous-catégories, à savoir les SPP et les doubles statuts SPP-SPV. Concernant les SPP, ils sont 60 individus âgés en moyenne de 37.28 ans (ET=7.87) et ont 16.91 années de service (ET=7.68). Quant aux doubles-statuts, ils sont 25 individus âgés en moyenne de 34.8 ans (ET=5.17) et ont 16.26 années de service (ET=3.80).

Dans l'ensemble, ces groupes présentent des caractéristiques sociodémographiques homogènes, à savoir une plus forte proportion de chefs d'agrés mariés avec au moins un enfant.

⁵ Hors les caractéristiques sociodémographiques maintenues dans le modèle pour pouvoir être contrôlées.

Tableau 19 : Caractéristiques sociodémographiques des SPP en fonction de leur statut professionnel.

	SPP		DOUBLE STATUT	
	%	n=60	%	n=25
GENRE				
Hommes	100	60	100	25
Femmes	0	0	0	0
FONCTION				
Service hors rang	2	1	0	0
Equipier	5	3	4	1
Chef d'équipe	20	12	32	8
Chef d'agrés	55	33	60	15
Chef de groupe	18	11	4	1
STATUT MARITAL				
Célibataire	12	7	4	1
Concubin	27	16	16	4
Pacsé	7	4	4	1
Marié	38	23	68	17
Divorcé	0	0	4	1
- Divorcé puis concubinage	3	2	4	1
- Divorcé puis marié	8	5	0	0
- Divorcé puis pacsé	2	1	0	0
- Divorcé puis Célibataire	3	2	0	0
Total	100	60	100	25
STATUT PARENTAL				
Oui	77	46	80	20
Non	23	14	20	5
PERTE D'UN ENFANT				
Oui	5	3	4	1
Non	95	57	96	24
GARDE DES ENFANTS				
Mère	7	4	8	2
Père	5	3	4	1
Conjointe	7	4	0	0

B. Santé perçue et antécédents médicaux

Quel que soit le groupe d'appartenance, le test du Chi-carré ne montre pas de différences significatives quant à la santé perçue et aux antécédents médicaux.

Cependant, nous notons que la majorité des SPP interrogés estime que leur santé est bonne contre 4% la qualifiant comme étant moyenne à mauvaise. De plus, alors que 8% des

doubles-statuts souffrent de problèmes chroniques, 25% des SPP rencontrent cette même situation (Tableau 20).

Tableau 20 : Répartition de la santé perçue et des antécédents médicaux selon le statut professionnel.

ANTECEDENTS MEDICAUX ET SANTE PERCUE				
	SPP		DOUBLES STATUTS	
	%	N(60)	%	N (25)
Santé perçue				
Très bonne	32	19	32	8
Bonne	65	39	68	17
Moyenne	2	1	0	0
Mauvaise	2	1	0	0
Très mauvaise	0	0	0	0
Problème chronique				
Oui	25	15	8	2
Non	75	45	92	23
Opérations				
Oui	57	34	56	14
Non	43	26	44	11
Accidents				
Oui	35	21	28	7
Non	65	39	72	18

6.2.2. Taux de prévalence du BO dans une population de SPP de Gironde

Pour établir les taux de prévalence de la symptomatologie tridimensionnelle du BO chez les SPP, nous nous référons aux seuils cliniques établis par Maslach et Jackson (1986). Ces derniers les ont définis auprès de 1104 médecins et infirmiers. Selon ces auteurs, un individu souffrant d'un BO modéré à sévère aurait des scores

- supérieurs ou égaux à 19 pour la dimension «Epuisement émotionnel» ;
- supérieurs ou égaux à 6 pour la dimension «Dépersonnalisation» ;
- inférieurs ou égaux à 39 pour la dimension «Réduction de l'accomplissement de soi».

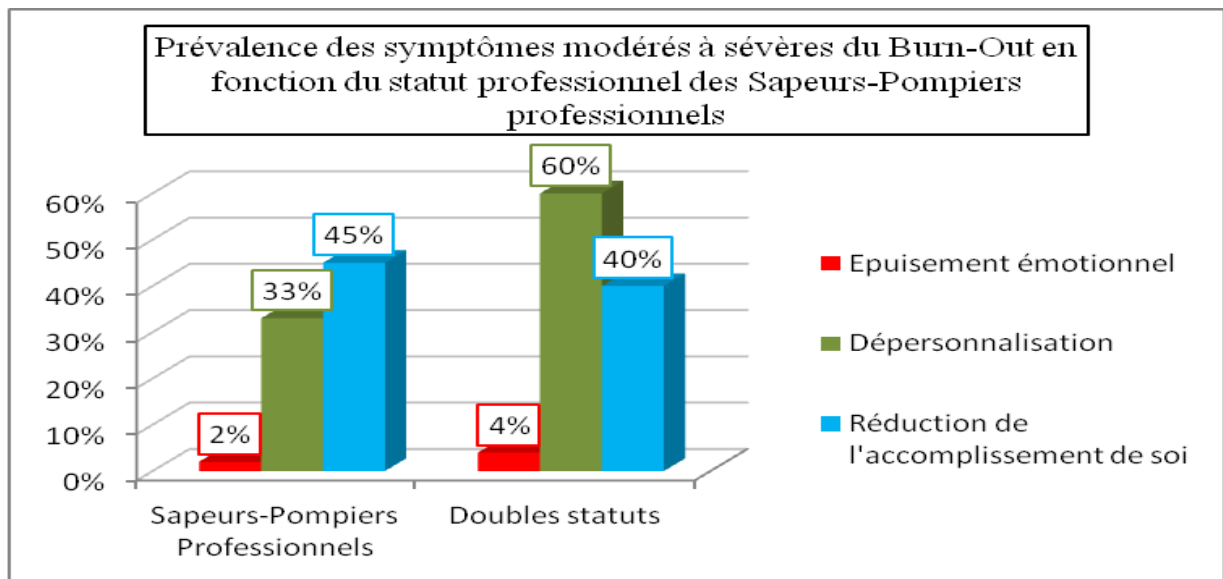


Figure 21 : Taux de prévalence des symptômes modérés à sévères du BO dans une population de Sapeurs-Pompiers girondins - Répartition en fonction du statut professionnel.

D'après la figure ci-dessus, nous notons la présence de symptômes modérés à sévères relatifs au BO quel que soit le groupe d'appartenance (Figure 21). En effet, les SPP souffrant d'une symptomatologie modérée à sévère du BO sont de l'ordre de

- ❑ 2% pour l'épuisement émotionnel,
- ❑ 33% pour la dépersonnalisation ;
- ❑ 45 % pour la réduction de l'accomplissement de soi.

Quant aux doubles statuts, nous constatons des taux plus élevés pour l'EE et la D modérés à sévères touchant

- ❑ 4% pour l'épuisement émotionnel ;
- ❑ 60% pour la dépersonnalisation ;
- ❑ 40% pour la réduction de l'accomplissement de soi.

Suite à une analyse de comparaison de moyennes avec le U de Mann-Whitney, nous notons une différence statistiquement significative dans les scores de la dépersonnalisation selon le statut professionnel ($Z=2.261; p<0.05$). En effet, les doubles statuts souffriraient davantage de dépersonnalisation comparativement aux SPP (Figure 22).

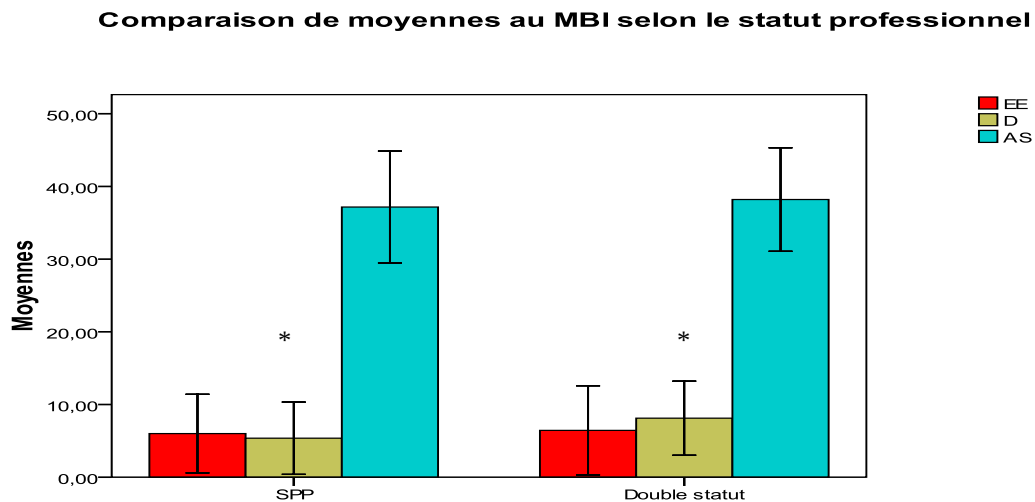


Figure 22 : Comparaison de moyennes des scores au BO selon le statut professionnel.

6.2.3. Troubles comorbides au BO.

A. Epuisement émotionnel

- ☐ D'après les résultats obtenus lors de l'analyse corrélationnelle de Bravais-Pearson, nous constatons que l'EE est lié négativement à la satisfaction professionnelle ($r = -.499; p < 0.001$). De plus, ce symptôme est associé de manière significative aux symptômes psychopathologiques suivants :
- ☐ Le stress ($r = .253; p < 0.05$) ;
- ☐ L'état de Stress Post-Traumatique ($r = .290; p < 0.01$) ;

B. Dépersonnalisation

L'analyse corrélationnelle ne permet pas d'identifier des symptômes lui étant associée significativement ($p > .170$).

C. Accomplissement de soi

Alors que l'analyse corrélationnelle de Bravais Pearson montre un lien significatif entre l'accomplissement de soi et la satisfaction professionnelle ($r = .320; p < 0.01$), elle souligne également des liens statistiquement significatifs entre ce symptôme et d'autres psychopathologiques. Ils sont :

- ☐ Le stress ($r = -.233; p < 0.05$) ;

□ L'Etat de stress post-traumatique ($r=.300;p<0.01$).

Tableau 21 : Symptomatologie associée au BO dans la population de SPP.

		α	M	ET	Epuisement émotionnel r de Bravais Pearson	Dépersonnalisation r de Bravais Pearson	Accomplissement de soi r de Bravais Pearson
CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES	Age		36.55	7.24	0.211	-0.103	-0.081
	Années de service		16.73	6.76	0.188	-0.086	0.043
	Nombre de garde la semaine dernière		2.74	1.24	-0.122	-0.12	-0.003
	Nombre d'accidents de la vie courante		0.55	1.45	-0.069	.256*	-0.071
STRESS PROFESSIONNEL PERCU	Intensité de la Pression professionnelle	0.73	6.13	5.6	-0.065	0.134	-0.002
	Intensité du travail opérationnel	0.80	6.18	5.13	0.132	0.095	-0.044
	Fréquence de la Pression professionnelle	0.73	37.47	7.5	-0.101	-0.045	0.087
	Fréquence du travail opérationnel	0.79	4.43	1.19	-0.099	0.158	-0.16
	Index de la Pression professionnelle	0.76	4.25	1.47	-0.133	-0.016	0.074
	Index du travail opérationnel	0.8	3.61	1.13	-0.012	0.173	-0.126
	Intensité du stress professionnel perçu	0.79	4.13	1.48	0.019	0.131	-0.03
	Fréquence du stress professionnel	0.85	16.69	7.38	-0.106	0.042	-0.017
	Index du stress professionnel perçu	0.84	20.32	10.66	-0.08	0.089	-0.015
STRESS PSYCHOLOGIQUE	Stress	0.86	4.61	1.19	.253*	0.072	-.233*
ESPT	Etat de stress post-traumatique	0.86	65.71	19.24	.290**	0.002	.300**
CONDUITES A RISQUES	Tabac	0.82	5.86	1.82	0.311	-0.066	-0.21
	Cannabis	0.67	18.82	8.02	0.598	0.174	0.155
TROUBLE EXTERNALISE	TDA/H Hyperactivité Impulsivité	0.69	1.15	1.42	-0.02	0.103	-0.041
	TDA/H Déficit attentionnel	0.69	0.6	0.49	0.095	-0.023	0.011
	TDA/H Mixte	0.72	18.73	5.03	0.045	0.053	-0.02
SATISFACTION PROFESSIONNELLE	Satisfaction Professionnelle	0.78	11.16	5.93	-0.449***	0.006	.320**

*Seuil de signification <0.05 ; **Seuil de signification<0.01 ; ***Seuil de signification<0.001

6.2.4. MODELES EXPLICATIFS DU BURNOUT CHEZ LES SAPEURS-POMPIERS.

L'analyse corrélationnelle abordée dans le tableau 22 permet de sélectionner les variables intégrées dans les modèles de régression ci-après. En conséquence, nous notons la présence de facteurs de risque liés de manière significative à la symptomatologie du BO

A. Analyse corrélationnelle

A.1] Epuisement émotionnel

L'analyse corrélationnelle de Bravais Perason montre des facteurs de risque associés de manière significative à l'épuisement émotionnel. Ils sont pour une part

- ❑ **Les Facteurs exogènes** avec le stress professionnel perçu. Plus précisément, il s'agit de i) l'Intensité du stress professionnel ($r=.315;p<0.01$) dont la Pression professionnelle ($r=.277;p<0.05$) et le travail opérationnel ($r=.234;p<0.05$) ; ii) l'Index du stress professionnel ($r=.287;p<0.01$) dont la pression professionnelle ($r=.267;p<0.05$) et le travail opérationnel ($r=.261;p<0.05$) ;
- ❑ **Les facteurs endogènes** avec i) l'âge ($r=.211 ;p=.053$) ; ii) le pattern tempéramental Evitement du danger ($r=.230;p<0.05$).

A.2] Dépersonnalisation

Le r de Bravais Pearson démontre que la dépersonnalisation est associée de manière significative aux facteurs suivants :

- ❑ **Les Facteurs exogènes** avec le stress professionnel perçu dont i) l'Intensité du stress professionnel ($r= -.323;p<0.01$) dont le Travail opérationnel ($r= -.370;p<0.01$) ; ii) l'Index du stress professionnel ($r=.208;p=0.058$) dont le travail opérationnel ($r=.244;p<0.05$) ;
- ❑ **Les Facteurs endogènes** avec i) le nombre d'accidents de la vie courante ($r=.256;p<0.05$) ; ii) la personnalité dont le pattern tempéramental Dépendance à la récompense ($r= -.202;p=0.065$).

A.3] L'accomplissement de soi

Quant à l'accomplissement de soi, l'analyse corrélationnelle montre des liens statistiquement significatifs avec un ensemble de facteurs dont les

- ☐ **Facteurs exogènes** avec le stress professionnel perçu tel que la Fréquence du travail opérationnel ($r=.213;p=0.052$) ;
- ☐ **Facteurs endogènes** avec i) le pattern tempéramental Evitement du danger ($r= -.221;p<0.05$) ;
- ☐ **Styles de coping** avec celui centré sur la Tâche ($r=.232;p<0.05$).

Tableau 22 : Facteurs de risque associés aux symptômes du BO chez les SPP

		M	ET	Epuisement Emotionnel r de Bravais Pearson	Dépersonnalisation r de Bravais Pearson	Accomplissement de soi r de Bravais Pearson
CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES	Age	36.55	7.24	0.211	-0.103	-0.081
	Années de service	16.73	6.76	0.188	-0.086	0.043
	Nombre de garde la semaine dernière	2.74	1.24	-0.122	-0.12	-0.003
	Nombre d'accidents de la vie courante	0.55	1.45	-0.069	.256*	-0.071
STRESS PROFESSIONNEL PERCU	Intensité de la pression professionnelle	4.56	1.27	.277*	0.196	-0.14
	Intensité du travail opérationnel	3.95	1.53	.234*	.370**	0.009
	Fréquence de la pression professionnelle	3.6	1.17	0.132	0.054	0.098
	Fréquence du travail opérationnel	4.06	1.52	0.099	0.023	0.213
	Index de la pression professionnelle	17.33	8.43	.267*	0.134	-0.046
	Index du travail opérationnel	18.64	11.29	.261*	.244*	0.119
	Intensité du stress professionnel perçu	4.57	1.18	.315**	.323**	-0.105
	Fréquence du stress professionnel perçu	5.81	1.87	0.126	0.044	0.156
	Index du stress professionnel perçu	18.71	8.88	.287**	0.208	0.04
PERSONNALITE	Recherche de Nouveauté	21.04	6.6	-0.102	0.075	-0.045
	Dépendance à la récompense	28.52	6.17	0.01	-0.202	0.156
	Evitement du danger	18.31	6.43	.230*	-0.037	-.221*
	Coopération	35.51	4.66	-0.031	-.291**	.456***
	Transcendance	22.37	5.82	-0.104	-.227*	.221*
TDA/H	TDA/H Hyperactivité Impulsivité	1.15	1.42	-0.02	0.103	-0.041
	TDA/H Déficit attentionnel	0.6	0.49	0.095	-0.023	0.011
	TDA/H Mixte	18.73	5.03	0.045	0.053	-0.02
COPING	Tâche	60.41	9.74	-0.124	0.025	.232*
	Emotion	38.45	9.16	0.137	0.041	-0.118
	Evitement	33.73	9.86	0.188	0.054	-0.154
	Diversión	12.35	3.95	0.182	0.033	-0.032
	Distraction	14.6	5.31	0.142	0.044	-0.197
	Soutien social	87.8	6.97	-0.03	0.174	-0.162
INTERFACE VIE PRIVEE- VIE PROFESSIONNELLE	Rapport négatif de la vie professionnelle sur la vie privée	3.06	2.15	.271*	0.026	-0.14
	Rapport négatif de la vie privée sur la vie professionnelle	0.82	0.86	0.205	0.157	-.251*
	Rapport positif de la vie professionnelle sur la vie privée	4.22	2.81	0.191	-0.067	0.032

*Seuil de signification <0.05 ; ** Seuil de signification <0.01 ; *** Seuil de signification<0.001

B. Modèles de régression

B.1] Epuisement émotionnel

D'après l'analyse de régression linéaire multiple, le modèle retenu explique 19.1% de la variance de l'épuisement émotionnel [$F(9,72)=1.88;p=0.06$]. Il se compose d'un ensemble de facteurs de risque dont :

- Les facteurs endogènes avec le pattern tempéramental Evitement du danger ($\beta=.242;p<0.05$) ($\Delta R^2=.038;NS$) ;
- L'interaction Fort Evitement du danger*Intensité de la pression professionnelle perçue ($\beta=.256;p<0.05$) ($\Delta R^2=.061;p<0.05$).

B.2] Dépersonnalisation

Le modèle prédictif retenu à l'issue de la régression explique 30.9% de la variance de la dépersonnalisation [$F(10,69)=3.98;p<0.01$]. Il comprend deux catégories de facteurs avec les facteurs endogènes telles que la personnalité ($\Delta R^2=.049;p<0.05$) et les interactions personnalité*stress professionnel perçu ($\Delta R^2=.140;p<0.01$). Parmi cet ensemble, nous retrouvons

☐ Les facteurs de risque dont

- Les facteurs endogènes avec le nombre d'accidents de la vie courante ($\beta=.260;p<0.05$) ;
- L'interaction Forte Transcendance*Intensité du travail opérationnel perçu ($\beta=.229;p<0.05$).

☐ Les facteurs de protection dont

- Le pattern tempéramental Dépendance à la Récompense ($\beta=-.299;p<0.15$) ;
- L'interaction Faible transcendance*Intensité du travail opérationnel ($\beta=-.285;p<0.01$).

B.3] Accomplissement de soi

Les résultats obtenus montrent un modèle expliquant 32.8% de la variance de l'accomplissement de soi [$F(10,69)=3.36;p<0,01$]. Plus précisément, les facteurs explicatifs sont les

- ❑ Facteurs de risque « interaction Faible Transcendance*Fréquence du travail opérationnel » ($\beta=-.245;p<0.05$) ($\Delta R^2=.055;p<0.05$);
- ❑ Facteurs de protection dont le
 - Trait de caractère Coopération ($\beta=.444;p<0.001$) ($\Delta R^2=.190;p<0.001$) ;
 - Style de coping centré sur la Tâche ($\beta=.252;p<0.05$) ($\Delta R^2=.051;p<0.05$).

Tableau 23 : Modèles prédictifs des symptômes du BO chez les SPP.

	Modèles	β	Sig.	ΔR^2	DURBIN WATSON
A	(Constant)		0.79		
	Statut marital	.034	.780		
	Statut professionnel	.059	.597		
	Années de service	.149	.232		
	Interventions	.005	.967		
	Santé	-.131	.266		
	Problème chronique	.078	.518	.092	
	Nombre accidents de la vie courante	-.095	.389		
	Personnalité				
	Evitement du danger	.242	.034	.038	
B	Effet d'interaction personnalité*stress professionnel perçu	Fort évitement du danger*Intensité de la pression professionnelle	.256	.023	
				.061*	2.097
	Caractéristiques sociodémographiques	(Constant)		0.00	
	Statut marital	-0.11	0.34	.119	
	Statut professionnel	-0.02	0.84		
	Années de service	-0.02	0.86		
	Interventions	0.02	0.78		
	Santé	-0.10	0.33		
	Problème chronique	-0.13	0.24		
	Nombre accidents de la vie courante	0.26	0.01	.119	
C	Dépendance à la récompense	-0.29	0.00	.049*	
	Effet d'interaction personnalité*stress professionnel perçu	Forte transcendance*Intensité du travail opérationnel	0.22	0.03	
		Faible transcendance*Intensité du travail opérationnel	-0.28	0.009	.140**
				0.032	1.816
	Caractéristiques sociodémographiques	(Constant)		0.90	
	Statut marital	0.09	0.42		
	Statut professionnel	-0.07	0.52		
	Années de service	0.02	0.83		
	Interventions	-0.08	0.39	.190***	
	Santé	0.04	0.69		
	Personnalité	Problème chronique	-0.10	0.33	
	Nombre accidents de la vie courante		0.03	0.75	
	Coopération	0.44	0.00		
	Tâche	0.25	0.02	.051*	
	Effet d'interaction personnalité*stress professionnel perçu	Faible transcendance*Fréquence du travail opérationnel	-0.24	0.02	
				.055*	1.870

*Seuil de signification <0.05 ; ***Seuil de signification <0.001

A : Epuisement émotionnel ; B : Dépersonnalisation ; C : Accomplissement de soi

RESUME

Objectifs :

- ☐ Déterminer la prévalence, les symptômes associés au BO
- ☐ Déterminer les modèles explicatifs de la symptomatologie du BO auprès d'un échantillon de Sapeurs-Pompiers Professionnels.

Population :

85 SPP âgés en moyenne de 36.55 ans (ET=7.2) et ayant 16.72 années d'ancienneté au sein du service (ET=6.7 ans) répartis en 2 groupes (60 SPP et 25 Doubles statuts).

Méthodologie :

Un entretien directif autour de questionnaires axés notamment sur des

- Facteurs exogènes avec le stress professionnel perçu ;
- Facteurs endogènes avec la personnalité ;
- Ressources adaptatives dont les styles de coping et le soutien social.

Résultats :

Hypothèses de travail en partie validées

- ☐ Présence de symptômes modérés à sévères selon les critères établis par Maslach et Jackson en 1986.
 - 2% des SPP et 4% des doubles-statuts pour l'épuisement émotionnel,
 - 33% des SPP et 60% des doubles-statuts pour la dépersonnalisation ;
 - 45 % des SPP et 40% des doubles-statuts pour la réduction de l'accomplissement de soi.
- ☐ Présence de symptômes comorbides au BO ($p < 0.05$) (H1 validé).
- ☐ La symptomatologie tridimensionnelle du BO expliquée par un ensemble de facteurs de risque dont les effets d'interaction Personnalité*Stress professionnel perçu. Plus précisément, nous retrouvons l'interaction entre
 - le pattern tempéramental Evitement du Danger et l'intensité de la pression professionnelle perçue
 - le trait de caractère Transcendance avec le travail opérationnel perçu (H8 validé).

**ETUDE N°4/ PREVALENCE ET MODELE EXPLICATIF DE
LA TRIDIMENSIONNALITE DU BO AUPRES D'UN
ECHANTILLON DU SMUR DE LA GIRONDE**

7.1. METHODOLOGIE

7.1.1. Rappel des hypothèses

D'après la revue de la littérature, nous supposons que

- le Bo serait associé négativement et significativement à la satisfaction professionnelle (H1) ;
- Le Bo serait associé positivement et significativement aux symptômes tels que ceux se référant au(x) *i*) troubles internalisés (*cf.* les troubles de l'humeur et anxieux) ; *ii*) conduites à risques (*cf.* les conduites de consommation) et trouble externalisé TDA/H (H2) ;

Quant aux modèles explicatifs du BO, nous supposons que

- Le stress professionnel perçu prédirait de manière significative la symptomatologie du BO
 - Plus précisément, l'intensité de la pression professionnelle prédirait positivement l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et la réduction de l'accomplissement de soi (H3) ;
 - La fréquence de la pression professionnelle et du travail opérationnel perçus prédiraient positivement et significativement l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et ; négativement la réduction de l'accomplissement de soi (H4) ;

- Les professionnels du SMUR souffrant de BO présenteraient des scores élevés aux patterns tempéramentaux Evitement du danger et Dépendance à la Récompense ainsi qu'un score faible au trait de caractère Transcendance (H5) ;
- Les professionnels du SMUR souffrant de BO auraient des scores plus élevés au TDA/H (H6) ;
- Il y aurait un effet d'interaction entre l'environnement professionnel perçu et les patterns de personnalité prédisant le BO :
 - Il y aurait un effet d'interaction entre des scores élevés à l'évitement du danger et à l'intensité de la pression professionnelle perçue (H7) ;
 - Il y aurait un effet d'interaction entre des scores élevés à la Dépendance à la récompense et à l'intensité de la pression professionnelle perçue (H8) ;
 - Il y aurait un effet d'interaction entre des scores faibles au trait de caractère transcendance et à l'intensité du travail opérationnel perçu (H9) ;
 - L'effet d'interaction entre des scores élevés au TDA/H mixte et à la fréquence du travail opérationnel prédirait positivement l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et l'accomplissement de soi (H10).

7.1.2. Mise en place de l'étude.

La mise place de cette étude s'est effectuée en plusieurs étapes :

- ❑ *Rencontre avec le Chef de service du SAMU/SMUR de Bordeaux.* L'objectif de cette rencontre était i) d'obtenir son autorisation pour aborder les professionnels du SAMU/SMUR ; ii) de réfléchir à l'organisation des entretiens individuels avec les membres des équipes. Durant cette entrevue, nous lui avons expliqué les objectifs de notre recherche, à savoir l'analyse du BO dans les Métiers de l'Urgence et mise en place d'un programme de prévention ;
- ❑ *Rencontres avec les professionnels du SAMU/SMUR.* Pour ce faire, nous nous sommes rendues dans les locaux de ces services durant plusieurs jours nous permettant d'observer le fonctionnement institutionnel et de rencontrer les différentes équipes. Chaque rencontre s'effectuait durant leurs heures de travail. Il s'agissait d'aller vers le

professionnel afin de lui expliquer qui nous sommes, ce que nous faisons, et ce que nous cherchions à évaluer. Ceci nous a ainsi permis d'obtenir un listing de professionnels favorables à la participation à cette étude ;

- ❑ *Prise de rendez-vous* individuels avec les agents. Chaque rendez-vous a préalablement été défini par voie téléphonique permettant aux professionnels de s'organiser avec ses collègues.
- ❑ *Rencontre avec le Chef de service du SMUR de Blaye.* Suite à l'étude effectuée sur Bordeaux, nous avons souhaité poursuivre notre recherche avec le SMUR de Blaye. En effet, le Chef de service de ce SMUR travaillant également au SMUR de Bordeaux, la prise de contact était facilitée. Ainsi, nous nous sommes rencontrés à Blaye. L'objectif et les modalités de prise de contact avec les professionnels et de passation étaient similaires à celles du SAMU/SMUR 33.

7.1.3. Procédure

La participation à cette étude s'est basée sur le volontariat. Nous avons rencontré un grand nombre d'agents auquel nous avons expliqué *i)* les objectifs de notre travail et, *ii)* les modalités de passation dont la participation volontaire, les rencontres individuelles. Nous leur précisions également que leurs réponses étaient confidentielles et traitées uniquement par nous-mêmes. De plus, nous leur expliquions qu'un code leur serait attribué du type « SA3300n » afin d'avoir un retour individualisé sur leurs réponses. Code dont la correspondance nominale n'était connue que par nous-mêmes. Pour terminer, afin de garantir une protection maximale de leurs données, un dossier signalant l'étude a été déposé et accepté par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés et le Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé.

7.1.4. Population

Chaque entretien s'est donc déroulé sur les lieux du travail dans une pièce calme. Pour ce faire, le professionnel était détaché de l'ambulance afin de répondre aux questions. En effet, il arrivait que l'entretien doive s'interrompre à cause des interventions. Le temps de passation durait en moyenne 2h30 et pouvait s'étaler sur plusieurs rencontres.

Au total, 107 professionnels se sont portés volontaires. Sur cet échantillon, un individu n'a pas donné suite au premier contact et l'un d'entre eux a arrêté l'étude pour des raisons personnelles. En conséquence, sur la totalité des équipes SAMU/SMUR, le taux de participation à l'étude est de 61%. Néanmoins, nous avons extrait la population SAMU (permanenciers) puisque notre travail est axé sur le travail opérationnel autant qu'organisationnel.

7.1.5. Mesures

L'ensemble des participants a répondu à une succession de questionnaires dont

- ☐ Le Maslach Burnout Inventory.

BO et comorbidité

- ☐ La Mesure du Stress Psychologique ;
- ☐ Le Deta-Cage (Alcool) ;
- ☐ Le Heaviness of Smoking Index ;
- ☐ L'Index de Qualité de sommeil de Pittsburgh ;
- ☐ Le Hospital Anxiety and Depression ;
- ☐ Le Posttraumatic Checklist Survey ;
- ☐ L'Adult Self-Report Scale Symptom Checklist (ASRS-1.1).

Modèle explicatif du Burnout

- ☐ Questionnaire sociodémographique ;
- ☐ Le Job Stress Survey-adaptation SP ;
- ☐ Le « Temperament and Character Inventory » à 56 items ;
- ☐ L'Adult Self-Report Scale Symptom Checklist (ASRS-1.1).
- ☐ Inventaire de Coping pour Situations Stressantes ;
- ☐ Echelle de Provisions Sociales ;
- ☐ Le SWING.

7.1.6. Analyses statistiques

L'étude a comporté un ensemble d'analyses statistiques similaires à celles précédemment citées dans l'étude SP. Il s'agit donc de

☐ Chi-carré

Il permet de vérifier la distribution sociodémographique de nos participants en fonction de leur statut professionnel. Dans ce cas, le statut professionnel des professionnels du SMUR est médecin, infirmier et conducteur-ambulancier.

☐ Corrélations.

Après avoir vérifié l'homoscédasticité et la distribution de chacune de nos variables avec le test de Kolmogorov-Smirnoff, nous avons effectué une analyse paramétrique avec le r de Bravais Pearson permettant *i)* l'analyse des facteurs psychopathologiques associés au BO ainsi que *ii)* l'extraction des variables contenues dans chaque modèle explicatif du syndrome.

☐ Régression linéaire multiple.

L'analyse des facteurs de risque du BO s'est axée essentiellement sur une analyse statistique multivariée avec la régression linéaire multiple. Suite à l'analyse corrélationnelle susmentionnée, nous avons intégré dans un modèle les facteurs associés significativement au BO ($P < 0.05$). Chaque catégorie de facteurs a été placée dans un bloc : *i)* bloc 1, caractéristiques sociodémographiques étant les variables contrôles ; *ii)* bloc 2, les facteurs exogènes avec le stress professionnel ; *iii)* bloc 3, les facteurs endogènes avec les caractéristiques de personnalité, *iv)* bloc 4, le trouble externalisé TDAH ; *v)* bloc 5, les ressources avec le coping et le soutien social ; *vi)* bloc 5, l'interface vie privée-vie professionnelle ; *vii)* bloc 6, les effets d'interaction stress professionnel*personnalité et stress professionnel TDA/H*Stress professionnel. Pour procéder aux interactions, nous avons utilisé la méthode d'Aiken et West (2003). Il s'agit de transformer les variables en z-scores pour ensuite les multiplier entre elles. Nous concernant, les effets d'interaction portaient sur le JSS-SP et le TCI-56 ; et JSS-SP*TDA/H. Dans ce cas, nous avons fait varier les scores du TCI-56 en ajoutant et retirant un écart-type du z-score : ceci nous permettant de déterminer dans quelle circonstance le pattern de personnalité devient facteur de risque (faible versus grande quantité). Une fois le modèle rentré, nous avons retiré une à une les variables ayant des indices de colinéarité trop élevés, soit un $VIF > 3$ et un indice de tolérance $> ,33$. Le

modèle final retenu était celui dont le Durbin Watson se rapprochait de 2 et ne contenant que des facteurs significatifs.

7.2. RESULTATS

7.2.1. Population : Statistiques descriptives

A. Caractéristiques sociodémographiques

L'échantillon comprend 79 professionnels répartis en 3 sous-groupes de professionnels : *i)* les médecins, *ii)* les infirmiers anesthésistes diplômés d'état (IADE/IDE), et *iii)* les conducteurs ambulanciers. Ils sont âgés en moyenne de 41.34 ans (ET=7.68) et ont en moyenne 8.57 années de service (ET=5.86).

Concernant le sous-groupe « médecins », il comprend 63% d'hommes et 37% de femmes. Ils sont âgés en moyenne de 41.63 ans (ET=7.43) et ont 9.98 années d'expérience professionnelle (ET=7.12). Quant au sous-groupe IADE/IDE, il comprend 28% d'hommes et 72% de femmes. Ils sont âgés en moyenne de 39.48 ans (ET=7.43) et ont 6.09 années d'expérience professionnelle (ET=3.85). Pour terminer, le sous-groupe Conducteurs-ambulanciers se compose uniquement d'hommes. Ils sont âgés en moyenne de 43.56 ans (ET=7.50) et ont 9.25 années d'expérience professionnelle (ET=4.01). D'après le test du Chi-carré, seul le genre les différencie. En effet, une prédominance de femmes se situe dans le sous-groupe infirmiers comparativement aux médecins et aux conducteurs ambulanciers ($\chi^2=22.71$; $p<0.001$).

Tableau 24 : Caractéristiques sociodémographiques des professionnels du SMUR en fonction de leur statut professionnel.

	MEDECINS		IADE/IDE		CONDUCTEURS-AMBULANCIERS	
	%	N(38)	%	N (25)	%	N (16)
GENRE						
Hommes	63	24	28	7	100	16
Femmes	37	14	72	18	0	0
Total	100	38	100	25	100	16
STATUT MARITAL						
Célibataire	18	7	24	6	0	0
Concubin	5	2	12	3	6	1
Pacsé	5	2	16	4	0	0
Marié	61	23	44	11	75	12
Divorcé	5	2	4	1	13	2
• Pacsé puis divorcé	3	1	0	0	0	0
• Divorcé puis concubinage	3	1	0	0	6	1
Total	100	38	100	25	100	16
STATUT PARENTAL						
Oui	79	30	60	15	100	16
Non	21	8	40	10	0	0
GARDE DES ENFANTS						
Mère	8	3	4	1	12.5	2
Conjointe	3	1	0	0	6.25	1

B. Santé perçue et antécédents médicaux

Quel que soit le groupe d'appartenance, nous ne constatons pas de différences significatives entre la santé perçue et les antécédents médicaux en fonction du groupe d'appartenance. Globalement, nous notons que la perception de leur propre santé est

relativement bonne même si 11% des médecins et 4% des infirmiers la qualifient comme étant moyenne à très mauvaise. De plus, la majorité des participants ne semblent pas avoir de problèmes chroniques et n'a pas vécu d'opérations majeures (Tableau 25).

Tableau 25 : Répartition de la santé perçue et des antécédents médicaux selon le statut professionnel.

	MEDECINS		IADE/IDE		CONDUCTEURS-AMBULANCIERS	
	%	N(38)	%	N (25)	%	N (16)
Santé perçue						
Très bonne	34	13	20	5	38	6
Bonne	55	21	72	18	63	10
Moyenne	11	4	4	1	0	0
Mauvaise	0	0	0	0	0	0
Très mauvaise	0	0	4	1	0	0
Problème chronique						
Oui	34	13	24	6	25	4
Non	66	25	72	18	75	12
Opérations						
Oui	42	16	64	16	44	7
Non	58	22	36	9	56	9
Accidents						
Oui	13	5	8	2	19	3
Non	87	33	92	23	81	13

7.2.2. Taux de prévalence du BO dans une population du SMUR de Gironde

Comme le montre la figure 23, certains agents souffriraient de symptômes modérés à sévères du BO. Cités ci-avant, les seuils cliniques établis par Maslach et Jackson (1986), montrent des scores respectivement supérieurs ou égaux à 19 et à 6 pour les dimensions «Epuisement émotionnel» et «Dépersonnalisation» et inférieurs ou égaux à 39 pour la dimension «Réduction de l'accomplissement de soi».

Ainsi, nous constatons la présence de symptômes modérés ou sévères du BO pour

- 26% des médecins, 20% des IADE/IDE et 19% des conducteurs-ambulanciers souffriraient d'épuisement émotionnel modéré à sévère.
- 50% des médecins, 40% des IADE/IDE et 50% des conducteurs-ambulanciers souffriraient de dépersonnalisation modérée à sévère.
- 37 % des médecins, 48% des IADE/IDE et 56% des conducteurs-ambulanciers souffriraient de réduction de l'accomplissement de soi modéré à sévère.

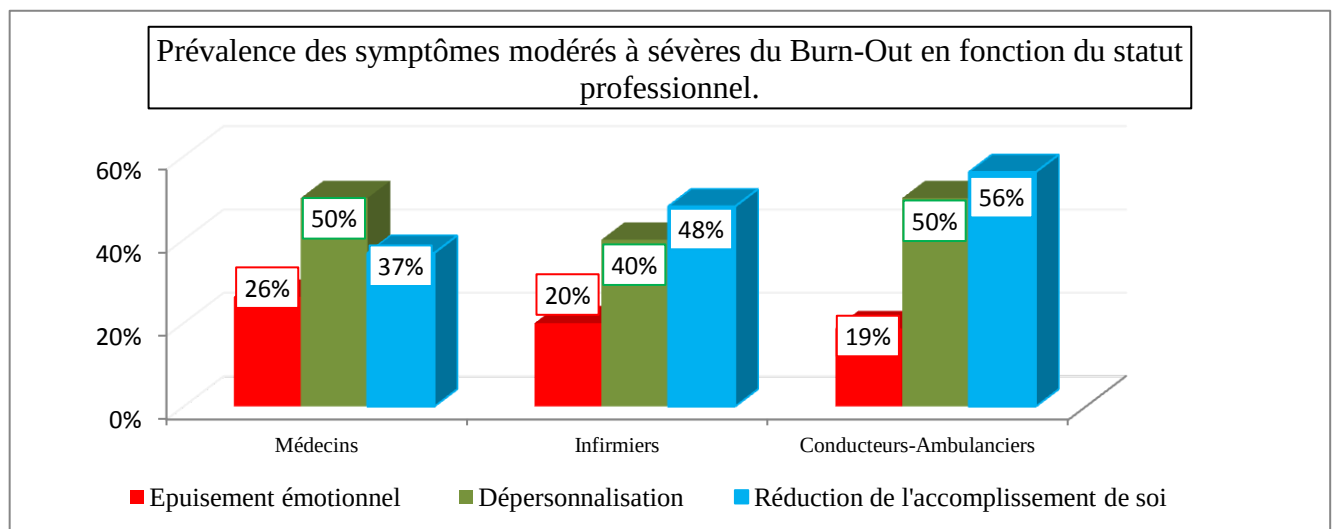


Figure 23 : Taux de prévalence des symptômes modérés à sévères du BO dans une population SMUR de Gironde - Répartition en fonction du statut professionnel.

De plus, l'analyse de comparaison de moyennes montre une différence significative pour les scores d'EE ($H(2)=6.64 ; p<0.05$). Il semble que les conducteurs-ambulanciers souffrent moins d'EE comparativement aux médecins et IADE/IDE. Excepté ce point, il semble que la symptomatologie du BO ne soit pas significativement différente selon le statut professionnel ($p>.687$) (Figure 24).

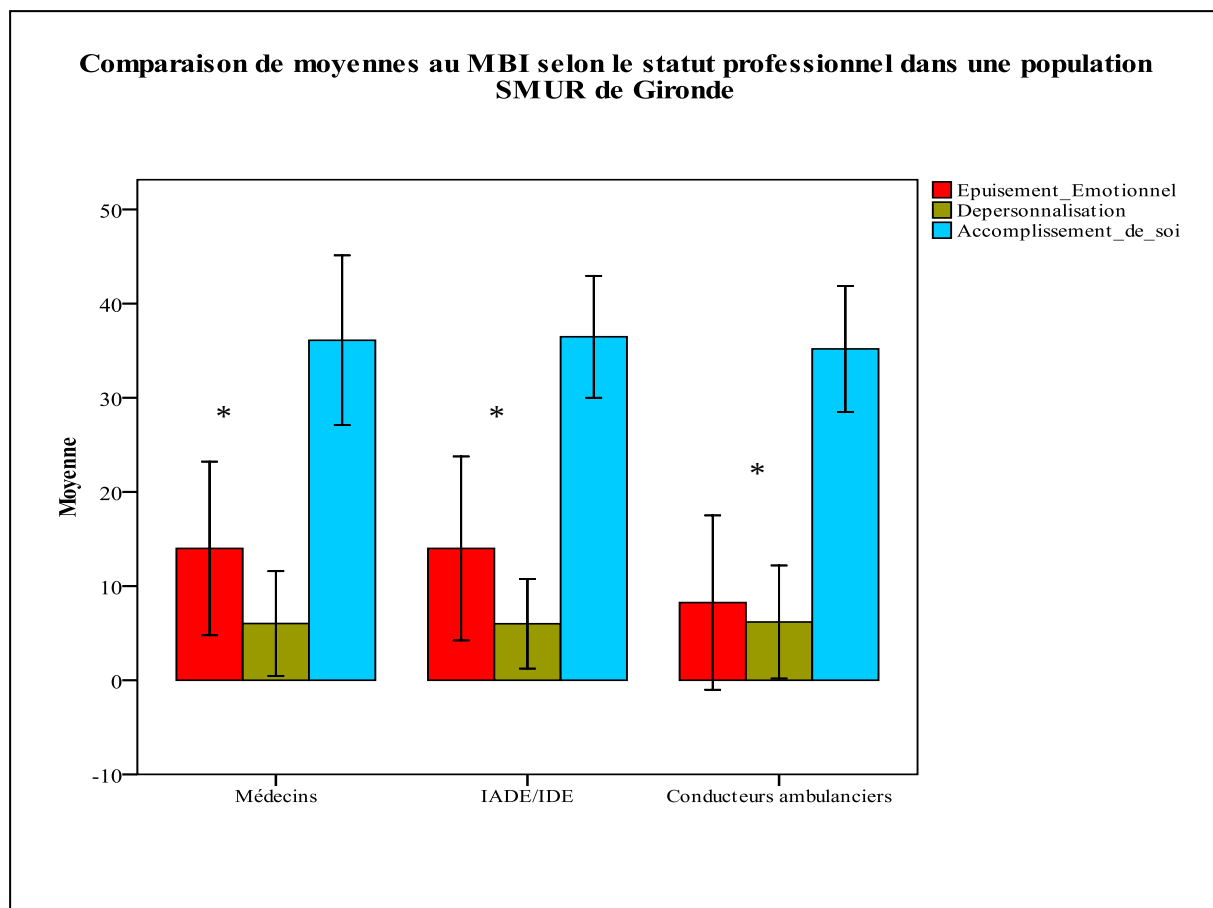


Figure 24 : Comparaison de moyennes des scores au BO selon le statut professionnel des professionnels du SMUR.

