

Année 2013

Thèse n°2086

THÈSE

pour le

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ BORDEAUX 2

Mention : Sociétés, Politique, Santé publique

Spécialité : Psychologie

Présentée et soutenue publiquement

Le 2 décembre 2013

Par Gérard Guilbon

Né(e) le 27 février 1969 à Corbeil Essonne (91)

Impact des régulations émotionnelles au travail sur l'épuisement professionnel des soignants en gériatrie

Etude des effets de la méthode Gineste et Marescotti

Membres du Jury

M Didier Truchot, Pr., Université de Franche-Comté.....Rapporteur
M. Dirk Steiner, Pr., Université Nice Sophia-Antipolis.....Rapporteur
Mme Anne Marie Vonthron, Pr., Université de Paris 10 NanterreExaminatrice
M. Jean Bouisson, Pr., Université de Bordeaux 2.....Examinateur
Mme Nicole Rascle, Pr., Université de Bordeaux 2.....Directrice de thèse

REMERCIEMENTS

Je profite de ces quelques lignes pour remercier en premier lieu, profondément et sincèrement le Pr Nicole Rascle, ma directrice de thèse. Tout au long de cette recherche, elle n'a cessé de me soutenir, m'encadrer et orienter ma réflexion malgré les contraintes liées à mon statut de salarié. Du départ de mon projet en 2007 à sa réalisation à ce jour, son analyse, sa rigueur et sa maîtrise ont créé les conditions d'apprentissage du psychologue doctorant que j'étais. Sa bienveillance et ses conseils avisés m'ont permis de garder le cap que je m'étais donné, mais surtout m'ont permis de présenter ce travail avec le sentiment d'avoir modestement contribué personnellement et scientifiquement à faire évoluer la réflexion et la recherche en Psychologie. Au-delà du respect que j'ai pour elle et indépendamment du plaisir que j'ai pu avoir à suivre son enseignement, je la remercie également de m'avoir donné goût à la recherche et de m'avoir permis de côtoyer l'excellence en la matière. Notre collaboration s'achève ici sur le plan de mon cursus doctoral, mais j'espère qu'elle ne fait que commencer sur le plan de l'application et du développement professionnel.

Je tiens également à remercier Didier Truchot, Dirk Steiner, Anne-Marie Vonthron et Jean Bouisson de m'avoir fait l'honneur de constituer mon jury de thèse. Je les remercie de prêter attention à mon travail de recherche, du fait de leurs expertises respectives et reconnues, mais également pour la qualité de leur analyse et de leur évaluation en Psychologie.

Je remercie chaleureusement Yves Gineste et Rosette Marescotti, auteurs de la méthodologie de soin sur laquelle j'ai adossé ma recherche, pour leur accueil spontané et authentique, leur participation entière et sans contrepartie (si ce n'est sur la garantie du respect des personnes filmées) ainsi que pour leur curiosité et leur intérêt pour mon travail dans un esprit d'ouverture et de contribution à la réflexion qu'ils mènent en France et à l'étranger depuis si longtemps sur l'accompagnement des personnes âgées.

Je tiens à exprimer mes sincères remerciements aux directrices d'IFSI et IFAS d'Aquitaine, Mme Prévost, Mme Malichecq, Mme François, Mme Poirier et Mme Labernadie pour avoir accepté de participer à ma recherche en ouvrant les portes de leurs établissements, mais également en s'assurant d'une participation optimale des étudiants (que je salue) et une implication des formateurs.

De la même façon je remercie les professionnels ayant participé à ma recherche, mais surtout les directions des Ehpad Saint-Jacques de Grenade sur Garonne et Cadours en Haute Garonne(31), de l'Ehpad de Beaumont de Lomagne en Tarn et Garonne (82), du centre hospitalier intercommunal (CHIC) de Marmande Tonneins dans le Lot et Garonne (47) ainsi que de l'hôpital Nouvelle à Bretagne-de-Marsan dans les Landes (40), pour leur participation dans cette étude, car ils ont été moteur et facilitateur dans la réalisation de ce travail impliquant une thématique (la souffrance au travail) sensible et très médiatisée actuellement.

J'adresse mes remerciements aux doctorants et à mes amis, confrères et consœurs avec qui j'ai échangé et partagé mes analyses et mes travaux. Je souhaite également remercier les personnels de l'école doctorale (SP2) et de l'Université de Bordeaux 2, Mme Laflaquière, Mme Lartigau et Mme Lapebie pour leur compréhension, leur vigilance et leur soutien administratif. Merci à mon amie Émilie pour sa présence et son soutien dans un environnement professionnel parfois incompatible avec la recherche. Merci à Dominique pour nos échanges et son aide sur l'acquisition et le traitement des 1067 questionnaires de ma recherche. Merci à Sophie pour son aide dans la saisie de certains questionnaires. Et puis un merci particulier à mon ami Jean Yves pour avoir contribué à la mise en place de mon cursus doctoral.

Enfin, merci à ma famille, mais plus encore un profond merci à mon épouse Rebecca pour sa patience, sa présence et ses nombreuses relectures ainsi que pour nos échanges tout au long de cette aventure qui teinte la dynamique familiale et met à l'épreuve l'organisation du quotidien...

Merci à tous.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE : CADRE DE RÉFÉRENCE THÉORIQUE.....	6
I. LES PERSONNES AGEES DEPENDANTES ET LA GERIATRIE.....	6
A. <i>La situation de soin auprès des personnes âgées : entre représentation et réalité.</i>	6
B. <i>La méthode Gineste et Marescotti : l'Humanité.</i>	9
II. LE BURNOUT.....	16
A. <i>Le burnout défini comme un processus.</i>	18
B. <i>Le burnout défini comme un état.</i>	22
C. <i>Les causes du burnout.</i>	26
D. <i>Stress professionnel et burnout.</i>	29
III. LES ÉMOTIONS.....	36
IV. LA DISSONANCE ÉMOTIONNELLE.....	51
V. LA RÉGULATION ÉMOTIONNELLE.....	55
VI. LES ÉMOTIONS AU TRAVAIL.....	65
VII. RÉSUMÉ ET PROBLÉMATIQUE.....	73
A. <i>Résumé.</i>	73
B. <i>Problématique.</i>	76
DEUXIÈME PARTIE : EXPÉRIMENTATIONS ET MESURES.....	80
I. Étude 1 : Valence émotionnelle d'une expérience de soin et impact physiologique et psychologique d'une situation de dissonance émotionnelle.....	82
A. <i>Objectifs et hypothèses.</i>	82
B. <i>Méthodologie.</i>	83
1) La population.....	85
2) La procédure.....	86
3) Le matériel.....	89
i. Le recueil du verbatim.....	89
ii. La fréquence cardiaque ou mesure du biofeedback.....	90
C. <i>Résultats</i>	93
1) Valence émotionnelle accordée aux deux situations expérimentales.....	93
i. Valence émotionnelle et verbatim de la première séquence du film.....	93
ii. Valence émotionnelle et verbatim de la seconde séquence du film.....	98

2) Variation de stress en situation de dissonance émotionnelle.	102
D. Discussion	105
1) Verbatim et valence émotionnelle accordée aux deux situations expérimentales.....	105
i. Valence émotionnelle et verbatim de la première séquence du film.	107
ii. Valence émotionnelle et verbatim de la deuxième séquence du film.	109
iii. Attribution de la valence émotionnelle et liens avec le verbatim.	110
2) Variation de stress en situation de dissonance émotionnelle.	111
II. Étude 2 : Analyse des déterminants personnels, dispositionnels et des prescriptions émotionnelles pour prédire les variations du jeu en surface et du jeu en profondeur.	115
A. Objectifs et hypothèses	115
B. Méthodologie	117
1) La population.	117
2) La procédure.	120
i. Le matériel.	120
1. Les caractéristiques de personnalité.....	121
2. L'anxiété trait.....	123
3. Le travail émotionnel.	124
4. Les stratégies de régulations émotionnelles.	128
5. Les stratégies de coping.....	129
C. Résultats	132
1) Relations linéaires significatives entre le jeu en surface et les variables de personnalité, les variables de régulations émotionnelles dispositionnelles et les prescriptions internes et externes.	132
2) Relations linéaires significatives entre le jeu en profondeur et les variables de personnalité, les variables de régulations émotionnelles dispositionnelles et les prescriptions internes et externes.	133
3) Relations linéaires significatives entre les stratégies de coping, les variables de régulations émotionnelles dispositionnelles et les stratégies de régulations émotionnelles issues du travail émotionnel.....	134
4) Variation significative du score de jeu en surface et de jeu en profondeur en fonction des dimensions de personnalité, des stratégies de régulations émotionnelles dispositionnelles et des prescriptions internes et externes au travail.....	135
i. Modèle explicatif du score de jeu en surface.....	136
ii. Modèle explicatif du score de jeu en profondeur.....	137
D. Discussion	139

III. Étude 3 : Contribution du travail émotionnel en complément des variables personnelles, dispositionnelles et contextuelles dans l’installation de la détresse psychologique et du burnout.	
	144
A. Objectifs et hypothèses.....	144
B. Méthodologie	145
1) <i>La population.....</i>	146
i. Premier échantillon : les étudiants en IFSI / IFAS.....	146
ii. Deuxième échantillon : les professionnels en gériatrie.....	147
2) <i>La procédure</i>	149
i. <i>Le matériel.</i>	150
ii. La détresse psychologique.....	151
iii. Le Job Content Questionnaire (JCQ) ou questionnaire de Karasek.....	153
iv. Le burnout.....	156
1. <i>le MBI (Maslach Burnout Inventory).....</i>	157
2. <i>le MSBM (Shirom-Melamed Burnout Measure.....</i>	158
C. Résultats.....	160
1) Relations significatives entre le score de détresse psychologique et les stratégies de régulations émotionnelles au travail chez les étudiants en IFSI / IFAS.....	160
i. Les covariations observables entre la détresse psychologique et les régulations émotionnelles au travail.	160
ii. Effet des variables du travail émotionnel sur la variation de détresse psychologique.....	161
iii. Variations des scores de jeu en surface et de répression émotionnelle chez les sujets en détresse psychologique et ceux qui ne le sont pas.	162
2) Les régulations émotionnelles au travail en complémentarité du modèle de Karasek pour expliquer le burnout.	163
i. Impact des régulations émotionnelles en complémentarité du modèle de Karasek et des variables dispositionnelles et de personnalité sur le burnout selon Malslach et Jackson.....	164
ii. Impact des régulations émotionnelles en complémentarité du modèle de Karasek et des variables dispositionnelles sur le burnout selon Schirom et Melamede.....	169
iii. Effets d’interactions entre les variables contextuelles et les régulations émotionnelles issues du travail émotionnel.....	173
D. Discussion.	176
1) Les liens entre les stratégies de régulations émotionnelles au travail et la variation de score de détresse émotionnelle.	177
2) La contribution du travail émotionnel à la prédiction du burnout.....	179
IV. Étude 4 : Impacts de la méthode Gineste et Marescotti sur les professionnels formés en gériatrie.....	182

A. Objectifs et hypothèses.....	182
B. Méthodologie.....	185
1) La population.....	186
2) La procédure.....	187
i. Le matériel.....	188
1. La satisfaction générale.....	188
2. Le conflit de valeur.....	189
C. Résultats.....	190
1) Les différences observables et significatives entre les personnels formés et non formés.	190
i. Les régulations émotionnelles au travail et le coping chez les sujets formés et non formés.....	191
ii. La tension au travail (modèle de Karasek) et la satisfaction chez les sujets formés et non formés.....	192
iii. La représentation du travail (sa compatibilité avec le réel et le conflit de valeur) et le burnout chez les sujets formés et non formés.....	193
2) Les différences observables et significatives pour les personnels formés en fonction du sentiment de pouvoir mettre en œuvre la méthode Gineste et Marescotti.	194
D. Discussion.....	200
TROISIÈME PARTIE : DISCUSSION GÉNÉRALE ET CONCLUSION.....	205
I. Discussion.....	205
A. Valence émotionnelle d'une expérience de soin et impact physiologique et psychologique d'une situation de dissonance émotionnelle.....	206
B. Analyse des déterminants personnels, dispositionnels et des prescriptions émotionnelles pour prédire les variations du jeu en surface et du jeu en profondeur.....	208
C. Contribution du travail émotionnel en complément des variables personnelles, dispositionnelles et contextuelles dans l'installation de la détresse psychologique et du burnout.....	210
D. Impacts de la méthode Gineste et Marescotti sur les soignants exerçant en gériatrie.....	212
II. CONCLUSION.....	216
RÉFÉRENCES.....	219
ANNEXES.....	237
Annexe 1 : Variation de la fréquence cardiaque moyenne pour chaque temps de mesure et pour chaque sujet lors de la première séquence de film (F1).....	238
Annexe 2 : Variation de la fréquence cardiaque moyenne pour chaque temps de mesure et pour chaque sujet lors de la deuxième séquence de film (F2).....	239
.....	239

Annexe 3 : Questionnaire d'évaluation des stratégies de régulation émotionnelle dans le soin auprès des étudiant(e)s en IFSI et IFAS.	240
Annexe 4 : Questionnaire d'évaluation des stratégies de régulation émotionnelle dans le soin auprès des professionnels en gériatrie.....	249
Annexe 5 : Recueil du verbatim issu de la dissonance émotionnelle en situation de soin en gériatrie.....	260
TABLE DES FIGURES	261
TABLE DES TABLEAUX.....	263

INTRODUCTION

Selon les sources de l'Insee, au cours des cinquante prochaines années, le nombre de personnes âgées de plus de 60 ans augmentera de 9 millions, soit + 75% selon le scénario de mortalité haute et de 12 millions sous l'hypothèse de mortalité basse. Selon les mêmes sources, si les tendances démographiques se maintiennent, la France métropolitaine comptera 73,6 millions d'habitants au 1er janvier 2060 (11,8 millions de plus qu'en 2007). Nous observerons une augmentation de plus de 10 millions de personnes de plus de 60 ans, ce qui nous amènera à constater qu'une personne sur trois aura plus de 60 ans en 2060.

À ce jour, nous pouvons dénombrer plus de 800 000 personnes âgées dépendantes. L'écart entre les hommes et les femmes continue de se réduire. Il était de 6,9 ans en 2006, soit un an de moins qu'il y a dix ans. L'espérance de vie en France progresse de quatre mois en 2010, autant pour les hommes que pour les femmes. L'espérance de vie des Françaises (84,4 ans en 2009) est supérieure à celle des Européennes (82,6 ans) et de la même façon, celle des hommes en France (77,7 ans en 2009) se situe au-dessus de la moyenne européenne (76,7 ans en 2009). Les deux facteurs explicatifs à prendre en compte pour comprendre le vieillissement de la population en France sont l'augmentation de l'espérance de vie (bien évidemment), mais également l'avancée en âge des générations nombreuses issues du « baby-boom ». Au 1^{er} janvier 2012, les personnes de 65 ans et plus représentent en France 17,1 % de la population, contre 16,0 % il y a 10 ans. Ainsi, la première génération du phénomène « baby-boom », la génération « 1946 » qui compte près de 200 000 personnes de plus que les générations plus anciennes, intègre à présent la tranche 65 ans et plus.

Auparavant (et globalement), les établissements accueillant des personnes âgées pouvaient être découpés entre d'un côté les maisons de retraite (avec un degré de médicalisation plus ou moins élevé) et de l'autre les unités de soin de longue durée (USLD). Ces deux formes ont fait l'objet d'un regroupement en une seule structure : les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) en 1999. Ce regroupement, entamé dès le début des

années 2000, s'est accompagné de réorganisations internes (pour améliorer la prise en charge sanitaire des résidents), mais également d'une tarification applicable aux résidents.

Pour Saint-Jean et Somme (2003), les différentes modifications doivent permettre de faire face aux spécificités d'accompagnement d'une population résidente qui, au cours des vingt dernières années, a considérablement évolué. L'évaluation du degré de dépendance des personnes résidentes par le biais des groupes iso-ressources (GIR) objective cette tendance et souligne trois caractéristiques : « *un vieillissement considérable, une perte d'autonomie physique accrue, et surtout l'accentuation de la dépendance psychique* ». Ce constat impose donc d'importantes modifications pour certains établissements, notamment dans la dotation de personnels soignants impliqués dans la prise en charge sanitaire (infirmier(e)s, aide-soignant,...), mais simultanément de sérieuses difficultés en lien avec le recrutement de ces personnels et pourrait même apparaître comme un obstacle majeur dans le processus de médicalisation attendu.

Dernièrement, selon l'enquête annuelle nationale 2008 de la Fondation Médéric Alzheimer portant sur 9895 établissements d'hébergement pour personnes âgées, on observe une baisse du taux d'équipement global en places d'hébergement pour personnes âgées, tous types de structures confondus (132 places pour 1000 personnes âgées en 2006 contre 129 pour 1000 à ce jour). Cependant, le nombre de places pour personnes âgées dépendantes (en EHPAD ou USLD) augmente (83 places pour 1000 personnes âgées en 2006 contre 100 pour 1000 à ce jour). Enfin, le nombre d'unités spécifiques Alzheimer augmente pour atteindre à ce jour 1500 et donc proposer plus de 34 000 places. De la même manière, l'ensemble des places constitué par les établissements entièrement dédié à la maladie d'Alzheimer et par les unités spécifiques augmente et représente plus de 34 000 places (contre 30 500 en 2006). Il reste cependant des disparités territoriales non négligeables qui s'expriment par moins de possibilités d'accueil pour les personnes malades dans le Sud, le Nord-est et l'Ile-de-France.

De plus, comme le souligne Julie Prévot (2009), plus de 397 000 personnes (340 000 équivalents temps plein) sont employées dans les EHPAD, soit 52 000 de plus qu'en 2003. Le taux d'encadrement, qui exprime le nombre d'emplois (en ETP) pour 100 places, est toujours en hausse et plus élevé dans les EHPAD, il s'élève en moyenne à 50 pour l'ensemble du secteur, soit 6 points de plus qu'en 2003. Mais s'agissant du taux d'encadrement en personnel plus proche des résidents (hors administratif et services généraux), il est de 39 ETP pour 100 places en moyenne sur l'ensemble du secteur contre 33 en 2003. Enfin c'est dans les EHPAD et dans les unités de soins de longue durée (USLD), que la part du personnel paramédical ou

soignant est la plus élevée. Il représente 62 % des ETP en USLD non-EHPAD et 43 % en EHPAD.

Selon Agnès Leclair (Journaliste au Figaro), *en 2011 77% des appels reçus par le « 3977 », numéro national contre la maltraitance des personnes âgées et des adultes handicapés, ont été passés pour signaler des abus à domicile, selon Habeo, gestionnaire de la plate-forme. Si une écrasante majorité des signalements concernent des dérives à domicile, Habeo a été plus souvent alerté de violences volontaires en 2010. [...] «En maison de retraite, il s'agit surtout de négligences comme de ne pas vérifier que la personne âgée s'est nourrie, a pris ses médicaments, ou a eu une activité pendant la journée», explique Caroline Lemoine (porte-parole d'Habeo). Selon les équipes d'Habeo, ces formes de maltraitements ne s'expliquent pas forcément par un manque de moyens. «Elles diminuent rapidement dès lors que l'on propose des formations au personnel et que l'on pose un cadre à la prise en charge». De ce fait, la question de la maltraitance comme celles rencontrées dans des contextes gériatriques, fait dire à certains professionnels comme Jacques Soubeyrand (2009), chef de service de médecine interne et gériatrique à l'hôpital Sainte Marguerite de Marseille, qu' «une formation spécifique à la prise en charge des personnes âgées devient donc indispensable, un simple bénévolat étant appréciable, mais bien insuffisant ». Mais l'organisation du travail elle-même peut constituer une porte d'entrée dans des modes individuels et collectifs de réalisation des activités expliquant ou encore générant une forme de maltraitance. Pour Bardot (2009), la réorganisation du travail (rôle et fonction de chacun), l'absence de reconnaissance de l'expérience et de son efficacité ou même la réduction des personnels pourraient expliquer l'apparition d'une maltraitance insuffisamment observée sous l'angle du travail.*

Il ressort donc que la situation de prise en charge des personnes âgées dépendantes repose sur plusieurs facteurs individuels, contextuels et organisationnels sous l'impulsion d'une politique générale de réorganisation des établissements et avec l'obligation de faire face à une réalité démographique et sanitaire de plus en plus lourde. Les difficultés de recrutement de personnels de santé ne sont pas nouvelles et s'inscrivent dans un cadre plus général de pénurie de soignants observée et quantifiée depuis plusieurs années. Cependant, s'agissant de la gériatrie, ce problème est particulièrement préoccupant et s'inscrit dès le départ dans les souhaits d'orientation des étudiants. Hélène Archambault (2006) rapporte que « seuls 26% des jeunes se disaient intéressés par un exercice professionnel auprès des personnes âgées. La maturité acquise avec l'âge et/ou l'expérience favorisant une mise à distance des

problématiques du vieillissement laisse espérer des orientations primaires ou secondaires plus tardives vers les métiers de la gérontologie ».

Certains professionnels n'hésitent donc plus à parler de fidélisation des personnels en gériatrie et proposent de revisiter la fonction des soignants pour promouvoir et rendre plus attractif le secteur gériatrique. Indépendamment d'une réflexion sur l'aménagement du travail (charge physique, ergonomie des postes, organisation des plannings), sur la gestion individuelle et collective des soins intégrant une démarche de projet (institutionnel, de service ou de vie), la qualité de vie ou encore la satisfaction des soignants participent des critères d'évaluation retenus pour favoriser voire renforcer l'engagement des personnels. La question du sens des pratiques, du prendre soin ou encore l'aménagement de la relation « soignant / soigné » s'impose et plusieurs méthodes, concepts ou orientations se proposent pour renforcer le sens du travail et l'agir des professionnels au quotidien. Parmi les plus connues, le Snoezelen (Orain, 2008), la méthode de validation de Naomi Feil (Munch-Roux et Munch, 2008) ou encore la méthodologie de soin Gineste-Marescotti® dite « Humanitude » (Luquel, 2008) sont avant tout mise en avant pour garantir une qualité d'accompagnement des personnes âgées (respect, dignité et préservation des capacités) et favoriser ou optimiser la rencontre entre le/la professionnel(le) et le/la résident(e). Ces approches doivent permettre de recentrer les pratiques sur le « care » et plus particulièrement dans une perspective de « bienveillance ». En fait, nous observons qu'au travers de ces approches c'est le sens et la cohérence du travail qui est en jeu et ainsi elles se proposent d'éviter aux professionnels de cultiver la perception d'une qualité empêchée (je ne peux pas faire un travail de bonne qualité), d'un conflit de valeur (je suis contre ce que je fais, cela ne correspond pas à mes valeurs) ou d'une perte du sens du travail (à quoi sert ce que je fais).

L'hôpital est un lieu porteur de charges émotionnelles importantes pour les patients comme pour les soignants et en plus du contact quotidien avec la mort, la souffrance, la saleté ou la déchéance, le travail lui-même est générateur d'affects divers (positifs et négatifs). Aussi la régulation interactionnelle des émotions (Grosjean, 2001) peut prendre diverses modalités (par empathie, mise à distance ou réassurance) en fonction du type d'émotion et du lien entre les personnes. Plus largement le type de régulation émotionnelle utilisée ou les stratégies déployées par les soignants pour correspondre aux règles d'affichage et de ressenti qu'ils entretiennent ou qui leur sont imposées par les collectifs (collègues, services, institution, familles des résidents) attestent d'un processus d'adaptation particulière et donc sollicitant

pour les organismes. Certaines recherches soulignent l'importance des stressseurs liés aux organisations et aux collègues dans les phénomènes de renouvellement fréquent des équipes et la baisse des performances (Hannan, Norman, Redfern, 2001). D'autres travaux insistent sur l'intérêt et les bénéfices du recours aux services spécialisés pour les résidants atteints de démences, indépendamment d'un effet sur l'évolution de la maladie (Morgan, Stewart, D'Arcy & Werezak, 2004 ; Zeisel et al., 2003). Plus récemment encore, certaines recherches ont souligné que dans les structures spécialisées, les situations de sollicitations incessantes du personnel dans les actes de la vie quotidienne par les personnes dépendantes génèrent des conflits de rôles et augmentent la charge de travail à la différence des structures « non spécialisées » où ce sont les problèmes de comportement qui sont à l'origine des sources de stress (Pekkarinen, Sinervo, Elovainio, Noro, Finne-Soveri, Leskinen, 2006).

Les travaux issus de la littérature sur le burnout des soignants ou sur les régulations émotionnelles sont nombreux et offrent aujourd'hui plusieurs modèles d'analyse et de mesures, mais peu de recherche pose la question des régulations émotionnelles pour prédire l'épuisement professionnel chez les soignants en gériatrie. Aussi, en continuité d'une première étude menée en 2007 sur un échantillon de 89 soignants en gériatrie (Rasclé et Guilbon, 2007), notre recherche a pour objectif de poser la question de l'impact des régulations émotionnelles au travail pour prédire l'épuisement professionnel des soignants en gériatrie en s'appuyant sur la méthode de Gineste et Marescotti : l'humanité.

PREMIERE PARTIE : CADRE DE RÉFÉRENCE THÉORIQUE

I. LES PERSONNES AGEES DEPENDANTES ET LA GERIATRIE.

A. La situation de soin auprès des personnes âgées : entre représentation et réalité.

Comme le déplorent Sylvie Daïeff cadre supérieur de santé et Philippe Babadjian Chef de service au centre Hospitalier Victor Dupouy à Argenteuil (pôle gériatrie) (2008), travailler avec les personnes âgées, quel que soit l'endroit d'exercice, reste dévalorisant compte tenu d'une image négative qui repose sur des représentations comme des charges de travail lourdes et répétitives, une perte des acquis à terme, une confrontation compliquée avec le vieillissement et ses conséquences (perte d'autonomie, perte des facultés mentales, dégradation des capacités en matière de communication...) quand ce n'est pas un effet miroir et projectif redouté.

Pour Françoise Hein (2003), Cadre de santé, « *Être vieux, malade et dépendant est inacceptable dans notre société où il faut être beau, jeune, productif et si cela était possible immortel* ». Aussi, pour elle « *Être soignant en gériatrie, même si les choses ont évolué depuis une dizaine d'années, reste méconnu, incompris, peu ou pas valorisé. Des sous-soignants pour des vieux devenus inutiles, voire encombrants !...* » En ce sens, le manque de motivation tient certainement à la pénibilité, au manque de personnel, aux moyens

insuffisants, à la moindre prévalence de technicité dans les pratiques (à priori !), à une image dévalorisante de la vieillesse et par là même des soignants qui assurent sa prise en charge et enfin, comme dans les services de soins palliatifs, à l'omniprésence de la mort (avec une différence de taille c'est qu'elle ne semble pas systématiquement imminente et donc crée des rapports d'attachement aux personnes résidentes)... Ces différents arguments (et bien d'autres encore) suffisent à dresser le constat qu'une intervention de soignant en Ehpad (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) renvoie à une configuration de prise en charge ou encore de soin particulier en tout cas différente de services dits « actifs » et valorisés comme les urgences par exemple. Selon Gaucher (2003), les soignants présentent une certaine fragilité narcissique qui, reposant sur la reconnaissance sociale et la disponibilité sursollicitée (planning ingérable et complexe, accumulation des heures supplémentaires, débordement des horaires...), lorsqu'ils exercent en gériatrie, peut certainement les faire souffrir d'une empreinte redoutable et fantasmée du mouroir, de l'hospice et donc les expose à la déqualification dans l'imaginaire social. Ceci les pousse, d'ailleurs souvent, à justifier leur orientation de service (*« Je trouve que travailler avec les personnes âgées est beaucoup plus riche, compliqué et technique qu'ailleurs... D'ailleurs il faut une certaine maturité... »*)...

En gériatrie, la perspective d'une prise en charge longue, globale et donc d'un projet de vie s'appuie sur le renforcement de l'autonomie (et sa préservation), une communication verbale et non verbale au centre de la relation du prendre soin, l'intégration des familles (avec leurs histoires et leurs angoisses...) et sur de l'animation pour maintenir une dynamique et donner du sens à une pratique si singulière porteuse du respect des personnes et de leurs désirs. La perspective d'une connotation négative de son orientation de service et d'une image déqualifiante de sa fonction dès lors que l'on se trouve en gériatrie, quand dans le même temps les activités sont riches, complexes et tout autant techniques, doit générer un inconfort chronique et difficilement acceptable.

En effet, l'infirmier(e) en gériatrie qui adopte une démarche globale lorsqu'il / elle rentre dans le soin va tenir compte des variables biologiques, psychologiques, sociales et culturelles de la personne âgée dont il / elle s'occupe. La complexité de la prise en charge ou de la prise en soin en gériatrie réside ainsi et essentiellement dans le fait que les soins sont à la fois des soins préventifs, curatifs, palliatifs et sont reliés à la chronicité et à la santé mentale. Cette prise en charge intègre à la fois des soins de base et à la fois des soins spécialisés (Berger & Maillou-Poirier, 1989). De plus, comme le rappelle Gaucher (2003), l'accompagnement des

personnes âgées dépendantes conduit les familles et les professionnels à bâtir des liens. Bon nombre d'études sur l'aspect triangulaire des systèmes naissant autour de cette prise en charge « personne âgée / famille / professionnels » ont souligné la richesse et la complexité d'une telle configuration (Charazac, 1998 ; Gaucher, 1999 ; Gaucher *et al.*, 2001), mais il demeure que ces structures sont fragiles, vulnérabilisantes voire stimulantes et peuvent faire émerger, en faisant vivre en miroir les fragilités réciproques, tout autant de la souffrance que de la complicité (réductrice d'angoisse).

Pour Michel Fontaine (2006), infirmier et sociologue (professeur HES à la Haute École de Santé La Source à Lausanne), dans le soin et sa symbolique se trouvent trois questions propres à la pratique : qui je soigne ? Pourquoi je soigne ? Comment je soigne ? Ainsi dès qu'un soignant (seul ou en équipe) prend en charge un patient le sens ou le non-sens de ce qu'il fait peut émerger dans un dialogue intérieur et remettre en cause la signification même de son travail. Dans certains cas, comme les SLD (soins de longue durée), qui accueillent des personnes multipathologiques, multidéficitaires, multitraitées, il s'agit d'assurer à la fois des soins « lourds » et complexes, mais également de mettre en place des projets de vie individuels pour renforcer les capacités restantes. Aussi, dans cette configuration exigeante, pour Moulias (2003), le soignant doit prendre en compte la personne, son vécu, ses goûts et son identité et chaque membre de l'équipe soignante, pour soutenir ses efforts et renforcer la qualité des soins apportés, doit bénéficier à la fois de formations externes qui brisent l'enfermement et de « formations actions » rassemblant toute l'équipe et « *remarquable pour moderniser une pratique sur un thème précis* ». De la même façon, comme le souligne Pierre Henri Daure (2006) directeur des établissements de la FEDOSAD (Fédération Dijonnaise des Oeuvres de Soutien à Domicile), des approches pédagogiques mixtes permettent de confronter les différentes conceptions de l'accompagnement des personnes âgées très dépendantes et fragiles, en s'appuyant sur des retours d'expériences, des techniques de soin, des attitudes, des formes de communication vis-à-vis des personnes souffrant d'une maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés. Pour ce dernier, les demandes de formation sont en lien avec les difficultés rencontrées dans leur pratique.

Il apparaît donc que la pratique au sein d'un EHPAD ou plus largement le travail auprès des personnes âgées, constitue un construit psychosocioprofessionnel complexe au sein duquel interagissent plusieurs types de variables individuelles, contextuelles, sociales ou organisationnelles ainsi qu'un certain nombre de conduites et de stratégies conscientes ou inconscientes impliquées dans la réalisation du soin. À titre d'exemple, les travaux en

psychologie ergonomique (Anceaux & Beuscart-Zéphir, 2002 ; Boreham, Foster & Mawer, 1992) ont pu souligner l'importance des stratégies de recherche et d'intégration des informations pour la planification des actions ultérieures ou encore le rôle des informations contextuelles dans le domaine médical. Aussi, Françoise Anceaux et Christine Chauvin (2010) rappellent d'ailleurs l'intérêt de l'analyse et l'étude des activités de gestion de soin pour mettre en évidence les activités coopératives (de la simple coaction à la coopération en passant par la coopération distribuée déterminant des configurations horizontales ou verticales de communication), mais insistent également sur les méthodologies d'observation en situation réelle.

Ce point vient confirmer l'hypothèse que la prise en charge des personnes âgées constitue en elle-même une situation particulière induisant des facteurs de stress spécifiques et des situations de dissonances émotionnelles pouvant dégrader la satisfaction des personnels et générer du turn-over, de l'absentéisme ou de l'épuisement incompatible avec les exigences de soins qualitatifs et les besoins de personnels qualifiés et impliqués exerçant au sein des pôles gériatriques.

B. La méthode Gineste et Marescotti : l'Humanitude...

En réponse aux différentes situations de maltraitance relayées par certains médias (par exemple l'émission « les infiltrés », diffusée le 30 octobre 2008 sur France 2), et pour faire échos aux réflexions soulevées par les professionnels (sur la nécessité de revaloriser le secteur gériatrique notamment en travaillant sur le sens de la prise en charge et la qualité de l'accompagnement proposé), certaines approches se sont développées et ne manquent pas d'alimenter l'intérêt, la curiosité ou la polémique au sujet de leurs effets...

L'une de ces approches est celle d'Yves Gineste et Rosette Marescotti, anciens professeurs de sport, à l'origine de la méthodologie de soin dite « Humanitude ». Pour Jean Jacques Amyot (2008 P.184) psychosociologue directeur de l'OAREIL (Office Aquitain de Recherches, d'Études, d'Information et de Liaison sur les problèmes des personnes âgées), qui souhaite prendre des distances avec cette approche et les résultats avancés, « *Chaque période croit avoir découvert la méthode : nous eûmes le RAI, la Validation, la PNL, la sophrologie, sans souci d'exhaustivité. Voici venu le temps de l'Humanitude* ». Cependant, plusieurs témoignages sont rapportés sur l'efficacité de la méthode et notamment sur les effets observables dans les services au travers de la disparition des CAP (comportements

d'agitations pathologiques), de l'économie réalisée sur les médicaments, de la baisse des transferts en services d'hospitalisation de longue durée, de la baisse de l'absentéisme des professionnels ou encore au travers de la reconnaissance du travail des soignants...

Les témoignages publiés sur le site de l'ASSTSAS (Association paritaire pour la Santé et la Sécurité du Travail du Secteur Affaires Sociales du Québec) mettent en avant un sentiment d'efficacité, de réassurance et de satisfaction de la part des personnels formés à la méthode Gineste (un ensemble de théories et pratiques originales pour améliorer les soins et le prendre soin des personnes en établissement et à domicile).

Aussi, la prise en charge des résidents sur le modèle de la méthodologie de soin Gineste-Marescotti®, semble impliquer des stratégies spécifiques pour faire face aux sollicitations du travail. En effet, récemment, en réponse aux interrogations et critiques du Dr Michel Cavey gériatre, Yves Gineste rapportait dans une intervention publiée le 24 juin 2008 sur le site du Dr Cavey que :

« Les soignants se portent mieux avec nos approches : Nous avons eu jusqu'à 72 % d'arrêt maladie en moins au Québec, 55% en France. Ce sont des faits publiés par les établissements eux-mêmes. L'ASSTSAS, l'organisme dont la mission est de s'occuper de la santé des soignants du Québec implantent la méthode partout là-bas, pour cette raison.

À l'Hôpital de Ballainvilliers : 100% de turn-over de 2000 à 2004, 0% de 2004 à 2007, depuis l'implantation de la méthode (JT France2).

Mais aussi, des résultats avec les patients :

- ▶ *Étude ANFH Limousin 1997 : 60% de grabataires en moins, avec l'implantation de la manutention relationnelle.*
- ▶ *la majorité des EHPAD qui implantent la méthode : entre 20 et 60 points de GIR moyen pondéré en moins au bout de 1 an.*
- ▶ *Recherche scientifique Successful Aging, organisme indépendant de recherche, juin 2008, portant sur 130 patients en DTA (démence de type Alzheimer), choisis uniquement pour les difficultés au cours des soins (cris hurlements, coups, morsures, griffures, etc.) : 83 % de pacification complète des conduites dites "agressives" des adultes âgés atteints de la maladie d'Alzheimer au cours de soins de base, en appliquant notre approche. Conduites qui sont simplement l'expression d'une souffrance immense. Et dans quasiment tous les établissements formés : disparition totale des soins forcés au cours des bains, douches, toilettes, repas, etc.*

► *Baisse de troubles du comportement tellement importante que des centres publient jusqu'à 9 fois moins de médicaments pour les patients auparavant agités (Ballainvilliers), coût médicaments = 2euros11 par jour et personne dans l'unité long séjour de Tonneins (3 fois moins que dans le long séjour voisin). »*

De la même façon, les témoignages des professionnels pratiquant la méthode vont dans le sens d'une amélioration des difficultés et exigences inhérentes à leurs activités quotidiennes et d'une augmentation de leur satisfaction générale. Ainsi, peut-on lire sur le site Agevillage :

- *" Cela m'a amené plus de patience à l'égard des résidents, la sensation du travail bien accompli, la satisfaction personnelle de travailler en accord avec ses convictions (pas de soins de force, pas de contention)." Nathalie (infirmière référent Humanitude en manutention).*
- *« L'humanité m'a permis de retrouver les bases de mon métier, le respect, se mettre à la place du résident et de sa famille", Isabelle (aide-soignante référent manutention).*
- *« Sur le plan personnel : un enrichissement intellectuel, de la confiance en soi, de la maîtrise dans mes pratiques professionnelles, une énergie nouvelle positive », Brigitte (référent en méthodologie, a suivi la formation globale à Leucate).*
- *"L'humanité m'a appris à travailler différemment et faire des soins plus agréables et favorables, à ne pas faire à la place, à laisser leur autonomie le plus longtemps possible, à avoir une approche plus en douceur " Pascale (aide-soignante référent Humanitude en manutention)*

Ce qui nous interroge au travers des témoignages recueillis, c'est la perception du travail effectué et plus exactement les effets sur la personne qui se « regarde » dans son activité de soin auprès des personnes âgées. Ce regard sur soi ne pourrait-il pas être un indicateur de la consonance ou de la dissonance qui œuvre dans la réalisation d'un soin et qui du même coup se chroniciserait tout au long de l'activité professionnelle ?

La méthodologie de soin « humanitude » se veut ainsi et avant tout une approche relationnelle où les notions d'attention, d'écoute et de respect sont au centre de la rencontre entre le soignant et la personne âgée. L'accompagnement des personnes âgées de plus en plus vulnérables impose bien évidemment des connaissances théoriques et pratiques, mais il repose sur des comportements particuliers et adaptés aux vulnérabilités des résidents.

Toutefois, le concept d'Humanitude semble bien souvent à l'origine des critiques du fait de sa proximité avec le terme d'humanité ou encore par association avec la référence faite par Albert Jacquard.

La définition de l'humanité selon le dictionnaire Larousse est l'ensemble des êtres humains, considéré parfois comme un être collectif ou une entité morale. Il peut également s'agir d'une disposition à la compréhension, à la compassion envers ses semblables, qui porte à aider ceux qui en ont besoin ou encore de l'ensemble des caractères par lesquels un être vivant appartient à l'espèce humaine, ou se distingue des autres espèces animales.

Pour Albert Jacquard, « Les cadeaux que les hommes se sont faits les uns aux autres depuis qu'ils ont conscience d'être, et qu'ils peuvent se faire encore en un enrichissement sans limites, désignons-les par le mot humanitude. » Ces cadeaux constituent « l'ensemble des caractéristiques dont, à bon droit, nous sommes si fiers, marcher sur deux jambes ou parler, transformer le monde ou nous interroger sur notre avenir ... » « L'humanitude, c'est ce trésor de compréhension, d'émotions et surtout d'exigences, qui n'a d'existence que grâce à nous et sera perdue si nous disparaissions. Les hommes n'ont d'autre tâche que de profiter du trésor d'humanitude déjà accumulé et de continuer à l'enrichir. »

Dans le cadre de la méthodologie de soin Gineste-Marescotti®, et pour ses auteurs (Gineste, Marescotti et Pelissier, 2007), l'humanitude est « *l'ensemble des éléments qui font qu'on se sent appartenir à l'espèce humaine et qui font qu'on reconnaît un autre humain comme appartenant à la même espèce que nous* ». Aussi la personne est en humanitude en utilisant les canaux sensoriels que sont le regard, la parole et le toucher et c'est en utilisant ces trois canaux que les soignants peuvent gérer les comportements d'agitations et d'oppositions dans le respect des personnes.

- Pour le regard, quatre caractéristiques permettent de déclencher des ressentis émotionnels positifs : regard axial, horizontal, long et proche. Aussi, professionnaliser le regard consiste donc à redéfinir les activités de soin pour créer le plus possible de regards axiaux, horizontaux, longs et proches. Il s'agira pour le soignant d'arriver en face du lit (et non sur les côtés), de se mettre rapidement à la hauteur de la personne et le plus en face possible tout au long de l'activité. Ce savoir regarder doit ainsi être multiplié durant tous les soins.
- Dans le cadre de la parole, la méthode de l'auto feed-back fonde les modalités de communication. Le soignant, en l'absence de feed-back verbal, doit expliquer tous les

gestes qu'il va réaliser durant le soin. Il doit expliquer avant de faire, et expliquer en faisant : « *Madame, je vous lave le bras (prédictif). Je vous soulève le bras, c'est le bras gauche. Je vous savonne le dessus de la main, la paume, je vous lave l'avant-bras, je vous le lève...* » Ce savoir parler lutte contre les silences qui peuvent être interprétés comme de l'indifférence ou constituer une forme de maltraitance.

- Enfin s'agissant du toucher, il repose sur quatre grands aspects associés à des techniques de manutention et de mobilisation :
 - le toucher professionnel (saisie en berceau évitant ainsi la saisie en pince et permettant de mieux répartir la pression exercée sur la personne...).
 - Le toucher progressif (en exploitant le schéma corporel, car il s'agit de ne pas toucher d'abord les zones sensibles, intimes, douloureuses...).
 - Le toucher permanent (toucher durant la totalité du temps du soin).
 - Le toucher pacifiant (en particulier, un toucher doux et vaste, parcourant de grandes parties du corps en un seul mouvement).

Trois parties structurent le soin, pendant lequel ces techniques vont être utilisées :

- Les préliminaires : il s'agit durant cette première phase d'obtenir le consentement au soin. Toutefois, si au bout de 2 minutes ce n'est pas le cas alors le soin est reporté. Cette phase peut prendre de 20 secondes à 2 minutes.
- Le rebouclage sensoriel : caractéristique du soin, il permet d'obtenir un relâchement en maintenant au moins deux entrées sensorielles (regard et parole, toucher et parole, etc.) véhiculant le même message : calme et douceur.
- La consolidation émotionnelle : le soignant exprime clairement à la fin que le soin s'est bien passé pour ancrer dans la mémoire émotionnelle du patient un feeling positif (Gineste, Marescotti, Pélissier, 2008).

Pour ses auteurs, la méthodologie de soin a pour objectif de mettre en place une prise en charge globale et adaptative. En effet, toutes les techniques ont pour but d'améliorer les capacités restantes des personnes âgées, de modifier de façon fonctionnelle les comportements et les affects et d'ajuster l'environnement aux patients. À titre d'exemple, en insistant sur la verticalité lors du soin, « le prendre-soin debout » permet de prévenir le syndrome de régression psychomotrice. Cette perspective ne manque pas de faire référence aux effets iatrogènes d'une prise en charge hospitalière reposant sur des aspects

organisationnels voire sur des nécessités dites « de service » que l'on retrouve chez les soignants par les revendications de manque de temps, de personnels ou de moyens.

De ce fait, la méthodologie de soin restaure le sens du travail des soignants en proposant de nouvelles connaissances et compétences utilisées lors des soins, mais également semble restaurer une forme de marge de manœuvre dans l'organisation même du soin. En effet, la phase des préliminaires non atteinte, les soignants peuvent reporter le soin.

Trois composantes de la latitude professionnelle apparaissent ainsi au travers de l'utilisation des compétences, de l'acquisition de nouvelles compétences et de la capacité à organiser le soin. Cette latitude pourrait donc proposer une réévaluation cognitive des soins réalisés en s'appuyant sur des ressources techniques et relationnelles assurant une forme de contrôle sur la situation traversée et favorisant la rencontre avec de nouvelles problématiques de soin. Nous pourrions donc observer une modification des attitudes élaborées non plus en référence aux difficultés passées, mais en s'appuyant sur une réinterprétation des éléments d'une situation (ou même de la situation globale) facilitatrice et revalorisante pour le travail des soignants.

Au-delà des effets médicaux ou gériatriques en lien avec la méthodologie de soin, nous pourrions nous poser la question de savoir si l'apprentissage de ces techniques ne proposerait pas une redéfinition du soin à un niveau collectif et individuel assurant une confrontation émotionnelle moins culpabilisante ou difficile. Ainsi l'humanité® pourrait offrir un support de projection et de référence évitant la chronicisation de situations de dissonances émotionnelles car les soignants ne seraient plus confrontés à des tensions internes liées à des situations contraires à l'image qu'ils se font de leur travail, contraires à leurs valeurs et porteur de ressentis particulièrement négatifs. Enfin, il convient de noter que l'organisation même de ces formations participe d'un processus de normalisation collective dans la mesure où lors de la mise en place de toutes sessions de formation, les formateurs sensibilisent à leur démarche les équipes de direction et l'encadrement en général. Cette forme d'adhésion collective peut alors raisonner comme un projet de service ou un projet d'établissement et, en légitimant les techniques et les organisations requises pour son bon déroulement, peut créer les conditions d'un soutien hiérarchique perçu ainsi qu'une représentation partagée des bonnes pratiques. Pour finir, nous notons de plus que les modalités de formation action « in vivo », c'est-à-dire dans les services auprès des personnes âgées habituellement accompagnées, constituent un point d'ancrage pour les apprentissages ainsi qu'un support d'échange et de discussion concret et réaliste. Comme le souligne Hélène Archambault

(2008), « *si en formation, les apports théoriques et les échanges entre participants sont indispensables, le passage à la pratique permet une meilleure intégration des nouveaux comportements. [...] Avec la formation du personnel soignant puis de référents formateurs, garants de la pérennité de l'application de la méthode n'est-ce pas les conditions idéales de réussite que peu d'institutions peuvent se permettre encore une fois en termes de coût et d'organisation ?* ».

Pour conclure sur cette présentation générale de la méthodologie de soin Gineste-Marescotti®, il convient d'ajouter qu'à l'inverse de beaucoup d'établissements gériatriques contactés pour lesquels la souffrance des soignants reste un sujet sensible voire inabordable, à la différence de nombreux interlocuteurs qui n'ont pas souhaité participer à notre étude, l'Institut Gineste et Marescotti (IGM), Yves Gineste et Rosette Marescotti eux-mêmes ont donné leur accord et ont mis à disposition l'ensemble de leurs ressources pédagogiques pour rendre possible notre recherche et approfondir les situations de dissonance émotionnelle. Sans contre parties, si ce n'est le respect des supports et des personnes ayant participé aux films, ils ont souhaité qu'une recherche doctorale autonome et scientifique participe de leur réflexion et plus largement de la réflexion sur l'amélioration des pratiques des personnels soignants.

De notre côté, et pour notre recherche, la méthodologie de soin semble constituer un support non négligeable en matière d'observation et d'analyse de la dissonance et donc de rétablissement de la consonance émotionnelle au travail. Pour mettre en évidence cette hypothèse, deux protocoles ont pu être constitués. Un premier protocole d'exposition à un soin « sans et avec » la méthode devrait nous permettre de recueillir la valence générale perçue, positive ou négative, du soin et faire ressortir les sollicitations émotionnelles issues de situations de dissonance. Un deuxième protocole pourrait reposer sur la comparaison des moyennes de score de burnout, de stress ou de dissonance perçue ainsi que les stratégies de régulation émotionnelles et de coping mobilisé par les soignants « formés ou non formés » à la méthodologie de soin. Nous détaillerons plus tard nos hypothèses ainsi que les différents protocoles expérimentaux retenus pour y répondre.

II. LE BURNOUT.

Dès les années 1950, en France, la notion d'épuisement professionnel faisait déjà l'objet d'une description et notamment avec Claude Veil (1959) décrivant des manifestations particulières échappant au cadre des nosographies existantes. Le terme d'épuisement, en langue française, vient du verbe « épuiser » ce qui littéralement signifie mettre à sec un puits. Cette idée de fin ou de vide se retrouve également dans la terminologie anglo-saxonne avec le terme de burnout. Deux situations caractéristiques d'un burnout peuvent illustrer cette notion d'usure avec l'image d'une bougie qui se consume ou encore avec l'aérospatiale où l'état de burnout désigne la situation où il n'y a plus de carburant dans le réservoir d'une fusée (à ce moment-là précis il existe un risque de surchauffe et d'explosion, de rupture de la machine). Au travers de ces deux exemples, il apparaît clairement cette notion de rupture ou encore de sécheresse que la plupart des chercheurs et cliniciens ont pu observer en situation et au travers de leurs pratiques professionnelles. En ce sens, et en synthèse, nous pourrions dire que la découverte du syndrome d'épuisement professionnel ou encore du burnout, naît d'une observation ou plutôt d'une constatation d'un problème psychosocial qui à l'époque semblait s'imposer aux personnes travaillant dans le secteur médico-social.

En fait, comme le proposent Pierre Canoui et Aline Mauranges, le concept de burnout pourrait être considéré comme « un terme créé par des soignants, pour des soignants... »

Le terme anglo-saxon de burnout, particulièrement populaire actuellement, apparaît à partir des années 1970 notamment avec les travaux d'Herbert Freudenberger (1974) et Christina Maslach (1976). Cependant, les premiers travaux faisant référence au burnout apparaissent avec Bradley (1969) qui aborde l'épuisement professionnel des travailleurs sociaux impliqués dans des programmes de réinsertion de jeunes délinquants.

Au début des années 70, Herbert Freudenberger, psychiatre et psychothérapeute, dirigeait une free clinic (une sorte d'hôpital de jour alternatif) et avait remarqué que les bénévoles intervenants dans sa structure finissaient après un an d'activité par perdre leur enthousiasme et leur dynamique du début. Les différents éléments comportementaux relevés par Freudenberger (épuisement, fatigue, maux de tête, insomnie, colère, irritabilité) l'amènèrent à parler à l'époque de craquage ou encore d'épuisement émotionnel et mental. De plus, il nota également deux types de comportement qui resurgissaient soit des comportements de

surenchère (une sorte de présentéisme inefficace) soit des comportements d'évitement (en quelque sorte un assèchement relationnel voir un isolement avec les autres). Dès 1980 Freudenberger et Richelson finiront par définir le burnout comme l'étape à partir de laquelle il existerait un décalage entre l'image idéalisée que les travailleurs se font d'eux-mêmes et ce qu'ils perçoivent dans leur quotidien professionnel autrement dit ce qui les amène à une déconnexion avec leur soi véritable et donc une incapacité à tenir et atteindre les objectifs qu'ils se sont fixés.

De son côté dans les années 70, les travaux engagés par Christina Maslach autour des stratégies déployées pour faire face aux états émotionnels auprès de professionnels du champ médical ou paramédical (médecin, psychiatre, infirmière...) et plus particulièrement avec l'inquiétude distante (sorte d'état idéal combinant la compassion et le détachement émotionnel lorsque nous nous occupons d'un patient) ou l'objectivation (considérer les personnes que l'on suit avant tout et surtout comme des cas) vont l'amener à constater tout comme Freudenberger des éléments de craquage ou encore de Burnout chez ces mêmes professionnels. Cependant, pour elle, il apparaît que ce phénomène de craquage s'accompagne d'une perte d'efficacité, d'un absentéisme ou encore d'un turnover élevé.

De plus, elle ne se limitera pas aux professionnels de la sphère médicosociale, mais intégrera d'autres professionnels dont la particularité était d'intervenir dans l'accompagnement des personnes avec une implication relationnelle importante. Cette relation d'aide sera donc au centre de la compréhension du burnout. Par la suite à partir de 1981 Maslach et Jackson vont définir le burnout comme un syndrome reposant sur la combinaison de trois dimensions : l'épuisement émotionnel (un manque d'énergie, un vide interne, une perte d'entrain), la dépersonnalisation (sécheresse relationnelle, distanciation, détachement négatif ou encore cynisme à l'égard des autres), et la réduction de l'accomplissement personnel (dévalorisation de soi, de ses compétences, de ses capacités et plus largement de son travail, incapacité à atteindre ses buts et ses objectifs fixés préalablement). Comme le souligne Didier Truchot (2004, p.14), dans le cadre de cette modélisation tridimensionnelle, un consensus général semble apparaître pour définir le processus conceptualisé par Maslach et Jackson. En effet, il semble que le burnout démarre avec l'épuisement émotionnel (incarnant ainsi la composante affective) entraînant par la suite la dépersonnalisation (qui constituerait alors les composantes comportementales). Quant à la baisse de l'accomplissement personnel, elle pourrait résulter

soit directement de l'épuisement émotionnel soit indirectement par le biais de la dépersonnalisation (il s'agirait ici alors des composantes cognitives du processus).

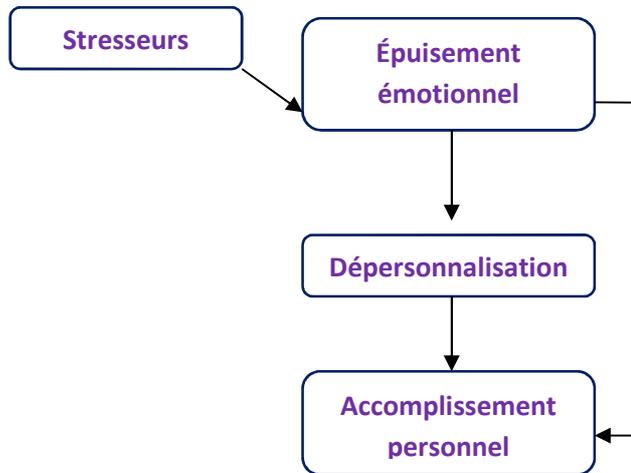


Figure 1 : Le processus de burnout Maslach et Jackson (1981).

En fait, le concept de burnout a été décrit à partir de deux perspectives descriptives et complémentaires. Dans un premier temps, ce sont les signes cliniques observables chez les individus souffrant de burnout qui permettent de lui donner un corps et en quelque sorte permettent de définir les contours d'un syndrome. Dans un second temps, on s'attache à définir quelles sont les variables contextuelles, situationnelles, interpersonnelles qui vont faire apparaître un état de burnout et plus spécifiquement on essaie d'identifier le poids de chacune d'entre elles. De la même façon, comme le proposent Schaufeli et Enzman (1998), nous pourrions dire que le burnout peut être compris ou même défini comme un état ou comme un processus conduisant à un état particulier.

A. Le burnout défini comme un processus.

Parmi les tenants soulignant le burnout comme un processus nous citerons les travaux de Cherniss (1980) ou encore ceux d'Edelwich et Brodsky (1980). Pour le premier, il convient de comprendre le processus de burnout au travers d'une perspective transactionnelle. En effet, l'individu doit continuellement s'adapter à son milieu de travail et, en ce sens, les stratégies déployées pour faire face ainsi que les ressources mobilisées vont déterminer les réponses adaptatives ou mal adaptatives produites sur le lieu de travail. À partir du moment où le sujet observerait un décalage entre ses attentes, ses efforts et les exigences du travail (autrement dit son quotidien professionnel) des tensions pourraient apparaître et provoquer, au-delà des

difficultés concrètes, un malaise psychologique. Le stress professionnel résultant de cette situation donnerait lieu à une attitude de désengagement voir de distanciation pour réduire les tensions ressenties par la personne. Dès lors que l'individu ne pourrait plus échapper (ou faire face efficacement) aux tensions induites par ce stress professionnel le malaise pourrait se généraliser et constituer une réelle souffrance. Le burnout pourrait donc constituer la conséquence d'une incapacité à gérer ce stress et à évacuer ces tensions internes. De ce fait, Cherniss propose une première étape pendant laquelle il existerait un déséquilibre entre les ressources individuelles et organisationnelles au regard des exigences du travail perçu par le salarié. Ce déséquilibre serait à l'origine lui-même, dans un second temps, d'un certain nombre de réponses émotionnelles préjudiciables à l'individu, comme l'anxiété ou encore la fatigue, conduisant naturellement ce dernier, dans un troisième temps, à développer des conduites et des comportements différents au travail. L'ensemble des réponses produites par les individus, dans ce cas de figure, dépend bien évidemment d'un certain nombre de facteurs tant biologiques que psychologiques ou encore sociaux et, dans ces conditions, le burnout ne constitue que l'une des réponses possibles observables au travers d'un processus adaptatif et dans une perspective transactionnelle. Aussi, la qualité des stratégies de coping mise en place ou encore la quantité et la disponibilité des ressources mobilisables joueront, elles aussi, un rôle important dans l'apparition et le développement d'un burnout. Enfin il convient de noter que la chronicisation des sources de stress ou encore l'accumulation de stress professionnel alimentent ce processus dynamique et déterminent l'état de tensions internes, ou encore de malaise, observable au départ du processus.

Certains comme Edelwich et Brodsky (1980), proposent même d'identifier plusieurs stades par lesquels un individu passerait avant d'arriver à l'état de burnout. Plus particulièrement, pour Edelwich et Brodsky, le Burnout résulterait d'une sorte de désillusion issue de l'écart entre les attentes, les normes et la réalité du travail observé au quotidien.

Aussi ils observent quatre stades par lesquels les individus passeraient et qui aboutiraient au burnout. Un premier stade dit d'enthousiasme serait caractérisé par une hyper disponibilité et des attentes particulièrement excessives de la part des individus qui s'y trouvent. Le salarié nourrit des attentes irréalistes et des espoirs très grands à l'égard d'un travail pour lequel il va développer un véritable surinvestissement. Dans un second stade dit de stagnation, les individus seraient en proie à des attentes plus réalistes par rapport à leur travail. Au cours de ce stade une véritable insatisfaction commence à apparaître au fur et à mesure que le salarié fait l'expérience que le travail ne lui permet pas de couvrir tous les besoins. C'est à partir de ce

moment que les premières manifestations de fatigue liées à cette impression de stagnation commenceraient à se manifester.

Au troisième stade, c'est un sentiment de frustration qui domine dans tous les comportements de sa vie professionnelle. La conscientisation d'une incapacité à agir, à faire face efficacement ou à répondre à ses attentes nourrit alors un comportement de désengagement, d'irritabilité et d'insatisfaction alors même que les difficultés se multiplient et que le sentiment de compétences personnelles diminue. À la fatigue et l'irritabilité viennent s'ajouter un sentiment d'échec voire un repli psychosocial ainsi que des troubles somatiques divers.

Tout cela amène le sujet à glisser dans le quatrième stade caractérisé par l'apathie. Ce qui le caractérise c'est le désintérêt, le détachement voire l'indifférence par rapport à toute forme de sollicitation professionnelle venant des collègues ou des situations habituellement rencontrées. Il résiderait à ce stade une forme de démission psychologique et comportementale (un état proche de la dépression) dont l'objet pourrait être de protéger l'individu de toutes formes de conflits ou d'engagements nécessitant la production d'efforts et conduisant irrémédiablement à l'insatisfaction personnelle et professionnelle. Ce quatrième stade de l'apathie constituerait le cœur même du burnout dans ses composantes physiques, psychologiques et attitudeles.

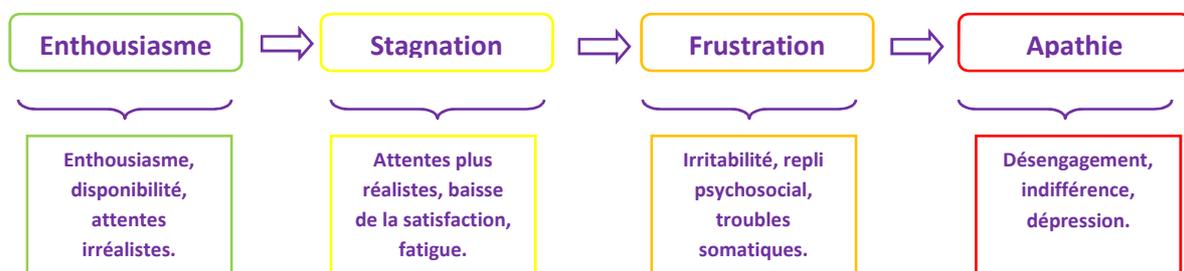


Figure 2 : Les quatre stades du processus de burnout selon Edelwich et Brodsky (1980).

Cette conception du burnout comme un processus ne manque pas d'intérêt pour la prise en charge ou la compréhension des mécanismes à l'œuvre pour l'installation et le développement d'un tel syndrome chez les soignants. En effet, comme le souligne Michel Delbrouck (2010), une fois l'enthousiasme dépassé et confronté à un quotidien insatisfaisant en pleine frustration le soignant déploiera toute une panoplie de mécanismes de défense ou d'évitement (déli, projection, refoulement, identification projective...) et continuera sans écouter son corps ou son entourage à faire son travail coûte que coûte jusqu'à ce qu'il décompense, qu'il craque ou même présente des affections physiques qui le contraindront à s'arrêter. Pour cet auteur, les

pistes de prise en charge s'orientent sur l'individu, sur les systèmes et les organisations, mais aussi et surtout sur la notion d'idéal professionnel du soignant qui pourrait constituer une porte d'entrée dans le « burn-in » ou autrement dit le présentéisme. Une définition du « burn-in » se trouve dans le domaine de l'informatique et de l'électronique et désigne le procédé par lequel on teste les puces en les faisant fonctionner sous une tension et une température bien supérieures à la normale. Cette image semble offrir une description assez fidèle de l'attitude observable chez certains soignants confrontés à des contextes professionnels délétères, mais qui s'acharnent à tenir leurs postes au prix d'une souffrance importante que Canoui nomme « *un acharnement pathologique au travail* » ou encore un « *présentéisme pathologique* ». D'autres auteurs comme Oigny (2009) s'accordent pour souligner une probabilité plus importante de développer un burnout si le niveau d'engagement ou d'implication est élevé. Pour lui le choix d'un métier, et notamment dans son étude au sein des forces de police, révèle un certain nombre de représentations et de normes. Plus ces normes seront exigeantes plus les situations critiques seront vécues dans la difficulté en s'éloignant des attentes du sujet. Les écarts ainsi constatés entre l'idée que l'on se fait de l'exercice d'un métier et la réalité que l'on est obligé de vivre généreront une souffrance au moins proportionnelle ou équivalente à l'importance des décalages constatés. Reprenant alors le burnout comme un processus, les écarts ainsi décrits seront porteurs de tensions internes et de mal-être qui feront le lit de l'épuisement professionnel. Cette observation est assez proche de la perspective existentielle avancée par Ayala Pines (1993) qui souligne que les stresseurs placent l'individu dans l'impossibilité d'utiliser ses compétences et ainsi l'éloigne de la signification qu'il recherche au travers de son travail et par son travail. En ce sens, ce qui va créer du burnout c'est davantage l'observation que l'on fait de soi-même dans l'incapacité de faire ou d'agir comme on le souhaiterait.

Ces attentes, correspondant la plupart du temps à des normes et des représentations idéalisées que l'on se fait du travail, seraient en lien avec ce que Cherniss appelle les orientations de carrière. Cette notion d'orientation de carrière se réfère directement à la signification même que recouvre le travail pour un individu donné et le prédisposera à s'ajuster au mieux dans certains types d'environnement pour lesquels les buts qu'il se fixe, ses valeurs, ses aspirations voire ses perspectives de carrière seront conformes avec ce qu'il obtiendra en retour et à hauteur de son investissement. Cherniss a ainsi identifié quatre orientations de carrière différentes pouvant rendre compte (ou en tout cas, expliquer) les écarts entre les environnements de travail et les attentes nourrit par les individus.

La première catégorie est celle de l'autocentré et souligne que dans ce cas l'individu est plus intéressé par sa vie personnelle en dehors du travail (loisirs, famille, activité sociale) et que cette dernière est prioritaire par rapport à sa vie professionnelle. Ce type d'orientation de carrière définit ainsi peu d'engagements par rapport au travail qui, somme toute, ne reste qu'un moyen ou un instrument pour se réaliser dans sa vie personnelle. La seconde catégorie est celle de l'activiste social qui, sur le modèle du militantisme, cherche à promouvoir le changement et sous-entend une implication forte voire un dépassement de soi et de son rôle professionnel. La troisième catégorie est celle de l'artisan qui se centre autour de l'utilisation des compétences, de la maîtrise et du contrôle. Dans cette catégorie, ce sont les qualités intrinsèques du travail ou même des sources de motivations intrinsèques qui orienteront les attentes et les buts que les individus se fixent au travers et par le travail qu'ils réalisent. Enfin la quatrième et dernière catégorie est celle des carriéristes. Préoccupés par leur propre réussite et centrés autour de leur promotion personnelle et professionnelle, pour eux, ce sont essentiellement des marqueurs extrinsèques (signant un certain prestige ainsi que des responsabilités) qui vont entretenir et développer les efforts qu'ils produiront par rapport au travail.

Pour Cherniss les activistes et les artisans représentent certainement les catégories les plus exposées au burnout à la différence des autocentrées et des carriéristes. Pour d'autres, comme Greenglass et Burke (1989), les activistes seront amenés à développer un burnout surtout s'ils évoluent dans un environnement professionnel inadapté par rapport à leurs attentes (qui comme nous l'avons vu les amène à dépasser leur rôle pour se réaliser).

Ces caractéristiques individuelles, que nous retrouvons au travers de la typologie proposée par Cherniss avec les orientations de carrière, apportent un éclairage sur l'apparition, le développement et le maintien du burnout chez un individu donné. Elle pourrait même constituer le point de départ du processus puisque pour se retrouver en épuisement professionnel il faut qu'au préalable on se soit impliqué ou investi et donc que l'on ait produit des efforts par rapport à l'objet travail et au regard de l'idée (ou plus exactement en correspondance avec la représentation) que l'on se fait de son travail.

B. Le burnout défini comme un état.

Comme le souligne Truchot (2004, p.20) la définition de Maslach et Jackson (1981) que nous avons présentés au départ est la plus connue des définitions en terme d'état, les autres variant en fonction de leur précision, de leur dimension voire de leur étendue. Cependant

toutes ces définitions s'accordent pour reconnaître le burnout comme un état au travers de trois caractéristiques. La première concerne les éléments dysphoriques incontournables cliniquement et s'exprimant au travers d'un prisme négatif (sur soi et sur les autres) voire de cognitions dépressives (impuissance et résignation), de fatigue et d'épuisement émotionnel. La seconde caractéristique est d'ordre étiologique et repose sur un écart important entre les attentes et le réel ou encore sur la présence d'exigences émotionnelles excessives. Enfin la troisième caractéristique repose sur le fait que les signes cliniques ne sont pas la conséquence d'une pathologie mentale, mais bien en réaction à un environnement de travail et plus spécifiquement dans la transaction entre le sujet et l'objet travaille.

Sur ce dernier point, il semble important de souligner que l'état de burnout se distingue du tableau clinique de la dépression sur plusieurs points. En effet, comme le soulignent N. Rasclé et M. Bruchon-Schweitzer (2006) le burnout serait surtout adossé à la sphère professionnelle (ou l'objet auquel se rapporte le burnout comme le couple par exemple) et se limiterait à elle. De plus, reprenant les différences sémiologiques observées entre dépression et burnout par Demerouti (2004), nous pouvons souligner, dans le cas d'un burnout, une altération de l'humeur sous l'angle de l'agressivité et de la colère (et non de l'humeur dépressive ou de la tristesse intense), une absence de perte de poids (ou de gain) comme observé lors d'un épisode dépressif, une absence d'idéation suicidaire (symptomatique dans le cas d'un épisode dépressif majeur) ainsi qu'une diminution de la vitalité rattachée à la fatigabilité prédominante dans un état d'épuisement. Enfin, les études factorielles réalisées à partir des échelles de burnout et de dépression (Bakker, Schaufeli, Demerouti, Janssen, Hulst, Van Der & Brouwer, J. (2000), Schaufeli, W. & Enzmann, D. (1998)) confirment la distinction entre dépression et burnout.

La modélisation de Maslach et Jackson (Maslach (1982), Maslach et Jackson (1981a)) donnant l'Attributional Environmental Model (modèle attributionnel et environnemental) demeure la référence et fait aujourd'hui l'objet d'un consensus pour définir l'état d'épuisement professionnel. Même si certaines évolutions permettent une ouverture sur d'autres construits sociaux dans lesquels un état d'épuisement peut apparaître, cette conceptualisation propose une lecture multidimensionnelle reposant sur trois composantes.

La première et certainement la plus représentative des signes cliniques observables lors d'un état d'épuisement sont l'épuisement émotionnel. Dans cette dimension nous observons une absence d'énergie et/ou de vitalité qui alimente habituellement la dynamique personnelle à

l'œuvre dans le cadre du travail. Le sujet se sent comme vidé, sans réserve. Cette situation inaugure un état de fatigue important ou encore une apathie très nette. Dans ce cas de figure, toutes nouvelles sollicitations au travail semblent perçues sous l'angle de la pénibilité dans la mesure où les ressources ne semblent plus suffisantes. Pour reprendre l'image empruntée à l'aéronautique, l'état de burnout, qui signale un épuisement total de carburant, suppose également l'impossibilité d'avoir recours à une éventuelle réserve. En ce sens, l'état d'épuisement émotionnel confronte l'individu à la perspective d'une panne sèche sans scénario d'amélioration. Le travail apparaît vite dans ces conditions comme une contrainte, une véritable épreuve.

La deuxième dimension est la dépersonnalisation et impacte particulièrement les relations interpersonnelles. Cette dimension constitue « un élément non négligeable » de l'épuisement, car il s'agit pour les personnes de développer des attitudes négatives, détachées, impersonnelles, voire cyniques, envers ceux dont elles s'occupent. Ne se sentant plus concernés par leur travail, les individus dressent des barrières et s'isolent des autres (y compris les collègues). Il s'agit d'un assèchement relationnel fort qui peut même, pour certains, s'exprimer à travers des comportements de rejet, de stigmatisation ou même de maltraitance. Cette dynamique de déshumanisation des relations ou encore cette sécheresse relationnelle n'est pas sans poser la question d'une attitude défensive réactionnelle à l'état d'épuisement émotionnel ou même secondaire à la première dimension. L'érosion des ressources personnelles s'accompagne d'un prisme négatif qui consiste à percevoir les demandes illégitimes ou secondaires. Cette stratégie, en s'appuyant sur des distorsions cognitives (comme l'inférence arbitraire, l'abstraction sélective ou encore la surgénéralisation) importantes dans le traitement de l'information de l'environnement professionnel, est mal adaptée et contribue à accentuer la baisse de motivation. Une distanciation forte, qui culmine dans l'évitement systématique, pourrait apparaître ainsi comme une modalité pour gérer l'effondrement de l'énergie.

La troisième dimension est la baisse de l'accomplissement de soi et/ou de la réalisation de soi ce qui peut prendre la forme d'un sentiment de diminution de l'efficacité personnelle perçue. Pour cette dimension, il convient de souligner la proximité avec les cognitions négatives présentes dans le cas d'un virage dépressif. En effet, en portant un regard négatif sur ses réalisations personnelles et professionnelles, l'individu en burnout opère une interprétation biaisée de la réalité et consolide des croyances dysfonctionnelles qui peuvent à leur tour

entamer la confiance en soi ou encore l'estime de soi et en conséquence favoriser un repli psychosocial et professionnel invalidant. À travers cette dimension, c'est le regard sur soi ou encore l'auto-évaluation qui est à l'œuvre et qui pourrait expliquer l'élaboration de comportements inhibés justifiant un peu plus la proximité avec la sémiologie dépressive habituellement observable lors d'un état dépressif.

Fidèle à sa structure tridimensionnelle d'origine, la conception du burnout a évolué ces dernières années. Maslach et Leiter (1997) proposent de garder la notion d'épuisement émotionnel, mais suggèrent que la deuxième et la troisième dimension changent. En effet, la dépersonnalisation peut être perçue comme un désengagement de l'objet travail pouvant prendre la forme d'attitudes cyniques envers soi-même, les autres et son environnement professionnel. Aussi, nous pourrions souligner que ces conditions, ces attitudes cyniques ne seraient pas si loin de la triade de Beck (cognitions négatives sur soi, sur l'environnement (les autres et le monde) et sur l'avenir) observée dans la dépression et pourraient même renforcer la proximité avec la sémiologie dépressive voire constituer un pont vers le tableau dépressif. De plus, la réduction de l'accomplissement de soi (la troisième dimension) évoluerait aujourd'hui vers une diminution de l'efficacité soulignant la baisse du sentiment d'efficacité personnelle perçue et justifiant une ouverture des recherches et la multiplication d'articles portant sur le burnout dans des contextes non professionnels comme c'est le cas pour le sport notamment avec le burnout athlétique de Smith ou encore pour les couples ou la parentalité avec la fatigue d'être parent (Anne Verjus et Marine Boisson, 2005) ou encore le burnout maternel (Violaine Guéritault, 2004).

Enfin, nous noterons la question qui demeure aujourd'hui, d'une individualisation du burnout comme trouble et non plus comme syndrome. Ainsi, Boudoukha (2009) distingue deux formes de burnout dans le cadre de ses travaux cliniques et expérimentaux (Boudhouka, 2006) afin d'enrichir la réflexion sur le diagnostic de burnout comme un trouble. Une première forme d'intensité plus ou moins élevée en lien avec une exposition à des stresseurs professionnels et donc générant une souffrance professionnelle et une seconde forme reposant sur une accumulation chronique de stress relationnel nécessitant une réelle prise en charge médicopsychologique qu'il désigne « trouble de burnout » ou encore « burnout pathologique ». Cependant, faute d'individualisation d'un trouble de burnout, il convient de noter que le diagnostic le plus proche reste certainement celui du trouble de l'adaptation correspondant au développement de symptômes dans les registres émotionnels et

comportementaux, en réaction à un ou plusieurs facteur(s) de stress identifiable(s), au cours des trois mois suivants la survenue de celui-ci (ceux-ci). Dans ce cas de figure, c'est bien une exposition répétée à un ou des stressors qui va générer l'épuisement et déterminer l'élaboration de conduites signifiant une souffrance psychique marquée et une altération du fonctionnement social et/ou professionnel. En conclusion, comme le souligne Truchot (2004, p.25) en se basant sur plusieurs travaux menés auprès des médecins libéraux (Truchot, 2001 ; Truchot, 2003 ; Truchot, 2004 ; Truchot et Bardu-Kmiec, 2004), il convient aujourd'hui d'avancer une conception multiforme du burnout tant les caractéristiques qui sous-tendent les niveaux de burnout (par exemple le sur investissement auprès des patients ou le sous-investissement auprès des patients) ne renvoient bien évidemment pas aux mêmes analyses ou à la même compréhension du phénomène. De ce fait la forme ou les formes de burnout pourraient renvoyer à des configurations particulières tout autant en lien avec des contextes professionnels qu'avec des facteurs individuels et donc nécessiteraient l'identification des causes du burnout...

C. Les causes du burnout.

Les premiers travaux sur le burnout, ayant donné lieu à des recherches (Bradley (1969), Freudenberger (1974), Maslach (1976)...), reposaient sur des contextes professionnels et dans le cadre de la relation d'aide. Aussi, il est clair, et ce classiquement, que les principales causes du burnout se centrent sur les variables organisationnelles, les variables interindividuelles et intra-individuelles.

Au niveau des variables organisationnelles, c'est sur la tâche elle-même ainsi que l'environnement dans lequel elle se déroule que l'on cherche les éléments explicatifs ou du moins en partie responsables du burnout. La tâche de travail (quantité, intensité, complexité, imprévisibilité, morcellement...) ou encore le rôle, le statut qu'elle confère, son caractère motivationnel ou même le degré de soutien collectif qu'elle suppose voire sa compatibilité avec la vie personnelle (vie professionnelle / vie personnelle familiale) sont des éléments qui permettent de comprendre l'impact qu'aura le travail sur l'individu. Cependant, il convient d'ajouter que des éléments contextuels comme les situations de licenciements économiques, l'âge auquel on se retrouve en situation de recherche d'emploi, dans le cadre de restructurations, de délocalisations, de mutations économiques ou même l'annonce d'un licenciement ajoutée à l'observation des styles managériaux (à l'origine d'ambigüités, de

l'autonomie décisionnelle) propose des pistes d'analyse et de compréhension du burn-out ou plus largement de la souffrance au travail qu'il convient d'approfondir encore pour rendre compte du poids des variables organisationnelles dans l'étiologie du burn-out chez certains salariés.

Certains auteurs comme Catherine Renne (2007) soulignent, à titre d'exemple, qu'en France, seul un senior sur trois retrouve un emploi dans les 12 mois qui suivent son inscription à pôle emploi contre 60 % pour l'ensemble des demandeurs d'emploi. Aussi, le retour à l'emploi des seniors se heurte à des discriminations avérées sur l'âge (il s'agirait de la quatrième cause de saisine de la HALDE quasiment à égalité avec les discriminations liées au sexe). Cet argument suffirait donc à renforcer le caractère « insécure » du statut de chômeur au regard de l'âge et pourrait générer des stratégies défensives particulières. Ainsi comme l'explique Mesrine (2000), dans les cinq ans qui suivent l'observation du chômage, le risque annuel de décès d'un homme chômeur est, à chaque âge, environ trois fois supérieur à celui d'un actif occupé du même âge. De la même façon, elle observe que la mortalité des chômeuses est environ le double, à âge égal, de la mortalité des actives occupées. Enfin elle met en avant que la surmortalité masculine semble accentuée en cas de persistance du chômage ou de l'inactivité. Selon les résultats de l'enquête épidémiologique de Sermet et Khlat (2004), les personnes au chômage se différencient sur bon nombre de dimensions comme la satisfaction de la vie, l'anxiété, l'estime de soi, l'humeur dépressive ou encore le stress perçu. Les salariés privés d'emploi développent davantage de maladies somatiques ou de troubles mentaux et de la même façon nous pouvons observer un risque suicidaire plus élevé chez les chômeurs. Enfin, nous pourrions continuer à nous interroger sur le caractère traumatogène associé à l'annonce même d'un licenciement. Eliason et Storri (2009) soulignent l'impact des licenciements sur le phénomène d'hospitalisation en lien avec des alcoolisations répétées, des accidents de voiture ou encore des conduites d'automutilation. De leur côté, Milecan et De Mol (2006) ont pu mettre en évidence des états de stress post-traumatique « apparenté » après des périodes de deuil ou de perte d'un emploi. Tous ces éléments plaident pour une analyse fine des contextes et de la façon dont l'individu traverse ces derniers (au travers de quels prismes...) pour mieux comprendre l'installation et le développement d'un burn-out tant la signification personnelle que donne un sujet de la situation qu'il rencontre peut constituer un point d'ancrage ou de clivage pour la suite et au regard de ses attentes personnelles et professionnelles.

Pour les variables interindividuelles, il convient de souligner la logique ou encore la pertinence de ces dernières au travers du Burnout dans la mesure où la deuxième dimension décrite dans le modèle attributionnel et environnemental de Maslach et Jackson (1981a ; 1982) est la résultante, la conséquence de ces variables sur l'individu. Les agressions, la violence, les conflits, les injustices perçus entre professionnels voire le manque de soutien hiérarchique (ou entre pairs) sont autant de variables qui peuvent expliquer l'élaboration de comportement de retrait, de distanciation ou de cynisme observables lors d'un burnout.

Enfin s'agissant des variables intra-individuelles comme le sexe, l'âge, le statut marital, les attentes ou encore les facteurs de personnalité, elles sont bien évidemment des variables importantes notamment depuis l'éclairage de Lazarus et Folkman qui insiste sur la place de l'évaluation que fera un individu d'une situation donnée et donc sur les différences individuelles qui agiront sur les capacités à faire face et in fine sur le choix des stratégies de coping mobilisées par l'individu. Cependant, comme le rappelle Didier Truchot (2004, pp. 27), la place des variables individuelles dans l'étude du burnout peut vite devenir polémique ou même pourrait ouvrir « *la voie à la tentation douteuse de sélectionner les employés sur la base de leur idiosyncrasie, donc à la discrimination et aux méthodes différentialistes les plus contestables (graphologie, etc.).* » (Truchot, 2004, pp. 168). Aussi, de la même façon que Didier Truchot le souligne, il convient de distinguer les variables de type génétique (sexe, âge), des variables acquises (niveau d'étude, formations spécifiques) ou en lien avec la personnalité (cinq grands facteurs du *big five*, style de coping) pour observer leurs effets modérateurs ou médiateurs sur le burnout.

Plus spécifiquement la question même du biais d'évaluation se pose, de la même façon qu'avec Karasek et « le biais du salarié en bonne santé », dans la mesure où la plupart des études sur le burnout portent sur des salariés dont le niveau de burnout ne semble pas suffisamment critique ou dysfonctionnel pour les exclure de lieu de travail (Weber & Jaekel-Reinhard, 2000). La place des variables intra-individuelles est donc souvent discutée ou peut donner lieu à des travaux d'exploration centrés sur les mécanismes et les caractéristiques personnelles à l'œuvre dans les trajectoires professionnelles (Côté, Edwards et Benoit, 2005). Il n'en reste pas moins vrai que, chez les patients présentant des dysfonctions ventriculaires latentes ou des anomalies prononcées et répétées de la perfusion myocardique, les stress émotionnels et psychologiques seraient impliqués dans la survenue des incidents coronariens, pourraient constituer un facteur de pronostic défavorable altérant la performance myocardique (Appels & Mulder, 1998 ; Rozanski, Blumenthal & Kaplan, 1999) et

participeraient d'une activité cérébrale particulière (Soufer & Burg, 2007) impliquant le cortex préfrontal médian, l'hippocampe et l'ensemble du système limbique sollicitant les interconnexions entre l'hypothalamus et l'hypophyse à l'origine d'une réponse adrénergique et noradrénergique (influence de l'axe sympathique). Ainsi, dans bien des travaux, nous voyons que les différences intra individuelles constituent des pistes sérieuses et non négligeables pour l'accompagnement et la prévention des salariés au sens large et justifient leurs observations.

