



Université Abderrahmane Mira de Béjaïa
Faculté des Sciences Humaines et Sociales
Département des Sciences Sociales

Mémoire de fin d'étude en vue de l'obtention du diplôme de
MASTER
OPTION : Psychologie Clinique

Thème

**L'épuisement professionnel des travailleurs de
santé durant la pandémie COVID-19**

**Etude réalisée sur (05) cas médecins exerçant à
l'E.P.H d'AKBOU**

Réalisé par :

GUETTAF Belaid

HABTICHE Narimen

Encadré par :

Mme. MEHENNI Zahoua

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2020/2021

Remerciements

Les pages de ce mémoire sont le fruit de notre travail de recherche, mais bien humblement, le résultat final n'aurait jamais été possible sans l'aide de plusieurs personnes auxquelles nous désirons exprimer notre profonde reconnaissance

Tous d'abord nous aimerions remercier infiniment notre directrice de mémoire Mme Mehenni. Z, dont le savoir-faire, la patience, la bienveillance, la disponibilité, la persévérance et le soutien dans le suivi ne nous ont jamais fait défaut

Un grand merci à tout le personnel de « l'E.P.H » d'Akbou qui nous a accueilli à bras ouvert et qui nous a permis d'effectuer notre stage pratique dans des conditions très agréables et chaleureuses

Aussi à toutes nos familles, nos amis et nos enseignants qui ont toujours été là pour nous encourager et nous guider tout au long de nos études

Pour finir nous remercions Dieu de nous avoir permis d'en arriver jusque là.

Merci.

Dédicaces

*C'est avec une très grande émotion, que nous dédions
ce modeste travail à nos petites familles*

*A nos parents qui nous ont toujours soutenues dans
tous nos choix*

A nos frères et sœurs qui ont pu nous guider

A nos familles proches

*A nos enseignants qui nous ont aidés à acquérir le
baguage nécessaire*

*A tous nos amis que nous ne pourrions pas tous
citer ;*

Noureddine, Belaid, Lyes, Bachir, Ahlem ...

*Ainsi qu'à toute personne qui a pu contribuer de
près ou de loin à*

L'élaboration de notre recherche.

Sommaire

Liste des tableaux, figures et annexes.

| | |
|--------------------|----|
| -Introduction----- | 01 |
|--------------------|----|

Cadre méthodologique

| | |
|--|----|
| I-Problématique----- | 06 |
| II-Hypothèses----- | 08 |
| III-Définition et opérationnalisation des concepts clés----- | 08 |
| IV-Choix du thème----- | 09 |
| V-L'objectif du thème d'étude----- | 10 |

Partie Théorique

Chapitre I : Le Burnout

| | |
|--|----|
| -Préambule----- | 13 |
| I-Historique : naissance et émergence du concept « burn-out »----- | 13 |
| II-Définition du syndrome d'épuisement professionnel----- | 16 |
| -Intérêt et enjeu d'une définition----- | 16 |
| -Les termes----- | 17 |
| -Définition globale----- | 18 |
| III-Les caractéristiques du syndrome d'épuisement professionnel des soignants-- ----- | 20 |
| -Des signes cliniques non spécifiques----- | 20 |
| -La description d'un syndrome----- | 22 |
| IV-Limites du syndrome d'épuisement professionnel----- | 26 |
| -De la fatigue au travail au burn-out syndrome----- | 27 |
| -L'approche sociologique----- | 28 |
| -L'approche psychiatrique----- | 28 |
| -L'approche psychanalytique----- | 29 |
| -L'approche par la théorie du stress----- | 29 |

| | |
|--|----|
| -Epuisement professionnel et insatisfaction au travail----- | 33 |
| -Des indicateurs concernant la santé mentale des médecins----- | 34 |
| V-Les symptômes du burn-out----- | 39 |
| -Sur le plan physique----- | 39 |
| -Sur le plan psychique affectif----- | 40 |
| -Sur le plan cognitif----- | 40 |
| -Sur le plan comportemental----- | 40 |
| VI-Les étapes d'installation du burn-out----- | 40 |
| -L'enthousiasme idéaliste----- | 41 |
| -La stagnation inefficace----- | 41 |
| -Le sentiment de frustration----- | 42 |
| -L'apathie désabusée----- | 42 |
| VII-Les causes du burn-out----- | 42 |
| -Le surmenage----- | 42 |
| -Le manque de contrôle sur ce qu'on fait----- | 43 |
| -Une rémunération insuffisante----- | 43 |
| -L'éclatement de la communauté----- | 43 |
| -Une absence d'équité----- | 44 |
| -Des valeurs conflictuelles----- | 44 |
| -Où allons nous partant de là ?----- | 44 |
| VIII-Prévention du burn-out----- | 45 |
| -Sur le plan individuel----- | 45 |
| -Sur le plan collectif----- | 45 |
| -Sur le plan organisationnel----- | 47 |
| -Synthèse----- | 49 |
| <u>Chapitre II</u> : La médecine et le Coronavirus | |
| -Préambule----- | 51 |
| I-Histoire de la médecine----- | 51 |

| | |
|--|----|
| II-Définition de la médecine générale-médecine de famille----- | 52 |
| III-Le serment d’Hippocrate----- | 57 |
| IV-L’examen clinique, archaïque mais irremplaçable !----- | 58 |
| V-Grandes découvertes médicales----- | 62 |
| VI-Quelques médecins au destin hors du commun----- | 68 |
| VII-Histoire du Coronavirus----- | 72 |
| VIII-Définition des Coronavirus----- | 74 |
| IX-L’origine de la COVID-19----- | 75 |
| X-Les symptômes de la COVID-19----- | 76 |
| XI-Les six formes de la COVID-19----- | 77 |
| XII-Transmission du nouveau Coronavirus----- | 78 |
| XIII-Protection contre la COVID-19----- | 79 |
| XIV-Traitement de la COVID-19----- | 81 |
| XV-Syndrome POST-COVID----- | 82 |
| XVI-Dépistage COVID-19----- | 83 |
| XVII-Impact de la COVID-19 sur les médecins----- | 85 |
| -Synthèse----- | 86 |

Partie Pratique

Chapitre III : Partie Méthodologique

| | |
|--|----|
| -Préambule----- | 89 |
| I-Méthode utilisée----- | 89 |
| II-Pré-enquête----- | 89 |
| III-Les limites de la recherche----- | 90 |
| IV-L’échantillon----- | 91 |
| -Critères d’inclusion----- | 91 |
| -Critères d’exclusion----- | 91 |
| V-Présentation du lieu de recherche----- | 92 |
| VI-Présentation des outils utilisés----- | 97 |

| | |
|--|------------|
| -Le guide d'entretient semi-directif----- | 97 |
| -Présentation de l'échelle Maslach Burnout Inventory----- | 97 |
| VII-La cotation----- | 98 |
| VIII-L'évaluation----- | 98 |
| -Synthèse----- | 99 |
| <u>Chapitre IV</u> : Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses | |
| -Préambule----- | 101 |
| I-Présentation et analyse des résultats----- | 101 |
| Le cas 01----- | 101 |
| Le cas 02----- | 103 |
| Le cas 03----- | 104 |
| Le cas 04----- | 106 |
| Le cas 05----- | 107 |
| II-Discussion des hypothèses----- | 108 |
| -Synthèse----- | 110 |
| -Conclusion Générale----- | 111 |

-Liste des Tableaux

| Tableau | Titre | Pages |
|--------------------|---|--------------|
| Tableau n°1 | Tableau représentatif de l'évaluation de l'échelle de l'épuisement professionnel (MBI) | 99 |
| Tableau n°2 | Résultats de l'échelle d'épuisement professionnel (MBI) du cas n°1 | 102 |
| Tableau n°3 | Résultats de l'échelle d'épuisement professionnel (MBI) du cas n°2 | 103 |
| Tableau n°4 | Résultats de l'échelle d'épuisement professionnel (MBI) du cas n°3 | 105 |
| Tableau n°5 | Résultats de l'échelle d'épuisement professionnel (MBI) du cas n°4 | 106 |
| Tableau n°6 | Résultats de l'échelle d'épuisement professionnel (MBI) du cas n°5 | 108 |

-Liste des figures

| Figure | Titre | Pages |
|-------------------|--|--------------|
| Figure n°1 | Les dimensions de l'épuisement professionnel d'après le modèle tridimensionnel (Josse-E.) | 16 |
| Figure n°2 | Les différentes approches de l'épuisement professionnel | 27 |

-Liste des annexes

| Annexes | Titre |
|-----------------|--|
| Annexe A | Echelle d'épuisement professionnel MBI (Maslach Burnout Inventory). |

Introduction

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 dans le cas des médecins.

Le travail en général peut être vécu agréablement au quotidien. Cependant tout travail comporte des tâches, des responsabilités, des exigences et des contraintes. L'accumulation de ces derniers peut engendrer une fatigue intense qui mène l'individu à l'état d'épuisement.

À cet égard, les médecins exerçant dans des hôpitaux publics 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 établissements hospitaliers où les grands soins s'effectuent, font preuve d'un terrain de mort chez les médecins, résultat d'installation de différents risques professionnels. En effet, les mouvements de contestation que nous observons actuellement aux services des soins, 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 identifiés qui sont : intensité et surcharge du travail ; insécurité et conflits de valeur. Si nous indiquions 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, parmi eux nous nous sommes intéressés au syndrome du BURN-OUT ou d'épuisement professionnel qui touche une grande particularité des médecins exerçant dans les établissements publics hospitaliers.

À partir de la revue littérature effectuée à ce sujet, la personne qui souffre du 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 dans son travail. 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 augmentée 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 20000 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, sur les 20000 médecins de ces 6 pays (France, Allemagne, Portugal, Espagne, Etats-Unis et Royaume-Uni) qui ont répondu favorablement à cette enquête on constate 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 parmi le top 3 des pays les plus souffrants de ce syndrome.

En revanche, en Algérie, on compte un taux plus élevé (49%) du personnel soignant qui risque de vivre un syndrome de BURN-OUT, démontré et déclaré depuis le 22 Avril 2020 par une grande chercheuse algérienne (Sabrina GAHAR) « 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 ».

En Algérie aussi, le nombre de recherches effectuées sur le burn-out ne dépasse pas le nombre des doigts de la main, nous retrouvons une étude effectuée dans le cadre du projet de Magister par Ouchen (2004) à l'université de Constantine concernant le burn-out chez les sapeurs pompiers, et deux autres publiées, celle de Chakali (2000) sur le burn-out chez le personnel du centre anticancéreux de Blida et celle de Boudaren (2004) chez les agents de police en exercice, et enfin une étude menée par Benatia Yacine (2004) sur le burn-out chez les infirmiers urgentistes à l'université Mentouri de Constantine.

Depuis la fin de l'année 2019 jusqu'à nos jours le corps médical à travers tous les continent du monde est confronté à cette pandémie. Les médecins se sont battus en « première ligne » dans cette guerre contre le Coronavirus et ont eu « Héros en blouses blanches » comme appellation. Logiquement, cette crise ne les a épargnée ni de près ni de loin non seulement d'être infecté eux-mêmes mais aussi de transmettre ce virus à leur propre famille au risque d'oublier les mesures barrières à prendre réellement en considération.

Il est certain que cette pandémie a et continue d'avoir des répercussions sur le plan sanitaire, économique et politique de toutes les nations. A terme, nous aurons également des répercussions d'ordre psychologique, notamment sur 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 est débordé et les tâches à accomplir ne sont pas des plus faciles, ce qui fragilise cette population et risque de développer le syndrome de l'épuisement professionnel, qui aura un impact direct sur la qualité de travail du médecin.

Face à cette crise qui confronte le médecin à des risques journaliers, nous avons tenté par notre recherche de mettre en évidence l'impact psychologique qu'a le COVID-19 sur le personnel soignant notamment son côté émotionnel et son rendement professionnel malgré toutes ces circonstances désastreuses.

Pour mener à bien notre étude et maîtriser notre sujet d'étude nous avons mis en place un plan de travail réparti en deux parties, une première théorique composée de deux chapitres ; et une autre partie pratique, qui comporte elle aussi deux chapitres.

Avant de présenter les deux parties qui constituent notre recherche, il est nécessaire de commencer par la présentation du cadre méthodologique de la recherche qui comprend : La problématique, les hypothèses de la recherche, les définitions et opérationnalisation des concepts clés, les raisons qui nous ont amené à choisir précisément cette thématique, l'objectif ainsi que l'intérêt de notre recherche.

Nous avons ensuite, abordé la première partie théorique de notre recherche, qui contient deux chapitres : le premier intitulé « *Le syndrome du burn-out* » qui aborde les éléments suivants : aperçu historique sur le syndrome, définitions du burn-out, ses caractéristiques, ses limites, ses symptômes, les étapes de son installation, ses causes et enfin la prévention et la prise en charge du burn-out.

Le deuxième chapitre est consacré à la profession de la médecine et l'impact du virus sur ce secteur fondamental. Nous avons parlé de l'histoire de la médecine, de sa définition, du serment d'Hippocrate, l'examen clinique, quelques grandes découvertes médicales et quelques médecins au destin hors du commun. Ensuite dans le même chapitre nous avons étalé toutes les explications nécessaires sur le nouveau virus COVID-19 qui a touché ce secteur en le définissant, en démontrant ses origines, ses symptômes, ses formes, la façon dont il se transmet, comment se protéger contre lui, comment le dépister ensuite le traiter, quels sont les syndromes post-COVID et surtout l'impact de ce virus sur les médecins.

Juste après, nous avons abordé la deuxième et dernière partie de notre recherche qui est la partie pratique qui concerne la méthodologie de recherche qui regroupe : la méthode de recherche, la pré-enquête, la population d'étude et les caractéristiques du choix, la présentation du lieu de la recherche ainsi que les outils d'investigations. Le deuxième chapitre inclus la présentation et analyse des résultats et aussi une discussion des hypothèses.

Nous avons clôturé notre étude par une conclusion générale suivie d'une liste Bibliographique qui contient toute la documentation utilisée dans l'élaboration de notre recherche ainsi que les annexes.

Cadre général de la problématique

I- Problématique :

De tout le temps le travail a présenté deux visages opposés, l'un favorable, source de plaisir, facteur d'accomplissement, soutien de l'identité et ami de la santé, l'autre défavorable, source de souffrance et de possibles troubles divers (Moulin, 1980). Source de création, de liberté et d'équilibre ainsi que source de contrainte et dérive vers la pathologie, voilà le paradoxe du travail. Dans le milieu du travail le stress est depuis quelques temps désigné comme l'ennemi numéro un de la santé des employés.

De nombreuses études ont été menées afin de déterminer quelles sont les causes du stress, ses conséquences (sur la personne et sur l'organisation) et comment lutter contre ce phénomène qui prend de l'ampleur, (Office Nationale de Statistiques, 2003).

Jusqu'à présent les chercheurs se sont plutôt intéressés aux pathologies liées au travail (Burnout/Stress-Chronique/stress) et ce n'est que récemment, avec le courant de la Psychologie Positive, que ces derniers ont commencé à porter leur intérêt sur les conditions déterminant le bien-être au travail.

Aujourd'hui, le burn-out est entrain de devenir une véritable épidémie dans de nombreux pays du globe. Nous ne sommes pas en cause, c'est le monde et la nature du travail qui ont fondamentalement changé. L'univers professionnel – que ce soit l'entreprise, l'hôpital, l'école ou les services publics – est devenu froid, hostile et exigeant, sur le plan tant économique que psychologique. Les individus sont émotionnellement, physiquement et spirituellement épuisés. Les exigences quotidiennes liées au travail, à la famille et à tout le reste ont fini par éroder leur énergie et leur enthousiasme. La joie de la réussite et la satisfaction d'avoir rempli ses objectifs sont de plus en plus difficiles à atteindre, et le dévouement et l'engagement professionnels sont entrain de disparaître. Les gens deviennent cyniques, ils gardent leurs distances, essayant de ne pas trop s'impliquer. Ce phénomène représente un recul majeur dans la dynamique vers une vie professionnelle meilleure.

Dans le contexte de ce syndrome, c'est la psychologue Christina Maslach d'origines Américaines qui a développé un instrument de mesure du burn-out qui s'appelle le MBI (Maslach Burnout Inventory) (Maslach et Jackson, 1986). Ce dernier permet de rendre compte des trois dimensions du phénomène : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et la diminution de l'accomplissement personnel. L'épuisement émotionnel est généralement caractérisé par une impression de surmenage et d'intense fatigue ; la dépersonnalisation fait quant à elle référence au détachement ou au retrait social dont les individus atteints de ce syndrome font progressivement l'expérience.

Nous citerons en exemple une enquête prospective multicentrique française un jour donné réalisé le 25 mars 2004 ; elle apporte une photographie intéressante de l'épuisement professionnel des internes, chefs de cliniques et praticiens hospitaliers des services de réanimations adultes des hôpitaux publics. Un niveau élevé d'épuisement professionnel a été retrouvé chez 46,5% des répondeurs (978 questionnaires analysés sur 1189 médecins des 189 services répondeurs sur 318 contactés). Ce score de burn-out élevé au MBI associé de façon significative avec le sexe féminin, la charge de travail, les problèmes relationnels au sein de l'équipe et la prise de décision d'un arrêt de soins...

L'analyse de différentes statistiques confirme que dans les pays développés le suicide est une cause importante de décès chez les médecins. Yves Léopold rapporte en 2006 les résultats de l'étude qu'il a menée. Ces données chiffrées ne peuvent laisser indifférents : sur une population totale de 42137 médecins répartis sur 26 départements, le nombre de décès est de 492, le nombre de suicide est de 69. **L'incidence du suicide sur ces données incomplètes mais sur un effectif important est donc de 14%**. Ce taux est à comparer avec celui de la population générale en 1999 : pour la population d'âge comparable (de 35 à 65 ans), le nombre total de décès fut de 93346 ; le nombre total de suicides fut de 5208, soit une incidence de **5,6%**. Même si cette étude n'a pas une rigueur méthodologique parfaite, l'écart est suffisant pour inquiéter.

Ce phénomène est de plus en plus fréquent dans certaines professions tels que : chez les infirmiers, les enseignants, les éducateurs des centres spécialisés, les psychologues et surtout les médecins qui sont notre population d'étude.

On peut dire que ce phénomène semble se retrouver plus particulièrement dans les professions impliquant une relation d'aide comme c'est le cas en médecine.

A travers notre travail, on va tenter de rapporter des réponses aux questions qui nous ont amené à choisir cette thématique et qui sont comme suit :

1. Les médecins de l'E.P.H d'AKBOU présentent-ils des symptômes d'épuisement professionnel ?
2. Est-ce que le Coronavirus a affecté plus émotionnellement que physiquement les médecins de cet E.P.H ?

II- Les Hypothèses :

Pour répondre aux questions ci-dessus nous avons supposés les réponses suivantes :

- Les médecins exerçant à l'E.P.H d'AKBOU présentent des symptômes de burn-out.
- Le burn-out des médecins de l'E.P.H d'AKBOU est présent à un taux élevé.
- La COVID-19 a été le facteur déclenchant des symptômes du burn-out chez les médecins de l'E.P.H d'AKBOU.

III- Définition et opérationnalisation des concepts clés :

- Burnout :

Pines et **Maslach** définissent le burn-out comme un syndrome de fatigue physique et émotionnelle qui amène chez l'individu une perception négative de soi, des attitudes négatives au travail, et une diminution importante de ses implications personnelles auprès des personnes qu'il doit aider dans le cadre de son travail. (Joanne Hendrick, 1993, p.612).

Freudenberger et **Richelson**, décrivent le burn-out comme un état de fatigue et de frustration, de dépression provoquée par la dévotion à une cause, un mode de vie, ou une relation et qui échouer à produire les résultats espérés. (Assaad et Akremi et all, 2006, p.315).

- Définition opérationnelle du burn-out :

Le burn-out est un sentiment négatif intense lié au travail, il touche surtout les travailleurs dans la relation d'aide comme les médecins. Il se caractérise par une fatigue prolongée (physique ou psychique), une perte d'intérêt, difficulté de concentration, diminution du sentiment de responsabilité, une réduction du temps de travail, la manque d'enthousiasme au travail, l'irritabilité, un état affectif négatif.

C'est souvent le résultat d'une période d'efforts excessifs au travail et d'un manque de temps de récupération.

- La médecine :

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

Science qui a pour objet la conservation et le rétablissement de la santé ; art de prévenir et de soigner les maladies de l'homme (médecin ; médical) ; soin(s), thérapeutique.

- **Définition opérationnelle du médecin :**

Le médecin est la personne chez laquelle se dirige un patient souffrant d'une quelconque pathologie anatomique (physique) et désirant trouver un moyen de se rétablir.

- **Le coronavirus :**

C'est est une infection des voies aériennes supérieures d'apparence banale, ressemblant à un banal syndrome grippal. La maladie survient habituellement après une incubation de trois à cinq jours en moyenne, rarement jusqu'à onze jours après une contamination par voie aérienne.

- **Définition opérationnelle de la COVID-19 :**

C'est un agent pathogène issu d'une mutation génétique d'un virus déjà existant qui affecte le bloc respiratoire d'un individu.

IV- Choix du thème :

Les raisons qui nous ont motivés à travailler sur ce sujet de burn-out chez les médecins exerçant à l'EPH d'Akbou sont le fait que notre mini projet de fin du cycle de Licence comportait le syndrome du burn-out. En se basant sur nos connaissances déjà acquise sur la thématique et après une vague utilisation de la revue littérature sur le sujet de recherche, nous avons constaté un manque réel d'étude sur le phénomène du burn-out chez les médecins. Sachant que cette profession se présente comme étant l'une des plus stressantes et fatigantes à cause de son caractère engagé. Cela nous a poussés à aborder ce thème en vue et dans l'optique d'apporter des nouvelles idées et des nouvelles connaissances sur le phénomène au sein de cette catégorie de professionnels. Ajoutons à cela la crise sanitaire qui a touché le monde entier et plus précisément l'organisation sanitaire mondiale.

Il y a aussi le fait que la crise a eu un impact important sur le côté émotionnel et professionnel du médecin surtout que c'est un virus qui lui est inconnu et dont il n'en maîtrise les instruments nécessaires

A cela s'ajoute la disponibilité des cas espérés grâce auxquels nous avons pu appliquer notre méthode de recherche dans le but d'infirmier ou de confirmer nos hypothèses de recherche et nous permettre de cerner nos objectifs de recherche.

V- L'objectif du thème d'étude :

L'objectif principale de cette recherche est d'analyser en quoi consiste le burn-out chez les médecins de l'établissement public hospitalier d'Akbou en Algérie, en déterminant les caractéristiques démographiques professionnelles et de la vie privée, afin d'établir les corrélations entre ces paramètres et le burn-out.

Cette recherche vise en premier lieu, à évaluer empiriquement, à l'aide d'une échelle (MBI), l'ampleur de la problématique du burn-out chez les médecins exerçant à l'EPH d'Akbou.

Dans un deuxième temps, grâce à un entretien semi-directif, elle va essayer de déterminer la possibilité de l'existence de ce phénomène et si oui/non la COVID-19 est un facteur menant au burn-out.

Cette étude permettra alors de démontrer les risques du burn-out chez les médecins et la négligence de la société envers ce phénomène.

Partie Théorique

Chapitre I: Le Burn-out

- Préambule

- I- Historique : naissance et émergence du concept « burn-out »**
- II- Définition du syndrome d'épuisement professionnel**
- III- Les caractéristiques du syndrome d'épuisement professionnel des soignants**
- IV- Limites du syndrome d'épuisement professionnel**
- V- Les symptômes du burn-out**
- VI- Les étapes d'installation du burn-out**
- VII- Les causes du burn-out**
- VIII- Prévention du burn-out**

- Synthèse

Préambule :

Il nous semble important, avant d'aborder le thème de notre recherche, de poser les bases qui permettent de comprendre le burn-out, et son impact sur le travail quotidien en commençant par la présentation d'un bref historique sur le burn-out, ensuite quelques définitions qui ont été donné à ce concept, ses dimensions, ses limites, ses symptômes, ainsi que ses causes et la prévention de ce syndrome.

I- Historique : naissance et émergence du concept de BURN-OUT

L'histoire de la naissance du burn-out est brève mais mérite d'être rapportée. Elle permet de comprendre les difficultés d'acceptation du concept par la communauté scientifique.

Il serait injuste de se contenter de faire remonter la notion d'épuisement professionnel à la décennie soixante-dix aux États-Unis. On retrouve en effet, en France notamment, des précurseurs qui, sous des descriptions variées mais assez proches, vont envisager la fatigue au travail : surmenage intellectuel (**Desoille** et **Raynaud**), surmenage des dirigeants (**Bize** et **Goguelin**), syndrome subjectif commun de la fatigue nerveuse (**Bégoïn**), états d'épuisement (**Veil**).

Claude Veil écrit dans le Concours Médical, sous le titre « Primum non nocere. Les états d'épuisement (au travail) », en 1959 : « (...) chargé d'une consultation de psychiatrie du travail (...) Le concept d'états d'épuisement se révélait un bon outil intellectuel » pour comprendre et traiter « (...) des cas déconcertants qui n'entraient pas dans la nosographie classique ». Plus loin encore : « L'état d'épuisement est le fruit de la rencontre d'un individu et d'une situation. L'un et l'autre sont complexes, et l'on doit se garder des simplifications abusives (...) »

C'est en tant que problème social et non comme problème théorique que le terme « burn-out syndrome » naît quasi simultanément sur les côtes est et Ouest des États-Unis durant la décennie 70. L'ubiquité des lieux de naissance est révélatrice du fait que le problème « était dans l'air » comme l'écrit **Wilmar Schaubeli**.

Le burn-out était devenu un élément de la réalité sociale et c'est plus « par accident » que des cliniciens comme **Hebert Freudenberger** puis des chercheurs comme **Christina Maslach** s'y sont intéressés.

Herbert Freudenberger intervenait en tant que psychiatre et psychanalyse dans une free clinique. Les free cliniques étaient des lieux de soins chargés de la prise en charge des toxicomanes. L'ouverture du lieu thérapeutique sur la ville ainsi que des horaires d'accueil différents des autres structures classiques exigeaient une grande disponibilité des soignants. En 1970, **Herbert Freudenberger** utilisera dans ses écrits le terme de « burn-out » pour caractériser l'état mental des jeunes volontaires travaillant auprès de toxicomanes de cette free clinique. Justifiant ce terme métaphorique, il dira plus tard en 1980 : « je me suis rendu compte au court de mon exercice quotidien que les gens sont parfois victimes d'incendie tout comme les immeubles ; sous l'effet de la tension produite par notre monde complexe, leurs ressources internes en viennent à se consumer comme sous l'action des flammes, ne laissant qu'un vide immense à l'intérieur, même si l'enveloppe externe semble plus au moins intacte »

De nombreux auteurs en Amérique du Nord vont travailler 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 **Hartman**) ne comptait pas moins de quarante-huit définitions.

Vers 1975 à San Francisco, **Christina Maslach** avait elle aussi rencontré le terme « burn-out syndrome » en usage auprès des professionnels du sauvetage et des urgentistes. Devenu 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 (MBI, 1981). Présenté en annexe à la fin de cet ouvrage, le MBI évalue des catégories de travailleurs engagés dans des « relations d'aide ».

Pines, Aronson et **Kafry** (1981) élaborent aussi un instrument de mesure le Burnout Measure (BM), utilisé par de nombreux auteurs.

Nous verrons que les travaux de **Ch. Maslach** marquent d'un sceau particulier l'approche du burn-out. Ce sont eux qui permettent de développer au mieux une conception originale et surtout heuristique du concept.

Entre 1983 et 2013, si on se limite uniquement aux articles originaux, on trouve près de 4000 occurrences consacrées au burn-out et au Karoshi avec une nette accélération au début des années 2000 (figure 1.1). On constate également sur le graphique l'importance des études consacrées aux soignants.

Les différentes études utilisent le même instrument de mesure (souvent le MBI). Ceci permet des comparaisons et des échanges entre les différents pays

européens et dans le monde. Ce fait est suffisamment rare en sciences humaines pour être remarqué.

L'histoire montre comment le burn-out, issu d'observations empiriques, est apparu sous deux aspects complémentaires, « en tant que problème social avec ses conséquences concrètes et en tant que champ d'études scientifiques avec sa portée théorique. » (W. Schaufeli).

Si l'histoire raconte que dès son introduction le burn-out devint très populaire, il est clair que la communauté scientifique reçut — et reçoit encore en Europe — l'idée de manière extrêmement soupçonneuse. W. Schaufeli rapporte que les premiers textes adressés aux revues scientifiques furent retournés à leurs auteurs avec la mention : « (...) nous ne publions pas de pop-psychologie ». Si le burn-out a été considéré sans réserve comme problème social et même de santé publique, il a été et reste encore mal admis en tant que modèle théorique.

