



HAL
open science

Coping, styles défensifs et dépersonnalisation de la relation soignante d'urgence

E. Grebot

► **To cite this version:**

E. Grebot. Coping, styles défensifs et dépersonnalisation de la relation soignante d'urgence. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 2010, 168 (9), pp.686. 10.1016/j.amp.2010.03.018 . hal-00690274

HAL Id: hal-00690274

<https://hal.science/hal-00690274>

Submitted on 23 Apr 2012

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Accepted Manuscript

Title: Coping, styles défensifs et dépersonnalisation de la relation soignante d'urgence

Author: E. Grebot

PII: S0003-4487(10)00244-1
DOI: doi:10.1016/j.amp.2010.03.018
Reference: AMEPSY 1213

To appear in: *Annales Médico-Psychologiques*

Received date: 22-1-2009
Accepted date: 26-3-2009

Please cite this article as: Grebot E, Coping, styles défensifs et dépersonnalisation de la relation soignante d'urgence, *Annales medio-psychologiques* (2010), doi:10.1016/j.amp.2010.03.018

This is a PDF file of an unedited manuscript that has been accepted for publication. As a service to our customers we are providing this early version of the manuscript. The manuscript will undergo copyediting, typesetting, and review of the resulting proof before it is published in its final form. Please note that during the production process errors may be discovered which could affect the content, and all legal disclaimers that apply to the journal pertain.



Mémoire

Coping, styles défensifs et dépersonnalisation de la relation soignante d'urgence
Coping, defences styles and depersonalization of relation with the patients by emergency
medical assistance professionals

E. Grebot

Elisabeth Grebot, Maître de Conférences de Psychologie, Clinique et Pathologique, URCA, Laboratoire de Psychologie Appliquée, Stress, Santé et Société (EA 3793), 57 rue Taittinger, 51097 Reims, France

Adresse mail : Elisabeth.grebot@univ-reims.fr

Texte reçu le 22 janvier 2009 ; accepté le 26 mars 2009

Résumé

L'activité d'aide médicale urgente est marquée par un stress professionnel élevé dont l'impact psychologique n'implique pas pour autant un effet désorganisateur sur la santé psychique des intervenants qui font preuve de capacités à faire face comme la distanciation de la relation au patient considérée comme une stratégie défensive [27], ou comme un mécanisme de défense [29]. Cette étude menée dans un Service d'Aide Médicale Urgente a pour but d'évaluer les stratégies de coping et les styles défensifs liés à la distanciation de la relation soignante d'urgence.

Méthode – L'étude comparative repose sur les données recueillies au cours d'un entretien clinique auprès de 15 intervenants du SAMU et de 11 soignants hospitaliers qui ont complété quatre échelles cliniques : l'inventaire de stress professionnel (Job Survey Scale, JSS), le *Maslach Burnout Inventory* (MBI), le questionnaire de coping *Ways of Coping Check List*, et le questionnaire de style défensif *Defense Style Questionnaire*, (DSQ 40).

Résultats – Les urgentistes mobiles présentent des scores significativement plus faibles que les soignants hospitaliers de stress perçu, d'épuisement émotionnel, de coping centré sur l'émotion, et de style défensif immature. En revanche, leur style défensif mature est significativement plus élevé.

Conclusion – Ces résultats nous amènent à nous interroger sur l'importance des capacités à faire face du personnel SAMU en termes de coping et de style défensif dans la valeur fonctionnelle de la distanciation de la relation soignante d'urgence.

Mots clés : Burnout ; Coping ; Défenses ; Dépersonnalisation de la relation soignante

Abstract

The medical emergency activity is characterised by intensive professional stress that psychological impact doesn't implicated disorganization effect on mental health of emergency staff which activate efficiency strategies as depersonalization of relation named distancing and considered as defensive strategy by Laurent and considered as a defence mechanism by Manus. This study was conducted in a pre-hospital emergency department (SAMU) in order to evaluate the dominant coping strategies and the defence styles more or less mature in the distancing of the relation with the patient.

Goals – The research aims at testing the relation between the relational depersonalization and the defence styles or the coping strategies in a population of the pre-hospital emergency department.

Population – The population includes 15 SAMU staff and 11 hospital medical.

Instruments – The comparative analysis are based on the data obtained from 15 SAMU staff and 11 hospital medical completed during a clinical interview four clinical scales: the Job Stress Survey (JSS), the Maslach Burnout Inventory (MBI), the Ways of Coping Check List (WCC) validated by Cousson et al. and, the Defence Style Questionnaire (DSQ 40). The French version of Defence Style Questionnaire explores 20 defence mechanisms, as well as three defence styles: (1) a "mature style", composed by 4 defences (sublimation, humour, anticipation, repression); (2) a "neurotic style", composed by 4 defences (annulation, reactional formation, altruism and idealization); (3) an "immature style", composed by 12 defences.

Results – The emergency medical assistance professionals presented significant scores lesser than hospital medical staff concerning the perceived professional stress, the emotional burnout, the coping centred on emotions and immature defence styles. Against, their mature styles are significantly higher.

