



جامعة بجاية  
Tasdawit n Bgayet  
Université de Béjaïa

Université Abderrahmane Mira de Bejaia

Faculté des Sciences humaines et Sociales

Département de Psychologie et d'Orthophonie

## MÉMOIRE DE FIN DE CYCLE

En vue de l'obtention du diplôme de Master en Psychologie

Option: Psychologie Clinique

### *Thème*

## **Vécu du métier de sage-femme en Algérie**

-Étude du burn-out et du traumatisme secondaire chez dix-huit (18) cas à l'hôpital Akloul Ali Akbou

**Présenté par**

AKKOUCHE Nouredine

BENBELAID Mokrane

**Encadré par**

Mme BENAMSILI Lamia

**Année universitaire : 2021/2022**

## Remerciements

*Nous voudrions dans un premier lieu témoigner toute notre gratitude et reconnaissance à notre encadrant madame BENAMSILI Lamia, nous la remercions d'avoir accepté de nous encadrer, pour sa bienveillance, sa spontanéité et son investissement et ses valeureux conseils qui nous ont toujours été utiles, et qui nous a fourni les outils nécessaires pour qu'on puisse réaliser ce modeste travail.*

*Nous tenons à exprimer notre profond respect aux membres du jury de nous faire l'honneur de consacrer de leur temps pour évaluer ce travail.*

*Nous tenons également à remercier Mme HAMIMI la psychologue du service de maternité de l'EPH d'AKBOU, qui a fait en sorte de nous offrir un cadre convenable pour le bon déroulement de ce travail, ainsi que tout le service de maternité, ils nous ont accueillis avec bienveillance et leur aide était précieuse dans la réalisation de ce travail*

*Un grand merci aux sujets de recherche qui nous ont acquiescé leur consentement pour effectuer ce travail, qui ont montré un grand intérêt pour notre travail et nous ont accordé de leur temps précieux.*

*Enfin nous tenons à exprimer notre gratitude à nos familles qui n'ont jamais fléchi et nous ont toujours soutenu pendant la réalisation de ce travail et à tout ceux qui nous ont aidé de près ou de loin.*

*« Peu de choses sont impossible à qui est assidu et compétent...les grandes œuvres jaillissent non de la force mais de la persévérance ». Samuel Johnson.*

## **Dédicases**

*C'est avec une grande émotion que je dédie ce modeste travail à toute ma famille.*

*À mon défunt père que je n'ai pas eu le privilège de connaître, de là où tu es, sache que ton fils a réussi.*

*À ma chère mère qui a voué sa vie pour moi, et a joué le rôle des deux parents dans ma vie, et qui m'a fait savoir à quel point une femme peut être forte.*

*À mes chers oncles et cousins qui m'ont toujours soutenu et qui m'ont donné de valeureux conseils.*

*À ma très chère SONIA qui m'a toujours aidé dans les moments difficiles et a toujours su me motiver.*

*À mon binôme MOKRANE qui a partagé avec moi les diverses entraves pendant la réalisation de ce travail.*

*Enfin à mes chers amis Lyes, Samir, Belaid, Salim, Louhab, Wassim je vous remercie pour la bonne humeur, la présence et le soutien que vous m'avez apportés.*

*AKKOUCHE noureddine*

## **Dédicaces**

*Je dédie ce modeste travail :*

*À mes très chers parents qui ont toujours été là pour moi pour me soutenir corps et âme, et qui m'ont appris que l'unique trésor d'un homme est le savoir.*

*À mes très chères sœurs, qui ont témoigné de la compréhension, de la générosité, et de l'amour à mon égard.*

*À toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce travail.*

*À mon binôme NOUREDDINE qui a partagé avec moi les différents obstacles pendant la réalisation de ce travail.*

*Un grand merci à toutes les personnes qui m'aiment du fond du cœur*

*BENBELAID mokrane*



## Table des matières

Introduction.....

### Partie théorique

#### Chapitre I : Le paramédical et la sage-femme

Préambule.....	4
<b>I. Le paramédical .....</b>	<b>4</b>
1. Historique du paramédical.....	4
2. Définitions du paramédical.....	7
3. La formation paramédicale.....	8
<b>II. La sage-femme.....</b>	<b>8</b>
1. L'historique des sages-femmes.....	8
2. Définitions des sages-femmes .....	11
3. Parcours et formation de la saeg-femme en Algérie.....	12
4. Le rôle de la sage-femme.....	12
4.1. Pendant la grossesse.....	13
4.2. Pendant l'accouchemen.....	14
4.3. Après l'accouchement.....	14
5. Les différents secteurs d'activités de sage-femme.....	15
5.1. En secteur hospitalier.....	15
5.2. En secteur libéral.....	15
6. La complexité du métier de sage-femme.....	16
6.1. Dans le monde.....	16
6.2. En Algérie.....	16
7. Code de déontologie des sages-femmes.....	17
7.1. Exercice libéral.....	17
7.2. Devoirs généraux des sages-femmes.....	18
Synthèse .....	18

## **Chapitre II: Le vécu du métier de sage-femme en Algérie : entre burnout et traumatisme secondaire**

Préambule.....	20
<b>I: Le burnout.....</b>	<b>20</b>
1.Historique du burnout.....	20
2. Définition du burnout.....	22
3. Les différentes appellations du burnout.....	24
3.1. Burn-out syndromes.....	24
3.2. Karoshi.....	24
3.3. Syndrome d'épuisement professionnel.....	24
4. Les manifestations du burn-out.....	25
4.1. Les troubles psychosomatiques.....	25
4.2. Les troubles psychologiques.....	26
4.3. Les conduites à risque.....	26
5. les facteurs de risque.....	26
5.1. Les attitudes de type défensif.....	26
5.2. L'hyperactivités.....	26
6. Diagnostic du burnout.....	28
6.1. Épuisement professionnel et dépression.....	29
6.2. Épuisement professionnel et troubles anxieux.....	29
6.3. Épuisemen professionnel et somatisations.....	30
7. Les trois dimensions du burnout.....	31
7.1. L'épuisement émotionnel.....	31

7.2. La déshumanisation de la relation à l'autre.....	32
7.3. L'accomplissement personnel.....	32
8. Le modèle transactionnel de Cary Cherniss (1980).....	33
9. Les causes du burnout.....	36
9.1. Les causes organisationnelles.....	36
9.2. Les facteurs individuels.....	37
9.3. Les facteurs relationnels.....	38
10. Le burnout chez les soignants.....	38
11. Prévention et traitement du burnout.....	41
11.1. La prévention primaire.....	41
11.2. La prévention secondaire.....	42
11.3. La prévention tertiaire.....	42
<b>II : Le traumatisme secondaire.....</b>	<b>43</b>
1. Historique du concept du traumatisme.....	43
2. Définition du traumatisme.....	44
3. Les différents types de traumatisme psychique.....	45
3.1. Les traumatismes simple et complexe.....	46
3.2. Les traumatismes simple et complexe.....	46
4. L'événement et l'événement traumatique.....	47
4.1. Un événement.....	47
4.2. Événement traumatique.....	47
5. les critères diagnostiques du stress post traumatique.....	48
5.1. Selon le DSM 5.....	48
5.2 Selon la CIM 11.....	50
6. Les facteurs de risque et pronostiques.....	51

6.1. Facteurs pré-traumatiques.....	52
6.2. Facteurs péri-traumatiques.....	52
6.3. Facteurs post-traumatiques.....	52
7. Diagnostic différentiel.....	52
8. Approche cognitivo-comportementale du traumatisme.....	55
8.1. Explication cognitive.....	55
8.2. Explication comportementale.....	56
9. Le traumatisme vicariant.....	57
9.1. Définition du terme vicariant.....	58
9.2. La fatigue de compassion.....	58
9.3. Modèle de transmission du traumatisme de Figley.....	60
10. Prévention du traumatisme secondaire.....	61
<b>III: la santé mentale au travail chez les sages-femmes.....</b>	<b>62</b>
1.La santé mentale au travail chez les sages-femmes.....	62
Synthèse.....	66
<b>Problématique et hypothèses.....</b>	<b>68</b>
<b>Partie pratique</b>	
<b>Chapitre III: La méthodologie de la recherche</b>	
Préambule.....	81
1. Les limites de la recherche.....	81
2. Méthode utilisée dans la recherche.....	82
3. Présentation du lieu de recherche.....	86
4. Groupe de recherche.....	87
4.1. Critères d'inclusion.....	87

4.2. Critères d'exclusion.....	88
5. Outils de recherche.....	89
5.1. L'entretien de recherche.....	89
5.2. La description de l'échelle MBI.....	95
5.2.1. Consigne.....	95
5.2.2. Cotation.....	95
5.2.3. Interprétation .....	96
5.2.4. Fiabilité.....	96
5.3. L'échelle de stress traumatique secondaire (STSS).....	97
5.3.1. Consigne.....	97
5.3.2. Interprétation.....	97
5.3.3. Fiabilité.....	97
6. Déroulement de la recherche.....	98
6.1. La pré-enquête.....	98
6.2. L'enquête.....	103
7. Attitude du chercheur.....	105
8. Difficultés de la recherche.....	106
Synthèse.....	107
<b>Chapitre IV: Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses</b>	
Préambule.....	108
<b>I. Présentation et analyse des résultats.....</b>	<b>108</b>
Cas N°01: Feroudja.....	108
Cas N°02 : Cylia.....	115
Cas N°03 : Souad.....	124
Cas N°04 : Hanane.....	126

Cas N°05 : Chekaba.....	129
Cas N°06 : Nora.....	132
Cas N° 07 : Yasmina.....	135
Cas N°08 : Djamila.....	139
Cas N°09 : Ounissa.....	143
Cas N°10 : Sihem.....	146
Cas N°11 : Kahina.....	149
Cas N° 12: Nassima.....	152
Cas N°13 : Fadhila.....	156
Cas N°14 : Dahbia.....	158
Cas N° 15 : Narimane.....	161
Cas N° 16 : Louiza.....	166
Cas N° 17 : Lynda.....	169
Cas N° 18 : Sabrina.....	173
<b>II. Discussuion des hypothèses.....</b>	<b>176</b>
Synthèse.....	205
Conclusion.....	209
Liste des références.....	213

## **Annexes**

## Liste des tableaux

<b>N° du tableau</b>	<b>Titre</b>	<b>Page</b>
N° 1	Caractéristiques du groupe de recherche.	88
N° 2	Caractéristiques du groupe de la pré-enquête	99
N° 3	Résultats du groupe de la pré-enquête aux questionnaires MBI	101
N° 4	Résultats du groupe de la pré-enquête aux questionnaires STSS	102
N° 5	Résultats du questionnaire de MBI de Feroudja	112
N° 6	Résultats du questionnaire de STSS de Feroudja	113
N° 7	Résultats du questionnaire de MBI de Cylia	121
N° 8	Résultats du questionnaire de STSS de Cylia	122
N° 9	Résultats du questionnaire de MBI de Souad	125
N° 10	Résultats du questionnaire de STSS de Souad	126
N° 11	Résultats du questionnaire de MBI de Hanane	128
N° 12	Résultats du questionnaire de STSS de Hanane	129
N° 13	Résultats du questionnaire de MBI de Chekaba	131
N° 14	Résultats du questionnaire de STSS de Chekaba	131
N° 15	Résultats du questionnaire de MBI de Nora	134
N° 16	Résultats du questionnaire de STSS de Nora	134
N° 17	Résultats du questionnaire de MBI de Yasmina	138
N° 18	Résultats du questionnaire de STSS de Yasmina	139
N° 19	Résultats du questionnaire de MBI de Djamila	141
N° 20	Résultats du questionnaire de STSS de Djamila	142
N° 21	Résultats du questionnaire de MBI de Ounissa	145
N° 22	Résultats du questionnaire de STSS de Ounissa	145
N° 23	Résultats du questionnaire de MBI de Sihem	148
N° 24	Résultats du questionnaire de STSS de Sihem	148
N° 25	Résultats du questionnaire de MBI de Kahina	151
N° 26	Résultats du questionnaire de STSS de Kahina	151
N° 27	Résultats du questionnaire de MBI de Nassima	154
N° 28	Résultats du questionnaire de STSS de Nassima	155
N° 29	Résultats du questionnaire de MBI de Fadhila	157
N° 30	Résultats du questionnaire de STSS de Fadhila	158
N° 31	Résultats du questionnaire de MBI de Dahbia	160

<b>N° 32</b>	Résultats du questionnaire de STSS de Dahbia	160
<b>N° 33</b>	Résultats du questionnaire de MBI de Narimane	164
<b>N° 34</b>	Résultats du questionnaire de STSS de Narimane	165
<b>N° 35</b>	Résultats du questionnaire de MBI de Louiza	168
<b>N° 36</b>	Résultats du questionnaire de STSS de Louiza	168
<b>N° 37</b>	Résultats du questionnaire de MBI de Lynda	171
<b>N° 38</b>	Résultats du questionnaire de STSS de Lynda	172
<b>N° 39</b>	Résultats du questionnaire de MBI de Sabrina	174
<b>N° 40</b>	Résultats du questionnaire de STSS de Sabrina	175
<b>N° 41</b>	Tableau récapitulatif des résultats des sujets du questionnaire MBI	177
<b>N° 42</b>	Tableau récapitulatif des résultats des sujets du questionnaire STSS	188
<b>N° 43</b>	Tableau récapitulatif des résultats des sujets du questionnaire MBI et STSS	199

### Liste des figures

<b>N° de la figure</b>	<b>Titre</b>	<b>page</b>
<b>N°1</b>	Modèle du burnout de Cherniss (1980)	34
<b>N°2</b>	Modèle de transmission du traumatisme de Figley	60

### Liste des annexes

<b>N° de l'annexe</b>	<b>Titre</b>
<b>N° 1</b>	Guide d'entretien semi-directif
<b>N° 2</b>	Questionnaire de Maslach Burnout Inventory (MBI)
<b>N° 3</b>	échelle du stress traumatique secondaire de bride et al 2004
<b>N° 4</b>	Résultats du questionnaire de MBI de Feroudja
<b>N° 5</b>	Résultats du questionnaire STSS de Feroudja
<b>N° 6</b>	Résultats du questionnaire de MBI de Cylia
<b>N° 7</b>	Résultats du questionnaire STSS de Cylia
<b>N° 8</b>	Résultats du questionnaire MBI de Souad
<b>N° 9</b>	Résultats du questionnaire STSS de Souad
<b>N° 10</b>	Résultats du questionnaire MBI de Hanane
<b>N° 11</b>	Résultats du questionnaire STSS de Hanane



N° 12	Résultats du questionnaire MBI Chekaba
N° 13	Résultats du questionnaire STSS de Chekaba
N° 14	Résultats du questionnaire MBI de Nora
N° 15	Résultats du questionnaire STSS de Nora
N° 16	Résultats du questionnaire MBI de Yasmina
N° 17	Résultats du questionnaire STSS de Yasmina
N° 18	Résultats du questionnaire MBI de Djamila
N° 19	Résultats du questionnaire STSS de Djamila
N° 20	Résultats du questionnaire MBI de Ounissa
N° 21	Résultats du questionnaire STSS de Ounissa
N° 22	Résultats du questionnaire STSS de Sihem
N° 23	Résultats du questionnaire STSS de Sihem
N° 24	Résultats du questionnaire MBI de Kahina
N° 25	Résultats du questionnaire STSS de Kahina
N° 26	Résultats du questionnaire MBI de Nassima
N° 27	Résultats du questionnaire STSS de Nassima
N° 28	Résultats du questionnaire MBI de Fadhila
N° 29	Résultats du questionnaire STSS de Fadhila
N° 30	Résultats du questionnaire MBI de Dahbia
N° 31	Résultats du questionnaire STSS de Dahbia
N° 32	Résultats du questionnaire MBI de Narimane
N° 33	Résultats du questionnaire STSS de Narimane
N° 34	Résultats du questionnaire MBI de Louiza
N° 35	Résultats du questionnaire STSS de Louiza
N° 36	Résultats du questionnaire MBI de Lynda
N° 37	Résultats du questionnaire STSS de Lynda
N° 38	Résultats du questionnaire MBI de Sabrina
N° 39	Résultats du questionnaire STSS de Sabrina

## Liste des abréviations

**AP** : Accomplissement personnel.

**APA** : Assistance Publique Algérienne.

**APC** : Assemblée populaire communale.

**BAC** : Baccalauréat.

**BO** : Burnout

**CF** : Compassion fatigue.

**CHU** : Centre hospitalier universitaire.

**CIM** : Classification internationale des maladies.

**CINAHL** : Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature.

**CISS** : Inventaire de coping pour situations stressantes.

**CPI** : Copenhague Burnout Inventory questionnaire.

**DP** : Dépersonnalisation.

**DSM** : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manuel Diagnostique et Statistique de troubles mentaux).

**EE** : Epuisement émotionnel.

**EFPM** : Ecole de formation paramédical.

**EPH** : établissement public hospitalier.

**EPS** : Etablissement publics de santé.

**ESPT** : Etat de stress post-traumatique.

**HAS** : Haute autorité de santé.

**HTA** : hypertension artérielle.

**IES-R** : Impact of Event Scale Revised.

**ICM** : Confédération internationale des sages-femmes.

**LCT** : Lésion cérébrale traumatique.

**MBI** : Maslach burnout inventory.

**OMS** : Organisation mondiale de la santé.

**PHRIP** : Programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale.

**PMI** : Protection maternelle infantile.

**PTSD** : Post traumatic stress disorder.

**RPS** : Risques psychosociaux.

**SEPS** : Syndrome d'épuisement professionnel des soignants.

**STSS** : Stress traumatique secondary scale.

**STS** : Stress traumatique secondaire

**TOC** : Trouble obsessionnel-compulsif.

**TS** : Traumatisme secondaire.

**TSPT** : Trouble de stress post-traumatique.

**UNFPA** : L'organisme des Nations Unies s'occupant des questions de santé sexuelle et reproductive.

**UNICEF** : Fonds des Nations Unies pour l'enfance.

**WOCCQ** : Working Conditions and Control Questionnaire.

Le travail dans le milieu de santé, dans un premier temps, représente un des éléments fondamentaux, des secteurs professionnels d'une société, dans un second temps. Chaque secteur professionnel de santé a des atouts, et des préjudices, par conséquent, chaque poste de travail, est plus au moins délicat par rapport à l'autre. En outre, ce qui les rend si sensibles c'est leur contact permanent, avec des personnes malades, voir en détresse qui doivent être pris en charge, en urgence par les différents acteurs du milieu hospitalier, comme les médecins, les infirmiers, les psychiatres, les psychologues, les chirurgiens, les sages-femmes...etc.

Ces derniers doivent accomplir leurs missions, qui lui ont été confié par leurs supérieures, dans les divers services qu'ils occupent, pour apporter une assistance aux malades, et sauver des vies. Par ailleurs, durant l'exercice de leurs métiers, ils sont constamment confrontés à des situations déplorables, suite aux éventuelles tensions qu'ils subissent à longueur de journée, de la part de l'administration, également par les plaintes répétitives des patients.

À l'instar, de ces professionnels de santé, les sages-femmes sont beaucoup plus sujettes à cette pression de travail, et ne sont pas à l'abri de toute cette pression accrue au travail, car elles ont été formées pendant cinq longues années, à accompagner la femme enceinte avant, pendant, et après l'accouchement. Elles assurent la surveillance médicale de la mère, et de son bébé, ce qui rend leurs tâches si austères, tout ce cumule de tâches pénibles dans leurs services de maternité, notamment en service de gynécologie obstétrique qui demande tant d'effort de leurs parts, nous amène à mettre en exergue, leurs vécus, et chercher les éventuelles souffrances psychologiques qui peuvent surgir à travers l'exercice de leurs métiers, dont on va vous faire part, ci-dessous : stress, dépression, anxiété, burn-out, traumatisme etc...

Ces troubles peuvent causer, des dégâts sur la vie des sages-femmes, sachant que ce vécu, exprime ce qu'elle ressentent et fait référence à toutes les pensées, sentiments et émotions vécus dans des situations conflictuelles et événements réels. Dans notre recherche, nous nous intéressons au vécu de la sage-femme car elle rencontre de nombreux obstacles qui freinent l'accomplissement de ses tâches, tels que des problèmes d'effectifs, et de moyens, un environnement de travail difficile, et stressant, que ce soit sur le plan physique, et mental, ou comportemental, et qui peuvent porter atteintes, et nuire d'une manière néfaste à la vie professionnelle, sociale, privé de cette dernière, ce qui fait qu'elle risque de manifester un burnout ou un traumatisme secondaire.

Dans ce cadre, nous entendons par burnout, dans notre travail un syndrome consécutif à l'exposition au stress d'une façon permanente ou prolongée. Les sages-femmes se retrouvent alors dans l'incapacité à s'adapter à leurs conditions de travail ou de s'appuyer sur leurs ressources

internes ou externes pour gérer leurs tâches professionnelles au quotidien. Le burnout se manifeste sous forme de signe d'irritabilité, de méfiance envers autrui, d'épuisement chronique, notamment un manque d'énergie, des insomnies, des troubles somatiques, un sentiment de vide ou d'incompétence... etc.

Ensuite comme deuxième choix de variable, on a opté pour le « traumatisme secondaire ». Notre argument à cela nous vient du DSM 5 (2015) qui annonce clairement dans le critère A du tableau clinique du trouble de stress post traumatique (TSPT) en quatrième point qu'il est possible que les sages-femmes vivent indirectement des événements périnataux traumatiques, soit en étant témoin, soit en écoutant les récits des accouchements des parturientes, les deux étant compris dans la définition de l'exposition aux traumatismes. En effet, à la suite d'un événement indésirable en salle d'accouchement, les soignantes sont susceptibles d'être traumatisées au même titre que les patientes, en outre nous avons choisi le traumatisme secondaire car c'est une thématique qui n'a jamais été traitée au sein de notre université.

Par ailleurs, nous avons choisi le burnout parce que c'est un phénomène maladif qui s'est propagé à travers de nombreux secteurs professionnels en l'occurrence le milieu de santé, et aussi parce que c'est une thématique très captivante, où nous avons accès à une source inépuisable d'ouvrages, et d'études antérieures.

D'ores et déjà, cette recherche a été menée avec une méthode bien réfléchie, pour bien évaluer, et décrire, d'une façon systématique, et méticuleuse le vécu de nos sujets de recherche.

Notre méthode se fonde sur une enquête exploratoire qualitative à partir du guide d'entretiens semi-dirigé et de passation d'échelles auprès des sages-femmes travaillant à l'EPH d'Akbou. Nous avons adopté la démarche qualitative dans ce travail, car c'est plus pertinent pour découvrir les ressentis approfondis et plus personnels de ces sages-femmes. Le volet qualitatif nous permet donc une exploration et une description de cette réalité en profondeur. En plus, l'utilisation d'une recherche qualitative est indiquée pour la description, l'exploration et l'interprétation d'un phénomène complexe comme celui du vécu du métier de sage-femme, l'objectif de cette étude qualitative est de mettre en lumière le vécu des sages-femmes quant à l'exercice de leur métier. Autrement dit, elle vise à appréhender la réalité du vécu au travail des sages-femmes.

À cet effet, nous allons mettre en rigueur, ces variables de notre recherche vue quelles se caractérisent par un impact dévastateur, sur l'aspect émotif, comportemental, et psychique de nos sujets de recherche. Leur rythme de vie change littéralement, d'une manière radicale et n'éprouve aucun plaisir de vivre pleinement leur vie privée, ni leur vie professionnelle, un sentiment

d'anéantissement qui perdure perpétuellement et donne naissance à une vulnérabilité et une insécurité constante. Dans l'intention d'atteindre notre objectif, nous avons accompli notre enquête pratique au niveau du service de maternité de l'hôpital d'Akbou, Akloul Ali.

Pour cela, notre travail a eu lieu auprès d'un groupe de recherche composé de 18 cas, on optant pour la méthode clinique qui permet de décrire les particularités de chaque sujet, qui ont été minutieusement adopté, selon des éléments de référence bien définis, pour le bon déroulement de la recherche, et dans le but de tester la fiabilité de nos hypothèses. Pour la récolte des données, nous avons employés l'entretien clinique semi-directif, et deux échelles révisées, la première c'est celle qui mesure le burnout, qui est l'échelle (MBI) de (Maslach et Jackson, 1981,1986), et la seconde et l'échelle (STSS) pour mesurer le traumatisme secondaire de (Bride et al, 2004).

De ce fait, après l'introduction, nous avons structuré notre travail, en deux parties fondamentales, à savoir la partie théorique, et la partie pratique. Nous avons divisé le premier chapitre théorique, intitulé le paramédical et la sage-femme en deux sections, la première est relative au corps paramédical, qui est en lien étroit avec la deuxième section qui est consacrée au métier de sage-femme, tout en mettant l'accent sur les divers éléments qui éclairent cette profession dans notre pays, et dans le monde. Dans le second chapitre théorique, qui est intitulé le vécu du métier de sage-femme entre : burnout et traumatisme secondaire, on a commencé par la section qui est dédié pour le burnout, on a mis en lumière plusieurs éléments qui parlent de ce dernier, ensuite dans la deuxième section on a illustré les nombreuses caractéristiques pertinentes du traumatisme secondaire, grâce à une revue de la littérature diversifiée. Puis, nous passerons à la problématique et les hypothèses que nous avons élaborées pour notre recherche, ainsi que l'opérationnalisation des concepts.

En ce qui concerne la partie pratique, constituée de deux chapitres, nous avons présenté en premier lieu, le chapitre de la méthodologie de recherche, qui illustre la démarche utilisée tout au long de notre travail à savoir : la méthode, le lieu, et le groupe de recherche, les trois outils d'investigation et leurs analyses, son déroulement et l'attitude du chercheur. Le dernier chapitre a été consacré à la présentation des résultats, et leurs analyses ainsi qu'à la discussion des hypothèses pour conclure, nous avons terminé ce mémoire par la présentation de la conclusion, la liste des références établie selon les normes A.P.A dans sa 7ème édition, les annexes et le résumé.

# **Chapitre I**

Le paramédical et la sage femme

## Préambule

La profession paramédicale comprend tous les professionnels de santé non formés, tels que les médecins, les pharmaciens ou les sages-femmes, mais ils travaillent en étroite collaboration avec les médecins et se consacrent aux soins et aux traitements. Dans ce cadre, notre premier chapitre s'intitule «*le paramédical et la sage-femme*», un chapitre qui sera divisé en deux parties, la première se penchera sur le paramédical, on citera ainsi les points suivants : l'historique du paramédical, la définition du paramédical, la formation paramédicale.

La deuxième partie sera consacrée à l'historique des sages-femmes, la définition des sages-femmes, le Parcours et formation de sage-femme, en Algérie, le rôle des sage-femme, Les différents secteurs d'activités des sage-femme, ensuite la complexité du métier de sage-femme, et pour finir le code déontologique des sages-femmes.

## I: Le paramédical :

### 1) Historique du paramédical

L'hôpital est le produit d'une double filiation. Il est l'héritier des institutions charitables et religieuses et il s'inscrit dans l'histoire d'une institution scientifique (Dubet, 2002, p. 195). À côté du personnel médical, se trouve le personnel paramédical dont les aides-soignantes sont issues. Leur profession apparaît au milieu du xx<sup>e</sup> siècle. Elles sont positionnées au bas de l'échelle sociale des soins. Même si leur contenu d'activité varie d'un service à un autre, la division des tâches les amène à se trouver dans de nombreux cas au chevet du malade de manière quotidienne sur des temps relativement longs par rapport à d'autres professionnels de soins. Positionnées essentiellement dans l'accompagnement, l'aide physique et psychoaffective aux malades, leur métier peut être situé dans le domaine du « care » (Paperman, Laugier, 2006, cité par Causse, 2008).

En établissement sanitaire ou médico-social, la toilette est une des tâches emblématiques généralement attribuées aux aides-soignantes. Dévalorisées, considérées comme subalternes et ingrates, elles peuvent trouver des bénéfices secondaires à ce positionnement et revendiquer une connaissance spécifique du malade à partir d'une proximité corporelle et relationnelle (Causse, 2006). Elles vont pouvoir s'approprier « des savoirs de soins » (Collière, 2006) et faire valoir qu'une action thérapeutique ne s'arrête pas aux traitements, examens, interventions mais inclut des relations d'aide et d'accompagnement. L'aide est constitutive de l'identité du métier, le terme fait



partie de la dénomination professionnelle. Ce signal fort ne va pas sans une certaine ambiguïté. Il les place dans un lien de subordination avec les autres « soignants » et renvoie à l'histoire de leur création, pour répondre à un manque d'effectif croissant en milieu hospitalier et « prendre en charge des tâches anciennes, de type domestique, autrefois réservées aux infirmières » (Arborio, 2001, p. 64, cité par Causse, 2008).

Au Québec l'étude des professions soignantes non infirmières et non médicales demeure, comme ailleurs, un sentier peu fréquenté. Sans doute est-ce attribuable à la rareté plus générale des recherches portant sur la période postérieure à 1960, précisément celle où s'imposent les paramédicales. Les paramédicales sont aussi, à toutes fins pratiques, absentes de la littérature plus générale sur l'histoire de la santé. À l'exception d'une histoire de l'Institut de réadaptation de Montréal par Danielle Choquette, qui offre plusieurs informations factuelles, les nombreuses monographies d'hôpitaux existantes, écrites, certes, à partir de leurs propres préoccupations, n'accordent chacune guère plus d'une ou deux lignes aux professions paramédicales. On peut en dire autant des histoires relatives aux facultés universitaires de médecine ou des institutions médicales ainsi que, par la force des choses, des essais de synthèse. Du côté des autres sciences sociales, le silence à l'égard des paramédicales est tout aussi assourdissant: tout au plus peut-on compter sur le sociologue Gilles Dussault pour publier à intervalles réguliers certaines données démographiques de base (Julien, 2007. P4).

Aujourd'hui, l'impulsion donnée par le Programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP), programme dédié aux soignants afin de les aider à « *se confronter à de vraies valeurs de recherche* », est un véritable levier pour renforcer le développement d'une politique de recherche en soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques au sein des Directions des soins des établissements publics de santé (EPS). Toutes les professions paramédicales sont concernées. Cet appel à projet, créé en 2010 par le Ministère de la santé est le premier programme national de financement public de la recherche paramédicale. Il officialise ainsi le véritable statut de la recherche paramédicale en France, la plaçant au niveau de ses homologues internationaux en lui offrant une visibilité sociale (Nadia, 2015.P9).

En Algérie l'histoire de la formation paramédicale de la wilaya de Tizi-Ouzou (ex grande Kabylie) remonte à l'année 1958 par la création d'une unité de formation au sein de L'hôpital NEDIR Mohamed (ex. NAEGELLAN). Cette formation se faisant dans le cadre de L'A.P.A (Assistance Publique Algérienne). Le public concerné était aussi bien interne (personnel hospitalier) qu'externe. Bien entendu, le recrutement se faisait sur la base d'un concours et la durée des études était de deux années scolaires. L'encadrement était assuré par le personnel médical et paramédical

de l'hôpital. Cette unité de formation n'avait pas encore d'existence autonome et faisait appel surtout au bénévolat. En 1962, l'accent a été mis sur la formation en cours d'emploi et le perfectionnement avec le concours d'enseignants étrangers principalement Suisse et Français sollicités par le biais de la croix rouge. La première promotion est sortie en 1964. C'est à cette date (1964) qu'a eu lieu l'officialisation de la formation paramédicale. La gestion était dévolue au directeur de la santé de Wilaya (ordonnateur) et un gestionnaire a été détaché ainsi qu'un groupe de moniteurs prélevé parmi le personnel hospitalier. La formation paramédicale a donc bénéficié à cette date d'un personnel permanent pour assurer la gestion du quotidien et l'encadrement des élèves. De 1964 à ce jour, le champ d'action de la formation paramédicale s'est élargi. En 1973, le décret n° 73/79 du 05 juin 1973 a consacré la création de l'école de formation paramédicale de la Wilaya de Tizi-Ouzou. Le nouveau siège, d'une capacité de 350 places pédagogiques a été inauguré en 1983 (<https://www.inpfp.dz/?-Presentation-de-l-Institut,225->).

La formation paramédicale existe à SIDI BEL ABBES depuis 1959 sous le nom d'A.P.A (Assistance publique algérienne). Elle formait les infirmiers de l'assistance publique. En 1964 une annexe de l'école paramédicale d'ORAN est créée au sein de l'hôpital de SIDI BEL ABBES, pour la formation d'Accoucheuses Rurales et Aides-soignants. En 1975 par décret n° 75-40 du 27-02-1975 portant création de l'école paramédicale de Sidi Bel Abbés, l'établissement est implanté au centre de la ville. Il assura alors la continuité dans la formation des accoucheuses rurales en plus de la formation des préparateurs en pharmacie et des infirmiers. En 1981 l'école est dotée de sa nouvelle structure à la périphérie Ouest de la ville et mitoyenne du centre hospitalo-universitaire de la wilaya (<http://www.inpfp.dz/?Presentation,291>).

L'école de formation paramédicale de la wilaya de Bejaia est créée par décret n° 75-40 du 25 Février 1975, modifiant et complétant le décret n°73-79 du 05 juin 1973, portant création des écoles de formation paramédicale. Cette école a débuté ces fonctions le 1er janvier 1976. Implantée dès sa création dans les locaux de l'ex centre de la formation en cours d'emploi à l'intérieur du secteur sanitaire de Bejaia. Depuis l'année 1978, l'école de formation paramédicale de Bejaia s'est installée dans la localité d'Aokas et c'est grâce à la cession par décision de Mr le Président du centre d'Enfants de Chouhada et grâce aussi au concours des secteurs sanitaires de notre Wilaya qui ont participé à la révision de ce centre. La direction de cette école s'est installée définitivement à Aokas. En 1981, l'APC de Bejaia a mis à la disposition de l'Ecole une bâtisse de sept salles (classe) à Sidi-Ouali (Bejaia), donc l'école fonctionne à l'époque en deux structures, l'une à Aokas (établissement principal) et l'autre à Sidi-Ouali (comme annexe). En 1994, un projet

d'aménagement et d'extension pour l'EFPM d'Aokas a été retenu pour la réalisation des salles pédagogique et un internat garçon. L'Ecole a réalisé neuf classes pédagogiques (r+2) et un internat garçon (r+2) d'une capacité de 40 lits qui est opérationnel depuis la rentrée scolaire 1996-1997. En 1997, sur demande de Mr le Wali, le Ministre de la santé a décidé de réaffecter la structure de Sidi-Ouali à l'APC de Bejaia. En 2010 la structure de Sidi-Ouali est devenue à nouveau une annexe de l'école. En 2011 et par le décret exécutif n° 11-92 du 21 Rabie El Aouel 1432 correspondant au 24 février 2011 érigeant des écoles de formation paramédicale en instituts nationaux de formation supérieure paramédicale, l'école été transformée en instituts national de formation supérieur paramédicale(<https://mail.infpf.dz/?L-Histoire-de-sa-Creation>).

## 2) Définitions du paramédical

Selon le dictionnaire médical de poche 2008. Le paramédical est «*Un terme désignant les professions auxiliaires de santé*» (Quevauvilliers 2008. p687).

Selon le dictionnaire la hachette, le paramédical est ce «*relatif à la santé sans relever des attributions des médecins* ». (La hachette, 2010. p531).

D'une manière plus simple on peut définir le paramédical comme étant un ensemble de professions, qui travaillent en collaboration avec les patients et les médecins, un corps de professionnels de la santé formés à différents niveaux.

Par ces brèves définitions, nous constatons que le secteur paramédical regroupe les métiers de la santé des auxiliaires médicaux. Ils agissent sur prescription d'un médecin afin d'accompagner, de soigner, de préparer, d'appareiller ou de rééduquer les patients. Ils ne peuvent rédiger d'ordonnance, sauf cas particuliers.

La profession paramédicale concerne environ 20 métiers, dont les infirmiers, les aides-soignants, les opticiens, les kinésithérapeutes, les manipulateurs en électroradiologie médicale, ainsi que le métier de sage-femme qui fait partie de la profession paramédicale en Algérie... Ils exercent dans le secteur privé, public ou en libéral.

### 3) La formation paramédicale

Les spécialités de sage-femme et paramédicale sont ouvertes uniquement pour les titulaires d'un BAC en sciences expérimentales, mathématiques ou maths-technique, tandis que les spécialités socio-médicales sont ouvertes autres filières (lettres et philosophie, langues étrangères, sciences humaines et gestion et économie) », selon toujours la même source qui ajoute que « les candidats seront sélectionnés selon le classement de la moyenne générale obtenue au baccalauréat et les modules scientifiques en relation directe avec le domaine médical en vue d'améliorer le niveau de performance de l'équipe paramédicale au sein des établissements publics de proximité et hospitaliers ». La durée de la formation est de trois ans pour le personnel paramédical et de cinq ans pour les sages-femmes (<https://www.pressemedicale.com/actualites/formation-paramedicale-ouverture-de-plus-de-500-places-pedagogiques-alger>).

## II: La sage femme :

Dans cette deuxième section qui sera consacré pour le métier de sage-femme, nous allons parler des prémices de la sage femme, grâce à l'historique nous allons connaître les origines de ce noble métier.

### 1) L'historique des sages-femmes

Jusqu'il y a peu, l'accouchement était strictement une affaire de femmes. Dans les campagnes d'Ancien Régime exerçaient les matrones, mais aussi, dans les villes, les premières sages-femmes. Tout comme pour les infirmières, mais longtemps auparavant, le métier avait été défini en creux face à celui du médecin. La loi de 1802 sur l'exercice de la médecine les y intégrait, en définissant leurs pratiques, les limitant aux accouchements simples et interdisant l'usage des instruments (comme les forceps) laissés aux seuls médecins. La loi codifiait aussi la formation obligatoire des sages-femmes, composée d'un cours d'accouchement dans l'hospice le plus fréquenté de chaque département, de deux autres cours au choix et d'un stage

Pour le diplôme, les impétrantes passaient un examen oral sur la théorie et la pratique des accouchements, sur les accidents pouvant les précéder ou les suivre et sur les moyens d'y remédier. Ainsi, à Lyon où les cours étaient donnés depuis 1770, des femmes de 18 ans au moins, sachant lire

et écrire, suivaient quatre mois par an et trois ans durant des enseignements dispensés par des sœurs à l'hôpital de la Charité ; les élèves étaient logées chez une sage-femme pour suivre sa pratique ; l'enseignement était gratuit si les élèves s'engageaient à exercer pendant dix ans dans une commune dépourvue de sage-femme, si entre 1800 et 1850, 30 000 sages-femmes ont probablement été recrutées, leur installation s'est globalement calquée sur le réseau urbain et les grands axes de circulation ; par la suite, leur implantation a complété celle des médecins, dont elles remplissaient probablement une partie des rôles : leur formation a d'ailleurs compris l'art de la saignée, de la vaccine et des pansements. Jusqu'au milieu du XIXe siècle, elles sont rares dans les campagnes, où officient toujours des congréganistes et des matrones, souvent dites bonnes-mères. Tenues en grande considération par la communauté, rémunérée par des dons en nature, ces dernières sont des femmes du village, plus expertes qu'autre pour les mises au monde ; elles font probablement encore 50 000 accouchements par an dans un entre-deux-guerres où 500 cantons sur 2 200 n'ont pas de professionnelle (Schweitzer, 2002, pp.153.154).

Femmes qui aident aux grands moments de la vie sociale, comme les couturières et les cuisinières, elles étaient encore présentes dans les campagnes des années 1960, au grand dam des sages-femmes qui leur reprochaient d'être à demi-sorcières, incapables et fort sales. C'est la guerre, à nouveau, qui a modernisé le métier de sage-femme, en le professionnalisant : en 1916, les élèves sages-femmes doivent posséder le certificat ou le brevet, avoir au moins 19 ans, ce qui signifie qu'elles ont eu une activité depuis leur sortie de l'enseignement primaire. Dans des écoles, situées dans chaque faculté de médecine, elles suivent durant deux ans des cours de clinique, de dépistage des états pathologiques, d'obstétrique et de puériculture, de soins des suites de couches, de surveillance des nourrissons, de droit (secret professionnel, déclaration des naissances, des maladies contagieuses). En général, les cours d'accouchement ont lieu sur des mannequins en chiffons, avec une poupée qui simule l'enfant et un coussin pour le placenta. À la faculté, les élèves peuvent aussi suivre des autopsies et des opérations pratiquées par le chirurgien chef. Les médecins enseignants ont à leur égard des discours bien peu valorisants : « Il est essentiel qu'un homme savant et expérimenté féconde l'urne encore vide de vos cerveaux de ses préceptes puissants », énonce un obstétricien « Par tolérance », et aussi par nécessité, les futures sages-femmes ont été initiées aux sutures des épisiotomies, mais n'ont pas le droit d'utiliser des instruments, ni de faire des prescriptions médicamenteuses. Néanmoins, durant les stages dans les maternités et hôpitaux, elles apprennent quand même à appliquer les forceps (Schweitzer, 2002, pp.153.154).

À Paris, les formations sont inégales selon les lieux, puisqu'à la faculté de médecine, les élèves ne pratiquent les accouchements que la nuit, quand, le jour, ce sont les jeunes médecins

obstétriciens qui s'initient ; l'idée prédomine en effet qu'hommes et femmes ne peuvent se côtoyer dans un lieu où sont examinés les organes génitaux des femmes. Le jeune interne, réputé coureur de jupons, est par ailleurs la hantise du personnel qui encadre les apprenties sages-femmes, dont la moralité est traditionnellement soupçonnée ; le personnel médical ne se fait d'ailleurs pas faute de les nommer les « sages putes » Longtemps donc, l'appel au médecin pour les accouchements se joue dans des situations spécifiques. Soit dans les familles très aisées, où il est là en renfort d'une sage-femme, éventuellement installé plusieurs semaines durant, et où il intervient pour des forceps ou une césarienne. Soit dans les hôpitaux, où n'accouchent alors que les pauvres et certaines mères célibataires qui ne peuvent rémunérer une sage-femme, si la première chaire d'obstétrique est créée en 1806, il faut attendre 1882 pour que l'Assistance publique mette en place un corps de médecins accoucheurs. À l'hôpital, l'emprise des médecins s'accroît alors, dans un mouvement de médicalisation sur le long terme qui fait abandonner l'accouchement à domicile ; en 1930, 80 % des femmes accouchent encore chez elles, quand elles ne sont plus que 47 % en 1952 et 5 % en 1968, une proportion qui ne bougera plus guère. Longtemps parente pauvre de la médecine, en particulier à cause de la forte mortalité périnatale et infantile, l'obstétrique acquiert parallèlement ses lettres de noblesse. En 1876, on comptait 10 700 médecins accoucheurs pour 12 800 sages-femmes ; en 1906, ils étaient devenus majoritaires : 18 200 pour 13 000 sages-femmes, et les proportions n'ont fait que croître : 26 000 médecins en 1936, pour 11 200 sages-femmes, à un moment où les lois sur les assurances sociales vont réserver aux premiers les consultations des femmes enceintes. (Schweitzer, 2002, pp.153.155).

Mais les sages-femmes exercent alors encore nombreuses dans le cadre libéral, soit appelées au domicile des mères, soit les recevant chez elles, où elles ont deux ou trois lits, voire plus. Dans ce métier, comme pour les infirmières, aucune mobilité professionnelle n'est prévue. Ce n'est que depuis 1982 qu'après huit ans d'exercice dans des services, les sages-femmes peuvent devenir chefs d'unité, c'est-à-dire encadrer d'autres sages-femmes, puis surveillantes après trois ans d'exercice de cet encadrement ; cette réforme leur donne aussi le statut de « profession médicale à compétence limitée » et donc le droit de faire des prescriptions, ordonnances ou arrêts de travail . En mars 2001, les 15 000 sages-femmes de France dont 71 hommes, dits maïeuticiens, admis à concourir depuis 1982 organisent leur tout premier mouvement collectif, une grève nationale. Outre une revendication sur la revalorisation de leurs rémunérations, elles s'attaquent aux anciennes définitions de leur métier, celles du XIXe siècle, qui les distinguent des médecins, tout en reconnaissant leur « art médical ». Pour parfaire cette reconnaissance, elles demandent et obtiennent une première année d'études commune avec les futur-e-s médecins et dentistes et la reconnaissance

de leurs années d'études : bien que leur formation dure quatre ans après le baccalauréat, leur niveau de diplôme n'est classé qu'à bac + 2 (Schweitzer, 2002, pp.153.155).

Reste que le métier a toujours été décrit par ces femmes comme celui d'une autonomie chargée de responsabilités. L'une d'entre elles dit comment « elle avait décidé de se faire une situation ; j'étais jeune, je me voyais déjà en blouse blanche, un peu médecin » Si l'accouchement est présenté comme un acte naturel, le risque reste omniprésent, même si le savoir-faire est synthétisé dans l'expression « c'est une affaire de main ». Savoir-faire, mais aussi patience : « Je mettais mon tablier et je me lavais les mains, puis j'examinais la femme ; je lui parlais, il le fallait, ça la rassurait ; et puis j'attendais ; l'accouchement, c'est une question de patience ; c'est pour cela que les médecins ont besoin de nous ; les hommes n'auront jamais assez de patience ». Tant que la majorité des accouchements se faisait à domicile, la sage-femme emportait dans sa trousse un stéthoscope, deux pinces pour le cordon ombilical, une paire de ciseaux, du désinfectant, de quoi stopper les hémorragies, et, quand même, un forceps dit simple. À la manière de l'instituteur ou du curé, les sages-femmes étaient des personnalités publiques, invitées aux mariages, aux enterrements et parfois à porter les enfants sur les fonts baptismaux. Elles firent aussi longtemps office d'herboristes, de garde-malades, d'assistantes sociales, d'infirmières, de masseuses et, bien qu'elles le nient avec force, d'avorteuses, toutes fonctions qui leur permettaient de compléter leurs revenus (Schweitzer, 2002, pp.153.156).

Pour mettre en lumière, le mot sage femme et le métier qui s'appel aussi, maïeuticien il est très utile, de présenter les éventuelles définitions qu'on va présenter dans ce deuxième éléments.

## 2) Définitions des sages-femmes

L'organisation mondiale de la santé (OMS) définit « sage-femme » ou « maïeuticien » comme suit : « *Une personne qui a suivi un programme de formation reconnu dans son pays, a réussi avec succès les études afférentes et a acquis les qualifications nécessaires pour être reconnue ou licenciée en tant que sage-femme. Elle doit être en mesure de donner la supervision, les soins et les conseils à la femme enceinte, en travail et en période post-partum, d'aider lors d'accouchement sous sa responsabilité et prodiguer des soins aux nouveau-nés et aux nourrissons. Ses soins incluent des mesures préventives, le dépistage des conditions anormales chez la mère et l'enfant, le recours à l'assistance médicale en cas de besoin et l'exécution de certaines mesures d'urgence en l'absence d'un médecin. Elle joue un rôle important en éducation sanitaire, non seulement pour les*



*patientes, mais pour la famille et la préparation au rôle de parents et doit s'étendre dans certaines sphères de la gynécologie, de la planification familiale et des soins à donner à l'enfant. La sage-femme peut pratiquer en milieu hospitalier, en clinique, à domicile ou en tout autre endroit où sa présence est requise.* (<https://www.techno-science.net/glossaire-definition/Sage-femme.html>)

La définition de la sage-femme diffère d'un pays à un autre selon la nature et la diversité des actions qu'elle entreprend. En Algérie, on ne dispose pas d'une définition particulière de la sage-femme. La définition de ses missions et de ses tâches nous permet de la distinguer des autres professionnels de la santé. Nous allons revenir ci-dessous sur la question.

La sage-femme selon le dictionnaire Médical de poche-Masson c'est une «*Professionnelle de santé diplômée dont la fonction est de prodiguer des soins aux femmes pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches*». (*La profession est ouverte aux hommes.*) (Quevauvilliers 2008 PP 423.424).

Vu l'importance, du métier de sage femme dans l'enceinte de hôpital, plus précisément dans le service de maternité, et de gynécologie obstétrique, il est indispensable de prendre en compte, et de donner un aperçu sur le parcours, et la formation de ce métier dans ce troisième élément.

### **3) Parcours et formation de la sage-femme en Algérie**

La formation sage-femme, alterne aujourd'hui enseignements théoriques et stages professionnels au sein des écoles régionales de sages-femmes (France), ou des centres paramédicaux (Algérie).

Il faut avoir de la technique et de l'indulgence pour faire au mieux ce travail ; cinq années d'études sont requises avant de pouvoir accéder au métier de sage-femme. Néanmoins, le parcours n'est pas le même et diffère selon les pays.

Le stage en salle de naissance, ouvert à partir de la fin de la deuxième année, est essentiel, car il permet l'acquisition des compétences nécessaires à l'exercice de la profession. Souvent, ce dernier se déroule sous la responsabilité de la sage-femme de garde, ou dans la majorité des cas, l'accoucheuse la plus expérimentée.



Durant le premier semestre de sa première année de formation, la sage-femme en Algérie est dans l'obligation d'assister à 426 heures d'apprentissage théorique contre 300 heures, les six mois suivants. Neuf modules sont d'abord assignés puis onze sont programmés pour le deuxième semestre ; anatomie, physiologie, anthropologie, psychosociologie, santé publique, démographie, déontologie, terminologie médicale, et bien d'autres. C'est lors de la seconde moitié de leur première année que les sages-femmes commencent vraiment leur formation ; leurs heures de cours rencontrent des modules tels que les soins infirmiers, la physiologie obstétricale, l'embryologie, la génétique, la sémiologie et la pharmacie. La deuxième année inclut 510 heures d'apprentissage théorique contre 360 heures la troisième année, 480 heures la quatrième année, et enfin 120 heures la cinquième année. Il est à noter que ces calculs excluent entièrement les heures d'évaluation qui vont généralement de 12 à 30 heures (selon le semestre). Un module est assuré afin de guider la sage-femme dans la réalisation des mémoires professionnel, à partir du troisième semestre de son parcours. Dans chaque service de l'Hôpital, Chaque soignant est sollicité à assumer un rôle bien déterminé, pour assurer le bon fonctionnement de son service, en l'occurrence la sage femme on fait partie, à accomplir cette tâche qui est très sensible, et pénible, a, réaliser, car son rôle s'étale en plusieurs parties qu'on va présenter dans ce quatrième élément. (Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière, 2018.p.34).

Dans ce quatrième élément nous allons illustrer, les divers rôles que la sage femme doit exécuter, pour accomplir sa mission. A noté que ce qui nous intéresse d'une manière général c'est la sage femme dans tout le monde entier, ce qui va nous permettre de récolter une multitude d'information, en intégralité, sur ce métier de sage femme.

## **4) Le rôle de la sage-femme**

### **4-1) Pendant la grossesse**

Au regard de la législation luxembourgeoise, une sage-femme est reconnue compétente pour assurer le suivi d'une grossesse normale, on a cité en haut dans cet élément la législation luxembourgeoise parce que le législateur luxembourgeois décide souverainement des orientations qu'il entend donner au droit administratif en l'occurrence pour le statut des sages femmes. Pourtant, à ce jour, les caisses de maladie ne remboursent qu'une seule consultation, par une sage-femme, avant l'accouchement. Lorsqu'une sage-femme accompagne une femme enceinte, elle devient l'interlocutrice privilégiée, la personne de confiance qui écoute et:

- Surveille la grossesse normale,
- Effectue les examens nécessaires,
- Détermine la position du bébé,
- Contrôle son rythme cardiaque,

Informe sur tous les aspects physiques, psychiques, sur les droits et devoirs de la future maman, donne des conseils en matière d'éducation et d'hygiène de vie certaines sages-femmes assurent également les cours de préparation à la naissance, individuels ou collectifs, selon diverses méthodes (classiques, yoga, haptonomie,...) au sein des maternités, des cabinets, des associations ou en libéral (Carayol, 2004, p.100).

#### **4-2) Pendant l'accouchement :**

La sage-femme est habilitée à surveiller et pratiquer l'accouchement physiologique («normal») sous sa propre responsabilité. A la maternité, elle:

- 1) accueille la femme et le couple,
- 2) constate l'avancement du travail,
- 3) surveille l'état de la mère et du bébé,
- 4) soutient et épaulé la maman au cours de la phase de travail,
- 5) crée une atmosphère sereine,
- 6) rassure le papa,
- 7) fait appel au médecin si elle décèle une anomalie et l'assiste le cas échéant,
- 8) examine et soigne le nouveau-né (Carayol, 2004, p.100).

#### **4-3) Après l'accouchement :**

La sage-femme prend soin de la maman et du bébé. Elle prodigue tous les soins et les conseils utiles. Notamment en matière d'allaitement maternel, de contraception. Elle peut aussi intervenir en cas de baby-blues ou de deuil périnatal. Lorsqu'il s'agit d'un accouchement dit «ambulatoire» (quand le retour à la maison s'effectue au plus tard le 4ème jour après l'accouchement), une sage-femme peut venir à la maison jusqu'au 10ème jour de vie de l'enfant pour une ou plusieurs visites. Au-delà, de ce délai ou si le séjour en maternité a duré plus de 4 jours, une seule

consultation sera remboursée. Certaines sages-femmes proposent des consultations d'aide à l'allaitement, de massages pour bébés ou de remise en forme (Carayol, 2004, p.100).

Que ce soit à l'hôpital, ou dans une clinique privé, ou bien en profession libérale, la sage femme a la possibilité d'exercer sa profession dans plusieurs secteur d'activité, pour cela on va mettre en lumière, les différent secteurs d'activité, ou la sage femme peut travailler.

## **5) Les différents secteurs d'activités de sage-femme**

Le domaine d'intervention de la sage-femme est varié. Il lui permet ainsi de choisir un emploi dans le secteur hospitalier ou extra hospitalier selon le milieu professionnel élu.

### **5-1) En secteur hospitalier**

60 % des sages-femmes sont embauchées dans la fonction publique hospitalière et 10 % dans les hôpitaux privés ou cliniques. En unité de maternité, leur rôle est de s'occuper du suivi de la grossesse, de l'accouchement et des soins postnataux concernant la mère et son nouveau-né. (Ait arab, et al, 2016, p. 47).

### **5-2) En secteur libéral**

20% des sage femmes optent pour le métier de sage-femme libérale où le travail se fait en collaboration avec les réseaux d'une zone géographique .La sage-femme a pour fonction de prendre en charge les femmes enceintes avant et après l'accouchement avec, entre autre, les cours de préparation à l'accouchement, le suivi à domicile des grossesses difficiles, la rééducation périnéale, etc...

En service de Protection Maternelle et Infantile 10% des sages-femmes sont employées par la fonction publique territoriale. (Devers, 2007, p.147). En collaboration avec les travailleurs médico-sociaux, la sage-femme assure le suivi des grossesses difficiles dues à des soucis médicaux ou sociaux.

Dans ce sixième élément nous allons introduire la complexité du métier de sages femmes, dans le monde et en Algérie.

## **6) La complexité du métier de sage-femme**

### **6-1) Dans le monde**

Les soins obstétricaux - une discipline si ancienne qu'on y fait référence dans les parchemins de l'Égypte et de la Rome antiques - font l'objet d'une attention accrue et attendue de longue date, au niveau mondial (Gourevitch, 1984, p. 218).

Les sages-femmes et le personnel infirmier jouent un rôle essentiel dans la prestation des services de santé. Ces personnes consacrent leur vie à prendre soin des mères et des enfants, à sauver des vies par la vaccination et les conseils en matière de santé, à s'occuper des personnes âgées, et plus globalement à répondre chaque jour aux besoins de santé essentiels. Elles sont souvent le premier, voire le seul, recours pour se faire soigner dans leur communauté. Il faudra neuf millions de sages-femmes et d'infirmiers supplémentaires dans le monde pour espérer réaliser la couverture sanitaire universelle à l'horizon 2030. Voilà pourquoi l'Assemblée mondiale de la Santé a désigné 2020 comme année internationale des sages-femmes et du personnel infirmier (OMS, 2020).

Des décennies de négligence vis-à-vis du rôle des sages-femmes - qu'elle soit due à la surmédicalisation des soins pendant la grossesse ou à un manque de ressources - ont laissé en héritage des taux de mortalité maternelle et infantile élevés dans les pays en développement, bien que ces taux aient baissé ces dernières années, des progrès plus marqués sont toujours nécessaires en Asie et en Afrique subsaharienne, où moins de 50% des naissances se déroulent en présence de personnel qualifié), le rapport intitulé La pratique de sage-femme dans le monde 2011 naissances réussies, vies sauvées, publié en 2011 par le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), a présenté une vue d'ensemble de la profession de sage-femme dans le monde et, selon Frances Mc Conville, s'est avéré « incroyablement révélateur. » (UNICEF, 2014), l'analyse des 58 pays qui y est présentée a montré qu'il manquait environ 350 000 sages-femmes, dont au moins un tiers dans les pays les plus pauvres (OMS, 2016). Selon les statistiques de l'organisation mondiale de la santé, (OMS) en 2020 il existe 2 millions de sages-femmes qui constituent la moitié des agents de santé dans le monde (OMS, 2020).

### **6-2) En Algérie**

Les soins obstétricaux occupent une énorme place dans les hôpitaux d'Algérie. Néanmoins, le problème du manque d'effectif est des plus sérieux. Une sage-femme moyenne assure près de

1000 accouchements par an voire plus dans certaines régions du pays alors que les normes fixées par l'OMS sont de 175 accouchements par intervenant, une différence avérée qui fait du métier de la sage-femme algérienne un métier épuisant, tant sur le plan mental que physique. (Harhoura, 2010) En 2010, l'Algérie comptait 8000 sages-femmes actuellement Elles ne dépassent pas les 9 000. Dérisoire face à une demande accrue en divers soins. Alors que le pays enregistrait près de 900 000 naissances par an. « Ce chiffre fait ressortir les difficultés qu'elles pouvaient rencontrer pour effectuer leur travail dans de bonnes conditions. », a révélé Mme A. Khodja (2010), sage-femme ayant exercé durant 35 ans dans le service maternité d'un CHU de la capitale (Harhoura, 2010).

En plus d'être « surmenées » par leur métier qui, rappelons-nous, ne se limite pas seulement au fait d'« attraper des bébés », les sages-femmes :

- Ne disposent pas entièrement du matériel dont elles nécessitent,
- Ne sont pas rémunérées dans les normes,
- Ne sont pas « logées » comme il le faut ; l'espace qui leur ait réservé au sein du service où elles exercent est souvent étriqué, en plus d'être mal rempli.
- Ne sont pas en mesure de s'engager dans une formation continue (Ramdani, et al, 2017, p. 35-37).

Chaque profession est dotée d'un code déontologique, qui stipule les droits et les devoirs, qui régissent une profession pour garantir le respect, et l'éthique voir même la conduites à tenir, de celui ou celle, qui l'exerce, la loi a mit sur pieds un code déontologique à suivre pour, exercer le métier de sage femme. Ci-dessous nous allons vous présenter le code déontologique des sages femmes de France, sachant que les sages femmes d'Algérie se réfèrent à ce code d'éthique.

## **7) Code de déontologie des sages-femmes :**

### **7-1) Exercice libéral**

**Article R.4127-339 du code de la santé publique :** *(Modifié par le décret n°2012-881 du 17 juillet 2012)*

Les seules indications qu'une sage-femme est autorisée à mentionner dans un annuaire ou sur ses imprimés professionnels tels que ses feuilles d'ordonnances et notes d'honoraires sont :

- 1) Ses nom, prénoms et adresse professionnelle, ses numéros de téléphone et de télécopie, l'adresse de sa messagerie internet et de son site internet personnel, ses jours et heures de consultation ;
- 2) Le titre de formation lui permettant d'exercer sa profession ainsi que le nom de l'établissement où elle l'a obtenu
- 3) Les autres titres de formation et fonctions dans les conditions autorisées par le conseil national de l'ordre ;
- 4) Ses distinctions honorifiques reconnues par la République française ;
- 5) Si la sage-femme exerce en association ou en société, les noms des sages-femmes associées et l'indication du type de société ;
- 6) Sa situation vis-à-vis des organismes d'assurance maladie ;
- 7) Son numéro d'identification ;
- 8) Les numéros de compte bancaire ;
- 9) S'il y a lieu, son appartenance à une association de gestion agréée.

