



**UNIVERSITÉ ABDERRAHMANE MIRA DE BEJAIA
FACULTÉ DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES
DEPARTEMENT DES SCIENCES SOCIALES**

**MEMOIRE DE FIN D'ÉTUDE EN VUE DE
L'OBTENTION DU DIPLOME DE MASTER EN
PSYCHOLOGIE**

**OPTION
PSYCHOLOGIE CLINIQUE**

THEME

**LE BURN OUT ET LES FACTEURS DE RISQUES
PSYCHOSOCIAUX CHEZ LE MÉDECIN : CAS DE LA
MÉDECINE D'URGENCE**

RÉALISÉ PAR :

M^{lle}. HAFFAD Kamelia

M^{lle}. MAUCHE Sarah

ENCADRÉ PAR :

Dr. BENAMSILI Lamia

ANNÉE UNIVERSITAIRE : 2019/2020

Remerciement

En tout premier lieu. Nous tenons à remercier le dieu le tout-puissant d'avoir guidé nos chemins, de nous donner le courage et la santé à fin d'accomplir ce modeste travail.

À notre directrice de recherche docteur BENAMSILI Lamia. Merci à vous d'accepter de diriger ce travail. Merci pour votre disponibilité, votre opportunité, votre encouragement, votre patience et gentillesse. Merci pour votre accompagnement lors de ce travail et au cours de nos études.

À tous les membres de jury. Vous nous faites l'honneur de juger ce travail. Soyez assuré de nos sincères reconnaissances et de nos profonds respects.

À tous les enseignants et chercheurs à l'université Abderrahmane Mira de Bejaia. Merci pour votre enseignement, nos échanges riches et passionnants. Soyez assuré de nos sincères remerciements et reconnaissances.

À tous les directeurs des Etablissements Hospitaliers Publics et les responsables des Services d'Urgences. Merci pour votre coopération et votre accueil. Veuillez trouver ici l'expression de nos profonds respects et de nos sincères gratitude.

À tous les psychologues cliniciens. Nous avons sincèrement apprécié vos orientations et conseils avisés. Veuillez accepter nos sincères remerciements.

À tous les médecins Généralistes d'urgences. Merci d'avoir accepté de participer à cette recherche. Merci d'avoir répondu avec sincérité et d'avoir pris le temps de nous recevoir.

À toutes les équipes avec lesquelles nous avons travaillé ; de près ou de loin. Vous nous avez réalisé nos demandes de l'aide. Nos sincères remerciements adressés et nos profonds respects à vous.

Enfin. Tous nos remerciements sont adressés à nos familles qui ont été une source de soutien à toute épreuve.



Kamelia et Sarah

Dédicaces

« La connaissance, c'est partager le savoir qui nous fait grandir »

Citation Olivier Lockert.

Je dédie ce modeste travail,

À mes très chers parents. Aucune dédicace, aucun mot ne pourrait exprimer à leur juste valeur la gratitude et l'amour que je vous porte. Je mets entre vos mains, le fruit de longues années d'études, de longs mois de distance de votre amour de votre tendresse, de longs jours d'apprentissage.

Loïenne de vous, votre soutien et votre encouragement m'ont toujours donné de la force pour persévérer et pour prospérer dans la vie. Chaque ligne de ce travail, chaque mot et chaque lettre vous exprime la reconnaissance, le respect, l'estime et le merci d'être mes parents.

À toute ma famille HAFFAD, mes proches et mes connaissances. Vous êtes une source d'espoir, d'encouragement et de motivation. Vous êtes une source de mon bonheur et de ma joie éternelle.

À tous les professeurs que ce soit du primaire, du moyen, du secondaire ou de l'enseignement supérieur. Vous m'avez transmis de l'éducation et du savoir ; à lire et à écrire.

À tous mes amis d'enfance et mes camarades ; de près ou de loin. Vous m'avez donné tant de plaisir et de reconnaissance. Sans vous je n'aurai pas dû apprendre le sens de l'amitié.

Je dédie ce travail hommage à mon très cher oncle HAFFAD Mouloud. Que le dieu bon et miséricordieux lui pardonne et l'accueille en son vaste paradis. Qu'il repose en paix.



Kamelia

Dédicaces

« La réussite, c'est un peu de savoir, un peu de savoir-faire et beaucoup de faire-savoir »

Citation Jean Nohain

Je dédie ce modeste travail,

À mes chers parents qui m'ont toujours poussé et motivé dans mes études. Sans eux, je n'aurai certainement pas fait d'études longues, Ce projet fin d'étude représente donc l'aboutissement du soutien et des encouragements qui m'ont prodigués tout au long de ma scolarité. Qu'ils soient remerciés par cette trop modeste dédicace.

C'est un moment de plaisir de dédier ce modeste travail, à toute ma famille MAOUCHÉ, proches et connaissances, en signe d'amour, de reconnaissance et de gratitude pour le dévouement et les sacrifices dont vous avez fait preuve à mon égard.

Et finalement, à mes amis qui n'ont jamais cessé de me soutenir.



- Sarah

Remerciement

Dédicaces

Table de Matière

Table des tableaux

Table des figures

Liste des annexes

Liste des abréviations

Introduction Générale 1

Partie théorique

Chapitre I

La médecine d'urgences

Préambule 6

1. Emergence et évolution de la médecine d'urgence 6

1.1. Hippocrate : la médecine et la médecine d'urgence hippocratique..... 6

1.2. La médecine d'urgence au temps moderne 8

2. Les Généralités sur la médecine d'urgence 11

2.1. Définition du travail 11

2.2. Définition du médecin 12

2.3. Définition de l'urgence..... 12

2.4. Définition de la médecine d'urgence 13

2.5. Définition du service d'urgences..... 13

3. Le profil et les fonctions du médecin d'urgence 13

Table de Matière

4.	Les structures de médecine d'urgence.....	14
4.1.	Les Services d'Aide Médicale Urgente (Samu-Centre 15).....	14
4.2.	Les services Mobiles d'Urgence et de Réanimation (Smur).....	14
4.3.	Les structures d'urgences (SU)	15
5.	Les différentes formes d'urgences médicales.....	15
5.1.	Les urgences médicales : du vital au non-urgent	16
5.2.	Les autres formes d'urgence : le ressentie et le social	16
6.	Les différentes catégories d'urgences	18
7.	Les moyens adaptés pour répondre à l'urgence.....	20
7.1.	Les matériels	20
7.2.	Les médicaments	21
8.	Les différentes catégories d'hôpitaux.....	23
8.1.	Hôpitaux généraux	24
8.2.	Hôpitaux spécialisés.....	24
8.3.	Hôpitaux universitaires	24
9.	L'exercice de la médecine	25
10.	Le Certificat d'Etudes Spéciales portant sur la fonction du médecin urgentiste.....	25
10.1.	Textes portant création du Certificat d'Etude Spéciale en médecine d'urgence.....	25
10.2.	L'Objectif du CES dans la formation du médecin urgentiste	26
11.	Les urgences médicales et chirurgicales aux établissements hospitalières	26
12.	La fonction et le rôle de l'agent d'accueil au service d'urgence	27
13.	La disposition du service d'urgence	28
13.1.	Zone d'accueil.....	28
13.2.	Zone de surveillance.....	29

14.	Les difficultés rencontrées par les services d'urgence des hôpitaux	29
14.1.	Le problème des structures.....	29
14.2.	Le problème des personnels	30
15.	Les devoirs des médecins, droits et obligations des patients	30
15.1.	Selon le code de déontologie en France	31
15.1.1.	À titre des devoirs généraux des médecins pratiquant l'urgence	31
15.1.2.	Au titre des devoirs envers les patients	31
15.2.	Selon le code déontologique en Algérie.....	32
15.2.1.	Les devoirs du médecin.....	32
15.2.1.1.	Les devoirs généraux	32
15.2.1.2.	Les devoirs d'assistance.....	33
15.2.1.3.	Devoirs d'observation du secret professionnel	33
15.2.1.4.	Devoirs dans l'application des soins	34
15.2.2.	Les droits et les obligations des patients	34
	Synthèse.....	36

Chapitre II

Le burn out et les facteurs de risques psychosociaux

Préambule	38
I. Le burn out.....	38
1. Un aperçu historique de burn out	38
2. Les définitions de burn out	41
3. Les différentes appellations de burn out.....	41
3.1. Burn out syndrome	41

3.2. Karoshi	42
3.3. Syndrome d'épuisement professionnel	42
4. Les étapes de l'installation du burn out	42
4.1. Enthousiasme	42
4.2. Stagnation.....	42
4.3. Frustration	43
4.4. Apathie	43
5. Le diagnostic du burn out	44
5.1. Symptômes cliniques.....	44
5.2. Diagnostic.....	45
5.3. Diagnostic différentiel.....	46
6. Les dimensions principales de burn out	47
6.1. Epuisement émotionnel	47
6.2. Dépersonnalisation ou déshumanisation (cynisme)	47
6.3. Diminution de l'accomplissement personnel ou inefficacité	47
7. Les formes particulières du burn out	48
8. Les causes du burn out.....	48
8.1. Factures organisationnels	48
8.2. Facteurs individuels.....	49
8.3. Facteurs relationnels.....	49
9. Les modèles théoriques de burn out	49
9.1. Modèle tridimensionnel de Maslach (1981).....	49
9.2. Modèle exigences-ressources de (Bakker, Dermerouti, et Werbeke, 2004 ; Dermerouti, Bakker, Neichner et Schaufeli, 2000) :	51
10. La prévention de burn out.....	53

10.1. Prévention primaire	53
10.2. Prévention secondaire	53
10.3. Prévention tertiaire	53
11. Le burn out des médecins dans le monde et en Algérie	54
12. Le médecin urgentiste face à la pandémie Covid-19 : impact psychologique	57
II. Les facteurs de risques psychosociaux	60
1. L'Emergence des facteurs de risques psychosociaux.....	60
2. Les définitions des facteurs de risques psychosociaux (RPS).....	63
2.1. De manière générale.....	63
2.2. En psychologie	63
3. Les types des facteurs de risques psychosociaux de burn out	63
3.1. Les facteurs sociodémographiques.....	64
3.1.1. Causes démographiques	64
3.1.1.1. Age	64
3.1.1.2. Sexe.....	64
3.1.1.3. Situation familiale	64
3.1.2. Causes professionnelles.....	65
3.2. Facteurs socioprofessionnels.....	65
3.2.1. Les causes externes	65
3.2.1.1. Les horaires	65
3.2.1.2. Les tâches	66
3.2.1.3. Intensité et complexité du travail	66
3.2.1.4. Faible autonomie.....	66
3.2.1.5. Insécurité de l'emploi et du travail	67

3.2.1.6. Relations interpersonnelles	67
3.2.2. Causes internes ou personnelles	67
3.2.3. Famille et proches	67
4. La prévention des facteurs de risques psychosociaux	68
4.1. Prévention primaire	68
4.2. Prévention secondaire	68
4.3. Prévention tertiaire	68
5. L'ampleur des facteurs de risques psychosociaux dans le monde et en Algérie.....	69
Synthèse.....	72

Problématique et hypothèse

1. Problématique et hypothèses	74
1.1. Question générale	80
1.2. Questions partielles	80
2. Hypothèse	81
2.1. Hypothèse générale	81
2.2. Hypothèses partielles.....	81
3. Opérationnalisation des concepts	81

Partie théorique

Chapitre III

Méthodologie de la recherche

Préambule	85
1. Les limites de la recherche	85
2. La méthode de la recherche	85
3. Présentation des lieux de recherche.....	88
3.1. Présentation de l'EPH M'Chedallah de Bouira « <i>Chahid Kaci Yahia</i> ».....	89
3.2. Présentation de l'EPH Harkat de Bouira « <i>Mohamed Boudiaf</i> »	90
3.3. Présentation de l'EPH d'Akbou « <i>Chahid Akloul Ali</i> »	90
4. Groupe de recherche.....	91
4.1. Les critères d'homogénéité retenus.....	91
4.2. Les critères non pertinents de sélection.....	92
5. Les techniques de recherche	93
5.1. L'entretien de recherche.....	93
5.2. Description de l'échelle de Maslach MBI.....	97
5.2.1. Présentation de MBI.....	97
5.2.2. Traduction et vocabulaire.....	97
5.2.3. Niveau d'investigation et versions existantes	98
5.2.4. Structuration de MBI-HSS	98
5.2.5. Cotation de MBI-HSS	99
5.2.6. Interprétation de MBI-HSS	99
5.2.7. Temps de passation et les conditions de l'utilisation de MBI-HSS :.....	100

Table de Matière

5.2.8. Qualités psychométriques de MBI-HSS	100
5.2.8.1. Validité.....	100
5.2.8.2. Fidélité	101
5.2.8.3. Sensibilité.....	102
6. Le déroulement de la recherche	102
6.1. La pré-enquête.....	102
6.2. Les difficultés de la recherche.....	106
Synthèse.....	107
Conclusion Générale	108
Listes des Références	113
Les Annexes.....	122

Table des tableaux

Numéro	Titre	Page
01	Présentation catégorique des urgences significatives dans la prise en charge.	18
02	Présentation des matériels relatifs dans la prise en charge des situations d'urgences.	20
03	Présentation des médicaments relatifs dans la prise en charge des situations d'urgence.	22
04	Description de la symptomatologie du burn out (Burisch, 2010)	45
05	Diagnostic différentiel du burn out et la dépression	46
06	Présentation des sujets de recherche composée des hommes et des femmes	92
07	Les items présentant les trois dimensions de burn out	98
08	Les scores indiquant le niveau de burn out dans les trois dimensions	99

Table des figures

Numéro	Figure	Page
01	Représentation de l'urgence selon le discours des médecins.	17
02	IAO est centre d'un réseau au du service des urgences.	28
03	Modèle de processus tridimensionnel du burn out de (Maslach, Jackson, 1981).	50
04	Modèle de processus exigences-ressources de (Bakker, Dermerouti, Werbeke, 2004).	52
05	Les démarches préventives des facteurs RPS en fonction de trois niveaux.	69

Liste des annexes

Numéro	Figure	Page
01	Le guide d'entretien	123
02	L'échelle MBI-HSS	125

Liste des abréviations

AP Accomplissement Personnel

BO Burn Out

CHU Centre Hospitalo-Universitaire

CIM Classification Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes

DP Dépersonnalisation

DSM Manuel de Diagnostic et Statistique des troubles mentaux

EE Epuisement Emotionnel

EPH Etablissement Public Hospitalier

MBI Maslach Burn out Inventory

MBI-HSS Maslach Burn out Inventory-Human Service Survey

OMS Organisation Internationale de la Santé

PU Pavillon d'Urgences

RPS Risques Psychosociaux

SAMU Service d'Aide Médicales Urgentes

SMUR Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

SU Structures d'Urgences

Introduction Générale

La santé au travail est la discipline qui s'occupe de l'environnement professionnel de manière à ce qu'il soit optimum pour le bien-être physique, mental et social des travailleurs. Au même temps, si nous parlons de la présence des risques professionnels, ceux-ci pourraient nuire à la santé des travailleurs dans des grands domaines sociaux et particulièrement dans le cadre des relations d'aide comme le cas des médecins d'urgence.

À cet égard, les médecins d'urgence ont pour mission de prendre en charge 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, en priorité, les besoins de soins immédiats et de prise en charge en urgence. Aujourd'hui, dans les services des urgences où les grands soins s'effectuent, font preuve d'un terrain de mort chez les médecins urgentistes, résultat d'installation de différents risques professionnels. En effet, les mouvements de contestation que nous observons actuellement aux services des urgences, qu'il y'a urgence à prendre en charge les risques professionnels particulièrement les risques psychosociaux (RSP), malheureusement, la plupart des médecins se disent usés par le travail à l'hôpital, en raison de son organisation. Nous trouvons les principales catégories des risques psychosociaux identifiées qui sont : intensité et la surcharge du travail, manque d'autonomie, dégradation des rapports sociaux, des relations de travail, insécurité et conflits de valeur. Si nous indiquons clairement les « *RSP* », constituent des facteurs alarmants en mettant en danger leur santé et leur bien-être dans l'apparition de plusieurs maladies et troubles psychologiques, dont nous nous sommes intéressées parmi eux, au syndrome de burn out ou d'épuisement professionnel, qui touche une grande particularité des médecins.

À partir de la revue littérature effectué à ce sujet, la personne qui est dans ce syndrome d'épuisement professionnel peut avoir des attitudes assez négatives et détachées à l'égard de son travail avec un sentiment de dévalorisation et également une diminution de l'accomplissement personnel du travail avec une forme de dévalorisation. De même, le burn out a une atteinte à la santé, dont l'expression est souvent différée par rapport à l'exposition à un risque ou un contexte pathogène subi au cours de l'activité professionnelle, ou résulte des conditions dans lesquelles il exerce son activité professionnelle. Le syndrome du burn out se traduit par un épuisement physique, émotionnel et mental qui résulte d'un investissement prolongé dans des situations de travail, qui toucheraient plusieurs sphères. Une forme de cynisme vis-à-vis du travail.

Par ailleurs, la prévalence de ce syndrome a considérablement augmenté dans les dernières décennies dans le monde entier et en Algérie. Actuellement, dans le monde, une nouvelle enquête de Medscape (2019) révèle que plus d'un médecin sur trois est en épuisement professionnel. Une enquête internationale, menée auprès de 20 000 médecins dans six pays, révèle que les praticiens français se classent dans le top 3 des médecins souffrant de burn out et de dépression. New York, 14 février 2019 (PR Newswire). Le rapport de Medscape montre comment l'épuisement professionnel et la dépression ont un effet important sur la communauté médicale, en France mais aussi dans le monde. 20 000 médecins de six pays (France, Allemagne, Portugal, Espagne, États-Unis et Royaume-Uni) ont répondu à l'enquête. Les résultats ont révélé que plus d'un sur trois (37 %) se sentait épuisé et un sur dix (10 %) faisait l'expérience d'épuisement professionnel et de dépression. Parmi l'ensemble des réponses recueillies à l'occasion de cette enquête, la France figure dans le top 3 des pays souffrant le plus de dépression et burn out.

En revanche, en Algérie, on compte un taux plus élevé à 49 % des personnels soignants qui risquent de vivre un syndrome de burn out, démontré et déclaré par une grande chercheuse algérienne (Sabrina Gahar) depuis 22 avril 2020 « *Maître de Conférences, chercheuse au Laboratoire de Psychologie Clinique et Métrique* », dans un article concernant « *le corps médical face au risque de burn out : l'accompagnement une nécessité* ». Face à ce défi quotidien, que les médecins rencontrent, que notre présente recherche, intérêt et choix du thème se porte sur « *le burn out et les facteurs de risques psychosociaux chez le médecin : le cas de la médecine d'urgence* ».

En ce moment actuel, le corps médical dans tous les continents du monde est confronté par une nouvelle pandémie, appelée Coronavirus ou Covid-19. Ils se sont battus en « *première ligne* » dans cette « *guerre* » déclarée contre la pandémie. Ces « *héros en blouses blanches* ». Logiquement, la maladie ne les épargne pas. Il faut savoir que la pandémie du Coronavirus aura plusieurs répercussions sur le plan sanitaire, économique et politique. À terme, nous aurons également des répercussions d'ordre psychologique, notamment le personnel soignant. Les prévisions de la propagation du Covid-19 font état d'un risque avéré de saturation des capacités de soins. Le personnel soignant sera débordé et les missions qu'il doit accomplir vont être au-delà de ses capacités. C'est ce qui va rendre cette population plus fragile et risque de développer le syndrome de burn out, un syndrome de dépression ou un syndrome de troubles anxieux qui seront en lien direct avec les conditions de travail qui sont, il faut le reconnaître, assez pénibles et très contraignantes. Face à cette crise vulnérable, nous sommes aussi penchées à cette

question et nous avons mis un titre intitulé « *le médecin urgentiste face à la pandémie Covid-19 : impact psychologique* » dans le deuxième chapitre concernant le burn out et les facteurs de risques psychosociaux.

En effet, notre objectif est d'étudier le burn out et les facteurs de risques psychosociaux chez les médecins urgentistes. Explorer les indices du burn out, de décrire la nature de leur vécu, ainsi comprendre son interaction sur le fonctionnement psychique, physique et social chez ces médecins, évaluer et repérer des facteurs de RPS en tenant en compte le contexte de travail. Et particulièrement de mettre en relation les variables étudiées, confirmer et/ou infirmer nos hypothèses de recherche. Cependant, pour la réalisation de notre travail de recherche, nous avons pris deux modèles théoriques d'actualité et complémentaires « *tridimensionnel* » et « *exigences-ressources* », qui traitent, décrivent et expliquent le syndrome de burn out.

Pour bien mener cette thématique de recherche, apporter des éclairages et des réponses à nos questions, nous avons subdivisé notre travail en deux parties, à savoir la partie théorique et la partie pratique :

La première partie théorique est répartie en deux chapitres sera consacrée à *la médecine des urgences*. Le second chapitre est réservé au burn out et les facteurs de risques psychosociaux subdivisés à son tour en deux sous chapitres. D'abord, nous allons aborder en premier le burn out, et particulièrement chez les médecins. Ensuite, le deuxième est relatif aux facteurs de risques psychosociaux. Par la suite, nous allons aussi présenter la problématique, nos hypothèses et opérationnalisation des concepts clés de la recherche. Après la problématique, nous nous sommes passées à la deuxième partie qui est pratique qui se compose d'un seul chapitre et le troisième en suivant l'ordre de classement. Ce troisième chapitre s'intitule la méthodologie de la recherche. Enfin, nous allons présenter une conclusion générale, la liste des références, établie selon les normes APA, dans sa sixième édition, et correspondant à la mise à jour de 2016, c'est-à-dire la version 6 (2016), et les annexes.

Partie théorique

Chapitre I

La médecine d'urgences

Préambule

La médecine d'urgence rassemble les ressources médicales et chirurgicales pour faire face à une urgence. Les services des urgences sont des services où sont pratiqués des soins d'importance immédiate, ou soins d'urgences accordés aux patients dont les besoins sont urgents et critiques concernant l'état psychologique et physiologique du patient. La médecine d'urgence est pratiquement exercée par le médecin urgentiste.

À travers ce chapitre, nous allons essayer de mieux comprendre à quoi consistent la médecine d'urgence, le profil et le métier du médecin urgentiste par l'historique et les définitions. Ensuite, nous allons aborder les structures, les formes, les catégories et les moyens d'urgences. Par la suite, nous intéressons sur la médecine d'urgence en Algérie. Enfin nous allons aborder la relation existant entre médecin et patient et conclure par une synthèse.

1. Emergence et évolution de la médecine d'urgence

La médecine d'urgence est une nouvelle spécialité. Par sa transversalité, elle est concernée par chaque tranche de la vie humaine, de sa conception, dès avant sa naissance, jusqu'à sa mort et par chaque pathologie organique ou systémique. C'est dire l'ambition d'un tel sujet, si nous voulons le traiter exclusivement.

1.1. Hippocrate : la médecine et la médecine d'urgence hippocratique

Hippocrate (460 - 370 av. J.C.), qui vécut à l'apogée du siècle de Périclès et de la démocratie athénienne, est considéré comme le Père de la Médecine. Il fit de celle-ci une discipline à part entière, dégagée des croyances magiques. Il réalisa la synthèse des connaissances médicales de son temps et posa les fondements de la thérapeutique moderne. « *Le serment d'Hippocrate* » qui impose au médecin le respect du malade, reflète l'exigence de sa conscience. On connaît peu de choses sur sa vie. Les biographies de Soranos d'Ephèse (II^e siècle ap. J.C.), de Suidas (X^e siècle), de Tzètzès (XII^e Protogoras, mentionne « *Hippocrate de Cos membre des Asclépiades* ». Surtout, il accumule notes et expériences en se déplaçant en Thessalie, en Macédoine, en Thrace. Un médecin thrace, Hérodicus de Selymbria, est donné comme l'un de ses maîtres. En philosophie, il aurait suivi les enseignements de Gorgias et de Démocrite. Il meurt en Thessalie, dans la ville de Larissa, vers 370 av. J.C. siècle, sont tardives. On trouve quelques indications chez Aristote. Il serait né vers 460 av. J.C, dans l'île de Cos consacrée à Asclépios (Esculape), dieu thessalien de la Médecine. À Cos, le sanctuaire

d'Asclépios abritait un collège de prêtres-médecins, les Asclépiades, dont son père et son grand-père faisaient partie. Hippocrate y reçoit une première formation avant de se rendre à Athènes. (Jean, 1999, p.7).

Ainsi, pour Hippocrate, l'Homme est un résumé de l'Univers. Toute maladie est la conséquence d'un déséquilibre entre les quatre Humeurs qui parcourent le corps, traduction organique des quatre Eléments formateurs du monde : Feu, Air, Eau, Terre, dotés de leurs qualités propres. Ces mêmes qualités se retrouvent dans les Humeurs corporelles : l'atrabile est sèche et chaude, le sang, chaud et humide, la lymphe, humide et froide, la bile, froide et sèche. En cas de maladie, la médecine hippocratique cherchait à rétablir leur équilibre. Sa médication s'orientait souvent vers une diététique, d'autant plus que la prédominance d'une de ces Humeurs déterminait le tempérament. Cette médecine, rejetée au XIX^e siècle, n'était pas focalisée comme aujourd'hui sur la maladie et son traitement. Elle considérait l'histoire du patient. Ces deux types de médecine existaient à l'époque d'Hippocrate. Près de Cos, l'Ecole de Cnide privilégiait le diagnostic, le classement de la maladie et son traitement spécifique. Par méconnaissance de la physiologie, elle commettait beaucoup d'erreurs. La médecine de Cos, ou d'Hippocrate, obtenait de meilleurs résultats en formulant un diagnostic global. Elle mettait l'accent sur le pronostic : l'évolution de la maladie. Sa médication était douce : repos, hygiène, massage, purge, saignée, diète. Elle insistait sur la notion de crise. Tout état pathologique connaît un moment décisif, suivi, soit, d'une aggravation, soit d'une convalescence. Chaque maladie comportait des jours critiques survenant à dates fixes. Passé ce cap, le corps avait le pouvoir de se guérir. La médecine ne faisait qu'aider la Nature. (Jean, Maloney, 1999, p.7).

Malgré la théorie des Humeurs, Hippocrate est bien le fondateur de la médecine moderne. Il a méthodiquement consigné les cas qu'il étudiait. Sa médecine est une médecine d'observation enregistrant les symptômes (teint, fièvre, pouls, aspect des urines et des selles, motricité mais aussi l'état du patient et son environnement). Il a décrit, entre autres, la malaria, la phtisie, la dysenterie, les affections respiratoires, le cancer du poumon, les cardiopathies, les signes physiques annonçant la mort. Il a été le premier à classer les maladies en maladies aiguës, chroniques, endémiques, épidémiques. Son traitement des fractures demeure exemplaire. Il se distingue de ses successeurs par son humilité, sa conscience morale. Les ouvrages qui lui sont attribués (une soixantaine), sont écrits en grec ionien. Citons : « *Le serment, Les maladies épidémiques, Le livre des Pronostics, Les régimes dans les maladies aiguës, Les aphorismes, Les airs, Les eaux et les lieux, Les fractures, Les maladies sacrées* ». Ce corpus sera conservé à Constantinople et via la Sicile, restée byzantine jusqu'en 878, parviendra en Italie. Une autre

voie de transmission se fera par le monde musulman. A Bagdad, dès la fin du VIII^e siècle, ibn-al-Batrîq traduira des traités d'Hippocrate. Son œuvre sera poursuivie par Hunayn ibn-Ishaq (809-873). Les manuscrits provenaient de Syrie, d'Egypte, d'Asie Mineure, parfois d'Iran, par l'entremise des Nestoriens d'Edesse établis à Gundishapur. Ces textes, mis en arabe, gagneront l'Espagne musulmane, puis seront retraduits en latin au XII^e siècle, à Tolède, par Gérard de Crémone. Jusqu'au XVII^e siècle, l'enseignement d'Hippocrate et de Galien, son disciple de l'époque romaine, exercera une influence considérable, tant chez les Arabes que chez les Latins. Leur philosophie médicale, qui reliait l'homme à l'Univers, connaît encore des parallèles en Inde, au Tibet, ailleurs. Elle subsiste dans la Naturopathie. Elle est très éloignée de la technoscience qui a tendance aujourd'hui à remplacer la médecine. (Jean, 1999, p.7).

En outre, la médecine d'urgences est pratiquée de longue date, et existée depuis la période antiquité. C'est dès l'antiquité, que nous pouvons à travers les écrits hippocratiques comprendre la notion de l'urgence médicale « *il ne suffit pas d'intervenir un peu après, la plupart a succombé. Un secours qui est utile est un secours donné à temps* », tiré « *des maladies* ». Hippocrate en déduit pour les médecins, qu'ils doivent posséder en permanence leur trousse sous la main de tels cas. À l'époque, on traite luxations et fractures par réduction et immobilisation, on pare et on suture les plaies. On pratique même des trépanations dans les traumatismes crâniens les plus graves. Tout cela se passe dans l'officine. Hippocrate conseillait même les médecins de s'engager dans les armées pour apprendre la chirurgie. L'école de « *Cos* » accumule une grande expérience durant la période troublée des guerres helléniques. (Barot, 1998).

1.2. La médecine d'urgence au temps moderne

Au début du XIX siècle, l'activité des établissements hospitaliers se caractérisait par une mission d'accueil au bénéfice des personnes indigentes, c'est ainsi que les premiers hôpitaux fondés à Paris et Lyon, offraient aux malades indigents des soins et surtout une hospitalité empreinte de compassion. Mille ans plus tard, en 1656, Louis XIV, s'éloigne de cette logique compassionnelle « *face à la montée en puissance de la précarité et de conséquences néfastes à l'ordre social, il fonde dans les villes, de vastes lieux de mendicité qui prennent le nom d'hôpitaux généraux. Ces établissements ont pour nouvelle vocation d'héberger les pauvres, les enfants abandonnés et les marginaux, davantage que les malades. Il s'agit d'ordre public et le contrôle social* ». Parallèlement, au début des années 1910, lors de la première guerre mondiale. Même si l'organisation du service de santé apparaît satisfaisante,

le manque de moyens, l'ampleur de combats rendaient les secours parfois bien aléatoires. L'eau potable manquait et les médecins restaient parfois plusieurs jours sans se laver en opérant à mains nues. La devise était de faire le plus simplement possible « *nettoyage, emballage* ». Les blessés étaient opérés dans les hôpitaux de l'arrière, s'ils étaient acheminés à temps. Les combats ne le permettant parfois pas. Les pertes de la première guerre mondiale sont considérables et marqueront l'ensemble de la société française. Mais sans aucun doute, la deuxième guerre mondiale qui fut la plus meurtrière. Ce qui a fait marquer au cours de ces deux guerres mondiales que, l'anesthésie, le traitement de choc, la transfusion se développent et donnent naissance à une nouvelle spécialité « *la réanimation aux urgences* ». (Barot, 1998, p.55).

Ce n'est que tardivement au discours immédiat de la révolution française, que s'est développée « *la médecine clinique* ». Les premiers services d'urgences « *modernes* » ont été construits au début des années 1960 pour réguler l'accès à l'hôpital des patients qui arrivaient de manière inopinée et sans conditionnement médical satisfaisant dans les services hospitaliers en particulier après un accident de la route ou un malaise cardiaque. Ce mouvement a ouvert l'hôpital à la pathologie en tant que telle. Son activité d'hébergement se traduit progressivement, il devient pour l'essentiel un établissement de soins et de diagnostic médicalisé accueillant les malades, les blessés et les femmes enceintes. C'est dans cette dynamique de développement de la connaissance médicale qu'en 1892, la France exige que nul ne puisse exercer la médecine sans être mené d'un diplôme délivré par le gouvernement. Ce fut le début d'une réconciliation fondée sur le pacte suivant « *les médecins se formaient en soignant les pauvres à l'hôpital, les couches sociales plus aisées bénéficiant de leurs compétences par la suite, dans une logique de retour sur investissement* ». (Desvilles, 2010, p.19).

En Algérie, Les progrès de la réanimation respiratoire consécutifs à l'épidémie de poliomyélite de 1954, permirent les premières évacuations aériennes avec des patients perfusés et sous ventilation artificielle pendant le transport. La guerre d'Algérie fut également l'occasion de l'utilisation des techniques modernes de la médecine d'urgence par de nombreux médecins d'active et du contingent qui les appliquèrent à leur retour en métropole aux accidents de circulation et du travail et qui furent donc les précurseurs de la médicalisation du transport d'urgence. En 1954, le professeur Cara dirige le Laboratoire Expérimental de Physique et participe à l'équipement des centres de traitement de la poliomyélite, il met au point les techniques de ventilation artificielle. Beaucoup de centres ne sont pas équipés de respirateurs et un nombre important de patients insuffisants respiratoires meurent durant leur transport vers

les centres spécialisés. L'Assistance publique de Paris va demander au Laboratoire Expérimental de Physique de mettre au point le matériel et les techniques pour que les transports de ces patients se déroulent dans les meilleures conditions. (Bassez, 2016).

De même, durant la guerre 1955, l'évacuation des blessés présentait des extrêmes. Il fallait faire escorter les convois, sur de longs itinéraires, dans des conditions d'inconfort total pour les blessés. On eut vite recours à l'évacuation aérienne par avions légers ou aux hélicoptères lourds transportent deux blessés couchés, par contre ; l'hélicoptère léger était réservé au brancardage sur le champ de bataille vers le groupe sanitaire opérationnel, premier relais du poste de santé de l'avant. Ce poste assurait le triage, le conditionnement et l'évacuation à plus longue distance. Arrivés au PC de groupement opérationnel, les blessés étaient accueillis par le personnel du détachement sanitaire du groupement ou d'une section de triage de la compagnie médicale. À l'abri d'une tente, les plaies étaient examinées à pansement ouvert, la tension artérielle prise, la fiche du malade vérifiée, les blessés étaient catégorisées, les fractures immobilisées, les garrots révisés et le malade mis en condition était évacué par Broussard sur le poste chirurgical. Le service de santé tendit à réaliser de la relève et le transport sans traumatisme surajouté, il disposait d'une instrumentation technique adaptée, de la présence d'un réanimateur, l'oxygénation pré ou post-opératoire, de l'anesthésie en circuit fermé, et en l'intubation. (Barot, 1998, p.55).

En constatant que ces derniers conflits armés ont vu se développer les évacuations aériennes mais aussi la réanimation. C'est en Indochine en 1950 que sont utilisés pour la première fois les hélicoptères afin d'accélérer les évacuations. Dès le début, ils sont réservés aux blessés les plus graves. Quant à la réanimation, les découvertes sur la neuroplégie par Laborite et Huguenard en Indochine, l'emploi du sérum albumine en Corée ou à la présence d'un réanimateur à l'avant comme en Algérie porte désormais la réanimation au plus près des combats. Grâce à celle-ci et à l'hélicoptère, des cas chirurgicaux jusqu'alors désespérés, pourront être sauvés. Mais surtout, c'est après la seconde guerre mondiale que les pouvoirs publics, confrontés à l'hécatombe des accidents de la route, redonnent une signification à la médecine d'urgence. En 1964, le professeur Lareng propose avec l'appui de la sécurité sociale, le premier projet de Samu. En 1978, les Samu deviennent Centre-15. Désormais, les pouvoirs publics disposent d'un outil performant et efficace, un service public avec régulation médicale et médicalisation des urgences les plus graves. C'est la première fois dans l'histoire de la médecine d'urgence. Le modèle français d'aide médical urgente est maintenant repris par de

nombreux pays d'Europe, d'Afrique ou d'Amérique Latin. Voilà qui doit nous encourager vers l'avenir. (Barot, 1998, p.56).

2. Les Généralités sur la médecine d'urgence

Pour comprendre la médecine d'urgence, nous nous sommes amenées à définir un ensemble de concepts clés et fondamentaux dans le but de cerner notre thématique de recherche. Les concepts sont : travail, médecin, urgence, médecine d'urgence et service des urgences.

2.1. Définition du travail

Dans la vie, le besoin du travail est un commun dénominateur et une condition de toute vie humaine en société. Dans son champ conceptuel, le travail a plusieurs définitions importantes dans le domaine politique, économique, sociologique, notamment psychologique. C'est cette dernière qui nous s'intéresse plus pour comprendre son interaction dans le fonctionnement psychique de l'individu.