Actuellement, on constate le même phénomène en France. Le terme est largement utilisé par les soignants de services à risque émotionnel élevé (cancérologie, immuno-hématologie, gériatrie, sida, réanimation, services d'urgence et médecine de catastrophe...) mais aussi par les bénévoles qui participent aux actions d'aide et d'accompagnement de malades au sein d'associations. Sur le plan scientifiques, hormis quelques auteurs, les termes « burn-out », « syndrome d'épuisement professionnel des soignants » sont encore considérés avec prudence voire méfiance tant dans les milieux psychiatriques que parmi des responsables en médecine du travail. Une des raisons réside peut-être dans la double origine du concept : il est d'une part issu de l'analyse de la relation d'aide, des difficultés et des enjeux qui y sont rattachés et, d'autre part, de l'étude du stress professionnel et de ses effets sur l'individu et l'organisation du travail.

Nous essayerons de voir pourquoi cette notion devenue si populaire en Amérique du Nord, jouissant d'un intérêt croissant en France et dans certains pays européens, objet de tant de travaux de par le monde, suscite tant de controverses et quelle peut être sa spécificité.

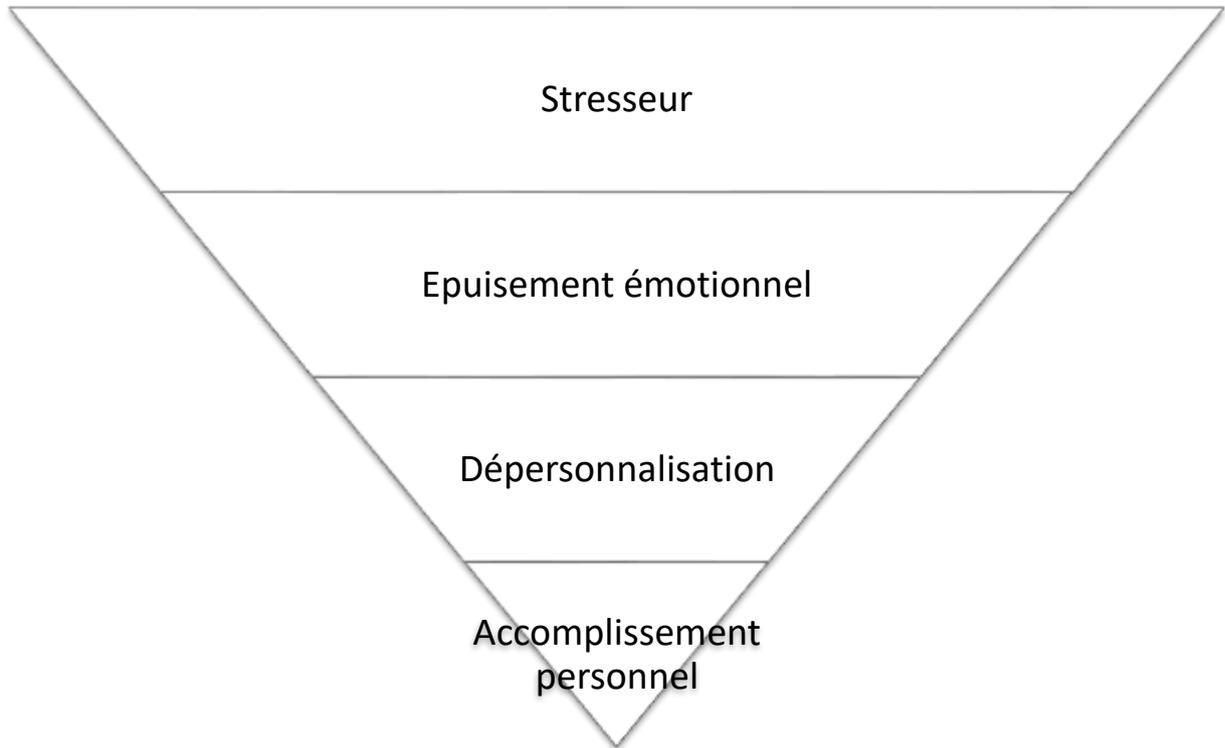


Figure n°1 : Les dimensions de l'épuisement professionnel ou le burn-out selon le modèle tridimensionnel. (Josse-E, 2008, p6)

II- Définition du syndrome d'épuisement professionnel :

- Intérêt et enjeu d'une définition :

La définition du concept d'épuisement professionnel pourrait paraître simple tant l'expression américaine et sa transcription française semblent claires. Les mots suggèrent d'eux-mêmes le syndrome. La popularité et la diffusion du terme montrent à quel point il est vécu et ressenti par des professionnels. Mais un tel constat ne suffit pas à consacrer la spécificité du terme ni à lui conférer une valeur scientifique.

***Eviter la confusion**

Le risque de confusion peut être aussi grand que l'engouement médiatique qu'il soulève.

Il y a un risque à faire de l'épuisement professionnel un « fourre-tout » commode dans lequel viendront prendre place toutes les revendications professionnelles et/ou corporatistes.

Il y a un risque de méconnaître de réelles pathologies psychiatriques dépressives, anxieuses, paranoïaques qui prendraient le masque d'un burn-out et prétendraient n'être que cela – nous le discuterons plus loin.

Il y a un risque, en élargissant à l'extrême le champ de ce que le syndrome d'épuisement professionnel peut couvrir, à perdre l'intérêt d'une approche particulière et originale de certains aspects en psychopathologie du travail. Il est en particulier important de distinguer l'épuisement professionnel de l'insatisfaction au travail.

***Un enjeu économique**

L'enjeu d'avoir une définition claire et cohérente du syndrome est d'autant plus grande que les très nombreuses enquêtes et études épidémiologiques réalisées en Amérique du Nord et en Europe montrent l'importance du phénomène au sein des professionnels de santé. A partir de ces données, on extrapole aisément l'incidence de l'état d'épuisement sur les soins eux-mêmes et les conséquences socio-économiques et financières importantes, même si actuellement ces dernières restent encore difficiles à évaluer. Le stress et ses conséquences représentent un enjeu économique considérable. Si l'on en croit les chiffres avancés par le Bureau international du travail, le montant s'élèverait à 200 milliards de dollars aux États-Unis.

L'examen de l'abondante littérature publiée sur le sujet permet d'aborder quelques réflexions sur les termes employés et le sens qu'ils suggèrent.

- Les termes :

Il existe actuellement trois expressions pour nommer ce syndrome. Chacune lui imprime une tonalité différente

A- Burn-out syndrome :

Le verbe to burn out a des significations évocatrices que traduit incomplètement le terme de syndrome d'épuisement professionnel des soignants. To burn out peut signifier : « échouer », « s'user », « devenir épuisé » devant une demande trop importante d'énergie, de force, de ressources. Il évoque une « combustion totale », la « réduction en cendres » d'un objet entièrement consumé dont toute la matière aurait disparu.

Mais c'est l'image inspirée de l'industrie aérospatiale qui demeure la plus suggestive. Le terme anglais désigne « l'épuisement de carburant d'une fusée » avec comme résultante « la surchauffe » et le risque de « bris de la machine ».

B- Karoshi

Le terme japonais Karoshi (prononcé Kaloshi) signifie « mort par excès de travail », de Karo « mort » et shi « fatigue au travail ».

La connotation violente donnée au syndrome d'épuisement professionnel se conçoit à travers le prisme d'une culture gouvernée par la notion du bien collectif. Le salarié est élevé dans la notion sacrificielle de soi pour satisfaire avant tout aux exigences des autres et de son entreprise. Il donne sans compter de son temps et s'investit jusqu'à épuisement. Vivre et mourir pour l'entreprise, tel pourrait être le précepte nippon tant la pression et le souci d'excellence dominant.

Avec le terme de Karoshi, nous quittons la relation d'aide dans ce qu'elle présente d'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 de la rentabilité. Ce terme est sans doute plus approprié de nos jours aux « cols blancs », alors que ce que nous décrivons ici est celui des « blouses blanches ».

C- Syndrome d'épuisement professionnel

Le terme maintenant consacré en français présente le défaut d'être vague et semble couvrir tous les effets du travail sur l'individu. Il n'est qu'un pâle reflet du terme plus imagé *burnout*. Usure professionnelle ou usure au travail sont aussi des expressions rencontrées. Elles mettent l'accent sur l'idée d'une évolution progressive du syndrome. Malgré ces critiques, c'est le terme de syndrome d'épuisement professionnel des soignants (SEPS) qui s'est imposé en langue française. L'orthographe francisée de l'anglais burnout est « burn-out ».

***Définition globale :**

De nombreux chercheurs se sont penchés sur le concept et ont abouti à le considérer comme un processus évolutif, complexe, insidieux dans son installation mais suffisamment particulier pour pouvoir le reconnaître.

En 1974, Herbert J. Freudenberger propose une première définition du burn-out fondée sur celle du dictionnaire Webster, dont D. Bérard et A. Duquette donnent la traduction suivante : « *L'épuisement professionnel est un état causé*

par l'utilisation excessive de son énergie et de ses ressources, qui provoque un sentiment d'avoir échoué, d'être épuisé ou encore d'être exténué. »

D'autres auteurs suivront, insistant sur différents points. En 1976, Maslach décrit l'épuisement professionnel des professions d'aide comme *«une incapacité d'adaptation de l'intervenant à un niveau de stress émotionnel continu causé par l'environnement de travail »*.

En 1980, Freudenberger et Richelson mettent l'accent sur *« L'épuisement des ressources internes de l'individu et sur la diminution de son énergie, de sa vitalité et de sa capacité à fonctionner, qui résultent d'un effort soutenu déployé par cet individu pour atteindre un irréalisable et ce, en contexte de travail, plus particulièrement dans les professions d'aide »*.

Avec North, Freudenberger présente, en 1985, l'épuisement professionnel comme un processus évolutif. Cette notion importante sera développée par plusieurs auteurs : Cherniss (1981) décrit un processus stress-tension-stratégie d'« adaptation-détachement ». Edelwich et Brodsky (1980) le décrivent comme un phénomène cyclique et évolutif en quatre phases : l'enthousiasme, la stagnation, la frustration et la démoralisation. Mais cette idée n'est pas partagée par tous les auteurs – Pines, en particuliers --, qui définissent le SEPS comme un état.

On peut, avec D. Bérard et A. Duquette, retenir un certain nombre de points communs et de points divergents.

La dimension de l'épuisement physique et psychique de l'épuisement professionnel existe, mais la symptomatologie clinique n'a rien de spécifique.

C'est une expérience psychique négative vécue par un individu, qui comporte plusieurs composantes décrites par Maslach et Jackson : épuisement émotionnel, déshumanisation de la relation avec le client et/ou attitudes négatives envers les personnes aidées. Enfin, il est accompagné d'une perte de sentiment d'accomplissement personnel ou de l'acquisition d'une image de soi négative.

Des points de divergence persistent selon auteurs. Certains considèrent plus l'épuisement professionnel comme un état que comme un processus. Dans cet ouvrage, nos réflexions et notre expérience clinique nous conduisent à définir le syndrome d'épuisement professionnel comme un processus dynamique.

Il a nous a été souvent demandé en quoi le syndrome affectait plus particulièrement les professions d'aide et ne concernait pas les autres professions. La réponse est simple. L'épuisement professionnel est un syndrome commun à toutes les professions en tant que manifestation d'une expérience

psychique et physique négative, liée à un stress émotionnel chronique causé par un travail face auquel l'individu n'arrive plus à s'adapter. Si, pour tous les professionnels, on retrouve épuisement émotionnel et perte d'accomplissement de soi au travail, il n'y a que dans les professions d'aide que la déshumanisation de la relation avec autrui a un impact si important. La relation à l'autre est au centre des professions de relation d'aide et constitue le sens du travail de l'individu qui en a fait ce choix.

III- Les caractéristiques du syndrome d'épuisement professionnel des soignants :

Pour tenter d'arriver à une définition unique et acceptable, il nous paraît indispensable de discuter les caractéristiques et les dimensions physiques et psychiques du SEPS.

Nous retiendrons deux grands axes de description pour les discuter ensuite. Nous aborderons successivement les signes cliniques physiques et psychologiques puis la description de Ch. Maslach et S. Jackson, à l'origine de l'échelle d'évaluation la plus souvent utilisée (MBI présentée en annexe, à la fin du mémoire). Cette dernière marque véritablement un tournant dans l'analyse du concept pour les professions d'aide.

- Des signes cliniques non spécifiques

Les signes cliniques décrits sont des symptômes somatiques, psychiques et comportementaux variés, banals et non caractéristiques.

Sur le plan physique, ce sont des signes et des symptômes somatiques non spécifiques comme une fatigue ou une lassitude, des céphalées, des troubles digestifs variés, des troubles du sommeil, des infections rhinopharyngées, grippales ou pseudo-grippales prolongées ou répétées. Les troubles fréquents du comportement alimentaire tiennent une place particulière dans une population jeune et essentiellement féminine. Il s'agit de modes alimentaires aberrants tant dans les horaires, les rythmes que les « régimes suivis », des troubles anorexiques, boulimiques, d'alternance anorexie/boulimie, de variations pondérales importantes responsables du syndrome du yo-yo. Ce sont des troubles fonctionnels qui peuvent toucher l'appareil digestif à tous les niveaux, souvent les mêmes d'ailleurs pour un individu donné. N'oublions pas les

difficultés sexuelles, souvent cachées par les sujets : la sexualité humaine est fragile et très vulnérable au stress.

Sur le plan comportemental, ce sont des manifestations inhabituelles pour le sujet : une irritabilité trop fréquente, une sensibilité accrue aux frustrations, une labilité émotionnelle faisant passer du rire à la bouderie ou aux pleurs, une promptitude à la colère ou aux larmes indiquant une surcharge émotionnelle, une méfiance ou une rigidité envers autrui, une attitude cynique ou de toute puissance pouvant mener à des conduites de risque pour soi-même ou pour autrui.

Il s'agit d'attitudes dites défensives : une rigidité le plus souvent acquise, une résistance excessive au changement, des attitudes négatives ou pessimistes, un pseudo-activisme, le sujet passant encore plus de temps sur les lieux de travail tout en devenant sans s'en rendre compte, de moins en moins efficace.

Enfin, pour « tenir le coup », le sujet peut être amené à faire usage d'alcool ou de psychotropes « empruntés à la pharmacie du service » pour se détendre, cette automédication étant dangereuse car source de dépendance durable.

L'évolution se fait vers un état de fatigue grandissant des attitudes thérapeutiques de plus en plus inadaptées et inopérantes marquées par une moins grande efficacité et un manque de rigueur dans la pratique des soins.

Aux yeux des collègues, le sujet apparaît « *comme s'il était déprimé* ». Il l'est parfois comme nous le verrons plus loin, l'épuisement professionnel pouvant « faire le lit » d'une authentique maladie dépressive.

Cependant, le sujet fait de grands efforts pour tenir son poste dans un contexte peu gratifiant. Il peut même, paradoxalement, ne plus arriver à quitter un travail, par ailleurs devenu une source de souffrance, réalisant ainsi un tableau d'acharnement au travail. Ce type de comportement pathologique est marqué par un présentisme anormal au travail. Il est le fait des cadres, des médecins seniors, des chefs de service ou d'unité. Leur présence permanente et peu efficace est une sorte de désorganisation du travail et de stress pour leurs équipes.

D'autres sujets réagissent par un désir de changement, voir de fuite du travail qu'ils ne peuvent plus tolérer. On observe alors un absentéisme progressif et répété. Des demandes de mutation peuvent parfois provoquer dans certains services de véritables hémorragies de personnel. Le syndrome présente une assez grande « contagiosité » -- c'est ce qui en fait la gravité l'originalité sur un plan psychosociologique.

Les signes cliniques n'ont en fait rien de véritablement spécifiques. Peu d'éléments distinguent ces symptômes de la symptomatologie décrite dans la pathologie due au stress. On peut aisément lire dans cette description des tableaux plus ou moins complets d'un état anxieux, anxio-dépressif, dépressif débutant, comme nous verrons plus loin, ou pseudo-névrotiques.

L'intérêt et le grand mérite du travail de H. Freudenberger ont été :

- D'avoir attiré l'attention sur le terme de burn-out qui semblait décrire un état clinique qu'aucun autre terme de la psychiatrie ou de la psychologie classique n'arrivait à résumer ;
- D'avoir repéré qu'il touchait des personnes engagées dans une relation d'aide ;
- D'avoir montré qu'il s'agissait de troubles progressivement acquis.

- La description d'un syndrome

Pour tenter de délimiter un syndrome aux contours moins flous, les définitions vont se multiplier. Mais une des particularités « historiques » du burn-out est que le syndrome se dessine « en même temps » que s'élaborent des instruments de mesure.

Les trois dimensions fondamentales du syndrome qui ouvrent non seulement des perspectives d'évaluation mais aussi de compréhension psycho-dynamique et d'approches thérapeutiques sont :

- **L'épuisement émotionnel ;**
- **La déshumanisation de la relation interpersonnelle ;**
- **La diminution de l'accomplissement personnel.**

La description de ces trois éléments nous permet la reconnaissance du syndrome et apporte une compréhension psycho-dynamique, sorte de modélisation de l'installation du *burn-out syndrome* chez l'individu.

1- L'épuisement émotionnel

L'épuisement émotionnel est autant physique que psychique.

Intérieurement, le sujet va ressentir cet épuisement sous la forme d'un sentiment d'être « vidé », d'une fatigue affective au travail, d'une difficulté à être en relation avec les émotions de l'autre, si bien que travailler avec certains malades est de plus en plus difficile affectivement. C'est comme si l'individu avait atteint son seuil de saturation émotionnelle et n'était plus capable

d'accueillir une émotion nouvelle. Il parle aussi d'une fatigue importante ressentie de façon inhabituelle. A la différence d'autres moments de fatigue, celle-ci n'est pas ou peu améliorée par le repos. L'un des signaux devenu classique dans nos services est l'absence d'effets bénéfiques des vacances ou du repos.

Extérieurement, on observe des explosions émotionnelles comme des crises de larmes ou de colère, mais aussi des refus d'agir ou de répondre à une demande même anodine.

Cet épuisement émotionnel se double souvent d'incapacité à exprimer toute émotion. Il s'agit d'un renforcement d'une des conduites les plus fréquentes de la tradition médicale. Exprimer ses propres sentiments est souvent vu comme un signe de faiblesse. Ainsi, toute émotion nouvelle va donner lieu à des expressions psychiques et/ou comportementales variées. Paradoxalement, cet épuisement peut prendre l'aspect d'une froideur, d'un hyper-contrôle apparemment absolu des émotions.

Cet état associé à la déshumanisation de la relation à l'autre aboutit à ce qui est décrit dans la littérature américaine sous le nom de *John Wayne syndrome* : à l'image du célèbre acteur dans ses rôles de cow-boy, le soignant devenu impassible est capable d'assumer et d'affronter toutes les souffrances humaines sans ciller.

2- La déshumanisation de la relation à l'autre

La déshumanisation de la relation à l'autre est le **noyau dur du syndrome**. Ce second critère est marqué par un détachement, une sécheresse relationnelle s'appartenant au cynisme. Le malade est plus considéré comme un objet, une chose qu'une personne. Il s'agit d'un cas, d'un numéro de chambre. La personne peut être réduite à l'organe malade. L'individu est en quelque sorte réifié (réification de la personne). Il s'agit là d'une mise à distance de l'autre qui va être stigmatisée par des petits signes langagiers qui souvent n'apparaissent qu'à un observateur étranger à la situation ou externe au service. Un des habitus est l'usage abusif et trop constant d'une sorte d'humour grinçant ou noir qui devient mode d'échange journalier. C'est parfois une description tellement « scientifique » du corps malade que l'analyse des différents organes malades ne rend plus compte de l'état de santé de la personne. Les propos déshumanisent le malade ; on soigne l'organe avant l'homme.

Il est possible d'interpréter de façon psycho-dynamique cet état.

En fait, **cela n'a pas toujours été ainsi chez le soignant** : cet état s'est installé progressivement et lentement. La distanciation à l'autre est parfois

l'aboutissement d'un épuisement émotionnel. C'est un mode de protection de soi et de son intégrité psychique, seule attitude permettant de réaliser le travail relationnel. Cette mise à distance de l'autre se fait très « sournoisement », à l'insu du soignant et, pourrait-on, dire malgré lui. Mais il est ressenti souvent douloureusement comme une forme d'échec personnel qui peut s'exprimer plus ou moins ouvertement dans la troisième dimension du syndrome.

3- La diminution de l'accomplissement personnel

Conséquence des deux autres, cette dimension est douloureusement vécue.

Elle peut s'exprimer par un sentiment de ne pas être efficace, de ne plus savoir aider les gens, d'être frustré dans son travail, en un mot de ne plus faire du bon travail.

En effet, la relation à l'autre est ou était le fondement du travail de soignant et sa motivation principale de ce choix professionnel. Constatant cette distanciation, le sujet va le ressentir comme un échec. Il n'est plus à la hauteur. Il commence à douter de lui et de ses capacités d'aller vers l'autre. Ainsi apparaissent la dévalorisation de soi, de culpabilité, la démotivation.

Les conséquences de tant de difficultés sont variées et variables : absentéisme motivé ou non, abandon de travail, manque de rigueur ou même erreurs professionnelles. Chez la plupart des sujets, on observe un désinvestissement du travail. Prendre quotidiennement son poste devient de plus en plus difficile. Cette attitude de fuite s'observe plus fréquemment dans certaines catégories de personnel (aides-soignants, infirmiers). Ailleurs, on notera un surinvestissement d'activité professionnelle jusqu'à ne plus pouvoir quitter le service ou y « traîner » de manière très illogique. Ce comportement dit de « présentéisme », inefficace d'ailleurs, serait plus typiquement celui des cadres et des médecins seniors.

Vers une définition unique du syndrome d'épuisement professionnel des soignants

Le syndrome d'épuisement professionnel du soignant, ou burn-out ou burn-out syndrome, apparaît comme un syndrome à trois dimensions en réponse à un stress émotionnel et physique chronique comprenant :

- **Un épuisement émotionnel et physique ;**
- **Une déshumanisation de la relation avec le patient ;**
- **Une baisse du sentiment d'accomplissement de soi au travail.**

Il touche les personnes engagées dans une profession de relation d'aide.

D. Bédard et A. Duquette en résument les éléments dans la définition suivante : « *L'épuisement professionnel est une expérience psychique négative vécue par un individu, qui est liée au stress émotionnel et chronique causé par un travail ayant pour but d'aider les gens.* »

Toutefois, il est de plus en plus répandu de parler d'épuisement professionnel en considérant uniquement le premier item du syndrome, celui de « l'épuisement émotionnel ». Ainsi, le burn-out ne serait plus considéré comme une triade diagnostique : un seul symptôme suffirait à le définir. Compte tenu de l'implosion qui se joue avec le troisième et dernier item, « la perte d'accomplissement de soi », nous gardons une certaine réserve par rapport à cette tendance simplificatrice. En effet, le fait d'être en épuisement émotionnel ne justifie pas à lui seul la crise existentielle finale. La définition complète reflète la conception que nous partageons du burn-out :

- La fatigue et l'épuisement au travail existent : les médecins le constatent ; la symptomatologie clinique est variée et n'entre pas dans des cadres nosographiques bien définis ; c'est une expérience psychique négative et souvent douloureuse ;
- C'est un processus dynamique susceptible d'aggravation mais aussi d'évolution positive pour la personne ; il n'est pas une maladie ;
- Ce travail, s'il peut être un lieu d'épanouissement, peut aussi être un lieu d'épuisement ; ceci justifie la place du syndrome d'épuisement professionnel en psychopathologie du travail et de la mise en œuvre d'actions de prévention de la part des pouvoirs publics – ce qui représente pour l'instant en France un vœu pieux ;
- Ce sont l'accumulation et la répétition à moyen terme (deux à cinq ans selon les auteurs) de stress émotionnels qui vont être responsables de l'épuisement physique et psychique et d'un désinvestissement professionnel ;
- Les troubles décrits sont le témoin d'une difficulté d'adaptation à un stress émotionnel chronique lié au travail ; ce trouble d'adaptation s'installe le plus souvent de façon insidieuse, à l'insu de la personne ;

- Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants est spécifique, car il touche des personnes dont le travail a pour but d'aider, d'accompagner les personnes ; c'est pourquoi le désinvestissement prend une forme particulière de mise à distance de la personne aidée ou soignée, représentée par la déshumanisation de la relation humaine ;
- Les facteurs en cause sont nombreux et font l'objet d'une analyse détaillée : il s'agit tant de facteurs de personnalité, des motivations profondes de l'être et de son engagement au travail, que des conditions de travail à l'aube du troisième millénaire ainsi que du sens et de la valeur de celui-ci dans notre monde.

IV- Limites du syndrome d'épuisement professionnel :

En dépit de nombreuses études publiées en Amérique du Nord et en Europe, le SEPS reste encore à ce jour une entité très discutée. Le syndrome semble manquer d'homogénéité et d'unité. Les psychiatres dénoncent une symptomatologie non spécifique qui peut recouvrir, en effet, plusieurs champs diagnostiques. On en repère aisément quatre : troubles de l'adaptation, troubles anxieux, somatisations, troubles dépressifs. On pourrait aussi faire une analyse en termes de pathologie de la personnalité, le burn-out apparaissant uniquement sur des personnalités particulières par le biais du narcissisme et des problèmes de l'idéalité.

Une des questions essentielles quand on procède à l'étude du syndrome d'épuisement professionnel est de savoir ce que l'on repère et ce que l'on évalue réellement.

Devant l'ampleur du phénomène psychosocial que représente la souffrance des soignants et devant la nécessité d'aller plus loin dans la recherche des solutions, il ne nous semble pas possible de renvoyer le sujet dans l'unique champ de la psychiatrie.

Si le syndrome d'épuisement possède une validité quelconque, quelle est-elle ?

Pour cela nous allons tenter de répondre aux questions suivantes. Comment se situe le syndrome d'épuisement professionnel dans le cadre de la psychopathologie du travail ? Quelles relations peut-on faire avec le stress ? En quoi le burn-out est différent des pathologies dues au stress ?

Il nous faut cerner aussi les rapports et les différences du burn-out avec des troubles psychiatriques tels que les troubles dépressifs, anxieux, les manifestations psychosomatiques, et savoir s'il mérite d'être une nouvelle catégorie diagnostique de trouble mental.

Enfin, doit-il être limité aux professions dites d'aide ou peut-on l'étendre à toutes les formes de travail ?

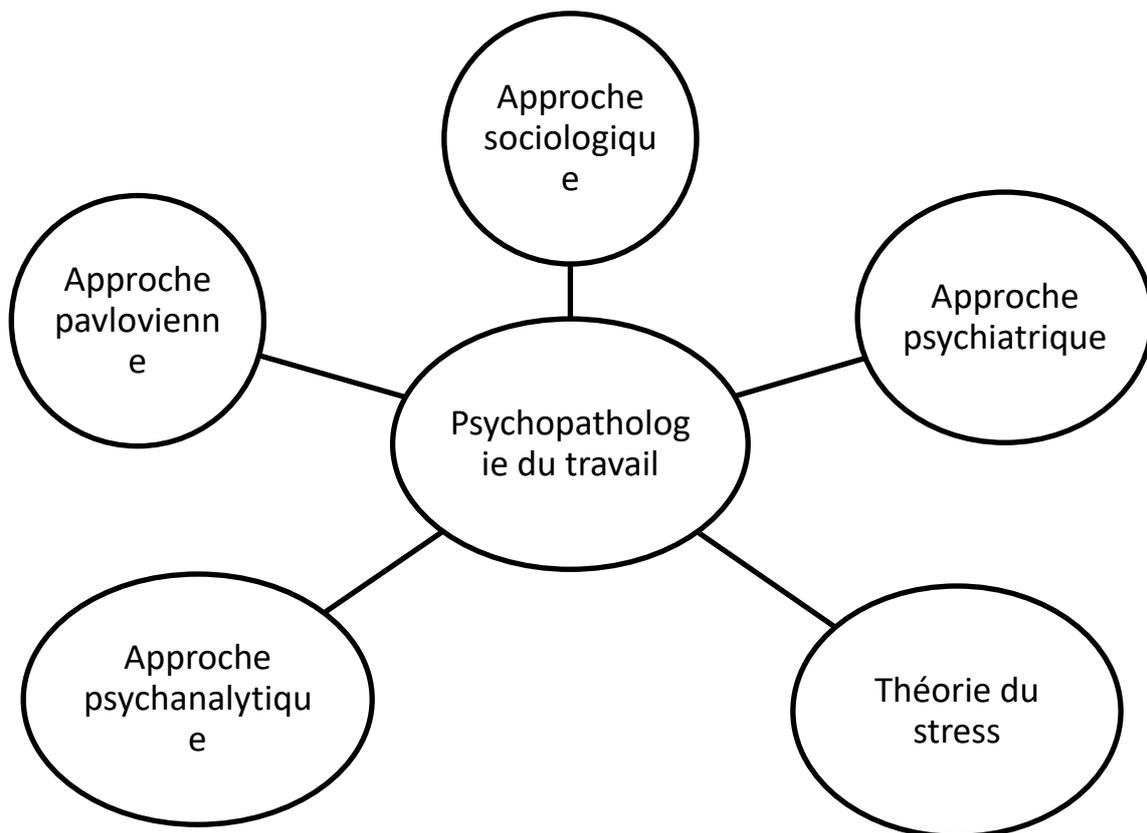


Figure n°2 : Les différentes approches de l'épuisement professionnel.