## **7-2) Devoirs généraux des sages-femmes**

**Article R.4127-301 du code de la santé publique (Modifié par le décret n°2012-881 du 17 juillet 2012) :**

Les dispositions du présent code de déontologie s'imposent aux sages-femmes inscrites au tableau de l'ordre, aux sages-femmes exécutant un acte professionnel dans les conditions prévues à l'article L.4112-7 ainsi qu'aux étudiants sages-femmes mentionnés à l'article L.4151-6 *Code de déontologie des sages-femmes, (2012). Ordre national des sages-femmes* (<https://www.ordre-sages-femmes.fr>).

## **Synthèse**

Pour mettre en lumière ce chapitre, On peut conclure que le métier de sage-femme s'étale pendant une période de formation de cinq ans, le rôle de la sage-femme consiste à prodiguer des soins pour les femmes enceintes avant, pendant, et après l'accouchement , dans les divers milieux hospitaliers tels que, les hôpitaux publics, les cliniques privées, les établissements de proximités

hospitaliers, et notamment en profession libérale, sachant que cette dernière a la capacité à prescrire certains traitements, et prendre en charge les éventuelles complications qui surviennent lors de l'accouchement, et à pratiquer la rééducation périnéo- sphinctérienne liée à l'accouchement.

D'autre part, les sages femmes sont confrontées à plusieurs difficultés dans le service de maternité, par rapport au manque de moyens médicaux, et au manque d'effectif, voir même la pression qu'elles subissent à longueur de journée par les plaintes répétitives des femmes enceintes et de l'administration pour exercer leurs métiers, par conséquent, tous ces facteurs peuvent nuire à la qualité de vie de des sages femmes.

## **Chapitre II**

Le vécu du métier de sage-femme : entre  
burnout et traumatisme secondaire



## Préambule

Avant tout propos, Notre étude a pour but de faire un état des lieux du vécu des sages-femmes et d'appréhender la réalité de ce vécu au travail. L'objectif général est de connaître leur ressenti global et leurs souffrance psychique. Les objectifs secondaires sont de décrire le burnout et le traumatisme secondaire potentiels, qui sont nos variables de recherche.

De ce fait, à travers ce chapitre que nous allons partager en trois parties, la première, se penchera sur l'épuisement professionnel dit burnout, nous allons vous faire part, sur l'historique du burnout, la définition du burnout, les différentes appellations du burnout, les manifestation du burn-out, les facteurs de risque, Diagnostic du burnout, les trois dimensions du burnout, le modèle transactionnel de Cary Cherniss (1980), les causes du burnout, le burnout chez les soignants, on va clôturer avec la prévention et traitement du burnout.

Par ailleurs, dans la seconde partie de ce chapitre, nous allons nous pencher sur l'historique du traumatisme, la Définition du traumatisme psychique, les différents types de traumatisme psychique, l'événement et l'événement traumatique, les critères diagnostiques du stress post traumatique selon DSM5 et la CIM11, les facteurs de risque et pronostiques, le diagnostic différentiel, approche cognitivo-comportementale, les traumatismes vicariant, la définition du terme vicariant, la fatigue de compassion, ensuite le modèle de transmission du traumatisme de Figley, et enfin la prévention du traumatisme secondaire par la suite nous consacrerons une troisième section pour présenter quelques études antérieures sur la santé mentale au travail chez les sages-femmes, enfin nous cloterons se chapitre avec une synthèse.

## I: Le burnout :

### 1) Historique du burnout

Les premières recherches portant sur le burnout étaient clairement exploratoires et avaient pour objectif de comprendre les personnes « souffrant de leur travail » (Truchot, 2004).

Il est donc malaisé de définir un « découvreur » du burnout, alors même que de nombreux auteurs au début des années soixante-dix ont commencé à publié Leurs observations, ces publications portent dans un premier temps sur la description du phénomène, lui donnent un nom et démontrent qu'il ne s'agit pas d'un épiphénomène transitoire. Il est important de souligner que ces

articles sont écrits par des chercheurs ou des cliniciens (ou les deux à la fois) qui sont personnellement impliqués dans un travail auprès de personnes qui nécessitent des soins psychiques ou somatiques. Ils travaillent en hôpital ou dans des services sociaux qui ont comme caractéristiques de générer de nombreux stressés émotionnels ou interpersonnels. L'environnement initial d'identification du burn-out jouera un rôle important dans sa définition, comme nous le montrerons plus tard, c'est le cas d'Herbert Freudenberger (1974), qui fut l'un des premiers à écrire un article sur le burn out. Psychologue dans une free clinic accueillant des patients toxicomanes, il remarque qu'un grand nombre de soignants perdent rapidement, en quelques années, leur Dynamisme, leur engagement et leur motivation, ce qui est le plus frappant pour l'auteur, c'est que ce phénomène apparaît chez des Professionnels qui, au départ, étaient très enthousiastes et qui, au bout d'une année parfois, se plaignent de douleurs physiques, de fatigue et d'épuisement (Boudoukha, 2009).

De son côté, Christina Maslach (1976), psychologue sociale, a découvert le burn out dans le cadre d'une recherche sur le « stress émotionnel » et les stratégies de *coping* développés par les employés de services sociaux face à leurs usagers. L'intérêt pour cette question des relations employés-usagers n'est pas anodin. En effet, Maslach avait participé à l'expérience de la prison fictive de Stanford dans laquelle deux groupes d'étudiants étaient répartis aléatoirement dans des rôles de surveillants de prison ou de personnes détenues, la violence des « gardiens » envers les « détenus », dans cette expérience, avait amené l'auteur à s'interroger sur les relations de pouvoir et sur leurs conséquences, Maslach avait abandonné immédiatement son rôle dans l'expérience, et s'était interrogée sur les comportements agressifs des professionnels envers leurs usagers, c'est donc au cours des entretiens avec ces professionnels de service social qu'elle a identifié le burn out sous trois caractéristiques que sont l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation-désinvestissement et la réduction du sentiment d'accomplissement personnel et professionnel, cette première conception du burn out donnera lieu à un modèle que nous présenterons dans le prochain point, les recherches sur le burn out prennent donc leur origine dans des services d'aide sociale ou de soins, dont la caractéristique principale réside dans la relation entre un « aidant » et un usager. La nature spécifique de ces professions qui prescrit une relation interpersonnelle (soignant/soigné, aidant/aidé) place d'emblée le burn out comme une transaction relationnelle entre une personne et une autre plutôt que comme une réponse individuelle de stress. Mais la perspective clinique ou sociale des articles initiaux va influencer les premiers travaux sur le burn out (Boudoukha, 2009).

Deuxièmement, une forme de désinvestissement, de dépersonnalisation ou de cynisme émerge des recherches menées à l'aide d'entretiens auprès de sujets qui tentent de gérer leur stress

professionnel. Enfin, pour diminuer leur compassion envers les patients, certains sujets présentent un détachement émotionnel afin de se protéger des émotions intenses qui les empêchent d'accomplir leur travail. Ce détachement peut aboutir à des attitudes négatives voire déshumanisées. Les caractéristiques de la situation dans laquelle a lieu cette relation aidant, aidé ne sont pas mises de côté et apportent un éclairage complémentaire au concept naissant de burnout, ainsi, le nombre d'utilisateurs, l'importance des échanges ou le manque de ressources sont des facteurs impliqués dans le développement du burn out. Les relations avec les collègues, avec la famille des utilisateurs sont également en lien avec le burn out. Devant ces découvertes « qualitatives », tout un corpus d'analyses et de recherches a été mené pour asseoir la valeur scientifique du concept (Boudoukha, 2009, pp.11-14).

Selon le dictionnaire les mots pour comprendre la psychologie «Le psychologue Herbert Freudenberger (1926-1999), de la New School for Social Research à New York, est un des premiers à employer le terme dans un article consacré à l'épuisement professionnel, avoir un burn-out c'est se consumer à petit feu au travail, imploré. C'est surtout à partir de 1981 que l'intérêt grandit, lors de recherches signées par deux psychologues, Susan Jackson et Christina, Maslach (Chiche et al. 2020, p.24).

## 2) Définition du burnout

Le psychologue Herbert Freudenberger, l'un des premiers à conceptualiser le burn-out, évoque « *le staff burn-out pour définir l'épuisement professionnel caractérisant les métiers du social et du médical* » puis Christina Maslach et Michael Leiter étudient le phénomène et font maintenant figure de référence. Selon ces derniers, le « *burn-out est l'indice de la séparation entre ce que les gens sont et ce qu'ils doivent faire. Il révèle une usure des valeurs, de la dignité, de l'esprit et de la volonté une érosion de l'âme humaine. C'est une maladie qui se propage graduellement et de façon continue au fil du temps, entraînant les individus dans une spirale descendante dont il est difficile de sortir* ». Très schématiquement, les personnes sont donc d'abord épuisées, psychologiquement et physiquement, elles n'arrivent pas à récupérer, mettent les bouchées doubles sans résultat, finissent par se détacher émotionnellement pour se protéger et peuvent donc tenir des propos cyniques, froids, de manière défensive et enfin, ne se sentant plus accomplies professionnellement, perdent confiance en elles avec une baisse massive de l'estime de soi. (Holcman, 2018, p.45).

La Définition du burnout 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* » (Canouï, 2015, p.10).

Définitions du burnout dit l'épuisement professionnel selon les classifications internationales des maladies (CIM 11) : Dans la Onzième Révision de la Classification internationale des maladies (CIM-11), « *le burn-out, ou épuisement professionnel, est considéré comme un phénomène lié au travail* » Il n'est pas classé parmi les maladies. Il est décrit dans le chapitre « Facteurs influant sur l'état de santé ou sur les motifs de recours aux services de santé », qui regroupe les motifs qui ne sont pas classés comme maladies mais pour lesquels les personnes s'adressent aux services de santé.

L'épuisement professionnel est un syndrome conceptualisé comme résultant d'un stress professionnel chronique qui n'a pas été géré avec succès. Il se caractérise par trois dimensions :

- Des sentiments d'épuisement ou de fatigue;
- une distance mentale accrue par rapport à son travail, ou des sentiments de négativisme ou de cynisme liés à son travail;
- un sentiment d'inefficacité et de manque d'accomplissement. Le burnout se réfère spécifiquement à des phénomènes dans le contexte professionnel et ne devrait pas être appliqué pour décrire des expériences dans d'autres domaines de la vie ([http://www.who.int/mental\\_health/evidence/burnout/fr/](http://www.who.int/mental_health/evidence/burnout/fr/)).

Quant au DSM 5, il aborde dans la catégorie « autres situations pouvant faire l'objet d'un examen clinique ». Une catégorie qui doit être utilisée lorsque un problème professionnel, constitue le motif d'examen clinique, ou un impact sur le diagnostic, le traitement et le pronostic de l'impact de la personne tels que : l'insatisfaction au travail, les horaires de travail stressants, les conflits au travail, facteurs de stress psychologique liés au travail. (DSM5, 2015, p.943).

### 3) Les différentes appellations du burnout

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

#### 3-1) Burn-out syndromes

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 consommé dont toute la matière aurait disparu, Mais c'est l'image inspirée de l'industrie aérospatiale qui demeure la plus suggestive Le terme anglais, burnout désigne « l'épuisement de carburant d'une fusée » avec comme résultante « la surchauffe » et le risque de « bris de la machine » (Canouï et al. 2015, p 9).

#### 3-2) Karoshi

Le terme japonais *karoshi* (prononcez 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 (Canouï et al, 2015, p.9).

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 et 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 » (Canouï et al. 2015).

#### 3-3) 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 burn-out. 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 » (Canouï et al. 2015, p.10).

Comme on l'a bien vu dans cet élément précédent on y trouve différentes appellations du burnout, des qualifications d'allures métaphorique, échoué, surchauffé...etc, mais qu'on est-il de ces manifestations ? C'est ce que nous allons explorer dans ce qui suit.

#### **4) Les manifestations du burn-out**

L'épuisement professionnel se manifeste sur le plan mental ou cognitif (inquiétude) et sur le plan émotionnel, corporel et neurobiologique. Le repérage des différentes manifestations de l'épuisement professionnel vise à adapter la méthode de traitement :

- des difficultés sur le plan émotionnel appellent des techniques de Gestion du stress, telles que la relaxation ou l'hypnose. Des manifestations plus cognitives orientent davantage vers une thérapie cognitive ;
- des manifestations relationnelles sont traitées par des techniques d'affirmation de soi ;
- des symptômes comportementaux orientent vers une thérapie comportementale (Canouï et al. 2015).

La liste des symptômes du burnout est longue : cent trente-deux pour certains chercheurs. Toutefois, ils ont tous la particularité d'apparaître chez une personne auparavant en bonne santé (Grebot., 2008, p. 114).

##### **4-1) Les troubles psychosomatiques**

Il s'agit de fatigue, de troubles d'endormissement, d'ulcères, de douleurs musculo-squelettiques (mal de dos), etc. Les personnes souffrant d'épuisement Professionnel présentent un rythme cardiaque plus élevé, une élévation du taux de cholestérol, de triglycérides, de l'acide urique, etc. Ces modifications biochimiques exposent les personnes à des risques cardiovasculaires plus élevés (Grebot, 2008).

## 4-2) Les troubles psychologiques

Il s'agit soit de comportements inhabituels (sensibilité exagérée aux frustrations, irritabilité, colère, crise de larmes chez une personne habituellement stable émotionnellement), soit d'attitudes inhabituelles (méfiance, cynisme, toute-puissance, humour méprisant). L'étude de cent quarante-deux couples dont l'un des membres est policier révèle que le policier en situation de burn-out se comporte avec ses enfants de manière plus professionnelle<sup>1</sup> que paternelle (Grebot, 2008).

## 4-3) Les conduites à risque

Elles sont dangereuses pour le salarié et pour l'entourage (patients, clients, etc.) En dépit du manque de repères épidémiologiques antérieurs, il existe un consensus pour considérer que le burn-out s'est considérablement étendu au sein du corps médical à partir des années 1990. Dans tous les pays développés, cette période correspond à la survenue de changements majeurs dans la pratique médicale et dans les organisations de soins. Sont ainsi mis en avant des exigences accrues en matière de productivité des médecins, l'augmentation de leur charge de travail, la réduction de leur autonomie, l'obligation d'actualiser leurs connaissances dans une période d'explosion du savoir scientifique, l'accroissement massif de leurs charges administratives et la nécessité de soumettre leur activité à des évaluations permanentes, enfin Ces changements sont considérés comme autant de facteurs d'accroissement du stress et, secondairement, de burn-out (Shanafelt et al, 2017).

Effectivement comme nous venons de le voir le burnout impact l'individu sur plusieurs plans, des répercussions sur le physique et le psychisme de l'individu, mais une question nous taraude, y a-t-il des prédispositions ou des facteurs qui seraient derrière l'incidence d'un burnout ? C'est ce que nous allons mettre en lumière dans l'élément qui suit.

## 5) les facteurs de risque

La recherche de facteurs de risques modifiables, susceptibles de guider les stratégies de prévention, a permis d'identifier trois sources de *burn-out* : culturelle, individuelle et organisationnelle (Lemaire et al.,2017).

- Facteurs culturels : la culture médicale, qui dénie aux médecins la possibilité d'être vulnérables, qui privilégie le blâme et la stigmatisation plutôt que la compréhension face aux

individus défaillants et qui tend à ignorer la détresse et à favoriser la « conspiration du silence », représente elle-même un facteur de risque

- Facteurs individuels : certains traits de personnalité tels que le perfectionnisme ou la conscienciosité, comme certaines stratégies d'adaptation au stress telles que le déni ou l'évitement, sont autant de facteurs de risque de burn-out
- Facteurs professionnels : la plupart des auteurs mettent l'accent sur le rôle prédominant de la charge de travail, notamment administratif, des changements répétés de type d'activité ou de poste de travail et des managements dysfonctionnels dans la genèse du burn-out (Lemaire et al, 2017).

### **5-1) Les attitudes de type défensif**

Ce sont des comportements de résistance aux changements, une rigidité envers toute décision nouvelle à prendre, etc (Greboto., 2008).

### **5-2) L'hyperactivités**

C'est un pseudo-activisme : quand l'activité démesurée est associée à une inefficacité totale des efforts. Le temps passé au travail est illimité mais les résultats sont inversement proportionnels au temps passé au bureau, à la durée pour traiter des dossiers. La personne fait des efforts considérables pour tenir son poste quitte à consommer de l'alcool, des médicaments (Greboto., 2008, p.115).

L'apaisement est au rendez-vous mais il est momentané, car la souffrance est temporairement annihilée. La personne est prise dans une spirale infernale, un cercle vicieux, une véritable addiction, Les premiers signes de malaise peuvent être discrets au point que la personne ne leur accorde aucune attention. Pourtant, certaines douleurs ont un sens symbolique manifeste : le dos douloureux, comme si l'on portait le malheur du monde sur son dos, etc. Un état de fatigue s'installe, sans raison apparente, mais souvent associé à la difficulté, de plus en plus marquée, d'avoir des activités de détente. Lorsque le malaise commence à s'installer, se lever pour aller travailler devient de plus en plus pénible, la personne connaît des troubles du sommeil, une perte ou un surcroît d'appétit, des douleurs digestives. Ces troubles sont décrits dans les manifestations du stress professionnel. Mais si le stress peut être un moteur positif de l'action quand la personne parvient à surmonter ses difficultés (car il oriente l'action vers une maîtrise de plus en plus grande des activités entreprises), en revanche, dans le burn-out, l'épuisement est massif, par manque de



ressourcement. C'est à cette phase-là que le manager doit intervenir : « L'être humain est une machine complexe qui envoie des signaux quand elle arrive en surchauffe. C'est le rôle des managers de repérer ces signes avant coureurs » (Grebout, 2008).

Peu à peu la souffrance envahit toutes les sphères de l'être : physique, affective, mentale, existentielle. Au niveau physique, des maladies graves peuvent apparaître ; des accidents du travail ou des accidents de la route sont provoqués par une inattention et une lassitude croissantes. Au niveau affectif, les relations sont de plus en plus difficiles et peuvent déclencher de la violence ou du renoncement. Au niveau intellectuel, l'individu souffre de difficultés de concentration et d'une mémoire de plus en plus défaillante. L'épuisement peut remettre en question l'orientation de la vie et la croyance en son utilité. Le risque d'une évolution vers la chronicité est sérieux, la chronicité d'une souffrance prend souvent la forme d'une dépression larvée où la personne renonce à tous les plaisirs ou à tous les désirs qui risquent de raviver la souffrance. Une personne souffrant, par exemple, de migraine chronique, renoncera progressivement à la lecture, à sortir, à aller dans des lieux bruyants, enfumés ou lumineux parce que ces lieux ou ces activités exacerbent sa douleur. Elle renoncera progressivement à tout ce qui lui faisait plaisir auparavant, pour éviter toute stimulation excessive, vivant, ainsi, de plus en plus souvent, dans une ambiance confinée. (Grebout, 2008).

En résumé, on peut distinguer trois facteurs initiaux, l'aspect culturel qui tend à ignorer et à stigmatiser la souffrance et la défaillance d'un individu, le contexte individuel qui qualifie certains traits de personnalités de facteurs de risques, enfin on y trouve l'aspect professionnel qui de par la demande et la charge du travail, notamment son exigence représente un facteur majeur pour donner lieu à l'installation d'un burnout. Dans ce qui suit nous allons procéder au diagnostic du burnout.

## **6) Diagnostic du burnout**

Le syndrome d'épuisement professionnel et les troubles psychiatriques : une nouvelle catégorie diagnostique de trouble mental, avant d'aborder cette question, il faut positionner le syndrome d'épuisement professionnel par rapport aux troubles dépressifs, anxieux et aux somatisations.

### **6-1) Épuisement professionnel et dépression**

La discussion diagnostique entre « burn-out » et « dépression » repose sur les constats suivants :

- il existe des sentiments dépressifs lors de l'épuisement professionnel, en particulier dans le sentiment de diminution de l'accomplissement personnel ;
- les diverses plaintes somatiques peuvent faire évoquer des diagnostics de dépression masquée ou de dépression essentielle ;
- en 1984, Meier avait montré le recouvrement partiel des échelles d'évaluation du burn-out avec les échelles de la dépression (Canouï et al, 2015).

Ces raisons amènent un certain nombre de psychiatres à tenter de réduire le burn-out à une forme clinique de la dépression, si l'épuisement professionnel ainsi que le stress chronique peuvent faire le lit d'une véritable dépression majeure, nous pensons cependant que l'on doit distinguer « dépression » et « burn-out ». En effet, sur le plan sémiologique, le sentiment de perte d'accomplissement de soi qui existe dans l'épuisement professionnel couvre à son début exclusivement le domaine professionnel. S'il existe des sentiments dépressifs, ils restent le plus souvent localisés au secteur professionnel et n'envahissent pas les autres domaines de vie. Il n'y a pas habituellement de ralentissement psychique et/ou moteur. Si l'on reste rigoureux sur la définition des critères de la dépression, ils ne sont pas réunis ici, enfin, tout épuisement professionnel ne débouche pas inmanquablement vers une maladie dépressive. Il est clair que l'épuisement professionnel n'est pas non plus assimilable à une dépression réactionnelle, car il n'y a pas de facteur déclenchant nettement identifié, mais l'accumulation d'un stress Chronique. Les facteurs déclenchant sont le plus souvent multidimensionnels. Cet état survient chez des sujets en dehors de tout trouble psychopathologique Antérieur (Canouï et al, 2015).

### **6-2) Épuisement professionnel et troubles anxieux**

Anxiété, stress et burn-out semblent proches : souvent, les mots sont employés les uns à la place des autres. Certes, on a bien l'impression qu'il existe des frontières et un territoire commun. En psychiatrie, les troubles anxieux sont des troubles dont la sémiologie, l'évaluation et les modalités thérapeutiques sont bien délimitées. Bien qu'ayant des zones de recouvrement avec le stress, il faut retenir que le stress n'est pas une maladie. Les mécanismes physiologiques et biochimiques actuellement connus du stress sont différents de ceux de l'anxiété. Si le stress peut être générateur d'anxiété, il est clair qu'énoncer ce terme implique d'emblée un contexte extérieur

ou environnemental que l'on tend à incriminer, E. Albert et L. Chneiweiss écrivent à ce sujet : « on réalise qu'il en est du stress et de l'anxiété comme ces faux amis que l'on rencontre dans l'apprentissage d'une langue. Ils se ressemblent en apparence mais ils ont un sens différent véritables faux-semblants de la psychologie du xx<sup>e</sup> siècle ». Comme dans le cas de la dépression, le burn-out peut faire le lit d'un véritable trouble anxieux. Mais, dans la définition que nous avons retenue, il s'agit plus d'un processus que d'une maladie. Dans le cadre des réactions à un stress chronique que représente-le burn-out, des sujets différents vont ou non développer une anxiété en fonction de leur capacité à s'adapter aux contraintes qu'ils subissent et justifier une prise en charge spécifique (Canouï et al, 2015).

### 6-3) Épuisement professionnel et somatisations

Parmi les signes cliniques, les somatisations ont une place particulière car elles représentent une très fréquente occasion de plaintes de la part des sujets épuisés. Aucun des signes cliniques n'est spécifique du burn-out il est même possible de parler d'épuisement professionnel sans symptôme vrai, comme nous le verrons plus loin. Néanmoins, étant donné la fréquence des somatisations il est utile d'en rappeler ici la définition et les limites, on appelle somatisation un ensemble de troubles représentés par des symptômes Physiques multiples, variés, variables dans le temps, habituellement présents depuis plusieurs années pour lesquels le sujet a subi de nombreuses investigations, des bilans exploratoires, tous négatifs, les symptômes peuvent toucher n'importe quel système ou partie du corps. Ils sont en dehors du contrôle de la volonté, les motifs en sont inconscients. Il n'existe pas de lésion somatique objectivable à la différence de la pathologie psychosomatique dans la quelle il existe une maladie somatique avec des lésions dont l'évolution est dépendante de facteurs psychologiques (Canouï et al, 2015, p 25).

Les symptômes physiques peuvent concerner de très nombreux appareils et systèmes :

- l'appareil digestif est une cible privilégiée des somatisations : douleurs abdominales, éructations, vomissements, nausées, ballonnements, diarrhées, intolérances alimentaires diverses ;
- la peau : démangeaison, prurit, sensation de brûlures, fourmillements, irritations cutanées ;
- symptôme cardiorespiratoire : hyperventilation, palpitation, douleur de poitrine ;
- douleurs : dorsales, articulaires ;
- appareil urogénital : mictions fréquentes psychogènes, dysurie psychogène, règles douloureuses ;
- troubles psychosexuels : désintérêt sexuel, dyspareunie ;

- symptomatologie neurovégétative variée : palpitations, sueurs, bouffées de chaleur, tremblements, sensation de froid. Le diagnostic positif repose sur la mise en évidence des plaintes somatiques multiples. À la différence du syndrome hypochondriaque, le sujet ne craint pas d'être atteint d'une maladie précise ; à la différence des syndromes de conversion, il ne s'agit pas d'une altération ou d'une perte d'une fonction physique. Il n'existe pas de trouble psychiatrique évident. Les signes physiques ne sont pas dus exclusivement à l'anxiété et la dépression (Canouï et al. 2015, pp. 24.26).

De ce fait, on constate que le burnout ne peut être réduit qu'à une dépression, un point important a été cité dans ce qui précède, c'est que le burnout peut prendre l'allure de signes et de sentiments dépressifs, mais ces derniers se manifestent que dans le secteur professionnel, l'accomplissement de soi et le ralentissement moteur et psychique se limiterait qu'au secteur professionnel et ne toucherait pas les autres aspects de la vie de l'individu. Cependant les symptômes psychiques peuvent toucher la somatisation de l'individu, notamment un risque de provoquer des douleurs dorsales, symptôme cardiorespiratoire, des troubles psychosexuels...etc. Nous allons à présent nous pencher sur les différentes dimensions du burnout.

## **7) Les trois dimensions du burnout**

En 1976, Christina Maslach publie un article « Burned out » après avoir mené des entretiens auprès d'employés émotionnellement « éprouvés » par leur travail qui lui ont inspiré une première échelle d'évaluation composée de 47 items, testée auprès de personnes travaillant dans les domaines de la santé, l'enseignement, l'aide sociale. Les analyses statistiques ont mis en évidence quatre dimensions (épuisement émotionnel, dépersonnalisation, sentiments de réduction d'accomplissement personnel et implication). Les trois premières composent le questionnaire utilisé de nos jours (Maslach Burnout Inventory, MBI-HSS pour Human Services Survey). Maslach définit le burnout en 1981 comme « un syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement personnel » (Maslach et Jackson, 1981, p. 1).

### **7-1) L'épuisement émotionnel**

Il est lié à une demande de soutien psychologique et émotionnel des clients trop difficiles à satisfaire par les personnels. La première dimension et la plus centrale est l'épuisement émotionnel, psychique et physique (avoir le sentiment d'être totalement vidé de ses ressources). C'est la première manifestation du burnout : une fatigue extrême due à une exposition continue à des facteurs de Risque Psychosociaux (Schaufeli et Greenglass, 2001).

Les facteurs de RPS liés au travail, très prégnants (conditions de travail très exigeantes, manque de ressources et d'appui pour y faire face, etc.). Les temps de repos habituels (sommeil, week-end, congés, etc.) ne suffisent plus à soulager cette fatigue qui devient alors chronique. (Schaufeli et Greenglass, 2001).

### **7-2) 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'apparentant 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. (Canoui, 2016, p. 14)

### **7-3) 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 la 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, la 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. (Canoui, 2016, p. 15)

Nous pouvons constater que les trois dimensions du burnout représentent un processus continu et progressif où l'une donne vie à la dimension suivante, l'épuisement émotionnel qui est la première étape de l'installation du burnout, cette dernière laisse place à la deuxième dimension qui est la plus cruciale de cette pathologie qui est la déshumanisation de la relation à l'autre qui représente le centre du burnout caractérisé par un délaissement du patient là où l'organe prend plus de considération que le patient qui celui-ci n'est réduit qu'à un chiffre de chambre, puis nous retrouvons la dernière dimension qui est l'accomplissement personnel où le soignant ou l'infirmier ressent un échec professionnel qui peut se caractériser par un absentéisme ou un présentéisme au travail, ainsi qu'une faible efficacité professionnelle.

Nous allons à présent nous pencher sur l'approche explicative du burnout qui est : l'approche transactionnelle de Cary Cherniss et de Lazarus et Folkman, nous aborderons ce modèle car c'est ce dernier qu'on a adopté pour notre recherche.

## **8) Le modèle transactionnel de Cary Cherniss (1980)**

Plusieurs modèles ont donné des interprétations psychologiques du burnout, parmi elles, notre choix s'est porté sur le modèle transactionnel de Cary Cherniss (1980), et de Lazarus et Folkman (1984).

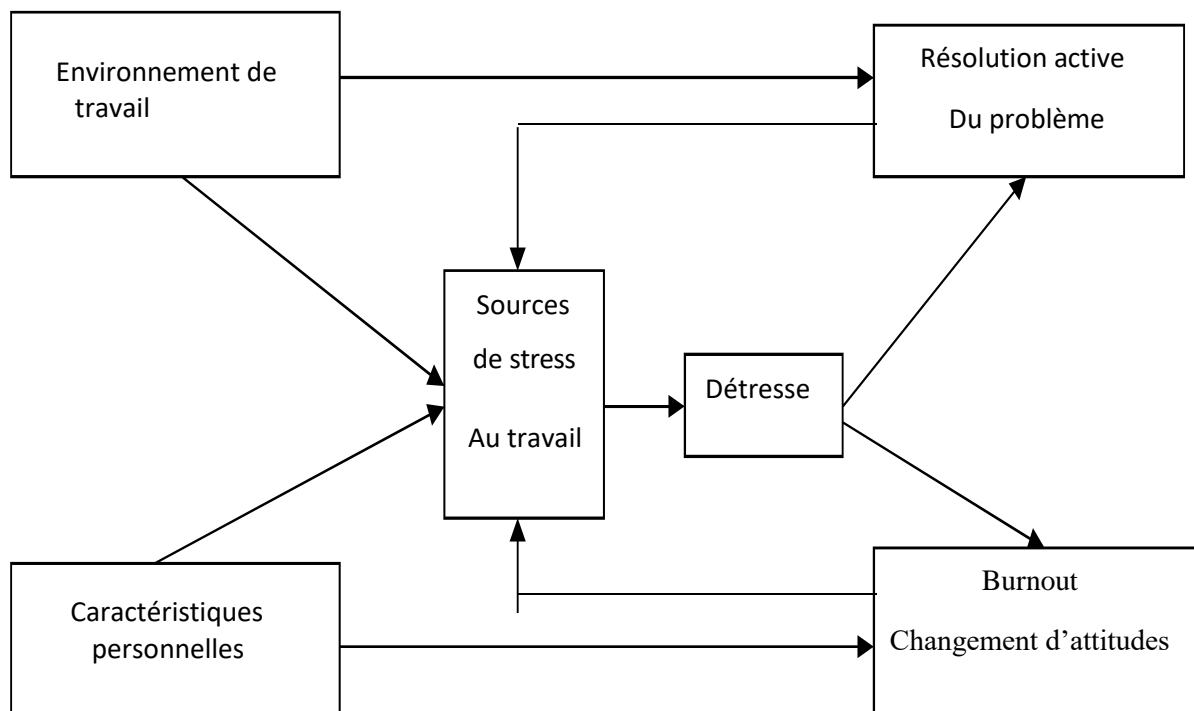
Cette conception initiale du burnout de Cherniss (1980) se définit comme un processus en trois étapes :

- La première étape est celle du stress perçu qui provient du déséquilibre entre les exigences du travail et les ressources de l'individu.
- Ceci conduit à la deuxième étape qui est celle de la tension en réponse émotionnelle à ce déséquilibre, constituée de fatigue physique, d'épuisement émotionnel, de tension et d'anxiété.
- La troisième étape marque des changements d'attitudes et de comportements.

Pour Cherniss, le « burnout » est « *un processus dans lequel un professionnel précédemment engagé se désengage de son travail en réponse au stress et à la tension ressentis.* » : modèle restreint car il ne se base que sur des professionnels débutants. Ce modèle s'appuie sur l'analyse

d'observations et d'entretiens réalisés auprès de vingt-sept professionnels qui ont une activité supposant une implication relationnelle forte auprès d'autrui avec des métiers tels qu'avocats, enseignants ou encore infirmières interrogés au cours des deux premières années de leur carrière (Delobbe, Herrbach, Lacaze&Mignonac, 2005).

Nous allons dans ce qui suit vous présenter, le modèle transactionnel de Cherniss qui aura pour objectif d'expliquer le processus et les différentes variables qui mènent vers l'installation d'un burnout.



(Nathalie, 2015.p 42).

**Figure 1** : Modèle du burnout de Cherniss (1980)

Selon Cherniss (1980), on retrouve trois ensembles de variables qui contribuent au développement du burnout. Les caractéristiques de l'environnement de travail affectent le burnout directement mais aussi indirectement à travers les sources de stress qui sont au nombre de huit : une faible socialisation, une charge de travail élevée, un travail routinier, une étendue limitée des interactions due à la tâche demandée, un manque d'autonomie, un désaccord entre les objectifs institutionnels et les valeurs personnelles du professionnel, un type de leadership et enfin un isolement social (Nathalie, 2015.p42).

Les caractéristiques personnelles du professionnel interviennent également dans le processus : l'effet est à la fois direct sur le burnout mais aussi indirect au travers des agents stressants. Ces caractéristiques concernent des facteurs démographiques tels que l'âge et le genre mais aussi des particularités psychosociales au travers des contacts de l'individu et de ses attentes professionnelles. Ces variables vont déterminer l'équilibre entre les liens sociaux et les exigences extra-professionnelles, ce qui permettra ou non l'ajustement aux conditions de travail. Ainsi, des variables telles que des responsabilités familiales trop importantes ou une insuffisance de liens sociaux et affectifs agiront sur le burnout. Les sources de stress représentent la troisième variable psychosociale : elles proviennent selon Cherniss (1980) du choc entre la réalité du travail de terrain quotidien et les attentes initiales développées par le travailleur relatives à la réalisation de soi, à l'exercice des compétences et au climat professionnel. Cette représentation idéalisée est souvent transmise au cours des programmes de formation. Pour Cherniss (1980), les différences individuelles vont jouer un rôle important dans les stratégies développées face aux stressors. Certaines personnes vont adopter des attitudes et des comportements négatifs alors que d'autres mettront en place des modalités actives pour résoudre les problèmes. C'est ainsi qu'au fil du temps, le burn out va s'installer (Truchot, 2004).

Comme évoqué en titre, « le modèle de Cherniss stipule trois étapes dans la transaction entre l'individu et son environnement. La première naît du déséquilibre entre exigences de travail et ressources de l'individu et correspond donc au stress perçu. Cela nous amène à la deuxième étape qui prend forme suite à une réponse émotionnelle face à ce déséquilibre s'exprimant sous la forme de fatigue physique, d'épuisement émotionnel et d'anxiété, c'est la tension », « Enfin, des changements comportementaux tels qu'une complaisance pour ses propres besoins ou des attitudes cyniques et détachées marquent la troisième étape » (Truchot, 2004, p 17).

Le modèle transactionnel du stress (Lazarus & Folkman, 1975, 1984), aborde l'intensité du stress comme le produit entre la réalité « objective » et la perception qu'en a l'individu. Cette perception est déterminée par l'écart entre une « évaluation primaire » et une « évaluation secondaire ». Un consensus existe sur le fait que le stress implique nécessairement un sujet actif, qui réagit, en fonction de sa subjectivité, face à son environnement de travail et aux événements majeurs et quotidiens de sa vie professionnelle. La personne ressent du stress lorsqu'elle perçoit un déséquilibre entre les contraintes imposées par son environnement et ses ressources pour y faire face. Ce modèle met l'accent sur les processus d'évaluation de la situation, c'est-à-dire sur l'activité mentale (cognitive) de la personne en situation de stress. L'évaluation primaire permet à l'individu



d'identifier la situation stressante et d'en évaluer les caractéristiques (gravité, risque, ambiguïté, etc.) et l'évaluation secondaire va lui permettre de déterminer ses ressources pour faire face à la situation (contrôle perçu, soutien social perçu). Le « burnout » apparaît lorsque les ressources ne peuvent plus faire face aux contraintes. Un stress continu chronique peut donc générer un burnout. Il conviendra donc dans notre étude, de différencier stress et « burnout » (Nathalie, 2013, pp. 26.27)

Le modèle transactionnel du stress de Lazarus et Folkman (1975, 1984) se donne explicitement comme objectif la compréhension et l'explication des conduites d'ajustement dans les situations stressantes ou problématiques en se centrant sur les processus psychologiques (cognitivo-émotionnels) mis en oeuvre. Dans ce cadre, le stress est défini « *comme une relation entre la personne et l'environnement qui est évaluée par la personne comme imposant un recours excessif à ses ressources ou dépassant ses possibilités de réponse et mettant en danger son bien-être* » (Folkman, 1984, p.840).

Dans ce qui suit nous allons aborder les causes du burnout, sur le plan organisationnel, individuel, et enfin relationnel, qui donnent lieu à un terrain favorable pour l'installation d'un burnout.

## 9) Les causes du burnout

Trois facteurs interviennent dans l'épuisement professionnel :

- L'organisation
- L'individu
- Les relations

### 9-1) Les causes organisationnelles :

L'épuisement professionnel résulte de l'activité professionnelle et du contexte de travail. Les antécédents organisationnels du burnout comportent les caractéristiques du travail lui-même et les caractéristiques associées au rôle professionnel :

- les facteurs d'épuisement concernant le *contenu de l'activité* sont les horaires illimités, imprévisibles, la monotonie, la standardisation, l'automatisation, etc. Le processus majeur responsable est ici l'impossibilité pour le professionnel de contrôler son activité ;

- les facteurs propices à l'épuisement professionnel relevant du *contexte de travail* sont les rôles contradictoires ou confus, l'isolement et le manque de soutien social, le conflit entre vie professionnelle et vie familiale, les mutations technologiques, économiques et politiques, le management par le stress ou la peur. (Truchot, 2004, p. 25.)

Tous les éléments participant au climat et à l'ambiance de travail contribuent au burnout. Les styles managériaux jouent un rôle essentiel dans la violence sur le lieu de travail. Le système de récompenses est très important dans la mesure où les employés peuvent juger de l'équité et de la loyauté de leur hiérarchie à leur égard. Ils évaluent dans quelle mesure les récompenses sont liées à la qualité des performances et de quelle façon elles sont réparties parmi les salariés. Cependant, certaines professions sont plus à risque que d'autres : il s'agit, notamment, des activités professionnelles à fortes sollicitations mentales, émotionnelles et affectives ou des métiers à fortes responsabilités vis-à-vis d'autres personnes et des activités où les objectifs sont difficiles, voire impossibles, où il existe un fort déséquilibre entre les tâches à accomplir et les moyens mis en œuvre ainsi qu'une ambiguïté ou un conflit de rôles ( Grebot,2008, p122.124).

## 9-2) Les facteurs individuels :

Certaines caractéristiques individuelles prédisposent à interpréter un événement comme plus ou moins menaçant, plus ou moins stressant. On peut prendre comme exemple l'affectivité. Les individus dotés d'une affectivité positive sont enthousiastes, se sentent « bien dans leur peau », mènent une vie active et excitante, sont pourvus d'une plus grande auto-efficacité et d'une plus grande tendance à contrôler activement leur environnement. Ces individus jugent leur environnement plus favorable et plaisant. Avec une affectivité négative, les individus présentent les caractéristiques inverses. D'autres caractéristiques peuvent influencer le choix des stratégies de coping. Ainsi, les individus extravertis utilisent davantage des stratégies comme la résolution du problème et la restructuration cognitive. En revanche, le névrosisme est lié au désengagement c'est-à-dire aux stratégies de retrait, ou à une centration sur les émotions négatives (Zawieja, 2016, pp 126.134).

L'épuisement professionnel tend à être plus élevé chez les femmes qui portent davantage le poids des tâches domestiques et la charge quotidienne des enfants. Elles sont plus touchées par le conflit de rôle famille-travail qui est une source importante de *burnout*. Cette répartition inéquitable du travail domestique non rémunéré augmente le degré de stress quotidien. La Fondation européenne considère que cette double charge a des conséquences néfastes sur la santé des femmes

qui travaillent. Les études montrent que l'environnement familial joue un rôle déterminant dans l'apparition du *burnout* : lorsque la vie familiale est source de problèmes, le niveau d'épuisement professionnel augmente significativement quand les tensions professionnelles s'intensifient. À l'inverse, chez les hommes, le niveau d'épuisement professionnel augmente quand les stressors professionnels augmentent mais indépendamment du niveau des stressors familiaux. (Grebot, 2008, pp 124.126)

### **9-3) Les facteurs relationnels :**

Il s'agit soit de relations difficiles ou de conflits (agressions, violence), soit au contraire d'un manque de relations : solitude, absence de solidarité, soutien social déficient. Les interactions entre clients et professionnels, directes, fréquentes, répétitives contribuent au développement du *burnout* professionnel. (Grebot, 2008, pp124.126)

Parmi les causes du burnout on retrouve trois facteurs, dans un premier temps les facteurs organisationnels, effectivement certains secteurs ont une forte exigence physique et émotionnelle avec des moyens limités pour avoir le meilleur rendu ce qui rend la tâche encore plus délicate et stressante pour l'individu, dans un second lieu on retrouve les facteurs individuels, effectivement certains individus optent pour des stratégies de retrait ainsi qu'une focalisation sur les émotions négatives, enfin d'un point de vue relationnel on peut constater que le manque d'interactions et la présence de relations professionnelles conflictuelles contribuent à l'installation d'un burnout

## **10) Le burnout chez les soignants :**

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. Cette dernière marque véritablement un tournant dans l'analyse du concept pour les professions d'aide.

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 (Canoui, 2015, p.11).

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 (Canoui, 2015, pp.11.12).

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.
- d'avoir montré qu'il s'agissait de troubles progressivement acquis. (Canoui & Mauranges, 2015, pp.11, 13).

Selon la revue de littérature « Qualité de vie au travail qualité de soins », publiée en 2016 par l'HAS, plusieurs types de contraintes émergent dans le milieu soignant : les contraintes horaires, notamment le travail de nuit et le week-end, le rythme de travail, les contraintes physiques, la relation avec le public, la charge mentale, la charge émotionnelle. Ce rapport indique une dégradation des conditions de travail dans le milieu hospitalier, notamment entre 1998 et 2000 et pointe « des conditions de travail difficiles avec une charge mentale importante ». Sachant que l'épuisement émotionnel est le premier stade du *burn-out*, il est clair que les paramédicaux y sont

particulièrement exposés. Certains facteurs de vulnérabilité propres aux soignants majorent donc le risque d'épuisement professionnel, des facteurs individuels mais aussi à corrélés avec la mutation des lieux de soins. Les services de médecine du travail constatent que les personnes touchées par le *burn-out* sont souvent des personnes très impliquées dans leur travail. De même, M. Delbrouck pointe avec sensibilité : « Situation paradoxale que de constater, que les candidats au *burn-out* se recrutent parmi les éléments les plus valables de notre société, tant au niveau de leurs intérêts, que de leurs capacités professionnelles et leurs qualités personnelles. » Nous l'avons vu, le sentiment d'accomplissement de soi et d'efficacité et la perte de ceux-ci sont importants dans le mécanisme du *burn-out*. Or, chez le soignant, cela peut avoir une résonance toute particulière ([www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201602/revue\\_de\\_litterature\\_qualite\\_de\\_vie\\_au\\_travail.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201602/revue_de_litterature_qualite_de_vie_au_travail.pdf)).

Selon le docteur Patrick Légeron, le stress au travail est donc inducteur potentiel de *burn-out*. Or les différents facteurs de stress dans le milieu soignant sont légion. Le stress dans le milieu soignant peut aussi être lié à des services particuliers (psychiatrie, urgence...) ou à des organisations de soins particulières et ne répondant pas aux attentes des soignants. L'augmentation globale du rythme de travail dans les services augmente le stress et la peur de l'erreur. La politique actuelle de polyvalence du soignant également. Certains passages à l'acte auto-agressifs de professionnels du soin ont également pu être reliés à des changements de service non souhaités et au sein desquels ils ont cru commettre des erreurs nuisibles à leurs patients. L'augmentation des stressés dans la santé augmente l'insécurité interne du professionnel et sa vulnérabilité au *burn-out*, voire au risque de passages à l'acte tragiques, et ces stressés ont augmenté avec la mutation des lieux de soins (Holcman, 2018, p.20).

La question même du choix de la profession représente un autre facteur de fragilité ou de faille possible. Le candidat soignant a été souvent confronté assez jeune avec la question de la maladie et des soins à y apporter : soit qu'il y a été lui-même, par le passé, confronté dans sa propre chair ou dans celle d'un membre de son entourage ou de son voisinage ; soit qu'il a voulu résoudre de par lui-même ses propres questionnements psychiques ou physiques par rapport à la santé. Sa personnalité et ses choix professionnels sont donc à la fois une faille possible qui le rend particulièrement sensible à ces questions chez les autres et à la fois une force car il est très sensibilisé beaucoup plus que son voisin à ces mêmes questions notamment par le souci du mode de réponse y apportées. La plupart des soignants présentent une personnalité riche et généreuse, se dévouant corps et âme à la survie de leurs patients. Ils pêchent la majorité du temps par excès, sont

de mauvais gestionnaires du temps et de l'argent. Ils s'oublient au profit de leur patient et souvent à leur propre détriment et à ceux de leur famille et amis. Tenter de résoudre, de réparer ce qui l'a fait souffrir dans sa propre chair, son propre esprit ou celle ou celui d'être qu'il a côtoyé et aimé peut l'occuper une vie entière. Pourquoi pas, pour autant que lui soignant ne tombe dans une telle compulsion de répétition à vouloir sauver le monde et à s'y perdre dans un effroyable épuisement professionnel (Delbrouck, 2010).

Nous pouvons constater que le soignant serait la meilleure cible du burnout, en effet, les entraves que rencontrent les soignants sont innombrables en plus du manque de moyens et d'effectif, qui fait qu'une surcharge retombe sur eux, un rythme du travail intense et un stress permanent et surtout la peur de l'erreur fait que les soignants risquent de développer un burnout. Nous allons à présent nous pencher sur la prévention et le traitement du burnout.

## **11) Prévention et traitement du burnout**

Selon l'Organisation mondiale de la santé, il existe trois mesures de prévention, que l'on va mettre en lumière dans ce qui suit.

### **11.1) La prévention primaire**

Elle consiste à agir, en amont, en mettant en place, dans une entreprise ou une organisation, les meilleures conditions de travail possibles.

Elle vise à améliorer le contexte de travail avant que les problèmes de santé n'apparaissent. Elle consiste :

- à repérer les sources potentielles de stress ;
- à dépister les groupes de salariés exposés ;
- à mettre en place des actions au niveau collectif ;
- à réduire certaines contraintes de travail telles que la pression temporelle, la surcharge de travail ;
- à favoriser une plus grande autonomie dans le travail ;
- à améliorer la qualité des relations humaines, en favorisant la communication dans l'entreprise, la participation ;
- à aménager l'environnement matériel, l'espace de travail,

- les nuisances (bruit, chaleur) ;
- à promouvoir les mesures préventives individuelles (massage, piscine, salle de sports, plages de sieste) (OMS, 2004).

### **11.2) La prévention secondaire**

Elle vise à limiter les effets de situations stressantes chez des personnes présentant déjà des symptômes. La prévention secondaire comporte un premier volet qui concerne l'amélioration des postes de travail et de l'environnement matériel pour les salariés se plaignant de problèmes liés au travail et un second volet intégrant des programmes de gestion du stress. Un état de stress survient si une personne est confrontée à une situation qu'elle évalue comme dépassant ses propres ressources. En conséquence, elle peut modifier son évaluation d'une situation jusqu'ici stressante, relativiser son incapacité à y faire face et augmenter ses capacités de maîtrise de ses réactions de stress. Les techniques les plus efficaces sont la relaxation, l'affirmation de soi (OMS, 2004).

### **11.3) La prévention tertiaire**

Elle vise les salariés souffrant de problèmes de santé sérieux et qui ne peuvent plus faire face aux contraintes imposées par le travail. Les mesures de prévention tertiaire visent leur réadaptation après une interruption d'activité.

Sur le *plan individuel*, il s'agit de psychothérapies cognitives particulièrement adaptées aux états anxieux sévères et aux troubles dépressifs. Plusieurs hôpitaux ont développé des consultations pluri disciplinaires spécialisées dans les maladies professionnelles où les salariés bénéficient d'une aide médicale et psychologique. Sur le *plan collectif*, il peut s'agir de réunions de *débriefing* efficaces dans certaines situations de tensions et/ou de mesures organisationnelles telles que des réaménagements de plannings susceptibles de soulager les salariés en difficultés (OMS, 2004).

La prévention *primaire* s'avère être, sur le long terme, la plus efficace, pour la santé des salariés et celle de l'entreprise, car elle agit à la source. La prévention primaire du stress au travail orientée vers l'amélioration de l'organisation et des conditions de travail a des effets durables, contrairement aux actions centrées sur le renforcement des résistances de l'individu. La prévention *secondaire* est, à court terme, efficace et moins coûteuse que la prévention tertiaire dont les résultats sont plus longs et aléatoires. La prévention *tertiaire* est coûteuse, car elle est souvent associée aux deux autres types de prévention (Grebot, 2008, p 175).

Les moyens proposés pour prévenir et atténuer l'épuisement professionnel ou réduire son impact sur l'organisation et l'individu sont à deux volets : d'une part, les actions axées sur le milieu de travail et, d'autre part, les actions axées sur l'individu. Les actions centrées sur l'environnement de travail sont destinées à réduire les facteurs de stress à la source.

Nous concluons avec ce dernier élément sur le burnout pour entamer notre deuxième section qui est en lien avec le traumatisme et le traumatisme vicariant dit secondaire.

## **II : Le traumatisme secondaire :**

### **1) Historique du concept du traumatisme**

Le mot «trauma» nous vient du grec ancien (*trauma*), où il signifiait « blessure », et où l'adjectif *traumatikos* désignait ce qui a rapport avec la blessure. Transposé à la pathologie chirurgicale, le mot « traumatisme » a conservé sa signification de blessure, parfois sous sa forme abrégée de « trauma » (exemple les « traumatismes crâniens », avec blessure ou contusion). Transposé ensuite à la pathologie psychiatrique, sous les vocables « traumatisme psychique » et « trauma », il se rapporte aux « blessés psychiques », qui se distinguent des autres malades psychiatriques par le caractère de violence et d'effraction de leur étiopathogénie. Et c'est sous la plume de Charcot, d'Oppenheim, de Janet et de Freud qu'on le voit apparaître dans les Publications psychiatriques, dans les années 1884-1895 (Coutanceau et al. 2012, p. 175).

Nous garderons donc à l'esprit que les traumatismes psychologiques existent probablement depuis que l'Homme est en mesure de se situer, lui et les autres, comme être doué d'humanité. Autant dire depuis le commencement. Le propos de notre historique portera donc sur l'identification d'une entité nosographique qu'est le trouble de stress post-traumatique, cette identification revient selon Tunbull (1998) à Oppenheim qui, à la fin du XIXe siècle, observe chez des victimes d'accidents de chemins de fer, un ensemble de symptômes particuliers qu'il ne rencontrait pas dans d'autres maladies. Il utilise alors les termes de « névrose traumatique » pour nommer cette symptomatologie afin de rendre compte d'une origine biologico-organique du trouble. Il considère en effet que la névrose traumatique est principalement due à des lésions cérébrales causées par des éclats de métal (Boudoukha, 2009, p.30).



Le XIXe et le début du XXe siècle vont donner lieu, avec le développement de la psychiatrie clinique (Charcot et Janet) ou de la psychanalyse (Freud), à la production d'hypothèses étiologiques relatives aux symptômes présentés par des femmes victimes (inceste, agressions sexuelles) sous les termes d'« hystérie » ou de « névrose hystérique ». Certains auteurs contemporains considèrent que ces symptômes correspondraient à des symptômes post-traumatiques (Herman, 1992). Malheureusement, la théorisation de cette souffrance psychique en la reliant systématiquement à des événements précoces durant l'enfance, tout en occultant le lien temporel avec l'événement traumatogène, va grever pendant un temps l'ouverture à d'autres explications étiologiques, c'est avec les guerres mondiales que le lien entre un événement traumatogène et des répercussions psychiques va être clairement impliqué dans la dénomination du trouble, notamment parce que ce sont des hommes qui en seront victimes, contrairement aux patientes de Charcot ou de Freud. De nouvelles entités pour rendre compte de cette souffrance seront proposées comme la « névrose de guerre », le « choc des tranchées » ou encore la « traumatophobie » (Brillon, 2005).

La cause organique de ces symptômes est recherchée car on envisage que des atteintes cérébrales causées par des éclats d'obus rendent compte de cette pathologie, on voit donc apparaître, dès la fin des années soixante-dix, un bouillonnement de recherches dans le domaine du traumatisme psychologique ainsi que sa reconnaissance diagnostique au sein des grandes classifications internationales des maladies psychiques sous le terme de trouble de stress post-traumatique (APA, 1983). Comme nous l'avons évoqué, un événement traumatogène ou traumatique est toujours au centre de la souffrance des victimes. Un événement « traumatique » ou « traumatogène » a un sens précis, que nous allons à présent restituer (Boudoukha, 2009, p.31).

## 2) Définition du traumatisme psychique

Le mot « traumatisme » vient des mots grecs anciens *traumatismos*, signifiant action de blesser, et *trauma*, signifiant blessure. Appliqué à la pathologie chirurgicale, il signifie « *transmission d'un choc mécanique exercé par un agent physique extérieur sur une partie du corps et y provoquant une blessure ou une contusion* ». Transposé à la psychopathologie, il devient *Traumatisme psychologique* ou *trauma*, soit « *la transmission d'un choc psychique exercé par un agent psychologique extérieur sur le psychisme, y provoquant des perturbations psychopathologiques, transitoires ou définitives* ». En psychopathologie, on admet que les excitations attenantes à l'événement traumatisant ont fait effraction au travers des défenses du psychisme (Crocq, 2014, p. 10).

Le traumatisme psychique correspond à « *la répétition de pensées, d'images, d'émotions, de sensations, de rêves ou de cauchemars en relation avec l'évènement traumatique vécu. Ce syndrome de répétition s'accompagne d'une submersion émotionnelle, avec une tension anxieuse permanente et de l'évitement des situations qui rappellent, de près ou de loin, l'épisode traumatique* » (Cottraux, 2007)..).

On peut donc définir le traumatisme psychique ou trauma comme « *un phénomène d'effraction du psychisme, et de débordement de ses défenses par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou l'intégrité (physique ou psychique) d'un individu, qui y est exposé comme victime, témoin ou acteur*» (Crocq, 2014, p. 10).

Dans cet élément, nous allons présenter les divers types du traumatisme psychique, qui se compose, de quatre types principaux, tout en détaillant leurs caractéristiques.

### 3) Les différents types de traumatisme psychique

Il existe quatre types de traumatisme psychique : le traumatisme de type I, II, III et IV

C'est à Lenore Terr (1991) que l'on doit la première typologie des traumatismes. Elle distingue deux catégories : les traumatismes de type I et de type II.

- Elle entend par **traumatisme de type I** un traumatisme induit par un événement unique, limité dans le temps, présentant un commencement net et une fin claire. Une agression, un hold-up, un incendie, une catastrophe naturelle sont quelques illustrations de ce genre d'incidents critiques.
- Elle parle de **traumatisme de type II** lorsque l'événement à l'origine des troubles s'est répété, lorsqu'il a été présent constamment ou qu'il a menacé de se reproduire à tout instant durant une longue période. La violence intrafamiliale, les abus sexuels, la violence politique, le terrorisme et les faits de guerre répondent à cette définition.
- Eldra Solomon et Kathleen Heide (1999) spécifient une troisième catégorie, **le traumatisme de type III**, pour décrire les conséquences d'événements multiples, envahissants et violents

débutant à un âge précoce et présents durant une longue période, cas typique des abus (Josse, 2019, pp.53.66).

- **Les traumatismes de type IV** : Nous proposons une quatrième catégorie pour désigner les traumatismes en cours, ce qui les différencie des traumatismes de type I, II ou III c'est qu'ils poursuivent dans le présent (Romano, 2010, pp 71.89).

### 3-1) Les traumatismes simple et complexe

Judith Herman (1997), professeur à la Harvard Medical School, choisit de classer les traumatismes en deux catégories : les traumatismes simples et complexes. Sa définition des **traumatismes simples** les assimile aux traumatismes de type I définis par Terr. Les événements qui les engendrent constituent un événement ponctuel dans la vie du sujet (Josse, 2019, 53.66).

Initialement, le terme **trauma complexe** fait référence au trauma de type II, celui-ci se différenciant du type I, par le fait qu'à la différence de ce dernier, ce trauma ne constitue pas un événement ponctuel ou inattendu, mais plutôt une situation répétée ou prolongée, et ce, selon la catégorisation offerte par Lenore Terr (Roberge, 2011, p.355).

### 3-2) Les traumatismes directs et indirects

**Les traumatismes directs** : On parle de traumatisme direct lorsque la victime souffre d'un traumatisme après avoir été confrontée au sentiment de mort imminente, à l'horreur ou au chaos. Elle peut avoir été sujet, acteur ou témoin de l'agression ou de la menace soudaine ayant mis en danger sa vie, son intégrité physique ou mentale ou celles d'autrui (Josse, 2019, pp.53.66).

**Les traumatismes indirects** : Il est aujourd'hui admis qu'un sujet enfant comme adulte qui n'a pas subi de traumatisme direct, peut présenter des troubles psychotraumatiques consécutifs aux contacts qu'il entretient avec une autre personne traumatisée, constitue en elle-même l'événement traumatique (Josse, 2019, pp.53.66).

Selon la CIM 11 le trouble de stress post-traumatique (TSPT) peut se développer après une exposition à un événement ou à une série d'événements extrêmement menaçants ou terrifiants. Il se caractérise par tous les éléments suivants

En effet, on retrouve plusieurs types de traumatismes, et chacun présente des caractéristiques spécifiques qui les différencient des autres on retrouve le traumatisme du type 1, 2, et 3, ainsi qu'un quatrième type de traumatisme qui se caractérise par le fait qu'il se poursuit dans le présent, ensuite on retrouve le traumatisme direct qui fait référence à la confrontation à un sentiment de mort imminente et enfin le traumatisme indirect qui fait référence au fait d'être en contact avec une personne traumatisée.

#### **4) L'événement et l'événement traumatique**

De même, on voit trop souvent employer le vocable d'événement traumatique à la fois pour des victimes qui ont réellement vécu cet événement sur le mode du trauma, et pour des rescapés qui, exposés au même événement, y ont réagi par un stress adaptatif et sans séquelles. Aussi recommandons-nous, pour désigner des événements susceptibles de générer des traumas, d'utiliser le vocable d'événement potentiellement traumatisant (Crocq et al. 2014, P.15).

