

Trouble de stress post-traumatique chez les infirmiers au Burkina Faso

Barry Aboubacar

*Enseignant-chercheur, Maitre de conférences
Université Norbert ZONGO, Koudougou, Burkina Faso
barryaboubacar7@gmail.com*

Birba Désiré

*Doctorant en psychologie clinique et pathologique
Université Norbert Zongo, Koudougou, Burkina Faso
desibirba997@gmail.com*

Résumé

La présente étude identifie les facteurs psychologiques et émotionnels consécutifs aux soins infirmiers et évalue leur impact sur le développement des symptômes spécifiques au Trouble de Stress Post Traumatique (TSPT) dans un contexte de crise sécuritaire au Burkina Faso. Nous sommes partis du constat que les contraintes liées à la pratique des soins infirmiers exposent les professionnels de santé à des diverses manifestations psychopathologiques importantes (trouble de l'adaptation avec symptômes anxieux, trouble anxieté sociale, abus ou la dépendance à l'alcool, etc.). Si celles-ci ne sont pas détectés à temps et prises en charge avec rémission totale des symptômes, elles peuvent conduire à des pathologies psychiatriques majeures (trouble de stress aigu, dépression, TSPT, etc.). À cet effet, notre enquête a été menée auprès de quarante (40) infirmiers du Centre Hospitalier Universitaire Régional de Ouahigouya (CHUR-O) comprenant le personnel infirmier des urgences médicales, de la chirurgie et de la pédiatrie. Nous avons eu recours à un questionnaire à choix multiples pour identifier les facteurs psychologiques et émotionnels consécutifs aux soins infirmiers et une échelle auto-rapportée à savoir le Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5) pour évaluer les 20 symptômes du TSPT proposés par le DSM-5. Les résultats auxquels nous sommes parvenus indiquent que les six (6) niveaux du questionnaire à choix multiples correspondant respectivement aux états psychologiques et émotionnels négatifs consécutifs aux soins sont effectivement approuvés par nos enquêtés. Toutefois, l'analyse de la matrice de corrélation (coefficient de corrélation de Pearson) fait ressortir qu'il existe certes une relation entre les facteurs psychologiques et émotionnels consécutifs aux soins et le développement des symptômes du TSPT mais elle n'est pas significative. Des recherches ultérieures auprès d'un grand échantillon et diversifié permettront d'aboutir à des conclusions plus générales et inclusives.

Abstract

This study identifies the psychological and emotional factors following nursing care and assesses their impact on the development of symptoms specific to Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) in a context of dual security and humanitarian crisis in Burkina Faso. Numerous studies have shown that the constraints of nursing practice expose health professionals to various important psychopathological manifestations (adjustment disorders with anxiety symptoms, social anxiety disorders, alcohol abuse or dependence, etc.). Other studies suggest that if such manifestations are not detected in time and treated with total recovery from symptoms, they can lead to major psychiatric pathologies (acute stress disorder, depression, PTSD, etc.) and have a long-term impact on well-being at work and the quality of healthcare. In this prospect, we have conducted a survey on forty (40) nurses from the Regional University Hospital of Ouahigouya (CHUR-O) including the nursing staff of the medical emergency, of surgery and of pediatrics department. We used a multiple-choice questionnaire to identify post-nursing psychological and emotional factors and a self-reported Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5) to assess the 20 items corresponding to the 20 symptoms of PTSD proposed by the DSM-5. The results we arrived at indicate that six (6) levels of the multiple-choice questionnaire corresponding respectively to the negative psychological and emotional states following care were approved by our respondents. However, the analysis of the correlation matrix (Pearson correlation coefficient) shows that there is a proven relationship between post-care psychological and emotional factors and the development of PTSD symptoms, which is not significant yet. Further research with a larger and more diverse sample will lead to more general and inclusive conclusions.

Keywords : psychological and emotional factors, Post traumatic stress disorder, nurses, Burkina Faso.

Introduction

Le personnel infirmier au Burkina Faso représente un levier considérable à l'égard des différents défis du système de soins et de santé actuel du pays. Malheureusement, la dégradation de la situation sécuritaire a de lourdes conséquences sur le secteur de la santé. Selon le document consolidé par le Bureau de Coordination des Affaires Humanitaires (OCHA, 2020), 6% des formations sanitaires soit 69 avaient cessé de fonctionner et 6,2% dont 71 formations sanitaires fonctionnaient à minima au mois de septembre 2019. En fin Octobre 2019, on note 7.4% des formations fermées et

8.16% fonctionnant à minima sur un total de 1140 formations sanitaires dans les cinq régions considérées prioritaires¹⁶⁸. Cette situation affecte plus de 1.2 million de personnes qui n'ont pas non plus accès aux services de soins et de santé¹⁶⁹. A cela s'ajoute les vols ou les destructions d'ambulances, les enlèvements, les assassinats et les menaces de mort des agents de santé. Dans un tel contexte durement éprouvé et extrêmement dynamique, il s'avère nécessaire de veiller sur la santé mentale des agents de santé qui sont dans les zones où le système de santé est fortement affecté. A cet effet, si l'on souscrit à la thèse selon laquelle le rétablissement des patients est possible notamment grâce à la qualité des soins prodigués par le personnel infirmier (Fountain, 2012), on peut admettre que la santé mentale de ce dernier est possible grâce à la création de milieux de travail de qualité (Ohler et *al*, 2010). Or, il est naturellement admis qu'être en bonne santé mentale signifie être capable de s'épanouir, d'être à l'aise lorsqu'il s'agit de nouer des relations avec d'autres personnes, de contribuer à la vie de la communauté et d'être productif professionnellement. Elle correspond à l'état psychologique ou émotionnel d'une personne à un moment donné et contribue au bien-être global. Ces différentes approches montrent que la santé mentale peut fluctuer tout au long de la vie. Elle dépend des facteurs individuels, sociaux et économiques mais aussi sociétaux sur lesquels il est plus ou moins aisé d'agir. A ce titre, il faut retenir que les diverses souffrances psychologiques et émotionnelles (l'irritabilité, de l'anxiété, tristesse, colère) et les difficultés liées au travail (surcharge de travail, le soutien organisationnel insuffisant) vécues par le personnel infirmier à travers leur profession peuvent affecter négativement leur santé mentale pouvant conduire à un syndrome psychotraumatique à l'exemple du trouble de stress post traumatique. Le Trouble de Stress Post Traumatique (TSPT) étant central dans cette étude, il est opportun et pertinent de définir ce concept. Le TSPT appelé auparavant État de Stress Post-Traumatique (ESPT) ou syndrome de stress post-traumatique (SSPT) ou encore Névrose Traumatique (NT) en psychopathologie psychanalytique, est un trouble de santé

