



جامعة بجاية
Tasdawit n Bgayet
Université de Béjaïa

**UNIVERSITÉ ABDERRAHMANE MIRA BEJAÏA
FACULTÉ DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES
DÉPARTEMENT DES SCIENCES SOCIALES
MÉMOIRE DE FIN DE CYCLE**

**En vue de l'obtention du diplôme de master en
Psychologie du travail, des organisations et GRH**

Thème

L'épuisement professionnel et son impact sur le rendement

des urgentistes

Cas pratique : l'EPH d'Amizour, Bejaia

Réalisé par :

M. Arab Nadjim

Encadré par :

M. Laboudi Fatih

Année universitaire : 2018/2019

Remerciements

En premier lieu, je remercie

Dieu, le tout puissant qui ma permis d'achever ce travail.

Je tiens à remercier aussi :

*En particulier mon Encadreur m. fatih laboudi pour ses
Conseils.*

*Tous les enseignants qui m'ont apporté un plus et
l'ensemble des médecins et infirmiers de l'hôpital d'amizour*

Tous ceux qui m'ont aidés de près ou de

Loin dans la réalisation de ce mémoire.

Dédicaces

Je dédie ce modeste travail :

A ma chère mère ;

A la mémoire de mon père et ma grande mère ;

Mes frères ;

Les femmes des me frères et leurs enfants ;

Mes amis qui sont loin ou près ;

A ma troupe du théâtre « T6 » ;

A mes camarades de la section psychologie du travail et des organisations.

Sommaire

- Liste des tableaux.
- Liste des abréviations.

Introduction

La partie théorique

Chapitre I : Le cadre méthodologique de la recherche.

Préambule

1. Les raisons du choix du thème.....05
2. Les objectifs de la recherche.....05
3. La problématique.....06
4. Les hypothèses.....08
5. Définition des concepts clés.....09
6. Méthodes et techniques de recherches11
7. L'échantillonnage.....13
8. Pré-enquête.....13
9. Les études antérieures14

Synthèse

Chapitre II : l'épuisement professionnel

Préambule

1. Définition de l'épuisement professionnel.....17

| | |
|--|----|
| 2. Historique de l'épuisement professionnel..... | 18 |
| 3. Les différentes dimensions de l'épuisement professionnel..... | 19 |
| 4. Les caractéristiques de l'épuisement professionnel..... | 20 |
| 5. Les troubles qui associent la personnalité épuisée..... | 21 |
| 6. Les étapes d'installation de l'épuisement professionnel..... | 22 |
| 7. Les symptômes de l'épuisement professionnel..... | 23 |
| 8. Les grands modèles du burn-out..... | 29 |
| 9. Les causes du burnout..... | 32 |
| 10. Les conséquences de burn-out..... | 35 |
| 11. Les moyens de prévention de burnout..... | 35 |
| 12. Les instruments de mesures de burnout..... | 37 |

Synthèse

Chapitre III : le rendement

Préambule

| | |
|---|----|
| 1. Définition du rendement..... | 40 |
| 2. Les déterminants et les composants du rendement..... | 41 |
| 3. La gestion du rendement..... | 44 |
| 4. Les buts de la gestion du rendement..... | 45 |
| 5. Types d'évaluations du rendement..... | 46 |
| 6. Les facteurs influençant le rendement humain..... | 48 |

Synthèse

Partie pratique

Chapitre IV : présentation de l'organisme d'accueil

1. Historique de l'EPH d'Amizour.....56
2. Structures de l'EPH d'amizour56
3. Ressources humaines de l'EPH d'Amizour.....59

Chapitre V : analyse et interprétation des données

1. Analyse des résultats..... 61
2. Discussions des hypothèses71

Conclusion

Liste bibliographique

Les annexes

Liste des tableaux

| N° | Les titres | pages |
|-----------|---|--------------|
| 1 | Les services de l'EPH d'Amizour | 58 |
| 2 | Ressources humaine de l'EPH d'Amizour | 59 |
| 3 | Tableau représentatif de l'épuisement professionnel | 61 |
| 4 | les avis sur existence de difficultés lors de l'accomplissement du travail | 62 |
| 5 | avis sur la Prise en charge des patients | 63 |
| 6 | avis sur la surveillance des malades | 64 |
| 7 | l'avis des enquêtés sur la répercussion de l'épuisement sur la santé des malades | 64 |
| 8 | avis sur la satisfaction des urgentistes sur leur qualité de soins | 65 |
| 9 | Avis des enquêtés sur la Satisfaction des patients par rapport a la qualité de soins | 66 |
| 10 | Résultat du test χ^2 de la deuxième hypothèse | 67 |
| 11 | Nature de relation avec les patients | 67 |
| 12 | Temps pour discuter avec les patients | 68 |
| 13 | L'éducation des malades concernant leur maladie | 68 |
| 14 | Existences de difficultés dans la relation avec les patients | 69 |
| 15 | Existences des répercussions de l'épuisement sur la performance des soignants | 69 |
| 16 | Résultats du test χ^2 de la troisième hypothèse | 70 |

Liste des abréviations

- HBI : Homburg Burn OutInventory.
- MBI Maslach Burn-out Inventory.
- OMS : Organisation mondiale de la santé.
- EPH : Etablissement public hospitalier.
- BO : burnout
- BM : Burn out Measure
- OLBI : Oldenburg Burnout Inventory
- BBI : Bergen Burnout Inventory
- SMBM : Shirom-Melamed Burnout Measur
- CESQT : Cuestionario para evaluacion del sindrome de quemarse por el trabajo
- QI : Quotient intellectuel

Introduction

Introduction

Introduction

Dans le milieu professionnel ou le monde de travail de l'Homme, qui se compose de tâches et responsabilités, les devoirs et les contraintes qui peuvent engendrer des problèmes. Le monde de travail est fréquemment menacé par des accidents et risques physiques ou psychosociaux tel que l'épuisement professionnel.

Dans le secteur de la santé plusieurs catégories sont victimes de l'épuisement professionnel, tel que les ambulanciers, infirmiers et médecins urgentistes. Cependant les urgentistes de l'EPH d'Amizour sont beaucoup plus exposés à l'épuisement dont l'une des causes est le nombre de patients traités par jour et la charge de travail.

Le travail des urgentistes est chargé et plein de contraintes, il ne se limite pas aux soins à donner aux patients mais aussi à la manière dont ils doivent procéder et à la bonne communication avec la quelle ils doivent communiquer et avoir de bonne relations avec les malades pour les mettre dans de bonnes conditions et les mettre en confiance afin de bien faire leur travail.

Le rendement des praticiens de la santé sont souvent exposés à plusieurs formes de fatigues que ce soit physique ou morale et même émotionnelle et ça est dû aux responsabilités qu'ils endurent tout au long de la journée, il peut y avoir des conséquences sur le rendement des urgentistes et conséquences néfastes sur la santé des patients.

C'est pour cela qu'on a opté pour le syndrome de l'épuisement professionnel chez les urgentistes de l'EPH d'Amizour qui va nous permettre de comprendre et voir les risques que peut engendrer sur leur rendement.

Ce travail se présente sous deux parties, l'une est théorique et l'autre est pratique.

Introduction

-La partie théorique est composée de trois chapitres qui sont :

Le premier chapitre qui est le cadre méthodologique est composé de préambule, les raisons du choix du thème, les objectifs de la recherche, la problématique, les hypothèses, définition des concepts clés Méthodes et techniques de recherches, pré-enquête et enfin les études antérieures.

Le deuxième qui est l'épuisement professionnel contient Préambule, définition de l'épuisement professionnel, historique de l'épuisement professionnel, les différentes dimensions de l'épuisement professionnel, les caractéristiques de l'épuisement professionnel, les grands modèles du burn-out, les causes du burn-out, les conséquences de burn-out, les moyens de prévention de burnout, les instruments de mesures de burnout et enfin la conclusion du chapitre.

Le troisième qui parle du rendement est composé de Préambule, définition du rendement, les déterminants et les composants du rendement, le lien entre comportement et le rendement des individus, la gestion du rendement, les buts de la gestion du rendement, types d'évaluations du rendement, les facteurs influençant le rendement humain et on conclut par la conclusion du chapitre.

-La deuxième partie de notre travail est divisé en deux chapitres qui sont

Premier chapitre qui concerne l'organisme d'accueil dont on a présenté l'historique de l'EPH d'Amizour, structures de l'EPH et enfin les ressources de l'hôpital.

Le second chapitre se compose de l'analyse et l'interprétation des résultats ainsi que la discussion des hypothèses et on a terminé notre étude par une conclusion générale.

Partie théorique

Chapitre I

Cadre méthodologique

Préambule

On commence notre travail par le premier chapitre de notre recherche, qui est le cadre méthodologique de la recherche, qui consiste à évoquer les raisons du choix de thème, après la problématique, les hypothèses de la recherche, les définitions des concepts clés. Les méthodes utilisées et enfin les études antérieures.

1. Les raisons du choix du thème :

A partir des discussions faite avec des infirmiers et médecins du travail de l'hôpital d'amizour on était intéressé par ce thème afin :

- De découvrir et de voir les réalités du terrain et avoir des connaissances sur le milieu hospitalier.
- Voir les difficultés qu'endurent les urgentistes de cet hôpital.
- Pour avoir des connaissances sur le milieu hospitalier et l'épuisement professionnel chez les urgentistes.

2. Les objectifs de la recherche :

Dans chaque recherche scientifique le chercheur vise des objectifs ; et dans notre étude de l'épuisement professionnel et le rendement chez les urgentistes de l'EPH d'Amizour, nous voudrions : vérifier l'existence de ce phénomène au sein de l'hôpital d'Amizour

- Découvrir les raisons de l'épuisement professionnel chez les urgentistes de l'hôpital.
- Connaitre les conséquences de l'épuisement professionnel afin de proposer des solutions.
- Comprendre l'impact de l'épuisement professionnel sur rendement des urgentistes de cet hôpital.

3. Problématique :

Le travail est une activité développée pour objectif précis, elle peut être de nature manuelle ou intellectuelle et source d'effort. Alors en général, le travail a été autrefois dans les sociétés archaïques définies comme étant une distribution des activités selon des objectifs pratiques et besoins non matériels liés au statut et prestige en fonctions des rapports sociaux et culturels. (Grawitz Madeline 2004, p. 407-408).

Depuis le début du siècle, avec l'évolution rapide qu'à connus nos sociétés, on voit de plus en plus des dégâts importants qui ont étaient causés aussi bien sur le plan physique que psychologique, donc, Le milieu de travail est devenu un porteur de malaise pour le sujet, le stress est le signe marqué pratiquement chez un grand nombre de salariés .ce stress, vécu comme une expérience négative, génère à la fois du mal-être, c'est indéniable mais aussi, dans certains cas, de véritables maladies. (A.H.Boudouhka, 2009.p.3)

Pour cela la santé au travail est considérée comme primordiale, une question préoccupante dans tous les pays, vu les maladies professionnelles qui sont en croissance continue. La santé des salariés est devenue un enjeu sur le plan socioprofessionnel et juridique.

Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS, 2001), la santé n'est pas que l'absence de la maladie ou de déficience, c'est aussi un état de bien-être mental et social. Elle définit également la santé comme étant le bien-être qui permet à la personne de se réaliser et de s'ajuster aux exigences normales de la vie, qui lui permet également de travailler de manière efficace et productive et d'apporter sa contribution à sa communauté.

Les individus se rendent au travail avec leur personnalité, avec leurs attentes. Des facteurs de risque personnels et organisationnels ont été mis en évidence Comme l'épuisement professionnel qui est une cause importante de

problèmes de santé mentale et de climat de travail défavorable, il est possible de pouvoir reconnaître le problème avant d'en arriver à un arrêt de Travail.

Ce syndrome qui est l'épuisement professionnel est devenu un terme à la mode et depuis quelques années.

« L'épuisement professionnel résulte d'un stress professionnel persistant et de tension continus, il constitue le stade final d'une rupture d'adaptation qui résulte d'un déséquilibre à long terme entre les exigences professionnelles et les ressources de l'individu» (E.Grebot, 2008, p103)

L'épuisement professionnel est étudié par plusieurs chercheurs, il est surtout devenu un phénomène important dans le monde du travail et dans les différents champs de la pensée ergonomique, sociologique et psychologique.

D'après Pascal Marie et al : « le Burn-out » est l'épuisement des ressources physiques et émotionnelles d'un individu du fait d'une trop longue exposition à des conditions de stress ou de frustration dans sa pratique professionnelle. (Marie Pascal et al, 2004/3, page 27)

Ce syndrome est souvent observé chez les personnes qui viennent à l'aide des autres qui ont besoin comme les pompiers ou l'équipes médicales travaillant dans des centres de soins ou hôpitaux.

Le travail des médecins et infirmiers urgentistes n'est pas aussi simple, car c'est une profession qui nécessite beaucoup d'effort et d'énergie lors des interventions d'urgence. Cela signifie qu'ils sont certainement confrontés à des pressions fréquentes, mais ils peuvent aussi manifester un état de fatigue physique et psychique et un stress chronique jusqu'à ce qu'ils perdent leurs forces et se retrouvent dans une situation d'épuisement, caractérisée par un sentiment de fatigue intense, de perte de contrôle et d'incapacité à aboutir à des résultats concrets au travail. Par conséquent il peut se répercuter sur les patients.