##### **4-1) Un événement**

La définition de l'événement « tout ce qui arrive » s'est précisée en un siècle pour désigner d'abord « le fait auquel vient aboutir une situation », c'est-à-dire l'issue, le résultat contraire ou non attendus, puis « ce qui arrive et a quelque importance pour l'homme », bonheur ou catastrophe coïncidence ou destin. De caractère extensif de cette définition contraint à en déployer les nuances. Nous allons proposer une définition tirée du domaine de psychopathologie. Un événement peut être considéré comme base concrète de temps défini comme « l'ensemble des relations de successions et de simultanéité entre les événements » c'est un des sens retenus par la tradition phénoménologique, le temps est conçu à partir de la succession des événements présents observés ou vécus (Ghiglione, 1999, p.577).

##### **4-2-) Événement traumatique**

L'événement traumatique est un événement qui confronte le sujet à une réelle menace de mort ou à une menace pour son intégrité physique ou celle des autres, il se caractérise par sa soudaineté, sa violence, son intensité et par impossibilité pour les personnes et l'institution qui s'y trouvent impliqués d'y résister. Il peut provoquer une réaction de stress face à l'événement stressant, et qui serait le résultat de l'accumulation de changement majeur nécessitant un ajustement un travail minutieux d'identification des principaux événements (Varescon, 2012).

De ce qu'on vient d'exposé, on constate que l'événement traumatique, est tout événement qui est d'une grande menace à l'intégrité physique de l'individu ou celle des autres, il est violent, soudain, et réside dans la confrontation d'un sujet avec sa propre mort ou celle d'une autre personne, qui engendre un stress intense, ce qui provoque un bouleversement considérable chez l'individu. Dans ce qui suit, nous essayerons de mettre en lumière les critères diagnostiques du stress post-traumatique.

## **5) les critères diagnostiques du stress post traumatique**

### **5 -1) Selon le DSM 5**

A- Exposition a la mort effective ou a une menace de mort, a une blessure grave ou a des violences sexuelles.

1. En étant directement expose a un ou a plusieurs événements traumatiques.

2- En étant témoin direct d'un ou de plusieurs événements traumatiques survenus a D'autres personnes.

3- En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques sont arrives a un membre de la famille proche ou a un ami proche. Dans les cas de mort effective ou de menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, le ou les événements doivent avoir été violents ou accidentels.

4- En étant expose de manière répétée ou extrême aux caractéristiques aversives du ou des événements traumatiques (p. ex. intervenants de première ligne rassemblant des restes humains, policiers exposes a plusieurs reprises a des faits explicites d'abus sexuels d'enfants). (DSM5, 2015, p.150)

B- Présence d'un (ou de plusieurs) des symptômes envahissants suivants associés a un ou plusieurs événements traumatiques et ayant débute après la survenue du ou des événements traumatiques en cause :

1- Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatiques

Provoquant un sentiment de détresse.

2- Rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse dans lesquels le contenu et/

Ou l'affect du rêve sont liés à l'événement/aux événements traumatiques.

3- Réactions dissociatives (p. ex. flashbacks scènes rétrospectives) au cours desquelles

Le sujet se sent ou agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se reproduire. (De telles réactions peuvent survenir sur un continuum, l'expression la plus extrême étant une abolition complète de la conscience de l'environnement.)

4- Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect du ou des événements traumatiques en cause.

5- Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatiques (DSM5, 2015, p.151).

C- Évitements persistants des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoigne la présence de l'une ou des deux manifestations suivantes :

1- Évitements ou efforts pour éviter les souvenirs, pensées ou sentiments concernant ou

étroitement associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.

2- Évitements ou efforts pour éviter les rappels externes (personnes, endroits, conversations,

activités, objets, situations) qui réveillent des souvenirs des pensées ou des sentiments associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.

D- Altérations négatives des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants :

1- Incapacité de se rappeler un aspect important du ou des événements traumatiques (Typiquement en raison de l'amnésie dissociative et non pas à cause d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, l'alcool ou des drogues).

2- Croyances ou attentes négatives persistantes et exagérées concernant soi-même, d'autres personnes ou le monde (p. ex. : je suis mauvais, on ne peut faire confiance à personne, le monde entier est dangereux, mon système nerveux est complètement détruit pour toujours).

3- Distorsions cognitives persistantes a propos de la cause ou des conséquences d'un ou de plusieurs événements traumatiques qui poussent le sujet à se blâmer ou a blâmer d'autres personnes.

4- Etat émotionnel négatif persistant (p. ex. crainte, horreur, colère, culpabilité ou honte).

5- Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la Participation a ces mêmes activités.

6- Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres.

7- Incapacité persistante d'éprouver des émotions positives (p. ex. incapacité d'éprouver du bonheur, satisfaction ou sentiments affectueux).

E- Altérations marquées de l'éveil et de la réactivité associées a un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, Comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants :

1- Comportement irritable ou excès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'exprime typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets.

2- Comportement irréfléchi ou autodestructeur.

3- Hyper vigilance.

4- Réaction de sursaut exagérée.

5- Problèmes de concentration.

6- Perturbation du sommeil (p. ex. difficulté d'endormissement ou sommeil interrompu Ou agité).

F- La perturbation (symptômes des critères B, C, D et E) dure plus d'un mois.

G La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du Fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

H- La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. Médicament, alcool) ou a une autre affection médicale. (DSM5, 2015, pp.150-151).

## **5-2) Selon la CIM11**

- revivre l'événement ou les événements traumatiques dans le présent sous la forme de souvenirs, flashbacks ou cauchemars intrusifs saisissants. Cela peut survenir via une ou

plusieurs modalités sensorielles et s'accompagne généralement d'émotions bouleversantes, en particulier de peur ou d'horreur, et de sensations physiques intenses;

- l'évitement de pensées et souvenirs de l'événement ou des événements, ou l'évitement d'activités, de situations ou de personnes rappelant l'événement ou les événements ; et
- des perceptions persistantes d'une menace actuelle accrue, visible par exemple sous la forme d'une hyper vigilance ou d'une réaction de sursaut accrue à des stimuli tels que des bruits inattendus. Les symptômes persistent pendant au moins plusieurs semaines et entraînent une déficience significative dans les domaines personnel, familial, social, scolaire, professionnel ou d'autres domaines de fonctionnement importants (CIM11, 2022).

Après avoir mis en lumière les critères diagnostiques du stress post-traumatique, nous allons nous pencher sur les facteurs de risques et pronostiques.

## **6) Les facteurs de risque et pronostiques**

Les facteurs de risque (et les facteurs protecteurs) sont généralement divisés en pré, Péri et post-traumatiques.

### **6-1) Facteurs pré-traumatiques**

Tempéramentaux : Ceux-ci incluent les problèmes émotionnels durant l'enfance dès L'âge de 6 ans (p. ex. expositions traumatiques antérieures, problèmes d'extériorisation ou d'anxiété) et des troubles mentaux antérieurs (p. ex. trouble panique, trouble dépressif, TSPT ou trouble obsessionnel-compulsif [TOC]).

Environnementaux : Ceux-ci incluent un statut socio-économique bas, un niveau éducatif bas, l'exposition à des traumatismes antérieurs (particulièrement pendant l'enfance), des circonstances défavorables durant d'enfance (p. ex. dénuement économique, dysfonctionnement familial, séparation parentale ou mort parentale), des caractéristiques culturelles (p. ex. stratégies d'adaptation fatalistes ou auto- accusatrices), un bas niveau intellectuel, un statut ethnique minoritaire et des antécédents psychiatriques familiaux. La présence d'un support social avant l'exposition à l'événement est protectrice.



Génétiques et physiologiques : Ceux-ci incluent le genre féminin et un âge jeune au moment de l'exposition au traumatisme (pour les adultes). Certains génotypes peuvent être protecteurs ou augmenter le risque de TSPT après l'exposition à des événements Traumatisants (DSM, 2015, pp.358-359).

## **6-2) Facteurs péri-traumatiques**

Environnementaux : Ceux-ci incluent : la sévérité (le degré) du traumatisme (plus grande est l'ampleur du traumatisme, plus grande est la probabilité de TSPT), la perception d'une menace mortelle, les blessures physiques, la violence interpersonnelle (en Particulier lorsque le traumatisme est commis par une personne qui est en charge du Sujet ou, chez l'enfant, le fait d'être témoin d'une menace faite à une personne qui en Est responsable) et, pour le personnel militaire, être l'auteur de violences, être témoin d'atrocités, ou tuer l'ennemi. Enfin, la survenue d'une dissociation Pendant le traumatisme et sa persistance après le traumatisme sont un facteur de risque (DSM, 2015, pp.358-359).

## **6-3) Facteurs post-traumatiques**

Tempéramentaux : Ceux-ci incluent les évaluations négatives, les stratégies d'adaptation inadéquates et le développement d'un trouble stress aigu.

Environnementaux : Ceux-ci incluent : l'exposition ultérieure à des rappels répétés bouleversants, les événements de vie ultérieurs défavorables et les pertes financières ou autres pertes en lien avec le traumatisme. Le support social (y compris, pour les Enfants, la stabilité familiale) est un facteur protecteur qui modère l'évolution après le traumatisme (DSM5, 2015, pp.358-359).

Après avoir eu un aperçu des facteurs de risques, nous allons nous à présenter mettre en lumière le diagnostic différentiel, effectivement le traumatisme peut être confondu avec d'autre trouble, c'est ce que nous essayerons d'explorer dans ce qui suit.

## **7) Diagnostic différentiel**

1-Troubles de l'adaptation : Dans les troubles de l'adaptation, le facteur de stress peut avoir n'importe quelle sévérité ou être de n'importe quel type à la différence de ce qui est requis pour le critère A du TSPT. Le diagnostic d'un trouble de l'adaptation est utilisé quand la réponse à un

facteur de stress répond au critère A du TSPT mais ne remplit pas tous les autres critères du TSPT (ou les critères d'un autre trouble psychique). On fait également un diagnostic de trouble de l'adaptation quand les symptômes du TSPT surviennent en réponse à un facteur de stress qui ne répond pas au critère A du TSPT (p. ex. départ du conjoint, licenciement).

2-Autres troubles et affections post-traumatiques : La psychopathologie qui apparaît chez des individus exposés à un facteur de stress extrême ne doit pas obligatoirement être attribuée à un TSPT. Le diagnostic requiert que l'exposition à un traumatisme précède le début ou l'exacerbation de symptômes pertinents. De plus, si les symptômes survenant en réponse à un facteur de stress extrême répondent aux critères d'un autre trouble psychique, on doit porter ce diagnostic au lieu de ou en plus de celui de TSPT. D'autres diagnostics et affections sont exclus s'ils sont mieux expliqués par un TSPT (p. ex. symptômes du trouble panique survenant uniquement après l'exposition à des rappels traumatiques). S'ils sont graves, les symptômes survenant en réponse à un facteur de stress extrême peuvent justifier un diagnostic séparé (p. ex. amnésie dissociative) (DSM5, 2015, pp. 360-361).

3-Trouble stress aigu : Le trouble stress aigu se distingue du TSPT par le fait que la durée des symptômes du trouble stress aigu est limitée entre 3 jours et 1 mois après l'exposition à l'événement traumatique.

4-Troubles anxieux et trouble obsessionnel-compulsif : Dans le TOC, il y a des pensées intrusives récurrentes mais celles-ci répondent aux critères d'une obsession. De plus, les pensées intrusives ne sont pas liées à un événement traumatique vécu Par la personne, elles sont habituellement associées à des compulsions et les autres symptômes du TSPT ou du trouble stress aigu sont typiquement absents. Ni l'éveil et les symptômes dissociatifs du trouble panique ni l'évitement, l'irritabilité et l'anxiété de l'anxiété généralisée ne sont associés à un événement traumatique spécifique. Les symptômes de l'anxiété de séparation sont clairement liés à la séparation de la maison ou de la famille plutôt qu'à un événement traumatique (DSM5, 2015, pp. 360-361).

5-Trouble dépressif caractérisé : La dépression caractérisée peut être précédée ou non par un événement traumatique et le diagnostic peut être posé si les autres symptômes du TSPT sont absents. Spécifiquement, l'épisode dépressif caractérisé n'inclut pas de symptômes des critères B ou C du TSPT. Il n'inclut pas non plus certains symptômes des critères D ou E du TSPT.

6-Troubles de la personnalité : Les difficultés interpersonnelles qui surviennent, ou qui sont fortement exacerbées, après l'exposition à un événement traumatique peuvent orienter vers un

diagnostic de TSPT plutôt que vers celui d'un trouble de la personnalité, dans lequel on s'attendrait à de telles difficultés indépendamment de toute exposition traumatique (DSM5, 2015, pp. 360-361).

7-Troubles dissociatifs : L'amnésie dissociative, le trouble dissociatif de l'identité et la dépersonnalisation/déréalisation peuvent être ou ne pas être précédés par l'exposition à un événement traumatique ou peuvent présenter ou ne pas présenter de symptômes de TSPT concomitants. Quand les critères complets du TSPT sont également présents, on doit évoquer le sous-type de TSPT « avec symptômes dissociatifs ».

8-Trouble de conversion (trouble à symptomatologie neurologique fonctionnelle) : La survenue de symptômes somatiques dans un contexte de détresse post-traumatique peut être évocatrice d'un TSPT plutôt que d'un trouble de conversion (trouble à symptomatologie neurologique fonctionnelle) (DSM5, 2015, pp. 360-361).

9-Troubles psychotiques. Les flashbacks (scènes rétrospectives) survenant au cours d'un TSPT doivent être distingués des illusions, des hallucinations et d'autres troubles des perceptions pouvant survenir au cours de la schizophrénie, des épisodes psychotiques brefs et d'autres troubles psychotiques, des troubles dépressifs et bipolaires avec caractéristiques psychotiques, d'un état confusionnel (delirium), des troubles induits par une substance un médicament et d'un trouble psychotique dû à une autre affection médicale.

10-Lésion cérébrale traumatique, quand une lésion cérébrale survient dans le contexte d'un événement traumatique (p. ex. accident traumatique, explosion d'une bombe, traumatisme d'accélération/ralentissement), elle peut s'accompagner de certains des symptômes d'un TSPT (DSM5, 2015, pp. 360-361).

Un événement causant un traumatisme crânien peut aussi constituer un événement traumatique psychologique, et les symptômes neurocognitifs liés à la lésion cérébrale traumatique (LCT) n'excluent pas un TSPT et peuvent survenir simultanément Les symptômes appelés post commotionnels dans le passé (p. ex. céphalées, vertiges, hypersensibilité à la lumière ou au bruit, irritabilité, troubles de la concentration) peuvent survenir dans les populations avec et sans lésions cérébrales, y compris chez les individus souffrant d'un TSPT Comme les symptômes du TSPT et les symptômes neurocognitifs liés à une LCT peuvent se chevaucher, le diagnostic différentiel entre TSPT et symptômes d'un trouble neurocognitif imputable à une LCT doit reposer sur la présence des symptômes qui sont distinctifs de chaque tableau clinique. Alors que la reviviscence et l'évitement sont caractéristiques du TSPT et ne sont pas les effets de la LCT, la persistance d'une

désorientation et d'une confusion sont plus spécifiques d'une LCT (effets neurocognitifs) que d'un TSPT. (DSM5, 2015, pp. 360-361).

Nous allons à présent procéder à l'interprétation du traumatisme selon l'approche cognitivo-comportementale, une approche qu'on a adopté pour notre recherche de part sa complémentarité avec l'approche transactionnelle que nous avons choisi pour le burnout, une interprétation qui comportera une explication cognitive dans un premier temps ainsi qu'une explication comportementale.

## **8) Approche cognitivo-comportementale du traumatisme**

Il s'agit d'une approche récente plutôt d'inspiration anglo-saxonne, à partir de laquelle sont issus des nouveaux programmes de prise en charge. L'ESPT est considéré comme le signe d'un traitement non adéquat de l'information. Cette approche a tenté d'expliquer les mécanismes de maintien et /ou de développement d'ESPT. De ce fait, nous allons procéder à l'explication du trauma, à partir de deux explications différentes, qui seront l'explication cognitive ainsi que l'explication comportementale.

### **8-1) Explication cognitive**

L'événement est considéré comme une source d'information importante. Néanmoins, ces informations se trouvent être en opposition avec les croyances de base du sujet. L'importance de cette information est nécessairement prise en compte et traitée par le système d'adaptation de l'individu qui s'organise autour de deux mécanismes. On rappelle que selon les théories piagétienne, les mécanismes d'assimilation renvoient à l'action du sujet et consistent à intégrer de nouvelles données aux patterns comportementaux qui existent déjà. Alors que l'accommodation correspond à une modification de l'organisme pour s'adapter aux conditions extérieures, le processus d'accommodation sert à enrichir ou élargir un schéma d'action en le rendant plus flexibles. Les théories cognitives, relatives à la compréhension du trouble psychotraumatique, mettent l'accent sur la métacognition (prise de conscience des schémas et des modes de pensées) et reprennent les notions décrites précédemment. Ainsi, les informations traumatiques peuvent être traitées sous la forme d'une chaîne causale inadéquate. Certains individus ont tendance à attribuer l'occurrence d'un événement incontrôlable à des causes internes, stables et globales. Or, un sujet qui présente ce type d'attribution a plus de risque de développer un ESPT. Inversement, attribution

de l'événement à des causes externes, temporaires et spécifiques réduit le risque de développement de l'ESPT. (Briere, 2011). Des travaux ont porté sur la nature des cognitions post-traumatique en établissant que des individus qui interprètent de façon négative les perturbations émotionnelles et/ou les symptômes posttraumatiques ont le sentiment d'un changement définitif de leur être ou de leur vie (Dunmore, Clark, Ehlers, 1999 ; 2001; Foa et al., 1999 ; Mayou, Ehlers, Bryant, 2002) c'est-à-dire une modification durable de la personnalité (Cité par Gaillochon, 2009).

## 8-2) Explication comportementale

Pour l'approche comportementale, le traumatisme psychique est concerné au premier chef par la notion de conditionnement. Selon Brewin (2003), le conditionnement classique ou "pavlovien" est un apprentissage associatif défini et théorisé à l'origine par Ivan Pavlov à partir de 1889. Cet apprentissage se fait naturellement chez les sujets traumatisés, ce qui explique les réactions à priori étrange des sujets traumatisée face à des situations, des adroits, des objets, qui ne paraissent pas inquiéter la plupart des gens. Le concept du conditionnement opérant prend une place importante dans la mise en place de psycho traumatisme. Il a été élaboré par le behavioriste américain Skinner sur ses rat et ses pigeant. Concernant le psychotraumatisme, l'événement peut être considéré comme un stimulus aversif inconditionnel. Fondé sur les théories du conditionnement classique pavlovien et celle du conditionnement opérant skinnérien, le model stipule que le traumatisme est une situation extrême (stimulus) qui provoque une réponse spécifique de type psychologique, cognitive, comportementale et affectivo-émotionnel. (Brewin, 2003).

En effet, selon ces modèles l'ESPT est une résultante d'une interaction entre les phénomènes cognitivo-émotionnels qui surviennent durant la phase péritraumatique et durant celle post-traumatique, en péri-traumatique, ils reconnaissent le rôle essentiel de l'intensité des émotions et de la réaction de stress sur la qualité des processus d'encodage et de stockage de l'information. En post-traumatique, l'accès à la conscience des souvenirs traumatiques, qu'ils soient évoqués de manière volontaire ou involontaire sous forme de reviviscences, apparaît comme la condition indispensable à la digestion du traumatisme et au rétablissement de l'individu.

Nous allons à présent nous pencher sur un type de traumatisme qui en lien étroit avec le burnout, il s'agit du traumatisme vicariant ou traumatisme par procuration, il s'agit d'une variable que nous avons choisi pour effectuer notre recherche, de ce fait nous mettrons en lumière ce qu'est le traumatisme vicariant, plus loin nous expliquerons le processus de la transmission du traumatisme.

## 9) Le traumatisme vicariant

Tous les jours, les professionnels de l'aide entendent des récits de souffrance de victimes. Ils assistent aux effets quotidiens d'une maladie, d'un accident, d'une perte, vivent avec la mort imminente de l'un d'entre eux... Ils doivent, malgré tout, continuer à aider et à soutenir, avec empathie. L'empathie semble être fondamentale dans le mécanisme pouvant amener un traumatisme vicariant (Pearlman et Saakkvitne, 1995).

Dans sa description de l'empathie, Decety (2010) indique qu'elle comprend deux facteurs. D'une part, un partage affectif non conscient et automatique avec autrui, et d'autre part, la nécessité de réguler temporairement et consciemment sa propre subjectivité pour se mettre à la place de l'autre sans perdre son identité. Ce second facteur joue un rôle protecteur qui permet au professionnel de s'interroger sur ce que la personne a subi, comment elle l'a vécu et comment elle y a survécu. Lors de l'émergence d'un traumatisme vicariant, ce second facteur ferait défaut et ne jouerait, dès lors, plus son rôle protecteur. Le professionnel s'identifie alors à la personne traumatisée et commence à imaginer ce qu'elle ressentirait si les événements racontés lui étaient arrivés (Decety, 2010).

L'engagement de l'intervenant auprès des victimes inclut l'écoute de récits d'événements effroyables, d'être témoin de la cruauté dont sont capables certaines personnes, de vivre la mort à travers les victimes, etc. (Pearlman & Mac Ian, 1995). Le fait d'entendre de façon répétée des expériences traumatiques peut progressivement provoquer un traumatisme chez l'intervenant, qui n'a pas vécu lui-même le traumatisme. L'écoute n'est jamais sans effets sur l'écouter (Debauche, 2017).

Cette exposition particulière peut être à l'origine de réactions délétères chez le professionnel, investi dans la relation d'aide. Ce qui a menacé la vie de leurs patients ou leur intégrité psychique ou physique va atteindre insidieusement les intervenants psychosociaux au niveau cognitif, émotionnel, comportemental, relationnel et spirituel. Les professionnels souffrent alors de ce qui est nommé traumatisme vicariant ou d'usure par compassion. Les concepts de traumatisme vicariant et de traumatisme secondaire ont été proposés par Laurie Pearlman et Karen Saakvitne – psychologues dans les années 1990. Les principales recherches et les apports les plus conséquents sur le traumatisme vicariant sont nés de l'accompagnement des victimes de violences intrafamiliales et d'actes de torture. Le traumatisme s'introduit insidieusement dans l'existence de la personne s'accumulant de différentes façons, produisant des changements aussi subtils que

profonds. Ces « traumatismes par procuration » provoquent des ruptures profondes au niveau du sens de l'identité de la personne, de sa conception du monde et de sa spiritualité. Le processus de traumatisation vicariante est une violation répétée de nos convictions, valeurs et croyances (Duhoux, 2014).

### **9-1) Définition du terme vicariant**

La définition du terme vicariant selon le Larousse nous indique : « *qui remplace quelque chose d'autre* ». Lorsque nous appliquons ce terme à un traumatisme, nous parlons d'un traumatisme apparu chez une personne « contaminée » par le vécu traumatique d'une autre personne avec laquelle elle est en contact. Un traumatisme vicariant consiste donc en des changements dans sa propre expérience subis par toutes personnes travaillant avec des survivants de traumatismes, qui est exposée à leurs expériences et qui développe avec eux des rapports d'empathie (Pearlman & Saakvitne, 1995, p. 31).

### **9-2) La fatigue de compassion**

Le terme de « compassion » vient du latin « *cum patior* », « souffrir avec ». Il s'agit de la prédisposition à percevoir et reconnaître la douleur d'autrui, ce qui entraîne une réaction de solidarité active. À la différence de l'empathie, la compassion se focalise sur les émotions négatives. On doit le concept de « fatigue de compassion » au psychologue Charles Figley (1995).

Pour Figley, prendre soin a un coût. À force d'exposition à la souffrance, notamment des patients traumatisés, le soignant risque de ressentir de façon excessive de l'épuisement, de la colère, de l'irritabilité. Il aura alors tendance à s'ajuster avec des stratégies de coping inadaptées (abus d'alcool et de drogues), aura une capacité réduite à ressentir de la sympathie et de l'empathie, et prendra difficilement des décisions pour ses patients (Mathieu, 2007). Les risques de fatigue de compassion chez les soignants (infirmières, travailleurs sociaux, etc.) ont largement été démontrés (Cocker & Joss, 2016).

Ainsi, les travailleurs sociaux (Bride, 2007), les personnels de la protection de l'enfance (Bride, Jones & Macmaster, 2007), les soignants de l'armée (Cieslak *et al.* 2013) et les thérapeutes spécialisés en trauma (Elwood *et al.* 2011), sont les plus à risque de souffrir de trauma secondaire (entre 15,2 et 39 % de trauma secondaire dans ces populations). De nombreuses études ont montré la corrélation entre le burn-out et le trauma secondaire, et une étude de Shoji *et al.* (2015) semble

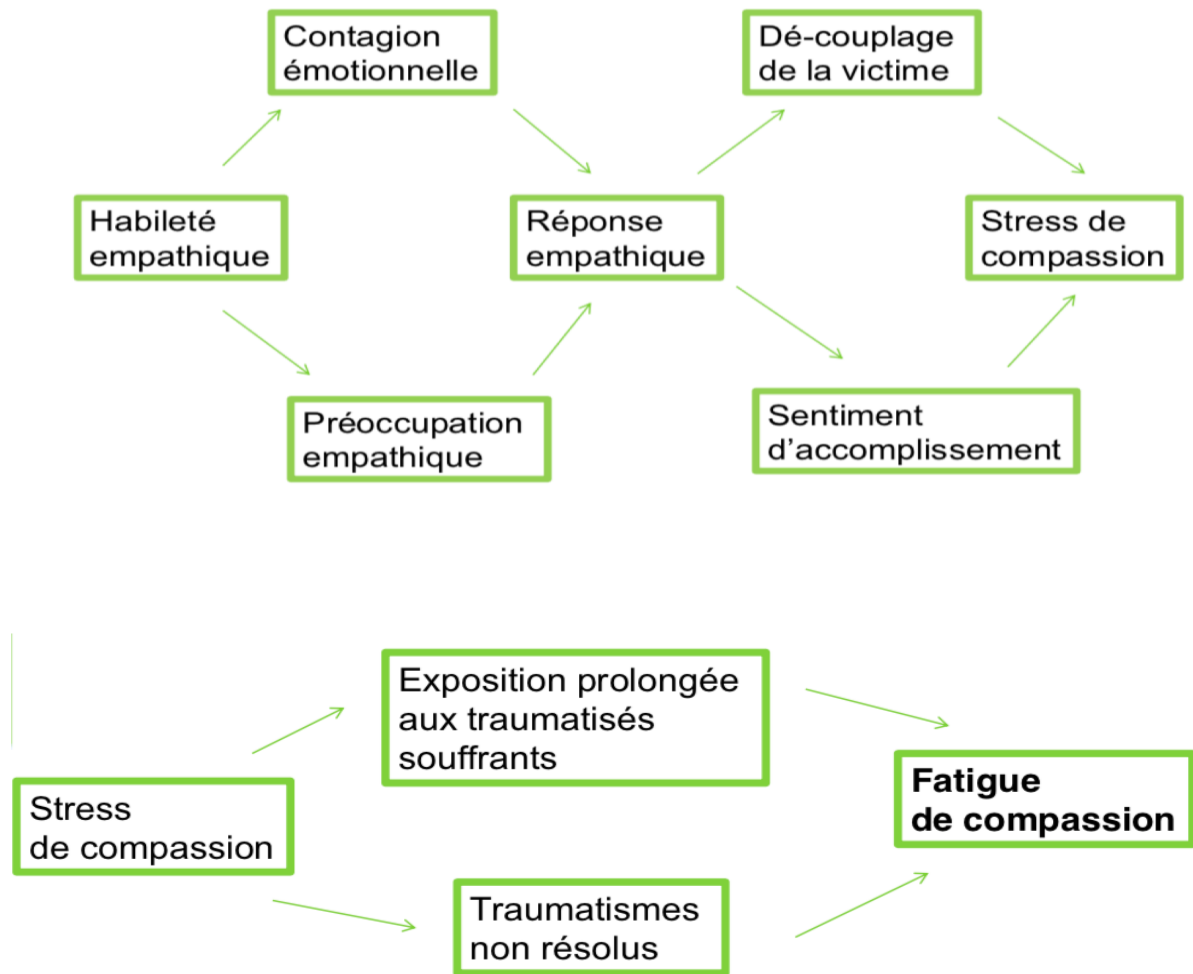
montrer une direction dans la relation entre ces deux concepts : le fait de souffrir de burn-out augmente le risque de présenter des symptômes de trauma secondaire, alors que l'inverse n'est pas vrai (Kédia & Sabouraud-sagui, 2020, pp 516.517).

En 1995 toujours, Laurie Pearlman et Karen Saakvitne proposent quant à elles le concept de trauma vicariant. « *Vicarius* » en latin signifie « remplaçant ». Après un passage par l'anglais, le trauma « vicariant » désigne le trauma par procuration, c'est-à-dire le trauma du thérapeute, témoin indirect des horreurs vécus par un autre. Mais là où le trauma secondaire décrit une similitude symptomatique avec le PTSD, le concept de trauma vicariant va plus loin. Il serait plutôt pour le thérapeute ce que le trauma complexe est au patient : c'est l'identité, les ressources, la vision du monde, l'estime de soi et la spiritualité du thérapeute qui sont atteintes. Ses croyances fondamentales dans le pardon, la justice, l'espoir, l'humanité, la sécurité (l'idée que le monde n'est pas dangereux), la confiance dans les autres, le schéma de contrôle (la difficulté à contrôler sa vie ou l'obsession de tout contrôler) sont altérées par le travail (Pearlman & Saakvitne.1995).

En effet, Fatigue compassionnelle, traumatisme secondaire, ou vicariant, différentes appellations définissent comme une contamination dû à un contact permanent avec les personnes souffrantes, une empathie excessive et une tendance à vivre la souffrance d'autrui, qui donne lieu à l'installation d'un traumatisme vicariant, dans ce qui suit nous allons examiner le processus de transmission du traumatisme selon Figley



### 9-3) Modèle de transmission du traumatisme de Figley



**Figure2:** Modèle de transmission du traumatisme de Figley (Blavier, 2016)

Le modèle de Figley permet de visualiser les étapes pouvant mener à la fatigue de compassion. Le modèle représente cette situation que nous pourrions qualifier de « crescendo émotionnel ». Figley base son modèle sur l'empathie, c'est-à-dire, la capacité d'apercevoir et de sentir la souffrance d'autrui. Cette habileté empathique peut aboutir à deux concepts : soit, la contagion émotionnelle, soit la préoccupation empathique. La contagion émotionnelle est le transfert des émotions d'une personne émettrice vers une personne réceptrice, c'est-à-dire, que l'intervenant vit les émotions de la victime – il devient triste comme la victime. Il ne parvient pas à faire la distinction entre soi et autrui. La préoccupation empathique, quant à elle, est la motivation à agir et à procurer de l'aide pour soulager la souffrance de la victime. Notons qu'un « manque de préoccupation empathique chez un intervenant est un indicateur d'épuisement professionnel » (Violet, 2010, p.15).

Les habiletés empathiques d'un intervenant l'amèneront à répondre de façon empathique à la souffrance de la personne. Néanmoins, l'intervenant doit s'assurer que l'exposition aux traumatismes des personnes qu'il rencontre ne soit pas au-dessus de ses forces. « La réponse empathique envers le patient doit être, dans une situation idéale, surveillée par l'intervenant. Il doit pouvoir identifier ce que représente pour lui une situation et intervenir pour limiter les impacts », « La fatigue de compassion est l'aboutissement d'un mélange de stress de compassion et de prédispositions personnelles. Le fait d'être souvent, ou pendant de longues périodes, exposé à des récits de traumatismes et de maintenir le contact avec des personnes souffrantes favorise la fatigue de compassion d'un intervenant. Dans le même ordre d'idée, la vie privée de l'intervenant est une source influençant le développement de la fatigue de compassion » (Violet, 2010 p.16).

L'empathie est une qualité humaine nous diriez-vous ? Mais qu'on est-il du prix à payer ? De ce que nous venons d'exposer, on constate que le modèle de Figley se repose sur la réponse empathique, cette dernière peut aboutir à la contagion émotionnelle ou la préoccupation empathique, de ce fait la réponse empathique doit être surveillée par l'intervenant. On résumé le traumatisme vicariant ou fatigue de compassion est le résultat d'un contact permanent avec une personne souffrante, si l'intervenant est dans l'excès d'empathie il sera contaminé, effectivement l'écoute a un prix à payer. Dans ce qui suit nous allons exposer les moyens de prévention du traumatisme secondaire dit vicariant.

## **10) Prévention du traumatisme secondaire**

Pour prévenir ces formes de traumatismes, il semble alors nécessaire de mettre en place des stratégies d'ajustement, ou coping, adaptées. Celles-ci ont été décrites par Lazarus et Folkman comme « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu. » Il en existe trois sortes de coping centré sur le problème, sur les émotions et sur la recherche de soutien social (Imbert & Maillard, 2020, p8).

En ce qui concerne le coping centré sur le problème visant « à contrôler ou à modifier directement la situation stressante », Lebel propose de : mettre en place de campagnes de sensibilisation aux traumatismes secondaires pour en reconnaître les signes et les symptômes,

organiser son temps de travail et son temps personnel et mettre en place une hygiène de vie saine, pour mieux répondre à ceux du patient. Par rapport au coping centré sur les émotions visant « à diminuer la tension émotionnelle induite par la situation », Brillon suggère de mettre en place des « auto-soins » en tentant de « garder la pleine conscience de soi », de « cultiver une attitude bienveillante avec nous-mêmes » et de « faire attention à ne pas nous laisser envahir par l'atmosphère de drame et catastropher ». Enfin, concernant le coping centré sur la recherche de soutien social, décrit par Bruchon-Schweitzer et caractérisant « les efforts pour solliciter et obtenir de l'aide d'autrui », Brillon pense que l'instauration des auto-soins définit précédemment passent par « le soutien de la part des proches » (Imbert & Maillard, 2020, p8).

Dans ce qui suit nous allons présenter quelques études antérieures sur la santé mentale au travail chez les sages-femmes sous formes de troisième section, des études étrangères et Algérienne.

### **III: la santé mentale au travail chez les sages-femmes :**

#### **1) La santé mentale au travail chez les sages-femmes**

En 2021, Hanane boulegroun et Nabil Menani ont mené une étude sur *le Stress psychologique et stratégies d'adaptation pour la sage-femme*, publiée le 30 décembre 2021, la recherche avait pour objectif de connaître les stratégies d'adaptation les plus importantes utilisées par la sage-femme, dans les positions stressantes, cette étude a été menée sur des sages-femmes d'établissement, dans un hôpital spécialisé en obstétrique et gynécologie à Biskra, en utilisant l'entretien Clinique semi-directif et l'application de l'échelle CISS pour Endler & Parker, ainsi que l'échelle du stress perçu de Levenstein et al, Les résultats de l'étude ont montré que la sage-femme souffre de stress à la suite de la charge de travail, résultant des relations quotidiennes avec les femmes enceintes et du manque de sages-femmes au sein de l'hôpital public, Son incapacité à aider le patient car cela dépasse son champ d'action et nécessite l'intervention urgente d'un gynécologue, ce qui entraîne la mort de certains cas, cela provoque un sentiment de tristesse, d'échec et de tension. En plus de la nature du travail de la sage-femme travaillant dans un système de garde de nuit et de surface qui engendre certains changements dans les habitudes de sommeil et ainsi que les relations sociales notamment des troubles de l'appétit et d'insomnie.

En suite, une autre étude dans la même année a été menée par Abdellah Mouhoub et khlassi Mourad sur *les Conditions de travail et souffrances du travail des sages-femmes* : Une étude déposée dans les hôpitaux de la commune de Constantine, publié le 23 mai 2021, Cette étude visait à déterminer les différents types des conditions de travail : physiques, humaines, organisationnelles, et matérielles, dont souffrir les sages femmes dans leur travail ainsi que les indicateurs de cette souffrance, avec une approche descriptive, L'étude a été entreprise sur un échantillon de 12 cas dans certains hôpitaux de la wilaya de Constantine en utilisant la méthode d'analyse de contenu. L'étude s'est conclue par l'identification des différentes conditions qui génère à la souffrance au travail, tel que : le manque d'outils de travail , le manque d'hygiène et un salaire faible, la surcharge et le nombre des heures de travail qui dépasse la norme, l'exposition à diverses agressions de la part des patients où de leurs familles , les circonstances ont également été adoptées comme indicateurs permettant de réduire le phénomène de la souffrance au travail dont les indicateurs sont : pression psychologique ,ambigüité, rôles, stress , violence

Dr Aida Naji a publié le 02 juin 2020 une étude sur *la santé mentale et psychosomatique et sa relation avec la performance professionnelle des sages-femmes (Etude de terrain de deux services d'accouchement)*, à l'hôpital n'gaous de Batna. Dans le service de maternité du CHU de la wilaya d'Oum bouaghi. Cette étude avait pour objectif de présenter l'état de santé général de la sage-femme et de son impact sur sa performance professionnelle. Révéler la relation entre la santé générale et la performance. Expliquer l'importance de la santé générale des sages-femmes dans le domaine du travail. Identifier les facteurs affectant la santé générale des sages-femmes, Les outils utilisés sont les Santé publique Goldberg et Williams Index en 1991 et le Professional Questionnaire de performance conçu par le chercheur. Les outils d'étude étaient appliqués à 51 sages-femmes dans deux services d'accouchement. L'étude a aboutit à des résultats dont les plus importants sont : Il existe une relation entre Santé mentale et performance au travail, et il y a des différences Niveaux de santé mentale des sages-femmes Au profit des femmes ayant de nombreuses années d'expérience professionnelle. Mots-clés : santé mentale, symptômes Psychosomatique, performance occupationnelle, sages-femmes.

Fatiha Rajah, Dr Ahmed Zarzour, ont effectués une étude qui a été publiée le 05 novembre 2019, dans le but de détecter le niveau de stress professionnel chez les sages-femmes travaillant dans l'institution hospitalière de Naqas, Batna. Et notamment découvrir s'il existe des différences significatives entre les sages-femmes dans les sources de pression professionnelle sont dû à des variables Personnel (années d'expérience, rang d'emploi et situation familiale), en utilisant

l'approche descriptive, la population d'étude était composée de 61 sages-femmes. La méthode d'enquête exhaustive a été adoptée compte tenu de la population étudiée est restreinte, mais seuls seize questionnaires valables pour le traitement statistique ont été récupérés. Dans cette étude, le test WOCCQ a été utilisé pour diagnostiquer le stress professionnel, ils ont obtenu comme résultats : Le niveau de stress professionnel chez les sages-femmes est modéré; Il existe des différences significatives dans le stress professionnel entre les sages-femmes en raison de variables: années d'expérience, grade d'emploi et situation familiale.

Les résultats des études ont été analysés en utilisant la technique de l'analyse thématique. L'étude comprend des études qualitatives, des méthodes mixte et en texte intégral, publiées entre 2000 et 2020, qui explorent les expériences des sages-femmes et des infirmières obstétriciennes témoins de traumatismes à la naissance. L'analyse thématique a permis d'identifier sept thèmes : les sentiments post-traumatiques, les symptômes de stress post-traumatique, l'impact du traumatisme sur les valeurs professionnelles, le soutien social, l'apprentissage à partir de l'expérience, le processus juridique et la réflexion des émotions des femmes ayant vécu un accouchement traumatique sur la sage-femme.

En 2020 une autre étude a été publiée *dans les archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, une étude transversale descriptive a été menée dans le but d'évaluer le stress post traumatique vécu par les sages femmes, à l'aide d'un questionnaire auto administré, rédigé en langue française distribué aux sages-femmes de la région de Sfax. Le questionnaire comportait une première partie relative aux données socioéconomiques et professionnelles et une deuxième partie relative à l'évaluation du stress post traumatique des sages-femmes moyennant l'échelle d'impact de l'événement (Impact of Event Scale Revised IES-R dans sa version française). Soixante-quinze sages-femmes répondaient au questionnaire avec un taux de réponse de 80 %. Il s'agissait d'une population exclusivement féminine. L'âge moyen dans notre population était de 45 ans. La majorité était mariée (88 %). Le nombre moyen d'enfants à charge était de 2.

Soixante-dix pourcent avaient un indice de masse corporelle supérieur à 25. L'ancienneté professionnelle était de 10 ans et variait de 6 mois à 36 ans. Près de quatre-vingt pourcents des interrogées avaient vécu un événement traumatisant pendant leur cursus professionnel. Les événements rapportés par les sages-femmes étaient: le décès de la parturiente, la naissance d'enfant porteur de dysmorphie, le décès du nouveau-né et les accouchements dystociques. Le score moyen de l'IES-R était de 18. Seize pourcent des sages-femmes avaient des symptômes évoquant un état de stress post traumatique. Le stress était moins fréquemment retrouvé chez les plus âgées avec une ancienneté professionnelle supérieure à 15 ans.

Toujours en 2018, Une étude a été publiée dans le *journal of the australian college of midwife* le 11 Mai, 2018 Sur traumatisme et peur chez les sages-femmes australiennes, dans le but de déterminer la prévalence du traumatisme et de la peur liés à l'accouchement chez les sages-femmes et les associations avec la confiance des sages-femmes pour conseiller les femmes pendant la grossesse sur leurs options d'accouchement et pour fournir des soins pendant le travail. Ainsi que décrire les expériences des sages-femmes en matière de traumatisme et/ou de peur liés à la naissance. On ayant recour à une méthode mixte. Un échantillon de sages-femmes a répondu à une enquête anonyme en ligne, Des statistiques descriptives et inférentielles ont été utilisées pour analyser les données quantitatives. L'analyse du contenu latent a été utilisée pour extrapoler la signification des 170 sages-femmes qui ont écrit leurs expériences de traumatisme personnel et/ou professionnel. Ce qui a donné comme résultat suivant : la majorité des sages-femmes ont déclaré avoir vécu des expériences d'accouchement traumatisantes sur le plan professionnel et/ou personnel. Huit pour cent ont déclaré avoir très peur de l'accouchement. Les traumatismes ne sont pas associés à des problèmes de pratique, mais la peur l'est. Les sages-femmes classées comme ayant une " peur élevée " ont déclaré plus de problèmes de pratique que les sages-femmes ayant une " faible peur ". Les motifs de traumatisme personnel comprenaient le fait d'avoir subi une agression, une intervention et une mortinaissance. Le traumatisme professionnel est lié au fait d'avoir été témoin et victime de soins irrespectueux et de s'être ensuite senti complice de la prestation de soins médiocres. Le sentiment de ne pas être soutenu sur le lieu de travail et la crainte d'un procès ont intensifié le traumatisme.

Ait arab Yassine et Bechir Katia en 2017, ont réalisés une étude de 30 cas sur le burnout chez les sages-femmes à la maternité d'Akbou et Targua Ouzmour de Bejaia. Ces sages-femmes avaient un âge moyen de 34 ans, la plus jeune avait 24 ans et la plus âgée avait 49 ans. Elles avaient une ancienneté qui varie entre 1 et 24 ans avec une médiane de 4 ans, cette étude avait pour objectif de quantifié ce phénomène du burn-out, qui leurs a nécessité une étude descriptive, le choix s'est porté sur une technique statistique afin de mesurer le pourcentage du burn-out et de faire une corrélation entre les démentions d'épuisement chez les sages-femmes novices dans leurs travail et les sages-femmes qui ont une expérience professionnel afin de comparer entre ses deux catégories de travailleuses, en utilisant l'outil de mesure (MBI) développé par Maslach et Jackson(1981,1986) ; c'est toujours l'instrument le plus utilisé pour mesurer l'épuisement professionnel. C'est une échelle d'autoévaluation qui permet d'évaluer les trois aspects du burn-out: l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et la difficulté à gérer la relation avec les autres. Cette étude a montré que 52% d'entre elles étaient mariées et avaient en moyenne 3 enfants. Un niveau de burn out élevé était

observé chez plus d'un tiers des sages-femmes, un niveau modéré chez 46% et un niveau bas chez 20%. Le niveau d'épuisement le plus élevé concernant la dimension épuisement émotionnel 46.7%.

Pour finir, une étude a été menée sur le burn out chez les sages-femmes du grand Tunis, qui a été réalisée auprès de 90 sages-femmes. Elle a démontré que le burn out est une situation bien réelle et alarmante. Nous avons constaté que 86,7% des sages-femmes interrogées avaient un burn out. Plus en détails, l'épuisement émotionnel est élevé chez 50% des cas, la dépersonnalisation est élevée chez 47,8% et l'accomplissement personnel est bas chez 14,40% d'entre elles. Les facteurs associés significativement au burn out sévère sont : le célibat, l'ancienneté <20 ans, la surcharge de travail élevée, la distance lointaine entre le domicile et le lieu du travail, le regret du choix du métier, l'insatisfaction des horaires de travail et de l'organisation globale de travail, le mauvais climat professionnel, la présence de stress professionnel, la contraction de maladie professionnelle, les accidents de travail et le développement de conduites addictives (<https://www.one-health.panafrican-med-journal.com/content/article/6/3/full/>).

A partir des études que nous venons de cités, on constate que la sage-femme fait face à divers difficultés pendant l'exercice de son métier, en effet, le manque de moyen et d'effectif, notamment les différentes situations qui se présentent au quotidien, rend encore leurs tâches encore plus délicates, une surcharge au travail, une reconnaissance qui n'est pas à la hauteur de leur performance, des violences , des conditions d'accouchements qui ne se passent pas dans les bonnes conditions, font que la sage-femme est sujette à développer différents troubles notamment un burnout et des traumatisme.

Dans ce qui suit nous présenterons une synthèse qui va clotuer ce deuxième chapitre en lien avec le vécu du métier de sage-femme, entre burnout et traumatisme secondaire

## **Synthèse**

Le burn-out a été identifier en 1980 et depuis le taux n'a pas cessé d'augmenté, car les mesures de prévention n'ont pas été prise au sérieux par les employeurs est les individus qui sont exposés en permanence à ce phénomène redoutable. Mais l'évolution rapide de cette pathologie inquiétante incite les chercheurs en psychologie à étudier le burn-out dans tous domaines afin d'expliquer et de décrire les conditions de son apparition pour mieux prévenir ses causes et ses conséquences. En lien étroit avec le traumatisme vicariant dit (secondaire).

Ce dernier qui est défini par un permanent contact avec les personnes souffrantes, dont l'incidence survient chez beaucoup de soignants, les conséquences peuvent se manifester sur le plan individuel et professionnel. De ce fait respecter la limite du corps, connaître ses faiblesses peut contribuer à la réduction du stress, apporter de la satisfaction lors de la performance du professionnel et éviter l'usure dans la phase d'épuisement qui génère des changements dans le corps et l'esprit, modifiant le sentiment impliqué dans l'exécution, l'empathie, donnant naissance au STS.

Cependant, la réalité clinique est complexe et nous amène à considérer que les traumatismes vicariants existent et qu'aucun soignant travaillant avec des personnes traumatisées n'est à l'abri d'en souffrir. En plus de leur symptomatologie propre, les traumatismes vicariants peuvent entrer en résonance avec d'autres événements traumatiques existant dans l'histoire de la personne.

Enfin, offrir les conditions psychiques professionnelles favorables à une saine prise en charge de soi produit donc une assistance qualifiée, car le soignant est aussi un être humain avec des fragilités qui peuvent interférer dans sa profession quotidienne; les surcharges quotidiennes peuvent nuire à la qualité des soins dispensés, augmenter le stress quotidien et nuire à la qualité de vie.



# **Problématique et hypothèses**

Parmi tant d'autres métiers qui demandent beaucoup de sacrifices physique et psychologique, on retrouve le métier de soignant, une profession qui consiste à fournir des soins à son semblable, ce qui n'est pas une mince affaire, être en contact permanent avec des personnes blessées, souffrantes au lit nécessite un grand dévouement de leur part, un investissement physique et psychique afin de fournir les meilleurs soins possible. Cependant, il existe une pénurie de personnel de santé dans le monde, en particulier d'infirmières et de sages-femmes, qui représentent plus de 50% des besoins actuels non satisfaits en personnel de santé. C'est en Asie du Sud-Est et en Afrique que ces besoins sont les plus criants. Pour atteindre le troisième objectif de développement durable, relatif à la santé et au bien-être, pour tous, l'OMS estime que 9 millions d'infirmières et de sages-femmes supplémentaires devront être recrutées dans le monde d'ici à 2030 (OMS, 2022).

En effet, un des métiers qui ne se limite pas à une seule tâche est celui des sages-femmes, elles ne s'occupent pas seulement des accouchements. Elles dispensent aussi des soins prénatals et postnatals et assurent un ensemble de services de santé sexuelle et reproductive, parmi lesquels la planification familiale, le dépistage et le traitement des infections sexuellement transmissibles, et des services de santé sexuelle et reproductive destinés aux adolescents, tout en veillant à ce que les soins soient respectueux des femmes et conformes à leurs droits. À mesure que le nombre de sages-femmes augmente et qu'elles peuvent exercer dans un environnement porteur, la santé des femmes et des nouveau-nés s'améliore globalement, et l'ensemble de la société y gagne. Cependant, pour que le travail des sages-femmes contribue le plus possible à sauver des vies et à en changer le cours, il faut investir davantage dans leur formation académique et pratique, dans la prestation de services dirigés par elles et dans le leadership de leur profession. Les pouvoirs publics doivent accorder la priorité au financement et au soutien de la pratique de sage-femme et prendre des mesures concrètes pour associer les sages-femmes à l'élaboration des politiques de santé.

Selon l'OMS dans un rapport publié le 5 mai 2021, des millions de femmes et de nouveau-nés décèdent et des millions d'autres souffrent de problèmes de santé ou de traumatismes parce que les besoins des femmes enceintes et les compétences des sages-femmes ne sont pas reconnus ou ne font pas partie des priorités. Il manque actuellement 900 000 sages-femmes dans le monde, soit un tiers des effectifs nécessaires au niveau mondial. On peut ajouter à cela, la crise de la COVID-19 qui a encore aggravé le problème, car les besoins des femmes et des nouveau-nés ont été relégués au second plan, les services obstétricaux ont été perturbés et les sages-femmes ont été affectées dans d'autres services de santé. Ce sont là quelques-unes des leçons qui ressortent du Rapport sur l'état de la pratique de sage-femme dans le monde 2021, publié par l'UNFPA (l'organisme des Nations Unies s'occupant des questions de santé sexuelle et reproductive), l'OMS (Organisation mondiale

de la Santé), l'ICM (Confédération internationale des sages-femmes) et leurs partenaires, et qui présente une évaluation des effectifs de sages-femmes et des ressources apparentées dans 194 pays.

La grave pénurie de sages-femmes fait des ravages en termes de décès évitables. Une analyse réalisée pour ce rapport et publiée dans *The Lancet* en décembre dernier montre que le plein financement des soins obstétricaux d'ici à 2035 permettrait d'éviter 67 % des décès maternels, 64 % des décès néonataux et 65 % des mortinaissances. On pourrait sauver ainsi 4,3 millions de vies par an. Malgré les alertes lancées dans le dernier Rapport sur l'état de la pratique de sage-femme dans le monde en 2014, qui proposait également une voie pour combler ce déficit, les progrès enregistrés ces huit dernières années ont été trop lents. D'après l'analyse faite dans le rapport de cette année, au rythme de progression actuel, la situation ne sera guère meilleure en 2030. Effectivement, la sage-femme est contrainte de faire face à plusieurs entraves, une pénurie d'effectif et de moyens techniques, qui sont souvent à l'origine de beaucoup de décès maternels, et néonataux, se sont des incidents dont la gravité ne peut être ressentis que par les concernés (OMS, 2021)

Être une sage-femme c'est faire un suivi de la grossesse et procurer les soins nécessaires à la maman et au nouveau-né avant, pendant et après l'accouchement, effectivement la naissance d'un nouveau-né est l'une des plus belles choses qui puissent arriver dans nos vies, un moment caractérisé par un ensemble d'émotions mélangées entre « peur, stress, joies et euphorie et tristesse ». Un instant d'extase pour certains, mais exaltant pour d'autres soit la maman, et surtout le pilier qui s'occupe de la bonne conduite de l'accouchement et sa réussite qui est bien évidemment la sage-femme. Le métier de sage-femme, que dire de cette profession qui est d'une noblesse et d'un courage incommensurable un contact entre deux êtres humains pendant un long périple là où la femme enceinte est suivie par une sage-femme tout au long de sa grossesse, à fin de donner vie à un nouvel être humain.

Un point de vue qui a l'air très poétique et joyeux, mais hélas la réalité n'en est point vraie, quand on parle de périple c'est pour faire référence aux diverses difficultés que les sages-femmes rencontrent tout au long de leurs suivi tels que les décès maternels et néonataux...ect. Là où son travail commence avant, pendant et après l'accouchement. Ce métier demande beaucoup d'énergie, d'implication et d'effort physique et psychologique surtout. De ce fait, la mission de la sage-femme commence en un premier lieu, avant l'accouchement, elle assure les consultations prénatales, pose le diagnostic et surveille la grossesse, elle prépare et accompagne le couple à la naissance, dépiste et surveille les grossesses à haut risque.

Ensuite, pendant l'accouchement elle surveille, accompagne le travail d'accouchement et pratique l'accouchement normal, procède à l'accouchement normal, sous sa propre responsabilité, réalise, si nécessaire, l'épisiotomie, la suture et donne les premiers soins au nouveau-né. On peut ajouter à cela, après l'accouchement elle assure le suivi du post-partum et accompagne la femme à l'allaitement maternel ; elle organise et anime des actions de prévention et d'éducation à la santé de la mère, du couple et de la famille.

Comme nous l'avons bien vu, l'exercice de la sage-femme n'est pas une simple affaire, une profession qui exige un grand dévouement à la tâche, et parfois une sur-implication du personnel dans l'accomplissement de ces missions. Dès lors, on peut observer une surcharge au travail, des conditions qui deviennent encombrantes qu'encourageantes, des horaires de travail qui souvent jouent un rôle majeur dans la survenue de divers troubles psychologiques tel que le stress et l'anxiété, la dépression etc.... un manque d'effectifs, de moyens techniques et d'organisation donnent lieu à un terrain favorable pour l'installation de plusieurs pathologies.

Par ailleurs, et par-dessus toute la pression que les sages-femmes subissent venant des patientes et de leurs entourages. La sage-femme est contrainte de faire face à plusieurs formes de pressions venant de partout pour lesquelles elles ne sont en aucun cas obligées de vivre, mais par compassion et empathie elles subissent, n'empêche qu'elles sont toutes comme nous des humains avec des émotions et des réactions aux divers stimuli. Cependant, ces pressions peuvent être la source de l'apparition de plusieurs troubles difficiles à gérer et qui peuvent freiner à tout moment l'exercice de ce métier, on cite notamment le cas du burnout, plus communément appelé l'épuisement professionnel.

On constate de nos jours que le burnout est un phénomène qui a pris de l'ampleur un peu partout dans le monde. Aujourd'hui cette pathologie pèse beaucoup sur notre société moderne par ses nuisances causées à l'échelle économique et sociale. Cherniss (1980) le décrit comme un processus en trois étapes, comprenant d'abord un déséquilibre entre les ressources individuelles et organisationnelles par rapport aux exigences du travail, conduisant ensuite à des réponses de nature émotionnelle (anxiété, fatigue, vulnérabilité, épuisement) et provoquant enfin des changements dans l'attitude, le comportement du travailleur et son rapport au travail. Le burnout ne constitue évidemment qu'une des réponses possibles de l'individu, qui doit continuellement s'adapter à son milieu de travail. Ces réponses varient selon les personnes en raison de divers facteurs biologiques, psychologiques et sociaux (Berclaz, 2013, p7).

Les recherches sur le burn-out prennent leurs origines dans des services d'aide social ou de soin, la nature spécifique de ces professions qui prescrit une relation interpersonnel (soignant/soigné, aidant/aidé). En 2005, une enquête a interrogé 2290 professionnels soignants travaillant dans 5 hôpitaux de la province de Gérone (Espagne). On a retrouvé un taux d'épuisement émotionnel élevé à 46,5% chez les médecins contre 41,6% des autres professionnels (infirmières, aides-soignantes). Une thèse fut présentée publiquement en 2013 par le Dr Hastroy Anita étudiant le burnout des soignants de l'hôpital Paul De Viguiet en maternité de niveau 3. Il est relevé un niveau d'épuisement professionnel élevé chez 44% des médecins (interne en gynécologie, médecin gynécologues obstétriciens, pédiatres et réanimateurs) et 36% des sages-femmes. 11% présentes des scores élevés dans les 3 dimensions du burn-out, 25% dans 2 et 64% dans aucune. Aucune différence significative ne fut relevée entre les scores des sages-femmes et des médecins (Paitel, 2015, p19).

En Algérie, une étude menée par Abdellah Mouhoub et Khelil Mourad sur *les Conditions de travail et souffrances du travail des sages-femmes* : Une étude effectuée dans les hôpitaux de la commune de Constantine, publié le 23 mai 2021. L'étude s'est conclue par l'identification des différentes conditions qui génèrent de la souffrance au travail, tel que : le manque d'outils de travail, le manque d'hygiène et un salaire faible, la surcharge et le nombre des heures de travail qui dépasse la norme, l'exposition à diverses agressions de la part des patients ou de leurs familles, les circonstances ont également été adoptées comme indicateurs permettant de réduire le phénomène de la souffrance au travail dont les indicateurs sont : pression psychologique, ambiguïté, rôles, stress, violence.

En 2018 une étude sur *Impact sur la santé des risques psychosociaux chez les sages-femmes*, Il s'agissait d'une revue de la littérature à partir des bases de données médicales, Scopus et Medline, faite entre le 01/01/2006 et le 31/12/2017. Les recherches ont été effectuées en anglais, en français, en espagnol. Les mots clés utilisées étaient : « Nurse Midwives » [Mesh] ; « Midwifery » [Mesh] ; « Occupational Health » [Mesh] ; « Occupational Diseases » [Mesh]. Seuls les articles étudiant la santé mentale des sages-femmes en lien avec le travail étaient retenus. Treize articles étudiaient la prévalence du BO. Deux types d'études se dégageaient : une partie évaluait le BO à partir du questionnaire Copenhague Burnout Inventory questionnaire (CPI), une autre, à partir du Malasch Burnout Inventory (MBI). Avec le CPI, les prévalences étaient comprises entre : 20 % et 57 % pour le *personnal* BO ; 15 % et 57 % pour le *work-related* BO et 5 % et 15 % pour le *client-related* BO. Avec le MBI, les prévalences étaient comprises entre : 23 % et 60,7 % pour le *emotional*

*exhaustion* ; 3,8 % et 30,3 % pour le *depersonalisation* et 5 % et 30,3 % pour le *personal accomplishment*. Plusieurs facteurs de risque ont été étudiés, telles que les contraintes horaires, ou la violence des patients, ou encore la violence suite aux conflits dans les équipes de professionnels de santé.

Une étude a été menée sur le burn out chez les sages-femmes du grand Tunis, qui a été réalisée auprès de 90 sages-femmes. Elle a démontré que le burn out est une situation bien réelle et alarmante. Nous avons constaté que 86,7% des sages-femmes interrogées avaient un burn out. Plus en détails, l'épuisement émotionnel est élevé chez 50% des cas, la dépersonnalisation est élevée chez 47,8% et l'accomplissement personnel est bas chez 14,40% d'entre elles. Les facteurs associés significativement au burn out sévère sont : le célibat, l'ancienneté <20 ans, la surcharge de travail élevée, la distance lointaine entre le domicile et le lieu du travail, le regret du choix du métier, l'insatisfaction des horaires de travail et de l'organisation globale de travail, le mauvais climat professionnel, la présence de stress professionnel, la contraction de maladie professionnelle, les accidents de travail et le développement de conduites addictives (<https://www.one-health.panafrican-med-journal.com/content/article/6/3/full/>).

