



HAL
open science

Anxiété et coping des soignants : la prison est-elle un facteur de protection ?

A.H. Boudoukha, M. Hautekeete, D. Hautekeete-Sence, Véronique Cousin,
Franck Calesse

► To cite this version:

A.H. Boudoukha, M. Hautekeete, D. Hautekeete-Sence, Véronique Cousin, Franck Calesse. Anxiété et coping des soignants : la prison est-elle un facteur de protection ?. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 2009, 167 (8), pp.583-590. 10.1016/j.amp.2009.03.013 . hal-03332376

HAL Id: hal-03332376

<https://hal.science/hal-03332376>

Submitted on 31 Dec 2023

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.

Titre :
Anxiété et coping des soignants : la prison est-elle un facteur de protection ?

Abdel Halim Boudoukha (1)
Marc Hautekeete (2)
Dominique Hautekeete-Sence (2)
Véronique Cousin (3)
Franck Calesse (3)

- (1) Université de Nantes –UFR de Psychologie -Laboratoire de Psychologie "Education, Cognition & Développement" EA 3259 - Abdel-halim.boudoukha@univ-nantes.fr
(2) Université Lille 3 Charles-de-Gaulle – UFR de Psychologie- UPRES TEC, EA 2453
(3) Service Médico-Psychologique Régional – Maison d’arrêt de Loos-les-Lille.

Citation :

Boudoukha, A. H., Hautekeete, M., Hautekeete-Sence, D., Cousin, V., & Calesse, F. (2009). Anxiété et coping des soignants : La prison est-elle un facteur de protection ? *Annales Médico-Psychologiques*, 167, 583-590. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2009.03.013>

En France, les soins proposés aux personnes incarcérées sont assurés par les Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA) et les Services Médico-Psychologiques Régionaux. L’arrivée du personnel soignant en prison, « tiers » dans la relation autrefois exclusive entre personnel pénitentiaire et personnes incarcérées, a requis des efforts d’adaptation [1,2]. Les soins en milieu carcéral sont en effet plus complexes qu’ils ne le sont en milieu hospitalier en raison du contexte et de la particularité des patients que sont les personnes détenues [3].

Stress, anxiété et coping chez les soignants

Les relations difficiles avec les patients ont des répercussions non seulement au niveau des prises en charge mais également sur la santé des professionnels, notamment en termes de stress, d’anxiété ou de burnout [4-7].

Les situations stressantes voire anxiogènes sont les premières mises en cause et provoquent rapidement l’apparition de symptômes de fatigue, d’insomnies, mais également de plaintes relatives aux comportements des patients [8]. Sur ce processus de stress, l’approche transactionnelle apporte

un éclairage théorique très intéressant [9]. En effet, le stress y est défini comme une « *transaction entre la personne et l'environnement que le sujet évalue comme débordant ses ressources et compromettant (mettant en danger) son bien-être* ». Il est la résultante de deux processus que sont les évaluations cognitives et le coping.

Le coping parfois traduit par stratégie d'ajustement ou stratégie de faire face réfère à « *l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux qui changent constamment afin de gérer des demandes internes ou externes spécifiques évaluées comme menaçantes ou débordant les ressources du sujet* » [9]. Il s'agit d'un processus temporel, dynamique et conscient lors de situations évaluées comme stressantes et non d'une caractéristique stable ou un trait de personnalité. Certains auteurs admettent néanmoins l'idée de coping-trait ou de style de coping pour décrire certains coping dont l'usage est prépondérant chez un sujet [10]. Quelle qu'en soit sa description, le coping a des implications tant en terme de gestion des situations, ce sont les coping dits « centrés sur le problème » qu'en terme de régulation des émotions avec les coping dits « centrés sur l'émotion » [9, 11].

Ainsi, une importante conséquence de la perception ou de l'évaluation d'une situation menaçante s'exprime par d'une augmentation transitoire de l'anxiété [12], plus précisément de l'anxiété-état, c'est-à-dire « *des réactions émotionnelles qui existent à un moment donné [... qui] se caractérisent par des sentiments de tension, de nervosité, d'inquiétude et par l'activation ou l'éveil du système autonome. [...]. Ces états sont souvent transitoires mais peuvent réapparaître sous l'effet de stimuli appropriés* » [13].

Stress, anxiété-état et coping, sont donc des phénomènes dynamiques et inter-reliés qui ont une importance sur la santé [12, 14]. Ils sont également dépendants du contexte et certaines situations sont plus susceptibles donner lieu à leur étude. C'est le cas par exemple de la prison.

La prison : un cumul de facteurs de stress chez les professionnels ?

Les études montrent de manière consistante la prison comme un cumul de facteurs de stress chez les professionnels, en raison notamment de la nature stressante, anxiogène voire traumatique des relations avec les personnes détenues [15-19]. En effet, les personnes incarcérées représentent une population très particulière. Leur nombre ne cesse de croître depuis de nombreuses années. Selon les chiffres de l'administration pénitentiaire, on compte au début de l'année 2008 plus 65 842 personnes incarcérées, elles étaient 49000 détenus en 2001 [20]. En conséquence, les demandes de consultation affluent et les capacités des personnels soignants pour y répondre restent les mêmes, générant un état de frustration chez les personnes incarcérées [15].