Ainsi les variables en causent pour comprendre l'apparition et le développement d'un burnout tient à la fois du contexte professionnel dans lequel les sujets évoluent, des relations que les personnes entretiennent entre elles et des caractéristiques individuelles qui influencent le prisme au travers duquel elles vont lire la réalité et traiter les informations émotionnelles auxquelles elles sont exposées. Dans cette perspective la modélisation de Karasek (1979) avec son modèle « exigence / contrôle » évoluant dès 1990 (Karasek & Theorell) vers le modèle exigences-contrôle-soutien (« Job-Demands-Control-support model ») permet de faire le lien entre la perception de contrôle que la personne aura sur son travail et les exigences du travail elles-mêmes associées à un isolement ou au contraire à un support émotionnel et/ou matériel de la part de l'entourage.

D. Stress professionnel et burnout.

Les principales formes de stress observables au travail peuvent se regrouper autour de la notion de stress aigu, de stress post-traumatique ou de stress chronique. La notion de burnout diffère de celle du stress dans la mesure où elle est souvent considérée comme la résultante, la conséquence ou le stade final du stress (Cooper, Dewe & O'Driscoll, 2001). Plus exactement la chronicité serait l'un des thèmes centraux dans la littérature sur le burnout (Guéritault-Chalvin & Cooper, 2004). À la différence des crises graves et ponctuelles, les situations de stress d'intensité moyenne, caractérisées par leur chronicité et leur aspect répétitif dans le temps, seraient à l'origine du burnout. Les principaux modèles du stress qui semblent rendre compte de l'installation d'un burnout peuvent s'appuyer sur la perspective transactionnelle (Lazarus (1966) ; Lazarus et Folkman, (1984a, 1984b)), sur la perspective interactionniste (Karasek (1979) ; Karasek et Thoerell (1990)) ou encore sur la perspective de la conservation des ressources de Hobfoll 2001.

Pour la perspective transactionnelle, l'évaluation cognitive est à la base de la compréhension du modèle. En effet, il est ici considéré que l'individu évalue en permanence son environnement ou plus exactement qu'il évalue les implications que sa relation à l'environnement peut avoir sur lui en terme de bien-être et de buts personnels (Lazarus, 2001). Il s'agit d'une évaluation qui a trait à la signification d'une situation pour lui-même et pas simplement d'un scanner de l'environnement. Selon Lazarus et Folkman (1984), il existe deux processus d'évaluation : l'évaluation primaire (*primary appraisal*), qui détermine la pertinence ou non d'un événement et son caractère stressant ou non, et l'évaluation secondaire (*secondary appraisal*) qui détermine les stratégies de gestion possibles, leurs probabilités de réussite et les conséquences pour chacune d'entre elles. De plus et comme l'environnement évolue constamment la transaction entre l'individu et son environnement fait l'objet d'une réévaluation constante (*reappraisal*). De ce fait, ils définissent trois cas de figure, ou thématiques distinctes, dans le cas des situations évaluées comme stressantes. La première catégorie est celle des pertes ou dommages causés à l'individu. Dans cette catégorie, l'événement a eu lieu et les individus doivent s'adapter aux conséquences. La seconde catégorie regroupe les situations qui n'ont pas encore eu lieu, mais constituent une menace dans le futur. Dans ce cas-là, il s'agit d'un coping d'anticipation afin de faire face aux événements. Enfin, pour la dernière catégorie, il s'agit des situations qui correspondent à des défis. Comme pour les deux précédentes, l'individu mobilise des efforts cognitifs et comportementaux pour faire face à l'événement, mais avec une orientation de gain attendu et de maîtrise de la transaction. Bien évidemment, dans la réalité ces trois catégories ne sont pas aussi franches et distinctes et une situation stressante reste complexe en mixant ou non plusieurs catégories. En effet, face aux conséquences d'un accident, l'évolution possible de l'état de santé peut constituer une menace, mais également un défi pour s'adapter et dépasser l'événement... En fait, les facteurs personnels (trait de personnalité, confiance en soi...) et situationnels (nouveau, incertitudes, expériences négatives...) interagissent et contribuent à l'évaluation de la situation dite stressante ce qui débouche sur le choix des stratégies de coping. Il existe plusieurs stratégies de coping, mais les deux grandes catégories de coping sont le coping centré sur le problème, où l'individu déploie des efforts cognitifs et comportementaux pour modifier la situation, et le coping centré sur l'émotion qui consiste à mettre à distance, à éviter ou encore à réguler ses émotions pour se sentir mieux sans pour autant agir sur la résolution du problème.

Dans la littérature, le coping centré sur le problème semble plus adapté lorsqu'il s'agit du burnout. Chez les personnels soignants, et plus particulièrement les infirmières exerçant auprès de malades séropositifs, certains auteurs (Gueritault-Chalvin, Kalichman, Demi & Peterson, 2000) ont pu mettre en évidence l'association entre style de coping externe et des scores élevés de burnout. Une étude comparative entre infirmières formées et non formées en soins palliatifs (Pronost, 2001) fait ressortir les corrélations entre les stratégies de retrait (comportemental, cognitif et affectif) ainsi que la focalisation émotionnelle (envahissement émotionnel) et l'épuisement émotionnel (première dimension du burnout). La même étude souligne les corrélations entre la dépersonnalisation (deuxième dimension du burnout) et les stratégies de retrait comportemental ou mental. Enfin, il convient pour certains de prendre en compte les variables individuelles (traits de personnalité, fonction...) pour rendre compte des stratégies utilisées par les sujets. À titre d'exemple le névrosisme a souvent été associé à un coping moins adapté (Endler & Parker, 1990) alors que l'optimisme serait associé à des stratégies de coping plutôt positives (Carver et al., 1993). Dans certains travaux (Mariage et Schmitt-Fourrier, 2006), on observe également une préférence pour des stratégies d'ajustement orientées sur la tâche chez des Aides-soignants ou encore un investissement préférentiel vers des stratégies de coping centrées sur l'émotion chez les personnes dépressives. L'ajustement au stress va donc dépendre des variables individuelles et situationnelles, mais peut également dépendre de la lecture subjective que le soignant va faire de la réalité qu'il traverse et donc du même coup ne constitue qu'un des éléments explicatifs de la santé psychique au travail notamment lorsqu'il s'agit du burnout.

Pour la perspective interactionnelle, les exigences d'une situation de travail aussi complexe que la prise en charge en gériatrie vont être confrontées à la notion de contrôlabilité perçue ou encore à la latitude que le soignant perçoit qu'il a dans le soin.

Selon Karasek, la détérioration de la santé des personnels dépendra des capacités de contrôle qu'auront les personnes en situation de forte demande. Cette balance explique ainsi comment une forte anxiété peut naître lors d'une confrontation où les exigences sont plus fortes que les ressources. En fait, c'est cette interaction entre les exigences psychologiques du travail et la latitude décisionnelle qui détermine la santé physique et psychologique des personnels. Deux hypothèses fondamentales structurent le modèle de Karasek :

- La première est centrée sur la notion de tension et qui souligne que des exigences élevées associées à un faible contrôle produisent une tension élevée. À l'inverse, de faibles exigences associées à un contrôle élevé seront à

l'origine de situations décrites comme détendues. Dans les deux cas, ces situations produiront des sentiments d'insatisfaction soit en créant des sources de stress nocifs pour la santé soit produisant de l'ennui et en atrophiant les compétences professionnelles (Dwyer & Ganster, 1991).

- La seconde précise que des situations d'exigences élevées associées à un contrôle élevé minimiseront la tension et susciteront un bon développement personnel, de la motivation et une participation sociale active. À l'inverse, de faibles exigences associées à un faible contrôle engendrent des situations de passivité. Ces dernières qui demandent peu et qui accordent peu sont des renforcements ou des bases pour des processus d'impuissance acquise (Seligman, 1975). Dans cette optique, les processus de banalisation, de diffusion de la responsabilité pourraient créer des contextes favorables au retrait social et à la dépersonnalisation.

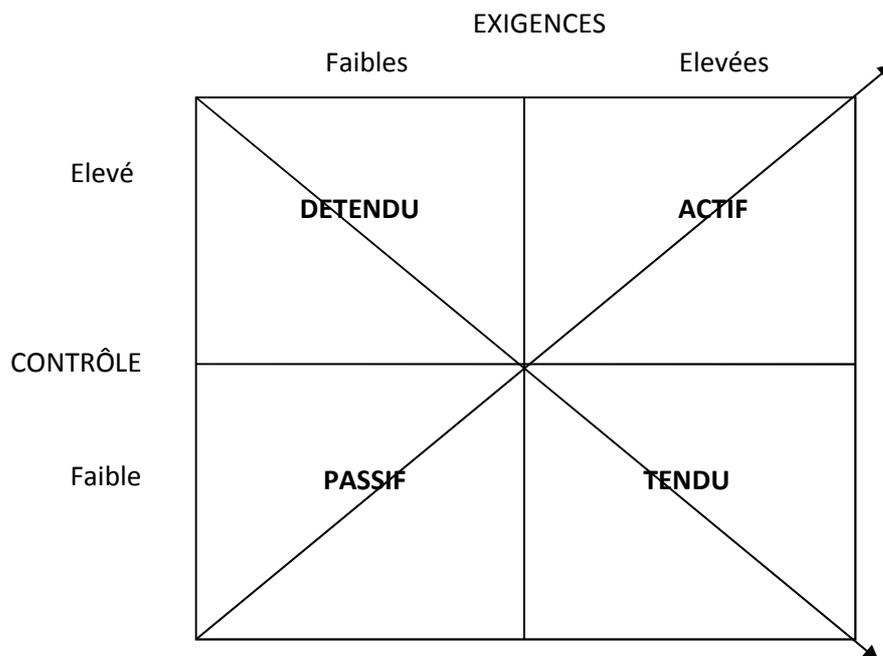


Figure 3 : Le modèle « exigences-contrôle » de Karasek (1979)

La notion d' « Iso Job strain » (tension au travail avec isolement) permet la confrontation des stressseurs professionnels (issues des exigences du travail) avec la latitude ou encore le sentiment d'autonomie et de contrôle que le sujet ressent pour faire face en mobilisant (ou non) un soutien social professionnel ou émotionnel auprès de ses pairs comme de ses supérieurs hiérarchiques. Lorsque la demande psychologique est forte et la latitude décisionnelle est faible, on parle alors de Job strain et de complication pour la santé (Van der

Doef & Maes, 1999 ; Hoogendoorn, Van Poppel, Bongers, Koes & Bouter, 2000). En effet, bon nombre d'études comme celle de Belkic, Landsbergis, Schnall et Baker (2004) ont souligné le lien entre l'exposition au stress au travail et les maladies cardiovasculaires (MCV). Mais en complémentarité de l'importance voire des vertus des variables individuelles décrites précédemment (dans la perspective transactionnelle), la différence de taille qu'apporte le modèle de Karasek et Theorell réside dans le fait qu'il ne s'appuie pas sur des vulnérabilités individuelles. Aussi, c'est bien la relation qui s'instaure entre l'augmentation de la tension physiologique et psychologique et la latitude décisionnelle et l'autonomie qui va définir la qualité de vie au travail. Toutefois certains auteurs vont plus loin dans l'exploitation du modèle en insistant sur la singularité des contextes professionnels et notamment en recherchant l'impact de stressseurs spécifiques. Truchot et Borteyrou (2010) proposent d'intégrer des sources de tension et des modalités de ressources spécifiques au contexte de travail étudié. Dans leur recherche en oncologie, ils soulignent ainsi l'intérêt de différencier les exigences organisationnelles et les exigences des patients (propres au secteur). Les liens des exigences des patients (spécifiques au contexte) entretenus avec les dimensions du burn out (épuisement émotionnel et dépersonnalisation) constituent des pistes de compréhension supplémentaires et non négligeables dans la compréhension du syndrome en enrichissant le modèle de Karasek. Cette remarque renforce l'idée que nous avons déjà abordé en introduction sur l'attention qu'il convient de porter par rapport à la nature des services en gériatrie. L'étude de Pekkarinen, Sinervo, Elovainio, Noro, Finne-Soveri et Leskinen (2006) semble ainsi confirmer la nécessité de différencier ou identifier la nature des facteurs de stress selon le type de structures (spécialisées ou non dans l'accueil des personnes âgées présentant des troubles du comportement) et souligne du même coup que la formation initiale, la formation continue ou encore les ressources mobilisables en cours d'emploi par les soignants peuvent leur permettre de modérer l'impact de certaines situations d'exposition au stress. En la matière, l'étude de Pronost (2001) rappelle que les formations en soins palliatifs, sur son échantillon de population, peuvent rendre compte de variations sur les scores de burnout obtenus (moins élevés chez les soignants formés).

Pour d'autres chercheurs, la latitude décisionnelle constituerait une des variables majeures des ressources mobilisables par les individus pour faire face aux demandes du travail. Dans le modèle « Demandes-Ressources liée au travail » de Demerouti, Bakker, Nachreiner et Schaufeli (2001), les effets des demandes ou des ressources sont indépendants sur les conséquences observables du travail. Pour Baker, Demerouti, de Boer & Schaufeli (2003), les

demandes référents aux aspects physiques, psychologiques ou organisationnels du travail, supposent un effort (physique ou psychologiques) et peuvent avoir des effets sur la santé (épuisement...). Les ressources, en revanche, sont en lien avec les aspects psychologiques, sociaux ou organisationnels par lesquels les individus se réalisent en plus de la réalisation du travail (lui-même) et pourraient ainsi rendre compte du processus motivationnel au travail. Dans la théorie de la conservation des ressources de Hobfoll (2001), nous retrouvons la notion d'ajustement entre des changements et sollicitations de l'environnement et les ressources de l'individu. Dans cette approche les individus cherchent à maintenir et développer leurs ressources. Ces ressources sont de nature diverse et prennent en compte les ressources matérielles (appareils, vêtements, accessoires...), les caractéristiques personnelles (qualification, optimisme, autodiscipline...), les ressources situationnelles (emploi stable, économies, stabilité familiale...) ou encore les ressources sociales (le soutien social, la reconnaissance...). Toutes ces ressources sont liées entre elles et le gain ou la perte dans une catégorie de ressources aura des conséquences dans les autres catégories. Pour Hobfoll, le stress survient lorsque ces ressources sont menacées, lorsqu'elles sont perdues ou encore lorsque l'investissement des ressources ne permet pas d'obtenir les gains escomptés. C'est d'ailleurs sur ce dernier point que la théorie d'Hobfoll prédit l'apparition du burn-out. En effet, comme dans les travaux de Chernis (1980), le décalage entre les attentes et la réalité serait à l'origine de l'apparition et du développement du burnout. En ce sens, toutes variables individuelles, contextuelles ou organisationnelles pourraient être considérées comme des ressources et ce qu'il conviendrait d'observer serait la disponibilité des ressources ainsi que leur capacité à investir ou acquérir de nouvelles ressources.

Cependant, il reste que comme le rapportent Guéritault-Chalvin et Cooper (2004) lors d'une revue de la littérature, les travaux mettent en évidence que le burnout est la résultante des effets du contexte même s'il s'observe au niveau des individus. Ainsi, s'attacher à différencier les éléments contextuels, tant au niveau des exigences qu'au niveau de la latitude ou du soutien social, et repérer les différentes stratégies utilisées pour faire face aux sollicitations du travail (physiques, organisationnelles ou psychologiques) devrait nous éclairer sur le poids et le rôle et les conséquences de chaque variable sur la santé des personnels en gériatrie.

De plus, la place des émotions au travail lorsqu'il s'agit d'une perspective gériatrique (comme en soin palliatif) reste une variable qui nous semble déterminante pour prédire l'apparition du burnout surtout si l'on considère que les exigences émotionnelles sont centrées sur des

situations de dissonances émotionnelles et non pas simplement sur des sollicitations émotionnelles.

La régulation des émotions intervenant en permanence, nous devrions nous poser la question du repérage des situations qui génèrent un décalage entre les attentes émotionnelles et la réalité observée par le soignant. De plus, le choix d'une stratégie de régulation des émotions sur le lieu de travail pourrait être considéré comme un choix contraint par la présence ou non de ressources individuelles ou collectives (par exemple une organisation de soin particulier, des formations spécifiques, des règles générales de prise en charge basée sur le soin « *care* » et « *cure* » compris, etc.) et donc le processus de travail émotionnel pourrait résulter du confort ou de l'inconfort ressenti pour gérer les sources de tensions émotionnelles issues des contextes gériatriques. Aussi, avant de rentrer dans les détails des stratégies de régulations émotionnelles et des modalités du processus de travail émotionnel observables en situation de soins auprès des personnes âgées, il convient de définir la place des émotions dans le fonctionnement général des individus ainsi que les particularités du processus émotionnel.

III. LES ÉMOTIONS.

La définition même d'une émotion a fait débat dans la littérature, et ce depuis le dix-neuvième siècle et notamment avec l'article de William James en 1884 « qu'est-ce qu'une émotion ? ». Deux conceptions se sont opposées très rapidement une première périphéraliste (priviliégiant une approche centrée sur les changements corporels induits par la perception d'un fait) et un autre plus centraliste (les changements physiologiques accompagneraient ainsi le sentiment). Au-delà des positions théoriques autour de l'émotion, la notion de sentiment se trouve souvent imbriquée dans celle de l'émotion et participe de la confusion dans l'étude et la compréhension de l'émotion. Aujourd'hui encore cette distinction est complexe. Pour Joseph Ledoux (1998) émotion et sentiment sont liés (« *An emotion is a subjective experience, a passionate invasion of consciousness, a feeling*») alors que pour Damasio (2001) il convient d'insister sur la différence entre ces deux mots. Pour ce dernier les émotions sont des actions externes (fuites, combats, mouvement, expression faciale...) ou internes (tachycardie, libération d'hormone...) identifiables, mesurables alors que les sentiments sont des pensées ce sont des ressentis de l'individu et donc personnels et privés. En quelque sorte une différenciation entre les pensées et les comportements. Aussi, l'éclairage neuroanatomique des émotions constituera une piste d'explication et de compréhension non négligeable pour rendre compte de la complexité des différentes sous composantes de l'organisme conscientes et non conscientes volontaires et involontaires impliquées lors de l'apparition des émotions...

En situation d'exposition imminente à un événement ou lors d'une confrontation au regard des autres nous pouvons ressentir un ensemble de réactions corporelles d'autant plus fortes qu'elles seront associées à un manque de contrôle perçu ou encore à de faibles capacités personnels pour y faire face. Ces réactions s'accompagnent souvent d'un état de bouleversement émotionnel ou encore d'une sensation d'être submergé par l'émotion. Par exemple, en réunion, un tour de table de présentation peut faire émerger ces sensations, le stress monte (le cœur s'accélère, la respiration devient plus difficile, une sensation de chaud froid apparaît en plus de la sueur qui s'installe...) et le rougissement peut s'imposer lors de la prise (pénible) de parole devant l'ensemble des personnes suspendues à vos lèvres. Cette illustration souligne le rôle des réactions corporelles lors des épisodes émotionnels ainsi que leurs corrélations en fonction des événements perçus. De plus, elle souligne le lien étroit entre

les sensations physiques ressenties et le sentiment subjectif qui en découle (l'émotion). Dans la littérature, et chronologiquement, plusieurs points de vue se sont opposés sur la séquence par laquelle les différents processus, composants et sous composants de l'organisme interviennent (simultanément ou dans un ordre particulier) par rapport au sentiment subjectif qui nomme l'émotion.

La théorie de William James dès 1884 puis en 1894 insiste sur la primauté des réactions physiologiques dans le déclenchement de l'émotion. En effet, selon James la perception des changements physiologiques serait à l'origine d'un sentiment subjectif (je suis effrayé car je tremble). Pour James c'est parce que l'individu fait l'expérience des changements physiologiques de son corps qu'il fait l'expérience de l'émotion. James illustre sa thèse avec l'exemple d'une promenade en forêt à la recherche de champignons quand tout à coup un ours surgit. Face à l'ours nos yeux s'écarquillent, notre rythme cardiaque s'accélère, notre bouche s'ouvre, nos genoux tremblent et finissons par fuir en courant en d'autres termes nous avons peur. Ainsi la perception des stimuli intéroceptifs (souvent d'aspect neurovégétatif) et des réponses musculaires signalent le changement et donc induisent l'émotion (dans notre exemple la peur). De plus, nous aurions des réponses préprogrammées à notre environnement. Cette conception souligne donc le caractère adaptatif des émotions. Sans parler de *patterns* de réponses spécifiques pour chaque émotion, il avance que notre corps a intégré (dans son évolution) des réponses automatiques et adaptatives aux différents aspects de notre environnement dans une optique de survie. Il suggère de ce fait que l'activation de certaines réponses de notre corps et donc de certains organes puisse être similaire et donc renvoyer à des sentiments subjectifs identiques. Nous serions donc amenés à catégoriser des états physiologiques semblables sous la même étiquette. Même si je ne ressens pas exactement les mêmes sensations physiologiques lors de différentes situations d'exposition à la peur, la similitude des réponses suffit pour réaliser un étiquetage émotionnel commun catégorisé sous le même vocable (par exemple la peur).

Par la suite Carl Lange reprend cette perspective causaliste en proposant une vision « périphéraliste » de l'émotion. Dans cette perspective « périphéraliste », l'activation du système nerveux autonome et du système nerveux somatique serait à l'origine des émotions. Deux exemples pris par Carl Lange illustrent ses propos. Le premier exemple est celui du frisson ressenti lors d'une activation du corps face au froid et lors d'une expérience de peur (comme les fantômes). Le deuxième est celui de la fièvre que l'on retrouve lorsque le corps

est sous l'emprise de légers symptômes de fièvre et lorsque la personne est confrontée à des expériences terrifiantes. D'autres illustrations, avancées par Carl Lange, résident dans la comparaison des états émotionnels induits par des pathologies (les manies, les mélancolies) ou encore la consommation de produits voire par les modifications inhérentes à des atteintes somatiques (l'auteur décrit ici les symptômes de fureur chez des patients victimes de manie transitoire (« transitory mania ») reposant sur l'activation de réponses neurovégétatives (tachycardie, salivation importante, gonflement des veines, joues chaudes...) disparaissant après plusieurs heures de sommeil suivi d'un oubli de l'épisode de fureur par le patient lui-même). La particularité de son approche réside dans l'hypothèse de *patterns* spécifiques aux émotions.

À cette position périphéraliste va s'opposer la position centraliste de Walter Cannon (1927) qui, bien qu'il reconnaisse un lien important entre les émotions et les réactions physiologiques, souligne la prédominance du système nerveux central dans la différenciation et le déclenchement de l'émotion. Pour cet auteur le système thalamique est incontournable dans la compréhension des émotions et non les réponses du système nerveux autonome (réactions neurovégétatives). Pour Cannon, les changements physiologiques ne sont pas antérieurs aux émotions et ils ne sont pas non plus spécifiques à certaines émotions. En 1932 Cannon adresse au moins quatre critiques majeures au modèle de James et Lange. En premier lieu, il démontre que des changements viscéraux artificiels n'induisent pas d'émotion. Puis il montre que la déconnexion chirurgicale des organes viscéraux du système nerveux central n'entraîne pas la disparition des réactions émotionnelles. De la même façon, il montre que la production artificielle de changements viscéraux ne génère pas de réactions émotionnelles. Il souligne que des changements viscéraux identiques apparaissent dans états émotionnels différents et dans des états non émotionnels (exemple de la fièvre). Enfin, il montre que le système viscéral réagit lentement par rapport à l'apparition de certaines émotions. Cependant, et par la suite, ces mêmes critiques de Cannon ont fait l'objet de critiques. Par exemple, Schachter insiste sur le fait que le système viscéral ne constitue pas une condition suffisante (même si elle est nécessaire) pour déclencher une émotion. D'ailleurs, James lui-même soulignait l'importance des réactions musculaires (système nerveux somatique). Le débat entre James et Cannon introduit la notion de séquençage ou plus exactement l'intervalle de temps qui s'écoule entre les prodromes physiologiques des émotions (activations neurovégétatives) et la conscientisation (sentiment subjectif) de l'émotion. Aussi, c'est sur ce

point que l'approche cognitive, apparue à partir des années soixante, apporte une lecture plus fine du processus émotionnel.

Schachter dès 1964 insiste sur le fait que la perception d'une activation sympathique ne doit pas être confondue avec la différenciation des émotions. Il souligne ainsi le rôle de l'excitation corporelle qui va permettre de définir l'intensité de l'émotion et le rôle des cognitions qui va permettre de donner une évaluation qualitative de l'émotion. Il avance qu'une personne soumise à une activation sympathique procédera par recherche d'informations et autoattribution, et ce de façon inconsciente et involontaire. En 1962, Schachter et Singer réalisent une expérience (reposant sur l'hypothèse de Schachter) en injectant à deux groupes soit de l'épinéphrine soit un placebo. Les résultats de cette expérience ont permis de confirmer que les gens assignent une émotion à un changement physiologique basé sur les émotions disponibles au sein de la situation sociale dans laquelle ils sont impliqués. En fait les sujets de cette expérience ont exploré leur environnement social afin de décider du choix de l'émotion la plus adaptée (pour cette expérience la joie ou la colère).

Avec cette expérience, le processus de différenciation des émotions apparaît comme une notion centrale dans l'observation d'un épisode émotionnel. En effet, même si l'activation des marqueurs somatiques semble indiscutable lors de l'apparition d'une émotion, le processus d'évaluation cognitive apporte une dimension complémentaire et en même temps essentielle à toutes expériences émotionnelles. Dans cette optique dès les années 60, et plus particulièrement avec Lazarus et ses collaborateurs (Lazarus et Alfert (1964) ; Speisman, Lazarus, Mordkoff et Davidson (1964)), les recherches ont pu mettre en évidence les liens entre les différentes évaluations cognitives conduites par un sujet (dans diverses situations) et les réactions physiologiques observables. Lors d'une projection d'un film portant sur la circoncision, les sujets ayant reçu une information sur le caractère traumatique du rituel et ceux n'ayant pas reçu d'information présentaient des niveaux de conductance de la peau plus élevés que ceux ayant reçu une information scientifique ou une information sur le caractère indolore de l'acte. La nature de l'expérience elle-même pour laquelle un individu n'aura pas les mêmes capacités pour y faire face peut induire des modifications physiologiques différentes. Des expériences de défi (qui comporte un degré de capacité supérieure au degré de menace perçue) ou de menace (qui comporte un degré de capacité inférieur aux exigences de la situation perçue) n'impliquent pas les mêmes réactions physiologiques ou corporelles,

mais également les mêmes motivations (Blascovich et Tomaka 1996). Les expériences de défi s'accompagneraient d'une activité cardiaque plus importante ainsi qu'une résistance vasculaire périphérique plus réduite (que lors des expériences de menace) reflétant probablement une mobilisation différente de l'organisme et des ressources à disposition en vue de réponse et d'actions particulières (Tomaka, Blascovich, Kelsey et Leitten 1993). L'évaluation cognitive apporte donc une lecture particulière dans la naissance et le déroulement d'un épisode émotionnel. Ce dernier semble donc constitué d'un ensemble de séquences mobilisant consciemment ou non, volontairement ou involontairement des sous-composantes de l'organisme s'exprimant différemment selon les contextes, les individus et ayant des fonctions adaptatives dans la mesure où elles proposent des modalités d'actions différentes. Aussi, pour étayer cette perspective de l'évaluation cognitive, Scherrer (1984 et 2001) propose un modèle des processus composants définissant l'émotion comme un construit reposant sur cinq composantes renvoyant elles-mêmes à cinq fonctions distinctes. Ainsi, Scherer propose une première composante dite cognitive dont la fonction réside dans l'évaluation des événements et des stimuli s'appuyant sur le système nerveux central (il s'agit du traitement de l'information) ; une seconde composante périphérique ayant pour fonction la régulation de l'organisme et impliquant le système nerveux central, le système neuro-endocrinien et le système nerveux autonome ; une troisième composante motivationnelle préparant à l'action et impliquant le système nerveux central ; une quatrième composante expressive et motrice proposant l'expression des réactions et les intentions comportementales reposant sur le système nerveux somatique et enfin une cinquième composante dite du sentiment subjectif reposant sur le système nerveux central et proposant un état de conscience et de contrôle sur le rapport état environnement.

L'émotion n'est pas décrite comme un état statique, mais plutôt comme un processus dynamique reposant sur les changements des sous-systèmes déclenchés par des évaluations de stimulus en fonction de critères particuliers. Scherer va définir un ensemble de critères d'évaluation de stimulus (stimulus evaluation checks : CES) à l'œuvre dans l'évaluation de la signification d'un événement-stimulus pour l'organisme. Les critères d'évaluations cognitives sont organisés en quatre objectifs évaluatifs pour préparer au mieux l'organisme à produire une réponse adaptée.

En premier lieu il s'agit de la détection de la pertinence. L'organisme examine en permanence des stimuli internes ou externes afin de décider si l'apparition d'un événement requiert une

attention particulière ou un traitement spécifique de l'information. Il convient ainsi de concevoir cet examen permanent comme un filtre participant de la hiérarchisation et de la détection des événements pour garantir une réponse adaptée. Ainsi le critère de nouveauté ou de soudaineté constitue l'un des critères favorisant la capture attentionnelle déjà observée en lien avec des modalités sensorielles, visuelles ou auditives (Grandjean et al., 2005 ; Sander, Grandjean, Pourtois, Schwartz, Seghier, Scherer, 2005) en présence de stimuli émotionnels. Par la suite le critère d'agrément intrinsèque déterminerait la réaction ou la réponse d'attraction ou d'évitement suivant le caractère plaisant ou déplaisant du stimulus. Enfin le critère de pertinence envers des buts ou des besoins semble incontournable, mais en lien avec la hiérarchie particulière des buts ou besoins d'un organisme donné à un moment donné. Ces trois critères, pour comprendre l'évaluation de la pertinence, ont pu être observés lors d'expérimentations en observant les analyses topographiques et fréquentielles des potentiels évoqués obtenus en modalité visuelle (Grandjean, 2005).

En second lieu, il s'agit d'une évaluation de l'implication. Dans quelle mesure l'événement affectera-t-il le bien-être de l'organisme à court moyen ou long terme ? Ainsi l'attribution causale s'impose dans la mesure où l'organisme cherche à déterminer les causes ou origines des événements (voir des intentions) lors du traitement des stimuli. Il s'en suit une interrogation majeure sur les conséquences possibles évaluées par l'organisme ou plus exactement sur la probabilité des conséquences possibles. Puis en fonction de la consistance ou de la dissonance de la situation au regard des attentes de l'individu les réponses ne seront pas les mêmes, on parle alors de critères de différence avec les attentes. Enfin, pour définir l'évaluation de l'implication, le caractère facilitateur ou au contraire obstructif d'un événement sera pris en compte par l'organisme et ce en fonction des buts et besoins initiaux de même que le critère d'urgence en fonction de buts et besoins de l'organisme, mais également en fonction des contingences temporelles orientera fortement la réponse et participera à l'élaboration d'actions adaptatives.

Le troisième objectif évaluatif repose sur le potentiel de maîtrise. Jusqu'où l'organisme pourra-t-il s'adapter aux événements ?

Ainsi les critères de contrôle, de puissance et d'ajustement s'opèrent dans la phase d'évaluation du potentiel de maîtrise. La notion de contrôle semble pertinente à bien des égards dans la mesure où le caractère contrôlable ou non d'un événement peut en modifier sa perception. En effet, nous pouvons évaluer notre degré de contrôle sur la conduite d'une

automobile, mais qu'en est-il d'une inondation ou d'une tempête ? Cette capacité que nous aurons à influencer ou non un évènement oriente considérablement les efforts ainsi que les investissements stratégiques déployés en réponse à un évènement donné.

Enfin, le quatrième objectif évaluatif repose sur la signification normative. Pour cette évaluation le concept de soi ou encore la représentation de soi implique également la prise en compte que tout comportement s'insère dans un construit social dont les conséquences sont en lien avec les actions qui s'y font jour. Aussi dans cette évaluation la question des normes sociales, des valeurs ou encore des règles de comportements renvoie à celle de l'organisation sociale d'un groupe. Il réside donc deux critères d'évaluation qui s'articulent et orientent les actions ou la construction de comportement en réponse aux évènements.

Le premier est un critère de standards internes où il s'agit d'une représentation de soi avec ses valeurs ou ses limites. Cette représentation idéale du soi sera le point de départ de l'évaluation d'une action afin de déterminer en quoi elle peut être plus ou moins congruente avec l'individu ou encore en quoi elle est dissonante avec les standards internes du sujet. Sur ce point les conflits de valeurs internes ou encore les conflits internes éthiques peuvent particulièrement illustrer cette évaluation ainsi que les conséquences pour l'individu lui-même.

Le second est un critère de standards externes où dans ce cas il s'agira pour un individu de confronter toutes élaborations d'actions ou comportements au regard des règles de comportements d'attitude ou de fonctionnement d'un groupe donné. Ces préalables collectifs servent à différencier à priori les comportements attendus et les comportements rejetés par le groupe d'appartenance ou le groupe de référence. Sur ce dernier point, nous ne rentrerons pas dans l'analyse et la discussion entre groupe d'appartenance et groupe de référence nous nous contenterons de souligner qu'un individu donné peut avoir conscience ou non d'appartenir à un groupe alors que nous observons une différence lorsque l'on se réfère à un groupe donné dès lors qu'il s'agit de son attitude comme le souligne entre autres Kelley (1972). Ce critère examine donc la compatibilité avec les comportements et attitudes attendus dans le groupe de référence et notamment prédit les conséquences sociales pour le sujet lui-même en termes d'acceptation ou de rejet du groupe.

Ces différents critères d'évaluation des stimuli qui reposent sur les quatre objectifs détaillés plus haut rendent compte selon Scherer (1984 et 2001) du processus d'évaluation cognitive. Aussi s'agissant d'un processus, il convient de noter que les évaluations sont permanentes et

interagissent entre elles dans la mesure où l'organisme monitore en permanence les variations internes ainsi que son environnement. Il reste cependant que la notion de séquence s'impose et participe de l'éclairage théorique des neurosciences cognitives sur la genèse et le développement d'un épisode émotionnel. Plus exactement la question de la dynamique temporelle d'un épisode émotionnel a pour avantage de préciser le rôle, la fonction voire les liens entre les différentes structures du cerveau impliquées dans l'émotion.

Pour Damasio (2010), la place et le rôle des différentes structures au sein du cerveau permettent de mettre en évidence des programmes complexes (et en grande partie automatisés) d'actions bâtis et consolidés au cours de l'évolution de l'espèce et assurant la régulation de la vie. Dans le cas des émotions ces programmes sont, pour beaucoup, menés par notre corps. Des programmes moteurs qui concourent à modifier l'expression de notre visage en passant par la posture que nous adoptons en réponse à l'objet même (objectif ou subjectif) de notre éveil émotionnel, c'est un ensemble de changements perçus et ressentis qui s'exprime et s'impose massivement donnant au monde des émotions une coloration singulière et plurielle. De plus, c'est précisément par le fait même de l'activation de différentes composantes de notre organisme que nous pouvons conscientiser notre état et donc basculer dans le registre des sentiments. Selon Damasio (2010), il convient d'opérer une distinction entre émotions (actions accompagnées d'idées et de pensées) et sentiments (relevant d'un processus intéroceptif) et ainsi identifier une première étape, dans laquelle certaines régions et/ou structures du cerveau sont activées (comme l'amygdale) impliquant des modifications chimiques et déclenchant d'autres structures et certaines actions, d'une seconde étape que constitue la perception composite de tous ces changements intérieurs durant le processus émotionnel. Le cycle émotion-sentiment semble d'autant plus pertinent qu'il est mis en évidence par les travaux de Rudrauf (2009 ; 2008) avec la méthode de magnétoencéphalographie (MEG) et contribue à la compréhension générale des processus émotionnels et de leur conscientisation en intégrant l'apport des neurosciences.

Dans la littérature, plusieurs recherches ont pu mettre en évidence la prédominance de structures spécifiques en association à certains états ou certaines phases du processus émotionnel comme ceux observés lors de la peur (Le Doux, 1994, Le Doux & Muller, 1997). De la théorie limbique de l'émotion proposée en 1937 par Papez (où l'hypothalamus, le noyau antérieur du thalamus, le gyrus cingulaire et l'hypocampe constituent le circuit de Papez) en passant par la théorie du triple cerveau de Mac Lean (le cerveau reptilien (*tronc cérébral*

impliqué dans la gestion des comportements stéréotype et routiniers comme la respiration), le système limbique (*modulation des comportements et des émotions*) et le cortex cérébral (*siège de la pensée rationnelle et des hautes fonctions cognitives*)), la prédominance de certaines structures s'impose pour rendre compte du processus émotionnel, mais suppose également des liens plus moins rapides entre elles.

Les bases neuroanatomiques des émotions sont à rapprocher selon Lostra (2002) d'un ensemble de systèmes neuronaux dont les circuits auraient comme relais le noyau amygdalien, l'hypothalamus, le thalamus, le noyau accumbens ou encore l'hippocampe ainsi que certaines aires situées au sein du cortex pré frontal ou au sein du cortex temporal. Joseph Le Doux (1994) donne l'exemple d'un marcheur dans un bois qui aperçoit au loin un bâton qu'il va prendre pour un serpent. Son thalamus qui réceptionne les stimuli visuels va activer l'amygdale afin de mettre en œuvre l'ensemble des composantes et sous composantes de l'organisme impliquées dans les situations de peur afin de préparer l'organisme à un comportement de fuite ou de combat. Dans le même temps, le thalamus va également envoyer l'information au niveau du cortex visuel afin d'affiner le décodage de l'élément perçu. En cas de confirmation qu'il s'agit bien d'une menace (et par conséquent d'un serpent), le cortex visuel va renforcer la fonction amygdalienne et maintenir l'activation des composantes et sous composantes de l'organisme induites lors de la peur. Dans le cas contraire, le cortex visuel aura alors une action inhibitrice de cette fonction amygdalienne. Lors de ses travaux sur la peur chez le rat, Le Doux met en évidence un circuit court (thalamus/amygdale) et un circuit long (thalamus/cortex/amygdale) insérant ainsi une nuance entre émotion et raisonnement. Pour Goleman (2009), il s'agit de deux routes dont la première, automatique et sans effort opère à très grande vitesse elle est émotionnelle et rapide alors que la seconde méthodique et non sans effort envoie des impulsions au cortex préfrontal et reste consciente.

Dans le cas de l'apaisement ou du plaisir, il semble que la voie dopaminergique mésocorticolimbique (allant du tronc cérébral au cortex frontal et à l'accumbens) soit impliquée. En effet, chez l'animal toutes situations procurant du plaisir (éloignement d'un prédateur, accès à de la nourriture...) concourent à libérer de la dopamine dans l'accumbens (Ladurelle, Roques, Daugé, 1995). Au sein du cortex frontal, le cortex orbito frontal semble impliqué dans l'expression et l'adaptation des émotions aux contextes (Zald, & Kim 1995) avec le cortex cingulaire antérieur (impliqué entre autres dans la motivation) ou encore le cortex préfrontal latéral (anticipation, planification, abstraction...). Enfin bien d'autres aires

spécifiques semblent impliquées lors d'émotions comme l'insula dans le dégoût (Damasio, 2010, p.146).

Le traitement de l'information émotionnelle par ces différentes structures neuronales aura des effets physiologiques immédiats pour permettre à l'organisme de s'adapter à son environnement. Dans le cas de la peur, l'amygdale dont les connexions sont multiples avec d'autres structures (comme l'hippocampe, l'hypothalamus, le cortex préfrontal, les cortex sensoriels et le tronc cérébral) va recevoir des informations multiples internes ou externes et déclencher un traitement cognitif (via le cortex pré frontal) ou viscéral (via l'hypothalamus) pour réagir. En entretenant des relations étroites avec le système nerveux autonome, l'amygdale va contribuer à faire émerger un éveil physiologique observable notamment au travers de la fréquence cardiaque. La contribution de certaines aires cérébrales comme le cortex insulaire et ses connexions sous corticales ne sont plus a démontré dans l'apparition des arythmies cardiaques (Oppenheimer, 1994). Reich et al. (1981) ont rapporté plusieurs arythmies ventriculaires malignes apparues à l'occasion de stress émotionnels, et ce sans qu'aucune atteinte structurale cardiaque caractérisée puisse préalablement l'expliquer. D'autres recherches (Mittleman et al., 1995) ont pu mettre en évidence le lien entre des épisodes de colère violente et la survenue d'arythmies ou d'événements coronariens aigus. En fait, les progrès technologiques, et notamment avec la pose et l'analyse des enregistrements électrocardiographiques issus des Holvers, ont permis depuis une vingtaine d'années de souligner l'influence des émotions quotidiennes dans la variation de la fréquence cardiaque (Brodsky, Sato et Iser, 1987).

L'ensemble des modifications physiologiques périphériques induites par l'activation des systèmes neuronaux accompagne ainsi l'expérience et le traitement émotionnels avec le but de faire face aux contraintes environnementales. Lors d'un stress, d'une attaque de panique ou encore lors d'une situation qui déclenche de la peur, le système nerveux autonome ainsi que l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien vont être activés pour préparer l'organisme et créer les conditions de l'action d'adaptation. Pour schématiser nous pourrions dire que lors d'un stress brutal, voire intense, en tout cas soudain, il en résulte un véritable orage catécholergique impliquant l'activation du système nerveux autonome et plus particulièrement la branche sympathique, mais de surcroît, et en complémentarité, lors d'un évènement représentant un danger diffus et moins contrôlable ou même impliquant une dimension sociale, l'axe Hypothalamo-hypophyso-surrénalien est également sollicité. Tous ces systèmes interviennent

en interdépendance pour que l'individu puisse élaborer une conduite adaptée et puisse revenir à un équilibre général.

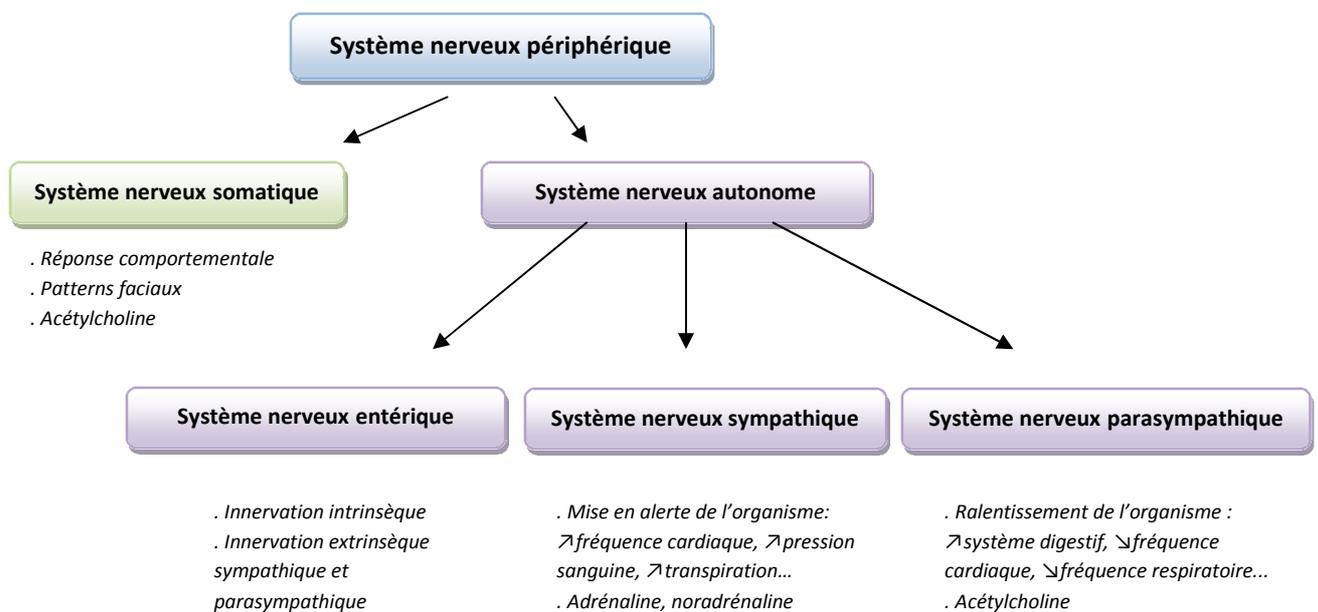
S'agissant du système nerveux périphérique, il est divisé en deux systèmes. Le premier, le système nerveux somatique est l'interface entre le cerveau et les organes sensoriels. Les voies afférentes renseignent le cerveau sur la situation et en retour permet une commande motrice via les voies efférentes. Dans le cas de la peur (une des émotions primaires les plus explorées) le relais du système nerveux somatique va permettre de mobiliser les membres inférieurs et supérieurs du corps (fuite ou combat), mais va également contribuer à l'activation d'un *pattern* facial particulier aboutissant à l'ouverture des yeux, de la bouche et des narines. Cette expression faciale caractéristique de la peur pourrait selon certains faciliter la captation de l'oxygène, élargir le champ visuel voire renforcer l'olfaction (Susskind, Lee, Cusi, Feiman, Grabski & Anderson, 2008). En fait, nous pourrions dire que le système somatique, dont le médiateur chimique est l'acétylcholine, active les *patterns* faciaux et coordonne la réponse comportementale de l'organisme. Il intervient en complémentarité du second système, le système nerveux autonome dont le rôle est de mobiliser les réserves énergétiques consommées pendant l'action.

Le système nerveux autonome est très souvent présenté comme un système lui-même décomposé en deux grandes branches qu'est la branche sympathique (dite excitatrice) et parasympathique (dite inhibitrice). Dans les faits, nous pourrions ajouter une troisième branche avec le système entérique tant certains troubles de l'appareil digestif peuvent être impliqués lors d'émotions fortes ou de situations de stress. Des expressions comme « avoir la peur au ventre » ou « avancer l'estomac noué » font directement référence au ressenti qui s'exprime au travers du lien entre le ventre et nos émotions. Abordé en son temps par Langley (1921) la digestion, compte tenu de sa complexité, n'apparaît pas gérée uniquement par le cerveau, et ainsi, il avance l'idée que les cellules nerveuses du système digestif doivent avoir leur propre réseau. Il propose donc que le système nerveux autonome soit composé de trois parties (sympathique, parasympathique et entérique). À ce jour, le système entérique correspond à l'innervation intrinsèque de la motricité digestive couplée à l'innervation extrinsèque via les fibres sympathiques post-ganglionnaires (inhibant les sécrétions, les contractions et le tonus du tube digestif) et l'innervation parasympathique assurée par les nerfs vagues et pelviens (augmentant la motricité et les sécrétions digestives). De plus, il convient de noter que la paroi de l'intestin est très riche en neurones. Ainsi, les deux plexus qui forment le système

entérique, le plexus myentérique (plexus d'Auerback), impliqué dans le contrôle moteur, et le plexus sous-muqueux (plexus de Meissner), à l'œuvre dans les sécrétions gastro-intestinales et le débit sanguin, sont formés d'une centaine de millions de neurones. L'anatomie du système entérique attire l'attention par sa complexité, mais également par les liens observables lors d'expériences émotionnelles.

Pour ce qui concerne les deux premières branches, sympathique et parasympathique, elles ont des effets opposés, fonctionnent souvent de façon antagoniste (dans la mesure où une grande majorité des organes est innervée par les deux systèmes), mais pas exclusivement (Jänig, 2003) et leur action interdépendante vise l'eutrophie.

Figure 4 : Structure du système nerveux périphérique



Dans le cas du système nerveux sympathique, son activation (interne ou externe), par l'intermédiaire de la noradrénaline et de l'adrénaline, va déclencher une somme de réactions physiologiques pour préparer le corps à répondre dans les meilleurs délais et pour faire face aux éventuelles menaces à l'origine de l'alerte. La fonction première de cette activation est de prioriser les fonctions utiles pour la réaction et donc d'inhiber les processus non indispensables dans l'immédiat. Aussi, nous pouvons observer dans le cadre d'une sollicitation sympathique, une dilatation des pupilles, un élargissement des bronches, une augmentation de production et de libération de glucose dans le sang, une augmentation de la

fréquence cardiaque, une augmentation de la pression sanguine, une augmentation de la transpiration, une coupure de la digestion, etc. Il s'agit là de préparer l'organisme à l'action en le mettant en alerte.

Dans le cas du système parasympathique, son activation par le biais de l'acétylcholine, vise à ralentir l'organisme pour préserver les ressources. Il est associé au ralentissement du rythme cardiaque associé à une vasodilatation ainsi qu'à une baisse de la tension artérielle, une stimulation de la salivation allant dans le même sens qu'une stimulation du système digestif (stimulation de la motilité intestinale et libération de la bile), un rétrécissement des bronches, une respiration lente, un myosis et enfin il est associé à la reproduction. Ce système permet de réguler les manifestations physiologiques du sympathique pour assurer un retour à une forme d'homéostasie.

Dans le cas d'une activation de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien, le cortex préfrontal et le système limbique sont fortement sollicités. L'activation de la région parvocellulaire des noyaux paraventriculaires de l'hypothalamus conduit à la sécrétion d'un neuropeptide le corticotrophin releasing factor (CRH) (ainsi que de l'arginine vasopressine) qui, acheminé à l'hypophyse, va contribuer à la production d'adrenocorticotropin hormone (ACTH) dont l'action, en stimulant les surrénales, va avoir pour conséquence d'induire la libération de glucocorticoïdes, mais également de minéralocorticoïdes. Les glucocorticoïdes vont non seulement avoir un effet de renforcement du système sympathique (favorisant notamment la synthèse d'adrénaline à partir de la noradrénaline), mais également vont avoir un effet immunosuppresseur sélectif. Pour Sapolsky, Romero et Munck (2000) l'effet immunosuppresseur sélectif (qui n'empêche pas une action contre les bactéries, les champignons et les microbes et qui s'ajoute à une immunité renforcée au niveau de la peau) contribue à mettre en sommeil le système immunitaire et, associé à l'action des glucocorticoïdes, favorise un approvisionnement maximal de carburant en amplifiant les réponses endocrines. Tout comme le système nerveux autonome (où l'activation sympathique est contrebalancée par l'activation parasympathique), l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien dispose d'un mécanisme de rétrocontrôle. Le cortisol joue un rôle de rétroaction en se fixant sur les récepteurs aux glucocorticoïdes et aux minéralocorticoïdes et plus exactement au niveau de l'hypothalamus et de l'hypophyse dans le but de limiter la sécrétion et la libération de CRH et d'ACTH. En quelque sorte, nous pourrions dire que le cortisol inhibe sa propre sécrétion. De plus, les récepteurs aux glucocorticoïdes présents dans l'hippocampe et dans le cortex frontal vont permettre l'activation de ces deux structures

respectives impliquées dans la régulation des émotions (cortex frontal) ainsi que dans la prise en compte des éléments de contextes issus de l'environnement (hippocampe). Cependant, il convient de noter que dans le cas d'une chronicisation de la sollicitation de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien, la fonction de rétrocontrôle perd de son efficacité laissant ainsi une part importante à l'hyperactivation du système sans apporter une régulation interne indispensable pour l'équilibre général. Dans certains troubles comme la dépression, la déficience du rétrocontrôle semble être associée à l'état pathologique, et plus largement, de nombreuses études sur les troubles de l'humeur ont pu mettre en évidence des anomalies structurales et fonctionnelles au niveau des circuits neuronaux sollicités lors de la régulation émotionnelle (Phillips, Ladouceur & Drevets, 2008).

Ainsi, tous les facteurs de stress comme les agressions, les émotions ou les contraintes quotidiennes multiples et variées ont un impact sur la libération du CRH qui en activant la production d'ACTH aura une influence sur la stimulation des surrénales à l'origine de la synthèse des glucocorticoïdes dont les effets métaboliques (et immunosuppresseurs) ne sont pas anodins sur le plan des manifestations physiologiques. Qu'il s'agisse du système nerveux autonome ou de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien les conséquences immédiates physiologiques et somatiques seront bénéfiques à court et moyen terme, mais également délétères dans le cas où elles perdurent. Dans certains cas, la permanence d'une posture de défense de l'organisme génère une surcharge allostatique (Mc Ewen, 2000) qui peut induire des changements de comportement (notamment des conduites à risque) ou constituer les conditions d'apparitions de pathologies multiples et surtout cardiovasculaires (Bounhoure, 2010).

De ce fait, dans la majorité des cas, les émotions s'accompagnent d'une activation du système nerveux autonome (Levenson, 2003) que l'on peut observer à partir de l'activité électrodermale, la pression artérielle, la fréquence respiratoire ou encore la fréquence cardiaque.

Pour cette dernière, certaines recherches se sont attachées à souligner l'importance d'une flexibilité du système nerveux autonome pour assurer une bonne régulation émotionnelle (Appelhans & Luecken, 2006) au travers notamment de l'étude de la variabilité de la fréquence cardiaque (Servant, Lebeau, Moustier, Hautekeete, Logier & Goudemand, 2008). Ainsi, une faible variabilité de la fréquence cardiaque, c'est-à-dire un faible écart entre deux battements de cœur (pouvant refléter une rigidité du système nerveux

autonome), peut constituer un facteur de risque cardiovasculaire (Curtis & O'Keefe, 2002) voire un facteur d'aggravation des maladies cardiovasculaires (Stys & Stys, 1998). De la même façon, une faible variabilité cardiaque pourrait être associée à des comportements de soumission lors des situations de stress interpersonnel (Sgoifo, Braglia, Costoli, Musso, Meerlo, Ceresini & Troisi, 2003) ce qui semble renforcer l'idée d'une conduite d'évitement chez les sujets anxieux pour ne pas être confronté aux objets anxiogènes même si ces sujets avaient plutôt tendance à sélectionner dans leurs environnements les stimuli potentiellement générateurs d'angoisse et majorant leur trouble comme dans le cas du trouble anxieux généralisé (Bradley, Mogg, White, Groom & de Bono, 1999). Il reste que pour certains, la variabilité cardiaque est un bon indicateur de la gestion du stress et des capacités en matière de régulations des émotions (Friedman & Thayer, 1998; Thayer & Lane, 2000) et contribue à la compréhension des troubles anxieux et dépressifs pour lesquels la gestion des émotions peut être entravée, voire dysfonctionnelle (Servant, Logier, Mouster & Goudemand, 2009).

Le processus émotionnel intègre ainsi des composantes physiologiques (en lien avec des corrélats cérébraux), des composantes cognitives et psychologiques (l'évaluation et le prisme déterminent le traitement de l'information émotionnelle) et enfin des composantes comportementales (dans la planification des conduites) dans des situations présentant des variables pertinentes pour déclencher la réactivité émotionnelle le tout adossé à des contextes sociaux contraignant ou non pour l'adaptation générale. Aussi, et au-delà du débat sur la séquence (les composantes s'influencent mutuellement), la question du seuil de déclenchement de l'épisode émotionnel s'impose pour identifier la place et le rôle (fonctionnel ou dysfonctionnel) des stratégies de régulations de l'émotion dans le cadre plus larges de l'adaptation aux situations rencontrées. En d'autres termes, nous pourrions nous poser la question de savoir à partir de quel moment un évènement constitue-t-il un déclencheur suffisamment pertinent ou encore un conflit interne pour engager un processus d'adaptation émotionnelle.

Pour répondre à cette question, une clarification du concept de dissonance émotionnelle ou encore une exploration du cadre théorique explicatif des régulations émotionnelles devrait nous permettre d'aborder les émotions et leurs régulations dans le champ professionnel afin d'identifier leurs impacts en matière de stress et du burnout.

IV. LA DISSONANCE ÉMOTIONNELLE.

Le concept de dissonance émotionnelle est à rapprocher du concept de dissonance cognitive qui souligne que « si un individu est amené à s'engager dans un comportement qui est inconsistant avec ses croyances ou attitudes, il expérimentera l'inconfort de la dissonance cognitive qui le motivera à chercher à résoudre cet inconfort » (Festinger, 1957). Cette théorie insiste sur le fait que l'état psychologique inconfortable de la dissonance cognitive apparaît parce que nous agissons de manière inconsistante, et ce par rapport à une attitude ou une motivation initiale. En ce sens, l'état d'inconsistance est induit par le comportement du sujet lui-même. Une information (quelle qu'elle soit) ne suffit pas pour engendrer la dissonance. Lorsqu'un individu, dans une situation particulière, estime que deux éléments présents ne devraient pas être associés, il produira un effort pour que ces deux éléments s'accordent mieux en réduisant le taux de dissonance. Pour Middelton (1989) la dissonance émotionnelle repose ainsi sur le décalage entre l'émotion ressentie et celle considérée comme la norme. De son côté Hochschild (1983) insiste sur le fait que la motivation (ce que je veux exprimer) reste au centre de l'étude de la dissonance, car il conviendrait de faire la différence entre ce que je devrais exprimer (feelings rules) et ce que je tente d'exprimer (le travail émotionnel). Il résulterait donc un possible inconfort (voire une tension : l'état de dissonance) entre devoir, vouloir et pouvoir. D'une manière générale nous pourrions confirmer que devoir n'est pas vouloir et que vouloir n'est pas pouvoir. L'inconfort résulterait donc de la différence (ou du décalage (si l'on empreinte au vocable de Middelton)) entre ce que dois (ou devrais) exprimer et ce que je veux (ou voudrais) exprimer ou encore entre ce que je veux (ou voudrait) exprimer et ce que je peux (ou essaie) d'exprimer. La tension inhérente au décalage entre ce que je ressens et ce que je fais lorsqu'elle est maintenue génèrerait alors une tension que l'individu chercherait à réduire soit en ajustant ce qu'il ressent de ce qu'il exprime soit en ajustant ce qu'il exprime de ce qu'il ressent (Hochschild, 1983).

À ce stade de la compréhension du concept de dissonance émotionnelle, la proposition d'Abraham (1998) (reprenant les travaux de Raffaelli et Sutton (1987)) soulignant que la dissonance émotionnelle serait d'autant plus forte que les émotions exprimées seraient en non-conformité avec les normes organisationnelles et en discordance avec les vraies émotions, relance la nécessité d'opérer une distinction entre l'état de dissonance (au sens quasi physiologique) et la relation de consistance ou d'inconsistance qui unit deux cognitions entre elles.

Les travaux en psychologie sociale sur la dissonance cognitive, et plus particulièrement s'agissant de la version « radicale » de la dissonance cognitive (J.-L. Beauvois & Dubois, 1987, Girandola, 1996; Joule & Beauvois, 1998), version proche de celle de Festinger, insistent sur la nécessité de prendre en compte le taux de dissonance cognitive en observant la relation de consistance ou d'inconsistance entre deux cognitions.

Festinger propose les concepts d'incompatibilité et d'implication entre deux cognitions. L'incompatibilité traduit l'idée que deux cognitions sont contraires pour un individu alors que l'implication repose sur le fait que deux cognitions s'accordent dans l'esprit d'un sujet. De cette implication il émerge trois types de relations entre deux cognitions : la consistance, la neutralité et l'inconsistance.

Dans la relation de consistance, les deux cognitions relevant d'une même implication psychologique en constituent les deux termes (s'accordant parfaitement dans l'univers d'un même sujet) : cognition A (« Je suis pour humaniser les soins avec les personnes âgées ») → cognition B (« Je prends le temps de rentrer en contact avec la personne âgée avant toute étape de soin »). Dans la relation de neutralité, les deux cognitions reposent sur des répertoires différents. Il s'agit d'un rapport de non-pertinence à l'égard de l'implication : cognitions A (« les neuroleptiques induisent des effets notables sur les comportements ») ≠ cognitions B (« les médicaments génériques sont moins chers »). Enfin, dans la relation d'inconsistance la seconde cognition est contraire à la première : cognition A (« Je suis contre les contentions dans les soins ») opposée à la cognition B (« j'attache les patients difficiles pour faire mes soins »).

Ainsi le taux de dissonance serait le rapport entre la somme des cognitions inconsistantes (dans notre exemple : « j'attache les patients difficiles pour faire mes soins ») avec la cognition génératrice (première cognition, dans notre exemple : « Je suis contre les contentions dans les soins ») pondérée par l'importance que le sujet y accorde et la somme des cognitions pertinentes (consistantes et inconsistantes) pondérées par l'importance que le sujet y accorde.

Le taux de dissonance cognitive serait donc égal à
$$\frac{\Sigma X_i^*}{\Sigma X_i^* + \Sigma Z_i^{**}}$$

* ΣX_i : Somme des cognitions inconsistantes avec la cognition génératrice et pondérée par l'importance qui accorde le sujet.

** ΣZ_i : Somme des cognitions consistantes avec la cognition génératrice et pondérée par l'importance qui accorde le sujet.

Aussi nous devons effectuer un travail cognitif de réduction pour éliminer l'état de tension en modifiant une ou des cognitions ou en émettant un comportement. Ainsi, ce travail de réduction permet de rétablir une consistance cognitive.

Dans le cadre de la dissonance émotionnelle, au-delà des cognitions propres à l'univers du sujet, nous devons intégrer trois composantes essentielles supplémentaires.

Tout d'abord la culture émotionnelle dans laquelle se retrouve le sujet détermine les conditions dans lesquelles l'individu va faire l'expérience du réel et donc se confronter à l'inconsistance de ses standards internes avec la réalité. Pour Ashforth et Humphrey (1995), la culture émotionnelle d'une banque diffère radicalement de celle d'un salon funéraire ou même d'une agence de publicité. En ce sens, nous pouvons faire l'hypothèse que certains terrains ou certaines tâches sont plus exposés à la dissonance que d'autres. Comme nous l'avons déjà souligné, le type de structure en gériatrie semble déterminant dès lors qu'il s'agit d'identifier des stressors spécifiques (Pekkarinen et al., 2006). La qualité de la représentation du travail en gériatrie (et donc les exigences personnelles qui y sont rattachées) pourrait ainsi apparaître comme une pondération importante pour rendre compte de l'intensité ressentie de la dissonance émotionnelle. L'écart entre ce que je souhaite et ce que je fais pourrait médiatiser la force de la dissonance.

Puis, nous pourrions ajouter que la relation entre soignant et soignée en gériatrie offre une palette de situations (conscientisées ou non) exposées à la dissonance. À la différence de certains services, pour lesquels la situation de soin se borne à une durée d'intervention ou d'hospitalisation brève, la prise en soin en gériatrie vise non pas à guérir un patient, mais d'une part à l'accompagner jusqu'à la fin (comme en soin palliatif) et d'autre part pose un principe de tolérance à l'incertitude, car la durée de cet accompagnement n'est pas identifiable ou « contractualisable » au départ.

Enfin, le collectif pourrait également constituer une source de dissonance cognitive en induisant des modes de relation ou de soutien constituant des ressources ou au contraire des contraintes. Lorsqu'un individu fait l'expérience de la dissonance émotionnelle, s'il exprime spontanément ce qu'il ressent, il peut être en désaccord avec les normes émotionnelles du collectif auquel il appartient et son expression émotionnelle peut être alors mal perçue ou encore en contradiction avec les standards collectifs. Cette rupture avec les conduites d'expressions habituellement attendues peut constituer les bases d'une interprétation erronée de la part du groupe et conduire progressivement à déstabiliser la cohésion interne.

Il reste donc qu'un évènement au travail peut constituer une situation de dissonance émotionnelle en intégrant des contraintes organisationnelles, normatives (cultures émotionnelles) et/ou contractuelles (la rémunération constitue un « du » vis-à-vis du travail) poussant l'individu à réaliser un effort de répression émotionnelle. Cet effort induira une régulation émotionnelle afin de s'adapter à l'ensemble des paramètres inhérents à la situation, à ses buts et attentes. L'évaluation cognitive des conséquences de ses comportements (les différents scénarii envisageables), la pertinence de la situation ou encore l'évaluation de ses capacités à faire face (les stratégies de régulations émotionnelles mobilisables) viendront s'ajouter à son expérience situationnelle et émotionnelle pour déterminer la conduite la plus fonctionnelle en matière de réduction de l'inconfort physiologique et psychologique ressenti. Pour Ashforth et Tomiuk (2000) certaines stratégies de régulation émotionnelle pourraient inhiber l'authenticité émotionnelle de l'individu et le conduire progressivement à une forme de désajustement personnel et professionnel que Mann (1997) souligne avec le « sentiment d'hypocrisie » dont les effets, lorsqu'ils se chronicisent, s'expriment au travers des intentions de départ.

Le processus émotionnel intègre des composantes cognitives, comportementales et physiologiques dont le séquençage reste attaché à la nature de l'évènement et donc de l'émotion qu'il déclenche. Dans le cas d'une situation de dissonance émotionnelle en milieu professionnel, en plus des composantes du processus émotionnel, le contexte, les normes émotionnelles pré établi ainsi que les buts et attentes de l'individu vont déterminer la lecture de la situation et influencer sur l'intensité de l'inconfort physiologique et psychologique ressenti. Le choix des stratégies de régulations émotionnelles ne sera pas sans effet sur la santé et le comportement des individus. En ce sens, il convient, à présent, de définir plus finement le processus de régulation émotionnelle ainsi que les différents types de régulations mobilisables au quotidien.

V. LA RÉGULATION ÉMOTIONNELLE.

Le concept de régulation émotionnelle doit être rapproché des concepts de coping, des mécanismes de défense ou encore de l'autorégulation. La régulation émotionnelle impliquant un grand nombre de processus conscients et inconscients, volontaires ou contrôlés, revient en fait à moduler le type d'émotion et son intensité qu'un sujet va ressentir et exprimer. Aussi, il convient de mettre en évidence que lorsqu'un individu a recours à la régulation émotionnelle, il peut être considéré à la fois acteur d'un certain nombre de conduites (il l'est d'abord en respectant des règles et rôles issus de son milieu) et à la fois agent d'un ensemble de processus (inconscients et/ou automatiques).

Comme nous l'avons vu, les émotions nous permettent de survivre et de nous adapter à différentes sortes de situations. Toutefois sans limites ou sans freins, nos émotions pourraient vite constituer en elles-mêmes des obstacles dans l'atteinte de nos buts ou de nos objectifs dans des construits sociaux où nous sommes insérés et dont nous dépendons pour une bonne part. Ainsi, en situation professionnelle, l'individu doit prendre en compte des exigences issues de la relation contractuelle avec son employeur. Dans un contexte professionnel, comme le précise Hochschild (1983) en parlant de "du" vis-à-vis de l'employeur, le salarié réalise des régulations émotionnelles par ce qu'il est tenu à un comportement particulier et attendu dans le cadre de son emploi (quand il n'est pas quelquefois prescrit ou proscrit par le travail lui-même). L'évolution des méthodes de management et des organisations peut engendrer une transformation du traitement des émotions au travail. Ces dernières passant d'un mode proscrit à un mode prescrit, la gestion des émotions apparaît comme une compétence (les compétences émotionnelles) et participe à l'évaluation de la performance (Lhuillier, 2006). Plus largement les normes sociales participent de l'expression des émotions.

Ainsi, comme le souligne Ekman (1980 et 1982) dans son modèle neuroculturel, en complémentarités de programmes neuromoteurs (universels, innés), les normes sociales orientent les expressions faciales manifestées, car il peut être d'usage ou non de les montrer dans certains contextes. Ces « displays rules » ou encore règles d'affichage constituent en soi une part non négligeable dans la planification de l'expression émotionnelle ou encore la régulation émotionnelle en situation précise. De la même façon, la question même du sexe peut amener à différencier les stratégies de régulations des émotions utilisées par les hommes

et les femmes (Gross & John 2003 ; Christophe, Antoine, Leroy, Delelis 2009) et, là encore, renvoie à la question plus large de la normalisation. Il reste que dans un premier temps, sans prendre en compte les éléments particuliers du contexte professionnel, le concept de régulation émotionnelle permet de comprendre l'élaboration du comportement, mais aussi éclaire l'analyse des conséquences observées chez certaines personnes sur leur santé ou encore leur bien-être.

Ainsi un type de régulation émotionnelle particulier serait plutôt associé à certains troubles comme la répression émotionnelle chez les dépressifs (Carton, 2006) ou encore la suppression expressive chez les sujets anxieux (Christophe, Antoine, Leroy & Delelis, 2009). En conséquence, le concept de régulation émotionnelle apparaît comme un élément fondamental dans des contextes contraints où se chevauchent des règles, des normes ou encore des rôles le tout imbriqué dans des organisations formelles et informelles.

Pour comprendre l'ensemble des processus en œuvre lors d'un épisode émotionnel, il convient de prendre en compte la notion même d'émotion. Comme nous l'avons vu précédemment, la définition d'une émotion a suscité de nombreuses controverses sur la primauté du physiologique sur le psychologique et inversement. Comme le souligne Duriez (2011), la diversité des émotions nous renvoie à une multitude de définitions, comme ont pu le constater Kleinginna et Kleinginna en recensant pas moins de 92 définitions entre 1971 et 1981 toutes rattachées aux différents aspects du processus émotionnel. Aussi, nous nous rapprochons vers une définition commune qui pose l'émotion comme un système général organisé autour de cinq types de processus interreliés que Scherer (1984) identifie comme les composants de l'expérience émotionnelle. Ces cinq composantes cognitives, physiologiques, motivationnelles, comportementales et subjectives s'influenceraient donc mutuellement au travers de boucles de rétroactions. Mais pour prendre en compte l'aspect stratégique, fonctionnel et conscient des différentes régulations de l'émotion, une distinction importante s'impose entre la régulation par les émotions et la régulation de nos émotions. Sur ce second point, la régulation de nos émotions, nous pouvons également différencier les régulations centrées sur les antécédents d'une situation émotionnelle ou sur les réponses émotionnelles apportées lors de la situation.

James Gross (1998) définit ainsi la régulation émotionnelle comme le processus par lequel les individus influencent quelles émotions ils ont, quand ils les ont et comment ils ressentent et expriment leurs émotions. Ceci implique un grand nombre de processus en lien avec le

traitement de l'information par l'organisme ainsi que la compréhension et l'élaboration des comportements en accord avec des buts personnels ou sociaux (Zeman, Cassano, Perry-Parrish & Stegall, 2006).

De son côté Scherer (2007), en identifiant trois composantes essentielles lors de la régulation émotionnelle (1 : le reflet et l'intégration des sous-composantes de l'organisme ; 2 : un juste équilibre entre traitement conscient et inconscient ; 3 : un feedback proprioceptif), soulignent la gestion et l'organisation de tout cela par l'individu pour élaborer un comportement émotionnel adapté au contexte et aux normes socioculturelles et dont le but est d'atteindre ses objectifs. Pour illustrer cet effort de gestion et d'organisation de différents systèmes et sous composantes de l'organisme par l'individu, l'exemple d'une réponse sociable en situation de danger peut être compris comme résultant d'une régulation émotionnelle. En effet, un individu qui va réprimer une émotion (comme la peur) et élaborer un comportement différent (attitude attentive, calme, posée, etc.) pour correspondre à ce qu'il pense être adapté au contexte (empathie et maîtrise) va être sous le coup de processus à la fois conscients et inconscients, automatiques ou contrôlés, et maintenir, diminuer ou augmenter l'intensité d'émotions positives ou négatives (Gross, 2002 ; Gross et al., 2006; Gross et Thompson 2007).

La définition de la régulation émotionnelle semble donc complexe dans la mesure où elle intègre un ensemble de processus. Tous ces processus peuvent s'étendre sur un continuum allant des processus les plus rapides, inconscients, automatiques aux processus les plus lents, conscients et contrôlés. À cela s'ajoute plusieurs modèles théoriques dits « multiniveaux » qui, comme le rappelle Schaefer, proposent l'existence d'au moins deux niveaux de traitement de l'information émotionnel avec un premier niveau impliquant du processus cognitif de faibles niveaux associés à des réponses automatiques et un deuxième niveau contrôlé et explicite impliquant des processus cognitifs de haut niveau comme la mémoire de travail ou encore les fonctions exécutives et qui seraient à la base du processus de régulation émotionnelle. Aussi, plusieurs études se sont attachées à mettre en évidence l'activité de certaines aires cérébrales dans le traitement cognitif de l'émotion impliquant des conséquences différentes en matière de comportement, mais également des *patterns* d'activité cérébrale particuliers et spécifiques. L'activité des régions médianes du cortex préfrontal (CPM) serait impliquée dans le traitement d'un état émotionnel ne nécessitant pas des ressources cognitives importantes (Schaefer *et al.*, 2003 ; Kalisch *et al.*, 2005; Kalisch *et al.*,

2006a; Kalisch & *al.*, 2006b) à la différence des aires préfrontales latérales impliquées, à priori, lors d'un traitement cognitif contrôlé (Ochsner & *al.*, 2002 ; Schaefer & *al.*, 2002; Anderson & *al.*, 2004; Ochsner & *al.*, 2004; Kalisch & *al.*, 2005 ; Ochsner & Gross, 2005) suggérant que des fonctions cognitives de haut niveau comme la mémoire de travail ou encore la fonction exécutive seraient très largement engagées dans le processus d'autorégulation émotionnelle.

Entre ces deux pôles, plusieurs processus de régulations intermédiaires sont donc imaginables pour rendre compte des comportements élaborés en situation émotionnelle. Les travaux de James Gross (1998) sur la régulation émotionnelle consciente ont permis de dégager un modèle largement exploitable pour analyser les impacts des régulations émotionnelles en situation.

Dans son modèle Gross fait ressortir une distinction entre les régulations émotionnelles centrées sur l'antécédent et celles centrées sur la réponse. Pour les régulations centrées sur l'antécédent, qui se manifestent avant la réponse émotionnelle (changements physiologiques induits, ressentis subjectifs...), il s'agit de modifier les informations au départ du traitement émotionnel avant l'émergence des tendances de réponse.

Pour cette première catégorie, J. Gross propose quatre modes séquentiels de régulation des émotions que sont : la sélection de la situation, la modification de la situation, le déploiement attentionnel et le changement cognitif.

Pour la sélection de la situation, le processus de régulation émotionnelle commencerait donc avec la possibilité pour le sujet de choisir les situations qu'il va rencontrer en les sélectionnant en amont. Ces conduites de rapprochement ou d'évitement souligneraient un premier mode de régulation émotionnelle qui rendrait également compte d'une analyse de la pertinence d'une situation pour et par le sujet. Indépendamment d'une bonne connaissance de ses besoins, de ses valeurs et de ce qui rend heureux, chacun doit a priori pouvoir anticiper ou prévoir les émotions qui résulteront de l'exposition à certaines situations. Ces deux principes facilitent la régulation des émotions (Loewenstein, 2007) et ne seraient pas sans conséquence sur le phénomène de répétition d'un certain nombre de scénarii surtout lorsqu'ils sont négatifs (Bolger & Schilling, 1991 ; Suls & Martin, 2005). Ainsi, une évaluation des coûts et bénéfices immédiats et à long terme s'opère pour décider de la confrontation ou non aux différentes situations. Ce préalable est de taille dans la mesure où il induit qu'une confrontation à une situation déplaisante est tout à fait envisageable si elle peut contribuer à un bénéfice

significatif a posteriori et donc, de la même façon qu'une situation plaisante peut être évitée si elle peut générer un désagrément ou une perte à plus tard (Magen & Gross, 2007 ; Magen & Gross, 2010). À titre d'exemple, d'un point de vue psychothérapeutique si nous nous appuyons sur le modèle de la désensibilisation systématique de Wolpe (1975), l'exposition à des stimuli anxiogènes potentiellement générateurs d'un inconfort physiologique et psychologique, comme dans le cas d'une phobie spécifique (araignées, serpents, piqure, etc.), peut s'avérer utile pour obtenir à terme une réponse anxieuse pondérée et raisonnable participant à l'élaboration de conduites socialement fonctionnelles et adaptées.

Cependant, dans certains cas il n'est pas toujours possible de sélectionner les situations auxquelles nous allons faire face (une panne informatique ou de voiture) et notamment quand elles s'accompagnent d'un caractère obligatoire (baccalauréat, examen médical, etc.). Ainsi la sélection de la situation ne constitue qu'une première stratégie de régulation des émotions en lien avec l'environnement.

Pour la modification de la situation, confronté à l'impossibilité de sélectionner la situation, le sujet peut alors avoir recours à une stratégie de régulation centrée sur l'environnement avec la modification de la situation. Dans ce cas de figure, l'individu cherche une manière plus appropriée de se confronter à la situation. Pour se libérer de l'émotion ressentie, le sujet peut mettre en place deux types d'actions de modification en fonction du caractère personnel ou interpersonnel de la situation. Lorsqu'il s'agit d'un problème personnel, il pourra agir directement sur la source des désagréments. Cette première opportunité d'action n'est pas sans rappeler la technique de résolution de problème (coping centré sur le problème) qui consiste à agir concrètement pour faire disparaître une tension, un stress particulier et semble associée à une meilleure santé (Penley, Tomaka & Wiebe, 2002). En revanche, lorsqu'il s'agit d'un problème interpersonnel, la modification de la situation dépendra de deux facteurs. Le premier repose sur la communication. En effet, il s'agira bien souvent pour le sujet de clarifier la situation en créant les conditions d'une conscientisation du problème chez son interlocuteur et d'une recherche de solution profitable à chacun. Dans cet esprit, l'affirmation de soi semble particulièrement bien adaptée et propose bon nombre de techniques pour éviter par exemple l'escalade symétrique, désamorcer un conflit voire de faire preuve d'empathie ou de révélation sur soi (Cungi, 2005). Cependant il convient de prendre en considération les capacités d'expressions émotionnelles qui peuvent induire un mode d'ambivalence dans l'expression émotionnelle (King & Emmons, 1990) et par conséquent rendre très compliquées les conditions d'une communication efficace et fonctionnelle. Enfin, le deuxième facteur est

d'ordre contextuel, quelles que soient les habiletés d'expression émotionnelle du sujet, il est des circonstances qui ne rendent pas possible la communication (personne alcoolisée, état de sidération anxieuse, tension extrême, etc.).

Pour le déploiement attentionnel, même si la modification de la situation s'avère utile, voire efficace, dans le cas de la résolution de problème, elle n'est pas toujours envisageable (et ainsi impliquée dans une situation précise pour laquelle il n'y a pas de contrôle) le sujet pourrait alors s'appuyer sur le déploiement attentionnel en sélectionnant les éléments sur lesquels il va diriger et concentrer son attention dans le but d'infléchir le retentissement émotionnel induit par la situation. Dans ce registre, nous retrouvons ce qu'il convient de nommer la distraction. Confronté à une émotion désagréable, le sujet peut se tourner vers autre chose (Gross, 1998 ; Nolen-Hoeksema & Morrow, 1993) ce que nous pourrions rapprocher d'une forme de « microévitement » ou d'évitement subtil pour réguler ses émotions, mais néanmoins clairement différent d'une perspective défensive comme celle du déni. Pour certains comme McKay, Wood et Brantley (2007) deux formes de distraction peuvent être identifiées.

La première forme est intérieure et consiste à orienter ses pensées sur des objets différents entraînant de fait une focalisation de l'attention sur un objet neutre ou positif (en tout cas différent). La deuxième forme est extérieure et consiste à réaliser des activités ou élaborer des comportements pour s'extraire de la situation déplaisante. Le déploiement attentionnel qui résulte de ces deux types de stratégies vise à faire disparaître les éventuelles ruminations ou pensées négatives pour ne pas maintenir ou subir l'activation physiologique associée. De fait, surtout s'il s'agit d'une distraction externe, bon nombre de situations ne peuvent se prêter à cette stratégie dans la mesure où dans certains cas le sujet doit rester dans la situation et être, malgré tout, attentif ou vigilant quant à l'évolution de cette dernière. Le cas d'une prise en soin en gériatrie, qui requiert une présence physique ainsi qu'une concentration ou une attention dans le déroulement des étapes d'un soin, en est, semble-t-il, une bonne illustration.

Pour la réévaluation cognitive, dans le cas d'une impossibilité à fuir un certain nombre d'informations, en dernier recours, le sujet pourrait modifier le retentissement émotionnel lié au traitement de l'information en réalisant un changement cognitif ou plus exactement une réévaluation cognitive de la situation dans laquelle il se retrouve.