7.2.3. Troubles comorbides au BO

A. Epuisement émotionnel

D'après les résultats obtenus lors de l'analyse corrélacionnelle (Tableau 26), nous constatons que la dimension épuisement émotionnel est associée négativement et significativement à la satisfaction professionnelle ($r = -.455; p < 0.001$). Quant aux autres symptômes, nous constatons les associations suivantes entre EE et :

- ❑ Stress professionnel tant dans *i*) son intensité ($r = .498; p < 0.001$) comprenant la pression professionnelle ($r = .572; p < 0.001$) ; *ii*) sa fréquence ($r = .228; p < 0.05$) dont la pression professionnelle ($r = .306; p < 0.01$) ; que dans son *iii*) Index ($r = .425; p < 0.001$) comprenant également la pression professionnelle ($r = .476; p < 0.001$) ;
- ❑ Etat de stress post-traumatique ($r = .273; p < 0.05$) ;

- ❑ Le TDA/H tant de type déficit attentionnel ($r=.277;p<0.05$) que de type mixte ($r=.283;p<0.05$).

B. Dépersonnalisation

Quant à la dépersonnalisation, l'analyse corrélationnelle de Bravais Pearson montre des liens statistiquement significatifs avec les symptômes de stress professionnel perçu. Plus précisément, des liens négatifs et significatifs ont été trouvés entre cette dimension et

- ❑ La fréquence perçue du stress professionnel ($r= -.241;p<0.05$) et de la pression professionnelle ($r=-.261;p<0.05$)
- ❑ L'index du stress professionnel perçu ($r=-.207;p=0.067$).

C. Accomplissement de soi.

Significativement associé à la satisfaction professionnelle ($r=.454;p<0.001$), l'accomplissement de soi est également lié aux symptômes suivants :

- ❑ La fréquence du travail opérationnel perçu ($r=.217;p=0.055$) ;
- ❑ TDA/H de type déficit attentionnel ($r=-.209;p=0.064$) et mixte ($r=-.227;p<0.05$).

Tableau 26 : Symptomatologie associée au BO dans la population du SMUR.

		α	M	ET	Epuisement émotionnel	Dépersonnalisation	Accomplissement de soi
CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES	Age		41.34	7.68	-.06	-.016	-.011
	Genre				-.134	.154	.044
	Statut marital				-.021	.110	-.043
	Enfants				-.151	.033	.031
	Statut professionnel				-.224*	.011	-.043
	Années de service		8.57	5.86	-0.01	-0.01	-0.05
	Nombre de gardes la semaine dernière		2.28	1.8	0.16	0.22	0.07
	Santé		3.20	.66	-.185	.206	-.170
	Nombre d'accidents de la vie courante		0.2	0.67	0	0.05	0.06
STRESS PROFESSIONNEL PERCU	Intensité de la Pression professionnelle	0.895	4.55	1.67	.572***	0.084	0.114
	Intensité du travail opérationnel	0.811	3.69	1.41	0.122	0.033	-0.138
	Fréquence de la Pression professionnelle	0.87	3.63	1.55	.306**	-.261*	-0.044
	Fréquence du travail opérationnel	0.843	4.44	1.77	0.025	-0.129	0.217
	Index de la Pression professionnelle	0.904	18.26	12.91	.476***	-0.204	0.068
	Index du travail opérationnel	0.834	18.65	11.96	0.069	-0.141	0.049
	Intensité du stress professionnel perçu	0.88	4.44	1.38	.498***	0.081	0.033
	Fréquence du stress professionnel perçu	.887	6.05	2.19	.228*	-.241*	0.064
	Index du stress professionnel perçu	0.883	18.94	10.59	.425***	-0.207	0.077
STRESS PSYCHOLOGIQUE	Stress	0.891	73.91	22.81	.465***	0.11	-0.148
SOMMEIL	Sommeil	0.66	6.37	3.78	0.112	-0.221	-0.073
DETRESSE PSYCHOLOGIQUE	Anxiété	0.735	6.82	3.16	.260*	-0.06	-0.137
	Dépression	0.6	3.9	2.51	.329**	0.11	-0.114
ESPT	Intrusion	0.834	7.14	3.62	0.198	0.057	0.126
	Evitement	0.745	8.37	3.16	.345**	0.205	0.19
	Activation neurovégétative	0.935	6.42	3.84	0.193	0.008	0.063
	Etat de stress post-traumatique	0.918	21.92	9.33	.273*	0.095	0.139
CONDUITES A RISQUES	Alcool	0.705	0.4	0.86	0.199	0.135	0.016
	Tabac	0.891	1.71	1.54	0.232	-0.301	-0.089
TROUBLE EXTERNALISE	TDA/H Hyperactivité Impulsivité	0.729	12.29	5.61	0.192	0.099	-0.166
	TDA/H Déficit attentionnel	0.778	13.95	5.38	.277*	0.083	-0.209
	TDA/H Mixte	0.804	26.24	9.05	.283*	0.111	-.227*
SATISFACTION PROFESSIONNELLE	Satisfaction Professionnelle	0.822	79.42	13.69	-.455***	-0.047	.454***

*Seuil de signification <0.05 ;Seuil de signification <0.01 ; ***Seuil de signification <0.001

7.2.4. Modèles explicatifs du BO chez les professionnels du SMUR.

A. Analyse corrélationnelle

L'analyse corrélationnelle abordée ci-après est utilisée pour la sélection des facteurs de risque intégrés dans les modèles explicatifs du BO. Elle permet ainsi de retenir les facteurs associés de manière significative à la symptomatologie du BO.

A.1] L'Epuisement émotionnel

D'après l'analyse effectuée à l'aide du r de Bravais Pearson, nous notons des liens statistiquement significatifs entre l'EE et les facteurs suivants :

- ❑ **les Facteurs exogènes** avec le stress professionnel perçu dont *i)* l'Intensité du stress professionnel ($r=.498$; $p<0.001$) dont la Pression professionnelle ($r=.572$; $p<0.001$) ; *ii)* la Fréquence du stress professionnel ($r=.228$; $p<0.05$) dont la Pression professionnelle ($r=.306$; $p<0.01$) et *iii)* l'Index du stress professionnel ($r=.425$; $p<0.001$) dont la pression professionnelle ($r=.476$; $p<0.001$) ;
- ❑ Les facteurs endogènes avec le pattern de caractère Coopérant ($r= -.285$; $p<0.01$).

A.2] La Dépersonnalisation

Les variables retenues comme étant significativement associée à la dépersonnalisation sont :

- ❑ Facteurs exogènes avec *i)* la Fréquence du stress professionnel ($r= -.241$; $p<0.05$) dont la Pression professionnelle ($r= -.258$; $p<0.05$) ; *ii)* l'Index du stress professionnel ($r= -.210$; $p=0.063$) ;
- ❑ Les facteurs endogènes avec *i)* le nombre de garde la semaine dernière ($r=.220$; $p=0.055$) ; *ii)* les patterns tempéramentaux Dépendance à la récompense ($r= -.237$; $p<0.05$) et Evitement du danger ($r= -.219$; $p=0.054$).

A.3] L'accomplissement de soi

L'accomplissement de soi est associé de manière significative aux :

- ❑ Facteurs exogènes avec la Fréquence du travail opérationnel ($r=.217;p=0.055$) ;
- ❑ Les facteurs endogènes avec *i*) le pattern tempéramental Persistance ($r=.308;p<0.01$) et, *ii*) le pattern de caractère Transcendance ($r= -.226;p<0.05$).

Tableau 27 : Facteurs de risque associés aux symptômes du BO dans la population du SMUR.

		M	ET	Epuisement émotionnel	Dépersonnalisation	Accomplissement de soi
CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES	Age	41.34	7.68	-.06	-0.16	-0.11
	Genre			-.134	.154	.044
	Statut marital			-.021	.110	-.043
	Enfants			-.151	.033	.031
	Statut professionnel			-.224*	.011	-.043
	Années de service	8.57	5.86	-0.01	-0.01	-0.05
	Nombre de gardes la semaine dernière	2.28	1.8	0.16	0.22	0.07
	Santé	3.20	.66	-.185	.206	-.170
	Nombre d'accidents de la vie courante	0.2	0.67	0	0.05	0.06
STRESS PROFESSIONNEL PERCU	Intensité de la pression professionnelle	4.55	1.67	.572***	0.06	0.11
	Intensité du travail opérationnel	3.69	1.41	0.12	0.02	-0.14
	Fréquence de la pression professionnelle	3.63	1.55	.306**	-.258*	-0.04
	Fréquence du travail opérationnel	4.44	1.77	0.03	-0.13	0.22
	Index de la pression professionnelle	18.26	12.91	.476***	-0.2	0.07
	Index du travail opérationnel	18.65	11.96	0.07	-0.15	0.05
	Intensité du stress professionnel perçu	4.44	1.38	.498***	0.06	0.03
	Fréquence du stress professionnel perçu	6.05	2.19	.228*	-.241*	0.06
	Index du stress professionnel perçu	18.94	10.59	.425***	-.21	0.08
PERSONNALITE	Dépendance à la récompense	29.05	5.32	-0.08	-.237*	0.02
	Evitement du danger	22.09	5.37	0.14	-.222*	-0.12
	Persistance	30.27	5.28	0.06	-0.04	.308**
	Coopération	33.71	4.73	-.285*	-0.16	0.18
	Transcendance	18.81	7.05	0.04	-0.17	-.226*
TROUBLE EXTERNALISE	TDA/H Hyperactivité Impulsivité	12.29	5.61	0.192	0.099	-0.166
	TDA/H Déficit attentionnel	13.95	5.38	.277*	0.083	-0.209
	TDA/H Mixte	26.24	9.05	.283*	0.111	-.227*
COPING	Tâche	59.27	9.22	0.05	-0.04	.434***
	Emotion	38.01	11.97	.355**	0.03	-0.07
	Evitement	37.29	10.87	0.04	-0.08	0.05
	Diversión	13.34	4.42	0.04	-0.16	0.11
	Distracción	17.11	5.89	-0.02	-0.04	-0.03
	Soutien social	84.38	7.58	0.02	-0.23	-0.03
INTERFACE VIE PRIVEE- VIE PROFESSIONNELLE	Rapport négatif vie professionnelle sur la vie privée	6.54	3.98	.561***	0.07	-0.02
	Rapport négatif de la vie privée sur la vie professionnelle	1.29	1.29	0.22	0.02	-0.12
	Rapport positif de la vie professionnelle sur la vie privée	3.87	2.76	0.12	-0.06	-0.1
	Rapport positif de la vie privée sur la vie professionnelle	3.47	2.74	.238*	-0.08	-0.07

*Seuil de signification <0.05 ; Seuil de signification <0.01 ; ***Seuil de signification <0.001

B. Analyse multivariée : modèles de régression multiple linéaire.

B.1] Epuisement émotionnel

D'après l'analyse de régression linéaire multiple, les facteurs de risque retenus précédemment n'expliquent pas tous l'émergence de l'épuisement émotionnel. En effet, après avoir retiré une à une les variables présentant des indices de colinéarité au-dessus de la note seuil ainsi que celles ayant des seuils de signification $p > 0.05$, le modèle retenu explique 40.7% de la variance de l'EE [$F(12,62)=3.54; p < 0,001$]. Ce modèle explicatif comprend 3 catégories de facteurs de risque dont l'une appartient aux caractéristiques endogènes ($\Delta R^2=.115; p < 0.01$), l'autre aux troubles externalisés ($\Delta R^2=.027; NS$), et pour finir la dernière se situe dans l'interaction trouble externalisé*stress professionnel perçu ($\Delta R^2=.107; p < 0.01$). Dans ces catégories, nous retrouvons donc les facteurs explicatifs suivants en termes de :

- ☐ Facteurs de risque : **Le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité** de type déficit attentionnel ($\beta=.251; p < 0.05$) ;
- ☐ Facteur de protection :
 - **Les facteurs endogènes** avec la santé perçue ($\beta=-.236; p < 0.05$) et le trait de caractère Coopérant ($\beta=-.307; p < 0.01$) ;
 - **L'interaction** entre un faible TDA/H de type déficit attentionnel et l'intensité de la pression professionnelle perçue ($\beta=-.367; p < 0.01$)

B.2] La Dépersonnalisation

Suite à l'analyse de régression linéaire multiple, nous retenons un modèle expliquant 25.2% de la variance de la dépersonnalisation [$F(3,62)=6.95; p < 0.001$]. Parmi l'ensemble des variables explicatives, nous constatons que le soutien social perçu est un facteur protégeant de la dépersonnalisation ($\beta=-.177; p < 0.05$) ($\Delta R^2=.064; p < 0.05$). De plus, nous relevons deux facteurs de risque expliquant pour une part sa présence, à savoir les facteurs endogènes imputables aux caractéristiques sociodémographiques que sont le nombre de gardes la semaine dernière ($\beta=.286; p < 0.05$) et la santé perçue ($\beta=.345; p < 0.01$) ($\Delta R^2=.188; p < 0.01$).

B.3] L'accomplissement de soi

Suite à l'analyse de régression linéaire multiple, des facteurs explicatifs de l'accomplissement de soi ont été mis en évidence. Ces derniers expliquent 39.9% de la variance de l'accomplissement de soi [$F(13,61)=3.113;p<0.01$]. Ils comprennent :

- ❑ Un facteur de risque endogène avec le trait de caractère Transcendance ($\beta=-.319;p<0.01$);
- ❑ Trois facteurs de protection dont
 - Le pattern tempéramental Persistance ($\beta=.214;p=0.06$)
 - Le style de coping centré sur la Tâche ($\beta=.421;p<0.01$) ($\Delta R^2=.125;p<0,01$) ;
 - L'interaction entre un fort TDA/H mixte* la Fréquence du travail opérationnel ($\beta=.199;p=0.06$) ($\Delta R^2=.035;p=0.06$).

Tableau 28 : Modèles prédictifs des symptômes du BO

Modèles			Beta	Sig.	ΔR^2	DURBIN WATSON
A	Caractéristiques sociodémographiques	(Constant)		.003		
		Age	.04	.79		
		Genre	-.058	.630		
		Statut marital	.025	.843		
		Enfants	-.024	.861	.158	
		Statut professionnel	-.163	.128		
		Années de service	.031	.825		
		Nombre de gardes la semaine dernière	.09	.38		
		Santé perçue	-.23	.04		
		Nombre d'accidents de la vie courante	.048	.65		
	Personnalité	Caractère Coopérant	-.30	.005	.115**	
	Trouble externalisé	TDA/H de type Déficit attentionnel	.25	.032	.027	
	Effet d'interaction trouble externalisé et stress professionnel perçu	Faible TDA/H de type Déficit attentionnel*Intensité de la pression professionnelle perçue	-.36	.001	.107**	
						1.883
B	Caractéristiques sociodémographiques	(Constant)		.129		
		Nombre de garde la semaine dernière	.286	.012	.188**	
		Santé perçue	.345	.003		
	Ressources adaptatives	Soutien social perçu	-.254	.025	.064*	1.616
C	Caractéristiques sociodémographiques	(Constant)		.123		
		Age	.030	.838		
		Genre	-.045	.708		
		Statut marital	-.003	.979		
		Enfants	.049	.703		
		Statut professionnel	-.071	.520	.060	
		Années de service	-.099	.498		
		Nombre de gardes la semaine dernière	.097	.356		
		Santé perçue	-.092	.438		
		Nombre d'accidents de la vie courante	-.081	.476		
	Personnalité	Tempérament Persistance	.214	.062	.179**	
		Caractère Transcendance	-.319	.005		
	Coping	Tâche	.421	.001	.125**	
	Effet d'interaction trouble externalisé et stress professionnel perçu	Fort TDA/H Mixte*Fréquence du Travail opérationnel perçu	.199	.064	.035	2.105

*Seuil de signification<0.05 ; **Seuil de signification<0.01

A : Epuisement émotionnel ; B : Dépersonnalisation ; C : Accomplissement de soi

RESUME

Objectifs :

- ☐ Déterminer la prévalence, les symptômes associés au BO ;
- ☐ Déterminer les modèles explicatifs de la symptomatologie du BO auprès d'un échantillon de professionnels du SMUR.

Population :

107 personnels du SMUR âgés en moyenne de 41.34 ans (ET=7.68) et ont 8.57 années d'ancienneté au sein du service (ET=5.85).

Méthodologie :

Un ensemble de questionnaires comprenant notamment des facteurs

- ☐ exogènes (stress professionnel perçu) ;
- ☐ endogènes (personnalité) ;
- ☐ ressources adaptatives.

Résultats :

- ☐ Présence de symptômes modérés à sévères selon les critères établis par Maslach et Jackson en 1986.
 - 26% des médecins, 20% des IADE/IDE et 19% des conducteurs ambulanciers pour l'EE ;
 - 50% des médecins, 40% des IADE/IDE et 50% des conducteurs-ambulanciers pour D ;
 - 37 % des médecins, 48% des IADE/IDE et 56% des conducteurs-ambulanciers pour RAS.
- ☐ Présence de symptômes comorbides au BO ($p < 0.05$) (H1 et H2 validées).
- ☐ Modèles explicatifs de la symptomatologie du BO comprenant l'interaction entre le TDA/H et le stress professionnel perçu. Il y a notamment l'interaction entre
 - le Faible TDA/H de type déficit attentionnel et l'intensité de la pression professionnelle perçue (facteur de risque) ;
 - le fort TDA/H mixte et la fréquence du travail opérationnel (facteur de protection) (H10 validée).

**ETUDE N°5/ ELABORATION ET MISE EN PLACE D'UN
PROGRAMME DE PREVENTION AUPRES DES SPP DE
GIRONDE**

8.1 METHODOLOGIE

8.1.1. Rappel des hypothèses

Les SPP participant au programme de prévention auraient leurs symptômes de stress et de BO qui diminuerait significativement comparativement aux SPP ne suivant pas le programme de prévention (H1).

Les scores aux échelles de stress et de BO diminueraient significativement entre les trois temps de mesure chez les SPP ayant participé au programme de prévention comparativement aux SPP n'y ayant pas participé (H2).

8.1.2. Mise en place de l'étude.

Initialement, cette partie du travail devait concerner à la fois les personnels du SAMU/SMUR et les SPP. Cependant, des changements contextuels dans l'institution SAMU/SMUR ont modifié les données de notre analyse requérant une nouvelle rencontre avec les professionnels. En conséquence, faute de temps, nous avons décidé de mettre en place le programme uniquement auprès des SPP. Pour ce faire, nous avons de nouveau rencontré le directeur départemental du SDIS 33 accompagné du médecin chef afin d'exposer notre sélection de programmes de prévention. Comme nous l'avons mentionné ci-avant, cette sélection a porté plusieurs critères : *i)* programme de prévention auprès des professionnels travaillant auprès d'autrui, *ii)* efficacité de ces programmes sur la symptomatologie.

Lors de notre rencontre, différents points ont été abordé et solutionné, à savoir :

- ❑ *La durée du programme* : le critère de rétention a été un programme bref ne dépassant pas 5-6 semaines avec une séance/semaine ;
- ❑ *L'organisation des rencontres* : *i)* lors de nos entretiens ainsi que suite à la discussion susmentionnée, nous avons conclu que le programme devait se passer durant les journées de travail pour accroître la participation ; *ii)* rencontres hors du Service de Santé et de Secours Médical, frein à la participation du fait de son rôle dans les aptitudes. Nous avons donc décidé de choisir un lieu neutre, le CERUP (Centre d'Evaluation et de Recherche Universitaire en Psychologie) proposé par le Pr Michel ;
- ❑ *La population concernée* : la sélection des SP s'est effectuée sur la base de leurs réponses aux questionnaires de stress (MSP) et de burnout (MBI), critères

internationalement utilisés (Ridge et coll., 2011). En conséquence, les participants retenus devaient obtenir un score de stress supérieur au groupe normatif et un BO subsyndromique modéré et/ou sévère. La population provenait principalement du groupement Centre. Il s'agissait de constituer des groupes ne perturbant pas le travail opérationnel des centres de secours. Le choix a porté sur la constitution de groupe de 6 à 8 personnes avec pas plus de deux SP provenant du même centre.

- ❑ *La confidentialité* : cette partie était la plus délicate de notre étude puisque nous avons décidé que les participations se feraient pendant les journées de travail au CERUP. Des ordres de mission provenant du SSSM ont été envoyés aux agents afin de les dispenser du travail opérationnel : et ce individuellement et à leur CIS. L'objet de cet ordre était « Participation à une étude » et aucune mention relative au programme de prévention n'était contenue dans le document. De plus, afin d'assurer la confidentialité des résultats de chaque participant, seuls les noms étaient transmis à la responsable du bureau secrétariat-liaison, coordinatrice des secrétariats, de la gestion des courriers et des archives. Nous avons procédé ainsi car i) le SSSM, étant au même titre que les médecins et les psychologues soumis au secret professionnel, aucune donnée ne serait divulguée ; ii) les agents recevant cet ordre seraient couverts en cas d'accidents. Afin de garantir une protection maximale de leurs données, un dossier signalant l'étude a été déposé et accepté par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés et le Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé.

8.1.3. Elaboration du programme de prévention

Au regard des exigences organisationnelles et des résultats des SPP aux différents questionnaires, nous nous sommes orientées vers des thérapies brèves tels que les Thérapies cognitivo-comportementales. Outre l'avantage d'être de courte durée, elles seraient l'un des moyens les plus efficaces de gestion du stress au travail (Richardson et Rothstein, 2008). Ainsi, nous avons élaboré des sessions principalement axées sur ces thérapies. Pour ce faire, nous nous sommes référées aux résultats de la méta-analyse de Richardson et Rothstein (2008) et de ceux de Reynolds en 1993 auprès d'une population de professionnelles travaillant dans les services de santé. En adéquation avec la structure de ces études, nous avons pu établir certains de nos critères. Malgré la disparité des études, des points communs émergent dont i)

les mesures de stress sur lesquelles portent les évaluations avec le MBI et le PSS ; *ii*) les étapes récurrentes du programme d'intervention établissant une ligne directrice à notre approche. De fait, notre programme contient 6 sessions de 2h. Telles qu'elles sont indiquées dans le tableau ci-dessous, les sessions portent sur *i*) la Psychoéducation sur le stress ; *ii*) le Coping et Emotions : Guide et Psychoéducation ; *iii*) la Restructuration cognitive ; *iv*) la Communication ; *v*) la Relaxation et *vi*) la Prévention de la Rechute. Afin de nous aider dans l'élaboration de ce programme, nous nous sommes basées sur des self-help books, soit des livres utilisés par les patients lors de TCC. Il s'agit des livres « Guide de la gestion du stress » (Albert, E., 1995) ; « Savoir gérer son stress en toutes circonstances » (Cungi, C., 2003) ; « Bon stress, mauvais stress : mode d'emploi » (Chapelle, F. et Monié, B., 2008) ; « Affirmez-vous! pour mieux vivre avec les autres » (Fanget, Frédéric, 2008).

Tableau 27 : Description des sessions du programme de gestion du stress- Les Thérapies cognitivo-comportementales auprès des SPP

SESSION (1/2)	CONTENU	DEVOIRS CHEZ SOI	MATERIEL	REFERENCES
Session 1 : Psychoéducation sur le stress	• Bienvenue ; • Présentation des participants avec tour de table et attentes concernant le programme ; • Objectif des sessions et Méthode de Travail ; • Psychoéducation sur le stress : i) définition, symptômes physiques, psychiques ; ii) mécanisme général et liens avec pensées et émotions ; iii) Identification générale des stressseurs au travail et dans les autres sphères de la vie.	Apprendre à repérer le stress au quotidien : colonnes de Beck	Feuille des émotions pour une meilleure visibilité et connaissance de soi.	Albert, 1995 Chapelle et Monié, 2008
Session 2 : Les stratégies de coping	• Feedback sur la Session 1 et Devoirs : Analyse des stressseurs et objectifs personnels • Psychoéducation : Mécanisme spécifique du stress : Approche cognitivo-Comportementale. • Pourquoi le stress : Evaluation primaire et secondaire • Techniques pour y faire face : les stratégies d'adaptation	Repérer les situations problème, Colonnes de Beck + Analyse comportementale (Stratégies d'adaptation : inconfort diminué ou non)	Listing des stratégies d'adaptation pour faciliter leur identification (s'arrêter à 4 stratégies : centrées sur le problème, centrées sur les émotions, évitement et soutien social)	Cungi, 2003
Session 3 : Restructuration cognitive	• Feedback sur la Session 2 et Devoirs • D'après les situations évoquées, voir pourquoi il y a subsistance du sentiment d'inconfort. • Le travail des pensées et restructuration cognitive • Travail en groupe : prendre un problème non résolu et travail sur les pensées alternatives.	Repérer les situations problèmes et les pensées bloquantes. Essayez de trouver les pensées alternatives	Aide aux pensées alternatives	Cungi, 2003

SESSION (2/2)	CONTENU	DEVOIRS CHEZ SOI	MATERIEL	REFERENCES
Session 4 : Les techniques de communication	• Feedback sur la Session 3 et Devoir • La Gestion du stress est également affaire de communication : les Techniques d'affirmation de soi (Affirmation de soi) • Psychoéducation : Affirmation de soi et ses outils • Questionnaire Affirmation de soi et évaluation des situations problèmes (hiérarchie des situations en fonction de leur degré d'inconfort et d'évitement) • Jeux de rôles sur les techniques de communication (comparaison sentiment d'inconfort avant et après l'utilisation des techniques)	Reprendre la liste des hiérarchies des situations et travail d'exposition avec utilisation des techniques d'affirmation (ne s'exposer qu'aux situations les plus faciles et marquer les conséquences des techniques au niveau relationnel et sentiment d'inconfort).	Récapitulatif sur l'affirmation de soi et ses techniques	Fanget, 2008
Session 5 : Relaxation	• Feedback sur la Session 4 et Devoir • Psychoéducation sur le lien Stress et Emotions (abord focalisation interne et externe) Techniques de gestion du stress : Contrôle Respiratoire • et Relaxation	Faire une fois par jour une séance de relaxation ou de Contrôle respiratoire en suivant les instructions données. Marquer les effets ressentis à court terme et moyen terme.	Fascicule sur la Gestion des émotions et la relaxation avec des exercices enregistrés au format mp3.	Chapelle et Monier, 2008
Session 6 : Prévention de la rechute	• Feedback sur la Session 5 et Devoir • Prévention de la rechute : comment maintenir mes acquis ? Facteurs de vulnérabilité et stratégies d'adaptation. • Attentes futures	Evaluation		

8.1.4. Procédure et Population

En accord avec le Directeur départemental du SDIS 33, nous avons organisé des rencontres hebdomadaires au CERUP situé sur le site universitaire de la Victoire. Au préalable, nous avons contacté les SPP sélectionnés par téléphone pour obtenir leur accord quant à la participation au programme. Par l'intermédiaire de cette conversation, nous pouvions leur expliquer *i)* les critères de sélection, *ii)* les modalités des rencontres, à savoir une convocation rédigée par le SSSM envoyé chez eux et au CIS afin de les dispenser du travail durant les deux heures imparties par le programme ; *iii)* l'objectif du programme ainsi que son déroulement et le choix du lieu. En conséquence sur 27 SPP retenus, 10 ont consenti à participer au programme en mars et 5 autres ont montré leur intérêt pour une participation ultérieure. Sur 27 SPP contactés, nous avons obtenu un taux de participation de 51%. La répartition des participants s'est effectuée selon leur jour de garde. Ainsi, ceux qui travaillaient le lundi lors de la première séance s'organisaient de telle sorte à pouvoir participer chaque lundi. Il en est de même pour les mardis permettant la stabilité du groupe concerné. 10 SPP formaient le Groupe d'intervention (Gi) et 5 le Groupe Contrôle. Néanmoins, 2 SPP appartenant au Gi ont été retirés de l'analyse statistique car *i)* l'un n'est venu qu'une fois et n'a pas donné suite ; *ii)* l'autre n'a assisté qu'à 3 séances sur 6.

Chaque séance se déroulait le lundi et mardi après-midi pendant 2 heures. Une salle était dédiée à ces rencontres du début jusqu'à la fin du programme. Au préalable, les participants remplissaient deux questionnaires sur le stress permettant d'évaluer la sévérité des symptômes depuis la dernière passation. Les évaluations vérifiant ou réfutant l'efficacité du programme ont eu lieu avant le programme, soit dès l'arrivée à la première séance (T0), puis à la fin du programme, soit à 6 semaines d'intervalle (T1) et 3 mois après (T2). Afin de mener à bien ce programme, nous l'avons effectué en binôme avec la psychologue du SDIS 33, également psychothérapeute en Thérapie cognitivo-comportementale.

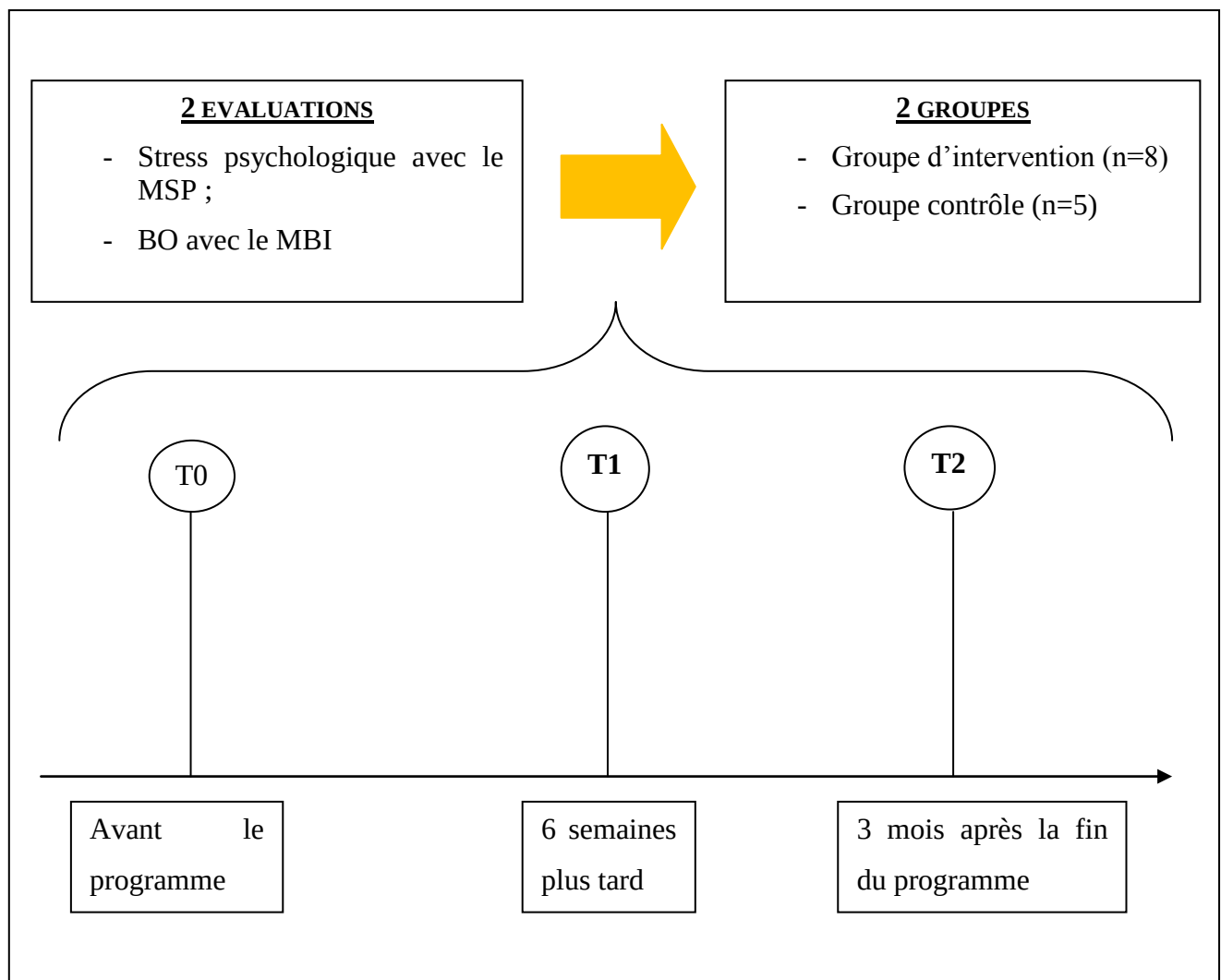


Figure 25 : Schéma résumant la temporalité des mesures de la symptomatologie du stress et du BO quel que soit le groupe d'appartenance.

8.1.5. Mesures

Les SPP ont répondu aux questionnaires suivants :

- ☐ La Mesure de Stress Psychologique ;
- ☐ Le Maslach Burnout Inventory.

8.1.6. Analyses statistiques

Afin d'évaluer l'efficacité du programme, différentes analyses ont été effectuées à l'aide de SPSS 17 :

- ☐ Comparaisons de moyennes.

Après avoir vérifié l'homoscédasticité et la distribution de chacune de nos variables avec le test de Kolmogorov-Smirnoff, nous avons utilisé le test paramétrique t de student. Cette analyse a pour objectif la comparaison des scores moyens au MBI et MSP des participants en fonction de leur groupe d'appartenance avant la mise en place du programme de prévention.

❑ Analyse de variance : ANOVA à mesures répétées.

Cette analyse a permis d'évaluer l'effet du programme d'intervention sur l'expression symptomatologique des participants en fonction de leur groupe d'assignation : et ce à trois de mesure. En complément, un test de contraste a permis de comparer les scores aux différents temps de mesure.

8.2. RESULTATS

8.2.1. Population

Il s'agit de deux groupes : l'un est le groupe contrôle (Gc) et l'autre le groupe d'intervention (Gi). Le groupe contrôle, à savoir celui ne participant pas au programme de prévention, se compose de 5 SPP, dont trois en double statut, âgés en moyenne 36,2 ans (ET=7,3) et ayant 19,2 d'années d'expérience (ET=7). Parmi cet ensemble, 2 (40%) vivent en concubinage, 2 (40%) sont pacsés et 1 (20%) est divorcé. Concernant Gi, il se compose d'un groupe de 5 SPP et d'un autre de 3 SPP. Globalement, Gi se compose de 6 en double statut, âgés en moyenne de 35,7 ans (ET=5,1) et ayant 16,9 années d'expérience (ET=5,2). Il comprend des professionnels aux statuts maritaux suivants : i) 1 célibataire (12,5%), ii) 2 concubins (25%), iii) 5 mariés (62,5%) et iv) 1 séparé (12,5%). Outre les différences liées à la situation maritale ($\chi^2=10,887; p<0,05$), aucune autre différence sociodémographique n'est à noter.

Tableau 30 : Caractéristiques sociodémographiques des SPP répartis en Groupe contrôle et Groupe d'intervention.

	Groupe Contrôle		Groupe Intervention	
	n=5	%	n=8	%
GENRE				
Hommes	5	100	8	100
Femmes	0	0	0	0
FONCTION				
Service hors rang	0	0	0	0
Equipier	1	20	0	0
Chef d'équipe	1	20	2	25
Chef d'agrés	3	60	4	50
Chef de groupe	0	0	2	25
STATUT MARITAL				
Célibataire	0	0	1	12,5
Concubin	2	40	1	12,5
Pacsé	2	40	0	0
Marié	0	0	6	75
Divorcé	1	20	0	0
STATUT PARENTAL				
Oui	2	40	6	75
Non	3	60	2	25
PERTE D'UN ENFANT				
Oui	0	0	0	0
Non	5	100	8	100

8.2.2. Information à T0

Avant la mise en place du programme, nous constatons des différences quant à la sévérité des symptômes de stress en fonction du groupe d'appartenance. En effet, il semble que les scores aux échelles de stress psychologique et de BO soient supérieurs pour GI comparativement à GC. Plus précisément, nous notons que GC a des scores moyens à ces dimensions de 60 pour le stress, de 10.80 pour l'EE, de 10 pour la D et de 32.80, tandis que ceux de GI sont respectivement de 77.8, 12.5, 9.9 et 31. Néanmoins, l'analyse de comparaisons de moyennes effectuée à l'aide du t de student ne montre pas de différences statistiquement significatives en fonction du groupe d'appartenance (Tableau 31).

Tableau 31 : Moyennes et Ecart-types des scores au stress et au BO en fonction du groupe d'appartenance.

	M (ET)		t	sig
	Groupe Contrôle	Groupe Intervention		
Stress	60 (13,6)	77.8 (24.7)	-1.458	0.173
Epuisement émotionnel	10,8 (5,5)	12.5 (12)	-0.294	0.775
Dépersonnalisation	10 (2,3)	9.9 (6.9)	0.047	0.964
Accomplissement de soi	32,8 (6,5)	31 (3.6)	0.653	0.527

8.2.3. Taux de prévalence aux symptômes du stress à T0.

Comme le montre la figure ci-dessous, les participants quel que soit leur groupe d'appartenance souffriraient de symptomatologie modérée à sévère. Plus précisément, pour Gc, 40% des SPP de GC et 62.50% des SPP de GI ont des scores de stress à la moyenne du groupe de référence.

Quant aux symptômes du BO modéré à sévère, il semble que

- ❑ 20% des SPP de GC (n=1) et 25% des SPP de GI (n=2) souffrent d'épuisement émotionnel;
- ❑ 100% des SPP de GC (n=5) et 62.50% des SPP de GI (n=5) souffrent de dépersonnalisation ;
- ❑ 60% des SPP de GC (n=3) et 100% de GI (n=8) souffrent d'une réduction de l'accomplissement de soi.

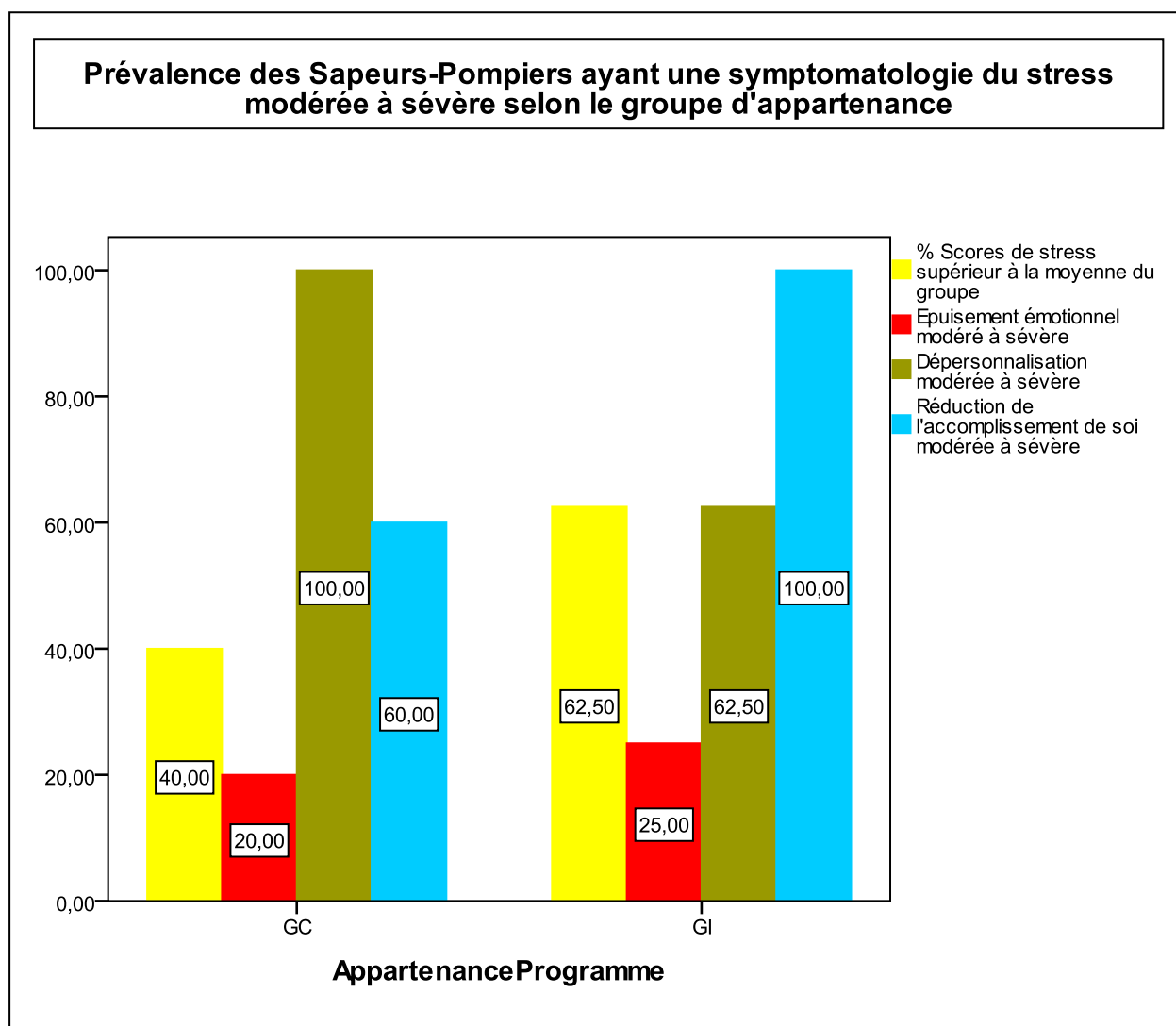


Figure 26 : Taux de prévalence du stress et du BO modéré à sévère en fonction du groupe d'appartenance.

8.2.4. Effets du programme d'intervention

L'efficacité du programme de prévention a été évaluée à l'aide de l'analyse de variance ou ANOVA à mesures répétées. En conséquence, nous avons comparé les scores aux échelles de stress et de BO des groupes GI et GC à trois temps de mesure. D'après les résultats obtenus, nous constatons une variation des scores en fonction du groupe d'appartenance. Comme le montre la figure 27, nous constatons que les scores moyens de GI tendent à décroître pour le stress, l'épuisement émotionnel alors que ceux de l'accomplissement de soi tendent à s'améliorer. Quant aux scores moyens de GC, ils ont tendance à fluctuer davantage. Tel est le cas des scores de stress et d'EE qui augmentent de T0 à T1 pour diminuer de nouveau de T1 à T2. Quant aux scores moyens relatifs à l'accomplissement de soi, nous constatons une tendance inverse à celle préalablement exposée.

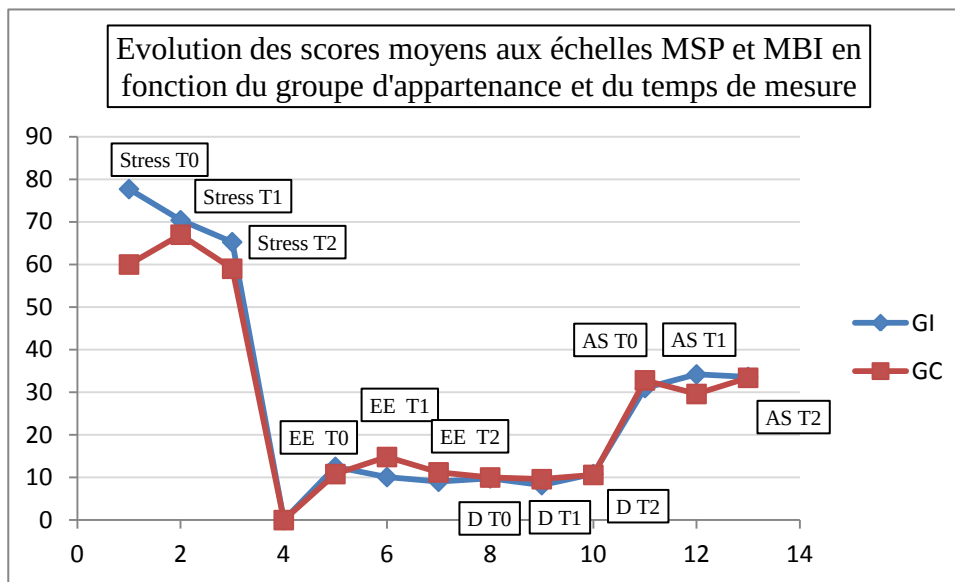


Figure 27 : Evolution de la symptomatologie du stress et du BO en fonction des temps de mesure et du groupe d'appartenance.