Par ailleurs, si l'état de santé général des détenus est jugé satisfaisant par les services de soins en milieu carcéral, c'est sur le plan de la santé mentale que l'on observe des pathologies mentales de plus en plus sévères [21, 22]. En effet, les recherches montrent que les personnes incarcérées en France sont particulièrement touchées par les pathologies psychiques, que l'on retrouve particulièrement dans des tableaux cliniques comorbides, qu'il s'agisse de troubles de l'humeur, de troubles psychotiques, de troubles anxieux ou encore de troubles addictifs. La prévalence de ces troubles psychiques est, de plus, très élevée : plus de 60% pour les troubles thymique et plus de 42 % pour les troubles psychotiques [23, 25].

Enfin, découlant directement de l'augmentation de la population carcérale et de la présence de plus en plus importante de troubles mentaux sévères chez les personnes incarcérées, on remarque une augmentation des agressions des personnels [15, 26-29]. Si les personnels soignants sont moins touchés par ces événements traumatiques, il n'en demeure pas moins qu'ils exercent dans un milieu typiquement défini comme dangereux, dont la probabilité d'incidents est plus élevée qu'en milieu hospitalier [30, 31].

La prison s'avère donc un lieu propice à l'étude du stress et de l'anxiété, puisqu'elle rassemble un ensemble de facteurs qui y concourent, et également par voie de conséquence, à l'étude du coping. Il n'existe pourtant pas de travaux sur cette problématique chez les soignants en prison en France. Cette recherche exploratoire aura donc comme objectif d'appréhender cette problématique par le biais de l'analyse de l'anxiété-état et des copings mobilisés par les personnels soignant en prison.

Hypothèses

Au regard de notre revue de littérature, nous pensons que les personnels soignant travaillant en milieu carcéral devraient présenter des niveaux d'anxiété-état importants en raison de la nature peu contrôlable voire imprévisible de l'environnement carcéral. Ces niveaux devraient être plus importants chez ceux qui travaillent en maison d'arrêt, en raison de la surpopulation carcérale, par rapport à ceux qui exercent en centre de détention, où le nombre de détenus n'excède pas le nombre de place. En ce qui concerne les copings, nous pensons qu'en lien avec des niveaux d'anxiété-état importants, les copings des soignants devraient plutôt refléter des copings « centrées sur l'émotion » que des copings « centrés sur le problème ».

Méthode.

1. Recherche clinique-qualitative

1.1.1 Les entretiens exploratoires

Nous avons mené des entretiens exploratoires afin d'évaluer les événements stressants et les copings. Nous avons pour cela rencontré 13 soignants (3 médecins, 3 psychologues, 4 infirmières et 3 assistantes sociales) dans un service de soins en maison d'arrêt durant un entretien semi-directif d'une demi-heure chacun. Ces sujets ont participé volontairement à la recherche, sans rétribution.

Une consigne orale et une grille d'entretien ont été rédigées sous forme écrite afin d'assurer un maximum de standardisation. L'entretien était cependant conduit sous forme de discussion afin d'offrir une liberté de parole aux sujets.

Cet entretien permettait de recueillir les sources de stress et ensuite de discuter des copings. Deux domaines ont donc été explorés au cours des entretiens :

- ❑ Les événements stressants de leur quotidien de travail en prison. Nous leur posions la question suivante : Quels sont les événements qui vous stressent dans votre travail ?
- ❑ Les copings. Nous leur demandions : Que faites-vous pour « faire face » à ces événements stressants ?

Ce deuxième domaine exploré nous a permis de créer une échelle de coping *ad hoc*.

.

1.1.2 La Création d'une échelle de coping.

Le choix de la création d'un outil *ad hoc*, c'est-à-dire contextuel, pour mesurer les stratégies de coping, plutôt que l'utilisation d'une échelle existante est justifié par trois raisons principales. Premièrement, le coping, dans l'approche cognitive transactionnelle est considéré comme un processus dynamique et dépendant des stressors et des individus [32]. Par ailleurs, les différents questionnaires de type générique présentent des mesures du coping considéré comme un processus ou comme un trait. En conséquence, la comparaison des différentes études entre elles est complexe, d'autant que les situations stressantes sont très variables dans celles qui utilisent des outils spécifiques. Cette absence d'homogénéité les rend difficilement utilisables *per se* dans une recherche [33]. Enfin, à une seule exception, la CISS, les propriétés psychométriques des différents questionnaires sont souvent faibles [34].

Pour les besoins de la création de notre échelle de coping, nous avons retranscrit littéralement chaque entretien sur informatique. Nous nous sommes inspiré de la « Way of coping check list » de Lazarus et Folkman [9], validée en France [35, 36] et de ces huit sous-échelles de coping que sont la résolution de problème ; l'acceptation de confrontation ; la prise de distance ; la réévaluation positive ; l'auto-accusation ; la fuite-évitement ; la recherche d'un soutien social et enfin la maîtrise de soi.

Toutes les stratégies de coping retranscrites à partir des entretiens, ont été recodées selon la méthode des juges selon les huit sous-échelles de coping. La méthode des juges comme son nom l'indique réunit des personnes considérées comme spécialiste d'un domaine [37]. Dans le cadre de notre création d'une échelle de coping, 25 « juges » en psychologie (professeur, maîtres de conférences, doctorants et étudiants d'un niveau au moins égal à bac +4) devaient décider de la pertinence de la stratégie de coping dans l'une des huit sous-échelles. Nous avons retenu 5 items pour chaque sous catégories pour deux raison : (a) Ils étaient les plus spécifiques d'une catégorie de coping donnée et (b) nous souhaitions élaborer un outil qui ne contienne pas un nombre trop important d'items pour éviter les effets liés à la fatigue.

