



Université Abderrahmane Mira – Bejaia

Faculté des Sciences Humaines et Sociales

Département des Sciences Sociales

Mémoire de fin de cycle

Présenté pour l'obtention du Diplôme de Master en Psychologie

Option : Psychologie Clinique

THEME

Burn-out chez les infirmiers urgentistes exerçant aux services de soins

Étude rétrospective de huit (8) cas à L'EPSP de Bejaia

Réalisé par :

MAMERI KAHINA.

MEDJBAR CELIA.

Encadré par :

Mm Djedid.

Année universitaire

2016-2017

REMERCIEMENTS

NOUS TENONS A REMERCIER EN PREMIER LIEU NOTRE DIEU DE NOUS AVOIR DONNE COURAGE, VOLONTE, PATIENCE, ET SANTE POUR POUVOIR REALISER CE MODESTE TRAVAIL ET NOUS ESPERONS RECOLTER LE FRUIT.

NOUS VOUDRONS EXPRIMER NOTRE PROFONDE GRATITUDE A MM DJEDID RATIBA, ET LA REMERCIER VIVEMENT POUR LA PATIENCE ET LA DISPONIBILITE DONT ELLE A FAIT PREUVE DURANT LA PERIODE DE NOTRE ENCADREMENT.

NOS REMERCIEMENTS A TOUS CEUX QUI ONT FACILITENT LA TACHE DE NOTRE INTEGRATION AU SIEN DE LA POLYCLINIQUE IHADDADEN, EN PARTICULIER MR SOFIANE AINSI QUE TOUTES LES INFIRMIERS DU SERVICE DE SOIN, QUI NOUS A VRAIMENT AIDES DURANT NOTRE STAGE.

NOS REMERCIEMENTS S'ADRESSENT EGALEMENT A TOUS CEUX QUI ONT CONTRIBUE DE PRES OU DE LOIN A L'ELABORATION DE NOTRE TRAVAIL. SANS OUBLIER NOS FAMILLES ET NOS AMIES QUI ONT TOUJOURS ETE LA POUR NOUS ENCOURAGER TOUT AU LONG DE NOS ETUDES.

GRACE A TOUS CEUX-LA, ON APU REUSSIR A CONSTRUIRE ET A STRUCTURER NOTRE TRAVAIL QUI A ETE DIFFICILE. A TOUS CEUX- LA, REVIENT LE MERITE DE MON SUCCES.

MERCI.

Dédicaces

JE DEDIE CE MEMOIRE A :

Mes chers parents, « NABILA », « SALAH », que nulle dédicace ne puisse exprimer mes sincères sentiments, pour leurs patiences illimites, leurs encouragements et leurs aider, en témoignage de mon profonds amour et respect pour leurs grands sacrifice.

Mes chers frères, Yacine, Samir , Lyes , et a ma sœur Sylaia ,pour leurs amour ainsi que pour leurs soutiens .

Mes chers cousins et cousines qui sont nombreux et que j'aime énormément, sans oublie ma tante adorée.

Mon très cher ami Karim qui sans son soutiens et son encouragement ce travail n'auras jamais vu le jour, ainsi que a mes copines, Lynda , Aldja .

MAMERI KAHINA

Dédicaces

C'est avec une grande émotion, que je dédie ce modeste travail ma grande famille . Hommage a mon grand père adoré « MOHAND » et ma grand-mère

« REBIHA » que dieu les accueille dans son vaste paradis.

A mes précieux parents « SISSA » et « HAFID » qui m'en toujours soutenu dans toutes mes démarches.

A mon cher mari « SOFIANE » qui a toujours été la pour moi.

A mes deux sœurs « NASSIMA » et « ASMA ».

A ma chère petite nièce « DANIA » et mon beau frère « LAMINE »

A ma grand-mère « FATIMA » que dieu la garde pour nous.

A mes beaux parents « YASMINA » et « DJAMEL »

A mes belles sœurs « LYDIA » et « MELISSA »

Sans oublié mes oncles et mes tantes plus précisément « NADJET », «

LAMIA » et « NAIMA ».

Et pour finir tous mes cousins et cousines qui sont nombreux et que j'adore ainsi qu'a *toutes* mes copines.

Medjbar celia

Sommaire

Introduction	01
Problématique	04
Hypothèses	09
La raison du choix du thème	09
Les objectifs du choix du thème	09

Partie I : Partie théorique

Chapitre I : burn-out.

PREAMBULE.

1_Historique : naissance et émergence du concept de burn- out	11
2_les différentes appellations du burn-out	12
3_ Définition du burn-out	13
4_ les dimensions et les signes clinique	15
4-1 L'épuisement émotionnel	15
4-2 La dépersonnalisation	15
4-3 L'échec de l'accomplissement personnel	16
5_ Les quatre phases du processus psychopathologique	16
5-1 Phase d'engagement (le plaisir au travail)	17
5-2 Phase d'alarme (sur engagement au travail)	17
5-3 Phase de résistance	17
5-4 Phase final (l'effondrement)	19
6_ les facteurs prédisposant au burn out	19
6-1 Facteurs liés au travail (facteurs externes)	19
6-2 Facteur liées à l'individu	20
7_Les conséquences du burn-out	21
7-1Conséquences sur le plan comportemental	21
7-2Conséquence sur le plan cognitif	22

7-3 Conséquence sur le plan physique -----	22
8_ les symptômes du burn-out -----	23
8-1 Manifestation émotionnelle affective -----	23
8-2 Manifestation physiques -----	23
8-3 Manifestation cognitives -----	24
8-4 Manifestation comportementales -----	24
9_ la relation d'aide du burn- out -----	25
9-1 Le principe d'acceptation positive inconditionnelle -----	26
9-2_ Le principe d'authenticité -----	27
9-3_ Le principe d'empathie -----	29
9-4_ Le principe de concrétude -----	30
10_ Les étapes d'installation du burn-out -----	31
10-1 L'enthousiasme -----	31
10-2_ La stagnation -----	31
10-3 La frustration -----	31
10-4 L'apathie -----	32
11_ les moyens de prévention -----	32
11-1 La prévention primaire -----	32
11-2 La prévention secondaire -----	33
11-3 La prévention tertiaire -----	33
Conclusion. -----	35

Chapitre II : les Infirmiers urgentiste.

PREAMBULE.

1_ Historique de la profession infirmiers -----	37
2_ Définition de l'infirmier -----	38
3_ Définition de la Profession infirmière -----	39
4_ DEFINITION DE L'urgence -----	39

5_ Les spécificités d'un service d'urgence-----	40
6_ La prise en charge des infirmiers aux urgences -----	41
7_ Le rôle de l'infirmier-----	42
8_ Les infirmiers et les soins aux urgences -----	43
Conclusion-----	44

Partie II Partie pratique

CHAPITRE III : LA METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

<u>PREAMBULE</u> .1_ DEFINIR LE LIEU DE LA RECHERCHE -----	47
2_ La pré-enquête-----	48
3_ Le choix de l'étude de cas -----	48
4_ la méthode de recherche -----	50
5_ Les outils de la recherche -----	51
6_ Le déroulement de l'étude -----	52
7_ La cotation des réponses -----	53
8_ INTERPRETATION -----	53
Conclusion-----	54

CHAPITREI V : Présentation, Analyse des résultats.

Préambule.

1_ Présentation et Analyse de l'entretien clinique-----	56
2_ Présentation et analyse des résultats de l'entretien et de l'échelle (MBI -----	57
3_ conclusion du cas -----	58
4_ Discussion générale et discussion des hypothèses -----	72
Conclusion générale-----	76

Liste bibliographique

Annexes

Introduction

De nos jours, Le burn-out est devenu un terme à la mode à tel point qu'ils semblent intrinsèques à la vie de l'homme moderne, ce phénomène a pris une ampleur telle qu'il ne se passe pas une journée sans que nous nous y référons pour expliquer notre état de santé, le burn-out connaît une expansion que l'on peut qualifier de phénoménal, parce qu'il reflète la réalité des personnes qui expérimentent des souffrances en raison de leurs travail.

Le burn-out est une démarche progressive et insidieuse qui touche ceux et celles qui se

donnent avec excès dans leur travail, il se manifeste en milieu professionnel, certes, mais pas que, L'étudiant confronté au stress des examens, la mère de famille qui veut mener de front toutes ses obligations ressentent aussi cet épuisement.

Littéralement, faire un burn-out, c'est « brûler de l'intérieur, se consumer ». Il s'agit d'un épuisement physique de prime abord. Ensuite, cette grande fatigue se transforme en fragilité émotionnelle et psychique.

Le burn-out touche toutes les professions et tous les individus, il n'est pas l'expression d'une pathologie individuelle, mais l'inadaptation d'un individu à la suite d'une exposition chronique à des agents stressants .

Autrement, Il désigne la réduction en cendres d'un objet entièrement consommé dont toute la matière aurait disparu et évoque donc, par extension, la combustion totale de ses forces, de son énergie ou de ses ressources, Mais c'est avec l'industrie aérospatiale que l'image la plus parlante du burn-out peut être approchée.

En effet, le burn-out y reflète l'épuisement du carburant d'une fusée avec comme conséquence la surchauffe du moteur et le risque d'explosion de l'engin, Par la violence exprimée par l'explosion d'une fusée.(Boudoukha.A.H ,2009,P10).

La traduction en France du burn-out est traduite par « usure professionnelle », « Fatigue professionnelle », « épuisement au travail » ou « syndrome d'épuisement des soignants » ne rend que partiellement compte du concept du burn-out.

L'idée de vécu chronique de stress dans le cadre de son travail peut effectivement être approchée par le terme « usure » Ou « épuisement » .

Ainsi, ces termes renvoient à une idée de perte de force et d'énergie, Cependant, Ces termes augmentent les risques de confusion avec d'autres états, notamment physiques, Ainsi, toute personne peut se dire épuisée ou usée sans présenter un burn-out .

Après son apparition sur le champ scientifique, Leburn-out a fait l'objet d'un intérêt croissant au cours des récentes décennies, Il a été décrit au début comme étant une pathologie qui touche principalement les personnes impliquées émotionnellement dans une relation d'aide, autrement dit, les professionnels engagés auprès d'autrui. Ce phénomène est apparu comme la conséquence d'un engagement trop intense dans une activité professionnelle trop exigeante.

Compte tenu de l'aspect complexe du burn-out, la plupart des auteurs le considère comme un phénomène multidimensionnel qui trouve son origine dans l'interaction de plusieurs facteurs liés en partie aux conditions et l'organisation de travail, et d'autre part aux facteurs intrinsèques de l'individu. (Ibid,P35).

De ce fait, nous avons mené une étude de cas et la méthode descriptive pour essayer de répondre aux questions de la problématique, en utilisant un entretien semi-directif et une échelle de (MBI).

Pour aborder notre thème nous allons répartir notre travail sous forme de deux parties, une partie théorique et une autre partie pratique. Chaque partie est composée de deux chapitres.

D'abord avant de présenter les deux parties qui constituent notre recherche, il est nécessaire de présenter la problématique et le cadre générale de la problématique.

Ensuite, nous allons présentés la partie théorique de notre recherche, qui se compose de deux chapitres : dans le premier chapitre, nous allons aborder l'aspect théorique du burn-out, et dans le deuxième chapitre, nous allons présenter l'aspect général et la spécificité du métier dès l'infirmier urgentistes.

Quant à la partie pratique on note qu'elle se compose de deux chapitres : le premier chapitre intitulé, la méthodologie de la recherche, et le deuxième chapitre qui contient la Présentation et Analyse de l'entretien clinique, Présentation et analyse des résultats de l'entretien et du test (MBI), Et conclusion du cas.

Enfin, nous allons clôturer notre travail par une discussion générale et discussion des hypothèses, Ainsi que une conclusion générale, Ainsi que la liste bibliographique qui annonce tous les documents que nous avons utilisés afin d'élaborer notre travail, et enfin les annexes.

Problématique

Problématique

Depuis les dernières décennies et surtout avec l'évolution et les changements dans les différents domaines qu'on connut nos sociétés, de nouvelles formes de mal être et de pathologie sont apparues, elles ont engendrés des dégâts importants aussi bien sur le plan psychologique que physique on les appelle les maladies de civilisation, parmi les conséquences des conditions de travail on retrouve le burn-out .

Ce nouveau concept a fait l'objet de nombreuse recherche, qui a été faites sur les professionnels des domaines divers (médecins, enseignants, sage femmes, policiers, pompiers), Harold .B BRADLEY est la première personne a désigner en 1969 un stress particulier massif lié au travail sous le terme de burn-out .

ce terme est repris en 1974 par le psychanalyste, H.FREDENBERGER, qui fut l'un des premiers à écrire un article sur le burn-out, Il déclarer : « le burn-out est la maladie de l'amé en deuil de son idéal » ,Il le définit aussi comme étant l'usure, le sentiment d'échec résultant d'exigences trop grandes en terme d'énergie ,de force ou de ressource .

Le terme « burn-out » pour lui se traduit par « se consumer », « s'éteindre ». L'explication de ce psychanalyste donne alors tout son sens à la terminologie employée :

« En tant que psychanalyste et praticien, je me suis rendu compte que les gens sont parfois victimes d'incendie, tout comme les immeubles. Sous la tension produite par la vie dans notre monde complexe leurs ressources internes en viennent à se consumer comme sous l'action des flammes, ne laissant qu'un vide immense à l'intérieur, même si l'enveloppe externe semble plus ou moins intacte. (H, FREUDENBERGER, 1987,P2).

H,Freudenberger, (1974), Il a observé que les professionnels de santé mentale développent au contact de leurs patients un état d'épuisement particulier accompagné de plaintes, douleurs, difficultés à gérer les situations génératrices de frustration, sentiments de colère et de suspicion dirigés contre l'entourage, Ils ne sont plus capables de fournir les efforts d'adaptation liés aux changements.

Il conclut : «Certains personnes sont parfois victimes d'incendie tout comme les immeubles. Sous l'effet de la tension, leurs ressources en viennent à se consumer comme sous l'action des flammes, ne laissant qu'un vide immense à l'intérieur, même si l'enveloppe externe semble plus ou moins intacte ».(Cite par Canoui,1998,P10).

Puis par la psychologue social C. Maslach en 1976 elle a découvert le burn-out dans le cadre d'une recherche sur le stress émotionnel et la stratégie de coping, d'après Maslach et Jackson, le burn-out provient uniquement de l'environnement du travail il est donc susceptible de toucher tous les individus.

Suite à ses recherches C.Maslach relève trois éléments autour desquels s'articule le burn-out :

- « L'épuisement physique et/ou émotionnel : il est généré essentiellement par une demande de soutien psychologique excessive chez des professionnels en situation de relation d'aide, C'est la composante clé du syndrome.
- La dépersonnalisation : elle se traduit par une perte d'empathie, un détachement excessif dans les rapports interpersonnels pouvant aller jusqu'au cynisme, une plus grande routine des soins avec une tendance à traiter le patient comme un objet.
- Le manque d'accomplissement personnel : plus le sujet fait d'efforts pour faire face, plus il s'épuise, plus il perd son efficacité, plus il se démotive, installant par là même une sorte de cercle vicieux où il finit par douter de ses propres capacités, baisse les bras et éprouve un réel manque d'accomplissement. » .(Cite par Delbrouck,2003,P32).

C.Maslach et Jackson, 1986 spécifie que le burn-out est un syndrome d'usure émotionnelle de dépersonnalisation ainsi qu'une perte de l'accomplissement personnel.

C'est à partir de cette définition que C.Maslach ET Jackson, (1981), élaborent un moyen de mesure de l'épuisement professionnel : Le MaslachBurnoutInventory(MBI), Il est constitué de 22 items , neuf pour mesurer l'épuisement émotionnel, cinq pour la dépersonnalisation et huit pour l'accomplissement personnel. (Truchot, 2004, p15,P16).

Selon C. Maslach (1998), les six caractéristiques qui peuvent mener une personne au burn-out sont : la charge de travail, le sentiment de contrôle, la reconnaissance, la communauté, la justice, le respect ainsi que les valeurs.

On observe un certain nombre de chercheurs qui examinent ce syndrome pour l'évaluer en définir le contour, est ceux qui se sont penchés sur la question a génère une pléthore de définitions, En effet, selon la perspective, qu'elle soit ancrée en psychologie clinique, social ou du travail et organisationnelle, la version du burn-out est différente.

Une étude de l'Office Fédéral de la Statistique (OFS) réalisée en 2007, met l'accent sur le fait que 41.3% des employés avouent être soumis à un stress constant au travail, Étant donné les chiffres indiquant un grand pourcentage d'infirmières face au burn-out, Et connaissant ses symptômes, En effet, selon le code déontologique du Conseil International des Infirmières (CII) (2005), l'infirmière a quatre responsabilités essentielles : promouvoir la santé, prévenir la maladie, restaurer la santé et soulager la souffrance. Par conséquent des recherches ont été effectuées sur le retentissement du stress des soignants sur les patients. Une de ces études démontre que, les services où les soignants sont soumis à un plus grand stress, les dommages causés aux patients sont aussi plus importants.

Le code déontologique des infirmières (CII),(2005), a aussi mis l'accent sur la santé des infirmières, En disant que « la sécurité des conditions de travail dans le secteur de la santé est un facteur important pour la sécurité des patients».

L'infirmière a quatre responsabilités essentielles : promouvoir la santé, prévenir la maladie, restaurer la santé et soulager la souffrance.».(CII),2005, p1).

Les membres de la communauté scientifique en particulier des psychiatres, qui parlent du burn-out comme d'un couteau sans lame auquel il manque le manche, Il y'a aussi de nombreux auteurs en AMERIQUE DU NORD et en EUROPE qui ont travaillé sur le sujet en tentant de clarifier son contenu pour définir clairement le concept.

La première grande revue de la littérature parue en 1982 ne comptait pas moins de 48 définitions.

De nombreuses études sur le burn-out ont été réalisées ces dernières année il existe plus de 2500 publications, Mais concernant beaucoup plus les infirmiers de l'assistance et des intervenant dans des catastrophes que d'autres milieux professionnels.

Mais les recherches réalisées sur le burn-out en Algérie, ne sont pas nombreuses, Nous ne retrouvons quelque étude publiées, Celle de CHAKALI (2000) sur le burn-out chez le personnel du centre anticancéreux de BLIDA et celle de Boudarene (2004) chez les agents de police en exercice, Egalement une autre étude effectuée dans le cadre du projet de magister par OUCHEN (2005) par le biais du MBI auprès des éléments de sapeurs-pompiers de la wilaya de Constantine a révélé la présence du burn-out avec un taux d'épuisement émotionnel de 49,88% sur l'ensemble de la population d'étude, Vient en deuxième position la baisse de l'accomplissement personnel de 32,97% et enfin la déshumanisation de la relation à autrui

avec un taux de 12,48% ,« Thèse Ouchen, M, 2005 », BENATIA YACINE chez les infirmiers urgentiste (2008), Celle réalisée par le médecin psychiatre M.Boudarene auprès des agents de police dans la Wilaya de Tizi -Ouzou (2004).