Néanmoins, l'ANOVA à mesures répétées montre qu'il n'y a pas d'effet du temps ou du groupe d'appartenance sur la symptomatologie du stress psychologique et du BO entre les trois temps de mesure. Plus précisément, le programme d'intervention n'a pas d'effet significatif sur : i) le stress [$F(2,20)=1,71;p=,205$], ii) l'épuisement émotionnel [$F(2,20)=2,63;p=0,097$], iii) la dépersonnalisation [$F(2,20)=,143;p=,868$] ; et iv) l'accomplissement de soi [$F(2,20)=1,94;p=,169$] : et ce aux trois temps de mesure (Tableau 32). Cependant, le test des contrastes montre des variations dans la sévérité des symptômes abordés. Concernant le stress, même si l'effet d'interaction temps*appartenance groupale n'est pas significatif d'un temps de mesure à un autre, nous notons qu'entre T0 et T1, les scores du stress diminuant dans GI tendent à augmenter dans GC [$F(1,10)=3,87;p=0,077$]. Quant à l'EE, nous notons un effet d'interaction temps*appartenance groupale à tendance significative. En effet, de T0 à T1, les scores tendent à décroître dans GI alors qu'ils augmentent dans GC [$F(1,10)=4,86;p=0,052$].

Tableau 32 : Moyennes des scores au stress et au BO aux différents temps de mesure selon le groupe d'appartenance. Analyse de l'effet du programme sur les symptômes de stress et de BO.

Variables	GI			GC			Valeur du F Groupe*Temps	Sig
	T0	T1	T2	T0	T1	T2		
Stress	77.7 (24.7)	70.42 (30.09)	65.25 (27.58)	60 (13.61)	67 (16.62)	59 (18.61)	F(2.20)=1.71	0.205
Epuisement émotionnel	12.5 (12.03)	10.14 (7.98)	9 (8.26)	10.8 (5.49)	14.8 (7.25)	11.2 (9.85)	F(2.20)=2.63	0.097
Dépersonnalisation	9.87 (6.93)	8.28 (5.34)	10.87 (6.89)	10 (2.34)	9.6 (2.88)	10.6 (4.03)	F(2.20)=.143	0.868
Accomplissement de soi	31 (3.58)	34.28 (6.77)	33.62 (5.28)	32.8 (6.45)	29.6 (7.79)	33.4 (5.27)	F(2.20)=1.94	0.169

8.3. VIGNETTE CLINIQUE

Afin d'explorer qualitativement l'effet du programme d'intervention sur le bien-être individuel, nous effectuerons une vignette clinique de Mr K.

Mr K est un homme marié ayant des enfants. Âgé aux alentours de 30 ans, il travaille au SDIS depuis une dizaine d'années. Métier transmis de génération en génération, il a choisi ce métier pour l'absence de routine et le contact avec les victimes.

Le premier entretien s'est déroulé dans l'après-midi dans son centre de secours. Au premier abord, Mr K nous a paru introverti et réservé. Lorsque nous avons débuté l'entretien, nos constats se sont avérés confirmés. A cela, nous avons constaté d'autres aspects comportementaux et attitudeaux tels qu'une i) loghorrée associée à des symptômes de stress (signes de bougeottes) ; ii) tendance à la désirabilité sociale attestant de la sensibilité au regard des autres. D'après les résultats obtenus, Mr K montre certains signes cliniques tels que i) des symptômes de stress psychologique supérieurs à la moyenne des groupes susmentionnés ; ii) un BO subsyndromique sévère relatif à la dépersonnalisation et la réduction de l'accomplissement de soi ; iii) des symptômes anxieux ; iv) un TDA/H mixte probable⁶. Outre ces aspects, Mr K montre également des capacités introspectives intéressantes. Conscient de son stress, Mr K fait preuve d'assiduité et de persévérance tout au long du programme témoignant d'une volonté de changement.

Ce changement semble d'ailleurs avoir eu lieu suite au programme de prévention. En effet, se questionnant sur la façon de gérer son stress au quotidien, nous notons une évolution positive des symptômes de stress chez Mr K (Figure 28). En effet, nous notons une diminution des symptômes de stress au cours du temps ainsi que de ceux d'épuisement émotionnel. De plus, nous constatons une augmentation de la dépersonnalisation entre T0 et T1 pour ensuite diminuer. Quant à l'accomplissement de soi, nous notons un plus fort épanouissement professionnel de la part de Mr K.

Selon ses dires, la diminution de ses scores aurait une explication plurielle inhérente à i) la gestion du stress avec une gestion du temps plus efficace ; ii) l'amélioration de la sphère professionnelle liée à l'évolution de carrière et iii) la parentalité.

⁶ Caci, H. TDAH Données épidémiologiques. *Journées annuelles de l'Association Française de Psychiatrie Biologique et Neuropsychopharmacologie*, 1 et 2 avril 2011, Paris.

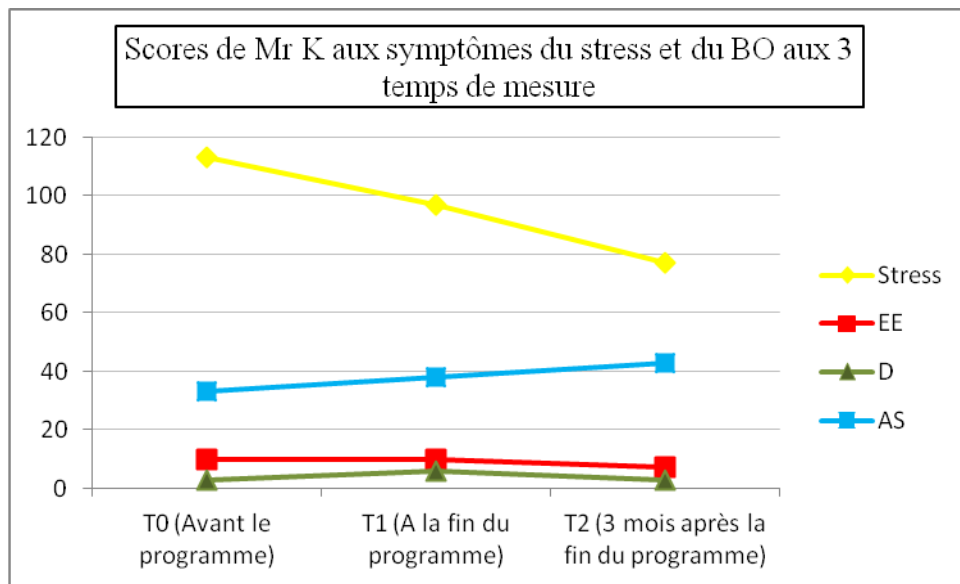


Figure 28 : Scores aux échelles de stress et de BO aux différents temps de mesure. Mr K

En conséquence, cette étude de cas souligne une amélioration des symptômes de stress suite au programme de prévention.

RESUME

Objectifs :

- ☐ Evaluer l'efficacité d'un programme de prévention du stress sur un groupe de SP (Evaluation 2^{aire}).

Elaboration du programme principalement axé sur les TCC

6 sessions de 2h basées sur des référentiels scientifiques et cliniques :

- ☐ *Psychoéducation sur le stress ;*
- ☐ *Coping et le Stress : Guide et Psychoéducation ;*
- ☐ *Restructuration cognitive ;*
- ☐ *Communication ;*
- ☐ *Relaxation*
- ☐ *Prévention de la Rechute.*

Population et Procédure :

- ☐ 1 groupe d'intervention (n=8) et 1 groupe contrôle (n=5)
- ☐ Critères d'inclusion : avoir un niveau de stress supérieur au groupe normatif et un BO subsyndromique.
- ☐ Rencontre au CERUP situé sur le site universitaire de la Victoire
- ☐ 3 temps de mesure : avant (T0), à la fin du programme (T1) et 3 mois plus tard (T2).

Méthodologie :

Deux questionnaires : la Mesure de Stress Psychologique et le Maslach Burnout Inventory.

Résultats :

- ☐ Variation tendancielle significative pour l'épuisement émotionnel entre T0 et T1 avec une baisse plus importante pour GI comparativement à GC (H1).
- ☐ Mr K montre une diminution des scores de stress, d'épuisement émotionnel et de réduction de l'accomplissement de soi au cours des trois temps de mesure.
- ☐ Quant à l'hypothèse 2, elle est rejetée.

DISCUSSION GENERALE

Travailler dans les métiers de l'urgence est un choix que tout individu ne peut pas tolérer. Cela répond à un ensemble de besoins individuels dont celui *i)* d'accomplissement alimentant l'estime de soi et le sentiment d'utilité ; *ii)* de stimulation se traduisant par un goût prononcé pour l'adrénaline (ex : diversité des interventions, des populations rencontrées) ; *iii)* d'appartenance à un groupe à forte valeur identitaire (ex : symbolique du métier). Cependant, lorsque ces derniers ne sont pas remplis, le stress peut apparaître (Molinier, 2006)

Le stress est une réalité pour les professionnels de l'Urgence. Ayant l'obligation de faire face à un ensemble de situations traumatiques voire dépressogènes, ils se doivent d'être en bonne santé tant physique que psychique. Pour ce faire, il est important de donner les informations nécessaires aux employeurs et aux services de santé permettant ainsi d'accroître la santé et la sécurité au travail de ces agents. Informations qui passent par une multitude de points dont *i)* l'identification des stressors professionnels, *ii)* le repérage des risques psychosociaux, *iii)* la compréhension de l'émergence de ces risques, *iv)* la proposition d'actions concrètes et applicables à la sphère professionnelle. Tel était notre protocole de recherche résumé dans les parties suivantes.

9.1. LE STRESS PROFESSIONNEL DANS LES METIERS DE L'URGENCE

Le stress professionnel est une réalité sociale. Il est représenté par un ensemble de facteurs faisant consensus : *i)* la charge de travail ; *ii)* le contrôle ; *iii)* la récompense et la reconnaissance ; *iv)* la communauté et *v)* la justice (Maslach et Leiter, 2011). Reconnus internationalement ces facteurs sont partagés par tous les corps de métier. Cependant, ils n'expliquent pas tout. Comme l'ont montré des travaux anglo-saxons, le stress professionnel peut prendre des formes génériques mais également spécifiques telles que les métiers de l'urgence regroupant les SP et les professionnels du SMUR, entre autre. Ces derniers ont la particularité d'avoir un environnement professionnel spécifique emprunt d'activités organisationnelles et opérationnelles. De fait, notre première étude a consisté en l'adaptation et la validation d'un instrument de mesure propre à ces métiers. Il s'agissait donc de créer un questionnaire bref permettant de mettre en évidence les stressors professionnels spécifiques au métier de sapeur-pompier. Pour ce faire, nous avons utilisé la version française du Job stress survey de Spielberger (1990), ayant l'avantage d'aborder tant l'intensité que la fréquence du stress. Référentiel évaluatif important puisqu'il permet une analyse plus précise de ce phénomène. En conséquence, nous avons effectivement retrouvé une structure analogue aux résultats de la revue de la littérature, à savoir comprenant la pression professionnelle et le travail opérationnel (Brough, 2004). Concernant la pression professionnelle, nous avons noté qu'elle

explique principalement le stress au travail (Spielberger, 1990). Cependant, une grande partie des items formant cette dimension appartiennent à la sous-dimension «manque de soutien organisationnel» de la version initiale. Quant au reste de cette dimension, il s'agit de stressseurs du type «manque de reconnaissance pour son implication», «supervision inadéquate ou faible», «personnel insuffisant pour prendre en charge d'une manière adéquate une mission», «doute sur les compétences de ses collègues», etc... Dans le cadre des métiers de l'Urgence, la pression professionnelle est en lien direct avec le rapport à l'autre (collègue et/ou supérieur hiérarchique). Tel qu'il est conçu par le métier, le groupe fonde le collectif et protège donc des affects négatifs tels que la peur via l'élaboration de stratégies défensives (Dejours, 2008). Dans ce cas, il peut s'agir du déni de la peur, de l'humour lors de situations critiques favorisant la distanciation émotionnelle (Douesnard, 2010). Quant au travail opérationnel, il se construit davantage dans la relation à l'autre en tant que patient/victime. Victime dont les agressions physiques et/ou verbales sont sources de stress au travail à la fois pour les professionnels du SAMU/SMUR que pour les sapeurs-pompiers (Duchateau, 2002). Afin d'évaluer la validité et le pouvoir discriminant de cet instrument, nous avons effectué une deuxième étude comparant un échantillon de SPP à un autre de professionnels du SAMU/SMUR. En plus de présenter des indices de consistance interne satisfaisants pour l'ensemble des individus concernés, nous avons pu mettre en évidence quelques similitudes et divergences entre ces métiers.

Concernant les similitudes, il semble que l'intensité du stress professionnel perçu converge pour les items « collègues ne faisant pas leur travail, », « manque de soutien de la hiérarchie », « manque de reconnaissance pour son implication », etc... Néanmoins des différences subsistent principalement entre les professionnels du SAMU comparativement aux professionnels du SMUR et des SPP. Ceci s'expliquerait notamment par la relation aux patients se faisant par téléphone pour le SAMU, alors qu'elle est directe pour les SPP et SMUR. En conséquence, il devient plus difficile pour le SAMU de gérer ce type de situations abstraites, et ainsi de les contrôler émotionnellement. Quant à l'échelle fréquence, elle semble davantage marquer les écarts puisque les professionnels du SAMU/SMUR montrent des scores significativement plus élevés pour l'ensemble des items de la pression professionnelle et du travail opérationnel.

Outre ces facteurs, nous avons pu en identifier d'autres montrant le climat organisationnel. L'étude n°2 portait sur l'analyse qualitative du stress professionnel dans l'ensemble des populations du SAMU/SMUR et des SPP. Nous avons remarqué que le manque d'accomplissement de soi serait la caractéristique professionnelle la plus stressante tant pour le SAMU/SMUR que pour les SPP. Actuellement, le stress perçu serait davantage lié i) aux appels injustifiés ne requérant pas nécessairement l'aide de ces groupes et ii) aux formations ne

répondant pas à leurs interrogations opérationnelles (Colombat et coll., 2011). Hormis ce facteur, nous retrouvons les relations interpersonnelles, le manque de reconnaissance mais également l'insatisfaction quant à l'évolution du système (Escribà-Aguir et coll., 2007 ; Saijo et coll., 2007,2008). Dans ce cas, les professionnels ressentent un décalage entre leurs aspirations profondes et la réalité du terrain. Terrain dont le fonctionnement s'apparenterait à celui d'une entreprise mettant ainsi au second plan la dimension humaine.

En complément, notre travail a permis de mettre en évidence les facteurs de stress professionnels liés au BO. Alors que le stress professionnel est reconnu comme étant le point d'ancrage du BO, les résultats de notre étude confirme les données de la littérature scientifique. En effet, le stress professionnel perçu tant dans sa fréquence que dans son intensité est significativement associé à sa symptomatologie tridimensionnelle. Plus précisément, l'intensité et la fréquence de la pression professionnelle et du travail opérationnel perçu sont associées significativement à l'épuisement émotionnel et à la dépersonnalisation (Laurent et Charhaoui, 2010 ; Laurent et coll., 2007). Nous avons également noté que la fréquence du travail opérationnel était source d'accomplissement de soi chez les SPP. En effet, le choix de cette profession réside pour une part dans l'attrait aux stimulations et au sentiment d'utilité en lien avec la dimension altruiste. En conséquence, la fréquence du travail opérationnel est source d'épanouissement puisqu'elle répond à l'ensemble des besoins susmentionnés.

9.2. BO ET COMORBIDITES

9.2.1. Prévalence

Chacun des stressseurs professionnels susmentionnés peut donc contribuer au BO. Bien que ce syndrome tridimensionnel touche tous les secteurs d'activité, le manque de données françaises rend son identification difficile dans les métiers de l'urgence. A notre connaissance, seuls Laurent et collaborateurs (2007) ont relevé une prévalence du BO modéré à sévère de *i)* 15% pour l'épuisement émotionnel, *ii)* 65% pour la dépersonnalisation et *iii)* 62% pour la réduction de l'accomplissement de soi auprès d'une population SMUR. Cependant, bien que ces résultats apportent un éclairage certain quant à l'existence de ce syndrome dans cette profession, une zone d'ombre subsiste. Comme nous l'avons abordé précédemment, le métier de SMUR est composé de professionnels dont des médecins, des infirmiers et des conducteurs ambulanciers. Cet ensemble est hiérarchisé, à savoir les médecins, puis les infirmiers et les conducteurs ambulanciers. De fait, cette structure ne les expose pas tout à fait aux mêmes exigences professionnelles et peut créer des tensions entre les professionnels. Ceci peut notamment expliquer pourquoi les médecins semblent davantage souffrir de BO, suivis des conducteurs ambulanciers et des infirmiers. Concernant les médecins, 26% souffriraient d'épuisement

émotionnel ; 50% de dépersonnalisation et 37% de réduction de l'accomplissement de soi. Quant aux conducteurs ambulanciers et infirmiers, les taux de prévalence du BO modéré à sévère sont de 19% versus 20%, 50% versus 40%, et de 56% versus 48% respectivement pour l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et la réduction de l'accomplissement de soi. En conséquence, nous constatons que l'épuisement émotionnel semble plus élevé dans cette étude comparativement à celle de Laurent et collaborateurs (2007). Quant aux symptômes de dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement de soi, nous remarquons une tendance inverse. Cependant, ces résultats sont à prendre avec précaution puisque nous ne connaissons pas la répartition exacte de la symptomatologie du BO en fonction du statut professionnel dans l'étude susmentionnée.

Quant aux SPP, nous constatons des taux de prévalence du BO modéré à sévère plus faibles comparativement à la population du SMUR. Que ce soit pour les SPP ou les doubles statuts SPP-SPV, ces taux de prévalence sont de *i)* 2% versus 4% pour l'épuisement émotionnel ; *ii)* 33% versus 60% pour la dépersonnalisation ; *iii)* 45% versus 40% pour la réduction de l'accomplissement de soi.

Ces différences interprofessionnelles peuvent s'expliquer par la notion de soutien social. Comme nous l'avons expliqué ci-avant, le métier de SP se fonde sur la notion de collectif. Appartenir au groupe de SP équivaut à faire corps avec l'ensemble du groupe permettant ainsi d'affronter les événements adverses lorsqu'ils se présentent. Quant au SMUR, du fait de la hiérarchisation des rôles, cet esprit d'équipe peut être altéré entraînant des rivalités pour les uns, des conflits pour les autres. En conséquence, il devient plus difficile de se sentir soutenu dans une structure organisationnelle verticale. Hormis cet aspect, nous pouvons également considérer l'environnement dans lequel se trouvent les professionnels. Lors de nos entretiens avec les professionnels du SMUR, le contexte de travail s'apprêtait à connaître une profonde mutation, à savoir la scission SAMU/SMUR. Initialement situés dans le même bâtiment, SAMU et SMUR avaient tout le loisir d'échanger entre eux dans le cadre de discussion collégiale et/ou professionnelle favorisant ainsi la clarté des rôles et des informations recueillies.

En conclusion, nous constatons que le BO est présent dans les métiers de l'urgence, avec une plus forte propension pour les professionnels du SMUR.

9.2.2. Comorbidités

Pour beaucoup d'auteurs, le BO est au carrefour de processus psychopathologiques multiples. Dans ce cas, il présente de forts corrélats comorbides avec des troubles de l'humeur, des troubles anxieux et des conduites à risques. Concernant les SPP, les résultats semblent converger avec la revue de la littérature anglo-saxonne. En effet, ces dernières ont montré des

liens entre BO, stress professionnel perçu et troubles internalisés dont l'état de stress post-traumatique (Browning et coll., 2007 ; Cowlshaw et coll., 2010 ; Mitani et coll., 2006 ; Ruitenburg et coll., 2012). Outre ces résultats nous avons également noté une association avec la satisfaction professionnelle.

Quant aux professionnels du SMUR, les résultats relevés sont plus nombreux et pour certains plus novateurs. En effet, il semble que le BO est lié *i*) au stress professionnel perçu, *ii*) à la détresse psychologique, *iii*) à l'ESPT et *iv*) au TDA/H. Outre l'éclairage nouveau qu'apporte ce dernier résultat, il montre également l'intérêt de considérer le TDA/H dans l'analyse du stress professionnel chronique. Apparaissant dès l'enfance, ce trouble neurocomportemental peut constituer un facteur de vulnérabilité important (Brattberg, 2006). De plus, à l'origine de dysfonctionnements multiples, il peut également aggraver la souffrance ressentie par le professionnel en situation de travail.

9.3. MODELES EXPLICATIFS DU BO

Suite aux études n°3 et n°4, des facteurs de risque ont été identifiés dans l'explication du BO. Quel que soit le groupe d'appartenance, nous avons noté la centralité des facteurs endogènes en tant que facteur direct ou modérateur dans la relation stress professionnel-BO (Garrosa et coll., 2011, 2010 ; Ghorpade et coll., 2011 ; Halbesleben, 2008).

9.3.1. Epuisement émotionnel

Pour l'épuisement émotionnel, nous constatons des similitudes et des divergences relatives au groupe d'appartenance. Que ce soit tant chez les professionnels du SMUR que chez les SPP, il semble que ce symptôme s'explique tant par des facteurs endogènes que par le stress professionnel perçu.

Les résultats des SPP montrent que le pattern tempéramental Evitement du danger serait un facteur de risque dans cette population. D'après De Fruyt et collaborateurs (2000), ce pattern tempéramental serait associé à de multiples traits de personnalité du Big Five dont le névrosisme. Se traduisant par des attitudes craintives et pessimistes, cette dimension serait également associée à la personnalité de type D : fortement reconnue pour ses corrélats comorbides auprès des professionnels de la santé (Oginskà-Bulik, 2006). Outre cet effet direct, il semble également que l'association de ce tempérament avec une forte pression professionnelle prédise le BO. En conséquence, un individu aux tendances craintives et pessimistes confronté à une forte pression professionnelle souffrirait davantage d'épuisement émotionnel. En raison d'une sensibilité aux

signaux de frustration et de punition, l'individu adopterait des attitudes passives entretenant son mal être. De plus, nous pourrions supposer que les individus choisiraient cette profession de manière contraphobique. Ne pouvant tout contrôler, ce métier leur donnerait les outils nécessaires pour faire face aux événements douloureux.

Quant aux professionnels du SMUR, nous avons constaté qu'un individu souffrant d'un faible TDA/H de type déficit attentionnel se trouvant dans un environnement à pression professionnelle intense souffrirait davantage d'épuisement émotionnel. Ces données particulièrement novatrices laissent à supposer qu'à faible sévérité, ce type de TDA/H serait un facteur de risque dans ce contexte-ci. Ceci s'expliquerait par la fonction adaptative de ce trouble qui, lorsqu'il est de faible sévérité ne permettrait pas l'individu à passer à autre chose. Dans ce cas, le professionnel du SMUR aurait tendance à beaucoup s'investir dans un environnement professionnel qui le dépasse. Ceci paraît d'autant plus dommageable puisque le décalage entre un fort engagement et une pression professionnelle intense est à l'origine du BO.

9.3.2. La Dépersonnalisation

Quant à la dépersonnalisation, très peu d'études ont porté sur son analyse interactionniste auprès des professionnels de l'urgence. Concernant les SPP, il semble que le pattern tempéramental Dépendance à la Récompense protège de la dépersonnalisation. Sensible au retrait social, un SP possédant ce pattern tempéramental aurait tendance à être chaleureux et empathique envers les individus qui l'entoure. En conséquence, ses attitudes lui permettraient de recevoir l'aval du groupe, d'être approuvé et soutenu par son environnement social (pairs et/ou supérieurs et/ou victimes). Cette approbation, servant donc de renforçateur, maintiendrait ce mode de fonctionnement intrinsèque. Outre cette caractéristique dispositionnelle, il semble qu'un faible score au caractère Transcendance serait un facteur de protection lorsqu'il interagit avec un travail opérationnel perçu intensément. Le travail opérationnel est caractérisé par des situations professionnelles empruntées de violences en tout genre. Ayant choisi le métier de SP par vocation, les SP confrontés à ces situations pourraient se sentir déstabiliser. Déstabilisation parce qu'il leur serait difficile de comprendre cet environnement et de lui en attribuer des causes d'ordre spirituel. De fait, un SP possédant des scores faibles à ce trait pourrait davantage rationaliser des événements et donc mieux les accepter. A l'opposé, un individu ayant des scores élevés à ce trait de caractère confronté à un travail opérationnel intense serait plus à même de développer la dépersonnalisation. Dans ce cas, un individu confronté à un environnement opérationnel menaçant et intense, pourrait se sentir en décalage avec son mode de fonctionnement interne.

Quant aux professionnels du SMUR, nous constatons qu'un fort soutien social préserve de ce symptôme. Dans ce sens, le professionnel aurait un réseau social lui permettant de faire face aux événements adverses au travers d'échanges, de conseils et de soutien. Comme nous le savons, la dépersonnalisation est une stratégie utilisée par certains professionnels pour conserver une distance émotionnelle avec des événements dépressogènes voire traumatogènes. Dans le cadre du SMUR, cette stratégie serait remplacée par le réseau social. Il aurait ainsi la fonction de renforçateur, de soupape de sécurité permettant une distance adéquate entre le professionnel et son environnement de travail.

9.3.3. L'accomplissement de soi

Considérant l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation comme les symptômes fondamentaux du BO, les études manquent pour définir les facteurs de risque associés à la réduction de l'accomplissement de soi auprès des professionnels du SMUR et des SPP.

Concernant les SPP, ce symptôme s'expliquerait par l'interaction entre des scores faibles au trait de caractère transcendance et un travail opérationnel fréquent. Ainsi, il serait difficile pour l'individu d'accepter ou du moins de tolérer un contexte opérationnel emprunt de comportements inadaptés voire agressifs des victimes. Dans ce cas, le sens donné à son travail serait détérioré, amoindrissant ainsi l'épanouissement au travail.

De plus, il semble qu'un SP possédant un trait de caractère coopérant se sentirait davantage épanoui. La coopération est un trait correspondant à la maturité sociale. En ce sens, le SP se sentirait accompli au travail du fait du travail en équipe, de la relation de partage propre à son métier. Accomplissement également entretenu lorsque le style de coping utilisé par le SP est celui centré sur la tâche.

Concernant les professionnels du SMUR, les résultats montrent la présence de facteurs de risque et de protection. Concernant les facteurs de risque, il semble que la transcendance expliquerait une réduction de l'accomplissement de soi. Dans ce sens, les professionnels auraient un sentiment de soi réduit laissant leur besoins intrinsèques inassouvis. Se considérant davantage comme partie intégrante de l'univers, les professionnels pourraient interpréter leur travail comme secondaire dans l'existence. De plus, ayant une connaissance intuitive des aspects de l'humanité, ils pourraient se sentir frustrés par leur rôle professionnel.

Quant aux facteurs de protection, il semble que le pattern tempéramental Persistance protégerait l'accomplissement de soi. Se traduisant par une persévérance accrue quel que soit l'état de fatigue dans lequel se trouve l'individu, ce pattern lui permettrait d'aller au bout de ses

obligations professionnelles : et donc de se sentir pleinement satisfait du travail effectué. Ainsi, ce pattern tempéramental lui fournirait les ressources nécessaires pour affronter les situations difficiles. Cette interprétation semble également converger avec le style de coping centré sur la Tâche accroissant le sentiment de contrôle et de réalisation des individus face aux événements adverses.

Pour terminer, les résultats obtenus ont mis en exergue un résultat tout à fait novateur et intéressant. En effet, il semble qu'un TDA/H mixte sévère soit source d'accomplissement de soi lorsqu'il interagit avec un travail opérationnel fréquent. Contrairement aux idées reçues sur ce trouble, il semble donc que dans certaines circonstances, il soit une ressource non négligeable pour le professionnel. En effet, sa présence leur permettrait de gérer de manière optimale les interventions et d'en conserver des traces mnésiques minimales. De fait, le rythme imposé par le travail opérationnel serait un moteur pour ces individus à la recherche de stimulation. Le travail opérationnel serait un régulateur émotionnel nécessaire au bien-être psychologique.

9.4. PREVENIR LE STRESS AU TRAVAIL : UN PROGRAMME PRINCIPALEMENT AXÉ SUR LES THÉRAPIES COGNITIVO-COMPORTEMENTALES

À l'issue des analyses susmentionnées, nous avons pu conclure que la personnalité était en partie responsable du BO. En effet, elle influence les processus cognitifs et émotionnels essentiels au phénomène d'adaptation. En concordance avec ces premières observations, des chercheurs ont mis en place des programmes de prévention secondaire allant de la gestion des sensations physiques du stress aux thérapies d'engagement et d'acceptation. Parmi ces dernières, un ensemble porte sur les thérapies cognitivo-comportementales. Outre leur brièveté, ces TCC ont l'avantage de travailler tant sur les émotions que sur les cognitions des individus permettant ainsi d'accroître la résilience et l'adaptabilité des individus. En accord avec nos compétences, nous avons donc opté pour cette démarche auprès de SPP souffrant de BO subsyndromique et de stress.

En référence à deux sources scientifiques, cette dernière s'est composée de 6 sessions de deux heures par semaine (Reynolds et coll., 1993 ; Richardson et Rothstein, 2008). Elles étaient *i)* la Psychoéducation sur le stress ; *ii)* le Coping et les émotions ; *iii)* la Restructuration cognitive ; *iv)* la Communication ; *v)* la Relaxation et *vi)* la Prévention de la Rechute. Afin de tester l'efficacité de ces sessions, nous avons comparé les scores de deux groupes d'intervention à un groupe contrôle durant trois mois. Tels que l'ont montré des travaux anglo-saxons, ce programme aurait des effets disparates sur la symptomatologie du stress. Dans la lignée de la littérature, nous avons noté une diminution des scores du stress et du BO dans le groupe

d'intervention comparativement au groupe contrôle (Ni et Wu, 2009). Ces résultats semblent davantage transparaître pour les SPP ayant une symptomatologie sévère telle que Monsieur K, illustrant notre vignette clinique (Gardner et coll., 2005). De plus, lorsque l'on observe plus précisément les fluctuations des scores entre les différents groupes, nous constatons une amélioration des symptômes pour le groupe d'intervention contre une aggravation pour le groupe contrôle. Néanmoins, ces observations ne semblent pas persister dans le temps tant pour la symptomatologie du stress que du BO (De Vente et coll., 2008 ; Willert et coll., 2010).

9.5. LIMITES

Même si notre travail apporte des données supplémentaires quant à la compréhension de la psychopathologie du stress, quelques limites sont à noter.

Concernant l'étude n°1, plusieurs limites sont à retenir : *i)* la taille de l'échantillon ; *ii)* la représentativité des statuts professionnels inhérents à ces corps de métier ; *iii)* le type de passation. Dans le cadre de ce travail, la population abordée se compose principalement de SPP au détriment de SPV. De fait, bien que l'échantillon soit représentatif du métier, il aurait été intéressant d'accroître le nombre de SPV permettant une meilleure homogénéité des groupes. De plus, la taille de la population concernée ne permet pas d'établir de scores normatifs cadrant davantage la symptomatologie du stress professionnel perçu. Il aurait été intéressant d'avoir un groupe numériquement plus important permettant d'établir des notes seuils en lien avec le BO. Pour terminer, bien que les passations collectives aient l'avantage d'accroître le nombre de données recueillies, elles ne garantissent pas la compréhension des questionnaires. C'est la raison pour laquelle nous avons été présentes à chaque passation permettant de limiter ce biais dans les résultats des questionnaires.

Quant aux études portant sur l'identification des facteurs de risque du BO, la taille des échantillons ne permet pas la généralisation des résultats. En effet, la taille de chaque groupe professionnel étant réduite, il devient très difficile d'aborder leur spécificité respective. Néanmoins, les rencontres duelles effectuées auprès de ces professionnels ont assuré une compréhension mutuelle du stress professionnel perçu et du BO chez ces derniers. En complément, ces approches sont une plus-value dans la compréhension du mécanisme du stress et de ses composantes, puisque reposant sur une démarche qualitative. Démarche qui présente tout de même des coûts liés au protocole de recherche et à la durée des entretiens. Concernant le protocole de recherche, nous constatons qu'il peut être une limite de par sa longueur. A l'avenir, il serait intéressant de le réduire afin de cibler davantage le problème du BO et de ne pas

surcharger les professionnels. De plus, la durée reste tout de même une limite à cause des processus cognitifs mobilisés accroissant ainsi la fatigabilité.

Quant à l'étude n°5, les limites portent tant sur le nombre de participants que sur les conditions d'exécution du programme. Commençons par le nombre de participants, ce dernier est faible pour attester véritablement de l'efficacité du programme, même si cette démarche exploratoire apporte des éléments. De plus, considérant les conditions de passation, les séances de l'un des groupes ont subi des fluctuations relatives au binôme de psychologues. En effet, durant trois séances, l'un des membres de l'équipe n'a pas pu être présent : ce qui a pu influencer sur les résultats des participants. Pour clore, il aurait été préférable d'effectuer les sessions du programme de manière plus espacées dans le temps. Le fait que les séances ne le soient pas suffisamment a rendu plus difficile l'intégration et l'appropriation des méthodes abordées lors des rencontres. En effet, même si les Thérapie cognitivo-comportementales sont des thérapies brèves, elles nécessitent un temps d'apprentissage et d'exposition favorisant le processus d'acquisition. En conséquence, il aurait été intéressant d'inclure entre chaque séance groupale des rencontres plus individuelles favorisant ces processus.

CONCLUSION & RETOMBÉES

A travers ce travail, nous avons pu mettre en évidence les facteurs de stress professionnel perçu spécifique aux métiers de l'Urgence, à la fois chez les SPP que chez les professionnels du SMUR. Par l'intermédiaire d'une version brève du Job stress Survey, nous avons pu montrer les effets adverses et positifs du stress professionnel dans le BO. Les résultats ainsi obtenus montrent l'importance de considérer le stress professionnel dans les métiers de l'Urgence, et ce de manière spécifique favorisant toute approche préventive. Cependant, afin d'accroître la fiabilité et la robustesse de cet instrument, il serait intéressant d'appliquer le JSS-SP à d'autres métiers. Les militaires, les forces de l'ordre, les services d'urgence hospitalière et les humanitaires permettraient d'établir des scores normatifs et de créer un instrument spécifique à ces métiers ainsi qu'à ceux de la Sécurité Civile. Dans l'avenir, cet instrument pourrait également être utilisé dans des études cliniques permettant la création de notes seuils entre le stress professionnel perçu et le BO. Ceci permettrait donc de prévenir le BO avant même son installation auprès de professionnels souffrant d'altérations physiques et/ou psychologiques. Néanmoins au regard de l'évolution du stress, il semble nécessaire de combiner les approches quantitatives et qualitatives de ce phénomène : ceci pour accroître la compréhension de ce phénomène, mais surtout pour respecter la réalité du terrain ne se limitant pas à des questionnaires.

De plus, les résultats obtenus mettent au premier plan l'interaction entre les caractéristiques intrinsèques de l'individu et les exigences environnementales. En effet, ces derniers apportent un éclairage nouveau à la compréhension du stress au travail. Considérant la personnalité, l'environnement professionnel a un impact tout autre. A titre d'exemple, un professionnel ayant une nature craintive aura tendance à être davantage vulnérable face à certaines situations de stress : ceci pouvant s'expliquer par sa façon de percevoir et de traiter les situations.

Par ailleurs, il semble nécessaire de poursuivre les analyses sur le BO en combinant des approches psychologiques avec de véritables approches ergonomiques. Ce travail pluridisciplinaire pourrait donner lieu à la combinaison d'approches préventives. Elles pourraient être la juxtaposition de *i*) prévention primaire en modifiant les stressseurs à proprement parler, dont les méthodes managériales souvent citées, et, *ii*) de prévention secondaire basée principalement sur les Thérapies cognitivo-comportementales. Par rapport à notre approche, il serait intéressant de poursuivre les travaux en espaçant davantage les séances et en introduisant des rencontres individuelles. En effet, vie privée et vie professionnelle étant souvent imbriquées, les professionnels ne se sentent pas toujours à leur aise pour aborder collectivement des situations stressantes. A ce titre, introduire ces sessions lors de formation des secouristes pourrait s'avérer bénéfique, notamment au travers d'ateliers de gestion du stress. Tel que l'ont fait des

chercheurs anglo-saxons comme Willert (2010) avec le programme MARS auprès de personnels soignants. Pour clore, il semble également important de poursuivre la diffusion scientifique de ces résultats au travers d'articles, de présentations lors de congrès.

BIBLIOGRAPHIE

Accord interprofessionnel sur le stress au travail (2 juillet 2008). Document en ligne : <http://www.travailler-mieux.gouv.fr/Accords-Negociations.html>

Accord cadre sur le stress au travail (8 octobre 2004). Document en ligne <http://www.travailler-mieux.gouv.fr/Accords-Negociations.html>

Aguiar, S. M., Vieira, A. P. G. F., Fernandes Vieira, K. M., Aguiar, S. M., & Nóbrega, J. O. (2009). Prevalência de sintomas de estresse nos estudantes de medicina. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 58(1), 34-38. doi: 10.1590/s0047-20852009000100005

Aiken, L. S., & West, S. G. (2003). Multiple regression : testing and interpreting interactions: Testing and Interpreting Interactions (New Editions). SAGE Publications Inc.

Akrami, N., & Ekehammar, B. (2006). Right-wing authoritarianism and social dominance orientation: Their roots in Big-Five Personality Factors and facets. *Journal of Individual Differences*, 27(3), 117-126. doi: 10.1027/1614-0001.27.3.117

Akvardar, Y., Demiral, Y., Ergor, G., & Ergor, A. (2004). Substance use among medical students and physicians in a medical school in Turkey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(6), 502-506. doi: 10.1007/s00127-004-0765-1

Alarcon, G. M. (2011). A meta-analysis of burnout with job demands, resources, and attitudes. *Journal of Vocational Behavior*, 79(2), 549-562. doi: 10.1016/j.jvb.2011.03.007

Albert, E. (1995). *Guide de la gestion du stress*. York Productions : Dublin.

Al-Kabbaa, A. F., Al-Jehani, M., & Salih, M. A. (2003). Prevalence of minor psychiatric morbidity among female teachers in girls secondary schools in Tabuk city, Saudi Arabia, *Journal of Family and Community Medicine*, 10(2), pp. 31-36.

Al-Lawati, J. A., Nooyi, C. N., & Al-Lawati, A. M. (2009). Knowledge, attitudes and prevalence of tobacco use among physicians and dentists in Oman, *Annals of Saudi Medicine*, 29(2) : 128-133.

Alma Consulting Group (2012). Le taux d'absentéisme dans les entreprises au plus bas depuis 5 ans, selon le baromètre de l'absentéisme d'alma consulting group. *Communiqué de presse*.

Altemeyer, B. (1996). *The authoritarian specter*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

American Psychiatric Association (2003). *DSM-IV-TR Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux : Texte révisé (2^{ème} Edition)*. Editions Masson, Paris.

Amossé, T., Daubas-Letourneux, V., Barragan, K., Meslin, K., & Le Roy, F. (2012). Les accidents du travail et problèmes de santé liés au travail dans l'enquête SIP. (In)visibilités et inscriptions dans les trajectoires professionnelles. *Rapport de recherche n°76*.

Antoniou, A. S., Polychroni, F., & Vlachakis, A. N. (2006). Gender and age differences in occupational stress and professional burnout between primary and high-school teachers in Greece, *Journal of Managerial Psychology*, 21(7), pp.682 – 690. doi: 10.1108/02683940610690213

Arias, A. J., Gelernter, J., Chan, G., Weiss, R. D., Brady, K. T., Farrer, L., & Kranzler, H. R. (2008). Correlates of co-occurring ADHD in drug-dependent subjects: Prevalence and features of substance dependence and psychiatric disorders. *Addictive Behaviors*, 33(9), 1199-1207. doi: 10.1016/j.addbeh.2008.05.003

Asnani, V., Pandey, U. D., & Tripathi, R. K. (2003). Stress and job satisfaction among security personnel operating in counter-insurgency areas. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 29(1-2), 45-52.

Aziri, B. (2011). Job Satisfaction: A Literature Review, *Management Research And Practice*, 3(4), pp. 77-86

Bacharach, S. B., Bamberger, P., & Biron, M. (2010). Alcohol consumption and workplace absenteeism: The moderating effect of social support. *Journal of Applied Psychology*, 95(2), 334-348. doi: 10.1037/a0018018

Bacharach, S. B., Bamberger, P. A., & Doveh, E. (2008). Firefighters, critical incidents, and drinking to cope: The adequacy of unit-level performance resources as a source of vulnerability and protection. *Journal of Applied Psychology*, 93(1), 155-169. doi: 10.1037/0021-9010.93.1.155

Baillargeon, P., Abord de Chatillon, E., Baumann, N., Bressan, D., Carpentier, S., Davezies, P., Garnier-Daujard, E., Jainin, R., Légeron, P., Llory, M., Martin, D., Mancel, C., & Vallée, M. (2006). *Le stress professionnel*. Collection les Cahiers de Préventique, n°6.

Balakrishnamurthy, C., & Shankar, S. (2009). Impact of age and level of experience on occupational stress experienced by non-gazetted officers of the central reserve police force, *Industrial Psychiatry Journal*, 18(2): 81–83. doi: 10.4103/0972-6748.62264

Balmforth, K., & Gardner, D. (2006). Conflict and Facilitation between Work and Family: Realizing the Outcomes for Organizations. *New Zealand Journal of Psychology*, 35(2), 69-76.

Banerjee, P. (2012). Relationship between perceived psychological stress and depression: Testing moderating effect of dispositional optimism. *Journal of Workplace Behavioral Health*, 27(1), 32-46. doi: 10.1080/15555240.2012.640582

Bawa, N., & Kaur, R. (2011). Occupational stress and burnout among police officers. *Indian Journal of Community Psychology*, 7(2), 362-372.

Beaton, R., & Murphy, S. (1993). Sources of occupational stress among firefighter/EMTs and firefighter/paramedics and correlations with job – related outcomes. *Prehospital Disaster Medicine* Volume 8, Issue 2, pp. 140 – 150.

Beaton R., Murphy S., Pike K. C., & Corneil W. (1997). Social support and network conflict in firefighters and paramedics. *West Journal of Nurse Research* Volume 19, Issue 3, pp. 297 – 313.

Beaudreau, S. A., Spira, A. P., Stewart, A., Kezirian, E. J., Lui, L.-Y., Ensrud, K., & Stone, K. L. (2012). Validation of the Pittsburgh Sleep Quality Index and the Epworth Sleepiness Scale in older Black and White women. *Sleep Medicine*, 13(1), 36-42. doi: 10.1016/j.sleep.2011.04.005

Becker, J. A. H., Halbesleben, J. R. B., & Dan O’Hair (2005). Defensive communication and burnout in the workplace : The mediating role of Leader-member-exchange. *Communication Research Reports*, 22(2), pp. 143-150.

Ben Abdelaziz, A., Amira, Z., Gaha, K., Thabet, H., Soltance, I., Ghedira, A., & Gaha, R. (2007). Attitudes des enseignants à l’égard du tabagisme, *Eastern Mediterranean Health Journal*, 13(4) : 907-915.