L'entreprise pour qu'elle soit satisfaite du rendement de ses salariés, elle doit mettre en place une politique adéquate au travail, qu'elle recherche un

climat professionnel dépourvu de risque. L'appréciation du rendement des salariés est du ressort de la gestion des ressources humaines.

Le terme rendement exprime de façon concrète et générale comme étant une forme d'un ratio entre le résultat, le temps et le nombre d'outils nécessaire à son efficacité.

Enfin, toutes entreprises quelques soient leurs tailles ou domaines, elles cherchent toujours d'en tirer le meilleur de leurs employés c'est-à-dire le rendement qu'elle attend de leur part.

Afin d'établir les réalités qu'endurent les médecins et infirmiers urgentistes dans les hôpitaux on a opté pour le thème, l'impact de l'épuisement professionnel sur le rendement des employés

Dans ce contexte, nous voudrions découvrir les risques que peut provoquer l'épuisement professionnel chez les médecins et urgentistes de l'EPH d'Amizour et pour cela on à penser que c'est nécessaire de poser cette question :

Quel est l'impact de l'épuisement professionnel sur le rendement des médecins et urgentistes de l'EPH d'amizour ?

- Les urgentistes de l'EPH d'Amizour souffrent-ils de l'épuisement professionnel ?
- L'épuisement professionnel a-t-il un impact sur la qualité de soins aux urgences de l'EPH D'Amizour ?
- L'épuisement professionnel a-t-il un impact sur la relation soignant soigné ?

4. Les hypothèses :

Afin de réponde aux questions posées, la première chose à faire est d'émettre des énoncés sous forme d'hypothèses. Elles sont formulées afin de vérifier conformité de la prédiction avec la réalité.

« Une hypothèse est une proposition qui anticipe une relation entre deux termes qui, selon les cas, peuvent être des concepts, ou des phénomènes. Une

proposition provisoire, une présomption, qui demande à être vérifiée ». (Quivy Raymond, 1998, p129.)

D'après notre pré-enquête nous avons pu déduire quelques indicateurs portants des éléments de réponse à notre problématique. Ces derniers, ont contribué à la formulation de trois hypothèses à savoir :

Hypothèse1 :

- Les infirmiers et médecins urgentistes de l'EPH d'Amizour sont touchés par l'épuisement professionnel dans leur travail.

Dans les établissements de santé, la présence de l'épuisement professionnel peut influencer sur la santé des soignants et leur rendement. Le service des urgences de l'EPH d'Amizour présente un épuisement intense à cause du nombre de malades traités par jour.

Hypothèse 2 :

- L'épuisement professionnel influence sur la qualité des soins.

L'exécution des tâches médicales sont difficiles à réaliser par le personnel soignant, à cause du nombre de patients et le travail répétitif par jour.

Hypothèse3 :

- L'épuisement professionnel influence sur la relation et la communication entre soignants et soignés.

À cause de la charge de travail qu'endurent les urgentistes, ils ne trouvent plus le temps pour discuter avec les patients.

5. Définition des concepts clés :

- Définition de l'épuisement professionnel :

Freudenberger et Richelson, décrivent le burnout comme un état de fatigue et de frustration, de dépression provoqué par la dévotion à une cause, un

mode de vie, ou une relation et qui échouer à produire les résultats espérés. (Assaad el Akremi et all, 2006, p.315)

- **Définition opérationnelle de l'épuisement professionnel :**

L'épuisement professionnel est un sentiment négatif lié au travail il touche souvent les personnes qui viennent à l'aide des personnes malades. Il est caractérisé par un état émotionnel négatif et diminution du sentiment de responsabilité.

- **Définition du rendement :**

« La notion de rendement utilisée pour mesurer et présenter la productivité d'un facteur de production (travail, capital, terres), c'est-à-dire la quantité de production réalisée par une unité de facteur. On peut ainsi calculer le rendement d'un salarié (nombre des pièces réalisées par un salarié ou nombre de pièces réalisée pendant une heure de travail). Le rendement d'une machine (nombre de pièces réalisées pendant une heure de fonctionnement de la machine) ou le rendement d'une terre nombre des quintaux de blé à l'hectare ». (Dictionnaire d'économie et de science sociale, 2002, p342)

- **Définition opérationnelle du rendement :**

Le rendement est la qualité des soins qu'un urgentiste doit se doter afin de réaliser ses soins et la relation qu'il doit avoir avec ses patients afin de travailler dans de meilleures conditions possibles.

- **Définition de relation :**

Communication avec d'autres personnes nous avons surtout des relations d'affaires et de bon voisinage. Nouer avec une personne des relations professionnelles mondaines (fréquentations). (Grawitz Madeleine, 2000, P, 302)

- Définition opérationnelle de relation :

La relation est l'interaction qu'il peut y avoir entre deux ou plusieurs personnes dans un milieu professionnel surtout dans le milieu hospitalier on peut parler d'aide d'une personne à une autre. Par exemple (relation soignant-soigné).

- Qualité de soins :

Selon l'institut de médecine Américain, 1990 « la qualité des soins est la capacité des services de santé destinés aux individus et aux populations d'augmenter la probabilité d'atteindre les résultats de santé souhaités, en conformité avec les connaissances professionnelles du moment. » (Claire Hurlimann, 2001, P24)

- Définition opérationnelle de qualité de soins :

La qualité de soins renvoi à l'efficacité dont un médecin ou infirmier doit se doter afin d'atteindre ses objectifs en respectant les pratiques adéquates pour chaque cas dans le but de réaliser le soin nécessaire.

6. Méthode et techniques de recherches :**6.1 La méthode :**

Dans notre travail on à opter pour la méthode quantitative afin de mesurer l'épuisement professionnel d'une part et la qualité de soin et relation soignants-soignés d'une autre part.

Définition de la méthode quantitative : « est un ensemble de procédures pour mesurer des phénomènes... les mesures peuvent être ordinaires du genre plus grand ou plus petit ou numérique avec usage de calculs ». (Raymond Boudon, 1970, p.8)

6.2. Technique de recherche :**6.2.1. L'échelle de Maslach (MBI) :**

Afin de mesurer l'épuisement professionnel dans l'hôpital d'Amizour on à opté pour l'échelle de Maslach (mbi) qui ce compose de 22 items

répartis en trois dimensions, première dimension qui renvoie à l'épuisement émotionnel, deuxième dimension renvoie à la dépersonnalisation et enfin le troisième renvoi à l'échec d'accomplissement personnel.

6.2.2. Questionnaire :

Le questionnaire est défini comme suite : « technique directe d'investigation scientifique utilisée auprès d'individus, qui permet de les interroger de façon directive et de faire un prélèvement quantitatif en vue de trouver des relations mathématiques et de faire des comparaisons chiffrées » (Javeau Claude, l'enquête par questionnaire, 1999, p29)

Nous avons opté pour cette technique, afin de vérifier les hypothèses qu'on a formulé, et ce choix n'est pas dû au hasard, mais pour raisons précises :

- Vouloir enquêter auprès de l'ensemble de la population des salariés, et ne pas se limiter à un effectif restreint.
- Des difficultés de rencontrer des salariés qui se trouvent dans l'entreprise.
- Manque de temps et d'opportunités que nous offre cette technique, du moment qu'elle permet de rassembler un maximum d'informations.

Notre questionnaire contient au total 11 questions. Ces questions sont posées ; soit sous forme de questions fermées qui « sont celles où le choix et la liberté d'expression de l'enquêté sont réduits au minimum ». (Angers Maurice, 1997, p146), Dans ce genre de question, l'enquêté n'a qu'à cocher l'une des réponses proposées.

Le questionnaire englobe deux axes qui sont :

- Le premier axe : concerne la qualité des soins chez les urgentistes de l'EPH d'Amizour.
- Le deuxième axe : concerne la relation soignants-soigné.

7. L'échantillonnage :

L'établissement hospitalier d'Amizour contient 315 travailleurs dans personnel médical et paramédical.

40 médecins et infirmiers travaillent dans le service des urgences, Pour ce la nous avons opté pour un échantillonnage ciblé qui est le personnel médical des urgences, on a distribué 40 questionnaires et récupérer 36.

8. Pré-enquête :

En vue de découvrir notre terrain, ainsi de choisir les aspects qui vont être pris en considération dans notre recherche, nous avons réalisé une pré-enquête qui nous donnera une idée générale sur notre terrain d'étude et pour bien construire le questionnaire et saisir la réalité sur le terrain lors de l'enquête.

Durant notre recherche sur l'impact de l'épuisement professionnel sur le rendement des salariés ; notre pré-enquête nous a permis d'établir un bon contact avec les différentes ressources médicales de l'hôpital que ce soit médecin chef, médecin de travail et les urgentistes eux-mêmes qui ont donné leur consentement afin de collecter des informations empiriques et d'avoir une vision claire à propos de notre thème. Cette pré-enquête s'est effectuée en posant des questions ouvertes liées directement à notre sujet, qui ont pour la suite nous ont aidé à la construction de notre questionnaire.

Nous avons appliqué le questionnaire sur dix urgentistes aléatoirement afin de vérifier les caractéristiques psychométriques du questionnaire et les résultats obtenus nous en confirmé la fiabilité du questionnaire.

La confirmation a été faite par la méthode alpha cronbach.

| Alpha cronbach | Nombre d'éléments |
|----------------|-------------------|
| 0.620 | 33 |

Signification=0.6

9. Les études antérieures

-La première étude concerne l'étude de BENATIA YACINE auteur d'un mémoire, pour l'obtention du diplôme de Magister en psychologie clinique, à l'université Mentouri de Constantine de la faculté des sciences humaines et sociales, dont le thème port sur l'épuisement professionnelle chez les infirmiers urgentistes.

L'objectif de cette étude vise à démontrer l'épuisement professionnel chez les infirmiers urgentistes de la wilaya de Constantine, en ce qui concerne les facteurs socioprofessionnel, les conditions de travail dans le service des urgences.

La méthode utilisée s'inscrit dans une recherche quantitative, basée sur un questionnaire a travers une échelle d'auto évolution s'appel HBI ou Homburg Burn OutInvontry.

L'échantillon utilisé est l'ensemble des infirmiers exerçant dans les services des urgences de la wilaya de Constantine est de 526 infirmiers qui présente la population mère, est seulement 435 qui ont participé au questionnaire.

D'après les résultats obtenus à partir de l'échelle HBI, résulter les caractéristiques suivantes :

L'épuisement émotionnel(33,56), le sentiment d'impuissance(50), le vide intérieur (30 ,80), le ras-le bol professionnel (35,86), et la réaction agressive(80,50), ce qui signifie que l'épuisement professionnel affect un taux important d'infirmiers urgentiste. (Benatia yacine ,2007/2008, p.110-147)

-Deuxième étude réalisée par Mme BOULEKROUNE. Nora, en (2008) sur l'épuisement professionnel chez les enseignants supérieurs à l'université de Mentouri de Constantine. Sa recherche est portée sur un ensemble de (322) enseignants permanant repartit sur l'ensemble des facultés.

Afin de vérifier ces hypothèses, elle a utilisé l'échelle conventionnelle MBI (Maslach Burn-out Inventory) et un questionnaire construit à la base sur les données recueillis.

Les résultats de cette recherche obtenue à partir du traitement statistique des données recueillies, ont permis de constater d'une part que 40% des enseignants présentent un épuisement émotionnel, 18% des enseignants manifestent une deshumanisation, et 47% manifestent un manque d'accomplissement personnel. D'autre part les résultats reflètent l'impact négatif de l'insatisfaction des enseignants envers leurs conditions de travail en général. (bu.umc.ed.dz/thèses/psychologie/Bou976.pdf). Consulté le 03/05/2019 à 11h30

Synthèse :

Dans ce premier chapitre on a commencé notre étude sur le thème de l'épuisement professionnel et son impact sur le rendement des urgentistes. On a parlé des démarches et les objectifs à atteindre, les outils utilisés et posé les questions pour qu'à la fin les vérifier.

Chapitre II

L'épuisement professionnel

Préambule :

L'épuisement professionnel, aussi connu sous le nom de burn-out, les recherches a propos de ces termes ont beaucoup évolués, il est notamment utilisé dans le domaine de la psychologie et surtout défini comme un déséquilibre qui est dû au stress et il touche souvent les soignants et les personnes qui viennent à l'aide des autres régulièrement.