Le burn-out est un syndrome qui touche les professions dites aidantes ayant une forte implication interpersonnelle affective, Il est désormais reconnu qu'il touche tous les types d'emplois, Cependant le burn-out entraine encore plus de répercussion pour la profession du soignants ou d'aidants avec un engagement personnel intense Comme le dit Barbier, dans La Presse Médicale (2004) : « Le Burn-out touche plus spécifiquement tous ceux qui ont choisi d'aider autrui et qui ne le font pas seulement dans un but égoïste, Il concerne particulièrement les soignants, parce qu'ils sont en prise directe avec la souffrance, la misère, le malheur, la maladie et la mort ».(D.Barbier,2004,P349).

Il existe une littérature abondante sur Le burn-out du personnel infirmier, Plusieurs auteurs (Constable & Russel, 1986; Das, 1981; Paredes, 1982; Topf& Dillon, 1988) rapportent que le burn-out chez le personnel infirmier serait associé à des conditions générales inhérentes au contexte de travail, Dans un univers plus étendu, d'autres auteurs (Jones, 1982; Kahiil, 1988; Perlmänn& Hartmann, 1982; Rogers, 1987; Ursprung, 1986) qualifient le burn-out comme un phénomène à dimensions multiples dont les causes origines sont des facteurs relatifs au personnel, A la clientèle leurs observation démontre des taux d'absentéisme élevés, une diminution de l'attention accordée aux clients, de l'irritabilité, de l'anxiété et une insatisfaction vis-à-vis du travail, Certains se disent exploités, fatigués et épuisés presque quotidiennement , Ces plaintes de divers ordres sont souvent associées à des symptômes de nature somatique, tels que des problèmes gastro-intestinaux, des troubles de sommeil, une perte d'appétit, une fatigue lancinante, des maux de tête et de dos. Ces agents de santé s'occupent de la santé et du bien-être des autres en risquant insidieusement une dispersion d'eux-mêmes et de leurs ressources sans trop de répit et souvent avec peu d'autre assistance, Qu'eux-mêmes (Rainville, 1984). Une perte progressive de buts, d'idéalisme, d'énergie et de signification risque de s'installer chez eux (Edelwich&Brodski, 1980).

De toutes les spécialités médicales, il apparaît que ce sont les infirmiers urgentistes qui présentent le plus de risques de connaître un jour un burn-out , Manque de personnel, patients toujours plus nombreux, rentabilité des soins .(Canouï.P ,Mauranges.A, 2004, p.1).

Le burn-out se déclenche suite à une exposition constante et prolongée au stress au travail elle est plus généralement associée aux métiers a forte sollicitation mentale émotionnelle et

affectives, aux postes à responsabilités ou encore lorsque les objectifs sont difficiles, Ou on ne parvenant pas à faire face à l'exigence adaptative de son environnement professionnel, voit son énergies sa motivation et son estime de soi décliner.

Selon le site Burnout-info.ch spécialiste de la question, le burn-out serait « un état de fatigue émotionnel, mental et physique caractérisé par un manque de motivation et de performance après des mois ou voire des années de surmenage et de surenchère ».

Par ailleurs, Ce site avance une information essentielle qui est que le burn-out surviendrait à cause du stress ou de l'anxiété. La dépression est aussi une problématique énoncée lorsque nous évoquons le burn-out. Cependant, il ne faut confondre les problématiques. Ainsi, un burn-out est différent d'un état de stress répété, d'une anxiété généralisée ou encore d'une dépression d'épuisement professionnel. Ces trois états et notamment le stress chronique amènent au burn-out mais ne le composent pas.(Normand Brien,2012,p1.2.3).

Le burn-out atteint environ le quart des infirmières d'hôpitaux généraux tous services confondus, Les données épidémiologiques récentes montrent que la profession d'infirmier, spécialisé ou non, est à haut risque concernant le burn-out. En effet, une étude réalisée en France sur quelques 3 600 infirmiers et infirmiers spécialisés montre des scores de burn-out élevés.(Ibid,2004,P3).

C'est ce qui nous a incité à poser les questions suivantes sur le burn-out chez les infirmières urgentistes de POLYCLINIQUE IHADDADEN de Bejaia :

Est-ce que Les infirmiers urgentistes exerçants dans un service de soin souffrent du burn- out ?

_ Le sexe influe t'il sur l'apparition du burn-out chez les infirmiers urgentistes ?

_ Est-ce que L'âge favorise l'apparition du burn-out chez les infirmiers urgentistes ?

_ Le nombre d'années d'expérience contribue-t-il à l'apparition du burn-out chez les infirmiers urgentistes ?

L'hypothèse principale :

Les infirmiers urgentistes exerçants dans un service de soin souffrent du burn-out.

Les Hypothèses opérationnelles :

1. Le sexe influe sur l'apparition du burn-out chez les infirmiers urgentistes.
2. L'âge favorise l'apparition du burn-out chez les infirmiers urgentistes.
3. Le nombre d'années d'expérience contribue à l'apparition du burn-out chez les infirmiers urgentistes.

Les raisons du choix de thème :

Notre choix de traiter le thème des infirmiers urgentistes, est motivé par les raisons suivantes

- _ Le manque d'étude sur le phénomène de burn-out chez les infirmiers urgentistes.
- _ La disponibilité des cas auxquels nous pouvons appliquer notre étude.
- _ Montrer l'efficacité et la validité de notre étude concernant le travail des infirmiers à l'urgence, c'est-à-dire décrire les conditions de travail des infirmiers, et d'approfondir notre réflexion et nos questionnements relatifs à la surcharge du travail.
- _ Acquérir des connaissances dans le domaine de santé en général et les conditions de travail et qualité des soins en particulier.

Les objectifs du choix de thème :

- _ Bien qu'il y ait plusieurs objectifs que ce thème peut atteindre, mais nous envisageons principalement ces objectifs suivants :
- _ Analyser en quoi consiste le burn-out chez les infirmiers urgentistes de L'EPSP de Bejaia .
- _ Acquérir une expérience et approfondir nos connaissances dans le domaine de la santé.
- _ Déterminer les conséquences des conditions du travail des infirmiers.
- _ Étudier l'impact de la surcharge de travail sur le personnel infirmier.

Partie théorique

Chapitre I

Le burn-out

Préambule :

Le burn-out est devenu un terme à la mode à tel point qu'ils semblent intrinsèques à la vie de l'homme moderne, ce phénomène a pris une ampleur telle qu'il ne se passe pas une journée sans que nous nous y référons pour expliquer notre état de santé, le burn-out connaît une expansion que l'on peut qualifier de phénoménal, parce qu'il reflète la réalité des personnes qui expérimentent des souffrances en raison de leurs travail en particulier chez les infirmiers .Dans ce premier chapitre on va essayer de parler du burn-out, ces causes ces conséquences et les moyens de prévention.

1Historique : naissance et émergence du concept de burn out:

Le burn-out, n'est évidemment pas un syndrome nouveau aujourd'hui il est largement employé jusqu'à être passé dans le langage courant. Le burn-out est devenu un terme à la mode on le retrouve dans les pages des quotidiens ou des magazines, l'historiographie officielle fait généralement remonter la naissance du burn-out à 1969.mais le verbe « to burn-out » est attesté chez SHAKESPEARS dès 1599, dans son recueil THE PASSIONATE PILGRIM.En 1900 le mot burn-out a intégré le vocabulaire anglais courant où il désigne un excès de travail entraînant une mort précoce.

Des 1969, BRADLEY a utilisé ce terme dans un article de la revue Crime Delinquency ,et c'est le psychanalyste américain H. FREUDENBERGER qui ,décrivant en 1974 pour caractériser l'état mental des jeunes volontaires travaillant auprès de toxicomanes .

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.(Truchot,2004,P7).

Mais les recherches les plus importantes sur le burn out ont été faites aux Etats-Unis. En effet 1970 H.FREUDENBERGER, utilisera dans ses écrits le terme « burn out » pour caractériser l'état mental des jeunes volontaires travaillant auprès de toxicomanes.(Ibid, P8).

De son côté, C.Maslach (1979), psychologue sociale, a découvert le burn-out dans le cadre d'une recherche sur le « stress émotionnel » et les stratégies de coping développées par les employés de services sociaux face à leurs usagers.

Il s'était interrogée sur les comportements agressifs des professionnels envers leurs usagers c'est donc au cours des entretiens avec ces professionnels de service social qu'elle identifie le burn-out sous trois caractéristiques qui sont l'épuisement émotionnelle dépersonnalisation désinvestissement et la réduction du sentiment d'accomplissement personnel et professionnel.

Avec le début des années quatre-vingt, les recherches sur le burn-out prennent une dimension plus systématique, empirique et quantitative, en utilisant des questionnaires et des études scientifique et empirique sur un grand nombre de sujets (Cordes et Dougherty, 1993). Le problème de l'évaluation est donc posé et un grand nombre d'échelles mesurent le burn-out sont testées.(Boris Cyrulnik,Marie-France Hirigoyen,2016,P20).

2 les différentes appellations :

Avant de parler sur le burn-out il faut indiquer la notion de burn in pour décortiquer le caché de nombreuse problématiques duburn-out : Le burn in : D'après Evelyne Joss (2008), « Le burn-in constitue la première phase de l'épuisement professionnel et précède l'étape ultime du burn-out. Il se manifeste principalement par du « présentéisme » s'oppose à « absentéisme » et désigne une présence abusive sur le lieu de travail menant à un état pathologique de surmenage. Le travailleur en burn-in est à son poste malgré des problèmes de santé, physique ou mentale, qui devraient l'en tenir à l'écart. Il est physiquement présent mais très fatigué, peu productif et souffre de somatisations diverses ».

Le phénomène de l'épuisement professionnel fut décrit sous d'autres appellations. Durant les deux guerres mondiales, on cite « la fatigue du combat » qui, sous plusieurs aspects, correspondait avec le tableau clinique du « burn-out ». La neurasthénie, telle que décrite par Beard en 1869, chez les névrosés chroniques, ressemble, sous bien des points, au syndrome du « burn-out ».

Plus tard, le monde des affaires adoptait un terme élégant pour cerner à sa façon le phénomène du burn-out ; on parle de « executive stress syndrome », qui correspond fidèlement au « syndrome du cadre stressé». D'autres appellations sont utilisées, telles que «syndrome de démoralisation» ou «dépression occupationnelle », mais l'expression qui semble faire vraiment l'unanimité est celle de «syndrome d'épuisement professionnel». Actuellement le phénomène d'épuisement professionnel est décrit sous trois appellations qui peuvent varier selon la langue et la culture du pays.

2_1 BURN- OUT SYNDROME : Le terme anglais « to burn- out » peut avoir plusieurs significations échouer, s'user, devenir épuisé face à une demande d'énergie, de force et de ressources trop importantes. Il évoque une combustion totale, jusqu'à la réduction en cendres d'un objet entièrement consumé dont la conséquence est la métamorphose de la matière.

Canoui.P précise que la métaphore empruntée à l'industrie aérospatiale où « burn out » désigne " la situation d'une fusée dont l'épuisement de carburant a pour résultante la surchauffe et le risque de bris de la machine". Les travailleurs épuiseraient leur énergie jusqu'à exploser ("craquer") tels des machines.

2_2 SYNDROME D'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL : Le terme « Syndrome d'épuisement professionnel » est employé actuellement en français. Il a le défaut d'être vague et paraît englober tous les effets du travail sur l'individu. D'autres expressions sont également rencontrées : « usure professionnelle » ou « usure au travail ». Ces notions mettent l'accent sur l'évolution graduelle du syndrome.

2_3 KAROSHI : Karoshi (se prononce Kaloshi), cette expression japonaise de ce syndrome donne une connotation plus violente. « Karo » c'est la mort et « shi » désigne la fatigue au travail, donc le mot Karoshi signifie la mort par excès au travail. Ainsi, dans la culture japonaise, il semble que le syndrome d'épuisement professionnel puisse aboutir à la mort de l'individu. Le salarié possède une notion sacrificielle de soi même pour subvenir aux exigences des autres et de l'entreprise en investissant son temps et ses forces jusqu'à épuisement. La charge de travail excessive et le stress professionnel sont susceptibles de causer la mort du travailleur.(DELBROUCK M, 2003, P 9,10).

Les recherche qui depuis plus de vingt ans dressent les contours du burn-out permettent désormais de proposer une définition de ce nouveau concept.

3 Définition du burnout :

De nombreux chercheurs qui se sont penchés sur les définitions du burn-out a engendre pas moins de cinquante définitions, Nous allons essayer de définir quelque une :

Dans les classifications actuelle des pathologies mentales, les concepts burn-out n'apparait pas et ne peut donc pas être caractérisé comme une maladie.

- Pour l’OMS, le burn-out se traduit par un épuisement professionnel et plus précisément un sentiment de fatigue intense, de perte de contrôle et d’incapacité à aboutir à des résultats concrets au travail.(B. Cyrulnik,M-F.Hirigoyen,2016,P8).
- Selon L’INRS (institut national de recherche et statistique) quant à lui décrit le burn-out comme un ensemble de réactions consécutives a des situations de stress professionnel chronique
- Quant à H.Freudenberger, il propose en 1974 une première définition du burn-out, fondé sur celle du dictionnaire Webster dont D.Bedard et A.Duquettee donnent la traduction suivante « l’épuisement professionnel et 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 » (Canoui.P,Mauranges.A, 2004 p10).
- Pour C.Maslach, il décrit en 1976 l’épuisement professionnel des professionnels d’aide comme : « Une incapacité d’adaptation de l’intervenant à un niveau de stress émotionnel continue causé par l’environnement de travail » .(Ibid, p10).
- Selon Pines, Aronson&Kafry (1981) : « Le Burn-out 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 » (Boulkroun. M, 2003, P68).
- Quand à D.bédard et A.Duquette « l’épuisement professionnel est une expérience psychique négative vécue par un individu, qui est liée au stress émotionnel et chronique causé par travail ayant pour but d’aider les gens » (Ibid, 2003, p 17).
- Pour Edelwich et Brodsky (1980): « le burn-out est un processus de désillusionnement » résultant d’un écart entre normes et faits, qui se traduit par quatre étapes, soit : l’enthousiasme, la stagnation, la frustration et l’apathie. Selon ces auteurs, plus la personne investit d’énergie dans son travail sur le plan émotionnel, plus elle est exposée au burn-out, précisément lorsqu’elle connaît au travail, la déception et la frustration.
- Pines et C.Maslach (1980) emploient le terme de burn-out comme un :

« Syndrome de fatigue physique et émotionnelle qui amène chez l’individu concerné une perception négative de soi, des attitudes négatives au travail et une implication personnelle auprès des patients ».

- Kafry et Pines (1980) emploient le terme de burn-out pour désigner :

« L'expérience de la fatigue physique, émotionnelle et mentale produite par les pressions chroniques quotidiennes ».

- C.Maslach et Jackson(1981): « le burn-out est un syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement personnel qui apparait chez les individus à appliqués professionnellement auprès d'autrui ». (Truchot. D,2004,P4).
- Schaufeli et Enzmann(1998), le décrivent plus tard comme : « un état d'épuisement physique, émotionnel et mental résultant d'une exposition à des situations de travail émotionnellement exigeantes ».
- ROBERT KAHN (1978), le burn-out est « un syndrome d'attitudes inadéquates a l'égard des clients et de soi-même, souvent lie a des symptômes physiques et émotionnels désagréables ».(B. Cyrulnik,M-F. Hirigoyen,2016,P23).

4 les dimensions et les signes clinique

Le burn-out se caractérise par l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation, l'échec de l'accomplissement personnel. Ces signes caractéristiques ont été découverts par C.Maslach, chercheuse américaine en psychologie sociale.

4-1-L'épuisement émotionnel : la personne n'a plus d'énergie, elle se sent vidée. En fait, elle ressent un profond sentiment de fatigue émotionnelle et physique marquée par la hantise de devoir aller au travail. Le corps n'apporte pas l'amélioration espérée. Chaque nouvelle journée de travail est vécue comme un calvaire qu'il faut pourtant supporter. La personne éprouve des difficultés importantes à entrer en relation émotionnelle avec les autres, les proches, l'entourage familial ou l'environnement professionnel. Ce qui frappe au premier abord, chez certains individus épuisés, c'est l'impression de froideur, d'hyper contrôle.

4-2-La dépersonnalisation : elle représente la dimension interpersonnelle du burn-out. 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, la déshumanisation est diagnostiquée quand la personne devient négative envers ses collègues, ses clients ou ses

patients. Ils sont perçus comme des éléments qui dérangent, ennuient, dont on se passerait volontiers.

La dépersonnalisation peut prendre des formes très dures et s'exprimer à travers des actes de maltraitance, de stigmatisation, de rejet, etc. Les soignants invoquent des arguments relevant de la science médicale, les juristes des arguments relevant du droit, et les enseignants invoquent l'autorité pédagogique. Chaque professionnel rationalise sa pratique à sa guise, à l'aide de la science, de la pédagogie, de la loi, des règlements administratifs, etc.

À ce stade, la dépersonnalisation joue un rôle positif, protecteur, car elle permet à la personne de se distancier psychologiquement de ses clients ou de ses patients dans le but de se protéger des effets négatifs de l'épuisement émotionnel dont elle est victime. À l'inverse, la dépersonnalisation joue un rôle négatif quand l'accomplissement personnel se réduit à l'extrême.

4-3 L'échec de l'accomplissement personnel : la dévalorisation de ses Compétences et de son travail est la troisième caractéristique du burn-out. Un fort sentiment d'échec personnel, la croyance que les objectifs ne sont pas atteints, la diminution de l'estime de soi et du sentiment d'auto efficacité, la frustration au travail dominent.

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 for intérieur. La culpabilité et la démotivation l'entraînent dans le cercle vicieux de l'absentéisme et du désinvestissement.

Paradoxalement, certains salariés touchés par le burn-out accélèrent leur rythme de travail avec une absence d'efficacité manifeste qui alimente la démotivation. D'autres salariés se fixent de nouveaux objectifs comme de chercher un nouveau travail pour stopper cette course sans fin, ou existe le risque d'un arrêt brutal (maladie, dépression, accident).

La spirale du désinvestissement professionnel est très difficile à stopper. Il est impératif de se faire aider par un psychologue spécialisé dans la prise en charge de la souffrance au travail.

(E.GREBOT, 2008, P , 108-110).

5 Les quatre phases du processus psychopathologique :

D'après nos observations, l'apparition du burn-out comportent quatre phases distinctes qui s'étalent dans le temps et ont une durée variable selon les individus et les situations de travail. Ces quatre phases nous semblent caractéristiques du burn-out puisqu'elles se rencontrent dans tous les cas cliniques observés.

5-1 La phase d'engagement : le plaisir au travail.

Il s'agit ici de la phase de satisfaction intense au travail, caractérisée par une grande vigueur, une forte implication et une absorption intense dans le travail. L'engagement au travail se caractérise par trois composantes : l'enthousiasme vis-à-vis de son travail, l'acceptation de ses aspects négatifs et la persévérance dans les tâches qu'il comporte. Cet engagement au travail est reconnu comme ayant des effets bénéfiques pour la santé psychique et physique. L'enthousiasme qui caractérise l'engagement au travail peut être intense sans pour autant impliquer que l'individu ressente moins d'enthousiasme face aux autres aspects de sa vie (loisirs, amis, famille). La perception de bien-être et de bonne santé est présente.