Bennett, P., Lowe, R., Matthews, V., Dourali, M., & Tattersall, A. (2001). Stress in nurses: Coping, managerial support and work demand. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 17(1), 55-63. doi: 10.1002/1532-2998(200101)17:1<55::aid-smi879>3.0.co;2-2

- Bertin, F. (2004). *Sapeurs-Pompiers. Techniciens du risqué et de l'urgence*. Editions Ouest-France, Edilarge S. A.
- Biron, M., Bamberger, P. A., & Noyman, T. (2011). Work-related risk factors and employee substance use: Insights from a sample of Israeli blue-collar workers. *Journal of Occupational Health Psychology*, 16(2), 247-263. doi: 10.1037/a0022708
- Biron, C., Brun, J.-P. & Ivers, H. (2008). Extent and sources of occupational stress in university staff. *Work: Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation*, 30(4), 511-522.
- Blanch, A. & Aluja, A. (2012). Social support (family and supervisor), work-family conflict, and burnout: Sex differences. *Human Relations*, 65(7), pp. 811-833. doi: 10.1177/0018726712440471
- Blanchard, P., Truchot, D., Albiges-Sauvin, L. & Dewas, S. (2010). Prevalence and causes of burnout amongst oncology residents: A comprehensive nationwide cross-sectional study. *European Journal of Cancer*, 46, 2708-2715. doi: 10.1016/j.ejca.2010.05.014
- Bleidorn, W., Kandler, C., Riemann, R., Angleitner, A., & Spinath, F. M. (2009). Patterns and sources of adult personality development: Growth curve analyses of the NEO PI-R scales in a longitudinal twin study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 97(1), 142-155. doi: 10.1037/a0015434
- Bobillier Chaumon, M. E. & Sarnin, P. (2012) *Manuel de Psychologie du travail et des organisations : Les enjeux Psychologiques du travail*. Edition De Boeck, Paris.
- Boudoukha, A. H. (2009). *Burn-out et traumatismes psychiques*. Editions Dunod, Paris.
- Bourbonnais, R., Jauvin, N., Dussault, J., & Vézina, M. (2007). Psychosocial work environment, interpersonal violence at work and mental health among correctional officers. *International Journal of Law and Psychiatry*, 30(4-5), 355-368. doi: 10.1016/j.ijlp.2007.06.008
- Brattberg, G. (2006). PTSD and ADHD: Underlying factors in many cases of burnout. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 22(5), 305-313. doi: 10.1002/smi.1112
- Brief, A. P., & Weiss, H. M. (2002). Organizational behavior: Affect in the workplace. *Annual Review of Psychology*, 53(1), 279-307. doi:10.1146/annurev.psych.53.100901.135156
- Brinkborg, H., Michanek, J., Hesser, H., & Berglund, G. (2011). Acceptance and commitment therapy for the treatment of stress among social workers: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49(6-7), 389-398. doi: 10.1016/j.brat.2011.03.009
- Brough, P. (2004). Comparing the Influence of Traumatic and Organizational Stressors on the Psychological Health of Police, Fire, and Ambulance Officers. *International Journal of Stress Management*, 11(3), 227-244. doi: 10.1037/1072-5245.11.3.227
- Brown J., Mulhern G., & Joseph S. (2002). Incident - related stressors, locus of control, coping, and psychological distress among firefighters in Northern Ireland. *Journal of Traumatic Stress Volume 15, Issue 2*, pp. 161 – 168.
- Browning, L., Ryan, C. S., Thomas, S., Greenberg, M., & Rolniak, S. (2007). Nursing specialty and burnout. *Psychology, Health & Medicine*, 12(2), 248-254. doi: 10.1080/13548500600568290
- Browning, L., Ryan, C. S., Greenberg, M. S., & Rolniak, S. (2006). Effects of Cognitive Adaptation on the Expectation-Burnout Relationship Among Nurses. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(2), 139-150. doi: 10.1007/s10865-005-9028-1

Bruck, C. S. & Allen, T. D. (2003). The relationship between big five personality traits, negative affectivity, type A behavior, and work–family conflict. *Journal of Vocational Behavior* 63, 457–472

Brun, J. P. (2008). *Les 7 pièces manquantes du management*. Editions Transcontinentales : Québec.

Brun, E., & Milczarek, M. (2007). *Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health*. European Agency for Safety and Health at Work, p.126. En ligne <http://osha.europa.eu/en/publications/reports/7807118>.

Brunero, S., Cowan, D., & Fairbrother, G. (2008). Reducing emotional distress in nurses using cognitive behavioral therapy: A preliminary program evaluation. *Japan Journal of Nursing Science*, 5(2), 109-115. doi: 10.1111/j.1742-7924.2008.00102.x

Buchanan, M. & Keats, P. (2011). Coping with traumatic stress in journalism: A critical ethnographic study. *International Journal of Psychology*, 46(2), 127-135. doi: 10.1080/00207594.2010.532799

Burke, R. J., & Greenglass, E. R. (1995). A longitudinal examination of the Cherniss model of psychological burnout. *Social Science & Medicine*, 40(10), 1357-1363. doi: 10.1016/0277-9536(94)00267-w

Buscatto, M., Lorient, M. & Weller, J. M. (2008). *Au-delà du stress au travail. Une sociologie des agents publics au contact des usagers*. Editions Erès, Toulouse.

Bush B., Shaw S., Clearly P., & coll. (1987). Screening for alcohol abuse using CAGE (ACME) questionnaire. *American Journal of Medicine*;82:231-5.

Buyse, D.J., Reynolds,C.F., Monk,T.H., Berman,S.R., & Kupfer,D.J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI): A new instrument for psychiatric research and practice.*Psychiatry Research*, 28(2), 193-213.

Byrne, D. & Espnes, G. A. (2010). Type A Behaviour and Cardiovascular Disease: A Promise Unfulfilled? Proceedings from the 2010 Conference of Heart and Mind, Prato 1-4 September.

Caci, H. (2011). TDAH Données épidémiologiques. *Journées annuelles de l'Association Française de Psychiatrie Biologique et Neuropsychopharmacologie*, 1 et 2 avril 2011, Paris.

Caisse Nationale militaire de sécurité sociale (2012). *Prévalence du tabagisme et le désir de sevrage*. <http://www.cnsmss.fr/professionnel-de-sante/etudes-en-sante/prevalence-du-tabagisme-et-le-desir-de-sevrage-271.html>

Caron, J. (1996). L'Échelle de provisions sociales : une validation québécoise. *Santé mentale au Québec*, 21(2), pp. 158-180.

Chamberlin, M. J. A., & Green, H. J. (2010). Stress and coping strategies among firefighters and recruits. *Journal of Loss and Trauma*, 15(6), 548-560. doi: 10.1080/15325024.2010.519275

Chapelle, F. & Monié B. (2008). *Bon stress, mauvais stress : mode d'emploi*. Editions Odile Jacob : Paris.

Chen, M.-J. & Cunradi, C. (2008). Job stress, burnout and substance use among urban transit operators: The potential mediating role of coping behaviour. *Work & Stress*, 22(4), 327-340. doi: 10.1080/02678370802573992

Chen, W.-Q., Wong, T.-W. & Yu, T.-S. (2009). Influence of occupational stress on mental health among Chinese off-shore oil workers. *Scandinavian Journal of Public Health*, 37(7), 766-773. doi: 10.1177/1403494809341097

Chen, W.-Q., Wong, T.-W., Yu, T.-S., Lin, Y.-Z., & Cooper, C. L. (2003). Determinants of perceived occupational stress among Chinese offshore oil workers. *Work & Stress*, 17(4), 287-305. doi: 10.1080/02678370310001647302

Cherniss, C. (1980). *Staff Burnout: Job stress in the human services*. Sage Publications, Beverly Hills.

Cheung, F., Tang, C. S.-k., & Tang, S. (2011). Psychological capital as a moderator between emotional labor, burnout, and job satisfaction among school teachers in China. *International Journal of Stress Management*, 18(4), 348-371. doi: 10.1037/a0025787

Chris, D. (2011). A Don Quizote fighting windmills: A study of teachers' imagined stress in the teaching profession. *Journal of African Studies and Development Vol. 3*(9), pp. 171-175.

Cicala, R. S. (2003). Substance abuse among physicians : what you need to know, *Hospital Physicians*, pp. 39-46. En ligne http://seminmedpract.com/pdf/hp_jul03_know.pdf

Cicognani, E., Pietrantonio, L., Palestini, L., & Prati, G. (2009). Emergency workers' quality of life: the protective role of Sense of Community, Efficacy beliefs and coping strategies, *Social indicators research*, 94, pp. 449 – 463. doi: 10.1007/s11205-009-9441-x

Cigrang, J. A., Todd, S. L., & Carbone, E. G. (2000). Stress management training for military trainees returned to duty after a mental health evaluation: Effect on graduation rates. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5(1), 48-55. doi: 10.1037/1076-8998.5.1.48

Clot, Y. (2010). *Le travail à cœur : pour en finir avec les risques psychosociaux*. Editions la découverte.

Cohen, M., & Gagin, R. (2005). Can Skill-Development Training Alleviate Burnout in Hospital Social Workers? *Social Work in Health Care*, 40(4), 83-97. doi: 10.1300/J010v40n04_05

Collins, P. A., Gibbs, A. C. (2003). Stress in police officers: a study of the origins, prevalence and severity of stress-related symptoms within a county police force, *Occupational Medicine*, 53(4):256-64. doi:10.1093/occmed/kqg061

Colombat, P., Altmeyer, A., Rodrigues, M., Barruel, F., Blanchard, P., Fouquereau, E., & Pronost, A. M. (2011). Management et souffrance des soignants en oncohématologie. *Psycho-Oncologie*, 5(2), 83-91. doi: 10.1007/s11839-011-0319-1

Cooper, C. L. (2001). *Theories of organizational stress*. Oxford University Press.

Corneil, W., Beaton, R., Murphy, S., Johnson, C. & Pike, K. (1999). Exposure to Traumatic incidents and prevalence of Posttraumatic stress symptomatology in Urban firefighters in two countries. *Journal of Occupational health Psychology* Volume 4, Issue 2, pp.131 – 141.

Correa, A. P. & Ferreira, M. C. (2011). The impact of environmental stressors and types of work contract on occupational stress. *The Spanish Journal of Psychology*, 14(1), 251-262. doi: 10.5209/rev_SJOP.2011.v14.n1.22

Cowlshaw, S., Evans, L., & McLennan, J. (2010). Balance between volunteer work and family roles: Testing a theoretical model of work-family conflict in the volunteer emergency services. *Australian Journal of Psychology*, 62(3), 169-178. doi: 10.1080/00049530903510765

Cox, T., Griffiths, A. & Rial-Gonzalez, E. (2006). *Recherche sur le stress au travail*. Agence européenne pour la santé et la sécurité au travail.

Cox, T., Karanika, M., Griffiths, A., & Houdmont, J. (2007). Evaluating organizational-level work stress interventions: Beyond traditional methods. *Work & Stress*, 21(4), 348-362. doi: 10.1080/02678370701760757

Cungi, C. (2003). *Savoir gérer son stress en toutes circonstances*. Editions Retz.

Davoine, L. & D. Méda (2008). Place et sens du travail en Europe : une singularité française ?, *Document de travail du Centre d'études de l'emploi*, n° 96-1, février.

De Almeida Vieira Monteiro, A. P. T., & Serra, A. V. (2011). Vulnerability to stress in migratory contexts: A study with Eastern European immigrants residing in Portugal. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 13(4), 690-696. doi: 10.1007/s10903-011-9451-z

De Boer, J., Lok, A., Van't Verlaat, E., Duivenvoorden, H. J., Bakker, A. B., & Smit, B. J. (2011). Work-related critical incidents in hospital-based health care providers and the risk of post-traumatic stress symptoms, anxiety, and depression: A meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 73(2), 316-326. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.05.009

De Fruyt, F., De Wiele, L. V., & Van Heeringen, C. (2000). Cloninger's psychobiological model of temperament and character and the Five-Factor Model of personality. *Personality and Individual Differences*, 29(3), 441-452. doi: 10.1016/s0191-8869(99)00204-4

De Jonge, J., Van der Linden, S., Schaufeli, W., Peter, R., & Siegrist, J. (2008). Factorial invariance and stability of the effort-reward imbalance scales: A longitudinal analysis of two samples with different time lags. *International Journal of Behavioral Medicine*, 15(1), 62-72. doi: 10.1007/bf03003075

De Jonge, J., Van Vegchel, N., Shimazu, A., Schaufeli, W., & Dormann, C. (2010). A longitudinal test of the demand-control model using specific job demands and specific job control. *International Journal of Behavioral Medicine*, 17(2), 125-133. doi: 10.1007/s12529-010-9081-1

Dejours, C. (2008) *Travail, usure mentale*. Bayard Editions, Paris.

De Hansen, C., Rasmussen, K., Kyed, M., Nielsen, K. J. & Andersen, J. H. (2012). Physical and psychosocial work environment factors and their association with health outcomes in Danish ambulance personnel-a cross-sectional study, *BMC Public Health*, 12:534. doi:10.1186/1471-2458-12-534

Del Ben K. S., Scotti J. R., Chen Y.C., Fortson B. L. (2006). Prevalence of posttraumatic stress disorder symptoms in firefighters. *Work and Stress* Volume 20, Issue 1, pp. 37 – 48.

Delbrouck, M. (2011). *Comment traiter le burn-out: principes de prise en charge du syndrome d'épuisement professionnel*. Editions De Boeck, Bruxelles.

DeLongis, A., & Holtzman, S. (2005). Coping in context: The role of stress, social support, and personality in coping. *Journal of Personality*, 73(6), 1633-1656. doi: 10.1111/j.1467-6494.2005.00361.x

Delp, L., Wallace, S. P., Geiger-Brown, J., & Muntaner, C. (2010). Job stress and job satisfaction: Home care workers in a consumer-directed model of care. *Health Services Research*, 45(4), 922-940. doi: 10.1111/j.1475-6773.2010.01112.x

Devilly G. J., Gist R. & Cotton P. (2006). Ready ! Fire ! Aim ! The status of Psychological debriefing and therapeutic interventions : in the work place and after disasters. *Review of General Psychology* Volume 10, Issue 4, pp. 318 – 345.

Dewe, P. J., O'Driscoll, M. P., & Cooper, C. L. (2010). *Coping With Work Stress: A Review and Critique*. Wiley-Blackwell Editions.

De Witte, H., Verhofstadt, E., & Omey, E. (2007). Testing Karasek's learning and strain hypotheses on young workers in their first job. *Work & Stress*, 21(2), 131-141. doi: 10.1080/02678370701405866

Dijkstra, M. T. M., Beersma, B., & Cornelissen, R. A. W. M. (2012). The emergence of the Activity Reduces Conflict Associated Strain (ARCAS) model: A test of a conditional mediation model of workplace conflict and employee strain. *Journal of Occupational Health Psychology*, 17(3), 365-375. doi: 10.1037/a0028550

Dijkstra, M. T. M., De Dreu, C. K. W., Evers, A., & van Dierendonck, D. (2009). Passive responses to interpersonal conflict at work amplify employee strain. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 18(4), 405-423. doi: 10.1080/13594320802510880

Dion, G., & Tessier, R. (1994). Validation de la traduction de l'inventaire d'épuisement professionnel de Maslach et Jackson. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 26(22), pp. 210-227

Douesnard, J. (2010). La Santé psychologique des pompiers : portrait de situation et éclairage de la psychodynamique du travail. (Thèse de doctorat, Université Laval, Québec).

Douesnard, J. & Sainte-Arnaud, L. (2011). Le travail des pompiers : un métier au service de l'autre. *Travailler*, 2(26), pp. 35-53. doi :10.3917/trav.026.0035

Duchateau, F. X., Bajolet-Laplane, M. F., Chollet, C., Ricard-Hibon, A. & Marty, J. (2002). Exposition à la violence en SMUR. *Annales françaises d'anesthésie et de réanimation*, 21(10) : pp.775-778.

Eatough, E. M., Way, J. D., & Chang, C.-H. (2012). Understanding the link between psychosocial work stressors and work-related musculoskeletal complaints. *Applied Ergonomics*, 43(3), 554-563. doi: 10.1016/j.apergo.2011.08.009

Ehring, T., Razik, S., & Emmelkamp, P. M. G. (2011). Prevalence and predictors of posttraumatic stress disorder, anxiety, depression, and burnout in Pakistani earthquake recovery workers. *Psychiatry Research*, 185(1-2), 161-166. doi: 10.1016/j.psychres.2009.10.018

Ellawela, Y. G., & Fonseka, P. (2011). Psychological distress, associated factors and coping strategies among female student nurses in the Nurses' Training School Galle, *Journal of the College of Community Physicians of Sri Lanka*, 16(1), 23-29.

Endler, S. & Norman (1998). Inventaire de coping pour situations stressantes. Paris, ECPA.

Escribà-Agüir, V., & Pérez-Hoyos, S. (2007). Psychological well-being and psychosocial work environment characteristics among emergency medical and nursing staff. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 23(3), 153-160. doi: 10.1002/smi.1131

Estryn-Béhar, M. (2008). *Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe*. Presses De L'école Des Hautes Études En Santé Publique.

EU-OSHA (2007). *Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational health and safety (OSH)*, FACTS 74, European Agency for Safety and Health and Work.

Fanget, F. (2008). *Affirmez-vous ! Pour mieux vivre avec les autres*. Editions Odile Jacob : Paris.

Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail (2012). *Cinquième enquête sur les conditions de travail - Dans quelle mesure êtes-vous satisfait des conditions de travail de votre principal travail rémunéré?* En ligne <http://www.eurofound.europa.eu/publications/htmlfiles/ef1182.htm>

Franke, W. D., Kohut, M. L., Russell, D. W., Yoo, H. L., Ekkekakis, P., & Ramey, S. P. (2010). Is job-related stress the link between cardiovascular disease and the law enforcement profession? *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 52(5), 561-565. doi: 10.1097/JOM.0b013e3181dd086b

Frone, M. R. (2008). Are work stressors related to employee substance use? The importance of temporal context assessments of alcohol and illicit drug use. *Journal of Applied Psychology*, 93(1), 199-206. doi: 10.1037/0021-9010.93.1.199

Frone, M. R. (2003). Work-family balance. In J. C. Quick & L. E. Tetrick (Eds.), *Handbook of occupational health psychology*. (pp. 143-162). Washington, DC US: American Psychological Association.

Fritz, C., & Sonnentag, S. (2005). Recovery, Health, and Job Performance: Effects of Weekend Experiences. *Journal of Occupational Health Psychology*, 10(3), 187-199. doi: 10.1037/1076-8998.10.3.187

Fujimaru, C., Okamura, H., Kawasaki, M., Kakuma, T., Yoshii, C., & Matsuishi, T. (2012). Self-perceived work-related stress and its relation to salivary IgA, cortisol and 3-methoxy-4-hydroxyphenyl glycol levels among neonatal intensive care nurses. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 28(2), 171-174. doi: 10.1002/smi.1414.

Galanakis, M., Stalikas, A., Kallia, H., Karagianni, C. & Karela, C. (2009). Gender differences in experiencing occupational stress: the role of age, education and marital status, *Stress and Health*, 25(5), pp. 397–404. doi: 10.1002/smi.1248.

Gao, Y. Q., Pan, B. C., Sun, W., Wu, H., Wang, J. N. & Wang, L. (2012). Depressive symptoms among Chinese nurses: prevalence and the associated factors. *Journal of Advanced Nursing*, Volume 68, issue 5 : p. 1166-1175. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2011.05832.x

Gardner, B., Rose, J., Mason, O., Tyler, P., & Cushway, D. (2005). Cognitive therapy and behavioural coping in the management of work-related stress: An intervention study. *Work & Stress*, 19(2), 137-152. doi: 10.1080/02678370500157346

Garrosa, E., Moreno-Jiménez, B., Rodríguez-Muñoz, A., & Rodríguez-Carvajal, R. (2011). Role stress and personal resources in nursing: A cross-sectional study of burnout and engagement. *International Journal of Nursing Studies*, 48(4), 479-489. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2010.08.004

Garrosa, E., Rainho, C., Moreno-Jiménez, B., & Monteiro, M. J. (2010). The relationship between job stressors, hardy personality, coping resources and burnout in a sample of nurses: A correlational study at two time points. *International Journal of Nursing Studies*, 47(2), 205-215. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2009.05.014

Gheorghiev, C., Arvers, P., de Montleau, F., Fidelle, G., Queyriaux, B. & Verret, C. (2009). Le cannabis dans les armées: Entre passé et actualité. *Annales Médico-Psychologiques*, 167(6), 429-436. doi: 10.1016/j.amp.2007.11.020

Gheytanchi A., Joseph L., Gierlach E., Kimpara S., Housley J., Franco Z. E., Beutler L. E. (2007). The dirty dozen. Twelve failures of the Hurricane Katrina response and how psychology can help. *American Psychologist* pp. 118 – 130.

Ghorpade, J., Lackritz, J., & Singh, G. (2011). Personality as a moderator of the relationship between role conflict, role ambiguity, and burnout. *Journal of Applied Social Psychology*, 41(6), 1275-1298. doi: 10.1111/j.1559-1816.2011.00763.x

- Giga, S. I., Cooper, C. L., & Faragher, B. (2003). The development of a framework for a comprehensive approach to stress management interventions at work. *International Journal of Stress Management*, 10(4), 280-296. doi: 10.1037/1072-5245.10.4.280
- Giorgio, M. T. (2009). Stress au travail : données européennes. <http://www.atousante.com/risques-professionnels/sante-mentale/stress-professionnel/stress-travail-donnees-europeennes/>
- Girardi, D., Falco, A., Corso, L. D., & Kravina, L. (2011). Interpersonal conflict and perceived work stress: The role of negative affectivity. *TPM-Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology*, 18(4), 257-273.
- Goh, Y.W., Sawang, S., & Oei, T.P.S. (2010). The Revised Transactional Model (RTM) of Occupational Stress and Coping: An improved process approach. *The Australian and New Zealand Journal of Organisational Psychology*, 3, 13–20. doi: 10.1375/ajop.3.1.13
- Golembiewski, R. T. & Muzenrider, R. (1988). *Phases of burnout. Developments in concepts and applications*. Praeger Editions, New York.
- Gollac, M. & Bodier, M. (2011). *Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser*, Collège d'Expertise sur le Suivi des Risques Psychosociaux au Travail, Ministry of Work, Employment and Health, Paris.
- Golubic, R., Milosevic, M., Knezevic, B., & Mustajbegovic, J. (2009). Work-related stress, education and work ability among hospital nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 65(10), 2056-2066. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05057.x
- González, M. J. & Prieto, J. M. (2005). Spanish adaptation of the Job Stress Survey: All dressed up and ready to go to work. In C. D. Spielberger & I. Sarason (Eds.), *Stress and emotion: Anxiety, anger, and curiosity* (Vol. 17, pp. 233–252). Washington, DC: Taylor and Francis.
- Grebot, E. (2010). Coping, styles défensifs et dépersonnalisation de la relation soignante d'urgence. *Annales Médico-Psychologiques*, 168(9), 686-691. doi: 10.1016/j.amp.2010.03.018
- Greenhaus, J., & Powell, G. (2012). The Family-Relatedness of Work Decisions: A Framework and Agenda for Theory and Research. *Journal of vocational behavior*, 80 :246-255.
- Griffith, J. M., Hasley, J. P., Liu, H., Severn, D. G., Conner, L. H., & Adler, L. E. (2008). Qigong stress reduction in hospital staff. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 14(8), 939-945. doi: 10.1089/acm.2007.0814
- Guez, F. & Delhommeau, A. C. (2009). *Agir sur le stress au travail*. Editions Nathan.
- Gustafsson, H. & Skoog, T. (2012). The mediational role of perceived stress in the relation between optimism and burnout in competitive athletes. *Anxiety, Stress & Coping: An International Journal*, 25(2), 183-199. doi: 10.1080/10615806.2011.594045
- Gustavsson, J. P., Hallsten, L., & Rudman, A. (2010). Early career burnout among nurses: Modelling a hypothesized process using an item response approach. *International Journal of Nursing Studies*, 47(7), 864-875. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2009.12.007
- Hadi, A. A., Naing, N. N., Daud, A., & Nordin, R. (2008). Work related depression among secondary school teachers in Kota Bharu, Kelantan, Malaysia. *International Medical Journal*, 15(2), 145-152.
- Hagh-Shenas, H., Goodarzi, M. A., Dehbozorgi, G., & Farashbandi, H. (2005). Psychological Consequences of the Bam Earthquake on Professional and Nonprofessional Helpers. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 477-483. doi: 10.1002/jts.20055

- Halbesleben, J. R. B. (2008). *Handbook of stress and burnout in health care*. Edition Nova Science Publishers Inc.
- Halbesleben, J. R. B., & Buckley, M. R. (2004). Burnout in organizational life. *Journal of Management*, 30(6), 859-879. doi: 10.1016/j.jm.2004.06.004
- Halpern, J., Maunder, R. G., Schwartz, B., & Gurewich, M. (2011). Identifying risk of emotional sequelae after critical incidents. *Emergency Medical Journal*, 28:51-56. doi:10.1136/emj.2009.082982
- Hamaideh, S. H. (2011). Occupational stress, social support, and quality of life among Jordanian mental health nurses. *Issues in Mental Health Nursing*, 33(1), 15-23. doi: 10.3109/01612840.2011.605211
- Hamidi, Y., & Eivazi, Z. (2010). The relationships among employees' job stress, job satisfaction, and the organizational performance of Hamadan urban health centers. *Social Behavior and Personality*, 38(7), 963-968. doi: 10.2224/sbp.2010.38.7.963
- Hammond, J., & Brooks, J. (2001). The World Trade Center ATTACK helping the helpers : the role of critical incident stress management. *Critical Care* Volume 5, Issue 6, pp. 315 – 317.
- Hansen, N., Sverke, M., & Näswall, K. (2009). Predicting nurse burnout from demands and resources in three acute care hospitals under different forms of ownership: A cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 46(1), 95-106. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2008.08.002
- Hanrahan, N. P., Aiken, L. H., McClaine, L., & Hanlon, A. L. (2010). Relationship between psychiatric nurse work environments and nurse burnout in acute care general hospitals. *Issues in Mental Health Nursing*, 31(3), 198-207. doi: 10.3109/01612840903200068
- Hargrove, M. B., Quick, J. C., Nelson, D. L., & Quick, J. D. (2011). The theory of preventive stress management: A 33-year review and evaluation. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 27(3), 182-193. doi: 10.1002/smi.1417
- Harrington, R., & Loffredo, D. A. (2001). The relationship between life satisfaction, self-consciousness, and the Myers-Briggs Type Inventory dimensions. *Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 135(4), 439-450. doi: 10.1080/00223980109603710
- Harris, M. B., Baloglu, M., & Stacks, J. R. (2002). Mental health of trauma – exposed firefighters and critical incident stress debriefing. *Journal of Loss and Trauma*, 7, pp. 223 – 238.
- Harrison, G. A. (1985). Stress, catecholamines, and sleep. *Aviation, Space, and Environmental Medicine*, 56(7), 651-653.
- Harrison, O., & Cooper, C. L. (2011). Stress and non-communicable disease: A multi-pronged approach to building healthier coping skills. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 27(2), 89-91. doi: 10.1002/smi.1400
- Hart, P. M., Wearing, A. J., & Conn, M. (1995). Conventional wisdom is a poor predictor of the relationship between discipline policy, student misbehaviour and teacher stress. *British Journal of Educational Psychology*, 65(1), 27-48. doi: 10.1111/j.2044-8279.1995.tb01129.x
- Håseth, K. (2005). Norwegian adaptation of the Job Stress Survey. In C. D. Spielberger & I. Sarason (Eds.), *Stress and emotion: Anxiety, anger, and curiosity* (Vol. 17, pp. 293–311). Taylor and Francis Editions : Washington, DC:.
- Haut conseil de la Santé publique (2012). *La santé en France et en Europe : convergences et contrastes*. Collection Avis et rapports.

- Hazif-Thomas, C., & Thomas, P. (2011). Burnout et soignants: Un risque inépuisable ? *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 11(65), 181-187. doi: 10.1016/j.npg.2011.02.005
- Heatherton, T. F., Kozlowski, L. T., & Frecker, R. C. (1991). The Fagerstrom test for nicotine dependence: a revision of the Fagerstrom tolerance questionnaire. *British Journal of Addiction*, 86(9), 1119-1127.
- Heikkila, K., Nyberg1, S. T., Fransson, E. I., Alfredsson, L., De Bacquer, D., Bjorner, J. B., Bonenfant, S., Borritz, M., Burr, H., Clays, E. et coll. (2012). Job Strain and Tobacco Smoking: An Individual- Participant Data Meta-Analysis of 166 130 Adults in 15 European Studies, *Plos One*, 7(7): e35463
- Hendel, D. D. & Horn, A. S. (2008). The relationship between academic life conditions and perceived sources of faculty stress over time. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 17(1-2), 61-88. doi: 10.1080/10911350802165536
- Hennington, A., Janz, B., & Poston, R. (2011). I'm just burned out: Understanding information system compatibility with personal values and role-based stress in a nursing context. *Computers in Human Behavior*, 27(3), 1238-1248. doi: 10.1016/j.chb.2011.01.004
- Hilo, G. (2004). Sources of Occupational Stresses Facing Secondary School Teachers in Palestine. *Dirasat: Educational Sciences*, 31(2), 281-303.
- Ho, S. M. Y., & Lo, R. S. Y. (2011). Dispositional hope as a protective factor among medical emergency professionals: A preliminary investigation. *Traumatology*, 17(4), 3-9. doi: 10.1177/1534765611426786
- Hobfoll, S. E., Vinokur, A. D., Pierce, P. F., & Lewandowski-Romps, L. (2012). The combined stress of family life, work, and war in Air Force men and women: A test of conservation of resources theory. *International Journal of Stress Management*, 19(3), 217-237. doi: 10.1037/a0029247
- Hodapp, V., Tanzer, N. K., Korunka, C., Maier, E. R. & Pestemer, A. (2005). The German adaptation of the Job Stress Survey : A multistudy validation in different occupational settings. In C. D. Spielberger & I. Sarason (Eds.), *Stress and emotion: Anxiety, anger, and curiosity* (Vol. 17, pp. 209–231). Taylor and Francis Editions, Washington, DC.
- Hoghwald, J. (2009). Burnout among torgersen's eight personality types. *Social Behavior & Personality: An International Journal*, 37(4), 467-479.
- Hsu, H.-Y., Chen, S.-H., Yu, H.-Y., & Lou, J.-H. (2010). Job stress, achievement motivation and occupational burnout among male nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 66(7), 1592-1601. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05323.x
- Hurtado, D. A., Sabbath, E. L., Ertel, K. A., Buxton, O. M., & Berkman, L. F. (2012). Racial disparities in job strain among American and immigrant long-term care workers. *International Nursing Review*, 59(2), 237-244. doi: 10.1111/j.1466-7657.2011.00948.x
- Ifeagwazi, C. M. (2005). The influence of marital status on self-report of symptoms of psychological burnout among nurses. *Omega: Journal of Death and Dying*, 52(4), 359-373. doi: 10.2190/dnbr-8e28-jxtm-meaw
- Innstrand, S. T., Langballe, E. M., & Falkum, E. (2012). A longitudinal study of the relationship between work engagement and symptoms of anxiety and depression. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 28(1), 1-10. doi: 10.1002/smi.1395
- INRS (2012). *Statistiques AT-MP 2011 de l'assurance maladie-Les chiffres de la sinistralité*. Dossier web en ligne <http://www.inrs.fr/accueil/header/actualites/statistiques-ATMP-2011.html>

- INRS (2009). Combien coûte le stress au travail ? *Réalité Prévention*, n°23, 4 pages.
- Jaga, A. J. (2011). The relationship between work-family enrichment and work-family satisfaction outcomes. [Article]. *South African Journal of Psychology*, 41(1), 52-62.
- Jawahar, I. M., Kisamore, J. L., Stone, T. H., & Rahn, D. L. (2012). Differential effect of inter-role conflict on proactive individual's experience of burnout. *Journal of Business and Psychology*, 27(2), 243-254. doi: 10.1007/s10869-011-9234-5
- Jayawardene, W., YoussefAgha, A., LaJoie, A. S. & Torabi, M. (2011). Psychological distress among nurses caring for victims of war in Sri Lanka. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 5: 1-8.
- Jimmieson, N. L., McKimmie, B. M., Hannam, R. L. & Gallagher, J. (2010). An investigation of the stress-buffering effects of social support in the occupational stress process as a function of team identification. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 14(4), 350-367. doi: 10.1037/a0018631
- Jolly, A. (2002). Stress et Traumatisme : Approche psychologique de l'expérience d'enseignants victimes de violence. (Thèse de doctorat, Université de Reims Champagne Ardenne, France).
- Jones, E., & Fear, N. T. (2011). Alcohol use and misuse within the military: A review. *International Review of Psychiatry*, 23(2), 166-172. doi: 10.3109/09540261.2010.550868
- Kammeyer-Mueller, J. D., Simon, L. S., & Rich, B. L. (2012). The psychic cost of doing wrong: Ethical conflict, divestiture socialization, and emotional exhaustion. *Journal of Management*, 38(3), 784-808. doi: 10.1177/0149206310381133
- Kandler, C., Bleidorn, W., Riemann, R., Angleitner, A., & Spinath, F. M. (2012). Life events as environmental states and genetic traits and the role of personality: A longitudinal twin study. *Behavior Genetics*, 42(1), 57-72. doi: 10.1007/s10519-011-9491-0
- Karasek, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain : Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285 - 308.
- Karasek, R. A. & Theorell, T. (1990). *Healthy Work: Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life*. Basic Books Editions.
- Kessler, R. C., Adler, L., Ames, M., Demler, O., Faraone, S., Hiripi, E., Walters, E. E. (2005). The World Health Organization adult ADHD self-report scale (ASRS): A short screening scale for use in the general population. *Psychological Medicine*, 35(2), 245-256. doi: 10.1017/s0033291704002892
- Keyes, K. M., Hatzenbuehler, M. L., & Hasin, D. S. (2011). Stressful life experiences, alcohol consumption, and alcohol use disorders: The epidemiologic evidence for four main types of stressors. *Psychopharmacology*, 218(1), 1-17. doi: 10.1007/s00213-011-2236-1
- Khodarahimi, S., Hashim, I. H. M., & Mohd-Zaharim, N. (2012). Workplace relationships, stress, depression and anxiety in a Malaysian sample. *International Journal of Psychology and Behavioral Sciences*, 2(2), 1-9.
- Kim, M. Y., Lee, J. Y., & Kim, J. (2009). Relationships among burnout, social support, and negative mood regulation expectancies of elementary school teachers in Korea. *Asia Pacific Education Review*, 10(4), 475-482. doi: 10.1007/s12564-009-9045-9
- Kinman, G., Wray, S., & Strange, C. (2011). Emotional labour, burnout and job satisfaction in UK teachers: The role of workplace social support. *Educational Psychology*, 31(7), 843-856. doi: 10.1080/01443410.2011.608650

Kinnunen, U., Feldt, T., Mauno, S., & Rantanen, J. (2010). Interface between work and family: A longitudinal individual and crossover perspective. *Journal of Occupational & Organizational Psychology*, 83(1), 119-137.

Kinnunen, U., Feldt, T., Geurts, S., & Pulkkinen, L. (2006). Types of work-family interface: Well-being correlates of negative and positive spillover between work and family. [Article]. *Scandinavian Journal of Psychology*, 47(2), 149-162. doi: 10.1111/j.1467-9450.2006.00502.x

Klassen, R. M., & Chiu, M. M. (2010). Effects on teachers' self-efficacy and job satisfaction: Teacher gender, years of experience, and job stress. *Journal of Educational Psychology*, 102(3), 741-756. doi: 10.1037/a0019237

Klassen, R. M., Usher, E. L., & Bong, M. (2010). Teachers' collective efficacy, job satisfaction, and job stress in cross-cultural context. *Journal of Experimental Education*, 78(4), 464-486. doi: 10.1080/00220970903292975

Kovess-Masféty, V., Sevilla-Dedieu, C., Rios-Seidel, C., Nerrière, E. & Chan Chee, C. (2006). Do teachers have more health problems? Results from a French cross-sectional survey. *BMC Public Health*, 6:101. doi:10.1186/1471-2458-6-101

LaFauci Schutt, J. M., & Marotta, S. A. (2011). Personal and environmental predictors of posttraumatic stress in emergency management professionals. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 3(1), 8-15. doi: 10.1037/a0020588

Landen, S. M., & Wang, C.-C. D. C. (2010). Adult attachment, work cohesion, coping, and psychological well-being of firefighters. *Counselling Psychology Quarterly*, 23(2), 143-162. doi: 10.1080/09515071003776028

Langballe, E. M., Innstrand, S. T., Aasland, O. G., & Falkum, E. (2011). The predictive value of individual factors, work-related factors, and work-home interaction on burnout in female and male physicians: A longitudinal study. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 27(1), 73-85. doi: 10.1002/smi.1321

Langelaan, S., Bakker, A. B., van Doornen, L. J. P., & Schaufeli, W. B. (2006). Burnout and work engagement: Do individual differences make a difference? *Personality and Individual Differences*, 40(3), 521-532. doi: 10.1016/j.paid.2005.07.009

Lane, M. E., Hourani, L.L., Bray, R. M. & Williams, J. (2012). Prevalence of perceived stress and mental health indicators among reserve-component and active-duty military personnel. *American journal of public health*. 102(6):1213-20

Laugaa, D., Rascle, N., & Bruchon-Schweitzer, M. (2008). Stress and burnout among French elementary school teachers: A transactional approach. *European Review of Applied Psychology/Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 58(4), 241-251. doi: 10.1016/j.erap.2008.09.007

Laurencon, B. (2009). De la fatalité à la prévention. Hygiène, sécurité et santé au travail. Plus d'un siècle d'évolution. *Cahier n°06*. O8.5220/06

Laurent, A. et Chahroui, K. (2010). L'impact du stress professionnel sur les intervenants SMUR, *Pratiques psychologiques*. Doi : 10.1016/j.prps.2010.11.003

Laurent, A., Chahroui, K., & Carli, P. (2007). Les répercussions psychologiques des interventions médicales urgentes sur le personnel SAMU. Étude portant sur 50 intervenants SAMU, *Annales médico-psychologiques*, 165(8), pp. 570-578. Doi : 10.1016/j.amp.2005.06.011

Lavillunières, N. (2007). Le stress professionnel à la BSPP. *Allô 18*.

Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.

- Lebigot, F. & Daligand, L. (2005). *Traiter les traumatismes psychiques - Clinique et prise en charge: Clinique et prise en charge*. Editions Dunod, Paris.
- Légeron, P. (2001). *Le stress au travail*. Editions Odile Jacob.
- Légeron, P. et Cristofini, R. (2006). *Enquête sur le stress professionnel*. Rapport complet. Stimulus-Capital Santé. En ligne <http://www.sante.public.lu/publications/impacts-milieu-vie/sante-travail/enquete-stress-professionnel/enquete-stress-professionnel.pdf>
- Leka, S., Hassard, J., & Yanagida, A. (2012). Investigating the impact of psychosocial risks and occupational stress on psychiatric hospital nurses' mental well-being in Japan. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(2), 123-131. doi: 10.1111/j.1365-2850.2011.01764.x
- Lemyre, L., Tessier, R. & Fillion, L. (1990). Mesure du stress psychologique (MSP) : Manuel d'utilisation. Paris : Editions Eska.
- Lépine, J.P., Godchau, M., Brun, P., & Lempérière, T. (1985). Evaluation de l'anxiété et de la dépression chez des patients hospitalisés dans un service de médecine interne. *Annales médico-psychologiques*, 143(2), pp.175-189.
- Lépine, J.P., Godchau, M., & Brun, P. (1985). Anxiety and depression in inpatients. *Lancet*, 2, pp. 1425-1426.
- Leroy, N., Bressoux, P., Sarrazin, P., & Trouilloud, D. (2007). Impact of teachers' implicit theories and perceived pressures on the establishment of an autonomy supportive climate. *European Journal of Psychology of Education*, 22(4), 529-545. doi: 10.1007/bf03173470
- Levy, H. C., Conoscenti, L. M., Tillery, J. F., Dickstein, B. D., & Litz, B. T. (2011). Deployment stressors and outcomes among Air Force chaplains. *Journal of Traumatic Stress*, 24(3), 342-346. doi: 10.1002/jts.20646
- Limbert, C. (2004). Psychological Well-Being and Job Satisfaction Amongst Military Personnel on Unaccompanied Tours: The Impact of Perceived Social Support and Coping Strategies. *Military Psychology*, 16(1), 37-51. doi: 10.1207/s15327876mp1601_3
- Lin, H.-S., Probst, J. C., & Hsu, Y.-C. (2010). Depression among female psychiatric nurses in southern Taiwan: Main and moderating effects of job stress, coping behaviour and social support. *Journal of Clinical Nursing*, 19(15-16), 2342-2354. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03216.x
- Lison, C. et De Ketele, J. M. (2007). De la satisfaction au moral professionnel des enseignants : étude de quelques déterminants, *Revue des sciences de l'éducation*, 33(1), p. 179-207. doi: 10.7202/016194ar
- Liu, C., Zhang, L., Ye, W., Zhu, J., Cao, J., Lu, X., & Li, F. (2012). Job satisfaction and intention to leave: A questionnaire survey of hospital nurses in Shanghai of China. *Journal of Clinical Nursing*, 21(1-2), 255-263. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03766.x
- Lloyd, C., McKenna, K. & King, R. (2005). Sources of stress experienced by occupational therapists and social workers in mental health settings. *Occupational Therapy International*, 12(2), 81-94. doi: 10.1002/oti.17
- Lopez, C., Antoni, M., Penedo, F., Weiss, D., Cruess, S., Segotas, M.-C., & Fletcher, M. A. (2011). A pilot study of cognitive behavioral stress management effects on stress, quality of life, and symptoms in persons with chronic fatigue syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*, 70(4), 328-334. doi: 10.1016/j.jpsychores.2010.11.010

Lourel, M., Abdellaoui, S., Chevaleyre, S., Paltrier, M., & Gana, K. (2008). Relationships between psychological job demands, job control and burnout among firefighters. *North American Journal of Psychology*, 10(3), 489-495.

Lourel, M., Gana, K., & Wawrzyniak, S. (2005). L'interface 'vie privée-vie au travail': Adaptation et validation française de l'échelle SWING (survey work-home interaction-Nijmegen). *Psychologie du Travail et des Organisations*, 11(4), 227-239. doi: 10.1016/j.pto.2005.10.003

Lovullo, W. R. (2005). *Stress and health: biological and psychological interactions*. Sage publication, Inc.

Lowe, R., & Bennett, P. (2003). Exploring coping reactions to work-stress: Application of an appraisal theory. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 76(3), 393-400. doi: 10.1348/096317903769647247

Luft, B. J., Schechter, C., Kotov, R., Broihier, J., Reissman, D., Guerrera, K. & Bromet, E. J. (2012). Exposure, probable PTSD and lower respiratory illness among World Trade Center rescue, recovery and clean-up workers. *Psychological Medicine*, 42(5), 1069-1079. doi: 10.1017/s003329171100256x

Luthans, F. (2002). The need for and meaning of positive organizational behavior. *Journal of Organizational Behavior*, 23, 695–706. doi:10.1002/job.165

Mackintosh, C. (2006). Caring: the socialisation of pre-registration studentnurses: a longitudinal qualitative descriptive study. *International Journal of Nursing Studies* 43, 953–962.

Maddi, S. R. (2007). Relevance of hardiness assessment and training to the military context. *Military Psychology*, 19(1), 61-70. doi: 10.1080/08995600701323301

Maddi, S. R., Kahn, S., & Maddi, K. L. (1998). The effectiveness of hardiness training. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 50(2), 78-86. doi: 10.1037/1061-4087.50.2.78

Magnavita, N., & Heponiemi, T. (2011). Workplace violence against nursing students and nurses: An Italian experience. *Journal of Nursing Scholarship*, 43(2), 203-210. doi: 10.1111/j.1547-5069.2011.01392.x

Malik, A. K., Chaudhry, A., Karamat, A., Arif, N., Arshad Cheema, M., & Rauf, A. (2010). Cigarette smoking and health care professionals at Mayo Hospital, Lahore, Pakistan, *Journal of Pakistan Medical Association*, 60(6): 509-512.

Marchand, O. (2010). La conciliation travail-famille, dimension fondamentale de la qualité de l'emploi. *Revue Interventions économiques*, 41, pp. 1-6.