1-La définition de l'épuisement professionnel :

En 1974, Herbert J.Freudenberger, propose une première définition de l'épuisement professionnel, fondée sur celle du dictionnaire Webster dont D.Bedard et A.Duquettee donnent la traduction suivante : « l'épuisement professionnel est un état causé par l'utilisation excessive de son énergie et de ses ressources, qui provoque un sentiment d'avoir échoué, d'être épuisé ou encore d'être exténué » (P.Canoui 2008 p10)

« L'épuisement professionnel ne se sur-pose pas à un diagnostic psychiatrique, il peut mener à la dépression englobe et dépasse le stress professionnel et donne une perte de sens au travail ». (M.Delbrouk, 2004, p.39)

Pour Pines, Aronson & Kafry (1981) : Le Burnout est caractérisé par un épuisement Physique, par un sentiment d'impuissance et de désespoir, par un assèchement émotionnel et par un développement du concept de soi négatif et d'attitudes négatives envers son travail, la vie et les autres personnes » (N.Boulkroun, 2008, P.68)

Ils existent aussi plusieurs appellations de l'épuisement professionnel tels que: Fatigue compassionnelle, Burn out, et le syndrome d'épuisement professionnel :

-Le Burn-out :

Selon Philippe Zawieja : « Le Burn out est un état d'esprit durable, négatif et lié au travail affectant des individus normaux. Il est d'abord marqué par l'épuisement, accompagné d'anxiété et de stress dépassé, d'un sentiment d'amoindrissement de l'efficacité, d'une chute de la motivation et

de développement de comportement dysfonctionnels au travail. Cette condition physique est progressive et peut longtemps passer inaperçue du sujet lui-même. Elle résulte d'une inadéquation entre les intentions et la réalité professionnelle ». (Philippe Zawieja, 2015, p.15)

-Fatigue compassionnelle :

Selon le même auteur : « la fatigue compassionnelle désigne le sentiment d'épuisement physique et émotionnel que les professionnels de la relation d'aide sont susceptibles de développer au contact de la souffrance, au point que leur vision du monde et leurs croyances fondamentales en sont profondément et durablement ébranlées ». (Philippe zawieja, 2015, p.20)

- Le syndrome d'épuisement professionnel :

Selon Richard Delaye et Stéphane Boudrandi : « L'épuisement professionnel, le burnout (BO), n'est pas considéré comme une maladie mais plutôt comme un syndrome, que l'on peut tout à fait classer dans les réactions individuelles de stress psychique (indicateurs cognitivo-émotionnels et comportementaux). Il s'agit très souvent des effets négatifs du stress professionnel». (Delaye richard et boudrandi stéphane, 2010, p.255.)

- Le karoshi :

Le karoshi est l'équivalent japonais du phénomène anglo-saxon de burnout, le karoshi ou « mort par la fatigue au travail » désigne un épuisement qui peut aboutir au suicide et à la mort. Ce syndrome dit « de mort par surmenage » est le degré absolu du burnout. La mort résulte de la destruction des glandes surrénales » (Élisabeth Grebot, 2088, p.104).

2-Historique de l'épuisement professionnel :

La naissance de Burn out est apparu dans les années 1969, mais le verbe « to burn out» est déclaré pour la première fois par Shakespeare dès 1599, dans le septième sonnet de son recueil The Passionate Pilgrim.

En 1969 H.B. Bradley utilise le terme burn out dans un article de la revue *Crime & Delinquency*.¹

Le phénomène « **burn out syndrome** » est apparu aux Etats-Unis durant les années 70, le psychiatre Herbert J. Freudenberger est l'un des premiers qui a parlé et écrit sur le burn out, et après elle vient Christina Maslach, chercheur en psychologie qui découvre le burn out lors d'une étude sur le stress émotionnel en 1976.

L'un des premiers à écrire un article sur le burnout est Herbert J. Freudenberger, psychiatre et psychanalyste américain qui travaille dans une école spécialisée dans la prise en charge des toxicomanes. Il créa ce concept au début des années 70 en constatant la perte de motivation chez des bénévoles qui encadraient des toxicomanes et se décourageaient au bout d'environ une année d'activité.

Il suggère que les pressions et les exigences professionnelles exercées sur les ressources d'un individu finissent par le conduire à un important état de frustration et de fatigue. Le professionnel s'épuise alors en essayant de répondre à certaines obligations imposées, soit par son milieu de travail, ou par lui-même. (AH.Boudouhka, 2009, P.11).

3- Les différentes dimensions de l'épuisement professionnel :

La psychologue social et chercheuse américaine Christina Maslach caractérise l'épuisement professionnel par trois dimensions qui sont : l'épuisement émotionnel ; La dépersonnalisation ou la déshumanisation et l'échec de l'accomplissement personnel.

3-1 L'épuisement émotionnel :

Physique et psychique, il entraîne un vide, une fatigue non rétrocedant au sommeil, un comportement inhabituel face à une émotion quelconque (crise de larmes par exemple)... « Mauranges A, 2002 ».

3-2 La dépersonnalisation ou la déshumanisation :

Selon Élisabeth Grebot : la dépersonnalisation, « Représente la dimension interpersonnelle du burnout. Elle renvoie à des attitudes impersonnelles, négatives, détachées, cyniques, méprisantes envers les personnes dont on a la charge ou la responsabilité : les élèves pour les enseignants, les malades pour les soignants, les clients pour les commerciaux, etc. La déshumanisation est diagnostiquée quand la personne devient négative envers ses collègues, ses clients ou ses patients ». (Élisabeth Grebot, 2008, p.108)

3-3- L'échec de l'accomplissement personnel :

Selon le même auteur : « La personne a une vision très négative de sa vie professionnelle et personnelle qui apparaît comme un échec total. Elle pense avoir tout raté, aussi bien sa vie privée que son travail. Ce sentiment d'échec profond évoque fortement un état dépressif. Les idéaux qui présidaient au début de la carrière sont déçus, les illusions s'évanouissent, laissant la personne devant le gouffre vertigineux de la réalité et de son fort intérieur. La culpabilité et la démotivation l'entraînent dans le cercle vicieux de l'absentéisme et du désinvestissement » (Élisabeth Grebot, 2008, p.109)

4-Les caractéristiques de l'épuisement professionnel :

L'épuisement professionnel provoque un changement négatif des attitudes relatives au travail. On peut caractériser ce changement par :

- Une charge de travail élevée: ce qui provoque un sentiment de fatigue et d'épuisement.
- Le manque d'autonomie : ne participer à aucune ou à peu de décisions liées à sa tâche.

- Le désaccord avec des objectifs institutionnels qui cadrent mal avec les valeurs du professionnel.
- L'étendue limitée des interactions dans la mesure où le professionnel se focalise sur un aspect très circonscrit de la situation des victimes.
- Le Déséquilibre entre les efforts fournis et la reconnaissance obtenue de la part de l'employeur ou du supérieur immédiat, ce qui provoque un sentiment d'insatisfaction. (A.EL Akremi, S .Guerrero, J .P neveu, 2006, p. 315).

5. Les troubles qui associent la personnalité épuisée :

L'épuisement professionnel est un syndrome qui touche tous les coté de la personnalité psychique ou autres, donc parmi les troubles qui associer la personnalité qui souffre du syndrome d'épuisement professionnel en trouve :

- Les troubles somatique sont variés : asthénie, douleurs (céphalées, gastralgies dorsalgies, myalgies), perturbations des équilibre physiologique (cardiovasculaire, digestif, hormonal, immunitaire, et du rythme ville-sommeil) ;
- Les troubles du psychiques sont également nombreux et variés : angoisse, dépression, révolte, sentiment de défaite, manque de confiance en soi, anomalies de la cognition et du langage ;
- Les trouble du comportement sont la discrétion, puis l'irritabilité, l'habilité émotionnelle, le cynisme, etc. L'évolution se fait vers un état grandissant de fatigue, de moindre efficacité, de retrait et d'apathie, ou au contraire vers une sorte de comportement névrotique avec incapacité à se détacher d'un travail que l'on ne parvient plus à accomplir ;

- Le stress apparaît quand les capacités d'adaptation de l'individu sont dépassées. Il dépend donc de l'interaction entre une personne et son environnement : un facteur n'est jugé stressant que parce qu'il est perçu comme tel. (Patrick. M. 2007, P. 32).

6. Les étapes d'installation de l'épuisement professionnel :

6-1- L'enthousiasme idéaliste :

Il s'agit d'une attitude qui caractérise plutôt le débutant, avec des attitudes chimériques, des espoirs irréalistes, une attente inadaptée à la gravité ou à la chronicité des troubles. Tout cela est associé à un surinvestissement dans sa fonction propre et à un très important niveau d'énergie consacré aux soins, d'où cette notion de "brûlure". L'individu qui s'essouffle a l'impression que le travail va remplir sa vie et combler toutes ses carences, ce qui explique une importante déperdition d'énergie qui contraste avec le peu d'efficacité constatée.

C'est là tout le problème de la relation d'aide : l'Homme est un être de dialogue et il doit, pour s'épanouir, aller au-devant d'autrui. Mais s'il se donne trop, il se brûle et risque d'être grignoté ou dévoré par celui dont les demandes sont intarissables à qui il faut enseigner l'acceptation de la frustration.

6-2-La stagnation inefficace :

Le travail perd son aspect primordial. Il se produit un désinvestissement progressif qui fait qu'il n'est plus vécu comme excitant. En revanche, les revendications personnelles prennent la première place (aménagement d'horaires, revenu, promotion), comme si l'individu avait la sensation qu'il s'était "fait avoir" et cherche une réparation externe. Le travail, d'excellent objet qu'il était, devient un objet qui nous a abusés. Le "Moi" s'est appauvri au cours de cette expérience qui a consisté pour lui à travailler à perte.

6-3- Le sentiment de frustration :

C'est à ce moment-là que se développent classiquement les troubles physiques, comportementaux et émotionnels décrits par la suite. Le sujet

s'interroge sur le sens de son travail, remet en cause ses choix, se sent mal, n'a plus envie de travailler. Il doute de son efficacité dans la relation d'aide. S'installe alors une période de questionnement sur la pertinence de ses choix professionnels. L'envie de mutation ou de reconversion survient, associée à l'impression qu'il ne pourra rien faire d'autre, qu'il est un bon à rien. C'est à ce moment crucial que la réaction dépressive le guette.

6-4-L'apathie désabusée et la position de sécurité

L'individu se sent presque chroniquement frustré au travail, tout en reconnaissant qu'il en a besoin pour des raisons purement économiques, ce qui est quelque peu réducteur et lui renvoie une image dévalorisée de lui-même. Il cherche alors à éviter les conflits et les relations humaines, se met sur la touche, se protège de tout ce qui pourrait le mettre en danger. (E.Grebot., 2008, p.119, 120,121)

7-Les symptômes de l'épuisement professionnel

7.1. Sur le plan physique

On remarque des signes et des symptômes somatiques non spécifiques comme une fatigue ou une lassitude, des troubles du sommeil, des infections rhinopharyngées, grippales ou pseudo-grippales prolongé ou répétées. Les troubles fréquents du comportement alimentaire tiennent une place particulière dans une population jeune et essentiellement féminine. (Canoui. P, & Mauranges A, 2008, p.9).

7.2. Sur le plan psychique :

On note des manifestations inhabituelles pour le sujet telles qu'une irritabilité trop importante, une sensibilité accrue aux frustrations, une labilité émotionnelle marquée, reflet d'une surcharge émotionnelle, une méfiance, une rigidité envers autrui, une attitude cynique ou de toute puissance. (Wiertz R., 2012, p.21)

7.3. Sur le plan comportemental :

Sur ce plan, on observe des manifestations moins habituelles pour le sujet : en effet, on note l'installation d'attitudes dites défensives : une rigidité, une résistance excessive au changement, des attitudes négatives, pessimistes. On constate un pseudo-activisme : le sujet passe encore plus de temps sur son lieu de travail alors que, sans s'en rendre compte son efficacité ne fait que décliner.

L'évolution se fait vers un état de fatigue qui s'accroît avec le temps. Le sujet peut alors être amené à faire usage d'alcool ou recourir à l'automédication, de psychotropes pour tenir le coup.

Aux yeux de ses collègues le sujet paraît déprimé, cependant fait de grand effort pour tenir son poste dans un contexte peut-être gratifiant.

Paradoxalement ne peut quitter un travail devenu source de souffrance, réalisant ainsi un tableau d'acharnement au travail, ce comportement pathologique est marqué par un présentisme anormal au travail.

D'autres réactions sont possibles face à cet état d'épuisement : un désir de changement, parfois radical, voire un évitement, une fuite du travail qui devient intolérable. On observe alors un absentéisme progressif, répété et aggravant. (Canoui P., & Mauranges A., 2008, p.10)

7-2- Symptômes d'alerte de la phase initiale :

7-2-1- Consommation énergétique excessive :

- hyperactivité
- heures supplémentaires volontaires et non payées
- sentiment d'être indispensable
- sentiment de ne pas avoir le temps
- déni des échecs et des déceptions
- limitation des relations sociales aux seuls clients ou usagers

7-2-2- Épuisement :

- impossibilité de s'arrêter, de marquer une coupure
- manque d'énergie - sommeil non réparateur

- élévation du risque d'accident

7-2-3- Réduction de l'engagement :

7.2.3.1. Envers les clients, patients, usagers, etc.

- désillusionnement
- perte des sentiments positifs à l'égard des clients
- prise de distance évitement des relations avec les clients et/ou les collègues
- troubles de l'attention au contact des clients
- substitution de la relation d'aide par une relation de surveillance et de contrôle
- imputation des problèmes aux clients
- meilleure acceptation de moyens de contrôle comme les tranquillisants ou les punitions
- catalogage des clients en stéréotypes
- utilisation plus fréquente du jargon professionnel
- déshumanisation

7.2.3.2. Envers autrui en général :

- incapacité de donner
- froideur
- perte d'empathie
- incompréhension
- difficultés à écouter
- cynisme

7.2.3.3. Envers le travail :

- perte de l'idéalisme
- désillusionnement
- disposition négative vis-à-vis du travail
- réticence et ras-le-bol - perte de l'envie d'aller au travail
- surveillance constante de l'heure

- fantasmes d'évasion
- rêveries diurnes
- multiplication des pauses
- heures d'arrivée retardées
- heures de départ avancées
- absentéisme
- importance donnée au temps libre, renaissance durant le week-end
- importance accrue donnée aux conditions de travail Matérielles
- Relèvement des exigences
- recentrage sur ses exigences propres
- impression d'un manque de reconnaissance
- impression d'être exploité
- jalousie
- problèmes familiaux
- conflits avec ses enfants