- Epuisement professionnel et psychopathologie au travail : de la fatigue au travail au burn-out syndrome :

La psychopathologie du travail est l'étude « du rapport psychique de l'homme au travail » (Ch. Dejours) ou « de l'ajustement réciproque des hommes et de leurs situations de travail » (A. Raix, C. Mignée). Cette discipline tente d'analyser ce qui dans les conditions, l'organisation et les caractéristiques du travail va se trouver en prise avec l'organisation et le fonctionnement psychique du sujet.

Les contraintes psychiques dues au travail ont été d'abord décrites en termes de fatigue puis de charge psychique. Pour Ch. Dejours, l'étude de la souffrance due à la charge psychique est le lieu d'investigation privilégié de la psychopathologie du travail.

C'est dans ce cadre qu'il faut situer le syndrome d'épuisement professionnel.

On va trouver la psychopathologie du travail au carrefour de l'ergonomie, de la psychologie et de la sociologie de travail, mais aussi de la psychiatrie. Les modèles théoriques en psychopathologie du travail sont nombreux.

Les conceptions de l'interaction homme-travail vont influencer l'interprétation psychopathologique des troubles et les solutions thérapeutiques et préventives.

- **L'approche sociologique :**

Le burn-out menace-t-il la société moderne ? Faut-il le considérer comme une pathologie sociale ?

L'approche sociologique est de plus en plus évoquée et elle apparaît en effet pertinente lorsqu'on constate que tout établissement hospitalier tend à devenir une entreprise rentable qui impose des conditions d'exercices de plus en plus lourds et complexes. Les objectifs de contrôle des dépenses mettent en péril les valeurs du *care*.

Mais encore, la course à la rentabilité et à l'excellence produit ses effets délétères en rompant le lien collectif au profit de la concurrence et d'un individualisme galopant. Les repères du collectif sont brouillés et progressivement remplacés par un vide relationnel pathogène.

L'approche sociologique est une lecture de la maladie en tant qu'expression individuelle des conflits sociaux. Les conditions du travail et son organisation sont les témoins d'une pathologie sociale. C'est là qu'il faut y trouver la cause. C'est là qu'il faut apporter le remède. Comme l'écrit Ch. Dejours : « *Cette position théorique – au sein de laquelle on retrouve les fondements du courant antipsychiatrique (NDA) – va généralement de pair avec l'affirmation d'un lien de causalité qui va du social et du politique au pathologique.* »

L'approche sociologique amène à poser la question suivante : certes l'individu devient malade de son travail, mais n'est-ce pas le travail lui-même qui est malade dans notre société ?

- **L'approche psychiatrique :**

L'approche psychiatrique va privilégier les déterminations personnelles, biologique, psychogénétiques, ontogénétiques des maladies mentales. Le travail est envisagé comme un révélateur de la pathologie de la personne. Cependant, si dans cette approche, le travail peut être source de troubles d'adaptation, il peut devenir aussi un moyen thérapeutique permettant la réadaptation de l'homme malade par le biais de la revalorisation et la récupération de l'estime de soi.

L'aspect valorisant du travail dans le cadre de l'adaptation social est un aspect important dans le traitement des troubles mentaux. Au sein des institutions psychiatriques, l'ergothérapie a une place importante dans de nombreuses pathologies mentales. Le travail peut avoir un double impact. S'il peut être source de souffrance, il peut aussi être source d'équilibre.

Dans le cadre de l'épuisement professionnel, si cet état ne relève pas de la psychiatrie, en revanche ses conséquences peuvent l'être soit par des décompensations dépressives et anxieuses soit par des décompensations psychotiques.

- **L'approche psychanalytique :**

Dans cette approche, même si le travail semble avoir été le déclencheur d'une souffrance psychique, on privilégie l'existence d'une – il n'est là encore qu'un révélateur de – faille sous-jacente préexistante que l'on retrouverait dans les premières années de vie. La névrose infantile demeurerait donc la cause fondamentale. L'hypothèse d'un idéal du Moi est posée comme une explication intrapsychique qui explique à la fois le choix professionnel et le comportement d'aide. Cette lecture donne la part belle à la quête de reconnaissance comme une course réparatrice venant combler un manque fondamental. Nous interrogeons donc les structures hystériques ou obsessionnelles à travers leur quête narcissique sur fond de culpabilité.

Même trop brièvement exposée ici, cette approche psychanalytique reste une interprétation toujours possible pour l'individu. On comprend comment Ch. Dejours peut écrire à ce propos que « *le radicalisme psychanalytique disqualifie la psychopathologie du travail* ».

Cependant, quand on voit le nombre toujours croissant de burn-out, force est de constater qu'il y a un problème qui dépasserait l'idée de la seule vulnérabilité personnelle. **Un syndrome d'épuisement professionnel peut se développer aussi chez un individu normal.** C'est donc à travers une lecture complémentaire qu'il faut comprendre la relative capacité de l'individu à faire face et discuter la psychopathologie de l'apparition de la désadaptation de la personne dans ses réponses de coping.

- **L'approche par la théorie du stress :**

En recourant à la notion de stress, il est possible de « rattraper » le travail dans une psychopathologie du travail. C'est pourquoi le stress a actuellement une place si grande dans le cadre de la « fatigue au travail ». Nous y consacrons plus loin une étude détaillée afin de positionner le syndrome d'épuisement professionnel dans la théorie générale du stress.

Ainsi, ces différentes approches apportent chacune des éléments à la compréhension de la psychopathologie du travail. C'est à Ch. Dejours que revient le mérite d'avoir proposé une synthèse permettant une approche du retentissement du travail sur l'homme.

Depuis la prise en compte de la fatigue au travail, l'étude des interactions entre l'homme et son travail a justifié l'élaboration d'un certain nombre d'outils d'analyse et de compréhension qui compose la psychopathologie du travail. Le burn-out, en apportant une dimension particulière au retentissement du travail sur l'homme, sert la psychopathologie. Inversement les concepts de la psychopathologie du travail vont nous servir à analyser les facteurs intervenant dans le burn-out.

- **Épuisement professionnel et stress :**

Le stress occupe en psychopathologie du travail une place centrale. Pour comprendre les relations entre stress et épuisement professionnel, il est nécessaire de bien situer les conceptions actuelles du stress. Si l'épuisement professionnel est dû aux effets du stress survenant au travail, c'est une interaction particulière que nous allons étudier ici entre le stress au travail et la genèse d'un syndrome d'épuisement professionnel.

***Le stress**

Aux XVIII^e siècle en Angleterre, *stress* signifie un état de détresse en rapport avec l'oppression, la dureté de la vie, les privations, l'adversité.

C'est Hans Selye, médecin canadien d'origine hongroise, qui a donné une assise scientifique et une diffusion quasi mondiale au concept. En 1946, il utilise pour la première fois le mot « stress ». Emprunté à la physique, ce terme désigne la contrainte exercée sur un matériau. Normalement, un matériau est capable de résister à toute une série de contraintes modérées. Mais si la contrainte est excessive ou si le matériau est fatigué, il y a risque de déformation, voire de rupture. Le mot « stress » vient du latin *stringer*, « tendre », via le vieux français et le moyen anglais comme son doublet *distress* (détresse) ; il était utilisé pour signifier : malheur, difficulté, adversité, affliction.

Le mot possède une diffusion et une célébrité immense mais c'est au prix de confusions extrêmement dommageables. Le terme stress est malheureusement employé couramment pour qualifier trois notions différentes :

- Le mot stress est souvent (et à tort) utilisé pour désigner des facteurs de stress ou stresseurs tels le bruit, des conditions de

travail... ; un événement ne devient facteur de stress que par rapport à un individu donné ;

- Le mot stress est employé de façon limitée pour décrire les manifestations pathologiques qui apparaissent quand les capacités de réponses ou d'adaptation de l'individu sont dépassées ;
- Alors que stress définit d'abord l'ensemble des **réactions normales d'adaptation de l'être vivant à un stimulus**. Selye s'est attaché à montrer que ce n'est pas l'agent agresseur qui est pathogène, mais la réaction de l'organisme à cet agent. Il a nommé le stress comme un « syndrome général d'adaptation » : il n'est pas de vie sans stress. Le mot caractérise la capacité de l'être de réagir aux stimuli variés de la vie, aux excitations multiples auxquelles l'organisme est exposé.

***Conceptions actuelles du stress :**

Les conceptions du stress ont beaucoup évolué, d'abord dans les écrits de H. Selye lui-même puis dans ceux de nombreux auteurs qui ont travaillé et travaillent sur ce sujet. Le stress a progressivement abandonné un modèle linéaire stimulus/réponse de cause à l'effet pour un modèle transactionnel entre l'individu et son environnement dont la cause est multidimensionnelle.

Les modèles stimulus/réponses linéaires correspondent à la conception initiale du stress. Il s'agit des réponses physiologiques d'un organisme face à un agent agresseur (Cannon, 1932 ; Selye, 1956). L'agent agresseur décrit dans les premiers travaux est uniquement physique. Il tend à rompre l'homéostasie du sujet qui, pour rétablir son équilibre menacé, répond par les systèmes neurohormonaux identifiés par Cannon et Selye : le système sympathique et médullo-surrénalien, et le système hypothalamo-hypophyso-corticosurrénalien. Le modèle physiopathologique est proche de celui de la réaction réflexe.

En 1975, Mason montre que la réponse n'est uniquement liée à des stimulus nocifs physiques. Des facteurs psychiques émotionnels peuvent être aussi responsables de l'activation hormonale. Avec cet apport fondamental, l'émotion et la psychologie prennent place dans la modélisation du stress. C'est l'individu (et même l'animal) en situation qui réagit à agent stresseur. Envisager le stress sous son aspect émotionnel introduit la dimension psychique dans la conception du stress, mais risque d'introduire aussi une confusion. **Certes le stress est émotion, mais toute émotion n'est pas stress**. Une émotion peut être bonne ou pénible ; un stress est toujours le résultat d'une agression même si secondairement l'individu peut tirer profit de l'expérience et de la réorganisation

que cet évènement stressant induit. Cette idée permet d'introduire la conception actuelle du stress.

Les modèles transactionnels envisagent le stress comme une interaction entre la personne et son environnement. La prise en compte de la dimension psychique du stress montre que les réponses physiologiques aux agressions ne sont pas stéréotypées. Elles dépendent de la nouveauté de la situation, de la possibilité pour le sujet de contrôler et de sa capacité de prévoir l'évolution des événements. Le stress ne réside ni dans la situation ni dans la personne, mais dans la transaction entre l'environnement et la personne. Dans une perspective transactionnelle, l'individu n'est pas dérangé uniquement par la situation, mais aussi par l'appréhension qu'il a de celle-ci.

La définition du stress dans sa conception actuelle est la suivante : c'est un phénomène transactionnel bio-psycho-social. Cette définition un peu obscure vient nettement plus limpide quand on écoute Epicure (50-130) nous dire : « **Ce qui trouble les hommes ce ne sont pas les choses, mais les jugements qu'ils portent sur elles.** »

***Qu'est-ce que le concept du burn-out apporte à celui de stress ?**

En fait, le burn-out est la traduction de l'accumulation et de la sommation d'événements face auxquels l'individu n'arrive plus à faire face

Le burn-out représente la mise en échec d'une transaction équilibrée entre le sujet et son environnement.

Les événements auxquels il est soumis sont le plus souvent mineurs mais répétés et émotionnellement difficiles à vivre.

***C'est le stress chronique qui construit le burn-out.**

L'épuisement professionnel est secondaire à une accumulation de stress au niveau de la personne. Il faut penser le burn-out comme un phénomène long et évolutif. Il sera tout à fait inadapté d'employer le terme après un événement aigu et il est préférable de garder la terminologie bien définie des états de stress post-traumatiques. **Ainsi on parlera d'épuisement professionnel après des expositions à des stress professionnels durant des périodes allant d'un à cinq ans.**

L'épuisement professionnel est donc secondaire à un stress prolongé, répété et de longue durée s'intégrant dans un processus de réactions inadaptées de l'individu.

L'idée qui va nous intéresser ici est la suivante : il est clair que les soignants dans leur pratique quotidienne sont soumis à des stress de nature variée.

Confronté à d'autres stress divers, l'individu peut réagir de façon violente. Mais ce sont les multiples petits débordements qui « à la longue » vont permettre la constitution du burn-out.

L'autre idée importante à laquelle nous a menée l'étude du SEPS est celle de l'inégalité de l'individu face aux agents stressants.

Nous ne sommes pas égaux face au stress. Chacun peut avoir une sensibilité particulière à un stressant. Cette sensibilité peut le rendre plus vulnérable dans une situation donnée. Mais la sensibilité au stress se modifie au cours de l'existence car l'individu évolue au cours de sa vie. Des situations qu'il était capable d'assumer à une époque peuvent déborder ses capacités d'adaptation plus tard. Des motivations personnelles qui lui permettaient de faire face à un âge donné peuvent avoir évolué et le rendre moins compétent ou moins volontaire. Ces modifications de l'équilibre personnel doivent être prises en considération pour comprendre l'installation d'un SEPS et permettre au sujet de repenser sa propre histoire.

- **Épuisement professionnel et insatisfaction au travail :**

L'insatisfaction au travail doit être distinguée de l'épuisement professionnel. En effet, si l'analyse de l'épuisement professionnel permet de retrouver constamment une dimension d'insatisfaction au travail, en revanche l'insatisfaction au travail n'est pas associée *de facto* à un épuisement professionnel.

En effet, la satisfaction au travail est un état émotionnel de plaisir découlant de l'évaluation que l'individu fait de son travail à travers le prisme de ses valeurs personnelles (Locke, 1969). Cette évaluation est faite consciemment : l'individu est capable de formuler les sentiments de satisfaction et d'insatisfaction de la relation qu'il entretient avec son travail, et des bénéfices qu'il en retire.

Les principales variables de la satisfaction au travail ont été bien étudiées en particulier par Maslow (1954). Dans la théorie des besoins, Maslow analyse la satisfaction de l'individu en fonction des besoins physiologiques, sociaux, de sécurité, d'estime de soi et d'actualisation de soi.

Mais aussi il faut que les incitations au travail soient réelles et valorisantes – le salaire, la sécurité de l'emploi, les politiques de l'employeur, la relation avec la hiérarchie – et que le contenu de la tâche soit lui aussi source d'estime de soi, d'estime sociale et de développement personnel.

Bédard et Duquette affirment ainsi que « *l'insatisfaction au travail se manifeste lorsqu'il y a discordance entre les besoins d'un individu et les*

facteurs intrinsèques et extrinsèques liés au travail (...) Tout comme l'épuisement professionnel l'insatisfaction est une expérience psychique négative vécue par l'individu et liée au milieu du travail. La perte du sentiment d'accomplissement dans le travail est une caractéristique observée chez les personnes insatisfaites de leur travail (...) Mais l'épuisement émotionnel, la fatigue psychique et la déshumanisation de la relation ne sont pas des manifestations de l'insatisfaction au travail (...) Enfin, l'insatisfaction peut s'exprimer à l'égard de tout type de travail alors que le SEPS est lié au travail ayant pour but d'aider les gens ».

- Des indicateurs concernant la santé mentale des médecins

Un certain nombre d'indicateurs concernant la santé mentale des médecins français méritent d'être considérés. La population des médecins présente deux fois plus de dépression que la population générale. Le nombre de journées indemnisées par la CARMF est en augmentation récente : + 3,8% en 2000, + 12,4% en 2001, + 6,5% en 2002. Les affections psychiatriques arrivent en seconde position (18%) après les cancers (21%) comme motifs d'interruptions temporaires de travail, avant les affections cardiovasculaires (12%). Enfin, les affections psychiatriques sont la première cause d'invalidité (40%) chez les médecins (affections cardiovasculaires : 17%).

Cette représentation indirecte de la santé mentale mérite d'être lue avec prudence, mais elle est peut-être le reflet d'une certaine difficulté pour les médecins de vivre longtemps en bonne entente avec leur profession.

***Le burn-out des médecins libéraux et hospitaliers**

Les travaux sur le burn-out apportent un éclairage intéressant tant chez les médecins libéraux que chez les hospitaliers.

***Chez les médecins libéraux**

Les médecins libéraux ont eu à faire face ces dernières années à des exigences et des contraintes grandissantes, non seulement de la part des pouvoirs publics mais aussi des patients. Plusieurs études montrent un niveau de stress particulièrement élevé parmi les médecins et l'existence d'un profond malaise. Truchot comme que 47% des médecins libéraux de Bourgogne sont en état d'épuisement émotionnel, et 37% sont dans un état de déshumanisation de la relation, selon les critères retenus par l'échelle MBI (*Maslach Burnout Inventory*). Gleizes révèle que, en Haute-Garonne et à Paris, 47% des médecins se disent prêts à changer d'activité et, en cas de cessation d'activité, 25% d'entre eux sont décidés à changer de métier et 23% à prendre une retraite anticipée.

Les facteurs régulièrement retrouvés sont : la surcharge de travail et le fait de devoir travailler rapidement (J. Latourelle), les contraintes administratives et l'augmentation des tâches (70%), le poids financier et de la fiscalité (82%), le harcèlement téléphonique (62,3%), des perturbations dans la vie privée (56,6%) (Gleizes et Favazet, 2002). Les problèmes organisationnels apparaissent au premier plan : devenir un gestionnaire, un administratif, l'œil constamment rivé sur les prélèvements bancaires est une source d'épuisement pour les médecins. D'autant plus qu'ils ne peuvent plus actuellement se faire aider par une secrétaire qui les déchargerait d'une partie de ce travail.

Le fait de travailler vite est à mettre en corrélation avec la non-revalorisation des honoraires et le système de paiement à l'acte. Il est clair que pour ne pas allonger la journée de façon démesurée, le seul moyen de faire plus d'actes est d'écourter les consultations et donc de travailler vite.

Les charges qui pèsent sur l'exercice médical sont augmentées mais variables entre spécialités. Les médecins libéraux ont un taux de charges assez homogène : 45 à 50% des honoraires à l'exception des anesthésistes et des radiologues ; mais en fait, c'est plus la variation du niveau d'honoraires qui explique la disparité des revenus. Cette disparité dans les revenus suscite une certaine grogne de la part des médecins. Enfin, l'appartenance au secteur 2 qui autorise le dépassement d'honoraires (secteur 2 gelé depuis 1991) est une source de disparité à prendre en compte.

L'analyse de la charge de travail mérite d'être faite avec prudence. En effet, au-delà de la quantité d'heures passées auprès des patients, c'est le temps passé à accomplir des tâches administratives qui semble plus être une source de stress que le travail lui-même.

En effet, il est clairement établi que la durée hebdomadaire de travail des médecins libéraux a progressé depuis une dizaine d'années d'environ 3 heures. Plus de la moitié des médecins travaillent plus de 50 heures par semaine avec en moyenne un nombre d'actes de 109, toutes spécialités confondues ; 37% d'entre eux sont installés seul. Parallèlement, le travail de nuit et de week-end a diminué ; cette diminution se vérifie surtout pour les généralistes, les pédiatres dans les grandes villes et en Île-de-France. Mais ce n'est pas tant le nombre d'heures ni le nombre de patients qui a une influence sur le score du burn-out. Toute charge de travail ne signifie pas fatigue, épuisement ou insatisfaction. L'environnement, l'ambiance, le climat relationnel et interpersonnel tiennent une part importante dans le phénomène de burn-out. **La quantité de travail que peut supporter l'individu est d'autant plus importante que le contexte professionnel est positif.** Cette notion est un point commun reconnu dans toute

l'analyse sur le burn-out. Si un médecin ou une personne travaillant dans la relation d'aide se sent reconnu(e) et valorisé(e), elle va être moins fatiguée qu'une autre. Par conséquent, il faut parler d'avantage de charge psychique que de charge de travail pour bien apprécier ce facteur.

En ce qui concerne les relations difficiles avec le patient, elles ne sont pas citées parmi les facteurs de stress les plus fréquents. Les cas difficiles, la confrontation avec la maladie grave ou la mort sont certes des événements stressants, mais ils sont attendus. Ces situations peuvent donc être acceptées comme faisant partie des contraintes et des exigences psychologiques normales inhérentes au métier.

En revanche, les médecins se déclarent affligés du changement de mentalité des patients. L'irrespect, les exigences, l'agressivité sont des phénomènes nouveaux. De tels comportements sont source d'augmentation de l'épuisement professionnel. Les agressions chaque fois qu'elles existent, sont un facteur de stress de haut niveau.

Le changement de mentalité des patients représente une source de tension inacceptable. En effet, la médecine générale comporte une grande part de relationnel et les médecins en sont conscients. C'est ce qui fait la valeur et l'intérêt du métier mais la modification de la position du malade consumériste fait que la médecine devenue un bien de consommation comme un autre donne l'impression au médecin d'être un prestataire de services et à son cabinet un « hypermarché de la santé ».

A côté de la perte de la reconnaissance et du prestige de la profession, les médecins jugent que leur rémunération n'est plus à la hauteur des efforts exigés d'autant plus qu'ils sont jugés par certains responsables politiques comme les uniques responsables des déficits de l'assurance maladie de notre pays.

Tous ces éléments conduisent à mettre à mal l'identité du médecin et augmente la difficulté de se réaliser soi-même.

Aujourd'hui le médecin n'a plus la même reconnaissance sociale. La reconnaissance dans le travail participe à l'aménagement narcissique et la reconnaissance de l'estime de soi. Bien que gagnant encore correctement leur vie, c'est leur qualité de vie professionnelle qui est en jeu. Ceci n'est pas sans incidence bien sûr sur la vie privée et la stabilité émotionnelle et affective.

***Chez les médecins hospitaliers**

La situation est analogue. Nous citerons en exemple une enquête prospective multicentrique française un jour donné réalisé le 25 mars 2004 ; elle apporte une photographie intéressante de l'épuisement professionnel des internes, chefs de cliniques et praticiens hospitaliers des services de réanimations adultes des hôpitaux publiques. Un niveau élevé d'épuisement professionnel a été retrouvé chez 46,5% des réponders (978 questionnaires analysés sur 1189 médecins des 189 services réponders sur 318 contactés). Ce score de burn-out élevé au MBI associé de façon significative avec le sexe féminin, la charge de travail, les problèmes relationnels au sein de l'équipe et la prise de décision d'un arrêt de soins...

Pourtant ils continuent !

C'est probablement l'une des raisons qui explique le nombre important de dépressions dans le corps médical. Les médecins n'entendent pas les signaux d'alerte du burn-out. Ils passent outre et c'est uniquement quand l'état physique et/ou psychologique ne leur permet plus de travailler qu'ils demandent de l'aide. Attentifs à autrui, ils ont du mal à s'écouter eux-mêmes, et ce d'autant plus que la notion de dépression a mauvaise presse chez les médecins pour eux-mêmes. La connotation de faiblesse, de vulnérabilité voire de vexation est encore présente dans l'inconscient individuel et collectif du corps médical. Pour eux, consulter un psychiatre est loin d'être simple. Est-ce pour eux le témoin de marque d'une faiblesse ? Cela les blesse-t-ils dans leur orgueil ou leur narcissisme ? Ou bien cette difficulté à consulter un psy n'est-elle pas due à leur formation essentiellement centrée sur le somatique et techno-sciences ? Mais peut-être que cela est en rapport avec le fait que personne ne soit jamais suffisamment préoccupé de leur santé mentale au temps de leur sélection pour les études médicales.

Michaël Balint a popularisé et diffusé au sein du corps médical l'idée que le médecin lui-même avec une place et une fonction importante dans le traitement de la maladie. C'est lui qui a permis à beaucoup de médecins de prendre conscience de la dynamique relationnelle entre le médecin et le malade. S'il est un œuvre dont on peut s'inspirer pour comprendre la relation soignant-soigné, c'est bien la sienne. Comme il l'a si bien montré dans ses écrits, il faut savoir « se prescrire » mais, comme pour un médicament, il faut savoir respecter la posologie et ne pas dépasser la bonne dose. C'est « l'oubli » de cette juste mesure qui mène le médecin au burn-out. Sa relation à l'autre tombe malade et il (le médecin) devient lui-même malade de son métier et victime de son idéal. Les raisons de cette souffrance sont multiples et sont développés plus loin. Mais il est clair que nous assistons actuellement à une souffrance du corps médical qui peut surprendre par l'ampleur du phénomène et mérite surtout qu'on ose en

parler. Il prend racine dans une évolution de nos valeurs sociales et dans une déshumanisation de la cité.

Ainsi, les origines du malaise sont de mieux en mieux identifiés : il s'agit d'un surmenage marqué des médecins qui doivent faire face à une charge psychique et physique importante et d'un rythme souvent inadapté à ce qu'exige un travail de contact, de patience, d'empathie et de réflexion. C'est aussi une activité vécue dans la solitude avec peu d'échange et bien peu de soutien.

Si l'on tente d'analyser la perception du travail et de l'identité professionnelle par les médecins salariés et libéraux, on se rend compte que tous témoignent d'un sentiment commun d'une perte de pouvoir et d'une altération de l'image de la profession sous la double pression des pouvoirs publics et usagers.

Le rêve humaniste a mis l'épreuve des réalités administratives et comptables. Le vécu de harcèlement par les caisses d'assurances maladies, l'angoisse du judiciaire et des malades, la position des politiques rendent la vie professionnelle pesante et préoccupante. Maintenir un équilibre harmonieux entre vie familiale, personnelle et vie professionnelle devient bien souvent une mission impossible. Pourtant, la passion reste souvent, le goût du métier aussi. Mais quand le burn-out s'installe de façon insidieuse et sournoise, le médecin a bien du mal à le reconnaître, à en parler, lui qui pourtant fait quotidiennement cela pour autrui.

Les conseils ne manquent pas pour pouvoir conserver une bonne qualité de vie au travail : être à l'écoute de soi-même pour mieux soigner les autres, éviter les auto-prescriptions souvent mal adaptées, mais avoir, comme le suggèrent nos collègues dentistes néo-zélandais, un médecin traitant qui ne soit ni un ami ni un proche mais avec qui il est possible de parler afin de n'avoir jamais à l'utiliser comme médecin, développer des supports personnels et professionnels, ne pas hésiter à travailler la relation d'aide car soigner son prochain n'est pas tâche aisée, savoir demander de l'aide...

Il s'agit là des conseils bien utiles certes, mais qui reposent sur le fait de reconnaître en soi les signaux d'alerte pour agir rapidement. En effet, si le burn-out n'est pas une dépression mais, comme nous l'avons écrit plus haut, mais un trouble d'adaptation, il peut faire le lit d'un état dépressif. C'est pourquoi il est utile de mettre en place une vraie politique de dépistage du burn-out et de la dépression chez les médecins et probablement durant les études de médecine. Une telle politique pourrait inclure :

1. De permettre aux futurs étudiants de prendre conscience de la distorsion possible entre leur vision idéalisée d'un métier certes magnifique et sa réalité quotidienne ;
2. L'amélioration des aptitudes à la gestion des futurs praticiens ;
3. De poser la question du risque à chaque action intentée par l'Ordre ou par un tiers contre un médecin, à chaque retard de paiement de cotisations dues ;
4. De sensibiliser les groupes de FMC et tout le tissu associatif sur le problème de suicide, ainsi que sur l'aspect nécessaire d'une confraternité bien conduite, d'une solidarité humaine meilleure ;
5. De l'instauration d'une véritable « médecine du travail des médecins », etc.

Il reste bien d'autres idées à imaginer et à mettre en œuvre par les facultés de médecine et les structures ordinales dans le cadre de programmes d'aide, de dépistage et de soutien afin de faire que le burn-out ne soit pas une crise désespérée mais une crise existentielle maturative (cf. chapitre 4).

Le burn-out s'étend aujourd'hui à toutes les professions médicales et paramédicales, mais aussi aux métiers à caractère relationnel : enseignants, magistrats, avocats, policiers, gendarmes, personnel pénitentiaire... la diffusion du concept a permis l'identification des caractéristiques particulières de l'expression du burn-out selon les professions concernées.

Si la triade épuisement émotionnel-déshumanisation de la relation-diminution de l'accomplissement personnel est commune à toutes ces professions, chaque spécialité concernée se teinte d'une coloration différente à l'expression du phénomène. Cette phénoménologie variable est en rapport avec les types de travail, les conditions et le statut social même de celui-ci ainsi que l'évolution de représentation par les médias.

Les chirurgiens-dentistes, par exemple, payent un lourd tribut au burn-out. Contrairement à une croyance populaire, c'est un corps professionnel à haut risque dépressif et suicidaire en lien avec un épuisement professionnel. Les organisations professionnelles et syndicales de chirurgiens-dentistes ont d'ailleurs mis en place des séances d'informations et de formations professionnelles pour prévenir les professionnels des risques spécifiques inhérents à ce métier.

V- Les symptômes du burn-out :

- Sur le plan physique :

Sur le plan physique, ce sont des signes et des symptômes somatiques non spécifiques comme une fatigue ou une lassitude, des céphalées, des troubles digestifs variés, des troubles du sommeil, des infections rhinopharyngées, grippales ou pseudo-grippales prolongées ou répétées. Les troubles fréquents du comportement alimentaire tiennent une place particulière dans une population jeune et essentiellement féminine. Il s'agit de modes alimentaires aberrants tant dans les horaires, les rythmes que les « régimes suivis », des troubles anorexiques, boulimiques, d'alternance anorexie/boulimie, de variations pondérales importantes responsables du syndrome du yo-yo. (Opcit, 109).