L'ordre des items a été organisé aléatoirement afin que les items appartenant à chaque sous-échelle de coping ne se succèdent pas pour éviter les effets d'amorçage. L'échelle de coping contient donc 40 items.

Recherche expérimentale-quantitative

Population.

Il s'agit de 50 sujets travaillant auprès de personnes incarcérées dans des services de soin en maison d'arrêt ou en centre de détention dans le Nord de la France. On compte 38 femmes et 12 hommes pour une moyenne d'âge de 37,2 ans (écart-type = 9,3) et d'ancienneté de 4,6 ans (écart type =3,3 ans). Ces sujets sont tous volontaires et participe à la recherche sans rétribution.

Matériel

La forme française du State and trait Anxiety Inventory de Spielberger (STAI-Y).

Le STAI-Y contient 40 items qui mesurent l'anxiété d'un sujet. Il est composé de deux sous-échelles indépendantes. Nous avons choisi la forme française Y-A du questionnaire c'est-à-dire celle qui mesure l'anxiété-état [13, 38]. La STAI-Y a été largement utilisée dans la recherche en psychologie et notamment pour étudier les effets de l'anxiété sur le stress psychologique. La

sensibilité de l'échelle anxiété-état dans le stress situationnel a également été démontrée à plusieurs reprises [38].

La forme Y-A se compose de 20 items que le sujet évalue lui-même. Il doit les coter au fur et à mesure, sans en oublier un seul, sur une échelle Likert en quatre points (non – plutôt non – plutôt oui – oui). La note totale pour un sujet peut varier de 20 à 80.

Le questionnaire de coping des soignants en milieu carcéral

Ce questionnaire évalue les copings à travers huit sous-échelles qui contiennent chacune cinq items représentatifs de la catégorie (par exemple : « *je ne réponds pas aux provocations* » traduit un coping de Maîtrise de soi ; « *Je discute avec l'équipe, le personnel* » illustre un coping de soutien social ; « *j'ai essayé de ne pas penser aux problèmes* » reflète un coping de Fuite-Evitement.)

Cet outil est composé de 40 items, il n'est donc n'est pas trop long pour éviter les réponses stéréotypées et les items sont facilement compréhensibles. La cotation se fait sur une échelle de type Likert en 5 points (jamais – rarement – parfois – souvent – presque toujours). Le sujet peut donc décrire au mieux la fréquence et le type des comportements ou pensées qu'il utilise pour « faire face » aux événements stressants.

Procédure.

Après avoir obtenu l'accord conjoint des médecins-chefs de Services Médico-Psychologiques Régional (SMPR) ou d'Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA) et des directeurs des établissements pénitentiaires, nous avons distribué le matériel de notre étude. Il s'agit d'un dossier composé de quatre parties. La première contient la consigne écrite qui décrit le cadre et les objectifs de la recherche. La seconde est constituée de la forme Y-A de la STAI. La troisième est composée du questionnaire de Coping. Enfin, la dernière partie comporte les questions factuelles qui renseignent sur les caractéristiques descriptives de la population.

Deux cas de figure sont à noter concernant la passation des questionnaires. Lorsque nous avons accès à l'établissement pénitentiaire, chaque sujet était sollicité individuellement, une présentation de l'étude avait lieu, en suivant la trame de la consigne écrite. Il leur était demandé de remplir les questionnaires en suivant l'ordre de présentation. Nous précisons que tous les résultats obtenus seraient confidentiels et qu'aucune donnée individuelle n'apparaîtrait.

Lorsque nous n'avons pas accès à l'établissement pénitentiaire, des photocopies des dossiers étaient envoyées dans les prisons à l'attention du service médical. Nous demandions au secrétariat de les mettre à disposition des soignants. Une consigne explicative écrite les aidait à remplir les questionnaires et à les renvoyer à l'adresse de l'université de rattachement des chercheurs.

Opérationnalisation de nos variables.

En ce qui concerne les variables indépendantes (VI), nous avons distingué les sujets selon des facteurs démographiques et pénitentiaires.

Les variables démographiques regroupent le sexe, l'ancienneté, l'âge et la profession. Nous avons catégorisé l'ancienneté et re-catégorisé la variable « profession » en deux niveaux, personnel médical et psychologues d'une part et personnels paramédicaux d'autre part. Ces catégorisations ont été créées afin de mener des traitements statistiques sur des groupes homogènes dont l'effectif est supérieur à 10 sujets.

Les variables « pénitentiaires » sont des variables qui reflètent des éléments inhérents à la relation avec les personnes détenues. Parmi celles-ci, il y a « le temps d'implication avec les personnes incarcérées » avec deux degrés (temps plein vs. temps partiel) et le type de « structure pénitentiaire » (Maison d'Arrêt vs. Centre de Détention).

S'agissant de nos variables dépendantes (VD), nous disposons de 9 mesures que sont le score d'anxiété-état et les scores aux huit catégories de coping.

Résultats.

Les analyses statistiques ont été réalisées au moyen du logiciel StatView[®] pour Windows version 5.0 (1992-1998). Pour l'ensemble des traitements statistiques, nous avons fixé le seuil de probabilité à 0.05 en deçà duquel nous rejetons l'hypothèse nulle et considérons l'effet observé comme significatif.