7-2-4- Réactions émotionnelles :

- Dépression
- sentiment de culpabilité
- affaiblissement de l'amour-propre
- sentiment d'insuffisance
- pensées vagabondes
- apitoiement sur soi
- perte du sens de l'humour
- peur, angoisse, nervosité diffuses
- labilité thymique
- instabilité émotionnelle
- amertume
- émoussement, impression de vacuité
- impression de faiblesse

- envies de pleurer
- agitation
- sentiment de désespoir, d'impuissance
- pessimisme, fatalisme
- apathie
- idées suicidaires
- Agressivité
- imputation de la situation aux autres et au « système »
- reproches adressés à autrui
- minimisation de sa propre part
- impatience
- humeur maussade
- intolérance
- inaptitude au compromis
- irritabilité
- négativité
- colère et ressentiment
- disposition défensive voire paranoïde
- méfiance
- conflits fréquents avec autrui

7-2-5- Démobilisation :

- Diminution de l'efficacité cognitive
- troubles de la concentration et de la mémoire
- inaptitude aux tâches complexes
- inexactitude
- désorganisation
- indécision
- Démotivation
- perte de la capacité d'initiative

- perte de productivité
- grève du zèle
- Perte de créativité
- moindre fantaisie
- moindre flexibilité
- Dédifférenciation
- manichéisme
- résistance au changement de toute nature

7-2-6- Superficialité :

- De la vie émotionnelle
- superficialité des réactions émotionnelles
- indifférence
- De la vie sociale
- amoindrissement de la sympathie ressentie ou exagération du lien à certaines personnes
- évitement des contacts informels
- recherche de contacts plus intéressants
- évitement des conversations relatives à son propre travail
- excentricité
- recentrage de la préoccupation sur soi-même
- solitude
- De la vie spirituelle
- abandon des hobbies
- désintérêt
- ennui

7-2-7-Réactions psychosomatiques :

- affaiblissement immunitaire
- trouble de sommeil
- cauchemars

- troubles sexuels
- rougissements
- palpitations
- sentiment d'oppression thoracique
- respiration courte
- accélération du pouls
- hypertension artérielle
- tensions musculaires
- mal de dos - migraines
- tics - dérèglements digestifs
- nausées
- ulcères gastroduodénaux
- prise ou perte de poids
- modification des habitudes alimentaires
- augmentation de la consommation d'alcool, de café, de tabac ou d'autres drogues

7-2-8- Désespoir :

- rapport négatif à la vie
- nihilisme, perte de sens
- idées suicidaires
- désespoir existentiel (Burisch, 2010, p. 25-26) consulté le 16/06/2019 à 14h30.

8- Les grands modèles du burn out :

Il existe de nombreux modèles de burn out, que nous allons évoquer selon leurs apparitions :

8.1. Le modèle de Freudenberger :

Fait d'un engagement excessif, répondant à une demande trop intense, la cause du burnout, désigné comme la « maladie du battant ». Les salariés les plus engagés sont aussi les plus exposés car, dictées par l'idéalisme et la recherche de

butts tels que la reconnaissance et la gratitude, leurs attentes sont rapidement attaquées par la confrontation à la réalité et la routine. De sorte que le burnout est « un état de fatigue et de frustration, de dépression, provoqué par l'engagement dans une cause, un mode de vie ou une relation et qui échoue à produire les résultats escomptés » (Freudenberger et Richelson, 1980, p. 13).

8.2. Le modèle de Cherniss :

Fait du burnout un processus se déroulant en trois étapes : une étape de stress professionnel, où les exigences dépassent les ressources du sujet, fait place à une étape de tension (strain), réponse émotionnelle au stress dominée par l'accablement, l'anxiété et l'épuisement. La dernière phase, dite de « coping défensif », amène diverses modifications attitudinales et comportementales ne procurant qu'un soulagement passager (détachement, cynisme, demandes de gratifications). (Épuisement professionnel : principales approches conceptuelles, cliniques et psychométriques Philippe Zawieja, Franck Guarnieri, pdf) consulté le 08/05/2019 à 10h40.

8.3. Le modèle de Lauderdale :

Distingue trois stades de burnout : la confusion (sentiment vague que quelque chose ne va pas), la frustration (insatisfaction, colère, changement de travail, dorsalgies et migraines modérées, etc.) et le désespoir (sentiment d'insuffisance et d'absurdité, cynisme, méfiance, apathie). Le burnout résulte ici de la déception lorsque la réalité ne répond pas ou plus aux attentes que le sujet avait placées dans son travail. (Épuisement professionnel : principales approches conceptuelles, cliniques et psychométriques Philippe Zawieja, Franck Guarnieri, pdf) consulté le 08/05/2019 à 10h40.

8.4. Le modèle de Meier :

Définit le burnout comme « un état dans lequel les individus attendent du travail une faible récompense mais une forte punition, en raison du manque de renforcements auxquels ils attribuent de l'importance, de résultats contrôlables, ou de compétences personnelles ». Meier distingue en effet quatre types

d'attentes contribuant au burnout : les attentes de renforcements positifs ; les attentes de punitions ; les attentes portant sur la contrôlabilité des renforcements, et celles portant sur leur contrôlabilité par le sujet lui-même. (Épuisement professionnel : principales approches conceptuelles, cliniques et psychométriques Philippe Zawieja, Franck Guarnieri, pdf) consulté le 08/05/2019 à 10h40.

8.5. Le modèle de Maslach et Leiter :

Le burn out est un syndrome tridimensionnel qui est le résultat d'un stress cumulatif associé à l'épuisement émotionnel : la dépersonnalisation ou la déshumanisation, et la perte du sentiment d'accomplissement personnel.

L'épuisement émotionnel (stress, absence d'énergie, fatigue, irritabilité, impulsivité), avec possible retentissement somatique, contre lequel le sujet développe diverses stratégies d'évitement (désinvestissement, retrait, rigidité, hyperactivité, etc.).

La déshumanisation de la relation (désengagement relationnel, mise à distance, réification de l'entourage et des tiers, perte des idéals, cynisme), facteur de rejet, de stigmatisation, d'agressivité et de maltraitance. Le cynisme joue un rôle central dans la traduction en actes de l'expérience que le salarié développe de sa vie professionnelle ; le retrait psychologique suffit même à prédire son désengagement total.

La perte du sentiment d'accomplissement personnel (sentiment d'inefficacité et d'incompétence, dévalorisation. Épuisement professionnel. (Principales approches conceptuelles, cliniques et psychométriques Philippe Zawieja, Franck Guarnieri, pdf) consulté le 08/05/2019 à 10h40.

8.6. Le modèle de Gil-Monte :

Définit le burnout comme une réponse à un stress professionnel chronique résultant de difficultés interpersonnelles (Maslach, Schaufeli et Leiter, 2001). Il se caractérise par une détérioration cognitive (perte d'enthousiasme à l'égard du travail), émotionnelle (épuisement psychologique) et comportementale

(indifférence, indolence, retrait) (Gil-Monte, 2005). À chaque fois, l'indolence se révèle une stratégie de coping permettant de surmonter la détérioration émotionnelle et cognitive. Si elle permet à certains sujets de parvenir à gérer un haut niveau de stress, d'autres la jugent inacceptable et développent un sentiment de culpabilité (Épuisement professionnel : principales approches conceptuelles, cliniques et psychométriques Philippe Zawieja, Franck Guarnieri pdf) consulté le 08/05/2019 à 10h40.

9- Les causes de burn out :

L'épuisement professionnel vise spécifiquement le travail, dont son origine sociale et médicale, mais aujourd'hui c'est un phénomène qui concerne toutes les professions. Selon Abdel Halim BOUDOUKHA, « Le burn out a été identifié initialement dans un cadre professionnel, il est donc évident que des facteurs relatifs au travail et à l'organisation de l'entreprise vont jouer un rôle important dans la souffrance des employés ». A.H BOUDOUKHA, 2009, p.20)

9.1. Causes d'ordre professionnel :

On peut regrouper les facteurs ou les causes qui interviennent dans l'apparition de l'épuisement professionnel sous quatre groupes, à savoir: les facteurs liés au contenu du travail, les facteurs liés à l'organisation du travail, les facteurs liés aux relations de travail, et les facteurs liés à l'environnement du travail.

9.1.1. Les causes liées au contenu du travail :

- Exigences Quantitatives.
- Durée de travail : quotidienne et hebdomadaire.
- Cadence de travail: nombre de consultation corrélé à l'épuisement émotionnel et à la dépersonnalisation.

- Exigences Qualitatives : selon les références de bonnes pratiques altérant l'autonomie.
- Difficultés liées à la tâche : interruption fréquentes, complexité et augmentation du travail administratif dans les démarches qualité.

9.1.2. Les causes liées à l'organisation du travail :

- Inadaptation des horaires au rythme biologique, a la vie sociale et familiale.
- Remplacements difficiles à mettre en place, absences non remplacés.

9.1.3. Les causes liées aux relations de travail :

- Manque d'aide de collègues ou de supérieurs.
- Agressivité des gens et de leurs entourages.

9.1.4. Les causes liées à l'environnement du travail :

- Mauvaises conception des lieux de travail.
- Problèmes de gestion, importance des contraintes administratives et des Contrôles.
- Impacte des arrêts maladie de membres de l'équipe du travail sur la répartition des tâches.

9.2. Les causes d'ordre personnel :

D'un autre côté pour Elisabeth Grebot, les facteurs individuels agissent sur les capacités de faire à des exigences professionnelles en termes de ressources que l'individu tente de mobiliser. Certains individus se sentent aptes à contrôler la situation, à chercher de l'aide auprès de collègues tandis que d'autres sont débordés, désespérés. (Elisabeth Grebot, 2008, p. 122-123).

- Impression de ne pas (ou plus) s'accomplir dans son métier.
- Difficulté d'ordre financier dans sa vie privé.
- Difficulté d'ordre effective dans sa vie privé.
- Confrontation à des problèmes de santé.
- Manque de temps pour sa vie privé.
- Vie privé trop parasitée par le travail.
- Fragilité psychologique propre à certains.

(www.ordmed31.org/IMG/pdf/PR_JM_SOULAT.pdf). Consulté 12/05/2019 à 10h00

Comme nous l'avons déjà montré ci-dessus, l'épuisement professionnel peut se manifester en conséquence de plusieurs facteurs. En effet, il n'est pas seulement une question de problème individuel, mais il s'agit aussi de prendre sa source dans l'environnement de travail.

10- Les conséquences de burn out :**10.1. L'absentéisme :**

Une des conséquences directes et quantifiables du burn-out est l'absentéisme. En effet, les conséquences physique et psychique ont des répercussions sur la santé des soignants. Le burn-out peut entraîner des somatisations et ainsi rendre le travail difficile. De plus, il est nécessaire d'éloigner la personne de son travail pour deux raisons : tout d'abord pour limiter ses comportements inappropriés et ensuite pour l'isoler de ce milieu rendu difficile, et ainsi, l'aider à se reconstruire. (Esteyn-B, M, 2008, p.382).

10.2. L'impossibilité de faire face au changement :

Notre société évolue très rapidement et chacun d'entre nous est appelé à être confronté au changement, que ce soit dans sa vie privée ou dans sa vie professionnelle. « Le changement organisationnel a pour but de modifier les croyances, les attitudes, les structures des organisations afin que ces dernières puissent s'adapter aux évolutions de leur contexte »

Le changement nécessite de l'énergie et une personne en burn-out a épuisé ses réserves d'énergie, elle n'a donc plus la capacité de mettre en place des stratégies pour faire face au changement. (Thietart, RA, 2003, p.94).

10.3. Isolement :

Lorsqu'une personne souffre d'un épuisement professionnel, elle risque de faire face à un isolement dans son milieu de travail. Au fur et à mesure que son épuisement s'aggrave, la personne ira jusqu'à se replier sur elle-même en dehors de son travail.

11- Les moyens de prévention de burn out :

Pour prévenir l'apparition du phénomène d'épuisement, l'INRS recommande de veiller à ce que l'organisation du travail et les contraintes qu'elle génère ne mettent pas les salariés à mal au regard des règles et des

valeurs de leur métier. Il convient également de permettre le travail en équipe ou encore de favoriser le soutien social. (<https://www.presanse-pacacorse.org/a/87/prevenir-l-epuisement-professionnel-ou-burn-out>) consulté le 13/05/2019 à 15h30

11-1- La prévention au plan individuel :

- Prendre le temps de partager son vécu au travail et de ventiler ses émotions.
- Identifier les manifestations psychologiques comportementales et physiques qui sont liés au stress.
- Agir directement sur les causes de stress.
- Maintenir un bon dialogue avec les collègues et les patrons
- Fixer des objectifs de travail réalistes
- Gestion efficace du travail : se donner un temps d'arrêt durant la journée
- Eviter de devenir esclave de la technologie
- Style de vie sain (alimentation, exercices)

11-2-La prévention sur le plan de l'organisation :

- Favoriser le tissage d'un réseau social à l'intérieur de l'entreprise
- Faire circuler l'information directive claire
- Clarifier les rôles de chacun
- Comportement éthique
- Elaboration et communication des valeurs de l'entreprise
- Eviter la surcharge du travail
- Préciser les attentes et les mécanismes d'évaluation de la performance.