Marimoutou, C., Queyriaux, B., Michel, R., Verret, C., Haus-Cheymol, R., Mayet, A., & Boutin, J.-P. (2010). Survey of alcohol, tobacco, and cannabis use in the French army. *Journal of Addictive Diseases*, 29(1), 98-106. doi: 10.1080/10550880903436028

Mark, G., & Smith, A. P. (2012). Occupational stress, job characteristics, coping, and the mental health of nurses. *British Journal of Health Psychology*, 17(3), 505-521. doi: 10.1111/j.2044-8287.2011.02051.x

Masilamani, R., Darus, A., Ting, A. S., Ali, R., Mahmud, A. B. A., & David, K. (2012). Salivary biomarkers of stress among teachers in an urban setting. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 24(2), 278-287. doi: 10.1177/1010539510393725

Maslach, C. (2001). What have we learned about burnout and health? *Psychology & Health*, 16(5), 607-611. doi: 10.1080/08870440108405530

- Maslach, C. (2003). Job Burnout: New Directions in Research and Intervention. *Current Directions in Psychological Science*, 12(5), 189-192. doi: 10.1111/1467-8721.01258
- Maslach, C., & Jackson, S.E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99-113.
- Maslach, C. & Leiter, M. P. (2011). *Burnout: le syndrome d'épuisement professionnel*. Editions des Arènes, Paris.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2008). Early predictors of job burnout and engagement. *Journal of Applied Psychology*, 93(3), 498-512. doi: 10.1037/0021-9010.93.3.498
- Maslach, C., & Leiter, M.P. (1997). *The truth about burnout*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422. doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.397
- Matsuoka, Y., Nishi, D., Nakaya, N., Sone, T., Noguchi, H., Hamazaki, K., Hamazaki, T. & Koido, Y. (2012). Concern over radiation exposure and psychological distress among rescue workers following the Great East Japan Earthquake Concern over radiation exposure and distress, *BMC Public Health*, 12:249. doi: 10.1186/1471-2458-12-249
- Mayfield, D., McLeod, G., & Hall, P. (1974). The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument. *American journal of psychiatry*, 131(10), 1121.
- Mays, V. M., Coleman, L. M., & Jackson, J. S. (1996). Perceived race-based discrimination, employment status, and job stress in a national sample of Black women: Implications for health outcomes. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(3), 319-329. doi: 10.1037/1076-8998.1.3.319
- McCarthy, V. J. C., Power, S. & Greiner, B. A. (2010). Perceived occupational stress in nurses working in Ireland, *Occupational Medicine*, 60:604–610. doi:10.1093/occmed/kqq148
- McClenahan, C. A., Giles, M. L., & Mallett, J. (2007). The importance of context specificity in work stress research: A test of the Demand-Control-Support model in academics. *Work & Stress*, 21(1), 85-95. doi: 10.1080/02678370701264552
- McCracken, L. M., & Yang, S.-Y. (2008). A contextual cognitive-behavioral analysis of rehabilitation workers' health and well-being: Influences of acceptance, mindfulness, and values-based action. *Rehabilitation Psychology*, 53(4), 479-485. doi: 10.1037/a0012854
- McGee, E. M. (2006). The healing circle: Resiliency in nurses. *Issues in Mental Health Nursing*, 27(1), 43-57. doi: 10.1080/01612840500312837
- McTeague, L. M., McNally, R. J., & Litz, B. T. (2004). Prewar, war-zone, and postwar predictors of posttraumatic stress in female Vietnam Veteran health care providers. *Military Psychology*, 16(2), 99-114. doi: 10.1207/s15327876mp1602_2
- Mealer, M., Burnham, E. L., Goode, C. J., Rothbaum, B., & Moss, M. (2009). The prevalence and impact of post traumatic stress disorder and burnout syndrome in nurses. *Depression and Anxiety*, 26(12), 1118-1126. doi: 10.1002/da.20631
- Meichenbaum, D. (2007) Stress Inoculation Training: A Preventative And Treatment Approach. In *Principles and Practice of Stress Management (3rd Edition)*. P. M. Lehrer, R. L. Woolfolk & W. S. Sime, Guilford Press.
- Meyer, E. C., Zimering, R., Daly, E., Knight, J., Kamholz, B. W., & Gulliver, S. B. (2012). Predictors of posttraumatic stress disorder and other psychological symptoms in trauma-exposed firefighters. *Psychological Services*, 9(1), 1-15. doi: 10.1037/a0026414

Michel, G., Purper-Ouakil, D., Mouren-Siméoni, M. C. (2001). Facteurs de risques des conduites de consommation de substances psycho-actives à l'adolescence. *Annales Médico-Psychologiques*, 159(9), 622-631.

Michel G, Purper-Ouakil D. (2006). *Personnalité et développement Du normal au pathologique*. Editions Dunod, Paris.

Middleton, K., & Craig, C. D. (2012). A systematic literature review of PTSD among female veterans from 1990 to 2010. *Social Work in Mental Health*, 10(3), 233-252. doi: 10.1080/15332985.2011.639929

Miller L. (1995). Tough guys : Psychotherapeutic strategies with law enforcement and emergency services personnel. *Psychotherapy*, 32(4), pp. 592 – 600.

Miller, G. V. F. & Travers, C. J. (2005). Ethnicity and the experience of work: Job stress and satisfaction of minority ethnic teachers in the UK. *International Review of Psychiatry*, 17(5), 317-327. doi: 10.1080/09540260500238470

Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social (2005). Sécurité et santé sur les lieux de travail : quelques repères historiques. <http://travailemploi.gouv.fr/espaces,770/travail,771/dossiers,156/sante-et-securite-au-travail,301/informations-generales,1570/securite-et-sante-sur-les-lieux-de,7151.html>

Mirabel-Sarron, C. (2005). *Soigner les dépressions avec les thérapies cognitives. Démarche pratique et prévention des rechutes*. Editions Dunod, Paris.

Mitani S., Fujita M., Nakata K. & Shirakawa T. (2006). Impact of posttraumatic stress disorder and job – related stress on burnout : A study of fire service workers. *The Journal of Emergency Medicine*, 31(1), pp. 7 – 11.

Moghadam, M. M. G., & Tabatabaei, F. H. (2006). Prevalence of burnout syndrome and its relationship with gender, education level, job classification, and geographical location among teachers and employees of the education organization. *Psychological Research*, 9(1-2), 56-73.

Molinier, P. (2006). *Les enjeux psychiques du travail : Introduction à la psychodynamique du travail*. Petite Bibliothèque Payot, Paris.

Montreuil, E. (2011). *Prévenir les Risques Psychosociaux. Des outils pour agir sur la pénibilité et préserver la santé au travail*. Editions Dunod, Paris.

Murphy S. A., Beaton R. D., Pike K. C., & Cain C. K. (1994). Firefighters and paramedics : Years of service, job aspirations, and burnout. *AAOHN Journal*, 42(11), pp. 534 –540.

Murphy, S. A., Beaton, R. D., Pike, K. C., & Johnson, L. C. (1999). Occupational stressors, stress responses, and alcohol consumption among professional firefighters: A prospective, longitudinal analysis. *International Journal of Stress Management*, 6(3), 179-196. doi: 10.1023/a:1021934725246

Murphy, S. A., Bond, G. E., Beaton, R. D., Murphy, J. & Johnson, L. C. (2002). Lifestyle practices and occupational stressors as predictors of health outcomes in urban firefighters. *International Journal of Stress Management*, 9(4), 311-327. doi: 10.1023/a:1020171100398

Namini, S., Appel, C., Jürgensen, R., & Murken, S. (2010). How is well-being related to membership in new religious movements? An application of person environment fit theory. *Applied Psychology: An International Review*, 59(2), 181-201. doi: 10.1111/j.1464-0597.2009.00377.x

Nasse, P., & Légeron, P. (2008). Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail. Paris: Ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité.

National Science Board (2008). *Science and Engineering Indicators*. Arlington, VA (NSB 08-01; NSB 08-01A)

Naudé, J. L. P., & Rothmann, S. (2006). Work-related well-being of emergency workers in Gauteng. *South African Journal of Psychology*, 36(1), 63-81.

Ni, S.-g., & Wu, X.-c. (2009). A study on the intervening effect of a cognitive-behavioral interactive group therapy on academic burnout of college students. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 17(4), 512-514.

Niedhammer, I., Tek, M.-L., Starke, D., & Siegrist, J. (2004). Effort-reward imbalance model and self-reported health: Cross-sectional and prospective findings from the GAZEL cohort. *Social Science & Medicine*, 58(8), 1531-1541. doi: 10.1016/s0277-9536(03)00346-0

O'Donovan, G. (2009). Smoking prevalence among qualified nurses in the Republic of Ireland and their role in smoking cessation, *International Nursing Review*, 56(2):230-6.

Oliver, J. E., Mansell, A., & Jose, P. E. (2010). A longitudinal study of the role of negative affectivity on the work stressor-strain process. *International Journal of Stress Management*, 17(1), 56-77. doi: 10.1037/a0017696

Oliver, W. M., & Meier, C. (2009). Considering the efficacy of stress management education on small-town and rural police. *Applied Psychology in Criminal Justice*, 5(1), 1-25.

Owolabi, A. O., Owolabi, M. O., OlaOlorun, A. D. & Olofin A. (2012). Workrelated stress perception and hypertension amongst health workers of a mission hospital in Oyo State, south-western Nigeria, *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*, 4(1). doi.org/10.4102/phcfm.v4i1.307

Padden, D. L., Connors, R. A., & Agazio, J. G. (2011). Stress, coping, and well-being in military spouses during deployment separation. *Western Journal of Nursing Research*, 33(2), 247-267. doi: 10.1177/0193945910371319

Pandey, A., Quick, J. C., Rossi, A. M., Nelson, D. L., & Martin, W. (2011). Stress and the workplace: 10 years of science, 1997-2007. In R. J. Contrada & A. Baum (Eds.), *The handbook of stress science: Biology, psychology, and health*. (pp. 137-149). New York, NY US: Springer Publishing Co.

Palmer R. G., Spaid W. M. (1996). Authoritarianism, inner/other directedness, and sensation seeking in firefighter/paramedics : Their relationship with burnout. *Prehospital Disaster Medicine* Volume 11, Issue 1, pp. 11 – 15.

Paré, J. R. (2011). Trouble de stress post-traumatique et santé mentale du personnel militaire et des vétérans, Publication n°2011-97-F. Bibliothèque de Parlement, Ottawa, Canada.

Parent-Thirion, A., Fernández Macías, E., Hurley, J., Vermeylen, G. (2007). *Quatrième enquête européenne sur les conditions de travail*. Dublin: Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail. (TJ-76-06-497-FR-C), 154p.

Paton D. (1994). Disaster relief work : an assessment of training effectiveness. *Journal of Traumatic Stress*, 7(2), pp. 275 – 288.

Pélissolo, A., & Lépine, J. P. (1997). Traduction française et premières études de validation du questionnaire de personnalité TCI. *Annales Médico-Psychologiques*, 155(8), 497-508.

Perrin, M. A., DiGrande, L., Wheeler, K., Thorpe, L., Farfel, M. & Brackbill, R. (2007). Differences in PTSD prevalence and associated risk factors among World Trade Center disaster rescue and recovery workers. *American Journal of Psychiatry*, 164(9), 1385-94.

- Peters, S., & Mesters, P. (2007). *Vaincre l'épuisement professionnel. Toutes les clefs pour comprendre le burn out*. Editions Robert Laffont.
- Peterson, A. L., Wong, V., Haynes, M. F., Bush, A. C. & Schillerstrom, J. E. (2010). Documented combat-related mental health problems in military noncombatants. *Journal of Traumatic Stress*, 23(6), 674-681. doi: 10.1002/jts.20585
- Pienaar, J. W. & Bester, C. L. (2011). The impact of burnout on the intention to quit among professional nurses in the Free State region - a national crisis? *South African Journal of Psychology*, 41(1), pp. 113-122.
- Pflanz, S. & Sonnek, S. (2002). Work stress in the military: prevalence, causes, and relationship to emotional health, *Military Medicine*, 167(11):877-82.
- Pfefferbaum, B., Vinekar, S. S., Trautman, R. P., Lensgraf, S. J., Reddy, C., Patel, N., & Ford, A. L. (2002). The effect of loss and trauma on substance use behavior in individuals seeking support services after the 1995 Oklahoma City bombing. *Annals of Clinical Psychiatry*, 14(2), 89-95. doi: 10.1023/a:1016802920870
- Philippon, T. (2007). *Le capitalisme d'héritiers. La crise française du travail*. Editions Le Seuil, Paris.
- Phillips, S., Sen, D., & McNamee, R. (2007). Prevalence and causes of self-reported work-related stress in head teachers. *Occupational Medicine*, 57(5), 367-376. doi: 10.1093/occmed/kqm055
- Pietrantonio, L., & Prati, G. (2008). Resilience among first responders. *African Health Sciences*, 8(S1): S14-S20. En ligne <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3060722/>
- Polman, R., Borkoles, E., & Nicholls, A. R. (2010). Type D personality, stress, and symptoms of burnout: The influence of avoidance coping and social support. *British Journal of Health Psychology*, 15(3), 681-696. doi: 10.1348/135910709x479069
- Ponnelle S., Vaxevanoglou X. (1998). Le stress au quotidien : les sapeurs – pompiers en intervention. Actualités sur certains agents ou procédés cancérogènes. *Archives des maladies professionnelles et de médecine du travail*, 53(3), pp. 190 – 199.
- Prati, G., Pietrantonio, L., & Cicognani, E. (2011). Coping strategies and collective efficacy as mediators between stress appraisal and quality of life among rescue workers. *Sport, Exercise, and Performance Psychology*, 1(S), 84-93. doi: 10.1037/2157-3905.1.s.84
- Prati, G., Pietrantonio, L., & Cicognani, E. (2010). Self-efficacy moderates the relationship between stress appraisal and quality of life among rescue workers. *Anxiety, Stress & Coping: An International Journal*, 23(4), 463-470. doi: 10.1080/10615800903431699
- Pseekos, A. C., Bullock-Yowell, E., & Dahlen, E. R. (2011). Examining Holland's person-environment fit, workplace aggression, interpersonal conflict, and job satisfaction. *Journal of Employment Counseling*, 48(2), 63-71. doi: 10.1002/j.2161-1920.2011.tb00115.x
- Qayyum Chaudhry, A. (2012). The Relationship between Occupational Stress and Job Satisfaction: The Case of Pakistani Universities. *International Education Studies*, 5(3), pp. 212-221. doi: 10.5539/ies.v5n3p212
- Quick, J.C., Quick, J.D., Nelson, D.L., & Hurrell, J.J. (1997). *Preventive stress management in organizations*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Radé, C. & Dechristé, C (2012). *Code du travail (74ème Edition)*. Dalloz-Sirey Editions, Paris.

Raja Lexshimi, R. G., Saadiah, T., Santhna, L. P. et Md Nizam, J. (2007). Prevalence of Stress and Coping Mechanism among Staff Nurses in the Intensive Care Unit, *Medicine & Health*, 2(2): 146-153.

Ravaja, N., Keltikangas-Järvinen, L., & Kettunen, J. (2006). Cloninger's Temperament Dimensions and Threat, Stress, and Performance Appraisals During Different Challenges Among Young Adults. *Journal of Personality*, 74(1), 287-310. doi: 10.1111/j.1467-6494.2005.00376.x

Raveleau, B. (2002). *L'individu au travail : antagonismes d'une transformation sociale*. Editions L'Harmattan.

Regehr C., Goldberg G., & Hughes J. (2002). Exposure to human tragedy, empathy and trauma in ambulance paramedics. *Journal of Orthopsychiatry*, 72(4), pp. 505 – 513.

Regehr, C., & Hill, J. (2000). Evaluating the efficacy of crisis debriefing groups. *Social Work with Groups* Volume 23, Issue 3, pp. 69 – 79.

Reynolds, S., Taylor, E., & Shapiro, D. (1993). Session impact on outcome in stress management training. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 3(4), 325-327. doi: 10.1002/casp.2450030409

Richardson, K. M., & Rothstein, H. R. (2008). Effects of occupational stress management intervention programs: A meta-analysis. *Journal of Occupational Health Psychology*, 13(1), 69-93.

Rigozzi C., Rossier J. (2004). Validation d'une version abrégée du TCI (TCI-56) sur un échantillon de jeunes fumeurs et non-fumeurs. *Annales médico-psychologiques*, (162), pp. 541 – 548.

Roberts, B. W., & Robins, R. W. (2004). Person-environment fit and its implications for personality development: A longitudinal study. *Journal of Personality*, 72(1), 89-110. doi: 10.1111/j.0022-3506.2004.00257.x

Rospenda, K. M., Richman, J. A., Wislar, J. S. & Flaherty, J. A. (2000). Chronicity of sexual harassment and generalized work-place abuse: Effects on drinking outcomes. *Addiction*, 95(12), 1805-1820. doi: 10.1046/j.1360-0443.2000.9512180510.x

Rousseau, T. (2009). *Le Guide l'absentéisme, outils et méthodes pour agir*, Editions ANACT.

Ruitenbunrg, M. M., Frings-Dresen, M. H. & Sluiter, J. K. (2012). The prevalence of common mental disorders among hospital physicians and their association with self-reported work ability: a cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 12(1):292, doi:10.1186/1472-6963-12-292

Sá, L., & Fleming, M. (2008). Bullying, burnout, and mental health amongst Portuguese nurses. *Issues in Mental Health Nursing*, 29(4), 411-426. doi: 10.1080/01612840801904480

Saijo Y., Ueno T., Hashimoto Y. (2008). Twenty four hour shift work, depressive symptoms, and job dissatisfaction among Japanese firefighters. *American Journal of Industrial Medicine* pp. 1 – 11.

Saijo Y., Ueno T., Hashimoto Y. (2007). Job stress and depressive symptoms among Japanese firefighters. *American Journal of Industrial Medicine* Volume 50, pp. 470 – 480.

Saini NK, Agrawal S, Bhasin SK, Bhatia MS, Sharma AK. (2010). Prevalence of stress among resident doctors working in Medical Colleges of Delhi, *Indian Journal of public health*, 54(4):219-23.

- Sargent, L. D., & Terry, D. J. (2000). The moderating role of social support in Karasek's job strain model. *Work & Stress*, 14(3), 245-261. doi: 10.1080/02678370010025568
- Savic, D., Knezevic, G., Damjanovic, S., Spiric, Z., & Matic, G. (2012). The role of personality and traumatic events in cortisol levels—Where does PTSD fit in? *Psychoneuroendocrinology*, 37(7), 937-947. doi: 10.1016/j.psyneuen.2011.11.001
- Scarnera, P., Bosco, A., Soleti, E., & Lancioni, G. E. (2009). Preventing burnout in mental health workers at interpersonal level: An Italian pilot study. *Community Mental Health Journal*, 45(3), 222-227. doi: 10.1007/s10597-008-9178-z
- Schaufeli, W. B., Maassen, G. H., Bakker, A. B., & Sixma, H. J. (2011). Stability and change in burnout: A 10-year follow-up study among primary care physicians. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 84(2), 248-267. doi: 10.1111/j.2044-8325.2010.02013.x
- Schaufeli, W.B. & Enzmann, D. (1998). *The Burnout Companion to Study and Practice: A Critical Analysis*. Taylor and Francis, London.
- Schmitz, K. J., Schmied, E. A., Webb-Murphy, J. A., Hammer, P. S., Larson, G. E., Conway, T. L., Galarneau, M. R., Boucher, W. C., Edwards, N. K. & Johnson, D. C. (2012). Psychiatric diagnoses and treatment of U.S. military personnel while deployed to Iraq, *Military Medicine*, 77(4): pp. 380-9.
- Selye, H. (1907). *The stress of life*. McGraw-Hill Editions, New York.
- Selye, H. (1955). Stress and disease. *Geriatrics*, 10, 253-261.
- Services de santé des forces canadiennes (2011). *Incidence cumulative du trouble de stress post-traumatique et d'autres troubles mentaux chez le personnel militaire déployé à l'appui de la mission en Afghanistan de 2001 à 2008*. En ligne <http://forces.gc.ca/health-sante/ps/mh-sm/osi-bso/sum-som-fra.asp>
- Sett, M., & Sahu, S. (2012). Study on work load and work-related musculoskeletal disorders amongst male jute mill workers of West Bengal, India. *Work: Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation*, 42(2), 289-297.
- Severn, M. S., Searchfield, G. D., & Huggard, P. (2012). Occupational stress amongst audiologists: Compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout. *International Journal of Audiology*, 51(1), 3-9. doi: 10.3109/14992027.2011.602366
- Shernoff, E. S., Mehta, T. G., Atkins, M. S., Torf, R. & Spencer, J. (2011). A qualitative study of the sources and impact of stress among urban teachers. *School Mental Health*, 3(2), 59-69. doi: 10.1007/s12310-011-9051-z
- Shields, M. & Wilkins, K. (2005). *Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier de 2005, résultats*.
- Shirom, A., Nirel, N., & Vinokur, A. D. (2010). Work hours and caseload as predictors of physician burnout: The mediating effects by perceived workload and by autonomy. *Applied Psychology: An International Review*, 59(4), 539-565. doi: 10.1111/j.1464-0597.2009.00411.x
- Shultz, K. S., Wang, M., & Olson, D. A. (2010). Role overload and underload in relation to occupational stress and health. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 26(2), 99-111. doi: 10.1002/smi.1268
- Siegrist, J. (2006). Work, health and welfare: new challenges. *International Journal of Social Welfare*, 15(Supplement s1): S5–S12. doi: 10.1111/j.1468-2397.2006.00439.x

Siegrist, J., & Marmot, M. (2004). Health inequalities and the psychosocial environment--two scientific challenges. *Social Science & Medicine*, 58(8), 1463-1473. doi: 10.1016/s0277-9536(03)00349-6

Siegrist, J., Starke, D., Chandola, T., Godin, I., Marmot, M., Niedhammer, I., & Peter, R. (2004). The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. *Social Science & Medicine*, 58(8), 1483-1499. doi: 10.1016/s0277-9536(03)00351-4

Sifakis, O. ; Rascle, N. ; Bruchon-Schweitzer, M. (1999). L'inventaire de stress professionnel de C.D. Spielberger (Job Stress Survey) : Une adaptation française. *Psychologie et psychométrie*, 20(1), pp. 5-23

Slišković, A., Seršić, D. M. & Burić, I. (2011). Work locus of control as a mediator of the relationship between sources and consequences of occupational stress among university teachers. *Review of Psychology*, 18(2), 109-118.

Smith, L. A., Roman, A., Dollard, M. F., Winefield, A. H., & Siegrist, J. (2005). Effort-reward imbalance at work: The effects of work stress on anger and cardiovascular disease symptoms in a community sample. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 21(2), 113-128. doi: 10.1002/smi.1045

Soffer, M. (2010). The role of stress in the relationships between gender and health-promoting behaviours. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(3), 572-580. doi: 10.1111/j.1471-6712.2009.00751.x

Spector, P. E., Zapf, D., Chen, P. Y., & Frese, M. (2000). Why negative affectivity should not be controlled in job stress research: Don't throw out the baby with the bath water. *Journal of Organizational Behavior*, 21(1), 79-95. doi: 10.1002/(sici)1099-1379(200002)21:1<79::aid-job964>3.0.co;2-g

Spielberger, C. D. & Sarason, I. G. (2005). *Stress and emotion: Anxiety, anger, and curiosity* (Vol. 17). Washington, DC: Taylor and Francis.

Spielberger, C. D. & Vagg, P. R. (1999). *Job Stress Survey. Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

SRM Consulting (2008). *Livre blanc : stress au travail. Comment l'appréhender, comment le mesurer ?*. En ligne <http://www.travailler-mieux.gouv.fr/IMG/pdf/livreblancstress.pdf>

Stanley, E. A., Schaldach, J. M., Kiyonaga, A., & Jha, A. P. (2011). Mindfulness-based mind fitness training: A case study of a high-stress predeployment military cohort. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18(4), 566-576. doi: 10.1016/j.cbpra.2010.08.002

Stansfeld, S. & Candy, B. (2006). Psychosocial work environment and mental health--a meta-analytic review, *Scandinavian Journal of Work and Environmental Health*, vol. 32, no. 6, pp. 443-462.

Steiler, D. & Rosnet, E. (2011). La mesure du stress professionnel : différentes méthodologies de recueil. *La revue des Sciences de Gestion*, n°251 : pp. 71-79.

Sterud, T., Ekeberg, Ø., & Hem, E. (2006). Health status in the ambulance services: A systematic review. *BMC Health Services Research* Volume 82, Issue 6, pp. 1 – 10.

Sterud, T., Hem, E., Ekeberg, Ø., & Lau, B (2008). Occupational stressors and its organizational and individual correlates: A nationwide study of Norwegian Ambulance personnel, *BMC Emergency Medicine*, 8:16. doi:10.1186/1471-227X-8-16

Storr, C. L., Trinkoff, A. M. & Hughes, P. (2000). Similarities of substance use between medical and nursing specialties. *Substance Use & Misuse*, 35(10), 1443-1469. doi: 10.3109/10826080009148225

- Su, Y., Peng, J.-L. & Zheng, R.-C. (2009). Turnover intention and related factors of nurses in Beijing social welfare system. *Chinese Mental Health Journal*, 23(4), 251-254, 269.
- Sumner, L. A., Wong, L., Schetter, C. D., Myers, H. F. & Rodriguez, M. (2012). Predictors of posttraumatic stress disorder symptoms among low-income Latinas during pregnancy and postpartum. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(2), 196-203. doi: 10.1037/a0023538
- Tabak, N. & Koprak, O. (2007). Relationship between how nurses resolve their conflicts with doctors, their stress and job satisfaction. *Journal of Nursing Management*, 15(3), 321-331. doi: 10.1111/j.1365-2834.2007.00665.x
- Taylor, S. G., & Kluemper, D. H. (2012). Linking perceptions of role stress and incivility to workplace aggression: The moderating role of personality. *Journal of Occupational Health Psychology*, 17(3), 316-329. doi: 10.1037/a0028211
- Telle-Lamberton, M., Le Barbier, M., Bensefa-Colas, L., Faye, S. Et coll., (2012). Pathologies recensées par le réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles entre 2001 et 2009(RNV3P). Etudes et enquêtes. *TF 200*.
- Thévenet, M. (2000). *Le plaisir de travailler : favoriser l'implication des personnes*. : Les Editions d'Organisation, Paris.
- Thiébaud, E., Breton, A., Lambolez, E. et Richoux V. (2005). Étude des relations entre les scores d'intelligence émotionnelle selon l'EQ-i de Bar-On et la satisfaction professionnelle autoévaluée. *Psychologie du travail et des organisations*, 11(1), pp. 35-45/Doi : 10.1016/j.pto.2005.02.005
- Thomas, C. H., & Lankau, M. J. (2009). Preventing burnout: The effects of LMX and mentoring on socialization, role stress, and burnout. *Human Resource Management*, 48(3), 417-432. doi: 10.1002/hrm.20288
- Thornton, P. I. (1992). The relation of coping, appraisal, and burnout in mental health workers. *Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 126(3), 261-271.
- Toh, S. G., Ang, E., & Devi, M. K. (2012). Systematic review on the relationship between the nursing shortage and job satisfaction, stress and burnout levels among nurses in oncology/haematology settings. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 10(2), 126-141. doi: 10.1111/j.1744-1609.2012.00271.x
- Trinkoff, A. M., Zhou, Q., Storr, C. L., & Soeken, K. L. (2000). Workplace access, negative proscriptions, job strain, and substance use in registered nurses. *Nursing Research*, 49(2), 83-90. doi: 10.1097/00006199-200003000-00004
- Truchot, D. (2004). *Épuisement professionnel et burnout : concepts, modèles, interventions*. Editions Dunot, Paris.
- Tse, J. L. M., Flin, R., & Mearns, K. (2007). Facets of job effort in bus driver health: Deconstructing 'effort' in the effort-reward imbalance model. *Journal of Occupational Health Psychology*, 12(1), 48-62. doi: 10.1037/1076-8998.12.1.48
- Tsutsumi, A., Kayaba, K., Ojima, T., Ishikawa, S., & Kawakami, N. (2007). Low control at work and the risk of suicide in Japanese men: A prospective cohort study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76(3), 177-185. doi: 10.1159/000099845
- Tuckey, M. R., & Hayward, R. (2011). Global and occupation-specific emotional resources as buffers against the emotional demands of fire-fighting. *Applied Psychology: An International Review*, 60(1), 1-23. doi: 10.1111/j.1464-0597.2010.00424.x

Tunc, T., & Kutanis, R. O. (2009). Role conflict, role ambiguity, and burnout in nurses and physicians at a university hospital in Turkey. *Nursing & Health Sciences*, 11(4), 410-416. doi: 10.1111/j.1442-2018.2009.00475.x

Unrath, M., Hajo Zeed, M., Letzel, S., Claus, M. & Escobar Pinzón, L. C. (2012). Identification of possible risk factors for alcohol use disorders among general practitioners in Rhineland-Palatinate, Germany, *Swiss Medical Weekly*, 142:w13664. doi:10.4414/smw.2012.13664

Uskun, E., Ozturk, M., Kisioglu, A. N., & Kirbiyik, S. (2005). Burnout and job satisfaction amongst staff in Turkish community health services. *Primary Care & Community Psychiatry*, 10(2), 63-69.

Vagg, P. R., & Spielberger, C. D. (1998). The Job Stress Survey: Assessing perceived severity and frequency of occurrence of generic sources of stress in the workplace. *Journal of Occupational Health Psychology*, 4, 288-292.

Valeyre, A. (2007). Les conditions de travail des salariés dans l'Union européenne à quinze selon les formes d'organisation. *Travail et emploi*, n°112, p. 35-47.

Van der Linden, D., Beckers, D. G. J., & Taris, T. W. (2007). Reinforcement sensitivity theory at work: Punishment sensitivity as a dispositional source of job-related stress. *European Journal of Personality*, 21(7), 889-909. doi: 10.1002/per.660

Van Der Ploeg E., Kleber R. J. (2003). Acute and chronic job stressors among ambulance personnel : Predictors of health symptoms. *Occupational and Environmental Medicine* Volume 60, Supplement 1, pp. 140 – 146.

Van Vianen, A. E. M., Nijstad, B. A., & Voskuil, O. F. (2008). A person-environment fit approach to volunteerism: Volunteer personality fit and culture fit as predictors of affective outcomes. *Basic and Applied Social Psychology*, 30(2), 153-166. doi: 10.1080/01973530802209194

Van Yperen, N. W., & Snijders, T. A. (2000). A multilevel analysis of the demands-control model: Is stress at work determined by factors at the group level or the individual level? *Journal of Occupational Health Psychology*, 5(1), 182-190. doi: 10.1037/1076-8998.5.1.182

Varker, T., & Devilly, G. J. (2012). An analogue trial of inoculation/resilience training for emergency services personnel: Proof of concept. *Journal of Anxiety Disorders*. doi: 10.1016/j.janxdis.2012.01.009

Varvel, S. J., He, Y., Shannon, J. K., Tager, D., Bledman, R. A., Chaichanasakul, A., Mendoza, M. M., & Mallinckrodt, B. (2007). Multidimensional, Threshold effects of social support in firefighters: Is more support invariably better? *Journal of Counseling Psychology*, 54(4):458 – 465.

Ventureyra, V. A. G., Yao, S.-N., Cottraux, J., Note, I. & De Mey-Guillard C. (2002). The validation of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist Scale in Posttraumatic Stress Disorder and nonclinical subjects. *Psychotherapy and psychosomatics*, 71(1), pp. 47-53.

Vinokur, A. D., Pierce, P. F., Lewandowski-Romps, L., Hobfoll, S. E., & Galea, S. (2011). Effects of war exposure on air force personnel's mental health, job burnout and other organizational related outcomes. *Journal of Occupational Health Psychology*, 16(1), 3-17. doi: 10.1037/a0021617

Wadsworth, E., Dhillon, K., Shaw, C., Bhui, K., Stansfeld, S. & Smith, A. (2007). Racial discrimination, ethnicity and work stress. *Occupational Medicine*, 57(1), 18-24. doi: 10.1093/occmed/kql088

- Waldman, S. V., Diez, J. C. L., Arazi, H. C., Linetzky, B., Guinjoan, S., & Grancelli, H. (2009). Burnout, perceived stress, and depression among cardiology residents in Argentina. *Academic Psychiatry*, 33(4), 296-301. doi: 10.1176/appi.ap.33.4.296
- Walsh, B. M., Matthews, R. A., Tuller, M. D., Parks, K. M., & McDonald, D. P. (2010). A multilevel model of the effects of equal opportunity climate on job satisfaction in the military. *Journal of Occupational Health Psychology*, 15(2), 191-207. doi: 10.1037/a0018756
- Wang, H.-X., Wahlberg, M., Karp, A., Winblad, B., & Fratiglioni, L. (2012). Psychosocial stress at work is associated with increased dementia risk in late life. *Alzheimer's & Dementia*, 8(2), 114-120. doi: 10.1016/j.jalz.2011.03.001
- Watts, W. D. & Short, A. P. (1990). Teacher drug use: A response to occupational stress. *Journal of Drug Education*, 20(1), 47-65. doi: 10.2190/xww0-7fbh-fxvb-2k3c
- Weiniger, C. R., Shalev, A. Y., Ofek, H., Freedman, S., Weissman, C. & Einav, S. (2006). Posttraumatic stress disorder among hospital surgical physicians exposed to victims of terror: A prospective, controlled questionnaire survey. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(6), 890-896. doi: 10.4088/JCP.v67n0605
- Weiss, D. S., Marmar, C. R., Metzler, T. J., & Ronfeld, H. M. (1995). Predicting symptomatic distress in emergency services personnel. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(3): 361 – 368.
- Weyers, S., Peter, R., Boggild, H., Jeppesen, H. J., & Siegrist, J. (2006). Psychosocial work stress is associated with poor self-rated health in Danish nurses: A test of the effort-reward imbalance model. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20(1), 26-34. doi: 10.1111/j.1471-6712.2006.00376.x
- Wheeler, D. L., Vassar, M., Worley, J. A., & Barnes, L. L. B. (2011). A reliability generalization meta-analysis of coefficient alpha for the Maslach Burnout Inventory. *Educational and Psychological Measurement*, 71(1), 231-244. doi: 10.1177/0013164410391579
- Wickramasinghe, V. (2010). Work-related dimensions and job stress: The moderating effect of coping strategies. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 26(5), 417-429. doi: 10.1002/smi.1314
- Wiesner, M., Windle, M. & Freeman, A. (2005). Work Stress, Substance Use, and Depression Among Young Adult Workers: An Examination of Main and Moderator Effect Model. *Journal of Occupational Health Psychology*, 10(2), 83-96. doi: 10.1037/1076-8998.10.2.83
- Wilberforce, N., Wilberforce, K., & Aubrey-Bassler, F. K. (2010). Post-traumatic stress disorder in physicians from an underserved area. *Family Practice*, 27(3), 339-343. doi: 10.1093/fampra/cm002
- Willert, M. V., Thulstrup, A. M., Hertz, J., & Bonde, J. P. (2010). Sleep and cognitive failures improved by a three-month stress management intervention. *International Journal of Stress Management*, 17(3), 193-213. doi: 10.1037/a0019612
- Winnubst, J. A. M., & Diekstra, R. F. W. (1998). Work and health psychology: Methods of intervention. In P. J. D. Drenth, H. Thierry & C. J. de Wolff (Eds.), *Handbook of work and organizational psychology (2nd ed.)*, Vol. 3: *Personnel psychology*. (pp. 395-408). Hove England: Psychology Press/Erlbaum (UK) Taylor & Francis.
- Wright, K. B., Banas, J. A., Bessarabova, E. & Bernard, D. R. (2010). A communication competence approach to examining health care social support, stress, and job burnout. *Health Communication*, 25(4), 375-382. doi: 10.1080/10410231003775206

Yacob, M. A., Daud, A., Noor, N. M., & Mohammad, W. M. Z. W. (2010). Prevalence and associated factors of stress among assistant medical officers in ministry of health (MOH) hospitals in Kelantan and TYerengganu, Malaysia. *International Medical Journal*, 17(1), 9-16.

Yang, J., Rantanen, E. M., & Zhang, K. (2010). The impact of time efficacy on air traffic controller situation awareness and mental workload. *The International Journal of Aviation Psychology*, 20(1), 74-91. doi: 10.1080/10508410903416037

Yang, X., Wang, L., Ge, C., Hu, B., & Chi, T. (2011). Factors associated with occupational strain among Chinese teachers: A cross-sectional study. *Public Health*, 125(2), 106-113. doi: 10.1016/j.puhe.2010.10.012

Ybema, J. F., Evers, M. S., & Van Scheppingen, A. R. (2011). A longitudinal study on the effects of health policy in organizations on job satisfaction, burnout, and sickness absence. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 53(11), 1251-1257. doi: 10.1097/JOM.0b013e318234e2b0

Yu, M.-N., Syu, J.-J., & Chen, P.-L. (2010). The relationship between working hours and depression of elementary and secondary school teachers: Perspective of subjective well-being. *Bulletin of Educational Psychology*, 42(2), 229-252.

ANNEXES

ANNEXE 1/ NOTES D'INFORMATION ETUDE N°1

FICHE D'INFORMATION

Cette recherche se déroule dans le cadre d'un travail de Master 2 Recherche en Psychologie clinique et pathologique réalisé par Pauline Marien et dirigé par le Professeur Grégory Michel. Ce travail d'étude s'intitule :

« Adaptation et validation d'une échelle de stress professionnel perçu aux Sapeurs-Pompiers : le Job Stress Survey »

Il a pour objectif d'adapter et de valider un instrument évaluant le stress professionnel perçu aux Sapeurs-Pompiers. Pour ce faire, la présente étude se déroule en 2 étapes.

1. Mise en place de l'étude (3 mois) : suite à l'autorisation fournie par le Directeur départemental du SDIS 33, nous avons contacté les différents formateurs du SDIS permettant une rencontre avec les agents. Les formations concernées sont celles de Maintien des Acquis (FMA) puisqu'elles assurent un niveau d'expérience suffisamment élevé pour garantir la connaissance des exigences professionnelles incombant à ce métier
2. Recueil des données (6 mois) : Quant à l'étape B, elle consiste en des passations groupales lors des FMA. Durant ces rencontres avec Pauline Marien, il vous sera proposé un ensemble de questionnaires permettant la validation du JSS. Au préalable de ces rencontres, Pauline Marien accompagnée de SPP et de l'une des psychologues du SDIS 33, ont retravaillé la version initiale de l'outil afin de l'adapter aux exigences professionnelles propres aux SP. Il s'agit donc d'un instrument de mesure composé de 53 items évaluant tant l'intensité que la fréquence du stress professionnel perçu. Chaque questionnaire sera analysé par Pauline MARIEN afin d'assurer la confidentialité des résultats donnés. Suite à cette étape, elle traitera les données avec le logiciel SPSS 17. Cette analyse lui permettra de réduire et de valider l'adaptation du JSS ainsi que de vérifier ses liens avec l'épuisement professionnel.

Outre certaines données sociodémographiques, aucune donnée identifiante ne vous sera demandée permettant ainsi de garantir l'anonymat de vos réponses.

Les investigations sont menées, saisies automatiquement, traitées et interprétées par Mademoiselle Pauline MARIEN. Celles-ci sont enregistrées dans un fichier informatique et restent scrupuleusement protégées.

Nous vous prions de répondre le plus sincèrement possible aux différents questionnaires. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

Les résultats obtenus vous seront communiqués par le biais d'une note d'information.

ANNEXE 2/ NOTE D'INFORMATION DES ETUDES N°2, 3, 4 & 5

FICHE D'INFORMATION

Cette recherche se déroule dans le cadre d'un travail de Thèse en Psychologie clinique et pathologique réalisé par Pauline Marien et dirigé par le Professeur Grégory Michel. Ce travail d'étude s'intitule :

« Etude des facteurs impliqués dans le bien-être au travail dans les métiers d'Urgence.

Mise en place d'un programme d'intervention »

Il a pour objectif de déterminer les facteurs responsables ou non du bien-être au travail chez les Sapeurs-Pompiers tant au niveau individuel que professionnel. Pour ce faire, la présente étude se déroule en 4 étapes.

1. Mise en place de l'étude ^A (6 mois) et Recueil des données ^B (12 mois) : ^A classification des centres de secours en fonction de l'activité opérationnelle et prise de contact avec les différents chefs de groupement et de centres sélectionnés pour l'organisation de réunion d'information en lien avec la présente étude ; ^B entretiens individuels basés sur le volontariat dont la durée moyenne est estimée à 2 heures. Ces entretiens se déroulent sur les lieux de travail. Pour une part, il s'agit d'entretien directif consistant en un ensemble de questionnaires permettant d'évaluer les facteurs de risque et de protection du bien-être au travail. Quant à la partie semi-directive, elle est composée de questions ouvertes portant sur le choix de carrière, sur les aspects positifs et négatifs du métier.

Suite à cette étape, le traitement des données sera effectué par l'intermédiaire du logiciel SPSS 17 par Mademoiselle Pauline MARIEN, Psychologue-Doctorante. Cette analyse permettra une analyse interactionniste des facteurs responsables ou non du bien-être au travail.

2. Restitution des résultats et élaboration du programme de prévention (6 mois) : chaque participant recevra un retour individualisé de ses résultats. Retour indispensable puisqu'il représente une reconnaissance de votre participation. De plus, durant cette période, une revue de la littérature portant sur les programmes de prévention sera constituée. Ceci permettra de faire un état des lieux de la question et d'élaborer un programme en fonction tant des résultats recueillis au cours des entretiens individuels que des résultats scientifiques.
3. Mise en place du programme de prévention (3mois). Le programme de prévention 2^{aire} sera effectué par un binôme composé de la Psychologue-Doctorante et d'une psychologue du SDIS formées aux Thérapies Cognitivo-Comportementales. Afin de garantir la confidentialité des séances, qui seront au nombre de 6 et dureront 2 heures, ces dernières seront organisées à l'Université Bordeaux 2 Victor Segalen et plus précisément au Centre d'Evaluation et de Recherche Universitaire en Psychologie (CERUP) au sein du laboratoire de Psychologie EA4139 « Psychologie, Santé et Qualité de Vie ». Ce choix a été effectué avec le DDSDIS 33, le Médecin Chef et les Psychologues du SDIS 33. Pour ce faire, chaque participant recevra individuellement un ordre de mission pour se rendre au CERUP de la part du Service de Santé et de Secours Médical (SSSM). En conséquence, ceci vous permettra de vous rendre au CERUP durant leurs journées de travail sans altérer le fonctionnement organisationnel de chaque centre d'incendie et de secours. Chaque participation à ce programme sera effectuée sur la base du volontariat.

4. Evaluation de l'efficacité du programme (3 mois). Après la mise en place de ce programme, nous évaluerons son efficacité 3 mois après sa fin sur la symptomatologie relative au stress et au BO des participants. En complément, un entretien semi-directif vous sera proposé afin d'aborder i) l'évolution de vos scores aux différents temps de mesure et d'en expliquer les causes ; ii) les points du programme que vous jugerez utiles dans votre futur ; iii) vos critiques et suggestions relatives aux aspects du programme de prévention.

Afin de garantir la confidentialité de vos résultats, il vous sera attribué un code type « SP33... » et numéro de passation (001 jusqu'à 100) connu seulement de Pauline Marien. L'attribution de ce code vous permettra de recevoir un retour individualisé sur l'entretien effectué par cette dernière. De plus, dans le cas où vous vous porteriez volontaire pour participer au programme de prévention défini à partir de l'ensemble des réponses aux différents questionnaires, ce code permettra de comparer vos scores à différents temps de mesure, à savoir i) T0 $\Rightarrow$ avant le programme ; ii) T1 $\Rightarrow$ à la fin du programme (6 semaines), iii) T2 $\Rightarrow$ 3 mois plus tard.

Les investigations sont menées, saisies automatiquement, traitées et interprétées par Mademoiselle Pauline MARIEN, Psychologue-Doctorante. Celles-ci sont enregistrées dans un fichier informatique et restent scrupuleusement protégées.

Nous vous prions de répondre le plus sincèrement possible aux différents questionnaires. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

Les résultats obtenus vous seront communiqués par le biais d'une note d'information.

ANNEXE 3/ FICHE DE CONSENTEMENT DES ETUDES



ANNEXE 1/ FICHE DE CONSENTEMENT

Je certifie avoir pris connaissance des informations relatives à cette étude. Les modalités de déroulement de ce travail ainsi que son but, la méthode utilisée, la durée et la façon dont les résultats seront traités m'ont été clairement expliqués.

J'ai eu la possibilité de poser toutes les questions que j'ai jugées nécessaires et de recevoir des réponses claires et précises.