Cette manipulation de l'information consiste à réévaluer la situation ou plus exactement à la voir différemment pour que son interprétation modifie l'impact émotionnel qui en résulte. Reprenant le principe de Lazarus et Folkman (1984), dans le cadre de la perspective

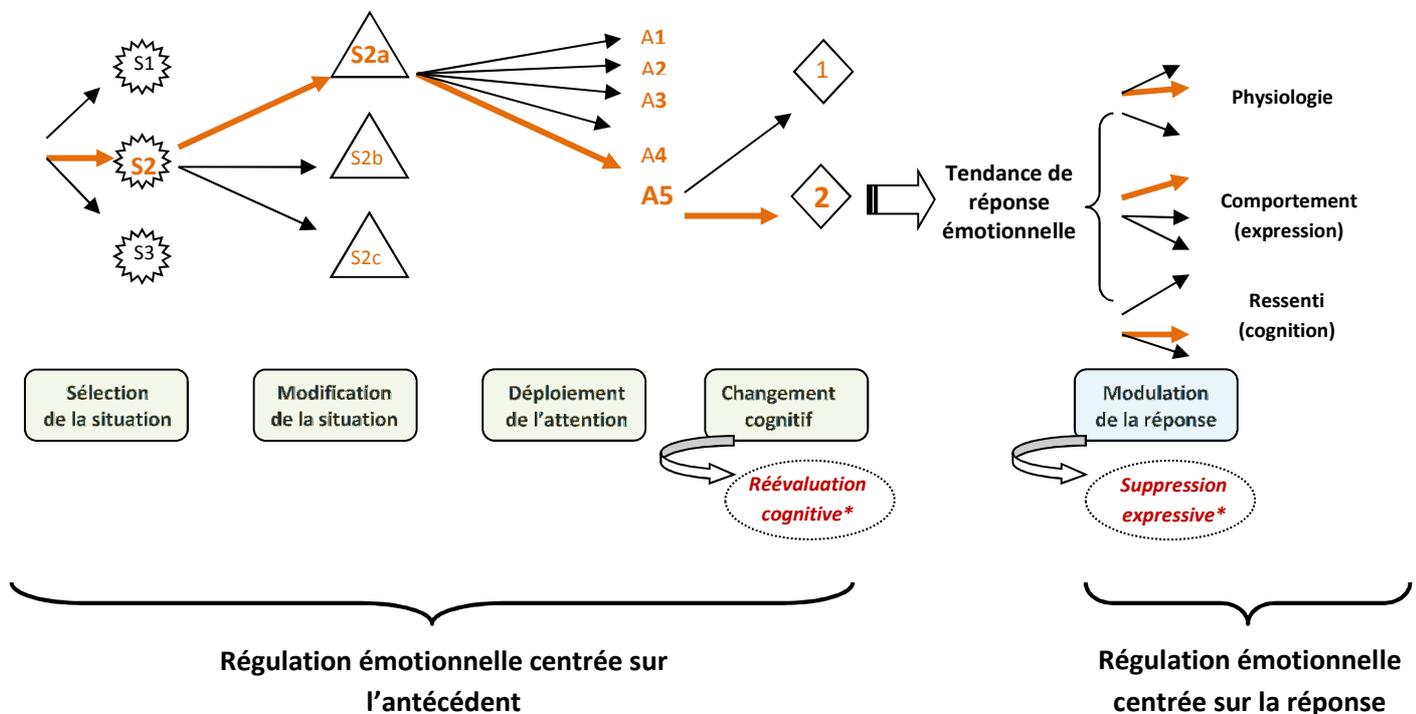
transactionnelle, qui stipule que la perception d'une situation peut être considérée comme le déclencheur d'une émotion indépendamment de la situation elle-même, Oschner et Gross (2005) proposent d'agir sur la perception qu'ont les individus d'une situation pour changer les émotions qui en découlent. Dans le cadre du changement cognitif, l'évaluation réalisée, en constituant une alternative émotionnelle, permet d'apporter des nuances à l'émotion ressentie en majorant (« up-regulation ») ou en minorant (down-regulation) l'état émotionnel en fonction de ses buts, de ses attentes et dans un contexte bien particulier. De la même façon, l'interprétation des situations, autrement dit la réévaluation cognitive, peut être centrée sur soi ou encore centrée sur la situation. Dans le premier cas, la réévaluation sur soi peut consister pour les individus à examiner le lien qu'ils ont eux-mêmes ou les autres avec la situation qui génère un traitement émotionnel particulier. Dans le second cas, la réévaluation centrée sur la situation consistera à réinterpréter les éléments de situation indépendamment du sujet. Récemment, reprenant les résultats de Leroy et Grégoire (2007) sur la corrélation entre réévaluation cognitive et rendement scolaire, les travaux de Leroy, Grégoire, Magen, Gross et Mikolajczak (2012) sur les effets de la réévaluation cognitive au regard des apprentissages scolaires et de la tentation confirment l'intérêt de cette stratégie pour améliorer la performance, élaborer des conduites fonctionnelles et constructives au regard de ses buts pédagogiques initiaux (résister à la tentation), mais également pour maintenir l'enthousiasme (des participants). De plus et à la différence des autres stratégies comme la sélection de la situation, la modification ou le déploiement attentionnel, cette stratégie de réévaluation cognitive ne présente pas de coûts particuliers dans le cadre de sa mise en œuvre (Richards et Gross, 2000 ; Fishbach, Friedman, et Kruglanski, 2003).

Pour la deuxième catégorie de régulations, c'est à ce stade, en fonction de l'évaluation cognitive menée par l'individu, qu'apparaît le cinquième mode de régulation centré sur la réponse émotionnelle elle-même. Quand il n'est plus possible pour le sujet d'agir sur les antécédents de la réponse émotionnelle (et donc de modifier la nature de la réponse) il lui reste la possibilité d'intervenir ou de manipuler la manière dont cette réponse va s'effectuer. Les trois éléments sur lesquels l'individu pourrait agir seraient en lien avec l'activité physiologique (en activant en diminuant celle-ci), en lien sur le caractère subjectif de l'expérience (les ressentis, les cognitions) ou encore en lien avec les comportements suscités par la réponse émotionnelle (l'expression émotionnelle faciale, vocale, comportementale...). D'un point de vue théorique, ce modèle propose une vision dichotomique et chronologique des processus conscients par lesquels les individus vont manipuler l'information ou encore le

traitement de l'information émotionnelle pour modifier (augmenter ou diminuer) l'impact émotionnel d'une situation sur eux. Il apparaît cependant que dans la plupart des situations plusieurs types de régulation peuvent se succéder et/ou intervenir en parallèle sur une même situation.

Enfin, il reste que les effets physiologiques et cognitifs des régulations émotionnelles ne seront pas les mêmes suivants si l'on se retrouve avec des stratégies centrées sur l'antécédent ou sur la réponse émotionnelle. S'agissant de la suppression expressive, définie par Gross et Levenson (1993) comme l'inhibition consciente de son expression émotionnelle (expressions faciales, vocales, comportementales, attitude), elle consiste en un effort pour dissimuler ou contrôler son expression émotionnelle, mais elle ne signifie pas pour autant diminuer le ressenti négatif ou augmenter le ressenti positif. Ainsi un recours chronique à cette stratégie centrée sur la réponse (en induisant un effort de répression et en mobilisant les ressources cognitives des sujets) pourrait générer une accumulation de frustrations internes (sentiments négatifs orientés sur soi), une diminution du bien-être psychologique, un repli psychosocial et donc favoriser l'apparition de troubles émotionnels (Gross & John, 2003 ; 2004).

Figure 5 : Modèle de régulation émotionnelle selon Gross (2002).



*Stratégies de régulations émotionnelles étudiées dans le cadre de la validation française de l'ERQ (Émotion Regulation Questionnaire de James Gross).

La régulation émotionnelle est également observable à partir des construits sociaux dans lesquels les individus vont agir au quotidien. En effet, un ensemble de règles socioculturelles, de règles de métier ou encore de valeurs va venir déterminer, influencer ou même transformer l'expression émotionnelle telle qu'elle doit être traduite ou retranscrite. Aussi, ces règles sociales qui déterminent ou modulent l'expression, ces « *display rules* », varient d'un contexte professionnel à un autre, d'un métier et un autre, et dans certains cas, d'un collectif à un autre y compris au sein d'une même unité générale. En ce sens, certains contextes de travail exigent la suppression de certaines expressions émotionnelles quand d'autres, au contraire, exigent de montrer certaines émotions. On peut donc comprendre que dans certains cas le recours à une expression particulière (par exemple la répression émotionnelle ou encore dans d'autres cas le soutien émotionnel, l'encouragement) ait pour principale fonction de dissimuler une émotion spontanée voire immédiate, mais pourtant non-opportune par rapport aux règles inhérentes au construit social dans lequel on se retrouve impliqué émotionnellement. Rappelons à ce sujet que dans le programme neuroculturel d'Ekman et Friesen (1980), en complémentarité d'un programme neuromoteur, les normes sociales établies vont orienter les expressions faciales en fonction du contexte et donc définir ce qu'il est établi ou convenu de montrer dans une situation donnée. De plus, il convient de souligner avec Silvia Krauth-Gruber (2009) la fonction adaptative de la suppression émotionnelle dans certains contextes sociaux, et ce au regard des normes émotionnelles qui leur sont rattachées. Le caractère socialement désirable ou au contraire indésirable de certaines expressions émotionnelles peut orienter la stratégie de régulation émotionnelle que le sujet va retenir pour s'adapter. De même, le recours à la suppression expressive ne peut être fonctionnel que dans la mesure où il reste circonstancié à une situation particulière et donc n'est à concevoir que de façon temporaire. Utiliser en permanence, cette stratégie pourrait même constituer un frein dans la dynamique interpersonnelle et sociale notamment en brouillant le repérage des buts, intentions ou attentes poursuivis et ainsi en réduisant la sympathie et le rapprochement des autres (Butler, Egloff, Wilhelm, Smith, Erickson & Gross, 2003). De ce fait, la régulation émotionnelle en situation professionnelle pose nécessairement la question des normes, des règles et représentations propres à chaque contexte et donc pose la question de ce que l'on peut exprimer et/ou ressentir au travail au regard de ce que l'on peut exprimer et/ou ressentir comme c'est attendu par le collectif.

Nous allons donc maintenant nous interroger sur la place qu'ont les émotions au travail et sur les stratégies prescrites ou proscrites en matière d'expression de l'émotion afin de percevoir quels types de régulations émotionnelles sont à l'œuvre dans un contexte de prise en soins en gériatrie...

VI. LES ÉMOTIONS AU TRAVAIL.

Le contexte professionnel se distingue du contexte privé dans la mesure où il impose un ensemble de variables organisationnelles déterminant le rôle et la fonction de chacun, mais également les buts, objectif et moyen qui sont fixés au regard de règles préétablies. Ce qui nous lie à un contexte professionnel c'est avant tout une relation de nature contractuelle pour laquelle on s'engage en contrepartie d'une rémunération. À bien des égards le contexte professionnel diffère d'autres contextes en intégrant des variables de performance, de procédure, de complexité, d'environnement physique, de relations interpersonnelles particulières et hiérarchiques et d'évolution de carrière. Aussi, le travail intègre bon nombre d'émotions et propose des modalités de régulation qui là encore renvoient à des négociations particulières entre l'individu et son lieu de travail.

La littérature propose une multitude d'approches et de concepts sur les émotions au travail. Qu'il s'agisse du travail émotionnel (Hochschild (1983), Ashforth et Humphrey (1993), Morris et Feldman (1996, 1997)) des stratégies de régulation au travail (Goffman (1973) ; Hochschild (1983) ; Grandey (2003) ; Ashforth et Humphrey (1993) ; Brotheridge et Grandey (2002)) ou même des expériences affectives au travail (Weiz et Cropanzano (1996)) les contextes professionnels imposent des règles de comportements et déterminent des pratiques organisationnelles reposant sur un processus émotionnel au travail non sans effet sur les individus et donc in fine sur l'organisation elle-même.

Comme le rappellent Anderson et Guerrero (1998), chaque règle sociale de comportement implique la modification de ses expressions d'émotions afin qu'elles soient socialement normales. Raffaelli et Sutton (1989) proposent plusieurs types de normes comportementales à l'œuvre dans le cadre des contacts professionnels. Les normes sociétales définissent la façon d'être en général, mais également désignent quel type d'émotion, doit être exprimé en fonction des contextes. Puis les normes occupationnelles qui correspondent au rôle attribué à chaque salarié dans le cadre de son emploi et qui déterminent l'expression de certaines émotions en lien direct avec les attentes des clients ou usagers. En ce sens, il est attendu de la part d'un vigile le plus grand sérieux voire de l'hostilité à la différence des hôtesses d'accueil qui elles doivent manifester de la sympathie et de la chaleur vis-à-vis des personnes qu'elles reçoivent. Enfin, les normes organisationnelles correspondent-elles à ce que l'entreprise attend en matière de conduite vis-à-vis de ses salariés et se réfèrent donc à la culture d'entreprise, la

culture de service ou même aux règles et valeurs d'un collectif de travail particulier. Les organisations nourrissent des attentes particulières par rapport aux services qu'elles rendent à leur clientèle et du même coup privilégient ou imposent certaines conduites ou certaines expressions émotionnelles pour atteindre leur but. Les émotions apparaissent ainsi comme une partie intégrale et incontournable de la vie quotidienne dans les organisations. Les démarches qualité, les nouvelles organisations horizontales ou même les démarches participatives ont toutefois complexifié la donne dans la mesure où l'on demande une souplesse supplémentaire aux salariés. Pour certains auteurs comme Golleman (1997) l'intelligence émotionnelle, que l'on pourrait résumer comme la capacité à identifier, comprendre et exprimer ses émotions et celles d'autrui, est aussi importante que le quotient intellectuel pour prédire le succès tant au niveau personnel qu'au niveau professionnel. De plus, pour cet auteur, comme dans le modèle de Salovey et Mayer (1990 ; 2000), il convient d'ajouter, qu'il ne s'agit pas uniquement d'un déterminisme génétique, mais plutôt d'une habileté (proche du concept de Thorndike (1920) avec la capacité à identifier ces états internes motivations et comportements (comme ceux des autres) et interagir avec autrui de manière optimale sur la base de ces informations) que l'on peut apprendre ou acquérir au cours de son existence pouvant même faciliter la pensée (cf modèle de Salovey et Mayer). D'autres auteurs parlent de quotient émotionnel (Bar-On & Parker, 2000) ou considèrent l'intelligence émotionnelle comme une véritable composante de personnalité (Petrides, Furnham, Mavroveli, 2007) et interviendrait de façon différentielle dans l'élaboration des réponses lors du traitement d'une information émotionnelle de nature intra ou interindividuelle (Petrides, Furnham, 2003).

En ce sens, le concept de «display rules» (règles de comportement ou encore règles d'affichage) décrites par Ekman et Oster (1979) nous renseigne sur les émotions qui peuvent être exprimées ou au contraire qui vont être dissimulées dans le cadre de son travail, car en lien direct avec des conventions personnelles et collectives conscientes, voire affichées ou automatiques (quelques fois mêmes inconscientes) que certains nommeront les valeurs... Dans bien des situations, les représentations et les attentes des professionnels intègrent et définissent ces « display rules » assurant du même coup une reproduction et un maintien ou au contraire une rupture ou une marginalisation qui peut provoquer un ressenti négatif à l'égard de soi ou des autres.

Pour Ashforth et Humphrey (1995) il existe quatre stratégies de normalisation des émotions au travail. Tout d'abord la neutralisation qui consiste à définir le rôle de chacun et les

relations interpersonnelles et ainsi à inhiber un certain nombre d'émotions inappropriées sur le lieu de travail.

Puis l'amortissement qui consiste en fait à isoler certaines émotions qui pourraient venir troubler le fonctionnement professionnel sans que pour autant il y ait des émotions imposées. Dans ce cas de figure, il s'agit d'une non-expression des émotions et non pas d'un registre spécifique et réducteur d'émotions prescrites par le travail.

Une troisième stratégie, la prescription des émotions, consiste en fait à réguler ses émotions à partir de scripts bien précis et suppose une adhésion à ces règles attitudinales de la part du salarié.

Enfin la normalisation ou régularisation des émotions qui consistent à réévaluer la signification ou encore de rationaliser des émotions inappropriées survenues dans le contexte professionnel.

Sur un autre plan, dans une perspective sociologique, Goffman (1973) postule que chaque situation répond à une logique sociale qui lui est propre et que la personne soutient inconsciemment. Dans cette approche, chaque situation taxe (ou influence) l'individu qui obtient, en retour, l'adhésion du groupe et une protection contre l'imprédictibilité. Ainsi, il existerait une déviance affective qui consisterait à ne pas s'affranchir des taxes sociales et par conséquent à violer la règle latente selon laquelle l'individu doit se préoccuper de la façon dont le groupe le perçoit. Pour Goffman l'individu a une alternative. En effet, soit il exprime de façon spontanée ce qu'il ressent, soit il s'efforce d'exprimer ce qui est attendu par les autres en feignant ce qu'il ressent. Toutefois, en s'appuyant sur la complexité des construits sociaux, Goffman ajoute que nous jouons des personnages sur scène et interagissons avec d'autres personnages. Ainsi pour lui, ce jeu d'acteur consiste à simuler autrement dit à jouer en surface. Le jeu d'acteur en surface touche essentiellement le langage corporel avec les sourires, les soupirs et les modifications d'ajustements comportementaux (hausser les épaules, opiner du chef). Dans ce cas précis, les émotions sont simulées et pas nécessairement vécues il s'agit donc pour le salarié de feindre des émotions qu'il ne ressent pas nécessairement. Ce jeu en surface ne signifie pas que l'individu ne ressent aucune émotion, mais tout simplement que son expression diffère significativement de ce qu'il ressent. Pour Grandey (2003) il s'agit d'un « agir de mauvaise foi ».

Difendorff et Gosserand (2003) ajoutent que pour effectuer un travail émotionnel quatre éléments sont requis. En premier lieu il faut qu'il y ait une manipulation de la façon dont est

ressentie naturellement une émotion afin d'exprimer l'émotion telle qu'elle est désirée. Par la suite il faut qu'il y ait une valorisation de ce qui est ressenti. S'ensuit alors une simulation d'émotions désirées ou encore, et enfin, une suppression ou un contrôle de l'émotion ressentie. Deux notions essentielles apparaissent dans cette conceptualisation du travail émotionnel que sont d'une part l'anticipation par le sujet et d'autre part la dissonance émotionnelle issue de l'écart entre ce qu'il ressent et ce qu'il doit exprimer. Pour eux, il semble que le jeu en surface et donc la simulation d'émotions intervient essentiellement lorsque l'individu se retrouve confronté à une dissonance émotionnelle sans qu'il ait pu l'anticiper au préalable. La notion de contrôle du travail émotionnel repose sur les capacités pour ressentir et agir sur des situations par rapport à un standard et sur la base d'un comparatif. La régulation des émotions découle ainsi de l'évaluation qui est faite entre ce que l'individu ressent et ce qui doit être exprimé pour atteindre les objectifs qu'il s'est fixés. Dans l'éventualité d'un écart important entre les deux, l'individu pourra donc ajuster ses émotions et leurs expressions dans la norme ou bien remplacer cette norme par un changement cognitif et nécessairement par un changement de ses objectifs personnels. En ce sens, si un individu est amené à s'engager dans un comportement inconsistant avec ses croyances ou ses attitudes, il sera dans un état de dissonance tellement inconfortable qu'il cherchera à résoudre cette inconsistance. Hochschild poursuit et considère que la motivation (ce que je veux exprimer) sert de médiateur entre les règles de ressenti (ce que je devrais ressentir) et le travail émotionnel (ce que j'essaie d'exprimer). Enfin, la dissonance émotionnelle apparaîtrait lorsque les émotions exprimées sont en non-conformité avec les normes organisationnelles et en discordance avec les vraies émotions (Abraham, 1998).

Pour Hochschild (1983), le jeu en profondeur, ou « l'agir de bonne foi » selon Grandey (2003), s'appuie sur une expression des émotions qui résultent d'un travail émotionnel en lien avec une expérience personnelle. Aussi, soit l'individu tente d'évoquer ou de supprimer une émotion, soit il invoque des pensées, des images, des souvenirs pour induire l'émotion recherchée. Cela peut conduire la personne soit à suspendre la réalité usuelle et à aboutir à une situation « faite semblant » qui va paraître réelle, soit à faire appel à la mémoire émotionnelle pour en extraire des expériences émotionnelles semblables utilisées lors du travail émotionnel. Dans ces conditions, le jeu en profondeur est une forme de travail émotionnel plus consistante que le jeu en surface dans la mesure où il s'accompagne d'une implication forte de ceux qui l'utilisent (Ashforth et Humphrey, 1993). Cependant, il convient d'ajouter que, dans la conception d'Hochschild, le travail émotionnel n'existe que parce qu'il correspond à un dû

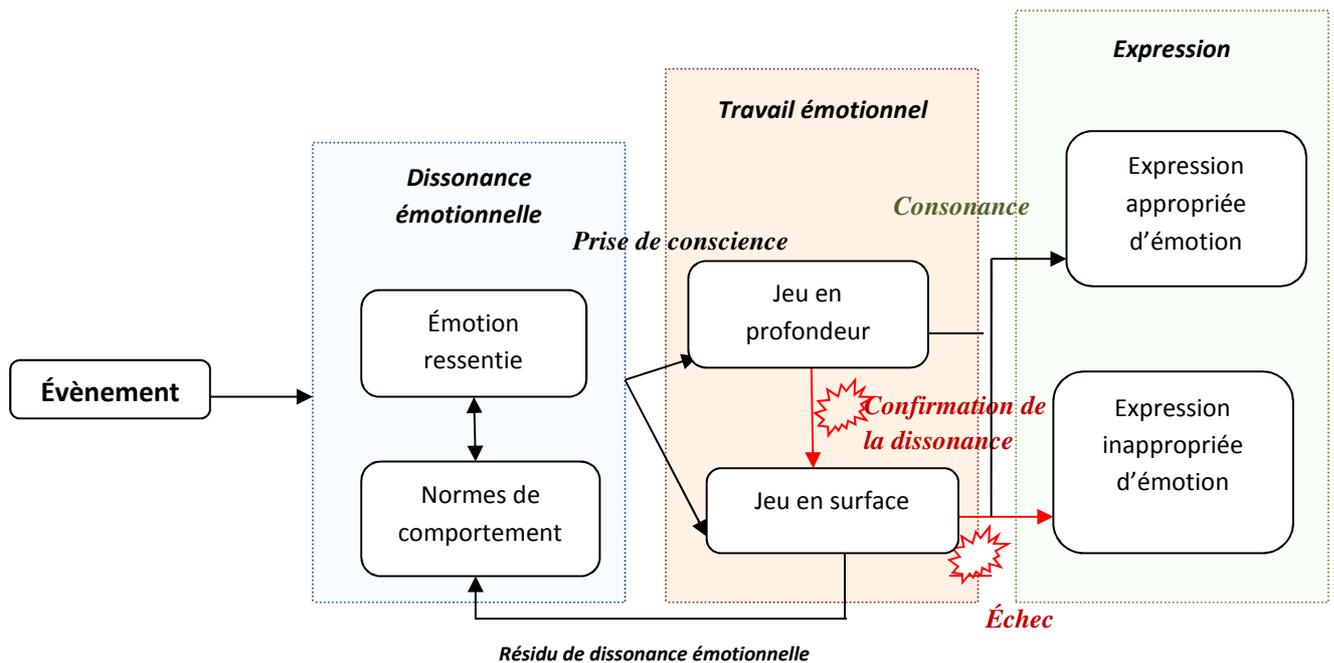
vis-à-vis de l'entreprise qui le rémunère. Le travail émotionnel serait donc un effort permanent de gestion des émotions largement influencé par la rémunération et les devoirs en tant que normes de comportements organisationnels. Néanmoins, si la personne ne ressent pas de dissonance émotionnelle par rapport au comportement organisationnel attendu, et ce malgré la rémunération, il n'y aura pas forcément la nécessité de mettre en place un travail émotionnel. De la même façon, il semble que ce processus émotionnel au travail n'intervienne que lorsque les émotions ne présentent pas une intensité trop importante (voire inattendue et massive). En effet, pour Goleman (1997), une intensité forte associée à une émotion ressentie impliquerait pour l'organisme une réaction adaptative s'appuyant sur un circuit court ne passant bien évidemment pas un traitement via l'amygdale. Dans ces conditions, loin d'une réévaluation cognitive impliquant un comparatif entre ce que l'on ressent et ce que l'on doit ressentir et signifiant un ajustement conscient, nous pourrions observer un débordement émotionnel au travers duquel un ensemble d'expressions physiologiques comportementales et cognitives involontaires ou automatiques s'imposerait. Aussi cette précision nous permet d'insister sur la notion d'effort que constitue le travail émotionnel.

Différencier des processus automatiques (inconscients) et des processus conscients (avec un traitement plus long) reviendrait à proposer une modélisation séquentielle du travail émotionnel. En ce sens, dans le cadre du modèle interactif de l'expérimentation émotionnelle en situation de travail (EEST), Delphine Van Hoorebeke (2003) propose d'étudier le processus émotionnel au travail selon plusieurs étapes.

Le point de départ de son modèle repose sur un événement à l'origine de l'installation d'une dissonance émotionnelle. Cette dernière, reposant sur un écart entre les émotions ressenties et les normes imposées par l'organisation et attendues par l'employeur (le client, l'utilisateur voir les collègues), entraînera pour l'individu un choix entre se conformer aux normes et aux attentes ou exprimer spontanément ses émotions ressenties. Cependant, conformément à la théorie de la dissonance émotionnelle, il s'agira pour l'individu de réduire au plus vite cette tension intérieure. Ainsi une première évaluation cognitive positive ou négative des conséquences de ses choix comportementaux l'amènera à privilégier l'expression de son conflit interne émotionnel ou le contrôle, la répression voire la résistance à l'émotion réellement ressentie. Deux scénarii se présentent consistants à changer ce qu'il ressent ou feindre ce qu'il ressent. Ainsi, deux stratégies mentales apparaissent pour modifier l'état d'esprit spontané au travers d'une conduite d'évitement ou bien au travers d'un travail émotionnel. Dans le premier cas, s'agissant de l'évitement les conduites élaborées par l'individu auront pour but de ne pas le

confronter aux situations susceptibles de créer des dissonances émotionnelles. Les stratégies de distanciation sont assez proche, comme dans le modèle de Gross, de la sélection la situation qui permet en amont d'échapper à des situations d'un confort émotionnel. Dans le cas du travail émotionnel avec le jeu en surface (donnant lieu à une simulation et l'accommodant à la dissonance) ou avec le jeu en profondeur (modifiant ce qu'il ressent vers ce qui doit être exprimé) l'individu cherchera avant tout à faire disparaître la tension intérieure psychologique et physiologique induite par la dissonance émotionnelle. En fait, lorsque le jeu en profondeur échoue l'individu dégagera alors une expression inappropriée ou bien simulera une expression appropriée au travers d'un jeu en surface. Dans le premier cas, l'expérimentation d'une dissonance émotionnelle demeure par le fait de continuer à ressentir des émotions en discordance avec des normes organisationnelles et occupationnelles attendues. Dans le second cas (dans le cas du jeu en surface) la dissonance émotionnelle demeure du fait même d'une simulation d'expression en surface.

Figure 6 : Le processus émotionnel au travail à partir du modèle de D. Van Hoorebeke (2003)



Aussi pour faire disparaître la dissonance émotionnelle, et suivant la théorie de dissonance cognitive de Festinger (1957), l'individu doit modifier l'une des deux dimensions de la situation autrement dit soit ce qu'on attend de lui soit ce qu'il ressent. Comme le souligne

Hochschild (1983) dans de pareilles circonstances les normes de comportements émotionnels ayant été imposées le seul choix qui reste consiste à modifier ses émotions. Hochschild identifie plusieurs conséquences négatives du travail émotionnel comme le stress au travail, le burnout, l'absentéisme ou encore la baisse de la satisfaction au travail. Déjà Maslach, en 1982, rapporte que le personnel, dont le poste, réclame un fort degré de travail émotionnel, a davantage de probabilité de connaître un épuisement émotionnel. Feindre une émotion et jouer littéralement un comportement inconsistant avec ce que l'on ressent au seul prétexte qu'il s'agit de se conformer à une norme émotionnelle professionnelle attendue (voire exigée) est épuisant pour les salariés (Abraham, 1998 ; Zapf, 2002). Aussi, les situations de dissonances émotionnelles peuvent constituer des vecteurs de perturbation du système immunitaire, favoriser l'apparition de troubles psychiques et bien évidemment déboucher sur un burnout (Adelmann, 1995). De leur côté, Morris et Feldman (1997) démontrent que la fréquence, la durée du travail émotionnel et la dissonance ressentie augmentent la probabilité d'éprouver un épuisement moral. Plus généralement, une forte demande émotionnelle ajoutée à une accumulation de dissonance entraîne des effets négatifs pour les salariés et leur santé. Par extension ces effets ne s'arrêtent pas à un individu, mais touchent également le groupe de travail en nuisant à la cohésion sociale et à l'organisation. Cette atteinte du collectif de travail subit et génère alors des effets négatifs en prenant, par exemple, la forme d'absentéisme ou de turnover accrus. Totterdell et Holman (2003) mettent en évidence que le jeu en surface, procurant un sentiment d'engourdissement et d'épuisement, provoque l'épuisement émotionnel.

En résumé, le processus émotionnel au travail ou encore les stratégies de régulations émotionnelles utilisées (jeu en surface ou jeu en profondeur) semblent dépendre de variables contextuelles, normatives ou individuelles et pourraient souligner une situation de dissonance émotionnelle non sans effet sur la santé.

S'agissant des services de gériatrie, où les conséquences du vieillissement imposent des fluctuations importantes dans la communication d'une personne à une autre, les équipes sont certainement au centre d'un faisceau complexe de modalités et de contraintes dans la communication à l'autre. Le temps passé, la variété ou encore l'intensité d'une interaction ne constituent qu'une partie de l'implication émotionnelle des soignants. En ce sens, les « nécessités de services » et les contraintes de temps ou d'organisation liées au travail des équipes soignantes participent activement à influencer les modalités de régulations

émotionnelles que les soignants vont mettre en place sur leurs lieux de travail. De surcroît, la perception qu'aura la personne sur ses capacités à faire face efficacement aux situations potentiellement ou effectivement génératrices de dissonance pourrait expliquer le recours préférentiel à certaines modalités d'expression émotionnelle. Ainsi, le jeu en profondeur (comme le jeu en surface) ne pourrait-il pas être facilité par un niveau de latitude décisionnelle (voire de ressources), des traits de personnalités spécifiques (névrosisme, extraversion, agréabilité, ouverture, conscience) ou encore un niveau d'anxiété trait élevé (reprenant les observations sur les anomalies des circuits neuronaux impliqués dans la régulation émotionnelle observée chez les sujets anxiodépressifs). Dans un cadre contraint par une architecture d'expression émotionnelle (culture et climat émotionnel) collective et donc normative, ce qu'Hochschild (1983) appelle le travail émotionnel semble donc dépendre d'un ensemble de variables individuelles, contextuelles ou même physiologiques et pourrait ainsi varier d'un individu à un autre.

VII. RÉSUMÉ ET PROBLÉMATIQUE.

A. Résumé.

Travailler en gériatrie renvoie donc souvent à des représentations négatives ou déqualifiantes pour les professionnels qui s'y trouvent (Daïeff et Babadjian, 2008 ; Hein, 2003). Cependant, comme pour toutes situations de soin, une prise en charge gériatrique implique des processus complexes au plan technique avec des soins de base ou des soins spécifiques (Berger & Maillou-Poirier, 1989), au plan cognitif et social avec la recherche et l'intégration des informations constitutives de l'élaboration et de la planification des conduites (Anceaux & Beuscart-Zépher, 2002 ; Boreham, Foster & Mawer, 1992) et enfin au plan affectif avec une dimension de projection et d'attachement révélatrice de la dimension émotionnelle de la relation à l'objet potentiellement vulnérabilisante (Charazac, 1998 ; Gaucher, 1999 ; Gaucher et al., 2001). Aussi, le sens de sa pratique signifié par la nature de la prise en charge qu'un soignant propose (Fontaine, 2006) peut apparaître comme une variable structurante ou au contraire déstructurante et ainsi peut constituer un vecteur d'épuisement. Le regard porté sur sa propre pratique (et particulièrement sur la compatibilité avec ses attentes) semble au cœur d'un certain nombre de témoignages de professionnels formés à l'Humanitude® pour lesquels une augmentation de la satisfaction générale ainsi qu'une diminution des difficultés en lien avec les exigences de leur poste semblent apparaître et se généraliser.

Le burn-out des soignants en gériatrie, suivant la modélisation de Maslach et Jackson (Maslach, 1982; Maslach et Jackson 1981a ; Maslach et Leiter, 1997) démarrant par un épuisement émotionnel et suivi d'un désengagement à l'égard de l'objet travail (dépersonnalisation) ainsi que d'une baisse de l'efficacité personnelle (baisse de l'accomplissement personnel), pourrait renvoyer à des configurations spécifiques en lien avec des contextes professionnels (latitude, demande psychologique), avec des facteurs individuels (dimension de personnalité, régulations émotionnelles dispositionnelles) et des facteurs comportementaux (travail émotionnel, stratégie de coping).

De plus, les exigences émotionnelles issues des contextes gériatriques pourraient s'avérer déterminantes pour expliquer l'apparition du burn-out. En effet, l'étude des émotions (intégrant des composantes cognitives, physiologiques et comportementales) démontre que le

traitement de l'information émotionnelle s'accompagne d'une activation du système nerveux autonome (Levenson, 2003) observable au travers (entre autres) de la variabilité de la fréquence cardiaque (Servant, Lebeau, Mouster, Hautekeete, Logier & Goudemand, 2008 ; Appelhans & Luecken, 2006) qui, dans certains cas, peut constituer un facteur de risque cardiovasculaire (Curtis & O'Keefe, 2002) ou encore un facteur d'aggravation des maladies cardiovasculaires (Stys & Stys, 1998) ? Les émotions au travail apparaissent ainsi comme des stressseurs émotionnels nécessitant des stratégies d'adaptation (les régulations émotionnelles) pour préserver la cohésion et l'équilibre interne des individus. Le modèle de Gross (2002), en apportant une distinction entre les stratégies de régulation portées sur l'antécédent et celles portées sur la réponse émotionnelle, propose une distinction notable entre la réévaluation cognitive (où l'individu se livre à une véritable réinterprétation de la situation avant la réponse émotionnelle) et la suppression expressive (où l'individu agit sur la réponse émotionnelle en inhibant consciemment l'expression de son émotion). Aussi, à la différence de la réévaluation cognitive, Gross et Levenson (1993) ont pu mettre en évidence l'activation du système sympathique en situation de suppression expressive. De ce fait, inhiber les émotions négatives pourrait présenter un risque de maladie coronarienne voire d'hypertension (Myrtek, 2007), mais plus fortement encore lorsqu'il s'agit d'inhiber de fortes émotions négatives (Burns, Quartana et Bruehl, 2007). Certains avancent même qu'une régulation émotionnelle fréquente, mais également intense serait associée à un niveau de stress élevé (Côté, Moon & Miners, 2008). Les stratégies de régulations émotionnelles peuvent donc générer un impact dans l'adaptation générale d'un individu et de ce fait pourraient contribuer à expliquer l'apparition, le développement ou le maintien de comportements dysfonctionnels (comme un repli psychosocial) et favoriser l'apparition de troubles émotionnels (Gross, John, 2003 ; John, Gross, 2004).

S'agissant des configurations professionnelles, les régulations émotionnelles réalisées sur le lieu de travail pourraient ainsi dépendre des normes attendues par le collectif de travail, mais également par des exigences personnelles ou par l'exposition à certains contextes. La définition du travail émotionnel selon Hochschild (1983) repose sur les efforts de gestion des émotions dans le but de se conformer aux attentes de l'organisation. Cependant, trois conditions semblent nécessaires dans cette perspective pour que le travail émotionnel apparaisse. Tout d'abord, les employés doivent être impliqués dans une relation de « face à face » avec les clients (directement, c'est-à-dire physiquement (c'est le cas de notre population c'est-à-dire les soignants), ou indirectement, c'est-à-dire par téléphone), puis

l'organisation doit prescrire les émotions qui doivent être exprimées ou non et enfin cette dernière doit également contrôler les expressions émotionnelles produites. Il existe ainsi une contrainte majeure dans le champ professionnel qui réside d'une part sur la nature contractuelle (ou rémunérée) de la relation qui unit un employé à son organisation et d'autre part sur le caractère normatif au travers des comportements produits. Pour ces derniers, les comportements produits peuvent être tout autant conformes aux attentes de l'organisation qu'aux attentes du collectif dans lequel se retrouve l'employé et donc soulignent dans le même temps une recherche d'intégration ou encore une recherche d'appartenance au collectif au sein duquel l'employé se retrouve. À la différence des situations de la vie quotidienne, les construits professionnels n'offrent pas tous une latitude d'expression émotionnelle large et variée et ne permettent pas non plus l'utilisation de n'importe quelle stratégie de régulation émotionnelle. Nous pourrions avancer l'idée que tous les employés doivent gérer leurs émotions, mais il faudrait également reconnaître que certains secteurs (le secteur des services : vente, artisanat, soin, hôtellerie, transport, etc.) sont peut-être plus sollicitant que d'autres. Les différentes recherches sur le sujet (Hochschild, 1983 ; Totterdell et Holman, 2003 ; Ashforth et Humphrey, 1993 ; Brotheridge et Lee, 2002 ; Brotheridge et Grandey, 2002 ; Brotheridge, 2006 ; Kruml et Geddes, 2000) mettent en évidence le recours à des stratégies d'expression des émotions conforme aux attentes de l'organisation et ce en passant par une modification des manifestations externes dénommée « jeu en surface » (*surface acting*) ou une modification profonde et interne des sentiments appelée « jeu en profondeur » (*deep acting*). Ces efforts émotionnels apparaissent ainsi en réaction à une situation de dissonance émotionnelle c'est-à-dire en réponse à une pression induite par l'organisation et porteuse de conséquences potentiellement néfastes pour l'employé. Dans le cas contraire avec la consonance émotionnelle (positive pour l'expression authentique de ses émotions (Brotheridge et Lee, 1998) en conformité avec les attentes de l'organisation ou négative dans le cas d'une expression émotionnelle congruente avec le sujet, mais contraire aux attentes de l'organisation), la pression inhérente à la culture émotionnelle ne semble pas impliquer une répression émotionnelle synonyme d'efforts observables entre autres par des manifestations physiologiques. Tout comme Maslach (1982) l'avait déjà observé, les salariés dont le poste suppose un fort degré de travail émotionnel semblent plus exposés à l'épuisement émotionnel surtout s'il s'agit de jouer ou feindre une émotion contraire à ce que l'on ressent dans le but de se conformer aux normes émotionnelles attendues (Abraham, 1998 ; Zapf, 2002). Cependant, nous ne disposons pas à ce jour d'études sur l'impact des régulations

émotionnelles dans le secteur de la gériatrie lequel pourtant semble porteur de variables organisationnelles, inter personnel et intra personnelles impliquées dans la mise en œuvre du travail émotionnel pour faire face à une situation de dissonance émotionnelle.

B. Problématique.

À ce jour, nous ne disposons d'aucune donnée concernant l'impact de la dissonance émotionnelle en gériatrie sur le stress. Si bon nombre de travaux sur les régulations émotionnelles se centrent sur les effets négatifs du jeu en surface ou de la suppression expressive, nous pouvons observer qu'il s'agit en fait de masquer ses émotions ou même de modifier son expression émotionnelle et donc de réprimer ses affects ce qui n'est pas sans représenter un coût pour le sujet (Gross, 1998 ; Gross & Levenson, 1997 ; Ashforth et Tomiuk, 2000 ; Mann, 1997 ; Carton, 2006 ; Christophe, Antoine, Leroy & Delelis, 2009 ; Abraham, 1998 ; Zapf, 2002 ; Grandey, 2003 ; Glomb & Tew, 2004). Aussi, en l'absence de travaux sur les régulations émotionnelles dans le contexte spécifique de la gériatrie et en pleine polémique sur les résultats (auprès des personnes âgées comme des professionnels) de l'application de l'humanité®, notre thèse a pour but de mesurer l'impact des régulations émotionnelles sur l'épuisement professionnel des soignants en gériatrie en nous appuyant sur des supports issus de la méthodologie de soin Gineste et Marescotti.

Dans la seconde partie de notre thèse, nous examinerons plus particulièrement l'impact des épisodes émotionnels sur les sujets, et ce au niveau physiologique et psychologique. Le concept de dissonance émotionnelle nous permettra d'analyser quelles sont les stratégies de régulations émotionnelles, les caractéristiques de personnalité ou les variables situationnelles qui sont impliquées dans l'activation de la tension ressentie. Ainsi, le travail émotionnel résultant des tentatives d'inhibition (ou de résolution) de la dissonance émotionnelle devrait expliquer des niveaux de détresse et de burnout différents. Ces différents résultats nous amèneront donc à examiner les différences induites chez des personnels formés et non formés à la méthodologie de soin (humanité®) Gineste et Marescotti au niveau des stratégies mobilisées pour faire face aux situations difficiles ainsi qu'au niveau du burnout.

Plus précisément, nous examinerons dans un premier temps l'influence de la valence émotionnelle sur le stress et notamment à partir d'un indicateur physiologique (la fréquence cardiaque) et du discours des sujets. Nous utiliserons en ce sens deux séquences de film,

préalablement identifiées positives ou négatives au niveau émotionnel, pour recueillir les données quantitatives et qualitatives en induisant (dans la consigne de départ) une prescription émotionnelle. L'enregistrement de la fréquence cardiaque (seconde par seconde) sera un des éléments d'interrogation lors d'une auto confrontation avec les sujets dans le cadre du recueil qualitatif.

Dans un second temps, nous nous attacherons à mesurer les liens qui unissent les stratégies de régulation émotionnelle et les variables dispositionnelles, les variables personnelles, les prescriptions internes et externes et enfin avec les stratégies de coping auprès d'un échantillon supérieur à 885 sujets confrontés aux soins.

Par la suite et dans un troisième temps, nous observerons l'apport du travail émotionnel dans la variation de la détresse psychologique et du burnout en association avec les variables individuelles, dispositionnelles et contextuelles.

L'objectif de notre quatrième temps sera ainsi, à la lumière des mesures réalisées auparavant, d'explorer et comparer les différences entre les personnels formés et non formés à la méthodologie de soin dans le but de proposer une première lecture sur les effets de l'humanité® auprès d'un échantillon de professionnels en gériatrie.

Enfin, l'ensemble des résultats obtenus sur nos quatre temps de mesure sera repris et discuté dans le cadre de notre troisième partie. L'analyse et la discussion nous permettront alors de proposer un modèle d'analyse sur l'impact des régulations émotionnelles en situation de soin et nous permettront également de participer de façon empirique à l'étude des effets d'une méthode spécifique comme l'humanité® dans des contextes d'accompagnement en gériatrie.

En synthèse, nous nous attacherons donc à vérifier quatre grandes hypothèses (décomposées en sous hypothèses pour chacune d'entre elles) :

1. **H1** : En situation d'affichage d'expression d'émotion prescrite, on observe une différence significative de stress selon qu'une situation professionnelle visionnée engendre une émotion ressentie différente de l'émotion prescrite.
 - Plus précisément, nous faisons l'hypothèse (**H1a**) que deux situations professionnelles expérimentales engendrent des émotions de valences différentes.

- En situation d’affichage d’émotion positive prescrite (afficher un large sourire) nous nous attendons à observer (**H1b**) une différence significative de stress indiquée par la fréquence cardiaque selon que la situation professionnelle visionnée engendre une émotion dissonante c’est-à-dire une émotion ressentie différente de l’émotion prescrite par l’expérimentation.
2. **H2** : Les stratégies de régulation émotionnelle au travail (jeu en surface et jeu en profondeur) dépendent à la fois des caractéristiques de personnalité (dimension de personnalité ou anxiété trait), des stratégies de régulation émotionnelle dispositionnelles et des prescriptions internes et externes.
- Plus précisément, nous supposons (**H2a**) que le jeu en surface sera positivement lié à la suppression expressive, au névrosisme, à un haut niveau d’anxiété trait ainsi qu’à la répression émotionnelle (traduisant une situation d’exposition à la dissonance émotionnelle).
 - Inversement, nous pensons (**H2b**) que le jeu en profondeur est positivement lié à la réévaluation cognitive, à l’agréabilité, l’extraversion et la conscience ainsi qu’à un faible niveau d’anxiété trait.
 - Nous nous attendons à observer (**H2c**) une association entre le coping problème, la réévaluation cognitive et le soutien émotionnel. De plus nous pensons confirmer l’association du coping émotionnel avec la réévaluation cognitive et la répression et enfin nous nous attendons à vérifier l’association du coping soutien avec la réévaluation cognitive, la suppression expressive (basse) et le soutien émotionnel.
 - Enfin, nous nous attendons à confirmer (**H2d**) que les dimensions de personnalité, les stratégies de régulations émotionnelles dispositionnelles et les prescriptions internes et externes expliquent significativement le jeu en surface et le jeu en profondeur.
3. **H3** : Le travail émotionnel constitue avec les variables individuelles, dispositionnelles et contextuelles un antécédent important pour prédire la détresse psychologique et le burnout.

- Nous supposons (**H3a**) que le score de détresse émotionnelle varie selon le type de stratégie de régulation émotionnelle employé pour faire face aux sollicitations émotionnelles du travail.
 - Puis nous nous proposons (**H3b**) de vérifier si en complémentarité du modèle Karasek, des régulations émotionnelles dispositionnelles et des variables individuelles, les régulations émotionnelles issues du travail émotionnel ne constituent pas également un antécédent du burnout.
4. **H4** : Des différences significatives s’observent entre les personnels « formés » et « non formés » et plus fortement encore avec les personnels « formés » qui ont le sentiment de ne pas pouvoir appliquer la méthode.
- Plus spécifiquement, nous pensons (**H4a**) que les personnels « formés » ont moins recours au jeu en surface, déclarent moins de coping centrés sur l’émotion (évitement), ont une latitude plus importante, une demande psychologique moins forte, sont moins en conflit de valeur et sont moins en burnout.
 - Nous supposons (**H4b**) également que les personnels « formés » s’ils ne peuvent pas mettre en œuvre la méthode, à l’inverse de l’hypothèse précédente, sont plus en burnout et déclarent plus de conflits de valeur.

DEUXIÈME PARTIE : EXPÉRIMENTATIONS ET MESURES.

Pour mener à bien notre recherche et éprouver nos hypothèses, nous avons bâti trois questionnaires et mis en place une expérimentation avec comme support le visionnage d'un film décomposé en deux séquences distinctes. Notre population générale est en fait composée de trois populations distinctes ayant pour point commun l'expérience du travail dans le soin auprès des personnes. Ainsi, nous comptons une première population de 25 sujets (professionnels en gériatrie) impliqués dans l'expérimentation du visionnage du film. Une seconde population de 157 soignants professionnels exerçant en gériatrie et enfin une troisième population étudiante en institut de soin infirmier et en institut de formation d'aide-soignant composée de 885 sujets. Au total notre recherche compte la participation de 1067 sujets. La taille de cet échantillon total s'avère utile pour la vérification et la validation des échelles utilisées dans nos trois questionnaires, mais également pour explorer des comparaisons entre groupes et analyser les liens entre variables.

Chaque questionnaire est tous composé de plusieurs échelles d'évaluation en psychologie centrées sur la personnalité (BFI : Big Five Inventory), l'anxiété trait (STAI Y-B), le travail émotionnel (ELS : Emotional Labor Scale), la détresse psychologique (GHQ – 12), les régulations émotionnelles (ERQ : Emotonal Regulation Questionnaire), le coping (WCC : Ways of coping checklist), le burnout (MBI : Maslach Burnout Inventory ; MSBM : Melamed and Shirom Burnout Measure), le questionnaire de Karasek (JCQ : Job Content Questionnaire) ainsi qu'une échelle de conflit de valeur et une évaluation (en un item) de la satisfaction générale. Nous retrouvons également à la fin de chaque questionnaire des données sociodémographiques (âge, sexe, ancienneté, statut dans l'emploi, expérience en gériatrie, expérience dans le soin ou encore le temps de travail voire le service).

Pour le questionnaire à destination des étudiants en IFSI et IFAS, nous comptons 144 items regroupant le BFI, La STAI Y-B, l'ELS, le GHQ-12, l'ERQ, la WCC associés aux variables sociodémographiques (sexe, statut, expérience en gériatrie, expérience dans le soin et âge) et avec une question sur l'intention de travailler en gériatrie plus tard.

Pour le questionnaire à destination des professionnels exerçant en gériatrie, nous comptons 160 items regroupant le JCQ, la satisfaction, l'ELS, la STAI Y-B, l'ERQ, la WCC, le MBI, le

MSBM et le conflit de valeur associés aux variables sociodémographiques (formés ou non à l'humanité®, sexe, statut, ancienneté, temps de travail, âge, service, profession) et avec une évaluation de l'écart entre la représentation du travail et le travail réalisé.

Enfin pour le questionnaire à destination des 25 sujets impliqués dans le visionnage du film (première étude de notre recherche), nous comptons 178 items décomposés en deux parties. La première partie (138 items) regroupe le BFI, la STAI Y-B, l'ELS, le GHQ-12, le MSBM, le MBI associés aux variables sociodémographiques (sexe, statut, ancienneté, temps de travail, âge, profession). La seconde partie (40 items) regroupe l'ERQ, et la WCC.

I. Étude 1 : Valence émotionnelle d'une expérience de soin et impact physiologique et psychologique d'une situation de dissonance émotionnelle.

A. Objectifs et hypothèses.

Si, comme nous l'avons souligné précédemment, la régulation émotionnelle implique des structures neuronales comme l'hippocampe ou le cortex frontal, elle s'appuie également sur une activation sympathique et sur l'axe corticotrope (pour son caractère incontrôlable ou imprévisible), puisqu'il s'agit de faire face à un événement porteur d'émotion qu'il convient (dans le cas d'une dissonance et donc d'une régulation émotionnelle) de contenir pour être conforme aux attentes psychosociales ou organisationnelles signalant ainsi l'évaluation d'un impact social négatif (Dickerson & Kemeny, 2004).

Notre objectif dans cette première étude est de mettre en évidence la valence émotionnelle de deux séquences de film portant sur des contextes de soin (nursing) en gériatrie. Nous souhaitons mesurer la valence émotionnelle accordée par chaque sujet ainsi que recueillir l'évaluation subjective et qualitative associée à un épisode émotionnel dans le but de mettre en évidence l'impact physiologique et psychologique d'une situation de dissonance émotionnelle.

Dans cette expérimentation il s'agit de prescrire une émotion (affichage et ressentie) afin de faire émerger une dissonance émotionnelle sur l'une des deux séquences (à valence négative). Le retentissement physiologique induit par le visionnage d'une séquence à valence émotionnelle générant une situation de dissonance sera restitué par la variabilité de la fréquence cardiaque et la composante subjective sera recueillie par le verbatim issu d'une auto confrontation immédiate et différée.

Ces éléments nous amènent à proposer l'hypothèse **(H1)** qu'en situation d'affichage d'expression d'émotion prescrite, on observe une différence significative de stress selon qu'une situation professionnelle visionnée engendre une émotion ressentie différente de l'émotion prescrite.

Plus précisément, nous faisons l'hypothèse **(H1a)** que deux situations professionnelles expérimentales engendrent des émotions de valences différentes :

- La situation professionnelle de toilette « technique » engendre plus d'émotions négatives lors du visionnage que d'émotion neutre ou positive.
- La situation professionnelle de toilette avec la méthode Gineste et Marescotti engendre plus d'émotions positives lors du visionnage que d'émotion négative ou neutre.

Indépendamment du contexte, la mise en situation de dissonance génère une tension interne à l'origine d'un stress observable notamment par l'activation du système nerveux autonome avec la branche sympathique et plus exactement signalée par une modification de la fréquence cardiaque. Cette tension devrait être d'autant plus inconfortable qu'elle s'appuie sur une valence émotionnelle négative qui représente un coût psychologique et comportemental (une pénibilité) inhérent à la gestion de cette dissonance émotionnelle. Inversement, les situations induisant des émotions de valence positive ne devraient pas déclencher d'efforts particuliers ou de pénibilité « autodéclarée » pour afficher une expression prédéterminée, lors des stress émotionnels (observés à partir de la variation de la fréquence cardiaque) ce qui pourrait traduire un état de consonance émotionnelle.

En ce sens, en situation d'affichage d'émotion positive prescrite (afficher un large sourire) nous nous attendons à observer (**H1b**) une différence significative de stress indiquée par la fréquence cardiaque selon que la situation professionnelle visionnée engendre une émotion dissonante c'est-à-dire une émotion ressentie différente de l'émotion prescrite par l'expérimentation.

B. Méthodologie.

Pour l'élaboration de ce premier protocole de recherche, nous avons souhaité reconstruire une situation de dissonance émotionnelle en respectant les spécificités des soins en gériatrie. Deux conditions devaient être alors respectées pour induire la dissonance émotionnelle. Tout d'abord, nous devons nous assurer d'une confrontation à l'inconsistance de deux cognitions. En effet, pour induire une tension interne voire un inconfort, nous devons exposer la personne à une situation qui ne corresponde pas à ses convictions professionnelles personnelles. Puis, dans la mesure où il s'agit de générer une répression émotionnelle, mais également « d'exiger » (ou de prescrire) une expression émotionnelle particulière, nous avons demandé à chaque participant d'afficher physiquement un large sourire lors de l'exposition.

Comme le rappelle Sandrine Gil (2009), les séquences vidéos semblent particulièrement bien adaptées pour induire une émotion et, en ce sens, l'élaboration de protocoles expérimentaux intégrant des séquences de film permet de reconstruire le processus émotionnel (Gros & Levenson, 1995 ; Schaefer, Nils, Sanchez et Philippot, 2010). Pour Gil (2009), « *un film plonge le sujet dans une histoire qui possède une dynamique et une complexité, rendant ainsi le stimulus bien plus écologique au regard de la vie quotidienne* ». L'utilisation de films semble en effet non négligeable pour mettre en évidence les retentissements physiologiques induits par l'émotion ou même l'activité cérébrale associée à certains contextes. Plusieurs études utilisant la neuroimagerie ont pu mettre en évidence des variations notables du flux sanguin cérébral, au sein des régions impliquées dans l'expression faciale des émotions (cortex pré moteur) comme au sein de celles impliquées dans le traitement de l'émotion (par exemple l'amygdale), lorsque des sujets perçoivent des expressions faciales émotionnelles en regardant des films vidéo (Carr, Iacoboni, Dubeau, Mazziotta & Lenzi, 2003 ; Wild, Erb, Bartels & Grodd, 2003 ; Sato, Kochiyam, Yochikawa, Naito & Matsumura, 2004). De leur côté, Decety et Chaminade (2003) ont ainsi pu observer, à partir d'une série de clips vidéos présentés à des sujets, une réponse électrodermale importante associée à une augmentation du flux sanguin cérébral régional (rCBF) au niveau du cortex préfrontal ventromédian et du gyrus frontal supérieur (structure cérébrale impliquée dans la gestion des conflits sociaux) en situation de non-concordance entre le contenu narratif d'une histoire et l'expression émotionnelle associée.

Nous nous sommes donc rapprochés d'Yves Gineste et Rosette Marescotti, pour élaborer avec eux deux films d'environ 4 minutes et 30 secondes (un premier film portant sur des soins auprès d'une personne âgée de sexe masculin « valide » et un second film portant sur des soins auprès d'une personne âgée de sexe féminin « non valide ») constituées chacune de deux séquences distinctes sur des scènes de soins de type « nursing » en gériatrie ayant un fort potentiel émotionnel pour des professionnels. Après avoir proposé en lecture ces films à plusieurs professionnels du soin ayant une expérience en gériatrie, nous avons retenu pour notre expérimentation le film proposant un nursing auprès d'une personne âgée de sexe féminin à « mobilité réduite » constitué de deux séquences (une première séquence de 150 secondes et une seconde séquence de 113 secondes). Notre protocole consistait donc à proposer deux questionnaires à des soignants (AMP, AS, ASH, IDE, Ergothérapeute) ayant une expérience en gériatrie, mais également de les exposer au visionnage d'un film afin de recueillir les variations de leur fréquence cardiaque ainsi que leurs ressentis lors du film.

1) La population.

Nous avons proposé sur la base du volontariat, à tous les professionnels rencontrés pour notre recherche, d'entrer dans le protocole d'évaluation de la dissonance émotionnelle. Nous avons reçu le soutien de plusieurs structures comme l'Hôpital de Casteljaloux (Lot-et-Garonne), le Centre Hospitalier Intercommunal de Marmande Tonneins CHIC (Lot-et-Garonne), la maison d'accueil temporaire (Ehpad ADMR) de Coulx (Lot-et-Garonne) ainsi que la maison d'accueil temporaire (Ehpad ADMR) Le Lotus Bleu au temple sur Lot (Lot-et-Garonne). Nous avons également intégré, avec le concours de l'IFSI de Marmande (Lot-et-Garonne), des professionnels en formation d'aide-soignant (IFAS) ou en formation en soin infirmier (IFSI) justifiant, dans leur parcours, d'une expérience en gériatrie. Ils ont tous été destinataires du formulaire de consentement moral et ont tous pu exercer leur droit de retrait, et ce à tout moment.

Nous avons ainsi pu rencontrer 42 soignants dont 25 ont poursuivi la démarche jusqu'au bout (les deux temps). Les contraintes organisationnelles et de disponibilité expliquent, pour la majorité des protocoles inachevés, l'incapacité à terminer la démarche. En effet, nous avons proposé de les rencontrer sur leur lieu de travail directement sauf pour les professionnels en formation pour lesquels nous avons proposé un rendez-vous en cabinet en fonction, là encore, des contraintes pédagogiques et donc de temps. Notre population est donc constituée de 25 soignants, 2 hommes et 23 femmes (10 ASH, 6 AS, 5 IDE, 3 AMP, 1 Ergothérapeute).

Figure 7 : Sexe des participants au protocole de recherche sur la mesure de la dissonance.

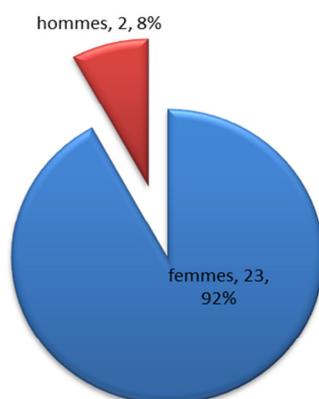
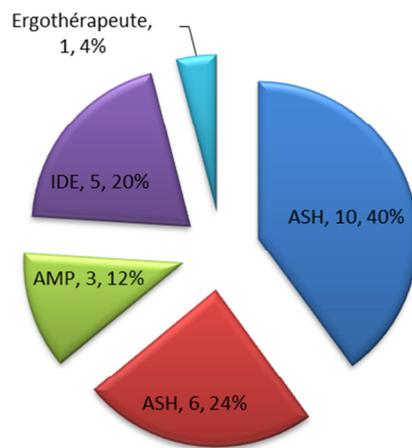


Figure 8 : CSP des participants au protocole de recherche sur la mesure de la dissonance.



Nous recensons trois soignants pour l'établissement du Lotus Bleu, trois soignants pour l'hôpital de Casteljaloux, huit soignants pour le CHIC Marmande Tonneins, cinq soignants pour l'établissement de Coulx et enfin six soignants en formation. La moyenne d'âge est de 42,24 ans et varie de 21 ans à 60 ans. L'ancienneté varie de moins d'un an à plus de 20 ans, mais 76% à plus d'un an d'ancienneté dans l'emploi, dont 36% a plus de 10 années d'expérience. Enfin, 88% (22 soignants) sont à temps complet et 56% ont un statut dans l'emploi stable c'est-à-dire en CDI ou équivalent.

2) La procédure.

Les participants volontaires pour suivre le protocole de mesure de la dissonance émotionnelle recevaient une information générale sur le déroulement ainsi que les contraintes de passation en deux temps. Ces contraintes résidaient dans le calendrier de passation des deux temps d'intervention auprès des participants (T1 et T2), mais également sur la procédure du second temps (T2) qui impliquait une projection de film (court) durant lequel nous relevions la fréquence cardiaque.

Aussi, pour le temps T1, la procédure consistait à leur faire passer un questionnaire de 138 questions composé de 7 échelles de mesure centrée sur la personnalité (BFI), l'anxiété trait (STAI Y-B), le travail émotionnel (ELS), la détresse psychologique (GHQ-12), le burnout (MBI & MSBM) et un recueil d'informations sociodémographiques. Pour ces dernières, nous nous sommes attachés à différencier le sexe, le statut dans l'emploi (dans le but de scinder notre échantillon par rapport à la sécurité du contrat ou non), l'ancienneté dans l'emploi (avec

5 classes d'âges : moins de 1 an, entre 1 et 3 ans, entre 3 et 10 ans, entre 10 et 20 ans et plus de 20 ans), le temps de travail (temps partiel supérieur ou inférieur à un mi-temps et les temps complets), le travail de jour ou de nuit, l'âge et enfin la profession. L'objectif de ce premier protocole était de contribuer à l'élaboration d'une base de données de professionnels exerçant en gériatrie afin d'étudier plus tard les liens entre les variables, mais également pour participer à l'analyse statistique et la validation des échelles utilisées dans notre recherche.

Pour le second temps de mesure, celui pour lequel nous allons vérifier nos hypothèses, le T2 donc était composé de trois phases. La première phase consistait à décrire la représentation qu'ils se font du métier auprès des personnes âgées.

La deuxième phase consistait, grâce au concours d'Yves Gineste et de Rosette Marescotti ayant puisés dans leurs ressources pédagogiques (pour élaborer les deux séquences de film en conformité avec nos hypothèses de recherche), à leur projeter un film de 4 minutes et 33 secondes en deux parties (2 minutes et 30 secondes pour la première partie et 1 minute et 53 secondes pour la deuxième parties chacune de ces deux parties étant séparée par une pause de 5 secondes signalée par l'affichage du Logo de L'institut Gineste et Marescotti (IGM) en continu). Les deux séquences dévoilent une toilette auprès d'une personne âgée en institution.

La première séquence montre une toilette habituellement observable en institution où deux soignantes vont successivement manipuler la personne, puis la mouiller ensuite la savonner avant de la rincer, la sécher pour terminer par l'habiller. Sept étapes du nursing (manutention, mouillage, savonnage, rinçage, séchage, habillage et image de fin) bien identifiables se déroulent avec une bande-son qui restitue l'ambiance du soin dans son intégralité (bruits, échanges verbaux, voix). La communication y est très réduite, les gestes s'enchaînent de façon mécanique et la personne ne semble pas être associée au nursing. L'objectif du soin est atteint puisque la personne âgée est lavée.

La consigne qui est donnée à chaque participant est : « *vous devez être dans l'approbation de ce que vous allez voir et vous devez afficher pendant le film un large sourire* ».

Durant l'intégralité du film, nous enregistrons et notons les variations de leur fréquence cardiaque par le biais d'une oxymétrie de pouls (Oximètre-pen MD300-1 (COMED), spécialement conçu pour la mesure instantanée de la saturation en oxygène de l'hémoglobine artérielle (SpO2) ainsi que de la fréquence cardiaque pour les adultes et les enfants). Nous observons et nous notons également leur attitude lorsqu'elle se modifie (ajustement postural, mimiques faciales, commentaires ou même la façon dont ils font face au film notamment à

partir du modèle de régulation émotionnelle de Gross(2002) avec entre autres le déploiement attentionnel) afin de l'aborder à la fin de l'exposition avec eux lors de l'auto confrontation finale. Lorsque le film s'achève, nous mettons le film en pause et demandons comment la personne pourrait décrire ce qu'elle a ressenti en visionnant le film à l'aide d'adjectifs ou d'explications libres. Enfin, nous lui demandons si ce qu'elle a ressenti en regardant le film était positif, neutre ou négatif.

La deuxième séquence se déroule de la même façon que la première et la consigne reste la même (approbation et large sourire). Sur cette deuxième séquence du film, il s'agit toujours de la même personne qui va vivre une toilette avec des soignants, mais cette fois-ci en appliquant la méthode Gineste et Marescotti avec un formateur référent. Les sept étapes du nursing sont les mêmes et reste identifiable de la même façon, et ce avec une bande-son qui restitue toujours ce qui se passe comme lors du premier film. La seule différence réside dans le fait qu'il ne s'agit pas des mêmes soignants (filmés) pour réaliser le soin. Les techniques de manutention, de communication verbale et non verbale sont appliquées et la personne est au centre du soin.

Les particularités de la prise en charge proposée par Yves Gineste et Rosette Marescotti ne permettent pas d'obtenir un découpage du temps équivalent pour chaque étape du nursing, mais l'ensemble restitue bien les différents temps du soin ainsi que l'importance de certaines phases. À titre d'exemple la première étape (la manutention) d'une durée de 9 secondes lors de la première séquence durent 38 secondes pour la seconde séquence, car cette partie « des préliminaires » dans la méthodologie de soin Gineste-Marescotti® permet d'obtenir le consentement au soin.

Tableau 1 : Découpage et durée des étapes du soin pour les deux séquences du film.

Etapes	Séquence 1 (en seconde)	Séquence 2 (en seconde)
Manutention	9	38
Mouillage	28	28
Savonnage	37	20
Rinçage	25	8
Séchage	23	6
Habillage	25	8
Plan de fin	3	5
<i>Total (en seconde)</i>	<i>150</i>	<i>113</i>

Encore une fois, comme lors du premier film, nous enregistrons et notons les variations de fréquence cardiaque ainsi que les attitudes développées par les participants lors du film. À la

fin du second film, nous leur demandons de nouveau de décrire ce qu'ils ont ressenti et de donner une valence positive, neutre ou négative de leur ressenti comme lors du premier film. La troisième et dernière phase est une auto confrontation finale à partir des données et observations rapportées lors des deux films. Les participants peuvent alors donner des explications sur des changements d'attitudes que nous avons observés, mais également sur les étapes du soin pendant lesquelles nous avons pu noter une variation notable de la fréquence cardiaque. Nous leur demandons enfin si les efforts produits pour respecter les consignes ont été coûteux ou non et en quoi ces films peuvent générer (ou non) une tension interne.

3) Le matériel.

Afin des fins d'analyse et de comparaison avec notre autre population (les étudiants en IFAS et IFSI), le premier questionnaire en T1 reprend des échelles que nous avons utilisées pour les étudiants auxquelles nous avons ajouté deux échelles de mesure du burnout. Ainsi le premier questionnaire reprend le BFI en 44 items, la STAI-YB (version trait), notre version de l'ELS, le GHQ ainsi que le MBI et le MSBM (pour le burnout). L'exploitation de ces données ne sera pas présentée dans ce chapitre, mais dans les chapitres suivants. De ce fait, nous ne présenterons ici, en plus du matériel exploité pour le recueil de la fréquence cardiaque, que le questionnaire T2 de recueil du verbatim et de représentation du travail auprès des personnes âgées.

En ce sens, pour ce second questionnaire (en T2), nous avons proposé aux participants, dans un premier temps, de décrire par écrit et en quelques lignes la représentation qu'ils se font du travail avec les personnes âgées. Puis après chaque séquence de film, nous avons noté les expressions utilisées pour décrire ce qu'ils avaient ressenti en regardant les films ainsi que la valence émotionnelle (négative, neutre ou positive) qu'ils accordaient aux films. Enfin, lors de l'autoconfrontation nous avons noté les éventuelles remarques et explications fournies au regard des résultats.

i. Le recueil du verbatim.

Avant la projection des deux séquences de film, nous avons proposé à chaque participant de décrire en quelques lignes la représentation qu'ils se faisaient de leur métier en répondant par écrit à la question : « Quelle représentation avez-vous de votre métier auprès des personnes âgées ». Par la suite et après chaque séquence de film nous posons la question :

« Comment décririez-vous ce que vous avez ressenti lors du film pour la première partie (donner 5 adjectifs maximum) ». Enfin, en dernier lieu nous réalisons une auto confrontation avec débriefing des fréquences cardiaques relevées et des éléments attitudinaux remarqués (grimaces, sourires, postures, commentaires...) à des fins d'explication ou de justification de leur part.

ii. La fréquence cardiaque ou mesure du biofeedback.

Lors de ce deuxième protocole expérimental, nous avons tenu à enregistrer les retentissements physiologiques induits par la situation de dissonance émotionnelle.

Plus particulièrement, nous avons souhaité créer les conditions d'une répression émotionnelle, c'est-à-dire ne pas être en congruence entre ce que l'on ressent et ce qui nous est demandé de ressentir, combinée à la suppression expressive, c'est-à-dire en modifiant l'expression de son émotion pour être conforme à ce qui est attendu.

Pour ce faire, nous avons donné la consigne suivante à chaque participant : « *vous devez être dans l'approbation de ce que vous allez voir et vous devez afficher pendant le film un large sourire* ».

Pour recueillir ces données, nous nous sommes intéressés à la fréquence cardiaque considérée comme un marqueur du processus émotionnel. Afin de répondre au mieux aux principales critiques apportées sur la fiabilité de la mesure de la fréquence cardiaque, nous avons demandé à chaque participant de s'installer confortablement devant le lecteur multimédia et de limiter au maximum leurs gestes ou changements de posture.

Pour induire cette limitation des mouvements potentiellement perturbateurs pour le recueil et l'analyse de l'activité cardiaque, les participants étaient reliés à un boîtier capteur Symbioline® cohérence émotionnelle par un faisceau composé de trois fils avec adaptateurs branchés aux bracelets positionnés sur les poignets (sur le poignet droit deux électrodes et sur le poignet gauche une électrode). Cet appareillage permet en fait d'enregistrer l'activité cardiaque par des capteurs ECG (électrocardiographiques) et d'en traiter les signaux. Dans notre protocole, le recours à cet équipement constituait un leurre, mais surtout une limitation physique des sujets par l'entrave du faisceau reliant les électrodes bracelets et le boîtier d'enregistrement.

Figure 9 : Bracelets, faisceau d'électrodes et boîtier Symbioline® cohérence émotionnelle



Nous avons présenté l'expérimentation ainsi que les différentes phases sans pour autant présenter dès le départ les objectifs et hypothèses de la manipulation afin de ne pas induire de biais dans la mesure. Puis nous avons présenté le matériel et expliqué son utilité sans révéler, là encore, que le dispositif d'enregistrement par les bracelets (Symbioline® cohérence émotionnelle) constituait d'une part un leurre dans la procédure et d'autre part (et surtout) un moyen de limiter les mouvements durant le film. Nous avons alors proposé de répondre à l'ensemble des questions qui pouvaient nous être posées.

Ce préalable visait à diminuer l'anticipation stressante liée à la passation et ainsi à contribuer à limiter les mouvements physiques pouvant entraîner des modifications physiologiques et respiratoires non sans effets sur la variabilité de la fréquence cardiaque. Cette étape de présentation passée, nous avons également attendu que la fréquence cardiaque se normalise (et que la respiration soit elle aussi normalisée) avant de commencer la projection des films.

Enfin, nous nous sommes assuré que les participants se déclarent « prêts à démarrer » pour favoriser un climat attentionnel collaboratif. L'expérimentation se déroulait dans un endroit calme, neutre et préservé de toutes intrusions ou interruptions favorisant une distractibilité externe incompatible avec la consigne de départ.

Figure 10 :
Oxymètre-pen
MD300-1 de COMED

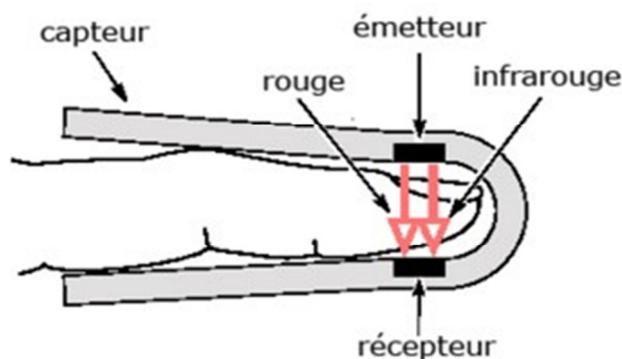


La mesure de la fréquence cardiaque a été réalisée à l'aide d'un Oxymètre de pouls, l'Oxymètre-pen MD300-1 de COMED, spécialement conçu pour la mesure instantanée de la saturation en oxygène de l'hémoglobine artérielle (SpO₂) ainsi que de la fréquence cardiaque placé sur l'index gauche de chaque participant.

Le principe de cette mesure repose sur le traitement de données établies d'après la loi Lambert Beer et selon les caractéristiques d'absorption du spectre des hémoglobines réductives (R Hb) et de l'oxyhémoglobine (O₂ Hb) dans la lueur et les zones proches des infrarouges.

L'appareil utilise la technologie d'inspection photoélectrique de l'oxyhémoglobine adoptée en association avec la détection du pouls et la technologie d'enregistrement de sorte que deux ondes lumineuses de 660nm et 940 nm (proches de la lumière infrarouge) convergent vers le bout du doigt du participant ayant placé au préalable son doigt (l'index gauche) dans un capteur de type pince.

Figure 11 : Illustration de la technologie d'inspection photoélectrique de l'oxyhémoglobine et de détection du pouls à l'aide d'un capteur pince.



Le signal mesuré est réceptionné par un composant photosensible et l'information acquise par deux groupes de diodes électroluminescentes, par traitement électronique (circuit et microprocesseur).

Pour chaque participant, nous pouvons noter précisément l'heure à laquelle la projection commence, à tout moment de l'expérimentation nous pouvons noter la fréquence cardiaque, mais surtout nous pouvons observer la fréquence cardiaque pour chacune des phases d'une séquence afin de proposer une auto confrontation après le visionnage.

De plus, l'appareil permet l'enregistrement (sur toute la durée de l'expérimentation) de la fréquence cardiaque (seconde par seconde) ainsi que la saturation en oxygène de l'hémoglobine artérielle sous forme de courbes ou de tableaux récapitulatifs des données recueillies. Nous pouvons alors mesurer la fréquence cardiaque moyenne pour chaque film, mais également observer les fluctuations de la fréquence cardiaque en lien avec certaines phases (parmi les sept pour chaque séquence) des deux séquences de film.

C. Résultats

Afin d'observer et de mesurer la valence émotionnelle des séquences visionnées (F1 et F2) dans le but de vérifier s'il existe une différence significative entre les deux séquences, nous nous sommes appuyé sur le recueil du verbatim de chacun des sujets ainsi que sur la fréquence cardiaque enregistrée durant chaque séquence et, dans chacune des séquences, pour chaque étape des séquences de film.

1) Valence émotionnelle accordée aux deux situations expérimentales.

i. Valence émotionnelle et verbatim de la première séquence du film.

La première situation visionnée dite de « nursing technique » génère pour 24 sujets sur 25 une émotion négative. Seul le sujet 23 éprouve une émotion neutre. La valence accordée à cette première séquence est donc une valence négative dans 96% des cas lors du visionnage.

Le recueil et l'analyse du verbatim obtenu après visionnage immédiat de cette séquence et en réponse à la consigne « *comment décrierez-vous ce que vous avez ressenti* » confirme la valence émotionnelle négative accordée. Ainsi nous retrouvons des termes tournant autour de

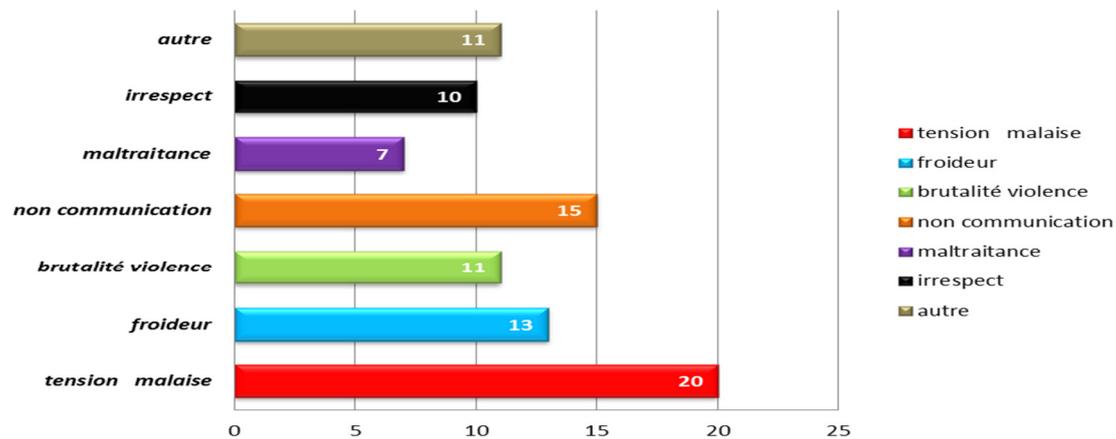
la froideur, de l'irrespect, de la brutalité, de la maltraitance, de la « non-communication » et du malaise ou de la tension interne ressentie.

Le regroupement des expressions par thématique permet d'extraire une classification hiérarchique soulignant une occurrence importante pour la tension / le malaise ressenti lors de la séquence (20 fois exprimées sur les 25 sujets) suivie par la non-communication (15 fois), la froideur (13 fois), la brutalité / violence (11 fois) et enfin la maltraitance (7 fois citées) et l'irrespect (10 fois cité).

- S'agissant de la tension interne (le malaise) nous relevons des expressions comme : « *écœurée, je ne peux pas suivre un truc comme ça* » (sujet 1), « *désagréable* » (sujet 2), « *désagréable, choquant* » (sujet 3), « *peine, colère, désagréable* » (sujet 4), « *mal à l'aise* » (sujet 5), « *c'est difficile de sourire* » (sujet 6), « *mal à l'aise, impuissante, désagréable, en opposition* » (sujet 7), « *retour en arrière qui fait mal, on ne peut pas sourire face à la scène* » (sujet 9), « *pas un mot cela me gêne, dégoût, c'est désagréable* » (sujet 11), « *ça me fait la chair de poule, ça me crispe* » (sujet 12), « *psychologiquement c'est dur* » (sujet 13), « *cela fait naître un inconfort en le regardant* » (sujet 14), « *sourire ce n'est pas possible* » (sujet 15), « *pas d'approbation possible, difficulté pour sourire* » (sujet 16), « *ça me choque, irritée et dérangée* » (sujet 18), « *ça m'a choquée* » (sujet 19), « *je ne garde pas le sourire, car je me suis mise à sa place* » (sujet 20), « *Ce n'est pas le soignant que je veux être, effort pour sourire* » (sujet 21), « *je ne m'attendais pas à ça c'est incompatible de sourire avec mes émotions* » (sujet 24), « *on le fait souvent de le voir ça fait bizarre, culpabilité et c'est désagréable* » (sujet 25).
- S'agissant de la non-communication nous relevons des expressions comme : « *aucune communication* » (sujet 1 ; 19), « *elles ne lui parlent pas* » (sujet 3), « *pas de communication* » (sujets 5 ; 17 ; 24 ; 25), « *manque de communication* » (sujet 9), « *pas un mot* » (sujet 11), « *pas de parole* » (sujet 12), « *pas de dialogue* » (sujet 13), « *ils ne lui parlent pas, ils ne lui disent rien* » (sujet 14), « *elles ne préviennent pas, elles ne lui parlent pas* » (sujet 15), « *on ne lui adresse pas la parole* » (sujet 20) ou « *ne parle pas* » (sujet 22).

- S'agissant de la froideur nous relevons des expressions comme : « *glacial, pas de tendresse, il n'y a rien* » (Sujet 2), « *froideur* » (sujet 5), « *mécanique, impersonnelle et sans âme* » (sujet 8), « *pas de geste tendre, usine* » (sujet 10), « *du travail d'usine* » (sujet 13), « *on dirait l'usine* » (sujet 14), « *pas d'émotion particulière, c'est une gestuelle automatisée, c'est du soin industriel* » (sujet 17), « *on a tendance à passer au-delà* » (sujet 20), « *expéditif* » (sujet 22), « *c'est froid, ce n'est pas vivant, c'est comme un meuble* » (sujet 23) ou « *elles faisaient ça comme des robots* » (sujet 25).
- S'agissant de la brutalité nous relevons des expressions comme : « *brutal* » (sujet 2 ; 5 ; 6 ; 10), « *violent* » (sujet 3 ; 9 ; 21), « *des actes brutaux* » (sujet 6), « *c'est hyper violent, il n'y a aucune douceur* » (sujet 12), « *des gestes agressifs* » (sujet 13), « *très agressifs, très violent* » (sujet 16) ou « *il y a d'autres façons que de brutaliser, elle est tournée comme un objet* » (sujet 24).
- S'agissant de l'irrespect nous relevons des expressions comme : « *aucun respect, on se demande s'ils travaillent avec des êtres humains* » (sujet 1), « *ce n'est pas humain* » (sujet 3), « *ils la traitent comme un tas de viande* » (sujet 4), « *pas correct* » (sujet 5), « *irrespectueux* » (sujet 6), « *impudique, ce n'est pas un être humain* » (sujet 9), « *inhumain* » (sujet 10), « *ils la manipulent comme un animal* » (sujet 11), « *aucune considération pour la personne qui est là, on lave. Non-respect de la personne ce n'est plus un être humain* » (sujet 19) ou « *il n'y a pas de respect, pudeur et dignité. C'est violent et irrespectueux de la personne* » (sujet 21).
- S'agissant de la maltraitance nous relevons des expressions comme : « *maltraitant* » (sujet 3), « *maltraitance* » (sujet 9 ; 21 ; 24), « *j'appelle ça de la maltraitance* » (sujet 13) ou « *elles ne pensent pas à la personne, elles font leur travail, mais c'est une forme de maltraitance* » (sujet 15).

Figure 12 : Classement par occurrence des thématiques exprimées après visionnage de la première séquence.



Une dernière catégorie appelée « autre » regroupe un ensemble d'expressions échappant à une forme particulière de regroupement si ce n'est dans le cas d'un jugement de valeur voire d'une interprétation situationnelle. Aussi, nous retrouvons des expressions comme : « *nonsense, pauvre femme* » (sujet 10), « *Souffrance du visage et rétractation de son corps, elle ne peut pas les exprimer* » (sujet 13), « *je n'aimerais pas être lavé comme ça, c'est désagréable pour la personne* » (sujet 14), « *ce n'est pas très professionnel* » (sujet 15), « *et en même temps ça arrive aussi* » (sujet 16), « *les gens font ça à longueur de journée* » (sujet 17), « *comparaison avec sa propre pratique, le lavage c'est briquer un plancher* » (sujet 18), « *elle ne passe pas un bon moment, en structure je serais parti ou j'aurais pris la place* » (sujet 21), « *le visage de la dame montre qu'elle n'est pas à l'aise* » (sujet 22) ou « *ce n'est pas totalement négatif, car c'est comme ça* » (sujet 23).