(revue-pto.com/articles%20pdf/Décembre%202008/vol%204%20artic12. Pdf) consulté le 13/06/2019 à 14h30

12- Les instruments de mesure de burn out :

De nombreux instruments de mesure ont été utilisés pour évaluer l'épuisement professionnel :

12.1. Maslach Burnout Inventory (MBI) :

L'universalité de MBI facilite les comparaisons interprofessionnelles, intersectorielles ou internationales et entretient son succès. En pratique, on trouve plusieurs facteurs :

- Le recours à des versions successives de MBI.
- Les adaptations personnelles du MBI.
- Le recours à des seuils différents.

12.2. Burn out Measure (BM) :

Le BM contient 21 questions, qui concernent trois dimensions : l'épuisement physique (fatigue), émotionnel (dépression), et mental (désespoir).

12.3. Oldenburg Burnout Inventory (OLBI) :

OLBI évalue deux dimensions du burn out, l'épuisement et désengagement ; il se compose de 16 items qui est composé en deux : (8 consacrer pour l'épuisement, et 8 pour le désengagement). La moitié des questions sont négatives pour pouvoir identifier le score.

12.4. Bergen Burnout Inventory (BBI) :

Le BBI mesure le burnout en trois dimensions : l'épuisement émotionnel, cognitif, et comportemental. Le questionnaire est composé de 15 items.

12.5. Shirom-Melamed Burnout Measure (SMBM) :

Le SMBM évalue trois dimensions : la fatigue physique, l'épuisement émotionnel et la lassitude cognitive. Il se compose de 14 items.

12.6. Cuestionario para la evaluacion del sindrome de quemarsepor el trabajo (CESQT) :

Il se comporte 20 items, qui sont regroupés en quatre dimensions: l'enthousiasme professionnel, l'épuisement psychologique, l'indolence (les attitudes de retrait et de cynisme), et le sentiment de culpabilité.

Synthèse :

Dans ce chapitre sur l'épuisement professionnel on à entamé notre chapitre par définition de l'épuisement professionnel, historique de l'épuisement professionnel, les différentes dimensions de l'épuisement professionnel, les caractéristiques de l'épuisement professionnel, les grands modèles du burn-out, les causes du burn-out, les conséquences de burn-out, les moyens de prévention de burnout et enfin les instruments de mesures de burn-out.

Chapitre III

LE RENDEMENT

Préambule :

La notion d'épuisement professionnel peut avoir des conséquences sur le rendement des travailleurs. Donc dans ce chapitre on va parler de : la définition, les déterminants et composants du rendement, la gestion et le but de la gestion du rendement puis les types d'évaluation et enfin les facteurs influençant le rendement humain.

1. Définition du rendement :

A l'exception de Legendre 1988, les dictionnaires consultés ne considèrent pas la performance comme synonyme de rendement. Les termes les plus souvent recensés à titre synonyme de ce dernier sont en rapport et efficaces. Les autres qui sont mentionnés le plus fréquemment sont : production, gain, efficacité et rentabilité, dont le nombre de mentions est égal. Des synonymes répertoriés ressortent deux notions. La première, soit celle de résultat, peut être dégagée des termes suivants proposés comme synonymes de rendement : effet, produit, production et efficacité. La deuxième notion est celle de rapport, qui se trouve dans les synonymes suivants : apport, productivité, gain, rentabilité et efficacité. (Tabet Derraz Imane EP, CHIALI, 2013/2014, p.163)

Le rendement est défini par deux composantes : celles qui ont traité les tâches elles-mêmes et celles qui sont de nature contextuelle, reliées aux attentes portant sur l'expression de comportements que certains qualifient de hors rôles ou de discrétionnaires. Le rendement est celui qui peut être circonscrit à partir de la description de poste. Celui qui est de nature contextuelle provient d'attentes de la direction postulant un lien entre les comportements désirés et diverses variables, notamment les suivantes : le climat de travail, la capacité d'adaptation de l'organisation et sa performance. La recension des écrits effectuée par Mackenzie 1997 démontre que les comportements de citoyenneté expliquent environ 20% de la variance de plusieurs indicateurs de la performance

organisationnelle, ces effets justifiant qu'on leur fait attention. Le rendement relie aux tâches peut être défini par trois types d'indices : l'atteinte des objectifs pré définis la conformité à des critères pré établis et l'émission de résultats ou de comportements à propos des quels il n'ya pas eu d'entente préalable. Dans un premier temps les précisions fournies sur ces trois types d'indices ; et puis les critères établis sont aptes à faciliter le choix.

De ces indices, le premier indice du rendement ayant directement un appui aux tâches de réaliser les objectifs, sur cela la répartition est sur deux axes ; objectifs visant à contribuer au maintien et au développement de l'unité administrative ou organisationnelle.

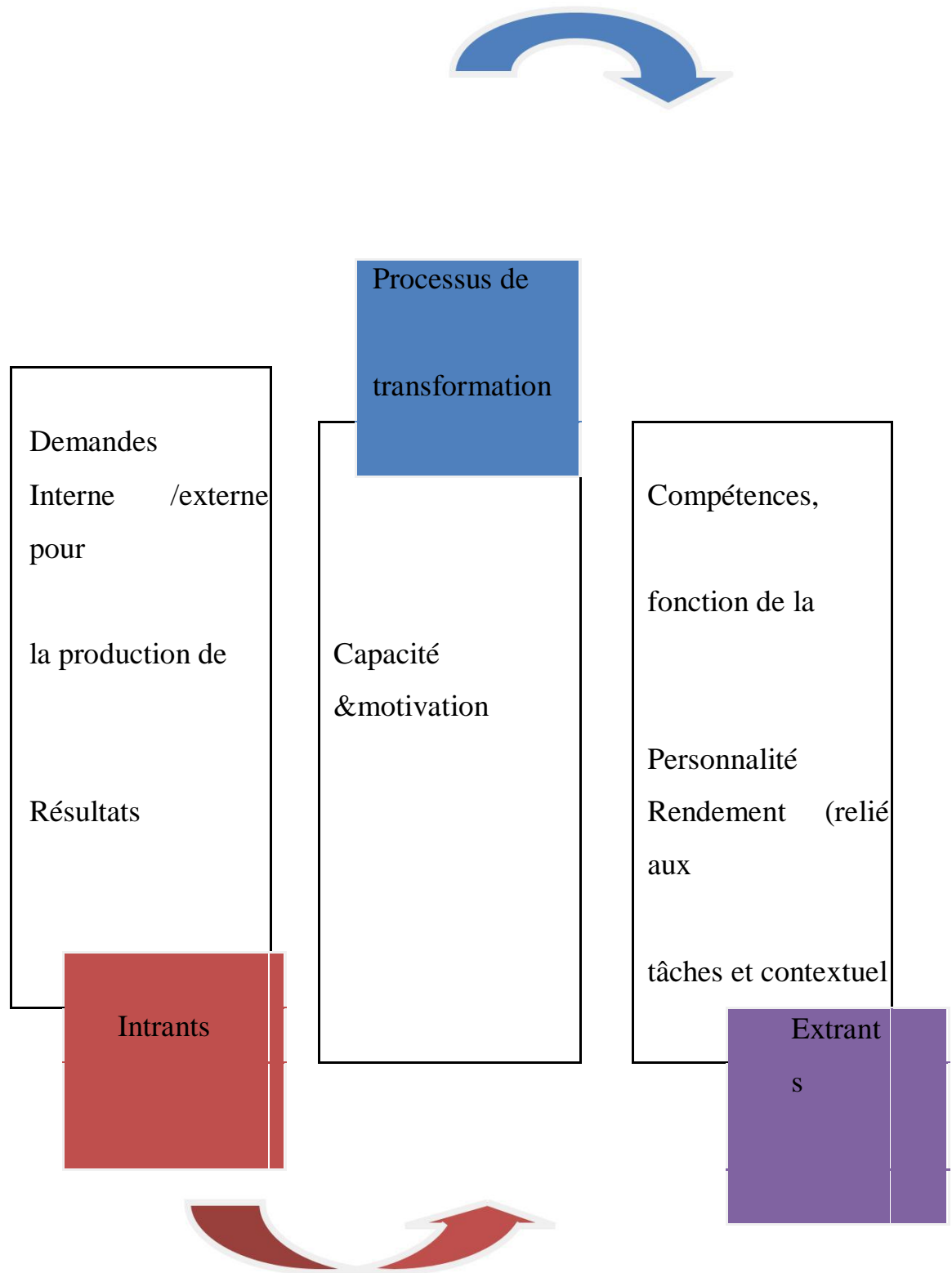
L'évaluation d rendement peut se baser sur des indices de conformité qui sont de deux types ; les uns prennent en compte des comportements directement associés aux tâches à effectuer, tels que la régularité du suivi qu'un vendeur assure auprès de ses clients et la fréquence. Les autres mesurent le respect de règles, de normes ou de façons de procéder ayant directement trait à l'exercice des choses à faire, telle l'application de normes ISO ou d'une méthode spécifique de travail. (Tabet Derraz Imane EP, CHIALI, 2013/2014, p.164)

2. Les déterminants et les composants du rendement :

Conformément à la notion de système, la figure 1 tient compte des facteurs comme suit : les intrants, le processus de transformation et les extrants du système ; l'environnement de ce dernier, qui est susceptible d'influencer chacun de ses éléments constitutifs ; le processus de rétro information ou de feedback, qui a pour but d'aider le système à s'ajuster. Avant d'adapter des précisions sur ces composantes, on remarque que les compétences font partie du processus de transformation, alors que le

rendement est l'extrait considéré. (Tabet Derraz Imane EP, CHIALI, 2013/2014, p.164)

Figure 01 : Lien entre comportements et rendement des individus :



3. La gestion du rendement :

Comme beaucoup d'autres termes de gestion, l'expression « gestion du rendement » a eu des interprétations et des applications forts diverses. Mais l'objectif principal d'un bon système de gestion du rendement est de s'assurer que les activités des employés -ce qui font et la qualité de ce qui font- correspondent bien aux objectifs de l'organisation, tout en maintenant un climat de travail motivant et satisfaisant. Une très grande proportion des organisations du secteur culturel n'a pas géré le rendement des employés de façon systématique pour toute sorte de raisons :

- Ils ne savaient pas comment le faire de façon efficace.
- Les gestionnaires de la culture ne se sentaient pas à l'aise dans l'évaluation et le jugement du rendement des employés.
- Les gestionnaires ne comprenaient pas bien les exigences de base de leur rôle.
- Ils croyaient que les organisations culturelles sont uniques et que les pratiques de ressources humaines normalement acceptées dans les autres secteurs -les grandes sociétés par exemple- ne s'y appliquaient pas.
- Ils étaient frustrés de la complexité des systèmes de gestion du rendement, ce qui peut mené à rejeter le concept dans son ensemble. Les lignes directrices suivantes ainsi que les procédures que nous suggérons visent à faciliter la

compréhension et l'adoption de la gestion du rendement. (Josee Martin, 1990, p.10, 11)

4. Les buts de la gestion du rendement :

4.1. Organisationnel :

- S'assurer que les plans de travail des employés sont axés sur la concrétisation ou favorisent la réalisation des orientations stratégiques de la société
- Motiver les employés à donner le meilleur d'eux-mêmes

4.2. Amélioration du rendement :

- Assurer des communications claires entre le gestionnaire et l'employé à propos de ce qu'on attend de lui
- Faire régulièrement à l'employé des commentaires constructifs à propos de son rendement
- Cerner les domaines où le rendement n'est pas à la hauteur
- Établir, au besoin, des plans en vue d'améliorer le rendement

4.3. Détermination des points forts :

- Déterminer les compétences et les aptitudes de chaque employé de sorte que l'attribution des tâches puisse se faire en misant sur les forces de chacun.
- Identifier les employés individuels à qui confier du travail plus stimulant.

4.4. Formation et perfectionnement :

Aider et appuyer les employés dans l'accomplissement de leur travail et de leurs objectifs de carrière en cernant les besoins en formation et les occasions de perfectionnement.

4.5. Prise de décisions administratives

Appuyer le processus de prise de décisions concernant les promotions, les cessations d'emploi, la rémunération et les récompenses.

4.6. Documentation juridique :

Documenter les mesures prises en cas de contestation devant les tribunaux concernant un congédiement ou la responsabilité du fait d'autrui. (<http://www.formation-professionnelle-maroc.com/la-gestion-du-rendement.html> consulté 05/05/2019 à 10h40)

5. Types d'évaluation du rendement :

Le système d'évaluation du rendement est un ensemble organisé de phases dont le but est de faire un bilan et d'apprécier la contribution de l'employé.

5.1 Rencontre individuelle :

Le processus commence avec l'organisation d'une rencontre individuelle entre le supérieur immédiat et l'employé afin de permettre aux deux parties de convenir d'objectifs personnels pour la prochaine période et du soutien souhaité pour arriver à atteindre les résultats escomptés. Cette méthode permet à l'employé de déterminer des critères de performance valides et représentatifs pour lui.

Lors de cette première rencontre on explorera :

- Les objectifs pour l'année à venir
- Les besoins de formation
- Les aspirations professionnelles et les objectifs de carrière.

5.1.2. Les étapes de cette rencontre

➤ Se préparé

Se préparer à la rencontre permet au supérieur d'en préciser les objectifs et d'augmenter ses chances de les atteindre.

➤ Faire la rencontre

Avant de commencer la rencontre, il est préférable de prendre les moyens nécessaires pour éviter d'être dérangé par des appels téléphoniques ou des visites imprévisibles. Les premiers moments de la rencontre déterminent souvent son déroulement. C'est pourquoi il est souhaitable de débiter d'une façon dynamique et positive.