Conclusion – These results lead us to examine the importance of coping abilities and defence styles in the functional value of the distancing of the relation with the patient among SAMU staff.

Keywords: Burnout; Coping; Defences; Depersonalization of assistance relation

1. Revue de la littérature

1.1. *L'activité soignante d'urgence : une situation de stress extrême*

La médecine d'urgence est l'une des professions les plus exposées au stress professionnel [10,17,18,24,32,34,45] qui constitue un terrain favorable à l'épuisement professionnel des personnels médicaux et des urgentistes [10,17,27,44,45], qui manifestent un certain détachement, une apparente maîtrise des événements graves, et parfois, une « déshumanisation » de la relation soignante. Le « burnout des urgentistes » est spécifique car il se caractérise par un épuisement professionnel faible et une forte dépersonnalisation ou déshumanisation de la relation au patient [17,19,27]. Cette déshumanisation est interprétée non comme un symptôme d'épuisement professionnel, mais comme un mécanisme de défense par Manus [29], ou comme une stratégie défensive [17,27,29] par certains auteurs qui préfèrent la nommer distanciation [17,27]. Cette recherche se propose d'étudier le rôle de deux variables transactionnelles influençant la distanciation de la relation soignante chez des urgentistes, à savoir les stratégies d'ajustement au stress ou coping et les styles défensifs [33].

1.2. *Facteurs de stress professionnels chez les personnels de médecine d'urgence*

Les intervenants du Service d'Aide Médicale Urgente, ou SAMU, sont confrontés à « des situations de stress multiples, intenses et répétées » [17]. Certains facteurs de stress des intervenants en service d'urgence sont liés aux conditions de travail qui rendent la pratique de la médecine d'urgence éprouvante (horaires irréguliers, sommeil interrompu par les interventions, surcharge de travail dans un temps limité, conditions climatiques comme le froid, la pluie, conflit de rôles entre professionnels [médecins, infirmiers, ambulanciers], empiètement de domaines de compétences créant un climat conflictuel [10,17,32,37]). Ces facteurs organisationnels sont associés à des facteurs de stress spécifiques aux métiers de l'urgence comme :

- a) la gravité des pathologies dont le pronostic vital est en jeu [17,37] ;
- b) l'imprévisibilité des situations sur lesquelles les équipes SAMU interviennent, qui exigent une disponibilité intellectuelle (vigilance, concentration) et relationnelle (relation avec le malade et sa famille) qui rend l'intervention difficilement contrôlable et accentue le degré de stress ;

c) la charge émotionnelle des interventions liée à l'urgence et à la nature de certaines situations extrêmes ou traumatiques où les urgentistes affrontent la détresse, la souffrance, et parfois la mort des patients [17,27,37] ;

d) la fréquence de la violence physique et verbale dont sont victimes les urgentistes.

Les menaces verbales ont touché 88 % des professionnels des activités médicales d'urgence d'Île-de-France, et les agressions physiques ont concerné 41 %, dont 13 % avec une arme blanche, et 12 % avec une arme à feu [13]. Ces facteurs organisationnels et spécifiques de stress professionnel constituent un terrain propice au burnout, ou syndrome d'épuisement professionnel [11,17,23,24,43,45].

1.3. Le burnout ou syndrome d'épuisement professionnel

Le burnout « est la conséquence d'un stress professionnel chronique [...] et nuit à la santé mais aussi à la qualité du travail. Des réactions (e.g. angoisse, dépression), cognitives (e.g. difficultés à se concentrer, à prendre des décisions), motivationnelles (e.g. perte d'intérêt pour son travail), comportementales (e.g. conduites addictives, isolement, cynisme), physiologiques (e.g. diabète de type 2) lui sont associées » [41].

Le syndrome du burnout se compose de trois dimensions :

- a) l'épuisement émotionnel ;
- b) la dépersonnalisation de la relation au patient ;
- c) la réduction de l'accomplissement personnel [30].

1.3.1. L'épuisement émotionnel

Il renvoie à « l'assèchement » des ressources [41]. L'épuisement émotionnel survient face à des interactions sociales dont la charge émotionnelle est lourde et chronique, « c'est comme si l'individu avait atteint son seuil de saturation émotionnelle et n'était plus capable d'accueillir une émotion nouvelle ». Dans les professions soignantes, cet « épuisement se double souvent d'incapacité à exprimer toute émotion », qui renforce la répression émotionnelle qui est une attitude valorisée dans les professions médicales où l'expression émotionnelle est associée à la faiblesse [5].