Le travail d'une façon général est défini comme : « *Une mission ayant pour objectif d'accomplir les activités et les tâches nécessaires à l'exercice de ces missions* ». (Mayen, Métral, Tourmen, 2007).

En psychologie, nous trouvons plusieurs définitions de concepts « *travail* » élaborées par des grands chercheurs comme :

- Baudelot, Gollac (1997) « *le travail est souvent cité comme composante importante du bonheur ; au profil du terme comme équilibre, harmonie, plaisir ou réussite* ». (Coutron-Dares, 2018).
- Bakker, Schaufeli (2008) et Cameron, Spreitzer (2011) « *le travail est une source du bonheur qui explique le bien-être en général, par les ressources que l'environnement du travail fournit à la personne* ». (Coutron-Dares, 2018).
- Clark (2015) « *le travail désigne une source de satisfaction d'avoir un emploi et un salaire dans un domaine spécifique de la vie* ». (Coutron-Dares, 2018).

Cependant, le travail peut influencer la santé et le bien-être physique, psychique et social, pour le meilleur aussi pour le pire tout en s'appuyant sur l'approche épidémiologique classique centrée sur l'étude étiologique des pathologies dans le domaine de la santé mentale au travail ; la plupart des articles recensés s'intéressent à : la dépression, la détresse

psychologique, l'anxiété, la fatigue, l'épuisement émotionnel associé au burn out. (Haüsser, et al, 2010).

Le travail touche différents domaines selon l'ordre de formation dans plusieurs disciplines éducatives, administratives, physiques, sociales, psychologiques, ou en rapport avec la santé publique ; aux soins infirmiers et médicaux, ou à un autre domaine.

2.2. Définition du médecin

Le médecin en général est un titulaire d'un diplôme en médecine qui lui permet de recevoir les patients, de diagnostiquer leur pathologie, pour les traiter.

Pillou (2013) définit le médecin « *est un personnel de santé qui a suivi une formation universitaire en médecine d'au moins neuf ans, dans six années d'études théoriques, suivies de stages en milieu médical durant lesquels il peut s'exercer sur de vrais patients, et se spécialiser dans une discipline. Exerçant dans un cabinet libéral ou en milieu hospitalier, le médecin travaille généralement avec une équipe composée de plusieurs professionnels de santé comme le psychologue, le pharmacien, le physicien médical, l'infirmier ou un chirurgien-dentiste, etc.* ». (Pillou, Horde, 2013, p.5).

2.3. Définition de l'urgence

D'une manière générale, les concepts urgence/ urgentiste sont définis selon le petit Larousse comme :

- Urgence médicale : « *caractère de ce qui est urgent, nécessité d'agir vite sans délai* ».
- Urgentiste : « *se dit d'un médecin qui s'occupe principalement des urgences* ».

Quant au dictionnaire pratique de droit médicale, l'urgence médicale signifie : « *ensemble des interventions médicales ou chirurgicales et plus généralement, des soins qui doivent être pratiqués dans les plus brefs délais. La notion d'urgence apparaît dès lors que l'état d'un patient ou d'un blessé nécessite, dans un court délai, l'administration de soins complexes relevant du domaine médicale ou chirurgicale. Première, deuxième, troisième urgence se dit pour définir approximativement le laps de temps qui s'écoule, sans que s'aggrave l'état du patient, avant l'application des soins qui lui sont indispensables* ». (Poulletty, Tardieu, Léger, 1996, p.226).

La première urgence désigne : *les premières minutes qui suivent le début de l'accident nécessitant une intervention très rapide un personnel et un matériel très spécialisés ainsi*

qu'une liaison hospitalière, semi-publique, ou privé. La deuxième urgence : ce qu'il faut faire dans les premières heures. La troisième urgence désigne : ce qu'il faut effectuer dans les 24 heures. (Poulletty, Tardieu, Léger, 1996, p.226).

2.4. Définition de la médecine d'urgence

La médecine d'urgence est une discipline hospitalière qui s'exerce exclusivement au sein de structure de médecine d'urgence autorisées par les autorités de tutelle.

« La médecine d'urgence est une discipline sans patientèle déterminée, fortement attachée à un territoire de santé, qui s'exerce à la fois dans les murs (structure des urgences) et hors murs (Samu-Centre 15 et Smur). La médecine d'urgence ne se conçoit que dans le cadre d'une prise en charge limitée dans le temps, de quelques minutes en pré-hospitalier jusqu'à 24 heures au plus pour la structure des urgences. Son objectif est de qualifier les urgences en fonction de la gravité, de les traiter et de les orienter vers la structure médicale la plus adéquate, initiant le parcours de soins le plus adapté à la situation. Elle s'intéresse aux adultes comme aux enfants, aux pathologies médicales, chirurgicales, psychiatriques dans un souci constant de polyvalence ». (Leveau, 2015, p.28).

2.5. Définition du service d'urgences

Le service d'urgences en Algérie est considéré comme étant :

« Un service d'accueil, de traitement et de l'orientation des patients en lien avec les autres services hospitaliers que ce soit les services de soins, de consultation ou de plateau technique (imagerie, laboratoire). Il est géré par un médecin urgentiste, et doit permettre l'accueil et l'examen par un médecin urgentiste tous les jours et en toute heure, et doit en pouvoir faire venir un médecin spécialiste en fonction de la pathologie ». (Abid, 2003, p.1).

3. Le profil et les fonctions du médecin d'urgence

Le médecin urgentiste n'est pas spécifiquement appelé médecin urgentiste, mais nous avons aussi retenu qu'il a une autre appellation et reconnu en fonction de son profil convenant à son domaine. Donc, le médecin urgentiste doit être celui :

Dans la majorité des pays où la spécialité en médecine d'urgence est reconnue, on remarque que bon nombre de médecins qui effectuent le travail à l'urgence sont des « *médecins généralistes* » qui ont une formation complémentaire d'une année en médecine d'urgence, ainsi

que des « *spécialistes* » qui ont obtenu leur certification au terme d'un programme de résidences d'une durée de cinq ans (Bécotte, Hamel, St-Onge, Vanier, 2009).

Les fonctions assumées par les « *médecins généralistes* » sont caractéristiques des systèmes de santé modernes performantes, c'est pourquoi le médecin généraliste est au centre de l'offre de soins. Le médecin généraliste assume de façon simple et adaptée la fonction d'accueil de tous les consultants et malades indépendamment de leur âge, de leur genre, de leur niveau économique et culturel. Par ailleurs, le médecin généraliste assure « *en premier* » et au cours d'une seule consultation l'analyse de la situation, le diagnostic, le traitement et la prise en charge des questions de santé de toute nature et souvent multiple. (Bloy, Schweyer, 2010).

4. Les structures de médecine d'urgence

Les structures de médecine d'urgence assurent une mission de service publique. Elles comportent les services d'aide médicale urgente (Samu-Centre 15), les services mobiles d'urgence et de réanimation (Smur) et les Services des urgences ou structures des urgences (SU).

4.1. Les Services d'Aide Médicale Urgente (Samu-Centre 15)

Le Samu est un service hospitalier dont les missions sont définies par voie réglementaire. L'aide médicale urgente est une mission de service publique assurée par un établissement de santé qui garantit un égal accès à des soins de qualité pour tous et en tout point du territoire. Le Samu a pour mission d'assurer une écoute médicale permanente, 24H sur 24 et 7 jours sur 7 (24/7), de déterminer, de déclencher la réponse la plus adaptée à l'appel dans le délai le plus rapide, d'assurer de la disponibilité des moyens d'hospitalisations, publiques ou privés, adaptés à l'état du patient. Comme elle participe à l'élaboration des plans de secours et à la prise en charge des situations sanitaires exceptionnelles et de contribuer à la formation initiale et continue des acteurs en santé au sein des Centres d'Enseignement des Soins d'Urgence (CESU). Le Samu dispose d'un Centre de Réception et de Régulation des Appels (CRRA) doté d'un numéro d'appel national unique depuis 1978, le (15). On parle alors de Samu-Centre 15. (Giroud, 2015, p.7).

4.2. Les services Mobiles d'Urgence et de Réanimation (Smur)

Le décret du 2 décembre 1965 définit l'organisation hospitalière des secours d'urgence et impose aux 234 hôpitaux habilités à recevoir les accidentés de la route, de se doter, en permanence, d'au moins une ambulance servie par un ambulancier et un infirmier ou un médecin.

Ce texte est considéré comme l'acte fondateur du Smur même si certains pionniers avaient déjà mis en place. Equipe de réanimation envoyée directement sur les lieux d'une détresse, l'équipe du Smur est réglementairement composée d'un médecin urgentiste, d'un infirmier et d'un ambulancier. Dans le cadre des moyens Hélicoptères du Smur (HéliSmur), le pilote remplace l'ambulancier. La mission du Smur, déclenchée par le Samu-Centre 15, est la prise en charge, sur place, en dehors de l'hôpital, des détresses médicales, la réalisation des soins d'urgence avant et pendant le transport du patient vers l'établissement adapté, désigné par le Samu. Equipe de tout le matériel de réanimation nécessaire, les moyens d'intervention du Smur (appelés unités mobiles hospitalière), sont des ambulances de réanimation, des véhicules légers médicalisés ou des HéliSmur. (Giroud, 2015, p.7).

4.3. Les structures d'urgences (SU)

Service hospitalier, le SU assure la prise en charge des venues non programmées, dans un établissement de santé publique ou privé, 24H sur 24, tous les jours de l'année, de toute personne sans sélection, se présentant en situation d'urgence, y compris psychiatrique. Les SU sont une porte d'entrée essentielle dans le parcours de soins. Les décrets 95-647 du 9 mai 1997 structuraient les services des urgences en différents niveaux : Service d'accueil et de traitement des urgences, antenne d'accueil de traitement et d'orientation des urgences et pôle spécialisé d'accueil et de traitement des urgences qui laissaient la place aux SAU (Service d'Accueil des Urgences). UPATOU (Unité de Proximité d'Accueil de Traitement et d'Orientation des Urgences). POSU (Pôle Spécialisé des Urgences), eux-mêmes sont supprimés par les décrets du 22 mai 2006 (2006-576 et 2006-577) instaurant l'appellation unique de (structure des urgences). Dès lors, tous les services, quelle que soit leur activité, doivent répondre aux mêmes missions et au même cahier des charges. (Giroud, 2015).

5. Les différentes formes d'urgences médicales

Les entretiens semi-dirigés auprès de médecins et d'infirmières exerçant aux urgences démontrent qu'il n'existe pas une, mais quatre formes différentes d'urgences significatives à leurs yeux. Les quatre formes d'urgences reconnues par les professionnels sont qualifiées de : vraies, sociales, ressenties ou légères. Ces différentes formes d'urgences peuvent se cumuler entre elles, se rejoindre ou se transformer pendant la durée de la prise en charge. Le témoignage des praticiens révèle que les priorités sont reconnues et gérées différemment selon l'idéaltype de référence.

5.1. Les urgences médicales : du vital au non-urgent

L'urgence vitale appelle à une priorité de traitement maximal. Les situations qui menacent la vie sont qualifiées « *d'urgences vraies* ». Le risque vital peut être direct ou indirect : il peut être diagnostiqué immédiatement dès le départ de la prise en charge ou repéré comme potentiellement existant. Dans ce cas, l'urgence vitale peut intégrer l'urgence immédiate. Celle-ci concerne les situations où la mobilisation des compétences et l'utilisation du plateau technique des urgences sont requises. Le pronostic vital peut être mis en jeu, ou l'état (lésionnel ou fonctionnel) du patient est susceptible de s'aggraver. Il convient de mettre en œuvre dans l'immédiat des actes complémentaires, diagnostiques ou thérapeutiques. À l'inverse de ces urgences immédiates et vitales, les professionnels qualifient de (non-urgence) les recours liés aux problèmes médicaux légers susceptibles de relever de la médecine de ville. Il s'agit par exemple de petites plaies, d'infections localisées, d'angines, etc. Cette urgence est globalement peu appréciée des professionnels. De nombreux urgentistes utilisent le terme de « *bobologie* » pour désigner avec détachement ces pathologies bénignes qui relèvent de la consultation non programmée. Il ne s'agit pas pour eux, du rôle prioritaire des urgences hospitalières, contrairement à la situation précédente. Les soignants remarquent que les motifs de recours « *non-urgents* » concernent souvent une clientèle en situation de précarité, ce que confirment de nombreux travaux en épidémiologie et en sociologie de la santé. Plusieurs explications sont invoquées : absence de couverture sociale, possibilité de non-avance des frais, ou encore une forme de consommation médicale, marquée par une préférence pour l'accès rapide aux urgences, en lieu et place des contraintes (d'horaires, de jours ouvrables) imposées par la médecine de ville. (Wolff, 2016, p.5).

5.2. Les autres formes d'urgence : le ressentie et le social

L'urgence « *ressentie* » est une autre forme d'urgence identifiée par les professionnels. Dans leur discours, elle désigne essentiellement l'urgence invoquée par le patient et est souvent opposée à l'urgence dite objective, elle peut revêtir. Le vocable d'urgence ressentie révèle l'écart et la source de tensions potentielles entre la représentation du patient et celle du soignant. Le premier vit son urgence de manière égocentrée, extraordinaire et dramatique. Pour le second, en revanche, l'urgence est la norme. Il est là pour la gérer, la rationaliser dans une vision globale du service et de l'organisation hospitalière. (Wolff, 2016, p.5).

Enfin, l'urgence sociale, est une autre forme d'urgence identifiée par les professionnels ; elle peut se décliner en trois aspects. En premier lieu, elle recouvre les demandes concernant

les prestations secondaires offertes en secteur hospitalier. En second lieu, les professionnels témoignent de l'existence d'une forme de veille médico-sociale. Par exemple, les urgences sont amenées à jouer le rôle de « *médecin traitant* » par défaut pour quelques patients (malades pauvres, sans-abri, jeunes à la dérive) qui reviennent régulièrement aux urgences et ne bénéficient pas d'autres formes de suivi médical. Il existe en troisième lieu, une « *intervention sociale* » au sens du travail social. Elle concerne les démarches de couverture sociale, de protection des personnes victimes de violence, la recherche de foyers d'hébergement, etc. L'ensemble des aspects sociaux peuvent être gérés directement aux urgences ou sur orientation. Ils peuvent être l'affaire de professionnels spécialisés, comme l'assistante sociale hospitalière, mais aussi de l'ensemble de l'équipe du service : médecins, infirmières, agents d'accueil, etc. (Wolff, 2016, p.5).

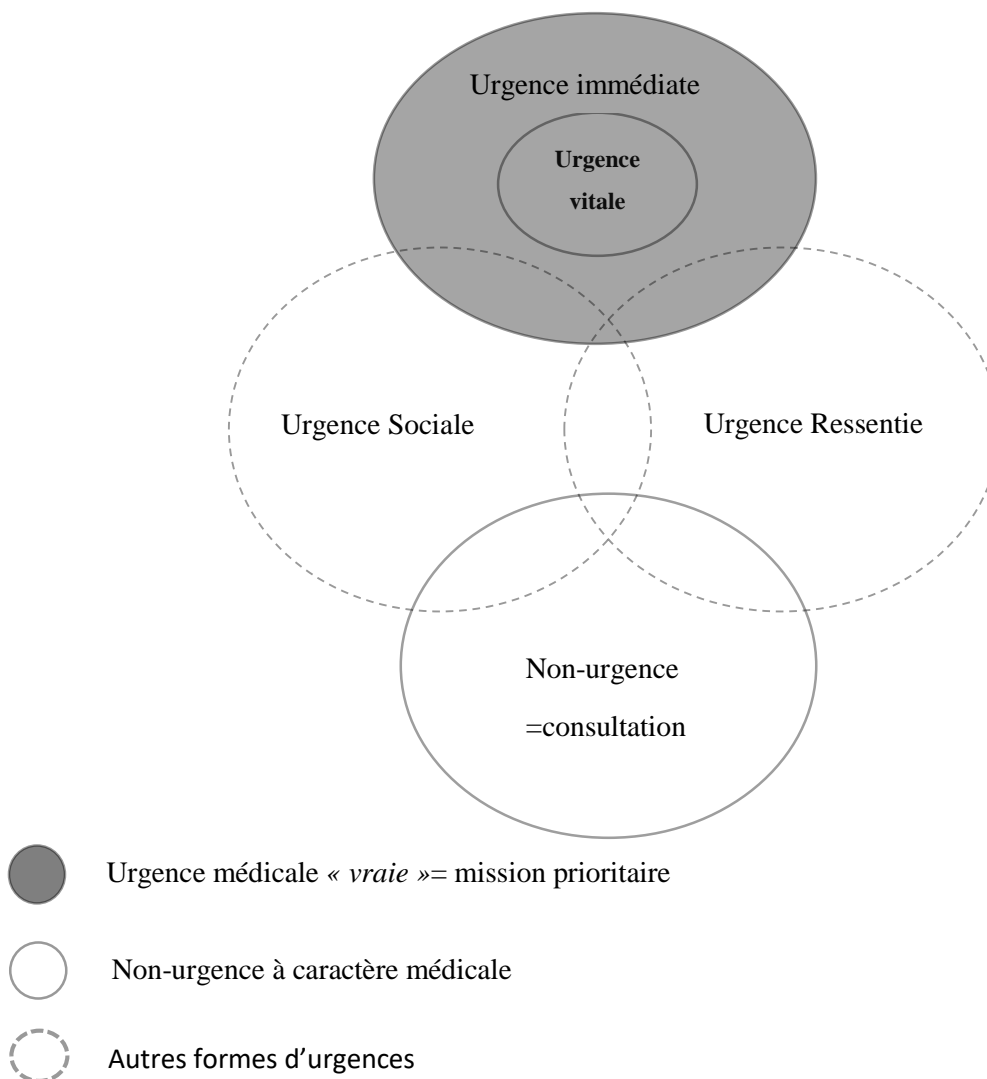


Figure N° 01. Représentation de l'urgence selon le discours des médecins. (Wolff, 2016, p.6).

6. Les différentes catégories d'urgences

Il existe plusieurs types d'urgences que le médecin urgentiste doit faire face avant toute orientation vers un autre service ou un bilan en cas où ça nécessite l'intervention d'un spécialiste. Ces types sont ordonnés selon leur gravité sous un tableau suivant :

Tableau N° 01. Présentation catégorique des urgences significatives dans la prise en charge.

<p>1. Urgences pédiatriques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Arrêté cardiorespiratoire de l'enfant - Mort inattendue du nourrisson - Corps étranger - Déshydratation aiguë du nourrisson - Laryngite aiguë sous-glottique - Bronchiolite - Purpura infectieux sévère - Crise convulsive - Etat de mal épileptique - Réanimation pédiatrique 	<p>6. Urgences circonstanciées :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Brûlure thermique -Noyade -Syndrome de blast -Electrisation -Hypothermie -Coup de chaleur - Accident d'exposition au sang.
<p>2. Urgences cardio-vasculaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Arrêté cardio-respiratoire de l'adulte - Syndrome coronariens aigus - Troubles du rythme - Troubles de conduction - Œdème aigu du poumon - Poussée hypertensive Symptomatique - Embolie pulmonaire 	<p>7. Urgences intoxications :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tricycliques - Paracétamol - Nivaquine - CO et fumées d'incendie - Bêtabloquants - Digitaliques - Inhibiteurs calciques

<ul style="list-style-type: none"> - Tamponnade - Dissection aortique - Etat de choc 	<ul style="list-style-type: none"> - Benzodiazépines - Intoxication alcoolique aiguë grave
<p>3. Urgences neurologiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Accident vasculaire ischémique - Accident vasculaire hémorragique - Etat de mal épileptique - méningite infectieuse - Purpura fulminants - Prélèvement d'organes et de tissus 	<p>8. Urgences métaboliques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Coma hypoglycémique - Acidocétose diabétique - Coma hyperosmolaire - Hyperkaliémie - Hypokaliémie
<p>1. Urgences ventilatoires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Corps étranger - Asthme - Décompensation d'une insuffisance Respiratoire chronique -Pneumothorax spontané 	<p>Urgences abdominales :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hémorragie digestive - Pancréatite aiguë - Angiocholite - Colique néphrétique
<p>2. Urgences traumatologiques graves :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Traumatisme crânien grave - Polytraumatisé - Risques terroristes, d'armes nucléaires, radiologiques, biologiques et chimiques. (NRBC). 	<p>10. Urgences psychiatriques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Etat d'agitation sévère - Syndrome de sevrage alcoolique / Delirium tremens - Soins psychiatriques à la demande d'un tiers - Soins psychiatriques en cas de péril imminent

	- Soins psychiatriques sur décision de la représentation de l'Etat
--	--

(Belotte, Cassanas, 2018).

7. Les moyens adaptés pour répondre à l'urgence

L'intervention des médecins d'urgences est déclenchée de manière systématique et simultanée. Dans leur cadre de leurs missions propres, nous avons retenu qu'ils doivent disposer des moyens de base (matériels et médicaments, etc.) qui vont leur permettre la réalisation de la prise en charge du patient.

7.1. Les matériels

Le matériel est mis à disposition par l'établissement (siège des urgences) qui doit être adapté à l'urgence et à l'activité du médecin urgentiste qui remplit les fonctions des premiers secours que nous pouvons résumer dans ce tableau suivant :

Tableau N° 02. Présentation des matériels relatifs dans la prise en charge des situations d'urgences.

Matériel de base
- Stéthoscope - Tensiomètre - Ciseaux - Lampe
- Appareil ECG / Scope avec possibilité de télétransmission de l'ECG - SAT uromètre - Appareil de mesure de la glycémie capillaire
- Matériel abord vasculaire périphérique - Matériel pose de voie intra osseuse adulte et pédiatrique

Ventilation :
<ul style="list-style-type: none">- Insufflateur (BAVU) +réservoir- Masques oxygénothérapie- Masques nébulisation
Protection des Voies Aériennes :
<ul style="list-style-type: none">- Canules de Guedel
Matériel Pansements Sutures Hémostase :
<ul style="list-style-type: none">- Compresse- Pansement hémostatique d'urgence type CHUT- Antiseptiques- Agrafes- Plateau suture à usage unique
<ul style="list-style-type: none">- Fil suture- Sparadrap
Diverses :
<ul style="list-style-type: none">- Sac Poubelle DASRI- Gants à usage unique- Gants stériles- Fiches d'intervention suicide- Protocoles validés par le réseau

(Lamblot, 2013, p.16).

7.2. Les médicaments

Les médicaments sont mis à disposition par l'établissement (siège des urgences). Ils correspondent aux besoins des interventions des urgences.

Tableau N° 03. Présentation des médicaments relatifs dans la prise en charge des situations d'urgences.

Médicaments de base
Analgésie :
<ul style="list-style-type: none"> - Antalgique I - Antalgique palier 3 type morphine
Cardio Vasculaire :
<ul style="list-style-type: none"> - Antiagrégants plaquettaire dont aspirine - Anti coagulant type Héparine bas poids moléculaire - Antihypertenseur injectable - Anti arythmique (Amiodarone, Diltiazem, Krenosin, Lidocaïne) - Adrénaline injectable IV - Atropine - Dérivés nitrés (Sub lingual, injectable) - Diurétiques type Furosémide
Accouchement :
<ul style="list-style-type: none"> - Syntonison - Clamp de Barr
Pneumo / Allergie :
<ul style="list-style-type: none"> - Ventoline spray - Salbutamol nébulisation - Ipratropium (adulte et pédiatrique) - Salbutamol - Corticoïdes type solumedrol

<ul style="list-style-type: none"> - Antihistaminiques - Kit adrénaline auto injectable
Antidotes :
<ul style="list-style-type: none"> - Naloxone - Flumazénil
Sédation :
<ul style="list-style-type: none"> - Hypnotique type Midazolam <p>Anticonvulsivant :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Type Diazepam + canule intra-rectale <p>Sédation agité :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Loxapine
Solutés :
<ul style="list-style-type: none"> - Sérum physiologique - Hydroxy Ethyl Amidon
Divers :
<ul style="list-style-type: none"> - Glucosé 30% - Eau pour préparation injectable

(Lamblot, 2013, p.17).

8. Les différentes catégories d'hôpitaux

L'hôpital est un établissement où, on reçoit et on soigne des malades. C'est une circonstance sanitaire créée par un décret présidentiel N° 97-231. C'est un service déconcentré de l'état. Il ne s'agit pas seulement d'une autonomie financière, mais il représente une personnalité morale. L'hôpital est l'élément d'une organisation à caractère médicale et social dont la fonction consiste à assurer à la population des soins médicaux complets, curatifs et préventifs.

En Algérie, tous les établissements de santé disposent en principe d'un service des urgences (communément appelé PU) dont la fonction est l'accueil et le traitement des personnes se présentent en situation d'urgence. Cet accueil doit se faire sans sélection.

On distingue trois types d'hôpitaux principaux :

8.1. Hôpitaux généraux

Ce sont des établissements hospitaliers publics (EPH). Reçoivent les patients 24 à 24 heures pour une aide médicale. Ces hôpitaux disposent de 240, 120 ou 60 lits pour les plus récents, dans certaines Wilaya, d'anciens hôpitaux disposent de plus de 300 lits. Ces hôpitaux posséder au moins un service de chirurgie, de médecine interne, de pédiatrie et de maternité, les activités comme urgences médico-chirurgicales, anesthésiologie, radiologie, activités en biologie clinique et en officine hospitalière, doivent être présentés dans un hôpital de base. (Gani, 2019, p 23).

8.2. Hôpitaux spécialisés

Ce sont des établissements hospitaliers spécialisés (EHS). Ils disposent des traitements et des soins aux personnes atteintes de pathologies spécifiques : troubles psychiques, affections néoplasiques. Et outre l'hospitalisation à temps plein et les soins, l'hôpital spécialisé assure des consultations et traitements de jours. (Gani, 2019, p 23).

8.3. Hôpitaux universitaires

On a plusieurs catégories dont on distingue :

- Centre Hospitalo-Universitaire (CHU)
- Etablissement Public Hospitalo-Universitaire (EPHU)
- Etablissement Hospitalier Spécialisé Universitaire (EHSU)

Traitent et soignent des patients et contribuent à la formation des médecins et des praticiens, à la recherche scientifique et participent au développement de nouvelles technologies. Dans chaque ville universitaire qui dispose d'une faculté de médecine, un ou plusieurs hôpitaux peuvent être désignés en qualité d'hôpital universitaire. (Gani, 2019).

9. L'exercice de la médecine

La médecine est une branche des sciences humaines, c'est la science qui agit sur le corps humain. C'est la science qui offre des prestations et des services de santé.

Les conditions pour être autorisé à exercer la médecine en Algérie sont fixées par les articles 197, 198 et 199 de la loi sanitaire :

- Etre titulaire d'un diplôme Algérien de Docteur en Médecine ou d'un titre étranger reconnu équivalent.
- Ne pas être atteint d'une infirmité ou d'un état pathologique incompatible avec l'exercice de la profession.
- Ne pas avoir été l'objet d'une peine infamante.
- Etre de nationalité algérienne, sauf dérogation ou accord.
- Etre titulaire d'un diplôme de spécialité médicale pour exercer comme médecin spécialiste.
- Etre inscrit auprès du conseil de l'ordre régionalement compétent.

10. Le Certificat d'Etudes Spéciales portant sur la fonction du médecin urgentiste

En Algérie, les médecins inscrits dans un programme de formation appelé *Certificat d'études Spéciales en Médecine d'urgence* recevront des enseignements dans diverses branches de la médecine comme la neurologie, cardiologie, psychiatrie, pédiatrie et gynécologie et autres.

10.1. Textes portant création du Certificat d'Etude Spéciale en médecine d'urgence

Le programme de Certificat d'Etude Spéciale en Sciences Médicales en médecine d'urgence dénommé *C.E.S en Médecine d'Urgence* est créé par le décret exclusif N° 97-291 du 27 juillet 1997 du Certificat d'Etudes Spécialisées en Sciences Médicales en Médecine d'Urgence.

L'arrêté N° 27 du 12 mai 1998 portant création du CES en Sciences Médicales en Médecine d'Urgence stipule :

Art 1 :il est créé un Certificat d'Etudes Spéciales en Sciences Médicales en Médecine d'Urgence dénommé CES en Médecine d'Urgence.

Art 2 : la durée des études du Certificat d'Etudes Spéciales en Sciences Médicales d'Urgences est fixée à quatre semestres.

Art 3 : la liste et le contenu des modules composant les quatre semestres de ce Certificat d'Etudes Spéciales en Sciences Médicales sont fixés conformément à l'annexe du présent arrêté.

Art 4 : le présent arrêté sera publié au bulletin officiel de l'enseignement supérieur.

10.2. L'Objectif du CES dans la formation du médecin urgentiste

Les CES de médecine d'urgence s'inscrit dans un programme de formation continue en médecine d'urgence ayant pour objectif une amélioration de la qualité des soins en médecine d'urgence. Il s'adresse aux praticiens généralistes qui exercent au niveau des unités de soins de base et qui sont appelés à gérer des situations d'urgence. Il s'articule autour de deux concepts qui sont *assistance vitale de base*, telle qu'elle est décrite dans le manuel de S. Peters, et autre *assistance vitale précoce*, ce concept développé au niveau de notre unité de soins, est la ligne de force de notre enseignement en médecine d'urgence. Cette formation a pour objectif l'anticipation des situations à risque qui peuvent être génératrice d'une détresse vitale. Ces deux concepts régissent les objectifs pédagogiques de cet enseignement, ils sont cognitifs, gestuels et comportementaux. (Haouari, Adda-Boudjellel, 2018, p.18).

11. Les urgences médicales et chirurgicales aux établissements hospitalières

Les urgences médico-chirurgicales en Algérie s'exerçaient dans des lieux différents :

Les urgences chirurgicales sont assurées dans les services mêmes de chirurgie générale. Son fonctionnement est assuré par une équipe stable en journée, relayée, à partir de 17h, jusqu'au lendemain matin à 08h, par des équipes de garde de chirurgiens d'autres services (chirurgie générale, viscérale et orthopédie). Aujourd'hui, la chirurgie est fragmentée par organe. De la chirurgie générale sont nées de nouvelles spécialités comme la neurochirurgie, la chirurgie thoracique, la traumatologie, la chirurgie orthopédique, la chirurgie plastique des brûlés et la chirurgie de l'ORL, etc. *Les urgences médicales* sont assurées au service « porte » à l'entrée centrale de l'hôpital. Regroupant « *les soins et les urgences des premiers secours* » pris en charge par le médecin urgentiste généraliste qui intervient en première position. Une structure commune regroupant les urgences médicales et les urgences chirurgicales mise en place en 1997. Deux années après, il a été décidé de l'éclatement du service en trois : le service des urgences médicales, le service des urgences chirurgicales et le service du plateau technique.

Chaque service est dirigé par un professeur médecin chef. Cependant, sur le plan administratif, les trois services sont regroupés en une unité placée sous l'autorité d'un chef d'unité qui dépend directement du Directeur générale. (Haouari, Adda-Boudjellel, 2018).

12. La fonction et le rôle de l'agent d'accueil au service d'urgence

Un agent d'accueil devrait recevoir tout usager se présentant pour une urgence médico-chirurgicale. Cet agent d'accueil « *qui est le plus souvent un médecin urgentiste ou généraliste dans notre pays devrait être un agent paramédical formé. Son rôle est d'établir le premier contact avec le patient et de la mettre en confiance, ce qui manque dans nos PU et qui est source de conflits qui font fréquemment la une de nos quotidiens* ». Il détecte la détresse vitale ou ressentie, anticipe les conflits latents, définit les besoins de santé et les priorités de soins « *Tri des malades* » décide le lien le plus adapté aux soins et distille l'information aux proches. Le Tri « *système de priorisation* » réalisé par l'IAO, est un « *système qui permet de prendre en charge des malades dans un ordre qui permet de sauver le plus de patients possible, ceux qui allaient survivre, ceux que certainement allaient mourir et ceux susceptibles de survivre en cas de prise en charge immédiate* ». Ce que notre pays désapprouve et manque aujourd'hui dans certains hôpitaux et notamment aux services d'urgences, et source de certains conflits auprès des « *infirmiers, médecins urgentistes* » et autres « *personnels* » du service. Cette disposition est nécessaire vu que sa mission importante est :

Le tri a pour objectif de classer « *le degré d'urgence* » des patients pour :

- *Organiser* l'ordre de prise en charge des patients auprès des médecins *urgentistes*,
- *Optimiser* le temps d'attente des patients en accord avec la gravité de leurs pathologies,
- *Diminuer* le risque d'aggravation de la pathologie dû au délai d'attente pour prise en charge.

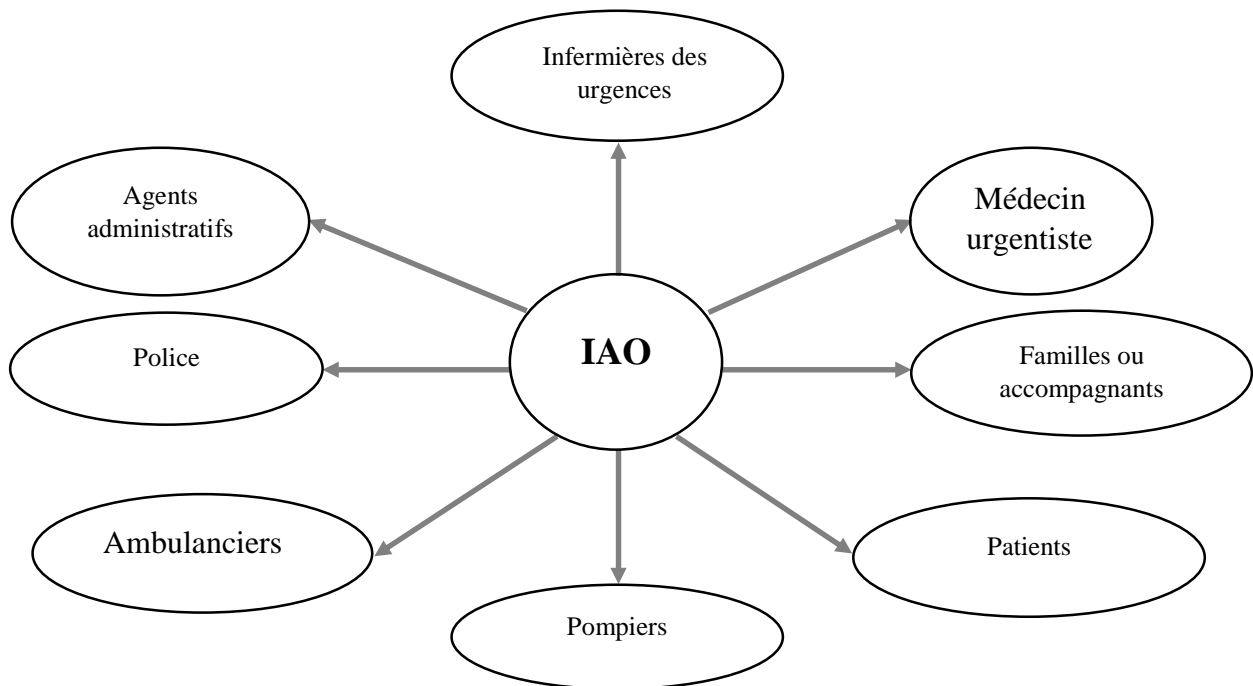


Figure N° 02. IAO est centre d'un réseau au sein du service des urgences.

L'évaluation rapide du degré d'urgence permet de privilégier la prise en charge du patient présentant un degré réel d'urgence et d'acheminer les patients vers les ressources adéquates, dans des délais appropriés selon une procédure validée par le chef du service des Urgences, selon une fiche de tri adaptée au contexte local, connue et acceptée par l'ensemble des personnels médicaux et para médicaux ont reçu une formation. (Abid, 2003).

13. La disposition du service d'urgence

En Algérie, les services d'urgences sont considérés comme l'une « *des vitrines* » de l'hôpital, ils présentent une disposition qui est vraie en fonction de leur implantation dans l'établissement. Afin de garantir le bon fonctionnement du service, les urgences doivent disposer de locaux distribués en trois zones « *accueil-examen / soins et surveillance sans lesquelles la prise en charge ne saurait être complète* ».