☐ **J'accepte de participer à cette recherche.**

**ANNEXE 4/ ADAPTATION DU JOB STRESS SURVEY AUX
SAPEURS-POMPIERS (ETUDE N°1)**

Voici 53 événements en rapport avec les caractéristiques de votre métier. L'objectif de ce questionnaire est de savoir quelle quantité de stress (**intensité**) vous attribuez à chacun d'entre eux. Pour ce faire, entourez le chiffre qui vous correspond le mieux :

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Niveau 1 de stress	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5	Niveau 6	Niveau 7 de stress	Niveau 8 de stress	Niveau 9 de stress

Niveau faible de stress

Niveau élevé de stress

Répondez le plus sincèrement possible : il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

Merci pour votre participation

SOURCES DE STRESS PROFESSIONNEL

Quantité de stress

	faible		moyen				fort		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Attribution d'obligations désagréables.....	1	2	3	4	5	6	7	8	9
2. Faire des heures supplémentaires.....	1	2	3	4	5	6	7	8	9
3. Difficultés d'avancement.....	1	2	3	4	5	6	7	8	9
4. Départ en intervention (bip, alerte).....	1	2	3	4	5	6	7	8	9
5. Sentiment d'inutilité	1	2	3	4	5	6	7	8	9
6. Attribution de tâches nouvelles ou non familières.....	1	2	3	4	5	6	7	8	9
7. Devoir contenir la colère et/ou l'agressivité d'une victime	1	2	3	4	5	6	7	8	9
8. Collègues ne faisant pas leur travail.....	1	2	3	4	5	6	7	8	9
9. Période de suractivité	1	2	3	4	5	6	7	8	9
10. Compétition entre collègues	1	2	3	4	5	6	7	8	9
11. Sentiment d'identification avec les victimes	1	2	3	4	5	6	7	8	9
12. Manque de soutien de la hiérarchie	1	2	3	4	5	6	7	8	9
13. Etre jugé par ses collègues.....	1	2	3	4	5	6	7	8	9
14. Gérer des situations de crise en caserne (management).....	1	2	3	4	5	6	7	8	9
15. Attente des renforts	1	2	3	4	5	6	7	8	9
16. Manque de reconnaissance pour son implication	1	2	3	4	5	6	7	8	9
17. Effectuer une tâche ne faisant pas partie de la description de son poste.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
18. Gravité de l'intervention	1	2	3	4	5	6	7	8	9
19. Equipements de travail inadéquats ou de mauvaise qualité.....	1	2	3	4	5	6	7	8	9
20. Attribution de responsabilités supplémentaires	1	2	3	4	5	6	7	8	9
21. Insuffisance de moyens	1	2	3	4	5	6	7	8	9
22. Supervision inadéquate ou faible.....	1	2	3	4	5	6	7	8	9
23. Gérer des comportements inadaptés des collègues	1	2	3	4	5	6	7	8	9
24. Périodes d'inactivité.....	1	2	3	4	5	6	7	8	9
25. Difficultés d'entente avec les collègues	1	2	3	4	5	6	7	8	9
26. Etre insatisfait de l'évolution du système.....	1	2	3	4	5	6	7	8	9
27. Ne pas se sentir à la hauteur.....	1	2	3	4	5	6	7	8	9
28. Personnel insuffisant pour prendre en charge d'une manière adéquate une mission.....	1	2	3	4	5	6	7	8	9
29. Perte de temps.....	1	2	3	4	5	6	7	8	9
30. Prendre des décisions importantes dans l'urgence.....	1	2	3	4	5	6	7	8	9
31. Faire l'objet d'insultes/menaces personnelles sur interventions	1	2	3	4	5	6	7	8	9
32. Manque de participation dans les décisions de gestion du système	1	2	3	4	5	6	7	8	9
33. Doute sur les compétences de ses collègues	1	2	3	4	5	6	7	8	9
34. Salaire ou vacation inadéquats.....	1	2	3	4	5	6	7	8	9
35. Manque d'autonomie	1	2	3	4	5	6	7	8	9
36. Intervention auprès d'une victime jeune	1	2	3	4	5	6	7	8	9
37. Manque de formation	1	2	3	4	5	6	7	8	9
38. Compétition dans l'avancement.....	1	2	3	4	5	6	7	8	9
39. Soutien insuffisant des collègues	1	2	3	4	5	6	7	8	9
40. Gérer des situations imprévues.....	1	2	3	4	5	6	7	8	9
41. Zone professionnelle bruyante.....	1	2	3	4	5	6	7	8	9
42. Etre interrompu fréquemment dans son travail.....	1	2	3	4	5	6	7	8	9

1	2	3	4	5	6	7	8	9						
Niveau 1 de stress	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5	Niveau 6	Niveau 7 de stress	Niveau 8 de stress	Niveau 9 de stress						
43. Alternance fréquente d'activités ennuyeuses et exigeantes.....						1	2	3	4	5	6	7	8	9
44. Paperasseries excessives.....						1	2	3	4	5	6	7	8	9
45. Etre insulté/humilié par un collègue						1	2	3	4	5	6	7	8	9
46. Respecter les délais.....						1	2	3	4	5	6	7	8	9
47. Intervention auprès d'une connaissance						1	2	3	4	5	6	7	8	9
48. Devoir se contrôler/se contenir face aux insultes sur interventions ...						1	2	3	4	5	6	7	8	9
49. Faire le travail d'un autre collègue						1	2	3	4	5	6	7	8	9
50. Collègues très peu motivés.....						1	2	3	4	5	6	7	8	9
51. Conflits avec d'autres services.....						1	2	3	4	5	6	7	8	9
52. Missions inadéquates avec ses fonctions						1	2	3	4	5	6	7	8	9
53. Temps de récupération insuffisant (par ex : repas, sommeil)						1	2	3	4	5	6	7	8	9

Pour chacun des événements énoncés, indiquez approximativement à quelle fréquence vous les avez rencontrés au cours des 12 derniers mois (**Fréquence**).

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Très rarement rencontrés	Rarement rencontrés	Très peu rencontrés	Peu rencontrés	Moyennement rencontrés	Parfois rencontrés	Souvent rencontrés	Fréquemment rencontrés	Toujours rencontrés

SOURCES DE STRESS PROFESSIONNEL

NOMBRE DE JOURS RENCONTRES

	faible		moyen				fort		
54. Attribution d'obligations désagréables.....	1	2	3	4	5	6	7	8	9
55. Faire des heures supplémentaires.....	1	2	3	4	5	6	7	8	9
56. Difficultés d'avancement.....	1	2	3	4	5	6	7	8	9
57. Départ en intervention (bip, alerte).....	1	2	3	4	5	6	7	8	9
58. Sentiment d'inutilité	1	2	3	4	5	6	7	8	9
59. Attribution de tâches nouvelles ou non familières.....	1	2	3	4	5	6	7	8	9
60. Devoir contenir la colère et/ou l'agressivité d'une victime	1	2	3	4	5	6	7	8	9
61. Collègues ne faisant pas leur travail.....	1	2	3	4	5	6	7	8	9
62. Période de suractivité	1	2	3	4	5	6	7	8	9
63. Compétition entre collègues	1	2	3	4	5	6	7	8	9
64. Sentiment d'identification avec les victimes	1	2	3	4	5	6	7	8	9
65. Manque de soutien de la hiérarchie	1	2	3	4	5	6	7	8	9
66. Etre jugé par ses collègues.....	1	2	3	4	5	6	7	8	9
67. Gérer des situations de crise en caserne (management).....	1	2	3	4	5	6	7	8	9
68. Attente des renforts	1	2	3	4	5	6	7	8	9
69. Manque de reconnaissance pour son implication	1	2	3	4	5	6	7	8	9
70. Effectuer une tâche ne faisant pas partie de la description de son poste.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
71. Gravité de l'intervention	1	2	3	4	5	6	7	8	9
72. Equipements de travail inadéquats ou de mauvaise qualité.....	1	2	3	4	5	6	7	8	9
73. Attribution de responsabilités supplémentaires	1	2	3	4	5	6	7	8	9
74. Insuffisance de moyens	1	2	3	4	5	6	7	8	9
74. Supervision inadéquate ou faible.....	1	2	3	4	5	6	7	8	9
75. Gérer des comportements inadaptés des collègues	1	2	3	4	5	6	7	8	9
76. Périodes d'inactivité.....	1	2	3	4	5	6	7	8	9
77. Difficultés d'entente avec les collègues	1	2	3	4	5	6	7	8	9
78. Etre insatisfait de l'évolution du système.....	1	2	3	4	5	6	7	8	9
79. Ne pas se sentir à la hauteur.....	1	2	3	4	5	6	7	8	9
80. Personnel insuffisant pour prendre en charge d'une manière adéquate une mission.....	1	2	3	4	5	6	7	8	9
81. Perte de temps.....	1	2	3	4	5	6	7	8	9
82. Prendre des décisions importantes dans l'urgence.....	1	2	3	4	5	6	7	8	9
83. Faire l'objet d'insultes/menaces personnelles sur interventions	1	2	3	4	5	6	7	8	9
84. Manque de participation dans les décisions de gestion du système ..	1	2	3	4	5	6	7	8	9
85. Doute sur les compétences de ses collègues	1	2	3	4	5	6	7	8	9
86. Salaire ou vacation inadéquats.....	1	2	3	4	5	6	7	8	9
87. Manque d'autonomie	1	2	3	4	5	6	7	8	9
88. Intervention auprès d'une victime jeune	1	2	3	4	5	6	7	8	9
89. Manque de formation	1	2	3	4	5	6	7	8	9
90. Compétition dans l'avancement.....	1	2	3	4	5	6	7	8	9
91. Soutien insuffisant des collègues	1	2	3	4	5	6	7	8	9
92. Gérer des situations imprévues.....	1	2	3	4	5	6	7	8	9
93. Zone professionnelle bruyante.....	1	2	3	4	5	6	7	8	9
94. Etre interrompu fréquemment dans son travail.....	1	2	3	4	5	6	7	8	9
95. Alternance fréquente d'activités ennuyeuses et exigeantes.....	1	2	3	4	5	6	7	8	9
96. Paperasseries excessives.....	1	2	3	4	5	6	7	8	9
97. Etre insulté/humilié par un collègue	1	2	3	4	5	6	7	8	9
98. Respecter les délais.....	1	2	3	4	5	6	7	8	9
99. Intervention auprès d'une connaissance	1	2	3	4	5	6	7	8	9
100. Devoir se contrôler/se contenir face aux insultes sur interventions	1	2	3	4	5	6	7	8	9

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Très rarement rencontrés	Rarement rencontrés	Très peu rencontrés	Peu rencontrés	Moyennement rencontrés	Parfois rencontrés	Souvent rencontrés	Fréquemment rencontrés	Toujours rencontrés
101. Faire le travail d'un autre collègue						1 2 3 4 5 6 7 8 9		
102. Collègues très peu motivés.....						1 2 3 4 5 6 7 8 9		
103. Conflits avec d'autres services.....						1 2 3 4 5 6 7 8 9		
104. Missions inadéquates avec ses fonctions						1 2 3 4 5 6 7 8 9		
105. Temps de récupération insuffisant (par ex : repas, sommeil)						1 2 3 4 5 6 7 8 9		

3^{ème} partie

Instructions: Dans toute organisation, il existe des sources de stress relativement uniques à cette organisation. Indiquez, s'il vous plaît, ci-dessous tout événement stressant de votre milieu professionnel qui n'aurait pas été cité précédemment. Pour chaque événement, évaluez le niveau de quantité de stress associé, selon vous, à l'événement en lui attribuant un chiffre de "1" à "9" comme précédemment. Indiquez également le nombre de jours durant lequel vous avez été confronté personnellement à chaque événement.

	<u>Intensité du stress</u>	<u>Nombre de jours</u>
1.		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
2.		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		

**ANNEXE 5/ ETUDE N°2 : ANALYSE COMPARATIVE DU
STRESS PROFESSIONNEL PERÇU DANS LES METIERS DU
SAMU/SMUR ET DES SPP**

QUESTIONNAIRE SUR LA CULTURE DU SAPEUR- POMPIER

Voici une succession de questions portant sur votre choix professionnel ainsi que le fonctionnement de ce corps de métier. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Veuillez répondre le plus sincèrement possible, merci.

- Pour quelle(s) raison(s) êtes-vous devenu sapeur-pompier ? Avez-vous des personnes de votre famille ou de votre entourage qui sont ou ont été sapeurs-pompiers ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- Quelle est la devise des Sapeurs-pompiers ? Qu'en pensez-vous ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- Qu'est ce qui vous plaît le plus dans ce métier ?

.....

.....

.....

.....

.....

- Quel(s) type(s) d'interventions préférez-vous et pourquoi ?

.....

.....

.....

.....

.....

- Si vous deviez changer un aspect de ce métier, quel serait-il ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

QUESTIONNAIRE SUR LE CHOIX PROFESSIONNEL

Voici une succession de questions portant sur votre choix professionnel ainsi que le fonctionnement de ce corps de métier. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Veuillez répondre le plus sincèrement possible, merci.

1. Pour quelle(s) raison(s) avez-vous choisi d'exercer cette profession? Avez-vous des personnes de votre famille ou de votre entourage qui travaillent ou ont travaillé dans un secteur similaire au vôtre ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

2. Qu'est ce qui vous plaît le plus dans ce métier ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

3. Si vous deviez changer un aspect de ce métier, quel serait-il ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

**ANNEXE 6/ QUESTIONNAIRE SOCIO-DEMOGRAPHIQUE DES
SPP DE L'ETUDE N°3**

Veuillez répondre aux questions suivantes :

1. Age :
2. Sexe ☐ F ☐ M
3. Quel est votre statut marital ?
4. Avez-vous des enfants ?
5. Dans la situation où vous êtes divorcé, qui a la charge des enfants ?
6. Quel est votre statut professionnel ?
☐ Officier ☐ Non-officier
7. Actuellement, êtes-vous ☐ Sapeur-pompier professionnel ☐ Sapeur-pompier volontaire
8. Date d'entrée dans le corps des sapeurs-pompiers
9. Volontaire :
10. Professionnel :
11. Avez-vous un double statut ? ☐ Oui ☐ Non
Combien d'heures par semaine travaillez-vous en tant que SPV ?
12. Si vous exercez un autre métier autre que SP, quel est-il ?
.....
Si oui, combien d'heures par semaine y travaillez-vous ?
13. Quelle est votre fonction au sein des sapeurs-pompiers ?
☐ Service hors rang ☐ Chef d'équipe
☐ Servant (ou équipier de base) ☐ Chef d'agrés
14. Quelles sont vos spécialités ?
☐ Chimique / Radiologie ☐ Sauvetage / Déblaiement
☐ Plongeur ☐ Feu de forêt
☐ Grimp ☐ Formateur
☐ Management ☐ Secourisme (moniteur ; instructeur)
☐ Cynotechnique
15. Actuellement, quel est votre régime de garde : ☐ 24^h ☐ 12^h ☐ Mixte
16. Combien avez-vous effectué de garde la semaine dernière :

SANTE

17. Comment est votre état de santé général ?
☐ Très bon ☐ Mauvais
☐ Bon ☐ Très mauvais
☐ Moyen

18. Souffrez-vous d'une maladie ou d'un problème de santé chronique ?

☐ Oui

☐ Non

☐ Ne sais pas

19. Avez-vous déjà été opéré ? ☐ Oui

☐ Non

Si oui, précisez la nature et le nombre d'interventions que vous avez subies*. (Précisez aussi quand elles ont eu lieu)

.....
.....
.....

**Excepté l'appendicite et/ou les dents de sagesse*

20. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été victime d'un ou plusieurs accidents de la vie courante ayant entraîné le recours à un professionnel de santé ?

☐ Oui

☐ Non

Si oui, combien avez-vous eu d'accidents de la vie courante au cours de l'année ?

.....

21. Où ont-ils eu lieu ?

☐ Au domicile (nombre :)

☐ Au travail (nombre :)

☐ Au cours d'une activité sportive (nombre :)

☐ Sur un lieu de loisirs (nombre :)

☐ Autres, à préciser.....

22. Ces accidents sont-ils liés à l'exercice de vos fonctions en tant que sapeur-pompier ?

☐ Oui

☐ Non

Si, oui, dans quel cadre ont-ils eu lieu ?

☐ Intervention

Précisez le type d'intervention

☐ Entraînements

☐ Manœuvres

☐ Sport

☐ Trajet domicile - caserne

**ANNEXE 7/ QUESTIONNAIRE SOCIO-DEMOGRAPHIQUE DU
SAMU/SMUR DE L'ETUDE N°4**

Veillez répondre aux questions suivantes :

1. Age :
2. Sexe ☐ F ☐ M
3. Quel est votre statut marital ?
4. Avez-vous des enfants ?
5. Dans la situation où vous êtes divorcé, qui a la charge des enfants ?
6. Etes-vous ? ☐ Médecins ☐ Infirmiers-Anesthésistes ☐ Permanenciers ☐ Conducteurs
7. Depuis quand travaillez-vous dans le service ?
8. Travaillez-vous dans un autre site ?.....
9. A quelle situation êtes-vous le plus confronté dans votre milieu professionnel (appel téléphonique, contact direct avec les victimes.....).....
-
10. Actuellement, quel est votre régime de garde : ☐ 24^h ☐ 12^h ☐ 7^h30 ☐ 6^h ☐ Mixte
11. Combien avez-vous effectué de garde la semaine dernière :

SANTE

12. Comment est votre état de santé général ?

☐ Très bon
☐ Bon
☐ Moyen

☐ Mauvais
☐ Très mauvais

13. Souffrez-vous d'une maladie ou d'un problème de santé chronique ?

☐ Oui

☐ Non

☐ Ne sais pas

14. Avez- vous déjà été opéré ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez la nature et le nombre d'interventions que vous avez subies*. (Précisez aussi quand elles ont eu lieu)

.....
.....
.....

**Excepté l'appendicite et/ou les dents de sagesse*

15. Souffrez-vous d'une maladie ou d'un problème de santé chronique ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

16. Avez-vous déjà été opéré ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez la nature et le nombre d'interventions que vous avez subies*. (Précisez aussi quand elles ont eu lieu)

.....
.....
.....

**Excepté l'appendicite et/ou les dents de sagesse*

17. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été victime d'un ou plusieurs accidents de la vie courante ayant entraîné le recours à un professionnel de santé ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, combien avez-vous eu d'accidents de la vie courante au cours de l'année ?

.....
.....

Où ont-ils eu lieu ?

- ☐ Au domicile (nombre :)
☐ Au travail (nombre :)
☐ Au cours d'une activité sportive (nombre :)
☐ Sur un lieu de loisirs (nombre :)
☐ Autres, à préciser.....

Ces accidents sont-ils liés à l'exercice de vos fonctions?

☐ Oui ☐ Non

Si, oui, dans quel cadre ont-ils eu lieu ?.....

**ANNEXE 8/ ETUDES N°3 ET N°4 : PROTOCOLE DE
RECHERCHE**

INVENTAIRE DU TEMPERAMENT ET DU

CARACTERE (TCI-56)

Vous allez trouver dans ce questionnaire des formules que l'on peut utiliser pour décrire ses attitudes, opinions, intérêts ou sentiments.

Pour **chaque** proposition, merci d'entourer le chiffre qui correspond le mieux à ce que vous ressentez ou à la manière dont vous agissez habituellement, selon les codes suivants :

1	2	3	4	5
Absolument faux	Probablement ou en grande partie faux	Ni vrai ni faux, ou les deux	Probablement ou en grande partie vrai	Absolument vrai

Lisez attentivement chaque affirmation, mais ne passez pas trop de temps pour décider de la réponse.

Merci de répondre à toutes les questions, même si vous n'êtes pas très sûr(e) de la réponse.

Essayez de vous décrire tel(le) que vous êtes **habituellement** ou **en général**, pas seulement en ce moment.

Rappelez-vous qu'il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, mais choisissez uniquement la réponse qui vous ressemble le plus personnellement.

1. J'essaie souvent des choses nouvelles uniquement pour le plaisir, ou pour avoir des sensations fortes, même si les autres estiment que c'est une perte de temps.	1	2	3	4	5
2. J'ai habituellement confiance dans le fait que tout ira bien, même dans des situations qui inquiètent la plupart des gens.	1	2	3	4	5
3. Je prends plaisir à me venger des gens qui m'ont fait du mal.	1	2	3	4	5
4. J'ai souvent l'impression que ma vie n'a pas de but ou manque de sens.	1	2	3	4	5
5. J'en aurais probablement les capacités, mais je ne vois pas l'intérêt de faire plus que le strict minimum.	1	2	3	4	5
6. Je me sens souvent tendu(e) et inquiet(e) dans des situations nouvelles même lorsque les autres pensent qu'il y a peu de soucis à se faire.	1	2	3	4	5
7. J'aime discuter de mes expériences et de mes sentiments ouvertement avec des amis plutôt que de les garder pour moi-même.	1	2	3	4	5
8. Ma détermination me permet habituellement de poursuivre une tâche longtemps après que les autres ont abandonné.	1	2	3	4	5
9. J'attends souvent des autres qu'ils trouvent une solution à mes problèmes.	1	2	3	4	5
10. Ça ne me gênerait pas d'être seul(e) tout le temps.	1	2	3	4	5
11. Parfois je me sens tellement en accord avec la nature que tout me semble faire partie d'un même organisme vivant.	1	2	3	4	5
12. Quand quelqu'un m'a fait du mal, j'essaie en général de me venger.	1	2	3	4	5
13. Je préfère réfléchir longtemps avant de prendre une décision.	1	2	3	4	5
14. Je suis plus travailleur(euse) que la majorité des gens.	1	2	3	4	5
15. Habituellement, je reste calme et confiant(e) dans des situations que la plupart des gens trouveraient physiquement dangereuse.	1	2	3	4	5
16. Je préfère garder mes problèmes pour moi.	1	2	3	4	5
17. Je ne pense pas que ce soit une bonne idée d'aider les gens faibles qui ne peuvent pas s'aider eux-mêmes.	1	2	3	4	5
18. J'ai parfois eu l'impression d'appartenir à quelque chose sans limites dans le temps et dans l'espace.	1	2	3	4	5

1	2	3	4	5	
Absolument faux	Probablement ou en grande partie faux	Ni vrai ni faux, ou les deux	Probablement ou en grande partie vrai	Absolument vrai	
19. Je ressens parfois un contact spirituel avec d'autres personnes que je ne peux pas exprimer avec des mots.	1	2	3	4	5
20. J'essaie de respecter les sentiments des autres, même lorsqu'ils ont été injustes avec moi auparavant.	1	2	3	4	5
21. J'apprécie que les gens puissent faire ce qu'ils veulent sans règles ni contraintes strictes.	1	2	3	4	5
22. Je suis fréquemment plus préoccupé(e) que la plupart des gens par l'idée que les choses pourraient mal se passer dans l'avenir.	1	2	3	4	5
23. D'habitude, j'examine tous les détails d'un problème avant de prendre une décision.	1	2	3	4	5
24. Les autres me contrôlent trop.	1	2	3	4	5
25. Parfois, j'ai eu l'impression que ma vie était dirigée par une force spirituelle supérieure à tout être humain.	1	2	3	4	5
26. Je me pousse habituellement plus durement que la plupart des gens parce que je veux faire du mieux possible.	1	2	3	4	5
27. J'ai tellement de défauts que je ne m'aime pas beaucoup.	1	2	3	4	5
28. Souvent je n'arrive pas à affronter certains problèmes car je n'ai aucune idée sur la manière de m'y prendre.	1	2	3	4	5
29. Je voudrais souvent interrompre le cours du temps.	1	2	3	4	5
30. Il m'est difficile de tolérer les gens qui sont différents de moi.	1	2	3	4	5
31. Je suis satisfait(e) de ce que je réalise et je n'ai pas vraiment envie de faire mieux.	1	2	3	4	5
32. J'obéis souvent à mon instinct ou à mon intuition, sans réfléchir à tous les détails de la situation.	1	2	3	4	5
33. Même si les autres pensent que ce n'est pas important, j'insiste souvent pour que les choses soient faites de manière précise et ordonnée.	1	2	3	4	5
34. Je me sens très confiant(e) et sûr(e) de moi dans presque toutes les situations sociales.	1	2	3	4	5
35. Mes amis trouvent qu'il est difficile de connaître mes sentiments car je leur confie rarement mes pensées intimes.	1	2	3	4	5
36. J'aime imaginer que mes ennemis souffrent.	1	2	3	4	5
37. J'ai plus d'énergie et me fatigue moins vite que la plupart des gens.	1	2	3	4	5
38. Je ne suis pratiquement jamais excité(e) au point de perdre le contrôle de moi-même.	1	2	3	4	5
39. J'abandonne souvent un travail s'il prend beaucoup plus de temps que je le pensais au départ.	1	2	3	4	5
40. Mes actes sont largement influencés par des choses que je ne contrôle pas.	1	2	3	4	5
41. Je préfère attendre que quelqu'un d'autre décide de ce qui doit être fait.	1	2	3	4	5
42. En général, je respecte les opinions des autres.	1	2	3	4	5
43. Je crois avoir eu moi-même des perceptions extra-sensorielles.	1	2	3	4	5
44. En général, il est absurde de contribuer au succès des autres.	1	2	3	4	5
45. En général, j'aime rester froid(e) et détaché(e) vis-à-vis des autres.	1	2	3	4	5

1 Absolument faux	2 Probablement ou en grande partie faux	3 Ni vrai ni faux, ou les deux	4 Probablement ou en grande partie vrai	5 Absolument vrai	1 Absolument faux				
47. J'ai eu des moments de grand bonheur au cours desquels j'ai eu soudainement la sensation claire et profonde d'une communauté avec tout ce qui existe.					1	2	3	4	5
48. J'ai souvent la sensation de faire partie de la force spirituelle dont toute la vie dépend.					1	2	3	4	5
49. Même avec des amis, je préfère ne pas trop me confier.					1	2	3	4	5
50. J'examine presque toujours tous les détails avant de prendre une décision, même si on me demande une réponse rapide.					1	2	3	4	5
51. Je suis plus perfectionniste que la plupart des gens.					1	2	3	4	5
52. Les gens estiment qu'il est facile de venir me voir pour trouver de l'aide, de la sympathie et de la compréhension.					1	2	3	4	5
53. Je me sens souvent tendu(e) et inquiet(e) lorsque je dois faire quelque chose d'inhabituel pour moi.					1	2	3	4	5
54. Je me pousse souvent jusqu'à l'épuisement ou j'essaie de faire plus que je ne le peux réellement.					1	2	3	4	5
55. Je déteste voir n'importe qui souffrir.					1	2	3	4	5
56. Habituellement, je me sens beaucoup plus confiant(e) et dynamique que la plupart des gens, même après de légers problèmes de santé ou des événements stressants.					1	2	3	4	5

TEST DE DEPISTAGE AVEC ECHELLE

D'AUTOEVALUATION V1.1

(ASRS-1.1)

Tiré du Composite International Interview de l'OMS

(Entretien diagnostique international global)

☐ Organisation Mondiale de la Santé

Répondez aux questions suivantes en vous auto-évaluant sur chacun des critères à l'aide de l'échelle à droite de la page. Pour répondre aux questions, cochez la case qui décrit le mieux vos sentiments ou vos comportements au cours des six derniers mois. Rendez ensuite le questionnaire entièrement rempli au professionnel de santé qui vous la remis avec lequel vous pourrez en discuter.

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent
1. 1. Avec quelle fréquence avez-vous des difficultés à finaliser les derniers détails d'un projet une fois que le plus intéressant a été fait?	0	0	0	0	0
2. Avec quelle fréquence avez-vous des difficultés à mettre les choses en ordre lorsque vous devez faire un travail qui demande une certaine organisation?	0	0	0	0	0
3. Avec quelle fréquence avez-vous des difficultés pour vous souvenir de vos rendez-vous ou de vos engagements?	0	0	0	0	0
4. Avec quelle fréquence avez-vous tendance à éviter ou à remettre à plus tard un travail qui demande beaucoup de réflexion?	0	0	0	0	0
5. Avec quelle fréquence avez-vous la bougeotte ou agitez-vous vos mains ou vos pieds lorsque vous devez rester assis pendant un long moment?	0	0	0	0	0
6. Avec quelle fréquence vous sentez-vous trop actif ou obligé de faire des choses, comme si vous étiez actionné par un moteur?	0	0	0	0	0
7. Avec quelle fréquence faites-vous des erreurs d'étourderie lorsque vous travaillez sur un projet ennuyeux ou difficile?	0	0	0	0	0
8. Avec quelle fréquence avez-vous des difficultés à rester attentif lorsque vous faites un travail ennuyeux ou répétitif?	0	0	0	0	0
9. Avec quelle fréquence avez-vous des difficultés à vous concentrer sur ce que les gens vous disent, même lorsqu'ils vous parlent directement?	0	0	0	0	0
10. Avec quelle fréquence avez-vous tendance à égarer ou du mal à retrouver des choses à la maison ou au travail?	0	0	0	0	0
11. Avec quelle fréquence êtes-vous distrait par de l'activité ou du bruit autour de vous?	0	0	0	0	0
12. Avec quelle fréquence vous levez-vous pendant des réunions ou d'autres situations dans lesquelles vous êtes censé rester assis?	0	0	0	0	0
13. Avec quelle fréquence avez-vous la bougeotte ou vous sentez-vous agité?	0	0	0	0	0
14. Avec quelle fréquence avez-vous des difficultés à vous détendre et à vous relaxer pendant votre temps libre?	0	0	0	0	0
15. Avec quelle fréquence avez-vous remarqué que vous étiez trop bavard lorsque vous étiez en compagnie d'autres personnes?	0	0	0	0	0
16. Avec quelle fréquence vous surprenez-vous terminant les phrases des autres dans une discussion avant qu'ils aient pu le faire eux-mêmes?	0	0	0	0	0
17. Avec quelle fréquence avez-vous des difficultés à attendre votre tour dans une file d'attente?	0	0	0	0	0
18. Avec quelle fréquence interrompez-vous les autres lorsqu'ils sont occupés?	0	0	0	0	0

INDEX DE QUALITE DU SOMMEIL DE PITTSBURGH

(PSQI)

Les questions suivantes ont trait à vos habitudes de sommeil pendant le dernier mois seulement. Vos réponses doivent indiquer ce qui correspond aux expériences que vous avez eues pendant la majorité des jours et des nuits au cours du dernier mois. Répondez à toutes les questions.

1/ Au cours du mois dernier, quand êtes-vous habituellement allé vous coucher le soir ?

_ Heure habituelle du coucher :

2/ Au cours du mois dernier, combien vous a-t-il habituellement fallu de temps (en minutes) pour vous endormir chaque soir ?

_ Nombre de minutes :

3/ Au cours du mois dernier, quand vous êtes-vous habituellement levé le matin ?

_ Heure habituelle du lever :

4/ Au cours du mois dernier, combien d'heures de sommeil effectif avez-vous eu chaque nuit ?

(Ce nombre peut être différent du nombre d'heures que vous avez passé au lit)

_ Heures de sommeil par nuit :

Pour chacune des questions suivantes, indiquez la meilleure réponse. Répondez à toutes les questions.

5/ Au cours du mois dernier, avec quelle fréquence avez-vous eu des troubles du sommeil car ...

	Pas au cours du dernier mois	Moins d'une fois par semaine	Une ou deux fois par semaine	Trois ou quatre fois par semaine
a) vous n'avez pas pu vous endormir en moins de 30 mn				
b) vous vous êtes réveillé au milieu de la nuit ou précocement le matin				
c) vous avez dû vous lever pour aller aux toilettes				
d) vous n'avez pas pu respirer correctement				
e) vous avez toussé ou ronflé bruyamment				
f) vous avez eu trop froid				
g) vous avez eu trop chaud				
h) vous avez eu de mauvais rêves				
i) vous avez eu des douleurs				
j) pour d'autre(s) raison(s). Donnez une description :				
Indiquez la fréquence des troubles du sommeil pour ces raisons	Pas au cours du dernier mois	Moins d'une fois par semaine	Une ou deux fois par semaine	Trois ou quatre fois par semaine

6/ Au cours du mois dernier, comment évalueriez-vous globalement la qualité de votre sommeil ?

☐ Très bonne ☐ Assez bonne ☐ Assez mauvaise ☐ Très mauvaise

7/ Au cours du mois dernier, combien de fois avez-vous pris des médicaments (prescrits par votre médecin ou achetés sans ordonnance) pour faciliter votre sommeil ?

☐ Pas au cours du dernier mois
 ☐ Moins d'une fois par semaine
 ☐ Une ou deux fois par semaine
 ☐ Trois ou quatre fois par semaine

8/ Au cours du mois dernier, combien de fois avez-vous eu des difficultés à demeurer éveillé(e) pendant que vous conduisiez, preniez vos repas, étiez occupé(e) dans une activité sociale ?

☐ Pas au cours du dernier mois
 ☐ Moins d'une fois par semaine
 ☐ Une ou deux fois par semaine
 ☐ Trois ou quatre fois par semaine

9/ Au cours du mois dernier, à quel degré cela a-t-il représenté un problème pour vous d'avoir assez d'enthousiasme pour faire ce que vous aviez à faire ?

☐ Pas du tout un problème
 ☐ Seulement un petit problème
 ☐ Un certain problème
 ☐ Un très gros problème

10/ Avez-vous un conjoint ou un camarade de chambre ?

- ☐ Ni l'un, ni l'autre.
☐ Oui, mais dans une chambre différente.
☐ Oui, dans la même chambre mais pas dans le même lit.
☐ Oui, dans le même lit.

11/ Si vous avez un camarade de chambre ou un conjoint, demandez-lui combien de fois le mois dernier vous avez présenté :

	Pas au cours du dernier mois	Moins d'une fois par semaine	Une ou deux fois par semaine	Trois ou quatre fois par semaine
a) un ronflement fort				
b) de longues pauses respiratoires pendant votre sommeil				
c) des saccades ou des secousses des jambes pendant que vous dormiez				
d) des épisodes de désorientation ou de confusion pendant le sommeil				
e) d'autres motifs d'agitation pendant le sommeil				

QUESTIONNAIRE DE STYLE DE VIE

CONSOMMATION D'ALCOOL

1. En moyenne, combien de verres d'alcool buvez-vous par semaine ?
.....
2. Dans quelles circonstances consommez-vous ?
.....
3. Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ? ☐ Oui ☐ Non
4. Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ? ☐ Oui ☐ Non
5. Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ? ☐ Oui ☐ Non
6. Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ? ☐ Oui ☐ Non

CONSOMMATION DE TABAC

7. Fumez-vous ? ☐ Oui ☐ Non
8. Si, oui, veuillez répondre aux questions suivantes :
9. Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?

10 ou moins	0
11 à 20	1
21 à 30	2
31 ou plus	3
10. Dans quel délai après le réveil fumez-vous votre première cigarette ?

Moins de 5 minutes	3
6 à 30 minutes	2
31 à 60 minutes	1
après plus d'une heure	0

CONSOMMATION DE CANNABIS

11. Avez-vous déjà consommé du cannabis ? ☐ Oui ☐ Non
12. A l'heure actuelle, consommez-vous du cannabis ? ☐ Oui ☐ Non
13. Dans quelles circonstances ?
14. A l'heure actuelle, si vous consommez du cannabis :
15. Avez-vous déjà ressenti le besoin de Diminuer votre consommation de cannabis ? ☐ Oui ☐ Non
16. Votre Entourage vous a t il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation de cannabis ? ☐ Oui ☐ Non
17. Avez-vous déjà eu l'impression que vous fumiez Trop de cannabis ? ☐ Oui ☐ Non
18. Avez-vous déjà eu besoin de Cannabis dès le matin pour vous sentir en forme ? ☐ Oui ☐ Non

19. Consommez-vous d'autres produits (cocaïne, héroïne, LSD, ☐ Oui ☐ Non
amphétamines.....)

Quels produits consommez-vous ?

.....
.....
.....
.....

20. Votre consommation est-elle ☐ Occasionnelle ☐ Quotidienne

Dans les deux cas, précisez, en moyenne, la fréquence de votre consommation

.....
.....

CONSOMMATION DE MEDICAMENTS

21. Au moins une prise anxiolytique ou hypnotique sur les 12 derniers mois ? ☐ Oui ☐ Non

Période cumulée de prise (en jours) :

Raison(s) donnée pour la consommation :

☐ Pour calmer dans la journée ☐ Troubles du sommeil

☐ Autre, précisez

Prescription

☐ Médecin généraliste ☐ Psychiatre ☐ Autre, précisez.

ENQUETE DE STRESS PROFESSIONNEL ADAPTEE AUX SAPEURS- POMPIERS

d'après Spielberger (1991)

Voici 53 événements en rapport avec les caractéristiques de votre métier. L'objectif de ce questionnaire est de savoir quelle quantité de stress (**intensité**) vous attribuez à chacun d'entre eux. Pour ce faire, entourez le chiffre qui vous correspond le mieux :

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>	<u>8</u>	<u>9</u>
Niveau 1 de stress	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5	Niveau 6	Niveau 7 de stress	Niveau 8 de stress	Niveau 9 de stress

Niveau faible de stress
stress

Niveau élevé de

Répondez le plus sincèrement possible : il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

Merci pour votre participation

SOURCES DE STRESS PROFESSIONNEL

Quantité de stress

	faible		moyen					fort	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Devoir contenir la colère et/ou l'agressivité d'une victime	1	2	3	4	5	6	7	8	9
2. Collègues ne faisant pas leur travail.....	1	2	3	4	5	6	7	8	9
3. Manque de soutien de la hiérarchie	1	2	3	4	5	6	7	8	9
4. Manque de reconnaissance pour son implication	1	2	3	4	5	6	7	8	9
5. Gravité de l'intervention	1	2	3	4	5	6	7	8	9
6. Supervision inadéquate ou faible.....	1	2	3	4	5	6	7	8	9
7. Personnel insuffisant pour prendre en charge d'une manière adéquate une mission.....	1	2	3	4	5	6	7	8	9
8. Perte de temps.....	1	2	3	4	5	6	7	8	9
9. Prendre des décisions importantes dans l'urgence.....	1	2	3	4	5	6	7	8	9
10. Faire l'objet d'insultes/menaces personnelles sur interventions	1	2	3	4	5	6	7	8	9
11. Doute sur les compétences de ses collègues	1	2	3	4	5	6	7	8	9
12. Soutien insuffisant des collègues	1	2	3	4	5	6	7	8	9
13. Gérer des situations imprévues.....	1	2	3	4	5	6	7	8	9
14. Devoir se contrôler/se contenir face aux insultes sur interventions ...	1	2	3	4	5	6	7	8	9
15. Faire le travail d'un autre collègue	1	2	3	4	5	6	7	8	9
16. Collègues très peu motivés.....	1	2	3	4	5	6	7	8	9
17. Conflits avec d'autres services.....	1	2	3	4	5	6	7	8	9

2^{ème} partie

Pour chacun des événements énoncés, indiquez approximativement à quelle fréquence vous les avez rencontrés au cours des 12 derniers mois (**Fréquence**).

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>	<u>8</u>	<u>9</u>
Très rarement rencontré s	Rarement rencontrés	Très peu rencontré s	Peu rencontré s	Moyenneme nt rencontrés	Parfois rencontré s	Souvent rencontré s	Fréquemment rencontrés	Toujours rencontrés

SOURCES DE STRESS PROFESSIONNEL

Très rarement

Toujours

1.	Devoir contenir la colère et/ou l'agressivité d'une victime	1	2	3	4	5	6	7	8	9
2.	Collègues ne faisant pas leur travail.....	1	2	3	4	5	6	7	8	9
3.	Manque de soutien de la hiérarchie	1	2	3	4	5	6	7	8	9
4.	Manque de reconnaissance pour son implication	1	2	3	4	5	6	7	8	9
5.	Gravité de l'intervention	1	2	3	4	5	6	7	8	9
6.	Supervision inadéquate ou faible.....	1	2	3	4	5	6	7	8	9
7.	Personnel insuffisant pour prendre en charge d'une manière adéquate une mission.....	1	2	3	4	5	6	7	8	9
8.	Perte de temps.....	1	2	3	4	5	6	7	8	9
9.	Prendre des décisions importantes dans l'urgence.....	1	2	3	4	5	6	7	8	9
10.	Faire l'objet d'insultes/menaces personnelles sur interventions	1	2	3	4	5	6	7	8	9
11.	Doute sur les compétences de ses collègues	1	2	3	4	5	6	7	8	9
12.	Soutien insuffisant des collègues	1	2	3	4	5	6	7	8	9
13.	Gérer des situations imprévues.....	1	2	3	4	5	6	7	8	9
14.	Devoir se contrôler/se contenir face aux insultes sur interventions ...	1	2	3	4	5	6	7	8	9
15.	Faire le travail d'un autre collègue	1	2	3	4	5	6	7	8	9
16.	Collègues très peu motivés.....	1	2	3	4	5	6	7	8	9
17.	Conflits avec d'autres services.....	1	2	3	4	5	6	7	8	9

3^{ème} partie

Instructions: Dans toute organisation, il existe des sources de stress relativement uniques à cette organisation. Indiquez, s'il vous plaît, ci-dessous tout événement stressant de votre milieu professionnel qui n'aurait pas été cité précédemment. Pour chaque événement, évaluez le niveau de quantité de stress associé, selon vous, à l'événement en lui attribuant un chiffre de "1" à "9" comme précédemment. Indiquez également le nombre de jours durant lequel vous avez été confronté personnellement à chaque événement.

[illegible][illegible]

SWING (survey work–home interaction-Nijmegen)

Version Française
(Lourel et coll., 2005)

Les faits suivants vous arrivent-ils souvent ?

		Jamais (0)	Parfois (1)	Souvent (2)	Toujours (3)
SW 1	Vous êtes irritable à la maison parce que votre travail est exigeant				
SW 2	Vous trouvez difficile de remplir vos obligations familiales parce que vous êtes toujours en train de penser à votre travail				
SW 3	Vous vous devez d'annuler des rendez-vous avec votre épouse/famille/amis à cause d'engagements professionnels				
SW 4	Vous avez du mal à remplir vos obligations familiales à cause de votre emploi du temps professionnel				
SW 5	Vous n'avez pas suffisamment d'énergie pour faire des activités de loisirs avec votre époux(se)/famille/amis à cause de votre travail				
SW 6	Vous devez travailler si dur qu'il ne vous reste plus de temps pour vos hobbies (passe-temps)				
SW 7	Vous avez du mal à vous détendre à la maison à cause de vos obligations professionnelles				
SW 8	Votre travail vous prend du temps que vous auriez aimé passer avec votre époux(se)/famille/amis				
SW 9	Votre situation familiale vous rend si irritable que vous faites passer vos frustrations sur vos collègues				
SW 10	Vous avez du mal à vous concentrer sur votre travail parce que des problèmes familiaux vous préoccupent				
SW 11	Les problèmes avec votre époux(se)/famille/amis jouent sur votre performance professionnelle				
SW 12	Vous n'avez pas envie de travailler à cause des problèmes avec votre époux(se)/famille/amis				
SW 13	Après une journée/semaine agréable au travail, vous vous sentez plus d'humeur à faire des activités avec votre époux(se)/famille/amis				
SW 14	Vous remplissez mieux vos obligations familiales grâce à ce que vous avez appris dans votre travail				
SW 15	Vous arrivez mieux à tenir vos engagements à la maison parce que votre travail vous le demande aussi				
SW 16	Vous gérez plus efficacement votre temps à la maison grâce à la manière dont vous travaillez				
SW 17	Vos rapports avec votre époux(se)/famille/amis sont meilleurs grâce à ce que vous avez appris dans votre travail				
SW 18	Après avoir passé un agréable week-end avec votre époux(se)/famille/amis, vous vous amusez davantage dans votre travail				
SW 19	Vous prenez vos responsabilités plus au sérieux au travail parce qu'on vous demande la même chose à la maison				
SW 20	Vous arrivez mieux à tenir vos engagements au travail parce qu'on vous demande la même chose à la maison				
SW 21	Vous gérez plus efficacement votre temps au travail parce que vous devez aussi le faire à la maison				
SW 22	Vous avez une plus grande confiance en vous parce que votre vie familiale est bien organisée				

INVENTAIRE DE COPING POUR SITUATIONS STRESSANTES (CISS)

Endler, N. S. et Parker J. D. A. adapté par Rolland J. P. (1994)

Répondez à chacune des modalités suivantes en entourant la réponse qui correspond à votre mode de réaction habituel. Le mode de réponse est une échelle qui va de **1 (Pas du tout)** à **5 (Beaucoup)** en passant par des réponses intermédiaires (**2, 3, 4**) qui vous permettent de nuancer votre réponse.