¹⁶⁸ Il s'agit des régions du Sahel, de la Boucle du Mouhoun, du Centre-Nord, du Nord et de l'Est

¹⁶⁹ Gouvernement, Burkina Faso, OMS (2019)

mentale qui se manifeste à la suite d'une expérience vécue comme traumatisante (Ludivine Nohales, 2019). Autrement dit, le TSPT est une réaction psychologique consécutive à une situation durant laquelle l'intégrité physique et/ou psychologique de la personne et/ou de son entourage a été menacée ou effectivement atteinte. Parmi ces situations, nous distinguons les accidents graves, la mort violente, le viol, l'agression, la maladie grave, la guerre, les maltraitements, les attentats, les catastrophes naturelles pour ne nommer que ces quelques terribles événements. L'évolution de l'approche critériologique définit l'événement traumatique comme une exposition effective à la mort ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles de manière directe ou indirecte. Les modifications de cette nomenclature viennent renforcer la considération du psychotraumatisme comme expérience objective, factuelle et externe à l'individu. Pourtant, le personnel infirmier a pour mission de porter secours à toute personne dans le besoin, même lorsque les conditions sont extrêmes. À cet effet, ils sont souvent confrontés à des victimes dont le pronostic vital est plus ou moins engagé, présentant une détresse émotionnelle ou psychologique plus ou moins intense. Pour mener à bien souvent leur mission, le personnel infirmier peut engager leur propre vie et/ou celle de leurs collègues dans le but de sauver les populations en détresse. Par conséquent, ils sont au minimum doublement exposés c'est-à-dire exposés à un danger mettant en péril leur vie ou leur intégrité physique dans le cadre de leur intervention, et dans l'observation de la mort ou de la détresse de la victime et/ou de son entourage, voire parfois celle de leurs collègues ou pairs. Ces expériences peuvent se révéler traumatisantes pour le personnel infirmier. Cette étude réalisée au sein du Centre Hospitalier Universitaire Régional de Ouahigouya (CHUR-O) auprès du personnel infirmier des urgences médicales, de la chirurgie et de la pédiatrie a pour objectif d'analyser les facteurs individuels et leur impact sur le développement des symptômes spécifiques aux TSPT. La question est de savoir si les facteurs individuels peuvent influencer le développement des symptômes spécifiques au trouble de stress post traumatique chez les infirmiers dans un contexte de crise sécuritaire au Burkina Faso. L'hypothèse émise est que les facteurs individuels influencent le développement des symptômes

spécifiques au trouble de stress post-traumatique chez les infirmiers au Burkina Faso. De façon spécifique, nous estimons dans un premier temps que les facteurs psychologiques et émotionnels consécutifs aux soins infirmiers sont entre autres l'engourdissement émotionnel, l'absence de plaisir au travail, la mauvaise image de soi, la tristesse et la colère. Dans un deuxième temps, nous admettons que ces facteurs psychologiques et émotionnels sont susceptibles d'influencer le développement des symptômes spécifiques au TSPT (intrusion, hypervigilance, évitement et hyperactivité neurovégétative) chez les infirmiers.

Pour mener à bien cette étude, nous avons choisi la méthode quantitative. Nous utilisons cette méthode pour diverses raisons. Premièrement, la méthode quantitative s'appuie sur des instruments ou techniques de collecte de données dont la fidélité et la validité sont assurées. Deuxièmement, elle aboutit à des données chiffrées qui permettent de faire des analyses descriptives, tableaux et graphiques. Troisièmement, elle permet des analyses statistiques de recherche de liens entre les variables ou facteurs. Enfin, elle permet de faire des analyses de corrélation ou d'association (Maurand-Valet, 2011).

1. Contexte et justification de l'étude.

Le Burkina Faso est un pays enclavé partageant ses frontières avec six (06) pays notamment au Nord et à l'Ouest avec la République du Mali, au Sud avec les Républiques de Côte d'Ivoire, du Ghana, du Togo et du Bénin et à l'Est avec la République du Niger. Dans ce que nous offre l'actualité médiatique le pays connaît un contexte sécuritaire de plus en plus difficile. Longtemps préservé de l'insécurité qui prévaut dans la sous-région, le pays est entré dans un cycle d'attaques armées et complexes de plus en plus fréquentes depuis 2016¹⁷⁰. En octobre 2019, l'insécurité grandissante affectait plus de 800.000 personnes¹⁷¹. L'impact des incidents sécuritaires sur la population burkinabè a entraîné une augmentation fulgurante du

¹⁷⁰Étude d'analyse budgétaire globale sur les secteurs de la sécurité et de la défense, CIFOEB, Septembre 2019

¹⁷¹ Rapport de l'Analyse de l'Observatoire Nationale des Conflits Communautaires, Burkina Faso, 2017

nombre de personnes déplacées internes aux cours des dernières années. Ainsi, il faut noter que le nombre de Personnes Déplacées Internes (PDI) a augmenté de 934% à compter du 1er janvier 2019 au 2 octobre 2019. Cet état de fait a entraîné des besoins sanitaires sans précédent pour ces dernières et pour les communautés hôtes déjà vulnérables avant les conflits¹⁷². C'est dans ces conditions que Issa Sawadogo, infirmier dans le Centre de Santé et de Promotion Sociale (CSPS) de Kaya a relevé qu'il y a « en moyenne cent-soixante (160) consultations par jour, dont 80% concernent des personnes déplacées internes vivant dans les sites ou dans des familles d'accueil ». ¹⁷³ Naturellement, les répercussions de la crise engendrent d'importants besoins en termes de santé et de santé mentale. Toutefois, face à la détérioration de la situation sécuritaire et ses conséquences sur le personnel infirmier, nous sommes à mesurer de dire que celles-ci peuvent s'avérer être néfastes au maintien d'une santé mentale optimale. A cet effet, de nombreuses études ont mis en évidence que les soignants sont exposés de façon importante à des événements violents. Une étude australienne montre que 88% des infirmiers d'un hôpital psychiatrique avaient été au moins une fois agressés par un patient violent, 32% avaient été agressés au cours des six mois précédents (Delaney J et al, 2011). Les réactions psychiques les plus retrouvées chez les soignants après une agression sont la colère, la peur ou l'anxiété, les symptômes du Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT), la culpabilité et la honte (Needham et al, 2005). Dans la littérature le taux de TSPT chez le personnel de soin psychiatrique en particulier victime de violence est estimé à 9 %. (Richter D, & Berger K, 2006). Ce risque d'exposition à la violence chez les soignants a un impact sur leur état de santé, mais a aussi un impact sur leur exercice professionnel. Plusieurs études ont montré que les professionnels étant victimes de violence au travail sont davantage susceptibles d'envisager de quitter leur emploi et signalent des difficultés à effectuer leur travail. Il perdure chez eux après l'événement, un sentiment de colère, un désir de riposter, une peur du patient, un besoin d'en parler, une distance

¹⁷² <https://www.humanitarianresponse.info/fr/operations/burkina-faso/infographic/burkina-faso-situation-des-personnes-internes>, Consulté le 01-02-2022

¹⁷³ Propos recueillis par l'AFP le 13 septembre 2020.