Pour les besoins de notre étude, nous avons procédé à des analyses de variances (ANOVA) afin de comparer les moyennes des catégories de coping. A la suite de celles-ci, nous avons choisi le test a posteriori de Bonferroni/Dunn, parce qu'il permet d'éliminer le risque d'erreur en cas de comparaisons multiples [39].

L'anxiété-état.

La moyenne d'anxiété-état dans notre échantillon est de 33.1 ($\sigma = 8.1$). Les scores obtenus pour chaque niveau de chaque VI sont indiqués dans le tableau 1.

Mettre approximativement le tableau 1
--

Aucune variable indépendante (sexe, âge, ancienneté, profession, temps d'implication auprès des personnes incarcérées, type de structure pénitentiaire) n'a d'effet significatif sur l'anxiété-état (voir Tableau 2).

Mettre approximativement Tableau n°2

Les copings.

L'analyse de variance met en évidence une différence significative entre les fréquences d'utilisation des copings ($F_{(7,49)} = 7.93$; $p < .001$). Nous présentons les moyennes et les écarts-type de chaque catégorie de coping dans le tableau n° 3 et la figure n° 1.

Mettre approximativement Tableau n°3

Les tests *a posteriori* montrent que les copings de « fuite-évitement » et de « prise de distance » sont significativement moins utilisés que les copings de « résolution de problème », de « réévaluation positive », de « recherche de soutien social » et de « maîtrise de soi ». Le coping de « maîtrise de soi » est également plus préconisé que celui « d'acceptation de confrontation » (cf. Tableau n°4)

Mettre approximativement la Figure 1

Mettre approximativement le tableau 4

Par ailleurs, nous avons étudié l'impact de nos variables démographique et pénitentiaires sur les copings. Nous n'observons pas de différences significatives dans la fréquence d'utilisation des copings en fonction du sexe, de l'âge, de l'ancienneté ou de la profession. Nos variables démographiques n'ont donc pas d'impact significatif sur la fréquence d'utilisation des copings.

En ce qui concerne les variables pénitentiaires, certaines stratégies de coping se distinguent selon le temps d'implication avec les détenus. Ainsi, la résolution de problème et la recherche de soutien social sont significativement plus utilisés chez les sujets qui travaillent quotidiennement avec les personnes incarcérées en comparaison de leurs homologues qui ne travaillent pas exclusivement auprès de personnes détenues (respectivement $t_{47} = 2,693$ et $p = .009$; $t_{47} = 2,761$ et $p = .008$). Enfin, la résolution de problème est significativement plus utilisée chez les sujets qui travaillent en maison d'arrêt en comparaison de leurs homologues en centre pénitentiaire ($t_{47} = 2,023$ et $p = .048$)

Discussion.

Les soignants en prison : moins touchés ou mieux prémunis contre les événements menaçants ?

Un ensemble de résultats attirent d'emblée notre attention. Il s'agit de l'absence d'effets significatifs de nos variables démographiques et pénitentiaires sur les niveaux d'anxiété-état des soignants, qui infirme totalement nos hypothèses.

En ce qui concerne les niveaux d'anxiété-état des hommes et des femmes, l'absence de différence significative est pour le moins surprenante. En effet, la majorité des recherches portant sur la question montre, de manière solide et régulière, que les femmes rapportent des niveaux d'anxiété-état significativement plus intenses que ceux des hommes, en réaction aux mêmes événements. Ces résultats sont classiquement interprétés par le fait que les femmes expriment plus facilement et plus volontiers leurs émotions que les hommes, en raison des stéréotypes associés aux sexes notamment [40, 41].

Par ailleurs, nos variables pénitentiaires ne génèrent pas de différences significatives entre les niveaux d'anxiété-état de nos sujets. Ces résultats nous amènent, à l'instar de ceux des variables démographiques à proposer trois hypothèses explicatives :

(1) L'anxiété-état est médiatisée par des cognitions qui en modulent l'expression et l'intensité [42]. C'est le cas par exemple pour les troubles anxieux [43]. On pourrait donc penser que la prison, univers perçu de « l'extérieur » comme dangereux et menaçant, amenant des cognitions amorçant l'activation des processus d'anticipation anxieuse, pourrait s'avérer moins anxiogène, vécu de « l'intérieur ».

(2) Il existe un lien important entre l'anxiété-état et l'anxiété-trait : plus l'anxiété-trait est importante plus l'anxiété-état est élevée dans des situations stressantes [12, 13, 40, 42]. Nous n'avons pas étudié l'anxiété-trait de nos sujets mais nous pourrions avancer l'idée que les soignants

qui choisissent de travailler en prison sont moins enclins à ressentir ou exprimer une anxiété ou une appréhension anxieuse à la suite de situations menaçantes

(3) En lien direct avec la définition du stress dans l'approche cognitivo-transactionnelle [9, 32] et de ses liens avec l'anxiété-état dans le modèle d'Endler [12]. On peut poser l'hypothèse que les professionnels mettraient en place des copings leur permettant de gérer efficacement les situations stressantes voire anxiogènes. Nous reviendrons sur cette troisième explication dans le point consacré au coping.