5-2 La phase d'alarme : le sur engagement au travail ;

Le sur engagement est le symptôme initial du burn-out, La satisfaction et la motivation au travail sont encore très présentes. Mais petit à petit, l'activité et les pensées professionnelles vont gagner toutes les sphères de l'existence : sociale tout d'abord (diminution de toute l'activité sportive, des loisirs habituels, des sorties...), et familiale ensuite. Le temps consacré à la satisfaction de ses propres besoins est de plus en plus court. Les besoins non professionnels perdent leur importance.

C'est à ce stade que les proches commencent généralement à exprimer leur inquiétude et leur frustration. Dans cette phase, le score de travail excessif est sensiblement élevé, le temps dédié aux activités professionnelles est souvent supérieur à 50 heures par semaine. Le sur engagement au travail est toujours précédé d'une phase plus ou moins longue d'engagement et on observe des périodes d'états mixtes (engagement et sur engagement qui alternent en fonction du contexte personnel et/ou organisationnel). Les facteurs organisationnels et les facteurs individuels, souvent intimement liés, en sont la cause et vont faire basculer

l'engagement vers le sur engagement Les signes physiques commencent à se manifester de manière récurrente et sont à ce stade négligés ou, en tout état de cause, minimisés par la personne, C'est ce moment-là qu'il faut s'attacher à détecter afin d'éviter au salarié de sombrer dans la troisième phase.

5-3 La phase de résistance : l'acharnement frénétique :

Cette suractivité se transforme finalement en acharnement frénétique. La personne continue de s'imposer un rythme effréné. Elle nie de plus en plus son surmenage et sa surcharge. Le plaisir fait place à l'anxiété grandissante et la disparition de la satisfaction au travail. L'estime de soi diminue petit à petit, la personne commence à douter d'elle-même, de ses capacités. C'est la phase de rupture : acharnement frénétique, obstination sans plaisir, le sujet se retrouve enfermé dans sa lutte solitaire contre l'expression de sa propre souffrance. Il devient indisponible et intolérant à la souffrance d'autrui et à l'émotion que cela génère en lui. C'est également à ce stade que les premiers signes de détachement, d'insensibilité au monde environnant et de rupture avec les autres surviennent sous la forme d'attitudes négatives envers les collègues et/ ou les clients. Le sujet est de moins en moins capable d'empathie et d'implication émotionnelle dans ses activités. Cette stratégie d'adaptation vise à se protéger en tenant les autres à distance, leur présence représentant un danger pour le peu d'équilibre restant. Si cette réaction peut paraître égoïste, c'est avant tout un réflexe de survie, un signal d'alarme en matière de préservation de la santé.

Dans cette phase, les critères diagnostiques suivants sont nécessaires et suffisants pour décider de mettre le salarié en arrêt maladie pour le protéger du milieu de travail :

- État affectif négatif.
- Organisation de travail et/ou conditions de travail défavorables.
- Bon fonctionnement professionnel maintenu au prix d'efforts grandissants.
- Faisceau de manifestations connexes caractéristiques : troubles du sommeil, douleurs articulaires, troubles digestifs, irritabilité, troubles de concentration, de mémorisation, repli sur soi progressif.
- L'état s'améliore de manière caractéristique avec l'arrêt du travail en 15 jours à trois semaines. Sans aide extérieure, la personne est à ce stade incapable de s'en sortir seule et dans

l'impossibilité de demander de l'aide, Le sujet accepte difficilement l'arrêt de travail qui lui est proposé et cherche très fréquemment à le réduire à quelques jours. Il a l'illusion de pouvoir « encore tenir », et de ne « pas être si malade que ça ».

Le caractère compulsif du sur engagement devient visible et prépondérant. La personne n'est plus capable de s'adapter : des changements de comportement inopinés et inadaptés au contexte surviennent, avec notamment une position défensive à l'égard de toute critique, le retrait émotionnel ou à l'opposé, le raptus nerveux par rapport à des événements de travail, le manque d'adaptabilité.

5-4 La phase finale : l'effondrement :

L'effondrement est la dernière phase de ce long processus. A ce stade, la personne a perdu toute Capacité d'initiative qui lui serait favorable. L'estime de soi et tout espoir de parvenir à surmonter Les difficultés professionnelles sont anéanties. Elle montre un retrait émotionnel quasi-total (apathie) et du cynisme par rapport aux événements de travail marquants, un manque de flexibilité à toute demande de changement, et l'impossibilité d'exprimer son incapacité de continuer de faire son travail. Sur le plan comportemental, la personne n'est plus capable d'empathie, de compassion, de soutien envers autrui qui est réduit à l'état d'objet. Ce cynisme est à l'origine de comportements plus graves : dénigrement systématique de l'entreprise, violences verbales et physiques, voire maltraitance sur autrui (patients, collègues, collaborateurs, fonctions support, usagers, clients...)

On assiste à un effondrement total qui affecte toutes les dimensions de la personne : psychique émotionnelle et physique. Ce stade est souvent celui de la maladie dépressive. Le risque de passage à l'acte suicidaire est majeur.

Cette incapacité s'associe à un fort sentiment d'inutilité et d'incompétence générant un état d'anxiété extrême. Classiquement le burn out décrit par C.Maslach comporte ces trois dimensions : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation dans sa relation à autrui et la perte de l'estime de soi. (S.Choque,J. Choque,2005,P7-11).

6 Les facteurs prédisposant au burn out :

Quand le stress engendré par le travail devient impossible à gérer, certains travailleurs font ce que l'on appelle un burn-out, Si les facteurs de risque de burn-out sont nombreux et évoluent

avec les codes du monde du travail, il existe tout de même une liste des principales causes que les salariés et employeurs en général doivent être capable d'identifier afin de prévenir les risques de burn-out , Trois facteurs interviennent dans le burn-out ,l'organisation, l'individu et les relations .

6-1Facteurs liés au travail (facteurs externes) :

plusieurs recherches ont été effectuées sur la relation entre les variables professionnelles (la formation, la fonction, et le nombre d'années d'expérience) . Les résultats ont conclu qu'il n'y a pas de lien direct car le burn out il est « multifactoriel » et qu'il est lié à un problème émotionnel face aux conditions de travail.

Dans son travail, l'infirmier est souvent interrompu : l'urgence, le téléphone qui sonne. Bien des événements font que l'infirmier doit arrêter une tâche et la reprendre plus tard avec toutes les conséquences que cela implique :

_ organisation du travail : management défaillant, absence de reconnaissance, charge de travail importante, pression par rapport aux délais à respecter, hautes responsabilités et manque de marges de manœuvre, pas de position pour la prise de décision, manque de clarté dans les objectifs, demandes contradictoires ,Rémunération insuffisante Statut (nature du contrat précaire : ISP ou près emploi), Difficultés à maintenir à jour ses connaissances médicales.

_ relations de travail (entre collègues, avec l'encadrement, avec le public) , manque de coopération et/ou de soutien, manque de communication avec les collègues et/ou l'encadrement, conflits de valeurs, agressions verbales ,Sentiment d'insécurité grandissant (patients irrespectueux/agressifs) , Patients de plus en plus exigeants.

Pression de la hiérarchie, Difficultés à s'adapter aux nouvelles recommandations, Difficultés à prendre en charge certain(e)s patients

_ Milieu familial : lourdes responsabilités familiales, solitude.

_ Conditions de travail : augmentation de la productivité, exigences de plus en plus strictes, insécurité de l'emploi, délimitation des sphères de travail et hors travail (disponibilité constante). (CANOUI. P, MAURANGES. A, 2004, P 163 _ 164).

6-2 Facteurs liés à l'individu :

- type de personnalités (dénommés « burner », « high performer ») : favorisant la carrière, personne exigeante n'acceptant pas les échecs, perfectionniste, présentant une motivation excessive, trop grande importance accordée au travail, objectifs fixés irréalisables, besoin de satisfaire tout le monde, ignorer ses limites (en terme de travail mais aussi de santé) / forte réactivité au stress.
- rapport au travail : sentiment d'iniquité et/ou d'un manque de réciprocité, sentiment d'être délaissé et de devoir tout surmonter seul.
- adhésion aux valeurs sociales : développement personnel, source d'épanouissement, autopromotion à travers le travail.

Ce dernier point révélant l'adhésion du salarié aux valeurs sociales renvoie au fait de devoir travailler plus si nous souhaitons obtenir de la reconnaissance et gagner davantage d'argent. Ce type de règles fait partie des mœurs auxquelles il ne faut pas déroger sous peine d'être rejeté. Ceci concerne tout le monde mais davantage les salariés à la tête d'entreprises, et les femmes qui doivent trouver le juste milieu entre leur vie de famille et leur vie de travail. Ils reflètent bien les valeurs sociales que nous respectons si nous voulons être acceptés par la société. (Site Burnout.info, 15:21 / 28/02/2017).

Par contre, selon l'article de Lüthi, les personnes qui s'investissent dans leur travail, qui ont tendance à être perfectionnistes et qui ont « une conscience élevée du devoir » auraient tendance à négliger leurs propres besoins et sont donc plus à risque de s'épuiser.

7 Les conséquences du burnout .

Conséquences sur le plan comportemental :

Nous pouvons distinguer la encore plusieurs sous-catégorie.

_ L'inefficacité de l'activité :

- Ralentissement du rythme d'activité.
- Hyperactivité improductive.
- Augmentation des erreurs.

_les relations de travail :

- Manque de flexibilité, d'adaptabilité.
- Isolement, mise à distance de soi et des autres.
- Cynisme, arrogance, agressivité.
- Absentéisme.
- Diminution des relations sociales extérieures au travail
- Diminution des activités de loisirs.

_ Les addictions :

- Tabagisme, alcoolisme et autres toxicomanies .
- Conduites alimentaires compulsives.

_ La démission : cette réaction de sauvegarde du sujet en burn-out est précédée généralement d'une intention de démissionner.

Conséquence sur le plan cognitif :

Nous pouvons citer :

- Perte du sens du travail et des objectifs.
- Développement des pensées rigides.
- Baisse de la performance intellectuelle (diminution de la concentration, de la rapidité).
- Difficultés d'apprentissage.

Conséquence sur le plan physique :

Beaucoup d'études se sont penchées sur les conséquences physique du burn-out on va tenter de citer quelque un :

- Les troubles cardio-vasculaires

- Les troubles de la sexualité
- La réduction des défenses immunitaires
- Les plaintes somatiques, les douleurs diverses, les troubles digestifs
- La fatigue chronique.

Elle est probablement liée aux difficultés de sommeil tout autant qu'aux affects dépressifs et à la perte d'enthousiasme. (Alexandre .M,2010, p18,p19,p20).

8 Les symptômes du burnout :

De nombreux symptômes du syndrome d'épuisement professionnel ont été répertoriés, les auteurs décrivent les manifestations du SEP en les classant en quatre grandes catégories, émotionnelles, physiques, cognitives et comportementales.

8-1 Manifestations émotionnelles ou affectives :

L'épuisement psychique s'accompagne:

- d'une érosion de la capacité de contrôle des émotions.
- d'un sentiment de découragement.
- d'un sentiment de tristesse.
- d'une fluctuation d'humeur.
- d'angoisses, d'idées de persécution.
- d'augmentation de l'état de tension et d'irritabilité.
- de nervosité.

8-2 Manifestations physiques :

L'épuisement physique et la fatigue chronique (apparaissant dès le lever) sont les manifestations majeures du burn-out. A la phase ultime d'effondrement, certains auteurs parlent de « fatigue dépassée » pour faire le parallèle avec le « coma dépassé » On constate dès la phase de sur engagement les signes suivants :

- troubles du sommeil, insomnies fréquentes qui poussent les sujets à consommer des somnifères.
- douleurs articulaires et tendineuses : lombalgies, lumbagos, névralgies cervicales, tendinites du coude, du poignet, de l'épaule.
- troubles des fonctions gastro-intestinales, perte de l'appétit ou à l'opposé hyperphagie (entraînant perte ou prise de poids excessive).
- céphalées, migraines, malaises, vertiges.
- problèmes dermatologiques : allergies, démangeaisons, poussées de psoriasis concomitantes de l'anxiété.
- troubles cardiovasculaires : accès de tachycardie voire d'arythmie cardiaque, poussée d'hypertension ou à l'opposé d'hypotension, maladies coronaires.
- déficience du système immunitaire (infectieux inhabituels, abcès sous-diaphragmatique, pyélonéphrite, arthrite septique, sans causes apparentes).

8-3 Manifestions cognitives :

- troubles de concentration, de mémoire ;
- inaptitude à résoudre des tâches complexes (calcul mental) .
- idées fixes et pensées unilatérales, ruminations professionnelles permanentes .
- difficultés à prendre des décisions, doutes.
- sentiment d'impuissance.
- auto apitoiement constant.
- impression de « mise en cage » (confinement sans perspective d'ouverture) .
- pensées suicidaires.
- signes liés à la motivation : perte de la capacité d'enthousiasme et d'idéal, désillusion, déception, résignation, ennui, démoralisation.

8-4 Manifestations comportementales :

- crises de rage.
- conflits conjugaux et familiaux.
- isolement social, attitude de retrait sur soi.
- distanciation et cynisme face aux autres, opposition au changement .
- augmentation de comportements à risque.
- négligence des activités de loisir.
- abandon interne (négligence vestimentaire, négligence de l'hygiène corporelle) .
- augmentation de l'absentéisme au travail .
- hausse de consommation de substances nocives (alcool, tabac).

(Canoui.P ,Mauranges.A,2004,p12,p13).

9- La relation d'aide :

Dès les premiers repérages sur le burn-out de la relation d'aide a été soulevée comme une des causes possibles à travers : la perte de l'idéal professionnel, la frustration, elle est aussi une des éléments les plus affectés par le stress chronique,C.Maslach la tient pour une des trois dimensions du burn-out.

Etant donné la place qu'occupe la relation d'aide dans le stress et le burn-out des soignants il est pertinent d'en approfondir les bases théoriques et ses incidences pratiques. Perfectionner sa relation d'aide les patient passe par une meilleure connaissance de soi, de ses aptitudes à communiquer, de l'image de soi, et de son positionnement.

La relation d'aide est définie comme ; « un moyen d'aider le patient a vivre sa maladie et ses conséquences sur la vie personnelle, familiale, sociale, et éventuellement professionnelle. Elle est fondé sur le développement d'une relation de confiance entre le soignant et le soigné,chacun réinterprété ce qu'il lui arrive, le digéré ou non, en fait une expérience ou non » (MANOUKIAN.A , MASSEBOEUF. A, 2008, P36).

La relation d'aide se propose d'accompagner le patient dans sa situation présente, dans ses questions, dans sa souffrance, dans ses projets, La relation d'aide est un acte infirmiers construit, différent d'une relation civilité. Cette distinction évitera le désenchantement à ne pas atteindre des objectifs posés de manière systématique. Ce travail se fait dans certaines conditions et en respectant plusieurs principes.

Les conditions d'exercice de la relation d'aide relèvent de la philosophie du service et de son organisation qui intègre ou non cette dimension du soin, La difficulté d'application tient souvent au fait que tous les patients ne nécessitent pas un accompagnement de ce type. Ce besoin chez eux n'existe pas ou est composé par ailleurs ,En conséquence, il est difficile d'anticiper le temps nécessité par ces accompagnements .

L'orientation du service vers des champs plus ou moins technique ou non l'exercice de la relation d'aide. Dès ce cas, les soignants essaient d'avoir de bonnes relations et ne pourront aller plus loin. Mais tous les malades n'ont pas un tel besoin. L'organisation du service qui déroule de sa philosophie et de son orientation theoricopraticque inclut ou non ces temps d'échanges avec les patients et aussi inévitablement entre soignants.

Admettons que ces conditions soient réunies. Le soignant engagé dans une relation d'aide doit respecter au minimum les principes suivants :

9-1Le principe d'acceptation positive inconditionnelle :

La locution est un peu barbare a première vue. Souvent, nous utilisons des termes plus communs pour dire à peu près la même chose. Ils sont justes, mais doivent être rassemblés pour arriver a exprimer la mémé idée. Ainsi, nous parlons de tolérance, de respect, d'absence de jugement, d'équité. L'acceptation positive inconditionnelle est une position déontologique et pratique qu'adoptent généralement les soignants. Elle est indispensable a la relation d'aide. Le soignant accepte le patient et le lui signifie, d'une manière positive et sans condition.

Cette attitude nous oblige a distinguer la personne du patient et son comportement (plus ou moins symptomatique selon les cas). Cela évite de confondre le qui et le quoi. Cette attitude est un obstacle a la stigmatisation qui revient a mettre en relief un aspect de la personne tout en effaçant le reste, Autrement dit, la stigmatisation revient a ne voir qu'un seul arbre et ne plus voir toute la foret alentour. Accepter la personne ne veut pas dire accepter toutes ses demandes ou tous ces agissements.

Ce que le soignant manifeste est une attention à la personne sans que celle-ci soit dans l'obligation de faire quoi que ce soit. En ce sens, cette attitude n'est pas très naturelle car nous avons tous constaté que pour être accepté par autrui il fallait respecter un grand nombre de consignes et de recommandations. La construction de la société et de sa culture est à ce prix, les soins soumettent les soignants à de multiples odeurs parfois très dures à supporter. L'habileté du soignant sera alors non pas de faire semblant de ne rien sentir, mais de séparer l'odeur de la plaie de la personne elle-même. Cette expérience faite par le patient doit être tolérée malgré sa pathologie et ses conséquences permettront la mise en place de la confiance. Appliquons à nous-mêmes ce principe. Si, par exemple, et c'est un exemple extrême, vous commettez une faute, vous allez vous en vouloir, plus ou moins selon la gravité de la faute et vos propres sentiments de culpabilité et de honte. Le piège de la pensée serait alors de faire un auto-rejet complet de soi. Faire une erreur à un moment donné ne signifie pas pour autant que vous êtes une erreur. Autre cas classique qu'en tant qu'étudiant nous avons tous connu : un étudiant est nul en math. Les raccourcis de langage et de pensée feront dire : « il est vraiment nul ! » et non : « il n'est nul qu'en math ou ses compétences en math laissent à désirer ! » voilà ce qu'il faudrait dire pour distinguer une faculté intellectuelle (sur les maths) et la personnalité d'un individu. Autre exemple, certaines soignantes sont mal avec leur poids. Elles souffrent de se voir tous les jours dans la glace, reflétant une image peu flatteuse qu'elles refusent et se disant « je suis affreuse ! ». Elles font une erreur d'appréciation bien entendu. Elles n'aiment pas leur poids ou leurs formes, elles seraient les premières à dire à une patiente qui a honte de son corps qu'elle n'est pas que cela, que le corps peut changer, qu'une personnalité n'est pas qu'un physique, n'est-il pas paradoxal que les personnes les plus tolérantes soient les plus exigeantes avec elles-mêmes .