émotionnelle et un désir de ne pas ébruiter l'incident. (Ryan E P et *al.*, 2008).

Par ailleurs, les résultats issus d'autres recherches ont montré que le personnel infirmier est de plus en plus nombreux à considérer leur métier comme difficile (Groupe Pasteur Mutualité, 2014). Parmi les professionnels exprimant le plus leur difficulté d'exercice, 91 % sont des infirmiers. Interrogés sur les raisons de leur difficulté d'exercice, 33 % évoquent l'évolution du profil de leurs patients (plus exigeants et plus stressés). La dégradation des conditions de travail est également mise en avant par 29 % des professionnels interrogés (amplitudes horaires, surcharge de travail, sous-effectif de certaines spécialités...). Comme nous le constatons, ces derniers doivent faire face à de nombreuses expériences souvent traumatisantes. Cela signifie que le travail hospitalier comprend de nombreux critères favorables au développement d'un traumatisme psychique, comme la soudaineté et la brutalité de l'événement (la prise en charge des victimes de catastrophe naturelle, de guerre, d'attaques terroristes répétées, des accidentés de route...), le fait d'être témoin de la souffrance et de la mort d'autrui, ou encore d'être soi-même menacé dans son intégrité physique et/ou psychologique (agression physique ou verbale, conflits armés ou terrorisme). Dans ces circonstances, l'agent de santé peut réagir à ces événements comme s'ils étaient les siens et ainsi souffrir de stress, d'attaques de panique, voire de TSPT (Gérard Lebel, 2015). D'autant plus que s'imprégner d'une situation traumatisante vécue par un patient provoque une excitation psychologique chez le soignant et le maintien dans un état d'hypervigilance avec reviviscence des événements. Le soignant peut ensuite chercher à s'isoler afin d'éviter tous les stimuli qui raviveraient le traumatisme. Cette sorte de traumatisation appelée traumatisation vicariante transgresse de façon récurrente les convictions, les valeurs et les croyances du soignant (Rothschild, 2006 ; Brillon, 2013). Son cadre de référence personnel est attaqué et il se modifie. Ce faisant, il s'enlise lui-même dans un état de stress post-traumatique décrit comme un traumatisme vicariant. C'est pourquoi il est impérieux de mesurer l'importance du problème de santé qu'est le TSPT chez le soignant exposé à des situations traumatisantes dans leur milieu de travail afin de pouvoir mettre en place des moyens de prévention efficaces.

2. La méthodologie de l'étude.

2.1. Le champ, l'échantillon et la technique d'échantillonnage

La présente étude s'est effectuée au sein de trois services du Centre Hospitalier Universitaire Régional de Ouahigouya (CHUR-O), chef-lieu de la Région du Nord au Burkina Faso. L'étude a visé exclusivement le personnel infirmier des services d'urgences médicales, de pédiatrie et de chirurgie du CHUR-O. Nous sommes partis sur la base que les services de santé sont des lieux où les émotions sont souvent à vif et où les facteurs de stress sont omniprésents. Malheureusement, ces facteurs peuvent contribuer à des situations de violence, que ce soit entre les patients, les familles ou les soignants. Ces situations de violences ont un impact négatif sur le personnel soignant car les agressions verbales ou physiques qui surviennent après peuvent entraîner des traumatismes psychologiques et émotionnels. Au total, quarante (40) infirmiers ont répondu à l'enquête. Le choix des services et des infirmiers a été aléatoire (L. V. Campenhoudt, J. Marquet et R. Quivy, 2017).

2. 2. Outils de collecte des données

Pour répondre à notre question, le personnel infirmier des trois services ont été invités à participer non seulement à une enquête à l'aide d'un auto-questionnaire mais aussi et surtout à renseigner l'échelle d'évaluation de la sévérité du TSPT (*Post-traumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5*, PCL-5). Il faut mentionner que l'enquête par questionnaire est une technique de collecte des données qui favorise le recueil d'un maximum d'informations nécessaires et une analyse quantitative des données. De plus, les sujets peuvent trouver dans le questionnaire plus de garantie par rapport à l'anonymat et se sentir par conséquent plus libre de faire leurs choix notamment sur certains aspects sensibles de leur pratique professionnelle. Elle est utilisée pour réduire le coût lié à l'analyse des résultats, sans présumer de la qualité de ceux-ci. Le premier objectif poursuivi est de recueillir auprès du personnel infirmier, les facteurs psychologiques et émotionnels consécutifs aux soins infirmiers. Le questionnaire a comporté des questions fermées et des questions semi-ouvertes. Il a été organisé autour de quatre (04) thèmes à savoir les informations socio-démographiques, les types

d'évènements stressants qui sont couramment rencontrés en milieu hospitalier et les réactions sur le plan émotif et psychologiques suite à ces évènements.

En ce qui concerne la PCL-5, nous l'avons acceptée car elle était non seulement disponible mais aussi et surtout ses items reposent sur une évaluation très complète de l'objet de notre étude. Aussi, il faut dire que les échelles standardisées offrent l'avantage d'être simples à administrer et de se prêter à une analyse rapide et peu coûteuse. La PCL-5 est une échelle d'auto-évaluation du TSPT comprenant 20 items (Weathers et al, 2013). Ces 20 items correspondent aux 20 symptômes du TSPT proposés par le DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). Un score total de sévérité des symptômes (de 0 à 80) peut être obtenu en faisant la somme des scores pour chacun des 20 items. Un diagnostic de TSPT peut-être émis à partir de 33 ou si chaque item côté à 2 soit « modéré » ou supérieur est traité comme un symptôme approuvé. Il faut au moins 1 item B (questions 1-5), 1 item C (questions 6-7), 2 items D (questions 8-14), 2 items E (questions 15-20) (Bovin et al, 2016). Les résultats du test PCL-5 ont démontré une forte cohérence interne ($\alpha = 0,94$ à $0,96$), une fiabilité test-retest ($r_s = 0,74$ à $0,85$) et une validité convergente et discriminante (Blevins et al., 2015 ; Bovin et al., 2016). Cette échelle a donc de bonnes caractéristiques psychométriques comme outil de dépistage.