13.1. Zone d'accueil

Elle assure l'orientation, le triage, et l'admission des patients, les différentes données administratives, personnelles ainsi que celle en rapport avec le motif de consultation y sont recueillies. Elle est généralement située à l'entrée du service. (Taha, 2016, p.3).

10.1. Zone d'examen et de soins

On y trouve les box, davantage concernés par les urgences pouvant être différées ou de gravité moindre, on y assure l'examen clinique et biologique de la personne ainsi que les soins permettant la disparition de ses symptômes. Dans un même cadre, une zone d'échange permet de prendre en charge les patients en détresse vitale ou dans la gravité de l'état nécessite une intervention et une surveillance plus importante qu'en box. Egalement un local de traumatologie permet la prise en charge des sutures, plâtre, etc. (Taha, 2016, p.5).

13.2. Zone de surveillance

Un circuit long pour des états justifiant des investigations approfondies : l'hébergement de ses patients qui seront ou ne seront pas hospitalisés, mais dans l'attente pouvant se prolonger, implique des conditions de confort et de commodité acceptables.

L'architecture de ces services devrait permettre des conditions de travail optimales « bureaux, secrétariat, salle de soins infirmiers, mais aussi salle d'attente ». Les hôpitaux importants peuvent disposer de lits de très court séjour (24 à 36 heures) et tous les établissements devraient réfléchir à l'aménagement de surfaces de dégagement pour faire face à un afflux temporaire de patients « accidents en chaîne ». On ne saurait conclure sans insister sur certaines spécialités des membres du personnel qui assurent le fonctionnement des services d'urgence : polyvalence des connaissances techniques médico-chirurgicales, pouvoir d'adaptation à des périodes d'intense activité, compétence administrative, rapports avec les patients et leur famille. (Taha, 2016, p.6).

14. Les difficultés rencontrées par les services d'urgence des hôpitaux

En Algérie, les services d'urgence ont fait l'objet de programmes et de financements spécifiques particulièrement soutenus depuis plusieurs années. Ils ont à cet égard été en mesure de se professionnaliser et sont reconnus aujourd'hui comme des services en capacité de faire face à l'urgence. Toutefois, ces services connaissent aujourd'hui encore des difficultés dans le Fonctionnement du fait du manque de coordination avec les acteurs de la prise en charge en amont et en aval de la prise en charge de l'urgence. Ces difficultés est plus souvent en lien avec :

14.1. Le problème des structures

Comme c'est mentionné précédemment, tous les établissements hospitaliers signalent qu'ils accueillent les urgences sans que pour autant, cette activité repose sur une obligation de

moyens aussi bien matériels qu'humains. Les structures des services d'urgence semblent être inadaptées, dépourvues de moyens et les patients qui consultent sont frappés par la vétusté et l'inconfort des locaux, le bruit et la promiscuité. En résumé, ils constatent une déshumanisation totale de la part de certains professionnels de la santé se traduisant par le manque de communication et d'affectivité relationnelle dans leurs rapports avec leurs malades, les soignants « *médecins, infirmiers* » dans l'ignorance complète « *des dimensions individuelles et sociales* » en somme du facteur humain du malade, l'insuffisance d'une formation psychologique adéquate, ainsi que la confrontation avec des malades de plus en plus exigeants, et parfois agressifs. (Benatia., 2008, p 17).

14.2. Le problème des personnels

Ceux qui travaillent dans les services d'urgences ne sont pas forcément les meilleurs et ne sont pas ou peu formés pour cette mission, ou même encore le manque de personnels de santé. Ceci est à l'origine des situations conflictuelles parfois justifiées. Les patients désapprouvent l'accueil et le caractère désinvolte du personnel. Cet état des urgences est la conséquence du fait que le service des urgences est dans la plupart des cas un service impersonnel ou très souvent il est l'appendice, l'annexe est lointaine de quelque chose « *un autre service* » ou de quelqu'un d'autre « *un autre chef de service* » avec une structure floue où l'autorité s'exerce à distance et où la répartition des responsabilités est souvent diffuse. Parfois, c'est le médecin urgentiste, qui est par son dévouement et son esprit d'initiative pallie les faiblesses de l'organisation. (Benatia, 2008, p.18).

15. Les devoirs des médecins, droits et obligations des patients

La relation médecin malade est une relation complexe et polymorphe ; des principes et des règles sont établis pour orienter la conduite et l'intervention médicale. Ces principes et règles relèvent soit de l'éthique, la déontologie, et la loi.

- L'éthique : du grec Ethicos « *ce qui est moral* ». C'est une science qui a pour objet le genre humain et pour finalité le respect des droits moraux des personnes.
- La déontologie : du grec Deontos logos « *étude des devoirs* ». C'est la formulation juridique des principes éthiques adaptés à l'exercice de la profession.

15.1. Selon le code de déontologie en France

Textes législatives relative à la médecine d'urgence :

Tous les articles du code de déontologie médicale (CDM) seraient utiles mais sans grand intérêt puisque ce Code régit la profession du médecin toute spécialité et compétence confondues. Cependant, quelques articles paraissent plus appropriés dans le cadre de la médecine d'urgence citons :

15.1.1. À titre des devoirs généraux des médecins pratiquant l'urgence

Art 2 : sur le respect de la vie humaine, de la dignité avant et après la mort.

Art 4, 45, 72 et 73 : sur le respect professionnel, malheureusement très combattu en ce domaine particulier de l'urgence.

Art 5, 69, 83, 84 et 92 : sur l'indépendance professionnelle garante de l'intégrité professionnelle également très combattue par les médecins eux-mêmes sinon par l'administration sous toutes ses formes.

Art 6 et 58 : sur le libre choix du patient qui doit rester une préoccupation du médecin pratiquant l'urgence dès lors que le patient libre ou de s'exprimer (il va de soi que le fait de s'exprimer est plus facilitateur) doit pouvoir accéder aux soins en adéquation avec son état et par ceux capables de les pratiquer.

Art 7 et 10 : sur l'égalité de soins de quelque patient que ce soit.

Art 9 : sur l'assistance à personne en danger.

Art 11 : sur le perfectionnement des connaissances une des problématiques de la médecine d'urgence au milieu de spécialisations à outrance.

Art 24, 28, 50 et 76 : sur leurs certificats de rédaction, le refus de complaisance.

15.1.2. Au titre des devoirs envers les patients

Art 32 et 33 : sur l'impérative nécessité de donner les soins adaptés et consciencieux au patient pris en charge.

Art 34, 35 et 36 : sur l'information et le consentement, parfois délicats en médecine d'urgence.

Art 37 : spécifique au soulagement des souffrances.

Art 38 : spécifique aux mourants qui rejoint l'article 2.

Art : 37 et 42 : concernant les soins aux mineurs et majeurs protégés.

15.2. Selon le code déontologique en Algérie

Textes législatives relative à la médecine :

Le CDM régit la profession du médecin toute spécialité et compétence « *chirurgien et chirurgien-dentiste, médecin spécialiste en pédiatrie, gynécologie, médecin générale ou urgentiste, ou autre* ». Il n'y a pas des articles paraissent plus appropriés dans le cadre de la médecine d'urgence.

15.2.1. Les devoirs du médecin

Selon le décret exécutif n° 276 du 6 juillet 1992 portant code de déontologie médicale. L'acte médical est un acte réalisé par un médecin sur un corps humain, et ayant trait à la santé. La relation soignant-patient présuppose le respect de tous les principes de l'éthique.

15.2.1.1. Les devoirs généraux

L'OMS souligne le critère d'égalité entre les divers peuples pour la sauvegarde de la santé du simple citoyen : « *que chacun possède le meilleur état de santé possible constitue un des droits fondamentaux de tous les hommes quelles que soient leur religion, leur race, leur opinion politique, la santé de tous les peuples est la condition fondamentale pour la paix dans le monde* ». La vocation du médecin consiste à défendre la santé physique et mentale de l'homme et à soulager la souffrance dans le respect de la vie et de la dignité de la personne humaine. (Boumeslout, 2019).

Principes généraux de l'activité médicale.

Art 6 : le médecin est au service de l'individu et de la santé publique ; il exerce sa mission dans le respect de la vie et la dignité humaine,

Art 8 : il doit prêter son concours à l'action des autorités pour la protection de la santé publique ; il collabore à l'organisation des secours *calamités*.

Art 13 : le médecin est responsable de chacun de ses actes, il exerce sous sa véritable identité et tout document qu'il délivre doit porter son nom et signature.

Art 20 : la médecine n'est pas un commerce, tous les procédés de publicité sont interdits ;

Art 21 : la médecine foraine est interdite ;

Art 27 : la consultation est interdite dans des locaux commerciaux.

Art 19 : Le médecin doit s'abstenir de tout acte susceptible de déconsidérer sa profession ;

Art 23 : Il ne peut exercer une activité incompatible avec la dignité professionnelle et la réglementation en vigueur.

15.2.1.2. Les devoirs d'assistance

Art 9 : Le médecin doit porter secours à une personne en danger immédiat, ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires, cette obligation est prévue dans l'article 181/2 du code pénal.

Art 12 : Cette obligation d'assistance s'étend également aux personnes privées de liberté, il ne doit pas favoriser ou cautionner une atteinte à la dignité ou à l'intégrité mentale et ou physique de ces personnes ; il ne doit pas être l'auxiliaire ou le témoin d'actes contraires aux droits de l'homme ; il a le devoir de signaler tout acte de torture ou de traitement humiliant.

Art 54 : Aux personnes victimes de sévices ou de privation, surtout s'il s'agit de personnes vulnérantes et personnes âgées, il doit en alerter les autorités compétentes.

15.2.1.3. Devoirs d'observation du secret professionnel

La vie privée du patient et la confidentialité doivent être respectées. La préservation du secret médical est un droit du malade et une obligation à laquelle est soumis le médecin dans l'exercice de la profession médicale. « *Le secret professionnel fait partie de la déontologie médicale depuis Hippocrate, la levée de la confidentialité se justifie dans certains cas : la communication de données à des fins thérapeutiques, l'enseignement aux étudiants en médecine, la déclaration obligatoire : épidémie, MST, sévices à enfant* ». (Boumeslout, 2019).

Art : 36, 37,38, 39, 40 et 41 :

- Le secret s'impose à tout médecin dans l'intérêt des patients, même après le décès, sauf quand la loi en dispose autrement.
- Le secret couvre tout ce qui est parvenu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession.
- Il doit veiller à faire respecter le secret professionnel par ses auxiliaires, à protéger les dossiers médicaux, à protéger l'identité des patients lors des publications et communications scientifiques.

15.2.1.4. Devoirs dans l'application des soins

Art 7 : Le médecin donne ses soins avec la même conscience à tous les patients.

Art 54 : Les soins doivent être consciencieux, attentifs, conformes aux dernières données de la science ;

Art 15 : D'où l'obligation de formation continu ;

Art 16 : Et l'obligation de compétence.

La prescription médicale doit tenir compte des avantages, inconvénients et conséquences des différentes investigations et thérapies possibles.

Art 31 : Le médecin ne peut proposer aux patients des traitements dont l'efficacité n'est pas ou n'est que partiellement prouvée ;

Art 17 : Et il doit éviter de faire courir à ses patients des risques injustifiés.

15.2.2. Les droits et les obligations des patients

Selon la loi n° 18-11 du 18 chaoual 1439 correspondant au 2 juillet 2018 relative à la santé.

Art 21 : Toute personne a droit à la protection, à la prévention, aux soins et à l'accompagnement qu'exige son état de santé, en tous lieux et à toutes les étapes de sa vie.

– Elle ne peut faire l'objet de discrimination dans l'accès à la prévention ou aux soins en raison, notamment de son origine, de sa religion, de son âge, de son sexe, de sa situation sociale et familiale, de son état de santé ou de son handicap.

– Aucun motif, de quelque nature que ce soit, ne peut faire obstacle à l'accès du citoyen aux soins dans les structures et les établissements de santé, notamment en cas d'urgence.

– Elle ne peut faire l'objet d'aucune atteinte à son intégrité physique qu'en cas de nécessité médicale dûment prouvée et selon les dispositions prévues par la présente loi.

Art 22 : tout patient accède, dans le cadre de la hiérarchisation des soins, aux prestations des services spécialisés de santé après consultation et sur orientation du médecin référent, à l'exception des cas d'urgence et des cas médicaux d'accès directs définis par le ministre chargé de la santé.

- Le médecin référent est le médecin généraliste traitant du patient au niveau de la structure de santé de proximité publique ou privée, la plus proche de son domicile.
- Les modalités d'application du présent article sont fixées par voie réglementaire.

Art 23 : Toute personne doit être informée sur son état de santé, sur les soins qu'elle nécessite et les risques qu'elle encourt. Les droits des personnes mineures ou incapables sont exercés par les parents ou le représentant légal.

Art 24 : Toute personne a droit au respect de sa vie privée ainsi qu'au secret des informations médicales la concernant, exception faite des cas prévus expressément par la loi. Le secret médical couvre l'ensemble des informations parvenues à la connaissance des professionnels de santé.

- Le secret médical, peut être levé par la juridiction compétente.
- Il peut être également levé pour les mineurs et les incapables à la demande du conjoint, du père, de la mère ou du représentant légal.

Art 25 : En cas de diagnostic ou de pronostic grave, les membres de la famille de la personne malade peuvent recevoir les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien à celle-ci, sauf opposition de sa part. Sauf volonté contraire exprimée par la personne de son vivant, le secret médical ne représente pas un empêchement à l'information de la famille d'une personne décédée, si toutefois celle-ci leur est nécessaire pour connaître les causes du décès afin de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir ses droits.

Art 26 : Tout patient doit disposer d'un dossier médical unique au niveau national. Les modalités d'application du présent article sont fixées par voie réglementaire.

Art 27 : Les malades ainsi que les usagers de la santé doivent observer un respect et un comportement correct à l'égard des professionnels de santé et ne peuvent recourir en toutes circonstances à la violence, sous quelque forme que ce soit, ou commettre tout acte de dégradation des biens des structures et les établissements de santé.

Nous pouvons dire que le médecin dispose d'une certaine liberté dans sa conduite pratique, mais il ne doit en aucun cas négliger les principes éthiques et les règles déontologiques qui régissent la profession.

Synthèse

Pour conclure, la médecine d'urgence n'est pas comme toutes les autres disciplines, se trouve dans l'interface, où l'évolution des modes d'exercice des médecins urgentistes fait preuve d'une forte résilience face à l'accumulation des difficultés énormes au niveau du service, et le patient qui espère la garantie d'une prise en charge de haut niveau. Ce problème rend fréquemment les prises en charge plus complexes, c'est-à-dire, engendre des tensions au quotidien entre médecins et patients qui constitueraient des signaux alarmants, soit pour le bien être du médecin, ou celui du patient. En somme, les difficultés des services d'urgences doivent être regardées comme un miroir grossissant des dysfonctionnements de l'ensemble de notre système de santé, en amont comme en aval des urgences et peut-être même, plus largement, de notre système d'accompagnement social.

Dans ce qui va suivre, nous allons à travers le chapitre deux d'aborder les difficultés rencontrées en milieu professionnel de santé auprès des aides-soignants notamment les urgentistes. Ces difficultés constituent l'ensemble des situations de risques psychosociaux qui engendrent chez eux et malheureusement certaines maladies et troubles psychologiques parmi lesquels nous avons le burn out.

Chapitre II

Le burn out et les facteurs de risques psychosociaux

Préambule

Dans notre vie quotidienne, il est nécessaire d'aborder la notion du *travail* qui constitue un élément central, capital et indispensable dans plusieurs domaines économique, social, humanitaire, et même psychologique ; si on dit qu'il est bénéfique pour la santé et le bien-être de l'individu . Mais aussi et particulièrement nécessaire d'aborder les difficultés que le salarié, ou employé peut rencontrer chaque jour dans son monde professionnel, et appréhender les questions de santé et de la prévention des troubles psychologiques et somatiques, qui peuvent être nombreuses tels que : le stress, anxiété, diabète, agression, dépression notamment le syndrome de *burn out* généré par le travail et les risques psychosociaux, touchant généralement la grande moitié des individus travaillant en relation d'aide telle que les médecins urgences.

Dans ce chapitre, nous avons devisé le travail en deux parties. Dans la première partie, nous allons aborder le burn out à travers un aperçu historique et les définitions notamment chez les aides-soignants « *médecins* », ces différentes appellations et dimensions, aussi les modèles théoriques adaptés, ensuite, nous intéressons au diagnostic, les formes et les causes du burn out, ainsi que les mesures de prévention. Par la suite, dans la deuxième partie, nous allons aborder les facteurs de risques psychosociaux de burn out par l'émergence et définitions, ainsi que ces types. Vers la fin, nous allons aborder les mesures de prévention des risques psychosociaux et conclure par une synthèse.

I. Le burn out

1. Un aperçu historique de burn out

Le terme *burn out* qualifié à l'origine une construction sociale et scientifique apparue dans les années 1970, pour décrire l'épuisement au travail des professionnels de l'aide et du soin. Conceptualisé pour la première fois par le psychiatre américain Freudenberger (1975). Il a fait l'objet de nombreux travaux notamment ceux de la psychologue sociale Christina Maslach, qui ont donné lieu à plusieurs définitions, toutes convergentes sur au moins un point.

L'historique du burn out remonte à (1969) durant des recherches en psychologie de la santé au travail ont conduit le professeur Bradley(1969), à nommer sa première référence au stress lié au travail « *Burn out* » ce qui est une forme particulière de stress professionnel décelée chez les individus. Il est désigné comme précurseur de l'utilisation du terme burn out pour avoir

décrit des symptômes des personnes faisant face à ce type de souffrance au travail. Parallèlement, en (1969), un employé japonais décède à (29 ans) en raison d'une surcharge de travail. Première manifestation du *Karochi* nom créé par trois médecins japonais, Hosokawa, Tajiri et Uehata (1982) signifiant littéralement *la mort au travail*.

Par la suite, (1974) le terme burn out est repris par le psychanalyste Herbert Freundenberger, pendant qu'il exerce dans une clinique venant en aide aux toxicomanes, dès sa première utilisation du concept de burn out, il constate que ses collaborateurs des aides-soignants volontaires, souffrent des maux similaires tel que : fatigue excessive, maux tête, vulnérabilité, irritabilité, méfiance, frustration, attitude cynique et dépression au travail. De ce fait, il met en relief les symptômes physiques susceptibles de se manifester chez un individu atteint de burn out. Débute alors la migration du terme burn out du domaine littéraire vers le domaine médical. Pour Freundenberger (1987), la tension produite par le vécu d'évènements difficiles au travail tarit les ressources des individus. Ainsi, il associe le burn out à l'idée de se consumer physiquement et psychologiquement, de se brûler au travail. À partir de cette base, pour lui, le burn out désigne chez l'individu une extrême fatigue au point qu'il se sent vidé de toute son énergie, comme si il avait été victime d'un incendie intérieur. (Murielle, 2015, p 26).

Vers 1975 à San Francisco, Christina Maslach avait également détecté les symptômes de *burn out syndrome* auprès des professionnels du sauvetage et des urgentistes. Devenant familier, on l'appliquait à des collègues ayant développé *une attitude cynique, insensible et négative* vis-à-vis des personnes qu'ils prenaient en charge. Pour une meilleure définition du terme, Ch. Maslach et son équipe élaborent un instrument de mesure, le « *Maslach Burnout Inventory, 1981* », évalue des catégories de travailleurs engagés dans des « *relations d'aide* ». Pines, Aronson et Kafry en 1981, conçoivent aussi un instrument de mesure le MB « *Burnout Measure* » utilisé par de d'autres spécialistes. Par ailleurs, des chercheurs en Amérique du Nord travaillaient sur le sujet en tentant de clarifier son contenu pour définir clairement le concept. La première grande revue de la littérature parue en 1982 Perlman et Hartmanne comptait pas moins de quarante-huit définitions. Par la suite, entre 1983 et 2013, si on se limite uniquement aux articles originaux, on trouve près de 4 000 occurrences consacrées au burn out et au karoshi avec une nette accélération au début des années 2000. Enfin, le burn out est apparu sous deux aspects complémentaires, issu d'observations empiriques « *en tant que problème social avec ses conséquences concrètes et en tant que champ d'étude scientifique avec sa portée théorique* ». (Canoui, Maurange, 2015, p 6).

En Algérie, les études sur le burn out constituent un nouveau domaine. Très peu d'études supérieures de la recherche scientifique ont été réalisées telle que : Chakali (2000) auprès du personnel soignant du centre anticancéreux de l'hôpital Frantz Fanon à Blida, le travail réalisée par le psychiatre Boudarene auprès des agents de police dans la wilaya de Tizi-Ouzou (2004), celle de Ouchen (2005) sur les sapeurs-pompiers de la wilaya Constantine, de Boukroune (2007) sur les enseignants supérieur, et également celle de Benatia (2007) sur les infirmiers urgentistes de CHU de Constantine, celle de Benferhat (2008) auprès des médecins des SAMU d'Alger, Blida et Médéa intervenant dans le cadre d'urgence médicale dans un contexte de catastrophe. (Benferhat, 2013, p 136).

Parallèlement, d'autres études qui ont été effectuées et menées par un forum réalisé (2009) sur « *L'évaluation de la souffrance des médecins par l'analyse du concept de l'épuisement professionnel* » a été étudié chez 210 cas des médecins résidents du CHU Sidi Bel-Abbés par Kandouci, Belhadj, Bouza « *Laboratoire de Recherche en Environnement et Santé, service de la médecine de travail ; CHU de Sidi Bel-Abbés* ». (Gueroui, 2010). En 2014, une enquête transversale réalisée par Boussouf, Boudrioua, Khalfi, Boukabache, et Zaghailch portant sur « *Stress et burn out chez les étudiants en médecine à Constantine, Algérie* » a été menée chez 182 étudiants à la faculté de médecine de Constantine dont 129 étudiants en médecine, 40 en chirurgie dentaire et 13 en pharmacie, dans le but d'évaluer le stress de burn out. (Boussouf, 2016, p.13).

En 2018, un colloque a été réalisé sur le thème « *Le bonheur au travail* » qui a réuni deux jours à Alger avec plusieurs spécialistes de la santé (les psychiatres, psychologues et médecins de travail), Ses deniers affirment qu'il n'y a pas de données détaillées sur la santé psychologique des travailleurs algériens, ils se sont limités aux facteurs générateurs de l'épuisement physique et mental qui privent l'employé de son bonheur au travail comme la migraine, le stress, le perfectionnisme de la culpabilité. (Yamina, 2018). En 5 Mai 2019, à l'occasion de la « *Célébration de la journée mondiale de la sage-femme* » une journée scientifique a été organisée et initiée par l'EPH les frères Guermech de Skikda (ancien hôpital), en collaboration avec l'institut national spécialisé dans la formation professionnelle, présentée par l'ensemble des psychologues de l'EPH Beziane, Boumessad et les médecins de (nouvel hôpital), Bellara, Boukofa, Magues et Benredouane qui se sont relayés pour présenter des communications allant du suivi de la femme enceinte au syndrome de burn out chez la sage-femme à haut risque.

2. Les définitions de burn out

Les définitions de burn out sont multiples. En 1982, la première revue littéraire a consacré 48 définitions à ce phénomène (étude sur enseignants, les éducateurs, les professionnels d'aide et de santé). Parmi les plus pertinentes :

La définition donnée par Freudenberger « *un état de fatigue ou de frustration résultat de dévouement à un mode de vie ou à une relation qui n'a pas donné les bénéfices escomptés* ». (Evelyne, 2008, p.4).

Le syndrome de burn out des soignants bénéficie d'une définition largement admise proposée par Maslach et Jackson, 1987 « *le burn out est un syndrome qui associe ; épuisement émotionnel, dépersonnalisation ou déshumanisation, et accomplissement réduit* ». (Laine, Picquendar, 2018, p.5).

L'épuisement émotionnel (EE) est l'élément clé du burn out. Il est marqué par un manque de motivation et d'entrain au travail, une sensation que tout est difficile voir insurmontable. La dépersonnalisation (DP) se caractérise par une tendance à déshumaniser la relation avec les patients. Ces derniers sont vus de façon impersonnelle, négative, détachée voir cynique. L'accomplissement personnel réduit (AP) est marqué par une auto dévalorisation du soignant. Celui-ci se voit comme incompetent, sans utilité pour ses patients. L'estime qu'il a de lui-même diminue tant du point de vue personnel que professionnel. Il supporte donc moins les efforts qu'il doit faire pour surmonter l'épuisement. (Zawieja, Guarnieri, 2015, p.14).

Nous tirons la définition générale suivante : un état d'épuisement (mental, émotionnel et physique) dans lequel les mécanismes d'adaptation se consomment sous l'effet de tensions subies dans le cadre professionnel.

3. Les différentes appellations de burn out

Le syndrome de burn out a d'autres appellations dont on distingue trois principales et chacune renvoie à un sens particulier :

3.1. Burn out syndrome

Vient du verbe *to burn out* qui signifie *échouer, s'user, devenir épuisé* devant une demande trop importante d'énergie, de force, et de ressources. (Canoui, Maurange, 2015).

3.2. Karoshi

Karoshi est un terme japonais qui désigne *mort par excès de travail* de *karo mort* et *shi fatigue au travail*. Cette connotation violente donnée au syndrome d'épuisement professionnel se conçoit à une usure mentale et physique pour davantage prendre en compte les conséquences parfois *mortelles* des conditions de travail lorsque celles-ci sont mues essentiellement par le profit et la rentabilité. (Canoui, Maurange, 2015).

3.3. Syndrome d'épuisement professionnel

Usure professionnelle ou usure au travail sont aussi des expressions rencontrées. Elles mettent l'accent sur l'idée d'une évolution progressive du Syndrome d'Épuisement Professionnel des Soignants (SEPS). (Canoui, Maurange, 2015).

4. Les étapes de l'installation du burn out

Au début de la vie professionnelle, l'enthousiasme de l'individu est élevé mais il peut être déçu par la suite. La perte de la passion pour son travail constitue la première étape vers l'épuisement professionnel. Il est suivi par les étapes de stagnation, de frustration et d'apathie.

4.1. Enthousiasme

Le salarié débutant ou celui qui débute dans une nouvelle fonction peut idéaliser et surinvestir son travail en lui attribuant une place démesurée. Cet excès d'enthousiasme conduit la personne à se dévouer corps et âme, à se rendre disponible et à développer des attentes irréalistes par rapport à son travail. Elle est toujours prête à en faire plus : plus d'heures de présence, plus de charge de travail, plus d'efforts. Le but conscient ou non est de se prouver et de prouver aux autres qu'elle est bien le professionnel qu'il fallait choisir. La personne s'oublie, ignore ses besoins et le travail est investi de toutes les vertus, c'est la lune de miel. Mais cette période idéale ne dure qu'un temps, la réalité revient en force interroger l'optimisme des premiers temps. L'illusion crée la désillusion. (Edelwich, Brodsky, 2004, p.119).

4.2. Stagnation

L'activité idéalisée perd de sa valeur et des sentiments négatifs tendent à émerger au niveau émotionnel. La personne commence à réaliser que son investissement professionnel exclusif n'est pas totalement gratifiant et elle ressent un certain mécontentement. Elle découvre que le travail n'est pas tout dans la vie et se rend compte que d'autres secteurs de sa vie

« *sentimentale, relationnelle, loisir* » sont délaissés. Un désinvestissement des valeurs de départ s'amorce. La dimension stimulante et mobilisatrice s'estompe peu à peu. Ce stade est douloureux, car l'illusion du métier idéal ou salvateur s'effrite. La déception est grande, la rancœur amère, le sentiment d'injustice grandissant, l'attente déçue et le sujet est désabusé. Cette phase a un rôle très important, car elle ouvre la voie à un changement possible, en interrompant l'escalade vers les autres étapes du *burnout*. . (Edelwich, Brodsky, 2004, p.120).

4.3. Frustration

Ce sentiment se caractérise par un retrait de plus en plus marqué devant les situations problématiques qui prennent une importance accrue. C'est typiquement le stade du débordement, où se manifestent une profonde remise en cause des compétences, une irritabilité marquée, entraînant de l'intolérance vis-à-vis des collègues ou des relations professionnelles. À ce stade, la personne supporte de moins en moins les sollicitations auxquelles elle doit répondre, elle est de plus en plus irritée par les exigences de son rôle professionnel, qu'il s'agisse d'écouter autrui, de lui accorder du temps, etc. Le sentiment de frustration est souvent porteur des premiers troubles physiques, somatiques, émotionnels ou comportementaux. La personne s'interroge sur ses choix, le sens et la valeur qu'elle doit attribuer au travail, qui, par ailleurs procure si peu de reconnaissance, de gratitude. Quand le travail est source de déception et de frustration, émerge le cynisme destructeur. La personne n'a plus envie de travailler. L'image dévalorisée d'elle-même la pousse à l'immobilité, à l'apathie. (Edelwich, Brodsky, 2004, p.120).

4.4. Apathie

À ce stade, la personne risque de devenir dépressive, apparemment indifférente à son milieu professionnel, de se moquer de tout. Elle se trouve tellement démunie devant les innombrables frustrations quotidiennes qu'elle semble dépersonnalisée : elle ne se reconnaît plus, ne se comprend plus. Elle se rend au travail pour faire de la présence. Le retrait, l'absence de réaction dans les situations professionnelles semblent être les solutions qui permettent d'éviter les conflits et les réflexions. Pour se protéger des autres, elle cherche à se faire oublier des collègues qui la jugent et la critiquent. Cette attitude apparaît temporairement protectrice alors qu'elle ne résout rien, car les difficultés subsistent et la situation peut même s'aggraver. Souvent, quand le syndrome d'épuisement professionnel touche un salarié, l'équipe de travail est susceptible de subir, par rebonds, la contagion du découragement. Dans ce cas, le *burnout* devient un problème collectif. . (Edelwich, Brodsky, 2004, p.121).

5. Le diagnostic du burn out

Le syndrome d'épuisement professionnel se traduit donc à la fois par une érosion de l'engagement « *en réaction à l'épuisement* », une érosion des sentiments « *à mesure que le cynisme s'installe* » et une érosion de l'adéquation entre le poste et le travailleur « *vécue comme une crise personnelle* ». Dans les cas les plus extrêmes, le travailleur peut se trouver dans un état physique et psychique tel qu'il ne peut pas poursuivre son activité de travail ; ce qui peut être vécu comme une rupture, un écroulement soudain, alors que des signes avant-coureurs pouvaient le laisser présager.

5.1. Symptômes cliniques

Le concept de burn out n'appartient pas encore au répertoire des maladies psychiatriques. Il ne se retrouve dans aucune des grandes classifications internationales de la CIM-10 et DSM-5, qui servent de références aux professionnels de la santé mentale. Ses critères diagnostiques sont en effet discutés jusqu'à nos jours. Cependant, le 27 mai 2019, Jasarevic, le porte-parole de l'OMS a annoncé que le burn out était déjà classé dans la CIM-10 sous le chapitre *facteurs influençant l'état de santé*. À cet égard, il a affirmé que : l'inclusion à ce chapitre signifie précisément que le burn out n'est pas conceptualisé comme une condition médicale mais plutôt comme un phénomène lié au travail. En effet, le chapitre *facteur influant sur l'état de santé ou sur les motifs de recours aux services de santé* réunit les motifs pour lesquels les personnes s'adressent aux professionnels de la santé et qui ne sont pas classés comme des maladies. (Chhum, Rougé-Guiomar, 2019).

Toutefois, le burn out faisait son entrée dans la nouvelle classification internationale des maladies CIM-11 de l'OMS, qui entrera en vigueur le 1 janvier 2022. De même, la CIM-11 définit que le burn out comme un syndrome résultat d'un stress chronique au travail qui n'a pas été géré avec succès par l'OMS. Le burn out est considéré un phénomène lié au travail. (OMS, 2019) qui se caractérise par trois éléments : un sentiment d'épuisement, du cynisme ou des sentiments négativistes liés au travail et une efficacité professionnelle réduite. Par ailleurs, il est important de souligner que le burn out est décrit par l'OMS dans la nouvelle classification CIM-11, comme un phénomène faisant spécifiquement référence à des phénomènes relatifs au contexte professionnel et ne doit pas être utilisé pour décrire des expériences dans d'autres domaines de la vie. Et aujourd'hui, l'OMS est sur le point d'entreprendre un travail sur l'élaboration de lignes directrices fondées sur des bases factuelles concernant la santé mentale sur le lieu de travail. (Chhum, Rougé-Guiomar, 2019, p.5). Toutefois, sans négligence, l'état

de burn out peut se manifester par de nombreux symptômes que l'on peut regrouper en trois catégories :

Tableau N° 04 : Description de la symptomatologie du burn out (Burisch, 2010).

Troubles psychosomatiques	Troubles cognitifs et émotionnels	Troubles comportementaux
<ul style="list-style-type: none"> - Trouble du sommeil - Fatigue persistant - Insomnies - Douleurs diffuses chroniques, palpitations - Tensions musculaires - Respiration courte - Prise ou perte de poids - Nausées, Mal de dos 	<ul style="list-style-type: none"> -Dysphorie, Hypersensibilité - Pessimisme, sentiment de désespoir et d'impuissance - Peur, stress, angoisse et perte d'humour, indécision, absentéisme, manque de concentration, isolement et détachement émotionnel - Image négative de soi 	<ul style="list-style-type: none"> - Baisse marquée de la productivité, - froideur - Augmentation de l'abus de substances toxiques comme alcool, drogue ou tabagisme - Irritabilité et agitation - Agressivité, impulsivité - Repli sur soi et impatience

(Zawieja, Guarnieri, 2015, p.16).

Face à ces divers symptômes, on constate souvent une réaction de déni retardant la prise de conscience de l'état de surmenage. En effet, la conscientisation de cet état est souvent perçue comme un danger, car réaliser qu'on vit un burn out implique des changements et des réaménagements étant eux-mêmes perçus comme une menace. Au lieu de prendre du recul face à cet état de crise, mais le sujet a tendance à banaliser la situation et continue à se prolonger encore plus dans le travail. (Evain, Makoa, Khiari, Vincent, 2011, p.5).

5.2. Diagnostic

Il existe une échelle d'évaluation du niveau de burn out mise au point par le professeur Christina Maslach, appelé MBI« *Maslach Burn out Inventory* », elle est toujours l'outil mondial de référence d'évaluation de la symptomatologie du burn out, il est l'outil de vingtaine de questions reposant sur les trois dimensions du burn out détaillées précédemment ; (voir le titre 1. La définition de burn out p.2). La forme historique s'adresse aux professionnels de l'aide et

s'intitule MBI-HSS pour «*Human Service Survey* », et l'avantage d'un tel test est qu'il offre une évaluation rapide. (Evain, Makoa, Khiari, Vincent, 2011, p.6).

Une deuxième version a été élaborée à destination des enseignants, le MBI-ES «*Educators Survey* », puis le MBI-GS «*General Survey* », pour toute population. Chacune de ces versions explore trois dimensions : épuisement, dépersonnalisation, réduction du sentiment d'accomplissement de soi. Seule la version HSS a fait l'objet d'évaluation en langue française. Ces dimensions étant indépendantes entre elles, il est erroné, comme certains ont pu le faire, d'additionner les scores de chaque dimension pour évaluer globalement le burn out. (Chapelle, 2018, p.20).

Le MBI ne fournit pas de *cut-off* permettant de poser le diagnostic mais distingue, pour chacune des trois dimensions, des niveaux : *faible, moyen* ou *élevé*, définis par l'auteur lors de la construction de l'outil en séparant les scores en trois niveaux. Il est donc illusoire d'indiquer le pourcentage de cas de burn out au sein d'une population avec le MBI. Ils existent des questionnaires explorant les dimensions du burn out. Citons le OLBI «*Oldenbourg Burn out Inventory* », le CBI «*Copenhagen Burn out Inventory* », le SMBM «*Shirom Melamed Burn out Measure* ». Et le BM «*Burn out Measure* ». Mais aucun de ces outils n'est un outil diagnostic. (Chapelle, 2018, p.20).