1.3.2. La dépersonnalisation

Elle renvoie au développement d'attitudes détachées, impersonnelles, négatives, cyniques, envers les personnes dont s'occupe le professionnel (patients, clients...) [41]. Diverses enquêtes témoignent de rapports mêlant indifférence, cynisme ou insultes envers les patients [11,39,44]. Le patient est déshumanisé et traité comme un objet, ou réduit à sa pathologie, on parle « de la chambre 4 », ou de l'« arrêt cardiaque » [5]. L'organe et sa pathologie sont pris en considération avant l'homme par le soignant qui fait un usage abusif de l'humour noir ou du langage technique, qui permettent une mise à distance des émotions perturbatrices, indispensables au travail médical et relationnel [5]. Dans l'activité médicale d'urgence, la déshumanisation s'exprime avant l'intervention quand les équipes déclarent se rendre « sur un arrêt » (arrêt cardiaque) ou sur « un AVC » (accident vasculaire cérébral), et en fin d'intervention, dans le véhicule médical ou en salle de repos, où fusent l'humour noir et la dérision justifiée par sa fonction protectrice et de mise à distance intentionnelle et consciente.

1.3.3. La diminution de l'accomplissement personnel

Elle concerne la tendance à « évaluer son travail et ses compétences négativement, à la croyance que les objectifs ne sont pas atteints, tendance qui s'accompagne d'une diminution de l'estime de soi et du sentiment d'autoefficacité » [41].

1.4. Le « burnout des urgentistes »

Le « burnout des urgentistes » se caractérise par un faible niveau « d'épuisement émotionnel » et un niveau élevé de « déshumanisation de la relation au patient » à l'échelle du MBI (Maslach Burn-out Inventory de Maslach et Jackson) [17,27]. Le faible niveau d'épuisement émotionnel résulte d'une censure des réactions émotionnelles, souvent considérées comme « professionnellement indésirables » et non conformes aux normes de la profession [17]. La pratique médicale déshumanisée répond à l'état de détresse physique extrême des patients où les équipes SAMU doivent faire preuve d'une grande technicité. Le niveau élevé de « déshumanisation de la relation » est envisagé comme un mécanisme de défense, destiné à réduire le stress professionnel selon Manus [29], ou dans sa valeur défensive selon Laurent et al. [27], car elle leur permet de réaliser leur travail dans les meilleures conditions, sans être à la merci d'émotions difficiles à gérer. C'est pour cette

raison que Laurent et al. [27] suggèrent de substituer au terme de « déshumanisation » de la relation celui de « distanciation » de la relation au patient. Cette distanciation de la relation a un « prix fort à payer » en termes de dévalorisation de soi et de démotivation au travail selon Laurent et al. [27]. En effet, cette distanciation est souvent accompagnée d'un sentiment d'impuissance, d'échec et de culpabilité : « il n'y a pas de suivi, on ne sait pas ce que devient le patient », « on n'a pas les mots pour réconforter la famille », « on est brutal dans ce métier », « on laisse la famille dans la souffrance », « quand on s'en va, on a l'impression que le travail est inachevé ». Ces ressentis émotionnels déplaisants permettent de comprendre comment le burnout peut transformer certains soignants en auteurs de maltraitances, qui effectuent leurs actes de manière désincarnée ou déshumanisée. La maltraitance résulte d'un sentiment d'inefficacité ou d'impuissance sans la volonté de « mal faire » ni « l'intention de maltraiter », selon Daloz et al. [11]. Les soignants maltraitant associent leurs comportements à l'habitude, à la routine, aux conditions de travail, aux problèmes institutionnels (manque de temps), aux patients (difficiles, agressifs, peu coopérants). Le soignant épuisé maltraitant ne reconnaît pas l'origine de ses actes, dans une mise à distance anxiolytique. Daloz et al. [11] sont surpris par le manque d'interrogations, de réflexions qui leur rappellent l'état agentique décrit par Milgram [31], et constatent que « la maltraitance étant rationalisée est apparemment peu culpabilisée » [11]. Ces observations de Daloz et al. [11] contrastent avec celles de Laurence et al. [27]. Les soignants épuisés étudiés par Daloz et al. [11] entretiennent plus une relation de déshumanisation que de distanciation salutaire comme la décrivent Laurence et al. [27]. Cependant, la déshumanisation de la relation au patient par les soignants maltraitant observés par Daloz et al. [11] est salutogène pour les professionnels dans la mesure où la rationalisation les déculpabilise. Ces soignants épuisés maltraitant ne reconnaissent pas de valeur anxiolytique à la déshumanisation de la relation, contrairement à la distanciation émotionnelle des urgentistes dont la visée défensive est salutogène pour les professionnels conscients qu'elle est le garant de leur professionnalisme.

Certains soignants semblent faire preuve de capacités de faire face efficaces telles que la focalisation de l'attention sur l'acte de soin, la distanciation émotionnelle, tandis que d'autres mobilisent davantage des stratégies de coping dysfonctionnelles plus centrées sur l'émotion que sur la tâche. Certains soignants usent de mécanismes de défense tels que la rationalisation, l'humour, l'isolation, etc. Les stratégies de coping et les mécanismes de défense apparaissent donc comme des modérateurs de l'impact psychologique des facteurs de stress professionnels, et méritent d'être explorés dans le cadre d'une approche transactionnelle du stress.