2.3. Méthode d'analyse et de traitement des données recueillies

La méthode d'analyse et les techniques de traitement des données sont des étapes déterminantes dans la qualité et la validité des résultats de l'étude. Dans ce sens, il faut dire que les variables catégorielles étaient exprimées en fréquence et effectif.

La relation entre le trouble de stress post-traumatique et les variables indépendantes a été évaluée à l'aide de l'analyse de la matrice de corrélation (coefficient de corrélation de Pearson). Une p-value inférieure à 0,05 était considérée comme statistiquement significative. Toutes les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel SPSS version 21 et EXCEL version 2019.

3. Présentation et analyse des principaux résultats de l'étude.

3.1. Aperçu des évènements traumatisants identifiés par nos enquêtés

Selon la première version du DSM-IV (1994) et la Classification Internationale des Maladies, 10^{ème} édition (CIM-10) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (1994), le TSPT représente l'un des rares troubles à inclure dans sa nosographie un critère étiologique, soit l'expérience d'un événement traumatogène. Cela signifie d'une part que l'exposition à l'événement traumatogène peut potentiellement provoquer des répercussions psychopathologiques et typiques du TSPT et ; d'autre part, l'exposition à l'événement traumatogène devient la condition *sine qua non* pour qu'une personne développe le TSPT. Donc, nous avons à travers l'enquête par questionnaire identifié les évènements pouvant affecter la santé mentale du personnel infirmier ou servir de point de départ d'un traumatisme psychique. A cet effet, les enquêtés ont relevé trois grandes catégories d'évènements couramment rencontrés dans les services de soins. Nous avons la catégorie des accidents, celle des violences volontaires et la catégorie des décès. En ce qui concerne les accidents, nos résultats montrent que le personnel infirmier enquêté subissent les conséquences récurrentes dans l'accomplissement de leurs missions professionnelles. Il s'agit des cas de réanimation longue, de la prise en charge des cas de traumatismes balistiques, de brûlure, de traumatismes crâniens liés aux accidents de circulation routière, des hémorragies digestives, la prise en charge des blessés de guerre, des victimes d'accidents de transport, d'attaques terroristes et la prise en charge des femmes victimes de mutilations génitales. Aussi, dans la catégorie des violences volontaires, nos enquêtés ont montré qu'ils sont parfois des victimes directes dont ils restent affecter à long terme. Ils ont relevé les cas tels que les agressions verbales des accompagnants et l'enlèvement de leur collègue par les groupes armés terroristes. Les évènements stressants relevant des cas de décès sont entre autres la perte d'un malade dans les bras du soignant pendant les soins, les décès par hypothermies, les cas de décès maternels, l'observation des malades en phase terminale et les cas de décès lié à la souffrance cérébral. Toutes ces catégories d'évènements génèrent selon nos

enquêtés un taux le plus important de signalements de traumatisme en milieu de santé.

3.2. Données sociodémographiques des enquêtés (N=40).

Tableau n°1 : Répartition des enquêtés en fonction du sexe et du groupe d'âge.

Variables sociodémographiques	Effectifs	Pourcentage (%)
Sexe		
Homme	26	65
Femme	14	35
Groupe d'Âge		
21-26	4	10
27-32	13	35,5
33-38	13	32,5
39 et +	10	25

Source : Données d'enquête de terrain, Janvier 2023.

La population étudiée comprenait 26 hommes soit 65% et 14 femmes soit 35%. Concernant les groupes d'âge, nous constatons que 35,5% des participants étaient âgés de 27 à 32 ans. Toutefois, les participants âgés de 21 à 26 ans sont les moins représentés (10%). Nous pouvons dire que la population enquêtée est relativement jeune. L'une des explications est que selon les résultats définitifs du 5^{ème} Recensement Général de la Population et de l'Habitation (RGPH, 2020) du Burkina Faso, sur une population totale de plus de vingt (20) millions, les jeunes (âge compris entre 15 et 34 ans) représentent 32,6%.

3.3. Répartition des enquêtés en fonction des facteurs psychologiques et émotionnels.

Tableau n°2 : Répartition des enquêtés en fonction des facteurs psychologiques

Facteurs psychologiques	Effectifs (N=40)	Pourcentage (%)
Absence de plaisir au travail	21	52,5
Sentiment d'indignité	4	10
Tendance à passer d'un état transitoire de victime à une identité permanente de victime	2	5
Angoisse face aux événements stressants	8	20
Impossibilité d'aller plus loin dans le soin	4	10
Incrédulité dans l'exercice de sa fonction d'infirmier	1	2,5
Total	40	100%

Source : Données d'enquête, Janvier 2023

Au regard des données de ce tableau, nous constatons que 52,5% des infirmiers manquent de plaisir au travail, quatre (4) sont dans l'impossibilité d'aller plus loin dans le soin soit 10%. Aussi, nous constatons que huit (8) enquêtés sont de plus en plus angoissés face aux événements stressants qui surviennent au cours du processus des soins soit 20% de l'échantillon et deux (2) enquêtés ont tendance à passer d'un état transitoire de victime à une identité permanente de victime soit 5% de l'échantillon. Enfin, nous identifions quatre (4) enquêtés qui ont le sentiment d'être indigne face à ce qui leur arrive dans l'accomplissement de leur rôle d'infirmier soit 10% des enquêtés. Ces statistiques montrent que les services de santé s'inscrivent dans des schémas complexes où la surcharge et la pression psychologique s'accroissent. Mieux, la pénibilité du travail entraîne le plus souvent une aliénation psychologique et à terme conduit à une absence totale de plaisir au travail.

Tableau n°3 : Répartition des enquêtés en fonction des facteurs émotionnels (N=40).

Facteurs émotionnels	Effectifs (N=40)	Pourcentage (%)
Engourdissement émotionnel	7	17,5
Sentiment de détachement et de peur	7	17,5
Sentiment de ne pas être compris par le patient	8	20
Retrait social (solitude)	2	5
Mauvaise image	1	2,5
Tristesse et colère	15	37,5
Total	40	100%

Source : Données d'enquête, Janvier 2023.