Il nous semble cependant important de revenir sur le présupposé fort de cette recherche : les personnels soignant travaillent en prison. Est-ce réellement le cas ? Cette question peut sembler absurde (ils exercent dans une structure pénitentiaire) mais conduit à une interrogation sur la construction cognitive de la prison chez ces personnels qui dévoile une particularité : les personnes incarcérées sont, dans les services de soin, des patients. En effet, dans le cadre des structures soignantes en prison, les détenus sont, comme dans n'importe quel autre hôpital, considérés comme des patients. Nous pensons que cette perception des détenus en tant que patient (a) modifie totalement le contexte structurel : ce n'est plus la prison mais l'hôpital et (b) propose un autre mode de relation : la relation soignant/soigné en place de la relation surveillant/surveillé. En conséquence, l'agressivité, la violence ou la frustration sont généralement peu exprimées envers les soignants en prison comme il peut l'être envers les surveillants dans la mesure où les premiers proposent aux personnes incarcérées un espace de soins et non de contention. Par ailleurs, les passages à l'acte violent de certains patients, par exemple psychotiques, sont bien mieux évalués et pris en charge par les soignants qui sont, de par leur formation, mieux préparés. En conséquence, la partie hospitalière de la prison n'est probablement pas perçue comme un environnement menaçant ou dangereux et donc anxiogène. Cette hypothèse pourrait expliquer des niveaux d'anxiété-état faibles.

Les copings des soignants sont-ils efficaces ?

La fréquence d'utilisation des copings n'est pas uniforme chez nos sujets. Les copings que l'on peut ranger sous le vocable de « copings d'évitement ou centrés sur l'émotion » comme la fuite, l'évitement ou encore la prise de distance, sont significativement moins utilisées que les « coping de confrontation ou centrés sur le problème » comme la résolution de problème, la réévaluation positive ou encore la maîtrise de soi [9, 32]. Cet ensemble de résultats infirme l'hypothèse formulée sur le coping, mais permet d'envisager des explications alternatives.

Par exemple, cette utilisation différenciée des copings ne semble pas liée à des caractéristiques démographiques dans notre recherche, mais plutôt à des caractéristiques pénitentiaires. En effet,

nous observons une utilisation plus fréquente de copings centrés sur le problème par rapport aux copings centrés sur l'émotion, uniquement chez les soignants qui, soit, travaillent quotidiennement auprès de patients-détenus ou soit exercent en maison d'arrêt. Les copings plus fréquemment utilisés nous amènent à penser que les soignants dans ces deux situations tentent de garder une distance vis-à-vis des personnes incarcérées et de conserver un sentiment de contrôle. S'agit-il d'un maintien de contrôle dans un univers qui en définitive n'est pas considéré comme incontrôlable ?

Cette prédominance d'une utilisation de copings s'exprimant par une maîtrise de soi ou un contrôle dans un environnement typiquement décrit comme incontrôlable [44], nous y fait penser, mais peut sembler à la fois cohérent et contradictoire. La contradiction concerne les liens entre copings et événements stressants, notamment l'observation que lorsque des sujets évaluent une situation comme incontrôlable ou inchangeable, ils tendent à rapporter une prédominance de copings d'évitement ou centrés sur l'émotion. *A contrario*, si la situation est évaluée comme modifiable ou contrôlable, les copings centrés sur le problème ou de confrontation sont privilégiés [46-48]. Si l'on validait l'hypothèse « d'incontrôlabilité » de la prison, on aurait observé une fréquence plus élevée de l'utilisation de copings centrés sur l'émotion dans notre échantillon. La préconisation privilégiée de copings de maîtrise ou de contrôle indique le contraire ce qui est cohérent en raison de la nature des détenus qui sont avant tout des patients. Les soignants adoptent donc des copings qui leur permettent de contrôler les événements qui pourraient être menaçants. En conséquence, pouvons-nous considérer les copings centrés sur le problème comme un facteur de protection ?

Nos résultats sont cohérents avec les travaux relatifs aux liens entre santé et copings qui révèlent, de façon consistante, que les copings centrés sur l'émotion ou de fuite-évitement sont associés à un stress plus important que les copings orientés vers le problème ou l'action [40, 41 ; 46-48]. Ce type de résultat n'est pas récent. Il y a plus de 20 ans, une méta-analyse des études sur le coping chez des personnes malades montrait l'effet adaptatif à court terme des copings d'évitement et l'effet adaptatif à long terme des copings de confrontation à la maladie [48]. On observe donc une association de l'action de copings comme la résolution de problème avec le ralentissement de la progression de certaines maladies ou de certains symptômes, là encore, à l'inverse des copings d'évitement [32, 49]. Il faut bien entendu mesurer ces résultats et ne pas établir de généralisation abusive en oubliant les caractéristiques individuelles et situationnelles qui doivent toujours être prises en compte [50].

Conclusion.

En prison, les soignants font l'expérience de réalités différentes (le soin vs. la peine), de structures distinctes (l'hôpital vs. la prison) et d'une éthique différente (déontologie des soins/éthique de la justice). On pourrait penser que le milieu menaçant ou dangereux dans lequel ils vont exercer, générerait une anxiété transitoire importante. Notre recherche infirme cette hypothèse chez les personnels soignant en prison. Il semble donc qu'ils aient mis en place des copings efficaces leur permettant de gérer les situations stressantes voire anxiogènes. La fréquence de copings centrés sur le problème comme la maîtrise de soi ou la résolution de problème, nous permet de penser que cette hypothèse est cohérente. La place qu'occupent les soignants en prison et les liens qu'ils nouent avec les personnes incarcérées mérite cependant des investigations futures. De même que des recherches comparant les copings des soignants exerçant à l'hôpital et en prison apporteront des indications intéressantes quant à l'efficacité de certains copings et seront utiles sur un plan psychothérapeutique dans le sens d'une démarche en psychologie positive [51].