Dans les situations stressantes, j'ai habituellement tendance à

1. Mieux organiser le temps dont je dispose	1	2	3	4	5
2. Me centrer sur le problème et voir comment je peux le résoudre	1	2	3	4	5
3. Repenser à de bons moments que j'ai connus	1	2	3	4	5
4. Essayer de me retrouver en compagnie d'autres personnes	1	2	3	4	5
5. Me reprocher de perdre du temps	1	2	3	4	5
6. Faire ce que je pense être le mieux	1	2	3	4	5
7. Me tracasser à propos de mes problèmes	1	2	3	4	5
8. Me reprocher de m'être mis dans une telle situation	1	2	3	4	5
9. Faire du « lèche-vitrine », du « shopping »	1	2	3	4	5
10. Définir, dégager mes priorités	1	2	3	4	5
11. Essayer de dormir	1	2	3	4	5
12. M'offrir un de mes plats ou aliments favoris	1	2	3	4	5
13. Me sentir anxieux de ne pas pouvoir surmonter la situation	1	2	3	4	5
14. Devenir très tendu et/ou crispé	1	2	3	4	5
15. Penser à la manière dont j'ai résolu des problèmes similaires	1	2	3	4	5
16. Me dire que cela n'est pas en train de réellement m'arriver	1	2	3	4	5
17. Me reprocher d'être sensible/émotif(ve) face à la situation	1	2	3	4	5
18. Sortir au restaurant ou manger quelque chose	1	2	3	4	5
19. Etre de plus en plus contrarié(e)	1	2	3	4	5
20. M'acheter quelque chose	1	2	3	4	5
21. Déterminer une ligne d'action et la suivre	1	2	3	4	5
22. Me reprocher de ne pas savoir quoi faire	1	2	3	4	5
23. Aller à une soirée, à une « fête » chez des amis	1	2	3	4	5
24. M'efforcer d'analyser la situation	1	2	3	4	5
25. Me bloquer et ne plus savoir quoi faire	1	2	3	4	5
26. Entreprendre sans délai des actions d'adaptation	1	2	3	4	5
27. Réfléchir sur ce qui s'est produit et tirer parti de mes erreurs	1	2	3	4	5
28. Souhaiter pouvoir changer ce qui s'est passé ou ce que j'ai ressenti	1	2	3	4	5
29. Rendre visite à un(e) ami(e)	1	2	3	4	5
30. Me tracasser à propos de ce que je vais faire	1	2	3	4	5
31. Passer un moment avec une personne (intime)	1	2	3	4	5
32. Aller me promener	1	2	3	4	5
33. Me dire que cela ne se reproduira plus jamais	1	2	3	4	5
34. Ressasser mes insuffisances et inadaptations générales	1	2	3	4	5
35. Parler avec quelqu'un dont j'apprécie les conseils	1	2	3	4	5
36. Analyser le problème avant de réagir	1	2	3	4	5
37. Téléphoner à un(e) ami(e)	1	2	3	4	5
38. Me mettre en colère	1	2	3	4	5
39. Ajuster mes priorités	1	2	3	4	5

40.	Voir un film	1	2	3	4	5
41.	Prendre le contrôle de la situation	1	2	3	4	5
42.	Faire un effort supplémentaire pour que les « choses marchent »	1	2	3	4	5
43.	Mettre sur pied un ensemble de solutions différentes au problème	1	2	3	4	5
44.	Trouver un moyen pour ne plus y penser, pour éviter cette situation	1	2	3	4	5
45.	M'en prendre à d'autres personnes	1	2	3	4	5
46.	Profiter de la situation pour montrer ce dont je suis capable	1	2	3	4	5
47.	Essayer de m'organiser pour mieux dominer la situation	1	2	3	4	5
48.	Regarder la télévision	1	2	3	4	5

ECHELLE DE PROVISIONS SOCIALES (EPS)

Nous vous demandons de répondre le plus honnêtement possible au questionnaire suivant ; il s'agit d'évaluer votre niveau d'accord ou de désaccord avec chacun des énoncés. Vous inscrivez sur l'espace adjacent le chiffre qui correspond à votre niveau d'accord.

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses ; lorsque vous y répondrez, essayez de penser aux personnes qui vous entourent.

Fortement en désaccord	En désaccord	D'accord	Fortement en accord
1	2	3	4

1. Il y a des personnes sur qui je peux compter pour m'aider en cas de réel besoin.	1	2	3	4
2. J'ai l'impression que je n'ai aucune relation intime avec les autres.	1	2	3	4
3. Je n'ai personne à qui m'adresser pour m'orienter en période de stress.	1	2	3	4
4. Il y a des personnes qui nécessitent mon aide.	1	2	3	4
5. Il y a des personnes qui prennent plaisir aux mêmes activités sociales que moi.	1	2	3	4
6. Les autres ne me considèrent pas compétent.	1	2	3	4
7. Je me sens personnellement responsable du bien-être d'une autre personne.	1	2	3	4
8. J'ai l'impression de faire partie d'un groupe de personnes qui partagent mes attitudes	1	2	3	4
et mes croyances.	1	2	3	4
9. Je ne crois pas que les autres aient de la considération pour mes aptitudes et habiletés.	1	2	3	4
10. Si quelque chose allait mal, personne ne viendrait à mon aide.	1	2	3	4
11. J'ai des personnes proches de moi qui me procurent un sentiment de sécurité affective et de bien-être.	1	2	3	4
12. Il y a quelqu'un avec qui je pourrais discuter de décisions importantes qui concernent ma vie.	1	2	3	4
13. J'ai des relations où sont reconnus ma compétence et mon savoir-faire.	1	2	3	4
14. Il n'y a personne qui partage mes intérêts et mes préoccupations.	1	2	3	4
15. Il n'y a personne qui se fie réellement sur moi pour son bien-être.	1	2	3	4
16. Il y a une personne fiable à qui je pourrais faire appel pour me conseiller si j'avais des problèmes.	1	2	3	4
17. Je ressens un lien affectif fort avec au moins une autre personne.	1	2	3	4
18. Il n'y a personne sur qui je peux compter pour de l'aide si je suis réellement dans le besoin.	1	2	3	4
19. Il n'y a personne avec qui je me sens à l'aise pour parler de mes problèmes.	1	2	3	4
20. Il y a des gens qui admirent mes talents et habiletés.	1	2	3	4
21. Il me manque une relation d'intimité avec quelqu'un.	1	2	3	4
22. Personne n'aime faire les mêmes activités que moi.	1	2	3	4
23. Il y a des gens sur qui je peux compter en cas d'urgence.	1	2	3	4
24. Plus personne ne nécessite mes soins ou mon attention désormais.	1	2	3	4

MESURE DE STRESS

MSP-25 B

Lemyre, Teissier & Fillion (1990)

Après chaque item, encerclez le chiffre de 1 à 8 en indiquant jusqu'à quel degré l'item vous décrit bien dernièrement, c'est-à-dire depuis les 30 derniers jours.

Les chiffres de 1 à 8 signifient

1	2	3	4	5	6	7	8
Pas du tout	Pas vraiment	Très peu	Un peu	Plutôt oui	Passablement	Beaucoup	Enormément

DERNIEREMENT, C'EST-A-DIRE EN PENSANT AUX 30 DERNIERS JOURS

	Pas du tout	Pas vraiment	Très peu	Un peu	Plutôt oui	Passablement	Beaucoup	Enormément
Je me sens débordé-e, dépassé-e, surchargé-e	1	2	3	4	5	6	7	8
Je suis préoccupé-e par ce qui va arriver le lendemain	1	2	3	4	5	6	7	8
J'ai le visage (front, sourcils ou lèvres) crispé, froncé, tendu	1	2	3	4	5	6	7	8
Je cherche l'heure constamment, je regarde souvent ma montre ou demande l'heure.	1	2	3	4	5	6	7	8
Je suis irritable, j'ai les nerfs à fleur de peau, je m'impatiente contre les gens et les choses.	1	2	3	4	5	6	7	8
J'ai de la difficulté à digérer, j'ai mal à l'estomac, je me sens comme un nœud à l'estomac.	1	2	3	4	5	6	7	8
Je suis découragé-e, déprimé-e, dépressif-ve.	1	2	3	4	5	6	7	8
Je me ronge les ongles ou me mange la peau autour des doigts ou me mords les lèvres et l'intérieur des joues.	1	2	3	4	5	6	7	8
J'ai les mains moites ou je transpire beaucoup, (sue des aisselles, des pieds, etc...)	1	2	3	4	5	6	7	8
Je vois la vie comme étant simple et facile.	1	2	3	4	5	6	7	8
J'ai le cœur qui bat vite ou qui bat irrégulièrement.	1	2	3	4	5	6	7	8
Je marche vite.	1	2	3	4	5	6	7	8
Je suis brusque dans mes comportements, je bouge rapidement et sèchement.	1	2	3	4	5	6	7	8
Je suis inefficace, inadéquat-e.	1	2	3	4	5	6	7	8
J'ai les muscles tendus ou qui tremblent, ou je ressens des raideurs musculaires.	1	2	3	4	5	6	7	8
J'ai l'impression de perdre le contrôle	1	2	3	4	5	6	7	8

	Pas du tout	Pas vraiment	Très peu	Un peu	Plutôt oui	Passablement	Beaucoup	Enormément
Je suis agressif-ve.	1	2	3	4	5	6	7	8
J'évite les contacts sociaux ou je ne fais plus de hobby, de sorties, d'activités socio-culturelles, je m'isole, je me retire.	1	2	3	4	5	6	7	8
J'ai la respiration courte, saccadée, limitée, rapide.	1	2	3	4	5	6	7	8
J'ai l'impression que chaque chose me demande un effort considérable.	1	2	3	4	5	6	7	8
Je me sens plein-e d'énergie, en forme.	1	2	3	4	5	6	7	8
Je mange vite, j'avale mon repas en moins de 15 minutes.	1	2	3	4	5	6	7	8
Je suis stressé-e.	1	2	3	4	5	6	7	8
Je suis malhabile, je fais des gaffes : j'échappe des choses, j'ai des incidents divers.	1	2	3	4	5	6	7	8
Je suis détendu-e.	1	2	3	4	5	6	7	8

ECHELLE HAD
de ZIGMOND A.S. et SNAITH R.P.
Traduction française : J.P. LEPINE

Ce questionnaire porte sur les émotions que vous avez ressenties. Lisez attentivement chaque série de questions et **soulignez** la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé **au cours du mois qui vient de s'écouler**. Ne vous attardez pas sur la réponse à faire: votre réaction immédiate à chaque question fournira probablement une meilleure indication de ce que vous éprouvez, qu'une réponse longuement méditée

Je me sens tendu ou énervé :

- 3 La plupart du temps
- 2 Souvent
- 1 De temps en temps
- 0 Jamais

Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :

- 3 Oui, tout autant
- 2 Pas autant
- 1 Un peu seulement
- 0 Presque plus

J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :

- 3 Oui, très nettement
- 2 Oui, mais ce n'est pas trop grave
- 1 Un peu, mais cela ne m'inquiète pas
- 0 Pas du tout

Je ris facilement et vois le bon côté des choses :

- 3 Autant que par le passé
- 2 Plus autant qu'avant
- 1 Vraiment moins qu'avant
- 0 Plus du tout

Je me fais du souci :

- 3 Très souvent
- 2 Assez souvent
- 1 Occasionnellement
- 0 Très occasionnellement

Je suis de bonne humeur :

- 3 Jamais

- 2 Rarement
- 1 Assez souvent
- 0 La plupart du temps

Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté :

- 3 Oui, quoi qu'il arrive
- 2 Oui, en général
- 1 Rarement
- 0 Jamais

J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :

- 3 Presque toujours
- 2 Très souvent
- 1 Parfois
- 0 Jamais

J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :

- 3 Jamais
- 2 Parfois
- 1 Assez souvent
- 0 Très souvent

Je ne m'intéresse plus à mon apparence :

- 3 Plus du tout
- 2 Je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais
- 1 Il se peut que je n'y fasse plus autant attention
- 0 J'y prête autant d'attention que par le passé

J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place :

- 3 Oui, c'est tout-à-fait le cas
- 2 Un peu
- 1 Pas tellement
- 0 Pas du tout

Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses :

- 3 Autant qu'avant
- 2 Un peu moins qu'avant
- 1 Bien moins qu'avant
- 0 Presque jamais

J'éprouve des sensations soudaines de panique :

- 3 Vraiment très souvent

- 2 Assez souvent
- 1 Pas très souvent
- 0 Jamais

Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou de télévision :

- 3 Souvent
- 2 Parfois
- 1 Rarement
- 0 Très rarement

Maintenant vérifiez que vous avez répondu à toutes les questions.

QUESTIONNAIRE D'ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

Post-traumatic CheckList Survey (PCL-S)

Instructions

Veillez trouver ci-dessous une liste de problèmes et de symptômes fréquents à la suite d'un épisode de vie traumatique. Veillez lire chaque problème avec soin puis veuillez entourer un chiffre à droite pour indiquer à quel point vous avez été perturbé par ce problème dans le mois précédent.

L'évènement stressant que vous avez vécu était (décrivez-le en une phrase) :

.....

.....

.....

Date de l'évènement

.....

	pas du tout	un peu	parfois	souvent	Très souvent
1. Etre perturbé(e) par des souvenirs, des pensées ou des images en relation avec cet épisode stressant.	1	2	3	4	5
2. Etre perturbé(e) par des rêves répétés en relation avec cet évènement.	1	2	3	4	5
3. Brusquement agir ou sentir comme si l'épisode stressant se reproduisait (comme si vous étiez en train de le revivre).	1	2	3	4	5
4. Se sentir très bouleversé(e) lorsque quelque chose vous rappelle l'épisode stressant.	1	2	3	4	5
5. Avoir des réactions physiques, par exemple, battements de coeur, difficultés à respirer, sueurs lorsque quelque chose vous a rappelé l'épisode stressant	1	2	3	4	5
6. Eviter de penser ou de parler de votre épisode stressant ou éviter des sentiments qui sont en relation avec lui.	1	2	3	4	5
7. Eviter des activités ou des situations parce qu'elles vous rappellent votre épisode stressant.	1	2	3	4	5
8. Avoir des difficultés à se souvenir de parties importantes de l'expérience stressante.	1	2	3	4	5
9. Perte d'intérêt dans des activités qui habituellement vous faisaient plaisir.	1	2	3	4	5
10. Se sentir distant ou coupé(e) des autres personnes.	1	2	3	4	5
11. Se sentir émotionnellement anesthésié(e) ou être incapable d'avoir des sentiments d'amour pour ceux qui sont proches de vous.	1	2	3	4	5
12. Se sentir comme si votre avenir était en quelque sorte raccourci.	1	2	3	4	5
13. Avoir des difficultés pour vous endormir ou rester endormi(e).	1	2	3	4	5
14. Se sentir irritable ou avoir des bouffées de colère.	1	2	3	4	5
15. Avoir des difficultés à vous concentrer.	1	2	3	4	5
16. Etre en état de super-alarme, sur la défensive, ou sur vos gardes.	1	2	3	4	5
17. Se sentir énervé(e) ou sursauter facilement.	1	2	3	4	5

QUESTIONNAIRE D'USURE PROFESSIONNELLE*

Maslach Burnout Inventory (MBI)

Indiquez la **fréquence** avec laquelle vous **ressentez** ce qui est **décrit** à chaque ligne et **entourez** le chiffre correspondant à votre réponse :

0 : Jamais

1 : Quelques fois par année

2 : Moins d'une fois par mois

3 : Quelques fois par mois

4 : Une fois par semaine

5 : Quelques fois par semaine

6 : Tous les jours

	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>
Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail							
Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail							
Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail							
Je peux comprendre facilement ce que les victimes ressentent							
Je sens que je m'occupe de certaines victimes de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets							
Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort							
Je m'occupe très efficacement des problèmes des victimes que je rencontre							
Je sens que je craque à cause de mon travail							
J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens							
Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail							
Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement							
Je me sens plein(e) d'énergie							
Je me sens frustré(e) par mon travail							
Je sens que je m'investis trop, que je travaille « trop dur » dans mon travail							
Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive aux victimes que je rencontre							
Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop							
J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec les victimes.							
Je me sens ragaillardi(e) lorsque j'ai été proche des victimes que j'ai rencontrées dans mon travail							
J'ai accompli plusieurs choses utiles dans mon travail							
Je me sens au bout du rouleau							
Dans mon travail, je règle les problèmes émotionnels très calmement							
J'ai l'impression que les victimes me rendent responsable de certains de leurs problèmes							

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

PROFESSIONNELLE

Vous allez lire une succession de phrases concernant votre satisfaction au travail. Veuillez entourer le chiffre qui représente le mieux votre opinion. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Merci

1	2	3	4	5
Absolument faux	Probablement ou en grande partie faux	Ni vrai ni faux, ou les deux	Probablement ou en grande partie vrai	Absolument vrai

1.	Dans mon entreprise, la communication me semble bonne.	1	2	3	4	5
2.	Mon supérieur est compétent dans le travail qu'il fait.	1	2	3	4	5
3.	J'ai trop de travail à accomplir.	1	2	3	4	5
4.	Ma vie professionnelle correspond à mes idéaux.	1	2	3	4	5
5.	Je pense être payé(e) convenablement pour le travail que je fais.	1	2	3	4	5
6.	Les tâches que je réalise dans ma profession me plaisent.	1	2	3	4	5
7.	Je suis fier(e) de mon emploi.	1	2	3	4	5
8.	J'apprécie mon supérieur.	1	2	3	4	5
9.	Mon travail est sans signification.	1	2	3	4	5
10.	Il y a trop de tension dans mon entreprise.	1	2	3	4	5
11.	Mon supérieur est injuste avec moi.	1	2	3	4	5
12.	J'apprécie mes collègues.	1	2	3	4	5
13.	Quand je fais un bon travail, je reçois la reconnaissance que je mérite.	1	2	3	4	5
14.	Je m'ennuie à mon travail.	1	2	3	4	5
15.	Jusqu'à maintenant, professionnellement, j'ai eu les choses que je voulais.	1	2	3	4	5
16.	Travailler en équipe est attrayant et enrichissant.	1	2	3	4	5
17.	A mon travail, je suis reconnu(e) à ma juste valeur.	1	2	3	4	5
18.	J'aime parler de mon travail avec mes amis et ma famille.	1	2	3	4	5
19.	Je pense que les informations circulent bien dans mon entreprise.	1	2	3	4	5
20.	Mon supérieur fait un travail inachevé par manque de compétence.	1	2	3	4	5
21.	Je pense obtenir un meilleur poste dans mon organisation.	1	2	3	4	5
22.	Mon entreprise m'aide à réaliser un bon travail.	1	2	3	4	5
23.	Mon salaire ne correspond pas à mon travail.	1	2	3	4	5

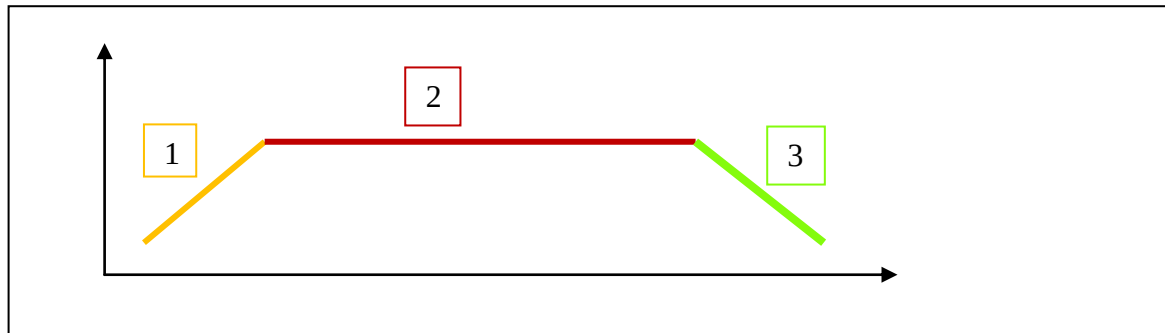
ANNEXE 9/ PROGRAMME DE PREVENTION : SUPPORT SPP

1.1. LE STRESS

10. DEFINITION

Le stress est une réaction normale de l'organisme. Il est un syndrome général d'adaptation puisqu'il vous permet de vous adapter aux situations nouvelles.

11. FONCTIONNEMENT DU STRESS EN STADES



1 : Stade d'alarme : le corps se prépare à l'action.

2 : Stade de Résistance ou l'adaptation : permet de préserver l'organisme de l'épuisement pour faire face à la situation.

3 : Stade d'épuisement : L'organisme ne parvient plus à mobiliser ses ressources et s'épuise.

12. LE DOSAGE DU STRESS ET SES REPERCUSSIONS

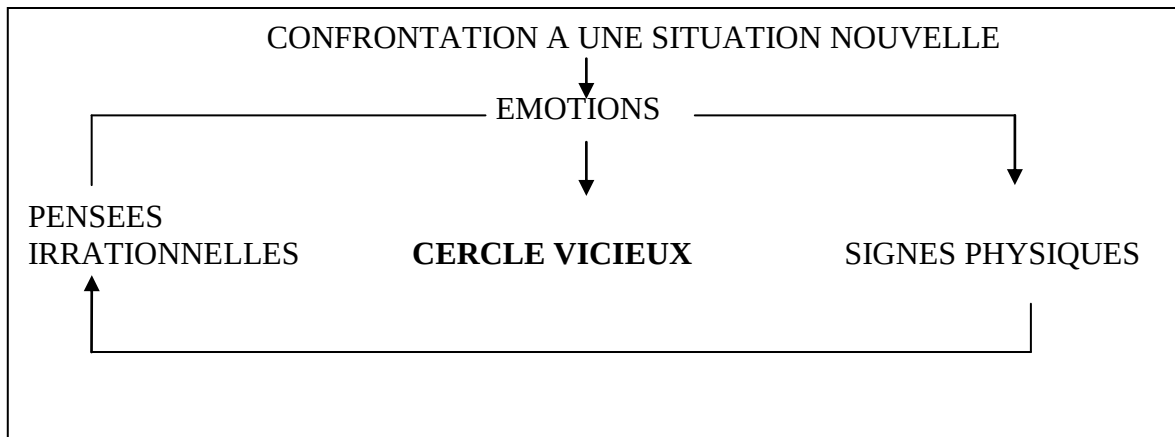
A DOSE MODEREE : ZONE OPTIMALE DE CONFORT

- Il vous permet de vous concentrer et de vous focaliser sur votre objectif ;
- Il favorise le recours à l'action.

A DOSE FAIBLE ou FORTE

- Il sature vos possibilités d'action ;
- Il peut provoquer de l'usure, de la fatigue, de l'irritabilité ;
- Il peut vous provoquer des symptômes physiques...

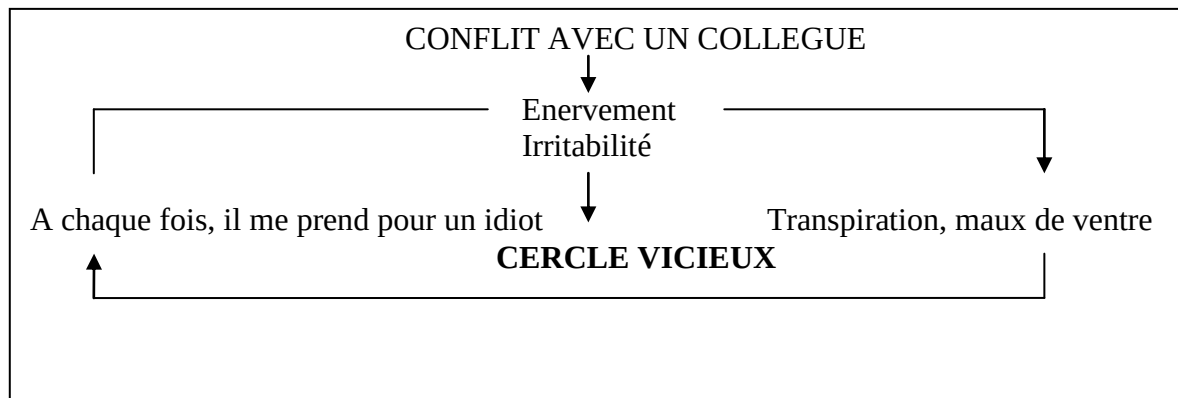
13. MECANIQUE DU STRESS



Lorsque le stress pose problème, c'est souvent parce qu'il nous enferme dans un cercle vicieux.

En effet, les pensées vont influencer nos émotions qui à leur tour vont créer des signes physiques.

Exemple de situation :



Lorsque l'on se réfère aux situations stressantes, on parle de situations provoquant un certain sentiment d'inconfort se traduisant par exemple par de l'énervement de l'agacement des difficultés de concentration.

Repérer ce qu'il se passe en vous lors de ces situations va vous permettre de mieux vous connaître mais également de mieux cerner le mécanisme du stress.

EXERCICE MAISON

Continuez à vous entraîner chez vous comme ce qui a été fait en groupe. Pour ce faire remplissez le tableau suivant avec 3 situations au moins.

SITUATION	EMOTIONS (Ce que je ressens)	SENSATIONS PHYSIQUES (Ce qui se passe à l'intérieur de moi)	PENSEES (Ce que je me dis)

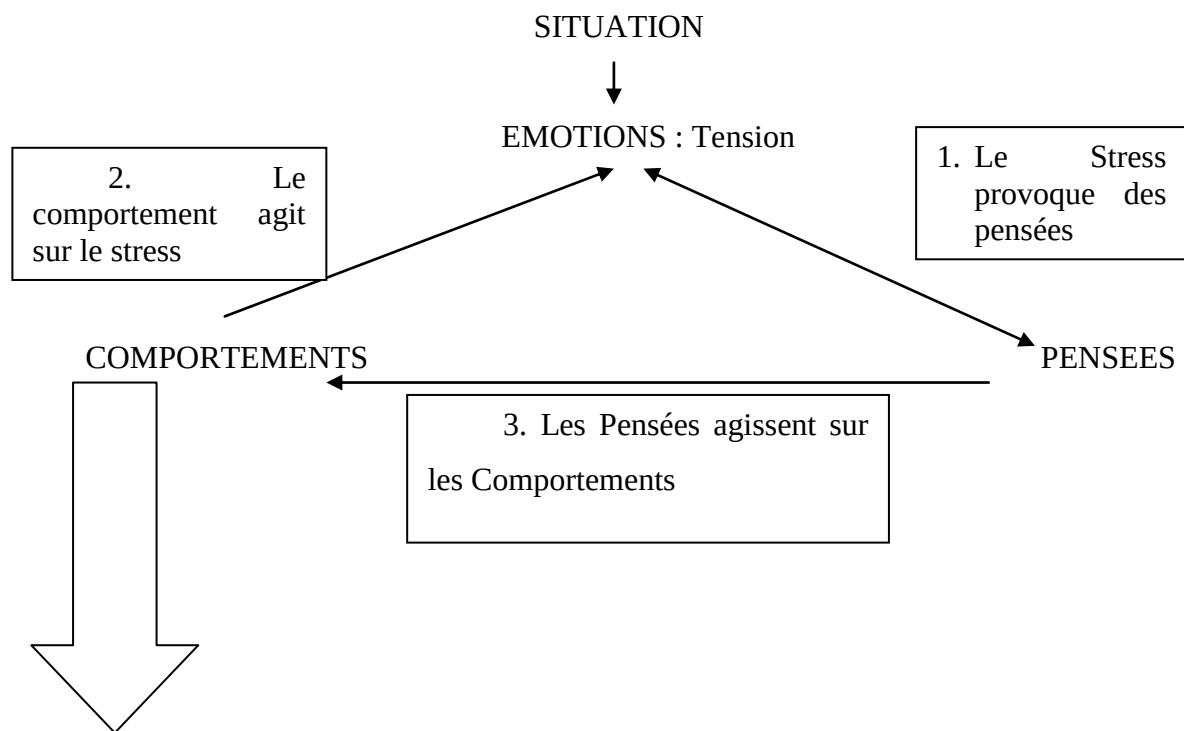
14. SESSION 2 : APPROCHE COGNITIVE ET COMPORTEMENTALE

DU STRESS

A partir de l'évaluation que vous ferez de la situation, vous analyserez si oui ou non vous pouvez agir sur cette dernière.

Dans le cas où vous pourrez agir, votre stress sera modéré. Néanmoins, dans d'autres situations, vous pourrez avoir l'impression que vous n'avez pas suffisamment de ressources pour agir sur la situation.

Afin de mieux comprendre ces situations, enquêtez sur ce qu'il se passe en vous



COMMENT REPONDEZ-VOUS A LA SITUATION ?
QUELS SONT VOS COMPOTEMENTS ?
SONT-ILS EFFICACES ET REDUISENT-ILS VOTRE SENTIMENT D'INCONFORT ?

⇒ Si ce n'est pas le cas, posez-vous les questions suivantes

Dans les deux cas, n'oubliez pas que le SOUTIEN SOCIAL reste une valeur sûre et efficace !

TRAVAIL A LA MAISON

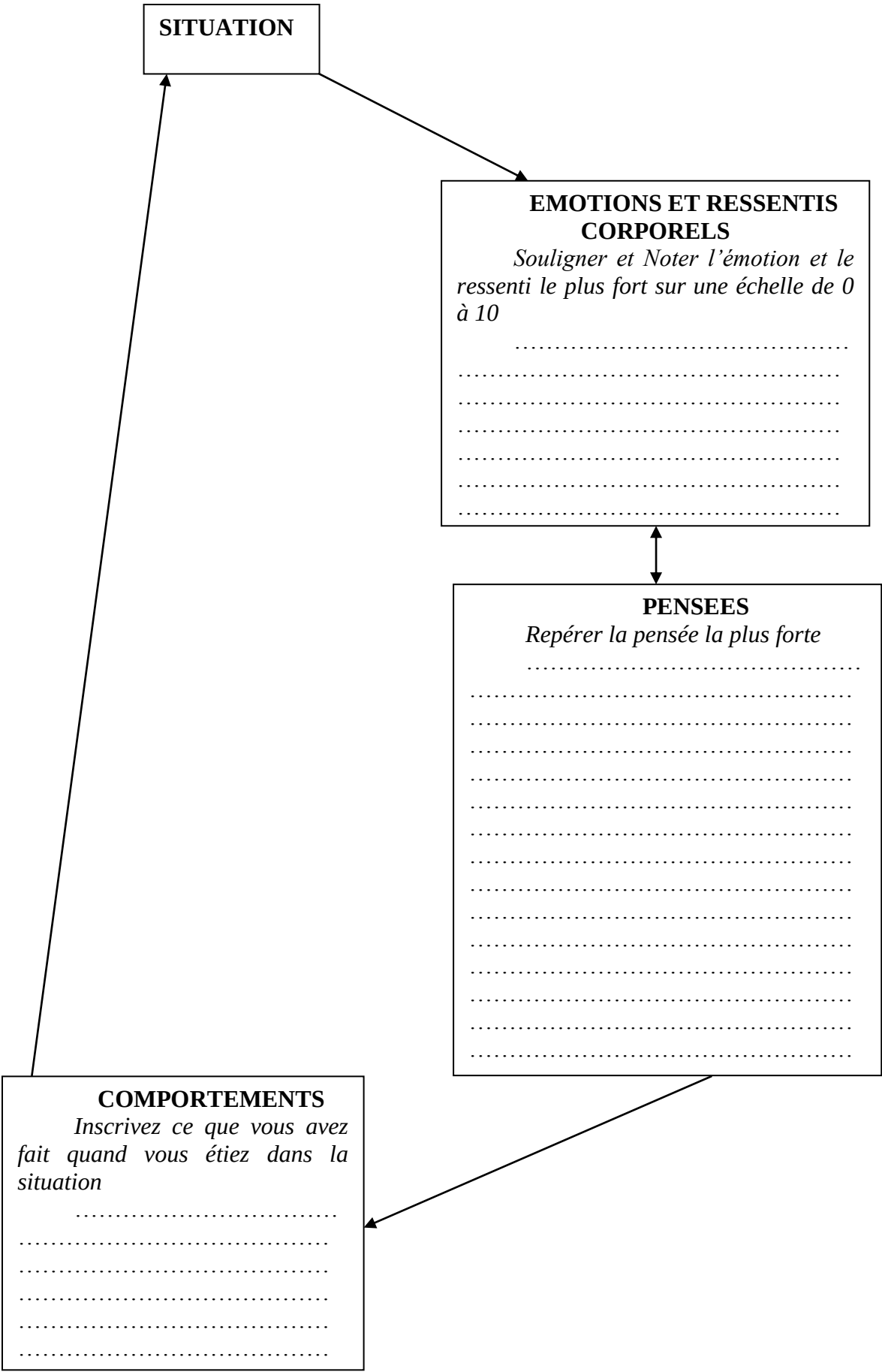
Faites une Analyse Fonctionnelle complète (cf Exercice 1) concernant les situations quotidiennes vécues dans la semaine ;

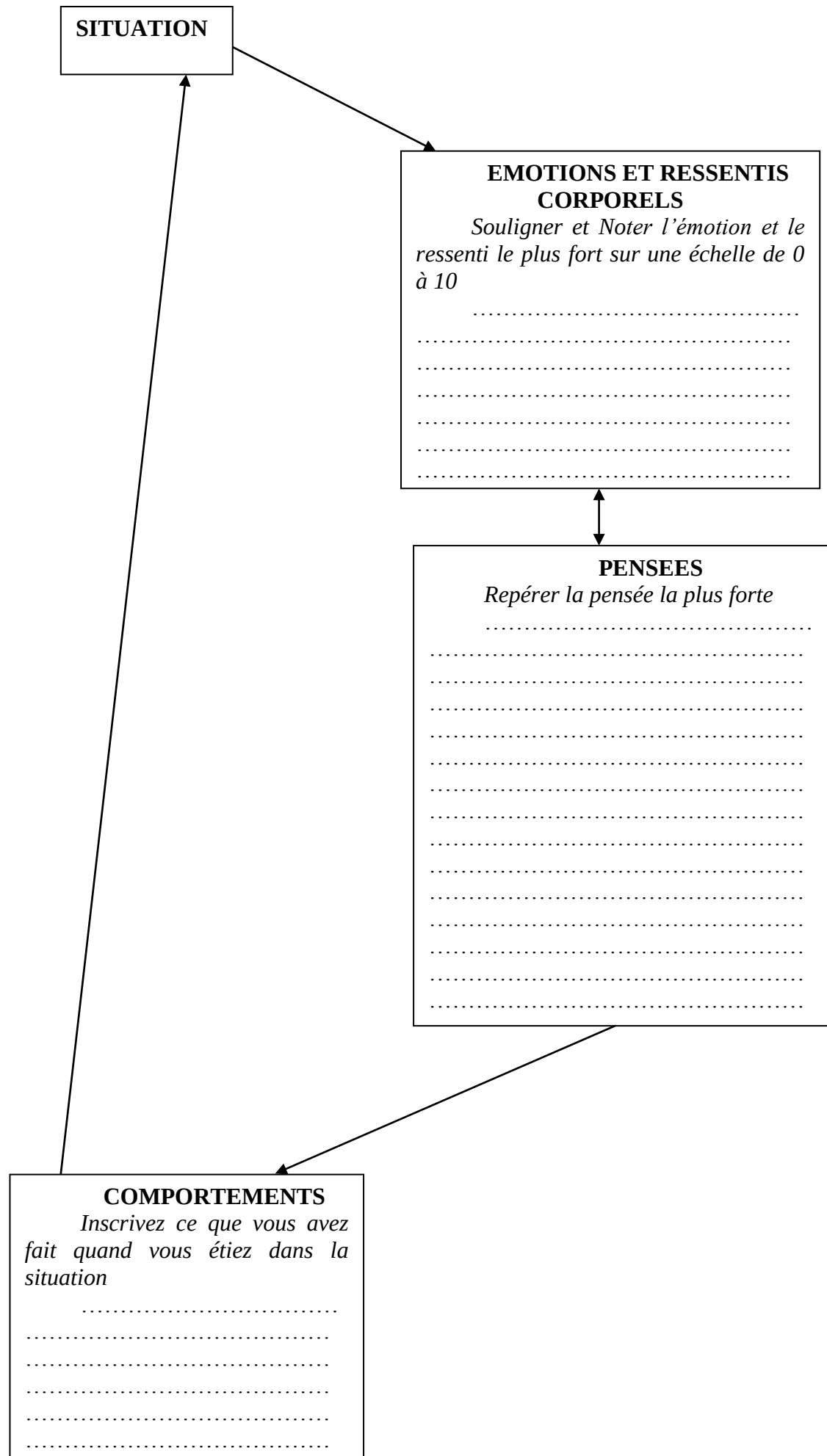
En vous référant à la liste des stratégies d'adaptation, identifiez vos comportements (description + coping associé)

Inscrivez si la situation est une Réussite ou un Echec pour vous. Dans le cas où il y a échec, reprenez la situation et analysez les comportements qui auraient pu vous aider.

Une fois l'analyse faite, réexposez-vous à la situation. Pour ce faire, faites une liste des situations stressantes vécues et cotez les en fonction de votre ressenti d'inconfort (0 à 10) et commencez par les situations les plus simples donc les moins inconfortables.

Faites une fois par jour l'exercice du contrôle respiratoire





15. SESSION 3 : TRAVAILLER SUR SES PENSEES

Notre perception des choses dépend de notre système de croyances. Ces croyances sont pour nous des postulats pouvant porter sur

- Soi : « Je ne dois pas me laisser faire », « Je dois être le meilleur »
- Les Autres : « Mes supérieurs pensent que je suis bêtes, je dois leur prouver qu'ils ont tort »
- L'environnement : « Du fait de notre métier, les gens se doivent d'être toujours courtois avec nous », « Mon salaire doit être à la hauteur de mon implication ».

Au quotidien, nous produisons **des Pensées automatiques, qui sont des interprétations de notre vécu.**

A partir du moment où elles sont sources d'inconfort, alors on parle de Pensées bloquantes. Elles sont la conséquence des Distorsions Cognitives ou erreurs d'analyse :

- ***Conclusion sans preuve*** : Dans une situation précise, vous imaginez ce qui va se passer sans avoir de certitude par rapport à cela
Ex : Je suis sûr que je vais encore me faire avoir pour remplacer mon collègue ;
- ***Généralisation*** : à partir d'une situation, vous considérez que tout ce qui surviendra sera pareil
Ex : J'ai oublié de vérifier s'il restait des compresses dans le VSAV : je fais mal mon travail et si ça trouve à chaque fois il en manque à cause de moi.
- ***Raisonnement tout ou rien*** : c'est blanc ou noir. Il n'y a pas de nuances
Ex : Je ferai mieux de laisser tomber le concours d'officier car à chaque fois, je le rate
- ***Maximalisation du négatif ou minimalisation du positif*** : on met en avant le négatif en laissant de côté le positif
Ex : Je ne fais que des erreurs d'étourderie dans mes rapports
- ***Personnalisation*** : vous considérez que vous êtes le seul responsable de la situation
Ex : C'est de ma faute, si on n'a pas pu sauver la victime.

SOLUTION : Trouver des Pensées Alternatives. Ces pensées ont la particularité d'être moins rigides que les pensées bloquantes.

Les techniques pour créer ces pensées alternatives sont de se poser les questions suivantes

- Qu'est-ce que mon collègue aurait fait dans pareille situation ? ;
- Qu'est-ce que votre amie vous dirait ?
- Qu'est-ce que vos amis vous diraient ?
- Imaginons un ami vient vous voir avec un problème analogue, que lui conseilleriez-vous ?

MAISON

Continuer les exercices faits en cours chez vous. Pour ce faire, remplissez le tableau suivant

SITUATION	EMOTIONS CE QUE JE RESSENS	PENSEES AUTOMATIQUES QUE JE ME DIS	TYPES DE DISTORSIONS	PENSEES ALTERNATIVES	CE QUE JE RESSENS SUITE A L'ELABORATION DE PENSEES ALTERNATIVES ^A

^A L'émotion que vous noterez de nouveau, sera celle que vous avez évaluée comme la plus douloureuse avant la mise en place de pensées alternatives.

Faites 1 fois par jour l'exercice de contrôle respiratoire.

16. SESSION 4 : LA COMMUNICATION

Savoir communiquer permet de réduire toute source d'incompréhension, de conflit ou d'inconfort. Bien des personnes entrent en conflit avec autrui à cause de maladresse, de quiproquos, de gêne ressentie.

17. POINTS CLES DE LA COMMUNICATION

- Savoir communiquer, c'est savoir identifier les différents signaux (verbaux et non verbaux)
- Montrer que vous écoutez l'autre : écoute active, questions ouvertes et reformulation
- Communiquer, c'est s'impliquer : utilisation principale du « je »
- Exprimer ses émotions

- Expression non verbale sans prise de conscience : hausser le ton, rougir...
→ PB : vous subissez vos émotions plutôt que de vous en servir comme levier.
- Expression non verbale avec prise de conscience
→ PB : la garder en soi fait qu'elle s'accumule.
- Expression verbale « je suis en colère »
La verbaliser réduit son intensité sur le plan physique.

- Savoir communiquer, c'est être affirmé

Communiquer est une transaction, un échange dans le respect mutuel. Respect mutuel possible même lorsque l'on se sent attaqué, critiquer...

- Faire une demande

D : je m'assure de la disponibilité de l'autre

J : emploi du « JE » pour s'exprimer

E : utilisez l'Empathie en tenant compte de l'autre

E : formulez vos émotions et celles de l'autre

P : soyez précis et concis dans vos demandes

P : soyez persistant en utilisant le disque rayé (se répéter) : ne pas trop se justifier

- Dire Non

N : Dire non d'emblée

N : Répéter Non

E : Soyez empathique

E : Exprimez ses émotions négatives

S : Mettre fin à la discussion

- Faire une critique

D : Décrire

E : Emotion

S : Solution

C : Conséquence pour vous si une solution est trouvée

- **Recevoir une critique**

Critique justifiée

Reconnaître son erreur ou le reproche s'il est vrai

Reconnaître les conséquences pour l'autre

Exprimer son intention de changer ou pas

- **Critique vague**

Faire une enquête en utilisant des questions ouvertes et la reformulation afin d'avoir tous les éléments en main pour y répondre. Reformulez la critique pour vous assurer de la réception du message.

Si elle est justifiée : cf ci-dessus

- **Critique injustifiée**

Faire une enquête

Soit la critique est un prétexte pour vous attaquer personnellement ou pour car la personne n'a pas digéré un fait passé

Refusez la critique

Faire une critique à son tour

Faire une enquête

SI LA PERSONNE EST EN COLERE

Restez calme et à l'écoute, s'enlever risque d'envenimer les choses

Exprimez vos émotions

Dites votre refus concernant ce comportement

Soit la personne se calme et vous pourrez commencer à discuter

Soit elle est encore en colère, donc différez.

18. PREVENIR SON RETOUR

Retenez que le stress c'est la vie ! A certain moment, toute personne n'est pas à l'abri de ressentir un stress important.

Eliminer le stress n'est pas possible tandis que le gérer l'est.

Au quotidien, vous pourrez ressentir un stress important. Dans ce cas, posez-vous les questions suivantes

QUELLES SONT LES CAUSES POSSIBLES DE MON STRESS ?

- 1] Les Pensées,
- 2] Les émotions,
- 3] L'hygiène de vie,
- 4] Le manque de sommeil,
- 5] Le manque de temps,
- 6] Les rapports aux autres,
- 7] Le manque de contrôle sur ce qu'il se passe dans notre vie

COMMENT PUIS-JE AGIR DESSUS ?

- 1] Pensées : trouver des pensées alternatives.

⇒ Dans une situation similaire et qu'un proche venait me voir, qu'est-ce que je lui conseillerais ?

⇒ Que me conseilleraient mes amis si je leur demandais leur avis ?

- 2] Les émotions : détendez-vous ? Prenez le temps de vous relaxer ou de diminuer la tension en allant faire du sport par exemple.
- 3] L'hygiène de vie : veillez à avoir une alimentation équilibrée, à faire du sport, à voir des amis...
- 4] Le manque de sommeil : la sieste est possible ou veillez à dormir suffisamment
- 5] Le manque de temps : il est souvent lié à une mauvaise évaluation. On pense pouvoir faire les choses mais on ne prévoit pas les contretemps. Pensez à planifier vos tâches dans les limites du raisonnable. Pour ce faire, apprenez à analyser le temps que vous prenez pour faire les choses et par la suite organisez-vous.
- 6] Les rapports aux autres : on ne peut ni plaire, ni aimer tout le monde. Par contre, des rapports cordiaux ont l'avantage de réduire les conflits (ATTENTION AUX EMOTIONS DANS CE CAS). Pensez aux techniques de communication assertive.
- 7] Le manque de contrôle : toute situation ne dépend pas de soi. L'accepter, c'est réduire la tension.