L'observation de ce tableau n°3 indique que 17,5% des participants présentent un engourdissement émotionnel au cours du processus des soins. Dans la même perspective, il ressort que sept (7) participants au total (17,5%) ont un sentiment de peur ou de détachement de soi. Nous constatons aussi que 20% de nos participants ont le sentiment de ne pas être compris par les patients et 5 % finissent par s'isoler (retrait social). Les résultats rapportent également qu'un (1) participant soit 2,5% de l'échantillon a une mauvaise image de soi et quinze (15) participants soit 37,5 % ont un sentiment de tristesse et de colère au cours du processus des soins infirmiers. Nous découvrons à travers ces statistiques descriptives qu'au lieu que les stratégies de régulation émotionnelle évaluées comme des ressources permettant d'atténuer les effets néfastes des tensions émotionnelles au travail dans la population infirmière, elles sont exprimées sous une forme inappropriée modifiant même la perception de soi, de l'autre et de l'environnement sanitaire.

3.4. Les résultats relatifs aux symptômes du trouble de stress post-traumatique

Tableau n°4 : Bilan des scores des groupes de symptômes du TSPT selon les enquêtés (N=40).

Score des symptômes du TSPT	Effectifs (N=40)	Pourcentage (%)	
Score des symptômes de reviviscences	Élevé	6	15
	Faible	34	85
	Total	40	100
Score des symptômes d'évitement	Élevé	9	22,5
	Faible	31	77,5
	Total	40	100
Score des symptômes de modification des cognitions et de l'humeur	Élevé	2	5
	Faible	38	95
	Total	40	100
Score des symptômes d'hyperactivité neurovégétatifs	Élevé	4	10
	Faible	36	90
	Total	40	100

Source : Données d'enquête, Janvier 2023.

Les données du présent tableau montrent que 34 participants soit 85% des infirmiers-ères enquêtés ont un faible score des symptômes de reviviscences. Dans le même temps, seulement six (6) participants soit 15% ont un score élevé de symptômes de reviviscences. Aussi, nous constatons que trente et un (31) participants soit 77,5% ont un faible score de symptômes d'évitement. Par contre on note que seulement neuf (9) participants soit 22,5% ont un score élevé d'évitement. Par ailleurs, en ce qui concerne la sphère des symptômes de modification des cognitions et de l'humeur, les résultats de l'enquête indiquent que trente-huit (38) participants soit 95% de l'échantillon ont un score faible de symptômes. Toutefois, les mêmes résultats montrent que seulement deux (2) participants soit 5 % ont un score élevé de symptômes de modification des cognitions et de l'humeur. En ce qui concerne la sphère des symptômes d'hyperactivité neurovégétatifs, nos données statistiques révèlent que trente-six (36) participants soit 90% de l'échantillon présente un faible score de symptômes tandis que

quatre (4) soit 10% des enquêtés ont un score élevé. Le constat de ces statistiques descriptives laisse entrevoir que les symptômes cliniques du TSPT n'apparaissent pas de manière cloisonnée. En ce sens que les comportements d'hypervigilance peuvent conduire le sujet à considérer de façon privilégiée des stimuli susceptibles d'activer des souvenirs pénibles du traumatisme et les symptômes de répétition sont indissociables du sentiment d'angoisse qui accompagne leur reviviscence et qui contribue à les maintenir en place.

3.5. Analyses croisées entre les variables ayant servis à la formulation des hypothèses.

3.5.1. La matrice de corrélation des facteurs émotionnels consécutifs aux soins infirmiers et les symptômes du trouble de stress post traumatique.

Tableau n°5 : Matrice de corrélation entre les facteurs émotionnels et les symptômes du TSPT

Variables		A	B	C	D	E
A. Facteurs émotionnels	Corrélation de Pearson	1	,064	,082	,035	-,160
	Sig. (bilatérale)		,696	,616	,831	,324
B. Score des symptômes de reviviscences	Corrélation de Pearson	,064	1	,444**	,546**	,327*
	Sig. (bilatérale)	,696		,004	,000	,040
C. Score des symptômes d'évitement	Corrélation de Pearson	,082	,444**	1	,426**	,419**
	Sig. (bilatérale)	,616	,004		,006	,007
D. Score symptômes modification des cognitions et de l'humeur	Corrélation de Pearson	,035	,546**	,426**	1	,306
	Sig. (bilatérale)	,831	,000	,006		,055
E. Score symptômes hyperactivité	Corrélation de Pearson	-,160	,327*	,419**	,306	1
	Sig.	,324	,040	,007	,055	

neurovégétatifs	(bilatérale)					
-----------------	--------------	--	--	--	--	--

- **La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).
- *. La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

Source : Données d'enquête, Janvier 2023.

L'un des volets de notre hypothèse n°2 stipule que les facteurs émotionnels favoriseraient le développement des symptômes du trouble de stress post-traumatique chez le personnel infirmier. En effet, il ressort tout simplement que l'émotion a une conséquence sur l'activité mentale ce qui expliquerait pourquoi certains chercheurs disent qu'elle est perturbatrice et aurait pour conséquence la désorganisation de l'activité mentale lorsque les émotions sont intenses. En fait, nous n'avons relevé dans cette étude que celles que l'on peut plus rencontrer dans la population infirmière de notre étude (confère le tableau n°3). Donc, nous estimons qu'évaluer les effets de ces facteurs émotionnels sur le développement des symptômes du TSPT dans la population infirmière nous permettrait de relever le niveau de congruence qui existe entre la connotation émotionnelle et l'ensemble de la symptomatologie du TSPT. Cependant, les données sur l'effet de congruence entre ces deux variables demeurent contradictoires avec notre hypothèse puisque nous remarquons qu'avec le test de Pearson (confère le tableau n°5), il existe une liaison entre nos variables mais elle n'est pas significative. Pour dire que les facteurs émotionnels observés dans la population infirmière n'influent pas de façon significative sur le développement des symptômes du TSPT. On conclut alors qu'aux seuils de 5 % et de 1%, il n'y a pas de relation significative entre les facteurs émotionnels et les symptômes du TSPT.