Références bibliographiques.

1. Colin M, Jean J-P. Droit aux soins et amélioration de la condition des détenus : deux objectifs indissociables. *Revue française des Affaires Sociales*. 1997;1:17-29.
2. Rousseau E. La réforme de l'organisation des soins aux personnes détenues : Les textes et leur mise en oeuvre. *Revue française des Affaires Sociales*. 1997;1:73-80.
3. Archer E. Obligation de soin et secret médical. Une exigence éthique essentielle : la réflexion sur les fondements. In: AFC, editor. XXXIIème Congrès de Criminologie : Les soins obligés ou l'utopie de la triple entente; 2002; Lille: Dalloz; 2002. p. 163-7.
4. Garman AN, Corrigan PW, Morris S. Staff burnout and patient satisfaction : Evidence of relationships at the care unit level. *Journal of Occupational Health Psychology*. 2002;7(n°3):235-241.
5. Van Dierendonck D, Schaufeli WB, Buunk BP. Burnout and Inequity Among Human Service Professionals : A Longitudinal Study. *Journal of Occupational Health Psychology*. 2001;6(1):43-52.
6. Florio GA, Donnelly JP, Zevon MA. The structure of work related stress and coping among oncology nurses in High-stress medical settings : A transactional analysis. *J Occup Health Psychol*. 1998;3(3):227-42.
7. Bennet L, Kelaher M, Ross M. Quality of life in health care professionals : burnout and its associated factors in HIV/AIDS related care. *Psychology and Health*. 1994;9(4):273-83.
8. Marchand A, Demers A, Durand P. Does work really cause distress? The contribution of occupational structure and work organization to the experience of psychological distress. *Social Science & Medecine*. 2005;61:1-14.
9. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer; 1984.
10. Bruchon-Schweitzer ML, Dantzer R. *Introduction à la psychologie de la santé*. Paris : PUF ; 2003.
11. John OP, Gross JJ. Healthy and Unhealthy Emotion Regulation: Personality Processes, Individual Differences, and Life Span Development. *Journal of Personality*. 2004;72 (6): 1301-1334.
12. Endler NS. Stress, Anxiety and Coping : The multidimensional interaction model. *Canadian Psychology / Psychologie Canadienne*. 1997;38(3):137-53.
13. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE, Vaag PR, Jacobs GA. *Manuel for the state anxiety inventory (STAI)*. Palo Alto: Consulting Psychologist Press; 1983.
14. Aldwin CM, Yancoura AY. Coping and Health: A Comparison of the Stress and Trauma Literatures. In : Schnurr PP, Green BL. *Physical Health Consequences of Exposure to Extreme Stress*. Washington, DC: American Psychological Association. 2003.
15. Boudoukha AH. Etude conjointe du burnout et des troubles de stress traumatique dans une population à risques. Cas des professionnels en milieu carcéral. Villeneuve d'Ascq: Université Lille3 Charles-De-Gaulle; 2006.
16. Dowden C, Tellier C. Predicting work-related stress in correctional officers: A meta-analysis. *Journal of Criminal Justice*. 2004;32:31-47.
17. De Conninck G, & Loodts, Patrick. Les risques professionnels des surveillants de prison : recherche exploratoire sur le risque d'être agressé par les détenus et le syndrome de stress post-traumatique. *Revue internationale de criminologie et de police technique et scientifique*. 1999;1:81-98.
18. Augestad LB, Levander S. Personality Health and Job Stress among Employees in a Norwegian Penitentiary and in a Maximum Security Hospital. *Work and Stress*. 1992;6(2):65-79.
19. Laurel M, Gana K, Prud'homme V, Cerclé A. le burn-out chez les personnels des maisons d'arrêt : test du modèle "demande-contrôle" de Karasek. *L'Encéphale*. 2004;XXX:557-63.