Par ailleurs, ce phénomène du burnout ne peut être une pathologie isolé, dans le cas des soignants, ces derniers sont à risque de développer notamment des traumatismes psychiques. En effet, d'autres études ont été faites sur le traumatisme chez les sages-femmes, ces études ont démontrées que les sages-femmes étaient à risque de développer des traumatismes psychiques ce qui le cas dans une étude faite par Ruveyde Aydın & Songül Aktaş publiée le 5 juillet 2021 par « *European Journal of Midwifery* » sur l'expérience des sages-femmes en matière de naissances traumatiques, en utilisant une méta-synthèse qui comprenait 18 études en texte intégral en anglais, obtenues à partir des bases de données PubMed, Scopus, Web of Sciences, Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), EMBASE et PsycINFO.

Les résultats des études ont été analysés en utilisant la technique de l'analyse thématique. L'étude comprend des études qualitatives, des méthodes mixte et en texte intégral, publiées entre 2000 et 2020, qui explorent les expériences des sages-femmes et des infirmières obstétriciennes témoins de traumatismes à la naissance. L'analyse thématique a permis d'identifier sept thèmes : les sentiments post-traumatiques, les symptômes de stress post-traumatique, l'impact du traumatisme sur les valeurs professionnelles, le soutien social, l'apprentissage à partir de l'expérience, le processus juridique et la réflexion des émotions des femmes ayant vécu un accouchement traumatique sur la sage-femme.

Bien avant, en 2020 une autre étude a été publiée *dans les archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, une étude transversale descriptive a été menée dans le but d'évaluer le stress post traumatique vécu par les sages femmes, à l'aide d'un questionnaire auto administré, rédigé en langue française distribué aux sages-femmes de la région de Sfax. Le questionnaire comportait une première partie relative aux données socioéconomiques et professionnelles et une deuxième partie relative à l'évaluation du stress post traumatique des sages-femmes moyennant l'échelle d'impact de l'événement (Impact of Event Scale Revised IES-R dans sa version française). Soixante-quinze sages-femmes répondaient au questionnaire avec un taux de réponse de 80 %. Il s'agissait d'une population exclusivement féminine. L'âge moyen dans notre population était de 45 ans. La majorité était mariée (88 %). Le nombre moyen d'enfants à charge était de 2.

Cependant, qu'en est-il du traumatisme secondaire ? Les soignants sont-ils sujettes à développer ce trouble ? Pour Figley, prendre soin a un coût. À force d'exposition à la souffrance, notamment des patients traumatisés, le soignant risque de ressentir de façon excessive de l'épuisement, de la colère, de l'irritabilité. Il aura alors tendance à s'ajuster avec des stratégies de coping inadaptées (abus d'alcool et de drogues), aura une capacité réduite à ressentir de la sympathie et de l'empathie, et prendra difficilement des décisions pour ses patients (Mathieu, 2007). Les risques de fatigue de compassion chez les soignants (infirmières, travailleurs sociaux, etc.) ont largement été démontrés (Cocker & Joss, 2016).

En effet, de nombreuses études ont pu démontrer une relation entre traumatisme secondaire et burnout. Des corrélations positives significatives entre ces deux variables ont pu être constatées et ces corrélations tendent à être assez fortes (Aukstinaityte et al. 2010; Birck, 2002 ; Collins & Long 2003 ; Ray et al. 2013 ; Racanelli 2005 ; Thomas & Otis 2010).

En peut ajouter à cela, que le traumatisme secondaire est un phénomène bien étudié au sein des professions d'aidants (Figley, 2002). Dans la littérature scientifique, on retrouve ce phénomène sous de nombreuses nominations telles que le burnout, le trauma secondaire, le trauma vicariant. Malgré le fait qu'il y ait des distinctions entre ces concepts, ils traitent tous les effets périlleux résultant du travail de l'aide. Le stress psychologique que subissent ces aidants est assez bien documenté dans le domaine de l'infirmierie, qui a été d'ailleurs une des premières populations chez lesquelles ce phénomène d'épuisement mentale a pu être mis en évidence et étudié (Menzies, 1960 ; Kahn, Wolfe, Quinn, et al. 1964).

De plus, un risque élevé existe également chez les infirmiers des unités de trauma, ou l'on a également relevé non seulement un risque élevé de CF (Nkosi, 2002), mais également des diagnostics de stress post-traumatique secondaire (Von Rueden et al. 2010). De nombreuses études ont pu faire ressortir des facteurs de risque importants dans le développement de CF, tel qu'un trauma précédent dans l'histoire de l'aidant. Les résultats semblent pointer vers une vulnérabilité accrue à une traumatisations secondaire, vicariant ou CF par des effets de réactivation des mémoires traumatiques et activation d'une réponse empathique plus intense envers leur patients (Figley, 1995; McCann & Pearlman, 1990; Pearlman & Saakvitne, 1995 ; MacRitchie & Leibowitz's, 2010).

De ce fait, dans le contexte de notre thématique le traumatisme secondaire survient lorsque les soignants ou les professionnels des soins commencent à ressentir la douleur et la souffrance des personnes dont ils s'occupent. Ils en viennent à perdre de leur identité qui se confond à celle des malades en faisant preuve d'un investissement émotif plus grand que ce qu'ils reçoivent en retour pour que leur travail soit gratifiant. Résultat : ces personnes sont submergées par une forme d'épuisement profond qui se manifeste sur le plan physique, émotif et spirituel.

On constate, que les personnes affectées par le traumatisme secondaire ont du mal à maintenir un sain équilibre entre leurs préoccupations et leur objectivité. Elles ont peine à se sortir de la spirale descendante. Beaucoup de personnes qui éprouvent ces sentiments réagissent en s'investissant encore plus et elles en viennent à toucher le fond.

En effet, l'existence des personnes qui éprouvent un traumatisme secondaire sont souvent atteintes de manière négative. Ces personnes souhaitent aider le patient étant donné qu'elles en retirent un sentiment d'appréciation et de valorisation. Toutefois, étant donné qu'elles investissent tellement d'elles-mêmes, leur rendement au travail peut se ressentir, tout comme leurs relations personnelles, leur vie familiale, ou même leur personnalité. Le traumatisme secondaire peut également mener à une dégradation générale de l'état de santé de la personne.

Dans ce cadre, on constate que le BO et le TS sont des pathologies qui peuvent avoir lieu dans le service de maternité, là où les sages-femmes sont les plus exposées et à risque de développer un épuisement professionnel, et un traumatisme secondaire.



Dans un premier lieu, notre pré-enquête nous a permis d'avoir un aperçu du fonctionnement de ce service et des différentes difficultés que l'on peut rencontrer on y travaillant. Compte tenu de tout cet examen de la littérature scientifique que nous avons effectué. Et à fin de réaliser notre recherche, notre choix s'est porté sur le modèle transactionnel de Lazarus et Folkman ainsi que la théorie cognitivo-comportementale, deux approches théoriques complémentaires qui présentent des similarités. En effet, le modèle transactionnel souligne l'importance des éléments individuels, en particulier les processus cognitifs, environnementaux et le lien interactionnel entre l'individu et son environnement. Le modèle transactionnel permet l'explication des réponses de l'individu face à des situations stressantes. Lazarus développe un concept sur la transaction entre l'individu et son environnement où l'individu évalue initialement l'événement lui-même et où dans un deuxième temps l'individu évalue ses propres capacités d'adaptation face à cet événement. Ce modèle est de ce fait fréquemment appelé en thérapie comportementale et cognitive « La double évaluation de Lazarus ». L'individu cherche à faire face aux situations à risque en utilisant des stratégies dites de « coping ». Le stress n'apparaîtrait alors que quand l'individu ne peut s'adapter à la situation.

Cette approche permet d'aborder le phénomène étudié, à savoir le burn out, comme résultant d'une interaction entre les caractéristiques individuelles du sujet et situationnelles. Cette approche apparaît alors adéquate pour explorer le mal-être éventuel de nos sujets de recherche. Dès lors, Nous avons fait le choix d'examiner ce burn out en référence au modèle transactionnel de Lazarus et Folkman. Ce choix est expliqué par le fait que c'est un modèle psychologique social robuste qui fait toujours consensus auprès de la communauté scientifique internationale. Il présente l'intérêt d'être adapté dans différents domaines de la psychologie, notamment celui de la psychologie clinique en général et la psychologie de la santé en particulier.

L'approche cognitivo-comportementale quant a elle fait preuve de sa pertinence pour la compréhension du traumatisme en prenant en considération les processus cognitifs, comportementaux et environnementaux de l'individu. D'un point de vue comportemental, Selon Mowrer (1960), le traumatisme est une situation de danger qui provoque des réactions émotionnelles (anxiété, peur), physiologiques (sursaut, hypervigilance), cognitives (danger, impuissance) et comportementales (fuite, inhibition). À cette situation initiale de danger et de peur intense sont associés divers stimuli qui par conditionnement vont déclencher les mêmes réponses que l'événement traumatique. En évitant tout stimulus rappelant l'événement traumatique, le sujet observe une diminution rapide des manifestations symptomatiques pénibles ressenties initialement. Cet apaisement momentané, recherché par le sujet, conduit à renforcer les comportements

d'évitement tels que le repli social, le détachement émotionnel, l'agressivité relationnelle, les addictions (alcool, drogue qui permettent d'éviter les cauchemars et les troubles du sommeil).

L'extinction des symptômes traumatiques ne peut donc pas se faire par manque d'exposition aux souvenirs du trauma et insuffisance de la confrontation aux émotions qui lui sont associées. Dans un deuxième lieu, l'approche cognitive est fondée à la fois sur une tentative d'explicitation scientifique du travail psychanalytique (comme chez A.T. Beck) et sur l'utilisation des théories du traitement de l'information par l'esprit humain. Elle conduit à intégrer à la compréhension comportementale de l'ESPT des variables telles que le mode de raisonnement du sujet, ses interprétations d'une situation donnée, ses postulats de base ou croyances, son discours interne... Ainsi, elle tient compte non seulement de l'impact de l'événement traumatique mais aussi des apprentissages et du mode d'être face au monde et aux autres, antérieurs au trauma.

Cependant, selon son parcours de vie, un individu se constitue des schémas ou croyances personnels concernant le monde, son environnement, les autres, lui-même, et la relation entre toutes ses variables. Ces schémas, construits au fur et à mesure du développement du sujet, sont relativement stables dans le temps, mais peuvent être ébranlés ou bien renforcés à l'occasion d'événements de vie forts, tels un événement traumatique. En outre, Janoff-Bulman (1989) relève que la plupart des individus ont des idées plutôt positives sur différents thèmes. Les individus considèrent donc *a priori* que le monde et les autres sont bienveillants, justes et bons ; le sujet croit également en sa propre invulnérabilité et sa propre valeur.

Pour finir, après avoir exposé les différentes approches qu'on a choisies ainsi que la revue littéraire, pour vérifier nos hypothèses permettant d'appréhender le vécu des sages-femmes, en évaluant le niveau de burn out et le traumatisme secondaire, nous avons fait le choix de recourir à un entretien semi-directif muni d'un guide d'entretien, l'échelle (MBI) pour le burn out (Maslach et Jackson, 1981,1986), et l'échelle (STSS) pour le traumatisme secondaire (Bride et al, 2004).

Sur la base de ce qui précède et dans le cadre de notre recherche, nous proposons de répondre aux questions suivantes :

### **Question générale :**

Qu'elle est la qualité du vécu des sages-femmes travaillant à l'EPH d'Akbou ?

### **Questions partielles :**

1. Exist-il un burnout chez les sages-femmes travaillant à l'EPH d'Akbou ?
2. Exist-il un traumatisme secondaire chez les sages-femmes travaillant à l'EPH d'Akbou ?

La réponse à toutes ces questions représente l'épine dorsale de notre recherche. L'analyse des interrogations ci-dessus exprimées suscite en nous des hypothèses qui peuvent affermir ou non notre conviction au cours et après la recherche.

### **Hypothèse générale :**

Nous supposons, que la qualité du vécu du métier des sages-femmes travaillant à l'EPH d'Akbou est mauvaise.

### **Hypothèse partielle :**

1. Oui, il existerait un burnout chez les sages-femmes travaillant à l'EPH d'Akbou.
2. Oui, il existerait un traumatisme secondaire chez les sages-femmes travaillant à l'EPH d'Akbou.

### **Opérationnalisation des concepts :**

#### **1. Sage-femme :**

C'est une personne qui a un savoir-faire et intellectuel qui lui permet de s'occuper des accouchements normaux au sein des hôpitaux et des clinique et qu'elle s'occupe aussi de l'accompagnement des femmes enceinte et même après le post-partum.

#### **2. Vécu :**

Vécu est le participe passé masculin singulier du verbe vivre. Il exprime comment une personne se sent dans l'expérience, qui fait référence à toutes les pensées, sentiments et émotions

vécus dans des faits et événements réels. Dans notre recherche, nous nous intéressons au vécu de la sage-femme car elle rencontre de nombreux obstacles qui freinent l'accomplissement de sa tâche, tels que des problèmes d'effectifs et de moyens, un environnement de travail difficile et stressant, etc. Il y a donc deux sortes d'expériences : une mauvaise expérience et une bonne.

### **3. Mauvais vécu**

C'est un vécu qui désigne un ensemble d'expériences redoutables qui déclenchent des sentiments de choc, de tristesse, de peine et de stress. Dans notre recherche, pour la sage-femme le mauvais vécu témoigne de la manifestation du burn-out tel que la fatigue physique et mentale dû à la surcharge, un manque d'interactions avec les autres, repli sur soi-même, troubles de concentration ainsi que les événements intrusifs et le comportement d'évitement et d'hypervigilance qui caractérisent le traumatisme vicariant. Ce mauvais vécu sera mis en lumière dans cette recherche à l'aide des données de l'entretien de recherche semi-directif, mais aussi grâce aux deux outils psychométriques qu'on a retenus, le MBI et le STSS par un niveau sévère ou modéré, ou léger du burn-out et du traumatisme secondaire.

### **4. Bon vécu :**

Renvoi à l'ensemble d'indices de la présence d'une capacité d'adaptation, qui est la capacité de l'individu à se développer en dépit de l'adversité, la capacité à faire face, la capacité à surmonter une épreuve. Chez la sage-femme un bon vécu est détecté par le sens de la responsabilité, la confiance en soi, l'humour, de bonnes relations avec autrui et la réussite dans l'accomplissement des tâches, ainsi que par l'absence de signes de burnout et de traumatisme secondaire lors de l'entretien.

### **5. Le burnout :**

Le burnout représente un épuisement émotionnel et physique, une déshumanisation de la relation avec le patient, et une baisse du sentiment d'accomplissement de soi au travail, il touche les personnes engagées dans une profession de relation d'aide. Nous avons retenu le MBI pour mesurer le burnout chez les sages-femmes travaillant à l'EPH d'Akbou. Cette échelle évalue trois dimensions, L'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation, l'accomplissement personnel.

**L'épuisement émotionnel** : se définit comme le sentiment d'être envahi ou épuisé par son travail, une attitude négative et une rupture par rapport aux collègues, désinvestissement psychologique, repli sur soi, le sujet va ressentir une fatigue affective au travail, une sensation d'avoir atteint son seuil de saturation émotionnelle et n'est plus capable de recevoir une émotion nouvelle.

**Dépersonnalisation** : qui se manifeste par des sentiments d'insensibilité et des réponses impersonnelles aux patients, ce deuxième critère est marqué par un détachement, une sécheresse relationnelle, et la personne malade n'est plus considérée comme un être en souffrance mais plutôt comme un objet.

**L'accomplissement personnel** : traduit par des sentiments d'incompétence et d'inefficacité au travail accompagné par une baisse de l'estime de soi, s'exprime 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

### **6. Traumatisme secondaire :**

Autrement appelé traumatisme par procuration, c'est un traumatisme apparu chez une personne « contaminée » par le vécu traumatique d'une autre personne avec laquelle elle est en contact.

Un traumatisme secondaire peut donc se manifester entre autres par des symptômes intrusifs tels que des *flashbacks*, des cauchemars et des pensées envahissantes, des comportements d'évitement, des sentiments de détresse, une altération du fonctionnement global. Un traumatisme secondaire peut aussi se traduire par une rupture dans les croyances fondamentales du professionnel, dans son image, son estime de soi, la confiance en ses capacités, ses croyances envers autrui et son environnement, nous avons retenu l'échelle STSS pour mesurer le traumatisme secondaire chez les sages-femmes travaillant à l'EPH d'Akbou, qui est composé de trois sous-échelles qui sont : l'intrusion, l'évitement, l'éveil.

PARTIE  
PRATIQUE

## **Chapitre III**

### La méthodologie de la recherche

## Préambule

La nécessité d'une méthodologie dans une démarche d'investigation représente l'élément majeur dans une recherche, cette dernière ne peut voir le jour sans qu'il ait une approche méthodologique, une application méthodologique adaptée et concise afin d'atteindre les différents objectifs du chercheur, ce dernier à pour mission de mettre en lumière toutes les étapes de son travail, en commençant par la méthode et les outils auxquels il s'est référé. De ce fait, le chapitre qui suit intitulé « la méthodologie de la recherche », aura pour but de montrer ce que notre recherche a donné comme forme.

Nous allons commencer par les limites de la recherche, après quoi nous discuterons de la démarche dont nous avons fait notre travail. Ensuite, nous présenterons le lieu de la recherche ainsi que notre groupe de recherche par les critères d'inclusion et d'exclusion que nous avons sélectionné. Après cela, nous allons exposer les outils de recherche qui nous ont permis de mener notre investigation par leurs informations récoltées et leurs analyses, puis nous illustrerons le déroulement de la pré-enquête et l'enquête. Enfin nous discuterons de l'attitude du chercheur et des difficultés rencontrées pendant la conduite de l'étude. Ce chapitre s'achèvera avec une synthèse.

### 1) Les limites de la recherche

- Limite spatiale : la recherche s'est déroulée à l'hôpital d'Akbou « Ali Akloul », P.M.I d'Akbou, ainsi que l'ancien hôpital d'Akbou.
- Limite temporelle : du 15 février 2022 au 31 mars 2022
- Limite du groupe : l'étude s'est portée sur 18 sages-femmes travaillant en surface et de garde.
- Outils de recherche : entretien de recherche semi-directif, le questionnaire de Maslach burnout inventory de Maslach (MBI), et l'échelle de stress traumatic secondary scale (STSS).
- Approche : Transactionnelle de Lazarus et Folkman et l'approche cognitivo-comportementale.

Nous allons dans ce qui suit exposer la méthode que nous avons utilisée dans notre travail de recherche.



## 2) Méthode utilisée dans la recherche

La recherche scientifique en psychologie, est dans d'autres champs est une démarche systématique, qui vise l'acquisition de connaissances, notamment, elle consiste à décrire, à expliquer et à comprendre, parfois prédire et contrôler, des phénomènes de façon rigoureuse. Dans ces conditions précises, l'intention est de répondre à une question, ou de résoudre un problème, donc en établissant des faits et en augmentant la compréhension et la connaissance, ce qui sous-entend, l'ampleur de la méthode d'investigation la plus appropriée qu'on doit opter pour arriver à nos objectifs de recherches.

A ce titre nous avons pris soin d'utiliser la démarche qualitative, car elle est souvent exploitée dans l'acheminement méthodologique du terrain en science humaine et sociale, en l'occurrence dans la psychologie clinique. Cependant, la méthode qualitative s'attache à expliquer un phénomène, à lui donner une signification, voire un sens. Les résultats sont exprimés en mots (analyse à la suite d'entretiens, observations cliniques...). Les approches qualitatives, et leur développement décomplexé en psychologie clinique, sont à mettre en lien avec une certaine philosophie du sujet. Certes, on a toujours prétendu mettre le patient au centre de nos pensées, et actions. Mais il était paradoxalement parfois peu impliqué dans les recherches, alors même que ces dernières sont ce qui justifie, et nourrit les dispositifs cliniques d'analyse et d'accompagnement. Dans l'approche qualitative, il est pleinement remis au centre du dispositif, puisqu'il s'agit bien de saisir avec lui le sens de ce qu'il vit, et de co-construire un savoir à son propos, dans le cadre d'une démarche de participation active impliquant toujours son récit (Bioy et al, 2021, p. 23).

Pour cette raison, nous considérons que l'approche qualitative est spécialement la plus adéquate dans notre recherche préliminaire, grâce à cette dernière nous pourrions atteindre notre objectif essentiel de recherche, qui se base sur la description, et l'interprétation du vécu des sages-femmes en Algérie. Effectivement, cette procédure qualitative nous donne la possibilité de porter une vision descriptive, ajustée sur une allure qualitative focalisant sur la nature du vécu des sages-femmes, en se basant sur les deux autres variables que nous avons pris en considération, à savoir le burnout, et le traumatisme secondaire.

En outre, l'enquête qualitative du terrain, consiste à observer directement l'objet à étudier, et à le suivre pas à pas tout en notant toutes ses modifications, ses évolutions. C'est une méthode empirique, où il n'y a aucune sorte d'intermédiaire entre l'observateur, et ce qu'il étudie. On la retrouve, en dehors de la médecine, dans l'ethnologie, les études de cas, les monographies, les observations participantes...etc (Aktouf, 1987, p.29).

Ainsi le terme de l'enquête qualitative du terrain, désigne ordinairement la recherche qui produit, et analyse des données descriptives, telles que les paroles écrites, ou dites, et les comportements observables des personnes, Cette définition renvoie à une méthode de recherche intéressée, d'abord par le sens et par l'observation d'un phénomène social en milieu naturel. La recherche qualitative ne se caractérise pas par les données, puisqu'elles peuvent aussi être quantifiées, mais bien par sa méthode d'analyse qui n'est pas mathématique, la recherche qualitative est plutôt intensive en ce qu'elle s'intéresse surtout à des cas, et à des échantillons plus restreints, mais étudiés en profondeur. Bronfenbrenner (1979), utilise le terme d'écologie expérimentale pour souligner l'importance des recherches faites dans le milieu habituel des individus. De ce fait, l'expression « milieu habituel », est plus juste que « milieu naturel », car il n'existe plus guère de milieu vierge de toute intrusion dans la société actuelle, tous les milieux sont traversés par une multitude d'influences, désirées ou non, mais néanmoins subies. Le chercheur essaie simplement de ne pas bouleverser indûment le milieu observé, pas plus qu'un participant ordinaire ne le ferait. Autre précision : le milieu habituel représente ce que les chercheurs désignent comme le terrain (Deslauriers, 1991, p.6).

Si tous les auteurs ne s'entendent pas sur la définition de la recherche qualitative, la plupart lui attribuent en grosso modo des caractéristiques semblables, On reconnaît que la recherche qualitative traite les données difficilement quantifiables, comme les comptes rendus d'entrevues, les observations, parfois même les photographies de famille, les journaux intimes, les vidéos, qu'elle a recourt à une méthode d'analyse souple et davantage inductive ; qu'elle s'inspire de l'expérience de la vie quotidienne, et du sens commun qu'elle essaie de systématiser. Enfin, la recherche qualitative ne rejette pas les chiffres ni les statistiques, mais ne leur accorde tout simplement pas la première place, elle se concentre plutôt sur l'analyse des processus sociaux, sur le sens que les personnes et les collectivités donnent à l'action, sur la vie quotidienne, sur la construction de la réalité sociale (Deslauriers, 1991, p.6).

En considérant que la psychologie clinique octroie une importance majeure à la signification, l'implication, la singularité et à la totalité, dans cette optique nous avons choisi « la méthode clinique » qu'on a jugé très utile, et la mieux cohérente, pour bien conduire notre travail de même que, de répondre à notre question de recherche.

Dans ce cas, la méthode « *c'est la procédure logique d'une science, c'est-à-dire l'ensemble des pratiques particulières qu'elle met en œuvre pour que le cheminement de ses démonstrations et de ses théorisations soit clair, évident et irréfutable. La méthode est constituée d'un ensemble de règles qui, dans le cadre d'une science donnée, sont relativement indépendantes des contenus et des faits particuliers étudiés en tant que tels. Elle se traduit, sur le terrain, par des procédures concrètes dans la préparation, l'organisation et la conduite d'une recherche* ». (Aktouf, 1987, p.26).

En d'autre terme, c'est « *une méthode particulière de compréhension des conduites humaines qui vise à déterminer, à la fois, ce qu'il y a de typique et ce qu'il y a d'individuel chez un sujet, considéré comme un être aux prises avec une situation déterminée*» (Sillamy, 2003, p.58).

Nous avons pris connaissance, que la méthode clinique est une démarche qui vise la compréhension des particularités, et des spécificités des individus, d'une manière détaillée et fidèle à la réalité.

D'après Lagache elle envisage « *la conduite dans sa perspective propre, relever aussi fidèlement que possible la manière d'être et d'agir d'un être humain concret et complet aux Prises avec cette situation, chercher à en établir le sens, la structure et la genèse, déceler les Conflits qui la motivent et les démarches qui tendent à résoudre ces conflits* ». Elle répond Donc aux exigences de référence à la singularité des individus, de prise en compte de la Totalité des situations, à la dimension concrète des situations, la dynamique et la genèse (Lagache, 1949, cité dans Benony & Chahraoui, 2003, p.11).

Dans un second temps, la méthode clinique est non seulement utilisée dans la pratique dans le but de poser un diagnostic et venir en aide psychothérapique des sujets en souffrance, mais aussi dans la recherche. Elle est avant tout destinée à répondre à des situations concrètes de sujets souffrants et elle doit se centrer sur le cas, c'est-à-dire l'individualité, mais sans pour autant s'y résumer. La « méthode clinique » s'insère dans une activité pratique visant la reconnaissance et la nomination de certains états, aptitudes, comportements. Elle comporte deux niveaux complémentaires: le premier correspond au recours à des techniques (tests, Échelles, entretiens...) de recueil in vivo des informations (en les isolant le moins possible de la situation « naturelle » dans laquelle elles sont recueillies et en respectant le contexte) alors Que le second niveau se définit par l'étude approfondie et exhaustive du cas (Fernandez & Pardinielli, 2006, p.43).

La différence entre le premier et le second niveau ne tient pas aux outils ou aux démarches mais aux buts et Aux résultats : le premier niveau fournit des informations sur un problème, le

second vise à comprendre un sujet, ce que n'impliquent pas toutes les situations cliniques, notamment celles Qui concernent la recherche sur des faits psychopathologiques ou d'adaptation (Fernandez & Pedinielli, 2006, p.43).

A cet effet, nous avons sélectionné la méthode clinique car elle permet de donner Une description précise et bien illustrée un phénomène psychologique. Plus spécifiquement, Elle nous permet de bien comprendre le vécu des sages femmes en Algérie, et notamment Le burn-out et le traumatisme secondaire, en nous mettant en lumière le ressenti, les Sentiments, les émotions, les cognitions...etc., par la description dans la singularité et la Totalité des cas, de même que de nous éclaircir leur situation afin de la saisir dans Son intégralité.

La psychologie clinique selon Daniel Lagache : La psychologie clinique est « *une science de la conduite humaine fondée principalement sur l'observation et l'analyse approfondie des cas individuels, aussi bien normaux que pathologiques, et pouvant s'étendre à celle des groupes* » (Rabeyron, 2018, pp.18.29)

La psychologie clinique selon Didier Anzieu : La psychologie clinique est « *une psychologie individuelle et sociale, normale et pathologique ; elle concerne le nouveau-né, l'enfant, l'adolescent, l'homme mûr et enfin le mourant. Le psychologue clinicien remplit trois grandes fonctions : de diagnostic, de formation, d'expert, apportant le point de vue du psychologue auprès d'autres spécialistes. Le psychologue clinicien reçoit une formation de base nécessaire, mais non suffisante pour devenir, éventuellement, psychothérapeute* » (Rabeyron, 2018, pp.18.29).

Par ailleurs, L'étude de cas correspond à la construction et la présentation structurée de la situation et de l'organisation psychologique d'une personne (ou d'un groupe, d'une famille, d'une institution...) La composition d'une étude de cas consiste à : recueillir des informations cliniques (entretien, observation) organiser la sémiologie analyser, et interpréter les éléments cliniques et psychopathologiques pertinents, formaliser et composer les éléments analysés par l'écriture d'une étude de cas structurée. L'étude de cas dans la démarche clinique Saisie une totalité singulière, et son histoire L'étude de cas vise « *non seulement à donner une description d'une personne, de sa situation et de ses problèmes, mais elle cherche aussi à en éclairer l'origine et le développement, l'anamnèse ayant pour objet de repérer les causes et la genèse de ces problèmes* » (Revault, 1989).

De ce fait, nous avons opté pour l'étude de cas, qui nous semble la plus approprié pour notre travail. C'est sans doute dans la pratique de la recherche qualitative que l'on peut le mieux tiré profit des propriétés de l'étude de cas, « *L'étude de cas est d'emblée associée à une visée*

*d'exploration et tente de découvrir des problématiques nouvelles, de renouveler des perspectives existantes ou de suggérer des hypothèses fécondes* » (Grawitz, et al, 1993).

Elle permet également d'apporter des éléments de preuve à une théorie, elle est le lieu de vérification des hypothèses. Elle met en forme et en œuvre la démarche inductive de construction des connaissances en psychologie clinique : « *C'est le propre du cas clinique d'être à la fois unique et source de savoir général* » (Humery, 1995, p. 88).

A ce titre, l'étude de cas convient à nos objectifs de recherche, car notre étude est exploratoire, et notamment, elle nous permet d'illustrer des phénomènes complexes et nouveaux. De plus, elle a pour objectif d'étendre et d'enrichir les connaissances sur des phénomènes déjà étudiés, tel est le cas du burnout et le traumatisme secondaire chez les sages femmes en Algérie.

En résumé, dans notre travail de recherche nous avons retenu la méthode clinique, et l'étude de cas, dans le cadre d'une démarche qualitative, qui nous permet de vérifier nos hypothèses et d'atteindre notre objectif de recherche en explorant la nature du vécu du travail des sages femmes en Algérie. Pour cette raison, on constate que la méthodologie exige une discipline et une rigueur importante pour mener à bien une étude exploratoire.

Dans ce qui suit, nous allons faire une illustration de notre lieu de recherche.

### **3) Présentation du lieu de recherche**

Nous avons réalisé notre travail de recherche au sein de l'établissement hospitalier (l'EPH d'Akbou), précisément dans le service de maternité, baptisé au nom du chahid lieutenant Akloul Ali, qui a été créé en 1960. C'est un établissement public de santé datant d'avant l'indépendance. Avant sa construction le siège de l'hôpital civil d'Akbou, était sis à l'ancien hôpital, situé à la haute ville et construit en 1872. C'est un établissement public de santé qui dispose actuellement de Cinq (5) services d'hospitalisation et PU, et de onze (11) unités fonctionnelles, cents quatre vingt seize (196) de lits techniques, ainsi que cents quatre vingt deux (182) lits organisés. (Fiche technique de l'EPH d'akbou, 2022, p.1)

L'hôpital civil d'akbou, est doté d'un service de médecine interne qui comprend le service d'oncologie et d'hémodialyse, en suite le service de pédiatrie, un autre service de gynécologie obstétrique, qui se compose de trente huit lits techniques, qui sont aussi fonctionnel, en fin le

service des urgences médico- chirurgicales avec l'unité d'accueil et tri, et un autre de réanimation (Fiche technique de l'EPH d'akbou, 2022, p.2)

En outre, l'établissement public hospitalier de l'EPH d'Akbou est équipé d'un plateau technique, qui se compose de quatre salles de bloc opératoire, un service de laboratoire, trois salles de radiologie, un autre service de pharmacie, et un (P.T.S). Il est doté d'un parc auto qui contient six ambulances ; quatre véhicules liaison ; un microbus ; un camion, à savoir aussi le service annexe, qui dispose d'une cuisine ; une buanderie ; trois groupes électrogènes ; un incinérateur ; une morgue à six cassiers. (Fiche technique de l'EPH d'akbou, 2022, p.2)

Dans ce cadre, les sages-femmes de notre groupe de recherche appartiennent à l'établissement public hospitalier l'EPH d'Akbou, qui travaillent dans le service de maternité, et dans le service de gynécologie obstétrique. Nous allons vous communiquer plus d'informations et plus de détails sur le groupe de recherche dans ce qui suit.

#### **4) Groupe de recherche**

Notre recherche s'est effectuée auprès des sages-femmes de l'établissement public hospitalier l'EPH d'Akbou. Notre groupe de recherche se compose de dix-huits cas (18) de sages, sélectionnées à partir des critères ci-joints :

##### **4.1) Critères d'inclusion**

Les critères sur lesquels nous nous sommes basés pour la sélection des sujets constituant notre groupe de recherche sont les suivants :

- 1- Les sages-femmes.
- 2- Les sages femmes permanentes dans le poste
- 3- Sages femme qui exercent juste à l'hôpital d'Akbou, et pas dans d'autres CHU, ou dans d'autres cliniques privées.
- 4- Consentement informé et libre du sujet.
- 5- On n'a pas pris en considération l'expérience du travail.

## 4.2) Critères d'exclusion

1- Les gynécologues, les médecins généralistes, les infirmiers, pharmacien, qui travaillent dans le service de maternité, et gynecologie obstétrique, car notre recherche se focalise sur les sages femmes.

2 les sages-femmes stagiaires.

3-les sages femmes, exerçant en dehors de l'hôpital d'Akbou.

On peut ajouter à cela, que nous n'avons pas pris en considération l'expérience du travail, L'âge, le niveau socio-économique, le niveau d'instruction, la langue du sujet, la situation matrimoniale dans les critères de sélection du groupe de l'étude.

**Tableau N° 1 : Caractéristiques du groupe de recherche.**

Informations Prénoms	Âge	Statut matrimoniale	Nombre d'enfant	Expérience dans le métier
<b>Feroudja</b>	47ans	Mariée		20 ans
<b>Cylia</b>	26ans	Célibataire		3 ans
<b>Souad</b>	28ans	Célibataire		3 ans
<b>Hanane</b>	35ans	Mariée	2	11 ans
<b>Chekaba</b>	24ans	Célibataire		1 ans et demi
<b>Nora</b>	53ans	Mariée		31 ans
<b>Yasmina</b>	28ans	Célibataire		5 et demi
<b>Djamila</b>	39ans	Mariée	3	17 ans
<b>Ounissa</b>	49 ans	Mariée	3	28 ans
<b>Sihem</b>	57ans	Mariée	3	34 ans
<b>Kahina</b>	37ans	Mariée	3	13 ans
<b>Nassima</b>	42ans	Mariée	2	15 ans
<b>Fadhila</b>	47ans	Mariée	2	23 ans
<b>Dahbia</b>	43ans	Mariée	3	17 ans
<b>Narimane</b>	27ans	Fiancée		3ans et demi
<b>Louiza</b>	24ans	Célibataire		1 ans et demi
<b>Lynda</b>	25ans	Célibataire		7 mois
<b>Sabrina</b>	28ans	Mariée		2 ans et demi

(Source nous-mêmes)

À partir de ce tableau, on constate que notre groupe de recherche est composé de dix-huit (18) sages-femmes, leurs âges varient entre 24 ans à 55 ans, dont six sages-femmes sont célibataires, ainsi que douze sages-femmes mariées, comme nous pouvons le constater aussi on trouve trois sages-femmes mariées qui n'ont pas d'enfant, enfin l'expérience de notre groupe de recherche varie entre 7 mois à 34 ans.

## 5) Outils de recherche:

Dans ce qui suit, nous aborderons les outils qui nous ont permis de mener à bien notre recherche, dans un premier lieu nous avons entamé avec l'entretien de recherche, plus précisément, l'entretien semi-directif, ce dernier nous permet un premier contact avec la population d'étude, afin d'avoir une relation de confiance avec eux, qui permettra dans un deuxième temps d'effectuer la passation des échelles, le récit du sujet nous permet grâce à cet entretien d'obtenir plus d'indices sur les manifestations du burnout et du traumatisme vicariant, l'importance de l'entretien de recherche est majeur, ce qui nous permettra d'explorer le vécu du métier de sage-femme à l'hôpital Akloul Ali Akbou.

Par la suite, nous avons procédé à la passation de deux outils psychométriques. Le premier est le MBI qui nous permet de mesurer l'épuisement professionnel, le second est l'échelle STSS de bride et al, pour évaluer le niveau de traumatisme secondaire.

Ces deux outils nous permettront de mesurer objectivement les indices cliniques sur lesquelles nos choix se sont portés : le burn-out et le traumatisme secondaire, dans le but de confirmer ou d'infirmer nos hypothèses de recherche.

### 5-1) L'entretien de recherche

Tout d'abord, le Petit Robert définit le terme entretien comme une : « *action d'échanger des paroles avec une ou plusieurs personnes* » (Le Petit Robert, cité dans Chiland, 2013, p.1).

Ensuite, l'entretien est la méthode la plus adaptée pour recueillir le « sens subjectivement visé » (Weber, 1998) ou les « raisons » (Boudon, 2003) des enquêtés comme le soulignent Alain Blanchet et Anne Gotman (2007, p. 24). L'enquête par entretien est ainsi particulièrement pertinente lorsque l'on veut analyser le sens que les acteurs donnent à leurs pratiques, aux événements dont ils ont pu être les témoins actifs ; lorsque l'on veut mettre en évidence les systèmes de valeurs et les repères normatifs à partir desquels ils s'orientent et se déterminent ».



Avant tout, « l'entretien est une rencontre ». On pourrait penser qu'il s'agit d'un échange naturel auquel on est habitué, puisqu'il est courant dans la vie de tous les jours de rencontrer de nouvelles personnes et de parler avec elles. On a coutume de le faire continuellement dans le milieu professionnel avec ses collègues, dans le domaine privé avec ses proches, etc. Il vous est sans doute arrivé de faire parler quelqu'un à de multiples reprises. Intuitivement, tout un chacun est en mesure de conduire un entretien, quelle que soit sa nature. Néanmoins, l'entretien en tant que technique d'enquête en sciences sociales nécessite de la préparation, des connaissances préalables, et divers outils pour maximiser vos chances de recueillir des informations riches et fiables (Romy Sauvayre, 2013, p.20).

De ce fait, l'entretien clinique se définit comme une rencontre intersubjective, au cours de laquelle c'est une subjectivité qui rencontre une autre subjectivité. Le contact s'établit au sein précisément de cette communauté humaine que révèle la rencontre. Le « je » du consultant entre en relation immédiate avec le « je » du récepteur-clinicien. En effet, l'entretien de recherche est fréquemment employé comme méthode de production des données en recherche dans un grand nombre de disciplines des sciences humaines et sociales. Il représente un outil indispensable et irremplaçable pour avoir accès aux informations subjectives des individus : biographie, événements vécus, représentations, croyances, émotions, histoire personnelle, souvenirs, rêves. En effet, la transmission et le partage de l'expérience vécue sont véhiculés par le langage et la parole et il n'est donc pas étonnant que les domaines qui se préoccupent des fonctionnements psychique, social et collectif des sujets aient recours à ces discours (Bénony et Chahraoui, 1999 ; Jacobi, 2012).

Dans l'entretien clinique de recherche, le terme « clinique », issu du grec *klinè* (« lit », soit l'entretien *au lit du malade*), renvoie à trois dimensions spécifiques : 1) une inscription dans le champ des pratiques professionnelles du clinicien ; 2) une *attitude clinique* caractéristique qui correspond à la fois à une démarche méthodologique visant une connaissance approfondie de l'individu et à une attitude éthique dans l'abord d'un sujet en souffrance ; et 3) des compétences cliniques et pratiques de celui qui mène l'entretien de recherche. Faire le choix de l'entretien clinique de recherche en psychologie clinique et psychopathologie participe d'un certain positionnement épistémologique qui considère que l'appréhension de l'expérience subjective est essentielle pour développer les connaissances dans ce domaine. Il suppose également qu'elle puisse être approchée selon une rigueur proprement scientifique, et en cela cette position se démarque des modèles positivistes pour qui cette dimension n'est pas ou peu accessible à une objectivation rationnelle (Khadija Chahraoui, 2021, pp.179.196).

L'entretien clinique de recherche est un outil à la fois de recherche et de production d'information. Selon Blanchet (1997) : « *L'entretien permet d'étudier les faits dont la parole est le vecteur principal (étude d'actions passées, de savoirs sociaux, des systèmes de valeurs et normes, etc.). Ou encore d'étudier le fait de parole lui-même (analyse des structures discursives, des phénomènes de persuasion, argumentation, implicitation)* ». L'entretien clinique de recherche représente ainsi une situation d'interaction entre 2 personnes (interviewer et interviewé), il est conduit et enregistré par l'interviewer, ce dernier ayant pour objectif de favoriser la production d'un discours linéaire de l'interviewé sur un thème donné tel qu'une biographie, représentations, étude du fonctionnement psychique, etc..... (Khadija Chahraoui, 2021, pp.179.196).

On constate, que l'entretien clinique de recherche donne ainsi une place prépondérante à la complexité et à la dynamique de l'expérience subjective et au point de vue du sujet. À ce titre, il peut être considéré comme un véritable partenaire de recherche.

Dans ce cadre, les entretiens exploratoires ont pour fonction de compléter les pistes de travail suggérées par les lectures préalables et de mettre en lumière les aspects du phénomène auxquels le chercheur ne peut penser spontanément. L'entretien exploratoire vise à faire émerger au maximum les univers mentaux et symboliques. L'entretien est l'outil de prédilection de la phase exploratoire d'une enquête dans la mesure où il est lui-même un processus exploratoire. Parce qu'il contient une possibilité permanente de déplacement du questionnement et permet un « processus de vérification continu et de reformulation d'hypothèses » tout au long de la recherche (Blanchet & Gotman, 2014, p.39).

Ainsi, dans notre recherche, nous avons opté pour l'entretien de recherche qui est un outil nécessaire permettant la conception des données servant à la croissance du savoir et des connaissances dans le domaine de la psychologie. Car par le biais de cet outil, qui s'intéresse au récit du sujet, là où la parole est le fil conducteur pour recueillir les informations, grâce auquel nous pouvons avoir accès à la subjectivité du sujet, son vécu, ses émotions et sentiments etc...., le choix de cet outil a pour objectif majeur d'étudier et mettre en lumière la qualité du « *vécu du métier de sages-femmes en Algérie* ».

Par ailleurs, nous avons adopté pour le modèle transactionnel de Lazarus et Folkman, et en plus de l'approche cognitivo-comportementale, on constate que l'entretien de recherche fait partie de la pratique des thérapeutes comportementaux et cognitifs qui choisissent de consacrer du temps à la recherche. La plupart d'entre eux ayant choisi cette discipline pour sa méthodologie scientifique,

pour sa logique, ils ont alors souvent tendance à vouer une partie de leur activité à des protocoles de recherche (Mirabel-Sarron & Vera, 2014, p.206).

Toutefois, on trouve trois types d'entretien de recherche en psychologie clinique qui sont : l'entretien non directif, l'entretien directif, l'entretien semi-directif.

Cependant, le choix d'un type d'entretien qui serait adéquat et approprié aux objectifs du chercheur ainsi qu'à l'approche désignée est d'une nécessité absolue, dans l'intention de mener à bien son enquête. De notre côté, notre choix s'est porté sur l'entretien semi-directif, que nous pensons être le plus convenable pour atteindre notre objectif de recherche car il nous permet de cibler des renseignements pertinents sur le vécu des sages-femmes, à travers des questions semi-directives précises et structurées menant le sujet de recherche à y répondre librement, développer ses réponses et les approfondir. De plus, ce type d'entretien nous permet de discuter nos hypothèses de recherche en orientant le discours du sujet vers la thématique de notre enquête.

De ce fait, l'entretien semi-directif ou l'entrevue semi dirigée (Savoie-Zajc, 1997) est une technique de collecte de données qui contribue au développement de connaissances favorisant des approches qualitatives et interprétatives relevant en particulier des paradigmes constructivistes (Lincoln, 1995, cité par Imbert, 2010, p24).

L'objectif est de saisir le sens d'un phénomène complexe tel qu'il est perçu par les participants et le chercheur dans une dynamique de Co-construction du sens. L'entrevue implique une dynamique conversationnelle au cours de laquelle le chercheur et le répondant sont en interaction susceptible de générer trois biais : les biais liés au dispositif de l'enquête, les biais associés à leur situation sociale respective et les biais qui sont rattachés au contexte de l'enquête (Poupart, 1997, cité par Imbert, 2010, p25).

Par ailleurs, pour collecter les informations suffisamment nécessaires permettant d'enrichir son étude, le chercheur doit se servir de l'observation clinique pendant la passation de l'entretien de recherche semi-directif, car c'est une technique complémentaire qui se représente comme un appui pour décrire et expliquer les résultats obtenus à partir des autres outils méthodologiques utilisés. Elle est définie comme : « *l'action de regarder avec attention les phénomènes, pour les décrire, les étudier, les expliquer. L'acte d'observation commence par le regard, la perception fine d'un individu dans une situation, une concentration de l'activité psychique sur un objet particulier qu'elle distingue* » (Pedinielli & Fernandez, 2015, p.7).

Le mot « observation » affirme l'idée d'extériorité ; il vient du latin *ob* (en face, à l'encontre) et *servare* (regarder, protéger, conserver) et possède plusieurs sens : se conformer à, respecter une loi, légère remontrance, remarquer, porter son attention, et procédé logique à l'aide duquel on constate toutes les particularités d'un phénomène, sans le troubler par l'expérimentation. *Observer c'est, étymologiquement, se mettre devant. Ainsi, observer quelqu'un, c'est le prendre comme « objet ».* L'observation suppose l'attention centrée sur un objet et la capacité de discriminer les différences entre les phénomènes. Elle repose sur une stricte opposition entre le sujet (observant) et l'objet (perçu). De ce fait, l'observation est l'action de regarder avec attention les êtres, les choses, les événements, les phénomènes, pour les décrire, les étudier, les expliquer, en tirer des conclusions. L'acte d'observation commence par le regard, la perception fine d'un individu dans une situation, une concentration de l'activité psychique sur un objet particulier qu'elle distingue. Elle inclut l'attention volontaire et l'intelligence, orientées vers un objectif et dirigées vers un objet pour en recueillir des informations (De Ketele, Roegiers, 2016).

Nous avons donc adopté l'entretien de recherche semi-directif muni d'un guide d'entretien. Ce dernier peut être défini comme : « *un premier travail de traduction des hypothèses de recherche en indicateurs concrets et de reformulation des questions de recherche en questions d'enquête. Le degré de formalisation du guide est en fonction de l'objet d'étude, de l'usage de l'enquête et du type d'analyse que l'on projette de faire* » (Blanchet & Gotman, 2014, p.58).

Le guide d'entretien comprend des axes thématiques à traiter, le chercheur prépare quelques questions à l'avance, celles-ci ne sont pas proposées de manière directive, il s'agit d'avantage de thèmes à aborder que le chercheur connaît bien (Benony & Chahraoui, 1999, p.69).

Dans ce cadre, nous avons élaboré un guide d'entretien semi-directif de 20 questions, réparties sous trois axes (pour l'ensemble des questions voir l'annexe No1).

En premier lieu, les trois premières questions de notre guide d'entretien portent sur « *les informations générales sur le sujet* », qui ont pour objet de rapporter la biographie du sujet. Ensuite le premier axe intitulé : « *informations sur la profession de sage-femme* » qui contient six questions, cet axe a pour but de nous donner des renseignements sur la formation du métier de sage-femme. Puis, le deuxième axe « *informations sur le burn-out* », qui contient 5 questions qui a pour objectif de repérer la présence ou l'absence d'indices et de signes de burn-out. Après, dans le dernier axe composé de cinq questions intitulé : « *informations sur le traumatisme secondaire* ». Il a pour objectif de repérer les indices éventuels relatifs au traumatisme secondaire. Enfin nous clôturons ce

guide d'entretien avec la question : « *avez-vous des choses à rajouter ?* ». Pour donner la possibilité aux sujets de développer ce qui leurs semble pertinent et qu'on n'a pas touché directement. En effet, cette question a été posée dans le but de permettre à nos sujets d'ajouter un élément important à leurs yeux et qui aurait échappé à notre discernement lors de la construction du guide.

Cependant, avant chaque entretien avec nos sujets de recherche, après avoir eu leur consentement éclairé, nous leurs présentons la consigne suivante : « *nous allons vous poser quelques questions sur votre vécu du métier de sage-femme pour savoir comment vous vivez votre travail* ».

D'autre part, en ce qui concerne la démarche d'analyse des données de l'entretien de recherche, nous avons utilisés la méthode qualitative, en essayant de décortiquer et de donner sens au discours du sujet. Ce type d'analyse peut être ainsi illustré dans le cadre d'une étude exploratoire ou bien comme une méthode qualitative complémentaire à une analyse plus systématique (Chahraoui, Bénony, 2003).

Une lecture clinique qui permet le traitement du verbatim émit pendant l'entretien, ce qui donne lieu à une compréhension considérable des phénomènes, tout en reliant les liens entre les données recueillies et la revue de la littérature, c'est-à-dire la production théorique existante.

De plus la méthode qualitative d'analyse est déterminée par son recours aux approches théoriques. En ce qui nous concerne, nous nous sommes appuyé sur les approches que nous avons adoptées : à savoir le modèle transactionnel de Lazarus et Folkman ainsi que l'approche cognitivo-comportementale pour interpréter et effectuer une lecture des données.

Ainsi, nous avons repris l'intitulé des axes et rapporté à l'intérieur le récit du sujet, nous avons accompagné cela d'une lecture clinique, ainsi, on a procédé entretien par entretien à présenter des extraits ou des fragments, du discours du sujet portant une signification par rapport aux hypothèses.

En somme, l'objectif de notre guide d'entretien est de nous permettre de percevoir le vécu du métier de sage-femme. De ce fait, on ne s'est pas seulement limité à notre guide d'entretien, nous avons également eu recours à deux autres outils psychométriques, qui sont l'échelle MBI pour mesurer le niveau de burn-out, ainsi que l'échelle STSS pour mesurer le traumatisme secondaire, que nous allons présenter dans ce qui suit.

## 5.2) La description de l'échelle MBI

Après de longues lectures, nous avons choisi d'utiliser l'échelle (MBI) qui est spécialement établie pour mesurer le degré du burnout des professionnels de la santé atteints de ce syndrome. Les premières études sur le MBI ont été publiées en 1996 par Susan Jackson, Michael Leiter et Christina Maslach. Cet outil de mesure se compose de 22 items, il est formé de trois sous échelles qui présentent les trois dimensions du syndrome de burnout qui sont : L'épuisement émotionnel de 9 items, la dépersonnalisation de 5 items, le manque de l'accomplissement personnel de 8 items. Chaque item représente une facette de l'évaluation que le sujet peut faire de son travail.

Le MBI mesure trois dimensions principales de l'expérience d'un individu avec le travail : épuisement-énergie, dépersonnalisation-implication, et inefficacité-accomplissement. L'échelle de mesure va de 0 à 7, 0 correspondant à jamais, 1 à quelques fois par an ou moins, 2 à une fois par mois au moins, 3 à une fois par mois, 4 à une fois par semaine et 5 quelques fois par semaine, tandis que 6 correspond tous les jours. Les groupes de travail qui ont des scores importants au niveau de l'épuisement émotionnel et de la dépersonnalisation, et un score bas au niveau de l'accomplissement personnel sont touchés par le burn-out. Ceux qui présentent les caractéristiques opposées qui ont un faible score au niveau de l'épuisement émotionnel et de la dépersonnalisation, et un score important au niveau de l'accomplissement personnel – montrent de nombreux aspects de l'engagement professionnel (Maslach et Leiter, 2011, p. 236).

### Cotation

Les 22 items de l'échelle décrivent des états émotionnels répartis sur trois volets correspondant aux trois dimensions du syndrome du burnout 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) le degré de burn-out concernant ce volet se cote de la manière suivante :

Total inférieur à 17 = bas

Total compris entre 18 et 29 = modéré

Total supérieur à 30 = élevé (Maslach et Leiter, 2011, p. 236).

Volet 2 : la dépersonnalisation, elle est évaluée à l'aide de 5 items (5.10.11.15.22) le degré de burn-out concernant ce volet se cote de la manière suivante :

Total inférieur à 5 = bas

Total compris entre 6 à 11 = modéré

Total supérieur à 12 = élevé (Maslach et Leiter, 2011, p. 236).

Volet 3 : le manque de l'accomplissement personnel évalué à l'aide de 8 items

(4.7.9.12.17.18.19.21), le degré de burn-out concernant ce dernier volet se cote de la façon suivante

: Total supérieur à 40 = bas

Total compris entre 34 et 39 = modéré

Total inférieur à 33 = élevé (Maslach et Leiter, 2011, p. 236).

### **L'interprétation**

Le degré du burnout est élevé lorsque, le score de l'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation sont élevés et le score de l'accomplissement personnel est faible, à savoir un total supérieur à 30 pour l'épuisement émotionnel, un total supérieur à 12 pour la dépersonnalisation et un total supérieur à 33 pour l'accomplissement personnel (Grawitz, 2001).

Un degré modéré du burnout indique un score modéré au trois sous échelles soit un total compris entre 18 à 29 pour l'épuisement émotionnel, un total compris entre 6 à 11 pour la dépersonnalisation et un total compris entre 34 à 39 pour l'accomplissement personnel. Un degré bas du burnout indique un score bas à l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation et un score élevé de l'accomplissement personnel c'est-à-dire un total inférieur à 17 pour l'accomplissement personnel, un total inférieur à 5 pour la dépersonnalisation et un total supérieur à 40 pour l'accomplissement personnel (Grawitz, 2001).

### **La fiabilité**

La fiabilité de l'outil de mesure (MBI) a été vérifiée grâce à l'équation Alpha Cronbach et Guttman, dont les résultats sont les suivants :

L'épuisement émotionnel : Alpha Cronbach: 0,76 / Guttman : 0,76

Dépersonnalisation : Alpha Cronbach: 0,68 / Guttman : 0,81

D'accomplissement personnel : Alpha Cronbach: 0,76 / Guttman : 0,8

Les coefficients obtenus par la méthode Alpha Cronbach et Guttman, sont considérés comme fiables et stables (Bouhafs, 2017).

Cet outil correspond très bien à notre recherche car il permet de mesurer le burnout et ainsi donner un résultat répondant à notre hypothèse partielle.



### 5.3) L'échelle de stress traumatique secondaire (STSS)

La *Secondary Traumatic Stress Scale (STSS)* est un outil d'évaluation créé par Bride et al. en 2004 de l'Université de Tennessee aux Etats-Unis. Elle est composée de 17 items visant à mesurer les conséquences négatives qu'un travail consistant à aider régulièrement des personnes traumatisées peut entraîner. Cette échelle permet d'évaluer les symptômes d'intrusion, d'évitement ainsi que d'hyperactivité neurovégétative que l'on retrouve suite à l'exposition indirecte à des évènements traumatisants, et ce, via les relations professionnelles mises en place avec les victimes de traumatisme (Bride & al, 2004).

Les participants doivent indiquer par rapport aux derniers 7 jours derniers, à quels degrés ils sont d'accord avec les affirmations à l'aide d'une échelle de Likert (1 = jamais, 2 = rarement, 3 = occasionnellement, 4 = souvent, 5 = très souvent). Les items sont spécifiquement développés en s'orientant à l'expérience avec les patients traumatisés pour minimiser la possibilité que les professionnels répondent en se basant sur une expérience d'exposition directe à des événements potentiellement traumatiques. Le STSS est composé de 3 sous-échelles (Intrusion, Avoidance et Arousal), correspondant au critère B, C et D pour le PTSD (Apa, 2000). En additionnant les scores des 3 sous-échelles on a un score total de stress traumatique secondaire. Il n'est pas nécessaire d'effectuer un inversement d'items (Bride & al, 2004).

#### Interprétation

Les auteurs ont fixé des guidelines se référant à un score total inférieur au 50<sup>ième</sup> percentile (score en dessous de 28). Celui-ci est considéré comme peu de stress traumatique. Un score de 28-37 est interprété comme léger stress traumatique secondaire, de 38-43 stress traumatique secondaire modéré, 44-48 stress traumatique élevé et des scores au-dessus de 49 sont considérés comme sévère stress traumatique secondaire.

Une seconde approche d'interprétation du score de STSS, est d'utiliser le score de 38 comme valeur limite. Dans ce cas un score de 38 et supérieur indique qu'il faudrait adresser une possible problématique de stress traumatique secondaire. Il est important de rappeler également que le STSS est un outil de dépistage (screening mesure) et ne peut remplacer un diagnostic clinique.

#### La fiabilité

Concernant la fiabilité interne des échelles les scores alpha de Cronbach démontrent une bonne fiabilité des échelles du STSS. Les valeurs  $\alpha$  sont les suivantes ;



Pour l'échelle total de STSS = .93

La sous-échelle Intrusion = .80

La sous-échelle Evitement = .87

La sous-échelle Eveil = .83.

Le STSS a pu démontrer sa validité (Bride et al. 2004, Ting, Jacobson, Sanders, Bride, & Harrington, 2005).

Après avoir présenté les outils de recherche que nous avons choisie dans notre démarche méthodologique, nous allons à présent exposer le déroulement de la recherche.

## 6) Déroulement de la recherche

Dans le but de mener à bien le déroulement de notre recherche sur le terrain, nous avons dans un premier temps effectué une pré-enquête qui est une étape majeure et d'une nécessité absolue pour pouvoir effectuer notre enquête dans des conditions adéquates.

### 6.1) La pré-enquête

La pré-enquête est une investigation primaire qui a pour but de peaufiner notre problématique et accroître nos connaissances sur les caractéristiques de notre population de recherche, ainsi que notre thématique de recherche, de ce fait, nous allons exposer quelques définitions de la pré-enquête, ensuite nous allons décrire comment nous avons effectué cette étape.

La pré-enquête permet de situer l'objet d'étude dans un contexte global (sociologique, économique, historique, psychologique) et de formuler des hypothèses générales. Bien que cruciale, cette étape est peu formalisée. Tous les supports ou moyens d'information accessibles sont exploités, il peut ainsi s'agir de réaliser une observation directe ou de mettre en œuvre une méthode documentaliste (Salès & Wullemi, 2006, pp.45.77).

Cette phase essentielle de la recherche « *consiste à essayer sur un échantillon réduit les instruments prévus pour effectuer l'enquête. Si on a des doutes sur telle ou telle variable, ou sur le rendement de telle technique, on peut explorer de façon limitée le problème à étudier, avant même de préciser définitivement ses objectifs* » (Grawitz, 2001, p.550).

Dans ce cadre, nous avons réalisé notre pré-enquête à partir du mois de septembre à l'EPH d'Akbou « *Akloul Ali* », en parallèle avec la revue de la littérature. Cette dernière nous a permis d'acquérir un bagage théorique pour cerner notre thème de recherche et élaborer notre problématique.

Nous nous sommes entretenues dans un premier temps, avec Madame Hamimi, la psychologue chargée du service de maternité, afin d'obtenir des renseignements généraux sur notre groupe de recherche et de sa disponibilité, on lui a fait part de notre thème de recherche et de la population d'études visée.

Elle a indiqué que beaucoup de sages-femmes manifestaient des symptômes d'épuisement professionnel et de traumatisme secondaire, elle nous a fait savoir qu'y avait beaucoup de facteurs qui influent sur le vécu de ces sages-femmes, ce qui nous a encouragés davantage.