➤ Échanger

L'échange doit permettre à l'employé de participer et de collaborer activement à la démarche. Pour susciter son engagement, il est important d'écouter ses idées. On peut explorer la fiche de préparation afin de mettre en commun les besoins objectifs de chacun.

([http://www.portailrh.org/expertise/fiche_reference.aspx?f=19801#etapes,](http://www.portailrh.org/expertise/fiche_reference.aspx?f=19801#etapes))

consulté le 07/05/2019 à 10h25

➤ Conclure la rencontre

La rencontre doit se conclure par l'élaboration d'objectifs et d'engagements écrits, autant de la part de l'employé que du superviseur, en ce qui concerne les mesures de soutien mises à la disposition de l'employé.

5.2. Suivi de l'entente :

La deuxième phase du processus consiste à faire un suivi de l'entente survenu lors de la première phase. L'employé réalise les objectifs auxquels il s'est engagé et le gestionnaire met en place les mesures de support convenues.

Il est conseillé de faire ce suivi trois mois après la première rencontre afin de valider les actions entreprises et d'examiner les besoins de soutien supplémentaires. Le gestionnaire et l'employé discutent de façon continue de leurs contributions respectives à l'atteinte des objectifs fixés. De même, afin de mobiliser davantage l'employé, la démarche peut se faire ponctuellement mais de façon informelle.

5.3. Bilan du rendement :

La dernière phase est l'étape plus formelle qui permet à l'employé et au superviseur de faire le point sur les tâches de l'employé et sur l'atteinte des objectifs fixés.

5.4. Discussion et entente mutuelle :

Puisque le rendement a été observé tout au long de l'année lors de périodes ponctuelles de suivi, cette rencontre vient clôturer le cycle d'évaluation. Lors de la troisième phase, les étapes de la Phase I peuvent être reprises en ce qui concerne le déroulement de la rencontre. Cette Phase 3 portera plus spécifiquement sur le rendement de l'employé en ce qui a trait à l'évaluation de ses compétences (savoir), de ses tâches (savoir-faire) ainsi que de ses aptitudes. (http://www.portailrh.org/expertise/fiche_reference.aspx?f=19801#etapes), consulté le 07/05/2019 à 10h25.

6. Les facteurs influençant le rendement humain :

On va présenter des facteurs les plus courants qui influencent le rendement humain :

6.1. Manque de communication :

En général, seulement 30% des messages verbaux sont reçus et compris par les interlocuteurs. Normalement, les gens se rappellent de ce qui été déjà dit au début et à la fin d'un échange. Par conséquent, vous devez dire dès le départ la partie la plus importante de votre message et la répéter en terminant. Selon la complexité du message, il peut s'avérer plus efficace de fournir des instructions écrites comme une liste de vérification.

6.2. Complaisance :

Définition : autosatisfaction accompagnée d'une perte de conscience du danger. Si une activité vous est devenue routinière et que vous avez tendance à vous asseoir sur vos lauriers, il se peut que des choses importantes vous échappent. Vous avez alors tendance à voir ce que vous vous attendez à voir.

(<http://www.tc.gc.ca/fra/aviationcivile/normes/maintenance-aarpe-rendementhumain-facteurs-2733.htm#communication>) consulté le 05/05/2019 à 12h20.

6.3. Manque de connaissances :

Les exploitants sont tenus, aux termes de réglementation, de faire en sorte que leur personnel ait reçu la formation appropriée.

6.4. Distraction :

La distraction est tout ce qui vous empêche de vous concentrer sur la tâche à accomplir. Les psychologues affirment que la distraction est la Principale cause des oublis. Nous pensons toujours aux étapes à venir de notre travail. C'est pourquoi, quand nous sommes distraits avant de

reprendre le travail, nous avons tendance à croire que nous sommes plus avancés que nous le sommes réellement.

6.5. Manque de travail d'équipe :

Une équipe efficace doit :

- définir clairement sa mission;
- définir ses attentes;
- informer tous ses membres;
- présenter la confiance;
- encourager la participation de tous ses membres.

(<http://www.tc.gc.ca/fra/aviationcivile/normes/maintenance-aarpe-rendementhumain-facteurs-2733.htm#communication>) consulté le 05/05/2019 à 12h20.

6.6. Fatigue :

Des études ont montré que des personnes fatiguées réagissent de façon semblable à celles qui ont consommé de l'alcool. Elles ont tendance à sous-estimer l'importance du problème à surestimer leur capacité d'y faire face. Ces études ont prouvé qu'après 17 heures de veille, nous fonctionnons comme si nous avions l'équivalent d'un taux d'alcoolémie de 0,05 %. Après 24 heures, ce taux passe à 0,1 % ; de quoi faire réfléchir. Plus vous êtes fatigué, plus votre QI s'affaiblit. Et plus il est facile de vous distraire.

6.7. Manque de ressources :

Un manque de ressources peut interférer avec votre capacité d'accomplir une tâche, faute de matériel et de soutien. Des produits de qualité inférieure peuvent aussi influencer votre capacité de faire votre travail.

6.8. Pressions :

Source des demandes urgentes qui influencent notre rendement :

- Entreprise;
- Clients;
- Pairs;
- Soi-même.

(<http://www.tc.gc.ca/fra/aviationcivile/normes/maintenance-aarpe-rendementhumain-facteurs-2733.htm#communication>) consulté le 05/05/2019 à 12h20.

Fait intéressant, ce sont les personnes elles-mêmes qui s'imposent les plus fortes pressions. Cela se produit quand elles acceptent la responsabilité d'une situation qui ne dépend pas d'elle. S'affirmer et refuser le fardeau des autres permet d'éviter ce problème.

6.9. Manque d'affirmation de soi :

L'affirmation de soi est la capacité d'exprimer ses sentiments, ses opinions, ses croyances et ses besoins de façon positive et productive. Il ne faut pas confondre l'affirmation de soi avec l'agressivité.

6.10. Stress :

Il existe deux types de stress : le stress aigu et le stress chronique. Le stress aigu est lié aux pressions subies par l'organisme à cause des problèmes courants ; par exemple, les contraintes temporelles qu'entraîne la modification de la configuration d'un appareil de transport de passagers pour y transporter de la marchandise. Le stress chronique résulte des contraintes à long terme subies par l'organisme à la suite d'événements négatifs ou positifs, comme un divorce ou un gain à la loterie. Le stress chronique peut amplifier les effets du stress aigu. Pour atténuer le stress aigu, prenez une pause de cinq minutes et détendez-vous en prenant de grandes respirations. Il est plus difficile de lutter contre le stress chronique, car il faut généralement changer le mode de vie pour y arriver.

(<http://www.tc.gc.ca/fra/aviationcivile/normes/maintenance-aarpe-rendementhumain-facteurs-2733.htm#communication>) consulté le 05/05/2019 à 12h20.

6.11. Erreur de jugement :

C'est l'incapacité de saisir toutes les conséquences d'une action, ou un manque de prévoyance.

6.12. Normes :

Les normes sont des comportements ou des règles non écrites, dictées et respectées par la majorité des membres d'un groupe. Les normes sont positives ou négatives.

(<http://www.tc.gc.ca/fra/aviationcivile/normes/maintenance-aarpe-rendementhumain-facteurs-2733.htm#communication>) consulté le 05/05/2019 à 12h20.

Synthèse :

Dans ce chapitre du rendement on à entamé notre chapitre par la définition du rendement, les déterminants et les composants du rendement, le lien entre comportement et le rendement des individus, la gestion du rendement, les buts de la gestion du rendement, types d'évaluations du rendement et enfin les facteurs influençant le rendement humain.

Partie pratique

CHAPITRE IV

L'organisme d'accueil

1. Historique de l'EPH d'Amizour :

Pour parachever la création du secteur sanitaire d'Amizour qui remonte à l'année 1985, un hôpital de capacité 240 lits a été construit fin de l'année 1991. Cette réalisation a comme objectif d'assurer la couverture sanitaire (soin et hospitalisation) au niveau de la daïra d'Amizour.

En hommage au chahid feu BENMERAD EL MEKKI , originaire de la région d'Amizour, l'hôpital d'Amizour a été baptisé par son nom en date du 20 aout 1993.

Suite aux réformes engagées fin 2002 ou le ministre de la santé publique est devenu MSPRH , une nouvelle carte sanitaire a été promulguée en légiférant par le décret n° 07-140 de mai 2007 portant création, organisation et fonctionnement des établissements public hospitalier et établissement public de santé de proximité (EPH et EPSP). Cette réforme, incarnée par la création de ces établissements vise (dans la continuité de la décentralisation du service public) à procurer une réponse adaptée aux besoins de la population en matière d'une prise en charge médicale adéquate qui ne cesse d'augmenter en exigence de la qualité.

2. Structures de l'EPH d'amizour :

- Structure immobilière :

La structure de l'hôpital d'amizour est composée de deux blocs principaux (bloc A, bloc B).Le bloc A abrite les services de l'administration, les services d'hospitalisation, le service de l'épidémiologie et la médecine de travail et les consultations de la psychologie. Il est composé de cinq (5) niveaux et un sous sol ou ce dernier comprend les services des moyens généraux et l'atelier de la maintenance.

Le bloc B : qu'on appelle le plateau technique ; comprend

- Un pavillon dédié aux urgences médicochirurgicales qui se compose de :
 - Une unité d'accueil (consultations médicales), tri, et mise en observation ;
 - L'espace réservé à l'observation est divisé en deux parties, l'une est réservée aux enfants comprenant 4 lits et l'autre est réservée aux adultes comprenant 7 lits.
 - Une unité d'hospitalisation (située au bloc A) pour la réanimation médicale, pour les malades nécessitant une assistance accrue ;
 - Une salle réservée au déchoquage ;
 - Une salle opératoire dédiée aux interventions chirurgicales d'urgence ;
- ✓ Un bloc opératoire, adjacent au pavillon des urgences contenant :
 - Trois salles opératoires (ce qui totalise avec celle du pavillon urgence cinq salles opératoires) ;
 - Une salle dédiée aux petites chirurgies (circoncision) ;
 - Une unité de réanimation chirurgicale comprenant cinq lits.
- ✓ Un service de radiologie (imagerie médicale) avec deux salles de radiologie conventionnelles (équipé d'une développeuse de radio numérique) et une salle d'examens en tomодensitométrie (scanographie) contenant un scanner médical ;
- ✓ Un service de laboratoire d'analyses médicales ;
- ✓ Un service pharmacie ;
- ✓ Une banque de sang dotée d'un poste de transfusion sanguine ;
- ✓ Un bureau des entrées ;
- ✓ Une surveillance générale.

Structure médicale :

- Les services de l'EPH d'amizour

Tableau N°1

| Service | Lits (organisés) | Observations |
|--------------------------|---|--|
| Pédiatrie | 22 | |
| Maternité et gynécologie | 30 | |
| Médecine interne | 56 | |
| Chirurgie générale | 60 | 12 réservés pour les cas d'orthopédie |
| Oncologie | 36 | 24 lits concernent l'hospitalisation du jour |
| Total | 209 | |
| Médecine de travail | Nombre de consultations arrêté au troisième trimestre : 1682. | |
| Epidémiologie | Organisation de journées de sensibilisation et de prévention. | |
| Psychologie clinique | | |

Structure administrative :

L'administration de l'établissement public hospitalier d'Amizour est organisée selon les dispositions de l'arrêté interministériel du 20 décembre 2009 fixant l'organisation interne des établissements publics hospitaliers.

3. Ressources humaines de l'EPH d'Amizour :**Tableau N°2**

| Corps d'effectif | Nombre |
|----------------------------------|---------------|
| Personnel médical et paramédical | 315 |
| Personnel administratif | 44 |
| Personnel ouvrier | 108 |

Chapitre V

Analyse et
interprétation des
données

1. Analyse des résultats

Tableau N°3 : représentation sur l'épuisement professionnel chez les urgentistes de l'EPH D'Amizour.

Afin de mesurer cette échelle on a le seuil de chaque dimension qui sont :

- Score d'épuisement professionnel : inférieur à 17 : degré faible, compris entre 18 et 29 : degré modéré et supérieur à 30 : degré élevé.
- Score de dépersonnalisation : inférieur à 5 : degré faible, compris entre 6 et 11 degré modéré et supérieur 12 : degré élevé.
- Score d'accomplissement personnel inférieur à 33 : degré faible, compris entre 34 et 39 : degré modéré et supérieur à 40 : degré élevé

| Dimensions de l'échelle | Epuisement émotionnel | | | Dépersonnalisation | | | Accomplissement personnel | | |
|-------------------------|-----------------------|-------------|----------------------------|--------------------|-------------|----------------------------|---------------------------|-------------|----------------------------|
| | Effectifs | % | Niveau de chaque dimension | effectifs | % | Niveau de chaque dimension | effectifs | % | Niveau de chaque dimension |
| | 9 | 25 | Bas | 12 | 33.33 | Bas | 13 | 36.11 | Bas |
| | 7 | 19.44 | modéré | 8 | 22.22 | modéré | 8 | 22.22 | Modéré |
| | 20 | 55.55 | Elevé | 16 | 44.44 | Elevé | 15 | 41.66 | Elevé |
| Total | 36 | 100% | | 36 | 100% | | 36 | 100% | |

Nous avons remarqué selon le tableau ci-dessus que dans la dimension épuisement émotionnel 25% des enquêtés ont un niveau d'épuisement bas, 19.44% ont un niveau d'épuisement modéré et 55.55% ont un niveau d'épuisement élevé.