- Sur le plan psychique affectif :

Blanchod (2008) explique que les ressources émotionnelles de la personne touchée sont vides. L'humeur est sombre, triste, dépressive. Une certaine froideur affective peut être présente et des excès de colère sont susceptibles de survenir. Brunet (2006) lie ces symptômes au social. Il relève que les relations entre collègues deviennent plus difficiles notamment à cause de cette mauvaise humeur quotidienne. La personne victime du syndrome de l'épuisement professionnel se sent alors constamment en conflit avec l'environnement de travail, familial ou social.

- Sur le plan cognitif :

Blanchod (2008) donne lieu à des sentiments d'impuissance et de désespoir. Le sentiment d'échec est présent et l'estime de soi baisse. Il devient alors plus difficile de se concentrer. Les pensées sont plus rigides et schématisées. Envers autrui, la personne en burn-out peut faire preuve de cynisme, dégradant ainsi les relations interpersonnelles (Burnet, 2006). L'empathie diminue et il n'est pas improbable de remarquer la présence de mécanismes de défenses paranoïaques.

- Sur le plan comportemental :

Sur ce plan, des symptômes comportementaux, des troubles alimentaires, une augmentation de consommation d'alcool ou de médicaments peuvent être constatée. Au niveau interpersonnel, l'individu peut soit montrer une agressivité envers autrui, soit se replier sur lui-même et s'isoler socialement.

VI- Les étapes d'installation du burn-out :

Le processus de burn-out se développe dans la durée et en plusieurs étapes (Cherniss, 1980 ; Edelwich & Brodsky, 1980 ; Golembiewski, Munzenrider & Stevenson, 1986, cités par Janot-Bergugnat & Rasclé, 2008). La spirale de l'épuisement proposée par les mêmes auteurs représente assez fidèlement la détérioration de la santé d'un professionnel si celui-ci est victime d'épuisement. Cela dit, diverses théories au sujet des phases du burn-out existent. Nous allons en présenter brièvement quatre d'entre elles. Lambert 1984 (cité par Marcil, 1991) pense que le processus du burn-out se développe en deux phases, à savoir le « burn-in », également appelé combustion lente et le « burn-out » lui-même. La même année, Burke, Shearer et Deszca (cités par Marcil, 1991) énumèrent huit phases se basant sur l'accomplissement personnel, la dépersonnalisation et l'épuisement émotionnel, autrement dit, les trois dimensions de Maslach. Leur point de vue est exprimé afin d'exposer la dynamique de développement du syndrome du burn-out. En 1985, c'est Freudenberger (cité par Zanotti & Thibodeau, 2007) qui propose un processus du burn-out très complet. Son interprétation et son point de vue sur le sujet ont donné lieu à ce qui est appelé de nos jours le modèle de Freudenberger. Selon ce dernier, le burn-out fait référence « à un point d'impasse intenable et existentiel » (Zanotti & Thibodeau, 2007 p. 29). Même si, au début, le fait d'éviter la source de l'épuisement provoque un certain apaisement, cela n'est que de courte durée et devient même, par la suite, la cause de l'aggravation du syndrome (Zanotti & Thibodeau, 2007). Dans ces douze étapes, Freudenberger (1985, cité par Marcil, 1991) propose un inventaire de la progression des symptômes. Ces derniers deviennent de plus en plus sévères et atteignent les domaines intellectuels, physiques ou encore émotionnels. Edelwich et Brodsky (1980, cité par Marcil, 1991), quant à eux, proposent une théorie de l'analyse du processus du burn-out passablement concise et précise. En effet, après s'être penché sur le processus de désillusionnement poussant la personne au burn-out, ils l'ont divisé en quatre phases : l'enthousiasme, la stagnation, la frustration et l'apathie (Zanotti & Thibodeau, 2007).

a- L'enthousiasme idéaliste :

Cette phase est liée au début de la carrière d'un professionnel. Ce dernier déborde d'énergie, possède de fortes ambitions et un désir de s'affirmer. Il est très motivé dans ce qu'il entreprend. Il en découle donc de grands espoirs et des attentes idéalistes. A ce moment, le travail représente tout dans la vie du

professionnel. Certaines fois, malheureusement, un surinvestissement dans la tâche est possible et peut mener à l'oubli de soi.

b- La stagnation inefficace :

Le travail devient moins passionnant. Une perte d'enthousiasme en est d'ailleurs le premier signe. Le professionnel prend alors conscience de la complexité du métier ainsi que de ses réalités diverses. Un sentiment d'inutilité et de déception se fait percevoir et contrastée va dément avec la première phase. Malgré tous les efforts professionnels fournis, les résultats ne sont pas à la hauteur des espérances. Des réactions émotionnelles et psychosomatiques, telles qu'une grande fatigue, voire l'irritabilité, se font sentir.

c- Le sentiment de frustration :

Il s'agit d'une colère refoulée, souvent accompagnée d'un sentiment de culpabilité et d'impuissance. Le sujet remet constamment en question la signification de son travail. Plusieurs troubles physiques et émotionnels apparaissent alors. De plus, le rendement au travail devient plus faible et le manque d'intérêt s'accroît. A ce moment, deux réactions prévalent. Le professionnel peut soit prendre conscience de ses propres limites et réagir face à cette situation en renvoyant à la baisse ses idéaux professionnels, soit, ne sachant plus comment se comporter, il entame alors la quatrième phase du processus.

d- L'apathie désabusée :

Cette dernière phase est également appelée phase de démoralisation et est caractérisée par un vide intérieur et un puissant sentiment de découragement. Le désintérêt est total au niveau professionnel, mais également du point de vue de la vie personnelle. Le professionnel touché n'a, alors, plus d'énergie et est épuisé. Il se replie sur lui-même, se sent rabaissé, voir incompetent. En réponse à cela, il se désinvestit totalement de son travail (Elisabeth. G, 2008, p.121).

VII- Les causes du burn-out :

Les causes sont à rechercher du côté de l'environnement professionnel, plutôt qu'au niveau de l'individu. Mais, plus précisément, elles peuvent être identifiées à partir des six disparités entre les personnes et leur poste :

a- Le surmenage :

Le surmenage est une dimension clé de la vie de l'entreprise. Du point de vue de l'entreprise, une importante charge de travail est synonyme de productivité. Du point de vue de l'individu, elle est synonyme de temps et d'énergie. Trouver un compromis entre les deux perspectives est un défi fondamental pour entretenir une relation équilibrée au travail. Les entreprises en phase transitions majeures associées à des réductions d'effectifs et à des restructurations visent en premier lieu à augmenter la charge de travail. Dans leur course pour augmenter la productivité, les entreprises poussent les individus au-delà de ce qu'ils peuvent supporter.

La charge de travail concerne à la fois la quantité et la nature de ce que l'on fait. La crise actuelle affecte la charge de travail de trois façons : il est plus intensif, il demande davantage de temps et il est plus complexe. On ne sera donc pas étonné que, dans ces conditions, il soit plus difficile de décompresser.

b- Le manque de contrôle sur ce qu'on fait

La capacité à dresser des priorités dans son travail quotidien, à choisir différentes approches et à prendre des décisions relatives à l'exploitation des ressources est essentielle. Les politiques d'entreprise qui interfèrent avec cette capacité réduisent l'autonomie individuelle et l'engagement professionnel. Quand les individus n'ont aucun contrôle sur les dimensions importantes de leur travail, cela les empêchent de s'occuper des problèmes qu'ils identifient. La question n'est pas de savoir s'ils sont ou non capables ou disposés à agir, mais plutôt si l'entreprise tolérera ou non une solution créative du problème en dehors de son système de contrôle centralisé. Sans avoir la capacité de prendre les décisions qui s'imposent, les individus peuvent perdre leurs temps à faire des choses qui ne font pas avancer leur travail. Sans contrôle, ils ne peuvent pas faire coïncider leurs intérêts avec ceux de l'entreprise. Et ils perdent tout intérêt pour ce qu'ils font s'ils n'ont pas la sensation de faire bouger les choses.

c- Une rémunération insuffisante :

La crise qui sévit à l'heure actuelle réduit la capacité des entreprises à rémunérer les salariés de façon significative. Les individus espèrent de leur emploi qu'il leur apporte des compensations matérielles telles que l'argent, le prestige et la sécurité, mais, ces derniers temps, travailler leur a rapporté moins, dans chacun de ces trois aspects, alors qu'ils donnent davantage. Mais ce qui contribue encore plus au phénomène du burn-out, c'est la perte de la compensation intrinsèque qui consiste à faire un travail agréable – et l'acquisition de compétences – avec des collègues que l'on respecte. La perte conjuguée des compensations extrinsèques et intrinsèques diminue la potentialité du travail à être source d'engagement.

d- L'éclatement de la communauté :

Le quatrième impact de la crise actuelle est l'éclatement de la communauté sur le lieu de travail. La communauté est ébranlée par la perte de la sécurité de l'emploi et l'importance excessive accordée au profit à court terme qui exclut la considération pour les individus. A un premier niveau, cette atmosphère fait voler en éclats les relations personnelles, qui sont un élément fondamental de la communauté dans une entreprise. A un second niveau, cela fragilise le travail d'équipe, qui est considéré comme de plus en plus important dans les secteurs économiques de la production industrielle, du traitement de l'information et du secteur des services. La perte de l'esprit communautaire est d'autant plus évidente lorsqu'il y a des conflits importants entre les individus, moins de soutien et de respect mutuel, et une sensation d'isolement grandissante. Le sentiment d'appartenance à la communauté disparaît quand les individus travaillent séparément et non ensemble.

e- Une absence d'équité :

Une société est considérée comme juste lorsqu'elle permet l'existence de trois éléments clés : la confiance, la franchise et le respect. Quand une entreprise parvient à créer une communauté, les gens se font mutuellement confiance pour remplir leurs rôles respectifs dans les projets communs, pour communiquer ouvertement sur leurs intentions et pour faire preuve de respect les uns envers les autres. Quand une entreprise agit avec équité, elle estime chaque personne qui participe à sa réussite et elle montre clairement que chaque individu est important. Chacun de ces trois éléments est essentiel pour entretenir la motivation professionnelle des individus. En revanche, leur absence contribue directement au burn-out.

f- Des valeurs conflictuelles :

Les valeurs influencent l'ensemble de notre relation au travail. La crise actuelle est, de nombreuses façons, un conflit de valeurs majeur : un système fondé sur la survie et sur le profit à court terme va à l'encontre de toutes les valeurs auxquelles la plupart des salariés dévoués croient concernant leur travail. Ce que les individus ont le plus de difficulté à supporter, c'est que, souvent, les entreprises mettent l'accent sur l'excellence de la qualité du service ou de la production tout en prenant des mesures qui nuisent à la qualité du travail. En réalité, le management n'essaie pas de porter atteinte à la qualité, mais il se préoccupe d'autres choses. Or l'excellence de la qualité nécessite une attention totale.

g- Où allons nous partant de là ?

Mais attendez une minute ! Cette alternative ne tient pas compte de toute la motivation en arrière plan, cette motivation qui fait que les gens se retrouvent dans des situations problématiques. Les personnes qui travaillent aiment s'impliquer dans des projets qui les dépassent. Elles veulent développer leurs compétences en relevant des défis qui font appel à l'ensemble de leurs capacités et qui demandent une mobilisation totale de leur énergie physique, émotionnelle et créative. Et, si toutes ces choses n'étaient pas importantes, la question du burn-out ne se poserait même pas.

VIII- Prévention du burn-out :

Nous avons vu que ce sont surtout les facteurs organisationnels, interindividuels mais aussi personnels qui peuvent mener au burn-out. C'est sur ces trois niveaux que la prévention peut donc se faire, les deux premiers étant les plus importants. Cependant la plupart des programmes de prévention sont centrés sur l'individu qui doit apprendre à se connaître, à s'adapter aux situations, à se relaxer et à augmenter ses ressources. Il existe des raisons pratiques et philosophiques qui poussent à se focaliser surtout sur l'individu lui-même, en recherchant les causes et la responsabilité du burn-out dans l'individu : il est plus facile et moins coûteux de changer les personnes, plutôt que l'organisation du travail. Voici quelques moyens de prévention :

- Sur le plan individuel :

La relaxation :

Nous connaissons tous l'adage grec : « *un esprit sain dans un corps sain.* » En effet, l'esprit et le corps ont des répercussions l'un sur l'autre. De nos jours l'occidental vit surtout avec sa tête et oublie qu'il a un corps, sauf lorsque celui-ci est souffrant. Comme nous l'avons vu, le burn-out est la réponse à un stress chronique. La relaxation est la réponse physiologique antagoniste au stress. Elle nous permet de nous concentrer sur notre corps, ce que nous faisons rarement au cours des journées chargées de travail. Elle nous apprend de nouveau à respirer correctement, à prendre conscience de notre voix, notre colonne vertébrale, notre cou, notre diaphragme, notre abdomen, nos épaules, nos jambes, nos pieds, toutes ces parties du corps ayant des fonctions différentes et essentielles, souvent négligées par l'individu occupé. Il faut d'abord prendre soin de soi pour pouvoir soigner les autres (Norbert. S, 2003, p. 226).

L'assistance téléphonique :

L'assistance téléphonique est un service téléphonique anonyme et gratuit d'accompagnement et de soutien psychologique pour les médecins libéraux en souffrance. Elle est animée par une dizaine de psychologues cliniciens, qui

orientent le cas échéant le médecin vers un psychologue proche de son domicile, puisqu'aucune psychothérapie ne peut être débutée par téléphone. L'assistance est opérationnelle 24/24 heures. Elle permet au médecin de trouver des moyens de faire face aux problèmes.

- **Sur le plan collectif :**

La formation médicale continue :

La participation des médecins à une formation médicale continue permet de garder leurs connaissances à jour. L'acquisition de connaissances peut déjà augmenter l'accomplissement professionnel en soi. Mais elle représente également une nécessité, puisque la médecine évolue en permanence et à grande vitesse. Le manque de connaissances et de compétences devant un patient peut devenir une source de stress.

Les groupes de pairs :

Ils représentent une méthode de formation, mais permettent aussi aux médecins d'analyser leurs pratiques en les confrontant à celles de leurs confrères ainsi qu'aux données de la science. L'objectif est d'améliorer la qualité de soins proposés à leurs patients, mais également de rompre l'isolement, de réassurer et de renforcer l'identité professionnelle, la protégeant ainsi contre le burn-out.

Les groupes Balint :

Les groupes Balint ont été introduits en Angleterre par le psychanalyste hongrois Michael Balint. Les groupes ne dépassent pas quinze participants et sont animés par un psychiatre, psychanalyste, ou par un psychothérapeute et par un médecin. Le travail est principalement centré sur la relation médecin-malade. Balint trouve que dans cette relation, la personnalité du médecin agit comme un médicament. Le médecin doit apprendre à se prescrire à la bonne dose, sinon la survenue d'effets secondaires est possible (aggravation de la maladie, maladie devenant chronique). L'objectif de Balint était par ailleurs de mieux former les médecins et professionnels de santé face aux problèmes psychologiques rencontrés au cours de leur travail. Les médecins participants à des groupes Balint acquièrent de l'assurance, ainsi qu'une capacité d'écoute et de compréhension très bénéfique pour leur exercice professionnel (Wiertz. R, 2012, p. 186).

Autres organisations :

D'autres organisations visant à prendre en charge les personnes souffrant du burn-out existent à travers le monde. L'organisation « *RENEW* » en est un exemple. Elle a été créée en 1998 au Canada pour aider les professionnels à

prévenir ou à gérer le burn-out à l'aide de groupes de discussion et de conférences. L'organisation met également à disposition des livres sur le burn-out. Ce qui importe pour ces organisations, c'est que les personnes peuvent discuter de ce qu'elles ressentent. Ainsi, elles peuvent apprendre à faire face au burn-out et également trouver un certain soutien. Souvent les personnes atteintes de burn-out pensent être les seules à ressentir cet épuisement et il est facile pour elle de garder cette illusion, puisqu'elles ne partagent rarement leurs sentiments avec des collègues.

- **Sur le plan organisationnel :**

L'enseignement :

Apprendre aux jeunes médecins de leurs études comment améliorer leur relation avec le malade. Par des cours de psychologie par exemple qui pourraient également avoir un effet bénéfique sur leur future pratique médicale. Insister aussi sur l'importance de se soigner et de considérer ses propres sentiments.

L'organisation du travail :

L'organisation du travail a un impact important dans la lutte contre le burn-out, puisqu'elle ne concerne pas seulement un individu, mais toute la population des médecins. Par exemple, suite au mécontentement des médecins généralistes au Luxembourg concernant l'organisation du service de garde de nuit, le système de garde a été réorganisé en 2001, la répartition des médecins susceptibles d'être de garde est depuis plus « équilibré et les médecins sont mieux rémunérés ». Ceci a amélioré les conditions de travail des médecins et a certainement contribué à une diminution de leur épuisement.

Autres considérations :

Les interventions centrées sur la personne visant à prévenir ou réduire le burn-out combinent deux principes : augmenter la connaissance des participants de leurs problèmes relatifs au travail et augmenter leur ressource par des formations à des habilités cognitives et comportementales. Elles incluent notamment l'apprentissage de la relaxation, l'entraînement aux habilités relationnelles, l'apprentissage de techniques cognitivo-comportementales de type de restructuration cognitive. Bien que l'évaluation de ces interventions individuelles ait conduit à des résultats contradictoires, les stratégies de type cognitivo-comportemental ont montré un impact positif sur le burn-out, et pas les interventions particulièrement sur l'épuisement émotionnel.

Les interventions centrées sur le travail peuvent viser soit à diminuer les exigences professionnelles (ex : redéfinition du travail, horaires de travail flexibles), soit à augmenter les ressources professionnelles (ex : augmenter

l'autonomie, augmenter le soutien social des supérieurs et des collègues, augmenter la participation à la prise des décisions). Considérant les modèles théoriques du burn-out, diminuer les exigences professionnelles serait plus efficace qu'une augmentation des ressources pour prévenir du burn-out. Augmenter les ressources professionnelles d'un autre côté, pourrait avoir un impact positif sur l'engagement professionnel. L'évaluation de l'efficacité de ces interventions a reçu peu d'attention et conduit également à des résultats contradictoires. (Elisabeth. G, 2008, p. 116)

Des études ont cependant montré une réduction de l'épuisement émotionnel et/ou de la dépersonnalisation suite à des interventions visant essentiellement l'augmentation du soutien social. Il apparaît que les interventions centrées sur la personne fonctionnent mieux que celles centrées sur le travail. En tout cas, la dimension centrale du burn-out – l'épuisement émotionnel – semble pouvoir être diminué. Par contre, les niveaux de dépersonnalisation et d'accomplissement personnel seraient plus résistants aux changements. Ce n'est pas surprenant car les techniques se focalisent en général sur la réduction de l'aspect émotionnel plutôt que sur le changement des attitudes (dépersonnalisation) ou sur l'amélioration des ressources professionnelles spécifiques (accomplissement personnel). Comparées aux interventions individuelles, les effets des interventions centrées sur le travail sont décevants.

De manière pratique, Freudemberger (1993) a décrit des mesures pouvant prévenir du burn-out mais de façon imparfaite :

- a) Sélection préalable des travailleurs, en tentant de leur faire comprendre la différence qui existe entre les motivations réalistes et celles qui ne le sont pas. Il est mieux que le travailleur ressente par lui-même s'il est capable d'assumer sa tâche ou non.
- b) Lorsque le travailleur exerce son métier, il est préférable d'éviter les répétitions de tâches et d'effectuer des rotations de postes.
- c) Le travail quotidien ne doit pas dépasser 9 heures et le rythme de travail doit être de trois semaines sur quatre ou de trois mois sur quatre, un temps d'expression auprès des collègues est important, l'exercice physique est conseillé afin d'économiser les ressources émotionnelles. Si le travailleur est atteint de l'épuisement professionnel, il doit quitter son travail sur le moment et revenir une fois qu'il se sentira mieux. (Elisabeth. G, 2008, p. 116).

Pour Lauderdale, cinq types de solutions face au burn-out se proposent :

La première est temporaire, consiste en une « relâche » en brisant la routine et privilégiant les loisirs ; la deuxième s'appuie sur le compromis établi entre les

attentes personnelles et les conditions de travail ; la troisième solution présente un changement de lieu, l'hôpital par exemple ; la quatrième solution fait appel à un changement interne qu'il nomme « voyage intérieur » qui correspond le plus souvent à une démarche psychothérapique ; et enfin, la cinquième solution est la plus risquée, un changement profond de la personnalité tant intérieure qu'extérieure.

- Des recherches supplémentaires dans ce domaine semblent nécessaires. D'une part, il serait intéressant de tester un programme d'intervention centré à la fois sur la personne et le travail. D'autre part, au lieu de vouloir prévenir le burn-out, il serait pertinent de se tourner également vers des interventions visant à augmenter l'engagement professionnel (Elisabeth. G, 2008, p. 117).

Synthèse

Vu tout ce qui a précédé ce sous-titre, on peut dire que le burn-out survient suite à une exposition à un stress prolongé causé par la profession qu'on exerce. De plus, on peut constater que le burn-out est présent chez les personnes qui sont exposées à une forte demande d'énergie excessive, qu'elle soit physique ou psychique. Surtout, chez les professions dites d'aide tel que l'enseignement l'éducation mais aussi la médecine qui est notre deuxième chapitre d'étude.

Chapitre II: La médecine et le coronavirus

- Préambule

- I- Histoire de la médecine**
- II- Définition de la médecine générale – de la famille**
- III- Le serment d’Hippocrate**
- IV- L’examen clinique, archaïque mais irremplaçable !**
- V- Grandes découvertes médicales**
- VI- Quelques médecins au destin hors du commun**
- VII- Histoire du coronavirus**
- VIII- Définition des coronavirus**
- IX- L’origine de la covid-19**
- X- Les symptômes de la covid-19**
- XI- Les six formes de la covid-19**
- XII- Transmission du nouveau coronavirus**
- XIII- Protection contre la covid-19**
- XIV- Traitement de la covid-19**
- XV- Syndrome post-covid : des symptômes qui persistent sur le long term**
- XVI- Dépistage covid-19**
- XVII- Impact de la covid-19 sur les médecins**

- Synthèse

Préambule :

Dans ce chapitre là, nous allons présenter qu'est-ce que la médecine en faisant un bref historique, une définition ainsi que ses caractéristiques et nous présenterons ensuite la pandémie du coronavirus qui a touché ce secteur de la santé et son impact psychologique sur cette dernière

I- Histoire de la médecine :

Médecine et darwinisme semblent avoir deux statuts épistémologiques inconciliables. La médecine est avant tout une *praxis*, autrement dit une clinique, fondée sur la physiologie et la pathologie, qui s'intéresse aux individus et qui étudie les causes prochaines des phénomènes pathologiques. Le darwinisme, au contraire, est une théorie, qui peut avoir des applications pratiques, mais qui s'intéresse d'abord aux espèces (même si la variation individuelle ou populationnelle est le cœur de l'évolution) et qui étudie les causes historiques des phénomènes naturels dans le vivant. Malgré cet écart, l'histoire et l'actualité permettent de dégager deux périodes distinctes au cours desquelles médecine et darwinisme ont collaboré en proposant une grande variété de théories évolutives de la maladie. Au cours de la première période, entre 1880 et 1940, on a parlé de « darwinisme médical », tandis qu'au cours de la deuxième, qui a commencé en 1990 et qui est en pleine expansion, la discipline a été définie comme « médecine darwinienne » ou « médecine évolutionniste ».

Qu'il s'agisse de l'ancien darwinisme médical ou de la médecine darwinienne contemporaine, ces deux démarches ont été et restent le fruit d'une approche interdisciplinaire dans laquelle les sciences biomédicales sont soutenues et enrichies par l'anthropologie et la biologie évolutionniste. Dans le cas de la médecine darwinienne actuelle, on est face à une nouvelle approche qui semble se fonder sur une base solide où théorisation, expérimentation et observation empirique se trouvent dans un rapport équilibré et fécond.

Utilisant la biologie évolutionniste, la médecine darwinienne se trouve toutefois constamment confrontée aux risques avec lesquels cohabite la biologie évolutionniste depuis sa fondation. Tout d'abord, le fait de se focaliser sur les adaptations peut porter à chercher et à voir partout des adaptations, même dans des traits qui ne sont pas du tout adaptatifs. En deuxième lieu, l'étude de l'évolution des espèces peut conduire à une interprétation tendancieuse selon laquelle tout ce qui existe est justifiable du simple fait d'avoir été créé et ratifié par le processus évolutif. Mal, injustice, violence et maladie seraient donc justifiables et mériteraient, en tant que tels, d'être conservés. Sur la base d'une interprétation complémentaire, on pourrait aussi soutenir que l'être humain a le droit et le pouvoir de diriger sa propre évolution et peut donc mettre en place un

eugénisme destiné à éliminer les gènes supposés par certains à la base des conduites jugées immorales ainsi que des maladies pour la création d'une espèce meilleure, voire parfaite. Nous sommes persuadés qu'une attention particulière portée à l'histoire devrait pouvoir conjurer ces interprétations périlleuses.

Enfin, il convient de situer la médecine darwinienne comme une approche complémentaire ne pouvant et ne semblant d'ailleurs pas résoudre toutes les questions de la médecine. Ainsi, l'étude des causes prochaines des maladies reste en dehors de cette approche. En revanche, la médecine darwinienne pourrait contribuer à l'élaboration de diverses questions qu'elle n'a pas encore abordées, comme celle de l'interaction entre les maladies dans l'histoire humaine, évoquée et formalisée par le concept de pathogenèse proposé par Mirko Germek 89.

II- Définition de la médecine générale – de la famille :

La médecine générale - médecine de famille est une discipline scientifique et universitaire, avec son contenu spécifique de formation, de recherche de pratique clinique, et ses propres fondements scientifiques. C'est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires.

1. Les caractéristiques de la discipline de la médecine générale-médecine de famille :

A) Elle est habituellement le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée.

B) Elle utilise de façon efficiente les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités, se plaçant si nécessaire en défenseur du patient.

C) Elle développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales, et communautaires.

D) Elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée. E) Elle a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient.

F) Elle base sa démarche décisionnelle spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires.

G) Elle gère simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient.

H) Elle intervient à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies, qui pourraient éventuellement requérir une intervention rapide.

I) Elle favorise la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace.

J) Elle a une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté.

K) Elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle.

2. La Spécialité de la Médecine Générale - Médecine de famille :

Les médecins généralistes - médecins de famille sont des médecins spécialistes formés aux principes de cette discipline. Ils sont le médecin traitant de chaque patient, chargés de dispenser des soins globaux et continus à tous ceux qui le souhaitent indépendamment de leur âge, de leur sexe et de leur maladie. Ils soignent les personnes dans leur contexte familial, communautaire, culturel et toujours dans le respect de leur autonomie. Ils acceptent d'avoir également une responsabilité professionnelle de santé publique envers leur communauté. Dans la négociation des modalités de prise en charge avec leurs patients, ils intègrent les dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle, mettant à profit la connaissance et la confiance engendrées par des contacts répétés. Leur activité professionnelle comprend la promotion de la santé, la prévention des maladies et la prestation de soins à visée curative et palliative. Ils agissent personnellement ou font appel à d'autres professionnels selon les besoins et les ressources disponibles dans la communauté, en facilitant si nécessaire l'accès des patients à ces services. Ils ont la responsabilité d'assurer le développement et le maintien de leurs compétences professionnelles, de leur équilibre personnel et de leurs valeurs pour garantir l'efficacité et la sécurité des soins aux patients.

3. Les compétences fondamentales de la Médecine Générale - Médecine de famille :

La définition de la discipline comme de la spécialité doit mettre en évidence les compétences fondamentales du médecin généraliste - médecin de famille. «Fondamental » signifie essentiel à la discipline, indépendamment du système de santé dans lequel ces définitions sont appliquées.

§ 1. Les onze caractéristiques centrales qui définissent la discipline se rapportent à des capacités ou habiletés que chaque médecin de famille spécialisé doit maîtriser. Elles peuvent être rassemblées en six compétences fondamentales (en référence aux caractéristiques) :

- . La gestion des soins de santé primaires (a,b)
- . Les soins centrés sur la personne (c,d,e)
- . L'aptitude spécifique à la résolution de problèmes (f,g)
- . L'approche globale (h,i)
- . L'orientation communautaire (j)
- . L'adoption d'un modèle holistique (k)

§ 2. Le généraliste applique ces compétences dans trois champs d'activité :

- a) démarche clinique,
- b) communication avec les patients,
- c) gestion du cabinet médical.

§ 3. Comme discipline scientifique centrée sur la personne, trois dimensions spécifiques doivent être considérées comme fondamentales :

- a) Contextuelle: utiliser le contexte de la personne, la famille, la communauté et la culture
- b) Comportementale: basée sur les capacités professionnelles du médecin, ses valeurs et son éthique 10
- c) Scientifique: adopter une approche critique basée sur la recherche et maintenir cette approche par une formation continue et une amélioration de la qualité. L'interrelation entre les compétences fondamentales, les champs d'activité et les dimensions spécifiques caractérise la discipline et souligne la complexité de cette spécialisation. C'est cette interrelation complexe des compétences fondamentales qui doit servir de guide et se retrouver dans le développement des programmes de formation, de recherche et d'amélioration de la qualité.