5.3. Diagnostic différentiel

La pathologie la plus souvent associée et confondue avec le burn out est la dépression. Nous avons recensé dans le tableau ci-dessous différents éléments permettant de discriminer ces deux tableaux cliniques.

Tableau N° 05 : Diagnostique différentiel du burn out et la dépression

Burn out	Dépression
- Epuisement émotionnel et humeur dysphorique.	- Epuisement émotionnel et humeur dysphorique changeante, instable.
- Lié spécifiquement au travail.	- Etendue à tous les aspects de vie et pas seulement au travail.
- Conservation du goût des choses dans les aspects de la vie autres que le travail.	- Caractérisée par une perte du goût et de la vie.

- Estime de soi et réalisme plus grands, vitalité plus forte, que pour la dépression.	- Plus faible estime de soi, défaitisme, moins grande vitalité.
- Le burn out peut s'aggraver en dépression.	- Les antécédents de dépression peuvent favoriser l'apparition d'un syndrome d'épuisement professionnel.

(Marié-Soula, M-C. Collange, J. 2015, p.12).

6. Les dimensions principales de burn out

Examinons de plus près les trois dimensions du burn out :

6.1. Epuisement émotionnel

Quand les individus se sentent épuisés, ils ont la sensation de faire trop de choses, à la fois émotionnellement et physiquement. Ils se sentent vidés, exténués et incapables de se détendre et de récupérer. Quand ils se réveillent le matin, ils sont fatigués qu'en allant se coucher. Ils manquent d'énergie pour faire face à un autre projet ou à une autre personne. L'épuisement est la première réaction au stress d'un métier qui exige beaucoup de vous ou à un changement majeur. (Légeron, 2016, p 43).

6.2. Dépersonnalisation ou déshumanisation (cynisme)

Quand les individus deviennent cyniques, ils ont une attitude froide et distante vis-à-vis de leur travail et des gens qu'ils côtoient dans leur univers professionnel. Ils s'impliquent moins dans ce qu'ils font et renoncent même à leurs idéaux. D'une certaine façon, le cynisme est une tentative pour se protéger de l'épuisement et de la déception. Les gens ont le sentiment qu'il est peut-être plus sûr d'être indifférent, surtout quand l'avenir est incertain, ou qu'il vaut mieux partir du principe que rien n'ira comme ils le souhaitent plutôt que de se bercer de trop d'espoir. Mais être si négatif peut fortement nuire au bien-être de la personne et à sa capacité à travailler efficacement. (Légeron, 2016, p 43).

6.3. Diminution de l'accomplissement personnel ou inefficacité

Quand les individus se sentent inefficaces, ils ont l'impression grandissante de ne pas être à la hauteur. Chaque nouveau projet paraît insurmontable. Comme si le monde conspirait contre toutes leurs tentatives de progrès, le peu qu'ils accomplissent leur semble insignifiant.

Ils ne croient plus en leur capacité à changer quoi que ce soit. Et à mesure qu'ils perdent confiance en eux-mêmes, les autres ne leur font plus confiance. (Légeron, 2016, p 43).

7. Les formes particulières du burn out

Le *burn out* se manifeste sous plusieurs formes sous plusieurs formes distinctes, les trois formes les plus fréquentes sont :

- La forme « *épuisement* », l'individu confronté à trop de stress et trop peu de gratifications peut réagir de deux manières « *il peut se désinvestir de son travail, soit devenir perfectionniste* ». (Grebot, 2008, p.122).
- La forme « *frénétique* », l'individu travaille de plus en plus, jusqu'à l'épuisement, dans une quête désespérée de gratifications ou d'accomplissement capables de compenser l'étendue de son stress. (Grebot, 2008, p.122).
- -La troisième forme touche des professionnels dont les conditions de travail sont monotones et peu stimulantes. Cette forme contraste avec les burn out « *frénétique* ou *épuisement* », car elle n'est pas causée par des tensions excessives. (Grebot, 2008, p.122).

8. Les causes du burn out

Trois facteurs interviennent dans l'apparition de burn out qui peuvent être à l'origine des facteurs organisationnels, individuels et ou encore relationnels.

8.1. Factures organisationnels

Le burnout résulte de l'activité professionnelle et du contexte de travail. Les antécédents organisationnels du burn out comportent les caractéristiques du travail lui-même et les caractéristiques associées au rôle professionnel : *Contenu de l'activité* qui est des facteurs concernant les horaires illimités, imprévisibles, la monotonie, la standardisation, l'automatisation. Le processus majeur responsable est ici l'impossibilité pour le professionnel de contrôler. *Contexte de travail* qui est des facteurs relevant des rôles contradictoires ou confus, un fort déséquilibre entre les tâches à accomplir et les moyens mis en disposition, ambiguïté de rôles, l'isolement et le manque de soutien social, le conflit entre vie professionnel et vie familiale. Tous les éléments participant au climat et l'ambiance de travail contribuent au burn out, les styles managériaux jouent un rôle essentiel dans la violence sur le lieu de travail, le système de récompense est très important dans la mesure où les employés peuvent juger de l'équité et de loyauté de leur hiérarchie à leur égard. (Truchot, 2004, p.25).

8.2. Facteurs individuels

Les caractéristiques individuelles estiment de soi, épanouissement agissent sur la capacité de faire face à des exigences professionnelles en termes de ressources que l'individu tente de mobiliser. Certains individus se sentent aptes à contrôler la situation, à chercher de l'aide auprès de collègues tandis que d'autres sont débordés, désespérés. (Truchot, 2004, p.25).

8.3. Facteurs relationnels

Il s'agit soit de relations difficiles ou de conflits agression, violence, soit au contraire d'un manque de relations « *solitude, absence de solidarité, soutien social déficient* ». Les interactions entre clients et professionnels, directes, fréquentes, répétitives contribuent au développement du burn out professionnel. (Truchot, 2004, p.25).

9. Les modèles théoriques de burn out

Le burn out résulte d'un stress professionnel persistant et de tensions continues. Il constitue le stade final d'une rupture d'adaptation qui résulte d'un déséquilibre à long terme entre les exigences professionnelles et les ressources de l'individu.

9.1. Modèle tridimensionnel de Maslach (1981)

Son modèle de référence intitulé modèle « *tridimensionnel ou attributionnel et environnemental* », appréhende le burn out comme un syndrome multidimensionnel observé dans les métiers en relations d'aide. Un syndrome qu'elle caractérise en trois composantes principales qui sont : *Epuisement émotionnel* qui se caractérise par le stress, frustration, manque de motivation absence d'énergie, fatigue, irritabilité, avec possibles retentissements somatiques, contre lequel le sujet développe diverses stratégies d'évitement, désinvestissement, retrait et rigidité, etc., (Leiter et Maslach, 2009). *La déshumanisation de la relation ou de dépersonnalisation* qui se caractérise de désengagement relationnel, mise à distance, cynisme, désinvestissement psychologique, repli sur soi, attitude négative par rapport aux autres (Leiter et Maslach, 2009). *Un sentiment de non accomplissement personnel* qui se caractérise d'un sentiment d'inefficacité et d'incompétence, dévalorisation marquée par une chute de la motivation intrinsèque et par l'impossibilité d'accéder dans et par le travail à une production de sens (Rubino, et al, 2009).

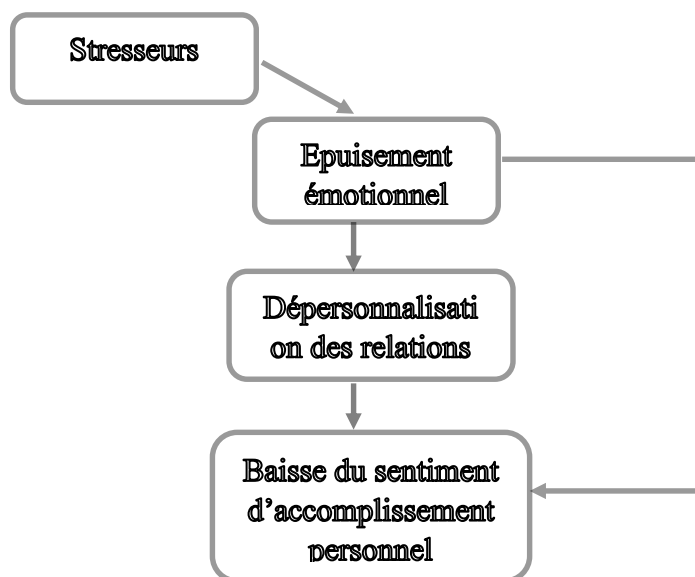


Figure N° 03 : *Modèle de processus tridimensionnel du burn out de (Maslach, Jackson, 1981).*

Selon Maslach, le burn out est perçu par l'individu en réponse à une sensation de surcharge émotionnelle et d'épuisement lors du travail auprès d'autres personnes. Cet épuisement émotionnel va réduire la sensation d'accomplissement personnel. Il s'exprime par une perte de confiance dans sa propre compétence et dans sa réussite dans le travail, puis désarroi et le sentiment de culpabilité qui vont accompagner une baisse de performance, directement ou à la réalité. (Picart, 2017, p.37).

La dépersonnalisation va se manifester par une totale insensibilité aux problèmes d'autrui et va se traduire dans quelques cas par un comportement cynique, rigide, brutal, impitoyable avec des individus qui doivent recevoir des services ou une assistance. Maslach considère que l'épuisement émotionnel représente la dimension affective du syndrome d'épuisement professionnel alors que les deux autres dimensions que sont la dépersonnalisation et la réduction de l'accomplissement personnel constituent les éléments liés aux attitudes cognitives. (Picart, 2017, p.37).

Donc, ce modèle relève de la première étape du processus et pierre angulaire, entraînant l'apparition réactionnelle d'un processus d'épuisement émotionnel, de déshumanisation, et de non accomplissement personnel.

9.2. Modèle exigences-ressources de (Bakker, Demerouti, et Werbeke, 2004 ; Demerouti, Bakker, Neichner et Schaufeli, 2000) :

Le modèle « *exigences-ressources* » a été développé sur la base des travaux ayant trait le burn out. Ce modèle atteste que le bien-être des employés est influencé par des causes spécifiques résultant des conditions de travail.

Donc, le *premier niveau* réfère aux caractéristiques du travail, à savoir les exigences qui y sont liées, et qui demandent un effort considérable aux employés dans la mesure où ils excèdent leurs capacités adaptatives. Ces exigences au travail sont d'ordre physique, social et organisationnel et nécessitent des efforts physiques et psychologiques. Alors que, pour le *second niveau* renvoie aux ressources individuelles que le travail offre et regroupe les aspects physiques, psychologiques, sociaux et organisationnels. (Bakker, Hakanen, Demerouti et Xanthopoulou, 2007). De même, selon (Demerouti, Bakker, Nachreiner et Schaufeli, 2001), ces ressources ont trois fonctions essentielles. La première fonction est qu'elles réduisent les exigences au travail et sont associées à des coûts physiologiques et psychologiques.

Leur seconde fonction est l'accomplissement des buts professionnels et la troisième, enfin est de stimuler la croissance personnelle, l'apprentissage, et le développement. (Ntsame-Sima, 2012, p 47). Les ressources peuvent être localisées au niveau de l'entreprise « *salaire et opportunités de carrière* », des relations interpersonnelles et sociales « *supervision* », de l'organisation du travail *clarté des rôles, participation aux prises de décisions* et de la tâche « *performance, feedback, compétences multiples* ». Demerouti, Bakker et Werbeke (2004) postulent que le développement de burn out est dû à un processus de stress déterminé par les exigences professionnelles dont résulte la fatigue. Par ailleurs, l'épuisement peut naître d'un processus *motivationnel* reposant sur la disponibilité des ressources et ayant pour conséquence les sentiments de dévouement. En effet, le travailleur démontre, sans peine, son attachement à l'entreprise à travers, sa loyauté, sa disposition à la servir pour une prospérité pérenne. (Ntsame-Sima, 2012, P 49).

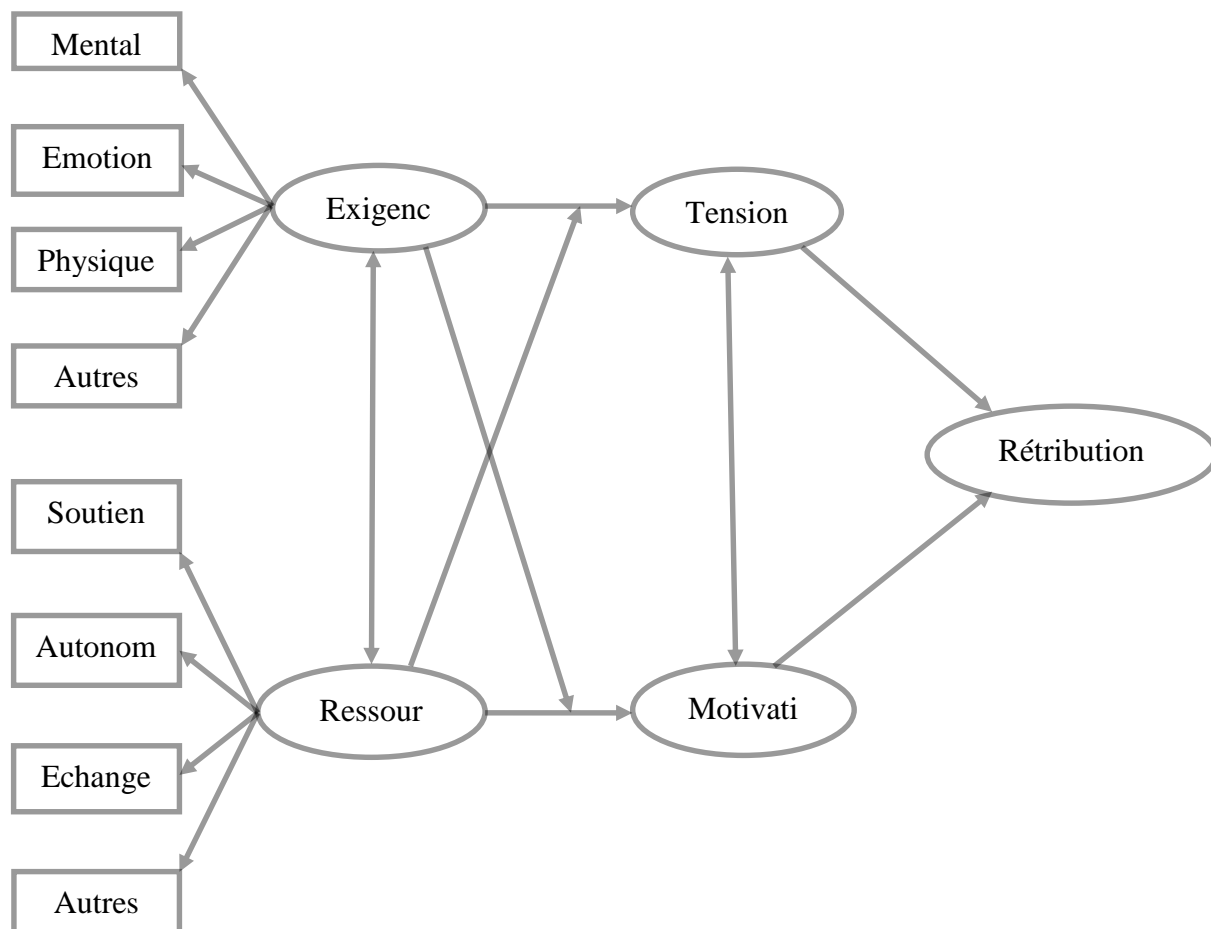


Figure N° 04 : *Modèle de processus exigences-ressources de (Bakker, Dermerouti, Werbeke, 2004).*

Les ressources professionnelles dont dispose l'individu favorisant son implication au travail et les exigences professionnelles vont plutôt aboutir à son épuisement professionnel. De ce fait, les individus pourvus en ressources dont leur environnement de travail éprouvent une grande motivation à travailler. Ils se sentent également plus impliqués et sont moins enclins à développer des états de santé négatifs. En milieu organisationnel, des exigences telles la charge de travail qualitative et quantitative et les conflits interpersonnels conduisent à l'épuisement professionnel. Ce syndrome est encore engendré par une absence de ressources professionnelles liées au manque de soutien social et autonomie. L'épuisement professionnel à son tour engendre des conséquences négatives, parmi lesquelles les maladies, une moindre implication professionnelle, l'absentéisme, etc. (Maslach, Jackson et Leiter, 1998). Le troisième support théorique choisi, explique à la fois les inconvénients dus aux exigences organisationnelles et l'effet bénéfique de la maîtrise de son environnement professionnel. (Ntsame-Sima, 2012, p49).

10. La prévention de burn out

Selon l'OMS, il existe trois types de prévention :

10.1. Prévention primaire

Elle consiste à agir, en amont, en mettant en place, dans une entreprise ou une organisation, les meilleures conditions de travail possibles. Elle vise à améliorer le contexte de travail avant que les problèmes de santé n'apparaissent. Elle consiste :

- A repérer les sources potentielles de stress ;
- A dépister les groupes de salariés exposés ;
- A mettre en place des actions au niveau collectif ;
- A réduire certaines contraintes de travail telles que la pression temporelle ; la surcharge de travail ;
- À favoriser une grande autonomie dans le travail ;
- À améliorer la qualité des relations humaines, en favorisant la communication dans l'entreprise, la participation ;
- À aménager l'environnement matériel, l'espace de travail, les nuisances bruit, *chaleur*,
- À promouvoir les mesures préventives individuelles *massage, piscine, salle de sport, plage désiste*. (Schweitzer, 2013).

10.2. Prévention secondaire

Elle vise à limiter les effets de situations stressantes chez des personnes présentant déjà des symptômes. La prévention secondaire comporte un premier volet qui concerne l'amélioration des postes de travail et de l'environnement matériel pour les salariés se plaignant des problèmes liés au travail et un second volet intégrant des programmes de gestion du stress. Un état de stress survient si une personne est confrontée à une situation qu'elle évalue comme dépassant ses propres ressources. En conséquence, elle peut modifier son évaluation d'une situation jusqu'ici stressante, relativiser ses incapacités de maîtriser de ses réactions de stress. Les techniques les plus efficaces sont la relaxation, l'affirmation de soi, les techniques cognitives. (Schweitzer, 2013).

10.3. Prévention tertiaire

Elle vise les salariés souffrant de problèmes de santé sérieux qui ne peuvent plus faire face aux contraintes imposées par le travail. Les mesures de prévention tertiaire visent leur

réadaptation après une interruption d'activité. Sur le *plan individuel*, il s'agit des psychothérapies cognitives particulièrement adaptées aux états anxieux sévères et aux troubles dépressifs. Plusieurs hôpitaux ont développé des consultations pluridisciplinaires spécialisées dans les maladies professionnelles où les salariés bénéficient d'une aide médicale et psychologique. Sur le *plan collectif*, il peut s'agir de réunions de « *débriefing efficaces* » dans certaines situations de tensions et ou de mesures organisationnelles telles que des réaménagements de planning susceptibles de soulager les salariés en difficultés. (Schweitzer, 2013).

11. Le burn out des médecins dans le monde et en Algérie

Les recherches de Maslach et de Jackson et leur premier outil de mesure, le MBI, limitent le syndrome du burn out aux professionnels qui travaillent directement au service d'autrui. Aujourd'hui, les recherches montrent clairement que le burn out peut toucher l'ensemble des travailleurs et ce, peu importe leur champ d'activité. Le burn out n'est donc plus uniquement limité aux relations au travail. Ce syndrome est devenu la crise dans la relation avec le travail. Ainsi, dans toutes les professions, les travailleurs peuvent développer cette forme de fatigue en se désinvestissant de leur carrière. Les spécialistes s'accordent aujourd'hui sur le fait que le SEPS prend sa source dans l'environnement de travail et qu'il est le résultat d'une interaction avec des stressors individuels ou organisationnels et des facteurs individuels. La nature du SEPS peut changer si la nature des pressions qui s'exercent sur l'individu change aussi. (Maupin, 2013).

Le terme burn out syndrome, plutôt utilisé par le Canada, les États-Unis ou les pays Scandinaves, à son équivalence en France et au Québec sous le terme épuisement professionnel. Dans les années 70, un terme a été créé par les soignants pour définir cet état de syndrome SEPS.

Des recherches sur Pub Med, Google et autres moteurs de recherche donnent, sur les 10 dernières années, plus de 1 000 textes, travaux de recherche et ceci dans tous les pays, y compris le Guatemala, l'Indonésie, et la Papouasie Nouvelle Guinée. Le burn out chez les soignants et les médecins est un sujet d'actualité, surtout avec la loi (HPST) et la Demande de Performance des Structures Hospitalières. Les Hôpitaux travaillent actuellement sur la gestion de l'absentéisme qui continue à augmenter plus de 3,1 % par an. Le consensus est fait autour de la symptomatologie et du recours à la médication, qui n'est aucunement la solution au burn out. (Maupin, 2013, p.2).

Dans le domaine de la médecine, notamment l'exercice de la médecine d'urgence cumule plusieurs facteurs de stress professionnel. Dans une publication récente, Département of Homeland Security des États-Unis les met tristement en évidence « *exposition répétée à des incidents traumatisants, fatigue liée à des horaires décalés ou prolongés, déséquilibre entre les obligations professionnelles et personnelles* ». De nombreuses études internationales ont déjà démontrées l'incidence de ces situations d'épuisement du corps médical et les urgentistes semblent y être particulièrement exposés. Pourtant, peu de travaux français ont cherché à les identifier. (Braun, 2012).

Pour les personnes concernées, la réorientation professionnelle vers une activité plus *sereine* semble être une solution fréquente. En étudiant les urgentistes du département de la Loire, Vermare et Frappé mettent en lumière ces médecins qui abandonnent la médecine d'urgence. Même si ce travail reste limité par son côté *départemental* et par un manque d'exhaustivité, il a le mérite de s'intéresser à une population médicale trop souvent malmenée, et nous apporte des enseignements pertinents sur les risques évolutifs de la profession. Sur la période étudiée 2000 jusqu'à 2010 les auteurs ont montré que 10 urgentistes sur les 43 ayant répondu (23 %) ont abandonné leur exercice professionnel dont 6 au profit de la médecine générale, spécialité d'origine de nombreux urgentistes. Les motifs de réorientation invoqués coïncident avec ceux favorisant le burn out « *survenue d'événements indésirables, violences et harcèlement, planning et temps de travail* ». (Braun, 2012, p.224).

Par ailleurs, une récente étude américaine montre que le burnout des médecins est un phénomène fréquent. Plus de 45.8% des 7288 médecins interrogés sont atteints de burnout, toutes spécialités confondues. Cette étude révèle que les soins de première ligne sont les plus impactés, en particulier les urgentistes. En Europe, plus de 40% des médecins généralistes présentent un haut niveau d'épuisement émotionnel. Les médecins généralistes français ne sont pas épargnés et présentent des taux d'épuisement émotionnels similaires. Les internes de médecine sont également affectés de 16 % d'entre eux présentent un haut niveau d'épuisement émotionnel (EE), 33,8% de dépersonnalisation (DP) et 38.9% d'accomplissement personnel (AP) réduit. Ainsi, les médecins représentent une population particulièrement exposée au burn out. (Laine, Picquendar, 2018, p.3).

De ce fait, lorsque les maux de l'hôpital font la une des journaux, ils reflètent une approche le plus souvent partielle et critique de la réalité hospitalière, manque de moyens face à une exigence de sécurité et de qualité de soins toujours accrue, judiciarisation des erreurs et

des échecs, mettant en cause les responsabilités individuelles, réformes multiples s'enchaînant à un rythme accéléré pour tenter de redonner gouvernance et maîtrise à un *système emballé* « *gestion des risques psychosociaux, risques qui seraient source de burn out* ». Ici et là, les recherches sur une prouesse médicale ou le parcours personnel d'un médecin, apportent une note plus positive mais le panorama d'ensemble reste troublé et l'équilibre menacé. (Canaoui, Mauranges, 2008).

Le burn out est en train de devenir une véritable épidémie dans de nombreux pays dont l'Algérie. Dans ce pays, les études sur le burn out constituent un nouveau domaine si bien que très peu de recherches qui ont été établies sur le sujet, en dépit de quelques-unes effectuées dans les domaines sociaux auprès de ceux qui travaillaient en relation d'aide (citées en historique à partir du paragraphe 4), où elles réalisaient que le monde et la nature de travail ont fondamentalement changé, et que l'univers professionnel est devenu froid, hostile et exigeant sur le plan somatique et psychologique. Les personnes sont émotionnellement et physiquement épuisées du fait que les exigences quotidiennes sont liées au travail, à la famille et à tout le reste qui ont fini par éroder leur énergie et leur enthousiasme. La joie de la réussite et la satisfaction d'avoir accompli ses objectifs sont de plus en plus difficiles à atteindre.

Au cours de la période allant de 1993 à 2003, l'Algérie a vécu une situation des plus dramatiques « *séismes, inondations, massacres de masse* ». Aussi, la mobilisation des différents professionnels de l'assistance médicale d'urgence, de la santé mentale, et de la protection civile, devenait une nécessité. C'est en effet, dans ce contexte, particulièrement stressant, que les services d'aide médicale d'urgence, dénommés SAMU « *Services d'Aide Médical Urgente* », ont été créés et mis au-devant de la scène, et cela afin d'assurer la mission de médecine d'urgence extrahospitalière. (Benferhat, 2013, p.133).

Ces services ont occupé une place importante dans le champ des secours pendant les catastrophes, et particulièrement ceux de la région Centre : Alger, Blida, et Médéa. Ainsi, près d'une décennie, les médecins des SAMU, au côté d'autres intervenants, se sont retrouvés en première ligne, confrontés, durant toutes ces années, aux victimes des différentes catastrophes : séismes de Boumerdès et d'Alger, inondations de Bâb El Oued, massacres de masses à Bentalha, Rais, dans les villes et villages de Blida et de Médéa. Ces intervenants ont subi, au quotidien, des situations stressantes en raison de l'ampleur des drames, notamment ceux en rapport avec la violence : décapitations, mutilations, corps déchiquetés et brûlés dans les attentats à la bombe, sévices moraux infamant, etc. Cependant, le manque de soutien

psychologique à ces équipes médicales mettait à rude épreuve leurs efforts d'adaptation face à un contexte à haute charge émotionnelle, dû où risque élevé de burn out comparativement à celles des autres régions d'Algérie. (Benferhat, 2013, p.134).

Par ailleurs, un article publié adressé au ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalier en 2002 relative à la protection de la santé des personnels de santé. Cet article annonce que les personnels de santé toutes catégories confondues, et particulièrement les personnels soignants, au contact des malades, surtout dans les unités et services d'urgences, de soins intensifs et de prise en charge de pathologies lourdes sont confrontés souvent à des situations extrêmes dans leur lutte constante contre la souffrance et la maladie chez les patients dont ils ont la charge. (<http://www.sante.dz/Dossiers/dass/instruction27-02.htm>).

Ils peuvent ainsi être soumis à des contraintes physiques de travail importantes mais aussi à des contraintes mentales croissantes dans les services à activité intensive, du fait de problèmes représentés par des contraintes organisationnelles et relationnelles « *risques psychosociaux* » ou bien relatif à leur vécu de leur travail où peuvent se mêler insatisfaction, manque de participation à la prise de décision et même sentiment d'insécurité et de danger au travail. Toutes ces contraintes peuvent entraîner une souffrance psychique chez les personnels soignants lorsque les conditions de travail sont défavorables et mener au stress au travail dont la manifestation extrême est le syndrome de burn out. C'est sous le vocable générique de risques psychosociaux que sont désignées toutes ces contraintes dont il est important de prendre conscience de la possibilité d'impact sur la détérioration de l'état de santé des personnels de santé. (<http://www.sante.dz/Dossiers/dass/instruction27-02.htm>).

12. Le médecin urgentiste face à la pandémie Covid-19 : impact psychologique

Le Covid-19 est provoqué par un virus de la famille des Coronaviridae, le Sars-Cov-2. Nous pouvons expliquer que ce nouveau virus est une maladie respiratoire infectieuse, dont l'origine est toujours débattue, il peut être mortel chez les patients fragilisés par l'âge ou des antécédents à une maladie chronique. Il se transmet en cas de rapprochement avec des personnes infectées. Les médecins et autres soignants sont soumis à cette situation particulièrement éprouvante psychologiquement. Apparue pour la première fois à Wuhan en Chine le décembre 2019, et deviendrait une crise mondiale, suite à une propagation et de contamination.

Dans le monde, au moins de 90 000 membres du personnel soignant ont contracté le coronavirus à l'échelle mondiale, a estimé le 6 mai 2020 lors du « *Conseil International des Infirmières* » (CII), depuis son apparition, en décembre, Howard Catton, directeur général du CII a déclaré dans un article publié 6 mai 2020 « *Coronavirus: Plus de 90.000 cas parmi les membres du personnel soignant dans le monde, selon le CII* », tout en soulignant que le chiffre pourrait être deux fois plus élevé. Cette estimation est basée sur des informations recueillies dans 30 pays auprès des fédérations nationales du secteur, ainsi que sur des données gouvernementales et des articles de presse. D'après Howard Catton, si le taux moyen d'infection au coronavirus des membres du personnel de santé est d'environ 6 %, avec 3,5 millions de cas signalés dans le monde, plus de 200 000 professionnels de santé pourraient en effet avoir été contaminés. https://www.challenges.fr/monde/coronavirus-plus-de-90-000-cas-parmi-les-membres-du-personnel-soignant-dans-le-monde-selon-le-cii_709033.

Tandis que, le 11 avril 2020, l'OMS a estimé 22 000 du personnel soignant contaminés. Il a reconnu que ses 194 États membres ne fournissaient pas de chiffres complets sur la pandémie au sein des hôpitaux. De même, dans un article publié par Laila Marchand le 6 juin 2020 concernant « *La santé mentale des soignants, victime collatérale du coronavirus* », selon une étude publiée fin mai par l'Intersyndicale Nationale des Internes (Isni), 47,1 % des jeunes praticiens interrogés présentent des symptômes d'anxiété, soit 15 points de plus qu'en 2017, 29,8 % montrent des symptômes de stress post-traumatique et 18,4 % des symptômes dépressifs. D'après l'Isni, les symptômes sont « *très présents* » chez les internes qui représentent 44 % des médecins hospitaliers : cauchemars, impression de ne pas arriver à faire face, ne pas pouvoir en parler, irritabilité, colère, anxiété, tristesse, etc, et ce n'est pas tout. Une autre étude, menée au début mai auprès de 3.300 soignants de Belgique néerlandophone, montre que 15 % songent souvent « *à quitter la profession* » contre 6 % en temps normal. Un même constat en Espagne, où selon une étude de l'université de Madrid, plus de la moitié (51 %) des 1.200 soignants interrogés présentent des « *symptômes dépressifs* » et 53 % des signes « *compatibles avec un stress post-traumatique* ». Dans ces conditions de travail difficiles, certains ont craqué, épuisés émotionnellement, tandis que d'autres ont tenu, malgré une fatigue qui s'accumule dans le monde, avance le docteur Nathalie Prieto, psychiatre référente nationale des *Cellules d'Urgence Médico-Psychologiques* (CUMP). <https://www.challenges.fr/monde/coronavirus/plus-de-90-000-cas-parmi-les-membres-du-personnel-soignant-dans-le-monde-selon-le-cii/709033>.

En Algérie, C'est à Boufarik, dans la préfecture de Blida, qu'a été identifié le premier foyer de la pandémie en Algérie. Une famille entière contaminée après le retour de France de ressortissants algériens invités à un mariage. La pandémie a commencé chez nous, elle est en train de flamber chez nous. L'hôpital est complet, dit à l'AFP l'infectiologue de Boufarik. Épuisés, certains médecins ont été victimes de syncopes, d'autres ont eu des accidents de voiture dus à la fatigue. Depuis l'enregistrement du premier cas de Covid-19 le 25 février 2020, le personnel de santé est particulièrement exposé : 31 soignants sont décédés, dont quatre médecins et une infirmière depuis le début de la semaine, d'après les médias. Selon le professeur Abdelkrim Soukehal, « *membre du Comité Scientifique National* », dans un article intitulé « *Algérie : le cri d'alarme des médecins en prise avec le Covid-19* » publié le 11 juillet 2020, 1 700 membres du personnel de santé, tous corps confondus, ont été contaminés. Sur les réseaux sociaux, des médecins de tout le pays diffusent des appels de détresse pour cause d'épuisement, Certains d'autres médecins déplorent le manque de moyens et réclament une assistance de l'État. https://www.lepoint.fr/afrique/algerie-le-cri-d-alarme-des-medecins-en-prise-avec-le-covid-19--10-07-2020-2383811_3826.php. De même, Les soignants sont mis à rude épreuve face au Coronavirus comme jamais auparavant. L'anxiété, la perte d'appétit, la peur d'être infecté et d'infecter les autres par le virus sont des situations vécues actuellement par le personnel soignant. Il est dans le fil de l'action. Donc, il ne va pas penser à demander de l'aide. Pour lui, il est préférable de décaler ou de reporter toutes les souffrances psychologiques. Le personnel soignant est confronté d'autre part à un manque de protection individuelle. <http://www.elmoudjahid.com/fr/actualites/151931>.

Absolument. Cela va même les déstabiliser dans l'accomplissement idéal de leurs missions. Il ne s'agit pas seulement d'équipements matériels car le rendement repose aussi sur tout ce qui est organisation du système de santé en général. Autre élément aussi important qui vient s'ajouter à tous ces facteurs, l'équipe soignante est confronté à des événements stressants qui s'intensifient et qui durent. Le nombre de personnes atteintes par le coronavirus et le nombre de décès enregistré est aussi un facteur qui doit être pris en considération. Parmi le personnel soignant, on retrouve des médecins urgentistes qui n'ont jamais vécu une expérience pareille, c'est-à-dire exercée durant les catastrophes ou la pandémie, et surtout ils sont isolés de leurs familles et peuvent fléchir sur le plan psychologique. <https://www.elmoudjahid.com/fr/actualites/151931>.

II. Les facteurs de risques psychosociaux

1. L'Émergence des facteurs de risques psychosociaux

Les risques psychosociaux, notion récente dont les définitions sont toujours en cours de discussion, ne trouvent pas, en tant que tels, d'équivalents dans le passé. Aussi l'histoire, lorsqu'elle cherche à trouver des correspondances passées à cette notion, doit faire attention aux écarts qui séparent les situations du passé de celles d'aujourd'hui, se garder des anachronismes et des analogies, et s'intéresser à la façon dont la notion est appropriée par les acteurs.

Pour l'historique, les facteurs de risques psychosociaux constituent aujourd'hui un sujet en creux. La bibliographie sur le sujet manque en effet de références d'historiens, tandis qu'elle abonde et croît rapidement dans plusieurs autres sciences humaines et sociales. Sur le sens de ce silence, plusieurs explications tiennent aux particularités de la discipline. Tout d'abord, la formulation même de « *risques psychosociaux* » est récente, tout au moins dans son application aux situations de travail, apparue vers les années 2000, par Maslach (2001), Bakker, Schaufeli et Dermerouti (2002). Or l'histoire montre souvent moins d'aptitude à réagir à la nouveauté que les sciences sociales centrées sur le présent. Elle considère celui-ci moins comme objet direct d'étude que comme incitation à un questionnement renouvelé du passé. Le décalage est peut-être accentué par une propension de l'histoire, en France tout au moins, à déléguer à la sociologie une partie des questions sociales, particulièrement dans le champ du travail. Enfin, dans ce domaine, l'histoire finit de se défaire d'une fréquentation privilégiée du mouvement ouvrier qui l'influçait dans son approche des sujets étudiés. L'étude de la santé au travail, précisément, constitue un pôle de relance des perspectives et des recherches. (Hatzfeld, 2012, p.11).