3.5.2. La matrice de corrélation des facteurs psychologiques consécutifs aux soins infirmiers et les symptômes du trouble de stress post traumatique

Tableau n°6 : Matrice de corrélation entre les facteurs psychologiques et les symptômes du TSPT

Variables		A	B	C	D	E
A. facteurs psychologiques	Corrélation de Pearson	1	-,216	-,221	-,190	,140
	Sig. (bilatérale)		,180	,170	,241	,388
B. Score des symptômes reviviscences	Corrélation de Pearson	-,216	1	,444**	,546**	,327*
	Sig. (bilatérale)	,180		,004	,000	,040
C. Score des symptômes d'évitement	Corrélation de Pearson	-,221	,444**	1	,426**	,419**
	Sig. (bilatérale)	,170	,004		,006	,007
D. Score symptômes modification des cognitions et de l'humeur	Corrélation de Pearson	-,190	,546**	,426**	1	,306
	Sig. (bilatérale)	,241	,000	,006		,055
E. Score symptômes hyperactivité neurovégétatifs	Corrélation de Pearson	,140	,327*	,419**	,306	1
	Sig. (bilatérale)	,388	,040	,007	,055	

**La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

*La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

Source : *Données d'enquêtes, Janvier 2023.*

L'autre volet de notre hypothèse n°2 suppose que les facteurs psychologiques ont un effet significatif sur le développement des symptômes du trouble de stress post-traumatique au sein de la population infirmière. Selon certaines études lorsque les demandes du travail submergent les ressources psychologiques, on observe le développement d'attitudes négatives comme le désengagement, l'altération de la santé et du bien-être du travailleur (Bakker, Demerouti, De Boer, & Schaufeli, 2003). Cette altération de la santé et du bien-être peut entraîner des manifestations

psychopathologiques. Toutefois, force est de constater que notre étude donne d'autres résultats. En effet, en voulant savoir s'il y existe un lien entre les facteurs psychologiques et les symptômes du TSPT, les données du tableau n°6 nous montre qu'il existe une relation entre les deux variables mais elle n'est pas significative. Donc, statiquement nous pouvons dire qu'aux seuils de 5% et de 1%, il existe une liaison relative mais pas significative entre les facteurs psychologiques et les symptômes du TSPT.

4. Discussion des résultats

Suite aux attaques terroristes et aux violences intercommunautaires qui ont eu lieu dans le monde et en particulier au Burkina Faso ces dernières années la communauté scientifique internationale est amenée à intensifier son observation du devenir médical des populations exposées à ces évènements traumatogènes. Effectivement, il est reconnu que la population des déplacés de guerre est dix (10) fois plus à même de souffrir d'un trouble de stress post-traumatique que la population générale (Fazel, Wheeler & Danesh, 2005). Toutefois, la présente étude est sous-tendue par une logique inverse c'est-à-dire qu'elle tente d'ouvrir la réflexion sur la place éventuelle des expositions traumatogènes dans la genèse, le développement ou la complication de pathologies psychiatriques (TSPT) au sein de la population infirmière dans un contexte de crise sécuritaire au Burkina Faso. Le personnel infirmier représente le groupe prédominant en termes de prestation des soins de santé dans ce contexte. Ce qui justifie l'attention portée ici à leur santé mentale. En effet, les enjeux psychologiques et émotionnels du travail infirmier dans ce contexte de crise sécuritaire les exposent à un stress important qui impactent non seulement à long terme, leur bien-être au travail et la qualité des soins mais aussi et surtout peut conduire à un traumatisme complexe (Kornig et al, 2016). En effet, confronté quotidiennement à la souffrance et à la mort, le personnel soignant peut expérimenter une dissonance émotionnelle ou cognitive (Zapf, 2002) génératrice de tension, de la colère, du dégoût, d'une aliénation des émotions, d'une perte d'estime de soi, altérant ainsi le bien-être au travail ou en famille. Ces résultats sont en adéquation avec ceux que nous avons trouvés dans cette étude

(confère les tableaux n°2 &3). Dans la même perspective, d'autres recherches et d'observations ont confirmées entre autres que la dissonance émotionnelle crée une tension qui entraîne une aliénation des émotions, une perte d'estime de soi, une insatisfaction et à terme conduit à un traumatisme psychique des agents de santé engagés dans le processus de soins infirmiers (Diedendorf et al, 2005). Les stratégies de régulation émotionnelle et psychologique constituent certes des ressources permettant d'atténuer les effets néfastes des tensions émotionnelles et psychologiques du travail (Holman et al, 2002) mais la décharge motrice causée par les événements évoqués comme traumatisants peut se révéler insoutenable à telle enseigne que toutes les stratégies émotionnelles et psychologiques mise en place par le soignant submergent (Freud,1895). Par ailleurs, d'autres études allant dans le même sens ont démontré que les contraintes psychologiques et émotionnelles observées dans la population infirmière peuvent engendrer une insatisfaction vis-à-vis du travail, un désengagement envers la profession et pourraient avoir des effets modestes sur le développement d'un traumatisme psychique (Kornig et al, 2016). En conséquence, nous pouvons affirmer que notre hypothèse n°1 qui stipule que les facteurs psychologiques et émotionnels consécutifs aux soins infirmiers sont les facteurs susmentionnés dans les tableaux n°2 et 3 est confirmée.

L'autre postulat qui sous-tendait la présente étude était de dégager l'effet des facteurs psychologiques et émotionnels sur le développement des symptômes spécifiques au TSPT chez les infirmiers au Burkina Faso. En fait, il faut dire que plusieurs faisceaux de recherches antérieures qui se sont intéressés aux facteurs émotionnels impliqués dans le TSPT ont montrés qu'il existe un lien entre le TSPT et l'augmentation de l'intensité des réponses émotionnelles (Litz et al, 2000 ; McDonagh-Coyle et al., 2001 ; Orsillo et al, 2004 ; Veazey, Blanchard et al, 2004). A cet effet, ces études estiment que l'incapacité à diminuer la charge émotionnelle amène à percevoir les émotions comme incontrôlables et non prédictibles (Bouton et al, 2001). L'acquisition de la peur qui en résulte et l'évitement consécutif qui lui est associé, empêcherait l'exposition fonctionnelle de l'individu aux stimuli traumatiques (Foa & Rauch, 2006). Aussi, des troubles de la dérégulation émotionnelle et des distorsions cognitives ont été impliqués dans