Il y a un vrai besoin de définir la discipline de médecine générale - médecine de famille, ainsi que le rôle du spécialiste en médecine de famille. Dans un premier temps, cette démarche doit servir à définir la base académique et le cadre qui la constitue, et ainsi informer des décisions relatives au développement de la formation, de la recherche et de l'amélioration de la qualité des soins. Dans un second temps, elle est nécessaire pour transformer cette définition académique en une réalité pour le spécialiste en médecine générale – médecine de famille qui a en charge des patients au sein des systèmes de soins de santé à travers l'Europe.

A. Les caractéristiques de la discipline de la médecine générale / de famille :

- a) Elle est habituellement le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée.

Le terme "habituellement" est utilisé pour indiquer que dans certaines circonstances, (ex. traumatisme majeur), ce n'est pas le premier point de

contact. Cependant, ce devrait être le premier point de contact pour la plupart des situations. Il ne devrait pas y avoir de barrières qui empêchent l'accès. Les médecins généralistes – médecins de famille devraient prendre en charge tous types de patients, jeune ou vieux, homme ou femme, et tous types de problèmes de santé. La médecine générale est la ressource première et essentielle. Elle couvre un vaste champ d'activités déterminé par les besoins et les demandes des patients. Cette approche montre les nombreuses facettes de la discipline ainsi que l'opportunité de leur utilisation dans la gestion de problèmes individuels et communautaires.

- b)** Elle utilise de façon efficiente les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités, se plaçant si nécessaire en défenseur du patient.

Ce rôle de coordination est un point clef de l'efficacité des soins de santé de première ligne de bonne qualité. Il permet d'assurer que le patient consulte le professionnel de la santé le plus approprié à ses problèmes de santé. La synthèse des différents prestataires de soins, la circulation appropriée de l'information et les modalités de prescription des traitements, nécessitent l'existence d'une unité de coordination. La médecine générale peut remplir ce rôle de pivot si les conditions structurelles le permettent. Développer le travail d'équipe autour du patient avec des professionnels de la santé permet d'améliorer la qualité des soins. La gestion de l'interface avec d'autres spécialités permet à la discipline d'assurer un accès approprié à ceux qui ont besoin de services de haute technologie basés sur des soins de santé de seconde ligne. Un rôle central de la discipline est d'apporter une assistance aux patients et donc de les protéger des risques consécutifs aux dépistages, examens et traitements inutiles, et de les guider à travers la complexité du système des soins de santé.

- c)** Elle développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales, et communautaires.

La médecine générale s'occupe des personnes et de leurs problèmes dans le cadre des différentes circonstances de leur vie, et non d'une pathologie impersonnelle ou d'un "cas". Le patient est le point de départ du processus. Il est aussi important de comprendre comment le patient fait face à la maladie et comment il l'envisage, que de s'occuper de la maladie elle-même. Le dénominateur commun est la personne avec ses croyances, ses peurs, ses attentes et ses besoins.

- d)** Elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée.

Chaque contact entre le patient et le médecin généraliste - médecin de famille contribue à l'histoire qui évolue, et chaque consultation individuelle peut s'appuyer sur cette expérience partagée. La valeur de cette relation

personnelle est déterminée par les capacités de communication du médecin généraliste - médecin de famille et est en elle-même thérapeutique.

- e) Elle a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient.

L'approche de la médecine générale doit être constante dès la naissance (et parfois même avant) jusqu'à la mort (et parfois après). En suivant les patients toute leur vie, la continuité des soins est assurée. Le dossier médical est la preuve explicite de cette constance. L'objectif est de conserver la mémoire des consultations, mais ceci n'est qu'une partie de l'histoire de la relation médecin-patient. Les médecins généralistes – médecins de famille peuvent fournir des soins durant une période substantielle de la vie de leurs patients, durant plusieurs épisodes de maladie. Ils assurent également l'accessibilité aux soins de santé durant les 24 heures de la journée, en déléguant et en coordonnant les soins nécessaires quand ils n'ont pas la possibilité de les donner personnellement.

- f) Elle base sa démarche décisionnelle spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires.

Les problèmes qui se présentent aux médecins généralistes - médecins de famille dans la communauté sont très différents de ceux qui sont rencontrés dans les services de soins de seconde ligne. La prévalence et l'incidence des maladies sont différentes de celles observées dans les services hospitaliers et les maladies graves sont moins fréquemment rencontrées en médecine générale que dans les services hospitaliers car il n'y a pas de sélection préalable. Ceci requiert la mise en place d'un processus de prise de décision spécifique, basé sur la probabilité qui est alimentée par la connaissance de la patientèle et de la communauté. La valeur prédictive, positive ou négative d'un signe clinique ou d'un test diagnostique est différente en médecine générale – médecine de famille par rapport au cadre hospitalier. Il est fréquent que le médecin généraliste - médecin de famille ait à rassurer des personnes anxieuses par rapport à une maladie après en avoir préalablement déterminé l'absence.

- g) Elle gère simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient.

La médecine générale – médecine de famille doit gérer tous les problèmes de santé de patients individuels. Elle ne peut se limiter uniquement à la prise en charge de la maladie présentée, mais souvent le médecin prend en charge des problèmes multiples. La plupart du temps, le patient consulte pour plusieurs affections, dont le nombre augmente avec l'âge. La réponse simultanée à plusieurs demandes implique nécessairement une gestion hiérarchisée des problèmes qui prend en compte les priorités du patient et celles du médecin.

- h) Elle intervient à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies, qui pourraient éventuellement requérir une intervention rapide.

Souvent, le patient consulte dès l'apparition des symptômes, et il est difficile d'établir un diagnostic à ce stade initial de la maladie. Ce type de présentation signifie que d'importantes décisions pour le patient doivent être prises sur base d'information limitée et la valeur prédictive de l'examen clinique et des tests est alors moins élevée. Même si les signes cliniques d'une maladie spécifique sont généralement bien connus, la règle ne s'applique pas aux signes initiaux qui sont souvent non-spécifiques et communs à de nombreuses maladies. Dans de telles circonstances, la gestion des risques est un élément clef de la discipline. En excluant une conséquence immédiatement sérieuse, la décision peut être d'attendre de plus amples développements et de réexaminer la situation plus tard. Le résultat d'une consultation unique reste souvent au niveau d'un ou plusieurs symptômes, parfois à un tableau de maladie, et elle n'aboutit que rarement à un diagnostic complet.

III- Le serment d'Hippocrate :

Je vous fais grâce du texte originel, probablement rédigé au I^{er} Siècle av. J.-C. et, de ce fait, pas franchement adapté à l'exercice de la médecine moderne.

La version que je vous livre, largement inspirée de la version hippocratique, est celle qui prévaut actuellement dans les facultés de médecine hexagonales.

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me le demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences.

Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leur famille dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses, que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque. »

Il ne m'appartient évidemment pas de commenter ce texte, que tout médecin doit garder en mémoire à chacune de ses consultations et de ses actes... *No comment !*

IV- L'examen clinique, archaïque mais irremplaçable !

À l'ère des examens complémentaires ultrasophistiqués dont nous disposons actuellement, le stéthoscope, le marteau à réflexes ou le fameux « dites 33 » ressemblent furieusement à des dinosaures de la médecine, tout juste bons à figurer dans les vieux films en noir et blanc !

Et pourtant, l'examen clinique reste un outil diagnostique irremplaçable, et malheur au médecin qui viendrait à l'oublier. En effet, il permet à la cervelle médicale d'échafauder diverses hypothèses, que les examens complémentaires demandés à bon escient viendront éventuellement confirmer (ou infirmer). Ces fameux examens complémentaires ne doivent être réalisés que pour étayer une impression clinique : un médecin (mais en existe-t-il ?) qui demanderait des examens paracliniques pour « aller à la pêche » au diagnostic, sans aucune hypothèse soulevée par un bon examen clinique, serait assuré d'aller dans le mur (et vous avec !).

Je ne vais pas entrer ici dans le détail de tout ce qui définit « un bon examen clinique », qui se doit d'évaluer votre bel organisme système par système, mais permettez-moi juste d'insister sur un temps essentiel de cet examen : l'interrogatoire. A priori « l'épisode » le plus simple de l'examen clinique, c'est bien au contraire le plus compliqué, car s'il faut savoir poser les bonnes questions, ce qui nous incombe, il faut savoir également apporter les bonnes réponses ! Et c'est là que le bât blesse : ne vous en déplaise, votre discours souffre souvent d'un défaut de précision et de concision mais, à votre décharge, il est vrai que le métier de malade, comme tous les autres, nécessite un long apprentissage !

- **Les examens complémentaires :**

Ils arrivent donc « en complément » de l'examen clinique qu'ils, je ne le répéterai jamais assez, ne remplacent en aucun cas. Les examens biologiques

Ils sont surtout réalisés sur vos « liquides » : sang principalement, mais aussi urines, ou liquides plus difficiles d'accès, comme le liquide cérébro-spinal, ou encore liquides « anormaux » (épanchement pleural, épanchement péricardique, ascite). L'examen des selles peut également être demandé. Impossible de détailler tous ces examens, dont je vous dirai juste l'essentiel.

Les examens dits « hématologiques » Ils évaluent, dans le sang, le nombre et l'aspect des éléments figurés du sang, c'est-à-dire des cellules qui s'y trouvent, ainsi que l'état des processus de la coagulation sanguine (voir chapitre 4). C'est aussi sur le sang que s'établit, de façon logique me semble-t-il, la détermination des groupes sanguins !

Les examens dits « biochimiques » Ils évaluent la concentration de diverses substances dans les liquides étudiés. Les variations de ces concentrations, en plus ou en moins, sont riches d'enseignements pour le diagnostic de nombreuses maladies.

Les examens dits « sérologiques » (ou sérologies, ou sérodiagnostics) Ils définissent la recherche dans le sang d'anticorps spécifiques d'une maladie donnée car, s'il y a présence d'anticorps, l'antigène correspondant est, comme le furet, forcément passé par là ! Mais s'il y a bien eu contact, encore faut-il déterminer s'il est récent ou ancien, ce qui est essentiel notamment en obstétrique (pour la toxoplasmose par exemple) : l'identification de l'iso-type des anticorps permet de dater l'ancienneté de l'infection.

Les examens dits « microbiologiques » Ils ont pour but l'identification directe d'un agent infectieux, qui peut être une bactérie, un virus, un parasite ou un champignon. Ils consistent donc à prélever un échantillon (sang, urine, selles) et à rechercher l'agent pathogène, soit par observation directe au microscope, soit après mise en culture. L'identification précise du microbe responsable permet d'affiner le traitement, notamment en cas d'infection par une bactérie, par la réalisation d'un antibiogramme (détermination de la sensibilité de la bactérie à divers antibiotiques).

Les examens d'imagerie. Le terme « imagerie médicale » regroupe les divers moyens d'acquisition et de restitution d'images du corps humain à partir de différents phénomènes physiques, tels que l'absorption des rayons X, la résonance magnétique nucléaire, la réflexion d'ultrasons ou la radioactivité. Certaines de ces techniques peuvent être utilisées conjointement pour améliorer leur performance respective. Pour la plupart, elles requièrent un traitement informatique des images obtenues. Suivant les techniques utilisées, les examens d'imagerie permettent d'obtenir des informations d'ordre anatomique (imagerie structurelle) ou fonctionnel (imagerie fonctionnelle).

Les rayons X. La radiologie conventionnelle repose sur le constat que les rayons X ont la propriété de traverser le corps humain, au sein duquel ils sont plus ou moins « absorbés » selon la densité des structures traversées. Les rayons résiduels (ceux qui ont traversé le corps) provoquent le noircissement du film placé sous la table de radiographie. Ainsi, une structure « aérée » comme celle

des poumons paraît noire. Inversement, une structure très dense, comme un os, apparaît blanche, les rayons X ayant été absorbés. Pour augmenter le contraste, il est possible de recourir à l'usage de produits radio opaques à base d'iode pour l'étude des articulations (arthrographie), du tractus urinaire (urographie intraveineuse), des artères (artériographie, coronarographie), du tractus génital féminin (hystérosalpingographie) ou de la moelle épinière et des racines de la queue-de-cheval (par myélographie, qui consiste à introduire un produit iodé dans le liquide cérébro-spinal – voir chapitre 8).

L'utilisation du baryum pour l'étude du tube digestif est de moins en moins utilisée.

À l'heure actuelle, les classiques films radiographiques sont remplacés par des détecteurs électroniques permettant un traitement informatique (ou numérisation) des images obtenues.

L'échographie est une technique d'exploration fondée sur les ultrasons, qui sont des ondes sonores imperceptibles à l'oreille humaine. Comme pour toutes les ondes sonores, les ultrasons sont réfléchis par les obstacles qu'ils rencontrent sur leur passage (concept bien intégré par les chauves-souris !).

Au cours d'un examen échographique, un faisceau d'ultrasons est émis par une sonde dans la région à explorer. En pratique, la sonde est « promenée » sur la région à examiner, après application sur la peau d'un gel facilitant la transmission des ultrasons. Selon la nature des tissus traversés, les ondes sonores sont réfléchies avec plus ou moins d'intensité (écho). La mesure de ces échos est réalisée par un ordinateur et restituée en temps réel sur un écran, permettant la visualisation des organes étudiés. L'échographie peut être associée à un examen Doppler, qui évalue la vitesse d'écoulement du sang dans les vaisseaux ou dans les cavités cardiaques (écho-Doppler).

L'échographie est particulièrement adaptée à l'étude du fœtus (échographie obstétricale), la grossesse constituant une contre-indication formelle à l'usage des rayons X (risque de malformations fœtales).

La résonance magnétique nucléaire (IRM). Le principe de l'IRM (imagerie par résonance magnétique) consiste à réaliser des coupes « virtuelles » du corps humain dans les trois plans de l'espace grâce aux atomes d'hydrogène, présents en abondance dans l'eau et les graisses (qui constituent 80 % du corps humain). Soumis à un puissant champ magnétique (délivré par un aimant géant au centre duquel le patient est installé), tous les atomes d'hydrogène s'orientent dans la même direction : ils entrent « en résonance ». À l'arrêt de cette stimulation, les atomes reviennent à leur état initial et restituent l'énergie accumulée en produisant un signal, capté par une antenne réceptrice puis transformé en image par traitement informatique. En fonction des paramètres choisis, l'IRM permet d'obtenir des images très précises de certains tissus, en fonction de leur composition (richesse en graisse et en eau). Enfin, comme pour la radiologie conventionnelle, le radiologue peut améliorer la qualité des images obtenues en

IRM en utilisant certains produits de contraste magnétique (injectés en intraveineux).

Dernière précision : si l'IRM est considérée comme un examen sans risques (mais pas vraiment silencieux !), elle peut le devenir chez certains patients « propriétaires » de « pièces » dites ferromagnétiques (certaines prothèses, piercing, corps étrangers intraoculaires...), qui peuvent être « mobilisées » par le champ magnétique, voire « désactivées », ce qui peut devenir rapidement problématique (pacemaker).

L'IRM est particulièrement performante pour l'étude des structures nerveuses (cerveau et moelle épinière).

L'IRM fonctionnelle (IRMf) est une application de l'IRM conventionnelle, particulièrement dévolue à l'étude de l'activité cérébrale. Elle permet d'enregistrer des variations minimales et localisées du flux sanguin dans les zones cérébrales en activité au moment de l'examen : autrement dit, elle fournit une cartographie fonctionnelle du cerveau, dont les différentes zones « s'allument » en fonction de l'activité du sujet au moment de l'examen.

La scintigraphie, pratiquée par des spécialistes en médecine nucléaire, est une imagerie fonctionnelle qui repose sur l'administration d'un isotope radioactif. L'image est fournie par la détection des rayonnements émis par cet isotope après captation par les organes que l'on souhaite examiner. Plus précisément, on injecte au patient un traceur, ou radio pharmaceutique, qui associe une molécule vectrice et un marqueur radioactif.

Selon le type de scintigraphie, la durée entre l'injection de l'isotope et la réalisation de l'enregistrement varie de quelques minutes à plusieurs heures. La quantité minimale d'isotope injectée, sa faible radioactivité et sa rapide disparition de l'organisme produisent finalement une irradiation à peine plus importante que celle délivrée par une simple radiographie du thorax.

La tomographie par émission de positons (TEP) est l'exemple type de l'imagerie fonctionnelle : elle ne produit aucune image anatomique, mais permet une évaluation précise de l'activité métabolique des organes. La plupart des caméras TEP sont couplées à un scanner (TEP-scan), ce qui permet de superposer l'image fonctionnelle (fournie par la TEP) à sa localisation anatomique précise dans le corps (déterminée par le scanner). La TEP repose sur le principe de la scintigraphie : on injecte un traceur dont on connaît le comportement et les propriétés biologiques. Ce traceur, le plus souvent du glucose, est marqué par un atome radioactif (le plus souvent du fluor, mais aussi du carbone, de l'azote ou de l'oxygène) qui émet des positons. La désintégration de ces positons (ou plus exactement leur neutralisation par des électrons présents sur place) produit elle-même des photons. La détection de la trajectoire de ces photons par une caméra TEP permet de localiser le lieu de leur émission, et donc la concentration du traceur en chaque point de l'organe étudié, représentée sous forme d'une image dans laquelle les zones de plus forte concentration sont les plus colorées. La TEP permet donc d'étudier in vivo le fonctionnement d'un

organe sous un angle biochimique. Elle trouve sa principale indication en cancérologie, pour la détection de métastases ou de récurrences tumorales après traitement : les cellules cancéreuses étant plus avides de glucose que les cellules normales, l'utilisation de glucose marqué (c'est-à-dire rendu radioactif) en guise de traceur permet de repérer d'éventuels « points chauds » de mauvais augure. Mais la TEP a de multiples indications, notamment en cardiologie (en post infarctus du myocarde) et en neurologie (diagnostic précoce de la maladie d'Alzheimer et de la maladie de Parkinson).

V- Grandes découvertes médicales :

Impossible en vérité d'établir un « top ten » des plus grandes découvertes médicales. Chacune a construit la suivante, et si l'on peut dire que l'art médical a plus évolué au cours du XXe siècle que depuis la naissance de l'humanité, il ne faut certes pas mépriser les extraordinaires avancées qui ont permis de bâtir, pierre par pierre, notre médecine moderne.

Tout choix étant forcément arbitraire, je me permets de vous imposer le mien... Une petite précision : sans aucune propension au « cocorico » national, sachez quand même que la France a « perdu » une bonne partie des plus grands « découvreurs » !

- La ligature des artères :

Ambroise Paré (1509-1590) est un chirurgien et anatomiste français. Chirurgien des champs de bataille, il met au point de nombreux instruments chirurgicaux, de nouvelles techniques pour le traitement des fractures et diverses prothèses, mais son « fait d'armes » concerne la pratique des amputations.

À cette époque, la généralisation des armes à feu dans les campagnes militaires fait apparaître une nouvelle « race » de blessures, particulièrement terrifiantes et dont le traitement se limite à la cautérisation au fer rouge ou à l'huile bouillante, surtout apte à aggraver les souffrances des blessés et remarquablement efficace pour hâter leur mort (qui pouvait alors être considérée comme une bénédiction !). Pour les amputations, Ambroise Paré met au point un procédé de ligature des artères, en lieu et place de la sinistre cautérisation, permettant de réduire « proprement » les hémorragies.

Il devient chirurgien-barbier des rois. Malgré ses soins, il ne peut empêcher le décès d'Henri II, blessé par un éclat de lance dans l'œil au cours d'un tournoi près de la Place royale (actuelle place des Vosges). Il s'était pourtant donné les moyens de sauver le souverain, ayant reçu l'autorisation de reproduire la

blesse sur des condamnés à mort afin d'en mieux comprendre le mécanisme et les possibles traitements !

Pour être complet, je précise qu'il a également apporté son grain de sel au traitement de la « maladie de la pierre » (la lithiase urinaire) et qu'il a contribué au développement d'un traitement « écolo » des plaies chroniques : l'asticothérapie (ou larvothérapie). Ce procédé, récemment redécouvert, consiste à utiliser des larves de mouche verte (ou *Lucilia sericata*) pour nettoyer (on dit « déterger ») les plaies des tissus mous. Les asticots de cette mouche, qui consomment électivement les tissus nécrosés, facilitent ainsi la cicatrisation des plaies.

- La circulation sanguine :

La découverte de la circulation sanguine, dont le fonctionnement en circuit fermé nous apparaît maintenant comme une évidence, est une oeuvre « collective » dont la maturation s'est étendue sur plusieurs siècles.

Les Égyptiens établissent très tôt la relation entre le sang, source de vie, et la mort lorsqu'il s'écoule hors du corps (hémorragie). Au Ve siècle av. J.-C., les médecins grecs de l'île de Cos étudient le système circulatoire sur des animaux égorgés : les artères étant retrouvées vides, ils leur attribuent à tort un rôle dans le transport de l'air, tandis que le foie gorgé de sang est considéré comme « le moteur » assurant la mobilité du sang.

Le médecin grec Claude Galien (131-201) établit une description anatomique précise du réseau artériel et veineux, mais « se vautre » complètement, comme ses prédécesseurs de Cos, dans son interprétation de la physiologie du système circulatoire, que je vous épargne donc.

À partir du Xe siècle, les grands médecins musulmans prennent le relais, se fondant sur les traités de médecine égyptiens et grecs. Ibn Sina, plus connu sous le nom d'Avicenne (980-1037), identifie les phénomènes de la thrombose et du collapsus, tandis qu'Ibn Zohr (Avenzoar, 1073-1162) décrit la péricardite. Mais c'est Ibn Al-Nafis (1210-1288), considéré comme le père de la physiologie qui, le premier, établit une description très exacte de la circulation pulmonaire, des artères coronaires et surtout de la circulation capillaire, le « chaînon manquant » entre les artères et les veines.

Au XVIe siècle, le « touche-à-tout » Andrea Cesalpino (1519-1603), médecin, philosophe et botaniste italien, est le premier à parler de « circulation sanguine », dont il attribue la mobilité au coeur (et non au foie). Mais le véritable « père spirituel » de la circulation sanguine est sans conteste le médecin anglais William Harvey (1578-1657), qui, dans son ouvrage *Exercitatio*

Anatomica de Motu Cordis et Sanguinis in animalibus publié en 1628, décrit entre autres le sens de circulation, le principe du circuit fermé et le rôle des valvules veineuses.

- La vaccination :

Là encore, une œuvre très collective, mais deux personnalités se détachent du lot : Edward Jenner (1749-1823) et Louis Pasteur (1822-1895).

Edward Jenner est un médecin et physiologiste anglais, auquel on attribue la paternité de la première vaccination réussie contre la variole. À cette époque, la variole sévissait sous forme d'épidémies redoutables, dont un tiers des malades mouraient.

Le 14 mai 1796, Jenner inocule à un enfant de 8 ans, James Phipps, du pus prélevé sur la main de Sarah Nelmes, une fermière infectée par la vaccine, ou variole des vaches (cow pox), qui ressemblait à la variole humaine, en très atténué. Trois mois plus tard, il inocule du pus provenant d'un malade atteint de la « vraie » variole au jeune James (le principe du « consentement éclairé » n'était pas vraiment d'actualité !), qui se révèle protégé (on dirait aujourd'hui « immunisé ») et ne développe pas la maladie. Après quelques attermolements, le principe de la vaccination antivariolique serépan dans toute l'Europe.

Louis Pasteur, né à Dole (Jura) le 27 décembre 1822 et mort à Marnes-la-Coquette (Yvelines) le 28 septembre 1895, est un des scientifiques français les plus prolifiques, unanimement considéré comme le pionnier de la microbiologie. Ses contributions sont immenses dans de très nombreux domaines : études sur la fermentation, remise en cause définitive de la théorie de la « génération spontanée », procédé de la pasteurisation, mise au point des vaccins contre le choléra des poules, la maladie du charbon et le rouget du porc. Mais son fait d'armes est bien entendu la vaccination contre la rage, maladie constamment mortelle une fois déclarée.

Le 6 juillet 1885, Pasteur reçoit Joseph Meister, un petit berger âgé de 9 ans, originaire de Steiger, en Alsace, mordu l'avant-veille par un chien suspect de rage. C'est le propriétaire du chien, un certain Théodore Vonné, qui se charge, sur les conseils du médecin du village, d'emmener l'enfant à Paris pour y rencontrer l'illustre Pasteur, dont les expérimentations sur la rage font déjà grand bruit. Joseph Meister reçoit treize inoculations d'une suspension de moelle de lapin, mort de la rage quelques jours avant. Ce traitement, qui dure dix jours, est couronné de succès puisque l'enfant ne développera jamais la rage.

La renommée de cette première vaccination permet le lancement d'une souscription, aboutissant à la création du fameux Institut Pasteur de Paris, dont Joseph Meister devint plus tard le gardien. Le 16 juin 1940, à l'âge de 64 ans, il refusa aux soldats de la Wehrmacht l'entrée de la crypte où est enterré Pasteur (que sa famille avait préférée au Panthéon). Mais n'ayant pu les empêcher d'y pénétrer, il retourna chez lui et se suicida avec son ancien revolver de service de la Première Guerre mondiale.

Dans les suites de cette vaccination contre la rage, de nombreux scientifiques, pour la plupart français et disciples de Pasteur (les « pasteuriens » Émile Roux, Albert Calmette, Camille Guérin, Alexandre Yersin, Alphonse Laveran, Charles Nicolle, etc.), isolèrent les principaux agents responsables de maladies infectieuses constamment fatales à l'époque, et mirent au point les vaccins destinés à les prévenir.

Le dernier vaccin en date, destiné à prévenir les infections par papillomavirus, a été commercialisé en 2008.

- **La transfusion sanguine :**

Dans la suite logique du concept « sang = principe vital », le prélèvement de sang « vicié » par la maladie (les saignées de Molière) et son éventuel remplacement par du sang « neuf » a été très tôt présenté comme une solution séduisante (déjà évoquée dans des traités de médecine de l'Égypte ancienne).

Les premières « transfusions », réalisées avec du sang provenant de divers animaux, n'ayant pas été, si l'on peut dire, de francs succès (doux euphémisme !), le principe même de la transfusion a longtemps été oublié, voire interdit. C'est en 1818, en Grande-Bretagne, que les premières transfusions de sang interhumaines ont vu le jour, alors réservées aux femmes affaiblies par d'importantes pertes de sang après leur accouchement. Mais, là encore, de très nombreux accidents post-transfusionnels mortels en limitèrent rapidement la généralisation.

Il fallut attendre l'année 1900 pour trouver l'explication de ces accidents très « limitant ». Cette année-là, un médecin autrichien, Karl Landsteiner (1868-1943), en faisant interagir le plasma et les globules rouges de ses collaborateurs, identifie le système des groupes sanguins ABO, permettant enfin de comprendre pourquoi certaines transfusions sanguines sont couronnées de succès alors que d'autres se terminent tragiquement. Cette découverte lui vaut le prix Nobel de médecine en 1930. Mais tous les problèmes transfusionnels n'étant pas résolus, il remet sur le métier son ouvrage, pour finalement découvrir, en 1940 (en collaboration avec Alexandre Wiener), le système Rhésus. Morale de cette

histoire : on peut avoir le Nobel et ne pas s'endormir ensuite sur ses lauriers, pour le plus grand bien de l'humanité. Et, en hommage à ce grand savant autrichien, sachez que le O (du groupe sanguin O) vient du mot allemand Ohne, qui veut dire « sans » (sans antigènes de groupes sanguins).

- **L'asepsie :**

Le père incontesté de la notion d'hygiène et d'asepsie dans les lieux de soins, en vue de limiter les infections que l'on appelle aujourd'hui « nosocomiales » (c'est-à-dire contractées à l'hôpital), est un obstétricien austro-hongrois, Ignace Philippe Semmelweis (1818-1865). C'est après avoir assisté, à l'hôpital général de Vienne, à l'autopsie d'une femme décédée de fièvre puerpérale (septicémie foudroyante à streptocoque, survenant dans les suites d'un accouchement), qu'il décida de se lancer dans les études de médecine. À l'époque, le taux de mortalité maternelle et néonatale par fièvre puerpérale excédait 20 % dans certaines maternités de la ville, amenant les parturientes à préférer accoucher dans la rue plutôt que de s'y rendre ! Différentes explications étaient données (promiscuité, mauvaise aération des locaux ou début de la lactation), mais aucune solution n'était trouvée.

Cependant, Semmelweis avait déjà constaté que la mortalité n'était pas identique dans toutes les maternités : effroyable dans certaines, au sein desquelles médecins et étudiants pratiquaient des autopsies, elle devenait « acceptable » (moins de 3 %) dans d'autres, où exerçaient surtout des sages-femmes, inaptes à la pratique des autopsies.