Les réserves évoquées renvoient à des précautions compréhensibles. Travaillant sur des traces, l'historien doit chercher celles qui, dans le passé, ont pu traduire des situations correspondant au phénomène nouveau que constituent les risques psychosociaux. L'exercice est doublement délicat. Les termes et les discours d'autrefois n'avaient pas exactement les mêmes significations qu'aujourd'hui. De plus, les situations auxquelles ils s'appliquaient ne sont pas les mêmes. Les organisations actuelles sont au cœur des questions soulevées par le thème des risques psychosociaux. Que l'on parle d'entreprises ou d'organismes publics, d'industries ou de services, la définition des risques psychosociaux les éloigne considérablement de celles qui prévalaient il y a de cela cinquante ou cent ans, ou plus loin de

nous encore. Les activités et les techniques mobilisées, les relations hiérarchiques, les formes de contrat et de rémunération du travail et surtout la convergence de ces aspects en situations fermement installées dans des époques spécifiques appellent à la plus grande prudence dans les comparaisons. Outre les travailleurs et les employeurs, partenaires directs de la relation de travail et d'emploi, le risque d'anachronisme touche aussi l'action législative, judiciaire et administrative de l'État, ainsi que les connaissances scientifiques en médecine, en psychologie ou en sciences sociales. (Gollac, Boudier, 2011).

Si la prudence retient de transposer les modèles actuels dans les situations passées, il est difficile de ne pas chercher dans certaines d'entre elles des échos aux questions contemporaines. Au cœur de ces correspondances, c'est sans doute la notion de risque, et la façon dont les débats se développent dans la société à leur propos qui invite à chercher des repères historiques, à côté des incursions déjà réalisées dans des perspectives sociologiques ou psychologiques. Cette notion est elle-même l'objet de définitions diverses, voire de controverses. Parmi ces définitions, on retiendra celle que propose le Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail. Rappelant que la notion de risque renvoie « *au lien entre l'exposition à des facteurs de risque d'une part et des dommages d'autre part* », il propose « *l'idée que des facteurs organisationnels et ou professionnels, interagissent avec le psychisme des travailleurs et que cette confrontation a un impact sur la santé mentale, physique et sociale de ces travailleurs* ». Il insiste sur la nécessité de bien distinguer les facteurs et les effets. L'étude des facteurs présente un sens en elle-même, tandis que celle des effets suppose des précautions d'interprétation particulières. Visant une large ouverture, la définition permet d'embrasser des situations et des discours passés ; le problème réside toutefois dans la difficulté d'y tisser des correspondances avec les situations et discours de notre époque. (Hatzfeld, 2012, p.11).

En Algérie, la santé physique et psychologique en milieu de travail est un domaine qui recouvre l'ensemble des problèmes de santé attribuables à l'exposition à des agresseurs physiques, chimiques ou biologiques en milieu professionnel ainsi que de problèmes liés aux caractéristiques organisationnelles « risques psychosociaux » des milieux de travail. Le monde du travail a connu une période de croissance sans précédent ainsi que de multiples transformations dans ses conditions d'exercice. Cette croissance s'est accompagné de nouvelles conditions d'emploi et de travail ainsi que de nouveaux risques qui interpellent les spécialistes de la prévention, les gestionnaires, les employeurs et les chercheurs. De plus, les anciens problèmes de santé et sécurité du travail n'ont pas totalement disparus, certains connaissent même une recrudescence. De nombreux observateurs internationaux constatent la persistance

des risques traditionnels et une intensification généralisée du travail qui prend des formes beaucoup plus subtiles. Cette problématique est encore plus complexe, puisque les problèmes de santé qui en résultent sont pour une large part différés dans le temps et invisibles. Les carrefours du risque et de la santé que traversent notamment les travailleurs des pays du sud remettent donc en question les cadres d'analyse et d'action sur la prévention et les conditions de travail actuels. Au cours de ces dernières années depuis 2007, à l'instar des autres pays du Maghreb et des pays de même développement économique, qui ont connu d'importantes mutations de sa situation en matière d'emploi, la compréhension de l'impact des facteurs de l'environnement du travail sur la santé constitue un vaste champ d'investigation. Il s'agit de mesurer les expositions à ces facteurs, d'identifier leur rôle et de quantifier leur contribution dans la genèse ou l'aggravation de multiples pathologies dont l'étiologie reste mal connue. La connaissance de l'interaction de ces facteurs avec les autres déterminants de la santé, qu'ils soient comportementaux, sociaux, organisationnels ou génétiques, constitue un défi pour la recherche scientifique. (Azri, 2009, p.6).

En outre, toute activité professionnelle de l'individu comporte des risques. Les accidents de travail et les maladies professionnelles sont nombreux et variés, certains sont bénins et sans conséquences. Par contre un nombre important d'entre eux est grave, voir mortel, ceci sans négliger l'impact financier, social et moral de ces deux phénomènes. Pour cela, l'Organisation Internationale du Travail (OIT) s'est fixé comme objectif la promotion de l'hygiène et sécurité dans les milieux de travail. Pour ce faire, l'OIT a formulée depuis sa création plusieurs conventions et recommandations protégeant les travailleurs des risques professionnels, et fixant des normes de sécurité à respecter sur les lieux de travail. (Azri, 2009).

L'Algérie a d'ailleurs ratifié plusieurs d'entre elles depuis son indépendance. Cependant, le nombre et le coût des accidents de travail et les maladies professionnelles enregistrées, ne cessent de croître d'année en année, selon les statistiques de la Caisse Nationale des Assurances Sociales malgré les nombreux textes de lois instaurant la protection des travailleurs contre les risques professionnels et les divers organismes spécialisés assurant la prévention des accidents de travail et veillant sur l'application des normes d'hygiène et de sécurité. Cette croissance a été stimulée par l'essor de certains secteurs d'activités présumés à risque à l'égard des travaux publics ayant amplifiés les risques psychosociaux auxquels le travailleur algérien est exposé. La croissance du nombre des accidents de travail entraîne des coûts considérables de prise en charge des victimes pour la CNAS, confrontée à l'insuffisance de ses ressources financières. Sans compter les conséquences humaines et sociales graves

supportés par les victimes et leurs familles, notamment lorsqu'il s'agira d'accidents, ou autres maladies et troubles extrêmes. (kaïd-Tlilan, 2009, p.7).

2. Les définitions des facteurs de risques psychosociaux (RPS)

Les RPS englobent les expositions des travailleurs en milieu professionnel tels que les entreprises, associations, établissements scolaires et hôpitaux, etc. à des dangers qui pourraient être à l'origine d'une atteinte et d'une dégradation temporaire ou durable de leur santé physique et psychique. Les RSP sont définies comme suit :

2.1. De manière générale

« Les RPS recouvrent les risques professionnels qui portent atteinte à l'intégrité physique et la santé mentale des travailleurs tels que stress, harcèlement moral, agression, etc. Ces risques peuvent entraîner des pathologies professionnelles telles que, les maladies psychosomatiques, et les troubles psychologiques ». (Nasse, Légeron, 2008).

2.2. En psychologie

« Les RPS sont des risques liés aux relations humaines au travail. Ils sont des risques qui découlent de l'interaction entre les individus et de l'interaction de l'individu avec son travail. Ils sont couramment nommés risques psychosociaux. Ce sont des risques dans la sphère professionnelle et ayant des effets sur la santé mentale des individus et leur intégrité physique ». (Gérard, 2008).

3. Les types des facteurs de risques psychosociaux de burn out

En milieu de travail, toute pathologie ou état se développe en fonction de circonstances spécifiques : engendrées par des facteurs de risques multiples qui contribuent dans l'apparition de plusieurs formes de maladies somatiques et troubles psychologiques tel que le *burn out* et notamment en milieu hospitalier chez les médecins qui travaillent dans les situations d'intensités et de stress, etc.

Parmi les facteurs de risques du burn out recensés sont des RPS. Ces derniers, sont à l'origine des facteurs sociodémographiques et socioprofessionnels conduisant à l'apparition de burn out chez les professionnels de la santé tels que les médecins urgentistes.

3.1. Les facteurs sociodémographiques

Sont l'ensemble des facteurs qui se répartissent dans deux sous catégories :

- Causes démographiques : elles englobent âge, sexe et situation familiale.
- Causes professionnelles : liées à l'expérience, et au statut professionnel.

Il est difficile d'établir des conclusions quant au rôle des causes démographiques et professionnelles sur l'apparition de burn out car les études ont des résultats divergents.

3.1.1. Causes démographiques

3.1.1.1. Age

Le rôle de l'âge est encore très discuté dans la littérature.

Pour certains, Il pourrait influencer l'apparition du syndrome, et donc les personnes les plus jeunes ont plus de risque de s'épuiser, il serait plus fréquent chez les jeunes médecins, tandis que pour d'autres, les personnes entre 30-40 à 50 ans seraient plus menacées. (Maslach, Leiter, 2008, p.20).

3.1.1.2. Sexe

Le rôle du sexe dans la survenue de l'épuisement professionnel est également controversé.

Le burn out semblait toutefois plus fréquent chez les femmes que les hommes. Ceci probablement à cause de leur vulnérabilité physique et émotionnelle, souci permanent de pouvoir concilier leur vie familiale, la féminisation de la médecine. (Maslach, al, 2001). Une autre étude montre que, toutes professions confondues, les femmes présentaient un score général au MBI-HSS un peu plus élevé que les hommes. (Bakker, Dermerouti, Schaufeli, 2002, p.20).

3.1.1.3. Situation familiale

Le résultat est malheureusement rarement exploité. La situation familiale des médecins (statu matrimonial, ce qui concerne l'état de la vie conjugal et les enfants à charge) est souvent demandée dans les différentes études sur le sujet du burn out. (Ahola, al, 2006).

3.1.2. Causes professionnelles

Plusieurs chercheurs tels que Maslach et Leiter (2008), ont montré que le burn out est probablement dû au fait que les facteurs sont souvent liés entre eux de manière complexe comme (expérience, statut professionnel, etc). Ce qui rend difficile tout essai d'interprétation.

Ancienneté ou le nombre d'années d'exercice ; Selon certains auteurs, le burn out diminuerait avec l'ancienneté professionnelle. Il y aurait un pic d'incidences en début de carrière, précisé à moins de 5 ans d'activité pour la plupart des études.

Il ne serait pas difficile non plus d'expliquer ce constat, puisque c'est bien à cet âge-là que la flamme motivationnelle atteint son apogée ; ce n'est qu'à avec la pratique quotidienne que cette vision idéaliste de jeune professionnel commence à se dissiper peu à peu, laissant place à la désillusion, au désespoir et par conséquent au burn out. (Lahlou, 2013, p.42).

3.2. Facteurs socioprofessionnels

Sont des facteurs qui regroupent l'ensemble de facteurs sous deux grandes catégories qui sont :

- Des causes extérieures reliées au travail : elles découlent de l'environnement physique et psychosocial.
- Des causes intérieures reliées à l'individu lui-même : elles se définissent au niveau du fonctionnement psychique de l'être.

Un des stress majeurs menant au burn out est sans nul doute le manque d'organisation médicale. L'environnement professionnel toxique peut provenir de plusieurs facteurs tels que le type de spécialité, l'aménagement des horaires, la répartition des tâches ainsi que la charge du travail.

3.2.1. Les causes externes

Il s'agit de l'ensemble des agents *stresseurs* selon Maslach, et *exigences* selon Dermerouti, Bakker et Schaufeli, etc. que l'on peut englober sous le nom de *conditions de travail*, incluant la présence de conditions négatives et l'absence de conditions positives :

3.2.1.1. Les horaires

Dans l'apparition de l'épuisement au travail, il est fondamental de citer le rôle de l'aménagement des horaires ou encore le travail de soirée ou de nuit (gardes de nuits). En effet,

lors du développement d'un burn out chez les médecins, le nombre d'heures de travail, favorisant un état de fatigue extrême, cette même fatigue abaisse leur rendement, les poussant à faire encore plus d'heures pour compenser. (Evain, Mekoa, Khiari, Vincent, 2011).

3.2.1.2. Les tâches

L'ingratitude de certaines tâches assignées aux médecins peut être génératrice de stress, le malaise, les responsabilités, le nombre de patients à charge et la lourdeur de la paperasserie administrative. Or, le médecin se trouve impuissant face à cette masse à abattre, cette charge lui donne l'impression de s'éloigner de sa vocation première, provoquant souvent un sentiment de frustration extrême. La surcharge au travail peut miner le médecin, la sous occupation ou des tâches en dessous du niveau de compétences peut également amener le sentiment d'être inutile et induire la frustration. (Evain, Mekoa, Khiari, Vincent, 2011, p.8).

3.2.1.3. Intensité et complexité du travail

L'intensité et la complexité du travail se mesurent à travers de diverses exigences et contraintes dans l'exécution du travail. Nous retiendrons :

- Les contraintes de rythmes de travail,
- La précision des objectifs de travail,
- L'adéquation des objectifs de travail avec les moyens alloués et les responsabilités exercés,
- Les interruptions perturbatrices au cours du travail, etc.

Une intensité excessive de travail génère des atteintes autant physiques que mentales, via le stress chronique, ainsi que le burn out. (Minem, 2013).

3.2.1.4. Faible autonomie

Inclut généralement une faible maîtrise du travail et l'incapacité de réalisation dans la vie professionnelle, souvent associée à un manque de la latitude décisionnelle ou insuffisante dans certains points (fortes exigences) :

Faible autonomie dans la tâche : difficultés rencontrées et incapacités de discuter pour favoriser des solutions aux problèmes pour atteindre des objectifs dans l'ordre des tâches. Faible autonomie temporelle : incapacités d'avoir un moment de pause, et de repos du moment à l'autre pour s'étendre. (Minem, 2013).

3.2.1.5. Insécurité de l'emploi et du travail

L'insécurité de l'emploi et du travail est un facteur de risque pour la santé de médecin dans la mesure où elle réduit le sentiment de maîtrise de la situation, elle comprend :

Insécurité socio-économique : peur de perdre son emploi, de subir des retards dans le versement des médecins, contrats précaires, etc. Le risque de changement non maîtrisé de la tâche et des conditions de travail : incertitude sur l'avenir de son métier, peur de devoir changer de qualification ou de métier sans y être préparé, etc. Utilisation et développement des compétences : capacité d'assurer l'adéquation des tâches et leur compétences. (Minem, 2013).

3.2.1.6. Relations interpersonnelles

Conflits de valeurs associés aux mauvaises communications : hostilité, violence ou agressivité, etc. Mauvaise ambiance : problèmes relationnels et comportementaux entre les collègues (manque de solidarité), et avec les supérieures et les rapports avec hiérarchies (relation d'autorité). Et mauvais soutien : manque d'écoute, mauvaise prise de compte des difficultés ou de contradictions nées du travail ou conflit et ambiguïté de rôle. (Khalassi, 2015).

3.2.2. Causes internes ou personnelles

Parmi les causes reliées au médecin, nous pouvons distinguer ses rapports de déséquilibre entre sa vie privée et professionnelle. Nous retiendrons :

3.2.3. Famille et proches

La cassure de burn out intervient souvent sur un terrain privé fragilisé. Lorsque le médecin à des préoccupations externes à son travail, ses soucis peuvent entacher sa concentration. Cela peut induire une baisse des performances et causer une surcharge de travail à moyen et à long terme. Ajouter à d'autres facteurs, cette situation peut entraîner :

- Les difficultés de conciliation travail-famille,
- Une baisse estime de soi,
- La surcharge des problèmes dans la vie personnelle, de la vie de couple et la vie de la famille, ...etc.

Ces problèmes peuvent facilement prédisposer au burn out chez le médecin. (Khalassi, 2015).

4. La prévention des facteurs de risques psychosociaux

Pour prévenir les risques psychosociaux, une démarche centrée sur le travail et son organisation est à privilégier. Visant à la situation du travail globale et s'intéresse aux trois niveaux principaux :

4.1. Prévention primaire

Ce sont des actions qui visent à réduire, ou éliminer à la source, l'apparition des problèmes de santé psychologique au travail. Elles diminuent considérablement les coûts qui en découlent. Les *bonnes pratiques* de management sont de nature à développer la prévention primaire. Ainsi, par exemple, tenir régulièrement des réunions de groupe ou d'équipe, encourager un style de management participatif, offrir de la formation aux employés, etc. (Haubold, 2008, p.116).

4.2. Prévention secondaire

Les actions permettent d'aider les individus à développer des connaissances, des habiletés, pour mieux reconnaître et gérer les réactions face au stress. Ces actions ne modifient pas les conditions dans lesquelles le travail s'effectue, mais seulement les réactions pour les aider à mieux s'adapter au travail. Exemple d'action « *diffusion d'articles portant sur la santé psychologique au travail, conférences exposant les manifestations physiques, psychologiques et comportementales des problèmes de santé psychologique au travail* ». (Haubold, 2008, p.116).

4.3. Prévention tertiaire

Elle concerne le processus de retour à l'emploi et le suivi des individus qui souffrent. Ce sont souvent les Programmes d'Aide aux Employés (PAE), ou les programmes de retour au travail par exemple, ou encore les réseaux d'entraide par les pairs. (Haubold, 2008, p.117). Nous notons cependant qu'elles ne sont pas toutes *préventives*, surtout pour les actions secondaires et tertiaires. De plus, dans la réalité, nous observons peu de pratiques de prévention vraiment primaires : Nous sommes très souvent dans le curatifs.

Prévention primaire	Prévention secondaire	Prévention tertiaire
<p>Actions sur les facteurs de risques</p> <ul style="list-style-type: none"> - Analyse causale multifactorielle - Analyse des situations 	<p>Actions sur les capacités individuelles et collectives :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Formations préventives -Formations opérationnelles 	<p>Actions sur les effets des risques :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Prévention post-traumatique -Prise en charge thérapeutique -Cellule d'écoute
<p>La prévention primaire demeure une étape indispensable, seule efficace sur le long terme</p> <ul style="list-style-type: none"> - Compréhension de la problématique - Actions ciblées en fonction : <ul style="list-style-type: none"> - Des situations professionnelles dégradées - Des populations les plus touchées - Des caractéristiques des RPS 	<p>Figure N° 05 : <i>Les démarches préventives des facteurs RPS en fonction de trois niveaux. (Maillard, L. 2013, p. 6).</i></p>	

5. L'ampleur des facteurs de risques psychosociaux dans le monde et en Algérie

Les facteurs de risques psychosociaux au travail regroupent l'ensemble des éléments organisationnels et relationnels relatifs à l'environnement professionnel du travailleur qui peuvent potentiellement entraîner chez lui des troubles psychiques.

De nombreuses études effectuées par des chercheurs scientifiques tels que Chenard, Bélisle et Vézina (2017) montrent que la présence d'un ou de plusieurs RPS, entraînent pour les travailleurs des risques plus élevés d'atteinte à la santé psychologique et physique, ainsi qu'une augmentation des risques d'accidents de travail comme pour d'autres risques. (Sassine, 2018).

Auparavant, les risques psychosociaux englobent plusieurs pathologies, maladies professionnelles telles que les dépressions professionnelles, les maladies psychosomatiques, les troubles du sommeil, mais aussi des pathologies concernant la santé physique. C'est notamment

le cas des troubles musculosquelettiques, tels que les douleurs de dos et ou dans les membres supérieurs. Aujourd'hui, des concepts plus récents, émergés de la littérature pluridisciplinaire ont souligné le rôle éventuellement pathogène d'autres dimensions psychosociales de l'environnement du travail jusqu'alors négligées. Dans cette tendance, s'inscrit des concepts tels que le bien-être et la détresse psychologique (Massé & al, 1998), la violence psychologique au travail, Einarsen (2000). L'insécurité, précarité au travail, Sverke, al(2002). Le temps de travail prolongé, Hulst (2003). La souffrance au travail, Dejours (2005) ou encore les difficultés de conciliation vie professionnelle-vie familiale. (Hajjar, Curie, 1987).

En Algérie, les RPS au travail sont plus présents chez les travailleurs notamment auprès des aides-soignants « *infirmiers, sage-femme et médecins urgentistes et autres* ». Ces derniers, disposent de moins de bonnes conditions de travail telles que « *la surcharge du travail, manque de soutien, absence d'autonomie et autres* ». Souvent, sont plus exposés à des contraintes psychiques, physiques et à des risques psychosociaux. Ces caractéristiques contribuent à entraver leur santé et réduire leur accès à de meilleures conditions de vie et d'emploi.

De ce fait, les effets des facteurs de risques psychosociaux relèvent aussi bien de la santé mentale que physique ; ainsi, le bien-être et la productivité de la personne qui y est soumise sont affectés. Certains facteurs peuvent directement induire des effets délétères sur la santé. C'est le cas par exemple du travail en horaires atypiques où les perturbations chronobiologiques et les habitudes alimentaires sont à l'origine des troubles du sommeil et des troubles digestifs ; aussi, l'intensité du travail et les rythmes rapides du travail peuvent favoriser les troubles musculosquelettiques ; les violences externes de type physique affectent directement l'intégrité de l'organisme de la victime. (Bacha, Liani, 2018, p.6).

De même, Les RPS sont souvent imbriqués et le stress qu'ils génèrent peut entraîner des manifestations plus ou moins graves de la santé mentale ou physique. Face à un facteur donné que le travailleur perçoit comme menaçant, un stress aigu s'installe comme réponse immédiate ; il deviendra chronique si le facteur perdure. Ce stress chronique peut évoluer en plusieurs pathologies, ce qui amène à dire que la notion de bon stress est tout à fait erronée. (Bacha, Liani, 2018).

De même en Algérie, Même si la prévention de la santé physique et mentale des professionnels est annoncée dans les textes réglementaires régissant la sécurité et la santé au travail, un manque de données statistiques et des textes juridiques et réglementaires régissant les RPS, a été constaté. Pourtant le problème des RPS dans nos institutions est reconnu et des

démarches de prévention ont été adoptées par certains secteurs *«La prévention de ces facteurs de risques s'impose au même titre que celle des risques socioprofessionnels, sociodémographiques auxquels peuvent être les personnels de la santé selon leur poste de travail »*. (Kernani, 2016).

Les RSP peuvent encourager généralement, soit des risques professionnels mettant en danger la santé mentale et physique des travailleurs, soit le stress ou le burn out au travail, les violences et agressions internes et externes au travail.

Synthèse

Pour conclure, le burn out n'est pas une maladie psychiatrique, mais un syndrome silencieux touchant les individus travaillant plus en plus d'une façon brusque et continuellement, pouvant être exprimé sous plusieurs manifestations voir « *les symptômes cliniques* », qui sont à l'origine de plusieurs facteurs de risques psychosociaux survenant lorsque les exigences et les demandes dépassent les capacités d'y répondre, survenant dans le milieu de travail, de l'individu lui-même et de ses relations vis-à-vis des autres personnes clients, collègues, les personnels de hiérarchie.

De ce fait, nous avons remarqué que la prévention devienne nécessaire pour se protéger et prédire les risques psychosociaux qui peuvent engendrer les troubles et les maladies graves allant jusqu'à le burn out, dépression, suicide, diabète.

Nous avons conclu notre deuxième chapitre intitulé « *le burn out et les facteurs de risques psychosociaux* » par une synthèse.

Et dans le chapitre qui suit, nous allons aborder notre problématique et hypothèses, puis nous allons commencer notre partie pratique, là où nous allons présenter notre troisième chapitre intitulé « *la méthodologie de la recherche* » d'aborder les outils de la recherche, et la méthode utilisée dans notre thématique de recherche.

Problématique et hypothèse

1. Problématique et hypothèses

Au cours de la vie quotidienne, le besoin du travail constitue un élément essentiel pour rester en bonne santé. De nombreuses études nationales ou internationales le démontrent comme suit « *les personnes qui travaillent vont globalement mieux que les personnes sans travail* ». (Lefebvre, Poirot, 2011). Il s'agit d'un exercice d'une activité professionnelle déployée pour accomplir une tâche, une activité de l'homme appliquée à la production ou à la création d'un travail manuel ou intellectuel.

En revanche, l'environnement professionnel peut influencer négativement sur la santé mentale, physique et sociale, d'un travailleur. Durant ces 30 dernières années, le travail a profondément changé, et avec lui, ses effets néfastes sur la santé des employés, parmi les maladies somatiques et troubles psychologiques recensés, certaines peuvent mettre en jeu la santé mentale des travailleurs dans plusieurs domaines sociaux, et généralement dans le cadre des relations d'aide tels que l'enseignement, paramédical, psychologie et médecine des urgences, etc.

La médecine des *urgences* est une profession à caractère de ce qui est urgent et que le médecin exerce loin de toute influence ; avec ses seules motivations étant sa science, son savoir, sa conscience et son éthique professionnelle d'une façon exclusive. Elle est une activité qui regroupe les situations pathologiques graves qui risquent de mettre en jeu le pronostic fonctionnel ou vital si elles ne sont pas traitées dans les plus brefs délais. La qualité de la prise en charge initiale, diagnostique et thérapeutique, ainsi que l'orientation vers une structure appropriée sont des éléments importants du pronostic. (Boussuges, 2004). Dans son champ d'exercice, ce domaine constitue la porte principale d'entrée à l'hôpital, et un passage quasi-obligatoire pour les patients avant leur admission dans la plupart des services hospitaliers. Les consultations et hospitalisations en urgence représentent une part importante des activités de soins dans le secteur public, car il forme le portail des premiers soins médicaux où on observe de manière continue un nombre important patient consultant, et cela engendre souvent un assemblage majeur et de longs délais d'attentes dans les services des urgences hospitaliers.

Dans ce cadre, le médecin intervenant dans ce service est « *urgentiste* » connu effectivement médecin « *généraliste* », au cours de ses activités, il est amené à médicaliser les urgences vraies ou relatives de proximité, de ses propres moyens, qu'elles proviennent directement du malade ou de son entourage ou qu'elles aient transitées par un centre de réception et de régulation des appels médicaux. Il doit être présent tout au long de la chaîne des

secours, du chevet du patient jusqu'à la salle d'examen de l'hôpital, il doit bien aussi faire face à une urgence médicale, pédiatrique, gynécologique que chirurgicale, vaste domaine. (Michellier, 2003). Il est le plus souvent confronté à ces urgences de manière inopinée et occasionnelle. Pour autant, pour chaque urgence, il doit connaître l'essentiel et l'indispensable afin de gérer en mieux les premiers instants en attendant le relais d'un spécialiste, il est bien naturel que, de par sa formation et son mode d'exercice, il ait parfois des oublis ou des hésitations et qu'il ressente un besoin de réassurance en pareille situation.

En Algérie, l'exercice de la médecine en général consiste à évaluer et à diagnostiquer toute déficience de la santé, à prévenir et à traiter les maladies dans le but de maintenir la santé ou de la rétablir. Tout traitement est administré en vue de soigner ou de guérir un malade. Les médecins pédiatres, gynécologues, chirurgiens-dentistes et médecins urgentistes, etc. sont soumis à une instance disciplinaire appelée « *Ordre* », d'après Touati (2010) celui-ci assure un peu comme un syndicat, la représentation de la profession devant les pouvoirs publics. Mais surtout, il contrôle l'accès à la profession et en règlemente l'exercice. Ainsi que le médecin pour exercer en légalité en Algérie, il doit être inscrit sur le tableau de l'Ordre pour les médecins, c'est-à-dire autorisé par lui. Il doit aussi respecter certaines règles particulières, prescrites par le code de déontologie de la profession, les règles dont le contrôle est assuré par l'Ordre.

D'une part, la médecine des urgences en Algérie, n'est pas comme les autres spécialités telles qu'en médecine de cardiologie, ophtalmologie, pneumologie, etc. dont les médecins sont spécifiquement formés comme des spécialistes en fonction de leurs spécialités. Selon ce que nous avons retenu de Haouari et Boudjellel (2020) les urgences désignent un ensemble de plusieurs spécialités à la fois « *pluridisciplinaire* ». Un médecin urgentiste n'intervient pas sur un seul organe, il intervient sur tous les organes, il est nécessaire qu'il soit polyvalent. Cependant, l'ensemble de différentes spécialités en médecine des urgences n'ont pas abouti à la création d'un statut du médecin urgentiste, cette dernière n'est pas reconnue comme spécialité médicale, il n'existe pas comme pour d'autres spécialités, une filière de formation universitaire débouchant sur un diplôme reconnu praticien spécialiste urgentiste.

Par ailleurs, la médecine des urgences est reconnue à la fois comme l'une des professions où les médecins urgentistes sont souvent confrontés aux risques ou à des situations de stress multiples, intenses et récurrent. Dans le contexte d'urgence, leur vécu est rencontré par des situations qui surviennent de façon brutale et inattendue et une expérience psychique

douloureuse ayant pour but d'aider les gens, qui sont justement inquiétantes ayant un impact négatif sur leur bien-être somatique et notamment psychologique au travail, de s'user, s'épuiser, craquer en raison de demandes excessives d'énergie, de forces ou de ressources impliquant une source de tension susceptibles d'engendrer plusieurs maladies somatiques, et des troubles psychologiques chez les médecins urgentistes tels que stress, diabète, dépression, et particulièrement le burn out qui est notre thème de recherche.

Le burn out est donc un syndrome physique, psychique et émotionnel qui conduit au développement d'une image de soi inadéquate, d'attitudes négatives au travail avec une perte d'intérêt de sentiment pour le patient. Il combine une fatigue profonde, un désinvestissement de l'activité professionnelle, un état d'échec et d'incompétence dans le travail. De même, il est considéré comme une forme particulière de réaction au stress chronique.

Le burn out, n'est évidemment pas un syndrome nouveau. Auparavant, selon Schneider (1911) et Freudenberg (1974). Le burn out était une forme de « *neurasthénie* » affectant les instituteurs, dont les symptômes, très variables, englobaient trouble de sommeil, hypersensibilité cutanée, auditive et visuelle, migraine, fatigue, frustration, trouble de l'attention et de la concentration, affaiblissement des performances, abattement, irritabilité, troubles de l'appétit et incapacité de travail résultat du dévouement à une cause, à un mode de vie ou à une relation qui n'a pas donné les bénéfices escomptés. Tandis que, pour les deux chercheurs Schaufeli et Enzmann (1998) le burn out est considéré comme un état d'esprit durable, négatif et lié au travail affectant des individus « *normaux* ». Il est marqué par un épuisement, accompagné de l'anxiété, et de tension *distress*, d'un sentiment d'amoindrissement de l'efficacité, d'une chute de la motivation et développement de comportements inadaptés au travail. Cette condition psychique est progressive et longtemps passer inaperçue du sujet lui-même. Elle résulte d'une inadéquation entre les tensions et la réalité professionnelle. Le burn out s'installe en raison de mauvaises stratégies d'adaptation associées au syndrome, souvent auto-entretenu.

Cependant, la majeure partie des tenants du burn out s'accordent aujourd'hui sur la triade pathognomonique de Maslach et al (1997) composée de l'épuisement physique, émotionnel et mentale, la déshumanisation ou cynisme et une dégradation du sentiment d'accomplissement personnel, résultat d'une confrontation répétée à la détresse des autres, l'impossibilité de répondre de façon satisfaisante à la demande d'autres personnes, et d'un investissement prolongé dans des situations de travail exigeantes sur le plan émotionnel. Cette

triade symptomatique est celle la plus fréquemment énoncée dans la littérature pour exprimer la spécificité du burn out dans le domaine de la relation d'aide.

Les études scientifiques de Chapelle (2018) concernant le burn out montrent qu'il ne fait simultanément pas l'objet d'un diagnostic officiel, il est absent des deux grandes nomenclatures internationales de référence, CIM-10 de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), et DSM-V Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux de l'Association Américaine de Psychiatrie. Cependant, et selon la révision récente de la *Classification Internationale des Maladies*, nous avons retenu que la (CIM-11, OMS, mai 2019) a fourni une définition plus détaillée du burn out, le caractérisant comme un syndrome à trois dimensions « *sentiment de déplétion ou d'épuisement d'énergie, prise mentale accrue de distance vis-à-vis de l'emploi occupé ou sentiments de cynisme ou de négativisme à égard, efficacité professionnelle réduite* ». La CIM-11 a mis l'accent sur le burn out en tant que phénomène professionnel au sens de maladie professionnelle plutôt que médicale.

En outre, le burn out peut être une source de tension qui est dû à un ensemble de situations de stress. Ces situations constituent des facteurs de risques parmi lesquels nous avons repéré des facteurs psychosociaux. Ces derniers sont apparus vers la seconde moitié des années 2000 en devenant une problématique de santé public et débattus aujourd'hui par la communauté scientifique et des chercheurs tels que Maslach et al (2001), Bakker, Schaufeli et Dermerouti (2002) et autres. Ces auteurs ont montré que les facteurs psychosociaux sont des facteurs à l'origine sociodémographiques et socioprofessionnels *internes* qui proviennent de la personne elle-même, et *externes* qui sont organisationnels, frappant tout individu au travail. De même, ces auteurs ont observé que ces facteurs surviennent notamment en milieu hospitalier auprès des médecins travaillant en situations d'urgences.

Dans le monde, le burn out (BO) est connu comme un syndrome en relation avec une activité professionnelle, dépersonnalisation, sentiment d'accomplissement personnel insuffisant. Partout dans le monde, il atteint un niveau épidémique. En France, une enquête de prévalence a été réalisée par Vaquin-Villminey (2007) auprès des médecins, dans le but de mesurer la prévalence du burn out chez les médecins généralistes français à l'aide d'un questionnaire auto administré de MBI-HSS « *Maslach Burn out Inventory–Humain Service Survey* ». Les données issues de cette enquête montrent que le BO semble toucher la moitié de 51,6% des médecins généralistes français, un médecin sur quatre de 24,4% présentait une atteinte faible, un médecin sur cinq de 19% une atteinte modérée et un médecin sur douze de

8% une atteinte sévère qui associe un épuisement émotionnel élevé, une forte dépersonnalisation de la relation à l'autre et un accomplissement personnel faible.

Une autre enquête réalisée en France (2015), montre que le BO augmente depuis (1983) d'une manière progressive jusqu'à en 2013 a marqué plus de 70% médecins touchés par le BO exerçant dans plusieurs services. (Canoui, Mauranges, 2015). En Amérique du Nord, il touche la moitié des médecins en exercice aux Etats-Unis selon des données dont les chercheurs commencent à disposer, déclaré par (Moshinaly, 2019). Ainsi que, en 2018, l'enquête *Survey of America's Physicians-Practice Patterns and Perspective* a relevé que 78% des médecins sont au stade de BO, soit une augmentation de 4% par rapport à 2016. En Angleterre, dans une enquête de la *British Medical Association* en 2019, 80% des médecins se disent à haut ou à très haut risque de BO, les médecins juniors ayant le plus fort risque, suivis par les généralistes déclaré par (Moshinaly, 2019). Dans les facteurs les plus identifiés sont des facteurs de risques psychosociaux liés aux mauvaises conditions et à la charge du travail.

En Afrique, on trouve qui il y a des études qui ont été effectuées par des chercheurs scientifiques à fin d'étudier le syndrome de BO dont on distingue celle en Tunisie réalisée par Bouanene, El Mhamdi, Maâtoug, Ben Salah et Soltani (2013) au CHU de *Fattouma Bourguiba, Monastir* (Tunisie). En effet, cette étude ayant pour objectif de déterminer la prévalence du BO et les facteurs influençant son niveau chez les médecins travaillant dans les services des urgences dans un contexte que ses médecins sont particulièrement exposés au risque de ce syndrome. C'est une étude descriptive transversale exhaustive auprès des médecins généralistes travaillant aux services des urgences de la région de Monastir et de Mahdia (Tunisie). Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire auto-administré, comprenant, outre les caractéristiques sociodémographiques et socioprofessionnelles des médecins, une version française de l'échelle de MBI-HSS. Un modèle de régression logistique a été réalisé afin de déterminer les facteurs de risque indépendants du BO élevé. Ses chercheurs ont colligé 45 réponses parmi les 60 questionnaires distribuées d'un taux de réponse de 75% dont les chercheurs ont colligé 45 réponses parmi les 60 questionnaires distribuées, soit un taux de réponse de 75 %. Un niveau de BO modéré à élevé a été retrouvé chez 44,4% des cas. Un niveau élevé d'épuisement émotionnel et de déshumanisation de la relation a été retrouvé chez 48,9% et 33,3% des médecins respectivement. Plus de la moitié du personnel médical (57,8 %) avait un niveau bas de sentiment d'accomplissement personnel. En analyse multivariée, quatre facteurs ont été identifiés comme indépendamment prédictifs de la survenue du BO élevé : le

nombre élevé de gardes par an, la non-participation à des formations médicales continues, l'absence d'un soutien familial et le désir de reconversion professionnelle.