Tableau 2 : Verbatim émotionnel et valence accordée par les sujets lors de la première séquence.

Sujet	Descriptif émotionnel durant la première séquence	Valence accordée
1	Écœurée, aucun respect, aucune communication, on se demande s'ils travaillent avec des êtres humains, colère, je ne peux pas suivre un truc comme ça.	émotions négatives
2	Glacial, elles ne lui parlent pas, brutal, pas de tendresse, il n'y a rien, désagréable.	émotions négatives
3	choquant, rapide, violent, ce n'est pas humain on ressent de la tristesse, désagréable, maltraitant	émotions négatives
4	Peine, colère, ils la traitent comme un tas de viande, désagréable.	émotions négatives
5	froidueur, pas correcte, pas de communication, mal être, brutal, rapide, mal à l'aise	émotions négatives

6	brutal, irrespectueux, c'est difficile de sourire sur des actes brutaux	émotions négatives
7	mal à l'aise, impuissante, désagréable, en opposition et mal pour les filles	émotions négatives
8	mécanique, impersonnel et sans âme	émotions négatives
9	maltraitance, impudique, violente, retour en arrière qui fait mal, manque de communication, ce n'est pas un être humain, on ne peut pas sourire face à la scène	émotions négatives
10	brutal, non-sens, pauvre femme, pas de geste tendre, usine et inhumaines	émotions négatives
11	pas un mot cela me gêne, ils la manipulent comme un animal, dégoût et choqué lorsqu'il lui écarte les jambes, c'est désagréable	émotions négatives
12	ça me fait la chair de poule c'est hyper violent, il n'y a aucune douceur, pas de parole sensation de tension, ça me crispe, on ne doit pas agir comme ça	émotion négative
13	Psychologiquement c'est dur, j'appelle ça de la maltraitance, des gestes agressifs pas de dialogue, du travail d'usine. Si c'était sur moi, je n'accepterais pas. Souffrance du visage et rétractation de son corps, elle ne peut pas les exprimer	émotions négatives
14	ils ne lui parlent pas, on dirait l'usine je n'aimerais pas être lavé comme ça, ils ne lui disent rien, c'est désagréable pour la personne et cela fait naître un inconfort en le regardant, moi je parle beaucoup	émotions négatives
15	elles ne préviennent pas, elles ne parlent pas, ce n'est pas très professionnel, elles ne pensent pas à la personne, elles font leur travail, mais c'est une forme de maltraitance et sourire ce n'est pas possibles	émotions négatives
16	pas d'approbation possible difficulté pour sourire, choquée par les images et en même temps ça arrive aussi, très agressif, très violent	émotions négatives
17	pas d'émotion particulière, pas de communication, on ne lui explique pas, on ne la sollicite pas, les gens font ça à longueur de journée, c'est une gestuelle automatisée, c'est du soin industriel	émotions négatives
18	ça me choque, comparaison avec sa propre pratique, irritée et dérangée, le lavage c'est briquer un plancher, cela ne correspond pas à ma pratique, tension	émotions négatives
19	Ça m'a choqué, aucune communication, aucune considération pour la personne qui est là, on lave. Non-respect de la personne ce n'est plus un être humain	émotions négatives
20	on ne lui adresse pas la parole, on a tendance à passer au-delà, inquiétude, je ne garde pas le sourire, car je me suis mise à sa place	émotions négatives
21	Maltraitance, il n'y a pas de respect, pudeur et dignité. C'est violent et irrespectueux de la personne, elle ne passe pas un bon moment, en structure je serais parti ou j'aurais pris la place. Ce n'est pas le soignant que je veux être, effort pour sourire	émotions négatives
22	expéditif, ne parle pas, il fallait que la doucher, elles n'ont pas parlé entre elles, il n'y a aucune communication, le visage de la dame montre qu'elle n'est pas à l'aise	émotions négatives
23	c'est froid, ce n'est pas vivant, c'est comme un meuble, ce n'est pas totalement négatif, car c'est comme ça	émotions neutres
24	de la maltraitance, il y a d'autres façons que de brutaliser, pas de communication, elle est tournée comme un objet, je ne m'attendais pas à ça c'est incompatible de sourire avec mes émotions	émotions négatives
25	pas de communication, elles faisaient ça comme des robots, on le fait souvent de le voir ça fait bizarre, culpabilité et c'est désagréable	émotions négatives sur soi

Les six thématiques retenues sont effectivement connotées négativement et traduisent bien la valence émotionnelle négative accordée au visionnage de cette première séquence du film.

ii. Valence émotionnelle et verbatim de la seconde séquence du film.

La seconde situation visionnée dite de « méthode Gineste et Marescotti » génère pour la totalité des sujets une émotion positive. La valence accordée à cette seconde séquence est donc une valence positive dans 100% des cas lors du visionnage.

Le recueil et l'analyse du verbatim obtenu après visionnage immédiat de cette seconde séquence et en réponse à la consigne « *comment décririez-vous ce que vous avez ressenti* » confirme la valence émotionnelle positive accordée. Ainsi nous retrouvons des termes tournant autour de la chaleur, du respect, de la douceur et de l'attention, de la communication et de l'agréabilité ou de la consonance interne ressentie. Le regroupement des expressions par thématique permet d'extraire une classification hiérarchique soulignant une occurrence importante pour l'agréabilité ou la consonance ressentie lors de la séquence (21 fois exprimées) suivie par la communication (13 fois), la chaleur / la grégarité (11 fois), la douceur / l'attention (11 fois) et enfin le respect (9 fois exprimées).

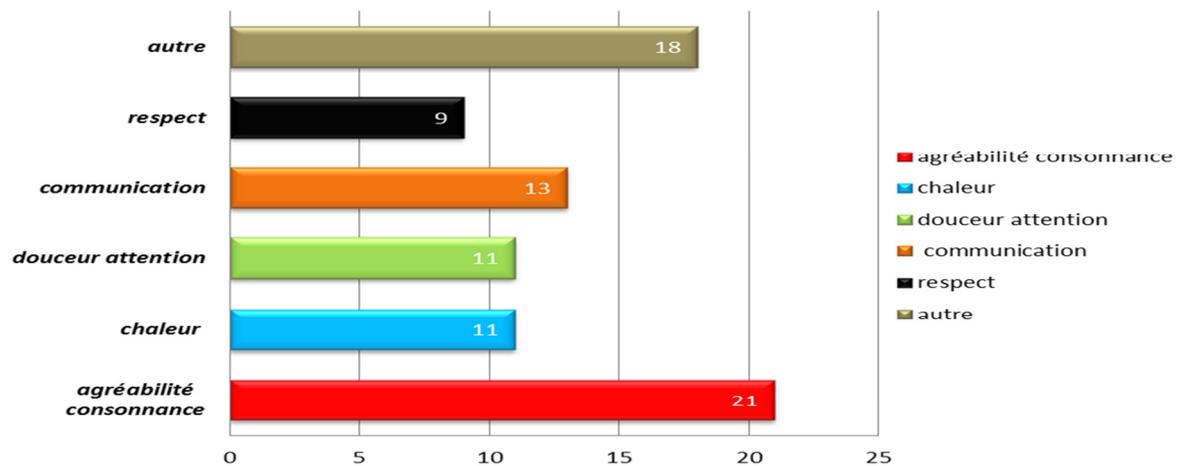
- S'agissant de l'agréabilité (la consonance) nous relevons des expressions comme : « agréable » (sujet 1 ; 11 ; 20), « c'est beaucoup mieux, c'était agréable, ça fait plaisir, c'est plus sympathique j'ai repris le sourire » (sujet 2), « c'est agréable et je n'ai pas de difficulté pour suivre, rien ne me choque » (sujet 4), « plus à l'aise, pas d'effort à suivre, c'est plus agréable » (sujet 5), « bien, soulagé, content du soin et en accord » (sujet 7), « détendu » (sujet 8), « apaisement, prise en charge non violente, pas de stress » (sujet 9), « cela m'émeut beaucoup » (sujet 13), « c'est positif » (sujet 14), « là il n'y a pas de difficultés pour sourire, là non, pas de pénibilité » (sujet 15), « pas de difficulté pour être dans l'approbation et pour sourire même sur la nudité » (sujet 16), « c'est beaucoup plus satisfaisant, il n'y a pas de frustration » (sujet 17), « le soin était plus agréable, c'est conforme à l'idée que je me fais du soin » (sujet 20), « c'est compatible avec mon schéma de soin, ce n'était pas dur de sourire » (sujet 21), « c'est conforme à mes attentes » (sujet 22), « ça n'a rien à voir avec le premier film, c'est

plus compatible avec mon idée du soin » (sujet 24) ou « c'est tout le contraire, c'est vraiment conforme à mon idée du soin positif » (sujet 25).

- S'agissant de la communication nous relevons des expressions comme : « *c'est communicant, il y a du dialogue, on lui parle* » (sujet 3), « *elles parlent à la personne, expliquent avant d'agir* » (sujet 4), « *il y a communication* » (sujet 5 ; 9 ; 24), « *la personne communique et elle comprend* » (sujet 14), « *plus à l'écoute, participative* » (sujet 16), « *la personne participe* » (sujet 19 ; 20), « *il y a de la communication verbale et non verbale* » (sujet 21), « *il y a de l'écoute entre patiente et collègue* » (sujet 22) ou « *la dame a dialogué* » (sujet 23).
- S'agissant de la chaleur et de la grégarité nous relevons des expressions comme : « *humour* » (sujet 1), « *la personne est rassurée* » (sujet 3), « *amusant joyeux* » (sujet 8), « *il y a de l'émotion, de la tendresse* » (sujet 12), « *ce sont des gestes humains et d'amour* » (sujet 13), « *détendu* » (sujet 16), « *moment de complicité* » (sujet 19), « *personne plus coopérative, elle ne subit pas* » (sujet 20), « *les soignants participent* » (sujet 21), « *un peu plus de chaleur, c'est moins froid* » (sujet 23) ou « *il y a du réconfort* » (sujet 25).
- S'agissant de la douceur et de l'attention nous relevons des expressions comme : « *de la douceur, de la délicatesse* » (sujet 1), « *c'est apaisant* » (sujet 3), « *douceur* » (sujet 6 ; 12), « *prise en charge non violente* » (sujet 9), « *pas d'agression* » (sujet 11), « *c'est moins agressif* » (sujet 13), « *plus attentif* » (sujet 22), « *les gestes étaient plus doux, la dame était plus détendue* » (sujet 23), « *le gant sur la pomme fait baisser la pression* » (sujet 24) ou « *le gant de toilette à la pomme de douche c'est mieux* » (sujet 25).
- S'agissant du respect nous relevons des expressions comme : « *c'est respectueux* » (sujet 4 ; 11), « *respect* » (sujet 5 ; 6 ; 24), « *en l'appelant par son prénom c'est respectueux et avoir des valeurs* » (sujet 20), « *c'est une bonne relation soignant*

soignée » (sujet 23), « ça, c'est du relationnel et du soin » (sujet 24) ou « elles n'ont pas leur gant, mais c'est mieux » (sujet 25).

Figure 13 : Classement par occurrence des thématiques exprimées après visionnage de la seconde séquence.



Une sixième catégorie émerge du recueil et de l'analyse du verbatim, que nous avons nommé « autre ». Cette catégorie regroupe des éléments de jugement, d'interprétation voire d'observations directes de la scène visionnée. Dans cette catégorie, nous retrouvons des expressions comme : « elle s'est lavée toute seule, ça lui fait plaisir » (sujet 1), « à la fin c'est que du bonheur » (sujet 3), « tout va bien, c'est bien » (sujet 4), « beaucoup mieux, la personne est détendue » (sujet 5), « prise en compte de la personne âgée » (sujet 6), « soin valorisant, contente et expérience gratifiante » (sujet 10), « c'est autre chose, du plaisir pour la personne âgée » (sujet 11), « c'est tout l'inverse, comportement normal quand on doit agir, on sent la personne détendue » (sujet 12), « elle s'ouvre » (sujet 13), « c'est ce que je fais » (sujet 14), « la dame est détendue, c'est comme ça qu'il faut faire » (sujet 15), « c'est un soin de qualité on la voit souriante, elle est plus lumineuse » (sujet 16), « ce sont des gens plus professionnels, ça valorise la profession, on voit bien la différence » (sujet 17), « un bien-être total pour la dame, résonance avec mon expérience personnelle » (sujet 18), « c'est un soin agréable pour elle comme pour les soignants, c'est un bon exemple » (sujet 19), « c'est un soin agréable pour la personne » (sujet 21), « ça représente plus le métier, on voit qu'elle essaie, il y a une efficacité du soin » (sujet 22) ou « on a envie d'être soigné par des gens comme ça » (sujet 23).

Tableau 3 : Verbatim émotionnel et valence accordée par les sujets lors de la deuxième séquence.

Sujet	Descriptif émotionnel durant la première séquence	Valence accordée
1	agréable, humour, de la douceur, de la délicatesse, elle s'est lavée toute seule, ça lui fait plaisir, c'est agréable	émotions positives
2	c'est beaucoup mieux, c'était agréable, ça fait plaisir, c'est plus sympathique j'ai repris le sourire	émotions positives
3	c'est communicant, il y a du dialogue, c'est apaisant, la personne est rassurée, on lui parle, elle est apaisée et à la fin c'est que du bonheur	émotions positive
4	tout va bien, elles parlent à la personne, expliquent avant d'agir, c'est bien, c'est respectueux, c'est agréable et je n'ai pas de difficulté pour suivre, rien ne me choque	émotions positives
5	beaucoup mieux, il y a communication et respect de la personne, plus à l'aise, car la personne est détendue, pas d'effort à suivre, c'est plus agréables	émotions positives
6	prise en compte de la personne âgée, douceur et respect	émotions positives
7	bien, soulagée, contente du soin et en accord	émotions positives
8	amusant joyeux et détendu	émotions positives
9	apaisement, prise en charge non violente, pas de stress, c'est agréable, il y a du toucher et de la communication	émotions positives
10	humanité, aide-soignante contente, soin valorisant, content et expérience gratifiante	émotions positives
11	c'est autre chose, ils lui ont parlé, du plaisir pour la personne âgée, pas d'agression c'était bien et respectueux c'était agréables	émotions positives
12	c'est tout l'inverse, il y a de l'émotion, de la tendresse et de la douceur, comportement normal quand on doit agir, on sent la personne détendue, cela m'émeut beaucoup	émotions positives
13	c'est touchant, elle s'ouvre, c'est moins agressif ce sont des gestes humains et d'amour, sourire ce n'est pas difficile, c'est naturel	émotions positives
14	c'est ce que je fais, la personne communique et elle comprend, c'est positif	émotions positives
15	la dame est détendue, pour moi c'est bien, c'est comme ça qu'il faut faire, ils sont doux, là il n'y a pas de difficultés pour sourire, là non, pas de pénibilité	émotions positives
16	détendue, plus à l'écoute, participative, c'est un soin de qualité on la voit souriante, elle est plus lumineuse, pas de difficulté pour être dans l'approbation et pour sourire même sur la nudité	émotions positives
17	ce sont des gens plus professionnels, c'est beaucoup plus satisfaisant, ça valorise la profession, il n'y a pas de frustration, on voit bien la différence	émotions positives
18	là il n'y a pas de mal à sourire, un bien-être total pour la dame et moi je suis bien pour elle, résonance avec mon expérience personnelle, cela me correspond	émotions positives
19	beaucoup plus agréable, moment de complicité, la personne participe, elle communique, c'est un soin agréable pour elle comme pour les soignants, c'est un bon exemple	émotions positives
20	personne plus coopérative, elle ne subit pas, elle participe, en l'appelant par son prénom c'est respectueux et avoir des valeurs, le soin était plus agréable, c'est conforme à l'idée que je me fais du soin	émotions positives
21	c'est un soin agréable pour la personne, les soignants participent, ils n'avaient pas les gants, mais c'est plus humain, il y a de la communication verbale et non verbale, c'est compatible avec mon schéma de soin, ce n'était pas dur de sourire	émotions positives

22	ça représente plus le métier, il y a de l'écoute entre patiente et collègue, on explique on y va doucement, c'est plus doux, plus agréable, plus attentif, c'est conforme à mes attentes, on voit qu'elle essaie, il y a une efficacité du soin	<i>émotions positives</i>
23	un peu plus de chaleur, c'est moins froid, la dame a dialogué, les gestes étaient plus doux, la dame était plus détendue c'est une bonne relation soignant soignée on a envie d'être soigné par des gens comme ça	<i>émotions positives</i>
24	ça, c'est du relationnel et du soin, le gant sur la pomme fait baisser la pression, il y a plus de communication et plus de respect, ça n'a rien à voir avec le premier film, c'est plus compatible avec mon idée du soin	<i>émotions positives</i>
25	c'est tout le contraire, il y a du réconfort, du soin, le gant de toilette à la pomme de douche c'est mieux, elles n'ont pas leur gant, mais c'est mieux c'est vraiment conforme à mon idée du soin positif	<i>émotions positives</i>

Les six thématiques retenues sont effectivement connotées positivement et traduisent bien la valence émotionnelle positive accordée au visionnage de cette seconde séquence du film par la totalité des sujets.

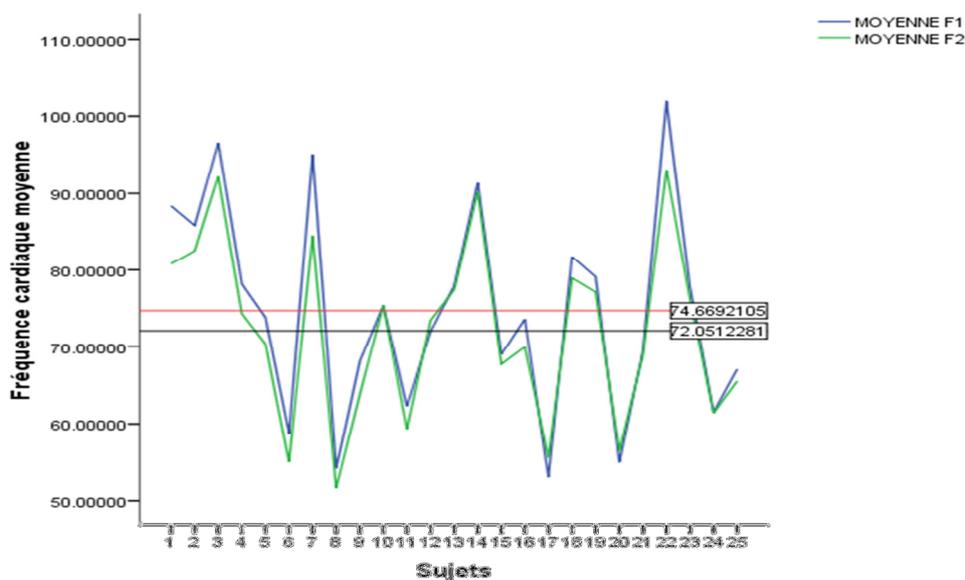
2) Variation de stress en situation de dissonance émotionnelle.

Les fréquences cardiaques relevées lors du visionnage des deux séquences de film (F1 et F2) nous ont permis de calculer une fréquence cardiaque moyenne pour chaque sujet à la première séquence ainsi qu'à la seconde séquence. Nous avons également relevé pour chaque sujet la fréquence moyenne par étapes (nous avons découpé le visionnage en 7 étapes) à l'intérieur des deux séquences. L'objectif de notre procédure étant de comparer les moyennes des fréquences cardiaques entre les sujets selon deux conditions (F1 et F2), nous n'avons pas établi préalablement un relevé de la fréquence cardiaque au repos permettant du même coup de mesurer la fréquence cardiaque lors des visionnages par rapport à la fréquence cardiaque moyenne des sujets au repos. La fréquence cardiaque sur une population générale de classe d'âge comparable (21 – 60 ans) varie de 60 à 80 bpm (battements par minute) et reste sensible à des différences individuelles complexes. De ce fait, en situation normale comme lors d'une expérimentation, la fréquence cardiaque recueillie sera la conjugaison de plusieurs facteurs (personnels, biologiques environnementaux, psychologiques...) dont il convient, pour notre étude de contrôler au maximum notamment en proposant des conditions de passation particulière et comparable pour chacun. Dans le cadre de notre recherche, nous nous intéressons à la différence entre les moyennes de fréquences cardiaques lors des deux séquences de visionnage (F1 et F2). S'agissant du même échantillon de sujets soumis à deux traitements (F1 et F2), nous avons donc défini un plan d'expérience à mesure répétée dans

lequel nous comparons les effets de la première condition (F1) sur le sujet n avec la réponse du même sujet dans l'autre condition (F2). De plus, ce plan d'expérience nous permet d'observer les effets sur le sujet pour chaque étape (les 7 étapes ou découpages de chaque séquence) dans la première condition (F1) avec la réponse du sujet pour chaque étape dans la seconde condition (F2). Chaque sujet devenant son propre contrôle à travers les différentes conditions, ce plan d'expérience nous permet de neutraliser les variabilités d'un marqueur comme la fréquence cardiaque dues aux différences individuelles.

Cependant, nous avons tenu à vérifier au préalable que notre échantillon était issu d'une population « normale » (non spécifique) impliquant ainsi une distribution normalisée. Pour ce faire nous avons réalisé un test de Kolmogorov-Smirnov pour observer la qualité d'ajustement de nos données. Il n'apparaît aucune preuve contre l'affirmation que la distribution est normale, le test de Kolmogorov-Smirnov est non significatif ($Z = .457$; $p > 0.05$ en F1 et $Z = .338$; $p > 0.05$ en F2).

Figure 14 : Moyenne de fréquence cardiaque par sujet lors des deux séquences visionnées (F1 et F2).



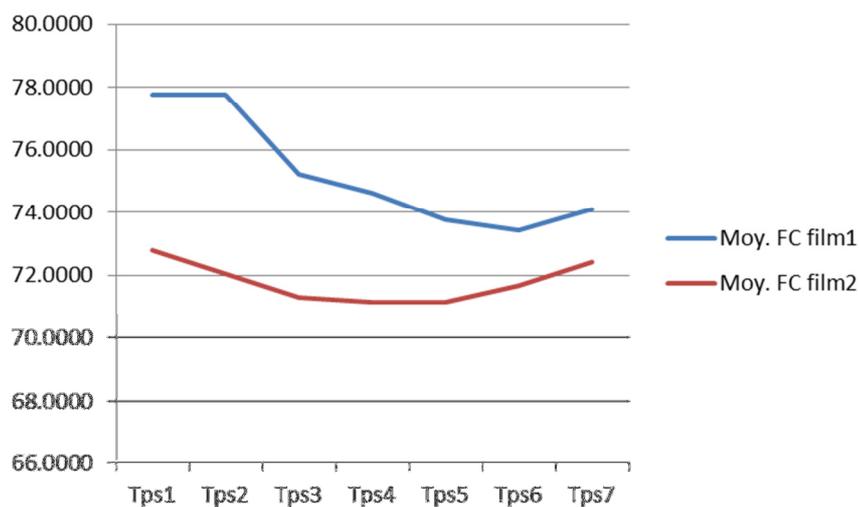
L'observation des distributions obtenues à partir des moyennes de fréquences cardiaques des deux séquences (F1 et F2) souligne une dispersion plus importante en F1 (première séquence visionnée) observable notamment avec la variance, supérieure en F1 ($S^2 = 181.497$) par rapport à la seconde séquence F2 ($S^2 = 137.244$) et une moyenne plus élevée sur la première séquence (MF1 = 74.6692105). Cette différence au niveau des distributions se confirme en observant l'écart type en F1 ($\sigma = 13.47208830$) plus important qu'en F2 ($\sigma = 11.71511636$).

Ces éléments permettent de souligner une variation entre les sujets dans les deux séquences. Aussi, nous observons une variation dans chaque séquence des fréquences cardiaques moyennes pour chaque sujet, et ce dans les deux séquences, mais également une dispersion plus importante des moyennes de fréquences cardiaques lors du premier film. De plus, en effectuant un test T pour échantillon apparié, nous pouvons conclure que la différence de moyenne de fréquence cardiaque (2.61798245) observée entre les deux séquences est significative ($t(24) = 4.260$ $p = .000$).

Tableau 4 : Mesure de dispersion pour les fréquences cardiaques moyennes recueillies aux deux séquences (F1 & F2).

		MOYENNE F1	MOYENNE F2
N	Valide	25	25
	Manquante	0	0
Moyenne		74.6692105	72.0512281
Erreur std. de la moyenne		2.69441766	2.34302327
Ecart-type		13.47208830	11.71511636
Variance		181.497	137.244
coefficient de variation		18.04%	16.26%
Intervalle		48.86842	41.45614
Minimum		53.05263	51.62281
Maximum		101.92105	93.07895

Figure 15 : Moyenne de fréquence cardiaque pour chaque étape des séquences visionnées (F1 et F2).



De la même façon, nous avons pu mettre en évidence des variations de la fréquence cardiaque moyenne à l'intérieur d'une même séquence pour chaque sujet en observant la dispersion des sept temps de mesures (ou étapes) à l'origine du découpage de chaque séquence visionnée.

Là encore, nous observons une différence significative entre les moyennes des sept étapes pour les deux séquences de film F1 et F2. Ainsi pour la comparaison entre le premier temps (Manutention : Tps1) en F1 ($M = 77.7600$; $\sigma = 14.29616$) et en F2 ($M = 72.7958$; $\sigma = 12.24486$), nous obtenons une différence significative ($t(24) = 4.673$ $p = .000$). Pour le second temps (mouillage : Tps2) en F1 ($M = 77.7739$; $\sigma = 13.89513$) et en F2 ($M = 72.0600$; $\sigma = 11.48179$), nous obtenons une différence significative ($t(24) = 4.309$ $p = .000$). Pour le troisième temps (Savonnage : Tps3) en F1 ($M = 75.2116$; $\sigma = 14.29684$) et en F2 ($M = 71.3020$; $\sigma = 11.62577$), nous obtenons une différence significative ($t(24) = 4.185$ $p = .000$). Pour le quatrième temps (Rinçage : Tps4) en F1 ($M = 74.6246$; $\sigma = 14.35441$) et en F2 ($M = 71.1500$; $\sigma = 11.75100$), nous obtenons une différence significative ($t(24) = 3.694$ $p = .001$). Pour le cinquième temps (Séchage : Tps5) en F1 ($M = 73.7617$; $\sigma = 13.13466$) et en F2 ($M = 71.1533$; $\sigma = 11.85229$), nous obtenons une différence significative ($t(24) = 3.519$ $p = .002$). Pour le sixième temps (Habillage : Tps6) en F1 ($M = 73.4231$; $\sigma = 13.14868$) et en F2 ($M = 71.6550$; $\sigma = 11.85982$), nous obtenons une différence significative ($t(24) = 2.756$ $p = .011$). Enfin, pour le septième temps (Plan de fin : Tps7) en F1 ($M = 74.1040$; $\sigma = 13.58714$) et en F2 ($M = 72.4200$; $\sigma = 13.10005$), nous obtenons une différence significative ($t(24) = 2.625$ $p = .015$).

D. Discussion

1) Verbatim et valence émotionnelle accordée aux deux situations expérimentales.

Dans notre recherche, et avant de proposer les deux séquences aux différents sujets, nous avons recueilli la représentation que se faisaient les participants de leur métier auprès des personnes âgées. Ce préalable répondait à un objectif important pour l'analyse et la discussion des résultats en mesurant qualitativement l'écart entre le standard interne d'un sujet (ses attentes, son positionnement professionnel et personnel) et le standard externe (la prescription émotionnelle). L'analyse du verbatim issu de ces représentations nous permet ainsi d'extraire cinq thématiques présentes chez les différents sujets.

En effet, nous observons une prédominance des représentations tournant autour du soutien professionnel avec des expressions comme « *essayer qu'ils gardent leur autonomie* » (Sujet 4), « *aide aux tâches de la vie quotidienne et aux gestes d'hygiène* » (Sujet 21) ou

« *apporter beaucoup d'aide physique* » (Sujet 18). Dans cette thématique, nous observons une référence au rôle propre ou plus exactement au contenu de la tâche de travail visant à pallier les pertes d'autonomie notamment dans les actes de la vie quotidienne. Il y est fait une référence aux actes et à la technicité.

En seconde position, et très proche de la première thématique, nous retrouvons des éléments centrés sur le soutien social et émotionnel (cité 15 fois) signalée par des expressions comme « *faire en sorte qu'ils sentent bien dans la maison, en sécurité et respectée, du soutien, les aider à passer un bon séjour dans notre maison* » (Sujet 2), « *avoir de la patience, de la tolérance, de la compréhension* » (Sujet 14), « *les aider le mieux que l'on peut, être à l'écoute, attentive et agréable* » (Sujet 22). L'occurrence des corpus en lien avec cette thématique de soutien professionnel est la seconde plus élevée avec 15 apparitions sur les 25 représentations collectées et fait directement référence aux prescriptions internes assurant un confort de vie ou un accompagnement qualitatif et valorisant passant notamment par des postures ou des compétences interpersonnelles.

En troisième position, nous observons qu'à cinq reprises les participants font référence à l'évaluation de leur métier notamment au travers des prérequis nécessaires pour son exercice. Ainsi nous retrouvons des expressions comme « *je trouve que la profession d'aide-soignante est très valorisée auprès des personnes âgées. Je me sens presque indispensable en tant que soignante* » (sujet 16), « *représentation positive du métier auprès des personnes âgées* » (sujet 9) ou comme « *Il faut aimer l'humain pour l'accepter vieillissant, surtout à notre époque où la jeunesse est davantage reconnu et accepté* » (sujet 13).

En quatrième position, et avec 4 apparitions, nous relevons un regroupement de corpus en lien avec l'attachement affectif signalé par des expressions comme « *mon métier représente à peu près toute ma vie* » (Sujet 5), « *la joie de vivre, je ne viens jamais à reculons bien au contraire je suis très contente et tous mes résidents me le rendent bien* » (Sujet 11) ou « *Huit fois sur dix je m'implique et je m'attache* » (Sujet 22). Cette thématique s'appuie certainement sur une orientation de carrière reposant sur une implication affective forte qui n'est pas sans nous rappeler l'observation de Jacques Gaucher (2003) sur le besoin de justification des soignants en gériatrie sur le choix d'affectation.

Enfin, le dernier regroupement de corpus repose sur l'analyse de deux verbatim faisant référence à la pénibilité ou la contrainte et s'appuie sur les expressions « *c'est un travail répétitif, tous les jours elle demande la même chose, tous les matins on va faire la toilette, ce sont des actes répétitifs comme à l'usine, il faut aimer les vieux, les personnes âgées, il faut*

accepter de vieillir, il faut se dire qu'on sera à sa place » (Sujet 23) et « *ce n'est pas un choix personnel* » (Sujet 25). Clairement et à la différence des autres corpus, nous observons une définition froide et non valorisée du travail, une affectation subie voire une dévalorisation du travail.

En synthèse, nous observons que les représentations des sujets sont surtout centrées sur l'utilité, le rôle, le geste (soutien professionnel) ainsi que sur l'accompagnement de la personne dans sa dimension relationnelle et émotionnelle (soutien social et émotionnel). Les deux autres regroupements de corpus lexicaux reposant sur l'évaluation du métier et des qualités requises ainsi que l'attachement affectif, nous observons l'élaboration d'une identité professionnelle valorisante et investie sur le plan affectif, mais toujours dans une orientation positive.

Il convient également de noter que les deux sujets (sujet 23 et sujet 25) dont les propos sont centrés sur des contenus renvoyant à la pénibilité ou à la contrainte se positionnent dans une perspective déqualifiante de la fonction d'aide en matière de soutien professionnel signalant de fait les sollicitations récurrentes des actes de la vie quotidienne comme des stresseurs potentiels confirmant l'hypothèse de Pekkarinen et al. (2006) sur l'identification des facteurs de stress chez les soignants en gériatrie selon le type de structure. Aussi, à la différence des autres sujets, nous percevons pour chacun une représentation plutôt négative du métier avec les personnes âgées.

i. Valence émotionnelle et verbatim de la première séquence du film.

Comme nous l'avons constaté dans la présentation des résultats, la première séquence permet d'extraire 6 thématiques distinctes. Aussi, cette première séquence, associée à une valence émotionnelle négative, commence par l'expression d'une tension voire d'un malaise traduisant ainsi un conflit interne inhérent à la répression émotionnelle induit par la situation expérimentale et observable notamment au travers de la première thématique issue du verbatim.

En ce sens, nous observons une dissonance cognitive reposant sur l'écart entre la représentation du soin auprès des personnes âgées du sujet et ce qu'ils observent sur la première séquence du film. À cela s'ajoute une dissonance émotionnelle qui elle repose (condition de l'expérimentation) sur la contradiction entre l'expression émotionnelle affichée et celle réellement ressentie (afficher un sourire et être dans l'approbation).

Les thématiques deux, trois et quatre fournissent un éclairage sur l'écart contextuel entre leur représentation du soin auprès des personnes âgées et les conditions de réalisation de soins

observées dans la première séquence. La « non-communication », la « froideur » ou la « brutalité » participent à l'élaboration de conditions de prise en soin et sont repérables sur des indices comportementaux négatifs (exemple : « elles ne lui parlent pas » (sujet 3), « pas de communication » (sujets 5 ; 17 ; 24 ; 25), « c'est froid, ce n'est pas vivant, c'est comme un meuble » (sujet 23), « elles faisaient ça comme des robots » (sujet 25), « des gestes agressifs » (sujet 13), « il y a d'autres façons que de brutaliser, elle est tournée comme un objet » (sujet 24)).

Les thématiques cinq et six reposent sur l'interprétation et donc sur le sens accordé à ces conditions de travail et de prise en soin. (Exemple : « j'appelle ça de la maltraitance » (sujet 13), « ce n'est pas très professionnel » (sujet 15), « comparaison avec sa propre pratique, le lavage c'est briquer un plancher » (sujet 18), « elle ne passe pas un bon moment, en structure je serais parti ou j'aurais pris la place » (sujet 21)).

Pour 24 sujets, la valence émotionnelle accordée à cette première séquence est négative et le verbatim recueilli sur l'ensemble des thématiques est orienté lui aussi de façon négative. Cette tendance centrale semble donc bien traduire une tension intérieure et donc une pénibilité du traitement de l'information émotionnelle d'autant plus forte qu'elle est en contradiction avec leurs standards internes et soumis à l'expression d'une émotion contraire à ce qu'ils ressentent (condition expérimentale). De ce fait notre première situation de soin dit « technique » semble effectivement faire ressortir des émotions de valence négative.

Toutefois, nous observons que le sujet 23 accorde une valence neutre à la première séquence à la différence des autres sujets. Sa représentation du travail avec les personnes âgées repose sur une structure contextuelle contraignante, voire pénible, et de ce fait, il semble que le premier film ne diffère pas de son quotidien. Aussi, l'auto confrontation confirme la proximité du film avec ancrage expérientiel et justifie selon lui l'indifférence émotionnelle affichée et exprimée lors du visionnage. Dans l'analyse de son positionnement, il apparaît opportun de faire le lien entre une expérience et une représentation négative et l'impact de la première séquence.

En effet, si la première séquence (évaluée par tous les autres sujets comme négative) ne génère qu'une valence émotionnelle neutre c'est peut être et avant tout parce qu'elle ne diffère pas vraiment d'un quotidien perçu comme pénible et contraignant (« *c'est froid, ce n'est pas vivant, c'est comme un meuble, **ce n'est pas totalement négatif, car c'est comme ça*** ») et ainsi dans une perspective d'habituation et d'apprentissage expérientiel toutes nouvelles expositions similaires, même si elles n'engagent aucune adhésion positive,

n'éveillent pas ou peut-être plus de réactivité émotionnelle particulière. Le verbatim du sujet 23, à ce titre, semble traduire un processus de résignation et de désengagement d'autant plus fort que l'on pourrait y voir une forme d'impuissance apprise : « *ce n'est pas totalement négatif, car c'est comme ça* », « *il faut accepter de vieillir, il faut se dire qu'on sera à sa place* ».

Enfin, pour le sujet 25 nous relevons une valence négative « centrée sur soi ». Cette connotation renvoie à des éléments contextuels et expérientiels vécus sous la forme d'un auto blâme et signalé en entretien par « *on le fait souvent de le voir ça fait bizarre, culpabilité et c'est désagréable* ». Là encore lorsque nous observons sa représentation du travail auprès des personnes âgées, nous relevons des éléments contextuels assortis d'une contrainte majeure sur le choix d'orientation de carrière « *aider au quotidien, ce n'est pas un choix personnel* ». Cependant et à la différence du sujet 23, nous observons essentiellement une posture de soumission au contexte et non pas une forme de résignation.

ii. Valence émotionnelle et verbatim de la deuxième séquence du film.

En observant les résultats, nous notons une valence émotionnelle accordée par les sujets lors du visionnage du film clairement positif. À la différence de la première séquence, ici c'est l'intégralité des sujets qui juge positives les émotions ressenties. Tout comme la première séquence du film, nous pouvons identifier que la première thématique commence par l'évaluation de l'état interne en visionnant le film. Pour cette séquence il s'agit d'un état de consonance émotionnelle traduisant ainsi l'absence d'un conflit interne ou encore d'une dissonance cognitive (reposant sur une inconsistance entre leur standard interne et ce qu'ils observent), mais également l'absence d'une dissonance émotionnelle reposant elle sur la contradiction entre l'expression émotionnelle affichée et celle réellement ressentie (condition expérimentale).

Les thématiques deux, trois et quatre fournissent un éclairage sur la proximité contextuelle entre leur représentation du soin auprès des personnes âgées et les conditions de réalisation de soins observées dans la seconde séquence. La communication, la chaleur / la grégarité, la douceur / l'attention souligne des conditions de prises en soin positif de la personne âgée observable au travers d'indices attitudeux et relationnels. Nous retrouvons des éléments d'observations comme « *elles parlent à la personne, expliquent avant d'agir* » (sujet 4), « *il y a communication* » (sujet 5 ; 9 ; 24), « *personne plus coopérative, elle ne subit pas* »

(sujet 20), « *un peu plus de chaleur, c'est moins froid* » (sujet 23) ou « *c'est moins agressif* » (sujet 13), « *plus attentif* » (sujet 22), « *les gestes étaient plus doux, la dame était plus détendue* » (sujet 23), « *le gant sur la pomme fait baisser la pression* » (sujet 24).

Les thématiques cinq et six s'appuient sur des éléments de jugement ou d'évaluation de la pratique professionnelle observée avec validation. On y retrouve des éléments comme « *en l'appelant par son prénom c'est respectueux et avoir des valeurs* » (sujet 20), « *ça, c'est du relationnel et du soin* » (sujet 24), « *à la fin c'est que du bonheur* » (sujet 3), « *soin valorisant, contentes et expérience gratifiante* » (sujet 10), « *c'est tout l'inverse, comportement normal quand on doit agir, on sent la personne détendue* » (sujet 12), « *ce sont des gens plus professionnels, ça valorise la profession, on voit bien la différence* » (sujet 17) ou « *ça représente plus le métier, on voit qu'elle essaie, il y a une efficacité du soin* » (sujet 22).

iii. Attribution de la valence émotionnelle et liens avec le verbatim.

En observant les résultats, nous observons une hiérarchie des thématiques commune aux deux séquences de film visionnées.

En effet, il semble que l'analyse du verbatim fasse ressortir une première dimension avec la notion de dissonance cognitive et émotionnelle. Cette dimension reposant sur l'expression du vécu émotionnel témoigne de l'importance du traitement émotionnel de l'information en générant ou non un conflit interne tant au niveau des cognitions (consistantes ou inconsistantes) qu'au niveau de l'expression affichée (congruente ou non avec l'émotion réellement ressentie). L'état émotionnel intérieur prime donc pour accorder une valence émotionnelle sur chacune des séquences.

Les thématiques deux, trois et quatre renvoient, quant à elles, aux éléments d'évaluations physiques, organisationnels et attitudeux induits par les éléments contextuels. Dans cette dimension, il convient d'observer une stratégie de déploiement de l'attention sur des indices externes (d'ambiance) expliquant la tension ou le bien être ressentie durant le visionnage du film.

Enfin, une troisième dimension apparaît avec les thématiques cinq et six qui, elles, reposent sur une interprétation ou une évaluation personnelle de la pratique observée. Cet étiquetage résume le processus d'explication (deuxième dimension) du ressenti exprimé (première dimension) après le visionnage des films.

Ainsi, comme d'autres auteurs le soulignent (Gros & Levenson (1995) ; Schaefer, Nils, Sanchez et Philippot (2010) ; Gil (2009)), deux situations professionnelles expérimentales filmées engendrent des émotions et plus spécifiquement dans notre étude des émotions de valences différentes (**H1a**).

La situation professionnelle de toilette « technique » engendre plus d'émotions négatives lors du visionnage que d'émotion neutre ou positives et la situation de professionnelle de toilette avec la méthode Gineste et Marescotti engendre que des émotions positives. L'attribution de la valence émotionnelle accordée à chaque séquence varie en fonction de la dissonance cognitive et émotionnelle induite par l'expérimentation traduite par un verbatim orienté négativement ou positivement sur les mêmes dimensions (état interne, observations, interprétation).

2) Variation de stress en situation de dissonance émotionnelle.

Pour rendre compte de l'impact physiologique induit par le traitement émotionnel de l'information et plus exactement pour enrichir l'analyse et l'observation de l'impact d'une situation de dissonance émotionnelle sur l'individu, nous avons eu recours à l'enregistrement et l'analyse de la fréquence cardiaque pour chaque sujet et sur chaque séquence. Cette fréquence cardiaque ne constitue pas une mesure du stress, mais plutôt un indicateur clair de l'activité physiologique durant un événement. Cet indicateur s'avère pertinent afin de comprendre les ressources mobilisées par notre organisme pour faire face à un événement pertinent et ainsi potentiellement déstabilisant.

Comme nous l'avons vu lors de la présentation des résultats, il existe donc une différence significative entre la moyenne de la fréquence cardiaque à la première séquence (74,67 au film 1) et à la seconde séquence (72,05 au film 2). La variance ou l'écart type calculé pour chaque séquence de film rend compte d'une amplitude plus importante pour le premier film. De ce fait, nous pouvons observer que le premier film implique plus de réactivité émotionnelle que le second.

Aussi, comme le soulignait Levenson (2003), nous pouvons dire que la variation de la fréquence cardiaque (témoignant de l'activation du système nerveux autonome) pour chaque sujet lors des deux séquences indique bien un traitement de l'information émotionnel, quelle que soit la valence accordée (positive ou négative).

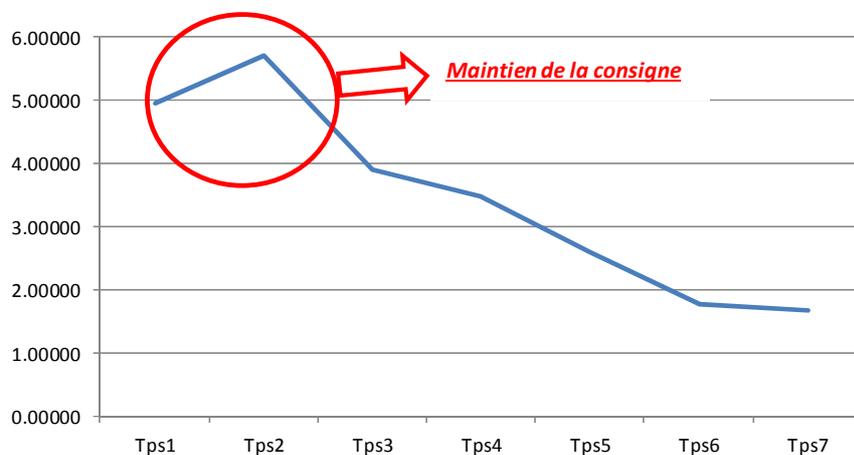
Toutefois, il convient d'ajouter que dans le cas d'une valence émotionnelle négative (film 1), la fréquence étant significativement plus élevée, l'exposition répétée à ces stressseurs pourrait

constituer un facteur de risque cardiovasculaire (Curtis & O'Keefe, 2002) ou d'aggravation des maladies cardiovasculaires (Stys & Stys, 1998).

De plus, le découpage des deux séquences de film (F1 et F2) en 7 étapes permet d'observer, là encore, une fréquence moyenne cardiaque significativement et systématiquement plus élevée lors du premier film traduisant une variabilité de la fréquence cardiaque potentiellement plus dommageable pour les sujets lors du premier film.

Plus précisément encore, lorsque nous observons les 7 étapes de chaque film, il apparaît un écart (entre les fréquences cardiaques moyennes) plus important lors des deux premiers temps

Figure 16 : Différence de moyenne de la fréquence cardiaque aux deux films (F1-F2) pour chaque temps de mesure.



que pour les autres. Le point d'inflexion de la courbe sur la figure 16 illustre parfaitement cette différence entre les temps 1 et 2 et les autres temps de mesure et ainsi semble signifier qu'au-delà des écarts constatés entre les deux séquences, la situation de dissonance

émotionnelle (renforcer par la consigne expérimentale) constituerait en plus de la valence émotionnelle accordée (dans notre étude la valence négative) un coût physiologique plus important et donc un effort supplémentaire pour les participants.

Du reste, lors de l'autoconfrontation, chaque sujet nous a expliqué ne pas pouvoir maintenir la consigne de sourire au-delà du deuxième temps sur la première séquence. Cet effort pourrait ainsi témoigner des impacts d'une situation d'inconstance cognitive et émotionnelle sur l'individu en proie à une tension interne ou à un conflit intrapsychique.

En complément, nous avons pu noter lors de l'autoconfrontation que les stratégies de régulations émotionnelles utilisées sur les temps 3,4 et 5 font nettement référence au déploiement attentionnel avec entre autres une attention portée sur les éléments contextuels ou techniques. Cette orientation de l'attention pourrait constituer une sorte d'évitement subtile

afin de modérer la tension interne créée par la situation de dissonance et de ce fait diminuer l'impact émotionnel induit par la situation. Nous retrouvons ainsi, suivant le modèle de Gross (2002), une tentative de régulation portant les antécédents d'autant plus évidents que l'expression émotionnelle prescrite n'est plus supportable.

Enfin, l'augmentation sensible des fréquences cardiaques moyennes à partir du temps 6 et 7 (observable sur la figure 15) résulte d'une évaluation globale reposant sur le gros plan sur la personne âgée. Ce dernier temps semble d'ailleurs générer une réactivité émotionnelle plus soutenue du fait de l'interprétation libre associée à l'expression du visage de la personne âgée. Qu'il soit vécu (ce dernier temps) de façon positive ou négative, il génère une augmentation de la fréquence cardiaque, mais là encore il apparaît une réactivité plus marquée lorsqu'il s'agit du premier film évalué négativement.

Aussi, les émotions quelles que soient leurs valences impliquent une modification physiologique et attitudinale observable chez tous les sujets de l'étude. De surcroît, et comme dans d'autres recherches (Lazarus & Alfert (1964) ; Speisman, Lazarus, Mordkoff & Davidson (1964)), quelle que soit l'évaluation cognitive conduite, par les sujets nous observons une réactivité physiologique. Dès lors, la notion de pénibilité et donc de résistance physiologique observable dans les états de stress et comparable à nos observations pourrait signifier que la dissonance émotionnelle génère un stress (émotionnel). En ce sens, en situation d'affichage d'émotion positive prescrite (afficher un large sourire) nous observons bien (**H1b**) une différence significative de stress, soulignée par la fréquence cardiaque et confirmée par le verbatim, selon que la situation professionnelle visionnée engendre une émotion dissonante c'est-à-dire une émotion ressentie différente de l'émotion prescrite par l'expérimentation.

En conclusion, pour notre première étude, nous avons pu vérifier notre hypothèse (**H1**) selon laquelle en situation d'affichage d'expression d'émotion prescrite, nous observons une différence significative de stress selon qu'une situation professionnelle visionnée engendre une émotion ressentie différente de l'émotion prescrite.

- Plus exactement, deux situations professionnelles expérimentales filmées engendrent des émotions de valences différentes (**H1a**). Ainsi, la situation professionnelle de toilette « technique » engendre plus d'émotions négatives lors du visionnage que d'émotion neutre ou

positives et la situation de professionnelle de toilette avec la méthode Gineste et Marescotti engendre que des émotions positives.

- De plus, en situation d'affichage d'émotion positive prescrite (afficher un large sourire) nous observons (**H1b**) une différence significative de stress, soulignée par la fréquence cardiaque et confirmée par le verbatim, selon que la situation professionnelle visionnée engendre une émotion dissonante.

II. Étude 2 : Analyse des déterminants personnels, dispositionnels et des prescriptions émotionnelles pour prédire les variations du jeu en surface et du jeu en profondeur.

A. Objectifs et hypothèses.

Les situations de dissonance émotionnelle dans le champ professionnel, selon Van Hoorebeke (2003), vont induire chez les employés des stratégies de régulation (dites travail émotionnel) pour réduire l'inconfort de la dissonance émotionnelle et être conformes aux attentes de l'organisation. Cependant, le recours à certaines stratégies de régulations ne sera pas les mêmes chez tous les employés. Côté, Gyurak et Levenson (2010) ont pu observer des différences dans les habilités à exprimer ou à moduler son expression émotionnelle (face à des stimuli évocateurs) en lien avec le sentiment de bien-être ou la réussite financière. De leur côté, Gross et John (2003) ont pu souligner l'association de certaines stratégies de régulation en fonction du sexe et du niveau d'anxiété. En effet, il est souvent observé que les anxieux vont plutôt privilégier la suppression expressive tout comme les hommes (Christophe, Antoine, Leroy & Delelis, 2009).

Au-delà des différences neuroanatomiques comme la volumétrie plus importante de la partie dorsale du cortex cingulaire antérieur chez les personnes utilisant la réévaluation cognitive (Giuliani, Drabant & Gross, 2011), des éléments issus du contexte social et culturel pourraient influencer le recours plus systématique à la suppression expressive (John & Gross, 2007). Certains hommes n'ont pas pour habitude d'exprimer leurs émotions et ainsi l'apprentissage de certains types de régulation des émotions va en partie dépendre des modes éducationnels employés dans une culture donnée. De la même façon, le type de personnalité peut induire une tendance à réguler ses émotions d'une façon ou d'une autre. La question du lien entre les stratégies de coping et les régulations émotionnelles ont déjà fait l'objet d'une exploration récente. En effet, Delelis et *al.* (2011) ont observé que les sujets qui privilégient la réévaluation cognitive tentent de modifier la situation (coping problème) et notamment en s'aidant d'autrui (coping recherche de soutien). Pour ceux qui vont plutôt privilégier la suppression expressive, ils observent une tendance à réfréner la confrontation au problème et la recherche d'autrui.

Dans un construit socioprofessionnel exigeant émotionnellement, comme pour la réévaluation cognitive ou la suppression expressive, le jeu en surface et le jeu en profondeur et par extension la répression émotionnelle et le soutien émotionnel positif vont varier en fonction du sexe, du statut ou de l'âge (voire de l'expérience), mais également en fonction du type de personnalité des sujets (Diefendorff et al., 2005). Ainsi, les stratégies de régulations issues du travail émotionnel (Hochschild, 1983 ; Brotheridge et Grandey, 2002 ; Brotheridge et Lee, 2002) vont dépendre des styles de régulation émotionnelle au sens large (Gross, 2002) et entretenir des liens particuliers et différents avec les stratégies de coping. Aussi, l'objectif de ce chapitre est d'observer, dans un échantillon de sujets confrontés à l'univers du soin, quels sont les liens entre le travail émotionnel (jeu en surface et jeu en profondeur) et les variables de personnalité, les variables dispositionnelles de régulation émotionnelle ainsi que les stratégies de coping.

Au regard des éléments issus de la littérature, nous formulons l'hypothèse (**H2**) que les stratégies de régulation émotionnelle au travail (jeu en surface et jeu en profondeur) dépendent à la fois des caractéristiques de personnalité (dimension de personnalité ou anxiété trait), des stratégies de régulation émotionnelle dispositionnelles et des prescriptions internes et externes.

- Plus précisément, nous supposons (**H2a**) que le jeu en surface sera positivement lié à la suppression expressive, au névrosisme, à un haut niveau d'anxiété trait ainsi qu'à la répression émotionnelle (traduisant une situation d'exposition à la dissonance émotionnelle).
- Inversement, nous pensons (**H2b**) que le jeu en profondeur est positivement lié à la réévaluation cognitive, à l'agréabilité, l'extraversion et la conscience ainsi qu'à un faible niveau d'anxiété trait.
- Les stratégies de coping, dont Delelis et al. (2011) ont pu mettre en évidence une variation avec les stratégies de régulations émotionnelles dispositionnelles, devraient varier également avec les prescriptions internes et externes. De ce fait, nous pouvons nous attendre à observer (**H2c**) une association entre le coping problème, la réévaluation cognitive et le soutien émotionnel. De plus nous pensons confirmer l'association du coping émotionnel avec la réévaluation cognitive et la répression et enfin nous nous attendons à vérifier l'association du coping soutien avec la réévaluation cognitive, la suppression expressive (basse) et le soutien émotionnel.

- Enfin, au regard de ces relations nous nous attendons à confirmer (**H2d**) que les dimensions de personnalité, les stratégies de régulations émotionnelles dispositionnelles et les prescriptions internes et externes expliquent significativement le jeu en surface et le jeu en profondeur.

B. Méthodologie

Pour atteindre notre objectif avec une population spécifique et donc pour observer les liens entre le travail émotionnel (jeu en surface et jeu en profondeur) et les variables de personnalité, les variables dispositionnelles de régulation émotionnelle ainsi que les stratégies de coping, nous avons sollicité la participation d'une population orientée vers les activités de soin et donc confrontée plus ou moins fortement à une réalité professionnelle complexe, mais également singulière quand il s'agit du soin. Nous souhaitons en fait nous adresser à une population pour laquelle les exigences émotionnelles intègrent des règles d'affichage et de ressenti spécifiques au métier du soin en institution médicale.

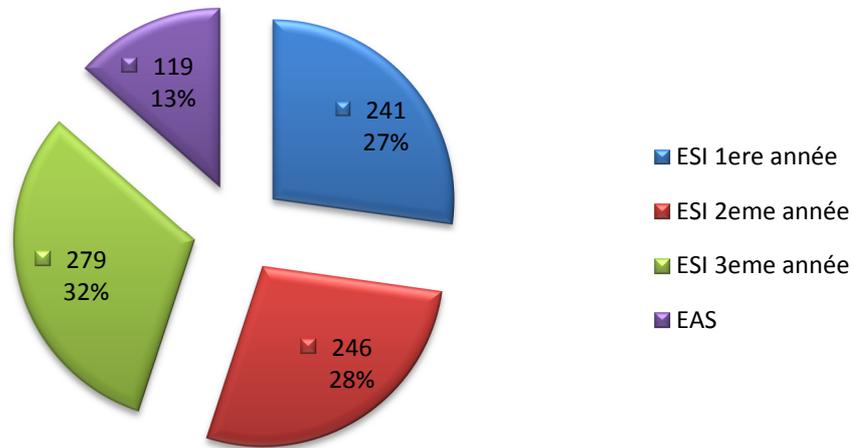
Nous avons donc proposé aux différents IFSI (Institut de Formation en Soins Infirmiers) et IFAS (Institut de Formation d'Aide-Soignant) d'Aquitaine de s'associer à notre démarche. Cinq instituts ont accepté de participer à notre recherche en assurant une participation (sur la base du volontariat) maximale reposant sur la promotion de notre recherche doctorale. Il s'agit de l'IFSI et IFAS d'Agen (Lot-et-Garonne), de l'IFSI de Bayonne (Pyrénées-Atlantiques), de l'IFSI et IFAS de Marmande (Lot-et-Garonne), de l'IFSI et IFAS de Mont-de-Marsan (Landes) et de l'IFSI de Xavier Arnoz (Gironde). La contrepartie négociée et attendue pour les établissements consiste en un retour sur les différentes sources de stress et de dissonance émotionnelle chez les étudiants ainsi que sur les résultats globaux dans le but d'enrichir la réflexion, ou plutôt les réflexions, sur l'accompagnement psychopédagogique des étudiants.

1) La population.

Notre population est constituée de 241 étudiants en IFSI de première année, 246 étudiants de seconde année, de 279 étudiants de troisième année et de 119 étudiants en IFAS (étude qui se déroule sur une seule année d'étude). Notre population totale est ainsi constituée de 885 étudiants. La proportion d'étudiants en IFAS, moins élevée que les autres, reflète une

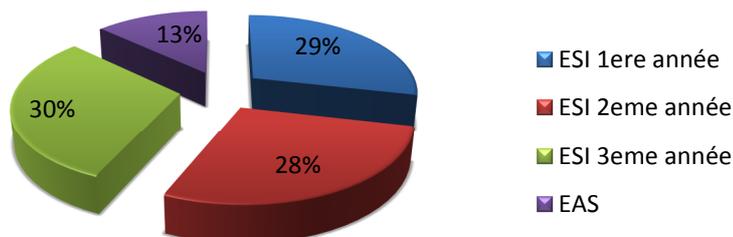
réalité de terrain le nombre d'étudiants disponibles pour remplir le questionnaire en IFSI est plus importants du fait des trois années de formation.

Figure 17 : Répartition de la population d'étude sur le premier protocole :



Parmi nos sujets, 161 sont des hommes (soit 18,3%) et 720 (soit 81,7%) sont des femmes (et nous observons 4 sujets non identifiés). Plus exactement, chez les hommes, nous comptons en IFSI 46 étudiants en première année, 45 étudiants en seconde année, 49 étudiants en troisième année et en IFAS 21 étudiants.

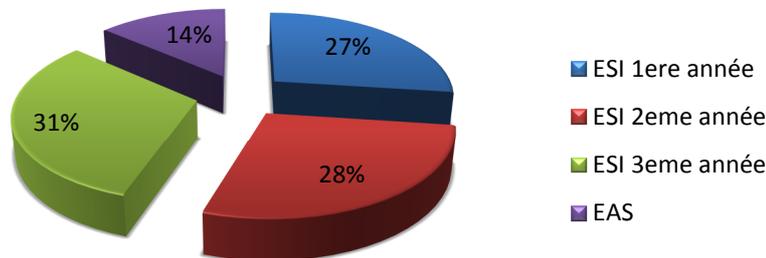
Figure 18 : Répartition des hommes (IFSI / IFAS):



La moyenne d'âge de l'échantillon total est de 25,87ans ($\sigma = 7.516$ ans) et varie de 17 à 54 ans. La moyenne d'âge chez les hommes est de 26,44 ans ($\sigma = 7.305$ ans) et varie de 18 ans à 52 ans. En première année D'IFSI, nous observons une moyenne d'âge de 25,84 ans, pour les étudiants en deuxième année la moyenne d'âge est de 24,79 ans, pour les étudiants en troisièmes années la moyenne d'âge est de 26,53 ans et enfin pour les étudiants en IFAS la moyenne d'âge est de 31,53 ans.

Pour les femmes, nous comptons en IFSI 195 étudiantes en première année, 201 étudiantes en seconde année, 226 étudiantes en troisième année et 98 étudiantes en IFAS.

Figure 19 : Répartition des femmes (IFSI / IFAS):



La moyenne d'âge chez les femmes est de 25,75 ans ($\sigma = 7.571$ ans) en IFSI et varie de 17 ans à 54 ans. En première année d'IFSI, nous observons une moyenne d'âge de 24,24 ans, pour les étudiantes en deuxième année la moyenne d'âge est de 24,82 ans, pour les étudiantes en troisième année la moyenne d'âge est de 25,39 ans et enfin pour les étudiantes en IFAS la moyenne d'âge est de 31,33 ans.

Nous pouvons noter que 690 sujets (soit 78,7%) ont une expérience antérieure en gériatrie. La dispersion des classes d'ancienneté fait ressortir que 23,5% de notre population a une expérience en gériatrie supérieure à 1 an. Nous notons également que 642 (soit 72,9%) ont une expérience antérieure dans le soin. Là encore, la dispersion des classes d'ancienneté fait ressortir que 27,2% de notre population a une expérience dans le soin supérieur à 1 an.

Figure 20 : Durée d'expérience en gériatrie (IFSI / IFAS):

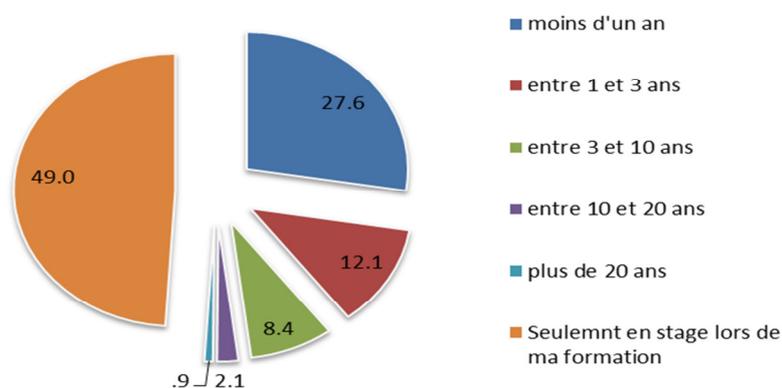
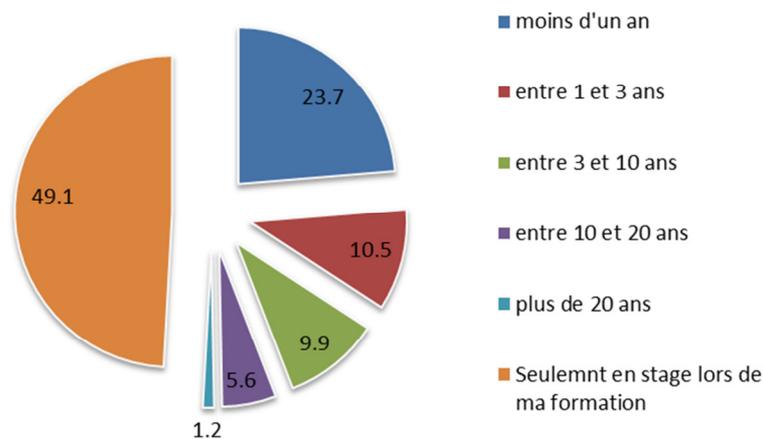


Figure 21 : Ancienneté dans le domaine du soin (IFSI / IFAS):



Enfin, nous pouvons souligner que seuls 32,3% signalent une intention de travailler après leur formation dans le secteur de la gériatrie.

2) La procédure.

Les participants ont été invités sur la base du volontariat à remplir un questionnaire composé de 144 questions. La présentation de la démarche leur a été faite par les formateurs et formatrices, voire les directrices, en IFSI et IFAS à partir d'une note explicative.

La consigne qui leur a été donnée était de remplir le questionnaire de façon authentique et spontanée en leur rappelant l'anonymat du questionnaire, mais également la confidentialité dans le traitement des résultats. La distribution, le remplissage et la collecte des questionnaires se sont effectués sur le temps de cours sous la coordination des formateurs et formatrices des IFSI et IFAS. L'organisation pour la récupération des questionnaires remplis était adossée au calendrier pédagogique des différents étudiants et donc en fonction de leur disponibilité.

i. Le matériel.

Le questionnaire distribué aux participants se présentait comme le moyen de mesurer les différentes stratégies de régulation émotionnelle dans le soin auprès des étudiants en IFSI et IFAS. Il reposait sur une série d'échelles issue des travaux en psychologie suivis d'un

recueil d'information sociodémographique incluant leur désir ou non de travailler par la suite en gériatrie. Les échelles proposées étaient centrées sur les caractéristiques de personnalité (BFI), l'anxiété trait (STAI Y-B), le travail émotionnel (ELS), la détresse psychologique (GHQ-12), les stratégies de régulation émotionnelle (ERQ) et les stratégies de coping (WCC).

1. Les caractéristiques de personnalité.

Depuis plus d'une vingtaine d'années, les recherches sur la personnalité ont contribué à faire émerger les grandes dimensions de la personnalité. Le modèle en cinq facteurs (FFM ou Five factor Model) permet aujourd'hui de disposer d'un système taxonomique stable au regard des différentes versions (française, anglaise, espagnole, allemande, etc.) et robuste d'un point de vue statistique au travers d'un outil comme le NEO-PI-R. Dans sa version française (Rolland, Parker & Stumpf, 1998), le NEO-PI-R propose cinq grands facteurs appelés : Extraversion (impliquant un profil enthousiaste, sociable, affirmé, actif et loquace), Agréabilité (regroupant des profils altruistes, sympathiques et tournés vers les autres), Conscience (intégrant des profils déterminés, consciencieux et réfléchis, il s'agit là du contrôle social des impulsions), Névrosisme (qui oppose l'adaptation et la stabilité émotionnelle à l'inadaptation avec la présence d'affects négatifs comme la peur, la tristesse, la culpabilité ou encore le dégoût) et Ouverture (regroupant des profils ouverts, curieux, sensibles, imaginatifs le tout orienté vers des expériences internes et externes). La version courte du modèle est le BFI (Big Five Inventory) créé par John et al. (1990 ; 1999) et permettant de mesurer des différences selon les cinq facteurs en attribuant une note pour chaque dimension.

En réponse à la consigne écrite : « *Vous trouverez ci-dessous une série de caractéristiques qui peuvent plus ou moins vous qualifier. Pour chaque affirmation, cocher la case qui correspond le mieux à votre réponse. Je me perçois comme quelqu'un qui...* », les participants complétaient la version française du BFI validé en français par Plaisant et al. (2005). Ce questionnaire est constitué de 44 items consistant en une phrase courte décrivant un aspect de la personnalité.

Dans le cadre de notre recherche, nous avons retrouvé des résultats psychométriques congruents avec la littérature comme Plaisant et al. (2005) l'avaient souligné. Les coefficients Alpha de Cronbach sont bons sauf celui de la dimension « Agréabilité » qui reste faible (.60)

tout comme l'équipe de Plaisant l'avait remarqué quelques soient les échantillons observés (français (.62), espagnol (.66) ou américain (.79)).

Tableau 5 : Tableau des Alphas, moyennes et écarts-types rapportés par Plaisant et al. (2005) en comparaison à nos résultats de recherche.

Dimensions	Items*	Alpha de Cronbach				Moyenne				Ecart-type			
		US	SP	FR	Rech.	US	SP	FR	Rech.	US	SP	FR	Rech.
Extraversion	7	0,88	0,85	0,83	0,783	3,2	3,4	3,2	3.330	0,8	0,8	0,8	.7219
Agréabilité	9	0,79	0,66	0,62	0,60	3,8	3,8	3,9	3.804	0,6	0,5	0,6	.4719
conscience	8	0,82	0,77	0,79	0,733	3,6	3,5	3,8	3.744	0,7	0,7	0,7	.5299
Névrosisme	7	0,84	0,80	0,80	0,759	3,0	3,2	3,0	3.096	0,8	0,8	1,0	.5644
Ouverture	9	0,81	0,79	0,79	0,755	3,7	3,8	3,6	3.426	0,6	0,6	0,6	.6127

US: échantillon américain; SP: échantillon espagnol; FR: échantillon français; Rech. : échantillon de notre recherche.

* nombre d'items dans le cadre de notre recherche.

L'analyse factorielle réalisée sur notre population fait ressortir cinq facteurs pour le Big Five Inventory en français expliquant 39.693% de la variance totale. Cependant, et afin d'obtenir une décomposition des dimensions claire, nous avons supprimé 4 items (l'item 23, l'item 26, l'item 29 et l'item 35). La suppression de ces items améliore la constitution des dimensions (facilitant leur interprétation), mais également contribue à améliorer les alphas et donc la cohérence interne pour chaque facteur. Toutefois, il reste deux items (l'item 12 et l'item 37) pour lesquels la dispersion sur les facteurs pose question, mais pour lesquels la suppression n'est pas envisageable dans la mesure où elle nuirait significativement à la stabilité interne de la dimension « Agréabilité ». Aussi, comme dans la littérature nous retrouvons cinq dimensions distinctes :

Pour l'extraversion (12.387% de la variance), constituée de initialement de 8 items, nous avons conservé 7 items (nous avons supprimé l'item 26). Nous retrouvons 4 items positifs («est bavard(e)», «est plein(e) d'énergie», «qui met l'ambiance», «est extraverti(e), sociable») et 3 items négatifs («est quelquefois timide et inhibé(e)», «est réservé(e)», «qui ne parle pas beaucoup»).

Pour l'agréabilité (8.985% de la variance), constituée initialement de 9 items, nous avons conservé l'ensemble des items et retrouvons 5 items positifs comme «aide les autres sans penser à soi», «est toujours prêt à pardonner», «fait confiance à la plupart des gens» associés à 4 items négatifs comme «est querelleux(se) et provoque les disputes», «peut être froid(e) et distant(e)» ou «est quelques fois impoli(e) envers les autres».

Pour le facteur conscience (7.385% de la variance), constitué initialement de 9 items, nous avons conservé 8 items (en supprimant l'item 23). Nous retrouvons 5 items positifs («fait son

travail en profondeur », « *persévère jusqu'au bout* », « *est un travailleur(e) consciencieux(se)* », « *fait des choses de manière efficace* », « *formule des objectifs et les poursuit jusqu'au bout* ») et 3 items négatifs (« *est facilement distrait(e)* » « *a tendance à être désorganisé(e)* », « *n'est pas vraiment soigneux(e)* »).

Pour le névrosisme (6.396% de la variance), constitué initialement de 8 items, nous avons supprimé un item (item 29) pour n'en conserver que 7 au total. Nous retrouvons, de ce fait, 4 items positifs (« *est déprimé(e), qui a le blues* », « *peut être tendu(e)* », « *s'inquiète beaucoup* », « *devient nerveux (se) facilement* ») et 3 items négatifs comme « *est équilibré(e), n'est pas facilement bouleversé(e)* » ou « *est serein(e) et sait gérer son stress* », « *reste calme dans les situations difficiles* »).

Pour le dernier et cinquième facteur, l'ouverture (4.54% de la variance), constituée initialement de 10 items, nous avons supprimé 1 item (item 35) pour garder une dimension à 9 items. Aussi, nous retrouvons 8 items positifs comme « *est un(e) réel(le) amateur (trice) d'art, de musique ou de littérature* », « *est ingénieux (se), qui pense beaucoup* », « *est créatif (ve), qui trouve toujours de nouvelles idées* » et 1 item négatif (« *ne s'intéresse pas à l'art* »).

Les participants répondent en utilisant une échelle en 5 points (de 1 : Pas du tout d'accord à 5 : Tout à fait d'accord) afin d'établir un score pour chaque facteur. La version française proposant des qualités psychométriques solides (comme les versions anglaises, allemandes ou espagnoles) et permettant ainsi de mesurer les cinq facteurs de la personnalité dans des échantillons français, nous avons conservé l'échelle en l'état même si dans l'exploitation le calcul des dimensions repose sur une échelle à 41 items.

2. L'anxiété trait.

Pour mesurer le niveau d'anxiété trait, nous avons utilisé la mesure de référence avec l'inventaire d'anxiété trait de Spielberger (1983a, 1983b) le « *State-Trait AnxietyInventory* » (STAI-YB) dans sa version française (Bruchon-Schweitzer & Paulhan, 1993).

Très utilisé dans la pratique comme dans la recherche, l'inventaire est composé de deux échelles pour évaluer l'état (STAI forme Y-A) et le trait (STAI forme Y-B). Pour notre recherche, nous avons utilisé la forme trait (STAI Y-B). Cette échelle (l'anxiété trait) propose une mesure de la tension, la nervosité voire l'inquiétude que les participants ressentent habituellement. Pour notre étude, nous observons un alpha de Cronbach de .884 signalant un très bon indice de cohérence interne de l'échelle ainsi qu'un indice Kaiser-Meyer-Olkin

(KMO) de 0,921 associé à test de Bartlett significatif (0,000) indiquant que nos données sont factorisables.

Tableau 6 : Indice KMO et test de Bartlett échelle STAI Y-B.

Mesure de précision de l'échantillonnage de Kaiser-Meyer-Olkin.		0.921
Test de sphéricité de Bartlett	Khi-deux approximé	5,910.77
	ddl	190
	Signification de Bartlett	0.000

Aussi, en réponse à la consigne : « *Un certain nombre de phrases que l'on utilise pour se décrire sont données ci-dessous. Cocher la case qui correspond le mieux à ce que vous ressentez GÉNÉRALEMENT.* », les participants devaient répondre à une série de 20 items en utilisant une échelle en 4 points allant de 1 (presque jamais) à 4 (presque toujours). Sur les 20 items, 11 items expriment de l'anxiété comme « *Je me sens nerveux (se) et agité(e)* », « *Je voudrais être aussi heureux (se) que les autres* », « *Je m'inquiète à propos de choses sans importance* » ou « *Je manque de confiance en moi* ». Les 9 items restants expriment l'absence d'anxiété comme « *Je me sens de bonne humeur, aimable* », « *Je me sens reposé(e)* », « *Je me sens heureux (se)* » ou « *Je suis une personne posée, solide, stable* ». En sommant les scores obtenus aux 20 items on obtient un niveau d'anxiété trait que l'on peut considérer comme une disposition stable de personnalité. Les scores peuvent donc varier de 20 à 80, mais sur notre population générale (999 sujets valides et 68 manquants) la moyenne est de 42,3283 (avec un écart type de 8.76070) et varie de 20 à 73. L'analyse factorielle fait ressortir que l'application de valeur propre conduit à garder quatre composantes principales expliquant 51,7% de la variance totale expliquée et notamment avec un premier facteur totalisant 32,10% de la variance totale.

3. Le travail émotionnel.

Pour mesurer le travail émotionnel, nous nous sommes appuyés sur un autoquestionnaire bâti à partir de l'ELS (Emotion Labor Scale) de Brotheridge et Lee (1998) et des travaux de Brotheridge et Grandey (2002). Il est constitué de 18 items. Les réponses sont présentées à partir d'une échelle de type likert en 4 points (1 : pas du tout ; 2 : parfois ;

3 : souvent ; 4 : très souvent). À cela s'ajoute une première question sur la durée d'un échange avec les patients côtés en minutes.

Pour éprouver notre questionnaire, nous avons réalisé une analyse en composante principale sur la base des 1020 protocoles récupérés auprès des étudiants en IFSI et IFAS et professionnels en gériatrie. L'alpha de Cronbach est de .771 soulignant une bonne cohérence interne de l'échelle de travail émotionnel et nous notons un indice Kaiser-Meyer-Olkin (0,770) correct et une signification du test de sphéricité de Bartlett (qui tend vers 0.000) confirmant la possibilité d'une factorisation.

Tableau 7 : Indice KMO et test de Bartlett échelle de travail émotionnel.

Mesure de précision de l'échantillonnage de Kaiser-Meyer-Olkin.		
		.770
Test de sphéricité de Bartlett	Khi-deux approximé	6625.449
	ddl	153
	Signification de Bartlett	.000

Dans un second temps, en respectant la règle de Kaiser qui veut que l'on ne retienne que les facteurs aux valeurs propres supérieures à 1, après rotation varimax, nous avons retenu 5 facteurs qui restituent 64,02 % de la variance totale expliquée (ceci se confirme avec le graphique des valeurs propres qui dissocie assez nettement les 5 facteurs retenus au-dessus du point d'inflexion). Après avoir retenu ces 5 dimensions, nous les avons interprétées et nommées au regard des travaux existants et de la répartition des items et de leurs valeurs associées.

Aussi, les dimensions de notre questionnaire sont :

- La variété et l'intensité émotionnelle prescrite dans le travail constituées de 5 items (2 ; 3 ; 4 ; 5 ; 6) : « *mon travail me demande d'exprimer différentes sortes d'émotions* », « *mon travail exige de moi d'exprimer des émotions intenses* », « *mon travail exige de moi d'exprimer des émotions fortes* », « *mon travail me demande d'afficher différentes sortes d'émotions* », « *mon travail me demande d'exprimer différentes sortes d'émotions* » et « *mon travail me demande d'afficher différentes sortes d'émotions quand j'interagis avec les autres* ». Les scores vont de 5 à 20 et la moyenne observée dans notre population est de 10,12.

- Le soutien émotionnel positif qui s'obtient par la somme de 4 items (13 ; 14 ; 15 ; 16) : « dans mon travail j'ai besoin de calmer des personnes angoissées », « dans mon travail j'ai besoin de rassurer les personnes en détresse ou bouleversées, leur redonner le sourire », « dans mon travail j'ai besoin d'exprimer de la sympathie (compréhension, écoute) » et « dans mon travail j'ai besoin d'exprimer de l'amabilité, de la politesse (sourire, complimenter) ». Les scores vont de 4 à 16 et la moyenne observée dans notre population est de 14.

Figure 22 : Matrice des composantes (après rotation Varimax) pour l'échelle de travail émotionnel *.

	Composante				
	1	2	3	4	5
ELS 5 Exprimer différentes émotions	.828				
ELS 4 Afficher différentes émotions	.815				
ELS 6 Affichez avec les autres	.762				.103
ELS 2 Expression emotion intense	.715				-.115
ELS 3 Expression emotion forte	.704			.121	-.140
ELS 13 Rassurer les personnes		.800	.175		
ELS 14 Calmer les personnes		.800	.172		
ELS 15 Exprimer de la sympathie		.780			
ELS 16 Exprimer de l'amabilité		.760			
ELS 18 Ne pas montrer mon dégoût			.865	.106	.117
ELS 19 Cacher ma crainte, ne pas pleurer		.143	.827	.103	.100
ELS 17 Cacher ma colère, garder mon calme		.152	.822	.100	.110
ELS 11 J'essaie de ressentir	.100			.863	.154
ELS 12 Je ressens les émotions préconisées				.785	
ELS 10 Je fais l'effort de ressentir			.162	.766	.215
ELS 9 Je cache			.103	.109	.804
ELS 7 Je m'empêche d'exprimer		.176	.247		.707
ELS 8 Je fais semblant	.130			.234	.663

* échantillon de 1067 sujets (885 étudiants (IFSI; IFAS) & 172 professionnels en gériatrie).

- La répression émotionnelle prescrite constituée de 3 items (18 ; 19 ; 17) : « dans mon travail j'ai besoin de cacher ma colère, garder mon calme », « dans mon travail j'ai besoin de ne pas montrer mon dégoût vis-à-vis de certaines choses (odeurs, apparences) » et « dans mon travail j'ai besoin de cacher ma crainte, ne pas pleurer ». Les scores vont de 3 à 12 et la moyenne observée dans notre population est de 7,98.

- Le jeu en profondeur constitué dans notre questionnaire de 3 items (10 ; 11 ; 12) : « *mon travail exige que je fasse l'effort de ressentir ce que je suis sensé(e) afficher* », « *mon travail exige que j'essaie de ressentir les émotions que je suis sensé(e) montrer* » et « *mon travail exige que je ressente les émotions comme cela est préconisé dans mon métier* ». Les scores vont de 3 à 12 et la moyenne observée dans notre population est de 5,87.
- Le jeu en surface qui repose sur la somme de 3 items (7 ; 8 ; 9) : « *mon travail exige que je fasse semblant d'avoir des sentiments que je n'ai pas réellement* », « *mon travail exige que je m'empêche quelques fois d'exprimer mes sentiments véritables à l'égard d'un(e) patient(e), un(e) résidant(e)* » et « *mon travail exige que je cache mes véritables sentiments ou opinions à propos d'une situation* ». Les scores vont de 3 à 12 et la moyenne observée dans notre population est de 6,72.

Nous pouvons ainsi extraire trois dimensions importantes pour l'exploitation de cette échelle.

- La première dimension est ce que nous nommons les prescriptions externes constituées de la variété et de l'intensité des émotions exigées par l'exercice de leur métier. Il convient pour cette dimension d'obtenir un éclairage sur les exigences émotionnelles du métier. Pour ces prescriptions, l'environnement, les attentes organisationnelles et attitudinales sont prescrits par un tiers (l'établissement, le collectif, les résidents) et par conséquent s'imposent aux soignants.
- La deuxième dimension constitue les prescriptions internes. Obtenue à partir du soutien émotionnel positif et de la répression émotionnelle, cette dimension fait référence aux prescriptions que le soignant s'impose pour mener ses activités. Le besoin de soutenir, de comprendre ou au contraire de réprimer ou de cacher ses émotions constitue le cadre du standard interne auquel le soignant se réfère pour élaborer ses conduites.
- La troisième dimension est constituée des deux stratégies de régulations émotionnelles au travail que sont le jeu en surface et le jeu en profondeur. Pour ces deux stratégies, il convient de noter qu'il s'agit de régulations mises en œuvre lors d'une confrontation à un évènement entraînant une situation de dissonance émotionnelle. C'est parce qu'il y a une inconsistance entre les émotions ressenties et celles à afficher que ces deux stratégies (surface et profondeur) sont activées.

Les coefficients alpha de Cronbach sont tous supérieurs à 0,70 sauf celui du jeu en surface. La répression émotionnelle prescrite présente le coefficient le plus élevé avec .833, suit la variété

et l'intensité émotionnelle prescrite dans le travail avec un coefficient de .827, puis le soutien émotionnel positif avec un coefficient de .803, le jeu en profondeur avec un coefficient de .768 et enfin le jeu en surface avec un coefficient de .635. Plus les scores augmentent plus les niveaux des dimensions augmentent.

Tableau 8 : Tableau des moyennes et écarts-types pour les dimensions du travail émotionnel.

		Variété intensité	Jeu en surface	Soutien émotionnel	Répression émotionnelle	Jeu en profondeur
N*	Valide	1046	1060	1059	1064	1048
	Manquante	21	7	8	3	19
Items		5	3	4	3	3
Alphas		0.827	0.635	0.803	0.833	0.768
Moyenne		10.1224	6.7245	14.0189	7.9840	5.8760
Ecart-type		2.92855	1.99091	1.99660	2.71727	2.26511
Minimum		5.00	3.00	7.00	3.00	3.00
Maximum		20.00	12.00	16.00	12.00	12.00

* échantillon de recherche constitué de 1067 sujets (885 étudiants en IFSI et IFAS; 172 professionnels en gériatrie).