En 1847, la mort de son ami Jakob Kolletschka, professeur d'anatomie, lui fait « entrevoir la lumière » : blessé au doigt avec un scalpel au cours d'une autopsie, ce médecin décède rapidement d'une maladie fébrile très semblable à la fièvre puerpérale. Il en conclut justement que la mortalité observée dans certaines maternités est possiblement liée à des « particules contaminantes » (les théories microbiennes de Pasteur n'étaient pas encore nées), transportées par les médecins depuis les salles d'autopsie et transmises aux femmes pendant leur accouchement. Il préconisa alors un lavage des mains par une solution d'hypochlorite de calcium entre le travail d'autopsie et les soins délivrés aux patientes, ce qui fit baisser le taux de mortalité de 20 % à moins de 3 %. Mais Semmelweis, dont le caractère était réputé exécrable (il était probablement atteint de psychose maniaco-dépressive), resta incompris de la communauté scientifique et mourut misérablement dans un asile psychiatrique. La vie et l'œuvre de Semmelweis ont fait l'objet de la thèse de docteur en médecine d'un certain Louis-Ferdinand Destouches, *alias* Céline.

- **La radiologie :**

On doit la découverte des rayons X au physicien allemand Wilhelm Conrad Röntgen (1845-1923), découverte pour laquelle il reçut le premier prix Nobel de physique, en 1901.

En 1895, ce professeur de physique à l'université allemande de Giessen travaille sur les effets du passage d'un courant électrique à travers un gaz sous basse pression. Le soir du 8 novembre 1895, Röntgen observe qu'un courant électrique à haute tension, parcourant un tube complètement enrobé de carton noir, produit une fluorescence lorsqu'il frappe un écran de carton recouvert de platinocyanure de baryum. Ce phénomène disparaît dès que le courant est coupé. Il poursuit l'expérience en interposant divers objets (papier, carton, livre...) entre le tube émetteur de rayonnement et l'écran, et constate que ces objets laissent passer variablement le rayonnement, entraînant une fluorescence plus ou moins vive. Röntgen, qui tient tous ces objets à la main, constate également que ses os deviennent visibles sur l'écran.

Voulant faire partager ce « miracle » à sa femme Anna Bertha, il lui demande de placer sa main sur le parcours des rayons et obtient le premier « Röntgenogram », véritable fondement de l'imagerie médicale. N'ayant pu déterminer précisément la nature de ces rayonnements, il les nomme « rayons X », en référence à la dénomination de l'inconnue en algèbre. Il sera démontré plus tard qu'ils sont de nature électromagnétique, tout comme la lumière.

Et sachez que le père des rayons X est également celui de la radioprotection : il avait d'emblée constaté que l'interposition d'une mince feuille de plomb entre le tube et l'écran faisait complètement disparaître la fluorescence !

- **La pénicilline :**

La pénicilline est, personne ne l'ignore, un antibiotique ! Mais c'est surtout le premier antibiotique découvert, et cette découverte ne manque pas de piquant. On la doit à Sir Alexander Fleming (1881-1955), médecin et biologiste écossais, qui s'est spécialisé en bactériologie après avoir été témoin des ravages causés par les infections chez les soldats durant le premier conflit mondial. Il est considéré comme un brillant chercheur, ayant notamment identifié, en 1922, le lysozyme, « antibiotique naturel » présent dans la plupart des sécrétions de l'organisme.

Mais la découverte de la pénicilline, qui lui procure le prix Nobel de médecine en 1945, relève du plus pur des hasards, bien que, comme aimait à le répéter Pasteur : « Dans les champs de l'observation, le hasard ne favorise que les esprits préparés. » En bref, Fleming a certes la réputation d'un chercheur inventif, mais il est aussi singulièrement négligent : il oublie souvent les cultures

bactériennes sur lesquelles il travaille, et son laboratoire de l'hôpital Sainte-Marie de Londres est réputé pour... sa saleté !

Le 3 septembre 1928, de retour de grandes vacances, il remarque que beaucoup de ses boîtes de culture de staphylocoques ont été contaminées par des moisissures, provenant des expériences de son voisin de pailleuse qui étudie alors un champignon : *Penicillium notatum*. Et il constate qu'autour de ces moisissures, les bactéries ne se sont étrangement pas développées. Il isole un extrait de cette moisissure, qu'il appelle... pénicilline.

Mais les indiscutables effets antibactériens de la pénicilline *in vitro* se révèlent plus que décevants *in vivo*. C'est la Seconde Guerre mondiale, et ses nouvelles cohortes de blessés infectés, qui permet enfin l'utilisation thérapeutique de la pénicilline (à toute chose, malheur est bon !). Le mérite de sa purification sous une forme stable et de sa production industrielle revint à deux chimistes, l'Australien Howard Florey et le Britannique Ernst Chain, qui partagèrent le Nobel avec Fleming (mais pas la célébrité, alors que leur contribution à l'utilisation de la pénicilline est volontiers considérée comme plus importante que celle du « brouillon », mais chanceux, Fleming !).

Enfin, comment ne pas citer un illustre inconnu, le médecin militaire français Ernest Duchesne (1874-1912) qui, trente-deux ans avant Fleming, avait constaté les propriétés antibiotiques d'une autre moisissure, *Penicillium glaucum*, capable d'inhiber complètement la croissance d'une bactérie célèbre : *Escherichia coli*. Mais l'armée, fidèle à sa réputation de « grande muette », ne jugea pas nécessaire de communiquer ces résultats et de poursuivre les recherches !

VI- Quelques médecins au destin hors du commun :

La médecine mène vraiment à tout : à la littérature (ou tout au moins à l'écriture, la preuve !), à la politique, à la philosophie, à la musique (Hector Berlioz avait commencé des études de médecine), aux exploits impossibles (n'est-ce pas, Dr Bombard !), et même...au crime ! Autrement dit, dans cette galerie de portraits médicaux, les plus nobles vont côtoyer les pires crapules... mais tous ont un jour prêté le serment d'Hippocrate !

- Alexis Carrel (1873-1944)

En voilà un qui commence plus que bien, mais qui « se perd en chemin ». Alexis Carrel, né à Lyon en 1873, est un chirurgien et biologiste français. Ses travaux scientifiques, remarquables et éclectiques, portent principalement sur les

transplantations d'organes et les sutures vasculaires, dont certaines techniques sont toujours en usage de nos jours. Ces travaux sont justement couronnés par l'attribution du prix Nobel de médecine en 1912. À l'origine agnostique, il « tombe » dans le catholicisme militant en 1903, à l'occasion d'un séjour à Lourdes. Dans le train qui l'y mène, il est amené à examiner une jeune fille souffrant d'une tuberculose péritonéale en phase terminale. Celle-ci, après quelques ablutions salvatrices dans l'eau de la source, guérit « miraculeusement », précipitant Carrel dans une « bondieuserie » quasi mystique.

En 1935, il publie sa « profession de foi » : *L'Homme, cet inconnu*. Il s'y fait ouvertement le chantre d'un eugénisme nauséabond, très en vogue dans une Allemagne nazie en pleine ascension. Il y écrit notamment que « beaucoup d'individus inférieurs ont pu être conservés grâce aux efforts de l'hygiène et de la médecine » et suggère « le reconditionnement au fouet des délinquants ». Il prône sans états d'âme l'euthanasie des « indésirables » et écrit, dans la préface de l'édition germanique de son livre : « En Allemagne, le gouvernement a pris des mesures énergiques contre l'augmentation des minorités, des aliénés et des criminels. La situation idéale serait que chaque individu de cette sorte soit éliminé quand il s'est montré dangereux » ! Je précise que les « mesures énergiques » en question correspondent au sinistre « programme T4 » d'extermination des « inutiles » par le régime nazi.

En 1996, à la suite de multiples pétitions, la faculté de médecine Alexis-Carrel de Lyon est débaptisée pour devenir faculté Laennec.

- **John Adams (1899-1983)**

Ce médecin généraliste britannique était honorablement connu dans la petite ville d'Eastbourne, sur la côte sud de l'Angleterre. En 1956, le « bon » docteur est accusé de l'assassinat par surdose de morphine d'une veuve aussi âgée que richissime. Au cours de l'enquête, il est constaté que, au cours des dix années précédant son arrestation, Adams a été couché sur le testament de cent trente-deux de ses patients (rarement démunis, faut-il le préciser !), accédant chaque fois à une part non négligeable de leur héritage après leur décès, souvent inattendu. Il a aussi bénéficié de nombreuses largesses dont, entre autres, plusieurs Rolls Royce de belle facture. Jusqu'à quatre cents assassinats lui sont alors attribués par les médias, mais, après un procès controversé qui captiva le pays pendant dix-sept jours en mars 1957, Adams est déclaré non coupable. Il est radié de l'ordre des médecins britanniques pour quatre ans, puis exerce de nouveau à Eastbourne dès 1961. Selon les archives de Scotland Yard, il est

quand même soupçonné d'avoir « expédié » cent soixante-trois patients dans la ville et ses environs.

- **Harold Shipman (1946-2004)**

Adams n'était qu'un enfant de chœur auprès de Shipman. Exerçant dans la région de Manchester, dans le Nord-Ouest de l'Angleterre, cet autre médecin généraliste, sympathique et prévenant, peut s'enorgueillir de passer pour le tueur en série le plus « efficace » de l'histoire criminelle de Grande-Bretagne (et un des plus prolifiques d'Europe). L'enquête débute en mars 1998, à la suite du dépôt de plainte de la fille d'une victime supposée, une vieille dame en pleine santé et décédée dans des circonstances suspectes. Cette enquête conduisant à l'assassinat hautement probable de deux cent quinze personnes (dont 80 % de femmes), le plus souvent par injections mortelles d'héroïne, Shipman est arrêté le 7 septembre 1998 : entre mars et septembre, il avait encore eu le temps d'estourbir trois nouvelles patientes ! Le 31 janvier 2000, il est reconnu formellement coupable de quinze assassinats, et condamné quinze fois à la prison à vie. En 2004, il se suicide dans sa cellule par pendaison, sans avoir jamais admis ni expliqué ses crimes (probablement « justifiés » par de juteux héritages en perspective !).

- **Che Guevara (1928-1967)**

Ernesto Guevara de la Serna, dit Che Guevara ou le Che, est né le 14 juin 1928 à Rosario-de-Santa-Fe, au nord de Buenos Aires, et déclare, dès l'âge de 2 ans, de terribles crises d'asthme. Malgré ses crises épuisantes, il manifeste très tôt des qualités de « meneur » et se passionne pour le rugby.

En 1947, il intègre la faculté de médecine de Buenos Aires et se destine, asthme oblige, à l'allergologie. En 1952, il interrompt transitoirement ses études pour faire un long voyage à moto à travers l'Amérique du Sud, avec son ami pharmacien Alberto Granado. Tout au long de ce périple de 4 000 kilomètres, il prend conscience de la misère extrême des paysans, écrivant à sa mère « qu'il ne veut pas devenir un médecin pour mémés allergiques » !

De là date sa « révélation » politique. Alors qu'il est sollicité pour soigner une vieille femme asthmatique, pour laquelle il réalise qu'il ne peut rien, il écrit : « Dans ce genre de cas, le médecin est conscient de son impuissance totale et ne peut que souhaiter un changement, quelque chose qui supprime l'injustice...

Tant que durera un ordre des choses basé sur un esprit de caste, il n'est pas en mon pouvoir de soigner cette pauvre femme. »

Au retour, il termine son cursus, soutient avec succès sa thèse de docteur en médecine en juin 1953 et laisse en gage ses livres de médecine pour reprendre ses voyages. Son combat contre ce qu'il appelle « la pieuvre capitaliste » se structure. Au Guatemala, il travaille dans une équipe de médecine d'urgence, tout en suivant un entraînement militaire dans la rébellion guatémaltèque, qui va échouer. Il fuit à Mexico, où il travaille comme photographe de rue le soir et, pendant la journée, comme assistant dans le service d'allergologie de l'hôpital général. De cette époque date sa rencontre avec les frères Fidel et Raoul Castro, mais c'est une autre histoire...

- *Louis-Ferdinand Céline (1894-1961)*

Louis-Ferdinand Destouches, dit Céline (du prénom de sa mère), est issu d'une famille de petits artisans. Sa scolarité, très banale, ne laisse en rien présager son devenir : rien moins que l'un des écrivains français les plus lus au monde (il occuperait la deuxième position après Marcel Proust !).

Devançant l'appel, il s'engage en 1912 dans l'armée française. Blessé en 1914, il s'intéresse de près à la lutte contre la tuberculose à la fin de la Première Guerre mondiale. En 1920, il se lance dans les études de médecine, qu'il boucle en quatre ans, bénéficiant (comme Petiot) des programmes allégés réservés aux anciens combattants. En 1924, il soutient sa thèse de docteur en médecine, consacrée, vous ne pouvez plus l'ignorer, à Ignace Semmelweis. Après quelques voyages en Afrique pour le compte de la Société des Nations, il devient médecin au dispensaire de Bezons et ajoute « du beurre dans les épinards » en concevant des plaquettes publicitaires pour l'industrie pharmaceutique.

Mais la littérature est son second « vice », et son *Voyage au bout de la nuit*, publié en 1932 et récompensé par le prix Renaudot, le lance dans une prolifique et fulgurante carrière d'écrivain à succès.

Dans la période troublée de la fin des années trente, Céline « dérape » : il se fait le chantre de la haine raciale, principalement antisémite, et épouse sans états d'âme les thèses nazies, publiant plusieurs pamphlets franchement haineux. À la Libération, Céline s'exile en Allemagne (à Sigmaringen, avec les restes du gouvernement de Vichy), puis au Danemark, avant de regagner la France en 1951, après avoir été amnistié.

Il décide alors de revenir à sa profession première de médecin, s'inscrit au conseil de l'ordre du département de Seine-et-Oise (Yvelines) et pose sa plaque à Meudon. Il meurt en 1961, probablement d'un AVC.

Durant l'année 2011, qui marque le cinquantenaire de sa disparition, les partisans et les détracteurs de Céline ont eu encore de belles occasions de s'affronter...

VII- Histoire du Coronavirus :

Les coronavirus (du latin corona) sont une très large famille de virus qui doivent leur nom fait qu'ils semblent dotés d'une couronne. Ce sont des virus très répandus qui atteignent aussi bien les oiseaux que les mammifères, et certains d'entre eux ont une transmission interhumaine. Ces derniers sont fréquents, tuent de temps en temps, mais sont complètement ignorés de la presse et de la plupart des autorités sanitaires du monde. Ce qui est vraiment étrange, car les coronavirus constituent la troisième cause d'infection respiratoire virale. Ces virus ont la particularité d'être les plus grands des virus à ARN, et présentent donc de fréquentes mutations. Ce sont des virus qui chez l'Homme ont longtemps été connus comme donnant des infections respiratoires hautes surtout des bronchites et des diarrhées.

Le coronavirus chinois, lui, a fait son apparition en décembre 2019 à Wuhan où une épidémie de pneumonie a été mise en évidence. Nous reviendrons sur la stratégie d'équipement des Chinois depuis l'épidémie de SARS, qui leur a permis de découvrir ce virus, d'en tester la sensibilité aux anti-infectieux et de mettre au point des techniques de diagnostic dans un temps record. Quoiqu'il en soit, peut-être partant du marché aux animaux où se vendent toutes sortes de bêtes sauvages destinées à être mangées, dont des chauves-souris, des pneumonies sont apparues, certaines graves, parfois mortelles, en particulier chez les sujets âgés ou porteurs de poly-pathologies.

La description de ce nouveau virus par la Chine a entraîné, comme on le sait, une hystérie mondiale en dépit du fait que très rapidement on ait identifié que la mortalité était moindre que celle annoncée au départ. C'est un phénomène général.

Dans la plupart des cas, les nouvelles maladies se découvrent, en particulier au XXI^{ème} siècle, à partir d'un cas mortel ou d'un cas transmis au personnel de soins. Car il y a peu d'études systématiques sur les maladies banales. Pour découvrir une nouvelle maladie, il faut avoir soit un cas grave, soit un cas grave

avec sa transmission au personnel soignant, et un laboratoire capable d'identifier des virus encore inconnus. Cette coïncidence entre ces éléments est ce qui permet la description des nouvelles maladies et c'est ce qui s'est passé à Wuhan. La mortalité initiale très élevée a rapidement été pondérée par la réalisation de tests de diagnostic comme c'est à chaque fois le cas. Les premiers cas semblent tous mortels car seules les formes très graves sont testés, et au fur et à mesure que le diagnostic s'étend, la proportion de morts ne cesse de diminuer. Ainsi, jusqu'en janvier 2020, tous les morts se trouvaient en Chine continentale à part un seul, la mortalité de la zone Wuhan était 5,6 % et, en dehors de cette zone, elle était inférieure à 0.5 %. Cela signifie qu'elle rejoindra probablement la mortalité de la grippe qui est aux alentours de 0.1%.

En tout cas, ces nouvelles infections virales font que les coronavirus sont en train de remplacer les fièvres hémorragiques dans l'imaginaire collectif. D'ailleurs, on voit combien la dernière épidémie d'Ebola est méprisée alors que ces épidémies avaient l'habitude de faire la une des journaux. La peste, le typhus et le Choléra qui terrorisaient nos ancêtres sont méprisés de la même façon. Ces nouveaux coronavirus permettent de relancer l'angoisse liée aux épidémies tout en négligeant les vraies causes infectieuses qui continuent à persister.

Et puis est réapparu le « Corona virus » (aspect en couronne), qui s'est transformés d'un virus banal à l'origine d'un simple syndrome grippal à un monstre dont l'impact ressemble à une guerre microbiologique... du SRAS au MERS au CORONA-nouveau, agent de la COVID-19 et la pandémie éclate.

Le SRAS (Syndrome respiratoire aigu sévère) dû au virus SARS-CoV, de la famille des coronavirus est apparu en 2007, comme une détresse respiratoire qui a causé peu de cas et puis plus rien.

Le MERS, (Middle East RespiratorySyndrom) apparu en 2012, parmi les pèlerins en Arabie, probablement transmis par les chameaux mais le nombre de cas est resté limité et localisé.

Là, il est bon de préciser que l'Asie du sud-ouest est connue être le fournisseur mondial en virus respiratoires nouveaux : tous les ans on attend les nouveaux virus de la grippe pour préparer le vaccin grippal.

Les premiers cas apparus en Chine n'ont été rapportés qu'en décembre 2019, mais rapidement, les cas se sont apparus dans tous les pays du monde, l'un après l'autre sans aucune exception.

Enfin l'OMS sonne le glas d'une pandémie comparable à celle de la grippe espagnole de 1918.

D'un virus banal à un mutant dangereux, tous les scénarios étaient envisageables, même celui du complot ...qui a fait couler beaucoup d'encre.

Quoique qu'il en soit, Le virus identifié serait un mutant de son ancêtre peu virulent et cause une nouvelle maladie par sa transmission et surtout par sa pathologie incomparable à aucune autre connue auparavant.

La source de ce virus serait peut-être les chauves-souris et / ou le pangolin, deux espèces animales hébergeant des coronavirus très proches du SARS-CoV-2.

Le problème est que ce nouveau virus fut à l'origine d'une nouvelle pathologie qui a fait que la médecine a pataugé avant de savoir comment gérer les malades qui en sont atteints.

Dans notre jargon médical, on décrit ce virus hautement virulent ; il atteint tout le corps, la clinique commence par l'agueusie, pour atteindre les poumons mais également tous les organes et causer la mort par des processus nouveaux comme les embolies et les atteintes cardiaques simultanément à l'atteinte pulmonaire.

D'où le besoin urgent d'une réanimation lourde ; ainsi commence la course inouïe aux respirateurs afin d'assurer aux malades une respiration artificielle, les maintenir en vie pendant qu'on traite les autres pathologies associées, également mortelles.

Néanmoins, et comme beaucoup de virus respiratoires, un pourcentage non négligeable de personnes atteintes feront une maladie asymptomatique tout en étant de potentielles sources de contamination.

Il semble également que la transmission directe par la salive, de personne à personne soit la plus incriminée dans la propagation de la maladie ; la transmission par les objets est certainement moins importante mais jamais nulle.

De ce fait, des mesures d'hygiène ont été préconisées par les différents organismes internationaux de santé, les sociétés savantes de maladies infectieuses.

VIII- Définition des coronavirus :

Les Coronavirus (CPV) sont **des virus issus de la famille des coronaviridae**, dont la particularité est de posséder **un génome à ARN très**

long (l'acide ribonucléique permet le transport du message génétique et la synthèse des protéines). Ces germes sont **entourés d'une capsule de protéines en forme de couronne**, d'où leur nom.

Les virus coronariens n'infectent que les vertébrés et sont associés à une variété de maladies chez les humains et les animaux, causant des maladies respiratoires, digestives et neurologiques chez les humains et les animaux.

La COVID-19 est la maladie causée par un nouveau coronavirus, SARS-CoV-2. L'OMS a appris l'existence de ce nouveau virus le 31 décembre 2019 lorsqu'un foyer épidémique de cas de « pneumonie virale » a été notifié à Wuhan, en république populaire de Chine

C'est est une infection des voies aériennes supérieures d'apparence banale, ressemblant à un banal syndrome grippal. La maladie survient habituellement après une incubation de trois à cinq jours en moyenne, rarement jusqu'à onze jours après une contamination par voie aérienne.

IX- L'origine de la Covid-19 :

Le SARS-CoV-2 a été découvert pour la première fois au mois de **décembre 2019 dans la ville chinoise de Wuhan**, dans la province de Hubei. Les experts s'accordent à dire que la source de ce virus est animale : les premiers cas identifiés s'étaient en effet tous rendus au Huanan Seafood Market, un marché de poissons et de fruits de mer où étaient également vendus des animaux vivants.

Une thèse d'autant plus probable que l'épidémie de SRAS en 2002-2003 et celle de MERS en 2012 étaient respectivement associées aux civettes et aux dromadaires. Ces animaux sont considérés comme les **espèces hôtes intermédiaires** : ils ont permis la transmission des virus à l'homme, mais n'en étaient pas les porteurs principaux.

Concernant le nouveau coronavirus, **il est établi que son hôte principal est la chauve-souris. En revanche, l'animal responsable de sa transmission à l'homme n'a à ce jour pas encore été identifié.** Mais plusieurs pistes ont été soulevées, notamment celles du serpent et du pangolin. Concernant le pangolin, le virologue Étienne Decroly affirme néanmoins dans un article du CNRS qu'une partie du génome de coronavirus l'infectant "*est trop distant du SARS-CoV-2 pour être un ancêtre direct* "

X- Les symptômes de la Covid-19 :

Les symptômes les plus courants sont les suivants :

- Fièvre
- Toux sèche
- Fatigue

D'autres symptômes moins courants peuvent toucher certains patients :

- Perte du goût et de l'odorat,
- Congestion nasale,
- Conjonctivite (yeux rouges),
- Mal de gorge,
- Maux de tête,
- Douleurs musculaires ou articulaires,
- Différents types d'éruption cutanée,
- Nausées ou vomissements,
- Diarrhée,
- Frissons ou vertiges.

Les symptômes de la forme grave de COVID-19 sont les suivants :

- Essoufflement,
- Perte d'appétit,
- État confusionnel,
- Douleurs ou sensation d'oppression persistante dans la poitrine,
- Température élevée (supérieure à 38° C).

D'autres symptômes sont moins courants :

- Irritabilité,
- État confusionnel,
- Altération de la conscience (parfois associée à des crises),
- Troubles anxieux,

- Dépression,
- Troubles du sommeil,
- Complications neurologiques plus graves et plus rares : accidents vasculaires cérébraux, inflammations du cerveau, délire et lésions nerveuses.

Toute personne, quel que soit son âge, qui présente de la fièvre et/ou une toux associée à des difficultés à respirer ou à un essoufflement, des douleurs ou une sensation d'oppression dans la poitrine, ou une perte d'élocution ou de mouvement, doit immédiatement consulter un médecin. Si possible, appelez d'abord votre prestataire de soins de santé, votre ligne d'assistance téléphonique ou votre établissement de santé, afin d'être dirigé vers la structure adéquate.

Cette épidémie entraîne des problèmes de santé supplémentaires tels que le stress, l'anxiété, les symptômes dépressifs, l'insomnie, le déni, la colère et la peur au niveau mondial.

XI- Les six formes de la Covid-19 :

Des chercheurs du King's College de Londres ont analysé les données de l'application *COVID Symptom Study* et ont ainsi pu mettre en lumière *six types d'infection à SARS-CoV-2*, qui diffèrent de par leurs symptômes et leur sévérité :

- **Le type "grippal sans fièvre"** : maux de tête, perte d'odorat, douleurs musculaires, toux, maux de gorge, douleurs thoraciques, pas de fièvre, c'est la raison pour laquelle la prise de température lors des contrôles n'est pas toujours efficace ;
- **Le type "grippal avec fièvre"** : maux de tête, perte d'odorat, d'appétit, toux, maux de gorge, enrouement, fièvre ;
- **Le type "gastro-intestinal"** : maux de tête, perte d'odorat, d'appétit, diarrhée, maux de gorge, douleurs thoraciques, pas de toux ;
- **Le type "sévère niveau 1, avec fatigue"** : maux de tête, perte d'odorat, toux, fièvre, enrouement, douleurs thoraciques, fatigue ;

- **Le type "sévère niveau 2, avec confusion"** : maux de tête, perte d'odorat, d'appétit, toux, fièvre, enrouement, maux de gorge, douleurs thoraciques, fatigue, confusion, douleurs musculaires ;

Le type "sévère niveau 3, abdominal et respiratoire" : maux de tête, perte d'odorat, perte d'appétit, toux, fièvre, enrouement, maux de gorge, douleurs thoraciques, fatigue, confusion, douleurs musculaires, essoufflement, diarrhée, douleurs abdominales.

XII- Transmission du nouveau coronavirus :

- Les gouttelettes ou postillons :

Le mode de transmission principal du coronavirus est celui des postillons, des gouttelettes de salive expulsées par une personne positive au virus lorsqu'elle tousse ou elle éternue, chante ou parle. On considère qu'un contact étroit avec une personne malade est nécessaire pour transmettre la maladie : même lieu de vie, contact direct à moins d'un mètre lors d'une toux, d'un éternuement ou une discussion en l'absence de mesures de protection.

- Les contacts et les surfaces :

Le virus peut se fixer sur une surface avec des gouttelettes, comme les mains, des mouchoirs, des poignées de porte, des rampes... Si l'on touche ces parties contaminées et que l'on porte sa main à son visage (nez, bouche, yeux), le risque d'être infecté est présent. À noter que le virus survit 9 heures sur la peau, il est donc nécessaire d'appliquer des désinfectants pour les mains à base d'alcool qui tue le virus en 15 secondes.

- Transmission via les aliments :

Une éventuelle transmission par un aliment implique nécessairement la contamination de cet aliment par un malade ou une personne infectée par le virus, lors de sa manipulation ou de la préparation du repas. D'où l'importance de suivre les bonnes pratiques d'hygiène et de cuisson : ce virus étant sensible

aux températures de cuisson, un **traitement thermique à 63°C pendant 4 min** permet de diviser par 10 000 la contamination d'un produit alimentaire.

- **Transmission par l'air :**

Le 21 juillet, des chercheurs américains ont apporté de nouvelles preuves à ce sujet. De l'air a été prélevé des chambres de cinq patients hospitalisés pour une infection à SARS-CoV-2. Des microgouttelettes de moins de cinq microns, voire d'un micron de diamètre contenant du virus ont pu être récoltées. Le virus a pu être répliqué, c'est-à-dire que de nouvelles unités du coronavirus ont pu être produites. "*Il est par conséquent infectieux*", a affirmé Joshua Santarpia, co-auteur de l'étude.

Les chercheurs en sont sûrs : le coronavirus peut se transmettre via l'air expiré, et des mesures de prévention doivent être prises en ce sens pour *endiguer efficacement* l'épidémie. "*Le débat est devenu plus politique que scientifique, je crois que la plupart des infectiologues s'accordent à dire que la voie aérienne est une composante de la transmission, bien que nous débattions encore de son importance*", a commenté **Joshua Santarpia**.

XIII-Protection contre la Covid-19 :

Il est possible de se protéger, soi-même et ses proches, de la COVID-19 de nombreuses façons. Pour réduire les risques, il faut les connaître et respecter ces précautions élémentaires :

- Suivre les recommandations locales : se renseigner sur les conseils formulés par les autorités nationales, régionales et locales afin d'obtenir les informations les plus pertinentes pour le lieu où vous vous trouvez.
- Garder vos distances : se tenir à une distance d'au moins un mètre des autres, même s'ils ne semblent pas malades, puisqu'il est possible d'être porteur du virus sans avoir de symptômes.

- Porter un masque : porter un masque à trois couches bien ajusté, en particulier lorsqu'il est impossible de respecter une distanciation physique ou si vous êtes à l'intérieur. Avant de mettre ou d'enlever votre masque, lavez-vous les mains.
- Éviter les lieux et les événements bondés, les espaces intérieurs mal ventilés et les contacts prolongés avec d'autres personnes. Passer plus de temps à l'extérieur qu'à l'intérieur.
- Il faut aérer : ouvrir les fenêtres afin d'augmenter le volume de la ventilation naturelle.
- Éviter de toucher les surfaces, en particulier dans les lieux publics ou les établissements de santé, car une personne atteinte de COVID-19 pourrait les avoir touchées auparavant. Nettoyer régulièrement les surfaces avec des désinfectants courants.
- Se laver les mains régulièrement à l'eau et au savon ou avec une solution hydro-alcoolique. Si vous c'est possible, faut être sur d'avoir une solution hydro-alcoolique et l'utiliser fréquemment.
- Tousser et éternuer dans votre coude ou dans un mouchoir. Jeter immédiatement le mouchoir usagé dans une poubelle munie d'un couvercle, puis lavez-vous les mains ou utilisez une solution hydro-alcoolique.
- Se faire vacciner : Dès que le groupe dont vous faites partie peut être vacciné, faites-vous vacciner.