20. Direction de l'Administration Pénitentiaire. Statistiques mensuelles de la population écrouée et détenue en France. Paris: Ministère de la Justice; 2008.
21. De Beaurepaire C. Psychopathologie et détention : Données et réflexions cliniques. Revue française des Affaires Sociales. 1997;1:213-24.
22. Coldefy M, Faure P, Prieto N. La santé mentale et le suivi psychiatrique des détenus. Etudes et Résultats. 2001;n°181:1-12.
23. Duburcq A, Bonte J, Coulomb S, Marchand C, Fagniani F, Falissard B. Etude épidémiologique sur la santé mentale des personnes détenues : rapport final. Paris: Ministère de la Santé - Ministère de la Justice; 2006.
24. Mouquet M-C, Dumont M, Bonnevie M-C. La santé à l'entrée en prison : Un cumul de facteur de risque. Etudes et Résultats. 1999;4(janvier 1999):1-10.
25. Mouquet M-C. La santé des personnes entrées en prison en 2003. Etudes et Résultats. 2005:1-12.
26. Galindo C. De la Violence Carcérale : Sources, Perceptions et modes d'expression [Docorat]. Metz: Université de Metz; 2002.
27. Casadamont G. Violence en détention. Paris: Direction de l'Administration Pénitentiaire; 2001.
28. Lhuilier D, Aymard N. L'univers pénitentiaire : Du côté des surveillants de prison. Paris: Desclée De Brouwer; 1997.
29. Safran DA, Tartaglino AJ. Workplace violence in an urban jail setting. In: VandenBos GR, Bulatao EQ, editors. Violence of the Job: Identifying risks and developing solutions. Washington DC.: American Psychological Association; 1996. p. 207-16.
30. Tartaro C. The impact of density on jail violence. Journal of Criminal Justice. 2002;30:499-510.
31. Schat ACH, Kelloway KE. Reducing the adverse consequences of workplace aggression and violence : The buffering effects of organizational support. Journal of Occupational Health Psychology. 2003;8(2):110-22.
32. Lazarus RS. From Psychological stress to the emotions: A History of changing outlooks. Annual Review of Psychology. 1993;44(1):1-21.
33. Coyne JC, Racioppo MW. Never the twain shall meet? Closing the gap between coping research and clinical intervention research. American Psychologist. 2000;55(6):655-64.
34. Endler NS, Parker JD. Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. Journal of personality and Social Psychology. 1990;58(5):844-54.
35. Cousson F, Bruchon-Schweitzer M, Quintard B, Nuissier J, Rasclé N. Analyse multidimensionnelle d'une échelle de coping : Validation française de la W.C.C. (Way of Coping Check List). Psychologie Française. 1996;41-2:155-64.
36. Graziani PL, Rusinek S, Servant D, Hautekèete-Sence D, Hautekèete M. Validation française du questionnaire de coping "Way of coping check-list-revised" (W.C.C.-R.) et analyse des événements stressants du quotidien. Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive. 1998;8(3):100-12.
37. Caverni C. La verbalisation comme source d'observables pour l'étude du fonctionnement cognitif. In: Caverni J-P, Bastien C, Mendelsohn P, Tiberghien G, editors. Modèles et méthodes. Paris: PUF; 1988. p. 253-73.
38. Bruchon-Schweitzer ML, Paulhan I. Le manuel du STAI-Y de CD Spielberger, adaptation française. Paris : ECPA ; 1993.
39. Howell DC. Méthodes statistiques en sciences humaines. Paris: De Boeck; 1998.
40. Cousson-Gélie F, Taylard A, Quintard B. L'évaluation des stratégies de coping chez les patients asthmatiques. Revue Européenne de Psychologie Appliquée. 1998;48(2):89-94.
41. Schultz SM, Alpers GW, Hofmann SG. Negative self focused cognitions mediate the effect of trait social anxiety on state anxiety. Behaviour Research and Therapy. 2008; 46:438-449.

42. Endler NS, Kocovski NL. State and trait anxiety revised. *Journal of anxiety disorders*. 2001;15:231-245.
43. Beck AT, Emery G. *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective*. BasicBooks/HarperCollins Publishers, New-York. 1985
44. Lhuilier D, Aymard N. *L'univers pénitentiaire : Du côté des surveillants de prison*. Paris: Desclée De Brouwer. 1997.
45. Busko V. Transactional stress and coping theory in accounting for psychological states measures. *Medicinski glasnik*. 2007; 4(2):63-70
46. Folkman S, Lazarus, RS. An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of health and social behavior*. 1980; 21:219-239.
47. Zeidner, M. Anxiety and coping with community disasters: the Israeli experience. *Journal of research in personality*. 2007;41: 213-220.
48. Suls J, Fletcher B. The relative efficacy of avoidant and non-avoidant coping strategies. *Health Psychology*. 1985;4:249-88.
49. Chang AML, Bidewell JW, Huntington AD, Daly J, Johnson A, Wilson, H, Lambert VA, Lambert, CE. A survey of role stress, coping and health in Australian and New Zealand Hospital nurses. *International Journal of Nursing Studies*. 2007; 44 : 1354-1362.
50. Folkman, S. Coping and health. In : Halonen, S.F. Davis. *The many faces of psychological research in the 21st century*. Society for the Teaching of Psychology: Syracuse. 2001. pp145-187.
51. Boudoukha AH, Courty B. Burnout des soignants: une perspective étiologique. 35^{ème} journée scientifique de l'association française de thérapie comportementale et cognitive. Paris, décembre 2007.

Tableau 1 : Moyennes et écart-type d'anxiété-état en fonction des nos variables.

Variables Indépendantes		moyenne	Ecart-type
sexe	Hommes (n = 12)	33,8	8,2
	Femmes (n = 38)	32,9	7,4
Profession	Personnel médical psychologues (n = 17)	33,41	7,7
	Personnel paramédical (n = 33)	32,9	8,5
Ancienneté	Jeunes (n = 20)	31,9	7,5
	Anciens (n = 27)	33,4	8,8
Temps d'implication personnes détenues	Temps plein (n = 26)	34,3	8,3
	Temps partiel (n = 23)	31,4	7,8
Type de structure pénitentiaire	Etablissement pour peine (n = 12)	35,9	9,7
	Maison d'arrêt (n = 38)	32,2	7,4

Tableau n°2: Niveaux d'anxiété-état en fonction de nos variables.

Effet des VI sur l'anxiété-état	Statistique	Probabilité
Effet du sexe	$t_{48} = 1,15$	$p = 0.25$ (NS)
Effet de la profession	$t_{48} = 0,19$	$p = 0.84$ (NS)
Effet de l'âge	$F_{(1,47)} = 2,40$	$p = 0.12$ (NS)
Effet de l'ancienneté	$t_{48} = 0,61$	$p = 0.54$ (NS)
Effet du temps d'implication avec les personnes détenues	$t_{48} = 1,21$	$p = 0.23$ (NS)
Effet du type d'établissement	$t_{48} = 1,38$	$p = 0.17$ (NS)

Tableau n°3 : Moyennes des fréquences de copings.