1.5. Approche transactionnelle du stress, ou les transactions en situation stressante

Le modèle transactionnel du stress [28] et le modèle intégratif de la psychologie de la santé [3,4] considèrent que le « stress ne réside ni dans la situation ni dans la personne mais dans la transaction entre l'environnement et la personne » au cours de laquelle « la situation est évaluée par la personne comme excédant ses ressources et menaçant son bien-être » [28]. Le stress professionnel négatif résulte « de transactions inadéquates entre la personne et le contexte de travail » [37]. Les transactions concernent le stress perçu, le contrôle perçu et les stratégies d'ajustement au stress ou coping. Le stress perçu désigne les caractéristiques perçues comme menaçantes par l'individu, qui se distinguent des caractéristiques environnementales objectives ou facteurs de stress (stresseurs).

Le coping est défini comme étant « les efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeants, destinés à gérer les exigences internes et/ou externes spécifiques qui sont perçues comme menaçant ou débordant les ressources d'une personne » [28]. Les principales stratégies de coping sont centrées soit sur la recherche de solutions au problème, soit sur l'émotion, soit sur la recherche de soutien social [4,26]. Certaines stratégies sont efficaces et fonctionnelles, alors que d'autres sont dysfonctionnelles, engendrant à long terme une psychopathologie comme l'état de stress posttraumatique, l'épuisement professionnel, etc. Selon Bruchon-Schweitzer (2002) [4] « une stratégie de coping est efficace (fonctionnelle) si elle permet à l'individu de maîtriser la situation stressante et/ou de diminuer son impact sur le bien-être » de l'individu. Plusieurs études confirment la nocivité du coping centré sur l'émotion pour faire face au stress professionnel car il induit l'insatisfaction professionnelle et des états dépressifs [37]. Un coping centré sur le problème s'avère plus fonctionnel [4]. Toutefois, il n'existe pas a priori de coping adapté ou inadapté, une stratégie pouvant être efficace dans une situation et inefficace dans une autre situation [4,5].

1.6. Le rôle des styles défensifs dans l'adaptation à une situation stressante

De nombreux professionnels intervenant en situation d'urgence font preuve d'une distanciation émotionnelle qu'ils expriment ainsi : « il y a le travail d'un côté et les sentiments de l'autre », « je fais abstraction de l'environnement et des émotions », « quand je suis en intervention, je suis un robot », « pendant l'intervention je verrouille mes sentiments », « je me fais un mur », « je me suis fait une carapace, je me suis endurci ». Ces propos mentionnent

l'effet de certains mécanismes de défense inconscients contre l'affect déplaisant [14,22] et rappellent la cuirasse émotionnelle [38]. Selon A. Freud [14], « tout acte défensif a pour objet d'assurer la sécurité du moi et d'éviter un déplaisir ». L'utilisation des mécanismes de défense fait partie du développement normal et les défenses sont considérées comme pathologiques seulement si elles sont utilisées avec une très grande intensité, inappropriées à l'âge ou utilisées dans des situations dans lesquelles elles ne sont plus nécessaires.

Les mécanismes de défense ont été hiérarchisés en fonction de leur caractère adaptatif au cours de la vie adulte par le psychanalyste américain Vaillant, [42] qui a distingué les défenses matures, névrotiques, immatures et psychotiques. Cette hiérarchisation des défenses de Vaillant fut complétée par Bond et al. [1,2] des défenses caractéristiques de l'organisation limite selon Kernberg [25] pour élaborer une liste de défenses composant le questionnaire *Defense Style Questionnaire* (DSQ). Perry [35,36], dans la lignée de Vaillant, a élaboré un modèle hiérarchique en sept niveaux de défenses qui a été repris par la classification américaine qui a intégré les mécanismes de défense dans le glossaire du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-III-R), puis dans une échelle de fonctionnement défensif (DSM-IV) [12]. Les auteurs du DSM-IV précisent que les mécanismes de défense constituent des « médiateurs de la réaction du sujet aux conflits et aux facteurs de stress internes ou externes », mais définissent les mécanismes de défense comme des stratégies de coping : « les mécanismes de défense ou coping sont des processus psychologiques automatiques qui protègent l'individu de l'anxiété ou de la perception de dangers ou de facteurs de stress internes ou externes. Les individus n'ont généralement pas conscience de ces processus lorsqu'ils sont à l'œuvre. Les mécanismes de défense opèrent une médiation entre la réaction de l'individu aux conflits émotionnels et les facteurs de stress, internes ou externe » [12]. Cette quasi-équivalence des mécanismes de défense et des stratégies de coping est contestée par les partisans d'une différenciation, dont Cramer [8,9] qui opposent :

- a) les processus inconscients aux stratégies conscientes ;
- b) les tentatives non intentionnelles aux tentatives intentionnelles ;
- c) les variables dispositionnelles aux variables situationnelles, etc.

Certains auteurs critiquent ces critères différenciateurs ainsi que l'équivalence de la classification américaine, mais défendent l'idée d'un chevauchement [7,15,16] ou d'« un continuum des mécanismes d'adaptation, allant de la défense [...] au coping » selon Ionescu [21], qui met l'accent sur la valeur fonctionnelle des deux mécanismes car les mécanismes de

défense visent la réduction de l'angoisse, intrinsèque à l'individu, et le coping vise l'adaptation aux situations externes [22].