De même, en Afrique centrale, une étude a été réalisée chez les médecins généralistes de la région Douala (Cameroun), par Mandengue, Owona, Lobé, Assomo, Nsongan, Bika, Ngo Sack, Njamnshi et Etoundi (2017), le but de cette étude est d'évaluer et documenter l'importance du syndrome du burn out auprès des médecins généralistes dans un contexte d'une absence totale de données sur cette affection au Cameroun. L'étude incluant 85 médecins généraliste, à l'aide d'un questionnaire auto-administré sur les caractéristiques sociodémographiques, les conditions socioprofessionnelles questionnaire MBI-HSS, et le questionnaire de Ricci-Gagnon pour déterminer le niveau des activités physiques. Les résultats ont déclaré que 42,4% étaient victimes du burn out, dont 31,8% à un niveau faible, 9,4% à un niveau moyen et 1,2% est élevé. Bien qu'ayant une prévalence élevée, le burnout n'est pas bien connu parmi les MG à Douala. Divers facteurs sociodémographiques et socio-professionnels sont associés et contribuent à augmenter le niveau de l'affection. Le burnout semble être un trouble psychosomatique vicieux.

En Algérie, selon les rapports de Kandi (2019) aucune enquête de prévalence et épidémiologique n'a été menée sur le burn out auprès des médecins, jusqu'à nos jours, aucune données chiffrées détaillées. Rappelons les actes du colloque CIES 02 « *Santé et Sécurité au Travail, Développement et Mondialisation-Université de Bejaia, 06 et 07juin 2009* ». La santé psychosociale au travail reste malheureusement méconnue, selon Kaid Tlilane, « *il existe peu de renseignements sur la santé au travail* ». Et selon des chercheurs comme ; Benabou, Beni Abdellah, Tabeti « *le contexte algérien demeure moins exploité* », que ce soit pour les secteurs publics ou privés. Il existe peu d'études qui sont en lien direct avec le sujet, à l'exception de quelques-unes. Dont celle menée par Remmas sur le rôle des services de médecine du travail dans l'étude et la prévention du stress, affirme que ce sujet suscite un intérêt de plus en plus grandissant chez les chercheurs universitaires et les professionnels pour l'étude du stress et du burn out dans différents milieux professionnels « *Néanmoins, nous rappelons l'absence d'étude épidémiologiques pourtant le stress et ses risques* ». On constate par contre un forum réalisé (2009) par les chercheurs, Belhadj, Bouaza, et deux autres chercheurs qui portent le même nom Kandouci, « *Laboratoire de Recherche en Environnement et Santé* ». Ils ont étudié« *l'Evaluation de la souffrance des médecins par l'analyse du concept de l'épuisement professionnel* » auprès de 210 médecins résidents où service de médecine du travail, CHU de *Sidi Bel-Abbes (Algérie)*, ayant pour une ancienneté plus d'une année, une étude transversale

de type descriptif a été conduite de janvier à juin (2009). Le taux de participation est de 80%, et l'étude démontre une nette prédominance féminine à 70,2%. Le but est porté sur l'évaluation de degré de burn out chez les médecins résidents à l'aide de questionnaire MBI-HSS. Les résultats des trois composantes correspondent aux niveaux de BO ; élevé pour l'épuisement émotionnel 95,2% ; élevé à la dépersonnalisation 75% et élevé pour l'accomplissement personnel 59,1%.

À la lumière des informations explorées à partir de la documentation scientifique et des conclusions qui s'en dégagent, il est maintenant possible d'adopter parmi les modèles théoriques qu'on a choisi à cette thématique de recherche, deux modèles de références et d'actualité, qui traitent le syndrome de burn out et qui fut largement inspiré des travaux élaborés autour du modèle *tridimensionnel* de Maslach et Jackson (1981), selon lequel elle a montré que le burn out est résultat de l'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de la réduction de l'accomplissement personnel engendrés par des *stresseurs*(exigences professionnels) de travail, qui surviennent lorsqu'elles sont élevées et les ressources personnelles sont limitées, des mauvaises conditions de travail conduisant à l'épuisement d'énergie et une baisse de motivation montées par le modèle *exigences-ressources* élaboré par (Bakker, Dermerouti, et Werbeke 2004, Dermerouti, Bakker, Neichner et Schaufeli 2000). De ce fait, ces modèles constituent notre cadre théorique de recherche permettant pour le volet de postuler des relations entre le burn out et les facteurs de risques, et de formuler des hypothèses. Ils permettent en outre, pour le volet complémentaire de l'étude, de soumettre la question de recherche.

À la suite de toute cette revue littérature scientifique sur notre thème de recherche intitulé « *Le burn out et les facteurs de risques psychosociaux chez le médecin : le cas de la médecine d'urgence* » nous a amené à préciser les hypothèses de la recherche suivantes :

1.1. Question générale

Quelle est la nature du vécu de travail chez les médecins urgentistes ?

1.2. Questions partielles

- **Existe-il un burn out chez les médecins urgentistes ?**
- **Quels sont les facteurs qui favorisent l'apparition de burn out chez les médecins urgentistes ?**

2. Hypothèse

2.1. Hypothèse générale

La nature de vécu du travail chez les médecins urgentistes est mauvaise.

2.2. Hypothèses partielles

- **Il y a un burn out chez les médecins urgentistes.**
- **Il existe plusieurs facteurs de risques psychosociaux au travail qui contribuent à l'apparition de burn out chez les médecins urgentistes tels que : les facteurs sociodémographiques qui sont : âge, sexe, situation familiale, et ancienneté. Et les facteurs socioprofessionnels internes et externes tels que : surcharge du travail, manque de soutien sociale et conflits relationnel, ...etc.**

3. Opérationnalisation des concepts

➤ **Travail**

Désigne une activité de l'homme dans différents domaines sociaux ; pratiques ou intellectuels. Le travail est une source de créativité, de développement, de réalisation et de la satisfaction personnelle.

➤ **Médecin urgentiste**

Se dit d'un médecin qui s'occupe principalement des urgences. Il est le médecin du premier recours, dit-on aussi le médecin du premier secours, nécessitant d'agir vite immédiatement sans délai. Il est amené à prendre en compte tout état pathologique, quitte à passer la main ou orienter son patient vers un confrère mieux placé pour intervenir.

➤ **Vécu**

Est l'image que chacun de nous va continuellement se former de tout ce qui lui est arrivé pendant sa vie quotidienne personnelle ou professionnelle, et à laquelle est liée l'identité du sujet dont celui du médecin urgentiste dans son milieu de travail. Son vécu en milieu professionnel peut être bon ou mauvais :

Le bon vécu : signifiant le bien-être et la santé mentale positive du médecin urgentiste. Regroupe l'ensemble de ses expériences et le vécu réel non confronté aux souffrances sociales

et psychologiques rencontrées en milieu de travail et absence de toute situation de risque qui peut être une source négative sur sa santé psychique, physique ou sociale.

Le mauvais vécu : regroupe les situations, les difficultés et les souffrances, psychiques, physiques et sociales plus au moins d'intensité. Ces situations et de difficultés sont des facteurs de risques qui peuvent influencer le médecin urgentiste dans son milieu de travail qui sont à l'origine du stress et de tension conduisant à l'apparition des maladies somatiques et les troubles psychologiques tels que le burn out.

➤ **Burn out**

Symptôme de burn out suite à une exposition constante et prolongée au stress au travail, généralement associée à une forte sollicitation psychique, physique et émotionnelle.

Forme particulière de stress chronique générée par le travail, signifiant un état d'épuisement relatif à la fatigue émotionnelle, de dépersonnalisation, de désinvestissement ou la perte de tout intérêt et de baisse de toute performance au travail. Ces trois dimensions on peut les mesurer à l'aide d'un questionnaire de Maslach (MMB-HSS) destiné aux médecins urgences.

➤ **Facteurs de risques psychosociaux**

Sont des facteurs qui proviennent en milieu professionnel, organisationnel du travail. Ils sont à l'origine des facteurs sociodémographiques : âge, sexe, et situation familiale, et des facteurs socioprofessionnels ou organisationnels internes ou externes tels qu'ancienneté, surcharge de travail, violence, conflits relationnels et manque de soutien, etc. susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental dans l'apparition de plusieurs maladies professionnels somatiques et troubles psychologiques tels que le burn out.

Partie pratique

Chapitre III

Méthodologie de la recherche

Préambule

Tout travail d'investigation nécessite une méthodologie qui permet de guider le chercheur et cerner sa recherche. Il faut d'abord passer par des étapes et une méthode bien précise, pour ne pas s'éloigner des objectifs tracés dès le début de notre recherche. Donc, à travers ce chapitre qui s'intitule « *la méthodologie de la recherche* » nous allons présenter l'allure qu'a prise notre thématique de recherche.

En premier lieu, nous exposerons les limites de la recherche, ensuite nous définirons la méthode utilisée, de plus de la présentation des lieux et le groupe de notre recherche, nous mettrons aussi en valeur les techniques utilisées. Enfin, nous évoqueront le déroulement de la pré-enquête et les difficultés que nous avons rencontrées concernant la non réalisation de notre enquête. Et conclure ce chapitre par une synthèse.

1. Les limites de la recherche

- Limite spatiale : notre pré-enquête s'est effectuée au sein des établissements hospitaliers publics. EPH « *Chahid Akloul Ali* » située à Akbou de Bejaia, EPH « *Chahid Kaci Yahia* » située à M'Chedallah de Bouira et EPH « *Mohamed Boudiaf* » située à Harkat dans la wilaya de Bouira.
- Limite temporelle : notre pré-enquête de terrain s'est déroulée du 12 novembre 2019 au 30 décembre 2019. Notre enquête de terrain, s'est débutée du 26 février 2020 mais malheureusement a été bloquée le 12 mars 2020 à cause d'une crise sanitaire de propagation d'un virus mortel de Coronavirus.
- Limite du groupe : notre recherche était censée être effectuée auprès des hommes et des femmes médecins urgentistes.
- Outils de recherche : entretien semi-directif doté d'un guide d'entretien et un questionnaire de burn out de Maslach (MBI-HSS).
- Modèles théoriques : modèle « *tridimensionnel* » de Maslach (1981) et modèle « *exigences-ressources* » de Bakker, Dermerouti, et Werbeke (2004), Dermerouti, Bakker, Neichner et Schaufeli (2000).

2. La méthode de la recherche

La recherche scientifique est une démarche d'acquisition de connaissances qui utilise diverses méthodes de recherches quantitatives et qualitatives pour trouver des éléments de réponses à des questions déterminées qu'on souhaite approfondir.

En effet, la recherche consiste à décrire, expliquer, prédire et contrôler des phénomènes et des problèmes qui sont recherchés et étudiés dans diverses disciplines qu'elles soient physiques, sociales et psychologiques utilisant des procédés et des techniques qui lui sont plus ou moins propres. (Fortin, Gagnant, 2016).

De même, la recherche fonde sur une recherche empirique, c'est-à-dire elle vise l'acquisition et le développement de nouvelles connaissances par un processus méthodique de collecte et d'analyse de données empiriques menant à des conclusions décisives pour la théorie et la pratique. Ces deux approches permettant d'acquière des connaissances fondées sur la recherche sont la méthode quantitative, portée sur l'objectivité et la capacité à généraliser les résultats, et la méthode qualitative, particulièrement qui touche davantage à la subjectivité et à l'expérience des personnes dans une visée compréhensive. (Fortin, Gagnant, 2016, p.4).

Dans ce cadre, notre thématique de recherche s'inscrit dans une démarche qualitative car cette dernière met l'accent sur la compréhension et qui repose sur l'interprétation des phénomènes à partir des significations fournies par les participants.

Ainsi, dans la démarche qualitative, le chercheur étudie les participants dans leur milieu naturel et essaie de donner un sens ou d'interpréter les phénomènes en se fondant sur les significations que leur apportent ces derniers. La démarche qualitative sert à comprendre le sens de la réalité social dans laquelle s'inscrit l'action ; elle fait usage du raisonnement inductif et vice une compréhension élargie des phénomènes. Le chercheur observe, décrit, interprète et apprécie le milieu et le phénomène tels qu'ils existent, mais il ne les mesure ni ne les contrôle. La recherche qualitative tend à faire ressortir la signification que le phénomène étudié revêt pour les personnes. Elle ne définit pas d'emblée un cadre théorique ou conceptuel, contrairement à la recherche quantitative, dont l'objectif est de vérifier la théorie.

Cependant, la théorie se développe, s'enracine dans les données et se raffine au fur et à mesure que la recherche progresse. (Denzin, Lincoln, 2000, p.31).

De ce fait, concernant la méthode par laquelle nous avons procédé pour cette thématique de recherche sur le terrain, c'est la méthode clinique car elle nous a semblé une méthode mieux adapté pour mener à bien cette étude. Elle constitue une approche complémentariste au sens large du terme. Elle est exploratrice, explicative, et compréhensives des phénomènes observés, inductive et génère des hypothèses.

La méthode clinique est avant tout destinée à répondre à des situations concrètes de sujets souffrants et elle doit se centrer sur le cas, c'est-à-dire l'individualité, mais sans pour autant s'y résumer. La « *méthode clinique* » s'insère dans une activité pratique visant la reconnaissance et la nomination de certains états, aptitudes, comportements dans le but de proposer une thérapeutique, une mesure d'ordre social ou éducatif ou une forme de conseil permettant une aide, une modification positive de l'individu. La spécificité de cette méthode réside dans le fait qu'elle refuse d'isoler ces informations et qu'elle tente de les regrouper en les replaçant dans la dynamique individuelle. La méthode clinique comporte deux niveaux complémentaires : le premier correspond au recours à des techniques (tests, échelles, entretien, etc.) de recueil in vivo des informations (en les isolant le moins possible de la situation naturelle dans laquelle elles sont recueillies et en respectant le contexte) alors que le second niveau se définit par l'étude approfondie et exhaustive du cas. La différence entre le premier et le second niveau ne tient pas aux outils ou aux démarches mais aux buts et aux résultats : le premier niveau fournit des informations sur un problème, le second vise à comprendre un sujet, ce que n'implique pas toutes les situations cliniques, notamment celles qui concernent la recherche sur des faits psychopathologiques ou d'adaptation. Le premier niveau de la méthode clinique « *recueil des informations* » suppose la présence du sujet, son contact avec le psychologue, mais aussi la liberté d'organiser le matériel proposé comme il le souhaite, du moins pour certaines techniques, tests projectifs, jeux, dessins, etc. Ces techniques sont : l'entretien, les tests, les échelles d'évaluation, le dessin, le jeu, l'analyse de textes écrits, l'observation, les informations pouvant faire l'objet de différentes analyses. Lorsque ces méthodes s'appuient sur un matériel standardisé, lorsqu'elles visent une objectivation tests, échelles, observations, etc. Le second niveau de la méthode clinique peut être défini à partir de trois postulats : la dynamique, la genèse et la totalité.

Tout être humain est en conflit, tant avec le monde extérieur qu'avec les autres et avec lui-même, il doit donc chercher à résoudre ces conflits et se situe toujours en position d'équilibre fragile. Tout être humain est une totalité inachevée qui évolue en permanence et ses comportements s'expliquent par son histoire. (Fernandez, Pedinielli, 2006, p.43).

Pour cette thématique, nous avons choisi l'étude de cas car c'est une méthode qui va nous permettre d'observer, décrire et comprendre s'il y a d'indices ou non de la présence de burn out chez les médecins urgentistes, de repérer la présence ou non des facteurs de risques psychosociaux en tenant en compte le contexte de travail c'est-à-dire les conditions de travail, et comprendre notamment leur influence sur le fonctionnement psychique, physique et sociale.

L'étude de cas est une méthode de recherche qui implique une analyse en profondeur d'une entité (cas) ou plus, elle consiste à faire état d'une situation réelle particulière, prise dans son contexte, et à l'analyser pour découvrir comment se manifestent et évoluent les phénomènes auxquels les chercheurs s'intéressent. Comme les autres approches de recherche qualitative, l'étude de cas s'inscrit dans le contexte quotidien des participants afin de se baser sur leur perspective pour mieux comprendre le cas en profondeur en reconnaissant sa complexité et son contexte. (Gall, Gall et Borg, 2007). De même, ce type d'étude permet de comprendre un problème en utilisant un cas comme exemple. Certains auteurs considèrent l'étude de cas comme approche appartenant à la recherche qualitative, au même titre que les autres approches (Creswell, 2007, Denzin, Lincoln, 2005).

Ainsi, cette étude permet de décrire en profondeur les conditions d'une personne ou la manière dont elle réagit à ses émotions, ses pensées et ses activités relativement au foyer central de l'étude (Portney et Watkins, 2009). L'étude de cas a une dimension holistique en ce sens qu'elle vise à préserver et à comprendre l'entière et l'unité du cas. Les données peuvent être recueillies sur une longue période, au cours de laquelle plusieurs méthodes de collecte des données sont utilisées. L'étude a le potentiel de révéler d'importants résultats pouvant conduire à la conception d'hypothèses. (Punch, 2005).

De ce fait, nous avons retenu que la méthode clinique, l'étude de cas et la démarche qualitative comme méthodes qui permettent d'illustrer la pratique clinique optimale et qui peuvent nous permettre ainsi d'explorer en mieux notre thématique de recherche.

3. Présentation des lieux de recherche

Notre thématique de recherche a été réalisée au sein des trois établissements hospitaliers publics. D'abord nous avons commencé par l'EPH M'Chedallah de Bouira nommé « *Chahid Kaci Yahia* » où nous avons trouvé des sujets qui répondent à notre thématique. Ensuite, nous avons constaté que le nombre de sujets trouvé est limité, donc nous étions obligées de poursuivre notre thématique de recherche dans deux autres EPH, de Harkat de Bouira nommé « *Mohamed Boudiaf* » et celui d'Akbou nommé « *Chahid Akloul Ali* » pour pouvoir rassembler un nombre de cas convenable à notre étude. D'après les recherches que nous avons recueillies par l'administration des trois lieux, nous avons collecté les renseignements suivants :

3.1. Présentation de l'EPH M'Chedallah de Bouira « *Chahid Kaci Yahia* »

L'hôpital de M'Chedallah est l'un des anciens hôpitaux de l'ancien département d'Alger, déjà en 1919, rattaché à Sour El Ghouzlen ex Aumale au fil des années en fonction du projet de développement et du besoin ont lui apporté des modifications, les moyens humains et matériels réunis ont fait de lui un hôpital connu et lors de déclenchement de la guerre de libération nationale baptisé hôpital maillot, vu son implantation à la ville de maillot appelé M'Chedallah.

Cette EPH assure la couverture sanitaire de la population 112 862 habitants, nombre de daïra 02, nombre de commune 07. Il est situé à l'est de la wilaya de Bouira distante de 45 Kms du chef-lieu de la wilaya de Bouira à 160 Kms d'Alger. Il est constitué de carrefour routier (route national 26 et 05), qui est considéré comme l'un des accès les plus meurtriers du territoire national. Les nombres importants d'accidents de circulation enregistrés, dont les victimes sont prises en charge par l'EPH, n'est qu'une conséquence logique de cette situation géographique.

Une opération de rénovation de l'hôpital de M'Chedallah, était inscrite en 1993, elle consiste à la démolition de l'ancienne structure datant de 1922 et son remplacement par un bloc R+2. Le rez-de-chaussée abrite les services administratifs, un service de radiologie, un PTS, la cuisine et la dépense (magasin des produits alimentaires). Les deux étages sont destinés pour les services d'hospitalisations en nombre de quatre (04) d'une capacité de 65 lits en général. La réception du bâtiment a été effectuée en juillet 1999.

En ce qui concerne la deuxième tranche relative aux équipements de la bache à eau du chauffage central du raccordement du bâtiment, l'opération a eu lieu en 2000 et 2001. A signaler l'existence d'une structure datant de 1974, réalisée comme bloc opératoire avec un service d'hospitalisation d'une capacité de 19 lits.

Le bloc opératoire a été inauguré en 2004 Ainsi les urgences chirurgicales sont assurées sur place, et le nombre d'évacuations a sensiblement diminué. Ainsi sur le plan infrastructure de l'EPH M'Chedallah est d'une capacité 96 lits répartis en 07 services dont le pavillon des urgences a 11 lits. Le service des urgences est composé de : l'accueil, service d'imagerie et radiologie, réanimation, une officine, bureau de chef des médecins, bureau chef du service, deux box, 4 salles de soins urgences immédiates et hospitalisation, et 2 salles pour les médecins et infirmiers « *avec une salle sceptique* ».

3.2. Présentation de l'EPH Harkat de Bouira « *Mohamed Boudiaf* »

L'établissement public hospitalier de Bouira a été créé suite à la promulgation du décret exécutif n° 07/140 du 02 jourmada el aouel correspondant au 19 Mai 2007 portant création organisation et fonctionnement des EPH et a pris effet à partir du 01/01/2008. L'hôpital Mohamed Boudiaf (240 lits) de Bouira qui est le siège de l'établissement a été mis en service le 14/09/1993. Il est situé au niveau du lotissement Harkat à l'ouest de la ville de Bouira (chef-lieu de wilaya) il occupe une superficie de 42785 m² dont 10500m² bâties environ et prend en charge une population de 207635 habitants répartis sur 09 communes à savoir : Bouira, Ain-Turk , Ait Laaziz , Haizer , Taghzout , Bechloul, Ahl El ksar , Ould rached, et El Esnam, mais vu , sa position géographique l'EPH de Bouira prend en charge les patients des établissements limitrophes voire , d'autres wilaya à savoir ; (sidi Aissa, Beni Slimane, Tablat) en sus de cela, et longeant l'autoroute est ouest et la route nationale n° 05 . L'établissement reçoit une multitude d'accidentés de la circulation. L'EPH de Bouira couvre une superficie de 768 km² pour une densité de 270 /hab./km², le taux d'urbanisation est de 23,68 %.

L'EPH Harkat de Bouira recouvre une capacité de 357 lits techniques, 290 lits organisés repartis dans 12services différents dont le pavillon des urgences a 18 lits. Le service des urgences est composé de : l'accueil, service d'imagerie et radiologie, réanimation, une officine, bureau de chef des médecins, bureau chef du service, un seul box, 5 salles de soins urgences immédiates et hospitalisation, 1 salle pour les médecins et 1 pour les infirmiers.

3.3. Présentation de l'EPH d'Akbou « *Chahid Akloul Ali* »

L'hôpital civil d'Akbou est un établissement public de santé datant d'avant l'indépendance. Avant sa construction, le siège de l'hôpital civil d'Akbou était sis à l'ancien hôpital situé à la haute ville et construit en 1872. En 1959, il a été décidé de construire une nouvelle structure hospitalière à la nouvelle ville et les travaux commencent en 1960. Le nouvel hôpital est réceptionné en mars 1962 et fut inauguré le 21 novembre 1968. L'activité hospitalière est transférée vers le nouvel hôpital baptisé au nom du Chahid lieutenant AKLOUL Ali en 1970. La couverture de la population en matière des prestations de soins et d'hospitalisation de toutes les régions environnantes, ce qui est concrétisé avec le décret exécutif du 02 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des secteurs sanitaires.

Le Secteur Sanitaire d'Akbou créé en application de ce dispositif, Il est situé au sud de la vallée de la Soummam, limité au nord par la Daïra de Azazga (wilaya de Tizi Ouzou), au sud

par la wilaya de Bordj Bou Areridj, à l'est par les Daïras de Sidi-Aich et Beni Ourtilane (wilaya de Setif) et à l'ouest par la Daïra de Ain EL Hammam (wilaya de Tizi Ouzou) et la Daïra de M'Chedallah (wilaya de Bouira). Il couvre six daïâtes composées de quinze communes, totalisant une population de plus de 260 000 habitants répartis sur 188 villages. La promulgation du décret exécutif n° 07-140 du 19 mai 2007 portant création, organisation et fonctionnement des EPH et des Etablissements Publics de Santé de Proximité (EPSP) a eu pour conséquence la création de deux EPSP, en l'occurrence celui de Tazmalt et celui de Seddouk, des unités de soins de base vis-à-vis de l'hôpital. Cependant, la plupart des prestations de soins sont restées concentrées au niveau de l'hôpital qui devient Etablissement Public Hospitalier.

Le service des urgences recouvre 24 lits techniques, 10 lits organisés. Il se compose de deux accueils, tri et mise en observation, service d'imagerie et radiologie, réanimation, une officine, bureau de chef des médecins, bureau chef du service, 3 box, 5 salles de soins urgences immédiates et hospitalisation, 1 salle pour les médecins et 1 pour les infirmiers.

4. Groupe de recherche

Le groupe concerné par notre thématique de recherche comprend des sujets sélectionnés sur des bases précises d'homogénéité qui sont comme suit :

4.1. Les critères d'homogénéité retenus

Notre sélection de groupe de recherche a été faite en fonction des critères d'homogénéité suivants :

- Le groupe de recherche est composé de sexe masculin et féminin.
- Pour tous les médecins exerçant dans le secteur public.
- Pour tous les sujets sont des médecins généralistes formés comme des médecins urgentistes.
- Tous les sujets sont des médecins qui exercent leur métier au service des urgences de premier pallié (communément appelé PU).
- Tous les sujets ayant une ancienneté plus de 5 ans d'expérience au travail.
- Tous les sujets ont un âge plus de 30 ans.
- Tous les sujets sont des médecins mariés.

Le choix des critères retenus par rapport à l'ancienneté, sont des sujets généralement plus âgés de 30 ans, ils ont plus d'expérience, et ils sont des sujets qui éprouvent souvent de fragilité.

Pour la situation matrimoniale, ils sont tous des sujets mariés (situation conjugale et le nombre d'enfants à charge) est souvent demandée dans différentes études de burn out.

4.2. Les critères non pertinents de sélection

Nous n'avons pas sélectionné dans notre thématique de recherche :

- Les médecins spécialistes urgentistes car on souhaite avoir un groupe homogène.
- D'autres équipes médicales (infirmiers, assistants médicaux, etc.).
- L'équipe des médecins généralistes urgentistes qui travaillent la nuit.
- Le niveau socioéconomique et la langue car notre groupe de recherche est déjà restreint vu le nombre minimale des généralistes qui travaillent aux urgences.

Dans ce qui suit, nous allons illustrer et définir dans le tableau les caractéristiques de notre groupe de recherche : leur âge, leur situation matrimoniale et économique, leurs années d'exercice et de pratique de ce métier.

Tableau N° 6 : Présentation des sujets de recherche composée des hommes et femme.

Cas	Age	Situation matrimoniale	Situation économique	Années d'expérience au travail
Karim	38 ans	marié	Moyen	10 ans
Nabil	39 ans	marié	moyen	8 ans
Samih	47 ans	marié	moyen	12 ans
Abd Allah	53 ans	marié	élevé	21 ans
Hanin	56 ans	marié	moyen	18 ans
Yasmine	37 ans	mariée	moyenne	8 ans
Siham	38 ans	mariée	élevée	9 ans
Iman	39 ans	mariée	moyenne	11 ans
Zahra	40 ans	mariée	moyenne	11 ans
Yasmine	46 ans	mariée	élevée	14 ans

Remarque

Afin de respecter l'anonymat et le secret professionnel dans notre thématique de recherche, nous avons évidemment changé les prénoms de ces médecins pour l'éthique de la recherche, donc les prénoms que nous avons utilisé ce ne sont pas les véritables. Ainsi, nous avons respecté le consentement qui est oral, libre, éclairé, continu et volontaire du sujet dans la participation et que tout ce qu'ils diront ; va rester en confidentiel.

De même, nous avons constaté que notre groupe de recherche est constitué de 5 hommes et 5 femmes qui sont tous des médecins mariés, de niveau socioéconomique entre moyen et élevé, dont l'âge vrai entre 37 à 53 ans ayant plus de cinq ans d'ancienneté et d'expérience.

5. Les techniques de recherche

Dans ce qui suit, nous allons aborder les techniques qu'on a opté à utiliser pour accomplir notre thématique de recherche. Nous avons commencé par l'entretien de recherche celui-ci permet d'avoir le premier contact avec nos sujets de recherche et d'installer une relation de confiance ainsi que pour bien mener un aperçu sur ces sujets, s'il y a le burn out ou non, en tenant en compte le contexte de travail c'est-à-dire les conditions de travail, la nature de leur vécu au travail et repérer la présence ou non des facteurs de risques psychosociaux et les mettre en relation dans l'apparition du burn out. Nous allons aussi présenter l'échelle de Maslach (MBI) qui va nous permettre de mesurer le niveau du burn out de nos sujets de recherche.

5.1. L'entretien de recherche

Dans notre thématique de recherche, nous avons utilisé l'entretien de recherche qui est fréquemment employé comme méthode de collecte de données dans la recherche en psychologie clinique et aussi dans un grand nombre de disciplines dans le champ des sciences humaines et sociales.

L'entretien clinique représente un outil indispensable et irremplaçable pour avoir accès aux informations subjectives des individus. Il se définit comme suit « *Il est comme technique d'enquête né de la nécessité d'établir un rapport suffisamment égalitaire pour l'enquêteur et l'enquêté pour que ce dernier ne se sente pas comme dans un interrogatoire, contrainte de donner des informations* ». (Blanchet, Gotman, 2007, p.7).

Ainsi, il est définit « *L'entretien clinique de recherche est une technique qui vise à appréhender et à comprendre le fonctionnement psychologique d'un sujet en se centrant sur*

son vécu et en mettant l'accent sur la relation. Il fait partie de la méthode clinique et des techniques d'enquête en sciences sociales, il constitue l'un des meilleurs moyens pour accéder aux représentations subjectives du sujet dans le sens évidemment où l'on postule un lien entre le discours et le substrat psychique ». (Blanchet, 1997, p.12).

Donc, L'entretien clinique permet au chercheur de recueillir un maximum d'informations sur le sujet, ses souffrances, ses difficultés de vie, les événements vécus, la manière dont il aménage avec autrui, etc. il apparaît donc comme un outil tout à fait irremplaçable et unique si l'on veut comprendre un sujet dans sa spécificité et mettre en évidence le contexte d'apparition de ses difficultés. (Bénony, Chahraoui, 1999). Les entretiens de recherche menés dans un climat de confiance seront suffisants pour que le chercheur dispose des informations nécessaires pour formuler une compréhension du phénomène.

Cependant, le clinicien doit également se servir de l'observation clinique qui a toujours occupée une place importante dans le domaine de la recherche, elle permet d'enrichir, de compléter et d'appuyer les résultats obtenus à partir d'autres outils méthodologiques. De ce fait, notre thématique a eu recours à l'observation clinique non seulement de décrire le vécu des médecins d'urgences en milieu professionnel, mais aussi leur contexte de travail qui inclut les conditions et l'organisation du travail en général. D'une part, pour répondre aux exigences des épreuves et les instruments, d'autre part, pour vérifier les informations fournies par les différents entretiens.

Dans ce cadre, l'observation clinique renvoie à l'action de percevoir avec attention la réalité afin de mieux comprendre. Certains phénomènes ne peuvent être accessibles que par l'observation.

Selon Bénony et Chahraoui l'observation consiste à « *relever des phénomènes comportementaux, idéatifs, langagiers, émotionnels et cognitifs, afin de leur donner un sens en les resituant dans la dynamique, l'histoire d'un sujet et dans le contexte de l'observation et dans le mouvement intersubjectif actualisé* » (Fernandez, Pardinielli, 2015, p.11).

Selon Pardinielli (1994), le projet de l'observation clinique vise « *comme technique à relever des phénomènes comportementaux significatifs, de leur donner un sens en les resituant dans la dynamique, l'histoire d'un sujet et dans le contexte* ». (Fernandez, 2012, p.4).

Ainsi, l'observation clinique est une méthode complémentaire à l'entretien clinique permettant d'étudier les phénomènes cliniques dans leur contexte. Egalement, dans la

recherche, l'observation clinique est nécessaire de mettre au point des dispositifs plus structurés pouvant répondre aux problèmes de la validité. (Fernandez, 2012, p.4).

De plus, l'observation clinique porte sur un certain nombre d'éléments qui sont autant d'effets de la réalité psychique. La réalité psychique n'est pas observable en soi. Elle est reconstruite à partir de l'observation de ses effets : les signes, les symptômes, le langage, les messages verbaux et non verbaux, les comportements, les conduites, les interactions, les productions diverses, etc. (Ciccone, 2014, p.69).

Nous avons donc adopté l'entretien clinique de recherche qui est un outil de recherche et de production des informations. Selon Blanchet (1985) il s'agit d'un « *dispositif par lequel une personne A favorise la production d'un discours B pour obtenir des informations inscrites dans la biographie de B* ». (Blanchet, cité par Labov, Fanshel, 1997, p.64).

En outre, il existe une manière à mener un entretien qui s'appuie sur trois différents types d'entretien de recherche : *entretien clinique directif, non directif et semi-directif*, notre choix s'est porté sur l'entretien clinique semi-directif, ce dernier va nous permettre comme étant des chercheurs à poser des questions semi-directives bien déterminées et précises qui correspondent à nos hypothèses de recherche.

Dans ce type d'entretien, le chercheur dispose d'un guide d'entretien avec plusieurs questions préparées à l'avance ; elles sont posées à un moment opportun de l'entretien clinique. Comme dans l'entretien non directif, le chercheur pose une question puis laisse le sujet associer librement mais uniquement sur le thème proposé sans l'interrompre. L'aspect spontané des associations est moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure où le clinicien chercheur propose un cadre et une trame qui permet au sujet de dérouler son récit. (Bénony, Chahraoui, 2003, p.143).

Par ailleurs, nous avons appris que l'entretien clinique semi-directif est constitué d'un ensemble de questions, sur un thème choisi et précis, préparées par le chercheur, intitulée guide d'entretien, qui permet de guider le chercheur pendant son entretien avec le sujet. Selon Jean Piaget (1975) le guide d'entretien « *est un premier travail de traduction des hypothèses de recherche en indicateurs concrets et reformulation de questions de recherche en questions d'enquête* ». (Piaget, cité par Blanchet, Gotman, 2007). *De même, le guide d'entretien comprend aussi les axes thématiques à traiter. Le clinicien chercheur prépare quelques questions à l'avance, toutefois celles-ci ne sont pas posées de manière directe ; il s'agit davantage de thèmes à élaborer que le chercheur connaît bien.* (Bénony, Chahraoui, 1999).

De ce fait, nous avons élaboré un guide d'entretien composé de 23 questions en tout (pour l'ensemble des questions voir annexe n° 1). Quatre questions portent sur : « les informations générales sur le sujet » qui ont pour objectif de rapporter des informations sur la biographie du sujet.

Premier axe étant : « *informations sur la profession de la médecine des urgences* » composé de cinq questions, a pour objectif de recueillir des informations sur le métier des médecins urgentistes et les étapes de leur parcours par lesquelles ils sont passés pour arriver à leur poste graduel et respectif.

Deuxième axe intitulé : « *informations sur le burn out* » composé de huit questions qui ont pour objectif d'avoir des informations sur la présence ou non des signes ou d'indices d'épuisement professionnel en tenant en compte le contexte du travail.

Troisième axe intitulé : « *informations sur les facteurs de risques psychosociaux* » contient six questions, dans l'objectif de repérer la présence des risques psychosociaux et les mettre en relation dans l'apparition de burn out et mettre en lumière la nature des conditions et le déroulement du travail. Nous avons clôturé avec cette question suivante « avez-vous des choses à rajouter ? » elle donne la possibilité au sujet d'aborder un point que nous n'avons pas spécialement cité dans le guide et qui semble important pour lui.

Nous pouvons conclure que l'objectif de notre guide d'entretien est de percevoir la présence ou non de burn out médecins urgentistes et les risques psychosociaux en milieu du travail. Par ce fait, nous ne sommes pas contents seulement de notre guide d'entretien semi-directif mais aussi de l'échelle de Maslach pour mesurer le burn out que nous allons présenter dans ce qui suit.

Remarque

Nous n'avons pas fait une analyse qualitative, une lecture clinique des données de l'entretien car nous n'avons pas effectué notre enquête qui est programmé à partir de 26 février 2020 sur le terrain (de recueillir des informations sur nos sujets de recherche comme souhaité), et non accomplissement de nos stages pratiques.

5.2. Description de l'échelle de Maslach MBI

Dans notre recherche nous avons utilisé l'échelle de Maslach MBI « *Maslach Burn out Inventory* » qui évalue le niveau d'épuisement des professionnels de santé que nous allons mieux comprendre dans ce qui suit.