Dans la deuxième dimension qui est la déshumanisation, on remarque que 33.33% des enquêtés ont un niveau d'épuisement bas, (22.22%) ont un niveau modéré et 44.44% ont un niveau d'épuisement élevé.

Dans la dernière dimension qui est l'accomplissement personnel, on remarque que 36.11% des enquêtés ont un niveau d'épuisement bas, 22.22% ont un niveau d'épuisement modéré et 41.66% enquêtés ont un niveau d'épuisement élevé.

Donc on remarque que dans chaque dimension la plupart des enquêtés ont un niveau d'épuisement élevé.

-Analyse du questionnaire

AXE N°1 : la qualité de soins

Tableau N°4 : les avis sur existence de difficultés lors de l'accomplissement du travail

| Modalités de réponse | Effectifs | % |
|-----------------------------|------------------|--------------|
| Oui | 24 | 66.66 |
| Non | 12 | 33.33 |
| Total | 36 | 100 |

Les résultats du tableau ci-dessus démontrent que 66.66% des enquêtés trouvent des difficultés lors de l'accomplissement de leur métier, et 33.33% des enquêtés n'ont pas de difficultés lors de l'accomplissement de leur travail.

D'après ces données, nous constatons que la majorité des enquêtés ont des difficultés lors de l'accomplissement de leur métier.

Tableau N°5 : avis des enquêtés sur la Prise en charge des patients.

| Modalités de réponse | Effectifs | % |
|-----------------------------|------------------|-------------|
| Oui | 31 | 86.1 |
| Non | 5 | 13.9 |
| Total | 36 | 100 |

Les résultats de ce tableau démontrent que 86.1% des enquêtés finalisent la prise en charge d'un patient avant de passer à un autre, et 13.9% passent à un autre patient avant de finalisation du précédent.

Selon ces données, nous remarquons que la plupart des enquêtés travaillent cas par cas, n'abandonnent un patient qu'après la finalisation de soins pour passer à un autre.

Tableau N°6 avis sur la surveillance des malades

| Modalités de réponse | Effectifs | % |
|-----------------------------|------------------|-------------|
| Oui | 31 | 86.1 |
| Non | 5 | 13.9 |
| Total | 36 | 100 |

Les résultats du tableau ci-dessus démontrent que 86.1% des enquêtés réalisent une surveillance rigoureuse des malades, et 13.9% ne réalisent pas une surveillance rigoureuse des malades.

D'après ces données nous constatons que la plupart des enquêtés réalisent des surveillances rigoureuse des malades.

Tableau N°7 : l'avis des enquêtés sur la répercussion de l'épuisement sur la santé des malades

| Modalités de réponse | Effectifs | % |
|-----------------------------|------------------|-------------|
| Oui | 30 | 83.3 |
| Non | 6 | 16.7 |
| Total | 36 | 100 |

Les résultats du tableau ci-dessus démontrent que 83.3% des enquêtés pensent que l'épuisement professionnel engendre des répercussions néfastes sur

la santé des patients, et 16.7% enquêtés pensent que l'épuisement n'engendre pas des répercussions négatives sur la santé des malades.

D'après les données obtenues, nous constatons que la majorité des enquêtés pensent que l'épuisement provoque des répercussions néfastes sur la santé des malades.

Tableau N°8 : avis sur la satisfaction des urgentistes sur leur qualité de soins

| Modalités de réponse | Effectifs | % |
|-----------------------------|------------------|-------------|
| Oui | 22 | 61.1 |
| Non | 14 | 38.9 |
| Total | 36 | 100 |

Les résultats du tableau ci-dessus démontrent que 61.1% des enquêtés sont satisfaits par leur qualité de soins, et 38.9% ne sont pas satisfaits par leur qualité de soins.

D'après les résultats recueillis dans ce tableau nous remarquons que la plupart des enquêtés sont satisfait par leur travail accompli.

Tableau N°9 : Avis des enquêtés sur la Satisfaction des patients par rapport a la qualité de soins :

| Modalités de réponse | Effectifs | % |
|-----------------------------|------------------|-------------|
| Oui | 16 | 44.4 |
| Non | 20 | 55.6 |
| Total | 36 | 100 |

Les résultats du tableau ci-dessus démontrent que 44.4% des enquêtés pensent que les patients sont satisfait par la qualité de soins reçue, et 55.6% pensent que les patients ne sont pas satisfait par la qualité de soins qui leur a été dispenser.

D'après ces données, nous constatons qu'il ya une minorité qui pensent que les malades sont satisfait par la qualité de soins qui leur a été administrer.

Selon le Tableau ci-dessous la valeur χ^2 est de $\chi^2 = 72.335$ et elle n'est pas significative niveau de signification de 0.05 et que la signification statistique a été estimée à :

$$(\chi^2 = 72.335; p < 0.05).$$

Par conséquent, les résultats de ce test ne correspondaient à ce que nous attendions précédemment et, par conséquent, l'épuisement professionnel n'a pas une influence sur la qualité de soins des urgentistes.

Tableau N°10 résultats de test χ^2

| | N | χ^2 | ddl | A | Signification P |
|---------------------------------|----|----------|-----|------|--------------------|
| Epuisement professionnel | 36 | 72.335 | 1 | 0.05 | .0350 |
| Qualité de soins | | | | | |

Significatif à $\alpha = 0.05$

Axe N°2 : la relation soignants-soignés

Tableau N°11 : Nature de relation avec le soignés

| Modalités de réponse | Effectifs | % |
|----------------------|-----------|-------------|
| Oui | 31 | 86.1 |
| Non | 5 | 13.9 |
| Total | 36 | 100 |

Les résultats du tableau ci-dessus démontrent que 86.1% des enquêtés ont de bonnes relations avec les patients par contre on trouve que 13.9% n'ont pas de bonnes relations avec les patients.

D'après les données, on remarque qu'une majorité absolue des patients ont de bonnes relations avec les malades.

Tableau N°12 : Temps pour discuter avec les patients

| Modalités de réponse | Effectifs | % |
|-----------------------------|------------------|-------------|
| Oui | 22 | 61.1 |
| Non | 14 | 38.9 |
| Total | 36 | 100 |

Les résultats du tableau ci-dessus nous démontrent que 61.1% des enquêtés trouvent du temps pour discuter avec les patients contrairement aux 38.9% qui ne trouvent pas du temps pour discuter avec les malades.

Nous remarquons d'après les données que la plupart des enquêtés trouvent du temps afin de discuter avec leurs patients.

Tableau N°13: L'éducation des malades concernant leur maladie

| Modalités de réponse | Effectifs | % |
|-----------------------------|------------------|-------------|
| Oui | 31 | 86.1 |
| Non | 5 | 13.9 |
| Total | 36 | 100 |

Les résultats du tableau ci-dessus démontrent que 86.1% des enquêtés font l'éducation des malades concernant leur maladie, et 13.9% ne le font pas.

D'après les résultats obtenus on a constaté que la majorité des enquêtés font l'éducation des malades concernant leur maladie.

Tableau N°14 : Existences de difficultés dans la relation avec les patients

| Modalités de réponse | Effectifs | % |
|-----------------------------|------------------|-------------|
| Oui | 17 | 47.2 |
| Non | 19 | 52.8 |
| Total | 36 | 100 |

Les résultats du tableau ci-dessus nous démontrent que 47.2% des enquêtés trouvent des difficultés dans la relation avec les patients, et 52.8% ne trouvent pas de difficultés dans la relation avec les patients.

D'après les données, nous remarquons que nombre des enquêtés qui trouvent des difficultés dans leur relation avec les patient est minime.

Tableau N°15 : Existences des répercussions de l'épuisement sur la performance des soignants

| Modalités de réponse | Effectifs | % |
|-----------------------------|------------------|-------------|
| Oui | 20 | 55.6 |
| Non | 16 | 44.4 |
| Total | 36 | 100 |

Les résultats du tableau ci-dessus nous démontrent que 55.6% des enquêtés pensent que l'épuisement professionnel à des conséquences négatives sur leur performance, et 44.4% pensent que l'épuisement professionnel n'a pas de conséquences négatives sur leur rendement.

D'après les données recueillis nous constatons que le plus grand nombre d'enquêtés pensent que l'épuisement professionnel à des répercussions négatives sur le rendement des salariés.

Selon le Tableau ci-dessous la valeur $\chi^2=84.700$ et elle n'est est significative niveau de signification de 0.05 et que la signification statistique a été estimée à :

($\chi^2=84.700; p < 0.05$).

Par conséquent, les résultats de ce test correspondaient à ce que nous attendions précédemment et, par conséquent, l'épuisement professionnel n'influence pas sur la relation et communication avec les soignés.

Tableau N°14 résultats de test χ^2

| | N | χ^2 | ddl | α | Signification P |
|------------------------------------|-----------|---------------|----------|-------------|-----------------|
| Epuisement professionnel | 36 | 84.700 | 1 | 0.05 | .0096 |
| Relations soignants-soignés | | | | | 0.096 |

Significatif à $\alpha = 0.05$

2. Discussion des hypothèses

Discussion de la première hypothèse

D'après les résultats obtenus, il nous est possible de dire que notre première hypothèse qui consiste à dire que « Les infirmiers et médecins urgentistes de l'EPH d'Amizour sont touchés par l'épuisement professionnel » est **confirmée**.

A partir de l'échelle de Maslach on peut constater que tous les enquêtés subissent un épuisement dans leur travail mais chacun a son degré d'épuisement, et que la majorité des urgentistes ont un épuisement élevé dans chacune des dimensions.

Nous pouvons distinguer que l'épuisement professionnel des urgentistes est dû au nombre des patients traités par jour qui est en moyenne de 60 pour chaque équipe et la charge du travail.

Les résultats de cette étude confirme notre hypothèse, WIERTZ Ruth ; auteur d'une thèse sur la Prévalence du Syndrome d'Epuisement Professionnel auprès de 403 Psychiatres Hospitaliers du Nord Pas de Calais (mai 2011).

« Les Psychiatres du Nord Pas de Calais ne sont pas épargnés par l'EP. Le Stress Professionnel spécifique aux Psychiatres mérite une considération particulière. Leur Coping est peut être plus élevé que pour les autres médecins.»(Ruth Wiertz, 2012, p.225.)

Discussion de la deuxième hypothèse

Selon les résultats obtenus nous constatons que notre deuxième hypothèse qui consiste à dire que «L'épuisement professionnel influence sur la qualité des soins. » est **infirmée**.

D'après nos résultats on peut constater que les urgentistes malgré leur épuisement ne s'empêchent pas de :

- S'impliquer régulièrement dans leur prise en charge des malades.
- S'impliquer dans la surveillance des malades rigoureusement.

Et pas de réclamations des patients par rapport a la qualité de soins reçue.

Par contre les résultats obtenu dans le mémoire intitulé l'impact de la charge de travail sur la qualité des soins. Leur hypothèses suppose que :

« La charge de travail empêche les infirmiers d'appliquer le diagnostic prescrit et de respecter le protocole de soins ».

L'analyse réalisée au sein des UMC du CHU de Bejaia et les témoignages des infirmiers montrent que la charge de travail empêche les infirmiers à respecter le protocole de soins et d'appliquer le diagnostic prescrit suite à une organisation faible au sein du service. Ces paramédicaux ont révélé que le manque d'organisation provoque une désorganisation des soins infirmiers.

Donc, leur hypothèse qui suppose que « La charge de travail empêche les infirmiers d'appliquer le diagnostic prescrit et de respecter le protocole de soins » est confirmée.

Discussions de la troisième hypothèse

Nous constatons que notre troisième hypothèse qui consiste à dire que «L'épuisement professionnel sur la relation et la communication entre soignants-soignés. » est **infirmée**

D'après nos observations tout au long de la période de stage et les résultats obtenus on a constaté que les urgentistes se souci de bien-être des patients afin de les mettre en confiance par le biais de discussions et de bon accueil et meilleure prise en charge en terme de relation et la plupart font l'éducation des malades par rapport a leur maladie et trouve du temps pour discuter avec eux et ne trouve pas des difficultés à rentrer en discussions avec les patients.

Contrairement aux résultats obtenus dans le mémoire intitulé l'impact de la charge de travail sur la qualité des soins. Leur hypothèse suppose que :

« Cumule des tâches des paramédicaux provoque une altération de la Communication entre le soignant et le soigné ».

Notre enquête a démontré que les infirmiers urgentistes rencontrent des difficultés relationnelles avec leurs patients à cause de la charge de travail qu'ils subissent, car ils ne trouvent plus le temps de connaître leurs malades.

Nous avons constaté que le cumul des tâches provoque une altération dans la relation soignant/ soigné.

Leur enquête a confirmé la dernière hypothèse qui est : « Le cumul des tâches des paramédicaux provoque une altération de la communication entre le soignant et le soigné »

Synthèse

Dans ce chapitre on a analysé les résultats des données obtenus à partir de l'échelle et le questionnaire et on a terminé avec la discussion des hypothèses.

Conclusion générale

Conclusion

Conclusion

Durant notre enquête dans le service des urgences de l'EPH d'Amizour nous avons constatés que les urgentistes travaillent dur et dans des conditions stressantes dus a la charge de travail et le manque d'effectifs

Dans le milieu de la santé la tâche implique des affrontements affectifs avec les souffrances des malades.

A partir des résultats de notre étude qui démontre que les enquêtés sont quotidiennement soumis à une pression et un épuisement qui peut provoquer des arrêts maladies et congés anticipés.