- **Les pratiques à adopter lorsqu'une personne est contaminée :**

En cas de suspicion d'infection, le patient est invité à **faire un test diagnostique**, à rester chez lui et à **appeler son médecin traitant s'il ne présente que des symptômes légers**, c'est-à-dire toux et fièvre. La téléconsultation est également possible et même à privilégier : un décret a été publié le 10 mars afin d' *assouplir les conditions de réalisation de la télémédecine*. Le but : faire des professionnels de santé "*les premiers acteurs de la gestion sanitaire*" de l'épidémie, et ainsi limiter les déplacements pour éviter de potentielles contaminations dans les salles d'attente des cabinets médicaux.

Une fois que la personne est infectée elle doit être mise en quarantaine stricte avec suivi médical à distance par le médecin traitant, en lien avec les structures hospitalières locales.

XIV-Traitement de la Covid-19 :

Le traitement qui fait le plus parler de lui dans cette épidémie, c'est l'association de l'hydroxychloroquine, un dérivé de la chloroquine, **avec l'azithromycine, un antibiotique**. D'abord autorisé à être expérimenté dans les hôpitaux, une étude publiée le 22 mai, dans la revue médicale *The Lancet*, venant s'associer à d'autres ont remis en cause son utilisation expérimentale. L'étude fait état d'un effet peu efficace, mais également dangereux pour les personnes malades. Depuis l'OMS a demandé l'arrêt des essais cliniques de la chloroquine et ses dérivés afin d'obtenir des clarifications sur les dangers que représente le traitement dans le cadre du Covid-19.

- Un traitement prometteur par cellules souches :

Des chercheurs de la Miller School of Medicine de l'Université de Miami ont publié les résultats d'une étude inédite à base de cellules souches dérivées du cordon ombilical pour les malades du Covid-19 atteints des formes les plus sévères. Selon les résultats publiés dans la revue *Stem Cells*, 24 patients hospitalisés atteints d'un syndrome de détresse respiratoire aiguë ont reçu soit deux perfusions à quelques jours d'intervalle de cellules souches mésenchymateuses (pour un total de 200 millions de cellules administrées par voie intraveineuse chez chaque patient du groupe traité) soit un placebo. Les résultats sont étonnants : la survie des patients à un mois était de 91% dans le groupe traité par cellules souches contre 42% dans le groupe sous placebo ; Parmi les patients de moins de 85 ans, 100% de ceux traités avec des cellules souches ont survécu après un mois de suivi. Et la récupération est plus rapide : plus de la moitié d'entre eux se sont rétablis et sont rentrés de l'hôpital dans les deux semaines suivant le dernier traitement ; Plus de 80% des patients traités ont récupéré après 30 jours, contre moins de 37% dans le groupe sous placebo. Ces

résultats (portant sur un nombre réduit de patients) confirment des résultats très préliminaires déjà obtenus par des chercheurs israéliens.

XV- Syndrome post-Covid : des symptômes qui persistent sur le long terme :

Des séquelles post-Covid-19 peuvent survenir chez certaines personnes guéries après une longue hospitalisation en réanimation, mais aussi au décours de formes respiratoires bénignes. Il s'agit souvent de lésions pulmonaires résiduelles, consécutives à une fibrose pulmonaire pouvant aboutir à une insuffisance respiratoire chronique. De plus, on a aussi décrit dans les suites d'une maladie bénigne ou sévère des formes prolongées survenant après une apparente guérison, alors que le virus a depuis longtemps disparu. Les patients se plaignent d'une réapparition de symptômes (malaise général, maux de tête, douleurs musculaires, arthralgies, fatigue au moindre effort, troubles de la mémoire, parfois accès de tachycardie). Ces symptômes fonctionnels sont souvent épisodiques et peuvent progressivement disparaître. Enfin, on a rapporté des séquelles psychiques chez certains patients, soignants et même victimes du confinement, souvent liées à des situations de stress, entraînant fatigue, anxiété, manque de sommeil, des signes qui, en général, disparaissent lors du retour à l'activité habituelle.

Des recherches sont en cours pour identifier les causes de ces symptômes qui persistent, bien que certaines hypothèses soient déjà soulevées, notamment la persistance du virus dans l'organisme, celle d'une réaction inflammatoire, ou encore des causes psychosomatiques

Traiter les séquelles post-Covid-19 :

Pour traiter les séquelles, l'Académie nationale de médecine recommande de son côté :

- La reprise d'une activité physique, dont la marche est la plus simple, dès que possible.
- La vigilance quant à la qualité fonctionnelle des organes les plus souvent atteints (cœur, cerveau, muscles et poumon) ;
- Une surveillance de l'évolution à long terme de ces séquelles en rassemblant une cohorte de patients pour une étude longitudinale de plusieurs années ;
- Des mesures concernant l'organisation du travail dans les hôpitaux (recrutement de personnels soignants ; augmentation des rémunérations), pour diminuer le risque de « burn-out » et les tensions psychologiques liées à un travail excessif.

XVI- Dépistage Covid-19 :

- **Test PCR :**

Les tests virologiques RT-PCR (*Polymerase Chain Reaction* ou réaction en chaîne par polymérase) sont des prélèvements par le nez également, ils sont également appelés tests virologiques. Leur but est de détecter la présence du virus au moment où ils sont réalisés, c'est-à-dire que les patients pourront savoir s'ils sont infectés sur le moment. On appelle le test RT-PCR, l'examen dédié à détecter une infection au coronavirus.

Ils consistent en un prélèvement naso-pharyngé par écouvillon : une sorte de grand coton-tige est insérée dans le nez du patient afin de réaliser un prélèvement d'une certaine quantité de virus. L'échantillon est envoyé pour analyse dans un laboratoire biologique médical (LBM). Bien que désagréable, il n'est pas invasif. Les résultats du prélèvement sont disponibles en quelques heures, mais cela peut prendre plusieurs jours pour que le patient en soit informé.

- **Les tests antigéniques (TRA) :**

Comme les tests PCR, ils consistent à recueillir de la matière au fond du nez avec un écouvillon. Le prélèvement est ensuite plongé dans une substance qui réagira en cas de présence des "antigènes" du virus, des molécules diffusées par le virus que les anticorps viennent combattre. Comme un test de grossesse, le résultat s'affiche sous forme de barres qui apparaissent sur le bâton. Une barre c'est négatif, deux c'est positif. Le résultat est donné en 30 minutes.

- **Les tests sérologiques :**

Les tests sérologiques, ou **prises de sang**, ne permettent pas de détecter la présence du virus, mais plutôt celle d'anticorps au virus, c'est-à-dire que les patients pourront savoir s'ils ont déjà été en contact avec le virus.

Il en existe deux catégories principales :

- - **Les tests automatisables (ELISA) :** *réalisés à partir d'une prise de sang et qui nécessitent un plateau technique adapté pour analyser les échantillons*, explique la HAS dans un communiqué du 18 mai 2020.
- - **Les tests unitaires :** ils peuvent se faire à partir d'une goutte de sang prélevée au bout du doigt et leur analyse s'obtient en quelques minutes. *Si le résultat est positif, il convient de réaliser un test sérologique en laboratoire de biologie pour préciser la réalité de la réponse immunitaire. Il peut être complété par un test virologique (RT-PCR) pour préciser si le virus est toujours présent dans l'organisme.*
- **Tests salivaires (EasyCov/RT-LAMP) :**

Il s'agit d'un prélèvement salivaire baptisé EASYCOV mis au point au laboratoire Sys2diag (CNRS/Alcen). C'est une technique dite "intégrée" car tout se fait (prélèvement + résultat) dans un automate et par la même personne. La technique RT-LAMP sur laquelle il se base permet d'obtenir directement le résultat en 30-40 minutes. Cette technique RT-LAMP permet d'amplifier l'ARN viral de l'échantillon salivaire obtenu dans la gorge et *de révéler ou non sa présence après un chauffage à température constante.*

- **Tests unitaires (TDR, TROD) et autotest :**

- *Les TDR :*

CE sont des examens de biologie médicale réalisés en laboratoire.

- *Les TROD :*

Ils peuvent être effectués par plus de personnes du circuit de ville comme les médecins, les infirmières et les pharmaciens, à domicile ou en officine. La HAS recommande leur utilisation dans un champ plus restreint que les TDR et tests automatisables : pour les personnels soignants et d'hébergement collectif et pour les patients symptomatiques sans signes de gravité s'ils présentent des difficultés d'accès à un laboratoire de biologie médicale, mais pas à l'hôpital. Ces tests ne permettant pas de poser un diagnostic de COVID-19, ils ne peuvent être utilisés qu'en complément.

- *Les autotests :*

Pour ces derniers qui peuvent être utilisés par la population et à domicile, la HAS admet qu'ils pourraient avoir une utilité en complément d'un diagnostic mais émet encore des réserves. Les données manquent quant à leur efficacité et s'ils sont faciles à faire, l'interprétation des résultats ne l'est pas et la personne pourrait en tirer de mauvaises conclusions.

XVII- Impact de la Covid-19 sur les médecins :

La littérature précise qu'environ 1 professionnel de santé sur 10 implique dans l'intubation de patients Covid présente par la suite des symptômes évocateurs ou un diagnostic de Covid confirme biologiquement.

Entre surcharge de travail, conditions de travail dégradées, lacunes des organisations et sentiment d'insécurité tant pour eux que pour leurs patients, ces retours témoignent de la violence de la crise. La littérature internationale est très abondante sur ce thème, rapportant une proportion considérable de professionnels signalant des symptômes à type de dépression, d'anxiété, d'insomnie, de stress aigu ou post-traumatique, d'épuisement professionnel ou de détresse émotionnelle. Il s'agit plus souvent de femmes, d'infirmières, de professionnels de santé de première ligne avec un fort risque d'exposition, d'un statut socioéconomique inférieur, ayant des risques élevés de contracter la

Covid-19 et d'isolement social. Une étude thaïlandaise rapporte que de nombreux professionnels travaillaient avec la peur d'être contaminés et celle de contaminer ensuite leurs proches, ce qui pouvait conduire à des pratiques d'évitement pour limiter ce risque, qui pouvaient se révéler délétères pour l'organisation des soins. De nombreuses déclarations font également apparaître l'inquiétude des professionnels quant à une potentielle perte de chance pour leurs patients, engendrée par le retard de diagnostic et de traitement, et par les éventuelles modifications des protocoles thérapeutiques du fait de l'allocation prioritaire des ressources aux patients Covid dans les régions fortement touchées. La littérature se fait l'écho de ce dilemme éthique notamment pour la prise en charge carcinologique « dégradée » des patients avec des interventions chirurgicales repoussées à des dates incertaines et des chimiothérapies d'attente, hors de tous les standards et recommandations nationaux et internationaux.

Synthèse :

Vu ce qui a précédé ce si long chapitre ne nous pouvons que conclure que l'impact de ce virus sur le secteur de santé a été énorme et qu'il a forcé toute l'organisation de la santé à mettre en œuvre toutes ses forces, tout son savoir et toutes ses capacités pour faire face à cet inconnu qui lui est tombé de nul part.

Partie Pratique

Chapitre III : Partie Méthodologique

Préambule

I- Méthode de recherche

II- Pré-enquête

III- Limites de la recherche

IV- L'échantillon

- **Les critères d'inclusion**
- **Les critères d'exclusion**

V- Présentation de lieu de recherche

- **Etablissement Public Hospitalier d'AKBOU**

VI- Présentation des outils de recherche

- **Guide d'entretien semi-directif**
- **Présentation et description du MBI**

VII- La cotation

VIII- L'évaluation

Synthèse

Préambule

Dans ce présent chapitre, il s'agit de présenter la partie méthodologique de notre recherche. Donc avec notre démarche d'étude on va présenter la méthode que nous avons utilisée, le pré-enquête que nous avons réalisé, définir notre population d'étude, ses critères d'inclusion et pour finir la présentation du lieu et les outils de notre étude.

I- Méthode utilisée :

Nous avons utilisé l'étude de cas qui nous semble adéquate à notre thème et aux objectifs de notre recherche. Avec cette méthode, on va essayer de décrire l'ensemble des sujets, et aussi de vérifier les hypothèses avancées grâce aux résultats de chaque échelle administré.

M. Grawitz (1993) définit une méthode « comme l'ensemble des opérations intellectuelle par les quelles une discipline cherche à atteindre les vérités qu'elle poursuit, les démontre, les vérifie ». la méthode est constituée d'étapes et de procédures permettant d'appréhender la réalité ou du moins une partie de la réalité. (Gumuchian.H.et all, 2000, p.77).

L'étude de cas est une observation d'un sujet ou d'un petit groupe de sujets. Les études de cas sont utiles lorsqu'on essaie de connaître soit un phénomène qui n'est pas encore compris et donc requiert une exploration, soit des phénomènes psychologiques complexes qui sont difficiles à reproduire expérimentalement. (Westen D, 2000, p.63).

II- Pré-enquête :

On note que la meilleure manière d'entamer un travail de recherche scientifique est de procéder d'abord à une pré-enquête afin de préparer l'enquête proprement dite. Elle se révèle très utile pour enrichir notre problématique, affiner nos hypothèses et construire notre guide d'entretien.

La pré-enquête est en effet l'une des étapes les plus importantes dans la recherche scientifique, notamment dans le domaine des sciences humaines et sociales. Elle permet de recueillir des informations concernant le thème de la recherche ainsi que sur la population visée.

Chauchat définit la pré-enquête comme étant : « La phase d'opérationnalisation de la recherche théorique. Elle consiste à définir des liens entre les constructions théoriques et les faits observables. Son aboutissement est la mise en place de l'appareil d'observation. Cette phase comporte une observation préliminaire à l'aide d'entretiens généralement peu directifs ». (Chauchat, 1999, p63)

Etant donné que tout travail de recherche requiert une pré-enquête, on s'y est appliqué. D'abord nous nous sommes rendu à l'hôpital public d'Akbou afin de voir la disponibilité et l'accès aux médecins qui ont fait face à la crise du coronavirus, nous avons commencé notre pré-enquête par une observation de notre population d'étude, de leurs façons de se comporter avec les patients infectés, leurs attitudes avec leurs collègues ainsi que leurs manières de travailler à l'EPH. Ensuite, nous leur avons adressés quelques questions sur leur profession tant que médecins hospitaliers, les difficultés rencontrées ainsi que leurs effets sur la santé en générale mentale ou physique.

Cette pré-enquête nous a permis de cerner notre population d'étude, leurs conditions de travail et l'environnement de celui-ci ainsi que les difficultés rencontrés qui favorisent l'apparition du syndrome de l'épuisement professionnel.

En effet, lors de notre stage au sein de **l'établissement public hospitalier d'AKBOU** qui a duré 2 mois et demi, nous avons remarqué que les médecins lors de leurs exercices hebdomadaires rencontrent des difficultés diverses, plongent dans une sphère professionnelle harassante. Ils assouviennent les désirs des patients au détriment de leur propre santé car être un médecin au sein d'un hôpital public demande et requiert une très grande part de responsabilité qui pèse sur les épaules.

III- Les limites de la recherche :

Notre thème de recherche s'agit de l'épuisement professionnel chez les médecins exerçants à l'établissement public hospitalier d'AKBOU pendant la crise sanitaire dû à l'apparition de la COVID-19.

En effet notre but dans ce travail est de vérifier l'existence de ce syndrome pour ensuite évaluer son degré chez cette catégorie.

Notre étude se fera alors au sein de l'EPH d'Akbou durant la période allant du 07/03/2021 jusqu'au 31/05/2021 auprès d'un échantillon d'étude de (05) médecins.

Ainsi pour aboutir à une confirmation ou à une infirmation de nos hypothèses et pour évaluer l'intensité du degré d'épuisement professionnel nous avons opté pour l'échelle du **MBI** (Maslach Burn-out Inventory).

IV- L'échantillon :

Nous avons réalisé notre recherche au sein de l'établissement public hospitalier d'Akbou et plus exactement au service d'hémodialyse où se trouve la psychologue responsable du secteur qui nous a accueilli à bras ouverts et qui nous a présenté 05 médecins parmi ceux qui ont fait face à la crise sanitaire du Coronavirus.

Nous avons limité notre recherche à cinq (05) cas qui ont obtenus leur doctorat en médecine, homme et femmes âgés entre 42 ans et 58 ans exerçants de jour comme de nuit.

- Critères d'inclusion :

Ont été inclus dans l'étude tous les médecins actifs du service hémodialyse et service Covid-19 de l'E.P.H d'Akbou

- . Des médecins qui sont âgés entre 42 ans et 58 ans ;
- . Ont au minimum 5 ans d'expérience au sein de l'hôpital ;
- . Les médecins prenant en charge les patients infectés par le virus.

- Critères d'exclusion :

Nous avons exclus de cette étude :

- . Les médecins qui ont moins de 5 ans d'expérience ;
- . Les médecins qui n'ont pas été concerné par le service spécialisé Covid-19 ;
- . Les médecins qui ont une maladie chronique.

Le groupe d'étude :

Dans le tableau suivant on à présentes les caractéristiques du groupe de notre recherche :

| Nom | Sexe | Age | Situation Matrimoniale | Diplôme Obtenu |
|-----|-------|-----|------------------------|-------------------------------|
| N | Homme | 42 | Marié (3) enfants | Doctorat en Médecine générale |
| G | Homme | 45 | Marié (3) enfants | Diplôme en Pneumologie |
| M | Homme | 53 | Marié (2) enfants | Doctorat en médecine |
| N | Femme | 56 | Célibataire | Doctorat en médecine |
| F | Homme | 58 | Marié | Doctorat en médecine |

Remarque : Nous n'avons cité que les initiales de chaque cas afin de garder l'anonymat.

V- Présentation de lieu de recherche :

Etablissement Public Hospitalier d'AKBOU :

Fiche technique de l'établissement hospitalier AKLOUL ALI AKBOU :

Nombre de services : 05 services (services d'hospitalisation et PU).

Nombre d'unités : 11 (unités fonctionnelles).

Nombre de lits techniques : 196.

Nombre de lits organisés : 182.

| Services | Unités | Lits techniques | Lits organisés | Fonctionnel | Observation |
|-------------------------------|----------------|-----------------|----------------|-------------|-------------|
| Médecine Interne | Hommes | 62 | 33 | Oui | |
| | Femmes | | 35 | Oui | |
| | Oncologie | | 00 | Non | |
| | Hémodialyse | | 14 | Oui | |
| Pédiatrie | Pédiatrie | 30 | 16 | Oui | |
| | Néonatalogie | | 19 | Oui | |
| Chirurgie | Hommes | 20 | 22 | Oui | |
| | Femmes | 22 | 16 | Oui | |
| | Pédiatrique | | 06 | Oui | |
| Gynécologie obstétrique | Gynécologie | 38 | 16 | Oui | |
| | Obstétrique | | 19 | Oui | |
| Urgences médico-chirurgicales | Accueil et tri | 24 | 12 | Oui | |
| | Réanimations | | 02 | Oui | |

Plateau technique :

Un (01) bloc opératoire : 04 salles ; Un (01) service de laboratoire ; Trois (03) salles de radiologie ; Un (01) service de pharmacie ; Un (01) P.T.S.

Parc auto :

06 ambulances ; 04 véhicules liaison ; 01 micro bus ; 01 camion.

Services annexes :

Cuisine ; Buanderie ; Trois (03) groupes électrogènes ; Incinérateur ; Morgue à six (06) casiers.

Tableau des activités hospitalières par spécialité année 2015 :

| Service | Année 2015 | | | | | |
|---------|------------------|--------------------|-----------|-----------|-------------|-------|
| | Médecine interne | Chirurgie générale | Pédiatrie | Maternité | Gynécologie | Total |
| | | | | | | |

| | | | | | | |
|---|--------|--------|--------|--------|--------|---------------|
| Nombre de lits organisés | 68 | 44 | 35 | 19 | 16 | 182 |
| Nombre d'admission | 3077 | 2423 | 1672 | 3341 | 1216 | 11729 |
| Nombre de journées d'hos. | 21041 | 10818 | 7519 | 6348 | 3540 | 49266 |
| Taux d'occupation | 84.71% | 67.36% | 58.86% | 91.54% | 60.62% | 74.16% |
| Durée moyenne de séjour | 6.84 | 4.46 | 4.50 | 1.90 | 2.91 | 4.20 |
| Taux de rotation de lits | 45.25 | 55.07 | 47.77 | 175.84 | 76.00 | 64.45 |
| Nombre de décès | 277 | 45 | 48 | 01 | 00 | 371 |
| Taux de mortalité | 9.00% | 1.86% | 2.87% | 0.03% | 0.00% | 3.16% |
| Naissance vivantes : 3262. Nbr. Nouveau-nés décédés : 01. Nbr. de morts nés : 33 | | | | | | |

Activité du pavillon des urgences :

| Mise en observation | | Consultations | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------|--------------|---------------|------|--------------|-------|-------|--------------|------|------|---------------|----|----|-------------|-----|-----|--------------------|-----|-----|
| Année 2015 | H | F | E | Médicale | | | Chirurgicale | | | Voie publique | | | Domestiques | | | Coûts et blessures | | |
| | | | | H | F | E | H | F | E | H | F | E | H | F | E | H | F | E |
| | | 6733 | 6874 | 1838 | 21533 | 21556 | 43072 | 1296 | 1224 | 2740 | 73 | 94 | 61 | 148 | 136 | 2027 | 306 | 283 |
| | 15445 | | | 86161 | | | 5260 | | | 228 | | | 2311 | | | 616 | | |

Activité du centre d'hémodialyse :

| An | Info | re | Nombre de reins | Nombre de | Nombre de | Nombre de | re de | Personnel |
|----|------|----|-----------------|-----------|-----------|-----------|-------|-----------|
|----|------|----|-----------------|-----------|-----------|-----------|-------|-----------|

| | | Marche | Panne | malades de dialysés | séance de dialyse* | malades liste d'attente | | Médical | | Para-médical | | |
|------|----|--------|-------|---------------------|--------------------|-------------------------|----|---------|------|--------------|--------|--------|
| | | | | | | | | M.S. | M.G. | I.S.P. | L.D.E. | A.T.S. |
| 2015 | 14 | 14 | 00 | 70 | 9107 | 01 | 07 | 01 | 04 | 10 | 04 | 01 |

*Nombre de séance de dialyse dont séances péritonéale.

Bilan des consultations spécialisées médicales :

| Année | Consultations médicales | | | | | | | Total |
|-------|-------------------------|-------------|-----------|--------------------|-------------|-------------|----------------|-------|
| | Néphrologie | Réanimation | Pédiatrie | Pneumo-physiologie | Gastrologie | Cardiologie | Endocrinologie | |
| 2015 | 188 | 1099 | 311 | 445 | 55 | 543 | 1111 | 3752 |

| Année | Consultation chirurgicales | | | Total | Total général |
|-------|----------------------------|------------------------|---------------------|-------|---------------|
| | Chirurgie générale | Chirurgie orthopédique | Chirurgie infantile | | |
| 2015 | 2282 | 7975 | 1152 | 11409 | 15161 |

Activité du bloc opératoire :

| Spécialités | Programme | | | |
|---------------------------|------------|------------|-----------|------------|
| | Hommes | Femmes | Enfants | Total |
| Chirurgie générale | 101 | 284 | 46 | 431 |
| Chirurgie maxillo-faciale | 00 | 00 | 00 | 00 |
| Chirurgie urologue | 00 | 00 | 00 | 00 |
| Chirurgie orthopédiste | 135 | 59 | 12 | 206 |
| Total | 236 | 343 | 58 | 637 |

| Spécialités | Urgences | | | |
|--------------------|----------|--------|---------|-------|
| | Hommes | Femmes | Enfants | Total |
| Chirurgie générale | 358 | 363 | 319 | 1040 |

| | | | | |
|----------------------------------|-------------|-------------|------------|-------------|
| Chirurgie maxillo-faciale | 00 | 00 | 00 | 00 |
| Chirurgie urologue | 00 | 00 | 00 | 00 |
| Chirurgie orthopédiste | 88 | 27 | 22 | 137 |
| Chirurgie gynécologique | 00 | 1160 | 00 | 1160 |
| Total | 446 | 1550 | 341 | 2337 |
| Total général | 2794 | | | |

Activité du plateau technique :

| | Examen de laboratoire | Examens radiologiques | | |
|---|-----------------------|-----------------------|-------------|-------------|
| | | RX | ECG | Echographie |
| Malades hospitalisés | 69376 | 2827 | 2093 | 51 |
| Urgences médicales chirurgicales | 41243 | 25639 | 2998 | 141 |
| Centre d'hémodialyse | 9023 | 99 | 00 | 00 |
| Malades externes | 2875 | 449 | 00 | 00 |
| Total | 132517 | 29014 | 5091 | 192 |

Activité de la maternité :

| Année | Activité | Nombre d'accouchement par césariennes | Nombre d'accouchement | Nombre de curetages | Nombre d'avortements |
|-------|-----------|---------------------------------------|-----------------------|---------------------|----------------------|
| 2015 | Maternité | 1160 | 3245 | 00 | 244 |

N.B. : Lancement des consultations des différentes disciplines (pédiatrie, endocrinologie et pneumo-phtisiologie) au niveau des chefs des lieux des EPSP de Tazmalt et Seddouk à compter du 1^{er} mars 2016, en plus des consultations déjà assurées au niveau de l'ancien hôpital d'Akbou qui relève de l'EPSP de Tazmalt.

- Réalisation d'un nouveau bloc composé R+2 étages qui sera incessamment fonctionnel.

VI- Présentation des outils utilisés :

A- Le guide d'entretien semi-directif :

Donc l'entretien semi-directif représente un outil indispensable et irremplaçable pour avoir accès aux informations subjectives des individus.

Dans le cadre de notre étude nous avons fait référence à l'entretien semi-directif, dans le but d'obtenir les informations recherchés au près des urgences. Un guide d'entretien semi-directif, en vu d'apporter des réponses à la problématique de confirmer ou d'infirmer les hypothèses de notre recherche. Le guide d'entretien de notre recherche est constitué de quatre axes :

Le premier axe : est une identification personnelle du cas à traiter qui comporte le prénom, l'âge, le sexe, la situation matrimoniale ainsi que le diplôme obtenu.

Le deuxième axe : consiste à tirer des informations sur le climat de travail de nos cas

Le troisième axe : cet axe concerne les caractéristiques de la profession et si surcharge y'en a

Le quatrième axe : quant à lui se tend sur le côté vie privé et le climat familial de nos cas.

B- Présentation et description de l'échelle (MBI) :

Le (MBI) représente le premier outil utilisé dans notre recherche, élaboré par Christina MASLACH et Suzan Jackson en 1981, cet instrument a été choisi car il représente actuellement l'outil de mesure de l'épuisement professionnel le plus fiable et le plus utilisé pour estimer la présence de ce syndrome chez des personnes en situation de travail dans un but de diagnostic.

L'inventaire MBI se présente sous forme d'un tableau à deux colonnes et d'un entête qui comprend la consigne d'utilisation et la façon de répondre.

-La colonne de gauche :

Cette colonne comprend les différents items de l'inventaire MBI qui sont au nombre de 22, leur conception se fait sur le mode de l'auto-évaluation que chacun des enquêtés apporte selon son tempérament et sa situation contextuelle.

-La colonne de droite :

C'est celle des fréquences, elle contient des chiffres allant de 0 à 6 (de jamais à chaque jour) et un code numérique expliqué dans la consigne qui va traduire une échelle de fréquences graduelles.

-Les trois volets de l'échelle :

Les 22 items de l'inventaire décrivent des états émotionnels, des impressions et des sentiments positifs et négatifs alternativement répartis sur trois volets correspondant aux trois dimensions du syndrome du burn-out à savoir :

Volet 1 : L'épuisement émotionnel qui est évalué à l'aide de 9 items : 1-2-3-6-8-13-14-16-20.

Volet 2 : La déshumanisation et/ou la dépersonnalisation, évaluée à l'aide de 5 items : 5-10-11-15-22.

Volet 3 : Le manque ou la diminution de l'accomplissement personnel évaluée à l'aide de 8 items : 4-7-9-12-17-18-19-21.

VII- La cotation :

Un protocole de cotation accompagne le (MBI) qui a pour principe le calcul des scores qu'on obtient par l'addition des chiffres encadrés qui représente les réponses de l'enquêté aux items composant le (MBI). Cette opération aboutit à trois scores qui traduisent trois degrés des dimensions de l'épuisement.