9-2 Le principe d'authenticité : « entrer en relation d'aide, et s'exposer soi-même comme outil de soins. Il s'agit de jouer sur l'unité de sa personne » (Manoukian.A, MASSEBOEUF. A 2014). L'authenticité est la mise en œuvre de cette unité entre la pensée, la parole et les actes. Souvent ce concept a été mal compris ou déformé. L'important est de dire des choses que l'on pense et non de prononcer des paroles qui s'opposent à nos pensées ; comme de faire des choses que l'on pense, c'est-à-dire auxquelles on a adhéré. Revêtir le costume de soignant et tenir son rôle avec l'authenticité équivaut à être soi-même dans le rôle et non un récitant d'un texte théorique décharné. Remarquons que cette attitude est en contradiction avec les consignes dispensées aux jeunes professionnels : garder de la distance, faire attention à ce que l'on dit, être professionnel, sous-entendu ne pas manifester d'émotions personnelles, en termes

simples, l'authenticité s'assimile à la franchise, l'honnêteté intellectuelle, la simplicité, l'implication, l'harmonie. Le taylorisme dans les soins a tendance à robotiser les soignants. La relation d'aide, au contraire, mise sur l'humanisation de la prise en soins. C'est un engagement redoutable car les actes et les paroles mécanisés sont probablement plus protecteurs, plus neutres, la contrepartie est qu'ils en deviennent les pauvres.

Cette attitude de franchise donne de la valeur aux relations, Cependant, elle demande de l'énergie et une relative disponibilité physique et mentale. Être authentique, et s'aventurer dans le domaine émotionnel. Si par exemple je vois de l'inquiétude sur le visage de mon patient, je peux l'exprimer. S'il m'interroge sur son pronostic, je vais me mettre au diapason de son interrogation et non lui mentir avec des « ça ira mieux dans quelque temps », autre manière de dire « authenticité », signifie capter les messages du patient leur faire écho. Ce n'est pas mon savoir qui est en cause dans cette demande, c'est plutôt ma capacité à témoigner de la souffrance du malade et à l'accompagner. On utilisera alors les techniques de communication qui représentent l'aspect pratique de la relation d'aide. Les principes fournissant la manière de s'y prendre et la direction recherchée. Si je cherche des informations, je pose une question vraiment utile et que je ne suis pas en train de dérouler mon questionnaire comme un répondeur automatique. C'est ainsi que la question elle-même que posera le soignant sera, en quelque sorte, déjà plus qu'une question. Elle sera d'emblée une marque d'intérêt, une preuve d'attention, un signe de la volonté d'aider. La technique de communication nous apprend à éviter d'inclure nos propres réponses dans nos questions, du style « vous ne pensez pas que... » ,Qui signifie que je le pense et que j'aimerais bien que mon interlocuteur le pensait aussi (cette figure de style s'appelle « prétériton »).

La relation d'aide donne une sorte de cadre stable à la relation entre un soignant et un soigné. Elle ne peut pas commencer le lundi avec untel, se poursuivre le mercredi avec un autre. La confiance se prête à une personne précise et un accompagnement se fait dans le temps ou se construit la relation. Quand je vois un patient pour la quatrième fois, cette rencontre est adossée inévitablement aux trois premières. Nous voyons très vite que selon les services et leur organisation, l'exercice de la relation d'aide sera possible ou non. Mais ajoutons d'emblée que lors d'une seule rencontre, il arrive qu'un échange avec un patient puisse lui être très bénéfique. C'est imprévisible mais c'est possible comme, à l'inverse, une grande familiarité avec un patient et une bonne connaissance de ses difficultés ne sont pas des garanties d'amélioration de son état.

La dépersonnalisation, autrement dit la déshumanisation de la relation est une dimension du burn-out. Elle semble être une tentative de protection et en même temps l'expression de la désillusion. Nous rappellerons volontiers ici que l'aide à autrui est certainement le mode de relation le plus délicat entre personnes. Si être aidant peut paraître valorisant, on n'en obtient pas systématiquement une amélioration chez le patient. L'autre nous échappe sans cesse et nous renvoie à notre impuissance, à notre compétence et à notre engagement. Qu'en est-il si nous appliquons ce principe à nous-mêmes ? cela revient à se dire la vérité (même si cette vérité est très temporelle) et à harmoniser ses pensées et son vécu affectif. Si je ressens quelque chose de désagréable, l'authenticité avec soi-même nous enseigne à se mettre à l'écoute de quoi s'agit-il ? L'ai-je déjà éprouvé ? à quoi est-ce rattaché ? Puisque je le sens, je vais m'interroger dessus et non pas faire l'autruche et me cacher cette vérité-là. Si je ressens un stress, un malaise émotionnel, une angoisse, je ne penserai pas à autre chose, au contraire, je me mettrai encore une fois au diapason de mon vécu. Nous voyons bien que cette manière de faire nous permettra de sentir les premiers effets d'un stress avant qu'il ne se chronicise et donc bien avant qu'advienne un burn-out. Est-il pensable qu'un soignant puisse écouter un patient et être sourd à lui-même ?

9-3 Le principe d'empathie : l'empathie est un des effets des deux principes précédents d'acceptation et d'authenticité. L'empathie passe par l'écoute qui est une posture d'accueil du vécu de l'autre.

La nature de l'empathie dépasse celle de la sympathie. Celle-ci correspond à un échange de sentiments et d'émotions tandis que l'empathie, inclut au-delà même de cet échange, l'échange des données intellectuelles. Cela signifie que l'empathie du soignant l'expose à capter à la fois le vécu émotionnel du soigné et son cadre de références et d'analyses. Autrement dit, cette posture revient à ressentir un vécu qui n'appartient pas au soignant, tout en lui permettant de se saisir de la situation de la même façon que le patient.

C'est un déplacement de point de vue. Souvent, l'aspect émotionnel est le seul à être retenu car le plus évident à être observé. Le terme exact alors pour qualifier cette relation serait celui de « sympathie ».

Toutes les émotions sont contagieuses, les agréables et les désagréables. Le soignant peut ressentir de la tristesse ou du désespoir qui ne lui appartient pas. Toutefois, il est facile

d'imaginer que chacun de nous a des limites très personnelles. Quand notre seuil d'empathie est dépassé, il nous est plus difficile d'être à l'écoute.

C'est un phénomène de protection spontané qui s'installe. La déshumanisation du burn-out s'oppose à l'empathie, nous l'aurons compris, et réciproquement. Cet échange d'émotions a toujours un effet bénéfique pour le patient car il le traduit généralement par « j'ai été compris, ça se voit, ce soignant m'a écouté ». Il serait plus juste qu'il pensait « j'ai été écouté, et ça a remué ce soignant ». Peut-être a-t-il aussi été compris, mais nous l'ignorons comme il l'ignore à cet instant. Le but de l'empathie est bien de « comprendre », c'est-à-dire de prendre avec le regard et l'expérience de l'autre. À ce moment, nous pouvons parler d'accompagnement. La prise en charge devient un cheminement commun, un partage d'expériences, sans que le soignant ne perde de vue que c'est celle du patient qui importe.

Comment être empathique avec soi-même ? Serait-ce là les limites de notre tentative d'améliorer la relation d'aide tout en prévenant le burn-out ? Tentons quelques questions : suis-je capable d'être à l'écoute de moi-même ? Pourquoi pas. Suis-je capable de m'attarder à éprouver un vécu émotionnel (douloureux ou pas) sans fuir ? Encore une fois, pourquoi pas. Puis-je m'interroger sur la manière que j'ai eue d'appréhender telle situation ? Certainement. Ainsi nous pouvons admettre que l'empathie, comme les principes cités plus haut, est conseillée autant avec les patients que comme une attitude de respect de soi-même.

Précisons pourtant qu'il est difficile d'aller plus loin tout seul. L'introspection est du domaine de la philosophie. Elle est moins efficace dans les soins et les aspects relationnels. Nous avons besoin d'un autre. Cet autre peut prendre la forme d'un thérapeute extérieur, mais ce rôle peut aussi être tenu par un collègue ou, mieux encore, par l'équipe tout entière.

(MANOUKIAN.A , MASSEBOEUF. A, 2008P 128-)

9-4 Le principe de concrétude : un des principes souvent négligés quand on parle de relation d'aide est celui de la concrétude. Pourtant, les soins infirmiers sont par définition toujours concrets. La relation d'aide n'échappe pas à cet aspect du soin, le soignant n'est pas qu'un témoin de la souffrance, il est un acteur du processus de guérison ou d'adaptation ou de changement. Si l'éducation thérapeutique est plus pédagogique et plus directive en quelque sorte, la relation d'aide s'entend aussi comme une attitude d'amélioration de la situation spécifique du patient.

Les principes précédents poussent à la prudence et à l'évitement de la subjectivité. Accompagner un patient passe par son vécu et sa perception de sa situation. Pourtant, il faudra bien en venir au concret, à ce que le patient veut et peut faire évoluer. Nous l'encouragerons à commencer par le bout, par quelque chose de saisissable et de possible. Le terme *counseling* en soins infirmiers, outre-Atlantique, inclut cette dimension en évitant le piège du conseil pur et dur que l'on voudrait adiré à une réalité particulière.

Développer une prévention ou un traitement du burn-out s'appuiera aussi sur ce principe. Nous reconnaissons la pluralité concomitante des causes comme celle des dimensions de burn-out. Néanmoins, il faut bien commencer par quelque chose de concret, de palpable. Chaque action ou changement entrepris sera comme une marche vers un mieux-être. Faites le tri de ce que vous voudriez modifier dans votre vie professionnelle ou personnelle. Distinguez ce qui est susceptible d'évoluer rapidement et ce qui demandera du temps. Ensuite, opposez à votre liste des éléments concrets réalistes. L'envie de se sentir mieux peut nous entraîner à des réactions rapides menées tambour battant et en vrac. Choisissez de laisser du temps au temps et surtout à vous, et faites le point régulièrement. (MANOUKIAN.A , MASSEBOEUF. A, 2008P133).

10 Les étapes d'installation :

Edelwich et Brodsky (cités par Franceschi-chaix, 1993) distinguent quatre phases consécutives, aboutissant à la désillusion du burn-out : l'enthousiasme, la stagnation, la frustration et l'apathie.

10_1 L'enthousiasme: Le burn-out commence par un enthousiasme idéaliste caractérisé par des grands espoirs ; la personne imagine de hautes espérances et conçoit des attentes irréalistes face au travail, elle se surinvestit professionnellement en dépensant excessivement son énergie et son dévouement au travail. La conception idéaliste au travail vient occulter les besoins et les intérêts personnels, de même que les insatisfactions de la vie privée peuvent conduire à une glorification du travail. Cet engagement excessif se nourrit de lui-même, car plus la vie privée est négligée, plus elle se détériore. Quand le travail aura cessé d'apporter les satisfactions espérées, la personne risque de se retrouver dans une extrême vulnérabilité. Dans le cas des professionnels soignants, la personne risque une sur-identification aux patients, elle dépense excessivement son énergie qui s'avère souvent inefficace. Ce mode de vie devient comme un cercle vicieux

10_2 La stagnation: La stagnation s'installe en suite, cette phase se caractérise par une perte graduelle de satisfaction au travail, celui-ci n'est plus considéré comme intéressant ou motivant et n'est plus le substitut de tout dans la vie. La personne continue d'exercer son métier mais elle ne parvient plus à compenser le fait que les besoins personnels ne soient pas satisfaits. Les premiers signes d'épuisement professionnel apparaissent en conséquence.

10_3 La frustration: C'est la phase de désillusion, la personne affectée se voit « brûlée » et atteint un stade chronique, des symptômes permanents s'installent comme la fatigue, la mauvaise humeur et la déprime. La personne atteinte commence à se questionner sur la valeur de son travail : « ça sert à quoi ? Est ce que ça en vaut vraiment la peine ? », elle commence à douter d'elle-même, de son jugement et de ses capacités, les patients deviennent de plus en plus lourds à tolérer et ils sont perçus comme ingrats et ennuyeux, dans le cas du soignant, il se dévalorise de plus en plus, et ça se répercute sur la vie sociale et conjugale. Cette perturbation altère son état de santé, il tente par la suite de se traiter de manière maladroite, il utilise souvent des médicaments ou de l'alcool pour s'auto-traiter. La personne qui est en face de cette frustration réagit de la manière suivante : soit, elle se sert de cette frustration comme une source d'énergie positive, soit, elle l'utilise comme une source d'énergie négative où elle se retire de la situation en quittant la profession. La frustration semble un tournant important dans l'évolution du burn-out ; en ratant ce tournant, la personne risque de sombrer dans l'apathie. (E.Grebot, 2008, p120)

10_4 L'apathie: Au cours de cette phase, la personne se sent frustrée professionnellement, elle continue de travailler pour préserver son emploi en fournissant le minimum d'efforts et de temps afin d'éviter les défis ; elle tente de se protéger de son entourage et de ce qui pourrait mettre en péril cette pseudo situation de sécurité, elle arrive en retard, manque des rendez-vous, néglige des dossiers. Cette conduite semble compenser ce mal-être, mais elle s'avère inutile. Il semble que la phase d'apathie est plus difficile à surmonter, car elle mettra du temps pour s'installer, elle disparaîtra lentement. Dans le cas où elle se prolonge, elle peut sans doute conduire à une dépression majeure classique. À cette phase, l'individu « brûlé » a besoin de soins spécialisés.

En résumé, burn-out contient quatre étapes, la première est celle de l'enthousiasme idéaliste vis-à-vis du travail où la personne déploie une énergie considérable pour nourrir ses hautes espérances en se retrouvant en fin de compte usé. La deuxième est celle de la stagnation inefficace avec désinvestissement progressif en perdant tout intérêt pour le travail. Suivie par

une phase dominée par le sentiment de frustration, enfin s'installe une apathie désabusée avec recherche d'une position de sécurité.(E.Grebot, 2008, p121).

11 Les moyens de prévention.

Le travail est une activité par nature humaine et productive (Haughey, 1989). Le travail et symbolise par un acte significatif présentant de multiples intérêts il peut aussi être une source d'épuisement et de maladies .D'où la nécessité de « prendre soin de soi pour mieux prendre soin des autres ».

Le burn-out se doit d'être prévenu et traité de manière appropriée. La prévention et le traitement sont d'autant plus cruciaux qu'ils retentissent négativement sur l'individu et l'organisation.

Un comportement inadéquat des employés à l'égard des personnes qui ont besoin d'aide a des effets indésirables à l'établissement ou à l'institution. Ou bien à l'entreprise, L'altération des relations interpersonnelles au travail a des effets négatifs sur le moral des professionnels

❖ les trois préventions :

11-1 La prévention primaire : Ensemble des actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie, c'est-à-dire, réduire l'apparition des nouveaux cas. En agissant en amont, cette prévention empêche l'apparition des maladies, par le biais de l'éducation et de l'information auprès de la population. (Vertigz asbl,2017,P2).

11-2 La prévention secondaire : Ensemble d'actes destinés à diminuer la prévalence d'une maladie, donc à réduire sa durée d'évolution. Elle intervient dans le dépistage de toutes les maladies et comprend le début des traitements de la maladie.(Ibid,P2).

11-3 La prévention tertiaire : Ensemble des actes destinés à diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récidives dans la population, donc à réduire les invalidités fonctionnelles dues à la maladie. Elle agit en aval de la maladie afin de limiter ou de diminuer ses conséquences et d'éviter les rechutes. Dans ce stade de prévention, les professionnels s'occupent de la rééducation de la personne et de sa réinsertion professionnelle et sociale ».(Ibid,P2).

Les mesures de prévention du S.E.P ou B.O.S selon CANOUI, P., MAURANGES.**1_ Correction des facteurs liés à l'organisation du travail :**

Cette action est la plus difficile à élaborer étant donné que, pour améliorer l'organisation d'un service, il faudrait écouter les plaintes des soignants et y donner suite. Cependant, certains points peuvent être mis en évidence.

A) Améliorer les temps de rapport entre les infirmières : elles pourraient exprimer leur vécu, leur ressenti sur les situations vécues :

B) Définir des objectifs de travail , ceci permettrait de limiter le travail de l'infirmière et de diminuer l'ambiguïté des rôles :

C) Reconnaître le travail de l'infirmière en tant que métier à part entière.

D) Réduire au maximum l'interruption des tâches.

E) Mettre à disposition suffisamment de matériel afin d'éviter des déplacements inutiles.
(CANOUI. P, MAURANGES. A, 2004, p. 164)

2_ Mise en place de groupes de parole dans les services :

Le but des groupes de parole est de réunir les soignants d'un service désireux de s'exprimer sur une situation et de permettre un temps d'échange. Chacun a droit à la parole. Ainsi, une souffrance ou une colère qui est exprimée pèsera beaucoup moins sur la personne et le stress sera diminué.

3_ Actions de formation :

Il s'agit d'aborder des thèmes comme la souffrance, la maladie, la mort, l'épuisement professionnel afin de donner aux infirmières des outils de travail.

Les problèmes du burn-out , ne peut être efficacement contrôlés que s'il existe une prise de conscience de l'existence du stress au travail et une volonté de s'attaquer aux causes premières. Les solutions suivantes (liste non limitative), peuvent être proposées pour prévenir le burn-out :

A) Créer une liberté d'action pour la gestion individuelle des tâches

- B) Emploi d'un effectif suffisant en personnel.
- C) Coordination optimale entre les différents secteurs (tâches et rôles clairement définis).
- D) Horaire de travail flexible.
- E) Apprendre à dire "non".
- F) prendre du temps pour d'autres activités.
- G) Bien s'entourer et discuter avec ses proches des difficultés vécues au travail afin de se sentir soutenu, Le soutien social serait le meilleur tampon contre le stress chronique.
- H) Être à l'écoute des symptômes physiques et psychologiques liés au stress.
- I) Engager des discussions avec ses collègues et son supérieur sur l'organisation du travail. Tenter de trouver des changements profitables pour tous.
- G) Entre chaque heure de travail, prendre 5 minutes pour se changer les idées.
- K) Se réserver du temps pour soi, sa famille, ses loisirs.
- L) Améliorer la supervision en précisant les objectifs du travail.
- M) Reconsidérer la charge de travail et l'organisation du travail afin de répartir les tâches de façon plus équitable.(CANOUI. P, MAURANGES. A, 2004, p 167).

Conclusion :

De façon globale dans ce chapitre on a vu que le burn-out apparaît à cause d'une activité professionnelle intense, Il s'agit d'un risque professionnel pour les infirmiers urgentistes qui exercent dans un service de soins. On a vu aussi que le burn-out se compose de trois dimensions, On a pu aussi citer quelques préventions pour lutter contre le burn-out. On a aussi parlé des préventions du burn-out, ainsi que des facteurs spécifiques.

Partie théorique

Chapitre II

Les infirmiers urgentistes.

Chapitre II : Les infirmiers urgentistes.

Préambule.

Cela fait presque 20 ans maintenant que l'infirmier s'est vu reconnaître un rôle propre autonome, la transposant de la simple auxiliaire du médecin en une véritable professionnelle de la santé, Le travail qu'effectue l'infirmier(ère) au cours de sa pratique professionnelle constitue une large part dans le domaine de la santé qu'il soit dans la fonction publique ou privée ,La démarche de soins, qui est l'expression du rôle propre de l'infirmier est apparue d'abord au programme des études puis elle s'est progressivement inscrite dans les plans de formation des établissements de soins.

Pour assumer les responsabilités qui lui sont assignées, le personnel infirmier doit user de son habilité et ses connaissances tant théoriques que pratiques dans le but de dispenser des soins efficaces et d'une façon justifiée.