Ce travail cherche à explorer la valeur fonctionnelle des stratégies adaptatives de coping et des styles défensifs dans la dépersonnalisation de la relation soignante d'urgence.

1.7. Hypothèses

Nous faisons l'hypothèse que les transactions des urgentistes sont efficaces et se manifeste par :

- 1) un faible degré de stress perçu ;
- 2) des stratégies de coping efficaces ;
- 3) un style défensif efficient ;
- 4) une distanciation de la relation au patient salutaire.

Nous testons cinq hypothèses :

- hypothèse 1 : le groupe d'urgentistes présente un score de stress perçu évalué à l'aide de l'inventaire l'Inventaire de Stress Professionnel (Spielberger, *Job Survey Stress*, JSS) significativement plus faible que le score des autres soignants ;
- hypothèse 2 : les intervenants du SAMU ont un score d'épuisement émotionnel significativement plus faible que les soignants hospitaliers (H2.1) et un score de dépersonnalisation plus élevé (H2.2) ;
- hypothèse 3 : les intervenants SAMU optent moins en faveur des stratégies de coping centrées sur l'émotion que les autres soignants ;
- hypothèse 4 : les professionnels du SAMU mobilisent massivement les défenses matures et peu les défenses immatures ;
- hypothèse 5 : la dépersonnalisation de la relation soignante est liée aux stratégies de coping centrées sur l'émotion (H 5.1) et au style défensif immature (H 5.2).

2. Méthodologie

2.1. Sujets

La population étudiée est composée de 15 professionnels intervenant dans une équipe SAMU comprenant cinq médecins, cinq ambulanciers, cinq infirmiers, avec une

représentation paritaire des femmes et des hommes. Ce groupe, nommé groupe des urgentistes mobiles, est comparé à un groupe soignant à l'image de la recherche menée par Laurent (2007) [27] auprès de membres d'un personnel SAMU et auprès de différents services de médecine. Ce second groupe est constitué de 11 soignants (médecins et infirmiers) travaillant dans des services hospitaliers de chirurgie digestive et de cardiologie.

2.2. Instruments d'évaluation

Le stress perçu est mesuré à l'aide de l'inventaire de Stress Professionnel de Spielberger et Reheiser (*Job Stress Survey*, JSS, 1994), adapté en français par Sifakis [40]. Il mesure le stress perçu de l'individu et permet d'identifier les sources de stress les plus prégnantes. L'échelle est composée d'une liste de 30 propositions évaluant :

- a) la quantité de stress et la fréquence des événements durant les six derniers mois ;
- b) la pression au travail ;
- c) le manque de soutien organisationnel ;
- d) un score total de stress au travail, en additionnant la fréquence et l'intensité.

L'épuisement professionnel est évalué à l'aide de l'échelle de Maslach, le *Maslach Burnout Inventory* (MBI). Ce questionnaire est constitué de 22 items permettant une évaluation de l'épuisement professionnel et de ses trois dimensions, à savoir : l'épuisement émotionnel (neuf items), la dépersonnalisation (cinq items), et la réduction de l'accomplissement personnel (huit items). Un niveau élevé de burnout se manifeste à travers des scores élevés pour les sous-échelles : « Épuisement Émotionnel » et « Dépersonnalisation de la Relation », associés à un score faible à la sous-échelle « Accomplissement de soi ».

Les stratégies de coping sont estimées à l'aide de la version française du questionnaire de coping de Lazarus et Folkman (*The Ways of Coping Checklist*, WCC) validée par Cousson et al. [6]. Les sujets indiquent l'intensité des comportements adoptés face à un événement stressant à l'aide d'une échelle de Lickert en quatre points (0 : jamais ; 1 : parfois ; 2 : souvent ; 3 : très souvent). Ce questionnaire permet d'évaluer les trois stratégies de coping :

- a) centré sur le problème ;
- b) centré sur l'émotion ;
- c) coping de recherche de soutien social.

Les styles défensifs sont évalués à l'aide de la version française à 40 items du *Defense Style Questionnaire* de Bond et al. [1,2]. Le mode de cotation est une échelle de type Lickert à neuf points (allant de un à neuf). Ce questionnaire mesure les dérivés conscients de vingt mécanismes de défense, soit deux items par défense, et évalue, selon l'analyse factorielle de Guelfi et al. (2000) [20] trois facteurs désignés « style défensif mature », « style défensif névrotique » et « style défensif immature » : le style mature regroupe la sublimation, l'humour, l'anticipation et la répression ; le style névrotique regroupe l'annulation, la formation réactionnelle, le pseudo-altruisme et l'idéalisation et le style immature regroupe les dérivés conscients des 12 mécanismes de défense suivants : projection, agression passive, activisme, isolation, dévalorisation/omnipotence, refuge dans la rêverie, déni, déplacement, dissociation, clivage, rationalisation, somatisation.