VIII- L'évaluation :

L'évaluation des scores obtenus s'effectue en faisant le rapport avec les normes établies par MASLACH et ces collaborateurs (1981) comme suit :

| Dimensions Niveau | Dimensions du (MBI) | | |
|----------------------|-----------------------|--|------------------------------------|
| | Epuisement émotionnel | Déshumanisation et/ou Dépersonnalisation | Manque d'accomplissement personnel |
| Elevé | >à 30 | >à 12 | >à 33 |

| | | | |
|--------|------------|------------|------------|
| Modéré | De 18 à 29 | De 06 à 11 | De 34 à 39 |
| Bas | < à 17 | < à 5 | < à 40 |

Tableau n°1 : Tableau représentatif de l'évaluation de l'échelle du (MBI)

On dit que le burn-out est élevé si le sujet obtient un niveau pathologique pour trois scores à l'échelle du MBI (c'est-à-dire pour toutes les dimensions).

On dit que le burn-out est modéré si le sujet obtient un niveau pathologique pour deux scores à l'échelle du MBI (c'est-à-dire pour deux dimensions).

On dit que le burn-out est faible si le sujet obtient un niveau pathologique pour seulement un des trois scores à l'échelle du MBI.

On dit que le burn-out est nul si le sujet n'obtient aucun niveau pathologique pour trois scores à l'échelle du MBI (c'est-à-dire pour toutes les dimensions).

- Synthèse

Ce chapitre méthodologique est donc représenté comme la démarche à suivre pour le bon déroulement de notre travail de recherche. En effet, nous avons illustré ici les différentes méthodes que nous avons utilisé dans notre travail de recherche, notre échantillon d'étude ainsi que les outils d'investigation qui ont servit afin d'infirmer ou confirmer nos hypothèses de départ.

Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

-Préambule

- I- Présentation et analyse des résultats de l'échelle (MBI)
- II- Discussion des hypothèses

-Synthèse

Préambule :

Après la présentation du chapitre de la méthodologie de la recherche, celui-ci sera destiné à la présentation des cinq cas que nous avons étudiés qui ont accepté de répondre à nos questions et qui ont bien assimilé la passation de l'échelle du (MBI) pour que les résultats obtenus soient fiables.

I- Présentation et analyse des résultats :

Notre stage pratique de recherche s'est déroulé au sein de **l'établissement public hospitalier** d'AKBOU auprès d'un échantillon de (05) médecins dans l'objectif de mesurer leurs degrés d'épuisement professionnel.

Pour les besoins de notre recherche, nous avons posés quelques questions simples pour connaître les informations personnelles des cinq médecins. Après que nous aillons obtenus les réponses nécessaires, nous avons distribués l'échelle du MBI (Maslach Burnout Inventory).

Le cas 01 : Mr. N

***Présentation du cas :**

Mr. N, âgé de 42 ans est un homme marié, père de trois (03) enfants dont un (01) garçon et deux (02) filles, titulaire d'un doctorat en médecine. Il a 8 années de travail et d'expérience au sein de cet EPH.

Concernant le climat dans lequel il exerce sa profession, il nous cite qu'il partage de très bonnes relations de travail avec le personnel de l'hôpital et que le respect est mutuel, il nous informe que la collaboration est au vert entre lui et ses collègues de travail. Par contre concernant les conditions dans lesquelles il exerce sa profession il nous dira qu'elles sont difficiles et tendues vis-à-vis de l'urgence à laquelle il fait face. Surtout tout le personnel soignant a été dépassé par les événements puisqu'ils ont vu à la hausse la charge de travail ainsi que les tâches qu'ils devaient faire, ce qui est dû à la crise sanitaire qui a touché particulièrement leur secteur.

En ce qui concerne la surcharge de la profession, il nous informe qu'il est contraint de travailler tout les jours de la semaine, soit un volume horaire de 50 heures par semaine, et ses tâches consistent à faire des consultations et la prise en charge des personnes porteuses ou pas du Coronavirus.

Tandis que dans sa vie privée il n'a fait que profiter de rester aux côtés de sa petite famille et profiter de son temps de repos avant que son devoir de sauver des vies le rappelle. Il nous dira aussi qu'il a une moyenne de sommeil de 7h et quel sommeil ! Pas des meilleurs, ni un sommeil profond ni réparateur puisque il a tout le temps été perturbé à cause de la COVID-19.

***Présentation et analyse de l'échelle MBI :**

| Dimension d'épuisement professionnel | Score | Niveau de chaque dimension | Score moyen d'épuisement | Niveau d'épuisement |
|--------------------------------------|-------|----------------------------|--------------------------|---------------------|
| Epuisement émotionnel | 17 | Bas | 15,33 | Faible |
| Dépersonnalisation | 01 | Bas | | |
| Accomplissement personnel | 28 | Elevé | | |

Tableau n°2 : Résultats de l'échelle d'épuisement professionnel (MBI)

Le tableau présenté ci-dessus résume les résultats obtenus par Mr. N à l'échelle du (MBI), nous informe que l'épuisement professionnel chez ce premier cas est présent à une faible moyenne puisque il n'a obtenu un résultat élevé qu'à une seule dimension qui est l'accomplissement personnel.

Que ce soit émotionnellement, le score de notre cas est de 17 ce qui présente un niveau bas de son épuisement

Au niveau de sa dépersonnalisation il obtient un score de 01 qui est un score inférieur à 05 qui est la moyenne pour cette dimension

En ce qui concerne l'accomplissement personnel de notre premier cas, c'est là que son épuisement réside, puisque le fait de faire face à la demande des différents patients qu'il reçoit quotidiennement n'est pas une tâche facile ajouter à cela la peur que le virus a pu infliger au gens. Il n'est pas donné à n'importe qui de garder son calme dans ces conditions.

***Synthèse sur le cas N° 01 :**

En guise de conclusion pour notre premier cas, on note ainsi un degré d'épuisement professionnel faible, selon notre analyse, cet état est dû principalement à la surcharge de travail, la diversité des tâches à accomplir, ainsi qu'à l'environnement relationnel, à cela s'ajoute-le manque de repos qui est une nécessité dans son domaine.

Le cas 2 : Mr. G

*Présentation du cas :

Mr. G, âgé de 45 ans, est un homme marié, père de trois (03) enfants dont deux (02) garçons et une (01) fille, titulaire d'un diplôme en Pneumologie. Il a six (06) ans à son actif au sein de cet EPH.

On a d'abord parlé de son climat de travail pendant la crise du Coronavirus, il nous dira sur cet axe là que ses relations au sein de cet établissement varient avec le personnel, puisque des fois le courant passe à merveille entre lui et ses collègues et des fois le climat est défaillant. Il nous explique qu'il a des collègues avec lesquelles il est amical et des autres avec lesquelles il se contente d'être professionnel. Concernant les conditions de travail il nous informe qu'elles sont difficiles et que cela est dû au changement répétitif du personnel à cause de la crise, qu'il y a un manque énorme de consommables médicales ainsi que des moyens de protection et que surtout il est tellement difficile d'avoir un avis de réanimateur.

Dans un autre côté, il exerce pour une moyenne de 50 heures par semaine, chose qui n'est pas des plus faciles, et qu'il s'occupe de la prise en charge des malades COVID-19 en faisant des consultations ainsi que des tests de prélèvement PCR. Il dénonce la surcharge des activités qu'il doit accomplir au sein de l'établissement et la pression hebdomadaire à laquelle il doit faire face. Il dit que malgré que le travail soit trop épuisant ça ne l'empêche pas d'avoir une volonté d'enfer d'accomplir sa mission

Dans sa vie privé, il se contente de rentrer chez lui et de s'occuper de sa petite famille en faisant l'essentielle des tâches familiales qu'il doit accomplir. Pour son sommeil, il dort une moyenne de 6 heures qui est d'une qualité plus au moins moyenne et il ne nous a signalé aucune plainte somatique.

*Présentation et analyse de l'échelle MBI :

| Dimension d'épuisement professionnel | Score | Niveau de chaque dimension | Score moyen d'épuisement | Niveau d'épuisement |
|--------------------------------------|-------|----------------------------|--------------------------|---------------------|
| Epuisement émotionnel | 18 | Modéré | 21 | Faible |
| Dépersonnalisation | 03 | Bas | | |
| Accomplissement personnel | 42 | Bas | | |

Tableau n°3 : Résultats de l'échelle d'épuisement professionnel (MBI)

Ce tableau résume les résultats obtenus par Mr. G, et nous montre que notre deuxième cas présente un niveau d'épuisement faible puisque il n'a qu'un seul niveau modéré de l'épuisement et ça concerne l'épuisement émotionnel.

Niveau dépersonnalisation le monsieur a un niveau d'épuisement bas puisque il traite les patients de façon égale, pas comme si ils étaient des objets ou qu'il faisait ses tâches juste pour avoir un salaire à la fin du mois. Au contraire il est conscient de la tâche qu'il doit accomplir et il la fait avec brio et fierté du devoir accompli une fois rentré chez lui.

Il ne présente pas aussi un épuisement au niveau de son accomplissement personnel et cela est dû au poste qu'il occupe au sein de l'établissement.

***Synthèse du cas N°2 :**

On note que notre cas présente un niveau d'épuisement modéré dans la dimension d'épuisement émotionnel, cela peut se comprendre vu le nombre de tâches qu'il a à effectuer. Il se sent à bout à la fin de sa journée de travail, et comme on dit ceci explique cela vu le nombre de choses qu'il a accompli et le nombre de patients auxquels il doit faire face chaque jour. Travailler avec les gens chaque jour demande des efforts colossaux ; ajouter à cela la crise et la peur qu'elle endure aux simples citoyens il est dans l'obligation de donner des réponses aux ambiguïtés des gens qui ne comprennent pas ce qui leur arrivent !

Le cas 3 : Mr. M

***Présentation du cas :**

Mr. M, âgé de 53 ans, est un homme marié père de deux (02) garçons, titulaire d'un doctorat en médecine travaille depuis 08 ans au sein de notre lieu de recherche (E.P.H d'Akbou).

Il nous informe qu'il travaille dans une relation de collaboration avec ses collègues, et que des fois il existe un peu de désagrément qui est dû à la surcharge des tâches. Malgré cela rien ne l'empêche d'avoir de relations consolidées avec ses collègues puisque il nous dit qu'ils travaillent main dans la main et qu'il y a un grand esprit de solidarité entre eux. Par contre les conditions dans lesquelles il se charge de sa profession sont sévères puisqu'ils sont contraint de faire face à une nouvelle maladie, qu'ils n'arrivent pas à prévenir des complications du virus, quels sont les types de prélèvements fallait-il faire pour connaître ce virus surtout qu'il y avait indisponibilité du scanner.

Il exerce pour une moyenne horaire de 50 heures par semaine lui aussi, ses tâches pendant la crise consistaient à la coordination avec le service spécialisé COVID, à faire des consultations, des tests PCR et faire un suivi des malades au service chargé. Et pour toutes ces tâches il se contente de commenter qu'elles sont trop chargées pour un médecin hospitalier, et que ça dépasse ses capacités personnelles.

Tandis que dans sa vie privée, il essaye de décompresser au maximum de la situation de crise que vit le monde et cela, en essayant d'aller à la montagne, en faisant du jardinage, en partant au village ou en s'occupant simplement des tâches journalières de la vie de famille. Il nous dira ainsi sur son sommeil qu'il a une moyenne de 7 à 8 heures par nuit mais qu'il souffre d'insomnies et que ça lui arrive de rêver des patients qu'il a eu à côtoyer au sein de l'E.P.H.

***Présentation et analyse de l'échelle (MBI) :**

| Dimension d'épuisement professionnel | Score | Niveau de chaque dimension | Score moyen d'épuisement | Niveau d'épuisement |
|--------------------------------------|-------|----------------------------|--------------------------|---------------------|
| Epuisement émotionnel | 22 | Modéré | 20,67 | Modéré |
| Dépersonnalisation | 02 | Bas | | |
| Accomplissement personnel | 38 | Modéré | | |

Tableau n°4 : Résultats de l'échelle d'épuisement professionnel (MBI)

Ce tableau résume les résultats obtenus par Mr. M, on remarque que notre troisième cas présente un épuisement professionnel modéré dans deux dimensions.

Au score de l'épuisement émotionnel il obtient un total de 22 qui est la moyenne pour cette dimension, et ça veut dire qu'il se sent fatigué émotionnel de temps à autres avec le fait d'aller chaque jour affronter des patients exigeants chose qui peut amener à une frustration émotionnelle.

Côté dépersonnalisation, il présente un niveau bas, ce qui explique qu'il traite tous les patients de la manière adéquate et qu'il ne les considère pas autre chose que ce qu'ils sont réellement.

En ce qui concerne la dimension d'accomplissement personnel, notre cas se sent de temps à autres fatigué de la demande journalière des patients à ce qu'ils

soient tous traités de manière rapide et comme si l'hôpital était un remède magique à leurs maux.

***Synthèse du cas N°3 :**

Comme synthèse de notre troisième médecin questionné, nous remarquons que la demande des patients fini par agacer le personnel chargé de les prendre en soin et de leur expliquer la situation dans laquelle ils sont ! Il faut savoir que la pandémie qui frappe toute la communauté mondiale est nouvelle pour toute l'organisation de santé à travers le monde et que ce n'est pas de leur ressort de donner des explications aussi précises sur le Coronavirus.

Le cas 4 : Mme. N

***Présentation du cas :**

Notre première femme qui a eu l'amabilité de nous offrir de son temps pour lui poser notre guide d'entretien ainsi que l'échelle (MBI) qui va avec notre recherche n'est autre qu'une certaine Mme. N, une femme célibataire âgée de 56 ans, titulaire d'un diplôme en médecine générale et qui exerce au sein de l'hôpital depuis 6 ans déjà.

Pour son climat de travail, elle nous dira qu'elle partage une relation de collaboration et professionnelle pure avec tout le reste du personnel médical hospitalier. Les conditions dans lesquelles elle exerce sa profession sont à l'image du pays nous citera-t-elle, en d'autres termes elles sont médiocres.

Elle travaille pour une moyenne de 50 heures par semaine elle aussi, elle se contente de traiter les malades COVID-19 ; elle commente qu'il y a eu trop de pression sur tout le personnel chargé de faire face à la pandémie, chose qui lui cause du stress.

Elle fait des tâches ménagères à la maison et elle ne dort que 4 heures en moyenne puisque son sommeil n'est pas réparateur et qu'elle a une qualité de sommeil intermittente.

***Présentation et analyse de l'échelle (MBI) :**

| Dimension d'épuisement professionnel | Score | Niveau de chaque dimension | Score moyen d'épuisement | Niveau d'épuisement |
|--------------------------------------|-------|----------------------------|--------------------------|---------------------|
| Epuisement émotionnel | 46 | Elevé | 28,66 | Modéré |
| Dépersonnalisation | 09 | modéré | | |

| | | | | |
|---------------------------|----|-------|--|--|
| Accomplissement personnel | 31 | Elevé | | |
|---------------------------|----|-------|--|--|

Tableau n°5 : Résultats de l'échelle d'épuisement professionnel (MBI)

Le tableau présenté ci-dessus résume les résultats obtenus par Mme. S à l'échelle du (MBI), nous informe sur le niveau de l'épuisement émotionnel élevé lié à l'incessante fatigue témoignée par la nature même du travail.

A cela s'ajoute un niveau modéré dans la dimension de dépersonnalisation étant donné le manque d'investissement de Mme. N envers ses patients

En ce qui concerne la dimension de l'accomplissement personnel, le niveau élevé de celui-ci reflète un réel doute au niveau de ses capacités à assumer sa tâche et à être sûr de pouvoir la mener à bien.

***Synthèse sur le cas N° 04 :**

En guise de conclusion pour notre quatrième cas, on note ainsi un degré d'épuisement professionnel modéré, selon notre analyse, cet état est dû principalement à la surcharge de travail, la diversité des tâches à accomplir, ainsi qu'à l'environnement relationnel, à cela s'ajoute-le manque de repos qui est une nécessité dans son domaine.

Le cas 5 : Mr. F

***Présentation du cas :**

Notre dernier cas, Mr. F est un homme marié âgé de 58 ans et titulaire d'un doctorat en médecine. Et médecin du service hémodialyse depuis 11 ans.

Ses relations avec tout le personnel de l'hôpital sont strictement professionnelles ; il exerce dans des conditions difficiles et fait face à un manque énorme de moyens matériels.

Il travaille pour une moyenne de 48 heures par semaine et se charge de faire des visites médicales quotidiennes pour les patients touchés par le virus, il s'occupe aussi de la gestion du personnel et du matériel et de la consultation médicale. Il trouve qu'il y a trop de pression sur lui et tout le personnel, et trop de travail à faire.

Il dort pour une moyenne de 7 heures par nuit et il n'a pas de plainte à nous faire sur sa qualité de sommeil tandis qu'il s'occupe des tâches à faire une fois rentré à la maison.

***Présentation et analyse des résultats de l'échelle (MBI) :**

| Dimension d'épuisement professionnel | Score | Niveau de chaque dimension | Score moyen d'épuisement | Niveau d'épuisement |
|--------------------------------------|-------|----------------------------|--------------------------|---------------------|
| Epuisement émotionnel | 46 | Elevé | 36 | Modéré |
| Dépersonnalisation | 22 | Elevé | | |
| Accomplissement personnel | 40 | Bas | | |

Tableau n°6 : résultats de l'échelle d'épuisement professionnel (MBI)

Les données du tableau ci-dessus nous donnent les résultats de Mr. F à l'échelle du (MBI), on constate, en effet, que le niveau de la dimension de l'épuisement émotionnel est élevé, signe d'un manque d'énergie et de force au travail, ce qui vide et épuise les ressources émotionnelles.

S'ajoute à cela un niveau toute aussi élevé dans la dimension de dépersonnalisation, ce qui démontre une certaine réserve et une limite quant à ses relations avec ses collègues et les patients qu'il prend en charge, il se contrôle au niveau relationnel dans le but de ne pas trop s'attacher par peur d'être déçu.

Enfin un niveau bas dans la dimension de l'accomplissement personnel, ce qui renvoie à une forte confiance en soi, vis-à-vis des exigences des patients, malgré le score élevé dans les deux dimensions précédentes.

***Synthèse sur le cas N°05 :**

En tant que synthèse de ce cas, il est nécessaire de mentionner que Mr. F, est touché par un épuisement professionnel avec un degré modéré, cela renvoie à maints facteurs, qui cause cet état, parmi eux : l'état de santé mentale du médecin vis-à-vis des exigences de ces tâches dans son travail, la fatigue corporelle et mentale du métier, ainsi que l'environnement de travail en général.

II- Discussion des hypothèses :

Cette dernière partie va nous permettre de procéder à une discussion des hypothèses émises au départ et sur l'éventuelle possibilité d'être confirmé ou infirmé. À travers l'analyse des résultats obtenus lors de l'administration de

l'échelle de l'épuisement professionnel MBI (Maslach burnout inventory), qui ont été passées lors de notre stage au sein de **l'établissement public hospitalier d'Akbou**.

Les hypothèses émises au départ sont en nombre de trois, nous allons commencer par la première hypothèse qui suppose que les médecins exerçant à l'E.P.H d'AKBOU présentent des symptômes d'épuisement professionnel

Et d'après nos constatations nous sommes dans la mesure de dire que notre population d'étude est entièrement touchée par le syndrome d'épuisement professionnel et ces constatations sont basées sur les résultats de l'échelle du MBI (Maslach Burnout Inventory) qui démontre le degré de ce syndrome.

Nos cinq cas manifestent un épuisement professionnel avec un degré faible, modéré et même élevé chez un cas. Dont (01) cas (15,33) ; (02) cas (21) ; (03) cas (20,87) ; (04) cas (28,66) et le dernier (05) cas (36). On remarque que notre échantillon doit prévenir de ce mal être au travail.

De ce fait, les résultats obtenus à l'échelle du (MBI) durant notre pratique nous permettent de **confirmer** notre première hypothèse.

Notre deuxième hypothèse suppose que le burn-out chez les médecins est présent à un taux élevé

En regardant les résultats obtenus par notre échelle de mesure (MBI) nous notons que le taux d'épuisement professionnel affiché chez nous cinq (05) cas diffère d'un cas à un autre.

On note sa présence avec un taux faible chez nos deux premiers cas ainsi qu'un taux modéré chez nos trois autres cas

Ces résultats obtenus lors de notre pratique et de la passation de notre test nous permettent ainsi d'**infirmer** notre deuxième hypothèse puisque on n'a pas pu découvrir un taux d'épuisement élevé chez aucun de nos cas traités.

Notre troisième et dernière hypothèse quant à elle suppose que la covid-19 a été le facteur déclenchant des symptômes du burn-out chez nos médecins étudiés.

Par ailleurs, nos questions précises sur ce volet de recherche nous ont permis d'arriver à **infirmer** notre hypothèse. L'épuisement professionnel chez cette catégorie de travailleur existe bien avant l'arrivée de cette pandémie puisque ils sont souvent confrontés à des tâches difficiles quotidiennement.

Synthèse

Notre étude faite sur le syndrome de l'épuisement professionnel chez les cinq médecins de l'hôpital nous a permis d'avoir des résultats et cela grâce à notamment l'échelle du MBI que nous leur avons distribués. A la fin, ces résultats viennent répondre aux hypothèses de départ pour qu'on puisse les infirmer ou les confirmer dans ce chapitre dédié spécialement à cette discussion.

Conclusion générale :

En guise de conclusion nous affirmons que l'épuisement professionnel ou le Burnout frappe un nombre grandissant de personnes. Ses facteurs sont généralement liés aux stress dans le contexte du travail et à son environnement psychologique et social.

La pandémie de Covid-19 a fait peser un stress supplémentaire sur la profession médicale, qui subit déjà un taux élevé d'épuisement professionnel, elle a radicalement modifié les conditions de travail, ce qui entraîne un risque accru chez les médecins : l'isolement physique, l'augmentation de la demande de soins, la pénurie d'équipement de protection individuelle et d'autres ressources cruciales, le risque constant d'infection,...

Les médecins plus particulièrement dans les urgences sont souvent en forte interaction avec autrui et demande d'eux une assez grande responsabilité devant les patients pendant la pandémie de la Covid-19.

Les activités de ces médecins au sein de l'établissement hospitalier public peuvent mener à un épuisement professionnel, qui est mis en évidence par le nombre de cas élevé des contaminations par le virus du coronavirus, à savoir l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation ou la déshumanisation ainsi que le manque d'accomplissement personnel.

Pour pouvoir alors étudier l'épuisement professionnel chez les médecins, nous avons effectué une recherche au sein de l'EPH AKLOUL ALI d'Akbou.

Nous avons mesuré son niveau à l'aide d'une échelle qui s'intitule le MBI (Maslach Burnout Inventory). Cet instrument nous a entièrement suffi pour vérifier nos hypothèses pour ensuite les confirmer ou infirmer.

Nous avons remarqués à partir des résultats collectés depuis notre étude que l'ensemble des médecins étudiés présentent un épuisement professionnel avec degrés différents, d'un médecin à un autre.

Nous avons aussi constatés à partir des résultats que les médecins présentent des niveaux pathologiques dans les différentes dimensions du syndrome que ce soit dans l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation ou même le manque d'accomplissement personnel.

Cela étant dit, les résultats obtenus restent liés aux médecins exerçant dans **l'établissement hospitalier public d'Akbou** et cela ne peut être généralisé sur l'ensemble de la population des médecins.

Pour finir, on dira que comme toute pathologie l'épuisement professionnel peut être amélioré voir évité. Quelques solutions peuvent être envisagées pour les différents problèmes de santé qui ont été constatés et qui sont liés directement aux conditions de travail des psychologues telles que :

-Engager des discussions avec ses collègues et son supérieur sur l'organisation du travail, tenter de trouver des changements profitables pour tous.

-Bien s'entourer et discuter avec ses proches des difficultés vécues au travail afin de se sentir soutenues et encourager.

-Essayer de mettre en place des stratégies pour ne pas se laisser déborder par le travail, savoir dire non lorsqu'on vous demande trop, accepter de faire son travail correctement mais pas toujours à la perfection.

-Maintenir des activités hors du travail telles que les activités sportives, loisirs, passions, sortie entre amis notamment qui peuvent permettre de se déconnecter de cette sphère professionnelle.

-Organiser des thérapies de relaxation, de méditation et de coaching.

Ces quelques solutions préventives peuvent être à l'origine d'une amélioration voir d'un évitement d'un état d'épuisement professionnel si elles sont suivies et appliquées en cas de besoin.

- Liste bibliographique

Les ouvrages :

-Le burn-out à l'hôpital, le syndrome d'épuisement professionnel des soignant, 5^e édition, Pierre Canoui. Aline Mauranges. Anne Florentin, édition Elsevier Masson, Pages 192, 2015

-Burn-out des solutions pour se préserver et pour agir, édition Les Arenes Eds, Pages 262, 2016.

Les revues :

-La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille, WONCA, Europe, 2002, publiée avec l'assistance et la coopération du Bureau Européen de l'OMS, Barcelone, Espagne.

-Article original, La crise Covid a-t-elle submergé les barrières de sécurité du système de santé ? Philippe Cabarrot. Marier Coniel. Frédérique Haniquaut. Rachid Faurali. Claire Morgand. Catherine Grenier, direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (DAQSS) (HAS), France, Volume 17, N°4, 2020.

Les thèses :

- L'épuisement professionnel chez les sages-femmes de la maternité de *Targua Ouzemour* de Bejaia. Année universitaire : 2012/2013.

Les Mémoires :

-Le burn-out chez les médecins urgentistes du CHU de Béjaia. Année Universitaire : 2016/2017



Annexes

Annexe A :

Echelle d'épuisement professionnel MBI (Maslach Burnout Inventory)

Dans le cadre de notre étude universitaire portant sur le thème de l'épuisement professionnel chez les psychologues du centre psychopédagogique des enfants inadapté mentaux, cette échelle ci-dessous représente l'outil de mesure que nous allons utiliser a des fins de recherche et qui doit être remplis par votre soin. Nous sollicitant alors votre aide et nous vous demandant alors de bien vouloir reprendre aux items par la fréquence qui lui convient :

Jamais=0 / quelque fois par an au moins=1 / chaque mois=2 /quelque fois par mois=3 / chaque semaine=4 / quelque fois par semaine=5 / chaque jour=6.

| Fréquence items | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 1-je me sens émotionnellement vide(e) par mon travail | | | | | | | |
| 2-je me sens à bout a la fin de ma journée de travail | | | | | | | |
| 3-je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail | | | | | | | |
| 4-je peux comprendre facilement ce que mes patients ressentent | | | | | | | |
| 5-je sens que je m'occupe de certains patients de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets | | | | | | | |
| 6-travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort | | | | | | | |
| 7-je m'occupe très efficacement des problèmes de mes patients | | | | | | | |
| 8-je sens que je craque à cause de mon travail | | | | | | | |
| 9-j'ai l'impression, a travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 10-je suis devenu(e) plus insensible aux gens de puis que j'ai ce travail | | | | | | | |
| 11- je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement | | | | | | | |
| 12-je me sens plein(e) d'énergie | | | | | | | |
| 13- je me sens frustré(e) par mon travail | | | | | | | |
| 14-je sens que je travail « trop dur » dans mon travail | | | | | | | |
| 15-je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes patients | | | | | | | |
| 16-travailler en contacte direct avec les gens me stress trop | | | | | | | |
| 17-j'arrive facilement a créer une atmosphère détendue avec mes patients | | | | | | | |
| 18-je me sens ragaillardie(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes patients | | | | | | | |
| 19-j'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail | | | | | | | |
| 20-je me sens au bout du rouleau | | | | | | | |
| 21-dans mon travail, je traite des problèmes émotionnels très calmement | | | | | | | |
| 22-j'ai l'impression que mes patients me rendent responsable de certains de leur problèmes | | | | | | | |

Résumé :

La pandémie du coronavirus (COVID-19) a provoqué une crise sanitaire majeure et mis en quarantaine la moitié de la population planétaire. Elle a provoqué une réorganisation en urgence de l'offre de soins mobilisant les soignants dans un climat d'incertitude. Des facteurs organisationnels peuvent être source de stress : déficit d'équipement de protection individuel, réaffectation de postes, manque de matériels de soins, bouleversement de la vie quotidienne familiale et sociale. Les soignants, les personnels médico-sociaux et plus largement les intervenants du milieu de la santé sont en première ligne depuis le début de l'épidémie. Ils sont soumis à de multiples facteurs stressants voire traumatisants. Anxiété et épuisement peuvent générer une souffrance psychique, allant jusqu'à provoquer des symptômes dépressifs avec un risque suicidaire ou des troubles de stress post-traumatique qui sont à-même de perdurer après la crise.

Abstract :

The coronavirus disease (COVID-19) pandemic has caused a major health crisis and quarantined half of the world's population. It provoked an urgent reorganization of the healthcare supply, mobilizing caregivers in a climate of uncertainty. Organizational factors can be a source of stress: lack of personal protective equipment, reassignment of jobs, lack of care materials, disruption of daily family and social life. Caregivers, medico-social workers and more broadly those working in the health sector have been on the front line since the start of the epidemic. They are subjected to multiple stressful and even traumatic factors. Anxiety and exhaustion can generate psychological distress, going as far as causing depressive symptoms with a risk of suicide or post-traumatic stress disorder which may persist after the crisis.