Dans ce chapitre nous allons essayer de parler sur les infirmiers urgentistes qui effectue une relation d'aide et de soin avec les malade, ces gens-là sont les plus touchées par le burn-out .

1 Historique de la profession infirmiers :

Au XXème siècle : Pendant toute la première moitié du XXème siècle et jusqu'aux années 1970 :

Relation d'abord de dépendance très forte à la médecine. On ne parle pas encore de Soins infirmiers, mais de soins donnés par des infirmières qui ont alors un rôle purement d'exécutantes : soumission et obéissance aux médecins sont absolument requises pour exercer ce métier fortement marqué par le modèle religieux : abnégation et dévouement aux malades sont attendus sans réserve. Ce modèle rappelle d'ailleurs curieusement le modèle d'organisation patriarcale de la famille et de la société (soumission et obéissance au mari-chef de famille, abnégation et dévouement pour les enfants et la famille).

En psychiatrie, il y a d'avantage de personnel infirmier masculin et son rôle est parfois confondu avec celui de gardiens, faute de médicaments actifs pour calmer et soulager les malades mentaux.

La mission de l'hôpital reste encore marquée par l'accueil des pauvres et des marginaux comme aux siècles précédents, mais elle est en train de changer pour devenir mission

thérapeutique grâce aux progrès de la médecine depuis la révolution pasteurienne, qui inaugure l'entrée massive du médecin à l'hôpital.

A partir des années 1970-1980 :

Evolution tendant à instaurer une relation de collaboration en partenariat avec la médecine et les autres disciplines de la santé, avec un modèle de pratique professionnelle moins traditionnel, plus rationnel et scientifique.

Evolution dans les textes de l'exercice professionnel avec la reconnaissance officielle du rôle propre infirmier (loi de 1978), puis du diagnostic infirmier comme support et témoin de la zone spécifique du rôle Emergence des Soins Infirmiers comme discipline à part entière, pouvant enrichir d'une pratique et d'un savoir spécifiques les Sciences de la santé.

Evolution parallèle de la psychiatrie et des Soins Généraux jusqu'aux années 80, puis évolution convergente avec un tronc commun dans la formation, grâce au programme de 1979, et pour finir une unification entre les deux filières avec un programme unique d'études en 1992 conduisant à la formation et au diplôme unique.

Actuellement :

Reste le problème du statut ambigu des infirmières, avec d'une part un rôle propre spécifique proclamé dans les textes et dans les discours infirmier, et d'autre part une autonomie professionnelle très peu marquée dans la pratique, d'où un écart important déstabilisant pour des personnes découvrant la profession, écart douloureux pour les professionnelles en place.

(C. Duboys FRESNEY ,N.D,le métier d'infirmière,N.D,P1.2.5.7).

2 Définition de l'infirmier :

- Selon l'OMS (1978) : « l'infirmier est une personne qui ayant suivi une formation de base aux soins infirmiers et autorisé dans son pays à prodiguer des soins infirmiers dans tous les contextes pour la promotion de la santé, la prévention de la maladie, les soins et le rétablissement des personnes physiquement et mentalement atteintes » .(Ibid,2011,P7).
- Selon l'association international des infirmiers (CII) (1972) : « les Personne qui ayant suivi des études professionnelles de base est apte et habilitée à assumer dans

son payé la responsabilité de l'ensemble des soins que requièrent la promotion de la santé ». (Ibid., 2011, P10).

- Selon le Petit Larousse de la médecine elle le définit comme « Auxiliaire médical qui donne habituellement les soins, soit à domicile, soit dans un établissement d'hospitalisation ou de consultation, des soins prescrits par un médecin ».
- Un infirmier est un professionnel de la santé qui soigne les patients tout en s'assurant de leur confort, leur hygiène et leur bien-être, les infirmiers sont proches des patients et agissent selon les conseils des médecins, Un infirmier peut travailler au sein d'un hôpital, d'une structure médicalisée ou comme libéral. (Ibid, 2011, p1)

3 Profession infirmière :

- Est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, Ou en application du rôle propre qui lui est dévolu. L'infirmière ou l'infirmier participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation de la santé et de formation ou d'encadrement ». (COLLIÈRE. M.F, Virginia. H, 1994).
- Définition des soins infirmiers selon le Conseil International des Infirmier(e)s :

« On entend par soins infirmiers les soins prodigués, de manière autonome ou en collaboration, aux individus de tous âges, aux familles, aux groupes et aux communautés – malades ou bien-portants – quel que soit le cadre. Les soins infirmiers englobent la promotion de la santé, la prévention de la maladie, ainsi que les soins dispensés aux personnes malades, handicapées et mourantes. Parmi les rôles essentiels relevant du personnel infirmier citons encore la défense, la promotion d'un environnement sain, la recherche, la participation à l'élaboration de la politique de santé et à la gestion des systèmes de santé et des patients, ainsi que l'éducation ». (LETHELLEUX.L, 2011.P29).

- Les soins de réparation ou traitement de la maladie, sur en anglais « ce sont toutes les actions préventives et curatives établies sur un diagnostic médical afin de permettre à la personne malade de recouvrir un état de santé le plus satisfaisant possible ». (MARGOT PHANEUF, février 2005, p24).

4 DEFINITION DE L'urgence :

- Selon le dictionnaire encyclopédique Larousse, le mot urgence se définit comme « situation particulière impliquant une procédure accélérée ».(Larousse, 1979).
- Selon le Ministère de la sante : L'urgence médicale est définie comme une situation du vécu humain qui nécessite une intervention médicale immédiate ou rapide sans laquelle le pronostic vital ou fonctionnel pourrait être engagé. Elle relève d'une décision médicale.

5 Les spécificités d'un service d'urgence :

Le service a pour mission d'accueillir 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, et sans sélection, tout patient se présentant en situation clinique imprévue, et ce même sans pièce d'identité ou couverture sociale. À tout moment et quel que soit son état pour la soigner ou la diriger vers la structure la mieux adaptée. Ce service est le plus souvent formé d'équipes médicales et paramédicales pluridisciplinaires. (Boissière, 2003,P14).

6 Les différentes formes d'urgences médicales

Il existe plusieurs formes d'urgences médicales, dont la perception est différente aussi bien du point de vue médical que des usagers des services d'urgences et selon Bouhroum (n.d.) :

- **Urgences médicales absolues** : concernent les patients qui nécessitent des gestes de réanimation de survie ; ce sont des urgences lourdes avec pronostic vital mis en jeu ou risque fonctionnel grave patent ou latent dont le traitement ne souffre aucun retard c'est- à- dire l'extrême urgence.
- **Urgences médicales potentielles** : qui nécessitent une surveillance médicale continue.
- **Urgences médicales différées** : correspondent à des conditions médico-chirurgicales aiguës qui exigent un diagnostic d'où il s'ensuit un traitement différé, et les patients peuvent être évacués vers des lieux mieux équipés et moins précaires. * Urgences médicales dépassées : pour lesquelles aucun geste utile ne peut être accompli dans l'immédiat, du moins sur les lieux de l'accident. Si on se réfère aux usagers des services d'urgences (les patients et leur famille), l'urgence médicale est ressentie différemment et dans ce cas, nous pouvons parler :

_ **D'urgences médicales vraies** : situation où un avis médical est indispensable immédiatement ex : accident de la voie publique et lieux publics sans notion de gravité immédiate, mettant en jeu le pronostic vital ou fonctionnel.

_ **D'urgences médicales ressenties** : états morbides susceptibles par leur intensité ou leur soudaineté d'apparaître comme un état d'urgence pour une personne ou un entourage non qualifié. (Bouhroum, A,P 6).

7 La prise en charge des infirmiers aux urgences :

La profession d'infirmier dans un service d'urgences requiert certaines qualités et compétence, L'infirmier intervient à différents niveaux dans la prise en charge de la personne soignée, au sein du service d'urgences.

•**L'accueil**:l'infirmier, après avoir pris connaissance de l'identité de la personne quand cela est possible et identifié le(s) motif(s) d'entrée et les priorités de soins, la guide vers un box afin qu'une consultation puisse avoir lieu, ou bien le fait de patienter en salle d'attente, en fonction du degré d'urgence. Il s'agit donc du premier contact, la première approche du patient souvent vectrice suite aux évènements qui doit reconnaître la souffrance de la personne et lui permettre de la « poser ». L'infirmier a, dans cette situation, un véritable rôle d'expertise. Car l'accueil d'un patient aux urgences est toujours générateur d'un stress majeur pour le malade et sa famille. Devant cette situation, l'infirmier doit faire preuve de calme, de tolérance, il doit se montrer rassurant et avoir le sens de l'écoute et de la compréhension pour éviter les situations de violence de la part du malade ou de sa famille.

•**Le recueil de données** : Qui permet de déterminer les ressources de la personne, son statut social, son histoire de vie, ses antécédents, la nature de ses troubles, l'histoire de la maladie...etc. Tant à partir des observations de la personne, que des réponses données, le soignant va pouvoir formuler les diagnostics propres à la situation, selon les priorités du moment.

•**La réalisation des soins** : qu'ils fassent partie du rôle propre, ou qu'ils soient prescrits, ils occupent une place importante dans le schéma de la prise en charge infirmière. Il s'agit de faire apparaître toute la dimension technique, tout en restant profondément «relationnel » ainsi, le soignant ne doit pas imposer ses actes à la personne soignée, mais la faire participer de manière indirecte, en lui expliquant le but du soin, afin qu'elle ne perde pas toute la dimension humaine qui la caractérise.

La surveillance : Elle intervient dans la continuité de la prise en charge, que ce soit avant les soins ou après. Les qualités du soignant doivent lui permettre de savoir évaluer les éléments importants par rapport à une situation donnée, il s'agit donc pour le soignant de savoir dans quel registre se situe le patient, de cibler ses investigations en fonction d'un problème cardiaque, respiratoire.(Mauranges.A, (N.D),P25).

8 Le rôle de l'infirmier :

Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier a l'obligation, après avoir évalué les besoins du malade et posé un diagnostic infirmier, de prendre l'initiative de ces soins, d'en organiser la mise en œuvre, d'encadrer et de contrôler les aides-soignants. Son rôle est d'aider les individus tout cela en respectant un code de déontologie très strict :

- L'accueil est le premier soin. L'infirmière, par son attitude respectueuse, chaleureuse et empathique, crée un climat de confiance et de sécurité dès le premier contact. De la qualité de l'accueil dépend le bon déroulement de la suite des soins.
- L'infirmier doit Assurer la réalisation des premiers soins (injections, saturation, évaluation des douleurs.
- Assurer une orientation dans les différents secteurs adaptée au motif de consultation.
- L'infirmier doit avoir une large culture générale ainsi qu'une formation professionnelle pour avoir une base solide qui lui permet de pratiquer efficacement les soins infirmiers.
- Le personnel infirmier apte à donner aux malades des soins généraux de caractère plus simple demandant à la fois la compétence technique et l'aptitude aux relations humaines le personnel devra être capable d'appliquer les traitements préventifs curatifs et de réadaptation .
- Le personnel infirmier chargé d'accomplir des travaux déterminés demandant beaucoup moins de discernement ce personnel devra être capable d'avoir de bons rapports avec les malades et d'exécuter fidèlement et sous surveillance les tâches pour lesquelles il a été formé.
- Accueillir et prendre en charge les personnes se présentant dans le service en identifiant le type d'urgence et en discernant les priorités imposées par celle-ci. Se rendre disponible, dans les plus brefs délais, en cas de nécessité (urgence vitale...). •L'infirmier doit avoir des aptitudes spécifiques pour exercer sa profession au sein du service des Urgences. Il doit en particulier :

- Avoir une certaine dextérité gestuelle (rapidité, efficacité, méthode et organisation)
- Savoir se maîtriser face aux différentes situations (urgences vitales, agressivité et violence du patient) dans le but de maintenir ou rétablir un climat de sécurité.
- Avoir une aptitude {travailler en équipe c'est-à-dire savoir planifier, organiser les tâches, utiliser les ressources de chacun, collaborer avec les membres de l'équipe soignante et avoir le respect du travail d'autrui.
- Savoir anticiper les situations graves ou à risque.
- Savoir discerner, évaluer et sélectionner les priorités de soins.

(MARGOT PHANEUF, février 2005, p 24,25).

9 Les infirmiers et les soins aux urgences :

Fournir les soins de qualité consiste à appliquer la science médicale de manière à maximiser les résultats qu'on en tire sans pour cela augmenter les risques. Les soins de qualité sont aussi des soins efficaces, globaux et intégrés.(Marc,P.Miroux,I.Piedade,R,2008,P8).

Les urgences sont un lieu où l'on peut parler très clairement d'équipes pluridisciplinaires, voire d'équipe multidisciplinaire, pour une prise en charge globale, avec un chef de service médecin, un cadre infirmier, des infirmier(e)s d'accueil et de soins, d'aides-soignants (e) des brancardiers et du personnel administratif.

Mis à part les acteurs habituels d'un service hospitalier évoqués ci-dessus, on retrouve associée une multitude d'autres professionnels :

- Personnels administratifs : secrétaires, agent chargé des admissions, assistantes sociales.
- Personnels paramédicaux : infirmiers de soins généraux, infirmiers de psychiatrie, infirmiers anesthésistes, manipulateurs en radiologie, aides-soignants, brancardiers, ambulanciers.
- Personnels médicaux : médecins spécialistes (chirurgien, orthopédiste, cardiologue, pneumologue), médecins généralistes, radiologues, psychiatres. - Professionnels extérieurs au centre hospitalier : Sapeurs-pompiers, gendarmes, policiers, ambulanciers privés.

(PRAYEZ. P , 2009 ,P 20) .

Conclusion:

Les infirmiers exerçant dans les services des urgences rencontrent au cours de leur pratique professionnelle des situations stressantes inhérentes à cause des conditions de travail et aux situations difficiles d'interventions auprès des patients, Mais aussi à cause des lourdes tâches dont l'infirmier est appelé à remplir durant sa journée de travail, à ne pas oublier des conditions de travail quelquefois difficiles pour lui (manque de matériel suffisant, mauvaise organisation de service, nombre de personnel insuffisant, nombre des patients élevé, Ce qui influe négativement sur leur bien.

Partie pratique

Chapitre III

La méthodologie de la recherche

Chapitre III : La méthodologie de la recherche**Préambule :**

Dans tout travail de recherche, le chercheur est contraint de choisir des instruments et des outils les mieux adaptés à son travail de recherche afin de valider ses hypothèses et généraliser ses résultats. Comme notre thème de recherche concerne le burn-out chez les infirmiers au sein du service de soins de L'EPSP de Bejaia nous allons nous baser uniquement sur la méthode descriptive et l'étude de cas en utilisant la méthode quantitative qui est la partie centrale de notre étude qui se base sur des chiffres statistiques et des tableaux, et la méthode qualitative qui se base sur l'interprétation de l'entretien et de test de MBI.

1 Le lieu de la recherche.

On a effectué notre stage à l'établissement public de santé de proximité (E.P.S.P.) de Bejaia il a été créé dans le cadre de la mise en œuvre de la nouvelle carte sanitaire le 20 septembre 2007, la polyclinique, constitue une unité de base médicalisée en matière de soins de proximité afin de réhabiliter la polyclinique en tant que prescriptrice de soins de base, de les hiérarchiser de mieux répondre aux attentes et aux besoins de la population, de renforcer les activités de prévention pour prémunir la population de toute épidémie, et de se rapprocher d'avantage de la population jusqu'à arriver au concept de médecin de famille.

L'E.P.S.P. est constitué de 06 polycliniques, d'un service d'épidémiologie et de médecine préventive auxquels sont rattachés les contrôles sanitaires aux frontières (port et aéroport) d'un centre intermédiaire de soins en Addictologie (CISA), d'une unité de contrôle de la tuberculose et des maladies respiratoires (UCTMR), d'une maison de diabétiques, d'un centre de dépistage volontaire (CDV), d'un service de médecine de travail ainsi que de 17 salles de soins dont les différentes activités interviennent pour promouvoir la santé publique.

L'E.P.S.P. assure et organise, les activités de médecine générale, de soins dentaires, de spécialités de base, de soins paramédicaux (pansements et injections), de prévention et d'aides aux diagnostics. L'E.P.S.P dispose de 04 points de vaccination antirabique, d'un centre international de vaccination "Ifri" et la prise en charge des pèlerins Vaccination contre la méningite et DT adulte ainsi que la vaccination contre la fièvre jaune

2 La pré-enquête :

La pré- enquête constitue l'étape qui précède l'enquête, elle représente le moyen par lequel le chercheur peut confirmer ou infirmer ses hypothèses de recherche, Elle permet aussi d'enrichir le questionnaire et de recueillir les informations nécessaires sur le terrain d'étude, Pour nous aider à choisir la bonne méthode de recherche.

L'objectif de la pré-enquête est de faire une investigation d'état de lieu où va se dérouler l'enquête et connaître notre groupe d'étude.

Notre pre-enquete a été réalisée au niveau du service d'urgence de L'EPSP de BEJAIA, le 11 /12/2016 au 30/03/2017 cette pre-enquete nous a permet de connaître les caractéristique et l'aspect organisationnel du service de soin, l'enquête n'été pas facile a réalisée due a l'occupation et à la non disposition des infirmiers mais grâce a leurs compréhension ils ont pu prendre un peu de temps pour répondre aux questions.

Après avoir rassemblé les informations nécessaire concernant la population d'étude, et choisir les instruments efficaces pour effectuer notre études, on a passe à l'enquête qui va nous permettre de répondre à nos question posées, elle va nous aidez aussi à confirmer ou infirmer nos hypothèses.

_ Selon Chauchat « l'enquête et la phase de vérification systématique des hypothèses » (Boulkroun. N, 2008 P115).

Nous avons effectués les entretiens semi- directif et administrer l'échelle du MBI auprès des infirmiers qui exerce en service de soin qui constituent notre population d'étude des huit (08) cas.

Cette procédure s'est déroulée de la même façon pour tous nous sujets, On s'est présenté en tant que psychologues, en stage pratique dans le cadre d'une recherche pour préparer un mémoire de fin de cycle, Puis nous avons informons les sujets de notre démarche (effectuer un guide d'entretien et administrer l'échelle MBI), en soulignant les consignes à respecter, à savoir le respect de leurs anonymats et l'utilisation du résultat à des fins de recherche.

3 LE CHOIX de l'étude de cas :

Notre étude de cas se constitue de huit infirmiers dont six infirmières qui sont de catégorie(ATS) est deux infirmiers de catégorie (ISP), On a des tranche d'âge de 26 ans jusqu'à 46 ans, Et le nombre d'année d'expérience et entre 1ans est 25 ans d'expérience , Ces infirmiers charge de soins paramédicaux (pansements et injections), Sont les plus exposés aux contraintes liées aux conditions de travail, Leur nombre représente la population mère de cette catégorie de professionnel ;Le choix de notre échantillon et définie en fonction des objectifs de notre recherche, Nous souhaitions rencontrer des infirmiers susceptibles d'être confrontés au phénomène d'épuisement professionnel.

Tableau n°1 : la répartition de l'échantillon selon le sexe .

Sexe	Effectif	%
Masculin	2	25
Féminin	6	75
Total	8	100

Ce tableau nous révèle la dominance de l'effectif féminine avec un pourcentage de 75 %.