Dans un deuxième lieu, nous nous sommes présentés au niveau du bureau chargé de la prise en charge des stagiaires et des signatures des autorisations pour effectuer notre travail sur le terrain. Nous nous sommes présentés en tant que masterant en fin de cycle en psychologie clinique, puis nous leur avons exposé la nature de notre thème de recherche, ces derniers ont montré un grand intérêt vis-à-vis de notre thématique, et se sont montrés coopératifs et nous ont donné leur accord pour commencer notre travail sur le terrain.

Puis, après avoir eu l'approbation, nous avons commencé notre pré-enquête, notre choix s'est porté sur le nombre de deux (02) cas dont les caractéristiques seront présentées dans le tableau qui suit.

**Tableau N° 2:** Caractéristiques du groupe de la pré-enquête

<b>Informations</b> <b>Prénoms</b>	<b>Âge</b>	<b>Situation matrimoniale</b>	<b>Nombre d'enfants</b>	<b>Expérience dans le métier</b>
Nacera	47 ans	Mariée	2	23 ans
Saliha	55 ans	Mariée	2	31 ans

(Source : nous-même)

Ce tableau ci-dessus représente notre groupe de la pré-enquête. Comme on peut le constater il se compose de deux femmes, leurs âges varient entre 45 ans à 55 ans et sont toutes mariées avec

deux enfants, on constate aussi que le premier cas (Nacera) a 23 ans d'expérience, le deuxième cas (Saliha) a 31 ans d'expérience.

Nous avons dans un premier temps commencé par la passation d'un guide d'entretien pour le premier cas (Nacera) et de deux outils psychométriques MBI et STSS, pour évaluer le burn-out ainsi que le traumatisme secondaire, pour le deuxième cas (Saliha) par manque de temps, nous lui avons laissé les deux outils psychométriques, par la suite, nous sommes revenues deux jours plus tard pour effectuer l'entretien.

De ce fait, avant toute chose, nous avons demandé aux sujets leur accord à propos de la participation à la recherche et nous leur avons exposé l'objectif central tout en les informant sur la confidentialité et le respect de règles inhérentes à l'éthique et à la déontologie.

La passation du guide d'entretien pour le premier cas (Nacera) s'est fait dans un bureau à porte fermée qui a duré (25 minutes), pour ce qui est des deux outils psychométriques par manque de temps on les a récupérés quelques jours plus tard.

Ensuite, le deuxième cas (Saliha) qui travaille à la (P.M.I) d'Akbou, dû à une surcharge de travail, nous lui avons laissé les deux outils psychométriques, nous sommes revenues deux jours plus tard pour la passation du guide d'entretien dans un bureau qui a duré (30 minutes) à porte fermée ainsi que la récupération des deux outils.

Ainsi, lors de l'entretien avec ces sujets ils nous ont reportés tous qu'ils trouvaient que le métier de sage-femme est difficile, le manque de moyens et d'effectif étaient des facteurs dominants qui rendaient leurs tâches encore plus difficiles.

Et que par manque d'organisation et surtout de carence psycho-éducative de la part des femmes enceintes ainsi que leurs entourages, de ce fait, leur métier devenait fatiguant et stressant. Malgré cela ils essaient plus ou moins d'effectuer leurs tâches en bonne et due forme.

En ce qui concerne les résultats obtenus aux questionnaires pour mesurer le niveau de burnout, le premier cas (Nacera) présente un degré de burn-out élevé, le deuxième cas (Saliha) présente un degré de burn-out faible. Les résultats de ces outils sont présentés dans le tableau suivant :

## Présentation et analyse des résultats du questionnaire de MBI

**Tableau N° 3 : Résultats du questionnaire de MBI de Nacera et Saliha**

Prénom	Questionnaire	E.E	Niveau	DP	Niveau	A.P	Niveau	Moyen	Niveau du burnout
<b>Nacera</b>	MBI	38	Elevé	13	Elevé	40	Elevé	30.33	Elevé
<b>Saliha</b>	MBI	18	Modéré	0	Bas	47	Elevé	21.66	Faible

(Source : nous-mêmes).

A partir de ce tableau ci-dessus, on constate que notre premier cas de pré-enquête (Nacera) présente un degré élevé d'épuisement émotionnel dont les items sont : 1.2.3.6.8.13.14.16.20 avec un score de 38 ce qui témoigne d'une fatigue ressentie à l'idée même du travail, fatigue chronique, troubles du sommeil.

Nacera présente un degré élevé de dépersonnalisation dont les items sont : 5.10.11.15.22, avec un score de 13 ce qui signifie un détachement, un cynisme avec attitudes négatives à l'égard des patients ou des collègues, sentiment de culpabilité, évitement des contacts sociaux et replie sur soi-même. Néanmoins (Nacera) présente un niveau d'accomplissement et d'efficacité personnel élevé dont les items sont : 1.2.3.6.8.13.14.16.21, avec un score de 40.

Ensuite, on constate que notre deuxième cas de pré-enquête (Saliha), manifeste un niveau modéré d'épuisement émotionnel dont les items sont ; 1.2.3.6.8.13.14.16.20, avec un score de 18 ce qui signifie une fatigue physique et psychique moyenne.

Et un niveau bas de dépersonnalisation dont les items sont : 5.10.11.15.22 avec un score de 0, qui fait référence à un grand dévouement et un investissement fort pour le bien être des patientes, et enfin dans la dimension d'accomplissement personnel dont les items sont : 1.2.3.6.8.13.14.16.21, elle a obtenu un score de 47 qui signifie un degré élevé d'accomplissement et d'efficacité dans sa profession.

Ensuite, en ce qui concerne les résultats obtenus aux échelles STS, les résultats de ces outils seront présentés dans le tableau suivant :

### Présentation et analyse des résultats du questionnaire de STSS

**Tableau N° 4 : Résultats du questionnaire de STSS de Nacera et Saliha**

Prénom	Questionnaire	Intrusion	Evitement	Eveil	Score totale	Moyen	Niveau STS
<b>Nacera</b>	STSS	13	20	18	51	17	Sévère
<b>Saliha</b>	STSS	7	9	10	26	8.66	Léger

(Source nous même).

A partir de ce tableau, on constate que le premier cas (Nacera) ne présente traumatisme secondaire sévère avec un score total de 51, où elle a obtenu un score de 13 dans la sous-échelle d'Intrusion dont les items sont 2, 3, 6, 10 et 13, ce qui signifie qu'elle présente des souvenirs et pensées répétitifs et envahissants, des rêves répétitifs et des cauchemars en lien avec l'évènement difficile ainsi que des flash-backs. Un score de 20 dans la sous-échelle d'Evitement dont les items sont 5, 7, 9, 12, 14 et 17, qui se reflète par des efforts visant à éviter les souvenirs, les pensées, les sentiments en lien avec l'évènement provoquant un sentiment de détresse. Et enfin un score de 18 dans la dernière sous-échelle qui est l'Eveil dont les items sont 4, 8, 11, 15 et 16, qui sont des signes de perturbation du sommeil, un comportement irritable, des accès de colère, une hypervigilance et des difficultés de concentration.

Ensuite, notre deuxième cas (Saliha), a obtenu un score de 21 ce qui signifie la présence d'un traumatisme secondaire léger, dans la sous-échelle de l'Intrusion dont les items sont 2, 3, 6, 10 et 13 elle a obtenu un score de 7, ce qui fait référence à la présence de quelques signes de présence de pensées envahissantes et répétitives, dans la sous-échelle d'Evitement dont les items sont 5, 7, 9, 12, 14 et 17 elle a obtenu un score de 9 ce qui signifie la présence de comportement d'évitement, et enfin dans la dernière sous-échelle qui est l'éveil dont les items sont 4, 8, 11, 15 et 16, elle a obtenu un score de 10, qui fait référence à la présence de signes de perturbation du sommeil, de comportement irritable, ainsi qu'une hypervigilance.

De ce fait, à partir des résultats obtenus lors de notre pré-enquête, après l'analyse de ces derniers, cela nous a permis de confirmer notre choix par rapport aux outils qu'on fera passer sur nos sujets de recherche et sur leur efficacité par rapport à la faisabilité de notre travail de recherche ainsi que la vérification de nos hypothèses.

## 6.2) L'enquête

Dans un premier temps nous allons mettre en lumière ce qu'est l'enquête, par la suite nous entamerons avec la présentation et le déroulement de cette dernière dans notre recherche.

L'enquête est définie comme : « *l'ensemble des opérations par lesquelles les hypothèses vont être soumises à l'épreuve des faits, et qui doit permettre de répondre à l'objectif qu'on s'est fixé* » (Blanchet & Gotman, 2014, p.35). Elle « *consiste à poser des questions à un vaste échantillon de personnes à propos de leur comportement ou de leurs opinions en utilisant des questionnaires ou des interviews* » (Chahraoui & Bénony, 2003, pp.131-132).

De ce fait, nous pouvons dire que le but d'une enquête est de recueillir des données sur un sujet ou un groupe particulier, avec des techniques de recherche élaborées de manière concise et adéquate, pour nous permettre une prise en mains de notre thématique et de répondre aux objectifs de la recherche, elle nous permet davantage des réponses aux questions posées et une exploration des divergences dimensionnelles qu'on pourrait rencontrer.

Dans ce cadre, notre enquête s'est portée sur les sages-femmes travaillant à l'EPH d'Akbou Akloul Ali, d'une période allant du 15 février au 31 mars. Les sujets de notre recherche se sont portés volontaires et étaient très coopératifs, du moins la majorité, malgré qu'on ait eu quelque cas qui ont refusés de participer à la dernière minute, mais cela ne nous a pas empêché de mener à terme notre recherche malgré divers obstacles, en leur parlant de l'épuisement professionnels qui est un terme à priori connu chez beaucoup de participants cependant le traumatisme secondaire a attiré l'attention de plus d'un, allant même au point de demander les signes cliniques des manifestations de ce trouble, que nous avons bien évidemment pris le soin d'exposer et d'expliquer sa nature tout en nous basant sur notre bagage obtenu grâce à la revue de la littérature . Certains sujets ont même voulu avoir leurs résultats, c'est pour cela que nous leur avons demandé de nous laisser leurs adresses e-mail. Pour d'autres, sachant qu'on s'était présenté autant qu'étudiant en psychologie, c'était pour eux une occasion de s'exprimer et de faire ressortir toutes sortes de difficultés qu'ils rencontrent que ça soit d'un point de vu professionnel où privé, même si nous nous sommes contraint de respecter le cadre de la recherche et ses règles.

Cependant, avant de procéder à notre enquête, nous leur avons demandé leur consentement libre et éclairé pour participer à la recherche. Aussi, nous avons pris le soin de les informer sur

l'objectif majeur de notre recherche et sur l'anonymat et le respect de toutes sortes de renseignements qui seront fournis.

Nous leurs avons expliqué notre approche qui est purement confidentielle, scientifique et surtout professionnelle, quand on parle de confidentialité on fait référence à « *un contrat liant les chercheurs à leurs sujets de recherche sur la base d'un interdit : celui de rompre la confidentialité* » (Gilbert, 2012, p.432, cité dans Benamsili, 2019, p.101).

Selon le dictionnaire Hachette(1999), consentir est « *accepter une chose, permettre qu'elle se fasse, ce qui comporte une double dimension : active (consentir est un acte) et passive (accepter sa réalisation)* » (La hachette, 1999).

Dans les principes généraux du Code de déontologie des psychologues (Titre I, Respect des droits de la personne), il est rappelé que le psychologue « *n'intervient qu'avec le consentement libre et éclairé des personnes concernées* ». Les articles 9 et 10 sur les conditions d'exercice de la profession insistent pour recueillir le consentement des consultants ou des patients, comme celui des mineurs ou des majeurs protégés par la loi et celui des détenteurs de l'autorité parentale ou de la tutelle. L'article 9 précise que l'obtention du consentement concerne toutes les activités du clinicien, qu'il s'agisse de consultation, d'évaluation, de recherche ou d'expertise. L'article 33 relatif à la formation des étudiants en psychologie y fait référence également, notamment pour les stages cliniques (Bobet 2009, pp13-14).

Bien évidemment, nous avons respecté la volonté des concernés à prendre part ou non à la recherche. Après avoir eu le consentement éclairé des sages-femmes, nous avons dans un premier temps procédé à la passation de l'entretien semi-directif muni d'un guide d'entretien, que nous avons élaboré. Le déroulement de l'enquête s'est passé comme dans la pré-enquête qui précède, dans un bureau, avec toutes les conditions requises. La durée de l'entretien varie d'un sujet à l'autre, avec une moyenne de vingt cinq minutes.

Ainsi, le recours à la traduction des outils n'a pas eu lieu, la majorité des sages-femmes avaient une très bonne maîtrise de la langue française, néanmoins nous avons eu recours pendant la passation de l'entretien semi-directif à la langue maternelle qui est le « Kabyle » pour leur offrir une meilleure compréhension des questions et pour obtenir d'avantages des données plus approfondies.

Dans un deuxième temps, nous leur avons laissé les deux outils psychométriques, celui du burnout le MBI, et celui du traumatisme secondaire le STSS, que nous avons bien choisi avec l'accord de notre encadrant, afin de mieux cerner la nature du vécu du métier des sages-femmes.

Comme on l'a bien cité en haut nous leur avons laissé les deux outils après leurs avoir expliqué en quoi consistait la tâche, que nous avons récupérée ultérieurement, cette démarche est en accord avec les modalités de passation citées dans les manuels de ces échelles.

À la fin de chaque passation de l'entretien semi-directif et des échelles, nous avons remercié les sujets pour leur contribution à notre enquête et pour le temps qu'ils nous ont accordé afin de répondre à nos questions de recherche.

Après avoir décrit le déroulement de la pré-enquête et de l'enquête, nous allons aborder dans ce qui suit, l'attitude adoptée par le chercheur.

## **7) Attitude du chercheur**

La posture du chercheur est caractérisée principalement par la réflexivité sur sa propre attitude, sur celle de son ou ses interlocuteurs, sur la théorie, la prise en compte des effets suscités par les instruments utilisés sur les données recueillies et sur les personnes qui les produisent. Elle consiste aussi dans la prise en compte de la situation et de la signification des protocoles et des dispositifs de recherche dans la culture dans laquelle se situent les pratiques de recherche (Giarni, 2009, p.33).

De ce fait, le respect d'un ensemble de règles et de droits s'impose dans toute recherche en psychologie clinique, la nécessité de l'obtention d'un consentement libre et éclairé des participants de même pour leurs volontés de se retirer à n'importe quel moment de la recherche est à leurs guises, ce sont des principes généraux appartenant à l'éthique et la déontologie de la pratique en psychologie clinique dont on ne pourrait s'en passer.

À ce propos, l'éthique est une réflexion sur les prescriptions générales de la morale pour les appliquer sur le terrain. Son but est d'établir, par une méthode sûre, les fondements d'un agir en commun, juste, raisonnable et rempli de sens (Poirier-Coutansais, 2012, p.187).

Pour être plus clair et concis, le chercheur doit incarner une attitude munie d'une neutralité bienveillante, c'est-à-dire créer une marge séparant son jugement subjectif par rapport au sujet, la non-directivité et l'empathie envers les sujets de recherche doivent être présente. Des attitudes



inscrites dans la mesure éthique et déontologique ont été prise avec une grande considération due à leur indispensabilité pour mener à bien le déroulement de notre enquête. Avec une présence permanente d'une écoute bienveillante du discours des sujets sans fléchir la moindre seconde, nous a permis de recueillir les informations requises. De ce fait, notre posture qui consistait en une écoute bienveillante se composait par des hochements de tête, « des sourires » lorsque le sujet répondait en souriant, des « d'accord », des « oui ». Cependant, nous avons pris en considération et avec un grand respect le silence du sujet et les moments émouvants pendant leurs discours. Par moments nous nous sommes intervenu sans suggestion ni dans une intention de provoquer une quelconque influence sur leur réponse, nos interventions n'avait que pour objectif de relancer et de reformuler pour encourager et fluidifier l'expression des sujets.

Ainsi, durant l'enquête, le chercheur se retrouve devant un contre-transfert qu'il doit contrôler pour mener à bien sa recherche. Ce contre-transfert est défini comme « *la somme des réactions émotionnelles et inconscientes, telle que l'anxiété qui affecte le chercheur dans sa relation avec les sujets observés. Le chercheur essaie ainsi de lutter contre ses propres réactions émotionnelles et son anxiété tout en pensant résoudre des problèmes méthodologiques* » (Giarni, 2009, p.39).

Après avoir exposé notre attitude pendant la recherche, nous allons à présent mettre en lumière les difficultés de recherche que nous avons rencontrées pendant notre travail sur le terrain.

## **8) Difficultés de la recherche :**

Comme nous le savons tous, une recherche scientifique n'est pas une simple affaire, on peut croire que tout marche comme on veut jusqu'à la rencontre du premier obstacle qui peut en cacher plusieurs qui se profilent, ce n'est pas pour but de décourager, mais plutôt d'encourager à persévérer et persister sans fléchir dans une recherche afin de réaliser son travail, les obstacles peuvent freiner une recherche voir même marquer des arrêts permanents, une raison de plus pour pousser le chercheur à adopter des comportements et prendre des décisions adéquates afin de franchir ces entraves, pour le mener à la réalisation de son objectif de recherche.

En effet, « *chaque recherche est un processus de découverte qui se déroule dans un contexte particulier au cours duquel le chercheur est confronté à des contraintes* » (Quivy, 2006, p.27).

Dans notre cas nous avons rencontré des difficultés par rapport à la disponibilité des sujets, due à une surcharge de travail et un manque d'effectifs, ce qui nous a poussés dans notre cas à travailler avec des sages-femmes en surface et de garde.

## **Synthèse**

La primauté de la méthodologie, dont nous avons fait part dans ce présent chapitre, est d'une importance cruciale, dans une volonté de mener à bien un travail de recherche scientifique, un enchaînement d'étapes de la recherche doit être bien organisé, de la reformulation des hypothèses jusqu'aux résultats obtenus. Constitué d'une organisation intellectuelle, et d'un respect des règles et du cheminement des étapes dans le déroulement du travail qui s'impose.

Afin, d'explorer la nature « du vécu du métier de sage-femme », nous avons eu recours à trois outils de recherche, à savoir : l'entretien semi-directif, le MBI et le STSS, pour récolter les informations nécessaires et requises concernant les indices cliniques et opérationnels du vécu du métier de sage-femme, notamment pour vérifier nos hypothèses

Dans ce chapitre qui suit, le chapitre IV de ce mémoire, nous allons présenter les cas de la recherche et discuter nos hypothèses.

**Chapitre IV**  
Présentation, analyse des données et  
discussion des hypothèses

## **Préambule**

Après préambule, nous allons dans ce chapitre, présenter et analyser les résultats que nous avons obtenus dans l'entretien de recherche semi-directif, dans l'échelle MBI ainsi que le STSS pour pouvoir ensuite discuter et vérifier nos hypothèses partielles et l'hypothèse générale, que nous avons formulé la problématique.

Nous allons, dans un premier lieu, présenter une analyse détaillée de deux cas, choisis en raison de la richesse des informations récoltées, puis nous passerons aux seize autres cas de manière plus au moins résumée, effectivement nous avons fait face au phénomène de saturation où nous avons eu affaire aux mêmes données déjà récoltées à chaque nouvel entretien.

De ce fait nous présenterons l'analyse des résultats du guide d'entretien, en gardant les intitulés des axes et en mettant à l'intérieur le récit du sujet et son interprétation selon les approches adoptées (transactionnel de Lazarus et Folkman ainsi que, l'approche cognitivo-comportementale). Nous tenons à préciser que certains sujets se sont exprimés avec leurs langues maternelles, à savoir le Kabyle, de ce fait, nous allons apporter une traduction en langue française de leurs discours, ensuite, nous passerons à la présentation de chaque dimension du questionnaire MBI ainsi que leurs résultats, puis procéder à la présentation des résultats obtenus par les sujets dans le questionnaire STSS ainsi que leurs interprétations.

Dans un second lieu, nous allons discuter les résultats que nous avons obtenus, par rapport à nos hypothèses, soit en les affirmant ou en les infirmant, ensuite nous allons effectuer une comparaison avec les études antérieures et on finira par une synthèse.

## **Cas N°1: Feroudja**

### **1) Présentation et analyse des données de l'entretien semi-directif de Mme Feroudja**

Après nous être présenté à Feroudja, qui s'est présentée avec un grand sourire et qui a montré un intérêt considérable pour notre thématique, elle nous a permis de lui poser les questions de notre guide d'entretien. Nous l'avons rencontré le matin vers 11 h dans un bureau. Son entretien a duré environ 15 minutes. Feroudja est âgée de 47 ans, mariée elle n'a pas d'enfant.

**AXE 1): Informations sur la profession de sage-femme**

Feroudja, a eu son bac en 1991 avec mention, elle a fait sage-femme comme premier choix, elle nous a dit que « *c'est un métier que j'avais dans ma tête* », elle a terminée en 1994 en étant en tête de la promotion, feroudja a travaillé pendant 4 ans puis elle a arrêté, et a refait son bac pour faire des études universitaires elle a obtenu un diplôme en contrôle de qualité, puis elle déclare « *j'ai repris le métier de sage-femme, pas parce que je n'ai pas trouvé du travail, mais plutôt par amour car je me retrouve et je me sens plus utile dans ce métier* » En lui posant la question qu'est ce qu'une sage-femme pour vous ? Elle nous a rapporté que pour elle « *mmm ! Je dirais qu'une sage-femme euhh ! Commençant par le mot sage, une personne sage c'est une personne pour laquelle on peut se confier lors des moments difficiles et on attend d'elle des solutions, et je pense que la femme quand elle se retrouve dans des moments difficiles de douleurs et de stress elle se confie à une sage-femme, pour qu'elle l'aide à mettre au monde un enfant, une sage-femme c'est une confidente*».

Feroudja nous a rapporté qu'elle avait gérée une clinique privée pendant une année, et que cela fait 20 ans qu'elle travaille comme sage-femme.

**AXE 2) : Informations sur le burnout**

La première question de cet axe est en rapport avec le rythme de travail entre suivi des patientes hospitalisés, consultations de contrôles ainsi que la réception de nouveaux cas, Feroudja nous a rapporté qu'elle avait exercé de nuit un métier de garde de 16h à 8h du matin, en disant « *écoutez euhhh ! Moi pendant 20 ans j'ai fait des gardes de nuits, 16h-8h je me repose deux jours et je reprends le troisième jours, on faisait tout !, la nuit la sage-femme fait tout, c'est elle qui fait la consultation, qui reçoit les malades, qui fait l'accouchement et assure la surveillance de la femme après l'accouchement, elle fait tout !!* »

Après lui avoir posé la question sur l'influence du rythme de son travail sur la qualité de son sommeil, elle déclare « *oui oui ! Franchement au fil du temps j'ai changé de système de travail, je travaille actuellement pendant la journée, parce que je me retrouve très épuisé, je fais des insomnies terribles, tout mon système de vie est chamboulé, je ne dors pas du tout surtout avec la pandémie, j'ai été touché par la COVID deux fois, j'ai dû faire appel à un psychiatre pour me donner des médicaments pour pouvoir dormir pendant un certains temps* », à partir de ce que nous a raconté Mme Feroudja, on constate des signes de burnout, un recours aux tranquillisants pour pouvoir faire

face à ses épisodes d'insomnies, effectivement on peut observer une manifestation de la première dimension du burnout qui est l'épuisement émotionnel, des troubles du sommeil, une fatigue psychique et physique ce qui nous renvoie à la première dimension et la plus centrale est l'épuisement émotionnel, psychique et physique (avoir le sentiment d'être totalement vidé de ses ressources). C'est la première manifestation du burnout : une fatigue extrême due à une exposition continue à des facteurs de Risque Psychosociaux. Les facteurs de RPS liés au travail, très prégnants (conditions de travail très exigeantes, manque de ressources et d'appui pour y faire face, etc.). Les temps de repos habituels (sommeil, week-end, congés, etc.) ne suffisent plus à soulager cette fatigue qui devient alors chronique. (Schaufeli et Greenglass, 2001)

Feroudja a rebondi sur le fait qu'elle subissait des pressions quotidiennes de la part de l'administration, elle déclare « *des fois on se retrouve seul sur le terrain, et quand on fait appel à des gens pour intervenir pour régler des tâches qui ne reviennent pas à la sage-femme et personne ne vient ! On fait tout on fait l'agent de sécurité, l'infirmière, la femme de ménage, et des fois les parents aussi ils ne sont pas compréhensifs* », comme on l'a bien vu dans la partie théorique, la surcharge au travail et le manque d'organisation provoquent un stress au travail qui mène au burnout qui selon l'approche transactionnelle, Cherniss considère que le fait d'avoir peu de ressources et d'importantes exigences au travail favorise l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation. Les ressources ont un effet tampon sur le stress engendré par les exigences au travail (Cherniss, 1980).

En lui posant la question sur la manière dont elle gère son stress, elle rapporte que « *pendant le travail je me dis que je suis là pour soulager les gens et je dois à tout prix remplir mes tâches, après bien sûr on transporte le stress chez nous, j'essaie de sortir de m'amuser, d'oublier, de parler avec les miens et d'être aimée* ».

En effet Mme Feroudja semble manifester un stress au travail qui est un signe de burnout, on se référant à la partie théorique, le burnout résulte d'un stress professionnel persistant et de tensions continues.

Il constitue le stade final d'une rupture d'adaptation qui résulte d'un déséquilibre à long terme entre les exigences professionnelles et les ressources de l'individu (Grebout 2008). Par rapport au vécu de ses années autant que sage-femme, elle nous confirme que « *si c'était à refaire, je vais refaire le même choix, je regrette jamais d'avoir fait ce métier, même si je suis très affecté je suis malade peut être que c'est dû à mon stress, mais voilà je vais refaire le même choix* ».

Après avoir répondu à toutes nos questions sur le burnout, on constate chez Feroudja un fort accomplissement personnel par rapport à son dévouement et sa forte volonté d'accomplir sa tâche efficacement.

### **AXE 3) Informations sur le traumatisme secondaire**

La première question est en rapport avec le fait d'avoir vécu des événements bouleversant dans le cadre de son métier, Feroudja nous rapporte que pendant 20 ans de carrière elle n'a jamais perdu une patiente, sauf qu'elle a signalé un manque de reconnaissance on disant « *dieu merci ! J'ai jamais vécu des événements difficiles, à part l'ingratitude de certaines personnes si non dieu merci !* », d'après le récit de Mme Feroudja, elle n'a jamais vécu des moments qui l'aurait bouleversée, en lui demandant de quelle manière pouvait-elle parler avec ses collègues et sa famille par rapport aux moments difficiles pendant l'exercice de son métier, elle déclare « *je suis une personne qui n'accepte pas tout, je me révolte quotidiennement, et quand ça me dépasse je transporte ça chez moi heureusement ils sont compréhensifs* ». L'un des signes du traumatisme secondaire est l'irritabilité, Feroudja nous a confié par rapport aux répercussions sur sa vie quotidienne que « *oui on est fatigué, on est affecté surtout pendant le service de garde on ne peut pas laisser notre place juste comme ça, on arrive plus à être présent dans les événements familiaux on est souvent absent, tout simplement parcequ'on ne peut pas laisser les cas juste comme ça !* », Mme Feroudja a montré des signes d'empathie et un fort dévouement à sa tâche qui sont des signes cliniques d'un traumatisme secondaire, comme on l'a mis en lumière dans la partie *théorique*, l'intensité de la charge de travail, le temps de repos inadéquat entre deux services, la monotonie des tâches (Baranowsky & Gentry, 1999), le manque de contrôle et de satisfaction au travail (Kelly *et al.*, 2015), le manque de reconnaissance et le faible soutien managérial (Ray *et al.*, 2013).

Après avoir posé toutes nos questions, pour finir elle a ajouté, « *je dirais une chose, y a beaucoup de personnes qui ignorent le métier de sage-femme, ils ne savent pas qu'une sage-femme fait des études supérieures de 5 ans et qu'on représente le pilier du service de maternité, un médecin peut s'absenter, mais la sage-femme non, son rôle est plus qu'important* »

Feroudja a terminé en nous remerciant et elle nous dit de ne pas hésiter à la solliciter en cas de besoin de documentation pour plus d'informations sur le métier de sage-femme, nous l'avons remercié à notre tour d'avoir pu nous donner de son temps afin de participer à notre recherche.

## Synthèse de l'entretien de recherche de Feroudja

Au vu des données recueillies pendant l'entretien avec Mme Feroudja, nous constatons que Mme Feroudja a manifesté des signes de burnout on citant les épisodes d'insomnies en ayant recours à des tranquillisants pour y faire face, de stress et le sentiment d'être épuisé et dépassé par la charge de travail qui se présente au quotidien, dans un deuxième temps des signes de traumatisme secondaire ont été constaté notamment l'empathie qui mène vers l'installation d'un TS, l'irritabilité et le manque de reconnaissance par rapport à son travail peut être observés aussi.

Pour plus de profondeurs nous allons présenter les résultats de Mme Feroudja des deux échelles MBI et le STSS.

## 2) Présentation et analyse des résultats du questionnaire de MBI de Feroudja

**Tableau N° 5 : Résultats du questionnaire de MBI de Mme Feroudja**

Dimensions du burn out	Score	Niveau de chaque dimension	Score moyen du burn out	Niveau du burn out
Épuisement émotionnel	38	Elevé	29.33	Modéré
Dépersonnalisation	5	Bas		
Accomplissement personnel	45	Elevé		

Le tableau ci-dessus, représente les résultats de l'échelle du MBI de Mme Feroudja, d'après ces résultats on constate qu'elle présente un degré de burnout modéré avec un score moyen de 29.33.

Mme Feroudja a obtenu un score de 38 dans la dimension d'épuisement émotionnel dont les items sont : 1.2.3.6.8.13.14.16.20 on constate une fatigue considérable notamment dans l'item 2 « je me sent « à bout » à la fin de ma journée de travail » ou elle coché la case « quelque fois par semaine » ainsi que l'item 3 « je me sent fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée » ou elle a coché la case « quelque fois par semaine », notamment l'item 6 ou elle a coché la case « chaque jour » dont l'item est « travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort » ce qui représente un degré élevé, ce qui explique aussi sa fatigue physique et psychique ainsi que les épisodes d'insomnies auxquelles elle a eu recours aux tranquillisants pour y faire face.



Dans la dimension de dépersonnalisation Mme Feroudja a obtenu un score de 5 dont les items sont : 5,10,11,15,22, là ou Mme Feroudja a coché dans la majorité des items « *jamais* » sauf la case qui est l’item 22 intitulé « *j’ai l’impression que mes malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes* », qui représente un degré bas de dépersonnalisation.

On remarque un sentiment d’efficacité dans la réalisation de ses taches ainsi qu’un degré élevé de sentiment d’accomplissement personnel. Avec un score de 45 qui représente un degré élevé d’accomplissement personnel, dont les items sont : 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21, là ou elle manifesté un sentiment d’accomplissement fort notamment dans l’item 19 qui est « *j’ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail* », Ainsi que l’item 4 intitulé « *je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent* » ou elle a coché la case « *chaque jours* », ce qui est un signe d’un fort accomplissement personnel de Mme Feroudja dont l’item 7 nous le fait savoir intitulé « *je m’occupe très efficacement des problèmes de mes malades* », là ou elle a coché la case « *chaque jours* ».

### Synthèse du questionnaire MBI de Mme Feroudja

Les réponses de Mme Feroudja au questionnaire de MBI, nous permettent de constater qu’elle exprime un niveau de burnout modéré, et cela est indiqué dans la sous-échelle d’épuisement émotionnel où elle a manifesté un degré élevé, cependant d’après la deuxième sous-échelle qui est la dépersonnalisation où Mme Feroudja a manifesté un degré bas cela indique un grand dévouement à sa tache et son envie de venir en aide aux patientes, notamment un niveau d’efficacité personnel élevé qui indique une forte envie d’être efficace dans son métier, et d’accomplir les tâches qui lui sont dévoulus.

### 3) Présentation et analyse des résultats de l’échelle STSS de Mme Feroudja

**Tableau N° 6: Résultats du questionnaire STSS de Mme Feroudja**

Dimension du STSS	Score	Total	moyenne	degré
Intrusion	16	47	15.66	Elevé
Evitement	13			
Eveil	18			

Le tableau ci-dessus, représente les résultats de l’échelle STSS de Mme Feroudja, à partir de ces résultats on constate un degré élevé de traumatisme secondaire avec un score de 47.

Mme Feroudja a obtenu un score de 16 dans la sous-échelle d'intrusion dont les items sont : 2, 3, 6, 10 et 13 qui reflète la présence de souvenirs répétitifs et envahissants, notamment dans l'item 2 « *mon cœur a commencé à palpiter quand j'ai pensé à mon travail avec les clients* », ou Mme Feroudja a coché la case « *souvent* », ainsi que l'item 3 qui est « *c'était comme si je revivais le(s) trauma(s) expérimenté(s) par mon (mes) client(s)* », où elle a coché la case « *souvent* ».

Dans la dimension « évitement » dont les items sont : 1, 5, 7, 9, 12, 14 et 17, qui reflète des efforts visant à éviter les souvenirs, les pensées, les sentiments en lien avec l'évènement provoquant un sentiment de détresse. Mme Feroudja a obtenu un score de 13, dans l'item 12, « *j'ai évité les gens, les endroits, ou les choses qui m'ont rappelé mon travail avec les client(s)* », Feroudja a coché la case « *jamais* », ainsi que l'item 14 « *j'ai voulu éviter de travailler avec quelques clients* », ce qui ne reflète pas un comportement d'évitement, cependant Mme Feroudja a mentionnée qu'elle est moins active, d'après sa réponse dans l'item 9 qui est « *j'étais moins actif(ve) que d'habitude* », où elle a coché la case « *souvent* ».

Dans la dernière dimension qui est « l'éveil », dont les items sont : 4, 8, 11, 15 et 16, Mme Feroudja a obtenu un score de 18, ce qui indique la présence de symptômes qui caractérisent l'éveil tel que la perturbation du sommeil dans l'item 4 « *j'ai eu du mal à dormir* », où elle a coché la case « *Très souvent* », on constate un comportement d'irritabilité dans l'item 8 « *je me suis senti(e) nerveux(se)* », où elle a coché la case « *occasionnellement* ».

On constate notamment la présence des difficultés de concentration dans l'item 11 « *j'avais des difficultés de concentration* », où elle a coché la case « *souvent* », un comportement d'hypervigilance qui est l'une des caractéristique de l'éveil a été constaté notamment dans l'item 16 « *je me suis attendu à ce que quelque chose de mal arrive* » ou elle a coché la case « *souvent* ».

### **Synthèse du questionnaire STSS de Mme Feroudja**

les réponses de Mme Feroudja, nous permettent de constater la présence de plusieurs symptômes de traumatisme secondaire qui est d'un degré élevé, comme on peut l'observer dans la dimension « intrusion » où elle a manifesté la présence de souvenirs répétitifs et envahissants, cependant on constate pas de comportement d'évitement, à priori Mme Feroudja présente des symptômes d'éveil qui se centrent sur la perturbation du sommeil, un comportement irritable, des accès de colères, une hypervigilance et des difficultés de concentration.

**Cas N° 02 : Cylia****1: Présentation et analyse des données de l'entretien de recherche semi-directif de Cylia**

Après nous être présentés à Cylia, qui était très coopérative, curieuse, et souriante, a répondu favorablement à notre requête, elle nous a permis de lui poser les questions de notre guide d'entretien. Nous l'avons rencontré le soir vers 19 h dans le service de maternité de l'hôpital d'Akbou, son entretien a duré environ 20 minutes. Sage-femme depuis trois ans à l'hôpital d'Akbou, Cylia est âgée de 26ans, célibataire.

**AXE 1) : Informations sur la profession de sage-femme**

Cylia a suivi une formation de cinq ans, à l'institut national de formation Supérieure paramédicale d'Aoukas wilaya de Bejaia, elle a commencé sa première année de tronc commun pendant six mois, elle a étudié le corps paramédical d'une manière générale, ensuite à partir du deuxième semestre, elle a commencé à étudier sa spécialité, elle nous a dit « *on a étudié l'obstétrique pathologique, l'obstétrique normale, on a aussi étudié l'anatomie, et la psychologie* ». Elle nous a informés aussi « *beaucoup de modules comme les pathologies de la grossesse et aussi le droit, tous ce qui concerne la déontologie du métier* ». Cylia n'a pas suivi d'autre formation en dehors de sa formation de sage femme, après l'obtention de son bac elle a choisi de faire la formation de sage femme.

Lorsqu'on lui a demandé qu'est-ce qu'une sage-femme selon vous, elle nous a répondu que « *c'est une personne qui est confrontée constamment au stress, et à des risques élevés, surtout avec la pression du travail avec les gynécologues* ». Elle nous a aussi ajoutés après une mure réflexion que « *la sage-femme est une personne noble* ». Ensuite on lui a demandé depuis quand vous êtes dans la pratique elle a rigolé et nous a dit « *depuis le mois d'aout 2019* ». Elle a ajouté un commentaire « *ça fait deux ans et demi presque trois ans* ».

Cylia nous a dit quand on lui a demandé est ce que vous avez déjà exercé dans d'autre établissement de santé, elle nous a répondu « *non* ». Pour clôturer ce premier axe de notre guide d'entretien, on lui a aussi ajouté depuis quand exercez-vous dans ce service actuel, elle nous a déclarés « *depuis que j'ai signé mon p.v. d'installation en aout 2019* ». D'après ce qu'on a remarqué, Cylia c'est une personne qui n'est pas très bavarde, et donne des réponses courtes à nos questions.

**AXE 2): Informations sur le burn out**

À la première question de cet axe qui est en relation, entre le rythme du travail, le suivi des patientes, ainsi qu'aux consultations de contrôles et la réception de nouveau cas, Cylia nous informe que *« je travaille avec un rythme normal, des fois, quand Il y a une urgence je vais réagir rapidement, mais quand il n'y a pas d'urgence, quand il s'agit d'une femme qui ne souffre pas je vais la suivre tranquillement, quand on a une urgence il faut être active »*. Par conséquent, nous constatons que, Cylia est une personne qui est dotée d'une capacité à gérer les situations stressantes, ce qui peut manifester chez elle un sentiment de persévérance dans l'exercice de son travail, ainsi qu'une confiance en soi pour affronter les situations conflictuelles.

Dans la seconde question de cet axe de burnout, qui stipule le rythme de travail influence-t-il la qualité de votre sommeil, Cylia nous a déclaré que, *« si je travaille pendant la journée il n'y a pas beaucoup de travail, je n'ai pas de problème de sommeil, mais si il y a beaucoup de charge de travail, et quand j'arrive à la maison toute fatiguée ça influence mon sommeil, et des fois aussi quand je travaille de garde, je n'arrive pas à dormir, et quand j'arrive à la maison aussi j'arrive pas à dormir, mais quand je travaille le système 2 /2 je me lève à huit heures, mon sommeil est normal, je me couche tôt et je me réveille tôt et je viens au travail »*. À travers les propos de Cylia, nous constatons que son sommeil dépend de son rythme de travail, ce dernier influence la qualité de son sommeil, surtout quand elle travaille de garde, elle a des insomnies, par contre quand elle travaille dans un système de 2/2 son sommeil est normal.

Effectivement, comme nous l'avons vu dans la revue de la littérature de ce travail, ces insomnies sont 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 (Canoui & Mauranges, 2015).

Dans la troisième question de cet axe, on a interrogé Cylia, est ce que vous subissez de la pression de la part de l'administration, en rapport avec le fonctionnement de votre service, et de la part des patientes, et leur entourage elle nous dit que, *« la pression de l'administration bien sûr elle est présente, comme aujourd'hui, normalement c'est mon jour de repos, parce que j'ai travaillé hier, et avant-hier mais ils m'ont appelé et obligé à travailler dans ma journée de repos, ça c'est une pression n'est-ce pas!, ce qui concerne la pression des patientes ça dépend si il y a des patientes normaux elles me mettent pas de pression mais quand il s'agit des patientes agitées elles me mettent une forte pression surtout quand je travaille la nuit, l'entourage aussi des fois pour*

*orienter la femme ils aiment pas et ils nous disent comment ça se fait vous n'avez pas de gynécologues, ils disent que ce lieu n'est pas un hôpital, ce n'est pas sérieux », elle ajoute, « ça, ce n'est pas notre problème, c'est un problème des autorités compétentes, normalement ce sont eux qui doivent nous affecter des gynécologues, mais leurs entourages nous disent pourquoi vous orientez les femmes enceintes au CHU de Bejaia targua ouzzemour ». D'après le discours de notre sujet, nous remarquons qu'il existe une pression de la part de l'administration, et par rapport à la pression des patientes elle est plus au moins flagrante selon le cas de la femme enceinte, par contre il y a une présence d'une pression accrue de la part de l'entourage des patientes ce comportement nuit à la sage-femme et provoque en elle des symptômes comportementaux et émotionnels à savoir des sentiments de colère et des symptômes comportemental et émotionnel à savoir des sentiments de colère et de l'irritabilité et une sensibilité.*

En effet, comme on l'a déjà vu dans la revue de littérature de ce travail 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 (Canoui & Mauranges, 2015).

Quand on lui a demandé comment faite vous pour gérer votre stress ? Cylia a rétorqué « ... (rire) haha ha, pour l'instant on n'arrive pas à gérer notre stress, parce que nous sommes (rire)... hahaha, on n'arrive pas à gérer stress, on est entrain de chercher des solutions, on n'est pas encore arrivé pour l'instant, et je fais rien pour gérer le stress».

À cet effet, nous constatons que Cylia, semble à des moments dépassés par le stress, sans stratégies d'adaptation claires, ce dernier et relatif à la surcharge de son travail, comme on a là déjà vu à travers la revue de littérature de ce travail, cette représentation idéalisée est souvent transmise au cours des programmes de formation. Pour Cherniss (1980), les différences individuelles vont jouer un rôle important dans les stratégies développées face aux stressseurs. Certaines personnes vont adopter des attitudes et des comportements négatifs alors que d'autres mettront en place des

modalités actives pour résoudre les problèmes. C'est ainsi qu'au fil du temps, le burn out va s'installer (Truchot, 2004).

En lui posant la question, quel est votre vécu des différentes années de sages-femmes, elle nous a dit que *« ces années je les ai vécu normal ! Mais à propos du système de travail, des fois on travaille la journée, et on se retrouve à travailler la nuit, des fois c'est le contraire, on est passé aussi par une période, où on travaille sans gynécologue, par exemple, quand je suis rentré durant ma première année, on a travaillé avec des gynécologues où y avait beaucoup de surcharge, après à partir de novembre passé, on n'avait plus de gynécologue, on est resté une année sans gynécologue, on a pas eu de pression durant l'absence de ces dernier, mais maintenant les gynécologues sont revenu on commence à vraiment reprendre le travail »*.

De ce fait, nous remarquons que, notre sujet a rencontré une instabilité des horaires de son travail, tout au long de ses années de service, et un déséquilibre des tâches qu'elle doit faire, par rapport à l'absence momentanée des médecins gynécologues dans le service de maternité et le facteur principal de cette instabilité, et de ce déséquilibre comme on la déjà vu dans la revue de la littérature, le modèle de Cherniss stipule trois étapes dans la transaction entre l'individu et son environnement.

La première nait du déséquilibre entre exigences de travail et ressources de l'individu et correspond donc au stress perçu. Cela nous amène à la deuxième étape qui prend forme suite à une réponse émotionnelle face à ce déséquilibre s'exprimant sous la forme de fatigue physique, d'épuisement émotionnel et d'anxiété, c'est la tension (Truchot, 2004).

### **Axe 3 : Informations sur le traumatisme secondaire**

Quand nous lui avons demandé si vous aviez déjà vécu des événements bouleversants, dans le cadre de l'exercice de votre métier elle nous a répondu *« oui ! ,il y a un événement bouleversant que je ne vais jamais oublier durant toute ma vie, cette nuit c'est moi qui a travaillé en poste de garde wilaya, il y avait une femme enceinte qui est rentré je lui ai fait l'examen et tout le nécessaire, ensuite je lui ai fait l'admission, sachant qu'elle est rentré dans un état normal, après deux heures elle a fait une complication qui s'appelle rupture utérine, après elle est passé au bloc opératoire, le lendemain je suis sorti en récupération, ils m'ont appelé en me disant que cette femme est tombé dans un coma, après deux jours elle est décédée, c'est resté pour moi un choc !*

*(rire)...haha, ».* Elle a ajouté « *et aussi à propos des bébés, on fait sortir des bébés mort-nés ces moment-là sont très choquants* ».

Donc, Cylia a vécu des événements bouleversant durant ses années de service à l'hôpital, le décès de la femme enceinte la vraiment affectée, car c'est elle qui l'a suivis avant sa complication, notamment le fait qu'elle a déjà fait sortir des bébés mort-nés, on comprend aussi que cela a exacerbé son traumatisme secondaire, comme on l'a déjà évoqué dans la revue de la littérature, Figley base son modèle sur l'empathie, c'est-à-dire, la capacité d'apercevoir et de sentir la souffrance d'autrui. Cette habileté empathique peut aboutir à deux concepts : soit, la contagion émotionnelle, soit la préoccupation empathique. La contagion émotionnelle est le transfert des émotions d'une personne émettrice vers une personne réceptrice, c'est-à-dire, que l'intervenant vit les émotions de la victime il devient triste comme la victime. Il ne parvient pas à faire la distinction entre soi et autrui (Violet, 2010).

À ce stade de l'entretien, nous lui avons demandé et ce que vous revivez les moments difficiles que vous avez vécus, pendant l'exercice de votre métier elle nous a déclarés « *oui, il y a des moments difficiles qui reviennent, il y a des femmes enceintes qui viennent en urgence, qui souffrent de crises d'éclampsie et HTA gravidique pendant la grossesse* ».

On constate que dans le discours de Cylia des indices révélant une présence de fatigue de compassion. La fatigue de compassion est l'aboutissement d'un mélange de stress de compassion et de prédispositions personnelles. Le fait d'être souvent, ou pendant de longues périodes, exposé à des récits de traumatismes et de maintenir le contact avec des personnes souffrantes favorise la fatigue de compassion d'un intervenant. Dans le même ordre elle nous a déclarés en disant « *je déteste voir les femmes enceintes (rire) ! ... haha ha tellement je subis des moments difficiles ici avec la pression du travail* ». D'après les propos de Cylia, on remarque que le mot femme enceinte, lui fait peur, car il lui rappelle les nombreux événements traumatiques que Cylia a subis dans son travail, comme on l'a déjà vu précédemment dans la revue de la littérature, Il est aujourd'hui admis par de nombreux psychologues et psychiatres qu'un sujet, enfant comme adulte, qui n'a pas subi de traumatisme direct peut présenter des troubles psycho traumatiques consécutifs aux contacts qu'il entretient avec une personne ou un groupe de personnes traumatisées (Barnes, 1997 ; Erickson, 1989 ; Figley, 1983). La vie privée de l'intervenant est une source influençant le développement de la fatigue de compassion » (Violet, 2010).



On lui a demandé qu'elle est votre réaction, quand vous entendez les mots, « femme enceinte » elle répond « *(rire)...hahaha, bon tellement ici je suis fatigué du travail, dehors j'évite de les croiser* ».

En ce qui concerne la question qui stipule, de quelle manière pouvez-vous en parler avec vos collègues, et votre famille, elle nous a répondu « *quand il s'agit du secret professionnel, je ne dois pas les révéler à d'autres personnes, par contre, quand il s'agit d'une chose qui m'a fait de la peine, je peux la raconter à mes collègues d'une manière triste, des fois même je pleure, mais il y a des moments, on raconte normal* ».

À travers le discours de Cylia on constate que, c'est une personne qui respecte la déontologie, et l'éthique, de son métier de sage femme, comme on la déjà vu dans la revue de littérature de ce travail. Pour Figley, prendre soin a un coût. À force d'exposition à la souffrance, notamment des patients traumatisés, le soignant risque de ressentir de façon excessive de l'épuisement, de la colère, de l'irritabilité. Il aura alors tendance à s'ajuster avec des stratégies de coping inadaptées (abus d'alcool et de drogues), aura une capacité réduite à ressentir de la sympathie et de l'empathie, et prendra difficilement des décisions pour ses patients (Mathieu, 2007). Les risques de fatigue de compassion chez les soignants (infirmières, travailleurs sociaux, etc.) ont largement été démontrés (Cocker & Joss, 2016).

Dans cette avant-dernière question, nous avons demandé à notre cas, est ce que cela a des répercussions, au niveau de vie quotidienne, (avec vos amis, votre famille, votre partenaire et vos enfants) elle nous a dit « *non, ça répercute pas* ».

Après avoir posé toutes nos questions, nous avons demandé à Cylia, si elle avait d'autres choses à rajouter, elle nous a fait part « *(un rire) ! ...haha ha, le métier de sage-femme et un métier noble, je regrette de l'avoir fait (un rire) !... haha ha, parce que c'est un métier épuisant et stressant, c'est un métier à haut risque* ».

Cylia a conclu l'entretien en nous remerciant d'être intéressé à cette thématique du vécu des sages-femmes en Algérie, nous l'avons remercié en retour d'avoir accepté de participer à notre recherche et d'avoir été coopérative, patiente et spontanée tout au long de l'entretien.



## Synthèse de l'entretien de recherche de Cylia

À partir des données que nous avons recueillies à travers cet entretien, et de nos observations, nous constatons que Cylia, s'est retrouvé face à certaines difficultés lors de son Travail de sage-femme à l'hôpital, et se sentait épuisé. Elle semble présenter quelques signes d'un burnout, et aussi beaucoup d'indices de traumatisme secondaire, qu'ils lui ont rendu la tâche difficile à mieux exercer son métier de sage-femme, malgré les obstacles rencontrés elle essaie toujours d'apporter assistance aux femmes enceintes.

Pour donner plus de détails, nous allons présenter les résultats de Cylia des deux Échelles MBI, et le STSS.

### 2) Présentation et analyse des résultats du questionnaire de MBI de Cylia

**Tableau N° 7 : Résultats du questionnaire de MBI de Cylia**

Dimensions du burn out	Score	Niveau de chaque dimension	Score moyen du Burnout	Niveau du burnout
Épuisement Emotionnel	23	modéré	17.66	Modéré
Dépersonnalisation	3	bas		
Accomplissement Personnel	27	bas		

Le tableau ci-dessus, représente les résultats de l'échelle du MBI de Cylia, d'après ces résultats on constate qu'elle présente un degré de burnout modéré avec un score moyen de 17.66.

Cylia a obtenu un score de 23 dans la dimension d'épuisement émotionnel dont les items sont : 1.2.3.6.8.13.14.16.20 on constate une fatigue considérable notamment dans l'item 2 « *je me sens à bout à la fin de ma journée de travail* » ou elle a coché la case « *quelque fois par année au moins* » ainsi que l'item 3 « *je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée* » ou elle a coché la case « *une fois par mois au moins* », notamment l'item 6 ou elle a coché la case « *jamais* » dont l'item est « *travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'efforts* » ce qui représente un degré modéré. Dans la dimension de dépersonnalisation Cylia a obtenu un score de 3 dont les items sont : 5,10, 11,15, 22, là où Cylia n'a coché dans la majorité des items « *jamais* » sauf la case qui est l'item 22 ou elle a coché «

*quelquefois par année au moins* » intitulé « *j'ai l'impression que mes malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes* », qui représente un degré bas de dépersonnalisation.

On remarque un sentiment d'efficacité dans la réalisation de ses tâches ainsi qu'un degré bas de sentiment d'accomplissement personnel. Avec un score de 27 qui représente un degré bas d'accomplissement personnel, dont les items sont : 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19,21, là où elle manifestait un sentiment d'accomplissement bas notamment dans l'item 19 qui est « *j'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail* » où elle a coché « *quelquefois par année au moins* », ainsi que l'item 4 intitulés « *je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent* » où elle a coché la case « *quelquefois par semaine* », ce qui est un signe d'un bas accomplissement personnel de Cylia dont l'item 7 nous le fait savoir intitulé « *je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades* », là où elle a coché la case « *quelque fois par semaine* ».

### Synthèse du questionnaire MBI de Cylia

Les réponses de Cylia au questionnaire de MBI, nous permettent de constater qu'elle exprime un niveau de burnout modéré, et cela est indiqué dans la sous-échelle d'épuisement émotionnel où elle a manifesté un degré modéré, cependant d'après la deuxième sous-échelle qui est la dépersonnalisation où Cylia a manifesté un degré bas cela indique un grand dévouement à sa tâche et son envie de venir en aide aux patientes. Notamment un niveau d'efficacité personnelle basse qui indique une diminution d'envie d'être efficace dans son métier, et d'accomplir personnel bas qui indique une diminution d'envie d'être efficace dans son métier, et d'accomplir les tâches qui lui sont dévolues.

### 3) Présentation et analyse des résultats de l'échelle STSS de Cylia

**Tableau N° 8 : Résultats du questionnaire STSS de Cylia**

Dimension du STSS	Score	Total	Moyenne	Degré
Intrusion	11	46	15.33	Elevé
Evitement	17			
Eveil	18			

Le tableau ci-dessus, représente les résultats de l'échelle STSS de Cylia, à partir de ces résultats on constate un degré élevé de traumatisme secondaire avec un score de 46. Cylia a obtenu un score de 11 dans la dimension intrusion dont les items sont : 2, 3, 6, 10 et 13 qui reflète la

présence de souvenirs répétitifs et envahissants, notamment dans L'item 2 « *mon cœur a commencé à palpiter quand j'ai pensé à mon travail avec les clients* », ou Cylia a coché la case « *rarement* », ainsi que l'item 3 qui est « *c'était Comme si je revivais le(s) trauma(s)expérimente(s) par mon (mes) client(s)* », ou elle a coché la case « *jamais* ».

Dans la dimension « *évitement* » dont les items sont : 1, 5, 7, 9, 12, 14 et 17, qui reflète des efforts visant à éviter les souvenirs, les pensées, les sentiments en lien avec l'évènement provoquant un sentiment de détresse. Cylia a obtenu un score de 17, dans l'item 12, « *j'ai évité les gens, les endroits, ou les choses qui m'ont rappelé mon travail avec les clients(s)* », Cylia a coché la case « *souvent* », ainsi que l'item 14 « *j'ai voulu éviter de travailler avec quelques clients* » Cylia a coché la case « *rarement* », ce qui ne reflète pas un comportement d'évitement, cependant Cylia a mentionné qu'elle n'est pas moins active, d'après sa réponse dans l'item 9 qui est « *j'étais moins actif(ve) que d'habitude* », où elle a coché la case « *rarement* ».

Dans la dernière dimension qui est « *l'éveil* », dont les items sont : 4, 8, 11, 15 et 16, Cylia ont obtenu un score de 18, ce qui indique la présence de symptômes qui caractérisent l'éveil tel que la perturbation du sommeil dans l'item 4 « *j'ai eu dû mal à dormir* », ou elle a coché la case « *rarement* ». On constate un comportement d'irritabilité dans l'item 8 « *je me suis senti(e) nerveux (se)* », ou elle a coché la case « *souvent* », on constate notamment la présence des difficultés de concentration dans l'item 11 « *j'avais des difficultés de concentration* », où elle a coché la case « *souvent* ». Un comportement d'hypervigilance qui es l'une des caractéristique de l'éveil a été constaté notamment dans l'item 16 « *je me suis attendu à ce que quelque chose de mal arrive* » ou elle a coché la case « *souvent* ».

## Synthèse du questionnaire STSS de Cylia

les réponses de Cylia, nous permettent de constater la présence de plusieurs symptômes de traumatisme secondaire qui est d'un degré élevé, comme on peut l'observer dans la dimension « *intrusion* » où elle a manifesté la présence de souvenirs répétitifs et envahissants, cependant on ne constate pas de comportement d'évitement, à priori Cylia présente des symptômes d'éveil se centrent sur la perturbation du sommeil, un comportement irritable, des accès de colère, une hypervigilance et des difficultés de concentration.

**Cas N° 03 : Souad****1) Présentation et analyse des données de l'entretien sem-directif de Mme Souad**

Nous nous sommes présentés à Mme Souad autant que des étudiants en master 2 en psychologie clinique, elle était impatiente et très ravie de participer à cette recherche, Mme Souad est âgée de 28ans et est célibataire.

**AXE 1) : Informations sur la profession de sage-femme**

Souad nous a informés qu'elle avait fait ses études à l'institut national de la formation supérieure d'Aoukas wilaya de Bejaia, pendant cinq ans, elle nous a dit aussi que *« J'ai fait d'autres formations, comme coiffeuse parce que j'aime bien ce métier, et aussi des formations de langues anglaise et de langue française »* en lui posant la question sur ce qu'est une sage-femme pour elle a rétorqué *« pour moi le métier de sage-femme, c'est une personne qui sauve des vies, elle exerce un métier noble, elle sort une âme dans une âme »*. Souad a trois ans d'expérience, elle a exercé au CHU de Bejaia autant que stagiaire et plusieurs EPSP, à Bejaia, l'EPH de Sidi aich, ici sur Akbou depuis trois ans.

**AXE 2) : Informations sur le burnout**

En lui posant la question sur son rythme de travail elle a répondu *« on travaille de 16 h jusqu'à 8 heures du matin, avec un rythme plus au moins élevé, parce qu'on fait la garde, la sage-femme de garde, c'est elle l'équipe, elle fait tout, et c'est épuisant »*. On lui a demandé si son rythme de travail influence-t-il son sommeil auquel elle a répondu en disant *« oui officiel, il influence mon sommeil, mon sommeil est grave perturbé, au point quand j'arrive à la maison très fatiguée, je n'arrive pas à dormir »*. Souad nous a informé qu'elle subissait beaucoup de pressions de la part de l'administration, notamment les patientes en disant *« oui, (rire)... hahaha, si tu trouves un mot plus que grave écrit le, et des fois il y a des patientes indisciplinées »*. Quand on lui demande comment elle faisait pour gérer son stress elle a répondu en disant *« je ne sais pas comment gérer le stress, si je stresse pendant la garde, la nuit passe dans une mauvaise humeur »*. Par rapport à son vécu professionnel on a constaté que, ses premiers moments de service se sont bien passés, ensuite tout a changé en disant *« avant quand j'étais étudiante je suis tombée amoureuse*

*de ce métier, avec le temps quand je suis devenu sage-femme, tout a changé avec les conditions catastrophiques du travail ».*

### **AXE 3) : Informations sur le traumatisme secondaire**

Souad nous a informés qu'elle a vécu des événements bouleversants dans le cadre de son métier en disant « *oui, j'ai déjà assisté à des bébés mort-nés, mais jamais à des décès maternels, j'espère que je vais jamais assister à ça* ». Ensuite nous lui avons demandé comment était sa réaction, elle a rétorqué en disant « *ça m'attriste de voir ces événements, je me sens triste, je pleure des fois aussi* ». Quand on lui a demandé est ce que vous revivez ces moments bouleversants elle nous a déclaré en disant « *sincèrement, quand j'arrive à la maison j'essaie de ne jamais penser à l'hôpital, j'évite de parler de tout ça à la maison* ». Par rapport à la manière dont elle parle avec ses collègues et proches elle a répondu « *je leur raconte pas je n'aime pas, quelques fois par hasard, je parle avec mes collègues, par exemple, on s'appelle entre collègues, pour avoir des nouvelles sur les patientes* ». Quand on lui a posé la question sur comment elle réagissait quand elle entendait le mot « femme enceinte », elle a répondu « *dehors, je ne sais pas, mais je pense ma réaction est normale ça me dérange pas* ». Souad nous a fait savoir qu'il n'y avait aucune répercussion sur sa vie quotidienne en disant « *non, il n'y a pas de répercussions* ». Pour conclure elle nous a ajouté « *mentionnez dans votre mémoire, que les sages-femmes d'Akbou sont épuisées (rire)... ha haha* ». Nous avons remerciés Souad de nous avoir donné de son temps pour pouvoir participer à cette recherche et lui avons souhaité une bonne continuation, elle nous a remerciée, elle aussi, en retour et nous a dit qu'elle était ravis d'avoir participé à faire cette recherche.