4. Les stratégies de régulations émotionnelles.

En matière de mesure des stratégies de régulation émotionnelle, et suivant le modèle théorique décrit précédemment et retenu pour notre recherche, nous nous sommes appuyés sur l'ERQ (Emotional Regulation Questionnaire) de Gross et John (2003) et plus spécifiquement sur sa version française validée par Christophe, Antoine, Leroy et Delelis (2009). Le questionnaire de régulation émotionnel permet d'identifier deux dimensions indépendantes correspondant à deux stratégies de régulation émotionnelle distinctes : la réévaluation cognitive et la suppression expressive.

Dans le cadre de notre recherche comme dans celle de Christophe et al. (2009), la consistance interne de l'échelle globale (alpha de Cronbach à .745) est bonne tout comme celle des deux dimensions (réévaluation cognitive et suppression expressive) mesurées avec l'alpha de Cronbach (.788 pour la réévaluation cognitive et .705 pour la suppression expressive) et nous observons un indice Kaiser-Meyer-Olkin (0,778) correct ainsi qu'une signification du test de sphéricité de Bartlett (qui tend vers 0.000) confirmant la possibilité d'une factorisation. Tout comme dans la littérature, la validité de structure interne du questionnaire testée par une analyse factorielle, après rotation Varimax, fait ressortir deux facteurs qui rendent compte de 52,154% de la variance totale.

Un premier facteur dit de « réévaluation cognitive », expliquant 32,595% de la variance, constitué de 6 items (1 ; 3 ; 5 ; 7 ; 8 et 10) comme « *Lorsque je suis confronté(e) à une*

situation stressante, je fais en sorte d'y penser de manière à ce que cela m'aide à rester calme », « *Lorsque je veux ressentir moins d'émotions négatives (comme la tristesse ou la colère), je m'arrange pour modifier ce à quoi je suis en train de penser* », « *Lorsque je veux ressentir davantage d'émotions positives, je change ma façon de voir la situation* » ou « *Je contrôle mes émotions en changeant ma façon de voir la situation dans laquelle je suis* ».

Un second facteur dit de « suppression expressive », expliquant 19, 559% de la variance, constitué de 4 items (2 ; 4 ; 6 et 9) comme « *Je garde mes émotions pour moi* », « *Quand je ressens des émotions positives, je fais attention à ne pas les exprimer* », « *Je contrôle mes émotions en ne les exprimant pas* » et « *Lorsque je ressens des émotions négatives, je fais en sorte de ne pas les exprimer* ».

À la consigne écrite : « *Chacun d'entre nous exprime différemment ce qu'il ressent. Sur votre lieu de travail, en situation de soin et/ou face aux patient(e)s, résident(e)s et collègues, pour chacune des propositions suivantes, COCHEZ la case qui correspond le plus à ce que vous pensez faire. Le chiffre 1 signifie que vous n'êtes pas du tout d'accord avec la proposition. Le chiffre 7 signifie que vous êtes tout à fait d'accord avec la proposition. Entre les deux, vous avez la possibilité de choisir une réponse plus nuancée. En général...* », les participants devaient répondre à une série de 10 items à l'aide de l'échelle en 7 points comme annoncé dans la consigne du départ.

Tableau 9 : Alphas, moyennes et écarts-types pour l'ERQ.

		REEVCOG	SUPEXP
N*	Valide	1043	1057
	Manquante	24	10
Items		6	4
Alphas		0.788	0.705
Moyenne		4.4064	3.9170
Ecart-type		1.25685	1.30600
Minimum		1.00	1.00
Maximum		7.00	7.00

* échantillon de recherche constitué de 1067 sujets (885 étudiants en IFSI et IFAS; 172 professionnels en gériatrie).

Pour calculer les scores de réévaluation cognitive et de suppression expressive, on calcule alors la moyenne des scores obtenus aux items correspondants.

5. Les stratégies de coping.

Pour mesurer les stratégies de coping, nous nous sommes appuyés sur la WCC (Ways of coping checklist) de Vitaliano et al. (1985) et plus exactement sur la version française de Cousson, Bruchon-Schweitzer, Quintard, Nuissier et Rasclé (1996) en 27 items. Le choix de

cette échelle repose sur deux éléments importants pour notre recherche. Le premier réside dans la forme de l'outil lui-même qui propose, dans un premier temps, de décrire un événement stressant survenu au cours des derniers mois et d'en donner l'intensité de stress selon trois modalités (faible, moyen et fort). Cette première phase nous a permis d'observer les sources de stress avec lesquels les étudiants se retrouvent confrontés, mais surtout permet aux participants de répondre à l'ensemble des items en fonction du problème décrit et replace bien les stratégies de coping dans une perspective transactionnelle. Le deuxième point qui a orienté notre choix sur cet outil réside dans le fait qu'il nous permet de mettre en évidence les stratégies habituellement utilisées. De plus, pour vérifier nos hypothèses de recherche, cet outil nous permet de cerner trois stratégies de coping particulières qu'est le coping centré sur le problème, sur l'émotion et sur la recherche de soutien. Cependant, nous avons relevé une erreur dans la création des questionnaires qui a eu pour conséquence de faire disparaître l'item 12 (« *j'ai discuté avec quelqu'un pour en savoir plus au sujet de la situation* ») et par conséquent nous amène à utiliser une échelle en 26 items et non 27 comme sur l'originale. Cette erreur d'impression des questionnaires ne remet pas en cause les qualités psychométriques de l'outil, mais (comme pour chaque échelle utilisée) renforce la nécessité de vérifier la consistance interne ainsi que la structure factorielle de l'échelle avant son utilisation.

Aussi, dans le cadre de notre recherche, nous observons des Alphas de Cronbach acceptables pour chaque dimension (.691 pour le coping centré sur le problème. 784 pour le coping centré sur l'émotion et .712 pour le coping centré sur la recherche de soutien), un indice Kaiser-Meyer-Olkin (0,831) correct ainsi qu'une signification du test de sphéricité de Bartlett (qui tend vers 0.000) confirmant la possibilité d'une factorisation.

L'analyse factorielle nous permet de mettre en valeur trois facteurs expliquant 35.480% de la variance totale. Aussi, après avoir détaillé un événement stressant ainsi que l'intensité de stress ressenti, à la consigne écrite : « *Indiquez pour chacune des stratégies suivantes, si oui ou non vous l'utilisez pour faire face à votre problème* », les participants doivent répondre à une série de 27 items avec pour chacun quatre modalités de réponse allant de 1 (« non ») à 4 (« oui »).

Pour la dimension de coping centré sur le problème (13.001% de la variance), 10 items lui sont consacrés comme, « J'ai établi un plan d'action et je l'ai suivi », « J'ai trouvé une ou deux solutions au problème » ou « Je savais ce qu'il fallait faire, aussi j'ai redoublé d'efforts et j'ai fait tout mon possible pour y arriver ».

Pour la dimension de coping centré sur l'émotion (16.068% de la variance), 9 items lui sont consacrés comme, « J'ai souhaité que la situation disparaisse ou finisse », « J'ai souhaité pouvoir changer ce qui est arrivé » ou « Je me suis critiqué(e) ou sermonné(e) ».

Pour la troisième dimension de coping centrée sur la recherche de soutien (6.411%), 7 items lui sont consacrés comme, « J'ai parlé à quelqu'un de ce que je ressentais », « J'ai sollicité l'aide d'un professionnel et j'ai fait ce qu'on m'a conseillé sympathie et la compréhension de quelqu'un ».

Figure 23 : Matrice des composantes (après rotation Varimax) pour l'échelle WCC-R *.

	Composante		
	1	2	3
WCCE14	.701		
WCCE8	.654		.154
WCCE23	.640		.101
WCCE5	.597		
WCCE20	.597		
WCCE11	.585		
WCCE26	.574	.173	
WCCE2	.556		
WCCE17	.468		
WCCPB10	-.167	.633	
WCCPB27		.624	
WCCPB25		.603	.163
WCCPB1		.506	
WCCPB7		.483	.239
WCCPB19	.259	.444	.149
WCCPB16	-.286	.441	.169
WCCPB13	.206	.439	
WCCPB22		.406	.310
WCCPB4		.371	
WCCSOU6		.201	.689
WCCSOU9	.130	.239	.674
WCCSOU3			.629
WCCSOU18		.241	.616
WCCSOU24	.175	.155	.614
WCCSOU21		.136	.495
WCCSOU15	-.149	-.348	.382

Tableau 10 : Alphas, moyennes et écarts-types pour la WCC.

885 étudiants en IFSI et IFAS.

Tableau 10 : Alphas, moyennes et écarts-types pour la WCC.

		WCC_EMO	WCC_PB	WCC_SOU
N*	Valide	842	831	853
	Manquante	225	236	214
Items		9	10	7
Alpha		0.784	0.691	0.712
Moyenne		21.3278	29.2491	19.6776
Ecart-type		5.47587	4.77537	4.15943
Minimum		9.00	10.00	7.00
Maximum		39.00	57.00	28.00

*échantillon de recherche constitué de 1067 sujets (885 étudiants en IFSI et IFAS; 172 professionnels en gériatrie).

Pour chaque dimension la somme des réponses permet d'obtenir un score par stratégie de coping centré sur le problème, sur l'émotion ou sur la recherche de soutien.

C. Résultats

Afin de répondre à nos hypothèses, nous nous sommes proposés dans un premier temps de vérifier la présence ou l'absence de relations linéaires significatives entre les stratégies de régulations émotionnelles au travail (jeu en surface et jeu en profondeur) avec les régulations émotionnelles dispositionnelles (suppression expressive et réévaluation cognitive), les caractéristiques de personnalité (anxiété trait et les cinq facteurs de personnalité), les prescriptions internes et externes (soutien émotionnel, répression émotionnelle, intensité et variété émotionnelle) ainsi qu'avec les stratégies de coping (problème, émotion et soutien). De ce fait nous avons réalisé des corrélations bilatérales et plus exactement nous nous sommes attachés à calculer les coefficients de corrélation de Pearson en observant le degré de signification associé. Par la suite, et au regard de ces résultats, nous avons procédé à des régressions hiérarchiques afin d'identifier un modèle significatif permettant de prédire les variations de score de jeu en surface et de jeu en profondeur, mais également dans le but d'observer l'apport de chaque variable (sens et poids) dans le modèle retenu.

1) Relations linéaires significatives entre le jeu en surface et les variables de personnalité, les variables de régulations émotionnelles dispositionnelles et les prescriptions internes et externes.

Nous observons sur notre échantillon des relations linéaires significatives entre le jeu en surface et les différentes variables (de personnalité, de régulations émotionnelles dispositionnelles et de prescription internes et externes) de notre recherche.

En effet, s'agissant des variables de personnalité nous observons une corrélation positive modérée et significative entre le jeu en surface et le névrosisme ($r = .072$; $n = 864$; $p < 0.05$) et une relation positive significative entre le jeu en surface et l'anxiété trait ($r = .114$; $n = 835$; $p < 0.01$).

Pour les variables de régulations émotionnelles dispositionnelles (suppression expressive et réévaluation cognitive), nous observons uniquement une association positive significative avec la suppression expressive ($r = .101$; $n = 876$; $p < 0.01$).

Enfin, en ce qui concerne le travail émotionnel, pour les prescriptions internes (soutien émotionnel et répression émotionnelle) et les prescriptions externes (variété émotionnelle et intensité émotionnelle), nous observons une corrélation positive et significative avec les prescriptions internes et plus exactement avec le soutien émotionnel ($r = .173$; $n = 874$; $p = < 0.01$) et plus fortement avec la répression émotionnelle ($r = .274$; $n = 877$; $p = < 0.01$). Nous n'observons aucune corrélation significative avec les prescriptions externes. De plus, il convient de noter une corrélation forte et significative avec le jeu en profondeur ($r = .310$; $n = 869$; $p = < 0.01$).

2) Relations linéaires significatives entre le jeu en profondeur et les variables de personnalité, les variables de régulations émotionnelles dispositionnelles et les prescriptions internes et externes.

Pour le jeu en profondeur, nous observons là encore sur notre échantillon, des relations linéaires significatives avec les variables de régulations émotionnelles dispositionnelles, les prescriptions internes et externes et l'anxiété trait (seule variable de personnalité associée à la variation du jeu en profondeur). Tout d'abord nous n'observons aucune corrélation significative avec les cinq facteurs de personnalité (issus du BFI), mais uniquement une relation positive modérée et significative avec l'anxiété trait ($r = .075$; $n = 827$; $p = < 0.05$). S'agissant des variables de régulations émotionnelles dispositionnelles, nous notons une corrélation positive et significative avec la suppression expressive ($r = .100$; $n = 868$; $p = < 0.01$) ainsi qu'une corrélation positive modérée et significative avec la réévaluation cognitive ($r = .077$; $n = 857$; $p = < 0.05$).

Enfin, pour le travail émotionnel, nous notons une relation significative avec les prescriptions internes et externes. Plus exactement, nous observons une corrélation positive et significative tant au niveau de la répression émotionnelle ($r = .270$; $n = 869$; $p = < 0.01$) que du soutien émotionnel ($r = .100$; $n = 866$; $p = < 0.01$) ainsi qu'une corrélation positive modérée et significative avec la variété et l'intensité émotionnelle ($r = .078$; $n = 858$; $p = < 0.05$). Comme nous l'avons observé précédemment, il existe une association positive significative plus importante entre le jeu en surface et le jeu en profondeur souligné par un coefficient de corrélation ($r = .310$; $n = 869$; $p = < 0.01$) supérieur aux autres associations.

Tableau 11 : Coefficients de corrélations r de Pearson pour le jeu en surface et le jeu en profondeur.

	Caractéristiques de personnalité (BFI)						Travail émotionnel (ELS)				Stratégies de régulations émotionnelles dispositionnelles (ERQ)		
	Variables de personnalité						Prescription externes	stratégies de régulations émotionnelles		Prprescription internes		régulation émotionnelle dispositionnelle	
	BFI Extraversion	BFI Agréabilité	BFI Conscience	BFI Névrosisme	BFI Ouverture	Anxiété trait	Variété & intensité émotionnelle	Jeu en surface	Jeu en profondeur	Soutien émotionnel	Répression émotionnel	Suppression expressive	Réévaluation cognitive
JEU EN SURFACE	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	.072[*]	<i>ns</i>	.114^{**}	<i>ns</i>	1	.310^{**}	.173^{**}	.274^{**}	.101^{**}	<i>ns</i>
JEU EN PROFONDEUR	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	.075[*]	.078[*]	.310^{**}	1	.100^{**}	.270^{**}	.100^{**}	.077[*]

* $p < .05$; ** $p < .01$; *ns* : non significatif.

Il ressort encore que le jeu en surface et le jeu en profondeur sont plus fortement liés entre eux qu'avec les autres variables et qu'ils varient dans le même sens.

3) Relations linéaires significatives entre les stratégies de coping, les variables de régulations émotionnelles dispositionnelles et les stratégies de régulations émotionnelles issues du travail émotionnel.

En premier lieu, dans notre étude, il convient de noter l'absence d'association significative entre les stratégies de coping (problème, émotion et soutien) et les stratégies de régulations émotionnelles issues du travail émotionnel (jeu en surface et jeu en profondeur).

En revanche, nous observons une association positive et significative entre le coping problème et les régulations émotionnelles dispositionnelles ainsi qu'avec les prescriptions internes. En effet, nous notons une corrélation positive avec la réévaluation cognitive ($r = .242$; $n = 820$; $p = < 0.01$), une corrélation négative modérée avec la suppression expressive ($r = -.094$; $n = 828$; $p = < 0.01$) ainsi qu'une corrélation positive avec le soutien émotionnel ($r = .129$; $n = 826$; $p = < 0.01$).

Pour le coping émotion, nous relevons une association significative avec les régulations émotionnelles dispositionnelles, mais surtout une association plus prononcée avec les prescriptions internes et externes. Ainsi, nous relevons une corrélation positive modérée avec la réévaluation cognitive ($r = .081$; $n = 830$; $p = < 0.05$), mais également une corrélation

positive plus forte avec la variété et intensité émotionnelle ($r = .119$; $n = 828$; $p = < 0.01$) et la répression émotionnelle ($r = .145$; $n = 839$; $p = < 0.01$).

Enfin, pour le coping soutien, nous notons une association significative avec les régulations émotionnelles dispositionnelles ainsi qu'avec les prescriptions internes et externes. En ce sens nous relevons une corrélation négative plus prononcée (à la différence des autres) avec la suppression expressive ($r = -.284$; $n = 849$; $p = < 0.01$), une corrélation modérée positive avec la réévaluation cognitive ($r = .088$; $n = 840$; $p = < 0.05$) ainsi qu'une corrélation positive avec le soutien émotionnel ($r = .119$; $n = 848$; $p = < 0.01$) et une corrélation positive modérée avec la variété et intensité émotionnelle ($r = .088$; $n = 839$; $p = < 0.05$).

Tableau 12 : Coefficients de corrélation r de Pearson pour les stratégies de coping.

	Travail émotionnel (ELS)				Stratégies de régulations émotionnelles dispositionnelles (ERQ)		
	Prescription externes Variété & intensité émotionnelle	strategies de régulations émotionnelles		Prprescription internes		regulations émotionnelles dispositionnelles	
		Jeu en surface	Jeu en profondeur	Soutien émotionnel	Répression émotionnel	Supression expressive	Réévaluation cognitive
Coping problème	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	.129**	<i>ns</i>	-.094**	.242**
Coping émotion	.119**	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	.145**	<i>ns</i>	.081*
Coping soutien	.088*	<i>ns</i>	<i>ns</i>	.119**	<i>ns</i>	-.284**	.088*

* $p < .05$; ** $p < .01$; *ns* : non significatif.

4) Variation significative du score de jeu en surface et de jeu en profondeur en fonction des dimensions de personnalité, des stratégies de régulations émotionnelles dispositionnelles et des prescriptions internes et externes au travail.

Au regard de nos résultats précédents et compte tenu de nos hypothèses de recherche, nous avons réalisé des analyses de régressions hiérarchiques afin de déterminer l'ordre d'entrée des blocs de variables dans notre modèle et ce en utilisant à chaque fois la méthode progressive dite de « pas à pas » ou « stepwise ». En ce sens, nous souhaitons ne retenir que les variables qui contribuaient de façon significative à l'amélioration du modèle, mais également écarter celles qui contribuaient le moins au modèle et qui n'étaient plus significatives. De cette manière, nous avons souhaité éliminer les variables redondantes.

i. Modèle explicatif du score de jeu en surface.

Pour le jeu en surface, nous avons entré un premier bloc de variables constitué des dimensions de personnalité (extraversion, agréabilité, conscience, ouverture, névrosisme et anxiété trait), un second bloc de variables constitué des régulations émotionnelles dispositionnelles (suppression expressive et réévaluation cognitive) puis un troisième bloc de variables constitué des prescriptions internes (le soutien émotionnel et la répression émotionnelle) et des prescriptions externes (la variété et l'intensité émotionnelle) et enfin un quatrième bloc avec le jeu en profondeur. Nous obtenons sept modèles de régression significatifs (la valeur de F pour chaque modèle est significative à $p < 0.05$) permettant d'expliquer la variation du score de jeu en surface. Le modèle retenu est le septième modèle expliquant 14,3% de la variation du score de Jeu en surface en prenant l'anxiété trait, l'extraversion, la suppression expressive, la réévaluation cognitive, la répression émotionnelle, le soutien émotionnel et le jeu en profondeur.

Tableau 13 : Récapitulatif des modèles de régression hiérarchique pour le jeu en surface.

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation	Changement dans les statistiques				Sig. Variation de F	Durbin-Watson
					Variation de R-deux	Variation de F	ddl1	ddl2		
1	.107 ^a	.011	.010	1.92483	.011	8.374	1	726	.004	
2	.129 ^b	.017	.014	1.92097	.005	3.927	1	725	.048	
3	.169 ^c	.029	.025	1.91054	.012	8.931	1	724	.003	
4	.188 ^d	.035	.030	1.90539	.007	4.925	1	723	.027	
5	.306 ^e	.093	.087	1.84843	.058	46.241	1	722	.000	
6	.326 ^f	.106	.099	1.83663	.013	10.312	1	721	.001	
7	.389 ^g	.151	.143	1.79082	.045	38.355	1	720	.000	2.059

a. Valeurs prédites : (constantes), Echelle d'anxiété trait

b. Valeurs prédites : (constantes), Echelle d'anxiété trait, BFI Extraversion

c. Valeurs prédites : (constantes), Echelle d'anxiété trait, BFI Extraversion, Suppression expressive

d. Valeurs prédites : (constantes), Echelle d'anxiété trait, BFI Extraversion, Suppression expressive, Réévaluation cognitive

e. Valeurs prédites : (constantes), Echelle d'anxiété trait, BFI Extraversion, Suppression expressive, Réévaluation cognitive, REPRESSNEMO

f. Valeurs prédites : (constantes), Echelle d'anxiété trait, BFI Extraversion, Suppression expressive, Réévaluation cognitive, REPRESSNEMO, SOUTEMO

g. Valeurs prédites : (constantes), Echelle d'anxiété trait, BFI Extraversion, Suppression expressive, Réévaluation cognitive, REPRESSNEMO, SOUTEMO, JEU_PROF

h. Variable dépendante : JEU_SURF

Chaque variation du R2 est significative est donc participe bien à l'amélioration du modèle d'explication de la variation du score de jeu en surface. Nous notons cependant une variation plus importante concernant l'ajout du jeu en profondeur (.045) puis pour celle de la répression émotionnelle (.058). L'équation de régression prédisant ainsi la variation du score de jeu en surface peut s'écrire :

$$Y(Jsurf) = 1.279 + (0.018anx) + (0.019extravers) + (0.102supexp) + (0.063 réevalcog) + (0.119 reprémo) + (0.108 soutémo) + (0.189 jeuprof).$$

L'observation des β standardisés nous informe sur le poids de chaque variable dans l'équation. Ainsi nous pouvons souligner que les variables jeu en profondeur ($\beta = .221$), répression émotionnelle ($\beta = .163$) et soutien émotionnel ($\beta = .112$) semblent plus importantes pour expliquer la variation totale du score de jeu en surface.

Tableau 14 : Récapitulatif des Béta pour les variables du modèle de régression pour le jeu en surface.

Modèle	Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés		Sig.
	A	Erreur standard	Béta	t	
7 (Constante)	1.279	.797		1.606	.109
Echelle d'anxiété trait	.018	.008	.083	2.209	.027
BFI Extraversion	.019	.013	.054	1.448	.148
Suppression expressive	.102	.052	.070	1.958	.051
Réévaluation cognitive	.063	.054	.042	1.169	.243
REPRESSNEMO	.119	.027	.163	4.333	.000
SOUTEMO	.108	.035	.112	3.085	.002
JEU_PROF	.189	.030	.221	6.193	.000

ii. Modèle explicatif du score de jeu en profondeur.

Pour le jeu en profondeur, tout comme pour le jeu en surface (au point précédent), en reprenant les résultats sur la mesure des associations (soulignées par des coefficients de corrélations significatifs), nous avons procédé par regroupement des variables au sein de bloc dans le but d'observer la contribution (de chaque groupe) à la pertinence du modèle.

Aussi nous avons entré un premier bloc pour la dimension de personnalité constitué de l'anxiété trait puis un second bloc de variables constitué des régulations émotionnelles dispositionnelles (suppression expressive et réévaluation cognitive) suivies d'un troisième bloc de variables constitué des prescriptions internes (soutien émotionnel et répression émotionnelle) et des prescriptions externes (variété émotionnelle et intensité émotionnelle) et enfin un quatrième bloc constitué du jeu en surface.

Tableau 15 : Récapitulatif des modèles de régression hiérarchique pour le jeu en profondeur.

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation	Changement dans les statistiques					
					Variation de R-deux	Variation de F	ddl1	ddl2	Sig. Variation de F	Durbin-Watson
1	.093 ^a	.009	.007	2.25755	.009	6.277	1	726	.012	
2	.255 ^b	.065	.063	2.19364	.057	43.918	1	725	.000	
3	.267 ^c	.071	.067	2.18805	.006	4.712	1	724	.030	
4	.353 ^d	.124	.119	2.12610	.053	43.805	1	723	.000	2.036

a. Valeurs prédites : (constantes), Réévaluation cognitive

b. Valeurs prédites : (constantes), Réévaluation cognitive, REPRESSNEMO

c. Valeurs prédites : (constantes), Réévaluation cognitive, REPRESSNEMO, PRESC_EXT

d. Valeurs prédites : (constantes), Réévaluation cognitive, REPRESSNEMO, PRESC_EXT, JEU_SURF

e. Variable dépendante : JEU_PROF

Nous obtenons quatre modèles de régression significative (la valeur de F pour chaque modèle est significative à $p < 0.05$) pour rendre compte de 11,9% (à partir du R deux ajusté) de la variation du jeu en profondeur. Ce modèle intègre la réévaluation cognitive, la répression émotionnelle, la variété et l'intensité émotionnelle et le jeu en surface. L'observation de la variation du R-deux est significative pour l'apport de chaque variable signifiant ainsi que l'ajout de chaque variable contribue de façon significative à améliorer le modèle. Tout comme pour le modèle de régression précédent (jeu en surface) nous notons deux variables contribuant plus fortement à la prédiction de variation du score de jeu en profondeur, il s'agit du jeu en surface (.053) et de la répression émotionnelle (.057). Aussi l'équation permettant de prédire le jeu en profondeur pourrait s'écrire :

$$Y(Jprof) = 1.554 + (0.111 \text{ réévcog}) + (0.148 \text{ repres}) + (0.067 \text{ prescripext}) + (0.281 \text{ jeusurf})$$

Là encore l'observation des β standardisés nous informe sur le poids de chaque variable dans l'équation. En ce sens nous observons la prédominance du jeu en surface ($\beta = .240$) et de la répression émotionnelle ($\beta = .174$) dans l'influence de la variation sur le score du jeu en profondeur.

Tableau 16 : Récapitulatif des modèles de régression hiérarchique pour le jeu en Profondeur.

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés		Sig.
		A	Erreur standard	Bêta	t	
4	(Constante)	1.554	.509		3.056	.002
	Réévaluation cognitive	.111	.062	.063	1.792	.074
	REPRESSNEMO	.148	.031	.174	4.807	.000
	PRESC_EXT	.067	.028	.083	2.380	.018
	JEU_SURF	.281	.042	.240	6.619	.000

D. Discussion

Les résultats obtenus semblent confirmer nos hypothèses (H2) portant sur l'importance de certaines variables pour expliquer les variations de score du jeu en surface et du jeu en profondeur.

Tout d'abord, nous observons que « l'anxiété trait » semble important pour la mesure des associations avec les stratégies de régulations émotionnelles au travail. En effet, à l'exception du facteur « névrosisme » pour lequel nous avons pu observer une association linéaire positive avec le jeu en surface ($r = .072$; $n = 864$; $p = < 0.05$), les dimensions de personnalité issues des cinq facteurs de personnalité du BFI ne présentent aucune association significative avec les deux stratégies de régulations émotionnelles au travail. De plus, en réalisant des corrélations entre les cinq facteurs de personnalité et l'anxiété trait, nous notons une corrélation positive, significative et forte entre le névrosisme et l'anxiété trait ($r = .716$; $n = 823$; $p = < 0.01$) à la différence des autres dimensions présentant, elles, des corrélations négatives, significatives et moyennes avec l'anxiété trait (Extraversion ($r = -.299$; $n = 822$; $p = < 0.01$), Agréabilité ($r = -.189$; $n = 822$; $p = < 0.01$), Conscience ($r = -.222$; $n = 819$; $p = < 0.01$) et Ouverture ($r = -.171$; $n = 814$; $p = < 0.01$)). Ainsi il semble que lorsque l'anxiété augmente le névrosisme augmente et l'extraversion, l'agréabilité, la conscience et l'ouverture diminuent. De plus, lorsque l'on prend en compte la force de ces associations, là encore, le névrosisme se différencie des autres dimensions. En effet, nous relevons un effet de grande taille pour le névrosisme et des effets de taille moyenne pour les autres dimensions.

En somme, c'est surtout l'anxiété trait qui apparaît pertinente auprès de notre population pour l'analyse des déterminants du jeu en surface et du jeu en profondeur.

Aussi, et par la suite, nous pouvons nous concentrer plus spécifiquement sur les prescriptions émotionnelles (internes et externes) et sur les régulations émotionnelles dispositionnelles (suppression expressive et réévaluation cognitive) dans l'analyse des relations entre variables. Plus exactement, nous notons une covariation entre le jeu en surface, les prescriptions internes (soutien émotionnel et répression émotionnelle) et la suppression expressive.

Ces associations semblent confirmer les travaux antérieurs (Gross, 2002) et valider le modèle interactif de l'expérimentation émotionnelle en situation de travail (EEST) Delphine Van Hoorebeke (2003). En effet, le jeu en surface apparaît en réaction à un événement créant selon Van Hoorebeke une situation de dissonance émotionnelle. Ce qui nous semble important c'est

de retrouver une covariation avec la suppression expressive traduisant dans le modèle de Gross une tentative de modification dans l'expression émotionnelle.

En fait, les prescriptions internes pourraient créer les conditions du conflit interne ressenti à l'origine du recours au jeu en surface dont ce dernier aurait alors pour but d'afficher une expression émotionnelle conforme aux croyances entretenues par le sujet lui-même et en lien avec les attentes (réelles ou non) de l'organisation. Cette régulation émotionnelle au travail (le jeu en surface) pourrait ainsi s'appuyer sur un mécanisme centré sur la régulation de la réponse émotionnelle et plus particulièrement par la suppression expressive.

Les deux modèles (Gross, 2002 et Van Hoorebeke, 2003) de régulations émotionnelles semblent partager des mécanismes communs dans la genèse du recours aux stratégies (comme dans la chronologie des processus induits), mais diffèrent sur un élément fondamental qui touche au contexte.

Comme le signalait Hochschild (1983), c'est parce qu'il existe un « du » vis-à-vis de l'organisation que l'individu fait l'effort de se conformer aux règles d'affichage émotionnel prescrites. Cet élément d'analyse renforce du même coup la modélisation de Van Hoorebeke en soulignant l'activation du jeu en profondeur conjointement au jeu en surface pour réduire l'inconfort induit par la tension psychique émotionnelle perçue. Dans nos résultats, nous pouvons noter une corrélation plus forte entre le jeu en surface et le jeu en profondeur qu'avec toutes les autres variables comme pour nous indiquer que toutes variations de l'une de ces deux stratégies s'accompagnent d'une variation pour l'autre. Notre hypothèse H2a semble donc vérifiée.

Concernant le jeu en profondeur, nous notons une association significative avec les prescriptions internes et externes et les régulations émotionnelles dispositionnelles. À la différence du jeu en surface, nous relevons la covariation des prescriptions externes ainsi que de la réévaluation cognitive. Le jeu en profondeur nécessitant un travail de réinterprétation émotionnelle de l'évènement (soit en référence à une expérience antérieure soit en élaborant un modèle de traitement émotionnel adapté à la situation), il faut noter une complexité singulière non seulement dans la perspective dynamique du processus émotionnel, mais également dans la prise en compte d'un ensemble d'éléments internes et externes à l'individu. Tout d'abord dans la perspective dynamique, et contrairement au jeu en surface, la réévaluation cognitive, portant sur les antécédents de la réponse émotionnelle, renvoie au traitement immédiat de l'évènement. Pour faire un parallèle avec la perspective

transactionnelle de Lazarus et Folkman (1984), le jeu en profondeur (dans l'exercice de se conformer aux attentes de l'organisation) pourrait constituer un filtre interprétatif spécifique au travail. Tout évènement pourrait ainsi faire l'objet d'une réévaluation cognitive d'autant plus importante que dans le cadre du travail émotionnel il s'agit de faire disparaître la tension intérieure induite par un évènement porteur de dissonance émotionnelle. Enfin, et là encore contrairement au jeu en surface, le jeu en profondeur en proposant une lecture de l'évènement induisant une émotion conforme aux attentes de l'organisation, les prescriptions externes ou encore les exigences émotionnelles (variété et intensité émotionnelle) pourraient orienter le traitement cognitif et émotionnel de l'information. À titre d'exemple le comportement violent d'un résidant peut être perçu comme une particularité du travail en gériatrie et ainsi peut participer à la réévaluation de la signification de cet acte hétéro agressif pour induire un traitement émotionnel valorisé par l'organisation et à l'origine d'une conduite de ressenti et d'affichage émotionnel évacuant la dissonance émotionnelle perçue. Notre hypothèse H2b est vérifiée.

En synthèse, les corrélations relevées entre le jeu en surface, le jeu en profondeur et les variables de régulations émotionnelles dispositionnelles et les prescriptions internes et externes émotionnelles illustrent donc bien l'activation ou la covariation de ces variables entre elles en situation de dissonance émotionnelle.

Pour ce qui concerne les liens avec les stratégies de coping, nos résultats soulignent l'absence d'associations avec le jeu en surface et le jeu en profondeur.

Les stratégies de coping et les stratégies de régulations émotionnelles au travail renverraient ainsi à deux canaux de traitement de l'information parallèles et complémentaires, mais différents l'un renvoyant à la notion d'évaluation et de traitement cognitif et comportemental d'une situation (coping) et l'autre à la notion d'évaluation et de traitement émotionnel et comportemental d'une situation. Comme nous nous y attendions (H2c), nous relevons des liens significatifs entre les stratégies de coping et les prescriptions internes ainsi qu'avec les stratégies de régulations émotionnelles dispositionnelles.

Nos résultats semblent indiquer que, comme pour le jeu en surface et le jeu en profondeur, les prescriptions internes et externes pourraient orienter le choix du coping. Ainsi, dans le cas d'un coping centré sur l'émotion, la répression émotionnelle s'impose alors que pour les autres (coping centré sur le problème et coping centré sur la recherche de soutien) c'est le soutien émotionnel qui s'associe. Cette association semble confirmer la nécessaire

dynamique, externe et objective, observable lors de la résolution de problème ou de la recherche de soutien à la différence d'une posture de repli, d'intériorisation, voire d'évitement, lors des coping centrés sur l'émotion.

De plus, nos résultats nous rappellent la dimension consciente des stratégies de coping (à la différence des mécanismes de défense notamment ceux réputés immatures) en soulignant l'association systématique de la réévaluation cognitive (traduisant un traitement cognitif volontaire et orienté) pour chaque coping mais également en indiquant que la suppression expressive diminue dans le cas d'un coping proactif (problème ou recherche de soutien).

Enfin, les modèles significatifs retenus pour prédire la variation du score de jeu en surface et de jeu en profondeur semblent également confirmer nos hypothèses (H2d).

Pour le jeu en surface, même si notre modèle propose l'intégration des variables de personnalités (anxiété et extraversion), des variables de régulations émotionnelles dispositionnelles (suppression expressive et réévaluation cognitive) associées aux prescriptions internes et au jeu en profondeur, l'analyse de la régression hiérarchique (avec les béta standardisés) souligne l'importance du jeu en profondeur et des prescriptions internes (répression émotionnelle et soutien émotionnel).

Aussi, nous pourrions y voir la prédominance des variables contextuelles pour prédire la fluctuation du jeu en surface. La présence des variables de personnalité et notamment l'anxiété trait pourrait être interprétée, de la même façon que l'ont montré Christophe, Antoine, Leroy et Delelis (2009) pour la suppression expressive, comme le signe d'une anxiété plus élevée chez les personnes utilisant le jeu en surface.

De surcroît, s'agissant du jeu en profondeur, bien que le modèle prédictif retenu intègre les variables de régulations émotionnelles dispositionnelles, les prescriptions externes, la répression émotionnelle et le jeu en surface, là encore, nous relevons l'importance du jeu en surface et de la répression émotionnelle pour influencer les variations de jeu en profondeur.

Il semble ainsi que les déterminants contextuels, inhérents à la situation de dissonance émotionnelle, représentés par la répression émotionnelle et associés à l'activation conjointe des deux stratégies de régulations émotionnelles au travail minimisent la place et l'impact des variables de personnalité ou de régulations émotionnelles dispositionnelles.

En conclusion, pour notre deuxième étude, nous avons pu vérifier en partie notre hypothèse **(H2)** selon laquelle les stratégies de régulation émotionnelle au travail (jeu en surface et jeu en profondeur) dépendent à la fois des caractéristiques de personnalité (dimension de personnalité ou anxiété trait), des stratégies de régulation émotionnelle dispositionnelles et des prescriptions internes et externes.

- Plus exactement, nos résultats confirment **(H2a)** que le jeu en surface est positivement lié au jeu en profondeur, à la suppression expressive, au névrosisme, à un haut niveau d'anxiété trait ainsi qu'à la répression émotionnelle (traduisant une situation d'exposition à la dissonance émotionnelle) et au soutien émotionnel.

- De plus, nos résultats soulignent **(H2b)** que le jeu en profondeur est positivement lié au jeu en surface, à la réévaluation cognitive, à la suppression expressive, aux prescriptions internes et externes ainsi qu'à un faible niveau d'anxiété trait.

- Nous relevons, dans notre étude, **(H2c)** une association entre le coping problème, la réévaluation cognitive, la suppression expressive et le soutien émotionnel. Pour le coping émotionnel nous notons une association avec la réévaluation cognitive, la répression émotionnelle et les prescriptions externes. Pour le coping soutien, nous relevons une association avec la réévaluation cognitive, la suppression expressive, le soutien émotionnel et les prescriptions externes.

- Enfin, nos résultats soulignent **(H2d)** que les dimensions de personnalité (extraversion et anxiété trait), les stratégies de régulations émotionnelles dispositionnelles, les prescriptions internes et le jeu en profondeur expliquent significativement le jeu en surface. A la différence du jeu en surface, nos résultats soulignent que le jeu en profondeur varie en fonction de la réévaluation cognitive, de la répression émotionnelle, des prescriptions externes et du jeu en surface.

III. Étude 3 : Contribution du travail émotionnel en complément des variables personnelles, dispositionnelles et contextuelles dans l'installation de la détresse psychologique et du burnout.

A. Objectifs et hypothèses.

La littérature portant sur les conséquences du travail émotionnel met en évidence une mobilisation importante de ressources psychologiques ayant des impacts non négligeables sur le bien-être psychologique (Brotheridge & Grandey, 2002; Brotheridge & Lee, 2003; Hochschild, 1983; Goldberg et Grandey, 2007 ; Zapf, 2002). Les différents travaux sur les effets du jeu en surface ont pu souligner son impact négatif sur la santé des personnels (Totterdell & Holman, 2003; Abraham, 1998; Zapf, 2002). Par rapport à l'épuisement professionnel (le burnout), et suivant la conceptualisation tri dimensionnel de Maslach et Jackson (1981), le jeu en surface semble associé à l'épuisement émotionnel et à la dépersonnalisation (Brotheridge & Grandey, 2002 ; Brotheridge & Lee, 2003 ; Grandey, 2003) à la différence du jeu en profondeur qui lui semble associé à l'accomplissement personnel (Brotheridge & Grandey, 2002 ; Brotheridge & Lee, 2003). De plus l'autonomie, dans le sens du contrôle perçu sur ses activités leur déroulement et les méthodes ou compétences à employer (Breugh, 1985), apparaît comme une variable pouvant réduire les effets négatifs du travail émotionnel (Abraham, 1998; Grandey, Dickter & Sin, 2004; Morris & Feldman, 1996b) notamment en proposant une marge de manœuvre plus importante pour exprimer et afficher des émotions pertinentes et adaptées aux contextes rencontrés. Notre objectif dans ce chapitre sera d'analyser les variations de détresse psychologique et de burnout en prenant en compte les régulations émotionnelles et, s'agissant des professionnels en gériatrie, en intégrant le modèle de Karasek.

En ce sens, nous posons l'hypothèse (**H3**) que le travail émotionnel constitue avec les variables individuelles, dispositionnelles et contextuelles un antécédent important pour prédire la détresse psychologique et le burnout. Aussi, nous supposons (**H3a**) que le score de détresse émotionnelle varie selon le type de stratégie de régulation émotionnelle employé pour faire face aux sollicitations émotionnelles du travail. Puis nous proposons (**H3b**) de vérifier si en complémentarité du modèle Karasek, des régulations émotionnelles

dispositionnelles et des variables individuelles, les régulations émotionnelles issues du travail émotionnel ne constituent pas également un antécédent du burnout.

B. Méthodologie

Pour observer les variations de détresse psychologique en prenant en compte les régulations émotionnelles nous avons eu recours à notre population étudiante (885 sujets) décrite dans le chapitre précédent. En effet, cette population était destinataire d'un questionnaire comprenant l'échelle GHQ - 12 mesurant la détresse psychologique. En revanche, pour observer les variations de burnout en intégrant le modèle de Karasek, nous nous sommes appuyés sur une population de professionnels en gériatrie (157 sujets) issue de plusieurs établissements publics en Aquitaine.

Nous avons donc sélectionné et contacté l'Ehpad Saint-Jacques de Grenade sur Garonne et Cadours en Haute-Garonne(31), l'Ehpad de Beaumont de Lomagne en Tarn et Garonne (82), le centre hospitalier intercommunal (CHIC) de Marmande Tonneins dans le Lot et Garonne (47) ainsi que l'hôpital Nouvelle à Bretagne-de-Marsan dans les landes (40). Nous avons présenté notre recherche à la direction des soins de chaque établissement ainsi qu'à la direction afin de recueillir leur approbation et proposer la distribution du questionnaire dans les services.

La thématique de l'épuisement professionnel dans un contexte comme celui de la gériatrie reste un sujet sensible et compliqué tant la pénurie de personnel et donc inévitablement les conditions difficiles de travail peut constituer un frein à l'adhésion des équipes de direction comme des soignants eux-mêmes lorsqu'ils s'exposent à la mesure. De plus, la notion de maltraitance en gériatrie pose la question des pratiques et appelle bien souvent à des attitudes de refus de participation reflétant certainement davantage un climat sensible plus que le refus de réfléchir sur ses pratiques et son organisation.

La note de la Direction Générale des Soins (DGOS) du 31 juillet 2012 adressée aux Agences Régionales de Santé (ARS) portant sur l'accompagnement de projets sur trois ans sur l'évaluation et la prévention des risques psychosociaux dans les établissements publics ou privés de santé nous a permis d'attirer l'attention des établissements sur un éclairage spécifique à la gériatrie en matière d'épuisement professionnel. Ainsi, la contrepartie négociée avec les établissements participants consistait en un retour autour de la prévention des risques psychosociaux ou encore sur la réflexion portant sur la qualité de vie au travail en préservant

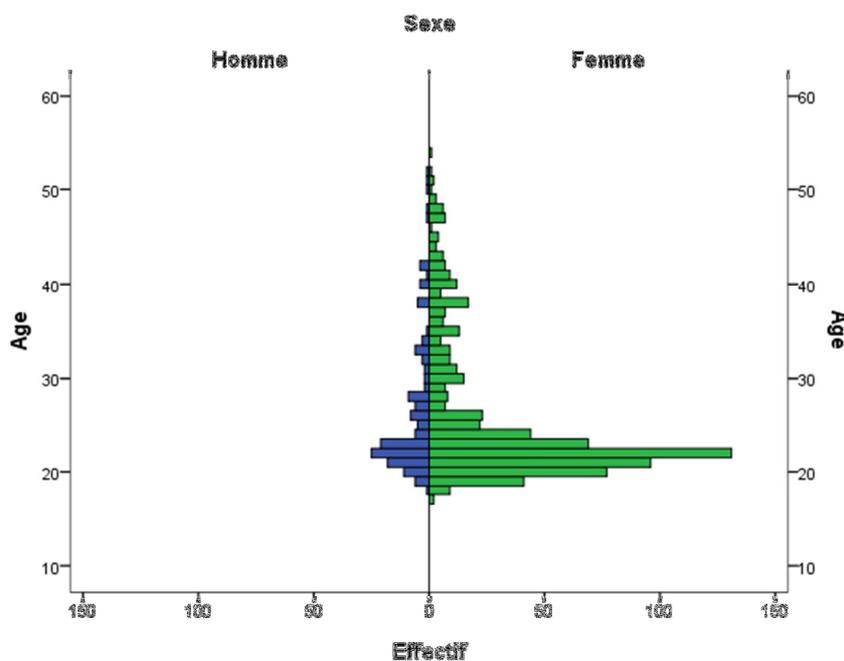
bien évidemment la confidentialité des données, mais en respectant également les orientations du rapport Gollac et Bordier notamment au travers des six dimensions de risque à caractère psychosocial retenues à savoir l'intensité du travail et le temps de travail, les exigences émotionnelles, le manque d'autonomie et de marges de manœuvre, la mauvaise qualité des rapports sociaux et relations de travail, les conflits de valeur, l'insécurité de la situation de travail.

1) La population.

i. Premier échantillon : les étudiants en IFSI / IFAS.

Notre première population, déjà présentée au chapitre précédent, est constituée de 885

Figure 24 : Pyramide des âges pour l'échantillon d'étudiants en IFSI / IFAS.



étudiants issus des IFSI et IFAS d'Aquitaine (Agen (47), Bayonne (64), Marmande (47), Mont-de-Marsan (40) et Xavier Arnozan (33)). La moyenne d'âge générale est de 25,87 ans et varie de 17 à 54 ans. Chez les hommes, elle est de 26,46 ans et varie de 18 ans à 52 ans et chez les femmes elle est de 25,74 ans en

IFSI et varie de 17 ans à 54 ans. Cette répartition, compte tenu de la nature des sujets (en formation qualifiante), propose une distribution en « as de pique » synonyme de population jeune. Comme nous l'avons souligné au chapitre 2, nous observons que 18,6% des sujets déclarant une expérience en gériatrie (soit 51% des répondants hors valeurs manquantes) signale une expérience hors stage et supérieure à un an contre 21,9% dont l'expérience est inférieure à un an. De la même façon, nous observons que 21% des sujets déclarant avoir une expérience dans le domaine du soin (soit 73,2% des répondants hors valeurs manquantes)

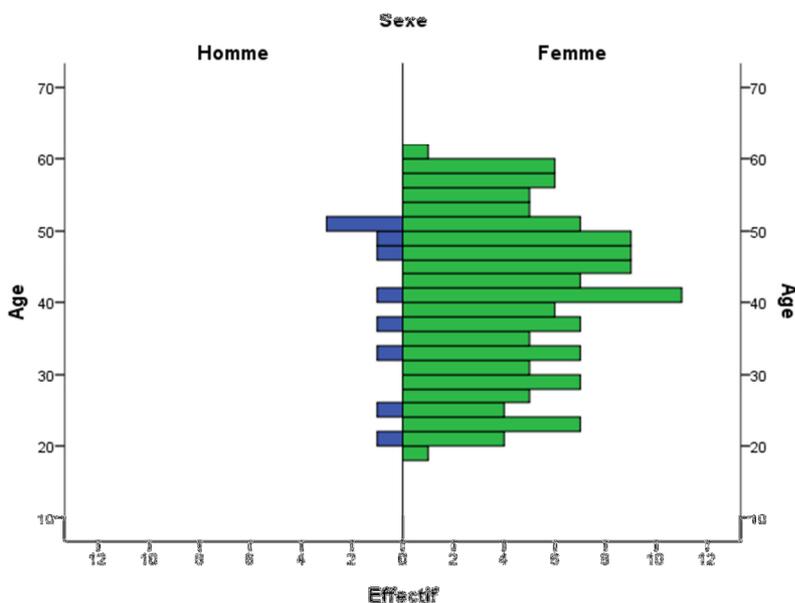
signale une expérience dans le soin hors stage et supérieure à un an contre 18,3% dont l'expérience est inférieure à un an.

ii. Deuxième échantillon : les professionnels en gériatrie.

Notre second échantillon est constitué de 157 professionnels exerçant en gériatrie. Nous comptons 142 femmes et 10 hommes (5 sujets indéterminés). La moyenne d'âge de notre échantillon total (146 sujets identifiables sur ce critère et 11 valeurs manquantes) est de 40,66 ans ($\sigma = 11,12$ ans) et varie de 19 à 60 ans. Pour les hommes nous notons une moyenne d'âge de 40,30 ans ($\sigma = 10,945$ ans) qui varie de 21 à 51 ans et nous comptons 3 infirmiers, 2 aides-soignants, 3 agents de services hospitaliers et 2 étudiants en soins infirmiers.

Pour les femmes nous observons une moyenne d'âge de 40,32 ans ($\sigma = 11,027$ ans) qui varie de 19 à 60 ans et nous identifions (un sujet n'est pas identifié) 27 infirmières, 59 aides-soignantes, 46 agents de services hospitaliers, 5 aides médico-psychologiques, 1 médecin, 2 cadres de santé (nous les avons identifiés encadrement) et 1 soignant en formation (IFAS).

Figure 25 : Pyramide des âges pour l'échantillon professionnel en gériatrie.

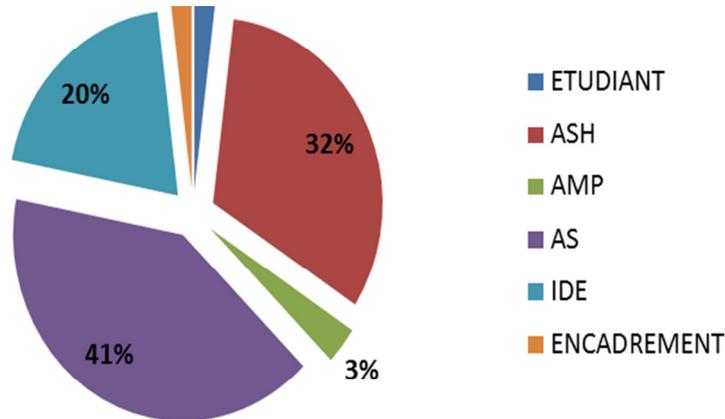


À la différence de notre premier échantillon (les étudiants), nous pouvons souligner une dispersion de la pyramide des âges en forme de « montgolfière » synonyme de population vieillissante représentative de fait de la démographie des soignants souvent décriée et à l'origine d'une problématique de pénurie de main-d'œuvre qualifiée. En effet, 53,5% de notre population à plus de 40 ans

et pour 22,9% ils ont plus de 50 ans.

La population des professionnels en gériatrie est composée de 3 personnels d'encadrement

Figure 26 : Catégories socioprofessionnelles des soignants en gériatrie.



(infirmière-cadre et médecin), 31 infirmières diplômées d'état (IDE), 63 aide-soignant(e)s (AS), 5 d'aides médicopsychologique (AMP), 50 agents de services hospitaliers (ASH) et 3 étudiants (en formation IDE ou AS).

Concernant l'ancienneté de notre population de professionnels, nous observons que la classe d'ancienneté comprise « entre 3 et 10 ans » est la plus représentée avec 34% des sujets. La dispersion des classes d'ancienneté fait ressortir que 79% de notre population a une expérience dans l'emploi supérieur à 3 ans et plus exactement nous observons que 45,2% à une ancienneté dans l'emploi supérieur à 10 ans. Cette observation nous amène donc à souligner que notre population est expérimentée en gériatrie. De plus, le temps de travail déclaré nous apprend que 83,4% des participants (soit 131 sujets) sont à temps complet contre 24 sujets à temps partiel soit (15,2%). Plus exactement, nous comptons 4 sujets (soit 2,5% de l'effectif total) pour lesquels le temps de travail est inférieur à un mi-temps et 20 sujets (soit 12,7% de l'effectif total) dont le temps de travail est inférieur à un temps complet et supérieur à un mi-temps.

À cette observation, il convient de signaler que le statut dans l'emploi nous renseigne sur la notion d'insécurité dans l'emploi. En effet, s'agissant de notre population de recherche, nous notons que 79,6% des sujets de notre recherche semble détenir une sécurité dans l'emploi par le biais de leur statut CDI (18), fonctionnaires titulaires (97) ou stagiaires (10). En fait, seul 16,5% des participants déclare être sur des statuts moins sécurisés (25 CDD et 1 contrat de mesure pour l'emploi).

Enfin, nous notons également (indépendamment des 7 sujets non renseignés dans l'échantillon total) que 98 sujets déclarent (soit 62,4%) intervenir en structure de type Ehpad,

10,2% en unité Alzheimer (16 sujets), 10,8% en structure de type soins de suite (soit 17 sujets) et 12,1% en structure autre.

Tableau 17 : Répartition de l'âge (moyennes et écarts-types) par CSP chez les professionnels en gériatrie.

		Etudiants	ASH	AMP	AS	IDE	Encadrement
N*	Valide	3	50	5	63	31	3
Moyenne		29.67	40.52	37.80	40.37	42.29	47.33
Ecart-type		9.866	12.126	14.618	10.402	10.991	4.041
Minimum		23	19	25	20	22	43
Maximum		41	60	59	60	59	51

* échantillon de recherche constitué de 157 professionnels de santé en gériatrie.

En synthèse notre population professionnelle, exerçant majoritairement en Ehpad, est expérimentée, plutôt féminine dont l'âge moyen est autour des 40 ans et essentiellement composée d'aides-soignants (40,1%), d'agents de services hospitaliers (31,8%) et d'infirmier(e)s (19,7%).

2) La procédure.

Les participants ont été invités sur la base du volontariat à remplir un questionnaire composé de 159 questions. La présentation de la démarche leur a été faite par les cadres de santé présents dans les services. Pour les établissements de Grenade sur Garonne et Cadours (31) ainsi que pour celui de Beaumont de Lomagne (82), un courrier de la direction sur la recherche et le caractère confidentiel accompagnait le questionnaire. La consigne qui leur a été donnée était de remplir le questionnaire de façon authentique et spontanée en leur rappelant l'anonymat du questionnaire, mais également la confidentialité dans le traitement des résultats. La distribution et la collecte des questionnaires se sont effectuées sur le temps de travail et sous la coordination des cadres de santé et directions des établissements. L'organisation pour la récupération des questionnaires remplis était adossée aux disponibilités des soignants.

Nous avons obtenu un taux de participation moyen de 33,4% sur l'ensemble des établissements. Nous avons en effet récupéré 157 questionnaires exploitables sur les 470 distribués initialement. Le taux de participation pour l'Ehpad Saint-Jacques de Grenade sur Garonne et Cadours en Haute-Garonne (31) est de 32,72% (36 questionnaires exploitables sur les 110 distribués). Pour l'Ehpad de Beaumont de Lomagne en Tarn et Garonne (82) nous obtenons un taux de participation de 30% (21 questionnaires exploitables sur les 70

distribués). S'agissant du centre hospitalier intercommunal (CHIC) de Marmande Tonneins dans le Lot et Garonne (47), le taux de participation est de 41,11% (37 questionnaires exploitables sur les 90 distribués) et enfin pour l'hôpital Nouvelle à Bretagne-de-Marsan dans les landes (40), nous observons une participation de 31,5% (63 questionnaires exploitables sur les 200 distribués).

i. *Le matériel.*

Comme nous l'avons souligné lors de la présentation de notre population, nous avons eu recours à deux échantillons afin de mesurer la contribution du travail émotionnel pour prédire la détresse psychologique et le burnout. Le burnout faisant référence à un contexte professionnel ou à une relation d'aide régulière, nous avons décidé de réserver la mesure du burnout pour les professionnels et de mesurer la détresse psychologique pour les étudiants. Ce choix théorique repose sur deux éléments de réflexions pratiques et théoriques. D'une part nous nous sommes rendu compte que les périodes d'expositions aux contextes professionnels pouvant entraîner un burnout chez les étudiants reposaient sur les stages pratiques et donc sur des périodes trop courtes, espacées et investies différemment suivant le niveau d'étude (en 3eme année le stage revêt une importance et une technicité plus importante qu'auparavant). D'autre part, nous avons souhaité explorer plus finement la différence de contribution du travail émotionnel à un état réactionnel lié à un construit socioprofessionnel exigeant (avec le burnout) et à un état de souffrance généralisée non exclusive à un contexte professionnel (avec la détresse psychologique).

Aussi, pour notre premier échantillon, les étudiants en IFSI et IFAS, comme lors de l'étude précédente le questionnaire distribué aux participants se présentait comme le moyen de mesurer les différentes stratégies de régulation émotionnelle dans le soin auprès des étudiants en IFSI et IFAS. À l'exception de la détresse psychologique, l'ensemble des échelles utilisées (personnalité, anxiété trait, travail émotionnel, stratégies de régulations émotionnelles dispositionnelles et stratégies de coping (WCC) sont identiques à celles du protocole précédent (auquel nous renvoyons le lecteur pour une présentation).

Puis, pour notre second échantillon, les professionnels exerçant en gériatrie, le questionnaire distribué aux participants se présentait comme le moyen de mesurer l'impact des régulations émotionnelles sur l'épuisement professionnel des soignants en gériatrie. Il

reposait sur une série d'échelles issue des travaux en psychologie, d'un repérage des sources de dissonance émotionnelle et de stress ainsi que d'un repérage des représentations d'une prise en charge en gériatrie (avec son degré de réalisation dans le quotidien) suivi d'un recueil d'information sociodémographique incluant un repérage des agents formés et non formés à la méthode Gineste et Marescotti. Les échelles proposées étaient centrées sur le questionnaire de Karasek (demande psychologique, latitude et soutien), la satisfaction générale, le travail émotionnel, l'anxiété trait, les stratégies de régulation émotionnelle, le burnout, les stratégies de coping et le conflit de valeurs. Tout comme pour notre premier échantillon, les échelles de travail émotionnel (ELS), d'anxiété trait (STAI forme Y-B), de régulation émotionnelle (ERQ) et de coping (WCC) sont identiques à celles utilisées dans les protocoles précédents (décrits précédemment) permettant ainsi un repérage sur un échantillon de professionnels exerçant dans le secteur de la gériatrie et par conséquent ne seront pas présentées ici (nous renvoyons le lecteur aux études précédentes).

ii. La détresse psychologique.

Afin de mesurer la détresse psychologique, nous nous sommes appuyés sur le GHQ (General Health Questionnaire) de Goldberg (1972). Plusieurs versions sont disponibles actuellement avec une version longue en 60 items et des versions courtes en 30, 20, 28 et 12 items. Toutes ces versions disponibles en plusieurs langues ne sont pas systématiquement validées et pour cette raison nous nous sommes attachés à utiliser pour notre recherche une version courte en français et plus spécifiquement la forme à 12 items (GHQ-12 de Goldberg).

Le GHQ peut être utilisé pour dépister des troubles psychiatriques ou des états de souffrance psychique en population générale, mais s'agissant d'un autoquestionnaire en version courte à 12 items, il n'a pas pour objectif d'identifier des troubles individualisés, mais plutôt de rendre compte d'une notion de souffrance en tant que dimension unique. Ses qualités psychométriques reconnues au travers de plusieurs études en France et à l'étranger nous ont orienté dans notre choix pour la version courte en français (Pariente & Guelfi, 1990).

Dans le cadre de notre recherche, la consistance interne mesurée par l'Alpha de Cronbach est de .859 et nous notons un indice Kaiser-Meyer-Olkin (0,898) correct et une signification du test de sphéricité de Bartlett (qui tend vers 0.000) confirmant la possibilité d'une factorisation. De même l'étude de validité de la structure interne du questionnaire menée par une analyse factorielle, après rotation Varimax, nous permet d'identifier deux facteurs conformes à la

littérature expliquant 49.912% de la variance totale. Le premier dit « dépression », expliquant 39.781% de la variance, est constitué de 7 items (1; 2 ; 5 ; 6 ; 9 ; 10 ; 11 et 12) comme « *Avez-vous été capable de vous concentrer quelles que soient vos activités ?* », « *Avez-vous eu le sentiment d'être constamment sur pression* », « *Vous êtes-vous senti(e) malheureux(se) et déprimé(e) ?* » ou encore « *Avec le recul, vous êtes-vous senti raisonnablement heureux(se) ?* ».

Le second dit « désadaptation sociale », expliquant 10.131% de la variance, est constitué de 5 items (3 ; 4 ; 7 et 8) comme « *Avez-vous le sentiment de servir à quelque chose ?* », « *Vous êtes-vous senti(e) capable de prendre les décisions de la vie courante ?* », « *Avez-vous été capable de prendre plaisir à vos activités habituelles ?* » et « *Avez-vous été capable de faire face à vos problèmes ?* ».

Aussi, à la consigne écrite : « *Ce questionnaire vous permet d'exprimer comment vous vous êtes senti(e) ces derniers temps. Il vous propose une série de questions. Pour chaque question, cocher la case qui correspond le mieux à votre réponse* », les participants devaient répondre à une série de douze items avec pour chacun quatre modalités de réponse allant de 1 (« *Plutôt mieux que d'habitude* » ou « *pas du tout* ») à 4 (« *Beaucoup moins bien que d'habitude* » ou « *Beaucoup plus que d'habitude* »).

Toutes les réponses dont les modalités sont 1 et/ou 2, sont cotées 0 et toutes les réponses dont les modalités sont 3 et/ou 4, sont cotées 1. Le score global est obtenu en faisant la somme des cotations et varie de 0 à 12. Plus le score est élevé plus il indique une souffrance. Les recommandations indiquent de retenir un seuil significatif pour un score global supérieur ou égal à 4.

Tableau 18 : Alphas, moyennes et écarts-types pour le GHQ-

N*	Valide	847
	Manquante	63
Items		12
Alphas		0.859
Moyenne		3.05
Ecart-type		3.005
Minimum		0
Maximum		12

* échantillon de recherche constitué de 885 étudiants en IFSI et IFAS et 25 soignants en gériatrie.

iii. Le Job Content Questionnaire (JCQ) ou questionnaire de Karasek.

Dans le cadre de notre étude, nous devons répondre aux hypothèses de notre recherche portant en partie sur le degré de latitude des personnels soignants formés ou non, mais également proposer une exploitation sous l'angle des risques psychosociaux pour les établissements participants. Aussi le JCQ de Karasek (1979 ; 1990) permet une exploitation globale dans le cadre des réflexions portées sur la prévention des risques psychosociaux, mais également une exploitation plus fine à partir de ses trois dimensions et notamment dans l'analyse et l'exploration des sous-dimensions.

Initialement conçu à partir de deux dimensions, la demande psychologique et la latitude décisionnelle, il s'est enrichi d'une troisième dimension avec le soutien social au travail. Selon Karasek, la combinaison des exigences du travail (demande psychologique) et du contrôle (latitude décisionnelle) crée les conditions d'une exposition plus ou moins forte à une tension au travail et ainsi à des réactions de stress le tout aggravé ou non par le niveau de soutien social dont les sujets disposent. Ainsi, une demande psychologique forte associée à une latitude décisionnelle faible crée une situation de « Jobstrain » aggravée par un isolement « iso-strain » comportant des risques pour la santé (Belkic, Landsbergis, Schnall & Baker, 2004 ; Bourbonnais, Brisson, Moisan & Vezina, 1996 ; Niedhammer, Goldberg, LeClerc, Bugel & David, 1998 ; Lourel, Gana, Prud'Homme & Cercle, 2004). Ce questionnaire permet donc de mesurer pour chaque participant, l'intensité de la demande psychologique à laquelle il est soumis (quantité, complexité et morcellement), la latitude décisionnelle dont il dispose (marge de manœuvre, utilisation des compétences et développement des compétences) et le soutien social professionnel et émotionnel qu'il reçoit de la part de sa hiérarchie et de ses collègues.

Pour notre recherche, nous avons utilisé la version française validée par Niedhammer (Niedhammer, 2002 ; Niedhammer et al., 2006), constituée de 26 items (notamment utilisée par les enquêtes SUMMER 2002-2003 et 2009), dont neuf items pour la demande psychologique, neuf items pour la latitude décisionnelle et huit items pour le soutien social. Les participants répondent pour chacune des questions à partir d'une échelle en quatre points : « pas du tout d'accord », « pas d'accord », « d'accord », « tout à fait d'accord ». Les coefficients alpha de Cronbach pour l'échelle dans son ensemble ou pour chaque dimension sont tous supérieurs à .70. En effet, pour l'échelle globale nous obtenons un alpha de .730, pour la dimension de demande psychologique nous obtenons un alpha de .811, pour la

dimension de latitude décisionnelle nous obtenons un alpha de .712 et enfin pour la dimension de soutien nous obtenons un alpha de .818.

La première dimension, la demande psychologique (neuf items) regroupe trois items pour la sous dimension quantité / rapidité (« *Mon travail demande de travailler très vite* », « *On me demande d'effectuer une quantité de travail excessive* » et « *Je dispose du temps nécessaire pour exécuter mon travail* »), trois items pour la sous dimension complexité / intensité (« *Je reçois des ordres contradictoires de la part d'autres personnes* », « *Mon travail demande de travailler intensément* » et « *Mon travail nécessite de longues périodes de concentration intense* ») et trois items pour la sous dimension morcellement / prévisibilité (« *Mes tâches sont souvent interrompues avant d'être achevées, nécessitant de les reprendre plus tard* », « *Mon travail est très "bousculé"* » et « *Attendre le travail de collègues ou d'autres départements ralentit souvent mon propre travail* »). Le score de demande psychologique varie de 9 à 36 et s'obtient par la somme des scores obtenus à chaque item (et en inversant le score du troisième item de la sous-dimension quantité / rapidité) : **Score = item 10 + item 11 + item 12 + (5-item 13) + item 14 + item 15 + item 16 + item 17 + item 18.**

La deuxième dimension la latitude décisionnelle (neuf items) regroupe trois items pour la sous dimension marge de manœuvre (« *Mon travail me permet souvent de prendre des décisions moi-même* », « *Dans ma tâche, j'ai très peu de liberté pour décider comment je fais mon travail* » et « *J'ai la possibilité d'influencer le déroulement de mon travail* »), trois items pour la sous dimension utilisation actuelle des compétences (« *Dans mon travail, j'effectue des tâches répétitives* », « *Mon travail demande un haut niveau de compétence* » et « *Dans mon travail, j'ai des activités variées* ») et trois items pour la sous dimension développement des compétences (« *Dans mon travail, je dois apprendre des choses nouvelles* », « *Mon travail me demande d'être créatif* » et « *J'ai l'occasion de développer mes compétences professionnelles* »). Le score de la seconde dimension varie de 24 à 96 et s'obtient en appliquant la formule suivante : **Score = 2 × (item 1 + (5-item 2) + item 3 + item 5 + item 7 + item 9) + 4 × (item 4 + (5-item 6) + item 8).**

La troisième dimension le soutien social (huit items) regroupe d'une part pour le soutien professionnel, deux items orientés sur les supérieurs (« *Mon supérieur réussit facilement à faire collaborer ses subordonnés* » et « *Mon supérieur m'aide à mener ma tâche à bien* ») et deux items orientés sur les collègues (« *Les collègues avec qui je travaille sont des gens professionnellement compétents* » et « *Les collègues avec qui je travaille m'aident à mener*

les tâches à bien ») et d'autre part pour le soutien émotionnel, deux items orientés sur les supérieurs (« *Mon supérieur prête attention à ce que je dis* » et « *Mon supérieur se sent concerné par le bien-être de ses subordonnés* ») et deux items orientés sur les collègues (« *Les collègues avec qui je travaille sont amicaux* » et « *Les collègues avec qui je travaille me manifestent de l'intérêt* »). Le score de soutien social varie de 8 à 32 et s'obtient en réalisant la somme des scores obtenus à chaque item : **Score = item 19 + item 20 + item 21 + item 22 + item 23 + item 24 + item 25 + item 26.**

Tableau 19 : Alphas, moyennes et écarts-types pour le questionnaire de Karasek.

		Demande	Autonomie	Soutien
N*	Valide	152	151	145
	Manquante	5	6	12
Items		9	9	8
Alphas		0.811	0.712	0.818
Médiane		25.00	68.00	24.00
Moyenne		24.39	67.66	23.30
Ecart-type		4.511	9.702	3.733
Minimum		13	24	11
Maximum		36	90	32

*échantillon de recherche constitué de 183 professionnels de santé avec expérience en gériatrie.

En France selon la DARES (2008), les médianes des scores obtenus sur les trois dimensions du questionnaire de Karasek tous secteurs et toutes catégories de professionnels confondus sont de 21 pour la demande psychologique, de 70,3 pour la latitude et de 23,3 pour le soutien. Plus spécifiquement, nous observons des différences selon le secteur d'activité, la profession ou le sexe des professionnels concernés (Niedhammer et al., 2007). Ainsi, nous notons que pour les femmes dans le secteur Santé action sociale, les moyennes de demande psychologiques sont plus élevées (22,13), les moyennes de latitude décisionnelles sont plus faibles (70,01) et sensiblement plus élevées pour le soutien social (23,87). De plus, nous observons, toujours selon Niedhammer (2007), que la prévalence de salariés en tension (à partir de son échantillon constitué de 24 486 salariés issus de l'enquête SUMER) est de 23,24%. Aussi et alors que dans le secteur Santé action sociale cette prévalence peut atteindre 28,36% chez les femmes, nous relevons, dans notre recherche sur un échantillon de professionnels en gériatrie, une prévalence de 25% (hommes et femmes confondus) de professionnels en tension (job strain) dont 16,6% s'estiment sans soutien (iso job strain).

Tableau 20 : Moyennes des scores de Karasek en France pour le secteur Santé action sociale*.

		Moyennes des scores de Karasek			prévalence de tension (en %)
		demande psychologique	latitude décisionnelle	soutien social	
Santé et action sociale	<i>Homme</i>	21.61	73.32	23.95	17.9
	<i>Femme</i>	22.13	70.01	23.87	28.36

* Niedhammer I et al. (2007).

iv. Le burnout.

Afin de mesurer le burnout, nous nous sommes appuyés sur l'outil de référence en la matière auprès des soignants à savoir le MBI (Maslach Burnout Inventory) de Maslach et Jackson (1981, 1986) en reprenant la version française disponible suite aux travaux de Dion & Tessier (1994). Ses qualités psychométriques, ajoutées à la multitude de travaux ayant utilisé le MBI et notamment en lien avec les études sur le travail émotionnel, nous permettent de vérifier nos hypothèses. Cependant, nous avons également souhaité intégrer une mesure complémentaire et différente du burnout issu du MBI en ayant recours au MSBM (Shirom-Melamed Burnout Measure) de Shirom et Melamed (2006) et plus exactement avec sa version française récemment validée par Sassi et Neveu (2010). La première dimension du burnout, l'épuisement émotionnel, étant la dimension la plus souvent prédictive du syndrome d'épuisement professionnel (Lee & Ashforth, 1996), nous nous sommes intéressés à la conceptualisation du burnout selon Shirom et Melamed qui proposent d'investiguer la fatigue physique et la lassitude cognitive en complément de l'épuisement émotionnel.

Cette conceptualisation plus proche d'une sémiologie observable lors des états de burnout n'est pas sans nous rappeler les altérations cognitives (attention, concentration, mémoire) et la fatigabilité présentes chez les sujets victimes d'une vulnérabilité anxio-dépressive. De plus, il semble que certains travaux (Shirom, Nirel & Vinokur, 2006) aient confirmé les liens entre le MSBM et les stressors organisationnels (charge de travail, autonomie) largement impliqués dans l'installation et le développement d'un burnout. Enfin, certaines stratégies de régulations émotionnelles entraînant un coût, nous pourrions observer des liens entre le MSBM et le travail émotionnel ou la suppression expressive.

1. *le MBI (Maslach Burnout Inventory)*

Le premier questionnaire utilisé pour la mesure du burnout est le MBI (Maslach Burnout Inventory) dans sa version française qui se présente sous la forme d'un autoquestionnaire constitué de 22 items répartis sur trois dimensions.

Nous observons une cohérence interne satisfaisante sur l'échelle globale (avec un alpha de Cronbach de .852) comme sur les trois dimensions du MBI avec un alpha de Cronbach de .907 pour la dimension épuisement professionnel, un alpha de Cronbach de .721 pour la dimension de dépersonnalisation et enfin un alpha de Cronbach de .830 pour la dimension d'accomplissement personnel. Nous relevons également un indice de Kaiser-Meyer-Olkin (0,778) correcte ainsi qu'une signification du test de sphéricité de Bartlett (qui tend vers 0.000) confirmant la possibilité d'une factorisation. Tout comme dans la littérature, la validité de structure interne du questionnaire testée par une analyse factorielle, après rotation Varimax, nous permet de mettre en évidence trois facteurs qui rendent compte de 54.456% de la variance totale. Même si plusieurs items participent aux trois facteurs à la fois, seul l'item 22 semble poser question puisqu'il se retrouve sur la première composante d'épuisement alors que l'on s'attend à le retrouver sur la composante de dépersonnalisation.

Tableau 21 : Alphas, moyennes et écarts-types pour l'échelle MBI.

		Accomplissement personnel	Dépersonnalisation	Epuisement professionnel
N*	Valide	179	178	178
	Manquante	4	5	5
Items		8	5	9
Alphas		0.83	0.721	0.907
Moyenne		34.475	6.421	16.371
Ecart-type		9.517	6.000	11.812
Minimum		0	0	0
Maximum		48	28	54

* échantillon de recherche constitué de 183 professionnels de santé avec expérience en gériatrie.

À la consigne écrite : « *Indiquez la fréquence à laquelle vous ressentez ce qui est décrit à chaque déclaration* », les participants devaient entourer la fréquence d'apparition pour chacune des propositions formulées allant de 0 (jamais) à 6 (chaque jour).

La première dimension l'épuisement émotionnel (30.260% de la variance) est constitué de 9 items par exemple « *je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail* », « *Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail* » ou

« *Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort* ». La somme des items donne le score de burnout sur cette première dimension et peut varier de 0 à 54. Plus le score augmente plus le degré de burnout sur la dimension est élevé. Cependant, et en reprenant la version présentée et utilisée par P. Canoui et A. Mauranges (2004) portant sur un échantillon de soignants, le degré de burnout pour l'épuisement émotionnel peut être réparti comme suit : total inférieur à 17 : burnout bas ; total compris entre 18 et 29 : burnout modéré ; total supérieur à 30 : burnout élevé.

La deuxième dimension, la dépersonnalisation (6.821% de la variance) est constituée de 5 items par exemple « *je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail* », « *Je sens que je m'occupe de certains patient(e)s, résident(e)s de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets* » ou « *Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes patient(e)s, résidant(e)* ». Là encore c'est la somme des 5 items qui la compose qui donne le score de burnout de cette dimension. Ce dernier peut varier entre 0 et 30 et plus il augmente le niveau de burn-out de cette dimension est fort. Pour cette dimension et toujours en s'appuyant sur P. Canoui et A. Mauranges (2004), le degré de burnout peut être réparti comme suit : total inférieur à 5 : burnout bas ; total compris entre 6 et 11 : burn-out modéré ; total supérieur à 12 : burnout élevé.

La troisième et dernière dimension, l'accomplissement (17.374% de la variance) personnel s'obtient par l'addition de 8 items comme « *je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent* », « *Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes patient(e)s, résidant(e)s* » ou « *J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens* ». Le score peut donc varier de 0 à 48, à la différence des deux autres dimensions, moins le score est élevé plus le burnout est élevé sur cette dimension. Pour l'accomplissement personnel (selon P. Canoui & A. Mauranges, 2004) le degré de burnout peut être réparti comme suit : total supérieur à 40 : burnout bas ; total compris entre 34 et 39 : burnout modéré ; total inférieur à 33 : burnout élevé.

2. le MSBM (Shirom-Melamed Burnout Measure).

Pour le deuxième questionnaire, le MSBM (Shirom-Melamed Burnout Measure), dans sa version française (Sassi et Neveu, 2010), il s'agit d'un autoquestionnaire composé de 14 items répartis sur trois dimensions. Dans le cadre de notre recherche, nous obtenons une

cohérence interne très satisfaisante aussi bien sur l'échelle globale (.943) que sur les trois dimensions qui la constituent (alpha de Cronbach de la fatigue physique à .937, alpha de Cronbach de la lassitude cognitive à .939, alpha de Cronbach de l'épuisement émotionnel à .882). De la même façon, nous notons un indice de Kaiser-Meyer-Olkin (0,916) tout à fait correcte ainsi qu'une signification du test de sphéricité de Bartlett (qui tend vers 0.000) confirmant la possibilité d'une factorisation. Aussi, l'analyse factorielle effectuée sur la base de notre échantillon de professionnels soignant ayant une expérience en gériatrie fait très nettement ressortir, après rotation Varimax, trois facteurs expliquant 80.093% de la variance totale.

À la consigne écrite : « *Dans le tableau ci-dessous figurent des déclarations que vous feriez peut-être si vous vous sentiez mal au travail. Indiquez combien de fois vous êtes-vous senti de cette façon au travail* », les participants devaient indiquer la fréquence pour chaque item à l'aide d'une échelle en sept points allant de 1 (jamais ou presque jamais) à 7 (toujours ou presque toujours).

La première dimension, la fatigue physique (57.991% de la variance) sont constituées de six items comme « *Je n'ai aucune énergie pour aller au travail le matin* », « *Je me sens physiquement vidé(e)* » ou « *J'ai l'impression que mes batteries sont à plat* ». Cette dimension de fatigue physique, déjà explorée avec d'autres instruments comme le BMS-10 (burnout Measure Short version) de Malach-Pines (2005) y compris dans sa version française (Lorel, Gueguen et Mouda, 2007), rend compte de la symptomatologie physique habituellement recueillie auprès des personnes en burnout. Le score varie donc de 6 à 42.

La deuxième dimension, la lassitude cognitive (13.822% de la variance expliquée) est constituée de 5 items comme « *Je peine à réfléchir rapidement* », « *J'ai l'impression que je n'arrive pas à concentrer mes pensées* » ou « *J'ai du mal à me concentrer* », et correspond à la somme des scores obtenus. Elle varie de 5 à 35 et rend compte d'une dimension assez peu explorée et essentiellement centrée sur les retentissements cognitifs. Une altération des processus attentionnels pourrait ainsi signaler l'installation d'un sentiment d'usure complémentaire à la dimension purement physique.

La troisième dimension, l'épuisement émotionnel (8.281% de la variance expliquée), correspond à la dimension la plus solide ou représentative du burnout mais elle correspond également à la notion la plus souvent explorée par les différents outils. Cette dimension

s'obtient en sommant les trois items suivants : « *Je me sens incapable de ressentir les besoins de mes collègues et des patient(e)s* », « *Je sens que je ne peux pas m'investir émotionnellement avec les collègues et les patient(e)s* » et « *Je me sens incapable d'être proche de mes collègues et des patient(e)s* ». Le score varie alors de 3 à 21.

Tableau 22 : Alphas, moyennes et écarts-types pour l'échelle MSBM.

		Fatigue physique	Lassitude cognitive	Epuisement émotionnel
N*	Valide	151	149	150
	Manquante	32	34	33
Items		6	5	3
Alpha		0.937	0.939	0.882
Moyenne		22.16	15.38	7.57
Ecart-type		7.480	5.696	3.408
Minimum		7	5	3
Maximum		42	35	21

* échantillon de recherche constitué de 183 professionnels de santé avec expérience en gériatrie.

C. Résultats.

Afin de vérifier notre première hypothèse (H3a) sur les liens entre les stratégies de régulations émotionnelles au travail et la variation de score de détresse émotionnelle, nous avons réalisé une première exploration à partir de l'étude des corrélations puis nous nous sommes proposé de réaliser une régression linéaire multiple avec la méthode « pas à pas » pour obtenir un modèle explicatif des variations du score de détresse psychologique. Par la suite, nous avons réalisé une analyse de variance afin de tester l'effet de nos variables indépendantes retenues (stratégies de régulations émotionnelles au travail) sur notre variable dépendante (la détresse psychologique). Aussi, pour cette première hypothèse nous nous sommes appuyé sur l'échantillon d'étudiant en IFSI / IFAS (885 sujets).

1) Relations significatives entre le score de détresse psychologique et les stratégies de régulations émotionnelles au travail chez les étudiants en IFSI / IFAS.

i. Les covariations observables entre la détresse psychologique et les régulations émotionnelles au travail.

Nous observons, sur notre échantillon d'étudiants, des relations linéaires significatives entre le score de détresse psychologique et les régulations émotionnelles issues du travail

émotionnel. En effet, nous observons une corrélation positive et significative entre le score de détresse psychologique et le jeu en surface ($r = .122$; $n = 844$; $p = < 0.01$), une corrélation positive significative entre le score de détresse psychologique et la répression émotionnelle ($r = .101$; $n = 845$; $p = < 0.01$) ainsi qu'une corrélation modérée positive et significative entre le score de détresse psychologique et le jeu en profondeur ($r = .078$; $n = 835$; $p = < 0.05$). Il semble donc que les scores de jeu en surface, de jeu en profondeur et de répression émotionnelle varient ensemble avec celui de la détresse psychologique.

ii. Effet des variables du travail émotionnel sur la variation de détresse psychologique.

Afin d'observer plus finement les facteurs impliqués dans la variation du score de détresse psychologique, nous avons réalisé une régression linéaire multiple avec entrée progressive de type « pas à pas ». Nous obtenons deux modèles significatifs soulignés par des valeurs de F (11,130 au 1^{er} modèle et 7,554 au 2^d modèle) significatives ($p = 0,001$). En ce sens nous avons moins de 1 % de chance de nous tromper en affirmant que les modèles contribuent à mieux prédire le score de détresse psychologique que la simple moyenne. Le modèle que nous retenons intègre ainsi le jeu en surface et la répression émotionnelle. À la différence de notre exploration avec les corrélations, nous notons que la régression ne retient pas le jeu en profondeur pour améliorer la prédiction de détresse psychologique. Autrement dit nous observons une variation du score de détresse associée à la stratégie de jeu en surface et aux prescriptions internes. L'observation de la variation de R deux nous informe d'une plus forte contribution au modèle du jeu en surface avec une variation de F (11,789) significative ($p = 0,001$), mais également sur une contribution (moins importante) de la répression émotionnelle (significative). Cependant, elle reste extrêmement modeste, car notre modèle n'explique que 1,6% de détresse psychologique. Aussi l'équation pour prédire le score de détresse psychologique pourrait s'écrire :

$$\text{Score de détresse}_{\text{prédit}} = 1,372 + (0,153 \text{scoresurf.}) + (0,08 \text{scorerépres.})$$

Enfin, l'observation des β standardisés nous informe sur le poids de chaque variable dans l'équation. Ainsi nous pouvons souligner que le jeu en surface ($\beta = .097$) semble légèrement

plus important que la répression émotionnelle ($\beta = .071$). Plus les sujets font du jeu en surface et de la répression émotionnelle plus ils ont un score de détresse psychologique élevée.