ANNEXE 10 / LISTE DES EMOTIONS-SUPPORT DE TRAVAIL SPP

TRANQUILITE									
A l'aise	absorbé	adouci	aimant	alerte	apaisé	assouvi	attendri	attentif	calme
comblé	compatissant	compréhensif	concentré	concerné	conciliant	confiant	confortable	conforté	consolé
cool	d'humeur amicale	d'humeur insouciant	décontracté	décripé	délassé	détaché	détendu	déterminé	égal
empli de bienveillance	empli de tendresse	empressé	en confiance	en paix	encouragé	épanoui	équilibré	éveillé	fortifié
gonflé à bloc	imperturbable	impliqué	incrédule	inébranlable	insouciant	inspiré	intéressé	léger	libéré
libre	mobilisé	ouvert	paisible	peinard	plein d'amour	plein d'aplomb	plein d'assurance	plein d'empathie	plein d'énergie
plein de chaleur	plein de compassion	plein de douceur	plein de gratitude	plein de persévérance	plein de pitié	plein de quiétude	plein de sympathie	plein de tendresse	posé
présent	proche	quiet	radouci	raffermi	rafraîchi	ragaillardi	rassasié	rassuré	réchauffer le coeur
réconforté	régénéré	regonflé	relâché	relax	relaxé	remonté	renforcé	reprendre haleine	résolu
rester de marbre	revigoré	satisfait	sceptique	sécurisé	sensibilisé	sensible	serein	soulagé	stable
stimulé	sûr de soi	tranquille	zen						

SURPRISE									
agité	ahuri	avoir le souffle coupé	bluffé	choqué	confus	débordé	déboussolé	déconcerté	décontenancé
dérangé	dérouté	désarçonné	désemparé	désorienté	déstabilisé	distrait	ébahi	effaré	égaré
embarrassé	embrouillé	Emotionné	ému	engourdi	épaté	estomaqué	étonné	étourdi	figé
stupéfié	hésitant	impressionné	indécis	interpellé	intrigué	perplexe	pétrifié	pris au dépourvu	pris de court
renversé	rester bouche bée	retourné	saisi	scotché	secoué	sidéré	soufflé	stupéfait	surpris
tomber des nues	touché	troublé	vide						

JOIE									
admiratif	amusé	béat	bienheureux	bouleversé	captivé	charmé	comblé	content	curieux
d'humeur câline	d'humeur enjouée	d'humeur expansive	d'humeur pétillante	d'humeur rieuse	de bonne humeur	égayé	émerveillé	ému	en pleine forme
enchanté	enjoué	enthousiaste	épanoui	épaté	euphorique	exalté	excité	fasciné	fier
fou de joie	gai	heureux	hilaré	joyeux	optimiste	passionné	plein d'acharnement	plein d'ardeur	plein d'effervescence
plein d'élan	plein d'émoi	plein d'entrain	plein d'espoir	plein de courage	plein d'énergie	plein de fièvre	plein de fougue	plein de gratitude	plein de hâte
plein de ténacité	plein de vie	plein de vivacité	radieux	ravi	rayonnant	remonté	rempli de bonheur	riant	satisfait
stimulé	submergé de joie	surexcité	survolté	touché	troublé	vif	vivant		

TRISTESSE PEURS									
à bout	abattu	accablé	affecté	affligé	anesthésié	assommé	atterré	attristé	avoir de la peine
avoir le cafard	avoir le cœur gros	avoir le cœur lourd	avoir le cœur serré	baisser les bras	Bouleversé	broyer du noir	cafardeux	chagriné	consterné
contrarié	coupable	d'humeur chagrine	d'humeur noire	de mauvaise humeur	déchiré	découragé	déçu	démoralisé	démotivé
dépité	déprimé	désabusé	désappointé	désespéré	désenchanté	désillusionné	désolé	ébranlé	embêté
ému	en avoir gros sur le cœur	en désarroi	ennuyé	éteint	étourdi	frappé	honteux	inconfortable	insatisfait
lourd	lugubre	mal à l'aise	malheureux	maussade	mécontent	mélancolique	misérable	morne	morose
mortifié	navré	nostalgique	paumé	peiné	penaud	perturbé	pessimiste	plein de regret	plombé
préoccupé	prostré	réduit au désespoir	résigné	saisi	sans entrain	secoué	sombre	soucieux	submergé
surmené	terrassé	tourmenté	tracassé	traumatisé	triste	troublé			

DEGOUT ET COLERE									
dégoûté	écœuré	rempli de répulsion	révulsé	soulever le coeur	à bout	à cran	acariâtre	acerbe	agacé
agité	amer	blessé	bouillonnant	choqué	coléreux	contracté	contrarié	crispé	d'humeur acariâtre
dédaigneux	défiant	dérangé	échauffé	emporté	en avoir assez	en avoir marre	en avoir par dessus la tête	en colère	énervé
entêté	envieux	éperdu	être à bout de nerf	exalté	exaspéré	excédé	excité	fâché	froissé
frustré	garder rancune	grincheux	grognon	haineux	hargneux	hérissé	heurté	horripilé	impatient
indigné	irascible	irrité	jaloux	mal disposé	mécontent	méfiant	nerveux	offusqué	ombrageux
outré	piqué au vif	plein d'aigreur	plein d'animosité	plein d'aversion	rebuté	refroidi	rembruni	remonté	renfermé
révolté	scandalisé	sombre	soupçonneux	sur les nerfs	surexcité	survolté	susceptible	suspicieux	tendu
tourmenté	tracassé	ulcéré	vexé						

FUREUR ET PEUR									
enragé	fou furieux	furax	furibond	furieux	hors de soi	ivre de rage	poussé à bout	affolé	alarmé
angoissé	anxieux	apeuré	aux abois	avide	avoir des sueurs froides	blindé	bloqué	chaviré	circonspect
coupable	craintif	déchiré	effarouché	effrayé	embarrassé	en alerte	en désarroi	en détresse	envieux
fébrile	gêné	hérissé	impatient	incrédule	inquiet	intimidé	jaloux	mal à l'aise	mal assuré
méfiant	pessimiste	plein d'appréhension	préoccupé	prudent	réservé	réticent	sceptique	soucieux	soupçonneux
sur la défensive	sur la réserve	sur le qui-vive	sur ses gardes	suspicieux	timoré	tomber de haut	transi	traumatisé	tremblant

TERREUR ET COUPURE AVEC SES EMOTIONS									
épouvanté	glacé de peur	horrifié	paniqué	plein d'effroi	plein de frousse	terrifié	terrorisé	traumatisé	abattu
abruti	absent	accablé	affaibli	amoindri	anesthésié	apathique	blasé	bloqué	chaviré
claqué	confus	coupé	crevé	dans tous ses états	débordé	déchiré	déconnecté	démobilisé	démonté
démuni	dépassé	dépourvu	déprimé	dérégulé	désarmé	désespéré	désœuvré	détraqué	diminué
distant	distrait	divisé	ébranlé	écartelé	effondré	embarrassé	embrouillé	emmêlé	en retrait
en suspens	endormi	engourdi	ennuyé	éprouvé	épuisé	éteint	essoufflé	éteint	exténué
fatigué	flageolant	flapi	hésitant	impuissant	inattentif	incertain	incommodé	inconfortable	indécis
indéterminé	indifférent	indolent	inerte	insensibilisé	instable	intimidé	irrésolu	K.-O.	languissant
las	lassé	léthargique	lourd	mal à l'aise	partagé	paumé	pensif	perdu	perplexe
perturbé	ramolli	résigné	rêveur	rompu	roué de fatigue	saturé	seul	somnolent	souffrant
sous pression	submergé	sur la retenue	sur les dents	surmené	terrassé	timide	tiraillé	usé	vanné

ANNEXE 11/ QUESTIONNEMENT SOCRATIQUE

TECHNIQUES POUR TROUVER DES PENSEES ALTERNATIVES

Travail sur les pensées avec le Raisonnement socratique

Quel est mon niveau de croyance de la pensée : de 0 à 100% ?

Pourquoi x% et non 100% ou bien et pourquoi 100% et pas x% ?

Quel est le degré d'évidence de ce qui se passe dans mon esprit (évaluation en %) ?

Quels sont les arguments pour et les arguments contre ?

Existe-t-il des manières de voir les choses différemment ?

Quel est mon pourcentage de croyances dans mes pensées alternatives ?

Quelles pensées modifiées réalistes puis-je mettre en place ? Pourcentage de croyance ?

Quelles sont les conséquences sur mes émotions, mes sentiments et mes comportements ?

ANNEXE 12/ RELAXATION : TRAINING AUTOGENE DE SCHULTZ

Dans la gestion du stress prendre soin de son corps est essentiel. Ceci va de pair avec prendre soin de son mental. La relaxation va dans ce sens. Maintenant, nous allons faire une séance de relaxation. Tout au long de cet exercice, vous serez guidé par ma voix.

Je m'installe confortablement,

Je ferme les yeux.

Je suis calme, profondément calme. Je suis de plus en plus calme, profondément calme.

Je me concentre sur mon bras droit.

Mon bras droit devient lourd, mon bras est agréablement lourd... mon bras devient de plus en plus lourd... confortablement lourd, j'imagine une pesanteur agréable diffuse dans tout mon bras.

Je me concentre maintenant sur mon bras gauche.

Mon bras gauche devient très lourd... de plus en plus lourd... agréablement lourd. Mon bras gauche est agréablement lourd. (Répète 3 fois)

Je me concentre sur ma jambe droite.

Ma jambe droite est agréablement lourde... de plus en plus lourde... ma jambe droite est confortablement lourde. (Répète 3 fois)

Je me concentre sur ma jambe gauche.

Ma jambe gauche devient lourde... confortablement lourde... ma jambe gauche est de plus en plus lourde... lourde... agréablement lourde... (Répète 3 fois)

Tout mon corps est lourd, une pesanteur agréable diffuse dans tout mon corps.

Je suis tout à fait calme.

Je reviens maintenant sur les sensations de mon bras. J'imagine un rayon de soleil sur ma main droite. Ma main droite est agréablement réchauffée, elle devient de plus en plus chaude, confortablement chaude... Chaude... chaude... agréablement chaude... puis progressivement, c'est tout mon bras qui devient chaud... chaud... agréablement chaud.

Un autre rayon de soleil vient réchauffer agréablement ma main gauche. Ma main gauche est de plus en plus chaude, confortablement chaude... Chaude... chaude... Et c'est progressivement tout mon bras qui devient chaud... chaud... agréablement chaud.

Et je suis de plus en plus calme.

Je prends conscience de mon corps.

Mon cœur est un organe fort, qui bat calmement, régulièrement et fermement.

Tout mon corps vit au rythme régulier de mon cœur qui bat calmement, régulièrement.

Je peux sentir mes artères battre calmement et régulièrement.

Je prends conscience de ma respiration calme et régulière.

Je suis toute respiration.

Je vis en harmonie avec ma respiration calme et régulière.

Tout mon corps respire calmement, régulièrement.

Je suis de plus en plus calme et détendu.

J'imagine un rayon de soleil qui réchauffe mon plexus solaire. Il devient agréablement chaud, de plus en plus chaud. Cette chaleur agréable diffuse dans tout mon corps. Tout mon corps est agréablement chaud.

Je suis parfaitement calme et détendu.

Tout mon corps est agréablement lourd et chaud comme si j'étais confortablement installé au soleil. Ma tête est protégée par un arbre, un chapeau, un parasol, et un léger vent frais vient rafraîchir agréablement mon front.

Mon front est agréablement frais... frais, de plus en plus frais.

**ANNEXE 13/ GRILLE D'ENTRETIEN EFFICACITE
PROGRAMME**

TRAME ENTRETIEN POST-PROGRAMME.

Comme vous le savez, ce programme avait pour but de vous donner des outils pour mieux gérer le stress. Le choix des participants a donc porté sur le niveau de stress et celui du BO.

L'objectif de cet entretien est d'approfondir quelques éléments en lien avec vos résultats aux questionnaires à différents moments de passation.

Je vous propose de traiter les résultats par thème.

✂ **Commençons par le stress.**

Au cours des séances, nous avons abordé sa signification, ses manifestations, ses effets et comment parvenir à le maîtriser.

Pouvez-vous me dire en quelques mots, ce qu'est le stress pour vous, au regard des diverses séances que l'on a eues ? ☐

On voit dans vos résultats quelques fluctuations : que pouvez-vous en dire ? En connaissez-vous les raisons ? (*abord des scores*) ☐

Est-ce que le programme vous a permis d'avoir un regard différent sur le stress et sur votre façon de le gérer ? ☐

✂ **L'EE**

Il est une fatigue émotionnelle intense en lien avec la sphère professionnelle.

Avez-vous l'impression de la ressentir et si oui comment se traduit-elle pour vous ? ☐

Qu'est-ce qui l'explique ? ☐

Pouvez-vous me citer quelques situations pouvant l'illustrer de manière détaillée ? ☐

Que faites-vous lorsque vous êtes confronté à ces situations ? ☐

Avant le programme, Après le programme ?

☐

⌘ **La Dépersonnalisation**

Il est un ensemble d'attitudes cyniques, impersonnelles, distanciées. Comme on l'a vu, il s'agit de stratégies adaptatives. Dans le cadre de ton travail, tu es confronté à un ensemble de situations variant en intensité et en fréquence.

Parmi ces dernières, lesquelles génèrent davantage d'inconfort pour vous ?

☐

Que faites-vous pour les gérer avant, pendant et après qu'elles aient eu lieu ?

☐

Le programme vous a-t-il donné des éléments complémentaires sur ce sujet ?

☐

⌘ **L'Accomplissement de Soi**

Il est l'épanouissement au travail et le sentiment de s'accomplir dans ce que l'on fait. Dans vos résultats, on note une fluctuation.

Comment cela se fait-il ?

☐

Le programme vous a-t-il permis de prendre conscience de certains points tant dans votre travail que dans votre fonctionnement ? Si oui, quels sont-ils ?

☐

CONCLUSION

Au regard des séances que l'on a eues, quels ont les points que vous reprenez et ceux dont vous continuerez à vous servir au fil du temps ?

☐

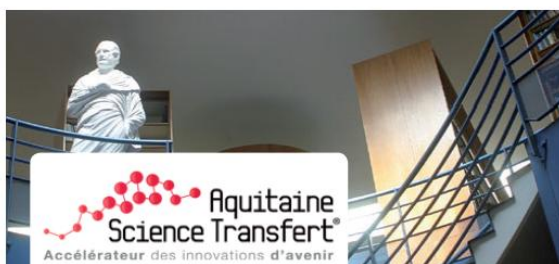
Qu'est-ce qui a été compliqué pour vous dans ces séances ?

☐

Avez-vous d'autres remarques ?

☐

**ANNEXE 14/ PRESENTATION DU CENTRE D'EVALUATION
ET DE RECHERCHE UNIVERSITAIRE EN PSYCHOLOGIE**



CERUP : Centre d'Évaluation et de Recherche Universitaire en Psychologie



Directeur : Gregory Michel
Directrice adjointe : Stéphanie Mathey

➤ Présentation de l'activité

Le Centre d'Évaluation et de Recherche Universitaire en Psychologie (CERUP) propose des consultations psychologiques à visée **de recherche et de formation ainsi qu'une aide à la méthodologie**.
Il est composé de : 7 **box expérimentaux**, 2 **salles d'entretien**, 1 **salle d'observation avec miroir sans tain**.
Accréditation par l'ARS (Agence Régionale de Santé) pour recevoir des patients ainsi qu'une aide à la méthodologie.

➤ Domaines et Thématiques

Les études sont menées sous la responsabilité d'enseignants chercheurs du Laboratoire de Psychologie, santé et qualité de vie EA 4139.

Au total environ 30 chercheurs sont issus des principales sous-disciplines de la psychologie (psychopathologie, développement, cognitive, sociale, santé, travail).

Domaines :

Santé mentale, sport et vieillissement

Thématiques :

- Conduite à risque pour la santé;
- Stress / Bien être;
- Risques psychosociaux;
- Fonctionnement et dysfonctionnement cognitif.

➤ Population

Les infrastructures et les diverses spécialités des chercheurs du CERUP autorisent l'étude d'une grande variété de populations :

Trouble du comportement perturbateur : (TDAH),
dépression, PTSD, Burn-out

Trouble du comportement alimentaire :

- Enfants et adolescents
- Personnes âgées
- Patients et familles



Laboratoire Psychologie,
santé et qualité de vie



Salle d'observation avec miroir sans tain



Test avec eyes tracking



Salle d'entretien numéro deux

Sophie BRIANT
Secrétaire Administrative

Laboratoire EA 4139 Psychologie, santé et qualité de vie
3 Ter Place de la Victoire 33076 Bordeaux cedex
T 33 (0)5 57 57 18 11
sophie.briant@u-bordeaux2.fr

➤ Savoirs Faire

Les sujets sont évalués sur le plan psychologique :

- Entretiens standardisés individuels familiaux et focus groupe
- Tests ou épreuves standardisés (neuropsychologiques, cognitifs projectifs)
- Mesures expérimentales
- Observations comportementales et interactions sociales (miroir sans tain, utilisation de la vidéo)
- Mesure des attitudes et compétences professionnelles
- Analyses cognitives et neuropsychologie (langagières, mnésiques, visuelles, attentionnelles et électrodermales)

➤ Les Secteurs

Secteurs de la santé mentale, de l'éducation, de la recherche, des entreprises, et sportifs.

ANNEXE 15/ DIFFUSION SCIENTIFIQUE : ARTICLE

Enjeu humain

De l'éloge du danger à celui de la sécurité et de la santé. Pour une prise de risque "raisonnée"¹

Les comportements à risques en milieu professionnel se manifestent soit de façon intentionnelle que je qualifie de prise de risque (ex : prise de décision etc) soit de façon non intentionnelle que je qualifie d'imprudence voire de négligence (ex : erreurs, déresponsabilisation, mauvaises décisions, manque de contrôle, non application des règlements etc). Qu'il s'agisse de prise de risque ou d'imprudence, les comportements dangereux combinant tous deux, facteurs humains et organisationnels, sont responsables de conséquences multiples tant pour l'efficacité du travail que pour les individus. En effet, nous constatons des effets délétères pour le travail (ex. : de la baisse de l'efficacité, coût en terme d'investissements au niveau de la sécurité, formation de nouveaux salariés etc.) ainsi que pour les employés (ex. : altération du climat professionnel, frustration, absentéisme, arrêts maladies, accidents, stress, troubles psychopathologiques, etc.). Il me semble donc important compte tenu des conséquences à court et à long terme de s'interroger sur les enjeux voire les déterminants de ces comportements à risques dans les métiers de la sécurité civile. Les acteurs de la sécurité civile (cf. sapeurs pompiers, police, armée etc.) qui luttent au quotidien pour porter secours et assistance, sont souvent amenés à prendre des risques. J'axerai mon propos sur la pertinence de la notion de prise de

1 *Pr Grégory Michel, Professeur des Universités en psychopathologie et psychologie clinique, psychologue-psychothérapeute, Université Bordeaux II Victor Segalen, EA 4139 «Santé et Qualité de Vie».*

Pauline Marien, psychologue et doctorante en psychologie clinique. Université Bordeaux II Victor Segalen, EA 4139 «Santé et Qualité de Vie».

risque, en y soulignant les facteurs humains et de santé. Je développerai notamment le concept de “prise de risque raisonnée”.

■ Risques, enjeux et conséquences

La plupart des ouvrages s'accordent à définir le risque comme un danger dont on peut jusqu'à un certain point mesurer l'éventualité et que l'on peut plus ou moins prévoir (Kouabenan et coll., 2006; Michel, 2001; Collard, 1998). Le risque est une entité qui rend compte à la fois des : i) processus “stochastiques” : fonction aléatoire de la situation (ex. : défaillances humaines, mécaniques, conditions météorologiques etc.), ii) processus “d'enjeux” : gravité de la situation, conséquences négatives (ex. : risque accidentel, perte d'argent, risque léthal etc.). Cependant, toute conduite comporte des risques. Le danger zéro n'existe pas en terme de probabilité. Nous parlerons davantage de risque toléré, c'est-à-dire l'existence d'un seuil au-dessous duquel la situation exige qu'on ne puisse descendre malgré la connaissance du danger, de l'expérience et des compétences du sujet. Et c'est justement ici que se placent tous les enjeux de la prise de risque. Car ce qui me semble important c'est de distinguer le risque en fonction de la participation effective de l'individu dans son activité. Ce degré de participation illustre précisément la notion de prise de risque chère aux conduites à risques. Car, même s'il est d'usage courant de distinguer les risques à court terme (risque léthal immédiat) des risques à long terme (risque léthal différé), l'intentionnalité reste l'élément princeps sur lequel le professionnel de la santé portera son attention. Dans les métiers de sécurité civile, la notion de risque s'inscrit beaucoup dans le court terme, l'urgence des interventions rattache le risque à la notion d'acte l'inscrivant d'emblée dans le registre somato-moteur tout comme le risque physique sportif ou la prise de risque en véhicule motorisé etc. Ici, il s'agit d'un “risque sanction”, avec une réversibilité limitée, l'alternative se réduit immédiatement à la réussite ou à l'échec de l'intervention avec parfois pour conséquences l'accident ou la mort. Mais le risque à long terme ou risque différé rendant compte du danger potentiel qui ne survient généralement que dans la répétition d'une activité, existe bel et bien chez les sapeurs-pompiers. Les effets anxiogènes des métiers de sécurité civile soulignent une psychopathologie du travail au travers du stress important et souvent chronique (ex. : liés à la répétition de l'urgence des interventions, l'exposition aux

situations traumatiques, le faible temps de récupération etc.) qui semble favoriser des pathologies telles que la dépression, l'état de stress-post-traumatique ou encore le *Burn Out* (épuisement professionnel) (Mitani et coll., 2006; Lavillunière et coll., 2007). Aussi face à ces multiples risques, il convient de repérer les principaux indicateurs semblant vulnérabiliser les individus afin de mettre en place un programme de prévention et d'intervention efficace donc ciblé.

■ Facteurs humains, risque et stress : sommes-nous tous égaux ?

L'étude des comportements à risques nous montre qu'il existe des facteurs de vulnérabilité organisationnels, environnementaux, mais aussi propres aux individus. En effet, vis-à-vis de la prise de risque nous ne sommes pas tous égaux. Par exemple, certains profils psychologiques (ex. : ajustement au stress, profils de personnalité) semblent favoriser plus que d'autres des comportements de prise de risque pouvant avoir selon le contexte ou le domaine, des conséquences soit délétères, soit bénéfiques pour l'individu (Michel et Purper-Ouakil, 2006). Aussi, les modalités de gestion du stress peuvent s'avérer être déterminantes pour le bien-être de l'individu, mais elles peuvent aussi favoriser l'apparition de pathologies mentales et somatiques. Ceci touche particulièrement les professions où l'exposition au stress est fréquente. Rappelons que le stress correspond à une réaction d'alerte adaptative d'un organisme soumis à des stimulations intenses (phase d'alarme, de résistance et d'épuisement) (Hans Selye, 1978). Aussi, dans les métiers de la sécurité civile, le stress est non seulement intense, il est aussi chronique. Il n'est donc malheureusement pas rare que nous retrouvions des individus qui, soumis à un stress important, présentent des dysfonctionnements physiques, psychologiques et sociaux (Kales et coll., 2003; Yu-Fen, 2009). En termes psychologiques, ils seraient : i) l'adoption de conduites à risques (ex. : usage de substances) ayant une visée auto-thérapeutique (Bacharach et coll., 2008); ii) l'émergence de symptômes anxio-dépressifs, voire de troubles psychopathologiques tels que l'état de stress post-traumatique (ESPT) et le *Burn Out* (BO) (Brough, 2004; Day et Livingstone, 2001; Saijo et coll., 2007, 2008). L'état de stress post-traumatique est un des troubles anxieux identifiés par les grandes classifications internationales des troubles mentaux (DSM-IV

ter et CIM-10) qui résultent de l'exposition à un événement ayant menacé de façon directe ou indirecte l'intégrité physique ou psychique d'un individu. Il se caractérise par un "syndrome de remémoration" : reviviscence de l'événement traumatique, flashback, un évitement de tout ce qui rappelle l'événement traumatique ainsi qu'une hyperréactivité neurovégétative, traduisant des réactions telles que des problèmes de sommeil, l'irritabilité (...). Du fait de sa forte prévalence chez les sapeurs-pompiers, celle-ci se situe entre 8 % et 22 % (soit 16 à 44 fois supérieures à la population générale cf. Del Ben et coll., 2006; Rouillon, 2008), l'état de stress post-traumatique (ESPT) est un trouble psychopathologique largement investigué dans les métiers de la sécurité civile. En revanche, le *Burn Out* reste un domaine encore à explorer en France, puisque seule l'étude française de Lavillunières et coll. (2007) précise que 4,7 % des SP en souffriraient. Notons que très certainement ce taux est sous-évalué tant les représentations sociales associées à ces corps de métier (en termes de héros) induisent des biais importants dans le repérage des signes cliniques.

Outre les facteurs relatifs à la structure organisationnelle (ex. : contraintes temporelles, etc) (Lourel et coll., 2008; Maslach et Leiter, 2008), la culture professionnelle est l'un des éléments "étiologiques" clés de la souffrance psychique dans les métiers de sécurité civile. En effet, au travers des modèles de valeurs, de croyances acceptées par le système microsocial et du fameux "culte du héros", la culture sous-jacente à ces métiers de sécurité civile a une influence sur les conduites à risques (ex. : leur apparition, leur expression, leur maintien) (Becker et Eagly, 2004). Par exemple, certains individus peuvent se sentir inaptes à combler l'écart entre les exigences, les attentes les concernant et leurs actions effectives. Vis-à-vis de cette culture valorisant la santé, la forme, la force, la performance et souvent le dépassement de soi, nous retrouvons des conduites de dissimulation des plaintes qui à terme peuvent conduire à l'apparition de pathologies telles qu'un syndrome de *burn out*, une dépression, un usage de substances psycho-actives, voire un passage à l'acte suicidaire pouvant prendre l'apparence d'une conduite accidentelle. Il est même probable bien que nous manquons d'informations, que certains décès peuvent être la conséquence d'un "karoshi" qui est la mort par surmenage. Aussi, il est primordial pour prévenir du coût direct du stress (ex. : invalidité, médicalisation...) et indirect (ex. : climat professionnel, baisse de la performance, usage de toxiques...), de travailler sur les stratégies de gestion des affects. En effet, les conséquences indirectes peuvent s'avérer être désastreuses tant

sur le plan de la sécurité individuelle que collective. Un manque de discernement (ex. : lié à la prise d'une substance, à un état anxio-dépressif etc.) lors d'une prise de décision ou une perte du contrôle émotionnel (ex. : liée à une tension intérieure) lors d'une intervention peuvent mettre en péril l'intégrité physique de l'individu mais aussi celle de la victime à secourir et celle de l'équipe. Aussi, les stratégies d'ajustement émotionnel (*coping*) qui désignent les réponses et réactions que l'individu va élaborer pour maîtriser, réduire ou simplement tolérer la situation aversive (stressante) (Bruchon-Schweizer, 2002) sont des pistes intéressantes à développer. Un *coping* centré sur le problème (cf. recherche d'une solution) connaît généralement davantage d'effets adaptatifs positifs (ex. : en terme de performance, d'efficacité, de satisfaction personnelle, professionnelle) qu'un *coping* centré sur l'évitement (cf. fuite devant le problème) ou l'émotion (cf. focalisation sur les affects négatifs). En effet, ces derniers ont davantage d'effets dysfonctionnels en terme de symptômes anxio-dépressifs, somatiques et de prise de toxiques (Holahan et Moos, 1991; Michel et coll., 2003). Cette gestion des affects dépend du contexte, de la nature de l'agent stressor mais aussi et surtout de l'individu (cf. mode de fonctionnement psychique, personnalité). Chaque personne réagira différemment face au stress, au danger. Par exemple, les études centrées sur la personnalité ont montré depuis de nombreuses années que certains individus tendent à éviter les situations périlleuses, alors que d'autres les recherchent (Michel et Purper-Ouakil, 2006).

Dans une très large mesure, les conduites à risques semblent motivées par la recherche d'éprouvés intenses, "l'adrénaline". Celle-ci est le fil conducteur d'une série d'actions mettant en jeu : la vitesse, l'ivresse, le vertige que certains individus recherchent délibérément. Cette attirance pour les activités et comportements induisant de fortes stimulations a été conceptualisée comme dimension de personnalité par quelques auteurs tels que Zuckerman (1979) ou Cloninger (1997). Cette recherche de stimulations (intenses et nouvelles) qui s'inscrit dans une conceptualisation psychobiologique de la personnalité se définit par le besoin d'expériences et de sensations variées, complexes, pouvant conduire le sujet à s'engager dans des conduites de désinhibition, des activités physiques et sociales risquées. D'après les études, les sujets qui se caractérisent par ce profil de personnalité sont décrits comme excitables, impulsifs et parfois désordonnés. Ils s'engagent rapidement dans de nouveaux intérêts, recherchent le frisson, l'aventure et préfèrent les activités sans règles ni contraintes. Ainsi

donc, l'individu tend à rechercher dans l'environnement les conditions lui permettant de satisfaire ce besoin de stimulations, en fuyant l'ennui, la monotonie. En effet, cette recherche de stimulations a été retrouvée associée à la prise de substances psycho-actives, à certains comportements dangereux en véhicules motorisés (vitesse excessive, non port du casque...), à certaines professions (guide de haute montagne, pilotes automobiles etc.). Sans cette exposition choisie et répétée à des situations parfois stressantes voire anxiogènes, l'individu s'émousse affectivement. Aussi, l'amateur de ce type de stimulations se crée un style de vie basé sur l'intensité, la nouveauté (cf. activités professionnelles, sportives...) correspondant aux bases de sa personnalité. Mais ce profil affectivo-comportemental favorise-t-il d'autant plus la prise de risque qu'il est encouragé par une subculture professionnelle le valorisant ? Car il est probable que cette propension à rechercher de forts éprouvés se retrouve chez certains "professionnels du risque" (ex. : sapeurs-pompiers) ? Mais, dans ces métiers où ce phénomène est au cœur des pratiques professionnelles, toute la question porte sur l'intérêt, la nécessité de la prise de risque. A quel moment le risque doit-il être pris ? Ne pas en prendre, n'est-ce pas parfois plus dangereux ?

■ De l'éloge du danger à la prise de risque "raisonnée"

La prise de risque fait partie intégrante du développement de tout être humain. Pour se tester, pour se connaître et pour "exister", l'homme se doit de prendre des risques, tant sur le plan physique, psychique qu'intellectuel. La prise de risque est nécessaire non seulement sur le plan du développement ontogénétique mais aussi plus largement sur le plan phylogénétique. Sans prise de risque, le progrès en termes de connaissance, de technologies est impossible. Sans risque, le gain est impossible. Aussi, l'individualisation, la civilisation voire la réalisation, le développement de l'homme, de l'humanité passent inéluctablement par cette dernière, mais à la condition qu'elle soit contrôlée, raisonnée. Car toute la difficulté sera de faire la part entre une prise de risque "pathogène" caractérisant un certain nombre de comportements de mise en danger identifiés en psychopathologie et en santé publique (usage de toxiques, risque routier, risque sportif, professionnel...), d'une prise de risque "raisonnée" pouvant répondre à des enjeux personnalisant mais surtout motivée par des objectifs très précis en

termes de performance, de compétitivité, de buts à atteindre et cela quel que soit le domaine : sportif, professionnel, intellectuel, etc. Cette distinction fondamentale qui est au cœur de certains métiers dont ceux de la sécurité civile, touche précisément les sapeurs-pompiers. Il est évident comme je l'ai mentionné précédemment que certains contextes, certains environnements favorisent les conduites à risques voire la prise de risque. L'influence du groupe, la pression des relations interpersonnelles sont des paramètres importants à relever dans l'étude des déterminants de ce type de conduites. Cela est d'autant plus important que le culte de l'exploit, du "héros" est fort dans certains corps de métiers. Et cet éloge du danger peut pousser certains individus ayant déjà des prédispositions à prendre des risques mais de façon imprudente, irréfléchie. Or, cette propension à la stimulation forte, cette audace ou ce besoin d'entreprendre qui caractérisent certains individus sont selon les cas à encourager ou à contrôler. Car cette figure moderne du "héros" est davantage de l'ordre du fictionnel que du réel. L'abnégation prônée par le "héros", lui donnant un statut de surhomme, d'idéal peut l'amener à réfuter tout principe de précaution pour la quête de l'exploit. Or, la mission de ces "sauveteurs" a pour objet la protection des personnes ainsi que la prévention des risques, quitte parfois à se mettre en danger. Aussi, toute la gageure sera de passer d'une idéologie de l'héroïsme à une culture de la prise de risque "raisonnée".

Rappelons que la prise de risque se définit comme la participation active de l'individu dans un comportement pouvant être dangereux. Le sujet lui-même choisit de rechercher le danger au travers de certains comportements en tant que ceux-ci puissent être une réponse à ses besoins. L'aspect motivationnel reste donc une dimension importante dans le décryptage des conduites à risques. C'est l'intentionnalité qui va définir la prise de risque, l'assimilant à une réelle prise de décision. Celle-ci implique un choix se caractérisant par un certain degré d'incertitude quant aux probabilités d'échec ou de réussite (Michel, 2001). Et à chaque probabilité est associée une utilité, un bénéfice du risque. Le danger est recherché en tant qu'il permet quelque chose et/ou qu'il vient répondre à certains besoins du sujet. Les conduites de prise de risque apparaissent donc comme un choix alors que les conduites à risques peuvent être agies (cf. conduites dangereuses contre la volonté de l'individu, conduites irréfléchies...). La prise de risque dépendra de facteurs contextuels (ex. : réagir au bon moment, ni trop tôt, ni trop tard), environnementaux (ex. : certaines professions la valorisent alors que d'autres la répriment), de personnalité (ex. : profils

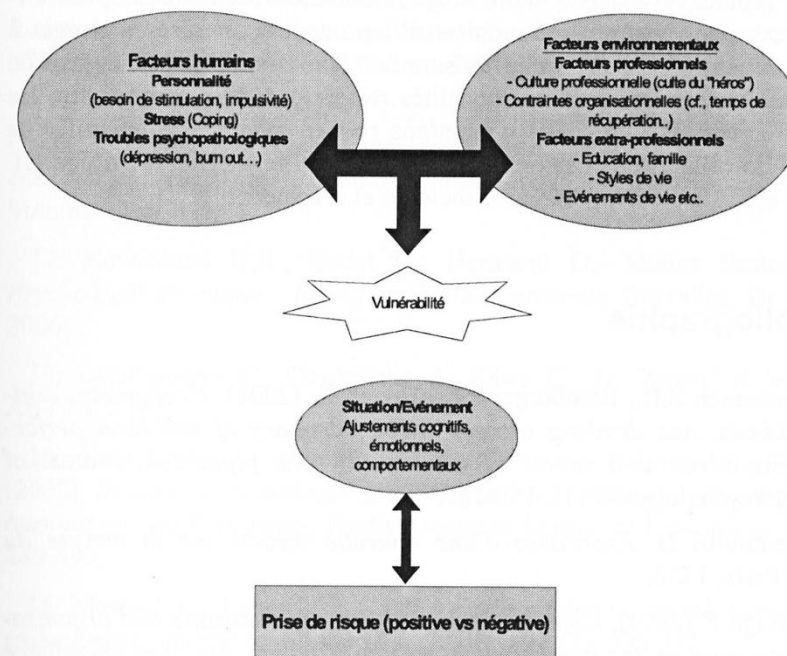
individuels favorisant la recherche du risque). Nous retrouvons ainsi la théorie de l'utilité de Bernoulli (1738), développée dans un ouvrage précédent (Michel, 2001), selon laquelle l'individu essaie de maximiser non pas la valeur espérée mais l'utilité. Différents travaux sur le risque ont repris cette thèse de l'utilité en conceptualisant la prise de risque comme un choix rationnel où les actions de l'individu reflètent ses intérêts (Wilde, 1994). Ainsi l'évitement du risque ou l'engagement dans une activité dangereuse est avant tout sous-tendu par un jeu complexe d'interactions entre l'individu et l'environnement déterminé par la perception des bénéfices.

Une approche interactionniste de la prise de risque se propose de mettre en relation les principaux facteurs de vulnérabilité. Dans le schéma 1, j'ai distingué les principaux facteurs humains et environnementaux susceptibles d'intervenir en fonction de la nature de l'événement/situation sur la prise de risque. Dans ce modèle, il s'agit de souligner les facteurs humains (ex. : profils de personnalité, niveau de stress, état psychopathologique) et environnementaux (ex. : facteurs professionnels et extra-professionnels) qui sont entendus comme des facteurs de fragilisation. Ils doivent s'analyser de façon interactionniste et non indépendamment les uns des autres. Ce qui est vulnérabilisant pour l'individu, c'est la nature des liens entre ces facteurs. Tous ces paramètres que sont la personnalité, l'état psychopathologique (facteurs humains) ainsi que la culture, l'organisation professionnelle, les événements de vie tels que les antécédents d'accidents (facteurs environnementaux) auront une influence sur la gestion de l'événement en termes d'ajustement cognitif (ex. : perception du danger/bénéfice), émotionnel (ex. : gestion du stress), et comportemental (ex. : colère, fatigue, usage de toxiques). Ainsi, l'approche interactionniste développe l'idée d'aborder les individus non pas sur ce qu'ils sont, mais sur leur manière d'interagir avec l'environnement. A partir de ces variables, il est possible de déduire leur rôle dans une prise de risque "raisonnée". Une action préventive pourrait ici se situer sur l'environnement tant professionnel qu'extra-professionnel de l'individu surtout si celui-ci présente des caractéristiques pouvant favoriser des conduites de mise en danger.

Aussi, c'est justement cette notion de prise de risque "raisonnée", "positive" qu'il est important de travailler. Car trop souvent en matière de prévention, il est mis en place une politique de l'éradication de la prise de risque. Or, la prise de risque est non seulement nécessaire dans certaines

situations, dans certains domaines, mais son absence peut être aussi source de dangers.

Modèle : Interaction humain - Environnement dans la prise de risque



■ Discussion - Conclusion

En définitive, il me semble nécessaire d'intégrer tous ces marqueurs humains, organisationnels et situationnels dans l'évaluation des risques professionnels en tenant compte du degré d'exposition aux situations stressantes (cf. participation, gestion téléphonique des interventions ¹), de

¹ CTA : Centre de traitement de l'alerte.

l'ancienneté dans le métier. Ce repérage de tous ces déterminants pourra permettre d'élaborer un modèle davantage intégratif que celui présenté, visant à repérer les profils psychologiques des individus se mettant en danger ainsi que les lacunes de la structure organisationnelle des métiers de sécurité civile. Aussi, sur le plan des facteurs humains, il conviendra de reconnaître les particularités de ces "preneurs de risques" comme autant d'aptitudes à repérer, à analyser voire à optimiser selon les domaines, les circonstances pour passer des conduites d'imprudence, de mise en danger à des conduites de prise de risque "raisonnée". Une des cibles privilégiées de ce travail "préventif" dont les modalités restent à définir pourrait être les jeunes recrues. D'autre part, n'omettons pas en aval d'être attentif à la création de cellules de crise ou de développement de programme d'aide (cf. rompre avec l'isolement) en cas d'incident et d'accident.

■ Bibliographie

1. Bacharach S.B., Bamberger P.A., Doveh E. (2008). *Firefighters, critical incidents, and drinking to cope : The adequacy of unit-level performance resources as a source of vulnerability and protection*, Journal of Applied Psychology, 93 (1), 155-169.
2. Bernouilli D. *Exposition d'une nouvelle théorie sur la mesure du risque*. Paris, 1738.
3. Brough P. (2004), *Comparing the influence of traumatic and organizational stressors on the psychological health of police, fire, and ambulance officers*, International Journal of Stress Management. Volume 11, Issue 3, pp. 227 - 244.
4. Bruchon-Schweitzer M., *Psychologie de la santé*, Paris, Dunod; 2002.
5. Cloninger C.R., Svrakic D.M., *Integrative psychobiological approach to psychiatric assessment and treatment*. Psychiatry, 1997, 60, 120-141.
6. Collard L., *Sports, enjeux et accidents*, Paris, Puf, coll. : Pratiques corporelles, 1998.
7. Day A.L., Livingstone H.A. (2001), *Chronic and acute stressors among military personnel : Do coping styles buffer their negative impact on health*, Journal of Occupational Health Psychology, volume 6, Issue 4, pp. 348-360.

8. Del Ben K.S., Scotti J.R., Chen Y.C., Fortson B.L. (2006), *Prevalence of posttraumatic stress disorder symptoms in firefighters*, Work and Stress Volume 20, Issue 1, 37-48.
9. Eagly A.H., Becker S.W. (2005), *Comparing the Heroism of Women and Men*. American Psychologist, 60 (4), 343-344.
10. Holahan C.J., Moos R.H., *Life stress and health : personality, coping and family resources in stress resistances : a longitudinal analysis*, Journal of Personality and Social Psychology, 1991, 49, 739-747.
11. Kales S.N., Soteriades E.S., Christoudias S.G., Christiani D.C. (2003). *Firefighters and on - duty deaths from coronary heart disease : a case control study*. Environmental Health : A global Access science source Volume 2, pp. 1-13.
12. Kouabenan D.R., Cadet B., Hermand D., Muñoz Sastre M.T., *Psychologie du risque : identifier, évaluer, prévenir*, Bruxelles, De Boeck; 2006.
13. Lavillunières N., Champetier de Ribes C., *Le "Stress" à la BSPP*, Allô 18, 2007.
14. Lourel M., Abdellaoui S., Chevaleyre S., Paltrier M., Gana K. (2008), *Relationships between psychological job demands, job control and burnout among firefighters*, North American Journal of Psychology, 10 (3), 489-495.
15. Maslach C., Leiter M.P. (2008), *Early predictors of job burnout and engagement*, Journal of Applied Psychology, 93 (3), 498-512.
16. Michel G., Cogneau C., Purper-Ouakil D., Chasseigne G. (2003), *Fonctionnement émotionnel des éleveurs de bovins et risque psychopathologique dans le contexte d'apparition de l'encéphalopathie spongiforme bovine (ESB)*, Annales médico-psychologiques, 161, 470-477.
17. Michel G., *La prise de risque à l'adolescence : pratique sportive et usage de substances psycho-actives*, Paris, Masson, coll. : les âges de la vie, 2001.
18. Michel G., Purper-Ouakil D., *Personnalité et développement, du normal au pathologique*, Ed. Dunod, Paris, 2006.
19. Mitani S., Fujita M., Nakata K., Shirakawa T. (2006), *Impact of post-traumatic stress disorder and job - related stress on burnout : a study of*

fire service workers, The Journal of Emergency Medicine, volume 31, Issue 1, pp. 7-11.

20. Rouillon F. (2008), *Epidémiologie des troubles psychiatriques*, Annales Médico-Psychologiques, 166 (1), 63-70.

21. Saijo Y., Ueno T., Hashimoto Y. (2008), *Twenty four hour shift work, depressive symptoms and job dissatisfaction among Japanese firefighters*, American Journal of Industrial Medicine pp. 1-11.

22. Saijo Y., Ueno T., Hashimoto Y. (2007), *Job stress and depressive symptoms among Japanese firefighters*, American Journal of Industrial Medicine, Volume 50, pp. 470-480.

23. Selye H., *The stress of life. Schaum Outline Series*; 2nd revised edition, 1978.

24. Wilde G.J., *Target Risk*, Toronto, Ontario, Canada, PDE Publications, 1994.

25. Yu-Fen C. (2009), *Job stress and performance : a study of police officers in central Taiwan. Social Behavior & Personality : An International Journal*, 37 (10), 1341-1356.

26. Zuckerman M., *Sensation seeking and risk-taking*, In : CE Izard (Ed) *Emotions in personality and psychopathology*. New-York, Plenum Press, 1979, p. 163-197.