5.2.1. Présentation de MBI

Ce questionnaire a été construit par Maslach et Jackson (1981, 1968) et actuellement le questionnaire le plus utilisé dans les recherches sur l'épuisement professionnel. La version française Alain et Gévry (1986) est utilisée pour les fins de ces recherches. Cet inventaire est composé de 22 énoncés (items) qui se présentent sous forme d'échelles Likert variant de 0 « *jamais* » à 6 « *chaque jour* ». Il contient trois sous échelles qui mesurent respectivement l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et l'accomplissement personnel au travail. (Comeau, 2000, p.15).

L'inventaire MBI se présente sous la forme d'un tableau à deux colonnes et d'un entête. La colonne gauche comprend les 22 items de l'MBI. La colonne droite comprend les fréquences allant de jamais jusqu'à chaque jour et chaque fréquence un chiffre allant de 0 jusqu'à 6. Qui sont illustrées comme suit

- *Jamais 0.*
- *Quelques fois par année au moins 1.*
- *Une fois par moins au moins 2.*
- *Quelques fois par mois 3.*
- *Une fois par semaine 4.*
- *Une fois par semaine 5.*
- *Chaque jour 6.*

À l'entête de la colonne gauche est citée la consigne de la manière suivante : (Indiquer la fréquence à laquelle vous ressentez ce qui est décrit à chaque item. Entourez le chiffre correspondant à votre réponse). 0 « *Jamais* » à 6 « *chaque jour* ». Il contient trois sous échelles qui mesurent respectivement l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et l'accomplissement personnel au travail. (Comeau, 2000, p.15).

5.2.2. Traduction et vocabulaire

La langue originale de ce questionnaire est anglais (United States-US). De nombreuses traductions ont été faites : allemande, arabe, espagnole, polonaise et chinoise, etc. Traduction

française comprenait plusieurs adaptations du MBI qui ont été réalisées dans le cadre d'études sur différentes professions infirmières, médecins, travailleurs sociaux, etc. Et pas de difficulté particulière dans la version originale adaptée aux professions d'aide. (Langevin, 1997).

5.2.3. Niveau d'investigation et versions existantes

Le MBI à 22 items : version originale pour les professions d'aide ayant un niveau d'investigation « *diagnostic* » aussi dénommé MBI-HSS « *Maslach Burn out Inventory-Human Services Survey* ». Notre description porte sur cette version originale.

MBI-GS à 16 items, version applicable à toutes les professions « *General Survey* ». (Maslach, al, 1996). Cette version permet d'évaluer le burn out dans des termes qui ne sont pas spécifiques d'une profession particulière. Alors que la version originale de MBI-HSS se focalise sur les répercussions psychologiques des exigences émotionnelles et affectives liées aux relations à la clientèle, le MBI-GS évolue ces mêmes répercussions liées cette fois-ci à une implication et un investissement intenses dans son travail. Les études de validation du MBI-GS sont satisfaisantes. (Langballe, al, Worley, al, 2008). Il existe également une version pour éducateurs MBI-ES « *Maslach Burn out Inventory-Educators Survey* ».

5.2.4. Structuration de MBI-HSS

Trois échelles composent le MBI (version originale) :

- Sentiment d'épuisement émotionnel (EE) comprend 9 items.
- Dépersonnalisation (DP) ou déshumanisation comprend 5 items.
- Accomplissement personnel au travail (AP) comprend 8 items.
- (Galam, 2005).

Trois scores (un par échelle) mettent de situer l'état de burn out de la personne.

Tableau n° 07 : Les items présentant les trois dimensions de burn out.

Dimension de MBI	Nombre d'items	Questions
EE	9 items	1-2-3-6-8-13-14-16-18
DP	5 items	5-10-11-15-22
AP	8 items	4-7-9-12-17-18-19-21

(Galam, 2005).

5.2.5. Cotation de MBI-HSS

Pour chaque sous-échelle d'EE, DP et AP est réparti à un nombre d'items qui sont évalués pour obtenir le niveau de burn out, présenté dans un tableau ci-dessus :

Tableau n° 08 : Les scores indiquant le niveau de burn out dans les trois dimensions.

Niveau	EE	DP	AP
Elevé	30 ou plus	12 ou plus	0-40 ou plus
Modéré	18-29	6-11	34-39
Bas	0-17	0-5	33

(Maslach, col, 2006, p.2).

– Epuisement émotionnel (EE) est évalué à l'aide de 9 items (cité au tableau n°7 p.89). Le niveau de burn out concernant cette sous-échelle se cote de cette manière suivante :

- Total inférieur à 17 = bas.
- Total compris entre 18 à 29 = modéré.
- Total supérieur à 30 ou plus = élevé.

– Dépersonnalisation (DP) est évaluée à l'aide de 5 items (cité au tableau n°7 p.89). Le niveau de burn out concernant cette sous-échelle se cote de cette manière suivante :

- Total inférieur à 5 = bas.
- Total compris entre 6 à 11 = modéré.
- Total supérieur à 12 ou plus = élevé.

– Accomplissement personnel au travail (AP) est évalué à l'aide de 8 items (cité au tableau n°7 p.89). Le niveau de burn out de cette sous échelle se cote de cette manière suivante :

- Total inférieur à 33= élevé.
- Total compris entre 34 à 39 = modéré.
- Total supérieur à 40 ou plus = bas.

5.2.6. Interprétation de MBI-HSS

Le niveau de burn out est élevé lorsque le score total est supérieur à 30 ou plus pour l'épuisement émotionnel, supérieur à 12 ou plus pour la dépersonnalisation et inférieur à 33 pour l'accomplissement personnel au travail. Le niveau de burn out est modéré lorsque le score est modéré sur les trois sous-échelles, soit un total compris entre 18 à 29 pour l'épuisement

émotionnel, un total compris entre 6 à 11 pour la dépersonnalisation et un total compris entre 34 à 39 pour l'accomplissement personnel au travail. Le niveau de burn out est bas lorsque le score total est inférieur à 17 pour l'épuisement émotionnel, inférieur à 5 pour la dépersonnalisation et supérieur à 40 ou plus pour l'accomplissement personnel au travail. (Maslach, col, 2006, p.2).

5.2.7. Temps de passation et les conditions de l'utilisation de MBI-HSS :

Le temps de passation est environ de 10 à 15 minutes. L'inventaire édité dans un manuel aux Etats-Unis par Maslach et al (1986). En France, le MBI est utilisé à des fins de recherche uniquement. Il n'existe pas de traduction ni d'adaptation française du manuel. En revanche, le questionnaire MBI-HSS seul a été publié en français, notamment dans l'ouvrage d'Estryn-Béhar (1997) pour une population des soignants. Il est possible d'acheter les droits d'utilisation du MBI, avec une mise à disposition d'une traduction française. (Langballe, 2012).

5.2.8. Qualités psychométriques de MBI-HSS

Le MBI-HSS démontre de réelles qualités psychométriques. Il constitue à l'heure actuelle le seul instrument en langue française permettant une mesure valide du burn out à des fins des recherches ou de pratique clinique chez les psychologues.

5.2.8.1. Validité

Validité critériée concomitante les liens entre le burn out et des antécédents ou des conséquences du stress ont été vérifiés empiriquement. (Langevin, 1997, 2002).

Validité de structure interne les questions du MBI ont été élaborées à partir d'une langue série d'entretien, de questionnaire et d'observation du travail. Avec plusieurs analyses factorielles avec rotation varimax, sur 67 items initiaux, 22 ont été retenus. Trois facteurs ont été identifiés. (Maslach, al, 1986). Cette structuration en trois facteurs a été confirmée par la suite dans de nombreuses études et notamment par des analyses factorielles confirmatoires. (Langevin, 1997, 2002, Worley, al, 2008). Ainsi la structuration en trois dimensions est par exemple est confirmée sur deux études françaises portant sur 1092 travailleurs sociaux et sur 1382 infirmiers. (Langevin, 1997).

Validité de structure externe convergente les auto-évaluations du burn out recueillies par le MBI ont été confrontées à des appréciations portées par des tierces personnes (collègues, conjoints, médecins traitants) sur ces mêmes personnes ayant répondu au MBI. Les résultats

font apparaître une convergence satisfaisante entre les réponses aux trois échelles du MBI et l'appréciation portée par ces tierces personnes. (Langevin, Boini, François, Riou, 2012).

Validité de structure externe divergente les scores obtenus au MBI sont modérément corrélés à la satisfaction au travail et à la dépression, ce qui tend à montrer que le burn out est distinct de ces deux autres concepts. (Maslach, 1986).

5.2.8.2. Fidélité

Fidélité test-retest Maslach et Jackson (1986) pour un intervalle de 2 à 4 semaines (N=53) : coefficient de stabilité de 0,82 pour la dimension de l'épuisement émotionnel, 0,60 pour la dimension de la dépersonnalisation et 0,80 pour la dimension de l'accomplissement personnel. Pour un intervalle d'un an (N=248) : coefficient de stabilité de 0,80 pour la dimension d'épuisement émotionnel, 0,54 pour la dimension de dépersonnalisation et 0,57 pour l'accomplissement personnel. La fidélité test-retest pour la version originale est donc satisfaisante. (Boini, 2012).

Consistance interne la version américaine du MBI présente une consistance interne satisfaisante : tous les alphas de Cronbach sont supérieurs à 0,70 (N=1316 sujets américains :

- Epuisement émotionnel : 0,90
- Dépersonnalisation : 0,79
- Accomplissement personnel : 0,71

Les utilisations de la version française de MBI produisent les coefficients alpha de Cronbach satisfaisants pour les échelles d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et d'accomplissement personnel. En revanche, la fidélité de version française de l'échelle de dépersonnalisation est insatisfaisante (alpha de Cronbach inférieur à 0,70 et ce sur plusieurs études), contrairement aux versions anglaise et allemande. Cette discordance semble spécifique à la version française, il se pourrait que le contexte et sémantique joue un rôle. Deux autres éléments peuvent être avancés pour expliquer cette constatation : un effet de désirabilité sociale (produire des réponses afin de se présenter sous un jour favorable) et le faible nombre d'items de cette échelle (seulement 5 items). (Langevin, 1997).

5.2.8.3. Sensibilité

Pas d'informations concernant la version originale. Concernant la version française, la dépersonnalisation manque de sensibilité (distribution des scores ne suivent pas la loi normale). (Langevin, 1997).

Nous pouvons conclure que cet instrument correspond très bien à notre recherche car il permet de mesurer le burn out ainsi de donner un résultat qui peut répondre à un de nos objectifs d'obtenir un niveau de burn out chez les médecins urgentistes.

6. Le déroulement de la recherche

6.1. La pré-enquête

L'étape de la pré-enquête (pré-recherche) est une étape cruciale. A cette étape, le chercheur tente de se familiariser de la façon la plus complète possible avec son sujet. A quelle population s'adresse l'enquête ? Quelles sont les caractéristiques de cette population sur le plan démographique, sociologique, psychologique ? Il faut rechercher toutes les données pertinentes sur la population et sa composition, chercher les données d'enquêtes déjà réalisées auprès de cette population ou de populations similaires, que ce soit sur le même sujet ou sur un sujet relié. Il est aussi important de recueillir les questionnaires déjà utilisés sur le même sujet avec des populations similaires. Sur le plan théorique, une recherche documentaire sert à tracer un portrait du contexte dans lequel s'insérera l'étude, ce qui permet de mieux cibler une recherche. (Durand, 2009, p.1).

Dans ce cadre, nous avons réalisé notre pré-enquête au niveau de trois EPH « *d'Akbou de Bejaia, M'Chedallah de Bouira et celui de Harkat de Bouira, qui a débuté de 12 novembre 2019* ». Au tout début de notre recherche, nous nous sommes présentées auprès des responsables des EPH, particulièrement ceux chargés aux services des urgences « *monsieur Ait Ouali, monsieur Nedjam et Tamourt* », auprès de qui nous nous sommes présentées étudiantes en Master 2 psychologie clinique, de qui nous nous sommes aussi entretenus et avons expliqué la nature de notre travail de recherche. Après avoir pris connaissance, ils ont été coopératifs et reconnaissants, ils ont trouvé notre thème très important et d'actualité, d'ailleurs ils nous ont demandé de leur fournir plus d'informations sur le thème pour comprendre, et nous ont félicité et souhaité de bien mener ce travail modeste avec succès. Ainsi nous nous sommes rendues aux EPH pour découvrir les lieux, connaître le service des urgences, s'assurer de la disponibilité des sujets et évidemment avoir le consentement des sujets intéressés, aussi de décider du maintien

ou non de notre thème de recherche et par la même occasion les informer l'objectif de notre stage pratique, en raison de notre thème de recherche, qui devra se faire dans ce même service des urgences.

Une fois sur place nous n'avons rencontré des difficultés d'avoir un contact avec les médecins des urgences en raison de non disponibilité du temps qui est dû à la charge du travail excessif, le nombre de patients qu'ils consultent, et d'autres hospitalisés qui sont prises en charge, et bien sûr d'autres problèmes qui sont dus aux mauvaises conditions de travail qui se trouvent ces médecin fréquent quotidiennement et celles que nous avons aussi remarqué à chaque fois qu'on rend visite sur le terrain.

Face à cette difficulté, nous avons été informées par des responsables de ces services et les psychologues quelques informations que nous avons recueilli sur le nombre de médecins, leurs horaires, leur système de travail, leur mission à accomplir et la difficulté de leur disponibilité car ils n'ont aucun moment de répit, cependant les responsables de ces services nous ont pris la peine de nous conseiller et a déclaré qu'on pouvait entamer quand on le souhaite.

Par ailleurs, après avoir eu l'accord de réaliser notre stage durant deux mois à raison de deux fois par semaine, de la part des chefs des services et les directeurs des EPH, notre pré-enquête a donc débuté comme nous nous l'avons déclaré le 12 novembre 2019. A 09h du matin nous étions présentes sur les lieux jusqu'à 16h et 17h, après avoir organisé notre programme du temps pour chaque EPH dans la semaine, à ce temps-là, les médecins des urgences qui sont nos sujets de recherche étaient très occupés avec les patients. Nous nous sommes donc présentées dans les bureaux des admissions où nous étions très bien accueillies par les dames y travaillant, ainsi que par les chefs des services. Ils nous ont aménagé un espace afin de travailler sur notre recherche en attendant la disponibilité de nos sujets.

A 11h et à 13h, on a pu parler aux médecins avec la bonne présence des chefs des services et aussi les psychologues qui nous ont présenté en tant que des stagiaires en Master 2. Nous avons pris la parole par la suite. Nous avons fait part de notre objectif, ils ont été très enthousiastes et très curieux. Ils y avait même des médecins qui ont exprimé leur désir et sentiment de commencer car ils avaient des choses à raconter et à partager avec nous et notamment les effets de la charge de travail sur leurs états psychologique.

Deux médecins femmes et deux médecins hommes ont exprimé leur souffrance physique, psychique et les problèmes sociaux qui rencontrent et qui proviennent directement

en milieu professionnel et qui influencent leurs relations avec les autres, ajoutant le sentiment de fatigue chronique et ses effets secondaires en raison de la charge de travail et la nature de travail et surtout les difficultés que rencontrent les médecins avec les accompagnateurs des patients que relationnelles avec les patients eux-mêmes, sans négliger les conditions de travail dont l'un de ses médecins avait répondu à l'une de nos questions importante qui est « *pouvez-vous nous parler de votre expérience et difficultés au travail ?* ». Le médecin avait dit « *rien à dire ; tout se voit avec les yeux et c'est clair aussi, tout va mal, on manque presque de toutes les ressources et la disponibilité de ces moyens sont nécessaires pour prendre en charge des patients* ». A quelques secondes de silence, il m'a rajouté ce passage « *Emmmmm....Comment dirai-je ?* ». Il a resté un bon moment comme ça il cherché une réponse, et ce que nous avons observé, il était très confus et il voulait dire quelque chose intéressant, juste au bout de 5 minutes, il répondait avec étonnement et surprit « *voilà ; c'est ça ! Trop de fatigue, trop de pression, pas de repos, très mal alimenté, manque d'affectif, en plus du manque de matériel de protection, un masque, une bavette pour la journée, une camisole par 24h, aujourd'hui, on dispose de notre argent pour acheter de matériel, ajoutant à ça, le risque de contamination très élevée par certaines maladies infectieuses, et je te jure que si tout va continu comme ça, on va tous finir mal* », ce que nous avons observé de son état psychologique, il était très inquiet, et il prenait la peine vraiment à ce qui va se passer en raison de la dégradation mauvaise et continu de la situation dont il se retrouve.

De plus, ce qui a attiré notre attention, la plupart des médecins et surtout médecins hommes, ne prennent pas leur repas à midi, et d'autres le prennent entre 14h et parfois à 15h, ou ils restent à jeun tout au long de la journée et travaillaient sans arrêt à cause de nombre élevé et observé des patients qui consultent aux urgences. En effet, l'autre médecin nous a répondu à la même question concernant son expérience et difficultés rencontrés, elle avait exprimé son amour envers son métier en tant que médecin urgentiste au même temps désespéré disant « *au début de mon métier tout était bien jusqu'à ce que je me retrouve aujourd'hui carrément épuisé et malheureuse, et en détresse face à ce cauchemar qui me poursuit, je veux enlever ma blouse, ce n'est pas ce que j'ai espéré du tous, c'est un enfer* ». Un bon moment, il nous a interrompu un accompagnateur d'un malade et venait demander de l'aide, et il est entré au bureau sans qu'il demandait permission, et nous avons observé que le médecin avait répondu à ce monsieur avec agressivité et pleinement en colère « *Mon Dieu ! C'est quoi ça ? Vous sortez de mon bureau tout suite monsieur et vous demandez vos besoins à la réception, pas ici, vous êtes au box du médecin* », immédiatement le médecin nous a rajouté ce passage « *ici, je fais un rôle d'un agent,*

infirmière, assistante et tous ce que tu veux, offfff... j'en ai marre, je veux finir vite et rentrer chez moi...ah, ya Rebbi », et elle a rajouté encore ce passage « écoute bien, je fais ce travail par générosité, par amour mais avant tout, par conscience, et comme vous le saviez, la médecine est une profession noble, ce qu'il me motive de la faire par fidélité et par sacrifice, mais parfois, quand je vois des patients irrespectueux ou encore pire des accompagnateurs insultants, je décide de quitter mon travail et juste après quelques heures, je retire ma décision et je continue comme si c'était rien passé », dont ce que nous avons observé important, quand le médecin avait exprimé ses souffrances au travail, en suivant son discours attentivement, elle cachait des choses encore qu'elle voulait dire, elle avait des yeux qui brillent des larmes comme si elle voulait pleurer en serrant nos mains elle était triste, débordée par son travail disant « je suis très fatiguée », et encore, elle ne s'arrêtait pas de se culpabiliser soi-même et se plaindre disant « ah ya Rebbi, c'est quoi ma faute, qu'est-ce que je fais-moi ? Pourquoi je paye tout ça ? Si j'aurai seulement une petite chance ». Et autres problèmes toujours liés au travail qu'à un autre médecin a exprimé parmi tous les difficultés « qu'il y a une absence totale des responsables et leur irresponsabilité face à ses problèmes malgré nos interventions et réclamations mais sans aucune prise de conscience pourtant par eux-mêmes », il aimait rajouter des phrases mais à cause de la charge de travail, le médecin était obligé de nous laisser disant « c'est avec plaisir de vous informer plus mais comme vous voyez, on est en plein de pressions à tout moment ».

De même, il y avait deux autres médecins, dont nous avons souhaité leurs passages et ils ont commencé leurs premiers mots mais en raison de la charge du travail, ils étaient obligés de quitter mais également en raison des journées de travail des médecins 2/2 par semaine, on n'a pas eu la chance de les retrouver.

Face à tous les passages et discours que nous avons pu rapporter par des médecins urgentistes, Cela, nous a encouragé de continuer et travailler sur ce thème et choisir nos hypothèses de recherche.

Cependant, ils y avaient des médecins qui refusent de participer dans la recherche pour des raisons qui proviennent d'eux-mêmes et qui ont exprimé leurs sentiments « qu'ils ne sont pas épuisés », ils travaillent sans aucun problèmes et ce sont des médecins moins expérimentés dans le domaine, donc nous avons évidemment respecté leurs décisions. Ce que nous avons remarqué de plus, il existe une cohérence entre les médecins, et parfois des mal ententes entre médecins et les responsables hiérarchiques, et une solidarité entre les médecins et patients; à

l'exception d'une seule EPH d'où nous avons remarqué vraiment les plaintes des patientes et leurs inquiétudes qu'il y avait une absence des médecins en plus aux urgences, et bien sûr nous avons constaté qu'il existe des violences, des harcèlements et des bagarres qui proviennent des médecins contre les accompagnateurs ou contraire. D'ailleurs nous avons insisté à ce genre de conflits où des policiers sont intervenus plusieurs fois et qui nous ont dit que ce n'est pas la première fois que ça se passe, en raison de manque de sécurité, ce qui est vraiment un point très sensible et des plaintes des médecins résultat de leurs épuisement et chagrin.

D'une part, nous avons remarqué les médecins qui n'ont pas participé à la recherche, qu'ils ont insisté quand-même à prendre la parole comme étant des médecins urgentistes, en donnant une belle image de soi-même disant « *oh ! Tout est bien, on travaille en équipes avec de bonnes conditions, comme vous voyez, tout le monde fait son travail, tout le monde est actif et on manque de rien* », mais de l'autre part, en faisant un tour immédiatement au service des urgences, nous avons observé des cas de patients on leurs fait une réanimation sur la chaise, en raison de manque de lits et l'incapacité de service, et ce n'était pas normal. Dans ce contexte exactement, nous nous sommes rendu compte qu'il y a une dégradation, une négligence et des mauvaises conditions de travail qui peuvent mettre en risque la santé des soignants mais aussi celles des patients.

De ce fait, après avoir accomplir notre pré-enquête, nous avons pu avoir un ensemble d'informations nécessaires sur nos sujets de recherche, nous nous sommes assurées que ce service est valable pour effectuer notre enquête dans le but de confirmer ou d'infirmer les hypothèses qui sont déjà lancées dans la problématique.

6.2. Les difficultés de la recherche

Comme tout un travail de recherche, il est évident qu'un chercheur se retrouve face à certaines difficultés, c'est notre cas notamment, nous n'avons pas pu malheureusement réaliser notre enquête comme nous avons espéré, à cause d'une énorme situation que notre pays avait rencontrée depuis le 12 mars 2020, en raison de la contamination d'un nouveau virus Corona ou COVID-19, qui est apparu pour la première fois à Wuhan en Chine, pour qu'il devient une crise sanitaire mondiale par la suite. De ce fait, les stages sont strictement interdits pour une mesure de prévention et le respect de confinement, mais nous avons adopté d'autres essayes et moyens pour effectuer notre enquête d'où nous nous sommes dirigées vers les réseaux sociaux mais malheureusement ceci n'ont pas donné d'avantage, que d'avoir sélectionné les données caractéristiques de nos sujets de recherches.

Synthèse

Nous avons consacré ce chapitre à la méthodologie qui est primordiale pour tout un travail de recherche. Il nous a ainsi permis de voir combien la méthode clinique, l'étude de cas et les instruments choisis sont indiqués à la réalisation de notre thématique de recherche, pour arriver à des fins, à tirer des résultats que nous pouvons analyser, interpréter et vérifier nos hypothèses de recherche.

Conclusion Générale

Stress, angoisse et surmenage sont des troubles que traduit un état de burn out des équipes soignantes, en particulier les médecins urgentistes, ce syndrome risque de toucher de plus en plus ces médecins en Algérie. Les médecins qui en souffrent vivent presque dans l'ombre de l'anonymat, de s'usés, stressés pendant le travail, et ils sont les éternels oubliés de la société.

En effet, le burn out est un syndrome peut atteindre tout cadre professionnel, toute personne qui a des responsabilités importantes ou qui est en relation d'aide au sens large du terme : policiers, correspondants de guerre, enseignants, avocats, pompiers, formateurs, journalistes, psychologues, sociologues, soignants et toutes autres professions où la relation est primordiale peut entraîner ce type de réactions.

Dans ce cadre, les tâches primordiales de tout un médecin engagé notamment dans la relation d'aide est de prendre soin de l'autre, assuré auprès des patients des soins de prévention, d'hygiène et de confort, mais aussi l'accompagnement psychologique du patient au moment de détresse morale ou en demande de soutien dans le cadre des approches de la psychothérapie.

Ainsi, et pour une bonne prise en charge, de santé au travail et le bien-être physique, mental et social des médecins, il faut tenir compte d'agir, d'organiser la prévention, d'améliorer les conditions de travail et l'hygiène pour atteindre l'objectif ambitieux d'un bien-être physique, mental et social en adéquation avec leur environnement professionnel. Ou encore, dans une perspective plus large, de les rassurer des aspects de formation, d'enseignement, d'éducation et de communication, de manière à mieux saisir les facteurs d'influence et les risques professionnels notamment psychosociaux qui régissent sur le plan individuel du médecin, ou l'environnement professionnel sanitaire.

De même, parmi les RPS les plus identifiés dans les milieux sanitaires sont liés aux mauvaises conditions d'inconfort, insécurité, surcharge de travail, conflits de valeurs et de relations, sont en série sur le lieu de travail, qui prennent une ampleur très importante dans la contribution des maladies, des troubles et aux dégâts engendrés. Face à cette situation, il n'y a pas de solutions toutes faites pour lutter contre les risques psychosociaux, les solutions sont donc à rechercher dans ces milieux après une évaluation ou un diagnostic approfondi des facteurs de RPS qui lui sont propres. La démarche de prévention collective, centrée sur le travail et son organisation, est à privilégier.

Ainsi, prévenir les RPS, c'est avant tout mettre en place des modes d'organisations qui sont favorables à la santé physique et psychique des médecins : travail en équipe, utilisation des compétences des médecins, participations des médecins aux décisions qui les concernent. Une démarche de prévention collective (ou globale) doit permettre d'évaluer précisément le niveau de risques, d'identifier les sources et de mettre en place un plan d'actions. Une telle démarche permet une prévention efficace et durable.

Cependant, les RSP peuvent être source de stress persistant et de dégradation de l'activité physique et psychique de ces médecins, résultent de confrontation excessive aux souffrances et aux risques professionnels. C'est pourquoi certains médecins peuvent par conséquent être victimes d'un burn out dans certains services spécifiques notamment le service d'urgences.

Actuellement, l'Algérie traverse une nouvelle crise sanitaire. Une nouvelle pandémie appelée Coronavirus ou Covid-19. Face à cette crise sanitaire, notre thématique de recherche a pour objectif d'étudier ce thème suivant « *le burn out et les facteurs de risques psychosociaux chez le médecin : le cas de la médecine d'urgence* ». Nos hypothèses de recherche n'ont pas été confirmé et/ ou infirmé, en raison de non accomplissement de nos stages pratiques, qui sont strictement interdits par le Ministère de Santé de la Population et de Réforme Hospitalier-Algérie, comme mesure de prévention, de protection et le respect de confinement total, jusqu'à ce que la situation se rétablisse. Donc, nous avons quand-même réalisé notre pré-enquête avec les médecins urgentistes, bien avant que la pandémie se propageait partout en Algérie.

Cependant, face à ce défi quotidien rencontré par les médecins notamment urgentistes, notre thématique de recherche ; a pour importance de sensibiliser les établissements hospitaliers publics ou privés, de développer de nouvelles connaissances théoriques, opérationnelles et des actions adéquates à mettre en disposition permettant d'entreprendre une véritable démarche de prévention portant sur la santé et le bien-être des médecins.

Dans le contexte actuel, il est urgent de développer des stratégies et de mettre en place des solutions pour maintenir cette capacité de soin et soutenir de manière efficace le personnel soignant. Jusqu'à présent, les seuls dispositifs qui sont mises en place pour la supervision est le débriefing, et pour l'accompagnement psychologique c'est les différentes initiatives qui viennent du mouvement associatif et des initiatives personnelles venant des psychothérapeutes et des psychologues qui se sont proposées gracieusement pour assurer l'accompagnement du personnel soignant durant cette période de crise sanitaire.

À ce jour, il n'y a aucune instance officielle qui a pris en charge la santé mentale du personnel soignant de cette éventuelle vulnérabilité qui pourrait, par la suite, développer certains troubles en rapport avec cette situation. On sait bien que quand les soignants tombent, les malades succombent. Il est vraiment important de se pencher sur cette question.

Aussi, durant cette période, les équipes soignantes peuvent être confrontées à un sentiment d'impuissance, de forte tension ou de surmenage qui nécessitent de débriefings réguliers pour éviter les répercussions sur le plan psychologique. Après le feu de l'action, des reviviscences d'ordre traumatique resurgissent chez certaines personnes en forme d'images, de pensées ou de sensations physiques. D'où la nécessité de mettre en place des outils pour assurer la prise en charge psychologique des personnels soignants dans ce genre de situation de crise sanitaire. Nous insistons sur ces manifestations pour que le personnel soignant puisse repérer cette symptomatologie, demander de l'aide et recourir aux formes de supervision ou de débriefing, qui sont proposées sur les différentes plateformes qui assurent l'accompagnement psychologique des soignants durant cette période de pandémie.

De même, La dernière recommandation de l'Organisation Mondial de la Santé (OMS) insiste à ce propos sur le maintien d'une bonne hygiène de vie pour le personnel soignant et l'utilisation des techniques de gestion de stress. Elle recommande aux responsables de santé de protéger l'équipe soignante du stress chronique et des conditions délétères pour les aider à mieux assurer leurs fonctions.

En conclusion, il faut agir à travers la mise en place de dispositifs de prise en charge psychologique en direction de l'équipe soignante et de repérer les personnes qui sont susceptibles de développer un stress post-traumatique ou des troubles d'ordre psychologique.

Nous avons un grand respect pour tout le personnel soignant en Algérie, spécialement ceux qui sont en première ligne de lutte contre Coronavirus qui assurent le maintien des soins pour sauver les vies des malades. Il est donc primordial de s'occuper de la santé mentale du personnel soignant en charge des patients atteints du Covid-19.

Une maladie est dite professionnelle si elle est la conséquence directe de l'exposition d'un travailleur à un risque physique, psychique ou biologique, lors qu'il exerce sa profession ou résulte des conditions dans lesquelles il exerce son activité professionnelle.

Donc, il faut savoir que la maladie professionnelle est un sujet qui mérite d'être étudié, un sujet vulnérable pour l'individu dans la société, aura plusieurs répercussions sur le plan sanitaire, social, économique et politique. À terme, nous aurons également des répercussions

d'ordre psychologique, notamment le personnel soignant. Pour cela, nous allons ouvrir le champ d'étude d'aborder quelques thématiques que nous avons estimées à étudier : le stress, dépression, stress post-traumatique et les stratégies de coping chez les médecins urgentistes. Aussi et particulièrement, le vécu psychologique des médecins urgentistes face au Covid-19, la santé mentale des soignants ayant fait face au Covid-19.

Liste des Références

Listes des Références

1. Albert, E. Saunder, L. (2010). *Comment l'entreprise peut-elle agir face au stress de ses collaborateurs ?* Paris, France : Eyrolles.
2. Abid, L. (2003). *Les urgences médico-chirurgicales (UMC)*, pp. 1-6. https://cours-examens.org/images/An_2016_1/Etude%20Superieures/Medecine/Alger/Chirurgie/Les%20urgences%20medico-chirurgicales.pdf.
3. Adnet, F. (2004). La recherche en médecine d'urgence : vers la création d'une discipline scientifique majeure. *Réanimation*, art n° 13, pp. 463-464. doi:10.1016/j.reaurg.2004.09.001.
4. AMRANE. H, M. (2018). *Les risques psychosociaux au travail : diagnostic et prévention*, pp. 1-6. http://univ-bejaia-dz/Fac_Sciences_Humaines_Sociales/images/PGR/Relations_ext/Colloques/Colloque%20Les%20risques%20psychosociaux%20au%20travail%20%20diagnostic%20et%20prevention.pdf
5. Bachelard, O. (2017). Le bien-être au travail et la performance globale : enjeux et perspective. *Emlyon Business School*, art n°51, pp. 169-179. Presse de l'EHESP.
6. Bernaud, J-L. Lemoine, C. (2012). *Traité de la psychologie du travail et organisations* (3^{eme} édition). Paris, France : Dunod.
7. Benferhat, A. (2008). *Etude de syndrome du burn out chez une population à risque : cas des médecins des SAMU d'Alger, Blida et Médéa, intervenants dans le cadre de l'urgence médicale dans un contexte de catastrophe*. (thèse de Magister en psychopathologie). Université d'Oran. Algérie.
8. Benatia, Y. (2008). *Epuisement professionnel des médecins urgentistes*. (thèse de magister en psychologie clinique). Université de Constantine. Algérie.
9. Braun, F. Berthier, F. Boudénia, K. Carli, p.(2015). *Livre blanc voir les structures de médecine d'urgence comme une solution et non comme un problème*. Paris : rédigé par le conseil d'administration de Samu-Urgences de France.
10. Barot, F. (1998). *La médecine d'urgence : Evolution du concept, de l'antiquité au Samu*. (thèse de Doctorat d'Etat en médecine). Université de Picardie Jules Verne. Amiens.
11. Benferhat, A. (2013). Le syndrome de burn-out chez les médecins en situation de catastrophe : le cas des SAMU d'Alger, Blida et Médéa. *Insaniyat*, artn°59, pp. 133-143.
12. Bécotte, G. Hamel, p.St-Onge, M. Vanier, L. (2009). Le profil et les fonctions du médecin urgentiste. *AMUQ*, pp. 1-16.
13. Belotte, F. Cassanas. (2018). *Mémo d'urgences*. (3^{eme} édition). Montrouge : Amette.
14. Bellagamba, G. (2016). *Qualité de vie au travail et environnement organisationnel : études qualitatives et quantitatives sur les personnels en établissement de santé*. (thèse de Doctorat en recherche clinique et santé publique). Université d'Aix-Marseille. France.

Listes des Références

15. Bécotte, G. Hamel, p.St-Onge, M. Vanier, L. (2009). *Le profil du médecin d'urgence à temps plein*. [http://www.amuq.qc.ca/assets/memoires-et-positions/Le_profil_du_medecin_d_urgence_a_temps_plein_\(2009\).pdf](http://www.amuq.qc.ca/assets/memoires-et-positions/Le_profil_du_medecin_d_urgence_a_temps_plein_(2009).pdf).
16. Bénony, H. Chahraoui, K. (1999). *L'entretien clinique*. Pais, France : Dunod.
17. Bloch, L. (2016). Stratégies de prévention du burn out proposées par des médecins généralistes d'Indre-et-Loire. (thèse de Doctorat d'Etat en médecine). Université de Tours. France.
18. Bontoux, E. (2016). Prévalence et facteurs de risque de burnout chez les médecins généralistes de Gers. (thèse de Doctorat d'Etat en médecine). Université de Toulouse. France.
19. Bouanene, I. El Mhamdi, S. Maâtoug, T. Ben Salah, A. Soltani, M. (2013). Burn-out chez les médecins urgentistes : prévalence et facteurs de risques. *Rev d'Epidémiologie et de Santé public*, vol, 61, art, S4, pp. 1-2. Doi : 10.1016/j.respe.2013.07.417.
20. Bouattour, H. (2016). *Prévention de l'épuisement professionnel chez les médecins généralistes libéraux : quel est le rôle de la FMC dans la représentation des médecins ?* (thèse de Doctorat d'Etat en médecine). Université Paris-Est. France.
21. Boumeslout, S. (2019). *La déontologie médicale*, pp. 1-7. http://www.facmed-univ-oran.dz/ressources/fichiers_produits/fichier_produit_1503.pdf.
22. Braun, F. (2012). Urgentistes au bord de la crise de nerf. *Springer*, art n° 2, pp. 222-223. Doi: 10.1007/s13341-012-0228-3.
23. Bues, C. (2018). *Burn out : médecins en difficulté*. <https://conseil94.ordre.medecin.fr/content/burn-out-medecins-difficulte>.
24. Chahraoui, K. Bénony, H. (2003). *Méthode, évaluation et recherches en psychologie clinique*. Paris : Dunod.
25. Bournout, M-C. Goupil, M-C. Leclère, B. Tallec, A. (...). (2010). *Vie professionnelle, vécu du travail et état de santé des médecins généralistes*. Pays de la Loire : ORS-URML.
26. Canaoui, p.Mauranges, A. (2008). *Le burn out à l'hôpital-Le syndrome d'épuisement professionnel*. (4^{ème} édition). Paris, France : Elsevier Masson.
27. Canaoui, p.Mauranges, A. (2015). *Le burn out à l'hôpital-Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants*. (5^{ème} édition). Paris : Elsevier Masson.
28. Chhum, F. Rougé-Guimar, J. (2019). *Burn-out : L'OMS le considère comme un phénomène lié au travail et non comme une « maladie »*. <https://www.village-justice.com/articles/burn-out-oms-considere-comme-phenomene-lie-travail-non-comme-une-maladie,31789.html>.