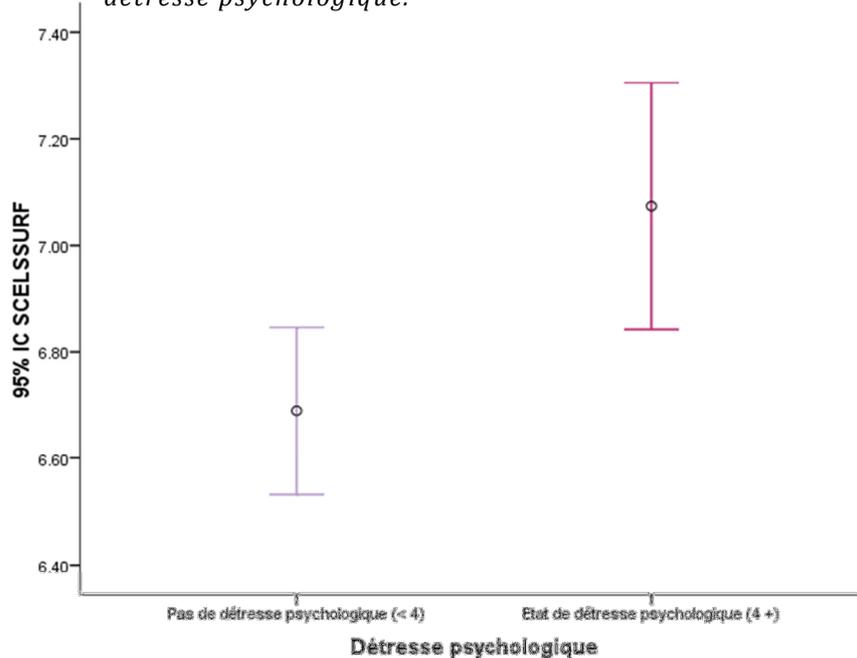
iii. Variations des scores de jeu en surface et de répression émotionnelle chez les sujets en détresse psychologique et ceux qui ne le sont pas.

Dans un troisième temps, nous avons souhaité identifier plus clairement les différences de scores de détresse psychologique chez nos sujets en nous concentrant sur l'effet du jeu en surface et de la répression émotionnelle.

Pour ce faire, nous avons réalisé une analyse de variance univariée (ANOVA) en intégrant comme variable dépendante le score de jeu en surface puis la répression émotionnelle et en variable indépendante le score de GHQ-12 qui regroupe deux groupes les répondants en souffrance psychologiques (score ≥ 4) et ceux qui ne souffrent pas (score < 3).

Nous observons que la moyenne de score de jeu en surface varie de 6,6897 (chez les sujets ne présentant aucune détresse psychologique) et 7,075 (chez les sujets présentant une détresse psychologique). Au total l'échantillon obtient un score moyen de jeu en surface de 6,8175. Nous remarquons également que les écarts-types ne sont pas exactement semblables dans les deux groupes et que plus précisément pour les sujets en détresse psychologique ($\sigma = 1.96513$) la variabilité semble plus grande que pour les sujets ne présentant pas de détresse ($\sigma = 1.91038$).

Figure 27: variabilité échantillonnale et distribution des valeurs de jeu en surface dans les deux groupes pour la détresse psychologique.



La distribution des valeurs de jeu en surface dans le graphique de barres d'erreur (Figure 26) retranscrit bien cette variabilité plus importante chez les sujets en détresse, mais également attire notre attention sur le peu de chevauchement des valeurs qui de ce fait et dans l'intervalle de

confiance sont très peu partagées. La statistique F (7,467) significative ($p = 0,006$) produite par l'ANOVA nous permet de confirmer l'existence d'une différence significative entre les sujets en détresse psychologique et ceux qui ne le sont pas. Nous pouvons donc souligner que pour les sujets en détresse psychologique le score de jeu en surface est plus important.

En revanche, s'agissant de la répression émotionnelle les moyennes de répression émotionnelle pour les sujets en détresse ($M = 8.0901$) et pour ceux qui ne le sont pas ($M = 8.3763$) restent assez proches de la moyenne de l'échantillon total ($M = 8.1846$). De plus, les résultats de l'ANOVA ($F = 2,116$; $p > 0,05$) ne font pas apparaître de différence significative permettant d'attribuer une augmentation particulière de répression pour les sujets en détresse par rapport aux autres.

2) Les régulations émotionnelles au travail en complémentarité du modèle de Karasek pour expliquer le burnout.

Pour vérifier notre seconde hypothèse (H3b) et savoir si en complémentarité du modèle Karasek (intégrant les exigences et le contrôle) et des caractéristiques individuelles dispositionnelles (régulations émotionnelles dispositionnelles et anxiété trait), le travail

émotionnel (jeu en surface, le jeu en profondeur, la répression émotionnelle et le soutien émotionnel) ne constitue pas un antécédent du burnout, nous avons réalisé des régressions linéaires multiples. Nous avons tout d'abord privilégié un modèle de régression hiérarchique (pour garder l'ordre d'entrée de nos variables et identifier des groupes distincts) avec une méthode progressive de type « pas à pas » et ce pour chaque dimension du burnout selon l'approche de Maslach et Jackson (intégrant une dimension d'épuisement, une dimension de dépersonnalisation et une dimension d'accomplissement personnel) et selon l'approche de Shirom et Melamed (privilégiant une dimension de fatigue physique, une dimension de lassitude cognitive et une dimension d'épuisement émotionnel).

Aussi, nous avons constitué cinq blocs de variables explicatives pour bâtir un modèle de prédiction de la variance de burnout. Le premier bloc est constitué des variables de personnalité avec l'anxiété trait. Le deuxième bloc est un bloc de variables dispositionnelles intégrant les régulations émotionnelles dispositionnelles (réévaluation cognitive et suppression expressive). Le troisième bloc est constitué est dit contextuel et s'appuie sur la perspective interactionniste du modèle de Karasek. De ce fait, il intègre la demande psychologique (la charge de travail ou encore les exigences), l'autonomie (ou la latitude décisionnelle) et le soutien (émotionnel et professionnel auprès des supérieurs et des collègues). Le quatrième bloc est constitué des prescriptions émotionnelles externes (variété et intensité) et internes (répression émotionnelle et soutien émotionnel). Enfin le cinquième bloc est constitué des régulations émotionnelles au travail (jeu en surface, jeu en profondeur).

Dans un second temps nous avons souhaité observer s'il existait un effet d'interaction entre travaux émotionnel et le modèle de Karasek. Là encore nous avons privilégié une approche statistique basée sur un modèle de régression hiérarchique en intégrant en ordre d'entrée les groupes de variables que nous considérons impliquées dans la variation du burnout (soulignées au point précédent).

- i. Impact des régulations émotionnelles en complémentarité du modèle de Karasek et des variables dispositionnelles et de personnalité sur le burnout selon Maslach et Jackson.

Nous obtenons pour la première dimension, c'est-à-dire l'épuisement émotionnel, quatre modèles de régression dont la qualité est, pour chacun, très satisfaisante et ainsi où

chaque variable introduite contribue significativement à améliorer la variabilité de l'épuisement émotionnel. Le tableau d'ANOVA nous renseigne sur ce point en observant des valeurs F (38,616 ; 29,466 ; 30,584 ; 25,248) obtenus pour chaque modèle significatif à $p < 0,001$. Plus exactement, en retenant le quatrième modèle, nous pouvons retenir le modèle de Karasek (demande et autonomie), l'anxiété trait et la répression émotionnelle pour prédire 44,3% de variation du score d'épuisement émotionnel.

Tableau 23 : Récapitulatif des modèles de régression pour l'épuisement émotionnel (MBI).

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation	Changement dans les statistiques			Sig. Variation de F	Durbin-Watson	
					Variation de R-deux	Variation de F	ddl1			
1	.552 ^a	.305	.299	10.088	.305	53.149	1	121	.000	
2	.644 ^b	.415	.406	9.293	.110	22.611	1	120	.000	
3	.660 ^c	.435	.421	9.171	.020	4.216	1	119	.042	
4	.679 ^d	.461	.443	8.996	.026	5.654	1	118	.019	1.815

a. Valeurs prédites : (constantes), ANXTRAIT

b. Valeurs prédites : (constantes), ANXTRAIT, demande

c. Valeurs prédites : (constantes), ANXTRAIT, demande, autonomie

d. Valeurs prédites : (constantes), ANXTRAIT, demande, autonomie, ELS_REP

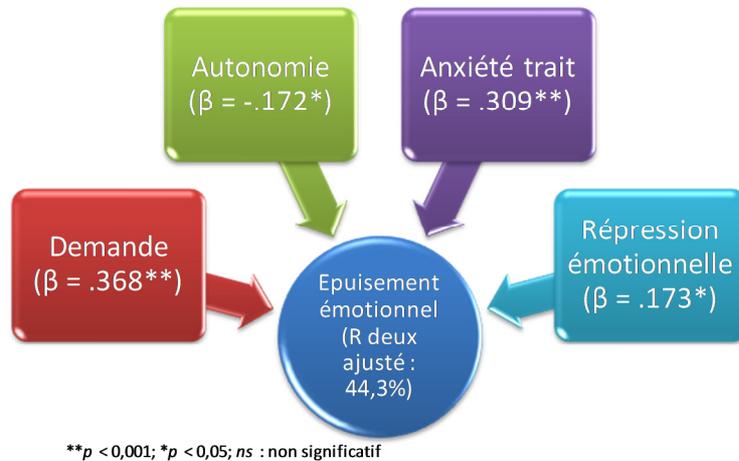
e. Variable dépendante : MBI_EPUI

Chaque variable introduite contribue significativement à enrichir le modèle, car nous observons des variations de R deux significatives à chaque étape. Le premier modèle intégrant l'anxiété trait propose une variation du R deux (.305) significatives ($F = 53,149$; $p < 0,001$), le second ajoutant la demande propose une variation du R deux (.110) significative ($F = 22,611$; $p < 0,001$), le troisième en associant l'autonomie propose une variation de R deux (.020) significative ($F = 4,216$; $p < 0,05$) et enfin le quatrième en rajoutant la répression émotionnelle propose une variation de R deux (.026) significative ($F = 5,654$; $p < 0,05$).

Le quatrième modèle significatif expliquant le mieux la variance du score d'épuisement émotionnel nous pouvons bâtir l'équation de régression dans le but de prédire la valeur d'Y (score d'épuisement émotionnel) comme suit :

$$Y_{\text{prédit}} = (-7,168 + 1,023\text{demande} - 0,219\text{autonomie} + 0,477\text{anxiété} + 0,802\text{répression})$$

Figure 28 : Modèle d'analyse de l'épuisement émotionnel (MBI) en fonction des variables contextuelles, dispositionnelles et du travail émotionnel.



** $p < 0,001$; * $p < 0,05$; ns : non significatif

et plus ils font de la répression émotionnelle plus ils s'exposent à développer un épuisement émotionnel.

Pour la deuxième dimension, la dépersonnalisation, nous n'obtenons que deux modèles significatifs qui contribuent à améliorer la prédiction du score de dépersonnalisation. Dans le tableau d'ANOVA, les valeurs de F (31,196 et 20,456) obtenues pour chaque modèle sont significatives à $p < 0,001$. En gardant le deuxième modèle, nous pouvons retenir l'anxiété trait et la suppression expressive (pour le deuxième modèle) pour prédire 24,2% de la variation du score de dépersonnalisation.

Tableau 24 : Récapitulatif des modèles de régression pour la dépersonnalisation (MBI).

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation	Changement dans les statistiques					
					Variation de R-deux	Variation de F	ddl1	ddl2	Sig. Variation de F	Durbin-Watson
1	.453 ^a	.205	.198	5.627	.205	31.196	1	121	.000	
2	.504 ^b	.254	.242	5.472	.049	7.930	1	120	.006	1.834

a. Valeurs prédites : (constantes), ANXTRAIT

b. Valeurs prédites : (constantes), ANXTRAIT, ERQ_SUP

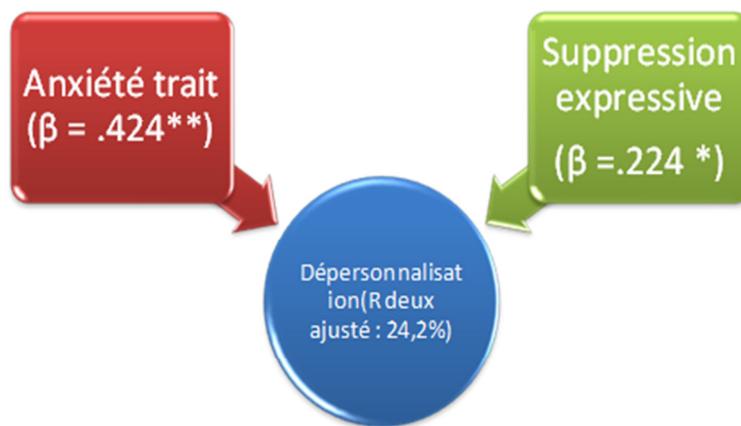
c. Variable dépendante : MBI_DEPERSO

De ce fait, les régulations émotionnelles issues du travail émotionnel et le modèle de karasek ne sont pas retenus pour l'élaboration du modèle. Chaque variable introduite contribue à enrichir le modèle, et ce de façon significative. L'anxiété trait apporte une variation de R deux (0,205) significative ($F = 31,196$; $p < 0,001$) puis la suppression expressive enrichie le modèle avec une variation de R deux (0,049) significative ($F = 7,930$; $p < 0,01$).

Le deuxième modèle significatif expliquant le mieux la variance du score de dépersonnalisation nous pouvons bâtir l'équation de régression dans le but de prédire la valeur d'Y (score de dépersonnalisation) comme suit :

$$Y_{\text{prédit}} = (-5.566 + 0,341\text{anxiété} + 1,102\text{suppression})$$

Figure 29 : Modèle d'analyse de dépersonnalisation (MBI) en fonction des variables contextuelles, dispositionnelles et du travail émotionnel.



**p < 0,001; *p < 0,01; ns : non significatif

dépersonnalisation plus élevée que les autres.

Enfin, l'observation des β standardisés souligne que l'anxiété ($\beta = .338$) et la suppression expressive ($\beta = .225$) constituent les deux valeurs les plus concernées par le modèle. En ce sens nous pouvons dire que les sujets présentant un mode anxieux et qui a l'habitude de modifier ce qu'ils expriment (d'un point de vue émotionnel) vont développer un score de

Pour la troisième dimension, l'accomplissement personnel, nous obtenons cinq modèles de régression faisant intervenir (pour le dernier) l'anxiété trait, la suppression expressive, l'autonomie, le soutien émotionnel et la répression émotionnelle. Dans le tableau d'ANOVA, les valeurs de F (10,621 ; 8,850 ; 8,046 ; 8,667 ; 9,645) obtenues pour chaque modèle sont significatives à $p < 0,001$. Le cinquième modèle permet de prédire une variation de 26,2% du score d'accomplissement personnel.

Tableau 25 : Récapitulatif des modèles de régression pour l'accomplissement personnel (MBI).

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation	Changement dans les statistiques				Durbin-Watson
					Variation de R-deux	Variation de F	ddl1	ddl2	
1	.284 ^a	.081	.073	7.414	.081	10.621	1	121	.001
2	.359 ^b	.129	.114	7.248	.048	6.588	1	120	.011
3	.411 ^c	.169	.148	7.109	.040	5.739	1	119	.018
4	.477 ^d	.227	.201	6.884	.058	8.923	1	118	.003
5	.540 ^e	.292	.262	6.617	.065	10.708	1	117	.001

a. Valeurs prédites : (constantes), ANXTRAIT

b. Valeurs prédites : (constantes), ANXTRAIT, ERQ_SUP

c. Valeurs prédites : (constantes), ANXTRAIT, ERQ_SUP, autonomie

d. Valeurs prédites : (constantes), ANXTRAIT, ERQ_SUP, autonomie, ELS_SOU

e. Valeurs prédites : (constantes), ANXTRAIT, ERQ_SUP, autonomie, ELS_SOU, ELS_REP

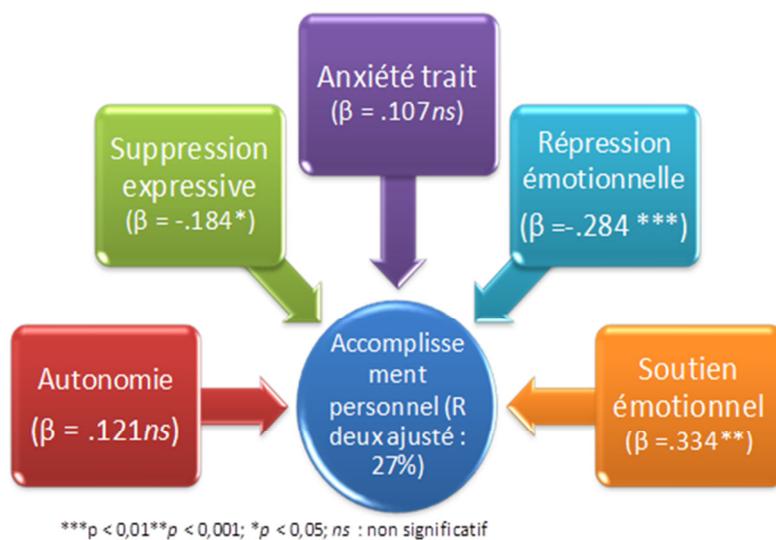
f. Variable dépendante : MBI_ACCOMP

Chaque variable introduite contribue là encore enrichir le modèle de façon significative. L'anxiété trait contribue au modèle avec une variation du R deux (0,081) significative ($F = 10,621$; $p < 0,01$), la suppression expressive apporte une variation de R deux (0,048) significative ($F = 6,588$; $p < 0,05$) puis l'autonomie enrichie le modèle avec une variation de R deux (0,040) significative ($F = 5,739$; $p < 0,01$), le soutien émotionnel apporte également une variation du R deux (0,058) significative ($F = 8,923$; $p < 0,05$) et enfin la répression émotionnelle apporte une variation du R deux (0,065) significatives ($F = 10,708$; $p < 0,01$).

Le cinquième modèle significatif expliquant le mieux la variance du score d'accomplissement personnel nous pouvons bâtir l'équation de régression dans le but de prédire la valeur d'Y (score d'accomplissement personnel) comme suit :

$$Y_{\text{prédit}} = (34,321 - 0,105\text{anxiété} - 1,111\text{suppression} + 0,098\text{autonomie} + 1,223\text{soutienémotionnel} - 0,841\text{répression})$$

Figure 30 : Modèle d'analyse de l'accomplissement personnel (MBI) en fonction des variables contextuelles, dispositionnelles et du travail émotionnel.



Enfin, l'observation des β standardisés souligne que la suppression expressive ($\beta = -.184$), la répression émotionnelle ($\beta = -.284$) et surtout le soutien émotionnel ($\beta = .334$) œuvrent fortement et de façon significative dans l'équation. L'autonomie ($\beta = .121$) possédant une valeur de t basse et un p élevé ($t = 1,339$; $p = 0,183$) et l'anxiété ($\beta = -.107$) possédant une valeur de t non significative ($t = -1,179$; $p = 0,241$) contribuent moins clairement et fortement dans l'équation. En ce sens, il convient surtout de noter que dans notre modèle et indépendamment d'une autonomie correcte et d'une anxiété trait modéré, les sujets qui n'ont pas systématiquement recours à une suppression de l'expression émotionnelle, qui font moins de répression émotionnelle et un niveau de soutien émotionnel élevé ont un score d'accomplissement personnel plus élevé que les autres.

ii. Impact des régulations émotionnelles en complémentarité du modèle de Karasek et des variables dispositionnelles sur le burnout selon Schirom et Melamede.

Comme pour le modèle de Maslach et Jackson, nous avons conservé nos cinq blocs de variables explicatives pour bâtir un modèle de prédiction de la variance de burnout. Le premier bloc reste constitué des variables de personnalité, le deuxième bloc des variables de régulations émotionnelles dispositionnelles, le troisième bloc est toujours dit contextuel (en s'appuyant sur la perspective interactionniste du modèle de Karasek, le quatrième bloc reste constitué des prescriptions émotionnelles externes et internes et enfin le cinquième bloc demeure constitué des régulations émotionnelles au travail.

Ainsi, nous obtenons pour la première dimension, c'est-à-dire la fatigue physique, quatre modèles significatifs qui contribuent à améliorer la prédiction du score de fatigue physique. Dans le tableau d'ANOVA, les valeurs de F (53,612 ; 49,115 ; 38,186 ; 31,135) obtenues pour chaque modèle sont significatives à $p < 0,001$. En gardant le cinquième modèle, nous pouvons retenir le modèle de Karasek (effet de l'autonomie pour le premier modèle et ajout de la demande pour le deuxième modèle), l'anxiété trait (ajouté au troisième modèle), la réévaluation cognitive (pour le quatrième modèle) et la répression émotionnelle (pour le cinquième modèle) pour prédire 49,9% de la variation du score de fatigue physique.

Tableau 26 : Récapitulatif des modèles de régression pour La fatigue physique (MSBM).

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation	Changement dans les statistiques					
					Variation de R-deux	Variation de F	ddl1	ddl2	Sig. Variation de F	Durbin-Watson
1	.556 ^a	.309	.303	6.327	.309	53.612	1	120	.000	
2	.672 ^b	.452	.443	5.656	.143	31.149	1	119	.000	
3	.702 ^c	.493	.480	5.466	.040	9.397	1	118	.003	
4	.718 ^d	.516	.499	5.364	.023	5.558	1	117	.020	1.867

a. Valeurs prédites : (constantes), ANXTRAIT

b. Valeurs prédites : (constantes), ANXTRAIT, demande

c. Valeurs prédites : (constantes), ANXTRAIT, demande, autonomie

d. Valeurs prédites : (constantes), ANXTRAIT, demande, autonomie, ELS_REP

e. Variable dépendante : MSBM_FAT

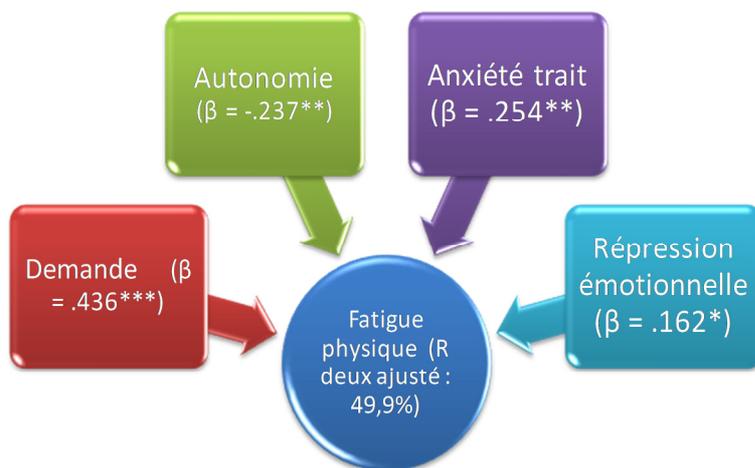
Chaque variable introduite contribue à enrichir le modèle, et ce de façon significative. L'anxiété trait apporte une variation de R deux (0,309) significative ($F = 53,612$; $p < 0,001$) puis la demande enrichie le modèle avec une variation de R deux (0,143) significative ($F = 31,149$; $p < 0,001$), l'autonomie quant à elle contribue à améliorer plus modestement la variance expliquée avec une variation spécifique du R deux (0,040) significatives ($F = 9,397$;

$p < 0,01$), et enfin la répression émotionnelle achève l'amélioration du modèle en apportant une variation du R deux (0,023) elle aussi significative ($F = 5,558$; $p < 0,05$).

Le quatrième modèle significatif expliquant le mieux la variance du score de fatigue physique nous pouvons bâtir l'équation de régression dans le but de prédire la valeur d'Y (score de fatigue) comme suit :

$$Y_{\text{prédit}} = 3,363 + (0,251 \text{anxiété}) + (0,765 \text{demande}) - (0,189 \text{autonomie}) + (0,474 \text{répression})$$

Figure 31 : Modèle d'analyse de fatigue physique (MSBM) en fonction des variables contextuelles, dispositionnelles et du travail émotionnel.



*** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$;

Enfin, l'observation des β standardisés nous permet d'affirmer que la tension au travail est déterminante avec l'anxiété trait et que la répression émotionnelle contribue plus modestement au modèle dans le modèle. Aussi, la demande ($\beta = .436$), l'autonomie ($\beta = -.237$) et l'anxiété trait ($\beta = .254$) s'imposent façon significative dans l'équation. La répression émotionnelle ($\beta = .162$) complète significativement la qualité prédictive du modèle. Ainsi, les salariés en tension présentant un mode anxieux et engagés dans un processus de répression émotionnelle auront une variation de score de fatigue plus importante que les autres.

Pour la deuxième dimension, la lassitude cognitive, nous relevons deux modèles de régression faisant intervenir (pour le dernier) l'anxiété trait et le soutien émotionnel. Dans le tableau d'ANOVA, la valeur de $F (41,106)$ obtenue pour le premier modèle est significative à $p < 0,001$. Pour le second modèle, la valeur de $F (23,359)$ est elle aussi significative à $p < 0,001$. Le deuxième modèle permet de prédire une variation de 27,3% du score de lassitude cognitive.

Tableau 27 : Récapitulatif des modèles de régression pour la lassitude cognitive (MSBM).

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation	Changement dans les statistiques					
					Variation de R-deux	Variation de F	ddl1	ddl2	Sig. Variation de F	Durbin-Watson
1	.508 ^a	.258	.252	4.976	.258	41.106	1	118	.000	
2	.534 ^b	.285	.273	4.906	.027	4.420	1	117	.038	1.971

a. Valeurs prédites : (constantes), ANXTRAIT

b. Valeurs prédites : (constantes), ANXTRAIT, ELS_SOU

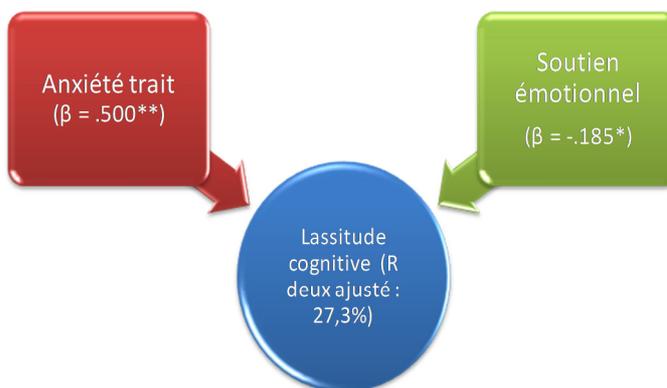
c. Variable dépendante : MSBM_LASCOG

Chaque variable introduite contribue à enrichir le modèle de façon significative, mais nous notons une contribution très nette de l'anxiété trait avec une variation du R deux (0,258) significative (F = 41,106 ; p < 0,001) suivie d'une contribution plus modeste du soutien émotionnel avec une variation du R deux (0,027) significative (F = 4,420 ; p < 0,05).

Le deuxième modèle significatif expliquant le mieux la variance du score de lassitude cognitive nous pouvons bâtir l'équation de régression dans le but de prédire la valeur d'Y (score de lassitude cognitive) comme suit :

$$Y_{\text{prédit}} = 6,737 + (0,373\text{anxiété}) - (0,452\text{soutienémotionnel})$$

Figure 32 : Modèle d'analyse de lassitude cognitive (MSBM) en fonction des variables contextuelles, dispositionnelles et du travail émotionnel.



**p < 0,001; *p < 0,05; ns : non significatif

Enfin, l'observation des β standardisés souligne bien que l'anxiété trait ($\beta = .500$) puis le soutien émotionnel ($\beta = -.185$) pèsent et orientent fortement l'apparition d'une lassitude cognitive. Plus les sujets sont anxieux et moins ils font du soutien émotionnel plus ils augmentent leur niveau de lassitude cognitive.

Pour la troisième dimension, l'épuisement émotionnel, nous obtenons quatre modèles de régression faisant intervenir (pour le dernier) l'anxiété trait, l'autonomie, le soutien émotionnel et le jeu en surface. Dans le tableau d'ANOVA, les valeurs de F (30,756 ; 17,892 ;

17,121 ; 14,607) obtenues pour chaque modèle sont significatives à $p < 0,001$. Le quatrième modèle permet de prédire une variation de 31,2% du score d'épuisement émotionnel.

Tableau 28 : Récapitulatif des modèles de régression pour l'épuisement émotionnel (MSBM).

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation	Changement dans les statistiques				Sig. Variation de F	Durbin-Watson
					Variation de R-deux	Variation de F	ddl1	ddl2		
1	.453 ^a	.205	.199	3.091	.205	30.756	1	119	.000	
2	.482 ^b	.233	.220	3.050	.027	4.201	1	118	.043	
3	.552 ^c	.305	.287	2.915	.072	12.187	1	117	.001	
4	.579 ^d	.335	.312	2.864	.030	5.214	1	116	.024	2.172

a. Valeurs prédites : (constantes), ANXTRAIT

b. Valeurs prédites : (constantes), ANXTRAIT, autonomie

c. Valeurs prédites : (constantes), ANXTRAIT, autonomie, ELS_SOU

d. Valeurs prédites : (constantes), ANXTRAIT, autonomie, ELS_SOU, ELS_SURF

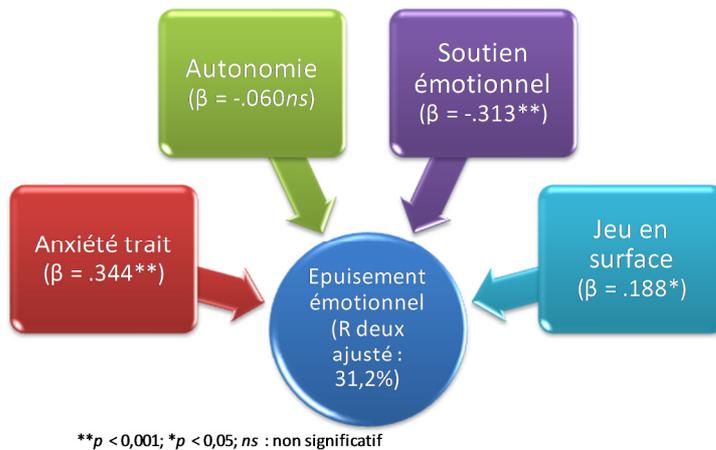
e. Variable dépendante : MSBM_EMO

Nous observons que chaque variable introduite contribue à enrichir le modèle de façon significative. L'anxiété trait apporte une variation de R deux (0,205) significative ($F = 30,756$; $p < 0,001$) puis l'autonomie enrichie le modèle avec une variation de R deux (0,027) significative ($F = 4,201$; $p < 0,05$), le soutien émotionnel contribue au modèle avec une variation du R deux (0,072) significative ($F = 12,187$; $p < 0,01$) et enfin le jeu en surface plus modestement contribue à améliorer le modèle avec une variation du R deux (0,030) significative ($F = 5,214$; $p < 0,05$).

Ce quatrième modèle significatif expliquant le mieux la variance du score d'épuisement émotionnel nous permet de construire l'équation de régression dans le but de prédire la valeur d'Y (score d'épuisement émotionnel) comme suit :

$$Y_{\text{prédit}} = (8.368 + 0,153\text{anxiété} - 0,022\text{autonomie} - 0,515\text{soutienémotionnel} + 0,303\text{jeuensurface})$$

Figure 33 : Modèle d'analyse d'épuisement émotionnel (MSBM) en fonction des variables contextuelles, dispositionnelles et du travail émotionnel.



Enfin, l'observation des β standardisés souligne qu'au-delà d'une baisse relative (valeur de $t = -0,685$ non significative) de l'autonomie ($\beta = -.060$), c'est bien l'anxiété trait ($\beta = .344$) et le soutien émotionnel ($\beta = -.313$) puis, plus modestement, le jeu en surface ($\beta = .188$) qui ont un poids particulier dans l'équation. Aussi, nous pourrions avancer que plus les sujets sont anxieux,

plus ils ont recours au jeu en surface et moins ils font de soutien émotionnel dans un contexte de baisse de latitude alors plus ils obtiennent un score d'épuisement émotionnel élevé.

iii. Effets d'interactions entre les variables contextuelles et les régulations émotionnelles issues du travail émotionnel.

Nous avons constitué quatre blocs de variables explicatives pour bâtir un modèle de prédiction de la variance de burnout. Le premier bloc est dit contextuel et donc s'appuie comme précédemment sur la perspective interactionniste du modèle de Karasek. Le deuxième bloc est constitué des variables issues du travail émotionnel (jeu en surface, jeu en profondeur, prescriptions internes et prescriptions externes). Le troisième bloc est constitué de variable d'interaction entre la demande psychologique (première dimension di modèle de Karasek) et les différentes régulations émotionnelles issues du travail émotionnel. Enfin le quatrième bloc est lui constitué de variable d'interaction entre l'autonomie (deuxième dimension du modèle de Karasek) et les différentes régulations émotionnelles issues du travail émotionnel. Nous avons privilégié un modèle de régression hiérarchique (pour garder l'ordre d'entrée de nos variables et identifier des groupes distincts) avec une méthode progressive de type « pas à pas », et ce pour chaque dimension du burnout selon l'approche de Maslach et Jackson et selon l'approche de Shirom et Melamed.

Après avoir testé l'ensemble des dimensions du burnout selon les deux modèles (MBI et MSBM), seules les deux premières dimensions du burnout selon Maslach et Jackson (épuisement émotionnel et dépersonnalisation) sont impactées par un effet d'interaction entre les variables contextuelles et le travail émotionnel.

- S'agissant de l'épuisement émotionnel, nous obtenons cinq modèles de régression (tous significatifs à $p < 0,001$) dont le dernier intègre une variable d'interaction entre la demande psychologique et le soutien émotionnel. Dans le détail, la variation du R deux (0,019) significative $p < 0,05$ confirme un effet d'interaction.

Tableau 29 : Récapitulatif des modèles de régression avec interaction pour l'épuisement émotionnel (MBI).

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation	Changement dans les statistiques				
					Variation de R-deux	Variation de F	ddl1	ddl2	Sig. Variation de F
1	.468 ^a	.219	.213	10.969	.219	37.232	1	133	.000
2	.516 ^b	.266	.255	10.669	.048	8.589	1	132	.004
3	.570 ^c	.325	.309	10.276	.058	11.286	1	131	.001
4	.588 ^d	.346	.326	10.151	.021	4.247	1	130	.041
5	.604 ^e	.365	.341	10.038	.019	3.947	1	129	.049

a. Valeurs prédites : (constantes), demande

b. Valeurs prédites : (constantes), demande, autonomie

c. Valeurs prédites : (constantes), demande, autonomie, ELS_REP

d. Valeurs prédites : (constantes), demande, autonomie, ELS_REP, ELS_SURF

e. Valeurs prédites : (constantes), demande, autonomie, ELS_REP, ELS_SURF, EXISOU

De plus, le coefficient du terme d'interaction (-0,038) disposant d'une significativité inférieure à .05 il y a bien interaction. De plus, nous notons un signe négatif du coefficient signalant de ce fait que l'effet de la demande sur l'épuisement diminue en même temps qu'augmente le soutien émotionnel et réciproquement. Ainsi, nous pouvons avancer que l'effet négatif de la demande sur l'épuisement est plus fort pour les sujets ayant un niveau de soutien émotionnel plus élevé.

Tableau 30 : Récapitulatif des coefficients, Bêtas, valeurs de t et significativités pour les variables retenues dans le modèle intégrant l'interaction.

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés		Sig.
		A	Erreur standard	Bêta	t	
5	(Constante)	-3.073	9.436		-.326	.745
	demande	1.761	.372	.630	4.739	.000
	autonomie	-.203	.098	-.156	-2.078	.040
	ELS_REP	1.016	.365	.217	2.785	.006
	ELS_SURF	.929	.444	.162	2.094	.038
	EXISOU	-.038	.019	-.270	-1.987	.049

En ce sens, en prenant en compte les différents niveaux de soutien émotionnel (moyen = 13,84 ; minimum = 8 ; maximum = 16), nous pouvons calculer l'effet de la demande en appliquant les coefficients de la demande ainsi que le coefficient d'interaction :

$$\text{Effet de la demande} = 1,761 + (-0,038 \times \text{soutien})$$

Ainsi (comme nous le montre le tableau 31), nous pouvons observer qu'effectivement pour les sujets qui ont un niveau de soutien émotionnel bas (minimum = 8), l'épuisement émotionnel augmente de 1,46 d'unité de demande psychologique alors qu'il augmente de 1,16 unité pour ceux qui ont un niveau de soutien émotionnel maximal (16).

Tableau 31 : Effet de la demande sur l'épuisement en fonction du niveau de soutien dans notre population de professionnels.

Niveau de soutien	effet de la demande
8	1.459499543
13.84	1.239657569
16	1.158346153

- S'agissant de la dépersonnalisation, nous obtenons quatre modèles de régression (les deux premiers significatifs à $p < 0,005$ et les deux derniers significatifs à $p < 0,001$) dont le dernier intègre une variable d'interaction entre l'autonomie et le jeu en surface. Dans le détail, la variation du R deux (0,047) significative $p < 0,01$ confirme un effet d'interaction.

Tableau 32 : Récapitulatif des modèles de régression avec interaction pour la dépersonnalisation (MBI).

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation	Changement dans les statistiques				
					Variation de R-deux	Variation de F	ddl1	ddl2	Sig. Variation de F
1	.253 ^a	.064	.057	6.153	.064	9.109	1	133	.003
2	.322 ^b	.104	.090	6.044	.040	5.843	1	132	.017
3	.400 ^c	.160	.141	5.874	.056	8.768	1	131	.004
4	.455 ^d	.207	.182	5.730	.047	7.644	1	130	.007

a. Valeurs prédites : (constantes), autonomie

b. Valeurs prédites : (constantes), autonomie, demande

c. Valeurs prédites : (constantes), autonomie, demande, ELS_SURF

d. Valeurs prédites : (constantes), autonomie, demande, ELS_SURF, AUTONSURF

De plus, le coefficient du terme d'interaction (-.070) disposant d'une significativité inférieure à .01 il y a bien interaction. Aussi, nous notons un signe négatif du coefficient signalant de ce fait que l'effet de l'autonomie sur la dépersonnalisation diminue en même temps qu'augmente le jeu en surface et réciproquement. Ainsi, nous pouvons avancer que l'effet négatif de l'autonomie sur la dépersonnalisation est plus fort pour les sujets ayant un niveau de jeu en surface plus élevé.

Tableau 33 : Récapitulatif des coefficients, Bêtas, valeurs de t et significativités pour les variables retenues dans le modèle intégrant l'interaction.

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés		Sig.
		A	Erreur standard	Bêta	t	
4	(Constante)	-23.595	13.745		-1.717	.088
	autonomie	.381	.198	.571	1.922	.057
	demande	.196	.114	.137	1.715	.089
	ELS_SURF	5.523	1.756	1.877	3.146	.002
	AUTONSURF	-.070	.025	-1.758	-2.765	.007

En ce sens, en prenant en compte les différents niveaux de jeu en surface (moyen = 6,46 ; minimum = 3 ; maximum = 12), nous pouvons calculer l'effet de l'autonomie en appliquant les coefficients de l'autonomie ainsi que le coefficient d'interaction :

$$\text{Effet de l'autonomie} = 0,381 + (-0,070 \times \text{jeux en surface})$$

Ainsi, nous observons effectivement que pour les sujets qui ont un niveau de jeu en surface bas (minimum = 3), la dépersonnalisation augmente de 0,17 d'unité d'autonomie alors qu'elle augmente de -0.073 unité pour ceux qui ont un niveau de jeu en surface moyen (6,46) et de -0.463 pour ceux qui ont un niveau de jeu en surface maximal (12).

D. Discussion.

Afin d'observer la contribution du travail émotionnel dans l'intensité de la souffrance psychologique, nous avons ciblé deux états psychologiques particuliers adaptés au concept de souffrance au travail, mais aussi et surtout adaptés aux particularités de nos deux échantillons de population. Pour notre premier échantillon les étudiants en IFSI et IFAS nous avons ciblé la détresse psychologique notamment avec l'utilisation du GHQ-12 (présenté précédemment

dans la méthodologie) d'une part parce qu'il nous permet d'objectiver un état de souffrance psychologique significatif (score égal ou supérieur à 4), mais aussi parce qu'il nous permet de faire une comparaison avec des étudiants en université en France (voire à l'étranger) et nous assure une comparaison entre les différents niveaux d'étude.

Pour notre second échantillon, les professionnels en gériatrie, nous avons privilégié le burnout dans sa forme habituellement proposée (le MBI) et largement validée, mais également avec la perspective de Schirom et Melamed (le MSBM) centrée sur la sémiologie observable en situation de souffrance au travail.

1) Les liens entre les stratégies de régulations émotionnelles au travail et la variation de score de détresse émotionnelle.

Tout d'abord, dans notre population d'étude, nous observons une prévalence d'étudiants en souffrance psychologique équivalente à 33,1% des répondants (847 répondant sur 885 étudiants) quand l'observatoire de la santé des étudiants de Grenoble (2010) mesurait qu'à l'entrée à l'université de Grenoble ils représentaient 25,4 % en 2008 avec une prévalence plus forte chez les filles (32,7%) que chez les garçons (12,3%).

Plus précisément, nous relevons une prévalence de 29,1% en IFAS (117 sur 119), 28,3% en première année d'IFSI (226 répondants sur 241), 33,9% en seconde année (239 répondants sur 246) et 38,1% en troisième année (265 répondants sur 279). De la même façon, les étudiantes présentent une prévalence de sujet en souffrance psychologique (33,8%) plus importante que les étudiants (29,8%). Ainsi, plus le niveau de qualification augmente plus la prévalence de souffrance psychologique augmente surtout s'il s'agit des étudiantes.

Nos résultats mettent en évidence une covariation significative entre le jeu en surface, le jeu en profondeur, la répression émotionnelle et la détresse psychologique. Même si la force de ces associations reste faible (surtout pour le jeu en profondeur), le sens des relations linéaires, en s'appuyant sur des corrélations positives, indique que ces variables évoluent de la même façon (quand la détresse augmente le jeu en surface, la répression émotionnelle et le jeu en profondeur augmentent également et réciproquement).

De plus, le modèle de régression linéaire retenu, significatif, mais très clairement modeste (il ne permet d'expliquer que 1,6% de la variance de la détresse psychologique), attire notre attention sur la question des stratégies réactionnelles ou cumulatives en situation de

souffrance. Autrement dit, nous nous posons la question de savoir si les stratégies de jeu en surface et de répression émotionnelle en situation d'expression émotionnelle n'aggravaient pas l'état de souffrance ou si au contraire en accentuant la souffrance ne constituerait pas un signe clinique révélateur d'une vulnérabilité psychologique significative qui s'installe.

En ce sens nous pourrions confirmer que dans le cadre d'une situation de dissonance émotionnelle reposant sur répression émotionnelle, en agglomérant les frustrations internes à l'origine d'un repli psychosocial et de l'apparition de certains troubles émotionnels (Gross, John, 2003 ; John & Gross, 2004) un recours chronique au jeu en surface pourrait jeter les bases d'une usure psychologique invalidante ou même dans certains cas pathologique.

Toutefois, notre analyse de variance univariée (ANOVA) portant sur une comparaison entre les sujets en souffrance ($\text{GHQ} \geq 4$) et les sujets sans souffrance psychologique significative ($\text{GHQ} < 4$) tend à tempérer cette hypothèse, en soulignant une différence dans le recours au jeu en surface (plus important chez les sujets en souffrance) alors qu'il n'apparaît pas de différence concernant la répression émotionnelle. De ce fait, le jeu en surface, en intervenant après l'évènement, pourrait apparaître comme une stratégie défensive (plus générale) d'évitement ou de désengagement émotionnel (proche de la suppression expressive de Gross, 2002) en lien avec une fragilité psychologique et ce indépendamment d'une confrontation accrue à des situations de répressions émotionnelles. Ainsi, un recours préférentiel au jeu en surface au travail, consistant à feindre ou jouer un comportement inconsistant avec son ressenti dans le but de se confirmer aux normes émotionnelles pourrait apparaître comme un vecteur d'épuisement (Abraham, 1998 ; Zapf, 2002 ; Totterdell et Holman, 2003) et plus fortement encore en s'accompagnant des autres composantes du travail émotionnel et notamment les prescriptions internes. Ainsi et au-delà d'une souffrance psychologique, le burnout pourrait apparaître comme l'expression d'un travail émotionnel dysfonctionnel. Dans cette perspective, le travail émotionnel semble surtout s'inscrire dans une dynamique contextuelle et non plus dispositionnelle comme avec les variables de personnalité ou même les variables de régulations émotionnelles dispositionnelles. Dès lors une contribution spécifique du travail émotionnel au burnout pourrait confirmer l'impact délétère du traitement émotionnel prescrit par l'organisation.

2) La contribution du travail émotionnel à la prédiction du burnout.

Nos résultats portent sur la prédiction de la variation du burnout selon la conceptualisation et la mesure de Maslach Jackson ou celle de Shirom et Melamed. Notre population, le deuxième échantillon est donc essentiellement constitué de professionnels en gériatrie.

Avant toutes choses, en reposant sur la conception de Maslach et Jackson, il convient de noter que seulement 12,7% (20 sujets) de notre population présente un profil remarquable. En effet, nous comptons 9 professionnels (soit 5,7%) présentant un « burnout complet » (un épuisement émotionnel élevé, une dépersonnalisation élevée et un accomplissement personnel faible), 5 professionnels (soit 3,2%) que nous qualifions « en surmenage » (un épuisement émotionnel élevé, une dépersonnalisation moyenne à faible et un accomplissement personnel moyen à élever) et 6 professionnels (3,8%) que nous qualifions « désintéressés » (un épuisement moyen à faible, une dépersonnalisation moyenne à faible et un accomplissement personnel faible).

De plus nous notons qu'ils ne sont que 62 sujets (soit 39,5%) à présenter un épuisement émotionnel élevé, 75 sujets (soit 47,8%) à présenter une dépersonnalisation élevée et 28 sujets (soit 17,8%) à présenter un accomplissement personnel faible. La part des professionnels en burnout, à l'exception de la dépersonnalisation (presque un sujet sur deux présente une dépersonnalisation élevée), reste minoritaire et encore plus lorsque l'on recherche les profils caractéristiques des états d'épuisement professionnel (burnout complet ou même surmenage).

Cependant, et malgré la surreprésentation des profils échappant au burnout, nos résultats soulignent l'importance de la répression émotionnelle en complément des variables de personnalité (anxiété trait) et de la tension au travail pour prédire l'épuisement émotionnel. De plus nous notons également le rôle du soutien émotionnel et de la répression émotionnelle pour prédire la variation d'accomplissement personnel en complément des autres variables (personnalité, autonomie et suppression expressive). Sur ces deux dimensions du MBI (l'épuisement émotionnel et l'accomplissement personnel), nous pouvons conclure que les prescriptions internes contribuent directement à prédire les variations de burnout selon la modélisation de Maslach et Jackson en enrichissant les modèles de régressions hiérarchiques respectifs. En revanche, pour la deuxième dimension du modèle (la dépersonnalisation), il ressort que seules les variables de personnalité (anxiété trait) et de régulation émotionnelles dispositionnelles (suppression expressive) s'imposent pour expliquer la variation de la dépersonnalisation. Comme l'avaient déjà observé Christophe, Antoine, Leroy et Delelis

(2009), les sujets évalués plus anxieux, ayant tendance à utiliser davantage la suppression expressive, sont ceux qui auront un niveau de dépersonnalisation le plus élevé. La dépersonnalisation pourrait ainsi apparaître comme une conduite d'évitement d'autant plus efficace qu'elle exclue le sujet des construits psychologiques porteurs de répressions émotionnelles.

S'agissant de la modélisation de Shirom et Melamed, les résultats semblent plus cohérents avec la littérature sur le jeu en surface. En effet, nos résultats mettent plus en évidence la complémentarité du travail émotionnel avec le modèle de Karasek. Ainsi, nous observons que pour la troisième dimension du questionnaire, l'épuisement émotionnel, qui reste la notion systématiquement présente dans l'évaluation du burnout (quel que soit l'outil) et de loin la dimension la plus solide du MBI (Lee & Ashforth, 1996), le jeu en surface et le soutien émotionnel améliorent la prédiction du modèle qui repose sur l'anxiété et l'autonomie. Pour la première dimension, la fatigue physique, nous notons qu'en plus du « job strain » et de l'anxiété, la répression émotionnelle contribue, là encore, à l'amélioration du modèle. Cette dernière en constituant un effort pour réprimer son émotion et ainsi en maintenant l'inconfort interne, apparaît du même coup induire un coût pour le sujet à la différence d'une réévaluation cognitive réputée moins coûteuse dans sa mise en œuvre (Richards et Gross, 2000 ; Fishbach, Friedman, et Kruglanski, 2003).

Enfin pour la seconde dimension du modèle de Shirom et Melamed, la lassitude cognitive, les prescriptions internes (soutien émotionnel) participent avec l'anxiété trait, à l'érosion des processus cognitifs induits dans le traitement quotidien de l'information. Là encore, nous pouvons faire un lien avec la plupart des troubles anxieux qui s'accompagnent cliniquement d'une altération significative des processus cognitifs (attention, vigilance, concentration) témoignant de l'emprise et de la place qu'occupent les préoccupations et ruminations anxieuses.

Globalement, nos résultats soulignent la pertinence du travail émotionnel en complémentarité des autres variables (et notamment les variables contextuelles) pour expliquer les variations du burnout et rejoignent en partie les apports de la littérature sur le jeu en surface et le jeu en profondeur (Brotheridge & Grandey, 2002 ; Brotheridge & Lee, 2003 ; Grandey, 2003). Enfin, les effets d'interactions constatés pour les deux dimensions du MBI (l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation) renforcent la nécessité de prendre en compte les effets de contexte et les associations entre travaux émotionnels et les exigences et l'autonomie. Le

burnout reste donc le fruit d'une construction multifactorielle au sein de laquelle le traitement de l'information émotionnelle, dès lors qu'il induit une exigence supplémentaire et réduit la latitude, peut induire des stratégies de régulations émotionnelles spécifiques au travail dysfonctionnel et dommageable pour les salariés. L'étude des interactions entre plusieurs variables peut ainsi rendre compte de la complexité, mais aussi de la singularité de certains contextes professionnels adossés à des règles d'affichages et de ressentis quelques fois révélatrices d'injonctions contradictoires.

En conclusion, pour notre troisième étude, nous avons pu vérifier en partie notre hypothèse **(H3)** selon laquelle le travail émotionnel constitue avec les variables individuelles, dispositionnelles et contextuelles un antécédent important pour prédire la détresse psychologique et le burnout.

- En effet, nos résultats **(H3a)** ne nous permettent pas de souligner une variation du score de détresse émotionnelle selon le type de stratégie de régulation émotionnelle employé pour faire face aux sollicitations émotionnelles du travail.

- En revanche, nos résultats **(H3b)** semblent confirmer qu'en complémentarité du modèle Karasek, des régulations émotionnelles dispositionnelles et des variables individuelles, les régulations émotionnelles issues du travail émotionnel pourraient constituer un antécédent du burnout.

IV. Étude 4 : Impacts de la méthode Gineste et Marescotti sur les professionnels formés en gériatrie.

A. Objectifs et hypothèses.

Comme nous l'avons abordé lors de notre partie sur les personnes âgées dépendantes et la gériatrie, la méthode Gineste et Marescotti semble susciter la polémique quant à ses résultats. Pour autant, les témoignages des soignants qui utilisent cette méthode indiquent une meilleure congruence avec leur représentation (positive) de la prise en charge ou de la prise en soin de la personne âgée en institution. En l'absence de mesures indépendantes et scientifiques sur les effets de la méthode auprès d'un échantillon de soignants français exerçant en gériatrie, notre objectif sera avec cette quatrième étude de tester les différences entre un échantillon de soignants formés et non formés à la méthodologie de soin Humanitude® au niveau des régulations émotionnelles issues du travail, des stratégies de coping et du burnout mais également d'observer si leur activité est plus conforme à leur représentation.

Les travaux sur la dissonance émotionnelle soulignent que lorsqu'un individu doit exprimer des émotions contraires à ce qu'il ressent réellement, la tension apparaît. S'agissant du travail en gériatrie, l'accompagnement des personnes âgées dépendantes implique des exigences émotionnelles correspondant au rôle des soignants afin d'offrir une prise en soin de bonne qualité. La motivation ou encore l'engagement semble donc important pour orienter les individus dans le travail émotionnel (Gosserand, Robin, Diefendorf & James, 2005).

Cet engagement doit être d'autant plus important qu'il s'appuie sur une latitude importante ainsi qu'une stratégie de régulation émotionnelle au travail adaptée et positive. Plus les situations de soin s'éloignent des attentes ou de la représentation du soignant, plus le risque de générer une dissonance émotionnelle (et donc une répression émotionnelle) sera important.

Marc Loriol (2001) rappelle que le travail émotionnel chez les infirmières peut prendre deux formes. La première, centrée sur la gestion immédiate de la situation générant un stress émotionnel, consiste « à *prendre de la distance* » en s'extrayant de la situation génératrice d'inconfort pour le soignant. Cette attitude n'est pas sans rappeler les deux premières régulations émotionnelles du modèle de Gross (2002) consistant à sélectionner les situations auxquelles le sujet va se confronter (évitant au maximum la confrontation aux événements

potentiellement perturbateurs) ou encore à modifier les situations rencontrées (en résolvant le problème « à la source » : je m'extrais !). Cependant, Loriol ajoute que, l'extraction n'étant pas toujours envisageable, « *il est souvent nécessaire de savoir contrôler ses émotions dans la relation même* ». Apparaissent alors des règles d'affichage de l'expression émotionnelle puisqu'il s'agit souvent d'opérer une distinction préalable entre le professionnel et le personnel. Dans cette optique, la relation à l'autre repose sur des objectifs particuliers et propres au métier comme donner de l'empathie, de l'attention voire de l'affection, et ce sans s'engager personnellement. Le jeu en surface, pour être conforme aux attentes de métier, prend toute sa place, mais du même coup confronte rapidement le soignant à ses limites en initiant une répression émotionnelle et donc une dissonance émotionnelle.

La seconde consiste à agir sur les représentations ou encore le sens de ses interventions sur les patients. Cette opération consistant à lire la réalité sous un angle différent et donc de proposer une vision alternative (voire positive) de la confrontation émotionnelle n'est pas sans faire référence à la réévaluation cognitive du modèle de Gross (2002) ou le jeu en profondeur pour ce qui relève du travail émotionnel. Réinterpréter le comportement agressif d'un patient comme la résultante de sa pathologie ou de son état psychologique revient, en fait, à ne pas faire d'amalgame entre l'intention de nuire à la personne et la situation réelle. En aucun cas cela revient à légitimer ou encore à banaliser, mais davantage à proposer une acceptation de la situation sans personnalisation ou sans biais d'interprétations invalidantes pour la relation. Cette étape réalisée, la recherche de solution peut alors apparaître et contribuer à améliorer la pratique de façon consensuelle. Les travaux de Delelis (2011) vont dans le sens d'une plus grande efficacité dès lors que l'on a recours à la réévaluation cognitive puisqu'elle semble associée au coping centré sur le problème ainsi qu'à la recherche de soutien.

Sur ce dernier point (la recherche de soutien), il semble que le collectif (et plus spécifiquement les stratégies collectives pour gérer les confrontations aux événements stressants émotionnellement) constitue une condition facilitatrice pour le jeu en profondeur. Un soignant, seul pour réaliser une réinterprétation, pourrait très rapidement se marginaliser surtout s'il est en rupture avec la culture émotionnelle de son service. La formation à la méthodologie de soin de Gineste et Marescotti, en insistant sur l'adhésion et l'engagement des directions et sur celui de l'encadrement en général, peut être à l'origine de l'élaboration d'un « standard de prise en soin collectif » partagé et consensuel impliquant du même coup le soutien social de ses collègues et de ses pairs. Par extension et d'un point de vue fonctionnel, cette démarche semble s'inscrire dans la construction et la mise en place d'un projet de

service contractualisant de ce fait, au travers des techniques et organisations des prises en charge, les règles d'expression émotionnelle en situation de soin. Comme le rappelle Hélène Archambault (2008), les modalités de formation sur le terrain (dans les services) permettent une meilleure appropriation des nouveaux comportements et garantissent la pérennité de l'application de la méthode avec la désignation / formation de référents formateurs. Faut-il toutefois que le soignant en formation adhère et plus largement soit satisfait de sa formation ?

Replacer le soignant dans une approche relationnelle cadrée et respectueuse doit permettre une réévaluation cognitive des circonstances et par voie de conséquence un jeu en profondeur face aux situations stressantes émotionnellement. En insistant sur le sens du travail et en proposant une gamme de connaissances et de compétences visant à accroître l'autonomie décisionnelle, la méthodologie de soin pourrait créer les conditions du retour à un état de consonance (notamment grâce au jeu en profondeur) et participer à réduire le stress perçu avec les patients comme l'ont souligné Grandey, Dickter et Sin (2004) avec les clients agressifs. Aussi, en proposant un standard interne et externe partagé et une autonomie décisionnelle accrue, la méthodologie de soin pourrait rétablir une authenticité de l'expression émotionnelle et donc éviter ce que Mann (1997) dénomme le « sentiment d'hypocrisie » qui, lorsqu'il se chronicise, s'exprime au travers des intentions de départ ou du burnout.

Les conditions de travail des personnels soignants reposant sur une demande psychologique singulière et importante, le travail émotionnel pourrait donc contribuer à minimiser les impacts négatifs (stress, détresse psychologique, burnout) sur la santé des soignants. La méthodologie de soin, en proposant une base d'évaluation cognitive congruente pourrait constituer une variable déterminante pour le recours à un travail émotionnel efficace, à des stratégies de coping fonctionnelles, à une latitude décisionnelle (au sens de Karasek) accrue et ainsi diminuer le burnout chez les soignants en gériatrie. Les effets du jeu en profondeur avec l'accomplissement personnel n'étant plus à démontrer (Brotheridge & Grandey, 2002 ; Brotheridge & Lee, 2003), nous devrions observer des niveaux de satisfaction générale plus élevés chez les personnels formés.

En ce sens, notre objectif dans ce chapitre est de comparer les soignants « formés » et « non formés » à la méthode Gineste et Marescotti au niveau des stratégies de régulations émotionnelles au travail et de coping, de la satisfaction, de la tension (karasek), de la représentation du travail et du burnout mais également d'observer si le sentiment de pouvoir mettre en œuvre ses connaissances impacte les soignants formés.

Nous faisons donc l'hypothèse (**H4**) que des différences significatives s'observent entre les personnels « formés » et « non formés » et plus fortement encore avec les personnels « formés » qui ont le sentiment de ne pas pouvoir appliquer la méthode.

Plus spécifiquement, nous pensons (**H4a**) que les personnels « formés » ont moins recours au jeu en surface, déclarent moins de coping centrés sur l'émotion (éviter), ont une latitude plus importante, une demande psychologique moins forte, sont moins en conflit de valeur et sont moins en burnout. Enfin, nous supposons (**H4b**) que les personnels « formés » s'ils ne peuvent pas mettre en œuvre la méthode, à l'inverse de l'hypothèse précédente, sont plus en burnout et déclarent plus de conflits de valeur.

B. Méthodologie

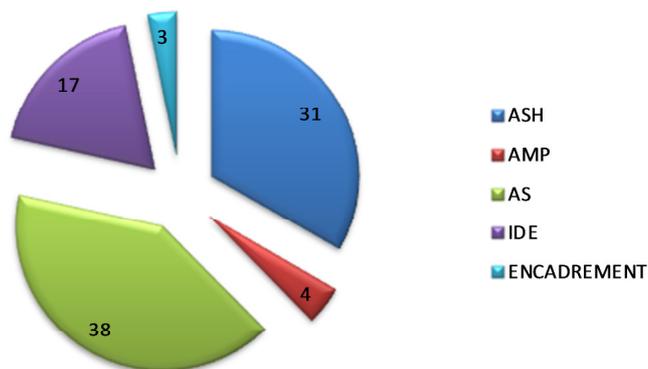
Pour observer les différences significatives au niveau du jeu en profondeur, du jeu en surface, des stratégies de coping et du burnout chez les personnels formés et non formés, nous nous sommes appuyés sur notre population de professionnels en gériatrie (157 sujets) issue de plusieurs établissements publics en Aquitaine.

Nous avons sélectionné et contacté l'Ehpad Saint-Jacques (31), l'Ehpad de Beaumont de Lomagne (82), le centre hospitalier intercommunal (CHIC) de Marmande Tonneins (47) ainsi que l'hôpital Nouvelle (40) parce qu'ils avaient tous déjà proposé à un certain nombre de soignants la formation à la méthode Gineste et Marescotti. Nous avons présenté notre recherche à la direction des soins de chaque établissement ainsi qu'à la direction afin de recueillir leur approbation et proposer la distribution du questionnaire dans les services.

Au-delà de la thématique de l'épuisement professionnel dans un contexte comme celui de la gériatrie, la méthode Gineste et Marescotti reste un sujet d'intérêt dès lors que l'on propose de donner une mesure scientifique et objective des effets observables sur les soignants qui la mette en pratique. De plus, la notion de maltraitance ou de bientraitance en gériatrie pose la question des pratiques et de l'approche et à ce titre pose la question de la place des programmes de professionnalisation des équipes soignantes sur le bien-être et donc la qualité de vie au travail.

1) La population.

Figure 34 : Répartition des CSP chez les professionnels formés.



Notre second échantillon est donc constitué de 157 professionnels exerçant en gériatrie. Déjà décrites lors du chapitre précédent, pour mémoire, nous comptons 142 femmes et 10 hommes (5 sujets indéterminés). La moyenne d'âge de notre échantillon total (146 sujets identifiables sur ce critère et 11 valeurs manquantes) est de 40,66 ans ($\sigma = 11,12$ ans) et varie de 19 à 60 ans. Pour les hommes nous notons une moyenne d'âge de 40,30 ans ($\sigma = 10,945$ ans) qui varie de 21 à 51 ans et nous comptons 3 infirmiers, 2 aides-soignants, 3 agents de service Hospitalier et 2 étudiants en soin infirmier. Pour les femmes nous observons une moyenne d'âge de 40,32 ans ($\sigma = 11,027$ ans) qui varie de 19 à 60 ans et nous identifions (un sujet n'est pas identifié) 27 infirmières, 59 aides-soignantes, 46 agents de services hospitaliers, 5 aides médicopsychologiques, 1 médecin, 2 cadres de santé (nous les avons identifiés encadrement) et 1 soignant en formation (IFAS).

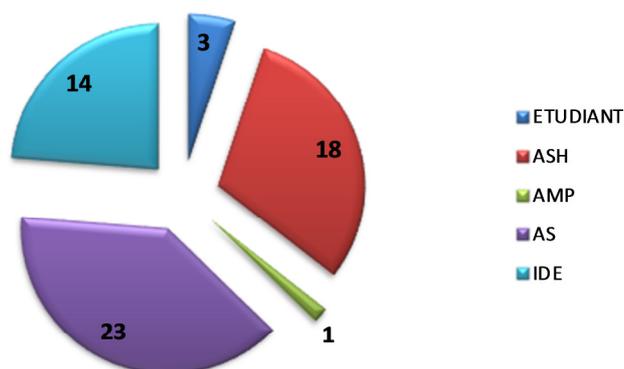
Nous dénombrons 59,2% de personnels formés à la méthode Gineste et Marescotti contre 38,2% non formés (avec 2,5% de sujets indéterminés).

Chez les personnels formés, nous comptons 4 hommes pour 87 femmes et 82,8% sont à temps complet. Nous relevons 77,4% des personnels formés qui ont un statut dans l'emploi sécurisé (fonctionnaire titulaire et en CDI) contre 12,9% en CDD et 8,6% en période de stagiarisation. Nous notons que 89,2% des personnels formés ont une ancienneté supérieure à 3 ans et que 54,8% ont une expérience supérieure à 10 ans. Nous avons donc une population expérimentée dont 61,3% ont plus de 40 ans. Aussi, la moyenne d'âge est de 39,31 ans ($\sigma = 14,925$) et pour les sujets identifiés il varie de 20 à 60 ans. Enfin, nous comptons chez les professionnels formés, 31 Agents de service hospitalier, 4 aides médicopsychologiques, 38 Aide-soignant(e)s, 17 infirmier(e)s et 3 personnels d'encadrement.

Chez les personnels non formés, nous comptons 6 hommes pour 53 femmes et 86,7% sont à temps complet. 70% des personnels non formés ont un statut dans l'emploi sécurisé (fonctionnaire titulaire et en CDI) contre 20% en CDD, 3,3% en période de stagiarisation et 6,7% sont en formation ou en contrat aidé. 66,6% des personnels non formés ont une ancienneté supérieure à 3 ans et 33,3% ont une expérience supérieure à 10 ans. Nous avons donc une population moins expérimentée dont 55% ont moins de 40 ans. Aussi, la moyenne d'âge est de 37,28 ans ($\sigma = 13,482$) et pour les sujets identifiés il varie de 19 à 59 ans. Enfin, nous comptons chez les professionnels non formés, 18 Agents de services hospitaliers, 1 aide médicopsychologique, 23 Aide-soignant(e)s, 14 infirmier(e)s et 3 étudiants.

2) La procédure.

Figure 35 : Répartition des CSP chez les professionnels non formés.



Comme nous l'avons expliqué au chapitre précédent, les participants ont été invités sur la base du volontariat à remplir un questionnaire composé de 159 questions. La présentation de la démarche leur a été faite soit par les cadres de santé présents dans les services soit par les équipes de direction. La consigne qui leur a été donnée était de

remplir le questionnaire de façon authentique et spontanée en insistant sur l'anonymat du questionnaire et la confidentialité dans le traitement des résultats. La distribution et la collecte des questionnaires se sont effectuées sur le temps de travail et sous la coordination des cadres de santé et directions des établissements.

Nous avons obtenu un taux de participation moyen de 33,4% sur l'ensemble des établissements (157 questionnaires récupérés et exploitables sur les 470 distribués initialement). Le taux de participation pour l'Ehpad Saint-Jacques (31) est de 32,72%, pour l'Ehpad de Beaumont de Lomagne (82) nous obtenons un taux de participation de 30%, pour le centre hospitalier intercommunal (CHIC) de Marmande Tonneins (47), le taux de

participation est de 41,11% et enfin pour l'hôpital (40), nous observons une participation de 31,5%.

i. Le matériel.

Comme nous l'avons signalé lors du précédent chapitre (pour la partie centrée sur les professionnels exerçant en gériatrie), le questionnaire distribué aux participants se présentait comme le moyen de mesurer l'impact des régulations émotionnelles sur l'épuisement professionnel des soignants en gériatrie. Il reposait sur une série d'échelles issues des travaux en psychologie, d'un repérage des sources de dissonance émotionnelle et de stress ainsi que d'un repérage des représentations d'une prise en charge en gériatrie (avec son degré de réalisation dans le quotidien) suivi d'un recueil d'information sociodémographique incluant un repérage des agents formés et non formés à la méthode Gineste et Marescotti leur degré de satisfaction (« nul », « faible », « fort ») lorsqu'ils sont formés puis leur sentiment de pouvoir mettre en place la méthode ou non et l'impact de l'impossibilité (« perturbe votre travail », « est sans conséquence sur votre travail et pour vous », « a des conséquences négatives sur vous »).

À l'exception de la satisfaction générale et du conflit de valeurs, les échelles proposées (questionnaire de Karasek, , le travail émotionnel, l'anxiété trait, les stratégies de régulation émotionnelle, le burnout, les stratégies de coping) sont identiques à celles utilisées dans les protocoles précédents (décrits précédemment) permettant ainsi un repérage sur un échantillon de professionnels exerçant dans le secteur de la gériatrie et par conséquent ne seront pas présentées ici (nous renvoyons le lecteur aux deux études précédentes).

1. La satisfaction générale.

Comme le rappelle Katia Iglésias (2010), la satisfaction au travail, particulièrement étudiée en gestion des ressources humaines, a fait l'objet de plusieurs milliers d'études depuis les années trente. Tantôt centrée sur l'analyse des facteurs environnementaux au travail (variété et nature des tâches de travail, autonomie, ambiguïté et conflit de rôle, exigence et contrôle, justice organisationnelle, etc.) et tantôt centrée sur les facteurs individuels (âge, sexe, catégorie socioprofessionnelle, statut dans l'emploi, estime de soi, lieu de contrôle interne ou externe, caractéristique de personnalité, etc.), la satisfaction au travail repose autant sur le travail lui-même et le sujet que sur les interactions entre le travail et le sujet. Souvent définie comme un

état de bien-être, pour Locke (1976, p. 1300) il s'agit d'un « état émotionnel positif ou plaisant résultant de l'évaluation faite par une personne de son travail ou de ses expériences du travail ». Il y aurait donc une évaluation reposant sur la comparaison entre les attentes, les désirs de la personne et le réel ou les résultats de son travail.

Plusieurs outils sont disponibles pour rendre compte de la satisfaction dans le champ professionnel comme le Minnesota Satisfaction Questionnaire (MSQ en 20 items dans sa version courte, Weiss et al., 1967), le Job Diagnostic Survey (JDS, Hackman et Oldham, 1975) ou encore l'échelle de satisfaction globale de vie professionnelle (ESVP en 5 items de Fouquereau et Rioux, 2002).

Dans notre recherche, en reprenant les travaux de Wanous et al. (1997) et par souci d'économie (pour ne pas alourdir le questionnaire), nous nous sommes intéressés à la satisfaction globale au travail et avons proposé de la mesurer à l'aide d'un seul item. Tout comme dans l'étude de Vandenberghe C. *et al.* (2009) sur les effets de la latitude décisionnelle, de l'épuisement émotionnel et de la satisfaction au travail sur l'absentéisme des infirmières, les participants devaient répondre à partir d'une échelle en cinq points (de 1 : insatisfait à 5 : satisfait) à la question suivante : « *Au total, êtes-vous satisfait de votre travail ?* »

2. Le conflit de valeur.

Parmi les différents indicateurs retenus par le collège d'expertise, réuni par l'Insee à la suite du rapport « Nasse-Légeron », pour identifier les six dimensions impliquées dans l'analyse et la compréhension, des risques psychosociaux, les conflits éthiques ou encore la qualité empêchée apparaissent et ainsi peuvent contribuer à donner du sens au travail. En effet, comme le souligne Diane Girard (2009, p.133), « sacrifier une valeur importante pour soi pour en actualiser une autre imposée par son supérieur, son groupe ou les normes de l'organisation, sans que cela « fasse sens » ou soit raisonnable d'un point de vue personnel, sera générateur de malaise ».

Ainsi, dans le cadre de notre recherche, la chronicisation d'un conflit de valeur en impliquant la perte de sens du travail attire notre attention sur l'écart qui pourrait apparaître entre l'idéal professionnel (la représentation d'une bonne prise en charge) et la réalité de la pratique quotidienne telle qu'elle est vécue ou possible au quotidien. En ce sens, et afin d'observer le poids de cette dimension des conflits de valeurs, les participants ont été invités à répondre à

l'aide d'une échelle en cinq points (de 1 : pas du tout d'accord à 5 : tout à fait d'accord) à trois items.

Pour le conflit éthique, les participants devaient répondre à l'item « dans mon travail je dois faire des choses que je désapprouve », pour la qualité empêchée, les participants devaient répondre à l'item « Je n'ai pas les moyens de faire un travail de qualité » et enfin pour le sens du travail, les participants devaient répondre à l'item « Je n'ai pas le sentiment de donner un sens à mon travail ». Notre échelle en trois items sur le conflit de valeur semble disposer d'une cohérence interne satisfaisante en ce sens que nous observons un alpha de Cronbach de .708.

Ces trois items font suite à un auto positionnement sur une échelle en dix points (allant de 1 : Pas du tout compatible avec ce que je souhaite ; à 10 : Extrêmement compatible avec ce que je souhaite) portant sur l'écart entre ce que les participants souhaiteraient faire et ce qu'ils font en matière de prise en soin en répondant à la question « Dans l'ensemble, quel est le degré de compatibilité (l'écart) entre ce que vous souhaiteriez faire en matière de prise en soin et ce que vous pouvez faire aujourd'hui » ?

Tableau 34 : Moyennes, médianes et écarts-types pour l'échelle de compatibilité, le conflit de valeur et la satisfaction générale.

		COMPATIB_REEL	CONFLIT DE VALEUR	SATISFACTION GENERALE
N°	Valide	157	157	154
	Manquante	0	0	3
Moyenne		5.13	2.63	3.50
Médiane		5.00	2.67	4.00
Ecart-type		2.476	1.075	.818
Minimum		0	0	1
Maximum		10	5	5

**Echantillon de 157 professionnels exerçant en gériatrie.*

C. Résultats.

1) Les différences observables et significatives entre les personnels formés et non formés.

Pour éprouver nos hypothèses et vérifier s'il existe des différences significatives au niveau du jeu en profondeur, du jeu en surface, des stratégies de coping, de la tension au travail, du

conflit de valeur, de la compatibilité entre représentation et réalité et du burnout chez les personnels formés et non formés, nous avons réalisé des comparaisons de moyennes.

Nous avons alors pris l'ensemble des échelles (le travail émotionnel (*ELS*), le coping (*WCC*), l'échelle de compatibilité entre la représentation du travail avec les personnes âgées et le réel (autoévaluation de 1 « pas du tout compatible » à 10 « complètement compatible »), la satisfaction (autoévaluation de 1 « insatisfait » à 5 « satisfait »), le conflit de valeur et le modèle de Karasek (*demande, autonomie, soutien*), le MBI (*épuisement émotionnel, dépersonnalisation, accomplissement personnel*), le MSBM (*fatigue, lassitude cognitive, épuisement émotionnel*)) impliqués dans notre étude afin d'observer les scores obtenus variaient en fonctions de particularités sociodémographiques (*CSP, Sexe, Statut dans l'emploi, Type de structure, Ancienneté dans l'emploi, Temps de travail et l'âge regroupé par classe d'âge*) et en distinguant les personnels formés et non formés avec pour ceux qui sont formés une analyse plus fine sur ceux qui en sont satisfait ou non et ceux qui ont le sentiment de pouvoir mettre en place la méthode ou non.

i. Les régulations émotionnelles au travail et le coping chez les sujets formés et non formés.

Sur notre échantillon total, nous observons, comme dans la plupart des études, quelques différences significatives sur les scores de régulations émotionnelles issues du travail émotionnel et pour les stratégies de coping uniquement à partir de certaines caractéristiques sociodémographiques.

C'est le cas, par exemple, pour le temps de travail où les personnels à temps partiel supérieur à un mi-temps ont beaucoup plus recours au coping émotionnel ($M = 25,65$; $\sigma = 12,659$) que ceux à temps complet ($M = 19,81$; $\sigma = 6,518$) ou à temps partiel inférieur à un mi-temps ($M = 18,5$; $\sigma = 9,037$). C'est également le cas pour les classes d'âges où les personnels de moins de 20 ans ($M = 6,91$; $\sigma = 2,468$) et les plus de 50 ans ($M = 6,79$; $\sigma = 2,683$) font plus de jeu en profondeur que les autres. De plus nous notons que les moins de 20 ans sont nettement moins à la recherche de soutien de la part des autres ($M = 16,92$; $\sigma = 8,14$) que les autres (moyenne totale $M = 21,76$; $\sigma = 5,359$). Enfin, nous notons que les personnels appartenant aux classes d'âge 30/40 ans ($M = 22,94$; $\sigma = 11,045$) et 40/50 ans ($M = 21,94$; $\sigma = 5,216$) font d'avantage appel au coping émotionnel.

Cependant, nous n'observons pas de différences significatives entre les personnels formés et non formés au niveau des régulations émotionnelles issues du travail émotionnel, au niveau des stratégies de coping.

Toutefois, nous observons une différence significative pour le coping émotionnel ($F = 4,153$; $p < 0,05$) et dans une moindre mesure une différence pour le jeu en surface ($F = 3,918$; $p = 0,051$) pour les personnels formés ayant un degré de satisfaction faible ou fort.

Ainsi, nous notons que les personnels formés et fortement satisfaits de l'être font moins appel au coping émotionnel ($M = 19,4$; $\sigma = 6,906$) et font moins de jeu en surface ($M = 6$; $\sigma = 2,265$) que ceux qui sont faiblement satisfaits autant pour le coping émotionnel ($M = 22,23$; $\sigma = 4,644$) que pour le jeu en surface ($M = 7$; $\sigma = 2,304$).

ii. La tension au travail (modèle de Karasek) et la satisfaction chez les sujets formés et non formés.

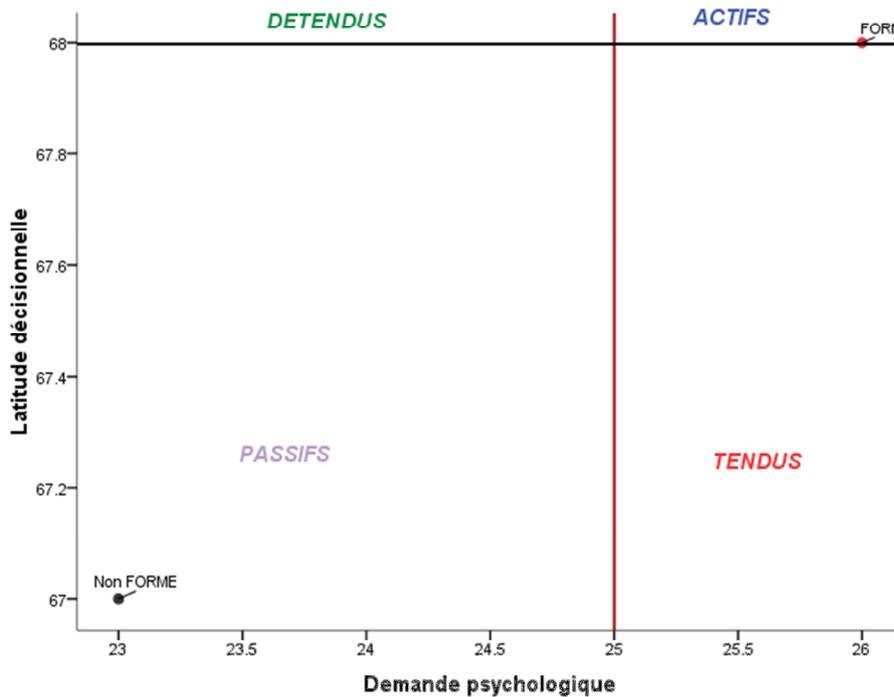
Là encore, sur notre échantillon total, nous observons quelques différences significatives sur les scores de demande et d'autonomie (issus du modèle de Karasek) et sur le niveau de satisfaction uniquement au regard de certaines caractéristiques sociodémographiques et non pas sur la caractéristique d'être formé ou non. Par exemple, pour le sexe, les hommes ($M = 3,00$; $\sigma = 0,667$) sont moins satisfaits que les femmes ($M = 3,54$; $\sigma = 0,810$), ou encore pour le type de structure où les personnels ayant un niveau de demande psychologique rapportée moins élevé exercent en unité Alzheimer ($M = 21,38$; $\sigma = 4,951$) à la différence des autres professionnels (moyenne totale $M = 24,3$; $\sigma = 4,377$).

Cependant, s'agissant du modèle de la tension au travail de Karasek, même si nous n'observons pas de différence significative pour la tension au travail et la satisfaction entre les personnels « formés » et les personnels « non formés », nous notons une position différente dans le graphique lorsque l'on s'appuie sur les médianes.

En effet, pour les personnels formés nous relevons une médiane pour la demande psychologique plus forte que pour les non formés ainsi qu'une latitude également plus élevée.

Cette position particulièrement distante des personnels « non formés » les positionne dans le

Figure 36 : Répartition des personnels selon le modèle de Karasek en fonction des CSP.



cadran « Passifs » où l'autonomie et la demande sont très basses.

De plus, nous observons une différence significative pour la demande psychologique ($F = 7,874$; $p < 0,01$) pour les personnels formés ayant un degré de satisfaction faible ou fort. Ainsi, nous notons que les personnels formés et fortement satisfaits de l'être déclarent une demande psychologique

moins élevée ($M = 23,92$; $\sigma = 4,336$) que ceux qui sont faiblement satisfaits ($M = 26,5$; $\sigma = 3,608$).

iii. La représentation du travail (sa compatibilité avec le réel et le conflit de valeur) et le burnout chez les sujets formés et non formés.

Sur notre échantillon total, nous n'observons aucune différence significative sur les scores de burnout (MBI et MSBM) ou sur la représentation du travail (compatibilité et conflit de valeur) au regard des caractéristiques sociodémographiques et entre les personnels « formés » et « non formés ». Cependant, en comparant les sujets formés faiblement satisfaits et fortement satisfait, nous observons des différences significatives pour le burnout avec le MBI et le MSBM ainsi qu'avec le conflit de valeur.