Tableau n 2 : la répartition de l'échantillon selon l'Age .

AGE	EFFECTIF	%
24_ 30	4	50
30_36	2	25
36_42	1	12,5
42_48	1	12,5
Total	8	100%

L'analyse de ce tableau révèle que la dominance de l'Age entre 24_30 et de 50% ce qui veut dire la moitié de notre population d'étude ne dépasse pas les 30 ans.

Tableau n3 ; la répartition de l'échantillon selon le nombre d'années d'expérience.

Nombre d'année d'expérience	Effectif	%
6 MOIS _1ans	2	25
1ans_ 3 ans	2	25
3ans_6ans	3	37,5
25 ans	1	12,5
TOTAL	8	100%

L'analyse de ce tableau révèle la dominance de l'effectif de l'expérience de 3_6 ans avec un pourcentage de 37,5%.

Tableau n4 : la répartition de l'échantillon selon l'état matrimonial.

L'état matrimonial	Effectif	Pourcentage
Célibataire	5	62.5
Marie(e)	3	37.5
Divorce(e)	0	0
VEUF(Ve)	0	0
Total	8	100%

62.5% des infirmiers sont célibataires (e) alors que 37.5% seulement sont marie .

4 la méthode de recherche.

Le recueil des informations est une étape essentielle de l'enquête quantitative en sciences sociales. Une base de données de qualité est déjà le résultat d'un important travail de production et d'analyse.

Dans la démarche scientifique le chercheur est obligé de choisir la méthode adéquate pour accéder aux informations mais aussi afin de vérifier ses hypothèses, Notre recherche s'agit d'une recherche descriptive du burn-out chez les infirmiers exerçant dans un service de soin.

La méthode descriptive nous semble adéquate à notre thème de recherche et à nos objectifs, Car grâce à cette méthode, Nous pourrions essayer de décrire l'ensemble des sujets, et tenter de vérifier les hypothèses avancés grâce aux résultats obtenus de l'échelle MBI et de l'analyse de l'entretien semi-directif mise en œuvre.

5 Les outils de la recherche :

5-1 Présentation du guide D'entretien.

Le chercheur dispose ici d'un guide d'entretien avec plusieurs questions préparées à l'avance, ce guide représente un premier travail de traduction des hypothèses de recherche, Pour mener en pratique notre entretien, Nous avons utilisé un guide d'entretien composé de cinq axes :

Axe I : Comprend des caractéristiques démographiques : Surnom, Age, Sexe Statut marital, Nombre d'enfants à charge.

Axe II : Regroupe des questions sur les informations liées à la profession de l'infirmier : on a essayé d'aborder avec les sujets la spécificité du métier de l'infirmier.

Axe III : Regroupe les caractéristiques de la vie privées.

Axe IV : Comprend des questions sur la qualité de la relation professionnelle.

Nous avons décidé de réaliser huit entretiens auprès des infirmiers(e) Notre étude a été effectué durant la période du 11/12/2016 au 30/03/2017, Nous avons limité notre recherche a huit(08) cas six(06) infirmières et deux (02) infirmier.

La durée de l'entretien et environ 45 minute tous les infirmiers n'étaient pas disponible pour le temps de l'entretien, Nous étions obligés de les attendre à cause de l'activité intense du service, Chaque personne a été informée que les questions du guide d'entretiens resteraient totalement anonymes et que ne figurerait dans le travail aucun moyen indirect d'identification.

5-2 L'échelle de Christine Maslach(MBI).

Test d'inventaire de Burn- out de Maslach est une échelle d'autoévaluation mesurable, l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation, L'accomplissement personnel au travail. Il s'agit aussi d'un test d'étalonnage établissement d'une hiérarchie standard qui permet de classe des réponses individuelles dans un groupe, établie par MASLACH ET JACKSON

(1986) sur des professionnels de santé, Il se Compose de 22 questions qui permettent d'explorer 3 dimensions :

_L'épuisement émotionnel : physique et psychique, il entraîne un vide, une fatigue non rétrocedant au sommeil, un comportement inhabituel face à une émotion quelconque .

_La déshumanisation de la relation à l'autre : le soignant devient froid, cynique, et opère une réification de la personne. Le soigné n'est plus désigné que comme un numéro de lit ou une pathologie Notons que c'est un état évolutif : le soignant est devenu comme cela, il ne l'était pas au départ. Cet axe a la particularité d'impliquer profondément la relation d'aide dans le burn-out.

_ La diminution de l'accomplissement personnel : suite logique des deux premiers, il est douloureux à vivre pour le soignant. Un sentiment d'échec, de frustration, de culpabilité s'installe. Les conséquences sont graves : absentéisme ou présentéisme inefficace, désinvestissement, erreurs professionnelles. (Mauraanges.A, page 141 a 143).

6 Le déroulement de l'étude.

La recherche est une méthode très utilisée en science humaine et social, une méthode d'étude s'avère nécessaire et même indispensable pour explorer et déterminer notre objet et notre choix méthodologique.

Notre étude de cas se base sur une approche descriptive on s'appuyant sur un entretien semi-directif et un test de MBI, c'est un outil d'observation très performant qui consiste à collecter des réponses ou des informations auprès des infirmiers,

Notre étude de cas s'est déroulée le 11/12/2016 au 30/03/2016 toute les deux fois par semaine, On a pu interroger les infirmiers sur le lieu de leurs travail, le cadre de sante de ce service nous on donne la liberté de venir quand on veut, le premier jour qu'on s'est présente le cadre de sante nous a fait visite le lieu est présenter tous les membres du service on les informe de notre passage.

Après une semaine d'observation nous avons décidé de leurs faire passer le test, Le test est distribué aux huit infirmiers durant la passation du test nous étions présent afin de bien leurs expliquer le bon déroulement du test ainsi que les questions, toutes les infirmiers étaient coopératifs et compréhensif la durée de L' entretiens s'est échelonnée environ 45 minute

notre premiers entretiens ont été interrompu à plusieurs reprises en raison de l'activité intense du service, Nous deux suivants se sont déroulés de manière continue les infirmières se relayant afin d'assurer le suivi des patients de celle que nous interrogeons .

Ils nous ont donné du temps même si ils étaient en plein service, les réponses sont émergées sans obstacle de la part des infirmiers (ISP) par contre pour les infirmières (ATS) On a trouvé certaines difficultés nous étions obligées de faire la traduction en kabyle pour certaines questions.

Nous avons par la suite, continue de bavarder sur le sujet de notre mémoire en toute convivialité.

7 La cotation des réponses.

Un protocole de cotation accompagne le MBI qui a pour principe le calcul des scores qu'on obtient par l'addition des chiffres encadrés qui représentent les réponses de l'enquêté aux items composant le MBI

Ce test évalue la fréquence et l'intensité .pour la fréquence chaque items est noté entre 0 et 6 selon l'échelle suivante ;

0 = Jamais

1 = Quelques fois par an, au moins

2 = Une fois par mois au moins

3 = Quelques fois par mois

4 = Une fois par semaine

5 = Quelques fois par semaine .

6 = Chaque jour.

8 INTERPRETATION :

Le « MASLACH BURNOUT INVENTORY » explore :

- le sentiment d'épuisement émotionnel (9 items)

- la dépersonnalisation (5 items)
- l'accomplissement personnel au travail (8 items)

Chaque échelle donne un score, les 3 scores permettent de situer l'état de burnout de la personne

- Epuisement professionnel : questions 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20
 - -total inférieur à 17: burn out bas
 - -total compris entre 18 et 29: burn out modéré
 - -total supérieur à 30: burn out élevé
- Dépersonnalisation : questions 5, 10, 11, 15, 22
 - -total inférieur à 5: burn out bas
 - -total compris entre 6 et 11: burn out modéré
 - -total supérieur à 12: burn out élevé
- Accomplissement personnel : questions 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21
 - -total supérieur à 40: burn out bas
 - -total compris entre 34 et 39: burn out modéré
 - -total inférieur à 33: burn out élevé (Maslach C, Jackson, 1996, p34).

CONCLUSION :

Dans notre travail de recherche nous avons essayé de traiter notre problème dans un cadre clinique, pour accomplir notre travail on a utilisé l'entretien semi-directif pour solliciter l'information nécessaire pour notre recherche on a aussi procédé a l'échelle de Christine Maslach(M.B.I) pour faire une analyse quantitatif et qualitatif.

Partie pratique

Chapitre IV

Présentation, Analyse des résultats et discussion de l'hypothèse

Préambule :

Après avoir présenté la méthodologie de recherche qui nous a orientés dans l'élaboration de ce travail, Ce dernier chapitre sera consacré à la présentation des cas de notre étude, Ainsi qu'à l'analyse des résultats de notre études descriptive, Et enfin faire une discussion de nos hypothèses, Ce chapitre va être divisée entre quatre étapes :

Présentation du premier cas

Mr « S » est un cadre de sante dans ce service, il a 32 ans, célibataire, c'est un infirmier de catégorie (ISP), Il est diplômé depuis 8 ans, Il exerce dans ce service depuis 8 ans, Il a fait beaucoup de formations sur son métier dans l'annexe de l'EPSP, Il travaille 40 heures par semaine du samedi jusqu'à jeudi, des huit heures jusqu'à 18h.

Présentation et Analyse de l'entretien clinique du premier cas :

Le rendez-vous qui a été donne à Mr « S » n'a pas était respecter nous l'avons attendu presque une heure dans son bureau, le premier contacte que nous avons eu avec lui était facile on a tout de suite entame la discussion sur notre entretien on lui expliquant son déroulement,

Mr « S » était la première personne qu'on a fait passer l'entretien, la durée de l'entretiens a été de 30 minutes, Pour tous les entretiens, nous avons présenté le thème de notre étude.

Une fois Mr « S » est arrivé il s'est médiatement excuser en disant « je suis désolé je vous suis trop fait attendre, maintenant enfin on peut commencer ».

L'entretien nous a révélé que le métier d'infirmier est un métier chargé de tâches et de responsabilités, ce qui est conforme au propos dit par Mr « S » : « Je suis chargé des soins des malades, je distribue les produits des soins pour chaque services, stériliser le matériels utiliser, ainsi je suis responsable de tous les infirmiers du service, je m'épuise !! Suivis d'un sourire.»

À partir de notre question sur l'état du service, Mr « S » n'est pas satisfait de la situation, il déclare : « Le manque de certains matériels et de certains médicaments me perturbe surtout avec les patients, mais il faut travailler avec les moyens de bord ».

Parlant de son emploi du temps, il dit : « Mon emploi du temps ne me convient pas, s'il y avait plus du personnel, on aura plus de temps libre ».

Concernant les relations avec ses collègues, il dit « ça va très bien hamdollah ».

Après la discussion sur tous ces points, on a posé des questions liées au burnout, on a parlé sur sa motivation et sa capacité au travail. Il dit: «je fais du mieux que je peux ».

Puis il ajoute « mais quand je vois la surcharge au travail, il sourit » avec un geste des mains il dit « olalaaaa ».

Il poursuit on ajoutant : « Je suis stressé ce travail est tellement fatigant que ce soit physiquement ou psychiquement » un bref silence et il enchaine « il y a des journées ou j'ai envie de rien faire » Après avoir terminé l'entretien on a appliqué le test qui a duré 5 à 10 minute, voici ci-dessous les résultats qu'on a obtenue.

❖ Présentation et analyse des résultats de l'échelle de MBI

Tableau N°01 : résultat de l'échelle d'épuisement professionnel (MBI) du cas N°1 :

Le score	Épuisement émotionnel	Dépersonnalisation	Accomplissement personnel	
Les résultats obtenus	48	20	35	Épuisement professionnel
Résultats final	Degré élevé	Degré élevé	Degré modère	Elevé

Les résultats de l'échelle MBI qui sont présentés dans le tableau ci-dessus indiquent que notre cas de MR « S » présente Un épuisement émotionnel élevé d'un score de 48 ; signe d'un manque d'énergie et de force au travail difficile, fatigant, stressant ce qui vide et épuise la ressource émotionnelle, un niveau de dépersonnalisation élevé avec un score de 20. Renvoie au développement d'attitudes détachées, négatives, envers ses collègues Et un niveau d'accomplissement personnel modère avec un score de 35. Cela indique que notre cas à un sentiment de sécurité concernant ses réalisations professionnelles.

Conclusion du cas :

On peut conclure que notre cas présente un épuisement professionnel avec un degré élevé, selon les résultats de l'échelle, et l'analyse de l'entretien, et on s'appuyant a ce qu'il a était dit auparavant « Je suis stressé ce travail est tellement fatigant que ce soit physiquement ou psychiquement », Il nous semble que cette état et dû à certains facteurs qui se résume aux conditions de travail par rapport au manque du matériel performant et a son emploi du temps trop charge.

Présentation de deuxième cas

Mr « Z » âgée de 46 ans Marie, il a trois enfants, c'est un infirmier de catégorie (ISP), il exerce dans ce service depuis 25 ans, il travail sept jours par semaine, de huit heures jusqu'à 17 heures, il travaille 63 heure par semaine, il est le plus ancien dans ce service.

Mr « Z »il est très coopératifs dans l'entretien qu'on a abordé avec lui, même si il est difficile à aborder, Nous avons observé que Mr « Z » à beaucoup d'obstacles avec son établissement, il n'a pas l'envie de fréquenter avec ses collègues de travail, il a un problème de communication avec tous les membres du service c'est quelqu'un de très timide est de réserver.

Présentation et Analyse de l'entretien clinique :

Le rendez-vous qui a été donne à Mr « Z » a était très bien respecter notre entretien s'est dérouler dans son bureau, le premier contacte que nous avons eu avec lui était très agréable, Nous avons tout de suite entamé la discussion sur notre entretien on lui expliquant son déroulement, Mr « S » était le deuxième infirmier a passé l'entretien c'était le même jour que Mr « S ».

La durée de l'entretien a été de 30 à 35 minutes, Mr « Z »a immédiatement acceptée de répondre à nos questions, il a été coopératif et très enthousiaste à l'idée de nous parler de son travail, ainsi il a répondu a tout nous questions malgré qu'il était quelqu'un de très discret qu'on voyait rarement dans le service du à sa charge de travail.

Nous avons entamé la discussion sur la signification de la profession « Infirmier »

Il déclare : « je suis le plus ancien du service, on souriant je devrais laisse ma place aux plus jeune ».

Il a directement entame sa discussion sur l'état général du service où il disait : « certes, il Ya un manque de certains matériels mais aussi de ressources humaines qui nous permettent pas d'accomplir notre travail d'une manière plus adéquate ».

Nous avons voulu savoir quelles peuvent être ses relations avec le personnel et ses patients, un bref silence il répond « oui on peut dire ça va !!! ».

Il affirme : « Avec mes collègues j'ai de bonnes relations, mais strictement professionnelles »

Nous lui avons parlé sur son emploi du temps, l'expression de son visage répond directement à notre question.

Il nous affirme « pour mon âge travaille sept jour sur sept met très difficile surtout la charge du weekend, on restant toute la journée debout m'épuise » .

Nous avons également discuté sur l'équilibre entre son travail et ses obligations personnelles il déclare : « j'ai abandonné ma maison ma femme est mes trois enfants et gérer ma vie personnelle et professionnelle met difficile ».

A la fin de l'entretien nous avons abordé la spécificité du terme burn-outa son égard

Il répond « je suis épuise au sens propre du mot » il confirme aussi « je pense qu'il s'agit de l'influence de mon Age ainsi que mon expérience ».

Just après avoir terminé l'entretien avec Mr « S » nous avons appliqué le test qui a duré 15 minute voici ci-dessous les résultats qu'on a obtenue.

❖ **Présentation et analyse des résultats de l'échelle de MBI .**

Tableau N°02 : résultat de l'échelle d'épuisement professionnel (MBI) du cas N°2 :

Le score	Epuisement émotionnel	Dépersonnalisation	Accomplissement personnel	
Les résultats obtenus	48	14	35	Epuisement professionnel
	Degré élevé	Degré élevé	Degré modère	Elevé

Le tableau ci-dessus affiche les résultats suivants : Mr « Z » présente Un épuisement émotionnel avec un score de 48, dépersonnalisation avec un score de 14 et accomplissement personnel d'un score de 35 .les niveau indiquent queLes résultats des trois dimensions de l'échelle d'épuisement professionnel montrent que Mr « Z» vit une situation fatiguant et une perte de motivation pour son travail qui devient une corvée. Cela est bien clair à partir des résultats obtenus de l'échelle de MBI. Le niveau élevé dans la dimension d'épuisement émotionnel renvoie à un rapport avec le travail vécu comme stressant et difficile au manque d'énergie et de motivation pour son travail. Quant au niveau élevé de la dimension de la dépersonnalisation, on constate que Mr « Z », a des relations détachées et limites envers ses collègues. Le niveau modère de la Accomplissement personnel, Cela indique que notre cas à un sentiment de sécurité concernant ses réalisations professionnelles.

Conclusion du cas

On note la présence d'un burn-out avec un niveau Elevé chez notre cas, par la présence de certains facteurs qui ont contribués à l'apparition de cet état selon l'entretien et l'analyse de l'échelle MBI, à savoir : les facteurs liés aux relations professionnelles et les facteurs liés à la qualité de travail comme la charge de travail, mais aussi à son Age ainsi que son expérience, on s'appuyant :

« Je suis épuise au sens propre du mot » il confirme aussi « je pense qu'il s'agit de l'influence de mon Age ainsi que mon expérience ».

Présentation du troisième cas

Melle « A » âgée de 29 ans, elle est célibataire, exerce dans le service depuis 4 ans. C'est une infirmière de catégorie (ATS).Elle travaille deux jour sur deux par semaine, de huit heures jusqu'à 18 heures, elle travaille 36 heurespar semaine, Nous avons observé que Melle « A » manqué de l'enthousiasme à prendre en charge les patients, elle a du mal a communiquer avec ses collègues, Nous avons eu des difficultés durant l'entretien elle ne voulait pas nous accorder du temps nous avons dû insister plusieurs fois.

Présentation et Analyse de l'entretien clinique

Le rendez-vous qui a été donne à Melle « A » n'a pas était respecter, l'entretien s'est dérouler dans la salle des soins, le premier contacte était empathique avec un très grand manque d'enthousiasme, Nous avons pas de suite entamé la discussion sur notre entretien, nous

avons du la suivre d'un bureau à un autre et insisté plusieurs fois afin d'avoir des réponses compréhensives, l'entretien a duré presque de 45 minutes il s'est déroulé le même jour avec Mr « S » et Mr « Z ».

Mlle « S » n'était pas coopérative durant l'entretien, ses réponses étaient très brèves et directes. Nous avons commencé l'entretien en parlant de sa profession d'infirmière elle répond directement « c'est un métier très fatigant et stressant »

Parlant de ses tâches au sein du service, elle dit avec une expression faciale déprimée « oh !!! La routine, tous les jours la même chose, les injections, les pansements »

Nous avons également discuté de ses relations avec ses collègues et ses patients nous avons remarqué qu'elle n'entretient pas de bonnes relations avec ces derniers et que ces tensions-là influencent sur la qualité de son travail, on affirmant : « je suis venu ici pour travailler et non pour me faire des amis, mes relations sont purement professionnelles »

Abordant son volume horaire, elle nous répond « trop chargé même pas le temps de déjeuner, même pas de pause c'est déprimant ».