Listes des Références

29. Ciccone, A. (2014). L'observation clinique attentive, une méthode pour la pratique et la recherche clinique. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 63(2), pp.65-78. Doi:10.3917/rppg.063.0065.
30. Chakroun, W-O. Rejeb, I. Kammoun, L. Nasri, A (...). (2013). Evaluation du stress chez le personnel d'urgence : enquête dans un service d'urgences tunisien. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, art n° 30, pp. 565-571. <http://dx.doi.org/10.1016/j.annfar.2013.06.008>.
31. Chapelle, F. (2018). *Aide-mémoire-Risques psychosociaux et qualité de vie au travail*. Paris, France : Dunod.
32. Chilland, C. (1983). *L'entretien clinique*. Paris : Presse Université de France.
33. Chilland, C. (2013). *L'entretien clinique*. Paris : Presse Université de France.
34. A. Laurent, A. Chahraoui, K. Carli, p.(2005). Les répercussions psychologiques des interventions médicales urgentes sur le personnel SAMU. Étude portant sur 50 intervenants SAMU. *Annales Médico-Psychologiques*, pp. 1-9. Doi:10.1016/j.amp.2005.06.011.
35. Comeau, I. (2009). *Le stress, l'épuisement, la résignation et la santé des enseignants au niveau collégial : un modèle d'intégration*. (mémoire présenté comme exigence partielle de la maîtrise en psychologie). Université de Québec. Canada.
36. Coutrot, T. (2018). Travail et bien-être psychologique : l'apport de l'enquête CT-RPS 2016. *Document d'Etude* n° 217, pp. 2-53. Dares.
37. Doppia, M-A. Estry-Béhar, M. Fry, C. Guetarni, K. Lieutaud, T. (2010). Enquête comparative sur le syndrome d'épuisement professionnel chez les anesthésistes réanimateurs et les autres praticiens des hôpitaux publics en France (enquête SESMAT). *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, art n° 30, pp. 782-794. Doi : 1016/j.annfar.2011.05.011.
38. Debaty, G. El Khoury, C. (2014). *Guide des outils d'évaluation en médecine d'urgence*. Paris : Springer-Verlag.
39. Desvilles, p.(2010). *Quelles responsabilités pour le médecin urgentiste* (Thèse de Doctorat d'Etat en médecine). Université de Limoges. Paris.
40. Delbrouck, M. (2017). Le burn-out du médecin soignant. *Rev sens dessous*, n° 19, pp. 5-18. Doi : 10.3917/sdes.019.0005.
41. Dejours, C. Gernet, I. (2012). *Psychopathologie de travail*. Paris : Elsevier Masson.
42. Durand, C. (2009). *La pré-enquête, l'élaboration de la question de recherche*. pp. 1-2. Université de Montréal. Canada.

Listes des Références

43. El Moudjahid. (2020). Le corps médical face au risque du burn-out : L'accompagnement une nécessité. *Edité par EPE-SPA El MOUDJAHID - 20, Rue de la Liberté Alger – Algérie.* <http://www.elmoudjahid.com/fr/actualites/151931>.
44. Evain, F. Mekoa, J. Khiari, H, Vincent, J. (2011). *La souffrance des médecins au travail : le burn out.* (Rapport d'immersion en communauté- faculté de médecine). Genève : Université de Genève.
45. Ferragut, E. (2007). *Souffrance, maladies et soins.* Paris : Elsevier Masson.
46. Fernandez, L. Pedinielli, J-L. (2006). La recherche en psychologie clinique. *Recherche en Soins Infirmiers*, art n° 84, pp. 41-51. Doi : 10.3917/rsi.084.0041.
47. Fernandez, L. (2012). La méthode clinique, *SlideShare*, pp. 1-9. <https://fr.slideshare.net/MOMOMEMO/la-methode-clinique>.
48. Fiche de mémo. (2017). Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout. *Préférences en Santé au Travail, INRS*, art n° 151, pp.71-74.
49. Fortain, M-F. Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche- Méthodes quantitatives et qualitatives.* (3eme édition). Québec. Chenelière Education.
50. Foletti, N. (2012). *Burn out et engagement au travail : modèles, conséquences sur la santé mentale générale et études des variables sociodémographiques*, pp. 1-58. https://serval.unil.ch/resource/serval:BIB_S_000000017424.P001/REF.
51. Guerid, D. (2002). L'exception médicale, *journal internationale de bioéthique*, vol. 13, art n°3, pp. 37-48. <https://www.cairn.info/revue-journal-international-de-bioethique-2002-3-page-37.htm>.
52. Guedon, A. (2016). *Le burn out du médecin : prévalence et déterminants dans le monde.* *Revue de la littérature.* (thèse de doctorat d'état en médecine). Université de Rouen-Normandie. France.
53. Grosjean, V. Guyot, S. (2016). Bien-être et qualité de vie au travail, risques psychosociaux : de quoi parle-t-on ? *Hygiène et Sécurité au Travail*, art n°242, pp. 6-9.
54. Grebot, E. (2008). *Stress et burnout au travail : identifier, prévenir, guérir.* Paris : Eyrolles.
55. Grebot, E. (2010). Coping, styles défensifs et dépersonnalisation de la relation soignante d'urgence. *Annales Médico-Psychologiques*, n° 168, pp. 686-691. Doi:10.1016/j.amp.2010.03.018.
56. Haubold, B. (2008). *Les risques psychosociaux.* Paris, France : Eyrolles.

Listes des Références

57. Heureux, p.(2018). Le burn out à la consultation de médecin généraliste, *actualité de médecin généraliste*, 137 (9), pp. 535-539. Journal Le Soir.
58. Héléne, M. (2007). *Etude de burn out chez les médecins généralistes luxembourgeois*. (thèse de Doctorat d'Etat en médecine). Université de Sorbonne. France.
59. Hatzfeld, N. (2012). Les risques psychosociaux : quelles correspondances anciennes aux débats récents ? *Travail et Emploi*, pp. 1-32. <https://doi.org/10.4000/travailemploi.5490>.
60. Haouari, A, Adda-Boudjellel, A. (2018). Significations plurielles des urgences médicales et chirurgicales. Etude sociologique aux services des UMC au CHU d'Oran. *Insaniyat, revue algérienne d'anthropologie et de sciences sociales*, art n° 80-81, pp. 55-70.
61. Instruction ministérielle relatives n° 18 du 27 octobre 2002 relative à la protection de la santé des personnels de santé. <http://www.sante.dz/Dossiers/dass/instruction27-02.htm>.
62. Jonckheer, p.Stordeur, S. Lebeer, G. Roland, M. (...). (2011). *Le burnout des médecins généralistes : prévention, et prise en charge-supplément*. Bruxelles, Belgique : KCE.
63. Khelassi, M. (2015). Les risques psychosociaux au travail. *Revue Sciences Humaines*, pp. 1-20.
64. Kandi, N. (2017). Stress professionnel et conditions organisationnelles de travail. *Journal Industrial Economics*, vol. 13, pp. 486-498.
65. Kandouci, C. Belhadj, Z. Bouaza, H. Kandouci, A-B. Évaluation de la souffrance des médecins par l'analyse du concept de l'épuisement professionnel. *Le journal de la médecine du travail – JMT*, art n° 16, pp. 67-70.
66. Kandi, N. (2019). *Evaluation socio-économique du stress professionnel d'un échantillon d'entreprises et administrations publiques de la wilaya de Bejaia*. (Thèse de Doctorat en économie de la santé et de développement durable). Université de Bejaia. Algérie.
67. Langevin, V. Boini, S. François, M. Riou, A. (2012). Risques psychosociaux : outils d'évaluation Maslach Burnout Inventory-MBI. *Références en Santé au Travail*, art n°131, pp. 157-159.
68. Lamblot, C. (2013). *Médecins correspondants du Samu : guide de déploiement*. pp.1-44. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_MCS_31-07-13.pdf.
69. Laraqui, O. Laraqui, S. Hammouda, Deschamps, F. Laraqui, C-H. (2019). Risques psychosociaux et syndrome d'épuisement professionnel des professionnels des soins. *ScienceDirect*, <https://doi.org/10.1016/j.admp.2019.05.001>.
70. Laimouche. S. (2014). *Les droits du malade et les devoirs des médecins*, pp. 1-5. <https://fr.slideshare.net/specialone15/cour-de-drlaimouchdroitmedical>.

Listes des Références

71. Lahlou, F. (2013). Le burnout en milieu hospitalier à la ville des Fes : enquête auprès des médecins. (thèse de Doctorat en médecine psychiatrie). Université de Fes. Maroc.
72. Laurent, A, Chahraoui, K. (2010). L'impact du stress professionnel sur les intervenants SMUR. *Psychologie Clinique*, art n° 18, pp. 413-428. Doi:10.1016/j.prps.2010.11.003.
73. Lekadir, p.(2013). Le burn out des médecins hospitaliers : *aspects historiques, cliniques et perspectives*. (thèse de Doctorat d'Etat en médecine). Université de Lille 2. France.
74. Le point d'Afrique, 2020. Algérie : le cri d'alarme des médecins en prise avec le Covid-19. https://www.lepoint.fr/afrique/algerie-le-cri-d-alarme-des-medecins-en-prise-avec-le-covid-19--10-07-2020-2383811_3826.php.
75. Louche, C. (2015). *Introduction à la psychologie du travail et des organisations* (3^{eme} édition). Paris, France : Armand Colin.
76. Lévy, J-J. Maisonneuve, D. Bilodeau, H. Garnier, C. (2003). *Enjeux psychosociaux de la santé*. Québec : la presse de l'Université du Québec.
77. Lefebvre, B. Poirot, M. (2011). *Stress et risques psychosociaux : comprendre, prévenir, intervenir*. Paris, France : Elsevier Masson.
78. Lefief, J-P. (2020). « *Coronavirus : Plus de 90.000 cas parmi les membres du personnel soignant dans le monde, selon le CII* », pp. 1-2.
https://www.challenges.fr/monde/coronavirus-plus-de-90-000-cas-parmi-les-membres-du-personnel-soignant-dans-le-monde-selon-le-cii_709033.
79. Le petit Larousse Illustré. (2008). Paris, France : Larousse.
80. Loi n° 18-11 du 18 Chaoual 1439 correspondant au 2 juillet 2018 modifiant et complétant la loi n° 63-278 du 26 juillet 1963 fixant la liste des fêtes légales modifiant et complétant la loi n° 63-278 du 26 juillet 1963 fixant la liste des fêtes légales, *journal officiel de la république algérienne*, n° 46, pp. 3-40.
81. Mandengue, S. Owona-Manga, L. Lobé-Tanga, p.Assomo-Ndemba, S. Nsongan-Bahebege, C. Bika-Lélé, F. (...). (2017). Syndrome de burnout chez les médecins généralistes de la région de Douala (Cameroun) : les activités physiques peuvent-elles être un facteur protecteur ? *Rev Med Brux-2017*. 38 (1). pp.10-15.
82. Mangen, M-H. (2007). *Etude de burn out chez les médecins généralistes de Luxembourgais* (Thèse de Doctorat en médecine général). Université de Pierre et Marie Curie. Paris 6.
83. Machavoine, J-L. (2015). L'épuisement professionnel des médecins et des soignants en cancérologie. *Psycho-Oncol*, art n° 13. Doi : DOI 10.1007/s11839-015-0497-3.

Listes des Références

84. Maillard, L. (2013). *Guide pratique sur les risques psychosociaux*, pp. 4-36. <https://www.technologia.fr/wp-content/uploads/2012/05/Guide-pratique-sur-les-risques-psychosociaux.pdf>.
85. Maupin, T. (2013). Chapitre 105. Burn out aux urgences : *fatalité ou réalité ? traumatismes aux urgences : SfmU*, pp. 1-12.
86. Medscape. (2019). Le burn out est problème mondial et n'épargne pas le milieu médical. *CISION PR Newswire*. <https://www.prnewswire.com/fr/communiqués-de-presse/le-burnout-est-un-problème-mondial-et-n-epargne-pas-le-milieu-médical--892610401.html>.
87. Michel, X, Cavaillé, P & coll. (2009). *Management des risques pour un développement durable : qualité, santé, sécurité, environnement*. Paris : Dunod.
88. Maslach, C & col. (2006). Burn-out : l'épuisement professionnel. *Test d'Inventaire de Burnout de Maslach – MBI*, pp. 1-2. Presses du Belvédère.
89. Minem, E. (2013). Evaluer les facteurs de risques psychosociaux : l'outil RPS-DU. *INRS*. pp. 1-48.
90. Marchand, L. (2020). *La santé mentale des soignants, victime collatérale du coronavirus*, pp. 1-4. <https://www.lesechos.fr/politique-societe/societe/la-sante-mentale-des-soignants-victime-collaterale-du-coronavirus-1208897>.
91. Marié-Soula, M-C. Collange, J. (2015). Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout : mieux comprendre pour mieux agir, *guide d'aide à la prévention*, art n° 15-045, pp. 1-34. Anact.
92. Moshinaly, H. (2019). Le burn out des médecins : une crise mondiale ? *Revue Francophone des Laboratoires*, n° 516, pp. 1-14. Paris, France : Revue de presse.
93. Murcia, M (2016). *Qualité de vie au travail*. Vinci, France : Inma.
94. Ntsame-Sima, N-M. (2012). Un modèle explicatif de l'épuisement professionnel et du bien-être psychologique : vers une validation prévisionnelle et transculturelle. (thèse de Doctorat d'Etat en psychologie sociale). Université de Lille. France.
95. Pateron, D, Raphael, M, Trink-Duc, A. (2016). *Méga guide pratique des urgences*. Paris, France : Elsevier Masson.
96. Remmas, N. (2017). Rôle des services de médecine du travail dans l'étude et la Prévention du stress lié au travail. *Développement des Ressources Humaines*, vol. 8, n° 1, pp. 1-16.
97. Saint-Guily, J. (1998). Le rôle du médecin généraliste. *Actualité et Dossier en Santé Publique*, art n° 24 ? pp. 53-54.
98. Sultan, S. Varescon, I. (2012). *Psychologie de la santé*. Paris, France : Puf.

Listes des Références

- 99.** Tlilane, K. Azri, N. Dermel, A. (2009). . (2009). *Actes de CIES 2 : Santé et Sécurité au travail, développement et mondialisation*, pp. 1-414. www.univ-bejaia.dz/colloques/cies02.
- 100.** Truchot, D, (2009). Le burn out des médecins généralistes : influence de l'iniquité perçue et de l'orientation communautaire, *Annales Médico Psychologique*, n° 167, pp. 422-428. Doi : 10.1016/j.amp.2009.03.018.
- 101.** Vaquin-Villminey, C. (2007). *Prévalence de burnout en médecine générale : enquête nationale auprès de 221 médecins généralistes du réseau Sentinelles*. (thèse de Doctorat d'Etat en médecine). Université de Paris 5. France.
- 102.** Wolff, V. (2016). Le sens de l'urgence à l'hôpital. *Bioéthique Online*, pp. 1-15.
- 103.** Yven, Y-M. (2013). Prévalence et facteurs de risques du burnout (ou syndrome d'épuisement professionnel) chez les médecins urgentistes en région Midi-Pyrénées. (thèse de Doctorat d'Etat en médecine). Université de Toulouse. France.
- 104.** Pateron, D. Raphaël, M. Trinh-Duc, A. (2016). *Méga guide pratique des urgences*. Paris, France : Elsevier Masson.
- 105.** Pedinielli, J-L. Fernandez, L. (2015). *L'observation clinique et l'étude de cas (3)*. Paris, France : Armand colin.
- 106.** Pedinielli, J-L. (2006). *Introduction à la psychologie clinique*. Paris, France : Armand Colin.
- 107.** Zawieja, p.Guarnieri, F. (2015). *Epuisement professionnel : approches innovantes et pluridisciplinaires*. Paris, France : Armand Colin.

Les Annexes

Les Annexes

Annexe N°1 : *Guide d'entretien semi-directif*

Les informations générales sur le sujet :

1. Quel âge avez-vous ?
2. Quel est votre situation socioéconomique ?
3. Quelle est votre situation matrimoniale ?
4. Avez-vous des enfants ? si oui combien ?

Axe I : Informations sur la profession de la médecine des urgences :

5. Parlez-nous de votre cursus universitaire ?
6. Depuis quand et combien d'années que vous êtes au service des urgences jusqu'à présent ?
7. Avez-vous choisi de travailler dans le domaine des urgences ?
8. Pouvez-vous nous parler de votre expérience au travail ?
9. Travaillez-vous dans d'autres services à l'hôpital ?

Axe II : Informations sur le burn out :

10. Pouvez-vous nous décrire les conditions de votre travail, et le climat dans lesquels vous l'exercez ?
11. Pouvez-vous nous parler de vos difficultés au travail ?
12. Comment vous vous sentez après une journée de travail ?
13. Disposez-vous du repos au travail lorsque vous sentiez que ce besoin est nécessaire ?
14. Disposez-vous de congé ? si oui, combien de jours ? sont-elles suffisantes pour le repos ?
15. Votre travail influence-il vos relations avec vos collègues, les patients ou autres personnes proches à vous ?
16. Pouvez-vous nous exprimer les difficultés affectives que vous rencontrez auprès de vos malades ?
17. Avez-vous ressenti le besoin de changer le service ? si oui, pour quelle raison ?

Axe III : Informations sur les facteurs de risques psychosociaux :

18. Combien de jours effectuez-vous par semaine et en raison de combien d'heures par jour ? que pouvez-vous dire à propos de cela ?
19. Travaillez-vous la nuit ? si oui, combien de gardes vous faites par semaine ? comment vous les vivez ?
20. Travaillez-vous les jours de week-end et les jours fériés ?

Les Annexes

21. Recevez-vous le soutien et le confort auprès de votre famille, collègues ou hiérarchie du service ? si oui, comment cela vous aide à gérer votre travail et votre vie familiale ?
22. Trouvez-vous des difficultés à gérer votre temps et à surmonter les situations stressantes que vous rencontrez dans votre travail ?
23. Avez-vous des choses à rajouter ?

Les Annexes

Annexe N° 2: Echelle de Maslach Burn out Inventory-Human Service Survey (MBI-HSS)

Evaluer votre niveau de burn out

- Indiquez la fréquence à laquelle vous ressentez ce qui est décrit à chaque item. - Entourer le chiffre correspondant à votre réponse	Jamais	Quelquefois par année au moins	Une fois par mois au moins	Quelques fois par mois	Une fois par semaine	Quelques fois par semaine	Chaque jour
1. Je me sens émotionnellement vidé par mon travail	0	1	2	3	4	5	6
2. Je me sens « à bout » à la fin de ma journée de travail	0	1	2	3	4	5	6
3. Je me sens fatigué (e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail	0	1	2	3	4	5	6
4. Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent	0	1	2	3	4	5	6
5. Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets	0	1	2	3	4	5	6
6. Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort	0	1	2	3	4	5	6

Les Annexes

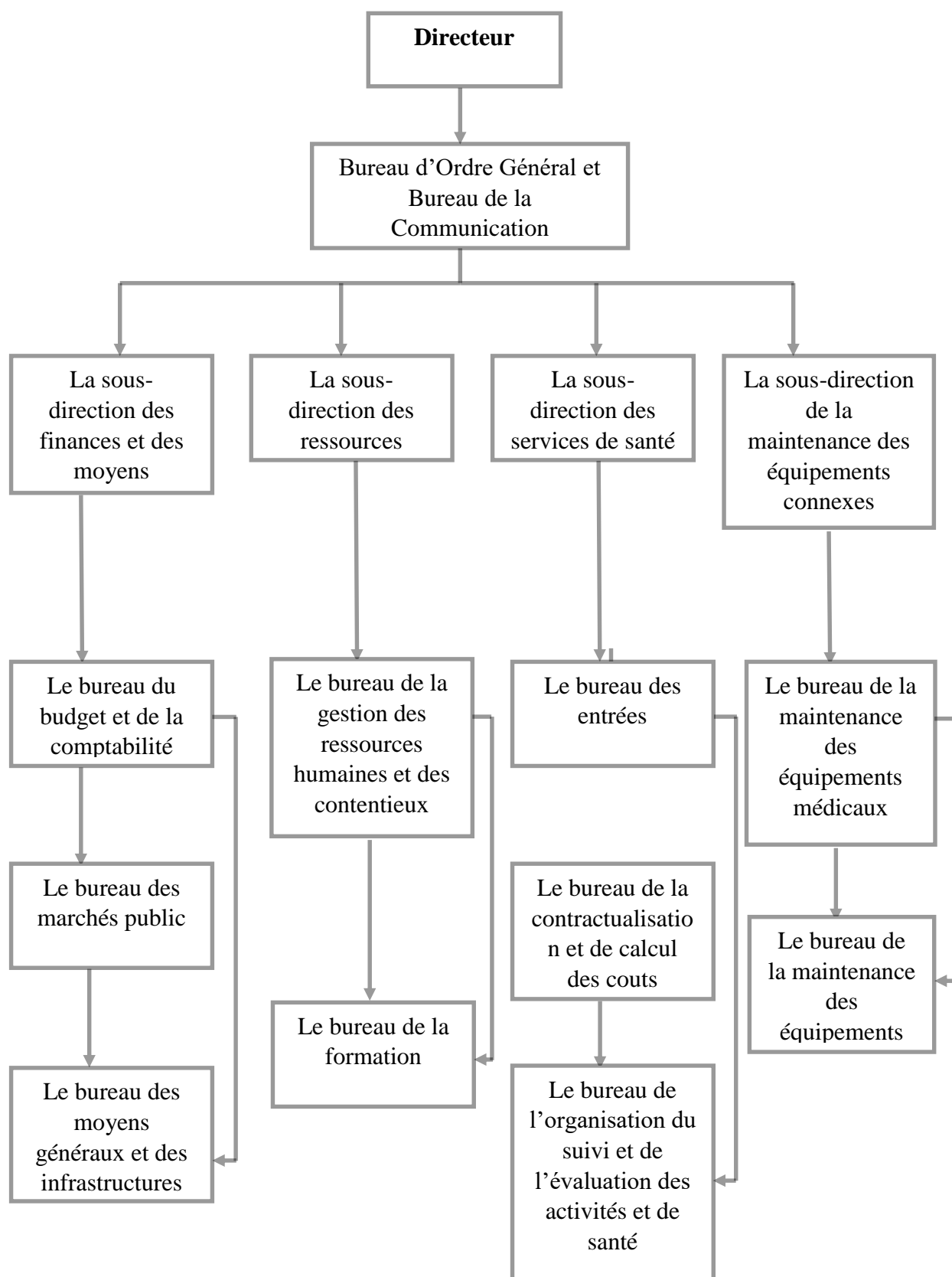
7. Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades	0	1	2	3	4	5	6
8. Je sens que je craque à cause de mon travail	0	1	2	3	4	5	6
9. J'ai l'impression à travers mon travail d'avoir une influence positive sur les gens	0	1	2	3	4	5	6
10. Je suis devenu (e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail	0	1	2	3	4	5	6
11. Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	0	1	2	3	4	5	6
12. Je me sens plein(e) d'énergie	0	1	2	3	4	5	6
13. Je me sens frustré(e) par mon travail	0	1	2	3	4	5	6
14. Je sens que je travaille trop dur dans mon travail	0	1	2	3	4	5	6
15. Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades	0	1	2	3	4	5	6
16. Travailler au contact direct avec les gens me stresse trop	0	1	2	3	4	5	6
17. J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades	0	1	2	3	4	5	6

Les Annexes

18. Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes malades	0	1	2	3	4	5	6
19. J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail	0	1	2	3	4	5	6
20. Je me sens au bout du rouleau	0	1	2	3	4	5	6
21. Dans mon travail je traite les problèmes émotionnels très calmement	0	1	2	3	4	5	6
22. J'ai l'impression que mes malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes	0	1	2	3	4	5	6

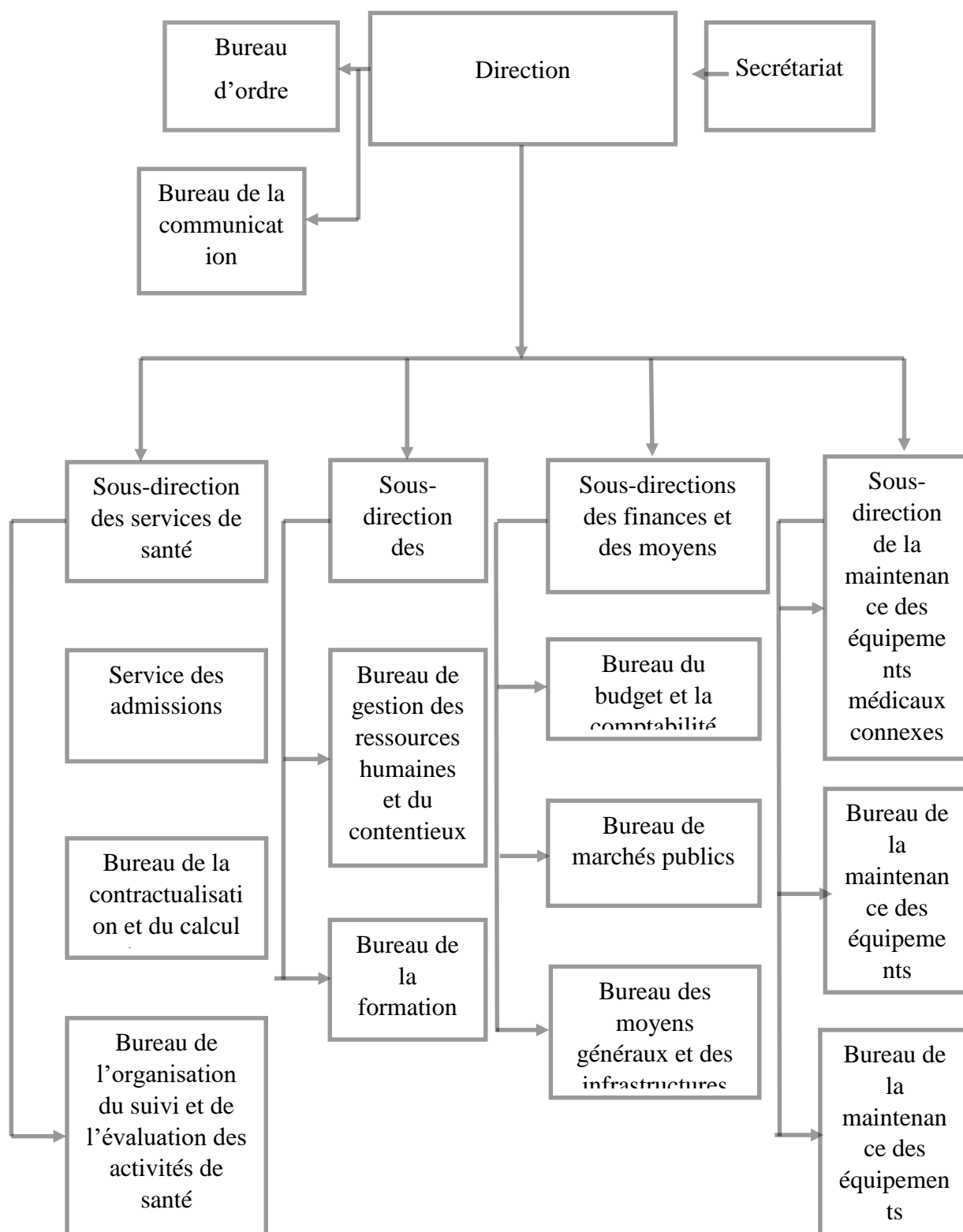
Les Annexes

L'organigramme général de l'EPH d'Akbou de Bejaia

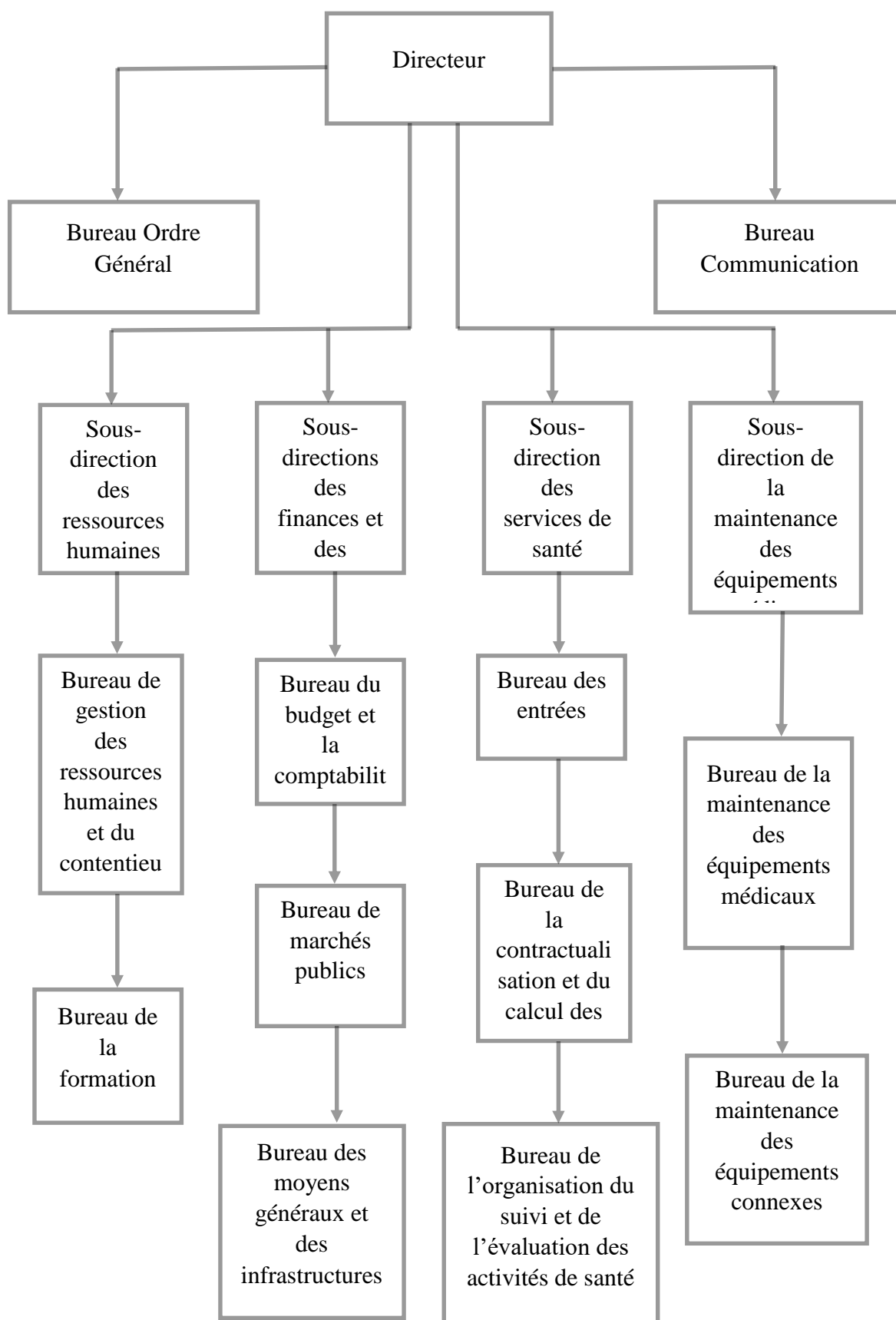


Les Annexes

L'organigramme général de l'EPH M'Chedallah de Bouira



L'organigramme général de l'EPH Harkat de Bouira



Résumé

Notre thématique de recherche qui s'intitule « *le burn out et les facteurs de risques psychosociaux chez le médecin : le cas de la médecine d'urgence* » a pour objectif d'étudier le burn out chez les médecins urgentistes : le cas des médecins généralistes. Il s'agit notamment de repérer les facteurs de risques psychosociaux et mettre en relation ces derniers dans l'apparition de burn out chez les médecins urgentistes en tenant en compte le contexte du travail. Notre thématique de recherche s'inscrit dans deux modèles référentiels : tridimensionnel et exigences-ressources, et pour l'investigation, nous avons adopté une démarche clinique, celle de l'étude de cas et nous nous sommes servis de l'entretien clinique semi-directif et l'échelle de Maslach MBI-HSS. Notre enquête de terrain qui a été censée débiter le 26 février 2020 au sein des trois Etablissements Hospitaliers Publics, Akbou de Bejaia, M'Chedallah de Bouira et Harkat de Bouira, n'a pas été malheureusement réalisée à fin de confirmer ou d'infirmer nos hypothèses de recherche élaborées dans la problématique, en raison de l'apparition d'un nouveau virus appelé Coronavirus ou Covid-19 qui est apparu pour la première fois à Wuhan en Chine le décembre 2019 ; deviendrait une crise sanitaire mondiale par la suite. Face à cette pandémie, le Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalier-Algérie, a strictement interdit tous les stages au niveau national dans différents établissements de santé publics et privés comme une stratégie de prévention à fin d'éviter le risque de contamination de ce virus mortel et infectieux et le confinement total jusqu'à ce que la situation se rétablisse. Cependant, nous avons pu effectuer notre pré-enquête au niveau de ces trois EPH. Cette pré-enquête a révélé qu'il y a une présence des signes d'épuisement et un mauvais vécu qui sont dus au résultat d'exposition aux risques professionnels pouvant être de la nature psychosociaux, expliquant des mauvaises conditions du travail, charge du travail intense, insécurité, dégradation des rapports sociaux et des relations au travail et autres toujours liés au travail. Ces derniers ont mené les médecins jusqu'à l'épuisement et de mettre en danger leur bien-être et santé physique, psychique et sociale.

Mots clés : Burn out ; Facteur de risque psychosocial ; Médecin ; Médecine d'urgence ; Médecin urgentiste.

Abstract

Our thematic research denominated « *The physicians burnout and the psychosocial risk factors: the case of emergency medicine* ». The objective through this research is to study the existence of burnout among the emergency physicians (Doctors). This includes the identification of psychological risk factors, connecting the latter with the physicians' burnout and their work environment. Furthermore, our present research based on two types of frameworks: the three dimensional model and resources requirements; searchingly, we adopted a clinical approach where we conducted a case study under a semi-structured interview and Maslach burnout inventory (MBI-HSS). Unfortunately, our field research that had been scheduled to begin on February 26th, 2020 within public hospital establishments, Akbou in Bejaia, Chedallah in Bouira, and Harkat in Bouira did not occur precluding the confirmation or the confuting of the hypotheses that are elaborated in the given issue; due to the appearance of a new virus called Coronavirus Disease 2019 (Covid-19). It was first identified in December 2019 in Wuhan, Hubei, China and has resulted in ongoing pandemic. Thus, the Algerian Ministry of Health, Population and Hospital Reform gave instructions to ban all kinds of trainings in different public and/or private establishments at country level to ensure health protection for all citizens and to avoid the spread of coronavirus, maintaining a total lockdown until the recovery time. However, we succeeded to conduct a pre-survey in the previously stated health establishments. The present study shows that positive prevalence and a significantly higher proportion of doctors setting experience of exhaustion resulted from being exposed to the professional risks that may be originated in psychosocial factors. Those are associated with bad working conditions, work overload, insecurity, and social and working breakdown relationship. All that lead to physician's exhaustion and burnout that set their physical, psychological, and social well-being and health to danger.

Keywords : Burn out; psychosocial risk factors; Physician; Emergency physician; Emergency medicine.