- Pour le MBI, nous observons une différence significative pour l'épuisement émotionnel ($F = 9,694$; $p < 0,01$) et pour la dépersonnalisation ($F = 4,586$; $p < 0,05$). Les personnels formés faiblement satisfaits sont plus épuisés

émotionnellement ($M = 32,47$; $\sigma = 10,957$) que les personnels formés fortement satisfait ($M = 24,68$; $\sigma = 11,414$). De la même façon, les personnels formés faiblement satisfaits font plus de dépersonnalisation ($M = 13,67$; $\sigma = 6,391$) que ceux qui sont fortement satisfaits ($M = 10,84$; $\sigma = 5,728$).

- Pour le MSBM, là encore nous observons des différences significatives pour la première dimension la fatigue physique ($F = 10,393$; $p < 0,01$) et pour la seconde dimension la lassitude cognitive ($F = 5,228$; $p < 0,05$). Les personnels formés faiblement satisfaits sont plus fatigués ($M = 26,13$; $\sigma = 7,596$) que les autres ($M = 20,82$; $\sigma = 7,290$) et ils ont également une lassitude cognitive plus élevée ($M = 17,57$; $\sigma = 5,911$) que les autres ($M = 14,66$; $\sigma = 5,609$).
- Pour le conflit de valeur nous notons une différence significative ($F = 9,383$; $p < 0,01$) entre les personnels formés faiblement satisfaits ($M = 3,20$; $\sigma = 0,860$) et ceux qui sont fortement satisfaits ($M = 2,53$; $\sigma = 1,041$). Les personnels fortement satisfaits déclarent un niveau de conflit de valeur moins important.

Il semble donc que, pour les sujets formés, une différence doive être faite entre ceux qui sont satisfaits et ceux qui ne le sont pas, mais ainsi et par extension, nous nous posons la question de savoir si le sentiment de pouvoir mettre en œuvre la méthode pourrait avoir un effet sur le burnout et le conflit de valeur.

2) Les différences observables et significatives pour les personnels formés en fonction du sentiment de pouvoir mettre en œuvre la méthode Gineste et Marescotti.

Indépendamment des variables contextuelles (modèle de Karasek), le sentiment de pouvoir mettre en œuvre la méthode renvoie inévitablement aux marges de manœuvre perçues d'un point de vue normatif et ainsi au pouvoir d'agir sur son quotidien (et donc à la latitude décisionnelle) surtout lorsque les participants sont satisfaits d'être formés.

Ainsi, pour affiner notre analyse et dans le but d'observer l'effet combiné de la satisfaction d'être formé et du sentiment de mettre en œuvre la méthode, nous avons réalisé des analyses de variance à plan factoriel. En fait, nous souhaitions dans le même modèle mesurer l'effet simple de chaque variable, mais également et surtout l'effet de leur interaction sur les dimensions du burnout (pour lesquelles nous avons noté une différence significative au point précédent) ainsi que sur le conflit de valeur. En centrant l'analyse uniquement sur ceux qui

sont formés, nous avons élaboré un modèle factoriel « 2X2 », car notre variable satisfaction d'être formé comprend 2 catégories (faible et fort) et la variable sentiment de pouvoir mettre en œuvre comprend deux modalités (OUI et NON).

- Pour la première dimension du burnout du MBI, l'épuisement émotionnel, nous retrouvons bien la différence de moyenne entre les sujets faiblement satisfaits ($M = 32,47$; $\sigma = 10,957$) et ceux qui le sont fortement ($M = 24,97$; $\sigma = 11,222$). Il convient cependant de souligner que pour ces derniers, la différence de moyenne par rapport aux calculs précédents (comparaison de moyennes) repose sur le fait que notre modèle factoriel « 2X2 » compte 60 sujets fortement satisfaits au lieu des 63 précédemment. Aussi, les résultats de l'analyse principale, avec les tests des effets intersujets, nous permettent de mettre en évidence un effet significatif de notre variable d'interaction « satisfaction d'être formé et sentiment de pouvoir mettre en œuvre la méthode ».

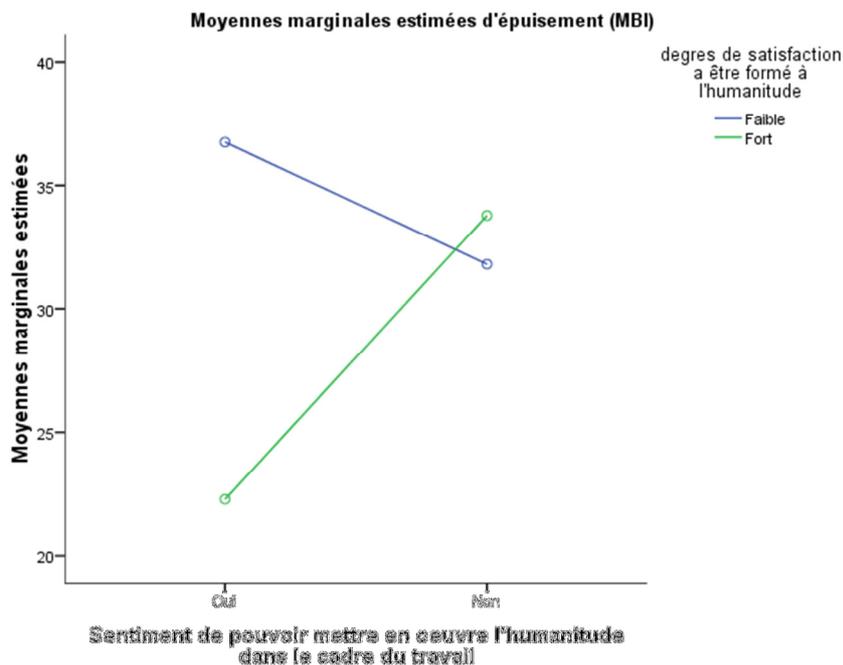
Tableau 35: Tests des effets intersujets pour l'épuisement émotionnel (MBI).

Source	carrés de type III	ddl	Moyenne des carrés	F	Sig.	Eta au carré partiel
Modèle corrigé	2629.928 ^a	3	876.643	8.015	.000	.218
Ordonnée à l'origine	40698.254	1	40698.254	372.090	.000	.812
Q151	408.733	1	408.733	3.737	.057	.042
Q152	112.790	1	112.790	1.031	.313	.012
Q151 * Q152	708.676	1	708.676	6.479	.013	.070
Erreur	9406.472	86	109.378			
Total	79934.000	90				
Total corrigé	12036.400	89				

a : R deux = .218 (R deux ajusté = .191)

En effet, nous relevons une valeur F associée au terme d'interaction significative ($F = 6,479$; $p = 0,013$). Cela signifie que l'effet du sentiment de pouvoir mettre en œuvre la méthode sur la première dimension du modèle de burnout de Maslach (l'épuisement émotionnel du MBI) varie en fonction du niveau de satisfaction d'être formé des participants.

Figure 37 : Graphique des moyennes marginales estimées sur l'épuisement émotionnel (MBI).



Pour illustrer cet effet, le graphique des moyennes marginales estimées nous permet de mettre en évidence d'une part la différence entre ceux qui sont satisfaits d'être formés et ceux qui ne le sont pas, mais également l'effet d'interaction signifié ici par le croisement des deux lignes. Aussi, nous pouvons effectivement constater que l'épuisement augmente

singulièrement pour ceux qui sont fortement satisfaits, mais qui n'ont pas le sentiment de pouvoir mettre en œuvre la méthode à la différence des autres qui eux, et à l'inverse, apparaissent moins épuisés lorsqu'ils ont le sentiment de ne pas pouvoir mettre en œuvre la méthode. Cet effet d'interaction semble d'autant plus intéressant que dans le tableau des effets intersujets (tableau 35) nous relevons un éta-carré partiel (η^2 partiels = 0,07) synonyme d'un effet de taille moyenne.

- Pour la seconde dimension du burnout du MBI, la dépersonnalisation, nous retrouvons bien la différence de moyenne entre les sujets faiblement satisfaits ($M = 13,67$; $\sigma = 6,391$) et ceux qui le sont fortement ($M = 11,28$; $\sigma = 5,484$). Il convient, là encore, de souligner que pour ces derniers, la différence de moyenne par rapport aux calculs précédents (comparaison de moyennes) repose toujours sur le fait que notre modèle factoriel « 2X2 » compte 60 sujets fortement satisfaits au lieu des 63 précédemment.

Aussi, les résultats de l'analyse principale, avec les tests des effets intersujets, nous permettent de mettre en évidence un effet significatif de notre variable d'interaction « satisfaction d'être formé et sentiment de pouvoir mettre en œuvre la méthode » sur la dépersonnalisation.

Tableau 36: Tests des effets intersujets pour la dépersonnalisation (MBI).

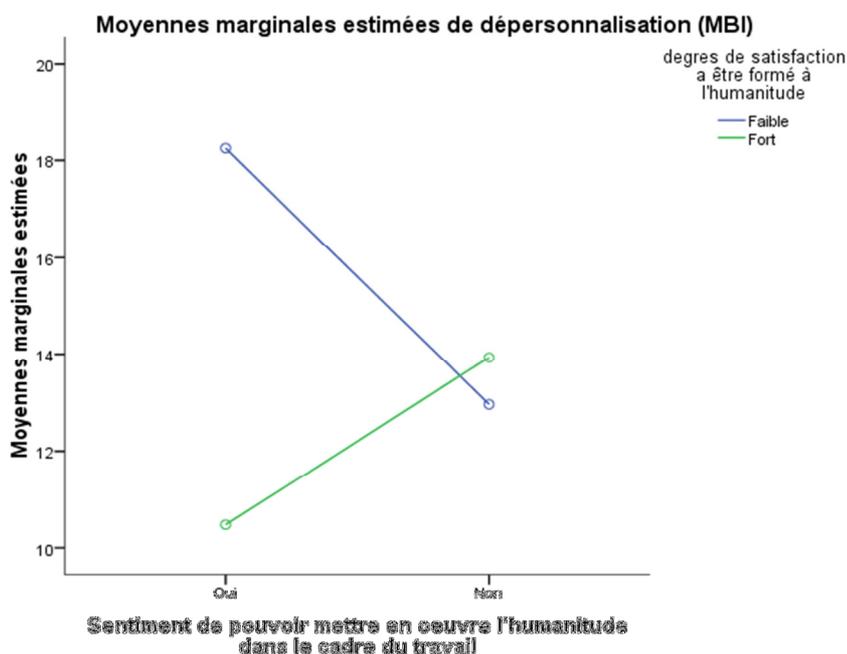
Source	Somme des carrés de type III	ddl	Moyenne des carrés	F	Sig.	Eta au carré partiel
Modèle corrigé	338.337 ^a	3	112.779	3.547	.018	.110
Ordonnée à l'origine	8105.781	1	8105.781	254.962	.000	.748
Q151	121.332	1	121.332	3.816	.054	.042
Q152	8.854	1	8.854	.278	.599	.003
Q151 * Q152	200.106	1	200.106	6.294	.014	.068
Erreur	2734.118	86	31.792			
Total	16201.000	90				
Total corrigé	3072.456	89				

a : R deux = .110 (R deux ajusté = .079)

En effet, nous relevons une valeur F associée au terme d'interaction significative ($F = 6,294$; $p = 0,014$). Cela signifie que l'effet du sentiment de pouvoir mettre en œuvre la méthode sur la seconde dimension du modèle de burnout de Maslach (l'épuisement émotionnel du MBI) varie en fonction du niveau de satisfaction d'être formé des participants.

Pour illustrer cet effet, le graphique des moyennes marginales estimées nous permet de mettre en évidence d'une part la différence de dépersonnalisation entre ceux qui sont satisfaits d'être

Figure 38 : Graphique des moyennes marginales estimées sur la dépersonnalisation (MBI).



formés et ceux qui ne le sont pas, mais également l'effet d'interaction significatif par le croisement des deux lignes. Ainsi, les participants qui sont faiblement satisfaits ont un score de dépersonnalisation qui chute lorsqu'ils n'ont pas le sentiment de pouvoir mettre en œuvre la méthode à la différence des autres dont le score augmente lorsqu'ils ont le sentiment de ne pas pouvoir mettre en œuvre la méthode. Nous

notons un effet d'interaction des termes de taille moyenne souligné par l'êta-carré partiel (η^2 partiels = 0,068).

- Pour la première dimension du MSBM, la fatigue physique, nous retrouvons bien la différence de moyenne entre les sujets faiblement satisfaits ($M = 26,13$; $\sigma = 7,596$) et ceux qui le sont fortement ($M = 20,76$; $\sigma = 7,380$). Il convient, comme pour les mesures précédentes, de souligner que pour ces derniers, la différence de moyenne (par rapport aux calculs portant sur les comparaisons de moyennes) repose toujours sur le fait que notre modèle factoriel « 2X2 » compte 60 sujets fortement satisfaits au lieu des 63 précédemment. Les personnels formés faiblement satisfaits sont plus fatigués que les autres. Aussi, les résultats de l'analyse principale, avec les tests des effets intersujets, nous permettent de mettre en évidence un effet significatif de notre variable d'interaction « satisfaction d'être formé et sentiment de pouvoir mettre en œuvre la méthode » sur la fatigue physique.

Tableau 37: Tests des effets intersujets pour la fatigue physique (MSBM).

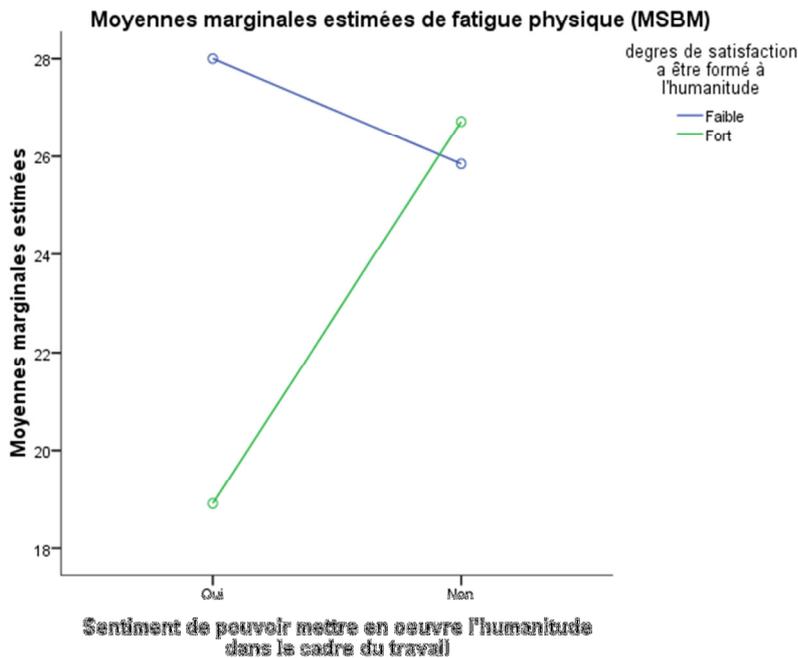
Source	Somme des carrés de type III	ddl	Moyenne des carrés	F	Sig.	Eta au carré partiel
Modèle corrigé	1239.889 ^a	3	413.296	8.433	.000	.229
Ordonnée à l'origine	25894.452	1	25894.452	528.346	.000	.861
Q151	176.861	1	176.861	3.609	.061	.041
Q152	83.522	1	83.522	1.704	.195	.020
Q151 * Q152	259.458	1	259.458	5.294	.024	.059
Erreur	4165.886	85	49.010			
Total	50755.000	89				
Total corrigé	5405.775	88				

a. R deux = .229 (R deux ajusté = .202)

En effet, dans le tableau des effets inter-sujets, nous relevons une valeur F associée au terme d'interaction significative ($F = 5,294$; $p = 0,024$).

Cela signifie que l'effet du sentiment de pouvoir mettre en œuvre la méthode sur la première dimension du modèle de burnout de Shirom et Melamed (la fatigue physique du MSBM) varie en fonction du niveau de satisfaction d'être formé des participants. Plus exactement l'effet d'interaction nous permet de souligner que la fatigue augmente fortement pour les personnels formés et fortement satisfaits dès lors qu'ils ont le sentiment de ne pas pouvoir mettre en œuvre la méthode.

Figure 39 : Graphique des moyennes marginales estimées sur la fatigue physique (MSBM).



Pour illustrer cet effet, le graphique des moyennes marginales estimées nous permet de mettre en évidence cet effet d'interaction significatif par le croisement des deux lignes.

Ainsi, la combinaison de la satisfaction et du sentiment de pouvoir mettre en œuvre la méthode oriente la fatigue perçue.

Enfin, nous notons un effet d'interaction des termes à la frontière de la taille moyenne,

mais cependant de petite taille avec un éta-carré partiel modéré (η^2 partiels = 0,059).

- Pour la seconde dimension du burnout selon la conceptualisation de Shirom et Melamed, la lassitude cognitive, l'analyse de variance à plan factoriel ne fait pas ressortir d'effet d'interaction significatif ($F = 0,688$; $p = 0,409$) et de ce fait ne nous permet d'extraire un effet de taille suffisante pour enrichir l'analyse des résultats. Les personnels formés faiblement satisfaits ont un score de lassitude cognitive plus élevé.
- Pour le conflit de valeur, l'analyse de variance à plan factoriel ne fait pas ressortir d'effet d'interaction significatif ($F = 3,042$; $p = 0,084$). Les résultats observés précédemment restent les seuls éléments propices à la compréhension des fluctuations de niveaux de conflits de valeur. Aussi, les personnels formés faiblement satisfaits déclarent un conflit de valeur plus élevé que les personnels formés fortement satisfaits.

D. Discussion

Nos résultats, dans un premier temps, mettent clairement en évidence l'absence de différences significatives au niveau du jeu en profondeur, du jeu en surface, des stratégies de coping, de la tension au travail, du conflit de valeur, de la compatibilité entre représentation et réalité, de la satisfaction et du burnout chez les personnels formés et non formés.

À la différence des variables sociodémographiques, qui permettent de différencier des groupes, la caractéristique « formée à la méthode ou non » n'intervient donc pas de façon significative au niveau des moyennes obtenues par les sujets. Une des explications repose certainement, comme nous l'avons souligné lors de la discussion des résultats de la troisième étude (sur la contribution du travail émotionnel pour prédire le burnout en complément du modèle de Karasek), sur la composition de notre effectif global qui présente une prévalence de profils en souffrance relativement bas (12,7% soit 20 sujets). Cette prévalence, d'ailleurs, chute davantage si l'on ne retient que les cas de burnout sévère (épuisement émotionnel élevé, dépersonnalisation élevée et accomplissement personnel faible) avec un taux de 5,7% (9 sujets) de l'effectif total. De ce fait, formés ou non formés nos répondants ne semblent pas significativement différents.

Pourtant une différence de taille les sépare lorsque l'on prend en compte le positionnement sur la représentation graphique du modèle de Karasek et impose une exploration plus fine des sujets formés à la méthode Gineste et Marescotti.

En effet, nous observons (en calculant le positionnement des deux groupes par rapport aux médianes de demande psychologique et d'autonomie de l'ensemble des sujets) que les professionnels non formés se retrouvent dans le cadran « passif » signifiant une charge de travail inférieure à la plupart, mais également une latitude elle aussi inférieure à la plupart. Dans cette configuration il réside moins de sollicitations et peu de marge de manœuvre. À titre de comparaison, l'évaluation de l'enquête Sumer 2003 par la DARES (2008) rapporte sur surreprésentation dans cette configuration des catégories socioprofessionnelles allant des employés de commerce ou de service aux ouvriers non qualifiés en passant par les ouvriers qualifiés (les CSP les plus basses de l'étude).

À l'inverse et pour l'autre groupe, les professionnels formés, nous observons un positionnement dans le cadran « actifs » synonyme d'une latitude élevée et d'une charge de travail forte. Ce positionnement témoigne souvent d'une dynamique importante et d'un

meilleur pronostic au regard de la santé générale. Cette position sur le cadran « actif » permet également d'avancer l'idée qu'ils disposent d'une autonomie plus importante. Cette dernière étant structurée par la marge de manœuvre dans le travail, l'utilisation des compétences (avec notamment un item sur les tâches répétitives) et le développement des compétences, nous pourrions avancer l'idée que la méthode permet d'investir l'objet travail de façon dynamique et créative. Aussi le positionnement sur le cadran actif prédispose les professionnels formés sur une posture d'acteur à la différence des autres qui, sur le cadran « passif », peuvent apparaître en posture d'agent.

En reprenant donc le positionnement sur le cadran « actif » et ainsi en nous appuyant sur la modélisation de Karasek, il apparaît que l'effet de la formation en apportant des connaissances et techniques nouvelles et en proposant des modalités de prise en charge différentes, agit sur les trois dimensions de la latitude décisionnelle (les marges de manœuvre, l'utilisation actuelle des compétences et le développement des compétences). Or, dans notre recherche les deux composantes essentielles liées à la dimension de latitude sont d'une part la satisfaction au regard de la formation et d'autre part le sentiment de pouvoir appliquer ses acquis.

Ainsi, en intégrant le niveau de satisfaction à être formé (faible ou fort), nous obtenons des différences significatives et plus subtiles pour analyser les effets de la méthode.

En effet, la demande psychologique (plus élevée chez les formés) ne semble pas perçue de la même façon (moins forte chez les sujets formés satisfaits) et ainsi tend à souligner que la charge de travail (qualitative et quantitative) serait auto évaluée moins importante dès lors que les professionnels sont satisfaits de leur formation.

De plus, il ressort que les formés « non satisfaits » présentent un épuisement émotionnel et une dépersonnalisation plus élevés que les formés « satisfaits ». L'hypothèse que cette charge de travail auto évaluée puisse constituer un vecteur d'épuisement professionnel d'autant plus important que les sujets sont formés et « non satisfaits » semble confirmé par la perspective de Shirom et Melamed. En effet, nous observons que les formés « non satisfaits » ont également tendance à être plus fatigués et présenter une lassitude cognitive plus forte.

Enfin, en plus de la charge psychologique de travail et les dimensions du burnout, il s'ajoute un conflit de valeur plus important pour les « non satisfaits » témoignant de la tension et du conflit interne sous-tendu par ces conditions de travail perçues.

Il semble donc que pour notre population, au-delà du fait d'avoir bénéficié de la formation à la méthode Gineste et Marescotti, c'est bien le niveau de satisfaction à être formé qui détermine les impacts de la méthode sur les professionnels.

Les attentes par rapport à la formation, le niveau d'adhésion à la philosophie de l'Humanitude[©] ou encore les conditions de mise en place ou de déroulement de la formation peuvent contribuer à graduer la satisfaction, et du même coup, peuvent conditionner l'évaluation de sa pratique professionnelle après une session de formation. Nous retrouvons ainsi l'importance de la dimension de développement des compétences présente dans la mesure de la latitude décisionnelle du modèle de Karasek.

Cependant, les deux autres dimensions (l'utilisation des compétences et les marges de manœuvre) restent étroitement liées pour définir le degré de latitude dont disposent les soignants.

En ce sens, appliquer une méthode lorsque l'on n'en est pas satisfait peut constituer une contrainte majeure, mais avoir le sentiment de ne pas pouvoir appliquer une méthode dont on est fortement satisfait peut, tout autant, apparaître comme une contrainte psychologique majeure. Ces deux composantes, satisfaction et application, semblent ainsi s'influencer mutuellement.

Pour étayer cet argument, les analyses de variance à plan factoriel en combinant la satisfaction d'être formé et le sentiment de mettre en œuvre la méthode, nous fournissent des résultats significatifs.

Ainsi, l'effet significatif ($F = 6,479$; $p = 0,013$) de notre variable d'interaction rend compte de son influence sur les variations d'épuisement émotionnel obtenues au MBI chez les personnels formés. Il y aurait donc bien un épuisement consécutif à la réduction de sa marge de manœuvre et à l'utilisation de ses compétences, mais plus fortement encore en situation de dissonance. Ceux qui sont satisfaits sont moins épuisés lorsqu'ils mettent en application la méthode et plus épuisés lorsqu'ils ne peuvent pas la mettre en œuvre (et inversement pour les non satisfaits).

De la même façon, l'effet significatif ($F = 6,294$; $p = 0,014$) de notre variable d'interaction rend compte, là encore, de son influence sur les variations de dépersonnalisation obtenues au MBI chez les personnels formés.

La dépersonnalisation serait, en ce sens, consécutive à la frustration éprouvée de ne pas disposer d'une organisation et d'une capacité d'action conforme à ses convictions. Cette

interprétation vient ajouter un élément de supplémentaire à l'hypothèse d'une stratégie d'évitement repérable dans les conduites de dépersonnalisation des soignants. L'évolution de cette dimension du burnout, au cours de ces dernières années, vers un désengagement semble confirmée. Dans notre étude, ce désengagement est remarquablement bien illustré par l'effet d'interaction signifié par le croisement des deux lignes sur le graphique correspondant (*cf : graphique des moyennes marginales estimées sur la dépersonnalisation*). Comme nous l'avons souligné dans la présentation des résultats, les participants qui sont faiblement satisfaits ont un score de dépersonnalisation qui chute lorsqu'ils n'ont pas le sentiment de pouvoir mettre en œuvre la méthode à la différence des autres dont le score augmente lorsqu'ils ont le sentiment de ne pas pouvoir mettre en œuvre la méthode.

Enfin, nous pouvons ajouter que l'effet significatif ($F = 5,294$; $p = 0,024$) de notre variable d'interaction sur la fatigue physique (première dimension du MSBM) tend à confirmer le coût psychologique et donc les efforts physiques produits par les sujets en situation de conflit interne et contrainte situationnelle. Dans ce cas de figure, l'inversion forte de la tendance mesurée (la fatigue physique) signalée par le croisement des deux lignes dans le graphique des moyennes marginales estimées sur la fatigue physique souligne l'impact négatif sur les sujets que peut avoir le sentiment de ne pas mettre en œuvre la méthode.

En complémentarité des effets observables avec le fait d'être satisfait (ou non) d'être formé, la capacité d'agir ou mettre en œuvre ses compétences semble particulièrement importante pour expliquer les différences observées. Ce dernier point pourrait rendre compte d'une mise en échec du sujet en agissant directement (utilisation des compétences) ou indirectement (marge de manœuvre) sur son autonomie décisionnelle.

En conclusion, pour notre quatrième étude, nous avons pu vérifier en partie seulement notre hypothèse (**H4**) selon laquelle des différences significatives s'observent entre les personnels « formés » et « non formés » à la méthode Gineste et Marescotti et, plus fortement encore, avec les personnels « formés » qui ont le sentiment de ne pas pouvoir appliquer la méthode.

- Plus spécifiquement, dans notre échantillon, il existe des différences significatives pour le jeu en surface, le coping centré sur l'émotion, la latitude, la demande psychologique, le conflit de valeur et le burnout (**H4a**), mais lorsque l'on prend en compte les personnels « formés » et satisfaits. La nature de notre échantillon en intégrant surtout ce que Karasek

nomme les « personnels en bonne santé » nous obtenons un ensemble assez homogène et donc difficilement opposable sur des oppositions simples (« formés » / « non formés »).

- De plus, nous confirmons que l'impossibilité de mettre en œuvre la formation (**H4b**), et donc ses compétences quand on est satisfait d'être formé, influence le niveau de burnout et plus exactement majore l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et la fatigue physique. Toutefois, nous n'observons pas de différence au niveau du conflit de valeur.

TROISIÈME PARTIE : DISCUSSION GÉNÉRALE ET CONCLUSION

I. Discussion.

Ce travail de thèse visait à étudier les impacts de la régulation émotionnelle sur l'épuisement professionnel des soignants en gériatrie et plus particulièrement en mesurant les effets de la méthode Gineste et Marescotti. Lors d'une première étude, en relevant la valence émotionnelle et la fréquence cardiaque, nous avons observé les états émotionnels induits par deux séquences de film portant sur une même tâche très fréquente en institution spécialisée ou non (Ehpad, unité Alzheimer), mais réalisée une première fois en technique et une seconde fois avec la méthode Gineste et Marescotti. Au cours de deux autres études nous avons étudié d'une part les liens entre les régulations émotionnelles au travail et les variables de personnalité, les variables dispositionnelles et les variables contextuelles et d'autre part nous avons mesuré le rôle des régulations émotionnelles au travail dans la prédiction de la détresse psychologique chez les étudiants en soins infirmiers et en école d'aide-soignant et dans la prédiction du burnout en gériatrie. Enfin une quatrième étude nous a permis d'étudier les impacts de la méthode Gineste et Marescotti au travers des différences significatives observées au niveau des régulations émotionnelles au travail, des stratégies de coping, de la tension (« job strain » de Karasek), de la satisfaction, de la représentation du travail (compatibilité et conflit de valeur) et du burnout sur un échantillon de soignants exerçant en gériatrie.

En premier lieu, nous avons observé que confrontés à deux situations professionnelles expérimentales engendrant des émotions de valences différentes, les sujets en situation d'affichage d'émotion positive prescrite (afficher un large sourire) éprouvent un stress significativement différent indiqué par la fréquence cardiaque selon que la situation professionnelle visionnée engendre une dissonance émotionnelle ou non. Par la suite, nous avons pu mettre en évidence que les stratégies de régulations émotionnelles au travail (jeu en surface et jeu en profondeur) dépendent à la fois des caractéristiques de personnalité, des stratégies de régulations émotionnelles dispositionnelles et des prescriptions internes et

externes, mais reste différenciées des stratégies de coping qui elles ne contribuent pas à expliquer significativement le jeu en surface et le jeu en profondeur. De plus, la contribution très modeste du travail émotionnel pour prédire la détresse psychologique à la différence du burnout tend à démontrer que le travail émotionnel semble surtout s'inscrire dans une dynamique contextuelle et non pas dispositionnelle. Dans cette perspective, nous avons pu confirmer la place du travail émotionnel pour prédire le burnout en complément du modèle de Karasek et plus encore, nous avons pu souligner l'effet d'interaction entre le modèle de Karasek et le travail émotionnel. Enfin, à partir de notre échantillon de professionnels exerçant en gériatrie, nous n'observons pas des différences significatives entre les personnels « formés » et « non formés », mais plutôt entre les personnels « formés » « satisfaits » et les personnels « formés » « non satisfaits ». L'adhésion personnelle ou l'évaluation d'un gain personnel perçu lors de l'acquisition de compétences procurée par la méthode Gineste et Marescotti influence fortement les retentissements individuels observables. En complément, la possibilité de mettre en œuvre ses connaissances constitue elle un élément déterminant dans l'apparition du burnout notamment pour les dimensions d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation de Maslach et Jackson ou encore pour la fatigue physique de Schirom et Melamede.

A. Valence émotionnelle d'une expérience de soin et impact physiologique et psychologique d'une situation de dissonance émotionnelle.

Notre étude, au travers de cette thèse, démontre l'impact psychologique et physiologique induit lors d'une situation de dissonance émotionnelle par l'intermédiaire d'un support vidéo. En fait, ce support nous a permis de reconstruire le processus émotionnel à l'œuvre et plus particulièrement pour mesurer les effets d'un stressor émotionnel spécifique au contexte de la gériatrie et donc pour replonger le sujet dans un « état émotionnel particulier » au plus près d'une démarche d'observation écologique (Gil, 2009). Il ressort que deux éléments cohabitent au sein du processus de construction de la dissonance émotionnelle en gériatrie. Le premier reposant sur l'évaluation cognitive de la situation fait directement référence à la définition de la dissonance cognitive telle que proposée par Festinger (1957), et ce, en insistant sur l'inconsistance de deux cognitions pour expliquer l'origine de l'inconfort ressenti. Le deuxième réside sur le traitement spécifique de l'information émotionnelle qui implique des structures (ou sous composantes de l'organisme) et des processus complexes (patterns moteurs et apprentissages sociaux) dont le sujet n'a pas toujours conscience lorsqu'il regarde des films vidéos (Carr, Iacoboni, Dubeau, Mazziotta & Lenzi, 2003 ; Wild, Erb,

Bartels&Grodd, 2003 ; Sato, Kochiyam, Yochikawa, Naito&Matsumura, 2004). À la différence d'une expérience de dissonance cognitive, l'inconfort d'une situation de dissonance émotionnelle ne réside pas uniquement sur le rapport entre la somme des cognitions inconsistantes (pondérées par l'importance qui accorde le sujet) et la somme des cognitions consistantes (pondérées par l'importance qui accorde le sujet), mais d'une part par sur ce même rapport, auquel il convient d'ajouter une pondération inhérente aux règles émotionnelles organisationnelles et à la relation contractuelle et/ou morale (comme le contrat de travail ou ce que Hochschild (1983) nomme le « du »), et d'autre part sur des spécificités organiques et donc neurophysiologiques appliquées à la gestion des émotions. Les structures neuronales activées préférentiellement dans le traitement de certaines émotions, comme le cortex orbito frontal pour l'expression et l'adaptation des émotions aux contextes (Zald, D.H. & Kim, S.W. 1995), l'insula dans le dégoût (Damasio, 2010) ou encore l'amygdale dans le traitement de la peur (Le Doux, 1994), témoignent ainsi d'une réactivité émotionnelle elle-même porteuse d'une évaluation interne (stimulii proprioceptifs). Dans notre étude, la valence émotionnelle attribuée à chaque séquence va donc non seulement dépendre de la consistance ou l'inconsistance avec sa représentation du soin et l'importance qu'accorde le sujet au respect des règles émotionnelles, mais également elle va dépendre du ressenti physiologique (l'inconfort) rattaché au traitement de l'émotion. Dans le cas d'une répression émotionnelle avec une consigne expérimentale imposant un jeu en surface (le sourire), l'effort ou plus exactement la pénibilité décrite lors de l'épisode de dissonance émotionnelle (qui cède en grande partie lorsque les sujets ne sourient plus en regardant le film et donc lorsqu'ils ne respectent plus complètement la consigne) confirme le coût décrit pour l'activation des stratégies de régulations émotionnelles (Richards et Gross, 2000) adossées à une modification de l'expression émotionnelle. Ainsi, l'enregistrement et l'analyse de la fréquence cardiaque illustrent les différences significatives immédiates en situation de dissonance émotionnelle (fréquence cardiaque supérieure lors du 1er film), mais surtout, parce que nous y voyons les signes d'un stresser émotionnel, nous amènent à faire l'hypothèse d'une majoration du risque cardiovasculaire du fait de l'influence des émotions au quotidien sur la variabilité de la fréquence cardiaque (Bounhoure, 2010 ; Brodsky, Sato et Iser, 1987).

De ce fait, même si l'on s'accorde pour reconnaître que le traitement émotionnel, quelle que soit la valence émotionnelle, impacte l'organisme il semble que lors d'une situation de dissonance les conséquences soient plus négatives pour le sujet. La différence significative de moyenne des fréquences cardiaques sur chaque séquence, mais également sur chaque étape de

chaque séquence valide note hypothèse. Feindre une émotion constitue un processus coûteux psychologiquement et physiologiquement, et ainsi, par extension, le jeu en surface apparaît comme une stratégie d'autant plus dysfonctionnelle pour le sujet qu'elle s'éloigne de ses standards émotionnels internes créant du même coup une inconsistance profonde et une tension interne.

B. Analyse des déterminants personnels, dispositionnels et des prescriptions émotionnelles pour prédire les variations du jeu en surface et du jeu en profondeur.

Un des enseignements de notre thèse réside dans la cohérence des associations observées entre le jeu en surface et le jeu en profondeur avec les autres variables de l'étude.

En effet, la covariation obtenue entre le jeu en surface, les prescriptions internes (soutien émotionnel et répression émotionnelle) et la suppression expressive participe bien du cadrage théorique qui explique le recours à cette stratégie de régulation émotionnelle au travail. L'utilisation du jeu en surface (qui implique de feindre une émotion) intervient bien en fonction de l'importance que le sujet accorde à l'affichage émotionnel dans le cadre de son emploi (ici il s'agit du soutien émotionnel) et en confrontation à un événement porteur (pour les mêmes raisons) d'une répression émotionnelle. Mais, de plus, le jeu en surface intervient dans le cadre d'un processus de suppression expressive c'est-à-dire de modification de l'expression émotionnelle sous-tendant ainsi le jeu d'acteur produit pour faire face. Comme le rappelle Goffman (1973), chaque situation (répondant à une logique sociale) taxe l'individu qui obtient, en retour, l'adhésion du groupe et une protection contre l'imprédictibilité. Quand il n'y a pas de spontanéité, il reste pour l'acteur un jeu en surface pour s'inscrire dans cette logique sociale.

De la même façon, la covariation des prescriptions externes et de la réévaluation cognitive avec le jeu en profondeur retranscrit bien les conditions de réalisation de cette stratégie de régulation émotionnelle au travail. Il semble bien que ce soit par une prise en compte et l'analyse des éléments constitutifs d'un événement qu'intervient la réévaluation cognitive de ce dernier dans le but de lui accorder une consistance voire un sens congruent avec ses standards internes. Cette stratégie souligne l'importance de l'évaluation primaire réalisée au départ du traitement de l'information émotionnelle comme dans la perspective transactionnelle qui insiste en premier lieu sur l'analyse de la pertinence et de l'importance de l'évènement.

Le contexte professionnel rend compte de l'exclusivité du travail émotionnel quand il s'agit d'analyser la régulation émotionnelle au travail, mais il définit également des stratégies particulières pour faire face aux événements émotionnels.

L'absence d'associations avec les stratégies de coping pourrait ainsi signifier la spécificité du jeu en surface et du jeu en profondeur, mais également la complexité des régulations émotionnelles au sens large qui dans leur définition englobe les mécanismes de défense, l'autorégulation et les stratégies de coping (Korb, 2009). Le point commun entre les stratégies de coping et les stratégies de régulations émotionnelles au travail repose là encore sur les prescriptions internes ou externes pour le recours à une stratégie donnée. Nous pourrions donc concevoir le jeu en profondeur et le jeu en surface comme des modalités d'élaboration de réponses actives et conscientes spécifiques à l'expression émotionnelle dans un cadre contraint par des prescriptions spécifiques.

En ce sens, le modèle prédictif obtenu pour le jeu en surface confirme le poids majeur des prescriptions internes et du jeu en profondeur pour rendre compte des variations de cette stratégie. De la même façon, pour le jeu en profondeur, les prescriptions internes et externes ainsi que le jeu en surface apparaissent prépondérants pour rendre compte du recours à cette stratégie. Dans les deux cas, en complément des variables de personnalité et de régulations émotionnelles dispositionnelles, il ressort que se sont bien des variables contextuelles qui dominent les modèles et donc nous pourrions avancer l'idée que le recours au jeu en surface ou au jeu en profondeur, comme dans la perspective de Lazarus et Folkman (1984), va dépendre d'une première évaluation émotionnelle portant sur le caractère pertinent et congruent ou non de l'évènement et d'une deuxième évaluation portant sur les capacités de gestion émotionnelle de l'évènement, leurs conséquences et leurs conformités au regard des règles émotionnelles imposées. Ainsi, et au-delà des caractéristiques individuelles et dispositionnelles, nous retrouverions bien l'association des variables objectives (contextuelles) et des variables subjectives dans l'émergence des stratégies de régulations émotionnelles au travail. En ce sens, les déterminants contextuels s'imposent dans l'apparition des stratégies issues du travail émotionnel.

C. Contribution du travail émotionnel en complément des variables personnelles, dispositionnelles et contextuelles dans l'installation de la détresse psychologique et du burnout.

L'étude de la contribution du travail émotionnel sur la détresse psychologique et le burnout renforce la perspective situationnelle et spécifique au contexte professionnel.

Les corrélations positives et significatives entre le score de détresse psychologique et le jeu en surface ($r = .122$; $n = 844$; $p = < 0.01$), le score de détresse psychologique et la répression émotionnelle ($r = .101$; $n = 845$; $p = < 0.01$) ainsi entre le score de détresse psychologique et le jeu en profondeur ($r = .078$; $n = 835$; $p = < 0.05$) témoignent d'une variation commune. En revanche, et compte tenu du pourcentage de variance expliquée issue de notre modèle de régression hiérarchique (même s'il reste significatif), nous ne concluons pas à une contribution majeure du travail émotionnel dans l'apparition de la détresse psychologique. En effet, les analyses de variances univariées (ANOVA), en intégrant comme variable dépendante le score de jeu en surface puis la répression émotionnelle et en variable indépendante le score de détresse émotionnelle, vont dans le sens d'une contribution secondaire (en association) où nous avons pu observer que le jeu en surface était plus important chez les sujets en détresse psychologique. Ces résultats confirment une dynamique contextuelle et non pas dispositionnelle du travail émotionnel. D'ailleurs, l'absence de résultats significativement plus importants pour la répression émotionnelle chez les sujets en souffrance psychologiques souligne que l'exposition à des facteurs de dissonances émotionnelles n'est pas vérifiée et ainsi invalide l'hypothèse d'un facteur explicatif concernant le travail émotionnel.

S'agissant du burnout, nous obtenons à la différence de la détresse psychologique, des résultats plus concluants sur l'impact des régulations émotionnelles au travail. Plus spécifiquement, nous avons pu mettre en évidence une contribution claire de la répression émotionnelle avec une variation de R deux (.026) significative ($F = 5,654$; $p < 0,05$) pour expliquer la variation d'épuisement émotionnel (modèle de Maslach et Jackson). Nous avons relevé qu'en complément du « job strain » les sujets anxieux confrontés à des situations de répression émotionnelles développent plus d'épuisement émotionnel. Pour la troisième dimension du burnout selon Maslach et Jackson, en complément de l'autonomie décisionnelle, de l'anxiété et de la suppression expressive nous observons que les prescriptions internes influencent fortement l'accomplissement personnel. En effet, s'inscrire

dans un soutien émotionnel fort (dont la variation du R deux (0,058) est significative ($F = 8,923$; $p < 0,05$ dans notre modèle)) et ressentir peu de répression émotionnelle (dont la variation du R deux (0,065) est significative ($F = 10,708$; $p < 0,01$) dans notre modèle) favorise l'accomplissement chez les sujets peu anxieux, ayant moins recours à la suppression expressive et bénéficiant d'une latitude décisionnelle forte. Ainsi, dans la modélisation de Maslach et Jackson, les prescriptions internes participent significativement à l'apparition du burnout et ce au moins sur deux dimensions.

Dans la modélisation de Shirom et Melamed, là encore nous observons une contribution significative de la répression émotionnelle (avec une variation du R deux (0,023) significative ($F = 5,558$; $p < 0,05$) dans notre modèle) en complément du « job strain » et de l'anxiété. Aussi, les salariés en tension et anxieux, exposés à la répression émotionnelle vont développer une fatigue physique accrue. S'agissant de la lassitude cognitive, un soutien émotionnel bas associé à une anxiété notable forme un modèle prédictif significatif. Enfin, nous observons une contribution significative du soutien émotionnel (avec une variation du R deux (0,072) significative ($F = 12,187$; $p < 0,01$) dans notre modèle) et du jeu en surface (avec une variation du R deux (0,030) significative ($F = 5,214$; $p < 0,05$) dans notre modèle) en association à l'anxiété et dans un contexte de latitude décisionnelle appauvrie pour prédire l'épuisement émotionnel.

Le travail émotionnel semble donc intéressant, en complément des variables de personnalité, des variables de régulations émotionnelles dispositionnelles et du modèle de Karasek, pour expliquer l'usure psychologique et émotionnelle (épuisement émotionnel, fatigue physique et lassitude cognitive) des soignants en gériatrie, mais également participe, lorsqu'il est fonctionnel, à l'accomplissement personnel.

Enfin, les effets d'interactions entre les dimensions du modèle de Karasek, le soutien émotionnel et le jeu en surface, complètent l'analyse de la contribution du travail émotionnel et confirme l'effet d'entraînement des variables contextuelles et des régulations émotionnelles sur le burnout. Pour l'épuisement émotionnel, nos résultats soulignent l'influence réciproque du soutien émotionnel et de la demande psychologique. L'effet combiné de la demande psychologique et du soutien émotionnel se solde par une augmentation de l'épuisement émotionnel plus importante que dans le cas d'un effet simple d'une des deux variables. De la même façon, la combinaison de l'autonomie décisionnelle et du jeu en surface signe un

recours à la dépersonnalisation plus important que dans le cas d'un effet simple de chacune des variables.

Nos résultats confirment l'impact des régulations émotionnelles pour prédire l'épuisement professionnel en gériatrie. Le modèle de Karasek, déterminant pour identifier les personnels en tension et plus largement pour prévenir les risques pour la santé, se trouve ainsi compléter par une exploration contextuelle et émotionnelle complémentaire à la perspective interactionniste (issue du croisement des dimensions de demande, de latitude et de soutien). Indépendamment des conditions objectives et organisationnelles de travail, la dimension émotionnelle renvoyant à la notion de dissonance émotionnelle peut constituer un facteur d'usure prédictif du turn-over ou de l'absentéisme. Comme le rappellent Ashforth et Tomiuk (2000) inhiber l'authenticité émotionnelle de l'individu et développer ce que Mann (1997) nomme un « sentiment d'hypocrisie » peut conduire à un désengagement qui lorsqu'il se chronicise précipite les intentions de départ. De plus, comme le proposent Truchot et Borteyrou (2010) dans leur étude portant sur 144 infirmières en oncologie, bien que le modèle de Karasek prenne en compte des éléments objectivables des contextes professionnels, la prise en compte des stressors spécifiques aux situations de travail peut améliorer l'analyse et mettre en évidence un modèle prédictif du burnout plus performant. Ainsi, nous pouvons avancer l'idée que de la même façon qu'en oncologie (avec les relations difficiles avec les patients), un focus sur les groupes pour faire émerger les sources d'exigence, de contrôle et de soutien pourrait nous permettre d'intégrer des stressors émotionnels propres à la gériatrie.

D. Impacts de la méthode Gineste et Marescotti sur les soignants exerçant en gériatrie.

Nos hypothèses portant sur les différences entre personnels « formés » et personnels « non formés » à la méthode Gineste et Marescotti avaient pour but de mettre en exergue les retentissements sur les soignants et plus exactement de vérifier si l'acquisition de ces compétences spécifiques allait être fonctionnelle au quotidien. Le premier résultat souligne l'absence de différences significatives entre nos deux groupes. En fait, les raisons d'une absence de différence significative reposent certainement sur la nature de notre échantillon pour lequel nous n'avons pas une prévalence de soignants en souffrance permettant des comparaisons voire des regroupements propices à un repérage particulier. Notre échantillon total est donc assez homogène. Les répondants à notre questionnaire semblent assez proches

du moins au niveau de variables d'étude. Mais il serait hasardeux de penser qu'il n'y a donc pas d'impact de la méthode sur les soignants.

A posteriori, nous observons que les structures ayant donné leur accord pour notre recherche ont un point commun, car elles sont curieuses (les effets de la méthode) et impliquées dans la prévention des risques psychosociaux. Cette particularité liée à la participation constitue de fait un biais de sélection et conditionne la mesure statistique par la suite. Les terrains pour lesquels il aurait été intéressant d'explorer les particularités des retentissements du travail en gériatrie sur la santé et les conduites des personnels (parce qu'avec des soignants en souffrance déclarée) sont ceux qui n'ont pas souhaité accueillir notre recherche après présentation de la démarche et lecture des protocoles. De plus, notre questionnaire étant proposé sur la base du volontariat, nous n'avons qu'une partie des professionnels qui étaient concernés et ainsi qu'une partie des profils présents en institution. Le biais du travailleur en bonne santé n'est donc pas négligeable dans l'analyse de nos résultats. Comme Pasquier et Pedinielli (2010) l'ont observé (dans leur étude sur la conscience émotionnelle, l'anxiété, la dépression et le partage social des émotions) les relations entre l'inhibition du partage social émotionnel et l'anxiété d'une part et entre l'inhibition d'une partie seulement du vécu émotionnel et le niveau de dépression d'autre part soulignent pour l'anxiété des conduites d'évitement dans le but d'empêcher la réactivation du vécu émotionnel et pour la dépression une conduite d'évitement pour se protéger d'une vision négative de soi. Aborder un sujet sensible pour un établissement où aborder et ainsi conscientiser son état revient à prendre le risque de s'exposer à la souffrance...

Dès lors, nous avons privilégié un focus sur les personnels « formés » uniquement en essayant d'observer si, pour cette catégorie, le niveau de satisfaction à être formé allait apporter des éléments d'analyse et d'observations dans l'exploration des effets de la méthode. Comme Vandenberghe et al. (2009) l'avaient souligné les déterminants directs de l'absentéisme dans les unités de soin reposent sur la latitude décisionnelle, l'épuisement émotionnel et la satisfaction. Aussi, par ce que nous considérons la méthode Gineste et Marescotti comme un moyen d'acquérir de nouvelles compétences, de les utiliser et d'organiser son travail soi-même (formant la latitude décisionnelle) et puisque nous considérons que le quotidien professionnel en gériatrie (sur notre population d'étude) implique une demande psychologique forte (la médiane est de 25 sur notre échantillon de professionnels et donc bien supérieure à la médiane en France (tous secteurs et toutes

catégories de professionnels confondus) qui est de 21 selon la DARES), il reste que la satisfaction peut apparaître comme un élément déterminant. Mais puisque nous nous concentrons sur les personnels « formés », nous retenons un critère de satisfaction en lien avec la formation.

Partant de là, nous observons que les personnels « formés » et « fortement satisfaits » de l'être font significativement moins appel au coping émotionnel et font moins de jeu en surface. Nous notons également qu'ils déclarent une demande psychologique moins élevée, développent un niveau d'épuisement émotionnel (au MBI) moins fort et ont moins recours à la dépersonnalisation et s'agissant de la modélisation du burnout selon Shirom et Melamed, ils sont moins fatigués et éprouvent moins de lassitude cognitive. Enfin nous relevons que les personnels « formés » et « fortement satisfaits » déclarent un niveau de conflit de valeur moins important. Ces résultats démontrent l'impact positif de la méthode Gineste et Marescotti sur les personnels « formés » dès lors qu'ils sont satisfaits de l'être et par extension qu'ils adhèrent à la formation. De ce fait, nous pourrions alors dire que former les gens « de force » (ou du moins sans un consentement éclairé, voire motivé) c'est prendre le risque de développer la « formation subie », de ne pas recueillir l'adhésion individuelle et collective et en ce sens c'est prendre le risque de ne pas bénéficier des impacts positifs décrits précédemment. Priver le sujet d'agir (en amputant sa latitude) c'est l'empêcher d'investir l'utilité de son acte dans un quotidien professionnel rythmé par un glissement général (le vieillissement des personnes et la perte d'autonomie) et un accompagnement au long court. Plus largement cela revient à attaquer le sens de sa pratique, car à défaut de pouvoir « guérir » (comme dans la plupart des services) le soignant peut investir et aménager l'accompagnement et ainsi faire la subtile différence entre le « Care » et le « Cure ».

Par la suite nous nous sommes attachés à analyser les conséquences liées au fait de ne pas pouvoir mettre en œuvre la méthode tout en gardant la caractéristique précédente (les personnels « formés » « satisfaits »). Cette particularité (ne pas pouvoir mettre en œuvre la méthode), revoyant à une configuration d'érosion de la latitude décisionnelle, peut être porteuse de dissonance cognitive et émotionnelle d'une part parce que les sujets peuvent avoir le sentiment de ne pas faire ce qu'ils devraient faire, mais d'autre part parce qu'ils peuvent se retrouver contraints à afficher et ressentir une émotion contraire à ce qu'ils ressentent réellement. Cette configuration d'un point de vue théorique apparaît comme sérieusement coûteuse psychologiquement pour le sujet (exposé au stress) et pourrait illustrer le processus d'usure professionnel constaté en situation de dissonance. En effet, les analyses de variance à

plan factoriel « 2 X 2 », réalisées à ce stade de notre recherche, semblent confirmer cette dynamique d'usure. Les personnels « formés » fortement « satisfaits », lorsqu'ils n'ont pas le sentiment de pouvoir mettre en œuvre la méthode, ont un score d'épuisement émotionnel (au MBI), un score de dépersonnalisation (au MBI) et une fatigue physique (au MSBM) qui augmente singulièrement quand dans le même temps, pour les faiblement « satisfaits » c'est la tendance inverse qui se produit. Ainsi, ne pas pouvoir appliquer la méthode constitue un vecteur épuisement émotionnel et de fatigue physique qui amène les sujets à s'inscrire dans des conduites de dépersonnalisation. Ce mouvement défensif (la dépersonnalisation) semble effectivement logique dans la mesure où il doit constituer une distanciation avec l'objet du travail qui génère un état de conflit interne mesurable notamment lors des situations de dissonances émotionnelles.

Ces résultats indiquent clairement que proposer une approche centrée sur l'humanité[®] n'a de sens et des effets bénéfiques pour les sujets que s'ils adhèrent au cadre théorique pour créer un standard interne valorisé et congruent avec leur représentation du métier, mais aussi et surtout s'ils ont le sentiment de pouvoir mettre en œuvre cette approche dans leur quotidien professionnel.

Ce dernier point reprend la dynamique du modèle d'Edelwich et Brodsky (1980) sur le burnout, au sein duquel les quatre stades (enthousiasme, stagnation, frustration et apathie) témoignent d'une confrontation progressive et graduelle à l'impossibilité d'agir de façon consistante avec ses standards et ce jusqu'à la mise en échec de l'individu qui, comme le souligne Michel Delbrouck (2010), déploiera toute une panoplie de mécanismes de défense ou d'évitement jusqu'à la décompensation.

En synthèse, à partir de notre population (157 soignants en gériatrie) nous observons des différences significatives et bénéfiques pour les soignants formés à la méthode Gineste et Marescotti (charge de travail perçue moins forte, moins de coping émotionnel, moins de jeu en surface, épuisement émotionnel et dépersonnalisation moins forte, fatigue et lassitude moins forte) si et seulement si la formation s'adresse à des personnes désireuses d'orienter leur pratique vers une approche centrée sur les valeurs de l'humanité[®] mais surtout et uniquement si l'établissement crée les conditions d'application de la méthode.

II. CONCLUSION.

Notre thèse nous a permis de mettre clairement en évidence qu'une situation de dissonance émotionnelle, reposant sur une relation d'inconsistance cognitive et émotionnelle impliquant une réactivité physiologique, génère un stress émotionnel qui, comme tous les stress lorsqu'ils se chronicisent, constitue un facteur de risque psychosocial. De plus nous avons également fait nettement ressortir l'influence des déterminants contextuels pour rendre compte des variations de jeu en surface ou en profondeur. Ainsi, nous observons donc que ces deux stratégies de régulations émotionnelles au travail apparaissent dans un contexte émotionnel spécifique aux construits psychosociaux et professionnels et donc se distinguent des autres modalités de régulations de l'émotion (coping et régulations émotionnelles dispositionnelles) habituellement mobilisées dans les sphères « hors vie professionnelle ». Par la suite, nous avons souligné la contribution du travail émotionnel pour prédire le burnout traduisant un état consécutif, voire réactionnel, à un environnement dissonant et à des conditions de travail délétères. Ceci nous a permis de concevoir le travail émotionnel comme un antécédent du burnout à la différence de la détresse psychologique (qui elle semble reposer sur une conception multifactorielle et endogène donc non exclusive au contexte).

Enfin notre travail de thèse permet aujourd'hui d'affirmer que la méthode Gineste et Marescotti peut être bénéfique si l'on respecte deux conditions. La première repose sur l'adhésion individuelle et collective et la deuxième sur les conditions pour appliquer la méthode. Dans le cas contraire, c'est une aggravation du burnout qui risque d'apparaître en croisant la notion de « job strain » (forte demande avec une médiane à 25 et faible latitude avec une médiane à 68) avec les exigences émotionnelles induites par un accompagnement complexe dans les situations de soin en gériatrie.

Cependant, et au terme de notre recherche, il semble que l'une des pistes à explorer pour mieux cerner le recours au jeu en surface ou en profondeur repose sur sa mesure elle-même. Comme pour les régulations émotionnelles de Gross (la réévaluation cognitive et la suppression expressive), une échelle centrée spécifiquement sur le jeu en surface et le jeu en profondeur devrait nous permettre d'identifier plus clairement le recours à l'une de ces deux stratégies et éviter ainsi la confusion entre les prescriptions internes et la régulation émotionnelle au travail tant au niveau des construits psychologiques que dans la formulation des items.

De la même façon, et dans le but de mieux cerner le recours à l'une ou l'autre stratégie, il semble opportun de se rapprocher de la notion d'ambivalence dans l'expression émotionnelle. En effet, comme nous l'avons vu dans notre recherche, ressentir n'est pas synonyme d'exprimer. Aussi, King et Emmons (1990), qui reprennent la notion d'inhibition active de Pennebaker (1985), soulignent que dans le cas d'un conflit émotionnel et cognitivo-comportemental résultant d'une situation de dissonance dans l'expression de ses émotions, les sujets ambivalents auront soit le désir d'exprimer leurs émotions, mais ne le feront pas, soit le regret d'avoir exprimé leurs émotions après coup. De plus, ils ont pu mettre en évidence (notamment) que l'ambivalence dans l'expression émotionnelle était positivement liée à la vulnérabilité psychologique. Ainsi, nous pourrions nous poser la question de savoir si l'ambivalence dans l'expression émotionnelle ne constituerait pas un précurseur du jeu en surface majorant la survenue du burnout. Dans cette perspective et en complémentarité des autres variables dispositionnelles (personnalité et régulations émotionnelles dispositionnelles) l'ambivalence pourrait contribuer à prédire le jeu en surface et en profondeur et constituer un pont entre les états de vulnérabilités psychologiques présents dans la vie de tous les jours (identifiables par exemple avec la détresse psychologique) et ceux développés dans des contextes particuliers comme le burnout.

S'agissant de notre population et plus spécifiquement de l'échantillon d'étudiants, ce dernier n'étant pas exposé aux mêmes facteurs de stress émotionnels que les professionnels exerçant en gériatrie, il semble qu'un focus sur les sources de stress permettrait d'orienter la réflexion sur les situations de dissonances émotionnelles spécifiques aux études en soins infirmiers ou en école d'aide-soignant. Plus encore, ce focus permettrait de bâtir une échelle de mesure du burnout plus adapté à leur contexte comme ce peut être le cas pour d'autres situations comme le burnout de mères de famille par exemple (Guéritault, 2004 ; Verjus et Boisson, 2005). Cette perspective permettrait d'explorer plus finement les liens entre travail émotionnel et burnout, mais surtout pour notre échantillon d'étudiants, cela permettrait de rattacher les stratégies de régulations émotionnelles en situation de soin au burnout et non pas de les rattacher à la détresse psychologique qui elle fait référence à une vulnérabilité psychologique vaste et moins exclusive à une situation de soin.

Enfin, pour affiner l'analyse des impacts de la méthode Gineste et Marescotti, il apparaît qu'un échantillon de professionnels plus large et intégrant des profils de soignants en burnout avérés faciliterait les comparaisons entre formés et non formés et pourrait valider nos résultats. De la même façon, un protocole expérimental intégrant une mesure « avant /

après » formation soulignerait les effets immédiats de la formation, mais également ceux qui se maintiennent dans le temps. Aussi et en complément, une perspective longitudinale portant sur le suivi d'un échantillon de professionnels formés et non formés contribuerait à faire progresser la compréhension du burnout en gériatrie et permettrait de développer des programmes de prévention pour un secteur gériatrique réputé en difficulté de recrutement et de vocation, mais qui ne va cesser de se développer avec le vieillissement de la population. La qualité de vie dans les établissements gériatriques passe aussi par la qualité de vie au travail des personnels en gériatrie.

RÉFÉRENCES

- Abraham, R. (1998). Emotional dissonance in organizations: a conceptualization of consequences, mediators and moderators. *Leadership and Organization Development Journal*, vol. 20, n°1, pp. 18-25.
- Adelman, P. K. (1995). Emotional labor as a potential source of job stress. In S. L. Sauter & L. R. Murphy (Eds.), *Organizational risk factors for job stress* (pp. 371 – 381). Washington, DC: American Psychological Association.
- Amyot J.J., (2008). Débat autour de la méthodologie de soin Gineste-Marescotti®. *Gérontologie et société*, 2008/3 n° 126, p. 178-187.
- Anceaux, F. & Beuscart-Zéphir, M.C. (2002). La consultation préopératoire en anesthésie : gestion de la prise d'information et rôle des données retenues dans la planification du processus d'anesthésie. *Le Travail Humain*, 65, 59-88.
- Anceaux, F. & Chauvin, C. (2010). Les activités de gestion de soin : un cadre d'étude privilégié de la cognition en situation naturelle. *Le Travail Humain*, 2010/4 Vol. 73, p. 293-297.
- Andersen, P. A. & Guerrero, L. K. (1998). Principles of communication and emotion in social interaction. In P. A. Andersen, & L. K. Guerrero (Eds.) *Handbook of Communication and Emotion*. San Diego: Academic Press. pp. 49-96.
- Anderson, M.C., Ochsner, K.N., Kuhl, B., Cooper, J., Robertson, E., Gabrieli, S.W., Glover, G.H. & Gabrieli, J.D. (2004). Neural systems underlying the suppression of unwanted memories. *Science*, 303: 232-235.
- Appelhans, B. M., & Luecken, L. J. (2006). Heart rate variability as an index of regulated emotional responding. *Review of General Psychology*, 10, 229–240.
- Appels, A. & Mulder, P. (1998). Excess fatigue as a precursor of myocardial infarction. *Eur Heart J* 1988; 9: 758–64.
- Archambault, H. (2006). Stimuler les motivations pour les métiers de la gérontologie. *Gérontologie et société*, 2006/3 n° 118.
- Archambault, H. (2008). Au sujet de la méthode Gineste-Marescotti®, dans Débat autour de la méthodologie de soin Gineste-Marescotti®, *Gérontologie et société*, 2008/3 n° 126, p. 185-187.
- Ashforth, B.E. & Humphrey, R.H. (1993). Emotional Labor in Service Roles : The Influence of Identity. *Academy of Management Review*, vol.18, n°1, 88-115.
- Ashforth, B.E. & Humphrey, R.H. (1995), Emotion in the Workplace: A Reappraisal. *Human Relations*, vol.48, n°2, 97-125.

- Ashforth, B. & Tomiuk, M. (2000). Emotional labour and authenticity: Views from service agents. In S. Fineman (Eds.), *Emotion in Organizations*. London: Sage, pp. 184 — 203.
- Bakker, A. B., Demerouti, E., de Boer, E. & Schaufeli, W. B. (2003). Job demands and job resources as predictors of absence duration and frequency. *Journal of Vocational Behavior*, 62, 341-356.
- Bakker, A.B., Schaufeli, W.B., Demerouti, E., Janssen, P.P.M., Hulst, R. Van Der & Brouwer, J. (2000). Using equity theory to examine the difference between burnout and depression. *Anxiety, Stress and Coping*, 13(3), 247-268.
- Bardot F. (2009). Travail et maltraitance dans une maison de retraite. *Travailler*, 2009/2 n° 22, p. 121-134.
- Bar-On, R. & Parker, J.D.A. (2000). Handbook of emotional intelligence : Theory, development, assessment and application at home, school and in the workplace, San Francisco, Jossey-Bass.
- Beauvois, J.-L., & Dubois, N. (1987). The norm of internality in the explanation of psychological events. *European journal of social psychology*, 18, 299-316.
- Belkic, K.L., Landsbergis, P.A., Schnall, P.L. & Baker, D. (2004). Is job strain a major source of cardiovascular disease risk? *Scand J Work Environ Health*; 30 (2) : 85-128.
- Berger, L. & Maillou-Poirier, D. (1989). *Personnes âgées, une approche globale, démarche de soin par besoins*. Maloine, Paris.
- Blanpain, N. & Chardon, O., (2010). Projections de population à l'horizon 2060. Un tiers de la population âgée de plus de 60 ans. *Insee Première* n°1320, Octobre 2010.
- Blascovich, J. & Tomaka, J. (1996). The biopsychosocial model of arousal regulation. In M.P. Zanna (ed.), *Advances in Experimental Social Psychology*, 29, 1-51. New York : Academic Press.
- Bolger, N. & Schilling, E. A. (1991). Personality and the problems of everyday life: The role of neuroticism in exposure and reactivity to daily stressors. *Journal of Personality*, 59: 355-386.
- Boreham, N.C., Foster, R.W. & Mawer, G.E. (1992). Strategies and knowledge in the control of the symptoms of the chronic illness. *Le Travail Humain*, 55, 15-34.
- Boudoukha, A.H. (2006). « étude conjointe du burnout et des troubles de stress post –traumatique dans une population à risque », dans *Cas des professionnels en milieu carcéral*, Lille 3 Charles-de-Gaulle, Villeneuve d'Asq.
- Boudoukha, A.H. (2009). *Burn-out et traumatismes psychologiques*. Dunod, Paris, 2009. (Les Topos +)
- Bounhoure, J.P. (2010). *Stress, dépression et pathologie cardiovasculaire*. Paris: Elsevier Masson.
- Bourbonnais, R., Brisson, C., Moisan, J. & Vezina, M. (1996). Job strain and psychological distress in whitecollar workers. *Scand J Work Environ Health* 1996; 22 (2) : 139-45.
- Bradley, B.P., Mogg, K., White, J., Groom, C. & de Bono, J. (1999). Attentional bias for emotional faces in generalized anxiety disorder. *British Journal of Clinical Psychology*. 1999;38:267–278.

- Bradley, H.B. (1969). Community bases treatment for young adult offenders. *Crime and Delinquency*, 15, 359-370.
- Breaugh, J. A. (1985). The measurement of work autonomy. *Human Relations*, 38, 551-570.
- Brodsky, M.A., Sato, D.A., Iseri, L.T., Wolff, L.J. & Allen, B.J. (1987). Ventricular tachyarrhythmia associated with psychological stress. The role of the sympathetic nervous system. *JAMA*. 1987 Apr 17;257(15):2064–2067.
- Brotheridge, C.M. & Grandey, A. (2002). Emotional Labor and Burnout: Comparing Two Perspectives of “People Work”. *Journal of Vocational Behavior*, 60, 17–39.
- Brotheridge, C. M. (2006). Emotional labor in service work. In Greenhaus, J., & Callanan, G. (Eds.). *Encyclopedia of career development*. Sage.
- Brotheridge, C. M., & Lee, R. T. (1998). On the Dimensionality of Emotional Labor: Development and Validation of an Emotional Labor Scale. Communication présentée à la First Conference on Emotions in Organizational Life, San Diego.
- Bruchon-Schweitzer, M.L. & Paulhan, I. (1993). *Manuel Pour l'Inventaire d'Anxiété État-Trait Forme Y (STAI-Y)*. ECPA, Paris.
- Burns, J.W., Quartana, P.J. & Bruehl, S. (2007). Anger management style moderates effects of emotion suppression during initial stress on pain and cardiovascular responses during subsequent pain-induction. *Annals of Behavioral Medicine*, 34(2):154-65.
- Butler, E., Egloff, B., Wilhelm, F., Smith, N., Erickson, E., & Gross, J. (2003). The social consequences of expressive suppression. *Émotion*, 3, 48-67.
- Cannon, W.B. (1927). The James-Lange theory of emotion: A critical examination and an alternative theory. *American Journal of Psychology*, 39, 106-124.
- Cannon, W.B. (1932). *The wisdom of the body*. New York : Norton.
- Canoui, P. (2003). La souffrance des soignants: un risque humain, des enjeux éthiques. *Revue internationale de soins palliatifs*, 2003/2 Vol. 18, p. 101-104.
- Canoui, P. & Mauranges, A. (2004). *Le Burn out, le syndrome d'épuisement professionnel des soignants, de l'analyse aux réponses*. Troisième édition, Éd. Masson, Paris 2001, 2004, p.5.
- Carr, L., Iacoboni, M., Dubeau, M. C., Mazziotta, J. C. & Lenzi, G. L. (2003). Neural mechanisms of empathy in humans: a relay from neural systems for imitation to limbic areas. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 100 (9) : 5497-502.
- Carton, S. (2006). La répression émotionnelle et son rôle en psychopathologie. *Psychologie française*, Vol. 51, n° 2, p 123-139.
- Carver, C.S., Pozo, C., Harris, S.D., Noriega, V., Scheir, N.F., Robinson, D.S., Ketcham, A.S., Moffat, F.L. Jr. & Clark, K.C., (1993), How coping mediates the effect of optimism on distress : a study of women with early stage breast cancer, *Journal of personality and social psychology*, 65, 375-390.

- Charazac, P. (1998). *Psychothérapie du patient âgé et de sa famille*. Dunod, Paris.
- Cherniss, C. (1980). *Staff burnout. Job stress in the human services*. Beverly Hills, Sage.
- Christophe, V., Antoine, P., Leroy, T. & Delelis, G. (2009) : Évaluation de deux stratégies de régulation émotionnelle : la suppression expressive et la réévaluation cognitive. *Revue européenne de psychologie appliquée*, 59, p. 59-67.
- Cohen, S., Kamarck, T. & Mermelstein, R. (1983). A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24 (4), 385-396.
- Cooper, C., Dewe, P.J. & O'Driscoll, M.P. (2001). *Organizational Stress. A Review and Critique of Theory, Research and Applications*. Thousand Oaks, California, Sage Publications.
- Côté, L., Edwards, H. & Benoit, N. (2005). S'épuiser et en guérir : Analyse de deux trajectoires selon le niveau d'emploi. *Revue internationale sur le travail et la société*, Volume 3, N°2, 835-865.
- Côté, S., Moon, S., & Miners, C. T. H. (2008). Emotion regulation in the workplace. In C. L. Cooper & N. M. Ashkanasy (Eds.), *Research Companion to Emotion in Organizations* (pp. 284-300). London: Edward Elgar.
- Cousson, F., Bruchon-Schweitzer, M. L., Quintard, B., Nuissier, J. & Rasclé, N. (1996). Analyse multidimensionnelle d'une échelle de coping : validation française de la WCC (Ways of coping checklist). *Psychologie française*, 41, p. 155-164.
- Cungi, C. (2005). *Savoir s'affirmer en toutes circonstances*. Paris, Retz. (collection Savoirs pratique)
- Curtis, B.M. & O'Keefe, J.H. Jr. (2002). Autonomic tone as a cardiovascular risk factor: the dangers of chronic fight or flight. *Mayo Clin Proc.* 2002;77:45-54.
- Daïeff, S. & Babadjian, P. (2008). Fidéliser le personnel soignant dans la filière gériatrique. *Gérontologie et société*, 2008/3 n° 126, p. 105-111.
- Damasio, A. (2010). *L'autre moi-même. Les nouvelles cartes du cerveau, de la conscience et des émotions*. Odile Jaob. (Traduction française : JL. Fidel).
- Damasio, A. R. (2001). Les émotions, source de la conscience, *Sciences Humaines* 119 : 44-47.
- Delbrouck, M. (2010). Je suis épuisé(e) par ma charge de travail. Que puis-je y faire ? Le burn-out ou la souffrance des soignants, Causes spécifiques du syndrome d'épuisement professionnel du soignant. *Imaginaire & Inconscient*, 2010/1 n° 25, p. 157-166.
- Delelis, G. et al. (2011). Stratégies de régulation émotionnelle et de coping : quels liens ? *Bulletin de psychologie*, 2011/5 Numéro 515, p. 471-479.
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86, 499-512.
- Demerouti, E., Bakker, A.B. & Bulters, A.J. (2004). The loss spiral of work pressure, work-home interference and exhaustion: reciprocal relations in a three-wave study. *Journal of Vocational Behavior*, 64(1), 131-149.

- Diefendorff, J. M., Croyle, M. H. & Gosserand, R. H. (2005). The dimensionality and antecedents of emotional labor strategies. *Journal of Vocational Behavior*, 66, 339.
- Diefendorff, J. M. & Gosserand, R. H. (2003). Understanding the emotional labor process: A control theory perspective. *Journal of Organizational Behavior*, 24, 945-959.
- 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, 210-227.
- Duriez, N. (2011). Thérapie familiale et troubles de la régulation émotionnelle. *Thérapie Familiale*, Vol. 32, p. 41-58.
- Dwyer, D. and Ganster, D.C. (1991). The effect of job demands and control on employee attendance and satisfaction. *Journal of Organizational Behaviour*, 12, 595-608.
- Edelwich, J. & Brodsky, A. (1980). *Burnout: Stage of disillusionment in the helping professions*. New York, Human Sciences Press.
- Ekman, P. & Oster, H. (1979). Facial Expressions of Emotion, *Annual Review of psychology*, vol. 30, 527-554.
- Ekman, P. (1980). Biological and cultural contributions to body and facial movements in the expression of emotion. In A. O. Rorty (éd.), *Explaining Emotions* (P. 95-99). Berkeley: University of California Press.
- Ekman, P. (1982). *Emotion in the human face*. (2e éd.). Cambridge : Cambridge University Press.
- Eliason, M. and Storrie, D. (2009). Job Loss is Bad for Your Health - Swedish evidence on cause-specific hospitalization following involuntary job loss. *Social Science & Medicine*, 68(8): 1396-1406.
- Endler, N.S. & Parker, J.D.A. (1990). Multidimensional assessment of coping : a critical approach. *Journal of personality and social psychology*, 58, 844-854.
- Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*, Stanford: Stanford University Press.
- Fishbach, A., Friedman, R. S. & Kruglanski, A. W. (2003). Leading us not into temptation: Momentary allurements elicit overriding goal activation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 296-309.
- Fontaine M, (2006). Soigner, un acte qui implique au-delà du soin ? *Revue internationale de soins palliatifs*, 2006/4 Vol. 21, p. 155-159.
- Freudenberger, H.J. & Richelson, G. (1980). *Burn-Out : How to beat the high Cost of Success*. New York, Bantam Books.
- Freundenberger, H.-J. (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues*, 30, 159-165.
- Friedman, B.H. & Thayer, J.F. (1998). Anxiety and autonomic flexibility: A cardiovascular approach. *Biological Psychology*, 49, 303-323.

- Gaucher, J. (1999). La famille de la personne âgée se réduit souvent à un seul interlocuteur. *Psychothérapies* 19(1) : 3-6.
- Gaucher, J. *al.* (2003). Les vulnérabilisations en miroir, professionnels/ familles dans l'accompagnement des personnes âgées. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 2003/2 no 31, p. 148-164.
- Gaucher J., Anaut M. & Ploton L. *et al.* (2001), «Vulnerabilization and vulnerability of caregivers of an older person with dementia», International association of gerontology, XVIIth World Congress of Gerontology, Vancouver, 1-6 Juillet 2001.
- Gil, S. (2009). Comment étudier les émotions en laboratoire. *Revue électronique de Psychologie Sociale*, 4, 15-24.
- Gineste Y., Marescotti R. & Pelissier J. (2007). *Humanitude : comprendre la vieillesse, prendre soins des Hommes vieux*. Paris : Armand Colin, 320 p.
- Gineste Y., Marescotti R. & Pelissier J. (2008). *Méthodologie de soin Gineste-Marescotti®*, dite «Humanitude», et pacification des comportements d'agitation pathologique (CAP). *La revue de Gériatrie*, tome 33 – supplément A au n° 6, 2-4.
- Girandola, F. (1996). Dissonance ou autoperception: un nouveau test dans le paradigme de la double soumission forcée. *L'Année psychologique*, 96(2), 275-289.
- Giuliani, N. R., Drabant, E. M. & Gross, J. J. (2011). Anterior cingulate cortex volume and emotion regulation: Is bigger better? *Biological Psychology*, 86, 379-382.
- Glomb, T.M. & Tews, M.J. (2004). Emotional labor: A conceptualization and scale development. *Journal of Vocational Behavior*, 64(1):1-23.
- Goffman, E.(1973). *La Mise en Scène de la Vie Quotidienne*, Paris, Ed. de Minuit.
- Goldberg, DP. & Williams, P. (1988). *A user's guide to the General Health Questionnaire*, Nfernelson.
- Goldberg, DP. (1972). The detection of psychiatrique illness by questionnaire maudsley monograph, n°21, Oxford, Oxford university press.
- Goldberg, L. S. & Grandey, A. (2007). Display rules versus display autonomy: emotion regulation, emotional exhaustion, and task performance in a call center simulation. *Journal of Occupational Health Psychology*, 12, 301-318.
- Goleman, D. (1997). *L'intelligence émotionnelle*. Paris, ed. R. Laffont, 418p.
- Goleman, D. (2009). *Cultiver l'intelligence rationnelle. Comprendre et maîtriser notre relation aux autres pour vivre mieux*. Paris, ed.R. Laffont.
- Gollac, M. & Bordier, M. (2011). Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser : rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, faisant suite à la demande du Ministre du travail, de l'emploi et de la Santé publié le 11 avril 2011.

- Gosserand, R. H. & Diefendorff, J. M. (2005). Emotional Display Rules and Emotional Labor: The Moderating Role of Commitment. *Journal of Applied Psychology*, Vol 90(6), 1256-1264.
- Grandey, A., Dickter, D.N. & Sin, H.P. (2004). The customer is not always right: customer aggression and emotion regulation of service employees. *Journal of Organizational Behavior*, 25,397.
- Grandey, A. (2003). When 'the show must go on': Surface and deep acting as determinants of emotional exhaustion and peer-rated service delivery. *Academy of Management Journal*, 46 (1), 86-96.
- Grandjean, D. *Etude électrophysiologique des processus cognitifs dans la genèse de l'émotion*, 215 p. Doctoral thesis, University of Geneva, Geneva, Switzerland: 2005.
- Grandjean, D., Sander, D., Pourtois, G., Schwartz, S., Seghier, M., Scherer, K. R., & Vuilleumier, P. (2005). The voices of wrath: Brain responses to angry prosody in meaningless speech. *Nature Neuroscience*, 8(2), 145-146.
- Greenglass, E.R. & Burke, R.J. (1989). Career orientations and career development among male and female teachers. *Psychological Reports*, vol. 64, pp. 591-598.
- Grosjean, M. (2001). La régulation interactionnelle des émotions dans le travail hospitalier. *Revue internationale de Psychosociologie*, 2001/16-17.
- Gross, J. & John, O. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of personality and social psychology*, 85, p. 348-362.
- Gross, J. & Levenson, R.W. (1993). Emotional suppression: physiology, self-report and expressive behavior. *J. Pers. Soc. Psychol.*, 64 (6), 970-986.
- Gross, J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of general Psychology*, 2, 271-299.
- Gross, J. (2002). Emotion regulation: affective, cognitive and social consequences. *Psychophysiology*, 39, 281-291.
- Gross, J., Richards, J. M. & John, O. (2006). Émotion regulation in everyday life, In Snyder (D.), Hughes (J.), Simpson (J.). *Emotion regulation in couples and families: pathways to dysfunction and health*, Washington, DC, APA, p. 13-35.
- Gross, J. & Thompson, R.A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. In J.J. Gross (éd.), *Handbook of emotion regulation* (p. 3-24). New York: Guilford.
- Gross, J.J. & Levenson, R.W. (1995). Emotion elicitation using films. *Cognition and Emotion*, 9, 87-108.
- Gross, J.J., John, O. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology* 85, 348-362.
- Guéritault, V. (2004). *La fatigue émotionnelle et physique des mères. Le burn-out maternel*, Paris, Odile Jacob.

- Guéritault-Chalvin, V. (2004). Mieux comprendre le burnout professionnel et les nouvelles stratégies de prévention : un compte rendu de la littérature. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive* 2004, 14, 2, 59-70
- Gueritault-Chalvin, V., Kalichman, S.C., Demi, A. & Peterson, J.L. (2000). Work-related stress and occupational burnout in AIDS caregivers: test of a coping model with nurses providing. *AIDS Care*, 12, 149-161.
- Hannan, S., Norman, I.J. & Redfern, S.J. (2001). Care work and quality of care for older people: A review of the research literature Reviews. *Clinical Gerontology*, volume 11, Issue 2, Pages 189-203
- Hein, F. (2003). Infirmier en gériatrie. *Gérontologie et société*, 2003/1 n° 104, p. 63-68.
- Hobfoll, S.E. (2001). The influence of culture, community and the nested-self process: advancing conservation of resources theory. *Applied psychology: an international review*, 50, 337-421.
- Hochschild, A. (1983). *The managed heart: Commercialization of human feeling*. Berkeley : University of California Press.
- Hoogendoorn, W.-E., van Poppel, M.-N., Bongers, P.-M., Koes, B.-W. & Bouter, L.-M. (2000). Systematic review of psychosocial factors at work and private life as risk factors for back pain. *Spine* 25 : 2114-2125.
- James, W. (1884). What is an emotion? *Mind*, 9, 188-205.
- James, W. (1894). The physical basis of emotion. *Psychological Review*, 1, 516-529.
- Jänig, W. (2003). The autonomic nervous system and its coordination by the brain. In R. J. Davidson, K. R. Scherer, & H. H. Goldsmith (Eds.), *Handbook of affective sciences* (pp. 135– 186). New York: Oxford University Press.
- John, O., Gross, J.J. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation: personality processes, individual differences, and lifespan development, *Journal of personality*, 72, p. 1301-1334.
- John, O.P. & Srivastava, S. (1999). The Big Five trait taxonomy: History, measurement, and theoretical perspectives. In : Pervin LA and John OP, editors. *Handbook of personality: theory and research* (2nd edition.). New York : Guilford press. p.102–138.
- John, O.P. (1990). The "Big Five" factor taxonomy: Dimensions of personality in the natural language and in questionnaires. In: Pervin LA, editors. *Handbook of personality: Theory and research*. New York: Guilford press. p.66–100.
- Joule, R.-V., & Beauvois, J.-L. (1998). Cognitive dissonance theory: A radical view. In W.Stroebe & M. Hewstone (Eds.), *European Review of Social Psychology* (Vol. 8, pp.1-32). Hoboken: John Wiley & Sons Inc.
- Kalisch, R., Wiech, K., Critchley, H.D. & Dolan, R.J. (2006a). Levels of appraisal: a medial prefrontal role in high-level appraisal of emotional material. *Neuroimage*, 30: 1458-1466.