Pour Mlle « A » nous n'avons pas pu lui faire passer le test le même jour on a dû attendre quelques jours pour lui faire passer le test qui a duré 10 minutes, voici les résultats que nous avons obtenus.

Présentation et analyse des résultats de l'échelle de MBI

Tableau N°03 : résultat de l'échelle d'épuisement professionnel (MBI) du cas N°3 :

Le score	Epuisement émotionnel	Dépersonnalisation	Accomplissement personnel	
Les résultats obtenus	21	7	46	Epuisement professionnel
Résultats final	Degré modère	Degré modère	Degré élevé	Modère

Notre cas présente un burn-out modère, cela est bien clair à partir des résultats obtenus de l'échelle MBI, qui indiquent que notre cas est motivé pour son travail, et concernant la dépersonnalisation Mlle « A », arrive à garder de bonnes relations, mais qui reste dans un cadre professionnel soit avec les patients ou les collègues Et concernant l'accomplissement

personnel le score obtenu indique que notre cas à un sentiment de confiance en soi et la satisfaction concernant son travail dans le service.

Conclusion du cas

Notre cas présente un burn-out avec un niveau modère, ce degré est liée aux facteurs déterminants de cet état selon ces dires sont la qualité de travail «trop charge même pas le temps de déjeuner, même pas de pause c'est déprimant », Chez notre sujet, il semble que le degré du burn out semble être en rapport avec ses relations professionnelles d'un côté, est son manque d'intérêt de l'autre.

Présentation du Quatrième cas

Melle « M » âgée de 32 ans, célibataire, elle exerce dans le service depuis six (6) ans, Elle est infirmière de catégorie (ATS), Elle travail 2 jours sur 2 par semaine, Melle « M » travaille 36h par semaine, pas très coopérative comme infirmière, son humeur change d'un patient a un autre mais très compétente et c'est la plus expérimenté.

Présentation et Analyse de l'entretien clinique

Le rendez-vous donné a Melle « M » a était respecté, d'ailleurs l'entretien a eu lieu dans son bureau a la salle des soins, elle a immédiatement acceptée de répondre à nos questions, elle a été trop coopérative et très active, c'était la troisième infirmière à avoir passée l'entretien, le contact avec Melle « M » était très facile, Nous avons de suite débuté l'entretien qui a duré presque 30 minutes.

Nous avons entamé notre première discussion sur l'état général du service où elle disait :

« Notre travail est trop chargé, et surtout avec le manque de matériels on souffre pour soigner nos malades ».

Nous avons voulu savoir quelles peuvent être ses relations avec le personnel et ses patients elle nous affirme qu'elle entretient de bonnes relations avec tout le monde qu'en règle générale c'est une personne qui est gentille et qui n'a pas du mal à s'intégrer et aider les autres et qu'elle pratique le métier d'infirmier qu'elle aime beaucoup et qu'elle se doit de le faire dans les règles de l'art. Elle affirme : « avec mes collègues j'ai de bonnes relation »,

En parlant du burn-out Melle « M » affirme que physiquement, c'est un travail fatiguant, on ajoutant « ma capacité s'est affaiblie par rapport à ma première année, je suis tout le temps stressée, faire passer 180 patients chaque jour n'est pas facile ». malgré tout Melle « M » prend un réel plaisir à pratiquer son métier d'infirmière. Après avoir terminé l'entretien on a immédiatement appliqué le test qui a duré 5 minutes, voici les résultats obtenus :

❖ **Présentation et analyse des résultats de l'échelle de MBI**

Tableau N°04 : résultat de l'échelle d'épuisement professionnel (MBI) du cas N°4 :

Le score	Épuisement émotionnel	Dépersonnalisation	Accomplissement personnel	
Les résultats obtenus	41	8	33	Épuisement professionnelle
Résultats final	Degré élevé	Degré modère	Degré modère	Modère

Un burn-out modère, Nous avons noté tout d'abord que l'épuisement émotionnel chez cette infirmière est élevé cela est dû à un manque d'énergie quant à l'application de ses tâches, à cela s'ajoute une profonde démotivation de son travail, cet épuisement s'accompagne dans son état actuel d'une frustration qui la pousse à ne pas réaliser le travail de la même façon qu'auparavant. et concernant la dépersonnalisation Mme « H », arrive à garder de bonnes relations, mais qui restent dans un cadre professionnel soit avec les patients ou les collègues. Et concernant l'accomplissement personnel le score obtenu indique que notre cas a un sentiment de sécurité concernant ses réalisations professionnelles, Elle souhaite changer de métier à cause du stress que endure chaque jour elle veut travailler dans l'administration.

Conclusion du cas

À partir de l'analyse de l'entretien et l'échelle MBI, il semble que Melle « M », souffre d'un épuisement professionnel modère, causé par les facteurs liés à la profession en elle-même, ainsi que la surcharge du travail et le nombre des patients qui augmentent chaque jour

Présentation du Cinquième cas

Melle « C » âgée de 24 ans célibataire, c'est une infirmière de catégorie (ATS), il exerce dans ce service depuis seulement six (6) MOIS, Elle travaille deux jours sur deux par semaine, de huit heures jusqu'à 18 heures, Elle travaille 36 heure par semaine.

Melle « C » Elle est très coopératifs dans l'entretien qu'on a abordé avec elle, Nous avons observé que Melle « C » était quelqu'un de très gentille est de serviable, tous les gens qui viennent se faire examine demande que ce soit elle qui s'occupe d'eux, elle prenait un réel plaisir a s'occupé de ses patients, c'est quelqu'un qui estime son métier et qui est aimé par tout le service.

Présentation et Analyse de l'entretien clinique

Le rendez- vous de Melle « C » a était très bien respecté il aeu lieu dans la salle des soins, le Premier contact avec elle était facile et agréable, elle a facilement acceptée de répondre à nos questions. Melle « C » était coopérative et trèsgentille, c'était la quatrièmeinfirmièreà avoir passé l'entretien qui a duré 40 minutes, c'était le même jour que Melle « C ».

En premier lieu nous avons entamé la discussion sur la signification de sa profession d'infirmière, Elle déclare : « parce que j'adore aider les gens, ils me font de la peine ».

Parlant de ses taches au sein du service, elle dit : « notre rôle c'est les soins en générale les pansements, les injections, les désinfections, je prends ça très a cœur».

Discutant de l'état général du service où elle disait : « il Ya un véritable manque de matériels c'est un obstacle pour nous, et à chaque fois qu'il nous distribue le matériels on est obligé de minimisé ».

En second lieu, Elle nous a parlé sur son emploi du temps hebdomadaire ainsi que son volume horaire, on a conclu qu'elle est parmi celles qui travaillent beaucoup même les weekends, cela perturbe son sommeil et son rythme de vie. Elle dit : « travailler deux jour sur deux c'est très fatigant surtout les weekends ce qui m'empêche de faire d'autres activité

En troisième lieu , Nous avons voulu savoir quelles peuvent être ses relations avec le personnel elle nous affirme qu'elle entretient de bonnes relations avec tout le monde qu'en règle générale c'est une personne qui est gentille et très aimable qui n'a pas du mal à

s'intégrer et aider les autres et qu'elle pratique le métier d'infirmier qu'elle aime beaucoup Elle dit directement : « c'est mes copines ,je les considère pas comme mes collègue , et concernant mes patients j'ai de très bons relations et même des fois j'en fait un peu trop » ,

En dernier lieu nous avons clôturé notre entretien par une discussion sur le burn-out, Ou elle disait «c'est très épuisant surtout les après-midis ou il ya beaucoup de malade, mon énergie diminue ». Apres avoir terminé l'entretien on a de suite appliqué le test qui a duré 10 minute, voici les résultats qu'on a obtenue :

Présentation et analyse des résultats de l'échelle de MBI

Tableau N°05 : résultat de l'échelle d'épuisement professionnel (MBI) du cas N°5 :

Le score	Epuisement émotionnel	Dépersonnalisation	Accomplissement personnel	
Les résultats obtenus	32	8	41	Epuisement professionnel
Résultat final	Degré élevé	Degré modère	Degré élevé	Modère

Nous avons constaté que Le niveau est élevé dans la dimension d'épuisement émotionnel renvoie à un rapport avec le travail vécu comme stressant et difficile au manque d'énergie et de motivation pour son travail, et concernant la dépersonnalisation Mme « C », arrive à garder de bon relation, mais qui reste dans un cadre professionnel soit avec les patients ou les collègues.

Pour finir, Nous avons constaté que le niveau est aussi élevé dans la dimension de l'accomplissement personnel causé par une incessante dévalorisation de son métier, d'elle-même et du travail qu'elle effectue.

Conclusion du cas

L'analyse de l'entretien et les résultats de l'échelle MBI indique que Melle « C » présente un burnout avec un niveau élevé, les facteurs liés au travail et à la qualité des tâches professionnelles, Ou elle déclare : « travailler deux jour sur deux c'est très fatigant surtout les weekends ce qui m'empêche de faire d'autres activité ». Et aussi les facteurs liés à l'environnement du travail.

Présentation du Sixième cas

Melle « L » âgée de 25 ans célibataire, c'est une infirmière de catégorie (ATS), elle exerce dans ce service depuis seulement six (6) MOIS , Elle travaille deux jour sur deux par semaine, de huit heures jusqu'à 18 heures, elle travaille 36 heure par semaine.

Melle « L » n'est pas très coopérative dans l'entretien que nous avons abordé avec elle, Elle a même refuse de passe l'entretien, Nous avons observé que Melle « L » était quelqu'un de très froid et de très autoritaire vis-à-vis de ses patients mais aussi de ses collègues, Nous avons eu du mal à obtenir son attention, elle avait un grand complexe à répondre aux questions.

Présentation et Analyse de l'entretien clinique

Le rendez vous qui a été donné a Melle « L » n'a pas était respecté vu ses absences spontanée, le premier contacte avec elle était pénible et lourd. L'entretien avec Melle « L » s'est déroulé dans la salle des soins dans de très mauvaises conditions il a duré presque une heure ,c'était la dernière infirmière à avoir passé l'entretien, Elle n'était pas très coopérative, Elle a eu du mal à communiquer avec nous et surtout à avoir des réponses de ça part, et d'après ses gestes et ses comportements ont étaient pas les bienvenus.

Nous avons débuté notre entretien on essayant de lui pose quelque questions concernât son métier et son volume horaire, Elle a répondu d'un air complexe

« J'aime mon métiers mais mes patients et mes responsable sont pas reconnaissant par tout la charge qu'on subit chaque jours, on est même juger par les quantités des produits utiliser, on n'a pas trop de moyens » .

Elle ajouter ainsi « concernant mon emploi du temps je suis satisfaite ».

Nous avons conclu notre entretien on lui posant la question sur sa relation avec les autres infirmières, Elle répondu d'une manière gênante « c'est clairement professionnelle » nous n'avons pas appliqué le test le même jour on a dû attendre presque une semaine pour lui faire passe le test à cause de ses absence répète et quand on a eu l'occasion de lui faire passe, on a dû attendre une heure pour qu'elle nous accorder quelque minute, le test a duré 20 minute voici les résultats qu'on a obtenue.

Présentation et analyse des résultats de l'échelle de MBI**Tableau N°06 : résultat de l'échelle d'épuisement professionnel (MBI) du cas N°6 :**

Le score	Epuisement émotionnel	Dépersonnalisation	Accomplissement personnel	
Les résultats obtenus	28	4	39	Epuisement professionnel
Résultats final	Degré modère	Degré faible	Degré modère	Modère

L'interprétation des résultats de l'échelle indique que Melle « L » présente une fatigue affective par rapport à son travail, elle est un peu plus motivée par son travail. Concernant la dépersonnalisation, elle garde de bonnes relations à l'égard de ses collègues et une empathie avec les patients. Pour l'accomplissement personnel, elle a un sentiment de manque de réalisation de soi, mais elle garde un regard positif sur la réalisation professionnelle.

Conclusion du cas

Nous pouvons conclure l'idée suivante : notre cas présente un burn-out avec un degré modère, selon les résultats de l'échelle, et l'analyse de l'entretien, il nous semble que cette état et dû à certains facteurs qui se résume aux : conditions de travail par rapport au manque du matériel performant, ainsi que la nature des relations professionnelles avec les patients et ses collègue.

Présentation du Septième cas

Mm « K » âgée de 28 ans, elle est mariée et enceinte, c'est une infirmière de catégorie (ATS), elle exerce dans ce service depuis six (6) ans , Elle travaille deux jours sur deux par semaine, de huit heures jusqu'à 18 heures, elle travaille 36 heure par semaine. Mm « K » souhaite change de métiers elle veut travailler dans l'administration car pour elle c'est moins stressant et pourras consacrer plus de temps a sa petite famille, c'est quelqu'un de gentille de serviable et de très coopérative. On a pris beaucoup de plaisir a collaboré avec elle.

Présentation et Analyse de l'entretien clinique

Le rendez vous avec Mm « K » a été très bien respecté, il s'est déroulé dans la salle des soins avec une durée de 35minutes, c'était la cinquième infirmière à avoir passé le test, le contact avec elle était facile et très ouvert. Mm « K » est une infirmière plein d'énergie, ses réponses étaient rapides et directes, elle ne cesse de sourire tout le temps. Elle a accepté notre demande à l'entretien en disant : « Je ne suis pas vraiment épuisé, je peux répondre a vos questions avec plaisir ».

Nous avons commencé l'entretien sur sa conception sur le métier d'infirmier, elle dit :

« Nous effectuant plusieurs choses » un bref silence, En remarque qu'elle ne donne aucun commentaire négatif sur la nature de ces tâches et elle dit qu'elle ne trouve pas de difficulté a effectué toutes ces activités.

Parlant de l'état du service le sourire de Mme « K » disparaît et elle éprouve une tristesse est-elle dit : « Le manque de matérielle plus précisément, on doit être rapide pour gagner du temps, c'est un peu stressant » Il s'avère que l'état du service est une cause de stress pour Mm « K », bien qu'elle affirme qu'elle aime bien son travail.

Et concernant ses relations avec les autres infirmières et ses patients,Elle dit :

« Oui je m'entends très bien avec les autres infirmières et vis- à vis de mes patients c'est purement professionnelle ».

Nous avons fini l'entretien avec une question sur le burn-out, Elle déclare :

« Malgré ma situation de femme enceinte j'arrive parfaitement a gère mes taches,mais j'aimerais consacrer un peu du temps à ma petite famille »,Elle ajoute en souriant :

« Mais travailler à l'administration m'arrangerai plus ».

Après avoir terminé l'entretien nous avons appliqué le test qui a duré 10 minute environ , voici les résultats qu'on a pu obtenir.

Présentation et analyse des résultats de l'échelle de MBI**Tableau N°07 : résultat de l'échelle d'épuisement professionnel (MBI) du cas N°7 :**

Le score	Epuisement émotionnel	Dépersonnalisation	Accomplissement personnel	
Résultats obtenue	41	4	20	Epuisement professionnel
Résultat final	Degré élevé	Degré faible	Degré faible	Modère

Nous avons constaté que l'épuisement émotionnel élevé d'un score de 41 signe d'un manque d'énergie et de force au travail ce qui vide et épuise les ressources émotionnelles ; un niveau de dépersonnalisation faible avec un score de 4, cela indique par conséquent que Melle

« K » a certaines réserves et limites quant à ses relations avec ses collègues et ses patients, elle se contrôle au niveau relationnel dans le but de ne pas trop s'attacher par peur d'être déçu. Et Pour l'accomplissement personnel, elle a un sentiment d'incapacité vis-à-vis de son travail.

Conclusion du cas

Notre cas présente un niveau du burn-out bas, malgré les facteurs qui peuvent engendrer cet état, qui sont résumés selon ces dires par les facteurs liés au manque de matérielle dans le service et les facteurs personnels.

Présentation du Huitième cas

Mme « N » âgée de 28 ans mariée avec un enfant, diplômée en économie suivie du service paramédicale ; elle exerce dans le service depuis un an. Elle est infirmière de catégorie(ATS), Elle travaille deux jours sur deux par semaine, de huit heures jusqu'à 18 heures, elle travaille 36 heures par semaine, c'est la plus compétente des infirmières(ATS) avec un savoir-faire très élevé. Mme « N » nous a beaucoup appris les soins (les injections, les désinfections des plaies...) elle a pris du plaisir à nous faire part de son savoir-faire son rien en retour.

Présentation et Analyse de l'entretien clinique

Le rendez vous avec Mm « N » a été bien respecté, Melle « N » était très accueillante envers nous. L'entretien de Mm « N » s'est déroulé aussi a la salle des soins c'était la septième infirmière à avoir passé le test c'était le même jour que Melle « K », elle à accepter sans hésitation de participer à notre entretien, Elle était très motivée. Mm « N » était la septième infirmière à avoir passé l'entretien, on a pris du plaisir a discuté avec elle. Elle annonce direct : « Oui avec plaisir, il n'y a aucun problème ».

L'entretien avec Mm « N » n'a pas pris beaucoup de temps vu ses capacités et son enthousiasme, il a duré 30 minute environ.

Parlant de la lourdeur de ses tâches, on à remarquer qu'elle aime bien son travail et quelle n'éprouve pas de difficultés d'exercer avec les malades. Elle dit sur ce point : « c'est un métier noble, notre travail consiste à soigner les malades ».

En ce qui est de l'état du service, elle a éprouvé sa déception, puisque pour elle le service manque de certains produits nécessaires pour effectuer leurs tâches convenablement et avec plus d'efficacité.

En vue, le nombre de patients qui est en hausse, Elle semble pouvoir gérer la situation, Elle dit sur ce point : « Dans les jours ordinaires, je travaille avec 180 patients, c'est fatigant, mais j'arrive à gère la situation. Le problème, c'est lors du manque du personnel infirmier la charge du travail devient pesante et c'est épuisant ».

Quant à ses relations socioprofessionnelles avec le personnel soignant, on a remarqué avec son esprit calme qu'elle n'a pas de problème avec eux et elle les juge comme très bonnes et elle dit sur ce point : « Au début ont m'a beaucoup aidé à m'intégrer facilement dans le groupe »

Avant de terminer l'entretien avec Mm « N », Nous avons discuté sur le burn-out et elle a vraiment répondu d'une façon qui donne l'impression qu'elle n'est pas épuisée et qu'elle arrive à gérer son stress.

Elle ajouter : « mais j'aimerais me concentre un peu à mon fils et à mon mari ». Apres avoir terminé l'entretien on a procède directement au test qui a duré 30 minute, voici ci- dessous les résultats qu'on a obtenue.

Présentation et analyse des résultats de l'échelle de MBI**Tableau N°08 : résultat de l'échelle d'épuisement professionnel (MBI) du cas N°8 :**

Le score	Epuisement émotionnel	Dépersonnalisation	Accomplissement personnel	
Le résultat obtenu	21	16	31	Epuisement professionnel
Résultat final	Degré modère	Degré élevé	Degré modère	Modère

Le niveau bas d'épuisement émotionnel, indique que Mm « N » est toujours motivé par son travail. Et garde une dynamique positive, malgré le stress le niveau modéré ,Nous avons note aussi un niveau élevé dans la dimension de dépersonnalisation et cela revoit au développement d'attitude détachée et négative à l'égard des personnes qu'elle côtoie durant son travail, que se soit collègues ou bien patients, ceci dresse des barrières qui l'isolent des autres et par la suite qui rend son travail contraignant. Et concernant l'accomplissement personnel le score obtenu indique que notre cas à un sentiment de sécurité concernant ses réalisations professionnelles.