l'émergence et le maintien de la plupart des troubles mentaux (Gratz & Roemer, 2004 ; Gross & Muñoz, 1995 ; Linehan, 1993). Toutefois, nos résultats indiquent qu'aux seuils de 5 % (confère tableau n°5&6) il y a certes une relation entre les facteurs psychologiques et émotionnels observés en milieu de santé et les symptômes du TSPT mais elle n'est pas significative. Il est vrai que l'hypothèse de vulnérabilité individuelle occupe une place non négligeable dans l'explication du développement des symptômes du TSPT (Jourdan Ionescu, 2001 ; King, Vogt, & King, 2004) mais ce qu'il faut savoir est que le TSPT ne se développe jamais par hasard. Il résulte de l'intrication de facteurs de risques intrinsèques (individuels) et extrinsèques (événement traumatogène). Pourtant des recherches montrent qu'à tous les niveaux des processus émotionnel et psychologique relevé au cours des soins infirmiers se trouvent à la fois les états psychologiques et émotionnels négatifs et positifs (Giuliani et *al*, 2008 ; Koole, 2009 ; Tugade & Fredrickson, 2007). Ainsi, si les stratégies émotionnelles et psychologiques permettent d'atteindre de plus forts bénéfices à long terme, les individus seraient plus enclins à maintenir un état émotionnel et psychologique négatif à court terme (Tamir, 2009 ; Tamir, Chiu, & Gross, 2007 ; Tamir & Ford, 2009, 2012). Même si 52,5% des professionnels de soins n'ont pas de plaisir au travail, 37,5% manifestent de la tristesse et 20% sont dans l'angoisse, il faut reconnaître que leur bien-être personnel et familial vient de la profession qu'ils exercent. Donc, ils ne peuvent que maintenir un état émotionnel et psychologique négatif à court terme. Ce qui pourrait expliquer en partie nos résultats. Aussi, selon les critères diagnostiques du DSM-5, les symptômes présents du TSPT doivent durer au moins un (1) mois suite à l'évènement traumatogène. Ce critère est valide si la perturbation des symptômes c'est-à-dire les symptômes du cluster B, C, D et E durent plus d'un mois. Par conséquent, on peut ainsi affirmer que les états psychologiques et émotionnels négatifs que nous avons observés pendant notre enquête soient transitoires. En plus, il faut dire que dans le champ du psychotraumatologie, nous savons qu'un événement traumatisant peut certes compromettre le sentiment de sécurité et le sentiment d'identité ainsi que la capacité à réguler les émotions et à s'orienter dans ses rapports avec les autres. Mais nous n'ignorons pas qu'un

même traumatisme peut être vécu différemment selon les victimes. D'ailleurs, des recherches et observations remettent quelque part, en cause la notion même de traumatismes puisqu'en aucun cas nous ne pouvons affirmer qu'il y a un lien de cause à effet systématique entre un événement éprouvant et les conséquences psychopathologiques qui en émaneraient (Boris Cyrulnik, 2018). Qu'à cela ne tienne, eu égard de ce qui précède nous pouvons dire que notre hypothèse n°2 qui estimait que les facteurs psychologiques et émotionnels sont susceptibles d'influencer le développement des symptômes spécifiques au TSPT (intrusion, hypervigilance, évitement et hyperactivité neurovégétative) chez les infirmiers en contexte de crise sécuritaire au Burkina Faso est infirmée. Les conclusions auxquelles nous sommes parvenus, ne confirment pas les hypothèses spécifiques formulées. Par conséquent nous pouvons admettre que notre hypothèse générale est nuancée.

En guise d'enseignements, il faut dire qu'être professionnel de soins infirmiers, c'est choisir une profession d'engagement à contribuer au mieux-être des personnes et de la société. Toutefois, comme nous l'avons vu précédemment, la profession infirmière est sujette à des contraintes liées au travail, des caractéristiques du travail telles que de fortes responsabilités au travail, une cadence de travail élevée et la charge psychologique et émotionnelle du travail (Satoh et al, 2017 ; Clausen & Borg, 2010 ; Ruiller, 2012). Ces contraintes peuvent favoriser le développement des états psychologiques et émotionnels négatifs comme la dégradation du bien-être, l'intention de quitter la profession, la diminution de l'accomplissement personnel, le désinvestissement dans le travail et l'évaluation négative de la performance au travail. Alors, l'objectif de cette étude était d'étudier le trouble de stress post traumatique en milieu de santé au Burkina Faso. Elle nous a permis d'identifier les facteurs psychologiques et émotionnels consécutifs aux soins infirmiers dans les trois services du CHUR de Ouahigouya et d'évaluer leur effet sur le développement des symptômes spécifiques au TSPT. Cependant comme toute œuvre humaine, cette étude comporte des limites. Une des limites se situe au niveau de la faiblesse de l'échantillon et du nombre de services enquêtés, qui ne nous autorise pas des généralisations péremptoires. De plus, l'un des critères diagnostiques du TSPT est l'évitement des stimuli associés au traumatisme, ce qui

pourrait expliquer que les personnes atteintes d'un TSPT n'aient pas répondu à l'enquête voulant éviter le souvenir de l'événement traumatique. Malgré ces limites la présente étude nous a permis de combler un tant soit peu un vide épistémique spécifique au contexte actuel du Burkina Faso. Aussi, nous espérons qu'elle susciterait un intérêt pour des recherches fertiles et utiles dans le domaine de la santé au Burkina Faso. A cet effet, nous formulons quelques perspectives pour les recherches futures. Des études longitudinales identifiants les facteurs de risque environnementaux et familiaux et leur impact sur le développement des symptômes spécifiques au TSPT en milieu de santé. Cela permettrait d'initier des cellules psychologiques d'urgence pour assurer le suivi et l'accompagnement des professionnels de soins souffrant de diverses manifestations psychopathologiques.

Conclusion

En somme, nous retenons que dans la profession infirmière les facteurs psychologiques et émotionnels sont importants car ces derniers entraînent souvent un sentiment de frustration et de non-qualité, une sensible augmentation de l'absentéisme au travail, un état d'insatisfaction et dans le pire des cas un traumatisme psychologique (Manoukian, 2009 ; Estryn-Behar, 2008).

Toutefois il ressort qu'il existe une relation entre ces états psychologiques et émotionnels et le développement des symptômes du TSPT mais elle n'est pas significative. Ce qu'il faut savoir est que nous n'avons pas considéré toutes les variables susceptibles d'influencer le développement des symptômes spécifiques au TSPT en milieu de santé et ne pourrait prétendre répondre à toutes les questions soulevées par le trouble de stress post traumatique dans la population infirmière.

C'est pourquoi une étude comparée entre plusieurs groupes d'étude de divers profils (enseignants, militaires, secouristes, etc.) et aussi le croisement de plusieurs variables (âge, sexe, statut matrimonial, situation professionnelle, événements traumatogènes, etc.) serait souhaitable.

Par ailleurs, la prise en compte des variables comme l'événement traumatogène (événements stressants couramment

rencontrés au cours des soins infirmiers), la qualité des soins, la catégorie socio-professionnelle, etc. pourraient faire l'objet d'études ultérieures.