Nous allons présenter dans ce qui suit les résultats de Souad des deux échelles MBI et le STSS.

## **2) Présentation et analyse des résultats de l'échelle MBI de Souad**

**Tableau N° 9 : Résultats du questionnaire MBI de Souad**

<b>Dimensions du burn out</b>	<b>Score</b>	<b>Niveau de chaque dimension</b>	<b>Score moyen du burn out</b>	<b>Niveau du burn out</b>
Épuisement Emotionnel	45	Elevé	28.66	Elevé
Dépersonnalisation	6	Modéré		
Accomplissement Personnel	35	Modéré		

Le tableau ci-dessus, représente les résultats de l'échelle du MBI de Souad d'après ces résultats on constate qu'elle présente un degré de burnout élevé avec un score élevé de 28.66.

Souad a obtenue un score de 45 dans la sous-échelle de l'épuisement émotionnel qui est d'un niveau élevé, ensuite dans la seconde sous-échelle de dépersonnalisation, elle a présenté un niveau modéré avec un score de 6, et dans la dernière sous-échelle intitulé accomplissement personnel, elle a eu 35 qui représente un niveau modéré.

### 3) Présentation et analyse des résultats de l'échelle STSS de Souad

**Tableau N° 10 : Résultats du questionnaire STSS de Souad**

Dimension du STS	Score	Total	Moyenne	Degré STS
Intrusion	12	43	14.33	Modéré
Evitement	16			
Eveil	15			

Le tableau ci-dessus, représente les résultats de l'échelle STSS de Souad, à partir de ces résultats on constate un degré modéré de traumatisme secondaire avec un score de 43.

Elle a notamment obtenue dans la première sous-échelle intrusion 12 qui fait référence à la manifestation de pensées envahissantes répétitives des souvenirs qui provoquent des sentiments de détresse, ensuite elle a eu dans la deuxième sous-échelle de l'évitement 16 ce qui témoigne d'un comportement d'évitement, pour conclure elle a obtenue dans la dernière sous-échelle intitulé éveil 15 ce qui témoigne de la présence d'une hypervigilance.

#### Cas N°04 : Hanane

##### 1. Présentation et analyse des données de l'entretien semi-directif de Mme Hanane

Nous nous sommes présentés à Hanane autant que des étudiants en master 2 en psychologie clinique, elle était impatiente et très ravie de participer à cette recherche, Hanane est âgée de 35 ans mariée avec deux enfants.

**AXE 1) : Informations sur la profession de sage-femme**

Hanane nous a informés qu'elle avait fait ses études à Tizi-ouzou, pendant trois ans dans le paramédical, après avoir eu son bac, elle nous a dit aussi que, *« j'ai suivis une autre formation de nutrition à l'université de l'INTA pendant un an ensuite, je me suis intéressé à ce métier de sage-femme »*. En lui posant la question sur ce qu'est une sage-femme, elle a rétorqué *« une sage-femme c'est un soldat (rire) ha haha..., elle doit être forte physiquement et mentalement »*. Hanane a 11 ans d'expérience, elle a exercé au CHU Khalil Amrane, et à Thargua ouzzemour ensuite, à l'EPH d'Akbou depuis 2017 à ce jour.

**AXE 2) : Informations sur le burnout**

En lui posant la question sur son rythme de travail elle a répondu *« le rythme n'est pas trop chargé, pas trop faible, avant quand j'étais nouvelle je panique, maintenant je me suis habitué je connais la conduite à tenir »*. On lui a demandé si son rythme de travail influence-t-il son sommeil auquel elle a répondu en disant *« oui bien sûr, surtout quand tu vas faire une nuit blanche ici, tu ne peux pas dormir à la maison en dirait qu'on a bu du café, ça nous empêche de dormir, surtout si tu as laissé un cas qui souffre, ou bien ils vont t'appeler à l'hôpital, tu ne vas pas dormir, surtout si tu travailles la nuit, j'ai des insomnies »*.

Hanane nous informé qu'elle subissait beaucoup de pression de la part de l'administration, notamment les patientes en disant *« oui, bien sûr que de la pression, (rire)... ha haha, l'administration elle nous met beaucoup de pression, même pour voir le directeur durant la journée de réception, il ne va pas te recevoir, pour les patientes et leurs entourages, des fois, surtout quand il s'agit d'orienter une femme enceinte vers d'autres hôpitaux, ils n'acceptent pas, ils nous disent pourquoi et s'énervent, il y a même ceux qui laissent leurs femmes ici et partent »*.

Quand on lui a demandé comment vous faite pour gérer votre stress, elle nous a déclaré que *« pendant la garde de nuit, je gère mon stress en grignotant beaucoup (rire)... ha haha, surtout les sucreries quand je travaille en post de garde, j'aime aussi les sorties en familles »*.

Par rapport à son vécu professionnel on a constaté que, ses années de service sont passé par une régularité de son rythme de travail, qui lui a permis d'avoir beaucoup d'expérience, elle nous dit *« je n'ai jamais regretté d'avoir fait ce métier, j'ai eu beaucoup d'expérience, je connais très bien la conduite à tenir avant que le médecin me dise quoi faire »*.



**AXE 3) : Informations sur le traumatisme secondaire**

Hanane nous a informé qu'elle a vécu des événements bouleversant dans le cadre de son métier en disant « *oui, bien sûr, j'ai déjà vécu des événements bouleversants, avec des collègues, et même avec les patientes, une fois il y avait un cas, où on a retiré un bébé coupé en petits morceaux, ceci est resté un choc pour moi, je n'arrive pas à oublier cet événement, moi je n'arrivais pas à le faire sortir, c'est le gynécologue qui l'a retiré, je me suis enfuie* ».

On lui a demandé est ce que vous revivez les événements bouleversants que vous avez vécu durant votre carrière elle nous a dit « *oui, je revis certains moments, surtout, quand j'ai un problème que je n'arrive pas à régler* ». Par rapport à la manière dont elle parle avec ses collègues et proches elle a répondu « *je leur parle de tous ce qui s'est passé, avec une manière triste, et je pleure au même temps* ». Hanane nous a fait savoir qu'il y avait des répercussions sur sa vie quotidienne en disant « *oui, bien sûr avant que je devienne sage-femme j'étais une personne calme, mais au fil des années avec ce métier je suis devenu une personne qui parle beaucoup, même quand j'arrive à la maison je dois m'exprimer, pour me soulager* ».

Pour conclure cette entrevue de Hanane, elle nous a ajoutés, « *le métier de sage-femme est un métier noble, même si l'état ne nous a pas donné l'intégralité de nos droits, mais je me dis toujours qu'à travers ce métier je vais gagner l'au-delà* ». Nous avons remercié Hanane de nous avoir donné de son temps pour pouvoir participer à cette recherche et lui avons souhaité une bonne continuation, elle nous a remercié auss en retour

Nous allons présenter dans ce qui suit les résultats de Hanane des deux échelles MBI et le STSS.

**2) Présentation et analyse des résultats de l'échelle MBI de Hanane****Tableau N° 11 : Résultats du questionnaire MBI de Hanane**

<b>Dimensions du burn out</b>	<b>Score</b>	<b>Niveau de chaque dimension</b>	<b>Score moyen du burn out</b>	<b>Niveau du burn out</b>
Epuisement émotionnel	32	Elevé	29.66	Elevé
Dépersonnalisation	16	Elevé		
Accomplissement Personnel	41	Elevé		



Le tableau ci-dessus, représente les résultats de l'échelle du MBI de Hanane, d'après ces résultats on constate qu'elle présente un degré de burnout élevé avec un score de 29.66 qui est un niveau élevé, Hanane a obtenue un score de 32 dans la dimension de l'épuisement émotionnel qui représente un niveau élevé, ensuite dans la seconde dimension elle a manifesté un niveau élevé de dépersonnalisation avec un score de 16, et dans la dernière dimension intitulé accomplissement personnel, elle a eu 41 qui représente un niveau élevé d'accomplissement personnel.

### 3) Présentation et analyse des résultats de l'échelle STSS de Hanane

**Tableau N° 12 : Résultats du questionnaire STSS de Hanane**

Dimension du STS	score	Total	moyenne	Degré STS
Intrusion	13	41	13.66	modéré
Evitement	16			
Eveil	12			

Le tableau ci-dessus, représente les résultats de l'échelle STS de Hanane, à partir de ces résultats on constate un degré modéré de traumatisme secondaire avec un score de 41, notamment elle a obtenue dans la première sous-échelle intrusion 13, ensuite elle a eu dans la deuxième sous-échelle de l'évitement 16 en référence à la présence de comportement visant à éviter les endroits qui provoquent des sentiments de détresse, pour conclure elle a obtenue dans la sous-échelle intitulé éveil 12, qui reflète la présence de comportement d'irritabilité, ainsi que des perturbations du sommeil, ainsi qu'une hypervigilance.

### Cas N° 5 : Chekaba

#### 1. Présentation et analyse des données de l'entretien semi-directif de Chekaba

Nous avons rencontré Mme Chekaba, pendant la garde, elle travaille de nuit, elle est âgée de 24 ans, célibataire, l'entretien s'est passée dans un bureau, nous lui avons exposé la cause de notre présence et l'objectif de notre recherche, on a notamment mis l'accent sur l'anonymat et la confidentialité de tout ce qu'elle nous rapporteras comme réponses, elle s'est montré intéressé et très impatiente d'y participer, vl'entretien a durée 15 minutes.

**AXE 1) : Informations sur la profession de sage-femme**

Mme Chekaba a fait une formation de 5 ans à l'instut paramédicale d'Aoukas, Mme Chebaka n'a pas fait d'autre formation à part celle de la sage-femme, en réponse a comment a définit la sage-femme elle a dit, « *la sage-femme c'est le pilier de ce service, c'est un métier noble c'est elle la base de la méternité, hahahah !! Que dirais-je d'autres !?, euhhh c'est tout* ». Mme Chekaba a 1 an et demi d'expérience, et elle a seulement exercé à l'EPH d'Akbou.

**AXE 2) : Informations sur le burnout**

Mme Chekaba nous a informée par rapport au rythme de travail qu'au début c'était pas aussi chargé, en disant « *c'est dernier temps c'est trop chargé, au début ce n'était pas le cas, on a des problèmes avec les postes aménagés, le manque d'effectif surtout* », Mme Chekaba semble souffrir de trouble du sommeil qu'elle a expliqué en disant « *mon rythme de travail influence beaucoup mon sommeil, tellement y a pas d'effectif pour travailler la nuit du coup je suis obligé de le faire, ça fait un an que je travaille la nuit, et je suis grave fatigué* ».

Notamment la présence d'une pression « *des fois on se retrouve seul, pendant une évacuation on demande un médecin pour nous assister on l'obtient pas du coup tout nous retombe dessus, les patientes et leurs parents aussi ne nous épargnent pas* », par rapport à sa manière de gérer son stress elle a répondu en disant « *hahaha !! Moi quand je stresse je dors c'est tout* », elle a qualifié son vécu autant que sage-femme de difficile en disant « *dés que j'ai commencé j'ai trouvé des problèmes donc euhhh....* »

**AXE 3) : Informations sur le traumatisme secondaire**

Mme Chekaba nous a informés qu'elle n'a pas vécu de moment qu'elle qualifierait de bouleversant par contre elle nous a fait savoir en disant « *j'ai eu des moments difficiles, et surtout les premiers temps j'y pensais souvent et je les revivais presque tout les jours* ». Mme Chekaba semble manifester des signes de traumatisme secondaire, notamment la réviviscence ainsi que des pensées envahissantes, Chekaba nous a dit qu'elle n'est pas du genre à partagé avec les autres et qu'elle préfère tout garder pour elle.

Chekaba semble montré des comportements d'évitements notamment par rapport à la question : qu'elle est votre réaction lorsque vous entendez le mot « femme enceinte » ?, elle a répondu en disant « *dés que je vois une femme enceinte je change de chemin* ». Elle a déclaré qu'il n'y avait pas de vrais répercussions, sauf le fait d'avoir une même routine, elle a rajouté aussi en disant « *bon je crois que toutes les sages-femmes vous ont fait savoir que les conditions de travail ne sont pas convenable , on nous encourage pas, on se retrouve à faire d'autres tâches qui ne nous concernent pas, on se retrouve seul, du coup j'essaye personnellement de m'éloigner de mon travail quand je sort du service je laisse tout ici, et j'évite d'emporter tous ces problèmes chez moi* ».

## 2) Présentation et analyse des résultats du questionnaire de MBI

**Tableau N° 13 : Résultats du questionnaire de MBI de Mme Chekaba**

Dimensions du burn out	Score	Niveau de chaque dimension	Score moyen du burn out	Niveau du burn out
Epuisement émotionnel	41	Elevé	29.33	Elevé
Dépersonnalisation	23	Elevé		
Accomplissement Personnel	24	Bas		

Le tableau ci-dessus, représente les résultats de l'échelle du MBI de Mme Chekaba, d'après ces résultats on constate qu'elle présente un degré de burnout modéré avec un score moyen de 29.33. Dans la dimension d'épuisement émotionnel, Chekab a obtenu un score de 41 qui représente un degré élevé, dans la dimension de dépersonnalisation elle a présenté un degré élevé avec un score de 23, notamment un faible accomplissement personnel avec un score de 24 qui représente un degré bas.

## 3) Présentation et analyse des résultats de l'échelle STSS de Mme Chekaba

**Tableau N° 14 : Résultats du questionnaire STSS de Mme Chekaba**

Dimension du STSS	score	Total	moyenne	degré
Intrusion	13	53	17.66	Sévère
Evitement	22			
Eveil	18			

Le tableau ci-dessus, représente les résultats de l'échelle STSS de Mme Chekaba, à partir de ces résultats on constate un degré élevé de traumatisme secondaire avec un score de 53.

Dans la sous-échelle d'intrusion, Mme Chekaba a obtenu un score de 13, qui semble nous montrer la présence de pensées envahissantes ainsi que des souvenirs répétitifs. Dans la sous-échelle d'évitement, où elle a obtenu un score de 22, qui reflète des efforts visant à éviter les souvenirs, les pensées, les sentiments en lien avec l'évènement provoquant un sentiment de détresse. Enfin, dans la sous-échelle d'éveil, elle a obtenu un score de 18 qui reflète la présence de comportement d'irritabilité, ainsi que des perturbations du sommeil, ainsi qu'une hypervigilance.

## **Cas N°06 : Nora**

### **1) Présentation et analyse des données de l'entretien semi-directif de Mme Nora**

Nous nous sommes présentés à Nora autant que des étudiants en master 2 en psychologie clinique, elle était impatiente et très ravie de participer à cette recherche, Nora est âgée de 54 ans mariée, sans enfants.

#### **AXE 1) : Informations sur la profession de sage-femme**

Nora nous a informés qu'elle avait fait ses études à Tizi-ouzou, pendant trois ans dans le paramédical, après avoir eu son bac en 1991, elle nous a dit aussi que, « *j'ai suivi d'autres formations complémentaires dans le cadre de mon travail, comme par exemple, la prise en charge de la femme gestante, l'autisme, le planning familiale* ».

En lui posant la question sur ce qu'est une sage-femme pour vous elle a rétorqué « *une sage-femme selon moi, c'est une personne qui doit être très posée, et très réceptive émotionnellement, elle doit être très forte parce que, c'est difficile* ». Nora a 31 ans d'expérience, elle a exercé à l'EPH d'Akbou, ensuite à l'EPSP d'Akbou, elle nous a ajouté aussi, que « *à cette époque l'EPH d'Akbou était un secteur sanitaire, j'exerce dans ce service actuel (EPSP) depuis 2008* ».

**AXE 2) : Informations sur le burnout**

En lui posant la question sur son rythme de travail, elle a répondu « *depuis 2008, je suis plus en contact avec les femmes enceintes hospitalisées, mais quand j'étais à la maternité, c'était journalier, j'ai travaillé le système de 24 h, et j'ai travaillé aussi sept ans en surface* ». On lui a demandé si son rythme de travail influence-t-il son sommeil auquel elle a répondu en disant « *oui bien sûr, quand je faisais les gardes, ce n'était pas évident, c'était chargé, à l'époque il n'y avait pas beaucoup de moyens, il n'y avait pas aussi assez de sage-femme, à mon époque à l'hôpital d'Akbou, la charge était importante ça nous arrive de ne pas fermer l'œil* ».

Nora nous a informé qu'elle ne subissait pas beaucoup pression de la part de l'administration, notamment les patientes en disant « *non, pas vraiment, il faut toujours essayer d'avoir de bonnes relations avec l'administration, il faut connaître ses droits, de ce fait on trouve toujours des compromis, ça nous permet d'éviter les tensions au travail, durant toute ma carrière j'ai essayé d'être correcte, sans pour autant me laisser submerger par la pression, les patientes non, en général on a des problèmes avec les parents, à chaque fois on leur explique que c'est naturel une femme pendant l'accouchement, elle doit contracter pour accoucher il y a des douleurs, c'est normal, il y a des parents difficiles à gérer, mais pas tout le temps* », quand on lui demande comment elle faisait pour gérer son stress, elle a répondu en disant « *quand je suis au travail, j'absorbe toutes les tensions, mais une fois chez moi j'ai envie de calme, j'aime bien lire ça me soulage* ». Par rapport à son vécu professionnel on a constaté que, ses années de service sont passé entre des événements marquant positivement et des périodes difficile elle nous dit « *je n'ai jamais regretté le choix de ce métier, malgré qu'il soit pénible, c'est un honneur et une fierté pour moi de croiser des femmes, que j'ai accouché depuis vingt ans, elles ont gardées une bonne image de moi, tout ça me booste et me fait énormément plaisir* ».

**AXE 3) : Informations sur le traumatisme secondaire**

Nora nous a informé qu'elle a vécu des évènements bouleversant dans le cadre de son métier en disant « *oui, bien sûr, une fois une femme a fait une rupture utérine, c'était un jour férié, c'était l'aid il n'y avait pas de gynécologue, à cette époque j'avais cinq ans d'expérience, cette femme s'est infectée, elle a fait une complication, ensuite elle est morte, ceci m'a traumatisé je l'ai gardé toute ma vie, même les nouveaux-nés avec des séquelles me perturbent, je me remets en question, je me dis peut-être que je n'ai pas fait ce qui doit être fait ou peut être, on n'est pas intervenu tôt, tout ceci*

*joue sur le moral, des fois on ne peut pas faire mieux ». On lui a demandé, est ce que vous revivez les événements bouleversants que vous avez vécu durant votre carrière elle nous a dit « oui, ça m'arrive des fois, quand je suis dans un état de fatigue, il y a des images, des événements qui me reviennent, qui ne sont pas nécessairement bons, mais qui refont surface, comme si c'était le jour où ils se sont produit, c'est des flash-back ».*

Par rapport à la manière dont elle parle avec ses collègues et proches elle a répondu « *je leur parle, parce que le fait de ne pas leur parler, ça nous ruine de l'intérieur* », quand on lui a posé la question sur comment elle réagissait quand elle entendait le mot « femme enceinte ». Elle a répondu « *ça me fait plaisir, parce que c'est la joie et le bonheur* ». Nora nous a fait savoir qu'il n'y avait pas de répercussion sur sa vie quotidienne en disant « *oui, ça m'arrive d'être renfermé, je ne peux plus parler, il me faut du temps pour digérer tous les événements bouleversants, surtout quand il s'agit des décès maternels et des bébés, ça me travaille, parfois j'ai même des insomnies* ». Pour conclure cette entrevue de Nora, elle nous a ajouté, que « *j'ai jamais regretté d'avoir fait ce métier de sage-femme, il faut juste lui donner les conditions nécessaires, par exemple les nouvelles recrues doivent faire des tests psychotechniques* ». Nous avons remercié Nora de nous avoir donné de son temps pour pouvoir participer à cette recherche et lui avons souhaité une bonne continuation, elle nous a remercié, elle aussi, en retour et nous a dit qu'elle était ravie d'avoir participé à faire cette recherche.

Nous allons présenter dans ce qui suit les résultats de Nora des deux échelles MBI et le STSS.

## 2) Présentation et analyse des résultats de l'échelle MBI de Nora

**Tableau N° 15 : Résultats du questionnaire MBI de Nora**

Dimensions du burn out	Score	Niveau de chaque dimension	Score moyen du burn out	Niveau du burn out
Epuisement émotionnel	31	Elevé	26	Modéré
Dépersonnalisation	1	Bas		
Accomplissement Personnel	46	Elevé		

Le tableau ci-dessus, représente les résultats de l'échelle du MBI de Nora, d'après ces résultats on constate qu'elle présente un degré de burnout modéré avec un score modéré de 26, Nora

a obtenue un score de 31, dans la dimension de l'épuisement émotionnel qui représente un degré élevé, ensuite dans la seconde dimension dépersonnalisation elle a eu 1 qui signifie un degré bas, et dans la dernière dimension elle a présenté un degré élevé d'accomplissement personnel avec un score de 46.

### 3) Présentation et analyse des résultats de l'échelle STS de Nora

**Tableau N° 16 : Résultats du questionnaire STSS de Nora**

Dimension du STS	Score	Total	moyenne	Degré STS
Intrusion	17	49	16.33	Elevé
Evitement	18			
Eveil	14			

Le tableau ci-dessus, représente les résultats de l'échelle STS de Nora, à partir de ces résultats on constate un degré élevé de traumatisme secondaire avec un score de 49, notamment elle a obtenue dans la première sous échelle intrusion 17 qui fait référence à la présence de pensées et souvenirs envahissants répétitifs, qui provoque un sentiment de détresse, ensuite elle a eu dans la deuxième sous-échelle de l'évitement 18 en référence à la présence de comportement d'évitement, pour conclure elle a obtenue dans la sous échelle intitulé éveil 14 signe de présence d'hypervigilance.

### Cas N° 07 : Yasmina

#### 1) Présentation et analyse des données de l'entretien semi-directif de Yasmina

Après nous être présenté à Yasmina, qui était très coopérative, curieuse et souriante, et a répondu favorablement à notre requête, elle nous a permis de lui poser des questions de notre guide d'entretien. Nous l'avons rencontré le soir vers 20 h dans le service de maternité de l'hôpital d'Akbou, son entretien a duré environ 15 minutes. Sage-femme depuis six ans à l'hôpital d'Akbou, Yasmina est âgée de 28ans, célibataire.

#### AXE 1) : Informations sur la profession de sage-femme

Yasmina nous a informé qu'elle a suivi sa formation à l'institut national de formation supérieur des sages-femmes de Tizi-ouzou, elle nous a dit « *J'ai étudié un mois de théorie et un*

*mois de pratique, pendant cinq ans ».* Yasmina nous a déclaré aussi *« non, je n'ai jamais suivi d'autre formation en dehors de ma formation de sage-femme ».*

Lorsqu'on lui a demandé ce qu'est une sage-femme selon vous, elle nous a répondu que *« c'est une personne qui prend en charge les femmes enceintes, depuis le début de la grossesse jusqu'à l'accouchement, mais, moi ici à l'hôpital je travaille juste dans la salle d'accouchement ».* Ensuite on lui a demandé, depuis quand vous êtes dans la pratique, elle nous a dit *« depuis 2017 ».* Elle a ajouté un commentaire en disant, *« je suis titulaire depuis 2017 mais avant, c'était juste des stages pratiques ».*

Yasmina nous a dit quand on lui a demandé est ce que vous avez déjà exercé dans d'autre établissement de santé, elle nous a répondu en disant *« oui, pendant le stage j'ai travaillé à Tizi-ouzou, à Thargua ouzzemour et à Bejaia, ».*

Pour clôturer ce premier axe de notre guide d'entretien. On lui a aussi ajouté depuis quand exercez-vous dans ce service actuel, elle nous a déclaré *« depuis 2017 pareil ».* D'après ce qu'on a remarqué, Yasmina travaille seulement à la salle d'accouchement.

## **AXE 2) : Informations sur le burn out**

À la première question de cet axe qui est en relation, entre le rythme du travail, le suivi des patientes, ainsi qu'aux consultations de contrôles et la réception des nouveaux cas, Yasmina nous a informé que *« la majorité des gardes, le rythme est intense »* après une mûre réflexion elle a rajouté *« ça dépend des cas, des fois il y a des moments, où on n'arrête pas de travailler tellement il y a beaucoup de travail, des fois ça va il y a un peu de repos ».*

Dans la seconde question de cet axe de burnout, qui stipule le rythme de travail influence-t-il la qualité de votre sommeil, Yasmina nous a déclaré que, *« oui, il influence, le sommeil c'est à la maison pas ici, (rire) ha haha..., comme moi je travaille la nuit quand j'arrive à la maison, pareil je prends toujours le rythme de nuit, par exemple, moi ici je travaille de minuit jusqu'à quatre-heures du matin, quand j'arrive à la maison, je devrais dormir, mais je n'y arrive pas, je garde toujours le rythme de travail de garde ».*

Dans la troisième question de cet axe, on a interrogé Yasmina, sur le fait de subir de la pression de la part de l'administration, en rapport avec le fonctionnement de votre service, et de la part des patientes, et leurs entourages, elle nous a dit *« de la part des patientes non, leurs entourages normal, par contre l'administration, des fois, ils nous appellent pour travailler des heures supplémentaires, pendant les jours de repos aussi ils nous appellent ».*



Quand on lui a demandé comment faite vous pour gérer votre stress ? Yasmina a rétorqué « *(rire) ha haha.... Rien, je parle juste à ma collègue au point de lui remplir ça tête, je fais du sport aussi* ». On lui a posé la question, quel est votre vécu des différentes années de sage-femme ?, elle nous a dit que « *normalement, ces cinq années se sont bien passées, donc, il n'y a pas beaucoup de problèmes* ».

### **AXE 3) : Informations sur le traumatisme secondaire**

Quand nous lui avons demandé si vous avez déjà vécu des événements bouleversants, dans le cadre de l'exercice de votre métier elle nous a répondu « *oui, une fois ou deux c'est tout* ». À ce stade de l'entretien, nous lui avons demandé est ce que vous revivez les moments difficile que vous avez vécu, pendant l'exercice de votre métier elle nous a déclaré « *oui, bien sûr, c'est claire, des fois aussi des cauchemars, quand je dors, j'ai l'impression d'être dans la salle d'accouchement* ».

En lui demandant quelle est votre réaction, quand vous entendez le mot, « femme enceinte » elle a répondu, « *(rire) ha haha..., je me dis, quand est ce qu'elle va venir accoucher, ça veut dire, quand est ce qu'elle va venir ici, à minuit, ou à deux heures du matin, ou à quatre heures du matin à savoir !, des fois quand je les croise dans la rue, je change de route* ». En ce qui concerne la question qui stipule, de quelle manière pouvez-vous en parlez avec vos collègues, et votre famille, elle nous a répondu « *bon, ma famille je ne leur parle pas de ça, je ne parle pas de l'hôpital à la maison, je parle à ma collègue jusqu'à ce que je termine, elle me console, et je la console aussi c'est tout (rire) ha haha...* ».

Dans cette avant-dernière question, nous avons demandé à notre cas, est ce que cela avait des répercussions, au niveau de votre vie quotidienne, (avec vos amis, votre famille, votre partenaire et vos enfants) elle nous a dit « *non, jamais* ». Après avoir posé toutes nos questions, nous avons demandé à Yasmina, si elle avait d'autres choses à rajouter, elle nous a fait part en disant « *la majorité des cas les gardes de nuit passent bien, il n'y a pas de problèmes, pour l'instant mon métier me plait, pour l'instant, (rire) ha haha... après je ne sais pas* ». Yasmina a conclu l'entretien en nous remerciant d'être intéressé à cette thématique du vécu des sages-femmes en Algérie, nous l'avons remercié en retour d'avoir accepté de participer à notre recherche et d'avoir été coopérative, patiente et spontanée tout au long de l'entretien.

Nous allons dans ce qui suit présenter les résultats de Yasmina des deux échelles MBI, et le STSS.

## 2) Présentation et analyse des résultats du questionnaire de MBI

**Tableau N° 17 : Résultats du questionnaire de MBI de Yasmina**

Dimensions du Burnout	Score	Niveau de chaque dimension	Score moyen du Burnout	Niveau du burnout
Épuisement Emotionnel	12	Bas	19	Bas
Dépersonnalisation	2	Bas		
Accomplissement Personnel	43	Elevé		

Le tableau ci-dessus, représente les résultats de l'échelle du MBI de Yasmina, d'après ces résultats on constate qu'elle présente un degré de burnout bas avec un score moyen de 19.

Yasmina a obtenu un score de 12 dans la dimension d'épuisement émotionnel dont les items sont : 1.2.3.6.8.13.14.16.20, on constate que il n'y a pas une fatigue considérable notamment dans l'item 2 « *je me sens « à bout » à la fin de ma journée de travail* » où elle a coché la case « quelques fois par mois » ainsi que l'item 3 « *je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée* » ou elle a coché la case « une fois par mois au moins », notamment l'item 6 ou elle a coché la case « jamais » dont l'item est « *travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort* » ce qui représente un degré bas dans la dimension de dépersonnalisation Yasmina a obtenu un score de 2 dont les items sont : 5,10,11,15,22, là où Yasmina a coché dans la majorité des items « jamais » sauf la case qui est l'item 22 ou elle a coché « quelques fois par année au moins » item 22 intitulés « *j'ai l'impression que mes malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes* », et l'item 10 intitulé « *je suis devenu plus insensible, aux gens depuis que j'ai ce travail* » ou elle a coché « quelques fois par année au moins », qui représente un degré bas de dépersonnalisation.

On remarque un sentiment d'efficacité dans la réalisation de ses tâches ainsi qu'un degré élevé de sentiment d'accomplissement personnel. Avec un score de 43 qui représente un degré élevé d'accomplissement personnel, dont les items sont : 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19,21, là où elle a manifesté un sentiment d'accomplissement élevé notamment dans l'item 4 intitulé « *je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent* » ou elle a coché la case « chaque jour », ce

qui est un signe d'un accomplissement personnel élevé de Yasmina dont l'item 7 nous le fait savoir intitulé « *je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades* » là où elle a coché la case « chaque jour »..

### 3) Présentation et analyse des résultats de l'échelle STSS de Yasmina

**Tableau N° 18 : Résultats du questionnaire STSS de Yasmina**

Dimension du STSS	Score	Total	Moyenne	Degré
Intrusion	14	37	12.33	Léger
Evitement	12			
Eveil	11			

Le tableau ci-dessus, représente les résultats de l'échelle STSS de Yasmina, à partir de ces résultats on constate un degré léger de traumatisme secondaire avec un score de 37. Yasmina a obtenu un score de 14 dans la dimension intrusion dont les items sont : 2, 3, 6, 10 et 13 qui reflète la présence de souvenirs répétitifs et envahissants, notamment dans L'item 2 « *mon cœur a commencé à palpiter quand j'ai pensé à mon travail avec les Clients* », où Yasmina a coché la case « rarement ». Dans la dimension « évitement » dont les items sont : 1, 5, 7, 9, 12, 14 et 17, qui reflète des efforts visant à éviter les souvenirs, les pensées, les sentiments en lien avec l'évènement provoquant un sentiment de détresse. Yasminna a obtenu un score de 12, dans l'item 12, « *j'ai évité les gens, les endroits, ou les choses qui m'ont rappelé mon travail avec les client(s)* », Yasmiina a coché la case « rarement ».

Dans la dernière dimension qui est « l'éveil », dont les items sont : 4, 8, 11, 15 et 16, Yasmina a obtenu un score de 11, ce qui indique la présence de symptômes qui caractérisent l'éveil tel que la perturbation du sommeil dans l'item 4 « *j'ai eu du mal à dormir* », où elle a coché la case « souvent ».

## Cas N° 8 : Djamila

### 1) Présentation et analyse des données de l'entretien semi directif de Djamila

Nous nous sommes présentés à Mme djamila autant que masterant en psychologie clinique, elle était impatiente et très ravie de participer à cette recherche, l'entretien s'est déroulé dans un bureau à 10h30, Mme Djamila est âgée de 39 et est mariée, elle a deux enfants et un prochain qui arrive, et un enfant décédé.

**AXE 1) : Informations sur la profession de sage-femme**

Mme Djamila nous a informés qu'elle avait fait ses études à Tizi-ouzou, après avoir eu son bac, elle aussi fait une formation de statistiques, en lui posant la question sur ce qu'est une sage-femme pour elle rétorqué « *pour moi c'est un pilier du service de maternité, sans elle tu peux pas ouvrir une maternité, elle a un rôle très important* », Mme Djamila a 17 ans d'expérience elle a commencé à l'âge de 21 ans, elle a exercé à la clinique Hamani et à Targa ouzemour, mais depuis son mariage elle a arrêté le travail en privé, elle travaille depuis 2005 à l'EPH d'Akbou.

**AXE 2) : Informations sur le burnout**

En lui posant la question sur son rythme de travail elle a répondu « *je travaille directement dans la salle d'accouchement je fais le tout, la consultation et la surveillance des malades hospitalisés* », on lui a demandé si son rythme de travail influence-t-il son sommeil auquel elle a répondu en disant « *oui bien-sûr, beaucoup même, ça perturbe le sommeil, je travaille la nuit, le matin je suis avec les enfants, tout le temps fatigué toujours épuisé, mais c'est la seule solution pour les enfants, on a pas d'autres choix* », Mme Djamila semble montrer des signes symptomatiques de burnout, une fatigue physique et psychique, ainsi qu'un sommeil perturbé.

Mme Djamila nous a informé qu'elle subissait des pressions de la part de l'administration, notamment les patientes en disant « *oui bien-sûr, on t'appelle pour faire une autre garde parce que on a moins d'effectifs, tu ne peux pas tout contrôler, surtout le nombre de cas nous dépasse, et quand tu leur dis on ne peut pas vous prendre en charge, ils s'énervent et font un tapage* », quand on lui a demandé comment elle faisait pour gérer son stress elle a répondu en disant « *bah on croit en dieu c'est tout, je fais souvent du sport pour tout évacuer* ». Par rapport à son vécu on a constaté un fort accomplissement professionnel, en disant « *c'est un métier noble et que j'aime beaucoup, mais les conditions et tout c'est décourageant, mais si non c'est magnifique, faire sortir une vie c'est la plus belle chose au monde* ».

Mme Djamila nous a informé qu'elle subissait des pressions de la part de l'administration, notamment les patientes en disant « *oui bien-sûr, on t'appelle pour faire une autre garde parce que on a moins d'effectif, tu ne peux pas tout contrôler, surtout le nombre de cas nous dépasse, et quand tu leur dis on ne peut pas vous prendre en charge, ils s'énervent et font un tapage* », quand on lui a demandé comment elle faisait pour gérer son stress elle a répondu en disant « *bah on croit en dieu*

*c'est tout, je fais souvent du sport pour tout évacuer* ». Par rapport à son vécu on a constaté un fort accomplissement professionnel, en disant « *c'est un métier noble et que j'aime beaucoup, mais les conditions et tout c'est décourageant, mais si non c'est magnifique sortir une vie c'est la plus belle chose dans le monde* ».

Par rapport à la manière dont elle parle avec ses collègues et proches elle a répondu « *normal j'en parle surtout que mon mari est dans le domaine, pour me dire que voila ce n'est pas de ta faute, sa me rassure !* », quand on lui a posé la question sur comment elle réagissait quand elle entendait le mot « femme enceinte », elle a répondu « *normal je suis très heureuse surtout quand c'est un enfant désiré, sauf quand on me dit que c'est une femme compliqué ça me stresse, si non tout va bien* ». Djamila nous a fait savoir qu'il n'y avait pas vraiment de répercussions sur sa vie quotidienne en disant « *non normal !* ». Cependant elle a rajouté en disant « *on aimerait vraiment avoir des améliorations dans notre métier, et avoir aussi une rémunération convenable parce qu'on le mérite vraiment* ».

Nous avons remercié Mme Djamila de nous avoir donné de son temps pour pouvoir participer à cette recherche et lui avons souhaité un bon courage, elle nous a remercié elle aussi en retour et nous a dit qu'elle était ravis d'avoir contribué à faire cette recherche.

Nous allons présenter dans ce qui suit les résultats de Mme Djamila des deux échelles MBI et le STSS.

## 2) Présentation et analyse des résultats du questionnaire de MBI

**Tableau N° 19 : Résultats du questionnaire de MBI de Mme Djamila**

Dimensions du burn out	Score	Niveau de chaque dimension	Score moyen du burn out	Niveau du burn out
Epuisement émotionnel	23	Modéré	21.33	Modéré
Dépersonnalisation	3	Bas		
Accomplissement Personnel	38	Modéré		

Le tableau ci-dessus, représente les résultats de l'échelle du MBI de Mme Djamila, d'après ces résultats on constate qu'elle présente un degré de burnout modéré avec un score moyen de 21.33.

Mme Djamila a obtenu un score de 23 qui représente un degré modéré dans la dimension d'épuisement émotionnel, là où elle a répondu « chaque jours », dans l'item 14 « *Je sens que je travaille trop dur dans mon travail* », et l'item 8 « *Je sens que je craque à cause de mon travail* » où elle a coché la case « quelque fois par semaine ».

Dans la deuxième dimension du burnout qui est la dépersonnalisation, Djamila a obtenu un score de 3 qui représente un degré bas de dépersonnalisation, où elle a seulement coché « une fois par mois au moins » dans l'item 11 « *Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement* » ainsi que l'item 22 « *J'ai l'impression que mes malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes* » où elle a coché la case « quelques fois par années au moins ».

Et enfin dans la troisième dimension qui est l'accomplissement personnel, Mme Djamila a obtenu un score de 38 qui représente un degré modéré d'accomplissement personnel, où elle a coché la case « chaque jours » dans l'item 4 « *Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent* » l'item 9 « *J'ai l'impression à travers mon travail d'avoir une influence positive sur les gens* » cependant on constate une fatigue comme elle a fait savoir dans l'item 12 « *Je me sens plein(e) d'énergie* », où elle a coché la case « une fois par mois au moins ».

### 3) Présentation et analyse des résultats de l'échelle STSS de Mme Djamila

**Tableau N° 20 : Résultats du questionnaire STSS de Mme Djamila**

Dimension du STSS	Score	Total	moyenne	Degré STS
Intrusion	11	35	11.66	Léger
Evitement	11			
Eveil	13			

Le tableau ci-dessus, représente les résultats de l'échelle STSS de Mme Djamila, à partir de ces résultats on constate un degré élevé de traumatisme secondaire avec un score de 35

D'après les réponses de Mme Djamila dans la sous-échelle d'intrusion, où elle a obtenu un score de 11, elle a coché la case « rarement », dans l'item 2 et 3 et 6 ainsi que l'item 10 « *J'ai pensé à mon travail avec les clients quand je n'en avais pas l'intention* », elle a mentionné la case « occasionnellement » dans l'item 13 « *J'ai fait des rêves troublants sur mon travail avec les clients* ».

Dans la sous-échelle d'évitement Mme Djamila a obtenu un score de 11, où elle a coché la case « jamais » dans l'item 1, 5, ainsi que l'item 12 « *J'ai évité les gens, les endroits, ou les choses qui m'ont rappelé mon travail avec les client(s)* », ainsi que la case « rarement » dans les items 7, 9, 14, ainsi que l'item 17 « *J'ai remarqué des trous de mémoire à propos de séances avec les clients* ». Dans la dernière sous-échelle qui est l'éveil, Mme Djamila a obtenu un score de 13, où elle a mentionné la case « occasionnellement » dans les items 4, 8, et 15 « *J'étais facilement contrarié(e), énervé(e)* », et « rarement » dans les items 11 et 16 « *Je me suis attendu à ce que quelque chose de mal arrive* ».

## **Cas N° 09 : Ounissa**

### **1) Présentation et analyse des résultats obtenus dans l'entretien semi-directif de Mme Ounissa**

Nous nous sommes présentés à Mme Ounissa autant que des étudiants en master 2 en psychologie clinique, elle était impatiente et très ravie de participer à cette recherche, Mme Djamila est âgée de 49 ans mariée, elle a trois enfants.

#### **AXE1) : Informations sur la profession de sage-femme**

Mme Ounissa nous a informés qu'elle avait fait ses études à Tizi-ouzou, pendant trois ans dans le paramédical, après avoir eu son bac en 1994, elle nous a dit aussi que, j'ai jamais suivi une autre formation, en lui posant la question sur ce qu'est une sage-femme pour elle a rétorqué « *c'est un métier noble, parce que tu vas aider des malades, tu vas sauver des bébés, il y a des avantages et des inconvénients, juste les conditions de travail qui nous fatiguent, mais pour faire ce métier il faut l'aimer* ». Mme Ounissa a 28 ans d'expérience, elle a exercé à l'hôpital de Tazmalt pendant trois ans, ensuite à l'EPH d'Akbou pendant vingt-cinq ans à ce jour, elle nous a ajouté aussi, qu'elle exerçait ce métier depuis 1994, à cette époque l'EPH d'Akbou était un service sanitaire, donc elle travaillait en parallèle entre Tazmalt et Akbou.

#### **AXE 2) : Informations sur le burnout**

En lui posant la question sur son rythme de travail, elle a répondu « *on travaille avec un rythme anarchique, entre consultation, le suivi, la surveillance, le postpartum, l'accouchement, et surveillance des nouveaux-nés, avant il y avait que deux sages-femmes pour tout un service,*



*maintenant ça va plus au moins* ». On lui a demandé si son rythme de travail influence-t-il son sommeil auquel elle a répondu en disant « *oui bien sûr, il influence négativement, toute la nuit avec des cauchemars, je rêve des femmes enceintes mortes, et aussi j'imagine des hémorragies, toute la nuit je me réveille* ».

Mme Ounissa nous a informé qu'elle subissait beaucoup de pressions de la part de l'administration, notamment les patientes en disant « *oui, beaucoup de la part des patientes, l'administration c'est pire à titre d'exemple, si tu a déjà travaillé pendant vingt ans, ou dix ans pendant la nuit, et que tu veux faire un poste aménagé l'administration n'accepte pas, elle nous sabote toujours* ». Quand on lui a demandé comment elle faisait pour gérer son stress elle a répondu en disant « *je le gère normal, par exemple aujourd'hui je suis stressé demain j'oublie, c'est l'amour du métier qui nous aide à oublier, et même nos enfants* ».

Par rapport a son vécu professionnel on a constaté que, ses premières années de service sont passé rapidement mais, ses trois dernières années, elles sont dures en disant « *chaque journée est comme une année, les premières vingt-cinq années ça va malgré la surcharge j'ai géré, dieu m'a aidé aussi, d'ailleurs, j'ai aucune maladie physique* ».

### **AXE 3) : Informations sur le traumatisme secondaire**

Mme Ounissa nous a informé qu'elle a vécu des évènements bouleversant dans le cadre de son métier en disant « *oui, bien sûr, quand tu as un décès maternel, une fois il y a un cas que je ne peux jamais oublier, ce cas-là elle n'est pas morte, mais elle a failli y passer, mais on l'a sauvé, ils lui ont enlevé son utérus, elle est sortie avec une hystérectomie, cette femme a eu deux filles, mais on a déjà eu trois décès durant ma carrière, on a eu même des hémorragies de la délivrance* ». Ensuite nous lui avons demandé comment était sa réaction, elle a rétorqué en disant « *oui, bien sûr des fois même quand je croise des femmes dans la rue, tout de suite je me rappelle d'elle, elles sont toujours dans ma tête, toujours je vis avec le choc qui s'est déjà produit avant, je ne peux pas oublier* ». Par rapport à la manière dont elle parle avec ses collègues et proches elle a répondu « *je ne leur raconte pas je n'aime pas, quelques fois par hasard je leur dis, aujourd'hui on a eu un décès maternel, ou bien je leur dis, aujourd'hui je suis fatigué* ».



Quand on lui pose la question sur comment elle réagissait quand elle entendait le mot « femme enceinte », elle a répondu « ... *c'est un choc (rire) ha haha..., les débuts c'était normal mais, maintenant je vois une femme avec une grossesse je m'enfuis* ». Ounissa nous a fait savoir qu'il y avait des répercussions sur sa vie quotidienne en disant « *oui, bien sûr !* ». Toutefois, elle a rajouté en disant « *des fois quand j'arrive à la maison, tellement fatigué est stressé, je parle à personne, des fois mon fils me dit maman tu ne me parles pas, et moi je repense à ma journée et je me demande si je n'ai pas fait d'erreurs* ».

Nous avons remercié Mme Ounissa de nous avoir donné de son temps pour pouvoir participer à cette recherche et lui avons souhaité une bonne continuation, elle nous a remercié, elle aussi, en retour et nous a dit qu'elle était ravie d'avoir participé à faire cette recherche.

## 2) Présentation et analyse des résultats de l'échelle MBI de Mme Ounissa

**Tableau N° 21 : Résultats du questionnaire MBI de Mme Ounissa**

Dimensions du burn out	Score	Niveau de chaque dimension	Score moyen du burn out	Niveau du burn out
Epuisement émotionnel	51	Elevé	34	élevé
Dépersonnalisation	8	Modéré		
Accomplissement Personnel	43	Elevé		

Le tableau ci-dessus, représente les résultats de l'échelle du MBI de Mme Ounissa, d'après ces résultats on constate qu'elle présente un degré de burnout élevé avec un score élevé de 34. Mme Ounissa a obtenu un score de 51 qui représente un degré élevé dans la dimension de l'épuisement émotionnel. ensuite dans la seconde dimension dépersonnalisation elle a manifesté un niveau modéré avec un score de 8, et dans la dernière dimension intitulé accomplissement personnel, elle a eu 43 qui signifie un degré élevé d'accomplissement personnel.

## 3) Présentation et analyse des résultats de l'échelle STS de Mme Ounissa

**Tableau N° 22 : Résultats du questionnaire STS de Mme Ounissa**

Dimension du STS	score	Total	moyenne	Degré STS
Intrusion	19	68	22.66	sévère
Evitement	29			
Eveil	20			

Le tableau ci-dessus, représente les résultats de l'échelle STSS de Mme Ounissa, à partir de ces résultats on constate un degré sévère de traumatisme secondaire avec un score de 68, notamment elle a obtenu dans la première sous-échelle intrusion 19 signe de présence de pensées envahissantes et répétitives, ensuite elle a eu dans la sous-échelle d'évitement un score de 29 qui reflète des efforts visant à éviter les souvenirs, les pensées, les sentiments en lien avec l'évènement provoquant un sentiment de détresse, enfin dans la dernière sous-échelle qui est l'éveil elle a obtenu un score de 20 qui se centrent sur la perturbation du sommeil, un comportement irritable, des accès de colères, une hypervigilance et des difficultés de concentration.

## **Cas N°10 : Sihem**

### **1) Présentation et analyse des données de l'entretien semi-directif de Sihem**

Nous nous sommes présentés à Sihem autant que des étudiants en master 2 en psychologie clinique, elle était impatiente et très ravis de participer à cette recherche, Sihem est âgé de 57 ans marié avec trois enfants.

#### **AXE 1) : Informations sur la profession de sage-femme**

Sihem nous a informés qu'elle avait fait sa formation de sage-femme en 1985 à Alger, pendant trois ans dans le paramédical, après avoir eu son bac, elle nous a déclaré que « *une sage-femme est une personne noble* », elle nous a dit aussi que, « *je n'ai pas suivi d'autre formation* ». En lui posant la question sur ce qu'est une sage-femme pour elle a rétorquée « *une sage-femme selon moi, c'est une femme à qui on peut raconter tout, elle prend en charge la femme enceinte, et le nouveau-né, et donne aussi des conseils pour la maman* ». Sihem a 34 ans d'expérience, elle a exercé à l'EPSP d'Akbou, ensuite, à l'EPH d'Akbou depuis 2004.

#### **AXE 2) : Informations sur le burnout**

En lui posant la question sur son rythme de travail, elle a répondu « *le rythme est ça va, pas trop chargé, pas trop léger, avant quand j'étais nouvelle j'ai travaillé dans les gardes de nuit, c'était fatigant, après, ces dernières années, je travaille en surface, de 8 h 16 h, avec un repos hebdomadaire* ». On lui a demandé si son rythme de travail influence son sommeil auquel elle a répondu en disant « *oui bien sûr, surtout quand il y a une femme qui saigne, avec des complications ça nous stress, et ça nous provoque des insomnies, une fois à la maison on appelle à l'hôpital pour avoir des nouvelles des patientes, ceci nous empêche de dormir* ». Sihem nous a informé qu'elle

subissait beaucoup de pressions de la part de l'administration, notamment les patientes en disant « *oui, bien sûr, déjà la plupart des patientes ne sont pas satisfaites, par manque de moyens, c'est tout à fait normal, même l'administration nous met une pression, quand la patiente réclame, surtout si on transfère un cas* ». Quand on lui a demandé comment vous faites pour gérer votre stress elle nous a déclaré que « *quand je rentre à la maison, je vois mes enfants je change, j'oublie le stress, si non on ne va pas s'en sortir* ». Par rapport à son vécu professionnel, on a constaté que, ses années de service sont passées par une régularité de son rythme de travail, elle a travaillé un peu partout, dans des PMI des EPSP et des hôpitaux, elle nous a dit « *je n'ai jamais regretté ce métier, j'ai eu beaucoup d'expérience, je connais très bien la conduite à tenir avant que le médecin me dise quoi faire* ».

### **AXE 3) : Informations sur le traumatisme secondaire**

Sihem nous a informés qu'elle a vécu des événements bouleversants dans le cadre de son métier en disant « *oui, bien sûr, j'ai déjà assisté à des accouchements dystociques, qui m'ont bouleversés* ». Ensuite on lui a demandé comment avez-vous réagi lors de ces événements bouleversants, elle nous a déclaré que « *on essaie de gérer la situation, il faut garder son sang froid devant le cas, il ne faut pas paniquer, ça ne sert à rien* ».

On lui a demandé est-ce que vous revivez les événements bouleversants que vous avez vécu durant votre carrière elle nous a dit « *oui, je revis certains moments bouleversants, surtout, quand j'ai un problème que je n'arrive pas à régler* ».

Par rapport à la manière dont elle parle avec ses collègues et proches elle a répondu « *je leur parle intelligemment pour ne pas les stresser, pour les proches j'évite de leur parler, je ne mélange pas ma vie privée, avec ma vie professionnelle* ». Sihem nous a fait savoir qu'il y avait des répercussions sur sa vie quotidienne en disant « *oui, bien sûr, il y a des répercussions parce que, c'est un métier délicat, il y a toujours des risques imminents* ». Pour conclure, nous avons remercié Sihem de nous avoir donné de son temps pour pouvoir participer à cette recherche et lui avons souhaité une bonne continuation, elle nous a remercié, elle aussi, en retour et nous a dit qu'elle était ravie d'avoir participé à faire cette recherche.

Nous allons présenter dans ce qui suit les résultats de Sihem des deux échelles MBI et le STSS.

## 2) Présentation et analyse des résultats de l'échelle MBI de Sihem

**Tableau N° 23 : Résultats du questionnaire MBI de Sihem**

Dimensions du burn out	Score	Niveau de chaque dimension	Score moyen du burn out	Niveau du burn out
Épuisement émotionnel	37	Elevé	30	Elevé
Dépersonnalisation	4	Bas		
Accomplissement Personnel	39	Modéré		

Le tableau ci-dessus, représente les résultats de l'échelle du MBI de Sihem, d'après ces résultats on constate qu'elle présente un degré de burnout élevé avec un score moyen de 30 qui est, Sihem présente un degré élevé avec un score de 37 dans la dimension de l'épuisement émotionnel, ensuite dans la seconde dimension dépersonnalisation elle a eu 4 qui représente un degré bas, et dans la dernière dimension elle présente un degré modéré d'accomplissement personnel.

## 3) Présentation et analyse des résultats de l'échelle STSS de Sihem

**Tableau N° 24 : Résultats du questionnaire STSS de Sihem**

Dimension du STS	Score	Total	Moyenne	Degré STS
Intrusion	14	49	16.33	Sévère
Évitement	18			
Eveil	17			

Le tableau ci-dessus, représente les résultats de l'échelle STS de Sihem, à partir de ces résultats on constate un degré sévère de traumatisme secondaire avec un score de 49, notamment elle a obtenue dans la première sous-échelle intrusion 14, signe de présent de pensées envahissantes répétitives qui provoquent un sentiment de détresse, ensuite elle a eu dans la deuxième sous-échelle de l'évitement 18, où a constaté des comportements d'évitement par rapport aux pensées et souvenirs en lien avec les événements bouleversants.

Pour conclure elle a obtenu dans la sous-échelle intitulé éveil 17, où on a constaté une hypervigilance ainsi qu'un sommeil perturbé.

## **Cas N° 11 : Kahina**

### **1) Présentation et analyses des données de l'entretien semi-directif de Kahina**

Nous avons rencontré Kahina dans un bureau avant la pause de midi les environs 11h30, nous nous sommes présentés autant que masterant en psychologie clinique, et lui avons expliqués le but de notre recherche, ainsi que l'objectif des questions de notre guide, elle était d'accord et contente de pouvoir contribuer à cette recherche, Mme Kahina est âgée de 38 ans, elle est mariée et a trois enfants.

#### **AXE 1) : Informations sur la profession de sage-femme**

Mme Kahina a fait une formation de 3 ans entre théorie et pratique, qui selon ses dires était une formation accélérée, elle a fait aussi une formation d'échographie, quand on lui a posé la question sur ce qu'est une sage-femme, elle a répondu en disant « *guerrière hahah ! Sincèrement, je te jure ! Hahaha ! C'est une vrais guerrière, surtout chez nous, à vrais dire les gens chez nous n'ont pas une éducation sanitaire, nos femmes aussi ne sont pas préparées, elles voient toujours la sage-femme comme une ennemie, normalement chaque femme enceinte doit faire une psychoprophylaxie au moins deux séances pour une meilleur préparation* », Kahina a 13 ans d'expérience au sein de l'EPH d'Akbou.

#### **AXE 2) : Informations sur le burnout**

Mme Kahina nous a informé que le rythme de travail est très difficile surtout pendant la matinée, elle a surtout mis l'accent sur l'influence qu'a son rythme de travail sur son sommeil en disant « *personnellement, j'ai un sommeil perturbé, je ne me suis jamais endormis pendant une nuit complète, dès que je m'endors une heure je me réveille, j'ai un sommeil grave perturbé d'ailleurs je me réveille tout le temps fatigué* », Kahina semble montrée des signes symptomatiques de burnout, notamment une fatigue physique et psychique, ainsi qu'un sommeil fortement perturbé, elle a continué en disant qu'elle subissait souvent une pression surtout avec les patientes, qu'elle a qualifié en disant « *hahaha ! Très souvent* ».

Pour ce qui est de la manière dont elle gère son stress elle a rétorqué en disant « *sincèrement moi quand je stresse je ne fais que pleurer* », elle a rajouté aussi qu'elle avait recours à un médicament appelé YSOPTYL pour soigner ses migraines. Kahina a qualifié son vécu de moyen, « *le métier en lui-même je n'ai rien à dire dessus, mais notre société... ! Les gens, voient toujours la sage-femme comme leur ennemi, alors qu'une sage-femme c'est un ange sincèrement, des fois on met de coté nos familles rien que pour venir en aide en cas de besoin, ou de manque d'effectif* ».

### **AXE 3) : Informations sur le traumatisme secondaire**

Notre première question consistait en le fait d'avoir vécu des événements bouleversants dans l'exercice de son métier, elle a répondu « *oui, j'ai vécu des pertes que ça soit un bébé, ou une maman* », auquel elle a réagi en disant « *la peur, le stress, la panique....pleins de sentiments, c'est difficile, c'est des situations auxquelles on ne s'attendait pas, surtout que je viens de repensé à un cas, ouffff...!* ».

Mme Kahina a fondu en larme en disant « *c'est un métier très difficile je te jure, ça me rends fragile, ça m'est arrivé plusieurs fois, genre je vois une femme qui a des contractions je ressent sa souffrance* », Mme Kahina a montré une forte empathie par rapport à ses patientes, ainsi que la présence de pensées envahissantes, et de réviviscence, qui sont des signes de traumatisme secondaire, après avoir réagi en pleurant aux questions précédentes.

Nous avons pris le soin de laisser Mme Kahina respirer et reprendre son souffle afin de continuer avec le reste des questions.

On a repris en lui posant la question sur la manière dont elle réagissait par rapport au fait d'entendre le mot « femme enceinte » elle répondu en disant « *ça dépend, ça change tout dépend de mon moral, des fois pfff... ! Des fois normal, c'est des événements, c'est une femme enceinte et puis voila* ».

Elle nous a informé aussi que tout les moments difficiles avaient des répercussions sur sa vie quotidienne en disant « *oui, le stresse nous suit à la maison, la preuve des fois je n'arrive pas à dormir la nuit, pas souvent mais des fois oui* ».

Elle a rajouté en disant « *il faut préparer une femme enceinte à l'accouchement, une femme préparée peut nous aider, alors qu'une qui ne l'est pas, dès qu'elle nous voit son visage change, alors qu'une bonne préparation va aider les deux camps que ça soit nous ou elle* ».

## 2) Présentation et analyse des résultats du questionnaire de MBI

**Tableau N° 25 : Résultats du questionnaire de MBI de Mme Kahina**

Dimensions du burn out	Score	Niveau de chaque dimension	Score moyen du burn out	Niveau du burn out
Épuisement émotionnel	31	Elevé	23	Elevé
Dépersonnalisation	7	Modéré		
Accomplissement Personnel	31	Bas		

Le tableau ci-dessus, représente les résultats de l'échelle du MBI de Mme Kahina, d'après ces résultats on constate qu'elle présente un degré de burnout élevé avec un score moyen de 23.

Dans la dimension d'épuisement émotionnel, Kahina a obtenu un score de 31 qui représente un degré élevé, dans la dimension de dépersonnalisation elle a obtenu un score de 7 qui reflète un degré modéré, notamment un faible accomplissement personnel avec un score de 31 qui représente un degré bas.

## 3) Présentation et analyse des résultats de l'échelle STSS de Mme Kahina

**Tableau N° 26 : Résultats du questionnaire STSS de Mme Kahina**

Dimension du STSS	Score	Total	Moyenne	Degré
Intrusion	13	41	13.66	Modéré
Evitement	15			
Eveil	13			

Le tableau ci-dessus, représente les résultats de l'échelle STSS de Mme Kahina, à partir de ces résultats on constate un degré modéré de traumatisme secondaire avec un score de 41.

Dans la sous-échelle d'intrusion, Mme Kahina a obtenu un score de 13, qui semble nous montrer la présence de pensées envahissantes ainsi que des souvenirs répétitifs. Dans la sous-échelle d'évitement, où elle a obtenu un score de 15, qui reflète des efforts visant à éviter les souvenirs, les pensées, les sentiments en lien avec l'évènement provoquant un sentiment de détresse. Enfin, dans la sous-échelle d'éveil, elle a obtenu un score de 13 qui reflète la présence de comportement d'irritabilité, des difficultés de concentration, ainsi qu'une hypervigilance.

## **Cas N° 12: Nassima**

### **1) Présentation et analyse des données de l'entretien semi-directif de Nassima**

Après nous être présenté, à Mme Nassima, autant que masterant en psychologie clinique qui a montré un intérêt considérable pour notre thématique, elle nous a permis de lui poser les questions de notre guide d'entretien. Nous l'avons rencontré le matin vers 11 h dans un bureau. Son entretien a duré environ 12 minutes. Nassima est âgée de 42 ans, mariée elle a 2 enfants.