Conclusion du cas :

Il nous semble que la seule contrainte qui dérange Mm « N » est le manque de matériel et du temps a consacré à sa famille pour elle le métier d'infirmier lui permet de donner à son travail une utilité sociale ce qui peut être une raison pour ne pas détecter un burn-out élevé.

Discussion générale :

Le personnel de la santé et plus précisément celui des infirmiers urgentistes exerçant dans le service des soins rencontrent diverses contraintes lors de l'exercice de leur métier, liées en partie aux conditions et au mode de travail et la spécificité du service dans lequel ces infirmiers exercent leur métier, et d'autre part au contact avec les patients.

Les résultats obtenus grâce au guide d'entretien nous ont permis de vérifier nos hypothèses. Celles émises au départ, Les hypothèses émises au départ sont au nombre de six, nous allons commencer par la première hypothèse, qui suppose que les infirmiers du service de soins manifestent un burn out.

En effet 42 % des infirmiers urgentistes ont un écore d'épuisement émotionnelle élevé sont (Mr « S », Mr « Z », Mm « M », Melle « C », Mm « K »), et 23,33% ont un score d'épuisement émotionnelle modère sont (Melle « A », Melle « L », Mm « N »).

On a enregistré que 7,66% des infirmiers urgentistes ont un score de dépersonnalisation modère qui sont (Melle « C », Melle « M », Mm « A ») et ceux qui ont un score de dépersonnalisation élevé et de 16,66% (Mr « S », Mr « Z », Melle « N »), et 4% ont un score de dépersonnalisation bas (Melle « L »,Melle « K »).

Concernant l'accomplissement personnel on a aussi enregistré que 43,5% des infirmiers urgentistes ont un degré de l'accomplissement personnel élevé qui sont (Melle « A », Melle « C »), et 34,6% ont un degré modère qui sont (Mr « S »,Mr « Z »,Melle « M »,Mm « L »,Melle « N »),et seulement un cas qui est Mm « K » qui a un degré d'accomplissement professionnel bas

Et pour notre hypothèse partielle et d'après la comparaison des résultats obtenus à partir de l'échelle de MBI et les réponses des entretiens avec les infirmiers urgentistes, En ce qui concerne ce volet, il apparaît que l'âge est corrélé avec le burnout, En effet, La recherche de cette composante dans les tranches d'âges plus jeunes n'a pas été significative, 6/8 des infirmiers ont moins de 30 ans, En revanche, les infirmiers urgentistes qui ont plus de 30 ans présentent un burn-out plus important.

Concernant le sexe, La population des infirmiers urgentistes se compose de 75 % de femmes et de 25 % d'hommes 6/8 des infirmiers sont des femmes, Il semble que les hommes sont plus exposés aux burn-out que les femmes malgré que la variable sexe montrer le

contraire, Ces résultats sont tout à fait révélateurs puisque l'on remarque une tendance plus marquée à certains symptômes du burn-out chez les hommes plutôt que chez les femmes.

C'est ce qu'on a remarqué chez Mm « Z » qui a une expérience de 25 ans, et Mm « S » qui a 10 ans d'expérience.

Le nombre des infirmiers atteints du burn out sont de 42% des infirmiers ont l'épuisement émotionnel élevé, et 16,66% ont la dépersonnalisation élevée et 43,5% a d'accomplissement personnel élevé, Presque La moitié des infirmiers sont atteints pour les trois dimensions.

Il est important de signaler que ce sont les résultats de nos 08 cas, âgées entre 24ans et 47ans, dont trois sont mariées, et cinq célibataires. Les résultats obtenus dans notre étude nous ont permis de déceler un ensemble de données. Nous avons relevé à travers l'entretien et l'échelle de MBI des constats concernant en partie les différentes fréquences des trois dimensions de l'épuisement professionnel en termes d'intensité, ce qui nous a permis de mesurer le niveau de burn out de chaque sujet et de l'ensemble de l'échantillon. De ce fait, burnout est présent, avec différents niveaux chez les infirmiers urgentistes.

Nous avons vu Précédemment que la mesure du burn out se base sur une évaluation de trois dimensions (épuisement émotionnel, dépersonnalisation et accomplissement personnel) dont les scores s'évaluent de façon indépendante.

Dans cette étape nous allons tenter de résumer les résultats obtenues, après l'analyse des résultats de l'échelle MBI et de l'entretien semi directif.

D'après les résultats qu'on a obtenu durant notre pratique et l'assistance aux entretiens, effectuer on a pu mesurer le degré de l'épuisement professionnel chez ces infirmiers, on retrouve cinq cas qui manifestent un burnout avec un degré modère, deux cas avec un degré élevé, et seulement un cas qui manifestent un burnout avec un degré faible, cela nous indique que notre population d'étude présente réellement un burnout avec des degrés divers liés au travail, donc notre hypothèse générale est confirmée.

Conclusion générale

Nous avons réalisé cette étude dans le but de savoir si les infirmiers urgentiste de l'EPSP de BEJAIA sont concernés par le burnout, la question soulevée est la suivante « Est-ce que les infirmiers urgentiste sont atteint par le burnout ? », Afin de répondre a cette question on a supposé l'hypothèse suivante : « les infirmiers urgentistes manifestent un burnout avec des degrés différents ».

Pour vérifier la présence du burnout chez les infirmiers urgentistes, nous avons utilisé deux instruments afin de vérifier nos hypothèses avancées dans la problématique, à savoir l'échelle de Maslach (MBI) qui mesure le niveau d'épuisement professionnel en plus d'un entretien semi-directif, qui a été proposé aux infirmiers urgentistes ou on a recueilli l'information personnelle et générale.

De ce fait, nous allons nous centrer sur les points qui nous permettront de répondre à nos hypothèses qui supposent que les infirmiers du service de soins manifestent un burn out.

1_ L'âge favorise l'apparition du burn-out chez les infirmiers urgentistes, concernant notre hypothèse partielle et d'après la comparaison des résultats obtenus a partir de l'échelle de MBI et les réponse des entretiens avec les infirmiers urgentistes ,plus les infirmiers urgentistes sont jeunes moins ils sont épuisés. Ce constat met en cause la vulnérabilité des jeunes face aux sensations difficile vécues dans les services des urgences en déployant des efforts physiques et psychologiques. Ils arrivent difficilement à gérer les situations de stress générées par certaines situations déplaisante Donc, plus les infirmiers urgentistes sont jeunes, plus ils éprouvent un sentiment de d'impuissance face aux difficultés rencontrées au cours de l'exercice de leur métier.

Donc l'Age contribuer a l'apparition du burn-out chez les infirmiers urgentistes, cela indique que notre hypothèses et confirme.

2_ Le sexe influe sur l'apparition du burn-out chez les infirmiers urgentistes,cela indique que notre hypothèses et confirme.

3_ Le nombre d'années d'expérience contribue à l'apparition du burn-out Chez les infirmiers urgentistes, les gens qui auraient une plus grand expérience ont tendance à être sujet au burn-out

Le burn-out est lié positivement à l'ancienneté professionnelle, ceci peut s'expliquer par le niveau de responsabilité des postes qu'il occupe. Cela indique que notre hypothèse est confirmée.

Nous avons fait passer l'entretien incluant le test Maslach Burnout Inventory aux 8 infirmiers urgentistes exerçant au L'EPSP de Bejaia. L'étude nous a permis de décrire certaines dimensions liées aux caractéristiques individuelles et professionnelles des infirmiers urgentistes de la wilaya de Bejaia quant à leur situation par rapport au « burn out ». Nous avons présenté par la même occasion certaines spécificités de la profession et les contraintes causées par les conditions de travail. Il est vrai que les services des urgences génèrent leurs propres formes de stress, de par la gestion du flux massif des patients et le rythme de travail qui ne cesse d'augmenter. De plus, le manque du matériel ne permet guère d'améliorer les conditions de travail. La sensation de non repos, le temps insuffisant consacré aux proches, le temps insuffisant consacré à des loisirs et le désir de reconversion professionnelle.

Il faut reconnaître que le burnout est un phénomène existentiel qui révèle un malaise singulier et social. Car il est multidimensionnel résultant de plusieurs facteurs individuels et environnementaux.

Nous voulions aussi mettre en évidence que le burn-out est trop souvent perçu comme un signe de faiblesse de la personne alors qu'il devrait aussi et surtout être perçu comme un point faible de fonctionnement du service.

Le taux du burn-out enregistré montre en réalité à quel point cette catégorie de professionnels rencontre des situations stressantes qui à la longue, engendrent des souffrances au travail menant à un désinvestissement professionnel et conduisant à l'épuisement de l'individu. Il est important également de rappeler que le métier de soignant ou d'infirmier urgentiste en particulier requiert des compétences compte tenu de la diversité des interventions qu'il propose et les responsabilités qu'il engendre. Être soignant relève d'une intention humaine profonde et généreuse basée sur le souci et l'aide d'autrui.

Le burn out apparaît en premier lieu comme étant lié à des conditions de travail spécifiques d'une part, et d'autre part à des facteurs particuliers de vulnérabilité individuelle.

Références bibliographiques

Les ouvrages

- 1_ ALEXANDRE. M. la souffrance au travail les soignants face au la burn-out ,2 édition Lamarre, Paris, 2010.
- 2_ Boissière. Les soignants face au stress. France ,Éditions Lamarre 2003.
- 3_ Bouhroum, A. Quelles urgences pour notre système de soins ? (N.D).
- 4_ Boudoukha.A.H, burn out et traumatismes psychologique, Dunod , Paris, 2009.
- 5_ Boris Cyrulnik, Marie-France Hirigoyen, Stress, Burn-out, Harcèlement moral ,Dunod, Paris, 2016.
- 6_ CANOUI. P, MAURANGES. A, Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants, de l'analyse du burn out aux réponses, 2ème éd Masson, Paris, 2004.
- 7_ Choque.S, Choque.J, Stress apprendre a le gerer, Ed Lamarre, France, 2005
- 8_ COLLECTIF, Virginia, H, La pensée infirmière, édition Maloine , Paris, 1996.
- 9_ COLLIERE, M-F, Virginia, H, La nature des soins infirmiers. Ed : Inter Editions, Paris 1994 .
- 10_ C. Maslach , Jackson S.E, Leiter , M.P, 1996, Maslach Burnout Inventory Manual. Palo Alto: Consulting Psychologists Press
- 11_ DELBROUCK M, Le burn-out du soignant, le syndrome d'épuisement professionnel, Bruxelles, De Boeck, 2003.
- 12_ ELISABETH GREBOT, stress et burnout au travail identifier, prevenir, guerir ,Ed Eyrolles, Paris, 2008.
- 13_ FREUDENBERGER, H, J. L'épuisement professionnel : la brûlure interne. Edition Gaëtan MORIN, 1987
- 14_ LETHELLEUX.L , L'essentiel de la gestion des ressources humaines, 5eme édition, lextenso, Paris, 2011.
- 15_ MANOUKIAN. A , MASSEBOEUF. A, La relation soignant soigné , France 3ème édition Lamarre. 2008.

16 _MARGOT PHANEUF, La personne au cœur du processus de soins : qualité et continuité, Portugal, février 2005

17 _ Marc,P.Miroux,I.Piedade,R.Benveniste,Guide infirmier des urgence ,Ed Masso,Paris,2008.

18_Mauraanges.A,Manuel a l'usage des soignants : stress, souffrance et violence en milieu Hospitalier (N.D).

19_ PRAYEZ, P. Distance professionnelle et qualité du soin. 2ème édition, Lamarre, Paye Bas , 2009.

20_Philippe .Z ,Franck.G ,l'épuisement professionnel,Diagnostic,Analyse,prevention 2edition ,ARMAND Colin,Paris.

21_ Truchot, D. Épuisement professionnel et burnout concepts, modèles, interventions,Dunod, Paris,2004.

Les dictionnaires

1_ Dictionnaire Le Petit Larousse Grand Format. Belgique ,1994.

2_ Dictionnaire Larousse Médical ,1995.

3_Norbert .Sillamy, Dictionnaire de psychologie, Paris ,2003 .

4_ Le petit Larousse de la médecine, 2003.

Les Articles

1_Normand Brien, 2012, Syndrome Burn-out, Diagnostic a la mode ou véritable maladie ?, < Evolution-burnout-info.ch >.(25-03-2017 a 13 :29).

2_Vertige asbl, 2017, fiche6.3.2.prevention de l'épuisement professionnel (burn-out),<abbet.Be>,(20-03-2017 a 12 :21).

3_Catherine Duboys FRESNEY ,N.D,le Meier d'infirmière en France,<Cairn.info>.

(10-03-2017 a 16 :00).

4_Berthe Tchifam,2011,la planification des soins,Biologie et medecine, <Mémoire Online.com>.(13-02-2017 a 16 :15).

5_Pierre cocheteux,2013,les 4 phases du burn-out,<psychologue.net>

(20-03-2017 a 15 :15).

Les thèses

1_Boulkroune.N,(2007-2008),**le syndrome de burn out chez les enseignants du supérieur**, université Mentouri de Constantine, Faculté des sciences humaine et sociale, département de psychologie, Des sciences de l'éducation et d'orthophonie, spécialité psychologie clinique.bu.umc.edu.dz.

2_Boudarene,M.(2004) **souffrance au travail et burn-out chez des agents de police en exercice** .une étude préliminaire ,Docteurboudarene.unblog.fr.

3_ Ouchen M. (2005). **Contribution à l'étude de l'épuisement professionnel chez les sapeurs-pompiers**, mémoire de magister non publié en psychologie clinique. Université Mentouri de Constantine,www.univ-setif2.dz.pdf.magister.

4_Benatia, Y. (2008). **L'épuisement professionnel chez les infirmiers urgentistes**, mémoire de magister publié en psychologie clinique. Université Mentouri de Constantine.www.fichier-pdf.fr.

Annexes

Annexe 1 : Le guide d'entretien

- Caractéristiques démographiques :

1_ Surnom :

2_ Sexe : Féminin / Masculin :

3_ Age

4_ Statut marital ; Marie(e) / Divorce (e) / sépare (e)

CELIBATAIRE(e) / VEUF OU VEUVE

5_ nombre d'enfants a charge

- CARACTERISTIQUES DE L'activités professionnelle :

1_ Depuis quand vous êtes diplômé ?

2_ Combien de temps exercez vous votre fonction dans ce service ?

3_ Nombres de jours de travail par semaine ?.....

4_ Nombres d'heures de travail par semaine ?.....

5_ Nombre d'années d'exercice ?.....

6_ Combien de garde de nuit faites vous par semaine ?.....

7_ TRAVAILLEZ-VOUS LES JOURS FERIES, le weekend ?.....

7_ Combien de patient vous examinez par jour enmoyen ?.....

8_ Est-ce que votre emploi du temps vous convient ? JUSTIFIER VOTRE
REPONSE ?.....

9_ Préférez_ vous travaillez le matin ou le soir ? POURQUOI ?

.....

10_ Est-ce que vous avez l'impression de gérer votre travail selon votre propre vision ?

OUI/NON

COMMENTEZ

11_ Avez-vous déjà été exposés à divers produits chimiques utilisés à des fins d'entretien général, de désinfection et de stérilisation ?

.....1

2_ Portez-vous des gants régulièrement ? OUI /NON

.....

13_ Avez-vous subi fréquemment différentes formes de violence ?

.....

• LES CARACTERISTIQUES de la vie privées

1_ Nombre d'heures de sommeil en moyen par nuit ?.....

2_ Est-ce que vous êtes sous traitement ?.....

3_ Avez-vous des plaintes somatiques ?.....

4_ Est-ce que vous avez déjà ressenti le besoin de changer votre travail ? OUI NON, si oui vers quel métier ?.....

5_ Avez-vous déjà fait une psychothérapie ? OUI NON, si oui à telle modifier votre façon de travail ? OUI NON

6_ Est-ce que vous pratiquez des activités en dehors du travail ? OUI NON, si oui combien DE FOIS par semaine ?.....

7_ Est-ce que vous consacrez assez de temps à votre famille ? OUI NON ? CELA LES DERANGE ILS ?.....

8_ Est-ce que vous recevez du soutien en cas de besoin ? EST DE LA PART DE QUI ? COLLEGUES, famille, AMIES, autre ?.....

• **INFORMATION LIEES A LA QUALITE DE LA RELATION
PROFESSIONNELLE ?**

1_ Quel genre de relation entretenez vous avec vous patients ?

.....

2_ Comment sont vos relations professionnelle avec vos collègues ?

.....

3_ comment qualifiez vous votre relation avec les autres infirmeries ?

.....

4_ Est-ce que vous vous senti le manque de reconnaissance au travail ? OUI NON ,si oui comment vous réagissez face a la non reconnaissance dans votre travail :.....

.....

5_ Selon vous ya t'il une coopération avec les autres infirmières dans l'exécution des taches ?.....

6_ Pensez vous que une mauvaise ambiance au sein de votre service peut avoir des répercutions négative sur votre travail ?

Annexe 2 : Maslach Burn Out Inventory's test

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							
2. Je me sens « à bout » à la fin de ma journée de travail							
3. Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail							
4. Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent							
5. Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets							
6. Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort							
7. Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades							
8. Je sens que je craque à cause de mon travail							
9. J'ai l'impression à travers mon travail d'avoir une influence positive sur les gens							
10. Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail							
11. Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement							
12. Je me sens plein(e) d'énergie							
13. Je me sens frustré(e) par mon travail							
14. Je sens que je travaille trop dur dans mon travail							
15. Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades							
16. Travailler au contact direct avec les gens me stresse trop							
17. J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades							
18. Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes malades							
19. J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail							
20. Je me sens au bout du rouleau							
21. Dans mon travail je traite les problèmes émotionnels très calmement							
22. J'ai l'impression que mes malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes							

Annexe 3 : Tableau recapitulative des resultants de l'échelle d'épuisement professionnel MBI

les cas	Epuisement émotionnel		Dépersonnalisation		Accomplissement personnel		Score moyen d'épuisement professionnel	Niveau d'épuisement professionnel
	Score	Niveau	score	niveau	score	Niveau	score	Niveau
Cas n°01(S)	48	Elevé	20	élevé	35	Modère	34,33	Elevé
Cas n°02(Z)	48	Elevé	14	élevé	35	Modère	32,33	Elevé
Cas n°03(A)	21	Modère	7	Modère	46	Elevé	24,66	Modère
Cas n°04 (M)	41	Elevé	8	modère	33	Modère	27,33	Modère
Cas n°05 (C)	32	Elevé	8	modère	41	Elevé	27	Modère
Cas n°06 (L)	28	Modère	4	faible	39	Modère	23,66	Modère
Cas n°07 (K)	41	Elevé	4	faible	20	Faible	21,66	Modère
Cas n°08(N)	21	Modère	16	élevé	31	Modère	22,66	Modère