Références Bibliographiques

Alexandre Manoukian (2008), *La relation soignant-soigné*, collection soigner et accompagner, Editions Lamarre

Andrea R Ashbaugh et al. (2016) « *Validation psychométrique des versions anglaise et française de la liste de contrôle du trouble de stress post-traumatique pour le DSM-5 (PCL-5)* » PLoS ONE, vol 11 (n°10), pages 10 à 11

American Psychiatric Association (2015), *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (5^{ème} édition)*. Paris : Elsevier Masson

American Psychiatric Association (1996), *Manuel diagnostique et statistiques des troubles mentaux (4^{ème} édition)*. Paris : Elsevier Masson.

Auxéméry Yann (2019) « *Vers une nouvelle nosographie des troubles psychiques posttraumatiques : Intérêts et limites* ». *European Journal of Trauma & Dissociation* » vol 3(n° 4), pages 245 à 256.

Barrois Claude (1988), *Les névroses traumatiques : le psychothérapeute face aux détreesses des chocs psychiques*. Paris. Dunod.

Barrois Claude (1998), *Les névroses traumatiques (2^{ème} édition)*. Paris : Dunod

Baillon Alexendra et al. (2018), « *Prévalences du trouble de stress post-traumatique et du stress perçu par les gendarmes : Quelle(s) corrélation(s) avec la consommation de soins ?* ». *Annales Médico-psychologiques*, vol 176 (n°8), pp. 732-740

Boris Cyrulnik (2018), « *Traumatisme et résilience* », Éditions Presses de Rhizome, vol 3 (N° 69-70), pages 28 à 29

Brillon Pascale (2015), *Comment aider les victimes souffrant de TSPT*, Guide de pratique

Bouton Mark, Mineka Susan et BarlowDavid (2001) « *A Modern Learning Theory Perspective On The Etiology Of Panic Disorder* », *Psychological Review*, vol 108 (n°1), pages 4 à 32

Clausen Thomas & Borg Vilhelm (2010) « *Les états positifs liés au travail médient-ils l'association entre les caractéristiques psychosociales du travail et le roulement du personnel ? Une analyse longitudinale* ». International Journal of Stress Management, vol 17 (n°4), pages 308 à 324.

Colette Jourdan-Ionescu (2001), « *Intervention écosystémique individualisée axée sur la résilience* », Revue québécoise de psychologie, vol. 22 (n° 1), pages 162 à 186

Caroline Ruiller (2012), « *Le caractère socio-émotionnel des relations de soutien social à l'hôpital* », Management & Avenir, vol 2 (n° 52), pages 15 à 34

Camille Boivin-Desrochers et Marie Alderson (2014), « *Les difficultés/souffrances vécues par les infirmières : stratégies permettant de préserver leur santé mentale, leur sens au travail et leur performance au travail* », Recherche en soins infirmiers, vol 3 (N° 118), pages 85 à 96

Classification Statistique Internationale des Maladies et des Problèmes de Santé Connexes, dixième révision (CIM-10), Organisation Mondiale de la Santé, 1993

Fountain EJ (2012) « *The Mentally Healthy Nurse* ». Nevada RNformation, vol 21 (n°2) page10

Clément Rosset (1976), *Le réel et son double*, Gallimard

Freud Sigmund (1895), *De l'esquisse d'une psychologie scientifique*, dans La naissance de la psychanalyse, Paris, PUF.

Giuliani Nicole, McRae Kateri Gross et James (2008) « *The Up-And Down-Regulation Of Amusement: Experiential, Behavioral, And Autonomic Consequences* ». Emotion, vol 8 (n°5), pages 714 à 719

Gratz Kim et Roemer Lizabeth (2004) « *Multidimensional Assessment Of Emotion Regulation And Dysregulation: Development, Factor Structure, And Initial Validation Of The Difficulties In Emotion Regulation Scale* » Journal Of Psychopathology And Behavioral Assessment, Vol 26(n°1), pages 41à 54.

Gross James et Muñoz Ricardo (1995) « *Emotion Regulation And Mental Health. Clinical Psychology* » Science And Practice, vol 2(n°2), pages 151à 164

Gérard Lebel (2015) « *Les infirmières pratiquant en santé mentale rencontrent des personnes endurent de grandes souffrances.*

Comment intervenir auprès d'elles sans éprouver soi-même de la détresse ? », vol. 12 (n° 2), Revue santé mentale ? pages 32 à 34

King Daniel, Vogt Dawne et King Lynda (2004), « *Risk And Resilience Factors In The Etiology Of Chronic Posttraumatic Stress Disorder* », Early Intervention For Trauma And Traumatic Loss, pages 34 à 64

Linehan Marsha (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment Of Borderline Personality Disorder*. Guilford Press.

Litz, Brett, Orsillo Susan Kaloupek et Danny Weathers Frank (2000) « *Emotional Processing In Posttraumatic Stress Disorder*. Journal Of Abnormal Psychology, vol 109 (n°1), pages 26 à 39.

Luc Van Campenhoudt, Jacques Marquet et Raymond Quivy (2017). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris. Dunod

Madeleine Estryn-Béhar (2008), *Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe*, Hors collection, Presses de l'EHESP

Maurand-Valet (2011) « *Choix méthodologiques en sciences de gestion : pourquoi tant de chiffres ?* », Revue Management & Avenir, vol 3 n°43, pages 289 à 302

Maya Tamir (2009), « *Qu'est-ce que les gens veulent ressentir et pourquoi ? Plaisir et utilité dans la régulation des émotions* » Psychological Science, Vol 18, n°2, pages 324-328

Miho Satoh, Ikue Watanabe, Kyoko Asakura (2017), « *L'engagement professionnel et la satisfaction au travail atténuent le déséquilibre effort-récompense et l'intention de continuer à allaiter* », Jpn J Nurs Sci, 14(1), pages 49 à 60

Michele Tugade & Barbara Fredrickson (2007) « *Régulation des émotions positives : stratégies de régulation des émotions qui favorisent la résilience* », Journal Of Happiness Studies volume 8 (n°8), pages 311 à 333

Michelle Bovin et al. (2016) « *Psychometric Properties Of The PTSD Checklist For Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders-Fifth Edition (PCL-5) In Veterans* », Psychological Assessment, vol 28 (n°11), pages 1379-1391

Rauch Sheila et Foa Edna (2006) « *Emotional Processing Theory (EPT) And Exposure Therapy For PTSD* » Journal Of Contemporary Psychotherapy: On The Cutting Edge Of Modern Developments In Psychotherapy, vol 36(n°2), pages 61 à 65.

Sander Koole (2009) « *La psychologie de la régulation des émotions : une revue intégrative* », *Cognition and Emotion*, vol 23 (n°1), pages 4 à 41,