Mode de coping	Moyenne	Ecart Type
Résolution de problème	3.540	0.621
Acceptation de confrontation	3.268	0.520
Prise de distance	3.216	0.480
Réévaluation positive	3.544	0.503
Prise de responsabilité	3.428	0.418
Fuite - Evitement	3.156	0.643
Recherche de soutien social	3.532	0.561
Maîtrise de soi	3.636	0.462

Figure 1 : Moyennes et Ecart-type des différents modes de coping.

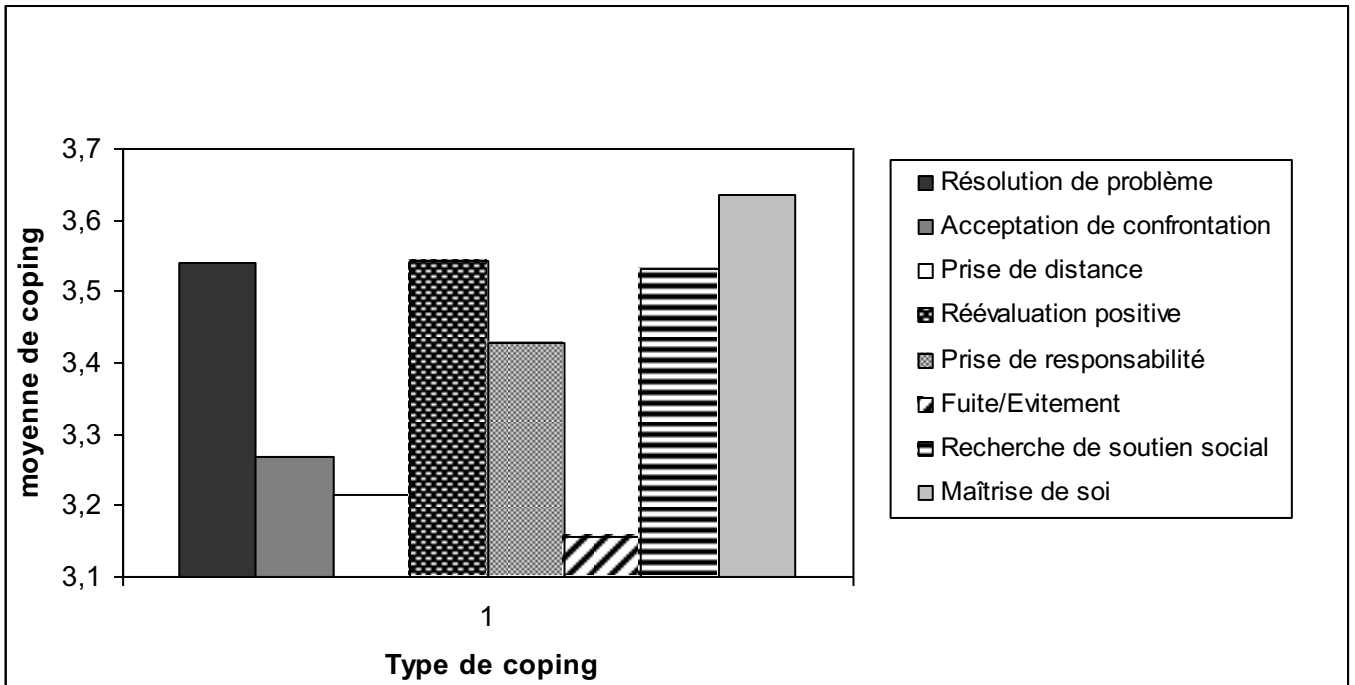


Tableau n°4 : Comparaison *a posteriori* des copings.

Comparaisons <i>post hoc</i> :	<i>statistique</i>	<i>p</i>
Résolution problème/-acceptation confrontation	0,272	.002
Résolution de problème -/prise de distance	0,324	.0003*
Résolution de problème -/fuite évitement	0,384	< .0001*
Résolution problème/- prise de responsabilité	0,112	.212
Résolution de problème -/recherche soutien social	0,008	.929
Résolution de problème -/maîtrise de soi	0,096	.285
acceptation confrontation -/prise de distance	0,052	.562
acceptation confrontation -/réévaluation positive	0,276	.003
acceptation confrontation/- prise Responsabilité	0,160	.072
acceptation confrontation/- fuite évitement	0,060	.504
acceptation confrontation/- recherche soutien	0,264	.003
acceptation confrontation/-Maîtrise de soi	0,368	<.0001*
prise de distance/- réévaluation positive	0,328	<.0001*
prise de distance/- prise de responsabilité	0,212	.018
prise de distance/-recherche soutien social	0,316	.005*
prise de distance- maîtrise de soi	0,420	<.0001*
Réévaluation positive – prise de responsabilité	0,116	.196
prise de responsabilité/- Fuite évitement	0,272	0,02
prise de responsabilité/- recherche soutien social	0,104	.247
prise de responsabilité/maîtrise de soi	0,208	.021
Fuite évitement/Recherche soutien social	0,376	<.0001*
Fuite évitement/Maîtrise de soi	0,480	<.0001*
Recherche soutien social – maîtrise de soi	0,104	.247

* significatif