3. Résultats

Étant donné la taille de nos échantillons, le test de normalité Shapiro-Wilk a été effectué pour légitimer l'utilisation du test U de Mann-Whitney pour chacune des comparaisons de moyennes.

3.1. Le stress professionnel perçu

Les urgentistes mobiles présentent des scores significativement plus faibles que les non urgentistes dans toutes les dimensions de stress évaluées à l'aide de l'inventaire de stress professionnel. L'hypothèse 1 est validée.

Dimensions de stress de l'échelle JSS	Groupe SAMU Moyenne (écart type) n = 15	Groupe contrôle Moyenne (écart type) n = 11	U de Mann-Whitney	P.
Intensité	113,67 (47,73)	151,82 (31,17)	41,50	.016
Fréquence	101,07 (39,45)	129,55 (31,30)	43,00	.021
Pression au travail	133,13 (68,99)	257,00 (108,67)	26,00	.001
Manque de Soutien Organisationnel	148,20 (88,02)	279,82 (166,16)	41,50	.016
Score moyen de stress professionnel	41,67 (20,24)	74,82 (25,50)	22	.000

Tableau 1 : scores à l'échelle de stress professionnel perçu (JSS).

3.2. Les trois dimensions de l'épuisement professionnel

Les urgentistes mobiles présentent un score d'épuisement émotionnel significativement plus faible que les autres soignants. L'hypothèse 2.1 est validée. Les scores aux deux autres dimensions de l'épuisement professionnel, à savoir la dépersonnalisation de la relation et la diminution de l'accomplissement personnel sont comparables. L'hypothèse 2.2 n'est pas validée.

Dimensions du burn-out à l'échelle MBI	Urgentistes Moyenne (écart type) n = 15	Non urgentistes Moyenne (écart type) n = 11	U de Mann-Whitney	P.
Épuisement émotionnel				
Fréquence	8,00 (6,89)	20,82 (13,19)	33,00	.005
Intensité	13,53 (8,85)	23,10 (11,65)	44,50	.024
Déshumanisation				
Fréquence	6,53 (5,38)	7,10 (4,89)	76,00	NS
Intensité	7,07 (4,15)	6,36 (4,61)	75,00	NS
Accomplissement de soi				
Fréquence	36,20 (7,99)	33,55 (10,52)	70,00	NS
Intensité	31,67 (10,28)	29,18 (11,49)	66,00	NS

Tableau 2 : scores à l'échelle d'épuisement professionnel

3.3. Les stratégies de coping

Les urgentistes ($M1 = 15,87$; $sd = 5,48$) utilisent moins :

a) les stratégies de coping centrées sur l'émotion ($M2 = 23,10$; $sd = 3,75$; $U = 24$; $p = 0.001$) ;

b) les stratégies centrées sur le soutien social que les autres soignants ($M1 = 22,07$; $sd = 3,43$; $M2 = 25,00$; $sd = 4,90$; $U = 41,50$; $p < .016$).

Ces deux catégories de soignants optent autant pour les stratégies centrées sur le problème. L'hypothèse 3 est validée.

3.4. Les styles défensifs

Les urgentistes mobilisent significativement moins :

a) les défenses immatures ($M1 = 61,73$; $sd = 18,90$; $M2 = 93,73$; $sd = 27,92$; $U = 27,50$; $p < 0.002$;

b) les défenses névrotiques que les autres soignants ($M1 = 28,13$; $sd = 10,39$; $M2 = 37,63$; $sd = 10,38$; $U = 44,00$; $p < .024$).

En revanche, les urgentistes mobilisent davantage les défenses matures que les non urgentistes ($M1 = 49,53$; $sd = 9,18$; $M2 = 40,72$; $sd = 9,31$; $U = 39,50$; $p < 0.12$). L'hypothèse 4 est validée.

3.5. Dépersonnalisation de la relation soignante et stratégies de coping

Nos résultats montrent une corrélation positive entre la dépersonnalisation de la relation évaluée avec l'inventaire de Maslach et les stratégies de coping centrées sur l'émotion. Le coping centré sur l'émotion est corrélé à la fréquence de la dépersonnalisation dans le groupe des urgentistes ($r = .463$; $p < 0.041$), alors qu'il est lié à l'intensité de la dépersonnalisation dans l'autre groupe de soignants ($r = .576$; $p < 0.032$). L'hypothèse 5.1 est validée.

3.6. Dépersonnalisation de la relation soignante et style défensif

Dans le groupe des urgentistes, l'intensité de la dépersonnalisation de la relation humaine est fortement corrélée au style défensif immature ($r = .637$; $p < 0.005$). L'hypothèse 5.2 est validée.

4. Discussion

Les intervenants d'urgence du SAMU se caractérisent par des scores plus faibles que ceux des soignants hospitaliers :

- a) de fréquence et d'intensité du stress professionnel perçu ;
- b) d'épuisement émotionnel ;
- c) des stratégies de coping centrées sur l'émotion ;
- d) des styles défensifs immatures.

Leurs styles défensifs matures sont plus mobilisés.