#### **AXE 1) : Informations sur la profession de sage-femme**

Nassima a eu une réaction direct et sans hésitation comme réponse à notre première question qui était, parlez nous de votre formation de sage-femme, elle rétorqué « *si c'était quelque chose à refaire jamais je le ferais* », Mme Nassima nous a informé qu'elle n'avait pas fait d'autre formation, elle nous raconte qu'au début elle était dans le domaine de la comptabilité, on disant « *c'est mon père qui m'a poussé à travailler autant que sage-femme* ».

Elle nous a informé qu'elle travaillait autant qu'anesthésiste, on a remarqué qu'elle était contrarié on disant « *et voila je travaille avec des femmes, voila je paie le prix* », on lui posant la question sur ce qu'est une sage-femme pour elle, elle nous signalée en disant « *ici à la maternité d'Akbou la sage-femme, c'est elle le pilier de ce service, toute la responsabilité lui retombe dessus* ». Nassim a 15 ans d'expérience autant que sage-femme à l'hôpital d'Akbou.

#### **AXE 2) : Informations sur le burnout**

Mme Nassima travail dans la journée de 8h à 16h, on lui posant la question si son rythme de travail influence la qualité de son sommeil, elle répond « *non ! Le travail ce n'est pas fatigant*



*parce qu'on est venu pour travailler, ce qui est fatiguant c'est le fonctionnement de ce service », on constate des signes de burnout notamment la première dimension qui est l'épuisement émotionnel, Nassima nous a informé qu'elle n'avait aucun soucis avec l'administration concernant la pression exercée au sein du service, par contre elle déclare « sauf quelques patientes, mais bon ça reste des patientes »*

À propos de la question sur la manière dont elle gère son stress, elle nous a informé on disant « *mon stress hahaha !! Mon stress vraiment....ouffff !! Il me déprime des fois je sors d'ici avec 3 mois de congé maladie directement vers le psychiatre, moi de tout façon le stress me tue, même si je sais que ça vaut pas la peine mais voilà ça me stress»,*

On constate que Nassima présente un stress fort et a souvent eu des épisodes de dépression ce qui est un signe de présence d'un burnout, on lui posant la question sur son vécu par rapport aux différentes années autant que sage-femme, elle nous signale en disant « *si je pouvais revenir en arrière jamais je vais le faire, je vais jamais conseiller ce métier à mes enfants ».*

### **AXE 3) : Informations sur le traumatisme secondaire**

La première question était en rapport avec le fait d'avoir vécu des événements bouleversants pendant l'exercice de son métier, Nassima nous réponds en disant qu'elle n'avait jamais perdu une patiente, ou un bébé, cependant on lui demandant si elle revivait les moments difficiles elle rétorque en disant « *oui je revis pendant la journée les moments difficiles, même pendant les jours de repos je les revis, sauf que pendant mon sommeil je prends des médicaments qui me plongent dans un sommeil profond, donc je dors, les médicaments ont un fort effet sur moi d'ailleurs mes collègues ont essayé de me reveiller je leur ai dis non pas encore, hahaha ! Je ne suis pas encore reveillé ».*

Quand on lui a demandé comment elle pouvait en parler avec ses collègues et sa famille elle a répondu « *je boude, je préfère ne pas en parler surtout avec des femmes alors je garde tout pour moi ! »,* Nassima nous a fait savoir qu'il y avait des repercussions sur sa vie quotidienne, en disant « *oui des fois quand je sors énervé et stressé ça retombe sur mes enfants »,* pour finir on lui a posé la question sur comment elle réagissait quand elle entendait le mot «femme-enceinte », elle répond « *je déteste ce mot ! Je déteste croiser une femme enceinte que ça soit dans la rue ou dans les fêtes je hais ça ». À la fin elle a rajoute « un métier ou il n'y a pas d'homme pour gérer*

*l'organisation d'un service ça ne va jamais marcher, les femmes gèrent avec des sentiments et notre organisation est défailante ».*

Nous allons dans ce qui suit présenté les résultats de Mme Nassima des deux échelles MBI et le STSS.

## 2) Présentation et analyse des résultats du questionnaire de MBI

**Tableau N° 27 : Résultats du questionnaire de MBI de Mme Nassima**

Dimensions du burn out	Score	Niveau de chaque dimension	Score moyen du burn out	Niveau du burn out
Épuisement émotionnel	42	Elevé	25	Elevé
Dépersonnalisation	9	Modéré		
Accomplissement personnel	24	Bas		

Le tableau ci-dessus, représente les résultats de l'échelle du MBI de Mme Nassima, d'après ces résultats on constate qu'elle présente un degré de burnout élevé avec un score moyen de 25.

Mme Nassima a obtenu un score de 42 qui représente un degré élevé dans la dimension d'épuisement émotionnel dont les items sont : 1.2.3.6.8.13.14.16.20, là où elle a répondu « chaque jour » à l'item 1 « *je me sens émotionnellement vidé par mon travail* », l'item 2 « *je me sent « à bout à la fin de ma journée de travail* », ainsi que l'item 3 « *je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail* ». Dans la deuxième dimension du burnout qui est la dépersonnalisation dont les items sont : 5,10,11,15,22, Nassima a obtenu un score de 9 qui représente un degré modéré, on constate des signes de dépersonnalisation chez Nassima, notamment dans l'item 10 « *je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail* » là où elle a répondu « chaque jour », ainsi que l'item 11 « *je crains que ce travail m'endurcisse émotionnellement* » où elle a répondu « quelques fois par mois ».

On constate aussi un degré bas avec un score de 24 d'accomplissement personnel dont les items sont : 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19,21, là où elle a coché « jamais » dans l'item 9 « *j'ai l'impression*

à travers mon travail d'avoir une influence positive sur les gens », et l'item 12 « je me sens plein(e) d'énergie », dans l'item 20 Nassima a coché la case « quelque fois par moi », dans l'item 20 « je me sens au bout du rouleau ».

### 3) Présentation et analyse des résultats de l'échelle STSS de Mme Nassima

**Tableau N° 28 : Résultats du questionnaire STSS de Mme Nassima**

Dimension du STSS	score	Total	Moyenne	Degré STS
Intrusion	14	54	18	Elevé
Evitement	25			
Eveil	15			

Le tableau ci-dessus, représente les résultats de l'échelle STSS de Mme Nassima, à partir de ces résultats on constate un degré élevé de traumatisme secondaire avec un score de 54.

En effet, on constate que Nassima présente un degré élevé de STS, que nous pouvons constater grâce à la sous-échelle d'intrusion avec un score de 14, dont les items sont : 2, 3, 6, 10 et 13, qui reflète la présence de souvenirs répétitifs et envahissants, où elle a coché la case « souvent » notamment dans l'item 2 « mon cœur a commencé à palpiter quand j'ai pensé à mon travail avec les clients », ainsi que l'item 3 « C'était comme si je revivais le(s) trauma(s) expérimenté(s) par mon (mes) client(s) », notamment dans l'item 10 « Des rappels de mon travail avec des patients me bouleversent », où Nassima a coché la case « occasionnellement ».

Dans la sous échelle évitement, dont les items sont : 1, 5, 7, 9, 12, 14 et 17, qui reflète des efforts visant à éviter les souvenirs, les pensées, les sentiments en lien avec l'évènement provoquant un sentiment de détresse. Nassima a obtenu un score de 25, où elle a coché la case « Très souvent » dans l'item 7 « J'avais peu d'intérêt à côtoyer d'autres personnes », et l'item 12 « J'ai évité les gens, les endroits, ou les choses qui m'ont rappelé mon travail avec les client(s) », ensuite elle a coché la case « souvent », dans l'item 9 « J'étais moins actif(ve) que d'habitude » ainsi que l'item 14 « J'ai voulu éviter de travailler avec quelques clients ».

Enfin, dans la dernière sous-échelle qui est l'éveil dont les items sont : 4, 8, 11, 15 et 16, Nassima a obtenu un score de 15, ce qui indique la présence de symptômes qui caractérisent l'éveil tel que des difficultés de concentration et d'irritabilité, notamment dans l'item 11 « J'avais des

difficultés de concentration », et l'item 8 « *Je me suis senti(e) nerveux (se)* » où elle a coché la case « très souvent ».

### **Cas N°13 : Fadhila**

#### **1) Présentation et analyse des données de l'entretien semi-directif Mme fadhila**

Nous nous sommes présentés à Mme Fadhila autant que des étudiants en master 2 en psychologie clinique, elle était impatiente et très ravie de participer à cette recherche, Mme fadhila est âgée de 47 ans mariée, elle a deux enfants.

#### **AXE 1) : Informations sur la profession de sage-femme**

Mme Fadhila nous a informés qu'elle avait fait ses études à Tizi-ouzou, pendant trois ans dans le paramédical, après avoir eu son bac en 1999, elle nous a dit aussi « *je n'ai jamais suivis d'autre formation* », en lui posant la question sur ce qu'est une sage-femme pour elle, elle a rétorqué en disant « *c'est un métier noble, pour moi la sage-femme est une personne noble* ». Mme Fadhila a 23 ans d'expérience, elle a exercé à l'EPH d'Akbou pendant vingt-trois ans à ce jour, elle nous a ajouté aussi, qu'elle exerçait ce métier depuis 1999.

#### **AXE 2) : Informations sur le burnout**

En lui posant la question sur son rythme de travail, elle a répondu « *je travaille, avec un rythme maximal et élevé, ici je fais tout, je pose le diagnostic, je prescris des médicaments, j'ai même le droit de faire une admission pour une femme enceinte* ». On lui a demandé si son rythme de travail influence son sommeil, auquel elle a répondu en disant « *oui, bien sûr avant quand je travaillais la garde de nuit, j'avais des insomnies, j'ai aussi un problème au niveau de la colonne vertébrale, déjà actuellement, je suis en poste aménagé* ».

Mme Fadhila nous a informé qu'elle subissait beaucoup de pression de la part de l'administration, notamment venant des patientes et leurs entourages en disant « *oui, beaucoup de pression de la part de l'administration et de l'entourage des patientes, c'est vraiment un harcèlement moral* ». Quand on lui a demandé comment elle faisait pour gérer son stress elle a

répondu en disant « *je n'ai pas de stress quand je travaille, j'ai le sang froid, j'ai aucun problème* ». Par rapport à son vécu professionnel on a constaté que, ses premières années de service se sont bien passé mais, ses dernières années, elles sont différentes en disant « *le début de ma carrière, c'était bien, durant les années d'or, ensuite avec le temps tout a changé, maintenant il y a un conflit de génération entre les anciennes et les nouvelles, maintenant j'attends la retraite anticipée* ».

### **AXE 3) : Informations sur le traumatisme secondaire**

Mme Fadhila nous a informé qu'elle a vécu des événements bouleversant dans le cadre de son métier en disant « *oui, bien sûr, quand il y a un décès maternel, les inversions utérines aussi* ». Ensuite nous lui avons demandé est ce que vous revivez les événements bouleversants que vous avez vécus durant l'exercice de votre métier, elle nous a dit « *non je ne revis pas ces événements* ».

Par rapport à la manière dont elle parle avec ses collègues et proches elle a répondu « *pour ma famille je ne leur parle pas, pour les collègues, actuellement, il n'y a pas d'entente ce n'est pas comme avant, il y a un conflit de génération* ». Quand on lui a posé la question sur comment elle réagissait quand elle entendait le mot « femme enceinte », elle a répondu « *quand j'entends ce mot ça me choque* ». Fadhila nous a fait savoir qu'il n'y avait pas de répercussions sur sa vie quotidienne en disant « *non, il n'y a pas de répercussions, dieu merci* ».

Nous avons remercié Mme Fadhila de nous avoir donné de son temps pour pouvoir participer à cette recherche et lui avons souhaité une bonne continuation, elle nous a remercié elle aussi en retour et nous a dit qu'elle était ravi d'avoir participé à cette recherche.

## **2) Présentation et analyse des résultats de l'échelle MBI de Mme Fadhila**

**Tableau N° 29 : Résultats du questionnaire MBI de Mme Fadhila.**

<b>Dimension du burnout</b>	<b>Score</b>	<b>Niveau de Chaque dimension</b>	<b>Score moyen du burnout</b>	<b>Niveau du burnout</b>
Epuisement émotionnel	49	élevé	32	modéré
Dépersonnalisation	0	bas		
Accomplissement Personnel	47	élevé		

Le tableau ci-dessus, représente les résultats de l'échelle du MBI de Mme Fadhila, d'après ces résultats on constate qu'elle présente un degré de burnout modéré avec un score moyen de 32, Mme Fadhila obtenue un score de 49 dans la dimension de l'épuisement émotionnel qui d'un degré élevé, ensuite dans la seconde dimension de dépersonnalisation elle présente un degré bas avec un score de 0, et dans la dernière dimension intitulé accomplissement personnel elle a eu 47 qui est d'un degré élevé.

### 3) Présentation et analyse des résultats de l'échelle STS de Mme Fadhila

**Tableau N° 30 : Résultats du questionnaire STS de Mme Fadhila**

Dimension du STS	score	Total	Moyenne	Degré STS
Intrusion	7	33	11	Léger
Evitement	14			
Eveil	12			

Le tableau ci-dessus, représente les résultats de l'échelle STSS de Mme Fadhila, à partir de ces résultats on constate un degré léger de traumatisme secondaire avec un score de 33, notamment elle a obtenue dans la première sous-échelle intrusion 7, ensuite elle a eu dans la deuxième sous-échelle de l'évitement 14, pour conclure elle a obtenue dans la sous-échelle intitulé éveil 12.

### Cas N°14 : Dahbia

#### 1) Présentation et analyse des données de l'entretien semi-directif de Mme Dahbia

Nous nous sommes présentés à Mme Dahbia autant qu'étudiants en master 2 en psychologie clinique, elle était impatiente et très ravie de participer à cette recherche, Mme Dahbia est âgée de 43 ans mariée, elle a trois enfants.

#### AXE 1): Informations sur la profession de sage-femme

Mme Dahbia nous a informés qu'elle avait fait ses études à l'institut national paramédical d'Aoukas wilaya de Bejaia, pendant cinq ans, plus elle a fait une année de stage à l'hôpital de

Bejaia, en lui posant la question sur ce qu'est une sage-femme pour elle a rétorquée « *c'est une femme sage, elle accompagne la femme pour le bonheur* ». Mme Dahbia a 17 ans d'expérience, elle a exercé à l'EPH d'Akbou pendant 17 ans à ce jour, depuis 2005.

### **AXE 2) : Informations sur le burnout**

En lui posant la question sur son rythme de travail, elle a répondu « *je travaille avec un rythme normal, il y a des moments où je travaille avec un rythme chargé, selon la situation de la patiente* ». On lui a demandé si son rythme de travail influence-t-il son sommeil auquel elle a répondu en disant « *oui, bien sûr, déjà j'ai du mal à dormir, même quand je suis à la maison, j'ai l'impression d'être à l'hôpital, je suis toujours vigilante et éveillé, quand je suis à la maison je me réveille au milieu de la nuit* ».

Mme Dahbia nous a informé qu'elle subissait beaucoup de pressions de la part de l'administration, notamment les patientes et leurs entourages en disant « *oui, je subis de la pression toujours, de la part de l'administration, et des patientes et leur entourage* ». Quand on lui demandait comment elle faisait pour gérer son stress elle a répondu en disant « *je pratique du sport, et j'aime faire le ménage, du jardinage* ». Par rapport à son vécu professionnel on a constaté que, ses dix premières années de service sont bien passées elle était curieuse de découvrir son métier mais, ses sept dernières années elles sont différentes en disant « *les dix premières années, j'aimais lire sur la physiologie de l'accouchement, j'aimais partager le bonheur avec mes collègues, et j'adorais découvrir mon métier, mais mes sept dernières années, c'est l'épuisement, la fatigue et le stress* ».

### **AXE 3) : Informations sur le traumatisme secondaire**

Mme Dahbia nous a informé qu'elle a vécu des événements bouleversants dans le cadre de son métier en disant « *oui, bien sûr, beaucoup d'événements bouleversants, mais j'essaie de garder le sang froid* ». Ensuite nous lui avons demandé est-ce que vous revivez les événements bouleversants que vous avez vécus durant l'exercice de votre métier, elle nous a dit « *ça dépend, quand je suis triste ça m'arrive de penser à ces événements, mais pas toujours* ». Par rapport à la manière dont elle parle avec ses collègues et proches elle a répondu « *ça dépend, il y a des moments où je parle à mon mari en pleurant, et je parle aussi avec mes collègues avec un langage professionnel, même avec le médecin de service* ». Quand on lui a posé la question sur comment elle

réagissait quand elle entendait le mot « femme enceinte », elle a répondu « *quand j'entends ce mot, je ressens du bonheur de la joie, ça me fait plaisir* ». Dahbia nous a fait savoir qu'il n'y avait pas de répercussions sur sa vie quotidienne en disant « *non, il n'y a pas de répercussion, moi je ne mélange pas mon travail et ma vie privée j'évite* ». Nous avons remercié Mme Dahbia de nous avoir donné de son temps pour pouvoir participer à cette recherche et lui avons souhaité une bonne continuation, elle nous a remercié, elle aussi, en retour et nous a dit qu'elle était ravie d'avoir participé à faire cette recherche.

Nous allons dans ce qui suit présenter les résultats du questionnaire MBI et l'STSS de Mme Dahbia.

## 2) Présentation et analyse des résultats de l'échelle MBI de Mme Dahbia

**Tableau N° 31 : Résultats du questionnaire MBI de Mme Dahbia**

Dimension du Burnout	Score	Niveau de Chaque dimension	Score moyen du burnout	Niveau du Burnout
Epuisement émotionnel	31	Elevé	27	Elevé
Dépersonnalisation	13	Elevé		
Accomplissement Personnel	37	Modéré		

Le tableau ci-dessus, représente les résultats de l'échelle du MBI de Mme Dahbia, d'après ces résultats on constate qu'elle présente un degré de burnout élevé avec un score moyen de 27, Mme Dahbia obtenue un score de 31 dans la dimension de l'épuisement émotionnel qui représente un degré élevé, ensuite dans la seconde dimension dépersonnalisation elle a eu 13 qui d'un degré élevé, et dans la dernière dimension intitulé accomplissement personnel, elle a eu 37 qui représente un degré modéré.

## 3) Présentation et analyse des résultats de l'échelle STSS de Mme Dahbia

**Tableau N° 32 : Résultats du questionnaire STSS de Mme Dahbia**

Dimension du STS	Score	Total	moyenne	Degré STS
Intrusion	10	34	11.33	léger
Evitement	10			
Eveil	14			



Le tableau ci-dessus, représente les résultats de l'échelle STSS de Mme Dahbia, à partir de ces résultats on constate un degré léger de traumatisme secondaire avec un score de 34, elle a obtenue dans la première sous-échelle d'intrusion 10 qui fait référence aux pensées envahissantes et répétitives qui provoquent des sentiment de détresse, ensuite elle a eu dans la deuxième sous-échelle de l'évitement 10 qui fait référence à des comportements d'évitement des souvenirs et des lieux provoquants des sentiments de détresse, pour conclure elle a obtenue dans la sous-échelle d'éveil 14 signe de présence d'une hypervigilance.

## Cas N° 15 : Narimane

### 1. Présentation et analyse des données de l'entretien de semi-directif de Narimane

Après nous être présenté à Mme Narimane, qui était très coopérative, curieuse et souriante, a répondu favorablement à notre requête, elle nous a permis de lui poser les questions de notre guide d'entretien. Nous l'avons rencontré le soir vers 20 h dans le service de maternité de l'hôpital d'Akbou, son entretien à durée environ 17 minutes. Sage-femme depuis trois ans et demi, Narimane est âgée de 27ans et est fiancée.

#### AXE 1) : Informations sur la profession de sage-femme

Narimane nous a informés qu'elle a suivis sa formation au CHU de Bejaia et à l'EPH de Amizour, elle nous a dit « *la formation de sage-femme, est une formation qui se fait, dans le paramédical en Algérie, c'est une formation de cinq ans, entre pratique et théorie, il y a trois instituts nationaux et supérieur de sage-femme en Algérie qui forment les sages-femmes, en plus des annexes* ». Narimane nous a déclaré aussi « *non, je n'ai jamais suivis d'autre formation en dehors de ma formation de sage-femme* ».

Lorsqu'on lui a demandé ce qu'est une sage-femme selon vous, elle nous a répondu que « *c'est la personne qui accompagne la femme enceinte durant sa grossesse, son accouchement, et le postnatal, et elle accompagne le couple à vrai dire* ». Ensuite on lui a demandé depuis quand vous êtes dans la pratique, elle nous a dit « *en deuxième année de ma formation, et trois ans et demi d'expérience après ma formation* ». Narimane nous a dit quand on lui a demandé est ce que vous avez déjà exercé dans d'autre établissement de santé, elle nous a répondu « *oui, j'ai fait mes formations de pratique, et mes stages, au CHU de Bejaia, et Amizour* ». Pour clôturer ce premier

axe de notre guide d'entretien, on lui a aussi ajouté depuis quand exercer vous dans ce service actuel, elle nous a déclaré « *depuis trois ans et demi* ».

### **AXE 2) : Informations sur le burn out**

À la première question de cet axe qui est en relation, entre le rythme du travail, le suivi des patientes, ainsi qu'aux consultations de contrôles et la réception des nouveaux cas, Narimane nous a informé en disant « *je peux dire que c'est un rythme anarchique, il change à chaque fois, il change selon la garde, selon la disponibilité des gynécologues* ».

Dans la seconde question de cet axe de burnout, qui stipule le rythme de travail influence-t-il la qualité de votre sommeil, Narimane nous a déclaré que, « *oui, bien sûr à chaque fois on travaille beaucoup, à chaque fois le sommeil diminue, des fois même si tu rentres à la maison pour te reposer, mais tes pensées sont toujours fixées sur la maternité, le stress il est toujours élevé* ».

Dans la troisième question de cet axe, on a interrogé Narimane, est ce que vous subissez de la pression de la part de l'administration, en rapport avec le fonctionnement de votre service, et de la part des patientes, et leur entourage, elle nous dit que, « *oui, exactement parce qu'il y a un manque de sage-femme, donc à chaque fois l'administration, et le chef de service, toujours ils vous demandent de faire des gardes en plus, à chaque fois, il nous font des ordres de service, à chaque fois, ils nous appellent, on subits toujours une pression* ».

Quand on lui a demandé comment faite vous pour gérer votre stress ? Narimane a rétorqué « *pendant le travail on essaie toujours de garder notre calme, même si dans notre esprit on a un énorme stress, à chaque fois j'essaie de gérer, et ne pas montrer à la patiente qu'on n'est stressé, c'est vraiment difficile, déjà une sage-femme qui a l'air stressé, elle va influencer la femme enceinte qui l'est encore plus, pour gérer le stress je fais des siestes et parfois des sorties* ».

On lui a posé la question, quel est votre vécu des différentes années de sage-femme, elle nous a dit « *une mauvaise expérience, une expérience très stressante, un métier très stressant, qui peu engendrer une démotivation au travail* ».

### **AXE 3) : Informations sur le traumatisme secondaire**

Quand nous lui avons demandé si vous avez déjà vécu des événements bouleversants, dans le cadre de l'exercice de votre métier elle nous a répondu « *oui, durant le début de ma carrière, il y avait une femme qui avait une hypertension, elle était dans une situation compliquée ils l'ont*

*évacué de Tazmalt à Akbou, après il y avait un énorme problème par rapport à la paperasse tout ce qui concerne l'administration, ce que je ne comprenais pas à cette époque vu que j'étais encore nouvelle, au moment de l'arrivée de cette femme, j'étais en salle d'accouchement, j'avais aucune consigne sur elle, un médecin et une autre sage-femme avaient décidé rapidement que cette femme devait être évacué vers Bejaia, le souci, c'est que, ils ne savaient pas qui devait faire l'évacuation, est ce que c'est l'infirmier qui l'a ramené de Tazmalt, ou bien c'est l'une des sage-femme d'Akbou, il y avait un mal entendu, en plus de ça, la femme enceinte n'avait pas ses papiers d'évacuation de Tazmalt, ensuite, le directeur de garde il m'a appelé, il m'a dit des propos indécent, après il m'a dit on doit rectifier l'erreur de la sage-femme de Tazmalt, car c'est elle qui devait la ramener ici, il m'a dit tu dois partir à Bejaia, et te présenter comme si tu étais la sage-femme de Tazmalt pour la couvrir, ensuite, moi je lui est dit je ne couvre personne, il a raccroché sur moi, après quand elle est arrivée à Thargua, elle a subi une césarienne en urgence, après dix jours elle a eu une complication et elle est décédée, après il y a eu une enquête, à chaque fois je pars à la DSP, et ils me disent que c'est vous la fautive et j'ai eu beaucoup d'accusations à mon encontre, j'ai subi un énorme stress ». Elle a ajouté un commentaire en disant « quinze jours, c'était mon début de carrière avec toutes ses accusations, c'est une grande pression ».*

À ce stade de l'entretien, nous lui avons demandé est ce que vous revivez les moments difficile que vous avez vécu, pendant l'exercice de votre métier, elle nous a déclaré « oui, à chaque fois ça se reproduit, toujours parce qu'il n'y a pas de solutions ».

On lui a demandé quelle est votre réaction, quand vous entendez le mot, « femme enceinte », elle a répondu en disant « (rire) ha haha..., normal ». En ce qui concerne la question qui stipule, de quelle manière pouvez-vous en parler avec vos collègues et votre famille ?, elle nous a répondu « avec mes collègues, on parle d'une manière professionnelle bien sûr, on cherchera toujours une solution professionnelle, mais avec la famille, c'est un secret professionnel, tout ce qui concerne le travail ça reste ici ».

Dans cette avant-dernière questions, nous avons demandé à notre cas, est ce que cela a des répercussions sur votre vie quotidienne, (avec vos amis, votre famille, votre partenaire et vos enfants) elle nous a dit « oui, bien sûr, je m'énerve rapidement, mon caractère a changé par rapport aux années précédentes ».

Après avoir posé toutes nos questions, nous avons demandé à Narimane, si elle avait d'autres choses à rajouter, elle nous a fait part « *le métier de sage-femme, est un métier très stressant, et que l'autorité compétente algérienne ne lui a pas donné d'importance, le fait qu'on a accepté de travailler dans ce domaine on assume, la sage-femme ne peut pas supporter tout ça* ». Narimane a conclu l'entretien en nous remerciant, nous l'avons remercié en retour d'avoir accepté de participer à notre recherche et d'avoir été coopérative, patiente et spontanée tout au long de l'entretien.

Pour donner plus de détails, nous allons présenter les résultats de Narimane des deux Échelles MBI, et le STSS.

## 2) Présentation et analyse des résultats du questionnaire de MBI

**Tableau N° 33 : Résultats du questionnaire de MBI de Narimane**

Dimensions du burn out	Score	Niveau de chaque dimension	Score moyen du burn out	Niveau du burn out
Epuisement Emotionnel	47	Elevé	26.33	élevé
Dépersonnalisation	8	Modéré		
Accomplissement Personnel	24	Bas		

Le tableau ci-dessus, représente les résultats de l'échelle du MBI de Narimane, d'après ces résultats on constate qu'elle présente un degré de burnout élevé avec un score moyen de 26.33. Narimane a obtenu un score de 47 dans la dimension d'épuisement émotionnel dont les items sont : 1.2.3.6.8.13.14.16.20 on constate qu'il y a une fatigue considérable notamment dans l'item 2 « *je me sens « à bout » à la fin de ma journée de travail* » où elle a coché la case « *chaque jour* » ainsi que l'item 3 « *je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée* » ou elle a coché la case « *chaque jour* », notamment l'item 6 ou elle a coché la case « *chaque jour* » dont l'item est « *travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort* » ce qui représente un degré élevé.

Dans la dimension de dépersonnalisation Narimane a obtenu un score de 8 dont les items sont : 5, 10, 11, 15, 22, là où Narimane a coché dans l'item 5 « *quelques fois par année au moins* », notamment dans l'item 10 intitulé « *je suis devenue plus insensible aux gens depuis que J'ai ce travail* » ou elle a coché la case « *quelques fois par mois* ». Et aussi, dans l'item 11 intitulés « *je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement* » ou elle a coché la case « *quelques fois par année au moins* ». Également dans l'item 15 intitulés « *je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive a certains de mes malades* ». Où elle a coché la case de « *quelques fois par année au moins* ». Dans l'item 22 intitulé « *j'ai l'impression que mes malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes* ». Où elle a coché la case « *quelques fois par année au moins* ». Qui représente un degré modéré de dépersonnalisation.

On ne remarque pas un sentiment d'efficacité dans la réalisation de ses tâches ainsi qu'un degré bas de sentiment d'accomplissement personnel. Avec un score de 24 qui représente un degré bas d'accomplissement personnel, dont les items sont : 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21, là où elle a manifesté un sentiment d'accomplissement bas notamment dans l'item 19 qui est « *j'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail* », où elle a coché « *une fois par semaine* ».

### 3) Présentation et analyse des résultats de l'échelle STSS de Narimane

**Tableau N° 34 : Résultats du questionnaire STSS de Narimane**

<b>Dimension du STSS</b>	<b>Score</b>	<b>Total</b>	<b>moyenne</b>	<b>degré</b>
intrusion	16	57	19	sévère
évitement	22			
Eveil	19			

Le tableau ci-dessus, représente les résultats de l'échelle STSS de Narimane, à partir de ces résultats on constate un degré sévère de traumatisme secondaire avec un score de 57.

Narimane a obtenu un score de 16 dans la dimension intrusion dont les items sont : 2, 3, 6, 10 et 13 qui reflète la présence de souvenirs répétitifs et envahissants, notamment dans l'item 2 « *mon cœur a commencé à palpiter quand j'ai pensé à mon travail avec les Clients* », ou Narimane a

coché la case « *rarement* », ainsi que l’item 3 qui est « *c’étai Comme si je revivais le(s) trauma(s) expérimenté(s) par mon (mes) client(s)* », où elle a coché la case « *occasionnellement* ». Dans la dimension « évitement » dont les items sont : 1, 5, 7, 9, 12, 14 et 17, qui reflète des efforts visant à éviter les souvenirs, les pensées, les sentiments en lien avec l’évènement provoquant un sentiment de détresse. Narimane a obtenu un score de 22, dans l’item 12, « *j’ai évité les gens, les endroits, ou les choses qui m’ont rappelé mon travail avec les client(s)* », Narimane a coché la case « *souvent* ».

Dans la dernière dimension qui est « *l’éveil* », dont les items sont : 4, 8, 11, 15 et 16, Narimane a obtenu un score de 19, ce qui indique la présence de symptômes qui caractérisent l’éveil tel que la perturbation du sommeil dans l’item 4 « *j’ai eu du mal à dormir* », ou elle a coché la case « *souvent* ».

## Cas N° 16 : Louiza

### 1) Présentation et analyses des données de l’entretien semi-directif de Mme Louiza

Nous avons sollicité Mme Louiza dans la fin de journée vu qu’elle travaille de garde, on lui a expliqué que nous étions des étudiants en master deux psychologie clinique, nous lui avons fournis des informations sur notre recherche ainsi qu’en quoi consistaient nos questions, l’entretien s’est tenu dans un bureau dans les alentours de 19h, Louiza est âgée de 24, elle est célibataire.

#### AXE 1) : Informations sur la profession de sage-femme

Mme Louiza a fait une formation de 5 ans effectuée à l’institut de formation supérieure des sages-femmes, elle a fait 6 mois de pratique pendant chaque année, elle a rajouté que c’était l’unique formation qu’elle a fait, en lui posant la question sur comment elle définissait une sage-femme, elle a répondu en disant « *pour moi une sage-femme c’est celle qui accompagne la femme durant sa vie je dirais d’activité génitale, j’appellerais ça comme ça, parce que dans les normes, une sage-femme doit intervenir pas seulement pendant la grossesse mais bien avant, c’est-à-dire au moment même où elle envisage d’avoir un enfant, je dirais que la sage-femme est l’accompagnatrice de la femme avant et pendant l’accouchement* », Louiza a une année et demi d’expérience au sein de l’EPH d’Akbou.

**AXE 2) : Informations sur le burnout**

Par rapport au rythme de travail, Mme Louiza nous a informé qu'elle faisait des gardes de 8h à 16h durant lesquelles elle travaille juste dans les salles d'accouchements, ensuite dans les gardes de nuits de 16 à 8h, elle fait des consultations d'urgences, des prises en charges d'accouchements, elle a réagi par rapport à l'influence de son rythme de travail sur son sommeil en disant « *oui, parfois on fait des gardes de 16h à 8h où les patientes sont vraiment agitées, on n'a pas le temps de se reposer et puis le sommeil de nuit et celui du jour ce n'est pas la même chose, on n'a pas le temps de récupérer on a deux jours de récupération mais je pense que ce n'est pas suffisant* », Louiza semble montrée des signes symptomatiques de burnout notamment un épuisement psychique et physique, ainsi qu'un sommeil perturbé.

Elle a mis l'accent sur la pression et la surcharge au travail en disant « *on a une forte surcharge, on travail à trois pendant la garde de nuit, et pour prendre en charge autant de monde c'est vraiment pas facile à gérer, notamment l'entourage et les patientes n'arrivent pas à comprendre les difficultés qu'on rencontre au quotidien* », effectivement l'un des facteurs qui peut donné lieu à l'installation d'un burnout, c'est la surcharge et la pression subit pendant l'exercice, sur la manière dont elle gère son stress elle a rétorqué en disant « *le stress bahhh dis donc hahaha ! On ne gère pas le stress, bah je ne sais pas ! On se dit qu'on doit se calmer se ressaisir, la femme est là le bébé se porte bien, ce n'est pas grave le stress passera, c'est de l'auto-suggestion pour nous-même et ça va passer* », elle a qualifié son vécu autant que sage-femme de très satisfaisant et que pour elle la sage-femme c'est le pilier et qu'elle sentait une forte satisfaction par rapport au fait de se sentir utile dans notre société

**AXE 3) : Informations sur le traumatisme secondaire**

Mme Louiza nous a fait savoir qu'elle a vécu des événements bouleversants dans l'exercice de son métier en disant « *on a eu des fausses couches, mais bon voila on essaye de reconforter la femme en lui disant ça va aller vous êtes jeune et que ça va venir* », en lui posant la question sur le fait de revivre les moments difficiles pendant l'exercice de son métier, elle a répondu en disant « *oui, souvent quand je rentre à la maison ça me reviens, je me dis, qu'est ce que j'ai fait, qu'est ce que j'aurais dû faire ou ne pas faire, bah voila on se remet en cause ça reste vraiment pénible, il y a l'aspect psychologique et l'aspect relationnel il y a toujours ce feedback qui n'est pas tout le*



*temps positif* », effectivement parmi les signes de présence d'un traumatisme secondaire on retrouve les pensées envahissantes provoquant une détresse ainsi que la réviviscence.

Elle nous a informé qu'elle en parlait de manière professionnelle avec ses collègues contrairement à sa famille où c'est plutôt limité, par rapport à sa réaction quand elle entendait le mot « femme enceinte » elle a répondu « *bah, c'est tout le temps là c'est encre en nous, et ça fait partie de notre quotidien* ».

Pour finir Mme Louiza a rajouté en disant « *bah je dirais qu'autant que psychologue j'aimerais bien que vous essayez de faire un effort et essayer de voir avec les gynécologues, et leur en parler sur la prise en charge psychologique de la femme en cours de grossesse, parce que c'est les gynécologues qui font le suivi de la femme c'est à eux de les orienter, parce qu'il y a des femmes qui sont susceptibles de développer un baby blues ou une psychose puérpérale, notamment des dépressions post-partum, c'est vraiment un élément qui manque dans le suivi d'une femme enceinte* ».

Pour donner plus de détails, nous allons présenter les résultats de Louiza des deux Échelles MBI, et le STSS.

## 2) Présentation et analyse des résultats du questionnaire de MBI

**Tableau N° 35 : Résultats du questionnaire de MBI de Mme Louiza**

Dimensions du burn out	Score	Niveau de chaque dimension	Score moyen du burn out	Niveau du burn out
Épuisement émotionnel	28	Modéré	28	Modéré
Dépersonnalisation	9	Modéré		
Accomplissement personnel	47	Elevé		

Le tableau ci-dessus, représente les résultats de l'échelle du MBI de Mme Louiza, d'après ces résultats on constate qu'elle présente un degré de burnout modéré avec un score moyen de 23. Dans la dimension d'épuisement émotionnel.



Louiza a obtenu un score de 28 qui représente un degré modéré, dans la dimension de dépersonnalisation elle a obtenu un score de 9 qui signifie un degré modéré, dans la dernière dimension on constate un fort accomplissement personnel avec un score de 47 qui représente un degré élevé.

### 3) Présentation et analyse des résultats de l'échelle STSS de Mme Louiza

**Tableau N° 36 : Résultats du questionnaire STSS de Mme Louiza**

Dimension du STSS	Score	Total	Moyenne	Degré
Intrusion	13	54	18	Sévère
Evitement	24			
Eveil	17			

Le tableau ci-dessus, représente les résultats de l'échelle STSS de Mme Louiza, à partir de ces résultats on constate un degré sévère de traumatisme secondaire avec un score de 54.

Dans la sous-échelle d'intrusion, Mme Louiza a obtenu un score de 13, qui semble nous montrer la présence de pensées envahissantes ainsi que des souvenirs répétitifs. Dans la sous-échelle d'évitement, où elle a obtenu un score de 24, qui reflète des efforts visant à éviter les souvenirs, les pensées, les sentiments en lien avec l'évènement provoquant un sentiment de détresse.

Enfin, dans la sous-échelle d'éveil, elle a obtenu un score de 17 qui reflète la présence de comportement d'irritabilité, des comportements d'évitement et des difficultés de concentration, ainsi qu'une hypervigilance.

### Cas N° 17 : Lynda

#### 1) Présentation et analyse des données de l'entretien semi-directif de Lynda

Après nous être présenté, à Mme Lynda, autant que masterant en psychologie clinique qui a montré un intérêt considérable pour notre thématique, elle nous a permis de lui poser les questions de notre guide d'entretien. Nous l'avons rencontré le matin vers 11 h dans un bureau. Son entretien a duré environ 15 minutes. Lynda est âgée de 25 ans et elle est célibataire.

**AXE 1): Informations sur la profession de sage-femme**

Mme Lynda a fait une formation de 5 ans, dans un institut de sage-femme à Aokas, elle a obtenu un bac avec mention en filière scientifique, en lui posant la question sur ce qu'est une sage-femme pour elle, elle a répondu en disant « *une sage-femme est avant tout une professionnelle de santé qui exerce des tâches médical mais qui sont limitées, elle accompagne la femme avant, pendant et après l'accouchement* », Mme Lynda a 7mois d'expérience.

**AXE 2) : Informations sur le burnout**

Mme Lynda travail de 8h à 16h, elle travaille dans un système de 2/2 elle a une récupération de deux jours, on lui a posé la question sur l'influence de son rythme de travail sur son sommeil, auquel elle a répondu « *oui biensure, je suis complètement perturbé surtout quand je travail la nuit, j'ai des nausées je ne suis pas bien même avec ma famille ce n'est pas la grosse fête* ». En effet, Mme Lynda nous a fait savoir qu'elle ne subissait pas de pression de la part de l'administration sauf avec les patientes « *nos femmes ne sont pas préparées, elles ne supportent pas et n'acceptent pas la douleur, elles crient, des fois elles disent des mots blessants* ». Par rapport a sa manière de gérer son stress, Mme Lynda a répondu en disant « *j'essaie de partager la situation avec quelqu'un d'autre, pour me rassurer, pour me donner des conseils, déjà tellement je suis nouvelle, avant de faire un acte je préfère en parler avec une ancienne pour m'orienter* ». On a constaté des signes de démotivation, notamment quand on lui a demandé de nous décrire son vécu dans l'exercice de ce métier, elle a rétorqué « *normal mais je...! J'ai imaginé être plus motivé mais là ! Les moyens de travail sont limités* ».

**AXE 3) : Informations sur le traumatisme secondaire**

Après lui avoir posé la question par rapport au fait d'avoir vécu des événements bouleversant Mme Lynda nous informé qu'elle n'avait pas vécu un événement spécifiquement bouleversant, par contre elle nous répondu en disant « *il y a des moments difficiles, c'est stressant j'essaye d'en parler avec mes proches indirectements sans entrer dans les détails, j'essaie de trouver des moyens pour me changer les idées* ».

Par rapport aux répercussions sur sa vie quotidienne Mme Lynda nous a fait savoir en disant « *oui ! Je reste tout le temps seule, même si j'ai une fête je préfère rester tranquillement chez moi, tellement le stress et la fatigue sont toujours présents, je repense toujours à mon travail, je me*

*demande si les patientes vont bien et tout... !* ». Elle a mis l'accent sur la difficulté de ce travail en disant « *je rajoute un truc !, c'est un métier vraiment stressant, et on manque vraiment de moyen* ».

On a remercié Mme Lynda d'avoir participé à cette recherche et on lui a souhaité un bon courage, elle nous a remercié à son tour après la fin de cet entretien. Dans ce qui suit, nous allons présenter les résultats des deux échelles MBI et l'STSS de Mme Lynda.

## 2) Présentation et analyse des résultats du questionnaire de MBI

**Tableau N° 37 : Résultats du questionnaire de MBI de Mme Lynda**

Dimensions du burn out	Score	Niveau de chaque dimension	Score moyen du burn out	Niveau du burn out
Épuisement émotionnel	37	élevé	26	Modéré
Dépersonnalisation	4	Bas		
Accomplissement Personnel	37	Modéré		

Le tableau ci-dessus, représente les résultats de l'échelle du MBI de Mme Lynda, d'après ces résultats on constate qu'elle présente un degré de burnout modéré avec un score moyen de 26.

Mme Lynda a obtenu un score de 37 qui représente un degré élevé dans la dimension d'épuisement émotionnel dont les items sont : 1.2.3.6.8.13.14.16.20, là où elle a répondu « Quelques fois par semaine » à l'item 3 « *Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail* », et l'item 6 « *Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort* », ainsi que l'item 3 « *je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail* », Lynda a coché la case « chaque jour » dans l'item 13 « *Je me sens frustré(e) par mon travail* ».

Dans la deuxième dimension du burnout qui est la dépersonnalisation dont les items sont : 5,10,11,15,22, Mme Lynda a obtenu un score de 4 qui représente un degré bas de dépersonnalisation, où elle a coché « jamais », dans l'item 5 « *Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets* », et l'item 11 « *Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement* », cependant elle a coché la case « quelques fois par

mois », dans l'item 22 « *J'ai l'impression que mes malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes* ».

Dans la troisième dimension on constate un degré d'accomplissement personnel modéré avec un score de 37, dont les items sont : 4.7.9.12.17.18.19.21, notamment dans l'item 9 « *J'ai l'impression à travers mon travail d'avoir une influence positive sur les gens* » où elle a coché la case « une fois par mois au moins », cependant on constate un fort dévouement à ça tâche et au bien-être des patientes comme elle nous l'a fait savoir dans l'item 4 « *Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent* ».

### 3) Présentation et analyse des résultats de l'échelle STSS de Mme Lynda

**Tableau N° 38 : Résultats du questionnaire STSS de Mme Lynda**

Dimension du STSS	score	Total	moyenne	Degré STS
Intrusion	15	47	15.66	Elevé
Evitement	16			
Eveil	16			

Le tableau ci-dessus, représente les résultats de l'échelle STSS de Mme Lynda, à partir de ces résultats on constate un degré élevé de traumatisme secondaire avec un score de 54.

En effet, on constate que Lynda présente un degré élevé de STS, que nous pouvons constater grâce à la sous-échelle d'intrusion avec un score de 14, dont les items sont : 2, 3, 6, 10 et 13, qui reflète la présence de souvenirs répétitifs et envahissants, où elle a coché la case « *souvent* » notamment dans l'item 2 « *mon cœur a commencé à palpiter quand j'ai pensé à mon travail avec les clients* », ainsi que l'item 4 « *J'ai eu du mal à dormir* ».

Dans la sous-échelle évitement, dont les items sont : 1, 5, 7, 9, 12, 14 et 17, qui reflète des efforts visant à éviter les souvenirs, les pensées, les sentiments en lien avec l'évènement provoquant un sentiment de détresse, notamment l'item 12 « *J'ai évité les gens, les endroits, ou les choses qui m'ont rappelé mon travail avec les client(s)* », où elle a coché la case « *souvent* »

Enfin, dans la dernière sous-échelle qui est l'éveil dont les items sont : 4, 8, 11, 15 et 16, Lynda a obtenu un score de 16, ce qui indique la présence de symptômes qui caractérisent l'éveil tel

que des difficultés de concentration et d'irritabilité, où elle a coché la case « occasionnellement », dans l'item 4 « *J'ai eu du mal à dormir* », ainsi que l'item 8 « *Je me suis senti(e) nerveux(se)* », notamment des signes d'hypervigilance, où elle a coché la case « souvent » dans l'item 16 « *Je me suis attendu à ce que quelque chose de mal arrive* ».

## **Cas N° 18 : Sabrina**

### **1) Présentation et analyse des données de l'entretien semi-directif de Mme Sabrina**

Nous nous sommes entretenu avec Mme Sabrina dans un bureau, on lui a expliqué l'objectif de notre recherche, et lui avons fournis des informations sur quoi reposaient les questions, Sabrina est âgée de 28 ans mariée, elle n'a pas d'enfants,

#### **AXE 1) : Informations sur la profession de sage-femme**

Sabrina a fait une formation de 5 ans, où elle a montré un grand amour pour ce métier en disant « *c'est une formation enrichissante, pour moi c'est ma vie le métier de sage-femme* », Sabrina fait entre temps une formation de spéléologie, et une formation d'échographie à Tizi-ouzou. Elle nous a indiqué en disant « *pour moi une sage-femme ce n'est pas un métier c'est une vocation* », Sabrina a 2ans et demi d'expérience, elle a exercé pendant une petite période à la clinique Rameau d'olivier Bejaia.

#### **AXE 2) : Informations sur le burnout**

Sabrina, nous a fait savoir qu'elle travaillait de 8h à 18h et a rajouté que le rythme est vraiment difficile « *on fait tous ça, à l'EPH on fait tout, les consultations, les admissions ainsi que les accouchements presque tout* », Mme Sabrina a des troubles de sommeil en disant « *oui en plus j'habite loin, je me lève toujours à 5h du matin et je finis à 18h, je rentre à peu près à 20h, j'habite à 80 km d'ici* ».

Elle a aussi indiqué un fort mécontentement par rapport à l'administration « *on subit beaucoup de pression de la part de l'administration, ils ne règlent pas nos problèmes, par exemple moi j'habite à bejaia, le directeur n'a qu'à me signer le détachement pour travailler dans un lieu*

*plus proche de mon domicile mais il ne le fait* », en lui demandant comme elle faisait pour gérer son stress « *je fais de la spéléologie ça m'aide beaucoup* », Sabrina nous a aussi dit par rapport à son vécu autant que sage-femme, qu'elle avait du mal avec le manque de gynécologues et de moyens au sein du service.

### **AXE 3) : Informations sur le traumatisme secondaire**

Notre question était en rapport avec le fait d'avoir vécu des moments bouleversants à laquelle elle a répondu « *non, pas vraiment !* », par contre, elle nous a informé qu'elle revivait les moments difficiles en disant « *je pense que c'est pour ça que j'ai un sommeil perturbé* ».

Cependant, elle partage souvent avec son mari « *je partage souvent avec mon mari parcequ'il est dans le domaine, j'essaie de ne pas trop en parler* », elle nous a fait savoir avec un gros sourire que c'est quelque chose de magnifique quand elle entend le mot « femme-enceinte » en disant que c'est un moment très beau avec de fortes émotions.

Nous allons présenter les résultats de Mme Sabrina dans les deux échelles MBI et le STSS

## **2) Présentation et analyse des résultats du questionnaire de MBI**

**Tableau N° 39 : Résultats du questionnaire de MBI de Mme Sabrina**

<b>Dimensions du burn out</b>	<b>Score</b>	<b>Niveau de chaque dimension</b>	<b>Score moyen du burn out</b>	<b>Niveau du burn out</b>
Épuisement émotionnel	17	Bas	18.66	Bas
Dépersonnalisation	1	Bas		
Accomplissement personnel	38	Modéré		

Le tableau ci-dessus, représente les résultats de l'échelle MBI de Mme Sabrina, d'après ces résultats on constate qu'elle présente un degré de burnout bas avec un score moyen de 18.66.

En effet dans la dimension d'épuisement émotionnel, Mme Sabrina a obtenu un score de 17 qui représente un degré bas, notamment l'item 1 « *Je me sens émotionnellement vidé par mon*

*travail* », où elle a coché la case « jamais », cependant à l’item 14 « *Je sens que je travaille trop dur dans mon travail* », elle a coché la case « une fois par semaine ».

Dans la dimension de dépersonnalisation, Sabrina a obtenu un score de 1 qui représente un degré bas, où elle a coché la case « jamais » dans l’item 5, 10, 15, dans l’item 22 « *J’ai l’impression que mes malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes* », elle a coché la case « quelques fois par années au moins ».

Dans la dernière dimension qui est l’accomplissement personnel Sabrina a obtenu un score de 38 qui représente un degré modéré, elle a coché la case « quelques fois par semaine » dans l’item 4,9,12, 17, 18, et 19 « *J’ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail* » dans l’item 7 et 21 « *Dans mon travail je traite les problèmes émotionnels très calmement* », elle a coché la case « une fois par semaine ».

### 3) Présentation et analyse des résultats de l’échelle STSS de Mme Sabrina

**Tableau N° 40 : Résultats du questionnaire STSS de Mme Sabrina**

Dimension du STSS	score	Total	moyenne	Degré STS
Intrusion	9	36	12	Léger
Evitement	15			
Eveil	13			

Le tableau ci-dessus, représente les résultats de l’échelle STSS de Mme Sabrina, à partir de ces résultats on constate un degré léger de traumatisme secondaire avec un score de 36.

Dans la sous-échelle d’intrusion, Mme Sabrina a obtenu un score de 9, où elle a répondu « jamais », dans l’item 2 et 10 « *J’ai pensé à mon travail avec les clients quand je n’en avais pas l’intention* », elle a aussi répondu « rarement », dans l’item 3 et 13 « *J’ai fait des rêves troublants sur mon travail avec les clients* ».

Dans la sous-échelle d’évitement, Sabrina a obtenu un score de 15, où elle a mentionné « rarement », dans l’item 9, 14, et 17 « *J’ai remarqué des trous de mémoire à propos de séances avec les clients* ». Dans la dernière sous-échelle qui est l’éveil, elle a obtenu un score de 13, où elle a coché la case « souvent », dans l’item 4 « *J’ai eu du mal à dormir* », ainsi que l’item 11 et 16 « *Je*

*me suis attendu à ce que quelque chose de mal arrive* », où Sabrina a mentionné la case « occasionnellement ».

## **II. Discussion des hypothèses**

Après avoir présenté et analysé les résultats de nos dix-huits cas, nous passons à la dernière partie de ce chapitre, où nous discutons nos hypothèses pour pouvoir répondre aux questions de notre problématique, dans l'intention d'affirmer ou d'infirmier nos deux hypothèses partielles. Cependant un rappel de notre objectif est important, qui est l'exploration de la qualité du vécu des sages-femmes travaillant à l'EPH d'Akbou. Pour ce faire nous nous sommes référés aux données obtenues dans les trois outils de recherche que nous avons utilisés, qui sont l'entretien de recherche semi-directif, le questionnaire de MBI et l'STSS.

Nous allons dans un premier temps commencer par les deux hypothèses partielles, qui sont opérationnelles et concrètes qui contiennent des indicateurs précis, puis dans un deuxième lieu nous discuterons de notre hypothèse générale globalisante.

Nous présentons ici la discussion de tous les résultats obtenus à partir des cas que nous avons étudiés.

### **Hypothèse N°1 : Oui, il existerait un burnout chez les sages-femmes travaillant à l'EPH d'Akbou**

Pour vérifier cette première hypothèse, nous nous sommes appuyés sur les résultats de l'entretien de recherche semi-directif pour les manifestations du burnout et du questionnaire de MBI, dans l'objectif d'évaluer le niveau de burnout chez les sages-femmes pour affirmer ou infirmer cette hypothèse.



**Tableau N° 41 : Tableau récapitulatif des résultats des sujets du questionnaire MBI.**

Prénoms des sujets	Epuisement émotionnel	Niveau	Dépersonnalisation	Niveau	Accomplissement personnel	Niveau	Niveau de burn-out
Feroudja	38	Elevé	5	Bas	45	Elevé	Modéré
Cylia	23	Modéré	3	bas	27	Bas	Modéré
Souad	45	Elevé	6	Modéré	35	Modéré	Elevé
Hanane	32	Elevé	16	Elevé	41	Elevé	Elevé
Chekaba	41	Elevé	23	Elevé	24	Bas	Elevé
Nora	31	Elevé	1	Bas	46	Elevé	Modéré
Yasmina	12	Bas	2	Bas	43	Elevé	Bas
Djamila	23	Modéré	3	Bas	38	Modéré	Modéré
Ounissa	51	Elevé	8	Modéré	43	Elevé	Elevé
Sihem	37	Elevé	4	Bas	39	Moderé	Elevé
Kahina	31	Elevé	7	Modéré	31	Bas	Elevé
Nassima	42	Elevé	9	Modéré	24	Bas	Elevé
Fadhila	49	Elevé	0	Bas	47	Elevé	Modéré
Dahbia	31	Elevé	13	Elevé	37	Modéré	Elevé
Narimane	47	Elevé	8	Modéré	24	Bas	Elevé
Louiza	28	Modéré	9	Modéré	47	Elevé	Modéré
Lynda	37	Elevé	4	Bas	37	Modéré	Elevé
Sabrina	17	Bas	1	Bas	38	Elevé	Bas

(Source : nous-même)

D'après le tableau présenté ci-dessus, on constate que la majorité de nos sujets de recherche présentent un niveau élevé de burnout, Souad, Hanane, Chekaba, Ounissa, Sihem, Kahina, ainsi que Nassima, Dahbia, Narimane et Lynda. On note aussi que Feroudja, Cylia, Nora, Djamila, et Louiza présentent un niveau de burnout modéré. Enfin, yasmina et Sabrina présentent un niveau de burnout bas.

### Cas N° 01 : Feroudja :

D'après les informations que nous avons recueillies dans l'entretien de recherche semi-directif, Feroudja présente des signes de burnout, à travers son discours nous avons constaté des signes symptomatiques, tel qu'une fatigue physique et psychique liée à la charge au travail, ainsi que des insomnies, ce qui l'a induit à faire appel à un psychiatre, qui sont exprimés par « *oui oui ! Franchement au fil du temps j'ai changé de système de travail, je travail actuellement pendant la journée, parce que je me retrouve très épuisé, je fais des insomnies terribles, tout mon système de vie est chamboulé, je ne dors pas du tout surtout avec la pandémie, j'ai été touché par la COVID*

*deux fois, j'ai dû faire appel à un psychiatre pour me donner des médicaments pour pouvoir dormir pendant un certains temps », malgré cela, elle exprime un fort accomplissement professionnel.*

Dans le questionnaire de MBI, Feroudja présente un niveau modéré de burnout, avec un score moyen de 29.33. et cela est démontré dans les trois dimensions, avec un niveau d'épuisement émotionnel élevé avec un score de 38, en répondant à l'item 6 « *travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort* », où elle a coché la case « *chaque jour* ».

Aussi, elle présente un niveau de dépersonnalisation bas avec un score de 5, où elle a indiqué la fréquence « *jamais* » dans la majorité des items, sauf l'item 22 « *j'ai l'impression que mes malades me rendent responsablement de certains de leurs problèmes* » où elle a coché la case « *quelques fois par semaine* ». Dans la dernière dimension elle a montrée un accomplissement personnel élevé avec un score de 45, où elle a coché la case « *chaque jour* » notamment dans l'item 19 « *j'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail* ».

D'après l'analyse des données obtenues dans l'entretien de recherche semi-directif et dans le questionnaire de MBI, on affirme notre première hypothèse pour ce premier cas, à savoir qu'il existe bien un burnout chez Feroudja.

## **Cas N° 02 : Cylia**

A partir des informations que nous avons recueillies dans l'entretien de recherche semi-directif, Cylia présente des signes de burnout, selon ses dires nous avons constatés quelque signe, notamment le rythme de travail qui influence son sommeil ainsi dû à la charge au travail « *si je travaille pendant la journée ya pas beaucoup de travail j'ai pas un problème de sommeil, mais si il y a beaucoup de charge de travail, et quand j'arrive à la maison toute fatigué, ça influence sur mon sommeil, et des fois aussi quand je travaille de garde la nuit, tu va pas dormir, et quand tu arrive à la maison tu ne va pas dormir, mais quand je travaille le système 2 /2 je me lève à huit heurs, mon sommeil est normal, je me couche tôt et je me réveille tôt et je vient au travail* ». Notamment la présence d'un stress « *hahaha, pour l'instant on n'est pas arrivé à gérer notre stress, parce que nous somme (rire)... hahaha, on n'arrive pas à gérer notre stress on est entrain de chercher des solutions, on n'est pas encore arrivé pour l'instant* ».

Dans le questionnaire MBI, Cylia présente un niveau de burnout modéré un score moyen de 17.66, et cela est démontré dans les trois dimensions, avec un niveau modéré dans la dimension d'épuisement émotionnel avec un score de 23, ce qui est indiqué dans l'item 3 « *je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée* » où elle a coché la case « *une fois par mois au moins* ». aussi, elle présente un niveau de dépersonnalisation bas avec un score de 3, ce qui se laisse voir dans l'item 22 « *j'ai l'impression que mes malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes* », elle a indiqué la fréquence « *quelques fois par année au moins* », Dans la dernière dimensions elle présente un niveau bas d'accomplissement personnel avec un score de 27, ce qui peut se voir dans l'item 19 « *j'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail* » où elle a indiqué la fréquence « *quelques fois par année au moins* »

D'après l'analyse des données obtenues dans l'entretien de recherche semi-directif et dans le questionnaire de MBI, on affirme notre première hypothèse pour ce deuxième cas, à savoir qu'il existe bien un burnout chez Cylia.

### **Cas N° 03 : Souad**

D'après les informations que nous avons assemblées dans l'entretien de recherche semi-directif, Souad présente des signes de burnout, notamment une fatigue et un sommeil perturbé, et une surcharge au travail « *on travaille la nuit de 16h à 8h, avec un rythme plus au moins élevé, la sage-femme de garde fait tout, c'est épuisant* ». Notamment l'influence du travail sur son sommeil « *oui officiel, mon travail influence mon sommeil, il est grave perturbé, au point quand je rentre à la maison très fatigué je n'arrive pas à dormir* », on constate aussi une déception liée au manque de moyen « *avant quand j'étais étudiante, je suis tombé amoureux de ce métier, avec le temps quand je suis devenu sage-femme, tout a changé avec les conditions catastrophiques du travail* ».

Dans le questionnaire MBI, Souad présente un degré de burnout élevé avec un score moyen de 28.66, et cela peut se voir dans les trois dimensions, à savoir un degré élevé d'épuisement émotionnel qui peut se voir dans l'item 2 « *je me sens à bout à la fin de la journée de travail* » elle a coché la case « *chaque jour* ». Aussi, dans la dimension de dépersonnalisation elle a manifesté un niveau modéré, notamment dans l'item 10 et 11 « *je crains que ce travail ne m'enducrisse émotionnellement* » elle a indiqué la fréquence « *quelques fois par semaine* ». Dans la dernière dimension elle a manifesté un degré modéré d'accomplissement personnel avec un score de 35, qui peut se voir dans l'item 18 « *Je me sens ragaillard(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes malades* » elle a indiqué la fréquence « *quelques fois par mois* ».