- Kalisch, R., Wiech, K., Critchley, H.D., Seymour, B., O'Doherty, J.P., Oakley, D.A., Allen, P. & Dolan, R.J. (2005). Anxiety reduction through detachment: subjective, physiological, and neural effects. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 1: 874-883.
- Kalisch, R., Wiech, K., Herrmann, K. & Dolan, R.J. (2006b). Neural correlates of self-distraction from anxiety and a process model of cognitive emotion regulation. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 18:1266-1276.
- Karasek, R., Theorell, T. (1990). *Healthy Work: stress, productivity, and the reconstruction of the working life*. New York: Basic Books.
- Karasek, R.-A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24 : 285-308.
- Kelley, H.H., (1972). Deux fonctions des groupes de référence. in LÉVY A., *Psychologie sociale, textes fondamentaux*, Éd. Dunod, Paris 1972, p.139.
- King, L. A. & Emmons, R. A. (1990). Conflict over emotional expression: Psychological and physical correlates. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 864-77.
- Kleinginna, P.R. & Kleinginna, A.M. (1981). A Categorized List of Emotion Definitions with Suggestions for a Consensual Definition. *Motivation and Emotion*, 5, 345-79.
- Koleck, M., Quintard, B. & Tastet. S. (2002). French validation of the Perceived Stress Scale: the construct validity, *16e Conférence de l'European Health Psychology Society*, Lisbonne, Portugal.
- Korb, S. (2009). La régulation des émotions. In D. Sander & K.R. Scherer (Eds). *Traité de psychologie des émotions* (259-288). Paris : Dunod.
- Krauth-Gruber, S. (2009). La régulation des émotions. *Revue électronique de Psychologie Sociale*, 4, 32-39.
- Kruml, S.M. & Geddes, D. (2000). Exploring the dimensions of emotional labor: The heart of Hochschild's work. *Management Communication Quarterly*, vol. 14 no. 1, 8-49.
- Ladurelle, N, Roques, B.P., Daugé, V. (1995). "The transfer of rats from a familiar to a novel environment prolongs the increase of extracellular dopamine efflux induced by CCK8 in the posterior accumbens". *J. Neuroscience*, 15, pp. 3118-3127.
- Lange, C. (1885). *Om Sinsbevaegelser : Et psyko-fysiologiske Studie*. Copenhagen : Rasmussen.
- Langley, J.N. (1921). *The Autonomic Nervous System*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Lazarus, R. (1966). *Psychological stress and the coping process*, New York, McGraw-Hill.
- Lazarus, R. (2001). Relational meaning and discrete emotions. In K.R. Scherer, A. Schorr, T. Johnstone (éd.), *Appraisal Processes in Emotion: Theory, Methods, Research* (p. 37-67), New York: Oxford University Press.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984b). Coping and adaptation, in Gentry (W. D.), *Handbook of behavioral medicine*, New York, Guilford press, 1984b, p. 282-325.

- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984a). *Stress, appraisal, and coping*, New York, Springer.
- Lazarus, R.S. & Alfert, E. (1964). Short circuiting of threat by experimentally altering cognitive appraisal. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 69, 195-205.
- Le Doux, J. & Muller, J. (1997). Emotional memory and psychopathology. *Phil. Trans. R. Soc. Lond. B* 352 : 1719-1726.
- Le Doux, J. (1994). Émotion, mémoire et cerveau. *Pour La Science*, 202 : 50-57.
- Le Doux, J. (1998). *The emotional brain*. Weidenfeld & Nicolson, London.
- Lee, R. T. & Ashforth, B. E. (1996). A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. *Journal of Applied Psychology*, 81, 123–133.
- Leroy, V., & Grégoire, J. (2007). Influence of individual differences on emotional regulation in learning situation, and consequences on academic performance. Paper presented at the Earli: European Association for Research on Learning and Instruction.
- Leroy, V., Grégoire, J., Magen, E., Gross, J. & Mikolajczak, M. (2012), *Resisting the sirens of temptation while studying: Using reappraisal to increase focus, enthusiasm and performance*. In *Learning and Individual Differences : journal of psychology and education*, Vol. 22, no. 2, p. 263-268
- Les facteurs psychosociaux au travail. Une évaluation par le questionnaire de Karasek dans l'enquête Sumer 2003. Premières Synthèses - Mai 2008 - N° 22.1.
- Levenson, R.W. (2003). Blood, sweat, and fears: The autonomic architecture of emotion. In P. Ekman, J.J. Campos, R.J. Davidson, & F.B.M. de Waal (Eds.), *Emotions inside out: 130 years after Darwin's The Expression of the Emotions in Man and Animals* (pp. 348-366). New York: The New York Academy of Sciences.
- Lhuillier, D. (2006). Compétences émotionnelles : de la proscription à la prescription des émotions au travail. *Psychologie du travail et des organisations*, 12 (2006) 91–103.
- Loewenstein, G. (2007). Affective regulation and affective forecasting. In James Gross (ed.), *Handbook of Affect Regulation* (pp. 180-203). New York: The Guilford Press.
- Loriol, M. (2001). La fatigue, le stress et le travail émotionnel de l'infirmière. *Revue Prévenir*, N°40, 183-188.
- Lostra, F. (2002). Le cerveau émotionnel ou la neuroanatomie des émotions. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, n° 29, 2002/2, pp. 73-86.
- Lourel, M., Gana, K., Prud'Homme, V. & Cercle, A. (2004). Le burn-out chez le personnel des maisons d'arrêt : test du modèle « demande-contrôle » de Karasek. *L'Encéphale*; XXX : 557-63, cahier 1.
- Lourel, M., Gueguenb, N. & Mouda, F. (2007). L'évaluation du burnout de Pines : adaptation et validation en version française de l'instrument Burnout Measure Short version (BMS-10). *Pratiques psychologiques*, 13, p. 353–364.

- Luquel, L. (2008). La méthodologie de soin gineste-marescotti® dite « humanitude » expérience de son application au sein d'une unité spécifique Alzheimer. *Gérontologie et société*, 2008/3 n° 126, p. 165-177.
- Magen, E., & Gross, J. J. (2007). Harnessing the need for immediate gratification: Cognitive reconstrual modulates the reward value of temptations. *Émotion*, 7, 415–428.
- Magen, E., & Gross, J. J. (2010). The cybernetic process model of self-control: Situation- and person-specific considerations. In R. H. Hoyle (Ed.), *Handbook of personality and self-regulation* (pp. 353–374). New York: Wiley-Blackwell.
- Malach-Pines, A. (2005). The Burnout Measure Short version (BMS). *International journal of Stress Management* 12 (1), 78–88.
- Mann, S. (1997). Emotional labour in organizations, *Leadership & Organization Development Journal*, Vol. 18, n° 1, pp.4 - 12.
- Mariage, A. et Schmitt-Fourrier, F. (2006). Rôle de la personnalité dans les stratégies de coping. Étude auprès de personnels soignants. *Le Travail Humain*, tome 69, no 1/2006, 1-24
- Maslach, C. & Leiter, M.P. (1997). *The Truth about Burnout*. San Francisco: Jossey-Bass
- Maslach, C. (1976). Burned-out. *Human Behavior*, 9(5), 16-22.
- Maslach, C. (1982). *Burnout : the cost of caring*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Maslach, C., & Jackson, S. (1986). *Maslach Burnout Inventory manual*. Palo Alto, CA : Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981a). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 90-113.
- Maslach, C., Jackson, S.E. (1981). The measurement of experienced of burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99-113.
- Mayer, J.D., Salovey, P. & Caruso, D. (2000). Models of emotional intelligence. in STERNBERG R. *handbook of intelligence* (pp. 396-420), Cambridge, Cambridge University Press.
- McEwen, B.S. (2000). Allostasis and Allostatic Load. *Neuropsychopharmacology*, 22, 108–124.
- McKay, M., Wood, J.C., & Brantley, J. (2007). *The dialectical behavior therapy skills workbook*. Oakland, CA: New Harbinger Publications, Inc.
- Mersrine, A. (2000). La surmortalité des chômeurs : un effet catalyseur du chômage ? *Économie et statistique*, N° 334, 2000 – 4 P33-48.
- Middelton, D.R. (1989). Emotional style: the cultural ordering of emotions, *Ethos*, vol. 17, n°2, pp. 187-201.
- Milecan, C. & De Mol, J. (2006). Les ESPT apparentés. Étude clinique rétrospective. *Revue francophone du Stress et du Trauma*, 2006 ; 6 (2) : 79-83.

- Morgan, D.G., Stewart, N.J., D'Arcy, K.C., Werezak, L.J. (2004). Evaluating rural nursing home environments: Dementia special care units versus integrated facilities. *Aging and Mental Health*, volume 8, Issue 3, Pages 256-265.
- Morris, J.A. & Feldman, D.C. (1996a). The dimensions, antecedents, and consequences of emotion labor, *The Academy of Management Review*, Mississippi State.
- Morris, J.A. & Feldman, D.C. (1996b). The impact of emotional dissonance on psychological well-being: the importance of role internalization as a mediating variable. *Management Research News*, 19, 19-28.
- Morris, J.A. et Feldman, D.C. (1997). Managing Emotions in the Workplace, *Journal of Managerial Issues*, vol.IX, number 3, Fall: 257-274.
- Moulias, R. (2003). Rôle des soignants en soins de longue durée. *Gérontologie et société*, 2003/1 n° 104, p. 23-34.
- Munsch-roux, K. & Munsch, F. (2008). La méthode de validation de Naomi Feil. Une pratique thérapeutique innovante en gérontologie ? *Gérontologie et société* 2008/3, n° 126, p. 189-204.
- Myrtek, M.(2007). Type A Behavior and Hostility as Independent Risk Factors for Coronary Heart Disease. In Jordan, Jochen (Eds); Bardé, Benjamin (Eds); Zeiher, Andreas Michael (Eds). *Contributions toward evidence-based psychocardiology: A systematic review of the literature.* (pp. 159-183). Washington, DC, US: American Psychological Association, viii, 373 pp.
- Niedhammer, I. et al. (2007). Exposition aux facteurs psychosociaux au travail du modèle de Karasek en France : étude méthodologique à l'aide de l'enquête nationale Sumer. *Travailler*, 2007/1 n° 17, p. 47-70.
- Niedhammer, I. (2002). Psychometric properties of the French version of the Karasek Job Content Questionnaire: a study of the scales of decision latitude, psychological demands, social support, and physical demands in the GAZEL cohort. , 2002; 75:129-144.
- Niedhammer, I., Chastang, J.F., Gendrey, L., David, S. & Degioanni, S. (2006). Propriétés psychométriques de la version française des échelles de la demande psychologique, de la latitude décisionnelle et du soutien social du « Job Content Questionnaire » de Karasek : résultats de l'enquête nationale SUMER. *Santé Publique*, 2006/3 Vol. 18, p. 413-427.
- Niedhammer, I., Goldberg, M., LeClerc, A., Bugel, I. & David, S. (1998). Psychosocial factors at work and subsequent depressive symptoms in the Gazel cohort. *Scand J Work Environ Health*; 24 (3) : 197-205.
- Nolen-Hoeksema, S. & Morrow, J. (1993). Effects of rumination and distraction on naturally occurring depressed mood. *Cognition and Emotion*, 7, 561–570.
- Ochsner, K.N., Bunge, S.A., Gross, J.J. & Gabrieli, J.D.E. (2002). Rethinking feelings: An fMRI study of the cognitive regulation of emotion. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 14: 1215-1229.
- Ochsner, K.N. & Gross, J.J. (2005). The cognitive control of emotion. *Trends in Cognitive Science*, 9: 242-249.

- Ochsner, K.N., Ray, R.D., Cooper, J.C., Robertson, E.R., Chopra, S., Gabrieli, J.D. & Gross, J.J. (2004). For better or for worse: neural systems supporting the cognitive down- and up-regulation of negative emotion. *Neuroimage*, 23: 483-499.
- Oigny, M. (2009). Le burnout ou l'effet d'usure imputable à la régulation permanente d'incidents critiques, L'exemple du milieu policier. *Revue internationale de Psychosociologie*, 2009/36 Vol. XV, p. 207-228.
- Oppenheimer, S.M. (1994). Neurogenic cardiac effects of cerebrovascular disease. *Curr Opin Neurol* 1994;7:20-4.
- Orain, S. (2008). Le snoezelen. *Gérontologie et société*, 2008/3 n° 126, p. 157-164.
- Pariente, P. & Guelfi, J.D. (1990). Inventaires d'auto-évaluation de la psychopathologie chez l'adulte. 1re partie: inventaires multidirectionnels. *Psychiat Psychobiol*, 5: 49-63.
- Pasquier, A. & Pedinielli, J.-L. (2010). Étude exploratoire des relations entre conscience émotionnelle, partage social des émotions, états anxieux et états dépressifs. *L'Encéphale*, 36S, D97—D104.
- Pekkarinen, L., Sinervo, T., Elovainio, M., Noro, A., Finne-Soveri, H. & Leskinen, E. (2006). Resident care needs and work stressors in special care units versus non-specialized long-term care units. *Research in Nursing and Health*, volume 29, Issue 5, Pages 465-476.
- Penley, J.A., Tomaka, J., & Wiebe, J.S. (2002). The association of coping to physical and psychological health outcomes: A meta-analytic review. *Journal of Behavioral Medicine*, 25, 551-603.
- Petrides, K.V. & Fuhnam, A. (2003). Trait emotional intelligence: Behavioral validation in two studies of emotion recognition and reactivity to mood induction. *European Journal of Personality*, 17, 39-57.
- Petrides, K.V., Fuhnam, A. & Mavroveli, S. (2007). Trait emotional intelligence: Moving forward in the field of EI. In Matthews G., Zeidner M. & Roberts R. (eds.), *Emotional intelligence : Knowns and unknowns (Series in Affective Science)*, Oxford, Oxford University Press.
- Phillips, M.L., Ladouceur, C.D. & Drevets, W.C. (2008). A neural model of voluntary and automatic emotion regulation: implications for understanding the pathophysiology and neurodevelopment of bipolar disorder. *Mol Psychiatry* 13:829,833-57.
- Pines, A. (1993). Burnout: an existential perspective. In W.B. Schaufeli, C. Maslach et T. Marek (Eds), *Professionnal burnout: recent developments in theory and research*, Washington, DC: Taylor & Francis, pp. 19-32.
- Pla, A. & Beaumel, C., (2011). Bilan démographique 2010. La population française atteint 65 millions d'habitants, *Insee Première* n° 1332, Janvier 2011.
- Pla, A. & Beaumel, C. (2012). Bilan démographique 2011. La fécondité reste élevée. *Insee Première* n° 1385, Janvier 2012.

- Plaisant, O., Srivastava, S., Mendelsohn, G.A., Debray, Q. & John, O.P. (2005). Relations entre le Big Five Inventory français et le manuel diagnostique des troubles mentaux dans un échantillon clinique français. *Annales Médico Psychologiques*, 163 (2005), p. 161–167.
- Prévoit, J., (2009). L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007. *DREES, Études et résultats*, N° 689, mai 2009.
- Pronost, A.M. (2001). La prévention du burn-out et ses incidences sur les stratégies de coping. *Recherche en soins infirmiers*, N° 67 - décembre 2001, p. 121-131.
- Quintard, B. (1994). Du stress objectif au stress perçu. In M. Bruchon-Schweitzer et R. Dantzer (eds). *Introduction à la Psychologie de la Santé*. Chapitre 2 (pp. 44-66). Paris: PUF.
- Rafaeli A. et Sutton R.I. (1989). The expression of Emotion in Organizational Life, *Research in Organizational Behavior*, vol. 11, pp. 1-42.
- Rafaeli, A., Sutton, R.I. (1987). Expression of emotion as part of work role. *Academy of Management Review*, vol.12, n°1, pp. 23-37.
- Rasclé, N., Bruchon-Schweitzer, M. (2006). Burnout et santé des personnels : déterminants et prise en charge. In El Akremi, A., Guerrero, S. & Neveu, J.P. (Eds). *Comportement organisationnel justice organisationnelle, enjeux de carrière et épuisement professionnel*, Volume 2, Chapitre 10, p291-311.
- Rasclé, N., Guilbon, G., (2007). Du stress professionnel au syndrome d'épuisement professionnel des soignants en gériatrie. Mémoire Master 2 recherche Psychologie de la santé, Université de Bordeaux 2.
- Reich, P., De Silva, R., Lown, B. & Murawaski, B. (1981). Acute psychological disturbances preceding life-threatening ventricular arrhythmias. *JAMA* 1981;246:233-235
- Renne, C. (2007). Les séniors et l'emploi. *Analyses Insee picardie*, N° 21, 2007.
- Richards, J.M., & Gross, J. J. (2000). Emotion regulation and memory: The cognitive costs of keeping one's cool. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 410–424.
- Rolland, J.P., Parker, W.D. & Stumpf, H. (1998). A psychometric examination of French translations of NEO-PI-R and NEO-FFI. *J Pers Assess* 1998;71:269–91.
- Rozanski, A., Blumenthal, J.A., Kaplan, J.(1999). Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation*. 1999; 99 : 2192–2217.
- Rudrauf, D., David, O., Lachaux, J-P., Kovach, C., Martinerie, J., Renault, B. & Damasio, A., (2008). Rapid interactions between the ventral visual stream and emotion-related structures rely on a two-pathway architecture. *Journal of Neuroscience*, 28 (11), pp. 2793-2803.
- Rudrauf, D., Lachaux, J-P., Damasio, A., Baillet, S., Hugueville, L., Martinerie, J., Damasio, H. & Renault, B., (2009). Enter feelings : somatosensory responses following early stages of visual induction of emotion. *International Journal of Psychology*, 72 (1), pp. 13-23.

- Saint-Jean, O. & Somme, D. (2003). Taux d'encadrement et médicalisation des établissements d'accueil pour personnes âgées données de l'enquête EHPA. *Gérontologie et société*, 2003/1 n° 104, p. 13-21.
- Salovey, P. & Mayer, J.D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, cognition and personality*, 9, 185-211.
- Sander, D., Grandjean, D., Pourtois, G., Schwartz, S., Seghier, M., Scherer, K. R., & Vuilleumier, P. (2005). Emotion and attention interactions in social cognition: Brain regions involved in processing anger prosody. *NeuroImage*, 28(4), 848-858.
- Sapolsky, R.M., Romero, L.M. & Munck, A.U. (2000). How do glucocorticoids influence stress responses? Integrating permissive, suppressive, stimulatory, and preparative actions. *Endocrine Reviews*. 21(1):55-89.
- Sassi, N. & Neveu, J. P. (2010). Traduction et validation d'une nouvelle mesure d'épuisement professionnel: le Shirom-Melamed Burnout Measure. *Canadian Journal of Behavioural Science*, Vol. 42, No. 3, 177-184.
- Sato, W., Kochiyam, T., Yoshikawa, S., Naito, E. & Matsumura, M. (2004). Enhanced neural activity in response to dynamic facial expressions of emotion : an fMRI study. *Cognitive Brain Research*, 20 : 81-91.
- Schachter, S., & Singer, J.(1962). Cognitive, Social, and Physiological Determinants of Emotional State. *Psychological Review*, 69, 379-399.
- Schachter, S.A. (1964). The interaction of cognitive and physiological determinants of emotional state. *Advances in Experimental Social Psychology*, 1, 49-81.
- Schaefer, .A, Collette, F., Philippot, P., Vanderlinden, M., Laureys, S., Delfiore, G., Degueldre, C., Maquet, P., Luxen, A. & Salmon, E. (2003). Neural correlates of « hot » and « cold » emotional processing: A multilevel approach to the functional anatomy of emotions. *Neuroimage*, 18: 938-949.
- Schaefer, A., (2008). La contribution de la neuroimagerie fonctionnelle à l'étude des émotions humaines., in Campanella, S. et Streel, E. (Eds.). *Psychopathologie et neurosciences De Boeck Université « Neurosciences & cognition , 2008 p. 75-99.*
- Schaefer, A., Nils, F., Sanchez, X. & Philippot, P. (2010). Assessing the effectiveness of a large database of emotion-eliciting films: A new tool for emotion researchers. *Cognition and Emotion*24(7): 1153-1172.
- Schaefer, S.M., Jackson, D.C., Davidson, R.J., Aguirre, G.K., Kimberg, D.Y. & Thompson-Schill, S.L. (2002). Modulation of amygdalar activity by the conscious regulation of negative emotion. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 14: 913-921.
- Schaufeli, W. & Enzmann, D. (1998). *The Burnout Companion to Study and Practice*. London : Taylor & Francis.

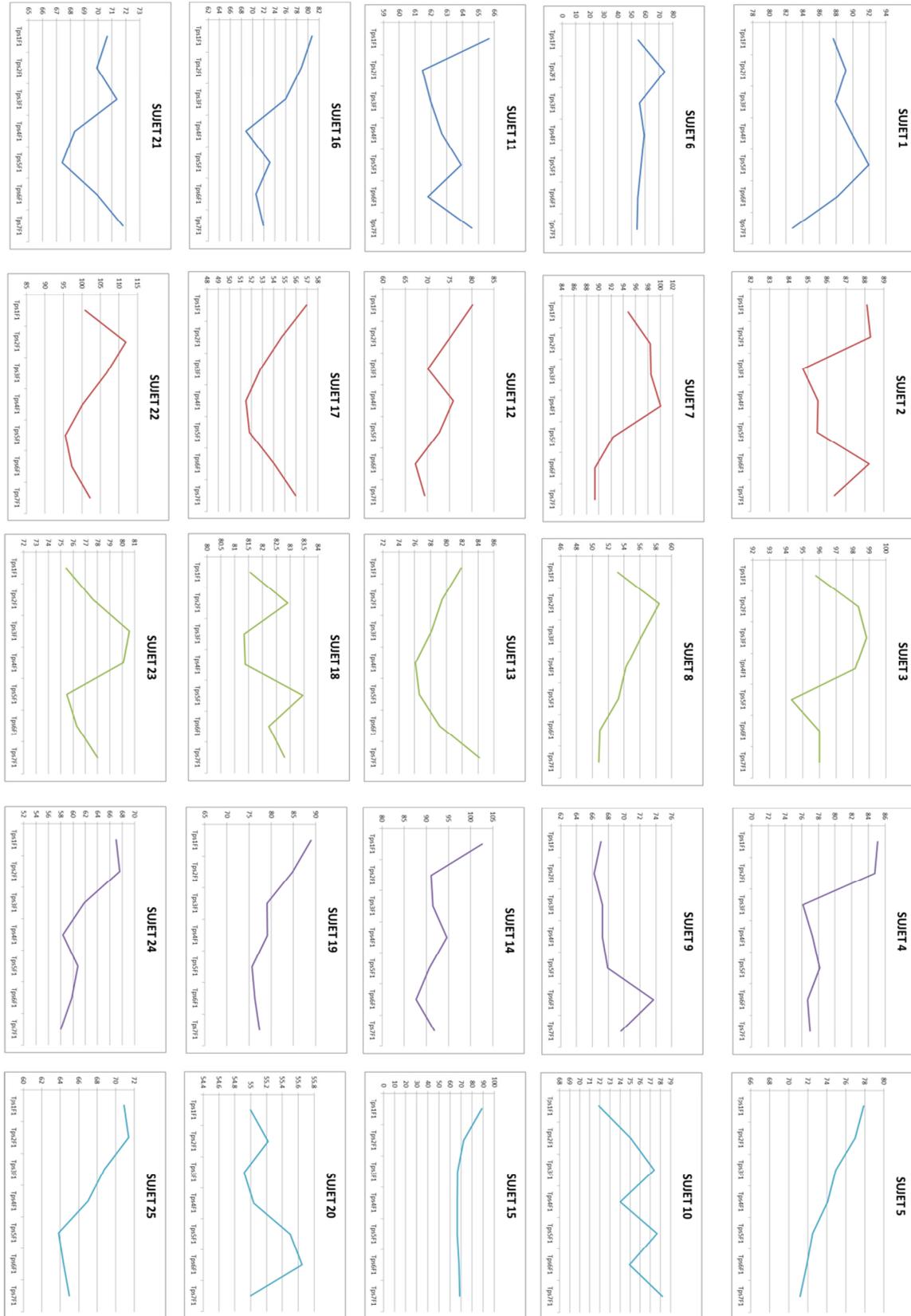
- Schaufeli, W. & Enzmann, D. (1998). *The Burnout Companion To Study And Practice: A Critical Analysis*. London, Taylor & Francis.
- Scherer, K.R (2007). Component models of emotion can inform the quest for emotional competence. In Matthews, G., Zeidner, M. & Roberts, R.D. (Eds.). *The science of emotional intelligence: Knows and Unknowns*. (p. 101-126). New York: Oxford University Press.
- Scherer, K.R. (1984). On the nature and function of emotion : A component process approach. In Scherer K.R. & Ekman, P. (éd.). *Approach to emotion*, 239-318. Hillsdale : Erlbaum.
- Scherer K.R. (2001). Appraisal considered as a process of multilevel sequential checking. In Scherer, K.R., Schorr, A. & Johnstone, T. (Eds.). *Appraisal Processes in Emotion : Theory, Methods, Research*. New York : Oxford University Press.
- Seligman, M.E.P (1975). *Helplessness: on depression, development and death*. San Francisco, W.H. Freeman and Co.
- Sermet, C., Khat, M. (2004). La santé des chômeurs en France : revue de la littérature. *Revue épidémiologique santé Publique*, 2004, 52 (5) : 465-74.
- Servant, D., Logier, R., Mouster, Y. & Goudemand, M. (2009). La variabilité de la fréquence cardiaque. Intérêts en psychiatrie. *L'Encéphale*, (2009) 35, 423—428.
- Servant, D., Lebeau, J.C., Mouster, Y., Hautekeete, M., Logier, R. & Goudemand, M. (2008). La variabilité cardiaque: Un bon indicateur de la régulation des émotions. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, (2008) 18, 45—48
- Sgoifo, A., Braglia, F., Costoli, T., Musso, E., Meerlo, P., Ceresini, G. & Troisi, A. (2003). Cardiac autonomic reactivity and salivary cortisol in men and women exposed to social stressors: relationship with individual ethological profile. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 2003, 27:179-188.
- Shirom, A. & Melamed, S. (2006). Comparison of the Construct Validity of Two Burnout Measures in Two Groups of Professionals, *International Journal of Stress Management*, Volume 13, Issue 2, May 2006, Pages 176-200.
- Shirom, A., Nirel, N., & Vinokur, A. D. (2006). Overload, autonomy, and burnout as predictors of physicians quality of care. *Journal of Occupational Health Psychology*, 11, 328—342.
- Smith, R. (1984) The dynamics and prevention of stress-induced burnout in athletics. *primary care* 1984;11:115-127
- Soubeyrand, J., (2009). Physique ou financière la maltraitance s'amplifie. In *Papy-boomers : quel héritage ?*, Le Monde Dossier et Documents, n°400, septembre 2010, p. 7.
- Soufer, R. & Burg, M.M.(2007). The heart-brain interaction during emotionally provoked myocardial ischemia: implications of cortical hyperactivation in CAD and gender interactions. *Cleve Clin J Med*. 2007 Feb; 74 Suppl 1:S59-62 .

- Speisman, J.C., Lazarus, R.S., Mordkoff, A.M. & Davidson L. (1964). "The experimental reduction of stress based on ego defensive theory". *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 68, 367-380.
- Spielberger, C.D. (1983a). *State-trait Anxiety Inventory: A Comprehensive Bibliography*. Consulting Psychologists Press, Palo Alto, CA.
- Spielberger, C.D., (1983b). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y) ("Self-evaluation questionnaire")*. Consulting Psychologists Press, Palo Alto, CA.
- Stys, A. & Stys, T. (1998). Current clinical applications of heart rate variability. *Clin Cardiol*, 1998, 21(10):719-724
- Suls, J. & Martin, R. (2005). The daily life of the garden variety neurotic: Reactivity, Stressor exposure, mood spillover and maladaptive coping. *Journal of Personality*, 73, 1485-1509.
- Susskind, J.M., Lee, D.H., Cusi, A., Feiman, R., Grabski, W. & Anderson, A.K. (2008). Expressing fear enhances sensory acquisition. *Nature Neurosciences*, 11, 843–850.
- Thayer, J. F., & Lane, R. D. (2000). A model of neurovisceral integration in emotion regulation and dysregulation. *Journal of Affective Disorders*, 61, 201-216.
- Thorndike, E.L. (1920). Intelligence and its uses, *Harper's Magazine*, 140, 227-235.
- Tomaka, J., Blascovich, J., Kesley, R.M. & Leitten C.L. (1993). Subjective, Physiological, and behavioral effects of threat and challenge appraisal. *Journal of Personality and social Psychology*, 65, 248-260.
- Totterdell, P., & Holman, D. (2003). Emotion regulation in customer service roles: Testing a model of emotional labor. *Journal of Occupational Health Psychology*, 8, 55-73.
- Truchot, D. et Borteyrou, X. (2010). Le burnout chez les infirmières en oncologie : Une approche contextuelle du modèle exigences-contrôle-soutien, *Psychologie du Travail et des Organisations*, vol 16, n°1, p.27-45.
- Truchot, D. Le burn-out des médecins libéraux de Bourgogne. Rapport de recherche pour l'UPMBL : Université de Reims, département de Psychologie, 2001
- Truchot D. Le burn-out des médecins libéraux de Champagne-Ardenne. Rapport de recherche pour l'URML Champagne-Ardenne : Université de Reims, département de Psychologie, 2003.
- Truchot D. Le burnout des médecins généralistes de Poitou Charentes. Rapport de recherche pour l'URML de Poitou Charentes. Besançon: Université de Franche-Comté, 2004.
- Truchot, D. (2004). *Épuisement professionnel et burnout, concepts, modèles, interventions*. Paris, Dunod.
- Truchot, D., Bardu-Kmiec, R. (2004). Équité perçue et burnout chez les médecins français et roumains. Une analyse exploratoire, communication au *cinquième Congrès International de Psychologie sociale en langue française*, ADRIPS Lausanne, 1-4 septembre.

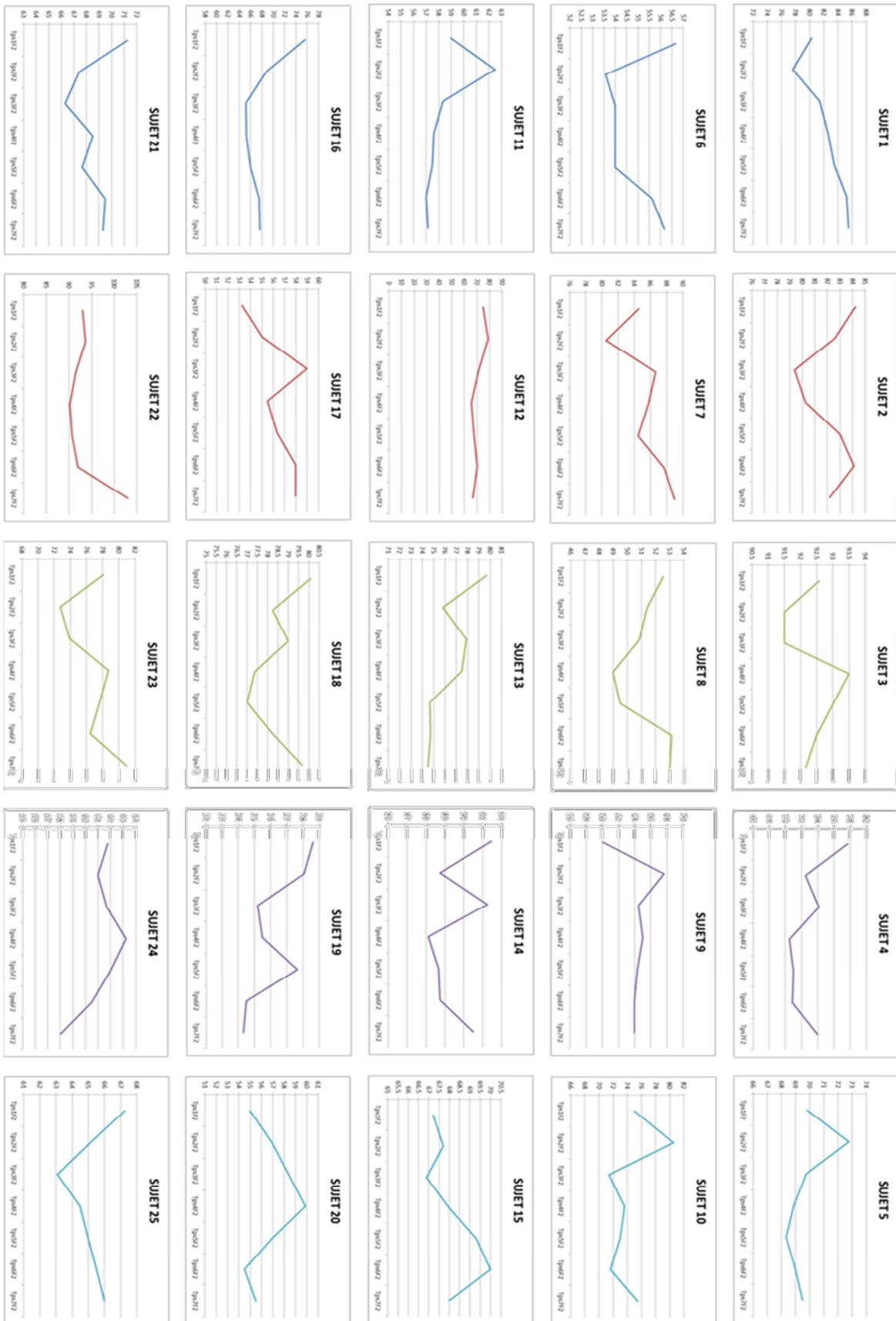
- Van der Doef, M. & Maes, S. (1999). The job demand-control(-support) model and psychological well-being : a review of 20 years of empirical research. *Work Stress* 13 : 87-114.
- Van Hoorebeke, D. *Les émotions au travail : processus, conséquences et leviers de gestion. Thèse de doctorat*, Université Aix-Marseille III, IAE Aix en provence: 2003.
- Veil C. (1959). Les états d'épuisement, *Concours médical*, 1959, 2675-2681.
- Verjus, A. & Boisson, M. (2005). « Le parent et le couple au risque de la parentalité » L'apport des travaux en langue anglaise, *Informations sociales*, 2005/2 n° 122, p. 130-135.
- Vitaliano, P., Russo, J., Carr, J., Maiuro, R. & Becker, J. (1985). The ways of coping checklist: revision and psychometric properties, *Multivariate behavioral research*, 20, p. 3-26.
- Weber, A., & Jaekel-Reinhard, A. (2000). Burnout syndrome: A disease of modern societies? *Occupational Medicine*, 50 (7), 512-517.
- Weiss, H.M. & Cropanzano, R. (1996), Affective Events Theory: A theoretical discussion of the structure, causes and consequences of affective experiences at work. *Research in Organizational Behavior*, vol. 18, 1-74.
- Wild, B., Erb, M., Bartels, M. & Grodd, W. (2003). Why are smiles contagious? An fMRI study of the interaction between perception of facial affect and facial movements. *Psychiatry Research : Neuroimaging*, 123 : 17-36.
- Wolpe, J. (1975). *La pratique de la thérapie comportementale*.(traduction Rognant J.). Paris; Masson.
- Zald, D.H. & Kim, S.W. (1996). Anatomy and function of the orbitofrontal cortex II: Function and relevance to obsessive compulsive disorder. *Journal of Neuropsychiatry and clinical Neurosciences*, 8: 249-261.
- Zapf, D. (2002). Emotion work and psychological well-being. A review of the literature and some conceptual considerations. *Human Resource Management Review*, 12, 237-268
- Zeman, J., Cassano, M., Perry-Parrich, C. & Stegall, S. (2006). Emotion regulation in children and adolescents. *J. Dev. Behav. Pediatr.*, 27, 155-168.

ANNEXES

Annexe 1 : Variation de la fréquence cardiaque moyenne pour chaque temps de mesure et pour chaque sujet lors de la première séquence de film (F1).



Annexe 2 : Variation de la fréquence cardiaque moyenne pour chaque temps de mesure et pour chaque sujet lors de la deuxième séquence de film (F2).



Annexe 3 : Questionnaire d'évaluation des stratégies de régulation émotionnelle dans le soin auprès des étudiant(e)s en IFSI et IFAS.



Protocole de recherche Doctorale
De M. Gérard Guilbon
Psychologue Doctorant
Université de Bordeaux 2
Laboratoire EA 4139 « santé et qualité de vie »

Questionnaire d'évaluation des stratégies de régulation émotionnelle dans le soin auprès des étudiant(e)s en IFSI et IFAS.

Ce questionnaire a pour but de recueillir ce que vous ressentez au sujet de votre travail et concerne également votre santé et les conditions d'exercice de votre activité.

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses aux différentes questions. Vous devez choisir celles qui correspondent le mieux à ce que vous pensez ou à ce que vous ressentez et vous devez répondre avec spontanéité.

Pour assurer la qualité des résultats, nous avons besoin que vous répondiez à toutes les questions, car ces questionnaires validés ne sont vraiment utilisables que s'ils sont complets.

Le mode de collecte comme le mode d'exploitation des questionnaires vous assurent d'un traitement complètement confidentiel.

Vous trouverez un formulaire de consentement pour cette recherche qu'il est important de remplir et signer.

Merci par avance de votre collaboration



VOTRE OPINION SUR VOTRE SITUATION DE TRAVAIL

Vous trouverez ci-dessous une série de caractéristiques qui peuvent plus ou moins vous qualifier. Pour chaque affirmation, cocher la case qui correspond le mieux à votre réponse.

<i>Je me perçois comme quelqu'un qui...</i>	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
Q1 – est bavard(e)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Q2 – a tendance à blâmer autrui	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Q3 – fait son travail en profondeur	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Q4 – est déprimé(e), qui a le blues	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Q5 – est créatif (ve), qui trouve toujours de nouvelles idées	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Q6 – est réservé(e)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Q7 – aide les autres sans penser à soi	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Q8 – n'est pas vraiment soigneux(e)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Q9 – est serein(e) et sait gérer son stress	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Q10 – est curieux(e) de tout	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Q11 – est plein(e) d'énergie	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Q12 – est querelleux(se) et provoque les disputes	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Q13 – est un travailleur(e) consciencieux(se)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Q14 – peut être tendu(e)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Q15 – est ingénieux(se), qui pense beaucoup	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Q16 – qui met l'ambiance	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Q17 – est toujours prêt à pardonner	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Q18 – a tendance à être désorganisé(e)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Q19 – s'inquiète beaucoup	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Q20 – a une grande imagination	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Q21 – qui ne parle pas beaucoup	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Q22 – fait confiance à la plupart des gens	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Q23 – a tendance à être fainéant(e)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Q24 – est équilibré(e), n'est pas facilement bouleversé(e)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

Q25 – est inventif(ve)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Q26 – est confiant(e) socialement	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

Q27 – peut être froid(e) et distant(e)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Q28 – persévère jusqu'au bout	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Q29 – peut être d'humeur changeante	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Q30 – pour qui l'art et l'esthétique ont de la valeur	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Q31 – est quelquefois timide et inhibé(e)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Q32 – est prévenant(e) et gentil(le) envers la plupart des gens	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Q33 – fait des choses de manière efficace	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Q34 – reste calme dans les situations difficiles	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Q35 – préfère le travail routinier	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Q36 – est extraverti(e), sociable	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Q37 – est quelques fois impoli(e) envers les autres	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Q38 – formule des objectifs et les poursuit jusqu'au bout	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Q39 – devient nerveux(se) facilement	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Q40 – aime réfléchir pour le plaisir de réfléchir	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Q41 – ne s'intéresse pas à l'art	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Q42 – aime collaborer avec les autres	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Q43 – est facilement distrait(e)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Q44 – est un(e) réel(le) amateur(trice) d'art, de musique ou de littérature	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

Un certain nombre de phrases que l'on utilise pour se décrire sont données ci-dessous. Cocher la case qui correspond le mieux à ce que vous ressentez **GÉNÉRALEMENT**.

	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
Q45 – Je me sens de bonne humeur, aimable	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q46 – Je me sens nerveux(se) et agité(e)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q47 – Je me sens content(e) de moi	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q48 – Je voudrais être aussi heureux(se) que les autres	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q49 – J'ai un sentiment d'échec	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

Q50 – Je me sens reposé(e)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q51 – J'ai tout mon sang froid	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q52 – J'ai l'impression que les difficultés s'accroissent à un tel point que je ne peux plus les surmonter	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q53 – Je m'inquiète à propos de choses sans importance	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q54 – Je me sens heureux(se)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q55 – J'ai des pensées qui me perturbent	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q56 – Je manque de confiance en moi	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q57 – Je me sens sans inquiétude, en sécurité, en sûreté	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q58 – Je prends facilement des décisions	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q59 – Je me sens incompetent(e), pas à la hauteur	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q60 – Je suis satisfait(e)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q61 – Des idées sans importance trottant dans ma tête me dérangent	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q62 – Je prends les déceptions tellement à cœur que je les oublie difficilement	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q63 – Je suis une personne posée, solide, stable	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q64 – Je deviens tendu(e) et agité(e) quand je réfléchis à mes soucis	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

Dans mon activité de travail de soin ou d'aide :

Q65 – Un échange habituel avec un(e) patient (e), un(e) résident(e) prend combien de minutes environ ?

--	--	--	--

Mon travail exige de moi :

Pas du tout Parfois Souvent Très souvent

Q66 – D'exprimer des émotions intenses	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q67 – De montrer des émotions fortes	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

Mon travail me demande :

Pas du tout Parfois Souvent Très souvent

Q68 – D'afficher différentes sortes d'émotions	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q69 – D'exprimer différentes sortes d'émotions	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q70 – D'afficher différentes sortes d'émotions quand j'interagis avec les autres	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

Mon travail exige :

Rarement Parfois Souvent Très souvent

Q71 – Que je m'empêche quelques fois d'exprimer mes sentiments véritables à l'égard d'un(e) patient(e), un(e) résident(e)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q72 – Que je fasse semblant d'avoir des sentiments que je n'ai pas réellement	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

Q73 – Que je cache mes véritables sentiments ou opinions à propos d'une situation 1 2 3 4

Mon travail exige : Rarement Parfois Souvent Très souvent

Q74 – Que je fasse l'effort de ressentir ce que je suis sensé(e) afficher comme sentiment à l'égard des autres (compassion, empathie, compréhension,...) 1 2 3 4

Q75 – Que j'essaie de ressentir les émotions que je suis sensé(e) montrer 1 2 3 4

Q76 – Que je ressente les émotions comme cela est préconisé dans mon métier 1 2 3 4

Dans mon travail, j'ai besoin de : Rarement Parfois Souvent Très souvent

Q77 – Rassurer les personnes en détresse ou bouleversées, leur redonner le sourire 1 2 3 4

Q78 – Calmer des personnes angoissées 1 2 3 4

Q79 – Exprimer de la sympathie (compréhension, écoute) 1 2 3 4

Q80 – Exprimer de l'amabilité, de la politesse (sourire, complimenter) 1 2 3 4

Dans mon travail, j'ai besoin de : Rarement Parfois Souvent Très souvent

Q81 – Cacher ma colère, garder mon calme 1 2 3 4

Q82 – Ne pas montrer mon dégoût vis-à-vis de certaines choses (odeurs, apparences) 1 2 3 4

Q83 – Cacher ma crainte, ne pas pleurer 1 2 3 4

Ce questionnaire vous permet d'exprimer comment vous vous êtes senti(e) ces derniers temps. Il vous propose une série de questions. Pour chaque question, cocher la case qui correspond le mieux à votre réponse

Q84 – Avez-vous été capable de vous concentrer quelles que soient vos activités ?

Plutôt mieux que d'habitude À peu près comme d'habitude Plutôt moins bien que d'habitude Beaucoup moins bien que d'habitude

Q85 – Avez-vous eu des problèmes de sommeil à cause de vos soucis ?

Pas du tout Pas plus que d'habitude Plutôt plus que d'habitude Beaucoup plus que d'habitude

Q86 – Avez-vous le sentiment de servir à quelque chose ?

Plutôt mieux que d'habitude À peu près comme d'habitude Plutôt moins bien que d'habitude Beaucoup moins bien que d'habitude

Q87 – Vous êtes-vous senti(e) capable de prendre les décisions de la vie courante ?

Plutôt mieux que d'habitude À peu près comme d'habitude Plutôt moins bien que d'habitude Beaucoup moins bien que d'habitude

Q88 – Avez-vous eu le sentiment d'être constamment sur pression ?

Pas du tout Pas plus que d'habitude Plutôt plus que d'habitude Beaucoup plus que d'habitude

Q89 – Avez-vous eu l'impression de ne pas être capable de dépasser vos difficultés ?

Pas du tout Pas plus que d'habitude Plutôt plus que d'habitude Beaucoup plus que d'habitude

Q90 – Avez-vous été capable de prendre plaisir à vos activités habituelles ?

Plutôt mieux que d'habitude À peu près comme d'habitude Plutôt moins bien que d'habitude Beaucoup moins bien que d'habitude

Q91 – Avez-vous été capable de faire face à vos problèmes ?

Plutôt mieux que d'habitude À peu près comme d'habitude Plutôt moins bien que d'habitude Beaucoup moins bien que d'habitude

Q92 – Vous êtes-vous senti(e) malheureux(se) et déprimé(e) ?

Pas du tout Pas plus que d'habitude Plutôt plus que d'habitude Beaucoup plus que d'habitude

Q93 – Avez-vous perdu confiance en vous ?

Pas du tout Pas plus que d'habitude Plutôt plus que d'habitude Beaucoup plus que d'habitude

Q94 – Vous êtes-vous considéré comme bon(ne) à rien ?

Pas du tout Pas plus que d'habitude Plutôt plus que d'habitude Beaucoup plus que d'habitude

Q95 – Avec le recul, vous êtes-vous senti raisonnablement heureux(se) ?

Plutôt mieux que d'habitude À peu près comme d'habitude Plutôt moins bien que d'habitude Beaucoup moins bien que d'habitude

Q96 - Décrivez en quelques mots une situation où les émotions que vous avez ressenties étaient contraires à celles que vous avez dû ressentir et exprimer comme on attend que vous le fassiez au travail : (situation qui vous a concerné(e))

Q97 - Précisez l'intensité de malaise, de tension psychologique et physique qu'a suscitée chez vous cette situation :

1 Faible 2 Moyen 3 Fort

Chacun d'entre nous exprime différemment ce qu'il ressent. Sur votre lieu de travail, en situation de soin et/ou face aux patient(e)s, résident(e)s et collègues, pour chacune des propositions suivantes, COCHEZ la case qui correspond le plus à ce que vous pensez faire.

Le chiffre 1 signifie que vous n'êtes pas du tout d'accord avec la proposition.

Le chiffre 7 signifie que vous êtes tout à fait d'accord avec la proposition.

Entre les deux, vous avez la possibilité de choisir une réponse plus nuancée.

En général...

Q98 - Lorsque je veux ressentir davantage d'émotions positives (comme la joie ou l'amusement), je m'arrange pour modifier ce à quoi je suis en train de penser.

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 Tout à fait d'accord

Q99 - Je garde mes émotions pour moi.

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 Tout à fait d'accord

Q100 - Lorsque je veux ressentir moins d'émotions négatives (comme la tristesse ou la colère), je m'arrange pour modifier ce à quoi je suis en train de penser.

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 Tout à fait d'accord

Q101 - Quand je ressens des émotions positives, je fais attention à ne pas les exprimer.

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 Tout à fait d'accord

Q102 - Lorsque je suis confronté(e) à une situation stressante, je fais en sorte d'y penser de manière à ce que cela m'aide à rester calme.

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 Tout à fait d'accord

Q103 - Je contrôle mes émotions en ne les exprimant pas.

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 Tout à fait d'accord

Q104 - Lorsque je veux ressentir davantage d'émotions positives, je change ma façon de voir la situation.

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 Tout à fait d'accord

Q105 - Je contrôle mes émotions en changeant ma façon de voir la situation dans laquelle je suis.

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 Tout à fait d'accord

Q106 - Lorsque je ressens des émotions négatives, je fais en sorte de ne pas les exprimer.

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 Tout à fait d'accord

Q107 - Quand je veux ressentir moins d'émotions négatives, je change ma façon de voir la situation.

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 Tout à fait d'accord

Q108 - Décrivez en quelques mots une situation stressante que vous avez connue dans le cadre professionnel durant les derniers mois : (situation qui vous a concerné(e))

Q109 - Précisez l'intensité de malaise, de stress qu'a suscité chez vous cette situation : 1 Faible 2 Moyen 3 Fort

Indiquez pour chacune des stratégies suivantes, si oui ou non vous l'utilisez pour faire face à votre problème.

Mettre une croix dans la case qui correspond le mieux à vos réactions à l'événement décrit ci-dessus.

	1 Non	2 Plutôt non	3 Plutôt oui	4 Oui
Q110 - J'ai établi un plan d'action et je l'ai suivi.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q111 - J'ai souhaité que la situation disparaisse ou finisse.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q112 - J'ai parlé à quelqu'un de ce que je ressentais.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q113 - Je me suis battu pour ce que je voulais.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q114 - J'ai souhaité pouvoir changer ce qui est arrivé.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q115 - J'ai sollicité l'aide d'un professionnel et j'ai fait ce qu'on m'a conseillé.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q116 - J'ai changé positivement.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q117 - Je me suis senti mal de ne pouvoir éviter le problème.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q118 - J'ai demandé des conseils à une personne digne de respect et je les ai suivis.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q119 - J'ai pris les choses une par une.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q120 - J'ai espéré qu'un miracle se produirait.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q121 - Je me suis concentré sur un aspect positif qui pourrait apparaître après.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q122 - Je me suis culpabilisé.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q123 - J'ai contenu (gardé pour moi) mes émotions.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q124 - Je suis sorti plus fort de la situation.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q125 - J'ai pensé à des choses irréelles ou fantastiques pour me sentir mieux.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q126 - J'ai parlé avec quelqu'un qui pouvait agir concrètement au sujet du problème.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q127 - J'ai changé des choses pour que tout puisse bien finir.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q128 - J'ai essayé de tout oublier.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q129 - J'ai essayé de ne pas m'isoler.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q130 - J'ai essayé de ne pas agir de manière précipitée ou de suivre la première idée.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q131 - J'ai souhaité pouvoir changer d'attitude.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q132 - J'ai accepté la sympathie et la compréhension de quelqu'un.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q133 - J'ai trouvé une ou deux solutions au problème.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q134 - Je me suis critiqué(e) ou sermonné(e).	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q135 - Je savais ce qu'il fallait faire, aussi j'ai redoublé d'efforts et j'ai fait tout mon possible pour y arriver.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

Q136 – Quel est votre sexe ?

Masculin Féminin

Q137 – Quel est votre statut dans l'emploi :

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| a - Etudiant(e) IFSI 1 ^{er} année | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| b - Etudiant(e) IFSI 2 ^{em} année | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| c - Etudiant(e) IFSI 3 ^{em} année | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| d - Etudiant(e) IFAS | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Q138 – Avez-vous déjà travaillé en gériatrie ?

- OUI NON

Q139 – Si vous avez coché oui, quelle est votre ancienneté en gériatrie :

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| a - moins d'un an | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| b - entre 1 et 3 ans | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| c - entre 3 et 10 ans | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| d - entre 10 et 20 ans | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| e – plus de 20 ans | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| f – Seulement en stage lors de ma formation | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Q140 – Envisagez-vous de travail en gériatrie après votre formation ?

- Oui Non

Q141 – Avez-vous déjà travaillé dans le domaine de la santé (hôpital, clinique, centre de soins, etc.) ?

- OUI NON

Q142 – Si vous avez coché oui, quelle est votre ancienneté dans le domaine du soin ?

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| a - moins d'un an | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| b - entre 1 et 3 ans | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| c - entre 3 et 10 ans | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| d - entre 10 et 20 ans | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| e – plus de 20 ans | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| f – Seulement en stage lors de ma formation | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Q143 – Quel est votre âge ?

Q144 – Quelle est votre profession : (précisez en clair l'intitulé)

.....

.....

.....

MERCI D'AVOIR COMPLÉTÉ LE QUESTIONNAIRE

Placez-le dans l'enveloppe qui vous a été remise,

Fermez celle-ci

Placez l'enveloppe dans l'urne destinée à la collecte des questionnaires.

Annexe 4 : Questionnaire d'évaluation des stratégies de régulation émotionnelle dans le soin auprès des professionnels en gériatrie.



Protocole de recherche Doctorale
De M. Gérard Guilbon
Psychologue Doctorant
Université de Bordeaux 2
Laboratoire EA 4139 « santé et qualité de vie »

Questionnaire d'impact des régulations émotionnelles sur l'épuisement professionnel des soignants en gériatrie.

Ce questionnaire a pour but de recueillir ce que vous ressentez au sujet de votre travail et concerne également votre santé et les conditions d'exercice de votre activité.

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses aux différentes questions. Vous devez choisir celles qui correspondent le mieux à ce que vous pensez ou à ce que vous ressentez et vous devez répondre avec spontanéité.

Pour assurer la qualité des résultats, nous avons besoin que vous répondiez à toutes les questions, car ces questionnaires validés ne sont vraiment utilisables que s'ils sont complets.

Le mode de collecte comme le mode d'exploitation des questionnaires vous assurent d'un traitement complètement confidentiel.

Vous trouverez un formulaire de consentement pour cette recherche qu'il est important de remplir et signer.

Merci par avance de votre collaboration



VOTRE OPINION SUR VOTRE SITUATION DE TRAVAIL

Pour chaque affirmation, cocher la case qui correspond le mieux à votre réponse	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
Q1 - Dans mon travail, je dois apprendre des choses nouvelles	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q2 - Dans mon travail, j'effectue des tâches répétitives	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q3 - Mon travail me demande d'être créatif	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q4 - Mon travail me permet de prendre souvent des décisions moi-même	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q5 - Mon travail demande un haut niveau de compétence	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q6 - Dans ma tâche, j'ai très peu de liberté pour décider comment je fais mon travail	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q7 - Dans mon travail, j'ai des activités variées	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q8 - J'ai la possibilité d'influencer le déroulement de mon travail	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q9 - J'ai l'occasion de développer mes compétences professionnelles	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q10 - Mon travail me demande de travailler très vite	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q11 - Mon travail me demande de travailler intensément	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q12 - On me demande d'effectuer une quantité de travail excessive	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q13 - Je dispose du temps nécessaire pour exécuter correctement mon travail	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q14 - Je reçois des ordres contradictoires de la part d'autres personnes	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q15 - Mon travail demande de longues périodes de concentration intense	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q16 - Mes tâches sont souvent interrompues avant d'être achevées, nécessitant de les reprendre plus tard	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q17 - Mon travail est très bousculé	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q18 - Attendre le travail de collègues ou d'autres départements ralentit souvent mon propre travail	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q19 - Mon supérieur se sent concerné par le bien-être de ses subordonnés	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q20 - Mon supérieur prête attention à ce que je dis	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q21 - Mon supérieur m'aide à mener ma tâche à bien	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q22 - Mon supérieur réussit facilement à faire collaborer ses subordonnés	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q23 - Les collègues avec qui je travaille sont des gens professionnellement compétents	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q24 - Les collègues avec qui je travaille me manifestent de l'intérêt	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q25 - Les collègues avec qui je travaille sont amicaux	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q26 - Les collègues avec qui je travaille m'aident à mener les tâches à bien	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

Concernant mon métier actuel : (indiquez votre degré de satisfaction entre 1 et 5)

Q27 Au total, êtes-vous satisfait de votre travail ?

Insatisfait Satisfait

Dans mon activité de travail de soin ou d'aide auprès des personnes âgées :

Q28 – Un échange habituel avec un(e) patient (e), un(e) résident(e) prend combien de minutes environ ?

--	--	--	--

Mon travail exige de moi :	Pas du tout	Parfois	Souvent	Très souvent
Q29 – D'exprimer des émotions intenses	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q30 – De montrer des émotions fortes	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

Mon travail me demande :	Pas du tout	Parfois	Souvent	Très souvent
Q31 – D'afficher différentes sortes d'émotions	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q32 – D'exprimer différentes sortes d'émotions	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q33 – D'afficher différentes sortes d'émotions quand j'interagis avec les autres	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

Mon travail exige :	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent
Q34 – Que je m'empêche quelques fois d'exprimer mes sentiments véritables à l'égard d'un(e) patient(e), un(e) résident(e)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q35 – Que je fasse semblant d'avoir des sentiments que je n'ai pas réellement	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q36 – Que je cache mes véritables sentiments ou opinions à propos d'une situation	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

Mon travail exige :	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent
Q37 – Que je fasse l'effort de ressentir ce que je suis sensé(e) afficher comme sentiment à l'égard des autres (compassion, empathie, compréhension,...)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q38 – Que j'essaie de ressentir de ressentir les émotions que je suis sensé(e) montrer	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q39 – Que je ressente les émotions comme cela est préconisé dans mon métier	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

Dans mon travail, j'ai besoin de :	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent
Q40 – Rassurer les personnes en détresse ou bouleversées, leur redonner le sourire	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q941 – Calmer des personnes angoissées	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q42 – Exprimer de la sympathie (compréhension, écoute)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q43 – Exprimer de l'amabilité, de la politesse (sourire, complimenter)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

Dans mon travail, j'ai besoin de :	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent
Q44 – Cacher ma colère, garder mon calme	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

Q45 – Ne pas montrer mon dégoût vis-à-vis de certaines choses
(odeurs, apparences)

1 2 3 4

Q46 – Cacher ma crainte, ne pas pleurer

1 2 3 4

Un certain nombre de phrases que l'on utilise pour se décrire sont données
ci-dessous. Cocher la case qui correspond le mieux à ce que vous ressentez
habituellement.

Presque
jamais

Parfois

Souvent

Presque
toujours

17 – Je me sens de bonne humeur, aimable	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
18 – Je me sens nerveux(se) et agité(e)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
19 – Je me sens content(e) de moi	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
20 – Je voudrais être aussi heureux(se) que les autres	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
21 – J'ai un sentiment d'échec	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
22 – Je me sens reposé(e)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
23 – J'ai tout mon sang froid	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
24 – J'ai l'impression que les difficultés s'accroissent à un tel point que je ne peux pas les surmonter	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
25 – Je m'inquiète à propos de choses sans importance	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
26 – Je me sens heureux(se)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
27 – J'ai des pensées qui me perturbent	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
28 – Je manque de confiance en moi	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
29 – Je me sens sans inquiétude, en sécurité, en sûreté	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
30 – Je prends facilement des décisions	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
31 – Je me sens incompetent(e), pas à la hauteur	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
32 – Je suis satisfait(e)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
33 – Des idées sans importance trottant dans ma tête me dérangent	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
34 – Je prends les déceptions tellement à cœur que je les oublie difficilement	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
35 – Je suis une personne posée, solide, stable	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
36 – Je deviens tendu(e) et agité(e) quand je réfléchis à mes soucis	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

Q67 - Décrivez en quelques mots une situation où les émotions que vous avez ressenties étaient contraires à celles que vous avez dû exprimer (comme on attend que vous le fassiez au travail) :

Q68 - Précisez l'intensité de malaise, de tension psychologique et physique qu'a suscitée chez vous cette situation :

1 Faible 2 Moyen 3 Fort

Chacun d'entre nous exprime différemment ce qu'il ressent. Sur votre lieu de travail, en situation de soin et/ou face aux patient(e)s, résident(e)s et collègues, pour chacune des propositions suivantes, COCHEZ la case qui correspond le plus à ce que vous pensez faire.

Le chiffre 1 signifie que vous n'êtes pas du tout d'accord avec la proposition.
Le chiffre 7 signifie que vous êtes tout à fait d'accord avec la proposition.
Entre les deux, vous avez la possibilité de choisir une réponse plus nuancée.

En général...

Q69 - Lorsque je veux ressentir davantage d'émotions positives (comme la joie ou l'amusement), je m'arrange pour modifier ce à quoi je suis en train de penser.

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord
1 2 3 4 5 6 7

Q70 - Je garde mes émotions pour moi.

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord
1 2 3 4 5 6 7

Q71 - Lorsque je veux ressentir moins d'émotions négatives (comme la tristesse ou la colère), je m'arrange pour modifier ce à quoi je suis en train de penser.

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord
1 2 3 4 5 6 7

Q72 - Quand je ressens des émotions positives, je fais attention à ne pas les exprimer.

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord
1 2 3 4 5 6 7

Q73 - Lorsque je suis confronté(e) à une situation stressante, je fais en sorte d'y penser de manière à ce que cela m'aide à rester calme.

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord
1 2 3 4 5 6 7

Q74 - Je contrôle mes émotions en ne les exprimant pas.

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord
1 2 3 4 5 6 7

Q75 - Lorsque je veux ressentir davantage d'émotions positives, je change ma façon de voir la situation.

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord
1 2 3 4 5 6 7

Q76 - Je contrôle mes émotions en changeant ma façon de voir la situation dans laquelle je suis.

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord
1 2 3 4 5 6 7

Q78 - Lorsque je ressens des émotions négatives, je fais en sorte de ne pas les exprimer.

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord
1 2 3 4 5 6 7

Q79 - Quand je veux ressentir moins d'émotions négatives, je change ma façon de voir la situation.

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord
 1 2 3 4 5 6 7

Dans le tableau ci-dessous figurent des déclarations que vous feriez peut-être si vous vous sentiez mal au travail. Indiquez combien de fois vous êtes-vous senti de cette façon au travail.

	Jamais ou Presque jamais	Très rarement	Assez rarement	Parfois	Assez souvent	Très souvent	Toujours ou Presque toujours
Q80 – Je me sens fatigué	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
Q81 – Je n'ai aucune énergie pour aller au travail le matin	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
Q82 – Je me sens physiquement vidé(e)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
Q83 – J'en ai par-dessus la tête	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
Q84 – J'ai l'impression que mes batteries sont à plat	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
Q85 – Je me sens épuisé(e)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
Q86 – Je peine à réfléchir rapidement	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
Q87 – J'ai du mal à me concentrer	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
Q88 – J'ai l'impression de ne pas avoir les idées claires	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
Q89 – J'ai l'impression que je n'arrive pas à concentrer mes pensées	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
Q90 – J'éprouve de la difficulté à réfléchir à des choses complexes	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
Q91 – Je me sens incapable de ressentir les besoins de mes collègues et des patient (e)s	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
Q92 – Je sens que je ne peux pas m'investir émotionnellement avec les collègues et les patient(e)s	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
Q93 – Je me sens incapable d'être proche de mes collègues et des patient(e)s	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>

Q94 Dans l'ensemble, estimez-vous que votre travail est stressant ?

(Placez-vous sur cette échelle de 1, pas du tout stressant à 10, extrêmement stressant)

Pas du tout stressant extrêmement stressant
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Q95 - Décrivez en quelques mots une situation stressante que vous avez connue dans le cadre professionnel durant les derniers mois : (situation qui vous a concerné(e))

Q96 - Précisez l'intensité de malaise, de stress qu'a suscité chez vous cette situation : 1 Faible 2 Moyen 3 Fort

Indiquez pour chacune des stratégies suivantes, si oui ou non vous l'utilisez pour faire face à votre problème.

Mettre une croix dans la case qui correspond le mieux à vos réactions.

1 Non 2 Plutôt non 3 Plutôt oui

Q97 - J'ai établi un plan d'action et je l'ai suivi.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Q98 - J'ai souhaité que la situation disparaisse ou finisse.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Q99 - J'ai parlé à quelqu'un de ce que je ressentais.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Q100 - Je me suis battu pour ce que je voulais.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Q101 - J'ai souhaité pouvoir changer ce qui est arrivé.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Q102 - J'ai sollicité l'aide d'un professionnel et j'ai fait ce qu'on m'a conseillé.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Q103 - J'ai changé positivement.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Q104 - Je me suis senti mal de ne pouvoir éviter le problème.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Q105 - J'ai demandé des conseils à une personne digne de respect et je les ai suivis.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Q106 - J'ai pris les choses une par une.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Q107 - J'ai espéré qu'un miracle se produirait.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Q108 - J'ai discuté avec quelqu'un pour en savoir plus au sujet de la situation.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Q109 - Je me suis concentré sur un aspect positif qui pourrait apparaître après.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Q110 - Je me suis culpabilisé.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Q111 - J'ai contenu (gardé pour moi) mes émotions.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Q112 - Je suis sorti plus fort de la situation.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Q113 - J'ai pensé à des choses irréelles ou fantastiques pour me sentir mieux.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Q114 - J'ai parlé avec quelqu'un qui pouvait agir concrètement au sujet du problème.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Q115 - J'ai changé des choses pour que tout puisse bien finir.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Q116 - J'ai essayé de tout oublier.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Q117 - J'ai essayé de ne pas m'isoler.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Q118 - J'ai essayé de ne pas agir de manière précipitée ou de suivre la première idée.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Q119 - J'ai souhaité pouvoir changer d'attitude.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Q120 - J'ai accepté la sympathie et la compréhension de quelqu'un.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Q121 - J'ai trouvé une ou deux solutions au problème.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

Q122 - Je me suis critiqué(e) ou sermonné(e).

1 2 3

Q123 - Je savais ce qu'il fallait faire, aussi j'ai redoublé d'efforts et j'ai fait tout mon possible pour y arriver.

1 2 3

Indiquez la fréquence à laquelle vous ressentez ce qui est décrit à chaque déclaration.

	Jamais	Quelques fois par année, au moins	Une fois par mois, au moins	Quelques fois par mois	Une fois par semaine	Quelques fois par semaine	Chaque jour
Q124 – Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
Q125 – Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
Q126 – Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
Q127 – Je peux comprendre facilement ce que mes patient(e)s, résident(e)s ressentent	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
Q128 – Je sens que je m'occupe de certains patient(e)s, résident(e)s de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
Q129 – Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
Q130 – Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes patient(e)s, résident(e)s	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
Q131 – Je sens que je craque à cause de mon travail	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
Q132 – J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
Q133 – Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
Q134 – Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
Q135 – Je me sens plein(e) d'énergie	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
Q136 – Je me sens frustré(e) par mon travail e	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
Q137 – Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
Q138 – Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes patient(e)s, résident(e)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
Q139 – Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>

Q140 – J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes patient(e)s, résident(e)s	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
Q141 – Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes patient(e)s, résident(e)s	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
Q142 – J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
Q143 – Je me sens au bout du rouleau	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>

Indiquez la fréquence à laquelle vous ressentez ce qui est décrit à chaque déclaration.	Jamais	Quelques fois par année, au moins	Une fois par mois, au moins	Quelques fois par mois	Une fois par semaine	Quelques fois par semaine	Chaque jour
Q144 – Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
Q145 – J'ai l'impression que mes patient(e)s, résident(e)s me rendent responsable de certains de leurs problèmes	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>

Q146 - Décrivez en quelques mots l'idée que vous vous faites d'une prise en soin de bonne qualité auprès des personnes âgées: (qualités requises, objectif,...)

Q147 - Dans l'ensemble, quel est le degré de compatibilité (l'écart) entre ce que vous souhaiteriez faire en matière de prise en soin et ce que vous pouvez faire aujourd'hui
(Placez-vous sur cette échelle de 1, pas du tout compatible à 10, extrêmement compatible)

Pas du tout compatible avec Extrêmement compatible avec ce que je souhaite

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Diriez-vous : (Indiquez votre degré d'accord entre 1 et 5 avec les affirmations suivantes)

Q148 - Dans mon travail je dois faire des choses que je désapprouve.	Pas du tout D'accord	<input type="checkbox"/>	Tout à fait D'accord				
Q149 - Je n'ai pas les moyens de faire un travail de qualité.	Pas du tout D'accord	<input type="checkbox"/>	Tout à fait D'accord				
Q150 - Je n'ai pas le sentiment de donner un sens à mon travail	Pas du tout D'accord	<input type="checkbox"/>	Tout à fait D'accord				

Q151a- Avez-vous été formé à l'Humanitude® (méthode Gineste et Marescotti) ? 1- OUI 2- NON

Q151b Si oui,

Indiquer votre degré de satisfaction 1- nul 2- faible

3- fort

Q152a Si vous avez été formé, avez-vous le sentiment de pouvoir mettre en place l'Humanitude® dans le cadre de votre travail?

Oui Non

Q152b Si non,

Diriez-vous que cette impossibilité de mettre en place l'Humanitude®

1- perturbe votre travail ?

2- est sans conséquence sur votre travail et pour vous?

3- a des conséquences négatives sur vous ?

DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES

Q153 – Quel est votre sexe?

Masculin

Féminin

Q154 – Quel est votre statut dans l'emploi :

a - Contrat de formation emploi en alternance

Oui

b - Contrat de mesure pour l'emploi (CUI, CAE)

Oui

c - Intérimaire

Oui

d - CDD

Oui

d - CDI

Oui

d - Fonctionnaire titulaire

Oui

e - Fonctionnaire stagiaire

Oui

Q155 – Quel est votre ancienneté dans l'emploi :

a - moins d'un an

Oui

b - entre 1 et 3 ans

Oui

c - entre 3 et 10 ans

Oui

d - entre 10 et 20 ans

Oui

e - plus de 20 ans

Oui

Q156 – Quel est votre temps de travail :

a - temps partiel ≤ à un mi-temps

Oui

d - temps partiel > à un mi-temps

Oui

e - temps complet

Oui

Q157 – Quel est votre âge ?

Q158 – Dans quel type de structure travaillez-vous ?

a - EHPAD

Oui

b - Unité Alzheimer

Oui

c - Soins de suite

Oui

d - autre (préciser) :

Oui

Q159 – Quelle est votre profession : (Précisez en clair l'intitulé)

.....
.....
.....
.....

MERCI D'AVOIR COMPLÉTÉ LE QUESTIONNAIRE

Placez-le dans l'enveloppe qui vous a été remise,

fermez celle-ci

Placez l'enveloppe dans l'urne destinée à la collecte des questionnaires.

Annexe 5 : Recueil du verbatim issu de la dissonance émotionnelle en situation de soin en gériatrie

Questionnaire de mesure de la dissonance émotionnelle en situation de soin en gériatrie.

T2

1- Quelle représentation avez-vous de votre métier auprès des personnes âgées :

2 - Comment décririez-vous ce que vous avez ressenti lors du film pour la première partie (donner 5 adjectifs maximum) :

1. .
2. .
3. .
4. .
5. .

3- Comment décririez ce que vous avez ressenti lors du film pour la seconde partie (donner 5 adjectifs maximum) :

1. .
2. .
3. .
4. .
5. .

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Le processus de burnout Maslach et Jackson (1981).....	18
Figure 2 : Les quatre stades du processus de burnout selon Edelwich et Brodsky (1980).	20
Figure 3 : Le modèle « exigences-contrôle » de Karasek (1979).....	32
Figure 4 : Structure du système nerveux périphérique.....	47
Figure 5 : Modèle de régulation émotionnelle selon Gross (2002).....	62
Figure 6 : Le processus émotionnel au travail à partir du modèle de D. Van Hoorebeke (2003)	70
Figure 7 : Sexe des participants au protocole de recherche sur la mesure de la dissonance.....	85
Figure 8 : CSP des participants au protocole de recherche sur la mesure de la dissonance.	86
Figure 9 : Bracelets, faisceau d'électrodes et boîtier Symbioline® cohérence émotionnelle.....	91
Figure 10 : Oxymètre-pen MD300-1 de COMED	92
Figure 11 : Illustration de la technologie d'inspection photoélectrique de l'oxyhémoglobine et de détection du pouls à l'aide d'un capteur pince.....	92
Figure 12 : Classement par occurrence des thématiques exprimées après visionnage de la première séquence.	96
Figure 13 : Classement par occurrence des thématiques exprimées après visionnage de la seconde séquence.	100
Figure 14 : Moyenne de fréquence cardiaque par sujet lors des deux séquences visionnées (F1 et F2).	103
Figure 15 : Moyenne de fréquence cardiaque pour chaque étape des séquences visionnées (F1 et F2).	104
Figure 16 : Différence de moyenne de la fréquence cardiaque aux deux films (F1-F2) pour chaque temps de mesure.....	112
Figure 17 : Répartition de la population d'étude sur le premier protocole :.....	118
Figure 18 : Répartition des hommes (IFSI / IFAS):.....	118
Figure 19 : Répartition des femmes (IFSI / IFAS):.....	119
Figure 20 : Durée d'expérience en gériatrie (IFSI / IFAS):	119
Figure 21 : Ancienneté dans le domaine du soin (IFSI / IFAS):.....	120
Figure 22 : Matrice des composantes (après rotation Varimax) pour l'échelle de travail émotionnel *.	126
Figure 23 : Matrice des composantes (après rotation Varimax) pour l'échelle WCC-R *.....	131
Figure 24 : Pyramide des âges pour l'échantillon d'étudiants en IFSI / IFAS.	146
Figure 25 : Pyramide des âges pour l'échantillon professionnel en gériatrie.	147
Figure 26 : Catégories socioprofessionnelles des soignants en gériatrie.....	148
Figure 27 : variabilité échantillonnale et distribution des valeurs de jeu en surface dans les deux groupes pour la détresse psychologique.	163
Figure 28 : Modèle d'analyse de l'épuisement émotionnel (MBI) en fonction des variables contextuelles, dispositionnelles et du travail émotionnel.	166
Figure 29 : Modèle d'analyse de dépersonnalisation (MBI) en fonction des variables contextuelles, dispositionnelles et du travail émotionnel.....	167
Figure 30 : Modèle d'analyse de l'accomplissement personnel (MBI) en fonction des variables contextuelles, dispositionnelles et du travail émotionnel.	168
Figure 31 : Modèle d'analyse de fatigue physique (MSBM) en fonction des variables contextuelles, dispositionnelles et du travail émotionnel.....	170

Figure 32 : Modèle d'analyse de lassitude cognitive (MSBM) en fonction des variables contextuelles, dispositionnelles et du travail émotionnel.....	171
Figure 33 : Modèle d'analyse d'épuisement émotionnel (MSBM) en fonction des variables contextuelles, dispositionnelles et du travail émotionnel.	173
Figure 34 : Répartition des CSP chez les professionnels formés.....	186
Figure 35 : Répartition des CSP chez les professionnels non formés.....	187
Figure 36 : Répartition des personnels selon le modèle de karasek en fonction des CSP.....	193
Figure 37 : Graphique des moyennes marginales estimées sur l'épuisement émotionnel (MBI).	196
Figure 38 : Graphique des moyennes marginales estimées sur la dépersonnalisation (MBI).	197
Figure 39 : Graphique des moyennes marginales estimées sur la fatigue physique (MSBM).	199

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Découpage et durée des étapes du soin pour les deux séquences du film.	88
Tableau 2 : Verbatim émotionnel et valence accordée par les sujets lors de la première séquence. .	96
Tableau 3 : Verbatim émotionnel et valence accordée par les sujets lors de la deuxième séquence.	101
Tableau 4 : Mesure de dispersion pour les fréquences cardiaques moyennes recueillies aux deux séquences (F1 & F2).	104
Tableau 5 : Tableau des Alphas, moyennes et écarts-types rapportés par Plaisant et al. (2005) en comparaison à nos résultats de recherche.	122
Tableau 6 : Indice KMO et test de Bartlett échelle STAI Y-B.	124
Tableau 7 : Indice KMO et test de Bartlett échelle de travail émotionnel.....	125
Tableau 8 : Tableau des moyennes et écarts-types pour les dimensions du travail émotionnel.	128
Tableau 9 : Alphas, moyennes et écarts-types pour l'ERQ.	129
Tableau 10 : Alphas, moyennes et écarts-types pour la WCC.....	131
Tableau 11 : Coefficients de corrélations r de Pearson pour le jeu en surface et le jeu en profondeur.	134
Tableau 12 : Coefficients de corrélation r de Pearson pour les stratégies de coping.....	135
Tableau 13 : Récapitulatif des modèles de régression hiérarchique pour le jeu en surface.	136
Tableau 14 : Récapitulatif des Bêta pour les variables du modèle de régression pour le jeu en surface.	137
Tableau 15 : Récapitulatif des modèles de régression hiérarchique pour le jeu en profondeur.	138
Tableau 16 : Récapitulatif des modèles de régression hiérarchique pour le jeu en Profondeur.....	138
Tableau 17 : Répartition de l'âge (moyennes et écarts-types) par CSP chez les professionnels en gériatrie.	149
Tableau 18 : Alphas, moyennes et écarts-types pour le GHQ-12.	152
Tableau 19 : Alphas, moyennes et écarts-types pour le questionnaire de Karasek.	155
Tableau 20 : Moyennes des scores de Karasek en France pour le secteur Santé action sociale*.....	156
Tableau 21 : Alphas, moyennes et écarts-types pour l'échelle MBI.	157
Tableau 22 : Alphas, moyennes et écarts-types pour l'échelle MSBM.	160
Tableau 23 : Récapitulatif des modèles de régression pour l'épuisement émotionnel (MBI).....	165
Tableau 24 : Récapitulatif des modèles de régression pour la dépersonnalisation (MBI).....	166
Tableau 25 : Récapitulatif des modèles de régression pour l'accomplissement personnel (MBI).	167
Tableau 26 : Récapitulatif des modèles de régression pour La fatigue physique (MSBM).....	169
Tableau 27 : Récapitulatif des modèles de régression pour la lassitude cognitive (MSBM).	171
Tableau 28 : Récapitulatif des modèles de régression pour l'épuisement émotionnel (MSBM).	172
Tableau 29 : Récapitulatif des modèles de régression avec interaction pour l'épuisement émotionnel (MBI).....	174
Tableau 30 : Récapitulatif des coefficients, Bêtas, valeurs de t et significativités pour les variables retenues dans le modèle intégrant l'interaction.....	174
Tableau 31 : Effet de la demande sur l'épuisement en fonction du niveau de soutien dans notre population de professionnels.....	175
Tableau 32 : Récapitulatif des modèles de régression avec interaction pour la dépersonnalisation (MBI).....	175
Tableau 33 : Récapitulatif des coefficients, Bêtas, valeurs de t et significativités pour les variables retenues dans le modèle intégrant l'interaction.....	176

Tableau 34 : Moyennes, médianes et écarts-types pour l'échelle de compatibilité, le conflit de valeur et la satisfaction générale.	190
Tableau 35: Tests des effets intersujets pour l'épuisement émotionnel (MBI).....	195
Tableau 36: Tests des effets intersujets pour la dépersonnalisation (MBI).....	197
Tableau 37: Tests des effets intersujets pour la fatigue physique (MSBM).....	198

Résumé

Impact des régulations émotionnelles au travail sur l'épuisement professionnel des soignants en gériatrie : Étude des effets de la méthode Gineste et Marescotti.

L'objectif de cette thèse est d'étudier les impacts de la régulation émotionnelle sur l'épuisement professionnel des soignants en gériatrie et plus particulièrement en mesurant les effets de la méthode Gineste et Marescotti. Lors d'une première étude, nous avons observé les états émotionnels psychologiques et physiologiques induits par deux séquences de film chez 25 sujets. Au cours de deux autres études, nous avons étudié les liens entre les régulations émotionnelles au travail, les variables de personnalité, les variables dispositionnelles et les variables contextuelles puis le rôle des régulations émotionnelles au travail dans la prédiction de la détresse psychologique chez 885 étudiants en IFSI et IFAS et dans la prédiction du burnout chez 157 professionnels en gériatrie. Enfin une quatrième étude nous a permis d'étudier les impacts de la méthode Gineste et Marescotti sur un échantillon de soignants en gériatrie. Les résultats montrent que la dissonance émotionnelle génère un stress signalé par une augmentation de la fréquence cardiaque. Le jeu en surface et le jeu en profondeur dépendent à la fois des caractéristiques de personnalité, des stratégies de régulations émotionnelles dispositionnelles et des prescriptions internes et externes, mais pas des stratégies de coping. De plus, le travail émotionnel contribue réellement à prédire le burnout mais pas la détresse psychologique. Enfin, la méthode agit sur les professionnels formés et satisfaits et plus spécifiquement sur le coping émotionnel, le jeu en surface, la demande psychologique, le burnout et le conflit de valeurs. La satisfaction associée à la capacité à mettre en œuvre la formation influence le burnout.

Mots clés : méthode Gineste et Marescotti, régulations émotionnelles, dissonance émotionnelle, jeu en surface, jeu en profondeur, burnout.

Abstract

Emotional impact of regulations on burnout in geriatric nursing: The effects of Gineste and Marescotti method.

The objective of this thesis is to study the impact of emotion regulation on burnout in geriatric nursing, especially in measuring the effects of Gineste and Marescotti method. In a first study we observed the psychological and physiological emotional states induced by two movie clips in 25 subjects. In two other studies we investigated the relationship between emotional regulation at work, personality variables, dispositional variables and contextual variables and the role of emotional regulation at work in the prediction of psychological distress among 885 students IFSI and IFAS and the prediction of burnout among 157 professionals in geriatrics. Finally, a fourth study, we study the impacts of Gineste and Marescotti method on a sample of geriatric caregivers. The results show that emotional dissonance creates a stress indicated by an increase in heart rate. The surface acting and deep acting depend on both the characteristics of personality, emotional regulation strategies dispositional and internal and external requirements but not coping strategies. In addition, the emotional labour actually helps predict burnout but not psychological distress. Finally, the method is trained and satisfied on the level of emotional coping professionals, surface acting, psychological demand, burnout and conflict of values. Satisfaction associated with the ability to implement training influences burnout.

Key words: Gineste and Marescotti method, emotional regulation, emotional dissonance, surface acting, deep acting, burnout.

Laboratoire de Psychologie, Santé et Qualité de Vie EA 4139
3 ter, place de la Victoire
33 076 Bordeaux Cedex