La moindre utilisation des stratégies de coping centrées sur l'émotion va dans le sens de la censure émotionnelle des personnels du SAMU [17,27], validant la répression émotionnelle dans les activités médicales d'urgence car le personnel SAMU ne peut se laisser déborder émotionnellement devant l'état d'urgence vitale du patient.

Nos résultats montrent que la dépersonnalisation est liée au coping centré sur l'émotion chez les urgentistes et les non urgentistes.

L'intensité de la dépersonnalisation dans notre population médicale d'urgence est très liée au style défensif immature.

Des recherches ultérieures avec une population plus importante que celle de notre expérience devraient approfondir le rôle des transactions fonctionnelles ou dysfonctionnelles en termes de stratégies de coping et de styles défensifs dans la production d'une dépersonnalisation à visée pathogène (déshumanisation) pour le professionnel (autoagressive), ou pour le patient (hétéro-agressive), ou dans sa fonction salubre de distanciation. La proposition de substituer au terme de « déshumanisation » par celui de « distanciation » de la relation au patient [27] devrait être examinée dans sa valeur défensive salutogène ou pathogène, chez chacun des deux partenaires de la relation soignante conformément à la « double fonction » des défenses [22]. Ces suggestions vont dans le sens du questionnement de l'analyse linéaire des conséquences des facteurs (institutionnels, de travail...) sur les gestes de maltraitance envers les patients par des soignants épuisés, transformés en auteurs d'actes de maltraitance selon Daloz et al. [11]. Selon ces auteurs, la « maltraitance ne peut être la simple traduction passive d'une institution violente envers ses usagers », qui « ne sont pas toujours les mieux placés pour estimer la maltraitance car des soins peuvent être vécus comme une agression, et n'en relever aucunement ». A contrario, « du fait de l'idéalisation des thérapeutes, ces soignants peuvent se révéler maltraitant sans perception d'une violence ni volonté manifeste » [11].

Des travaux futurs devraient également affiner les différentes visées défensives des mécanismes de défenses dans la relation soignante comme l'humour, l'isolation, le clivage, la formation réactionnelle, et étudier leur influence sur la dépersonnalisation dans le sens soit de la déshumanisation, soit de la distanciation.

Conflit d'intérêt : à compléter par l'auteur

Références

- [1] Bond MP, Gardner ST, Christian J, Sigal JJ. Empirical study of self-rated defense styles. *Arch Gen Psychiatry* 1983;40:333–8.
- [2] Bond MP. The development and properties of the Defense Style Questionnaire. In: Conte, HR, Plutchik R. (Ed.). *Ego Defense: Theory and measurements*. New York: John Wiley & Sons Inc; 1995. p.202–20.
- [3] Bruchon Schweitzer M, Quintard B. *Personnalités et maladies, Stress, coping et ajustement*. Paris: Dunod; 2001.
- [4] Bruchon Schweitzer M. *Psychologie de la santé. Modèles, concepts et méthodes*. Paris: Dunod; 2002.
- [5] Canoui P, Mauranges A. *Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants*. Paris: Masson; 1998.
- [6] Cousson F, Bruchon Schweitzer M, Quintard B, Nuissier J, Rasclé N. Analyse multidimensionnelle d'une échelle de coping Validation française de la WCC (Ways of Coping Checklist). *Psychologie Française* 1996;41:155–63.
- [7] Chabrol H, Callahan S. *Mécanismes de défense et coping*. Paris: Dunod; 2004.
- [8] Cramer P. Coping and defense mechanisms: What's the difference? *Journal of Personality* 1998;66:919–46.
- [9] Cramer P. Defense mechanisms in psychology today. Further processes for adaptation. *American Psychologist* 2000;55:637–46.
- [10] Crocq L, Lery O. Le stress des décideurs et des sauveteurs dans les catastrophes. Extrait des comptes rendus du Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française. Montréal: 137^e session; 1989.
- [11] Daloz L, Bénony H, Frénisy MCl, Chahraoui K. Burnout et maltraitance dans la relation soignante. *Ann Méd Psychol* 2005;163:156–60.
- [12] DSM-IV. *Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux Texte Révisé*. Washington: American Psychiatric Association; 1994. Trad fr JD Guelfi et al. Paris: Masson; 1996.
- [13] Duchateau F, Bajolet-Laplante MF, Chollet C, Ricard-Hibon A, Marty J. Exposition à la violence en SMUR. *Ann Fr Anesth Reanim* 2002;21:775–8.
- [14] Freud A. *Le moi et les mécanismes de défense*. Paris: PUF; 1946.
- [15] Grebot E. Les dérivés conscients des mécanismes de défense au questionnaire de Bond (DSQ 40). Étude de leur stabilité ou instabilité dans deux situations différemment anxiogènes. *Ann Méd Psychol* : à paraître.