Ce phénomène est résulté par plusieurs facteurs comme le flux de malades et de maladies, le manque de moyens humains.

Enfin, nous avons déduit que l'épuisement professionnel existe bel et bien chez les urgentistes de l'EPH d'Amizour mais contrairement a ce qui à été supposé l'épuisement professionnel n'a pas de répercussions sur la qualité de soins ni sur la relation entre soignants-soignés et ça est dû le coté humain que les soignants prennent en considération.

Afin d'améliorer la situation du burnout nous avons opté pour ces perspectives :

- Ajouter de l'effectif pour chaque équipe.
- Faire des permutations avec les autres services qui sont moins touchés par ce syndrome.
- Proposer des loisirs après les heures de travail qui leur permettra de s'épanouir et diminuer la pression au travail.

Liste bibliographique

Ouvrages :

1. ANGERS. Maurice, 1997, Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines, éd Casbah, Alger.
2. Assaad et all, 2006, Comportement organisationnel : Justice organisationnelle enjeux de carrière et épuisement professionnel, 1er édition, Volume 2, Lancier.
3. BOUDOUKHA Abdel Halim, 2009, Burn-out et traumatismes psychologiques, Ed DUNOD, Paris.
4. Boudon Raymond, 1970, des méthodes en sociologie, PUF, Paris.
5. Canoui.P, Mauranges. A, 2008, Le burn out à l'hôpital. Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants. 4eme édition, Masson, Paris.
6. Delbrouk.M, Le burn out du soignant, 1er édition, De Boeck, 2004.
7. Dictionnaire d'économie et des sciences sociales. 2002 Ed actualisé, Paris.
8. DUMAIS Jean-François, 2004, Guide de gestion des ressources humaines, édition TECHNO Compétences, Canada.
9. El Akremi. A Sylvie. G, Jean-Pierre. N, 2006, comportement organisationnel-justice organisationnelle, enjeux de carrière et épuisement professionnel, 1^{ère} édition, De Boeck, Paris.
10. GRAWITZ Madeleine, 2000 Lexique des sciences sociales, 7^{ème} édition, DALLOZ, Paris.
11. GREBOT Elisabeth, 2008, stress et burn-out au travail, identifier, prévenir, guérir, Ed d'organisation, EYROLLES.
12. HURLIMANN Claire, 2001, Les principes généraux de la qualité, Ed ADSP.
13. JAVEAU Claude, 1999, l'enquête par questionnaire, 3eme Ed revue, Parise.
14. JOSEE MARTIN, 1990, le bien être au travail, une secrétaire moderne, septembre.

15. MASTERS, Patrick, 2007, *Vaincre l'épuisement professionnel est consultant en entreprise*, Bruxelles, éd : Marabout.
16. MAURANGES A, 2002, *Stress et syndrome d'épuisement professionnel Soins*.
17. Raymond Quivy et, 1998, al, *manuel de recherche en sciences sociales*, 1ere édition, Dunod, paris.
18. ST-ONGE, Sylvie, Et THERIAULT, Roland, 2006, « *Gestion de la Rémunération : Théorie et Pratique*. », 2ème édition, Edition Gaëtan Morin.
19. ST-ONGE, Sylvie et autres, 2004, « *Relever les défis de la gestion des ressources humaines* », 2ème édition, Gaëtan Morin.
20. Thietart. R. A, *le management*, PUF, Paris, 2003.
21. ZAWIEJA Philippe, 2015, *Le BURN OUT*, Edition PUF, Paris.

Thèses :

1. BOULKROUNE. N, (2007-2008) *le syndrome de burnout chez les enseignants de supérieur, université Mentouri de Constantine, faculté des sciences humaines et sociales, département de psychologie, des sciences de l'éducation et d'orthophonie, spécialité psychologie clinique*.
2. Tabet Derraz Imane ep.Chili, 2013/2014. *Système de rémunération et management de la performance des entreprises, thèse université aboubekr belkaid-Tlemecen, encadreur bendiabdellah abdesselem*.
3. Wiertz R. 2012, « *Psychiatre et Burn out. Etude de la prévalence du syndrome d'épuisement professionnel auprès des psychiatres hospitaliers du Nord pas de calais* », thèse de médecine, Lille.

Articles :

1. DELAYE Richard et BOUDRANDI Stéphane, « L'épuisement professionnel chez le manager de proximité : le rôle régulateur de l'entreprise dans la prévention du Burnout », *Management & Avenir*, 2010/2 n° 32, p. 254-269. DOI : 10.3917/mav.032.0254
2. PASCAL Marie *et al.* « « Burn-out » : éléments sur les logiques de l'effondrement professionnel » Réflexion autour du risque d'effondrement chez les professionnels de santé mentale, *Empan*, 2004/3 no55, DOI : 10.3917/empa. 055.0027.

Sites internet

1. (Épuisement professionnel : principales approches conceptuelles, cliniques et psychométriques Philippe Zawieja, Franck Guarnieri pdf) consulté le 08/05/2019 à 10h40.
2. bu.umc.ed.dz/thèses/psychologie/Bou976.pdf. Consulté le 03/05/2019 à 11h30
3. <http://www.formation-professionnelle-maroc.com/la-gestion-du-rendement.html?Itemid=73> consulté le 05/05/2019 à 10h40
4. http://www.portailrh.org/expertise/fiche_reference.aspx?f=19801#etapes. consulté le 07/05/2019 à 10h25
5. <http://www.tc.gc.ca/fra/aviationcivile/normes/maintenance-aarpe-rendementhumain-facteurs-2733.htm#communication>. consulté le 05/05/2019 à 12h20.
6. <https://halminesparistech.archivesouvertes.fr/file/index/docid/848200/filename/Chapitre1.pdf> consulté le 16/06/2019 à 14h30.
7. <https://www.presanse-pacacorse.org/a/87/prevenir-l-epuisement-professionnel-ou-burn-out-/> consulté le 13/05/2019 à 15h30
8. id.erudit.org/iderudit/1013156arhttps://doi.org/10.7202/1013156ar.

9. Revuepto.com/articlespdf/Décembre%202008/vol%204%20articl2.Pdf. Consulté 16/06/2019 à 14h30

10. www.ordmed31.org/IMG/pdf/PR_JM_SOULAT.pdf). Consulté 12/05/2019 à 10h00

Annexes

Annexe N°01

Dans le cadre d'une étude universitaire portant sur le thème de l'épuisement professionnel et son impact sur le rendement des médecins et infirmiers urgentistes de l'EPH d'Amizour.

Afin de contribuer à la réalisation de ce travail, nous vous prions de collaborer en répondant aux questions de ce guide tout en cochant la réponse, Nous vous assurons un anonymat absolu. Nous vous remercions par avance de votre participation.

| Indiquez la fréquence à laquelle vous ressentez ce qui est décrit à chaque item. Entourer le chiffre correspondant à votre réponse | Jamais | Quelquefois par année au moins | Une fois par mois au moins | Quelques fois par mois | Une fois par semaine | Quelques fois par semaine | Chaque jour |
|---|--------|--------------------------------|----------------------------|------------------------|----------------------|---------------------------|-------------|
| 1. Je me sens émotionnellement vidé par mon travail | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2. Je me sens « à bout » à la fin de ma journée de travail | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3. Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 4. Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 5. Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 6. Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7. Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 8. Je sens que je craque à cause de mon travail | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 9. J'ai l'impression à travers mon travail d'avoir une influence positive sur les gens | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 10. Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 11. Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 12. Je me sens plein(e) d'énergie | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 13. Je me sens frustré(e) par mon travail | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 14. Je sens que je travaille trop dur dans mon travail | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 15. Je ne me soucis pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 16. Travailler au contact direct avec les gens me stresse trop | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 17. J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 18. Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes malades | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 19. J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 20. Je me sens au bout du rouleau | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 21. Dans mon travail je traite les problèmes émotionnels très calmement | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 22. J'ai l'impression que mes malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

Annexe N°02 :

Axe N°1 : la qualité de soins

1. Trouvez-vous difficultés lors de l'accomplissement de votre métier ?
oui Non

2. Finalisez-vous la prise en charge d'un patient avant de passer à un autre ?
Oui non
3. Réalisez- vous une surveillance rigoureuse des malades ?
Oui non
4. Pensez- vous que l'épuisement professionnel engendre des répercussions néfastes sur la santé et la sécurité des patients ?oui
Oui non
5. Est- ce que vous êtes satisfait(e) de la qualité des soins que vous la dispensez aux malades ? Oui non

6. Selon vous, est- ce que les patients sont satisfait(e) de la qualité des soins que vous leur dispensez? Oui non

Axe 2: la relation soignants- soignés

1. Avez vous de bonnes relations avec les soignés ? oui non

2. Trouvez-vous un espace de temps pour discuter avec vos patients ?oui
non

3. Faites-vous l'éducation des malades concernant, la maladie, le traitement, le régime ? oui non

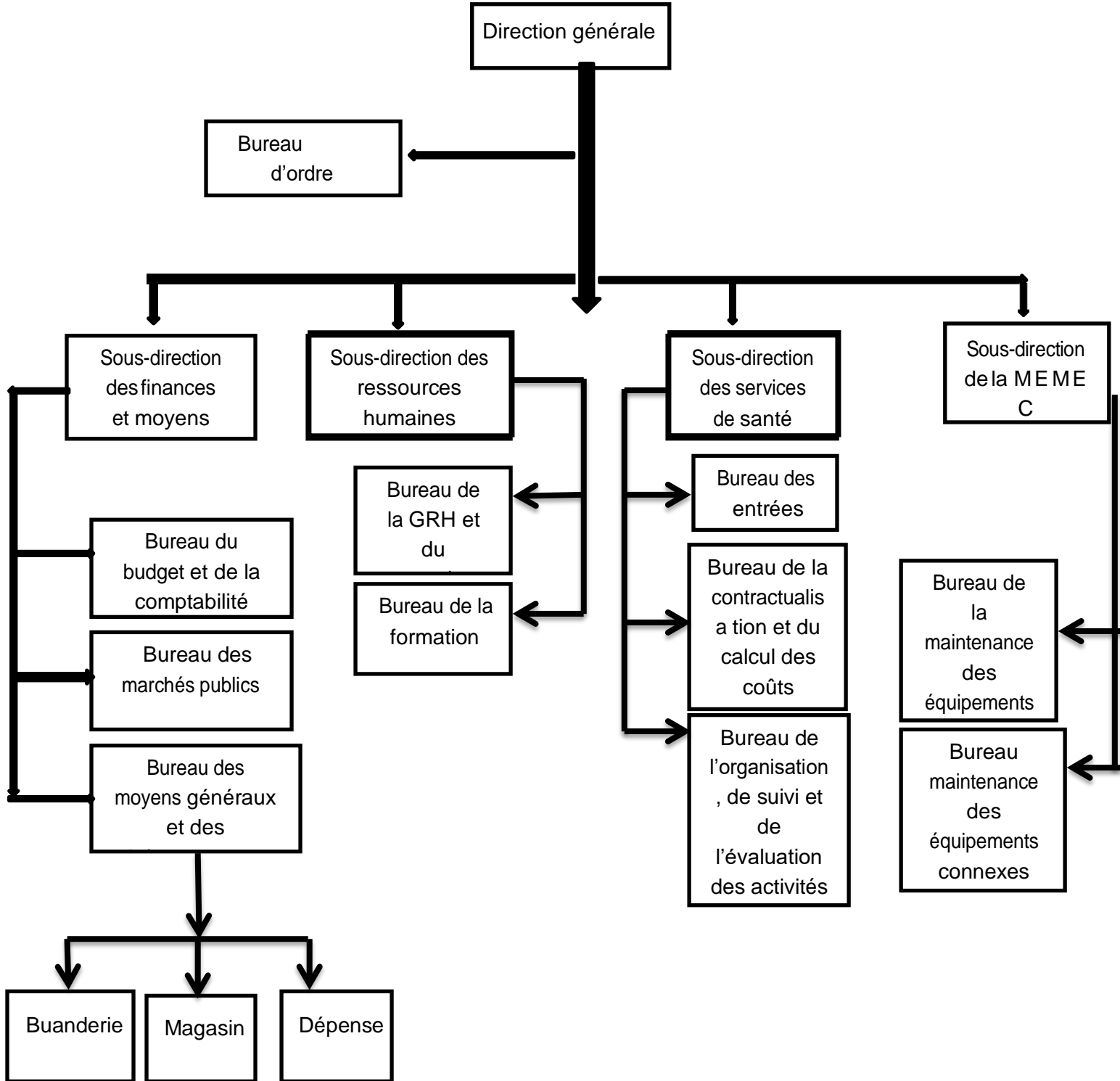
4. Trouvez-vous des difficultés dans la relation avec vos patients ? oui
non

5. Remarquez- vous que l'épuisement professionnel à des conséquences négatives sur votre performance, sur le rendement de votre travail ?

Oui

non

L'organigramme de l'établissement



Annexe 4

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

WILAYA DE BEJAIA

ETABLISSEMENT PUBLIC HOSPITALIER D'AMIZOUR

SOUS DIRECTION DES SERVICES DE SANTE

ACTIVITES DES URGENCES

1er Trimestre 2019

| Désignation de la structure | Nombre de Lits | Nombre de Malades reçus | Nombre de Malades mis en Observation | Nombre de Malades hospitalisés après OBS |
|--|-------------------------------|--|---|---|
| PU Hopital | 9 | 17 739 | 1 622 | 645 |