- [16] Grebot E, Paty B, Dephanix Girard N. Styles défensifs et stratégies d'ajustement ou coping en situation stressante. *L'Encéphale* 2006;32:315–24.
- [17] Girault-Lidvan N. Burn-out : émergence et stratégie d'adaptations, le cas de la médecine d'urgence. Thèse de psychologie, dir Pr Levy-Leboyer. Paris: Université René Descartes; 1989.
- [18] Girault-Lidvan N. Méthodes d'évaluation de l'épuisement professionnel, limites et perspectives. *Psychiatrie Française* 1996;32:30–9.
- [19] Goodman EA. An exploration of the differential relationship between the dimensions of burn out and their correlates, Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and social sciences 1998;58:2737.
- [20] Guelfi JD, Hatem N, Damy C, Corruble E. Intérêt du Défense Style Questionnaire (DSQ), questionnaire sur les mécanismes de défense. *Ann Méd Psychol* 2000;158:594–601.
- [21] Ionescu S. Quatorze approches de la psychopathologie. Paris: A Colin; 1991.
- [22] Ionescu S, Jacquet MM, Lhote C. Les mécanismes de défense : Théorie et Clinique. Paris: Nathan Université; 1997.
- [23] Jehel L, Louville P, Paterniti S, Bagnier S, Carli P. Retentissement psychologique du stress professionnel dans un SAMU. *J Européen Urgences* 1999;12:157–64.
- [24] Jehel L. Victimes et soignants face au traumatisme psychique, études de facteurs prédictifs péritraumatiques et validations d'instruments de mesures. Thèse pour l'obtention du diplôme de Docteur. Paris: Université Paris VI; 2002.
- [25] Kernberg O. Les troubles limites de la personnalité. Toulouse: Privat; 1978.
- [26] Koleck M, Bruchon Schweitzer M, Thiebault E, Dumartin N, Sifakis Y. Job stress, coping and burn out among French general practitioners. *European Review of Applied Psychology* 2000;50:309–14.
- [27] Laurent A, Chahraoui K, Carli P. Les répercussions psychologiques des interventions médicales urgentes sur le personnel SAMU. Étude portant sur 50 intervenants SAMU. *Ann Méd Psychol* 2007;165:570–8.
- [28] Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York: Springer; 1984.
- [29] McManus IC, Winder BC, Gordon D. The causal links between stress and burnout in a longitudinal study of UK doctors. *Lancet* 2002;359:2089–90.
- [30] Maslach C, Jackson SE. The Maslach Burnout Inventory. Palo Alto: Consulting Psychologist Press; 1981.
- [31] Milgram S. Soumission à l'autorité. Paris: Calmann-Lévy; 1974.

- [32] Molenda S, Ticquet P, Ducrocq F, Goldstein P. Stress spécifique aux personnels exerçant en SAMU et en SMUR. Journée des infirmier(e)s anesthésistes et des infirmier(e)s d'urgences. 42^e Congrès national d'anesthésie et de réanimation; 2000.
- [33] Newmann LS. Coping and defence: No clear distinction. *American Psychologist* 2001;56:760–1.
- [34] Nivet P, Alby JM, Crocq L. Les réactions émotionnelles chez les décideurs les sauveteurs et les soignants. *Soins Psychiatriques* 1989;106/107:18–22.
- [35] Perry JC, Kardos ME. A review of the defence Mechanism rating scales. In Conte HR et Plutchick R. *Ego Defences Theory and Measurement*. New York: J. Wiley and Sons; 1995.
- [36] Perry JC. Échelles d'évaluation des mécanismes de défense. Trad fr JD Guelfi, JN Despland, B Hanin. Paris: Masson; 2004.
- [37] Rasclé N. Facteurs psychosociaux du stress professionnel et de l'épuisement professionnel. In: Bruchon-Schweitzer M, Quintard B, editors: *Personnalités et maladies. Stress, coping et ajustement*. Paris: Dunod; 2001. p.221–38.
- [38] Reich W. *L'analyse caractérielle*. Paris: Payot; 1933.
- [39] Ruzsniowski M. *Face à la maladie grave, patients, familles, soignants*. Paris: Dunod; 1995.
- [40] Sifakis Y, Rasclé N, Bruchon-Schweitzer M. L'inventaire de stress professionnel de CD. Spielberger (Job Stress Survey) : une adaptation française. *Psychol Psychométrie* 1999;20:5–24.
- [41] Truchot D. *Épuisement professionnel et burnout*. Paris: Dunod; 2004.
- [42] Vaillant GE, Bond M, Vaillant CO. An empirically validated hierarchy of defense mechanisms. *Arch Gen Psychiatry* 1986;43:786–94.
- [43] Varga ED, Urdaniz AP, Canti GF. Burnout syndrome in personal hospital doctors. *European Journal of Psychiatry* 1996;10:207–13.
- [44] Vega A. *Une ethnologue à l'hôpital, l'ambiguïté du quotidien infirmier*. Paris: Archives Contemporaines; 2000.
- [45] Whitley TW, Allison EJ, Gallery ME, Cockington RA, Gaudry P, Heyworth J, et al. Work-related stress and depression among practicing emergency physician, An International Study. *Ann Emerg Med* 1994;23:1068–71.