D'après l'analyse des données obtenues dans l'entretien de recherche semi-directif et dans le questionnaire de MBI, on affirme notre première hypothèse pour ce deuxième cas, à savoir qu'il existe bien un burnout chez Souad.

#### **Cas N° 04 : Hanane**

D'après les informations que nous avons rassemblées dans l'entretien de recherche semi-directif, Hanane présente des signes de burnout, notamment une fatigue et un sommeil perturbé, et une surcharge au travail « *le rythme ça va, pas trop chargé pas trop faible, avant quand j'étais nouvelle je panique* ». Notamment l'influence du travail sur son sommeil « *oui, bien sûr, surtout quand je fais des nuits blanches pendant la garde, le travail de garde, me provoque des insomnies,* », notamment la pression qu'elle subit au travail ainsi que le manque de considération « *oui biensure, l'administration nous met beaucoup de pression, même pour voir le directeur durant la journée de réception, il ne nous reçoit pas, ainsi que les patientes et leurs entourages quand il s'agit d'orienter une femme vers un autre hôpital* ».

Dans le questionnaire MBI, Hanane présente un degré de burnout élevé avec un score moyen de 29.66. Cela peut se voir à partir des trois dimensions, à savoir un niveau élevé d'épuisement émotionnel avec un score de 32 notamment dans l'item 3 « *Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail* » elle a indiqué la fréquence « *chaque jour* ».

Elle a manifesté un degré élevé de dépersonnalisation avec un score de 16, cela est indiqué dans l'item 10 « *Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail* » où elle a indiqué la fréquence « *chaque jour* », ainsi que l'item 15 « *Je ne me soucis pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades* ». Dans la dernière dimension, elle a manifesté a degré élevé d'accomplissement personnel, ce qui est indiqué dans l'item 18 « *Je me sens ragaillard(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes malades* », où elle a coché la case « *chaque jour* ».

D'après l'analyse des données obtenues dans l'entretien de recherche semi-directif et dans le questionnaire de MBI, on affirme notre première hypothèse pour ce quatrième cas, à savoir qu'il existe bien un burnout chez Hanane.

#### **Cas N° 05 : Chekaba**

Après avoir recueillis les données de l'entretien de recherche semi-directif de Chekaba, nous avons constaté la présence de signes symptomatiques de burnout, en effet des signes de fatigue physique et psychique des perturbations du sommeil, « *c'est dernier temps c'est trop chargé, au*

*début ce n'était pas le cas, on a des problèmes avec les postes aménagés, le manque d'effectif surtout », « oui, bien sûr, surtout quand je fais des nuits blanches pendant la garde, le travail de garde me provoque des insomnies».*

Ainsi qu'une surcharge au travail « *des fois on se retrouve seul, dans une évacuation on demande un médecin pour nous assister et on ne l'obtient pas du coup tout nous retombe dessus, les patientes et leurs parents aussi ne nous épargnent pas ».*

Dans le questionnaire MBI, Chekaba présente un degré de burnout élevé avec un score moyen de 29.33, cela peut être constaté dans les trois dimensions, ce qui est justifié par un degré élevé dans l'épuisement émotionnel avec un score de 41, comme nous le démontre aussi le niveau élevé de dépersonnalisation dont le score est 23, nous constatons aussi un niveau bas d'accomplissement personnel avec un score de 24

A partir des données récoltées dans l'entretien de recherche semi-directif, ainsi que le questionnaire MBI. On affirme notre hypothèse pour ce cinquième cas, à savoir qu'il existe un burnout chez Chekaba.

### **Cas N°06 : Nora**

D'après les données recueillis dans l'entretien de recherche semi-directif. Nora manifeste des indices de burnout. Notamment une fatigue psychique et physique ainsi qu'une perturbation du sommeil liée à la charge, ce qui est justifié par son discours, en disant «*oui bien sûr, quand je faisais les gardes ce n'était pas évident, c'était chargé, à l'époque il n'y avait pas beaucoup de moyens, il n'y avait pas aussi assez de sage-femmes, à mon époque à l'hôpital d'Akbou, la charge était importante ça nous arrive de ne pas fermer l'œil ».*

D'après les résultats du questionnaire MBI. Nora présente un degré modéré de burnout avec un score moyen de 26, ce qui peut se voir dans les trois dimensions, où elle présente un degré élevé dans l'épuisement émotionnel avec un score de 31, cependant dans la dimension de dépersonnalisation elle manifeste un degré bas avec un score de 1, enfin dans la dernière dimension. Nora présente un degré élevé d'accomplissement personnel avec un score de 46.

D'après l'analyse des données regroupées dans l'entretien de recherche semi-directif et le questionnaire MBI. On affirme notre hypothèse pour ce cas, à savoir qu'il existe un burnout chez Nora.

**Cas N°07 : Yasmina**

D'après les informations regroupées dans l'entretien de recherche semi-directif. On constate des signes symptomatiques de burnout chez Yasmina. Un rythme de travail intense, d'après son discours, « *la majorité des gardes, le rythme est intense, ça dépend des cas, des fois il y a des moments, où on n'arrête pas de travailler tellement il y a beaucoup de travail, des fois ça va il y a un peu de repos* », ainsi qu'un sommeil perturbé « *oui, il influence, le sommeil à la maison pas ici, (rire) hahaha..., comme moi je travaille la nuit quand j'arrive à la maison, pareil je garde le rythme de nuit, par exemple, moi ici je travaille de minuit jusqu'à quatre heures du matin, quand j'arrive à la maison, je devrais dormir, mais je n'y arrive pas, je garde toujours le rythme de travail de garde* ».

D'après les résultats du questionnaire MBI. On constate que Yasmina présente un degré bas de burnout avec un score moyen de 19. Ce qui peut se voir dans les trois dimensions, notamment l'épuisement émotionnel avec un score de 12 qui est d'un degré bas, dans la dépersonnalisation elle a obtenu un score de 2 qui représente un degré bas. Enfin dans la dernière dimension elle manifeste un degré élevé d'accomplissement personnel.

D'après les données recueillis dans l'entretien de recherche et le questionnaire MBI. On affirme notre hypothèse pour ce cas, à savoir qu'il existe un burnout chez Yasmina.

**Cas N° 08 : Djamila**

D'après les informations que nous avons regroupées dans l'entretien de recherche semi-directif, Djamila présente des signes d'un burnout, D'après son discours nous avons constaté quelques indices, tel que le manque de satisfaction envers son travail, et quelques difficultés liées à la charge de travail « *je travaille directement dans la salle d'accouchement je fais le tout, la consultation et la surveillance des malades hospitalisés* ».

Elle manifeste aussi des signes de perturbation du sommeil liés au travail disant « *oui biensure, beaucoup même, ça perturbe le sommeil, je travaille la nuit, le matin je suis avec les enfants, tout le temps fatigué toujours épuisé, mais c'est la seule solution pour les enfants, on n'a pas d'autres choix* ».

Dans le questionnaire MBI, Djamila présente un degré modéré de burnout avec un score moyen de 21.33, que l'on peut voir dans les trois dimensions, avec un degré modéré d'épuisement émotionnel où elle a obtenu un score de 23, ainsi qu'un niveau bas de dépersonnalisation avec un

score de 3, et enfin dans la dernière dimension d'accomplissement personnel elle manifeste un niveau modéré avec un score de 38.

D'après l'analyse des données obtenues dans l'entretien de recherche semi-directif et le questionnaire MBI, on affirme notre hypothèse pour ce huitième cas, qui consiste en la présence d'un burnout chez Djamila.

### **Cas N° 09 : Ounissa**

D'après les informations récoltées dans l'entretien de recherche semi-directif, on constate la présence d'indices de burnout chez Ounissa, notamment un épuisement psychique et physique, auquel elle a fait référence dans son discours, *« on travaille avec un rythme anarchique, entre consultation, le suivi, la surveillance, le post-partum, l'accouchement, surveillance des nouveaux-nés, avant on avait deux sage-femmes pour tout un service, maintenant ça va plus au moins », un sommeil fortement perturbé liée au rythme du travail «oui bien sûr, il influence négativement, toute la nuit avec les cauchemars, je rêve de femmes enceintes mortes, et aussi j'imagine des hémorragies toute la nuit, je me réveille au milieu de la nuit».*

D'après le questionnaire MBI, Ounissa manifeste un degré de burnout élevé avec un score moyen de 34, ce qui est justifié dans les trois dimensions, à savoir l'épuisement émotionnel où elle a obtenu un score de 51 qui est d'un degré élevé, ainsi qu'un degré modéré dans la dimension de dépersonnalisation avec un score de 8, toutefois, elle présente un degré élevé d'accomplissement personnel avec un score de 43.

D'après l'analyse des résultats regroupés dans l'entretien de recherche semi-directif et le questionnaire MBI. On affirme notre hypothèse pour ce cas, à savoir qu'il existe un burnout chez Ounissa.

### **Cas N°10 : Sihem**

D'après les informations obtenues dans l'entretien de recherche semi-directif, on constate que Sihem présente des indices de burnout, notamment une perturbation du sommeil, ainsi que la présence d'un stress, d'après son discours *«oui bien sûr, surtout quand il y a une femme qui saigne, avec des complications, ça nous stress, ce qui provoque des insomnies, une fois à la maison on appelle à l'hôpital pour avoir des nouvelles des patientes, ceci nous empêche de dormir ».*

Dans le questionnaire MBI. Sihem manifeste un degré de burnout élevé avec un score moyen de 30, notamment un degré élevé dans la dimension d'épuisement émotionnel avec un score



de 37, Sihem manifeste un degré bas de dépersonnalisation avec un score de 4, enfin dans la dernière dimension elle présente un accomplissement personnel modéré avec un score de 39.

Suite à l'analyse des données de l'entretien de recherche semi-directif et le questionnaire MBI. On affirme notre hypothèse pour ce dixième cas

### **Cas N° 11 : Kahina**

D'après les informations que nous avons regroupées dans l'entretien de recherche semi-directif, Kahina présente des indices de burnout, notamment une fatigue physique et psychique ainsi qu'une forte perturbation du sommeil liée à la charge au travail. D'après son discours *« personnellement, j'ai un sommeil perturbé, je ne me suis jamais endormis pendant une nuit complète, dès que je m'endors une heure je me réveille, j'ai un sommeil grave perturbé d'ailleurs je me réveille tout le temps fatigué »*.

Dans le questionnaire MBI, Kahina présente un degré de burnout élevé avec un score moyen de 23. Ce qui est justifié par un niveau élevé d'épuisement émotionnel avec un score de 31. Un niveau modéré de dépersonnalisation avec un score de 7. Ainsi qu'un niveau bas d'accomplissement personnel avec un score de 31.

D'après l'analyse des données regroupées dans l'entretien de recherche et le questionnaire MBI, on affirme notre hypothèse pour onzième cas, à savoir qu'il existe un burnout chez Kahina.

### **Cas N° 12 : Nassima**

D'après les informations regroupées dans l'entretien de recherche semi-directif, Nassima présente des signes symptomatiques de burnout, notamment un fort stress. D'après son discours *« mon stress hahaha !! Mon stress vraiment....ouffff !! Il me déprime des fois je sors d'ici avec 3 mois de congé maladie directement vers le psychiatre, moi de tout façon le stress me tue, même si je sais que ça vaut pas la peine mais voila ça me stress »*, Ainsi qu'un accomplissement personnel faible *« si je pouvais revenir en arrière jamais je vais le faire, je vais jamais conseiller ce métier à mes enfants »*.

D'après le questionnaire MBI. Nassima présente un degré de burnout élevé avec un score moyen de 25. Ce qui est justifié par un niveau élevé d'épuisement émotionnel avec un score de 42. Un niveau modéré de dépersonnalisation avec un score de 9. Ainsi qu'un niveau bas d'accomplissement personnel avec un score de 24.



D'après l'analyse des données regroupées dans l'entretien de recherche et le questionnaire MBI, on affirme notre hypothèse pour douzième cas, à savoir qu'il existe un burnout chez Nassima.

### **Cas N° 13 : Fadhila**

D'après les informations regroupées dans l'entretien de recherche semi-directif, on constate la présence de signes symptomatiques de burnout chez Fadhila. Notamment un épuisement physique et psychique liée à la charge au travail qui a eu beaucoup de répercussions sur elle, qu'on peut observer dans son discours *« je travaille, avec un rythme maximal et élevé, ici je fais tout, je pose le diagnostic, je prescris des médicaments j'ai même le droit de faire une admission pour une femme enceinte »*.

Une perturbation du sommeil liée aux horaires du travail *« oui, bien sûr avant quand je travaillais la garde de nuit, j'avais des insomnies, j'ai aussi un problème au niveau de la colonne vertébrale, déjà actuellement, je suis en poste aménagé »*.

Dans le questionnaire MBI. On constate que Fadhila manifeste un burnout d'un degré modéré avec un score moyen de 32, que l'on peut observer dans la dimension d'épuisement émotionnel avec un degré élevé où elle a obtenu un score de 49, dans la dimension de dépersonnalisation elle présente un degré bas avec un score de 0, dans la dernière dimension d'accomplissement personnel elle présente un degré élevé avec un score de 47.

D'après l'analyse des informations regroupées dans l'entretien de recherche semi-directif et le questionnaire MBI, on affirme notre hypothèse pour ce cas, qui consiste en l'existence d'un burnout chez Fadhila

### **Cas N°14 : Dahbia**

D'après les informations obtenues dans l'entretien de recherche semi-directif, on constate que Sihem présente des indices de burnout, notamment une forte pression, selon son discours *« oui, je subis de la pression toujours, de la part de l'administration, et des patientes et leurs entourages »*, ainsi qu'une perturbation du sommeil *«oui, bien sûr, déjà j'ai des difficultés à dormir, même quand je suis à la maison, j'ai l'impression d'être à l'hôpital, je suis toujours vigilante et éveillé, quand je suis à la maison je me réveille au milieu de la nuit»*.

Dans le questionnaire MBI, on constate que Dahbia manifeste un degré élevé de burnout avec un score moyen de 27, ce qui est justifié par un degré élevé dans la dimension d'épuisement émotionnel avec un score de 31, ainsi qu'un degré élevé dans la dimension de dépersonnalisation

avec un score de 13, dans la dernière dimensions elle présente un degré modéré d'accomplissement personnel avec un score de 37.

Suite à l'analyse des données de l'entretien de recherche semi-directif et le questionnaire MBI, on affirme notre hypothèse pour ce cas, à savoir qu'il existe un burnout chez Dahbia.

### **Cas N°15 : Narimane**

D'après les informations que nous avons regroupées dans l'entretien de recherche semi-directif, Narimane présente quelques manifestations qui peuvent indiquer la présence d'un burn out, tel que des insomnies, une surcharge de travail, une fatigue psychique et physique ainsi le manque de moyens et d'effectifs, mais malgré cela elle arrive à gérer les difficultés liées a son travail a l'hôpital.

Dans l'échelle MBI, Narimane présente un niveau élevé de burn out, avec un score moyen de 26.33. Et cela est démontré dans les sous-échelles, avec un niveau d'épuisement émotionnel élevé avec un score de 47, et un niveau de dépersonnalisation modéré avec un score de 8, en fin un niveau bas d'accomplissement personnel avec un score de 24.

D'après l'analyse des données obtenues dans l'entretien de recherche semi-directif et dans l'échelle MBI, on affirme notre première hypothèse pour ce quinzième cas.

### **Cas N° 16 : Louiza**

D'après les données recueillis dans l'entretien de recherche semi-directif, Louiza manifeste des signes de burnout. D'après ses dires, une perturbation du sommeil liée au rythme du travail, ainsi qu'une fatigue physique et psychique « *oui, parfois on fait des gardes de 16h à 8h où les patientes sont vraiment agitées, on a pas le temps de se reposer et puis le sommeil de nuit et celui du jour ce n'est pas la même chose, on a pas le temps de récupérer on a deux jours de récupérations mais je pense que ce n'est pas suffisant pour bien récupérer* ». Une pression dû à la surcharge au travail « *on a une forte surcharge, on travail à trois pendant la garde de nuit, et pour prendre en charge autant de monde c'est vraiment pas facile à gérer, notamment l'entourage et les patientes n'arrivent pas à comprendre les difficultés qu'on rencontre au quotidien* ».

D'après le questionnaire MBI. Louiza présente un degré de burnout modéré avec un score moyen de 28. Ce qui est justifié par un niveau modéré d'épuisement émotionnel avec un score de

28. Un niveau modéré de dépersonnalisation avec un score de 9. Ainsi qu'un niveau élevé d'accomplissement personnel avec un score de 47.

D'après l'analyse des données regroupées dans l'entretien de recherche et le questionnaire MBI, on affirme notre hypothèse pour le seizième cas, à savoir qu'il existe un burnout chez Louiza.

### **Cas N° 17 : Lynda**

À partir des renseignements que nous avons récoltés dans l'entretien de recherche semi-directif, Lynda présente des signes de burnout, son discours témoigne de la présence d'indices de burnout notamment la perturbation du sommeil ainsi qu'une fatigue au travail et une tendance à s'isoler « *oui bien sûr, je suis complètement perturbé surtout quand je travail la nuit, j'ai des nausées je ne suis pas bien même avec ma famille ce n'est pas la grosse fête* ».

D'après le questionnaire MBI. Lynda présente un degré de burnout modéré avec un score moyen de 26. Ce qui est justifié par un niveau élevé d'épuisement émotionnel avec un score de 37. Un niveau bas de dépersonnalisation avec un score de 4. Ainsi qu'un niveau modéré d'accomplissement personnel avec un score de 37.

D'après l'analyse des données regroupées dans l'entretien de recherche et le questionnaire MBI, on affirme notre hypothèse pour le dix-septième cas, à savoir qu'il existe un burnout chez Lynda.

### **Cas N° 18 : Sabrina**

À partir des renseignements que nous avons récoltés dans l'entretien de recherche semi-directif, Sabrina présente des indices de burnout, des signes de fatigue physique et psychique liée à la charge au travail. Selon ses dires « *on fait tous ça, à l'EPH on fait tout, la consultation, les admissions ainsi que les accouchements presque tout* », « *oui en plus j'habite loin, je me lève toujours à 5h du matin et je finis à 18h je rentre à peu près à 20h, j'habite à 80km d'ici* ». Ainsi qu'une pression, et un manque de reconnaissance et de considération de la part de l'administration « *on subit beaucoup de pression de la part de l'administration, ils ne règlent pas nos problèmes, exemple moi j'habite à bejaia, le directeur n'a qu'à me signer le détachement pour travailler dans un lieu plus proche de mon domicile mais il ne le fait* ».

D'après le questionnaire MBI. Sabrina présente un degré de burnout bas avec un score moyen de 18.66. Ce qui est justifié par un niveau bas d'épuisement émotionnel avec un score de 17.

Un niveau bas de dépersonnalisation avec un score de 1. Ainsi qu'un niveau modéré d'accomplissement personnel avec un score de 38.

D'après l'analyse des données regroupées dans l'entretien de recherche et le questionnaire MBI, on affirme notre hypothèse pour le dix-huitième cas, à savoir qu'il existe un burnout chez Sabrina.

### **Hypothèse N°2 : il existerait un traumatisme secondaire chez les sages-femmes travaillant à l'EPH d'Akbou.**

Afin de vérifier notre deuxième hypothèse, nous nous sommes étayés sur l'entretien de recherche semi-directif pour les manifestations du traumatisme secondaire ainsi l'STSS, pour pouvoir évaluer le niveau de traumatisme secondaire, pour affirmer ou infirmer cette hypothèse.

**Tableau N° 42 : Tableau récapitulatif des résultats des sujets de l'STSS**

Prénoms des sujets	Intrusion	Evitement	Eveil	Score totale	Degré STS
Feroudja	16	13	18	47	Elevé
Cylia	11	17	18	46	Elevé
Souad	12	16	15	43	Modéré
Hanane	13	16	12	41	Modéré
Chekaba	13	22	18	53	Sévère
Nora	17	18	14	49	Elevé
Yasmina	14	12	11	37	Léger
Djamila	11	11	13	35	Léger
Ounissa	19	29	20	68	Sévère
Sihem	14	18	17	49	Sévère
Kahina	13	15	13	41	Modéré
Nassima	14	25	15	54	Sévère
Fadhila	7	14	12	33	Léger
Dahbia	10	10	14	34	Léger
Narimane	16	22	19	57	Sévère
Louiza	13	24	17	54	Sévère
Lynda	15	16	16	47	Elevé
Sabrina	9	15	13	36	Léger

(Source : nous-même)

D'après le tableau présenté ci-dessus, on constate que six sujets de recherche présentent un niveau sévère de traumatisme secondaire, Chekaba, Ounissa, Sihem, Nassima, ainsi que Narimane et Louiza. On note aussi cinq autres sujets présentent un niveau élevé de traumatisme secondaire, il s'agit de Feroudja, Cylia, Nora et Lynda. Trois sujets qui présentent un degré modéré qui sont : Souad, Hanane, Kahina. Enfin, Yasmina, Djamilia, Fadhila, Dahbia et Sabrina présentent un traumatisme secondaire léger.

### **Cas N° 01 : Feroudja :**

D'après les informations recueillis dans l'entretien de recherche semi-directif, on constate que Feroudja montre des indices de traumatisme secondaire, tel que l'irritabilité « *je suis une personne qui n'accepte pas tout, je me révolte quotidiennement, et quand ça me dépasse je transporte ça chez moi heureusement ils sont compréhensifs* », ainsi qu'un dévouement et une forte empathie « *oui on est fatigué, on est affecté surtout pendant le service de garde on ne peut pas laisser notre place juste comme ça, on n'arrive plus à être présent dans les événements familiaux on est souvent absent, tout simplement parcequ'on ne peut pas laisser les cas juste comme ça !* ».

Dans le questionnaire STSS, Feroudja présente un traumatisme secondaire élevé avec un score total de 47, ce qui est justifié par une présence de pensées envahissantes de réviviscence notamment dans l'item 2 « *mon cœur a commencé à palpiter quand j'ai pensé à mon travail avec les clients* », ou Mme Ferroudja a coché la case « *souvent* », ainsi que l'item 3 qui est « *c'était comme si je revivais le(s) trauma(s) expérimenté(s) par mon (mes) client(s)* », ou elle a coché la case « *souvent* ». Feroudja n'a pas montré de comportement d'évitement. Cependant, on constate une perturbation du sommeil dans l'item 4 « *j'ai eu du mal à dormir* », où elle a coché la case « *Très souvent* ».

D'après les résultats de l'entretien de recherche semi-directif et le questionnaire STSS, nous pouvons dire que ce cas affirme notre hypothèse, à savoir qu'il existe un traumatisme secondaire chez Feroudja.

### **Cas N° 02 : Cylia**

D'après les informations regroupées dans l'entretien de recherche semi-directif, on constate que Cylia présente des signes symptomatiques du traumatisme secondaire. Des signes de réviviscence, de pensées envahissantes répétitives, selon son discours « *oui ! il y a un événement bouleversant que je n'oublierais jamais de toute ma vie, cette nuit c'est moi qui travaillais de garde, il y avait une femme enceinte qui est rentrée, je lui ai fait l'examen et tout le nécessaire, ensuite je*

*lui ai fait l'admission, sachant quelle est rentré dans un état normal, après deux heures elle a eu une complication qui s'appel rupture utérine, après elle est passé au bloc opératoire, après le lendemain je suis sorti en récupération, ils m'ont appelé en me disant que cette femme est tombé dans le coma, après deux jours elle est décédée, ça reste pour moi un choc ! (rire)...haha, ».*

Dans le questionnaire STSS. Cylia présente un traumatisme secondaire d'un degré élevé avec un score total de 46. On constate un comportement d'irritabilité dans l'item 8 « *je me suis senti(e) nerveux (se)* », où elle a coché la case « *souvent* ». Notamment la présence des difficultés de concentration dans l'item 11 « *j'avais des difficultés de concentration* », où elle a coché la case « *souvent* ». Ainsi, qu'une hypervigilance qui peut se voir dans l'item 16 « *je me suis attendu à ce que quelque chose de mal arrive* », où elle a coché la case « *souvent* ».

D'après les résultats de l'entretien de recherche semi-directif et le questionnaire STSS. Nous pouvons dire que ce cas affirme notre hypothèse, à savoir qu'il existe un traumatisme secondaire chez Cylia.

### **Cas N° 03 : Souad**

D'après les informations recueillis dans l'entretien de recherche semi-directif, on constate que Souad montre des indices de traumatisme secondaire, tel que des troubles de l'humeur « *ça, m'attriste de voir ces événements je me sens triste, je pleure des fois aussi* » notamment de l'empathie à l'égard des patientes « *je leurs raconte pas je n'aime pas, quelque fois par hasard, je parle avec mes collègues, par exemple, on s'appel entre collègues, pour avoir des nouvelles sur les patientes* ».

Dans le questionnaire STSS, Souad présente un traumatisme secondaire modéré avec un score total de 43, ce qui est traduit par une présence de pensées envahissantes de réviviscence notamment dans l'item 2 « *mon cœur a commencé à palpiter quand j'ai pensé à mon travail avec les clients* », où Souad a coché la case « *occasionnellement* », de même que Souad a montré d'hypervigilance dans l'item 5 « *je me suis senti(e) découragé(e) à propos du futur* ».

D'après les résultats de l'entretien de recherche semi-directif et le questionnaire STSS, nous pouvons dire que ce cas affirme notre hypothèse, à savoir qu'il existe un traumatisme secondaire chez Souad.

### **Cas N° 04 : Hanane**

D'après les informations recueillis dans l'entretien de recherche semi-directif, on constate que Hanane montre des indices de traumatisme secondaire, tel que le symptôme de sidération « *oui,*

*bien sûr, j'ai déjà traversé des événements bouleversants, avec des collègues, et même avec les patientes, une fois il y avait un cas, où on a retiré un bébé en petite morceaux, ceci est resté un choc pour moi, je n'arrive pas à oublier cet événement bouleversant, moi je n'arrivais pas à le retirer, c'est le gynécologue qui l'a retiré, je me suis enfuie». Ainsi que des symptômes de reviviscence « oui, je revis certains moments bouleversants, surtout, quand j'ai un problème que je n'arrive pas à régler ».*

Dans le questionnaire STSS, Hanane présente un traumatisme secondaire modéré avec un score total de 41, ce qui est traduit par une présence de pensées envahissantes de reviviscence notamment dans l'item 2 « *mon cœur a commencé à palpiter quand j'ai pensé à mon travail avec les clients* », où Hanane a coché la case « *souvent* », Hanane a manifesté des excès de colères dans l'item 15 « *j'étais facilement contrarié(e) et énervé(e)* ». Où elle a coché la case « *souvent* ». La présence d'une hypervigilance a été constatée dans litem 16 « *je me suis attendu à ce que quelque chose de mal arrive* », ou elle a coché la case « *souvent* ».

D'après les résultats de l'entretien de recherche semi-directif et le questionnaire STSS, nous pouvons dire que ce cas affirme notre hypothèse, à savoir qu'il existe un traumatisme secondaire chez Hanane

### **Cas N° 05 : Chekaba**

D'après les informations récoltées pendant l'entretien de recherche. On constate des indices de traumatisme secondaire chez Chekaba. Selon son récit, elle a montré des signes symptomatiques tel que la reviviscence ainsi que des pensées envahissantes « *j'ai eu des moments difficiles, et surtout les premiers temps j'y pensais souvent et je les revivais presque tout les jours* », notamment des comportements d'évitement « *dés que je vois une femme enceinte je change de chemin* ».

Dans le questionnaire STSS. Cylia présente un traumatisme secondaire d'un degré sévère avec un score total de 53. Qui reflète la présence de pensées envahissantes ainsi que des souvenirs répétitifs, des efforts visant à éviter les souvenirs, les pensées, les sentiments en lien avec l'évènement provoquant un sentiment de détresse, notamment la présence de comportement d'irritabilité, ainsi que des perturbations du sommeil, ainsi qu'une hypervigilance.

D'après les résultats obtenus dans l'entretien de recherche semi-directif et le questionnaire STSS. Nous pouvons dire que ce cas affirme notre hypothèse, à savoir qu'il existe un traumatisme secondaire chez Chekaba.



**Cas N° 06 : Nora**

D'après les informations recueillis dans l'entretien de recherche semi-directif, on constate que Nora montre des indices de traumatisme secondaire, tel que des insomnies *«oui, ça m'arrive d'être renfermé, je peux plus parler, il me faut du temps pour digérer tout les événements bouleversants, surtout quand il s'agit des décès maternelles, et des bébés, ça me travaille, parfois j'ai même des insomnies »*. Ainsi que des symptômes de reviviscence *« oui, ça m'arrive des fois, quand je suis dans un état fatigué, Il y a des images, des événements qui reviennent, qui ne sont pas nécessairement bons, mais qui refont surface, comme si c'était le jour ou ils se sont produit, c'est des flash-back »*.

Dans le questionnaire STSS, Nora présente un traumatisme secondaire élevé avec un score total de 49, ce qui est traduit par une présence de pensées envahissantes de reviviscence notamment dans l'item 3 *« c'était comme si je revivais le(s) trauma(s) expérimenté(s) par mon (mes)client(s)»*, ou Nora a coché la case *« souvent »*, on constate notamment une perturbation de sommeil dans l'item 4 *« j'ai eu du mal à dormir »*, où elle a coché la case *«souvent »*. De même que des excès de colère notamment dans litem 8 *«je me suis senti(e)nerveux (se) »*, où elle a coché la case *«souvent »*.

D'après les résultats de l'entretien de recherche semi-directif et le questionnaire STSS, nous pouvons dire que ce cas affirme notre hypothèse, à savoir qu'il existe un traumatisme secondaire chez Nora.

**Cas N° 07 : Yasmina**

Après avoir regroupées les données de l'entretien de recherche semi-directif, on constate que Djamilia manifeste des indices de traumatisme secondaire, notamment des moments difficiles dans l'exercice de son métier, d'après son discours *«oui, une fois ou deux c'est tout »*. Ainsi que des pensées envahissantes et des insomnies *«oui, bien sûr c'est claire, des fois aussi des cauchemars, quand je dors je rêve comme si je suis dans la salle d'accouchement »*.

Dans le questionnaire STSS, Yasmina a présenté degré léger de traumatisme secondaire avec un score de 37, des pensées envahissantes répétitives ont été observées notamment dans l'item 6 *« des rappels de mon travail avec des patients me bouleversent »*, où elle a indiqué la fréquence *« souvent »*, ainsi que l'item 4 *« j'ai eu du mal à dormir »* ce qui justifie la présence d'insomnies. De ce fait on peut conclure que ce cas affirme notre hypothèse, à savoir qu'il existe un traumatisme secondaire chez Yasmina.



**Cas N° 08 : Djamila**

Après avoir regroupées les données de l'entretien de recherche semi-directif, on constate que Djamila manifeste des indices de traumatisme secondaire, notamment des moments difficiles dans l'exercice de son métier, d'après son discours « *oui on a eu des décès maternelles qui nous ont vraiment choqué, surtout que c'est des femmes qui venaient en bonne santé, j'ai perdu deux femmes c'était vraiment choquant, on a eu des moments difficiles surtout quand on les voyait souriantes et cherchaient un prénom avec leurs maris pour leurs bébés, puis à la fin le bébé meurt ou la maman meurt c'est vraiment difficile* », ainsi que des pensées envahissantes et des insomnies « *des fois on pleure, des nuits blanches, des périodes difficiles, ça passe mais on s'en souvient toujours, des fois ça prends des mois, on pense toujours à la manière dont on devait s'y prendre et tout, c'est comme des remords...* »).

Dans le questionnaire STSS. On constate que Djamila présente un traumatisme secondaire léger avec un score total de 35. On constate parfois qu'elle a eu des rêves en lien avec les moments difficiles qu'elle a vécu dans l'exercice de son métier. Dans l'item 13 « *J'ai fait des rêves troublants sur mon travail avec les clients* », où elle a coché la case « *occasionnellement* ». Parfois aussi des comportements d'irritabilité où elle a mentionné la case « *occasionnellement* » dans l'item 15 « *J'étais facilement contrarié(e), énervé(e)* ».

D'après les données recueillis dans l'entretien de recherche semi-directif et le questionnaire STSS. Nous pouvons dire que ce cas affirme notre hypothèse, à savoir qu'il existe un traumatisme secondaire chez Djamila.

**Cas N° 09 : Ounissa :**

D'après les informations recueillis dans l'entretien de recherche semi-directif, on constate que Ounissa montre des indices de traumatisme secondaire, tel que la sidération « *oui, bien sur des fois même quand je croise des femmes dans la rue, tout de suite je me rappelle d'elle, elles sont toujours dans ma tête, toujours je vis avec le choc qui s'est déjà produit avant, je ne peux pas oublier* » ainsi qu'un retrait social « *des fois quand j'arrive à la maison, tellement fatigué est stressé, je parle à personne, des fois mon fils me dit maman tu me parle pas, et moi je repense à ma journée si j'ai pas fait des erreurs* ».

Dans le questionnaire STSS, Ounissa présente un traumatisme secondaire sévère avec un score total de 68, ce qui est traduit par une présence de pensées envahissantes de réviviscence notamment dans l'item 2 « *mon cœur a commencé à palpiter quand j'ai pensé à mon travail avec*

*les clients* », ou Ounissa a coché la case « *souvent* », notamment dans litem 3 « *c'était comme si je revivais le(s) trauma(s) expérimenté(s) par mon(mes) client(s)* » ou elle a coché la case « *souvent* » toutefois, on constate des comportements d'éveil qui se traduit par des insomnies, dans l'item 4 « *j'ai eu du mal à dormir* », où elle a coché la case « *souvent* », de même que dans litem 11 « *j'avais des difficultés de concentration* », ou elle a coché la case « *très souvent* ».

D'après les résultats de l'entretien de recherche semi-directif et le questionnaire STSS, nous pouvons dire que ce cas affirme notre hypothèse, à savoir qu'il existe un traumatisme secondaire chez Ounissa.

### **Cas N° 10 : Sihem :**

D'après les informations recueillis dans l'entretien de recherche semi-directif, on constate que Sihem montre des indices de traumatisme secondaire, tel que la reviviscence « *oui, je revis certains moments bouleversants, surtout, quand j'ai un problème que je n'arrive pas à régler* ». Ainsi que de l'hyper vigilance « *oui, bien sûr, y a des répercussions parce que, c'est un métier délicat, il y a toujours des risques imminent* ».

Dans le questionnaire STSS, Sihem présente un traumatisme secondaire sévère avec un score total de 49, ce qui est traduit par une présence de pensées envahissantes de reviviscence notamment dans l'item 6 « *des rappels de mon travail avec des patients me bouleversent* », ou Sihem a coché la case « *souvent* », toutefois, on constate une perturbation de sommeil dans l'item 4 « *J'ai eu du mal à dormir* », où elle a coché la case « *très souvent* » ainsi qu'une difficultés de concentration, notamment dans litem 11 « *j'avais des difficultés de concentration* », où elle a coché la case « *souvent* ».

D'après les résultats de l'entretien de recherche semi-directif et le questionnaire STSS, nous pouvons dire que ce cas affirme notre hypothèse, à savoir qu'il existe un traumatisme secondaire chez Sihem.

### **Cas N° 11 : Kahina**

D'après les renseignements que nous avons recueillis dans l'entretien de recherche semi-directif. Kahina montre des indices de traumatisme secondaire, des signes de pensées envahissantes répétitives qui provoque une détresse, qui est justifié dans son discours « *oui, j'ai vécu des pertes que ça soit un bébé, ou une maman* », « *la peur, le stress, la panique....pleins de sentiments, c'est difficile, c'est des situations auxquelles on ne s'attendait pas, surtout que je viens de repenser à un cas, ouffff...!* ». Ainsi, qu'une forte empathie « *c'est un métier très difficile je te jure, ça me rends*

*fragile, ça m'est arrivé plusieurs fois, genre je vois une femme qui a des contractions je ressens sa souffrance ».*

En se référant aux résultats du questionnaire STSS. On constate que Kahina présente un traumatisme secondaire avec un degré modéré avec un score total de 41. Ce qui fait référence à la présence des souvenirs répétitifs, des efforts visant à éviter les souvenirs, les pensées, les sentiments en lien avec l'évènement provoquant un sentiment de détresse, notamment la présence de comportement d'irritabilité, des difficultés de concentration, ainsi qu'une hypervigilance.

A cet effet, d'après l'analyse des données recueillies dans l'entretien de recherche semi-directif et le questionnaire STSS. On affirme notre hypothèse pour ce onzième cas, à savoir qu'il existe un traumatisme secondaire chez Kahina.

### **Cas N° 12 : Nassima**

D'après les données récoltées dans l'entretien de recherche semi-directif. On constate que Nassima présente des signes symptomatiques liée au traumatisme secondaire. Notamment des pensées envahissantes et de la réviviscence. D'après son discours *« oui je revis pendant la journée les moments difficiles, même pendant les jours de repos je les revis, sauf que pendant mon sommeil je prends des médicaments qui me plongent dans un sommeil profond, donc le sommeil je dors, les médicaments ont un fort effet sur moi d'ailleurs mes collègues ont essayé de me réveiller je leur ai dis non pas encore, hahaha ! Je ne suis pas encore réveillé »*. Un comportement d'irritabilité *« je boude, je préfère ne pas en parler surtout avec des femmes alors je garde tout pour moi ! »*. Ainsi qu'un comportement d'évitement *« je déteste ce mot ! Je déteste croiser une femme enceinte que ça soit dans la rue ou dans les fêtes je hais ça »*.

D'après les résultats du questionnaire STSS. On constate que Nassima présente un traumatisme secondaire élevé avec un score total de 54. Où elle a coché la case *« souvent »* notamment dans l'item 2 *« mon cœur a commencé à palpiter quand j'ai pensé à mon travail avec les clients »*, ainsi que l'item 3 *« C'était comme si je revivais le(s) trauma(s) expérimenté(s) par mon (mes) client(s) »*.

Suite aux résultats obtenus dans l'entretien de recherche semi-directif ainsi que le questionnaire STSS. On affirme notre hypothèse pour ce douzième cas.

**Cas N° 13 : Fadhila :**

D'après les informations recueillis dans l'entretien de recherche semi-directif, on constate que Fadhila montre des indices de traumatisme secondaire, tel que le symptôme de sidération « *quand j'entends ce mots ça me choque* ». Ainsi que le symptôme de retrait social « *pour ma famille je ne leur parle pas, pour les collègues, actuellement, y a pas d'entente ce n'est pas comme avant, il y a un conflit de génération* ».

Dans le questionnaire STSS, Fadhila présente un traumatisme secondaire léger avec un score total de 33, ce qui est traduit par une absence de pensées envahissantes de réviviscence notamment dans l'item 2 « *mon cœur a commencé à palpiter quand j'ai pensé à mon travail avec les clients* », ou Fadhila coché la case « *jamais* ». Ainsi que dans litem 10 « *Jai pensé a mon travail avec les clients quand je n'en avais pas l'intention* » ou Fadhila a coché la case « *jamais* » de même que Fadhila a montré des comportements d'évitement, notamment dans litem 7 « *j'avais peu d'intérêts a côtoyer d'autres personnes* », où Fadhila a coché la case « *rarement* ». Ainsi que dans litem 12 « *Jai évité les gens, les endroits, ou les choses qui m'ont rappelé mon travail avec les clients(e)* » ou elle a coché la case « *souvent* » toute fois Fadhila manifeste des comportements d'éveil, où on constate une perturbation de sommeil notamment dans l'item 4 « *j'ai eu du mal a dormir* ». Où elle a coché la case « *occasionnellement* ». D'après les résultats de l'entretien de recherche semi-directif et le questionnaire STSS, nous pouvons dire que ce cas affirme notre hypothèse, à savoir qu'il existe un traumatisme secondaire chez Fadhila.

**Cas N° 14 : Dahbia :**

D'après les informations recueillis dans l'entretien de recherche semi-directif, on constate que Dahbia montre des indices de traumatisme secondaire, tel que des reviviscences « *ça dépend, quand je suis triste ça m'arrive de penser à ces événements, mais pas toujours* ». Ainsi que des symptômes de troubles de l'humeur « *ça dépend, y a des moments où je parle à mon mari en pleurant, et je parle aussi avec mes collègues avec un langage professionnelle, même avec le médecin de service* ».

Dans le questionnaire STSS, Dahbia présente un traumatisme secondaire léger avec un score total de 34, ce qui est traduit par une présence de pensées envahissantes de réviviscence notamment dans l'item 3 « *c'était comme si je revivais le(s)trauma(s) expérimenté(e)par mon mes client(s)* » ou Dahbia a coché la case « *souvent* ». Ainsi que dans litem 13 « *j'ai fait des rêves troublants sur mon travail avec les clients* », où Dahbia a coché la case « *occasionnellement* ».

D'après les résultats de l'entretien de recherche semi-directif et le questionnaire STSS, nous pouvons dire que ce cas affirme notre hypothèse, à savoir qu'il existe un traumatisme secondaire chez Dahbia.

### **Cas N° 15 : Narimane :**

D'après les informations recueillies dans l'entretien de recherche semi-directif, on constate que Narimane montre des indices de traumatisme secondaire, tel que des excès de colère *«oui, bien sûr, je m'énerve rapidement, mon caractère a changé par rapport aux années précédente »*. Ainsi que des symptômes de reviviscence *«oui, à chaque fois ça se reproduit, toujours parce que il n'y a pas de solutions»*.

Dans le questionnaire STSS, Narimane présente un traumatisme secondaire sévère avec un score total de 57, ce qui est traduit par une présence de pensées envahissantes de reviviscence notamment dans l'item 10 *« j'ai pensé à mon travail avec les clients quand je n'en avais pas besoin »*, où Narimane a coché la case *« souvent »*. Ainsi que dans l'item 13 *« j'ai fait des rêves troublants sur mon travail avec les clients »*, où Narimane a coché la case *« souvent »*. Toutefois Narimane manifeste des comportements d'éveil, où on constate une perturbation de sommeil notamment dans l'item 4 *« j'ai eu du mal à dormir »*. Où elle a coché la case *« souvent »*, ainsi qu'un comportement d'irritabilité notamment dans l'item 8 *« je me suis senti(e) nerveux (se) »*, où elle a coché la case *« souvent »*.

D'après les résultats de l'entretien de recherche semi-directif et le questionnaire STSS, nous pouvons dire que ce cas affirme notre hypothèse, à savoir qu'il existe un traumatisme secondaire chez Narimane.

### **Cas N° 16 : Louiza**

Suite aux données récoltées dans l'entretien de recherche semi-directif. On constate des indices de traumatisme secondaire. On constate notamment des signes de présence envahissantes et répétitives, d'après son discours *« oui, souvent quand je rentre à la maison ça me revient, je me dis qu'est ce que j'ai fait, qu'est ce que j'aurais dû faire ou ne pas faire, bah voilà on se remet on cause ça reste vraiment pénible, y a l'aspect psychologique et l'aspect relationnel il y a toujours ce feedback qui n'est pas tout le temps positif »*.

D'après les résultats du questionnaire STSS. On constate que Louiza présente un degré sévère de traumatisme secondaire avec un score total de 54.

Effectivement, on constate la présence de pensées envahissantes ainsi que des souvenirs répétitifs, des efforts visant à éviter les souvenirs, les pensées, les sentiments en lien avec l'évènement provoquant un sentiment de détresse, notamment des difficultés de concentration, ainsi qu'une hypervigilance.

D'après les résultats obtenus dans l'entretien de recherche semi-directif et le questionnaire, on affirme notre hypothèse pour ce seizième cas.

### **Cas N° 17 : Lynda**

D'après les informations regroupées dans l'entretien de recherche semi-directif. On constate des indices de traumatisme secondaire. On constate que Lynda a vécu des moments difficiles dans l'exercice de son métier. Ces derniers ont donné lieu à un indice de traumatisme secondaire qui est le repli sur soi, d'après son discours « *oui ! Je reste tout le temps seule, même si j'ai une fête je préfère rester tranquillement chez moi, tellement le stress et la fatigue sont toujours présent, je repense toujours à mon travail, je me demande si les patientes vont bien et tout... !* ».

D'après les résultats du questionnaire STSS. Lynda présente un degré élevé de traumatisme secondaire avec un score de 47. On constate la présence de souvenirs répétitifs et envahissants, où elle a coché la case « *souvent* » notamment dans l'item 2 « *mon cœur a commencé à palpiter quand j'ai pensé à mon travail avec les clients* », des perturbations de sommeil, où elle a indiqué la fréquence « *souvent* » dans l'item 4 « *J'ai eu du mal à dormir* ».

D'après les résultats de l'entretien de recherche semi-directif et le questionnaire STSS. On affirme notre hypothèse pour ce dix-septième cas.

### **Cas N° 18 : Sabrina**

D'après les données regroupées dans l'entretien de recherche semi-directif. On constate des signes de traumatisme secondaire chez Sabrina. Notamment des pensées envahissantes liées aux moments difficiles qui perturbent son sommeil, d'après son discours « *je pense que c'est pour ça que j'ai un sommeil perturbé* ».

Dans le questionnaire STSS. On constate que Sabrina présente un degré léger de traumatisme secondaire avec un score de 36. Elle a mentionné la fréquence « *rarement* », dans l'item 17 « *J'ai remarqué des trous de mémoire à propos de séances avec les clients* », elle a coché la case « *souvent* », dans l'item 4 « *J'ai eu du mal à dormir* ».

D'après les résultats de l'entretien de recherche semi-directif et le questionnaire STSS. On affirme notre hypothèse pour ce dix-huitième cas.

**Hypothèse générale : Nous supposons, que la qualité du vécu du métier des sages-femmes travaillant à l'EPH d'Akbou est mauvaise.**

Nous allons, dans ce qui suit, présenter les tableaux des résultats de nos outils psychométriques utilisés, pour pouvoir discuter notre hypothèse générale grâce aux données et informations obtenues dans notre entretien de recherche semi-directif et les résultats du questionnaire MBI qui mesure le niveau de burnout, et l'STSS pour mesurer le niveau de traumatisme secondaire.

**Tableau N° 43 : Tableau récapitulatif des résultats des sujets du questionnaire MBI et de l'STSS**

Prénoms des sujets	Score moyen du burn out	Niveau de burn out	Score totale du Traumatisme secondaire	Interprétation
<b>Feroudja</b>	29.33	Modéré	47	Elevé
<b>Cylia</b>	17.66	Modéré	46	Elevé
<b>Souad</b>	28.66	Elevé	43	Modéré
<b>Hanane</b>	29.66	Elevé	41	Modéré
<b>Chekaba</b>	29.33	Elevé	53	Sévère
<b>Nora</b>	26	Modéré	49	Elevé
<b>Yasmina</b>	19	Bas	37	Léger
<b>Djamila</b>	21.33	Modéré	35	Léger
<b>Ounissa</b>	34	Elevé	68	Sévère
<b>Sihem</b>	30	Elevé	49	Sévère
<b>Kahina</b>	23	Elevé	41	Modéré
<b>Nassima</b>	24	Elevé	54	Sévère
<b>Fadhila</b>	32	Modéré	33	Léger
<b>Dahbia</b>	27	Elevé	34	Léger
<b>Narimane</b>	26.33	Elevé	57	Sévère
<b>Louiza</b>	28	Modéré	54	Sévère
<b>Lynda</b>	26	Elevé	47	Elevé
<b>Sabrina</b>	18.66	Bas	36	Léger

(Source : nous-même).



D'après le tableau présenté ci-dessus, on constate que dix de nos sujets de recherche présentent un niveau élevé de burnout qui sont : Souad, Hanane, Chekaba, Ounissa, Sihem, Kahina, ainsi que Nassima, Dahbia, Narimane et Lynda. Aussi, on note que cinq de nos sujets présentent un burnout modéré, il s'agit de : Feroudja, Cylia, Nora, Djamila, et Louiza présentent un niveau de burnout modéré. Enfin, deux cas qui présente un burnout bas qui sont : yasmima et Sabrina. Pour l'évaluation du traumatisme secondaire on constate que six sujets de recherche présentent un niveau sévère de traumatisme secondaire qui sont : Chekaba, Ounissa, Sihem, Nassima, ainsi que Narimane et Louiza.

On note aussi que cinq autres sujets présentent un niveau élevé de traumatisme secondaire, il s'agit de Feroudja, Cylia, Nora et Lynda. Trois sujets qui présentent un degré modéré qui sont : Souad, Hanane, Kahina Enfin, cinq autres sujets dont Yasmima, Djamila, Fadhila, Dahbia et Sabrina présentent un traumatisme secondaire léger.

À partir de la discussion des hypothèses partielles, nous pouvons maintenant nous prononcer sur l'hypothèse générale.

### **Cas N° 01 : Feroudja :**

D'après les informations que nous avons recueillies dans l'entretien de recherche semi-directif, Feroudja présente des signes de burnout, à travers son discours nous avons constaté des signes symptomatiques, tel qu'une fatigue physique et psychique liée à la charge au travail, ainsi que des insomnies, ces manifestations ont été démontrés par le questionnaire MBI, qui indique que Feroudja présente un niveau modéré de burnout. De même pour le traumatisme secondaire dont les signes qui ont été observé sont l'irritabilité, et une forte empathie, ce qui a été démontré dans le questionnaire STSS où Feroudja présente un degré élevé de traumatisme secondaire, ce qui nous laisse déduire que la qualité du vécu du métier de sage-femme de notre sujet est mauvaise. On conclut que notre hypothèse est affirmée pour ce premier cas.

### **Cas N° 02 : Cylia**

En se basant sur les données retenues de l'entretien de recherche semi-directif, du questionnaire MBI et l'STSS, on constate que la qualité du vécu du métier de sage-femme de notre sujet est mauvaise, ce qui a été notamment démontré avec un niveau de burnout modéré et de traumatisme secondaire élevé. De ce fait notre hypothèse est affirmée pour ce cas.



**Cas N° 03 : Souad**

En se référant aux résultats de l'analyse de l'entretien de recherche semi-directif, du questionnaire de MBI et l'STSS, on constate que Souad en plus des signes de burnout et de traumatisme secondaire, on peut observer une forte déception par rapport à son métier de sage-femme, avec un burnout d'un niveau élevé et un traumatisme secondaire d'un degré modéré, on conclut que la qualité du vécu du métier de sage-femme de Souad est mauvaise. Ce qui affirme notre hypothèse pour ce sujet.

**Cas N° 04 : Hanane**

D'après les informations regroupées à partir de l'entretien de recherche semi-directif et le questionnaire MBI et STSS, on constate que hanane présente des signes de burnout, notamment un épuisement physique et psychique et la présence d'une pression qui rends encore son expérience plus difficile, ainsi que des signes de traumatisme secondaire, ce qui a été observé dans les réponses des deux outils psychométriques, dans lesquelles Hanane présente un burnout d'un niveau élevé et un traumatisme secondaire modéré, de ce fait la qualité du vécu du métier de sage-femme de Hanane est mauvaise. De ce fait, on conclut que ce sujet affirme notre hypothèse.

**Cas N° 05 : Chekaba**

En tenant compte des informations rassemblées au cours de l'entretien de recherche semi-directif et des résultats des deux outils psychométriques en l'occurrence l'MBI et l'STSS, on constate que Chekaba présente un degré de burnout élevé et un traumatisme secondaire sévère, ce qui fait référence à une mauvaise qualité du vécu du métier de sage-femme chez Chekaba, ce qui se laisse voir d'après ses dires : « *dés que je vois une femme enceinte je change de chemin* ». On conclut que ce sujet affirme notre hypothèse.

**Cas N° 06 : Nora**

En se référant aux résultats de l'analyse de l'entretien de recherche semi-directif, du questionnaire de MBI et l'STSS, on constate la présence d'indices de burnout et de traumatisme secondaire, une fatigue des insomnies et des moment de réviviscence notamment des pensées envaissantes répétitives, qui ont été démontrés dans le questionnaire MBI avec niveau modéré, ainsi qu'un traumatisme secondaire d'un degré sévère.

Cela nous laisse déduire que notre sujet présente une mauvaise qualité du vécu du métier de sage-femme. On conclut que ce cas affirme notre hypothèse.

**Cas N° 07 : Yasmina**

D'après les renseignements recueillis à partir de l'entretien de recherche semi-directif, ainsi que des résultats du questionnaire de MBI et l'STSS, on peut déduire que notre sujet présente une bonne qualité du vécu du métier de sage-femme, ce qui a été confirmé par ses propos « *normalement, ces cinq années sont bien passé, déjà Je n'ai pas senti comment elles sont passées, donc, il y a pas beaucoup de problèmes* ».

Malgré quelques signes de burnout et de traumatisme secondaire, les deux questionnaires ont démontré qu'elle présentait un niveau bas de burnout et un degré léger de traumatisme secondaire, de ce fait, on conclut que notre hypothèse est infirmée pour ce sujet.

**Cas N° 08 : Djamila**

En se basant sur les données rassemblées à partir de l'entretien de recherche semi-directif, des résultats du questionnaire MBI et l'STSS. Des signes de burnout et de traumatisme secondaire ont été observés pendant l'entretien ainsi que le questionnaire MBI avec un degré modéré, toutefois elle a manifesté un degré léger de traumatisme secondaire dans le questionnaire STSS. Djamila nous a fait savoir que son expérience l'avait marqué « *des fois on pleure, des nuits blanches, des périodes difficiles, sa passe mais on s'en souvient toujours, des fois ça prends des mois, on pense toujours a la manière dont on devait s'y prendre et tout, c'est comme des remords...* ».

On peut déduire que la qualité du vécu du métier de sage-femme de Djamila est mauvaise. On conclut que notre hypothèse est affirmée pour ce cas.

**Cas N°09 : Ounissa**

En se référant aux résultats de l'analyse de l'entretien de recherche semi-directif, du questionnaire de MBI et l'STSS, nous remarquons que notre sujet présente une mauvaise qualité du vécu du métier de sage-femme, ce qui nous a été confirmée avec un niveau élevé de burnout dans le questionnaire MBI et un degré sévère de traumatisme secondaire, pendant l'entretien à l'aide de notre intuition et de nos observations elle s'est avérée être très marquée, ce qui a eu des répercussions sur sa vie privé selon son discours «*des fois quand j'arrive à la maison, tellement fatigué est stressé, je parle à personne, des fois mon fils me dit maman tu me parle pas, et moi je repense à ma journée, et je me demande si j'ai pas fait des erreurs* ». On conclut que notre hypothèse est affirmée pour ce cas.

**Cas N°10 : Sihem**

En tenant compte des informations rassemblées au cours de l'entretien de recherche semi-directif et des résultats des deux outils psychométriques : le questionnaire MBI et l'STSS. Sihem présente une qualité mauvaise du vécu du métier de sage-femme, ce qui peut se voir à partir des résultats des deux questionnaires, avec un degré de burnout élevé, notamment un traumatisme secondaire sévère. On conclut que notre hypothèse est confirmée pour ce dixième cas.

**Cas N° 11 : Kahina**

En se référant aux résultats de l'analyse de l'entretien de recherche semi-directif, du questionnaire de MBI et l'STSS, on peut observer des indices de burnout et de traumatisme secondaire, Kahina nous paraît très affecté, ce qu'elle a fait savoir dans son discours « *c'est un métier très difficile je te jure, ça me rends fragile, ça m'est arrivé plusieurs fois, genre je vois une femme qui a des contractions je ressens sa souffrance* ». Des signes qui ont été observés dans les deux questionnaires, où elle a manifesté un burnout d'un niveau élevé, ainsi qu'un traumatisme secondaire modéré.

On peut déduire que la qualité du vécu du métier de sage-femme de notre sujet est mauvaise. On conclut que notre hypothèse est affirmée pour ce cas.

**Cas N° 12 : Nassima**

En tenant compte des informations rassemblées au cours de l'entretien de recherche semi-directif et des résultats des deux outils psychométriques : le questionnaire MBI et l'STSS, Nassima présente une qualité mauvaise du vécu du métier de sage-femme, effectivement, une phrase a attiré notre attention pendant l'entretien dans laquelle elle a déclaré « *si je pouvais revenir en arrière jamais je vais le faire, je vais jamais conseiller ce métier à mes enfants* ». Par la suite nous avons observés dans le questionnaire MBI un niveau élevé de burnout, ainsi qu'un degré élevé de traumatisme secondaire dans le questionnaire STSS, de ce fait, on peut conclure que notre hypothèse est affirmée pour ce douzième cas.

**Cas N° 13 : Fadhila**

En se référant aux résultats de l'analyse de l'entretien de recherche semi-directif, du questionnaire de MBI et l'STSS, on constate des signes de burnout et de traumatisme secondaire avec un niveau modéré de burnout et un traumatisme secondaire léger, on peut déduire que la qualité du vécu du métier de sage-femme est mauvaise, à partir de ce que nous avons observés

pendant l'entretien notamment sa déclaration en lien avec le métier où elle dit «*le début de ma carrière, c'était bien, durant les années d'or, ensuite avec le temps tout a changé, maintenant il y a un conflit de génération entre les anciennes et les nouvelles, maintenant j'attends la retraite anticipé* ». On peut conclure que notre hypothèse est affirmée pour ce treizième cas.

### **Cas N°14 : Dahbia**

En se basant sur les données rassemblées à partir de l'entretien de recherche semi-directif, des résultats du questionnaire MBI et l'STSS. Des signes de burnout et de traumatisme secondaire ont été observés pendant l'entretien, notamment un niveau élevé de burnout, cependant on a constaté un degré léger de traumatisme secondaire, selon le discours de Dahbia, elle a qualifié les premières années de son travail comme satisfaisante mais par la suite c'est devenue plus difficile, comme elle le fait savoir ici «*les dix première années, j'aimais lire sur la physiologie de l'accouchement, j'aimais partager le bonheur avec mes collègues, et j'adorais découvrir mon métier, mais mes sept dernières années, c'est l'épuisement, la fatigue, le stress* ».

On peut déduire que la qualité du vécu du métier de sage-femme de notre sujet est mauvaise, on peut conclure que notre hypothèse est affirmée pour ce cas.

### **Cas N°15 : Narimane**

En se basant sur les données retenues de l'entretien de recherche semi-directif, des résultats du questionnaire de MBI et l'STSS, on peut déduire que la qualité du vécu du métier de sage-femme de Narimane est mauvaise, effectivement des signes de burnout et de traumatisme secondaire ont été observés, ce qui a été démontré dans le questionnaire MBI avec un degré élevé de burnout, ainsi que le questionnaire STSS où Narimane a manifesté un degré sévère de traumatisme secondaire. De ce fait, on peut conclure que notre hypothèse est affirmée pour ce quinzième cas.

### **Cas N° 16 : Louiza**

D'après les informations recueillis à partir de l'entretien de recherche semi-directif, ainsi que des résultats deux outils psychométriques que nous avons utilisés, Louiza a manifesté un degré de burnout modéré, ainsi qu'un traumatisme secondaire sévère, de ce que nous avons observés comme indices pendant l'entretien, notamment un sentiment de fatigue psychique et physique ainsi que des moments de réviviscence, on peut déduire que la qualité du vécu du métier de sage-femme de Louiza est mauvaise. On peut conclure que notre hypothèse est affirmée pour ce seizième cas.

**Cas N° 17 : Lynda**

En se référant aux résultats de l'analyse de l'entretien de recherche semi-directif, du questionnaire de MBI et l'STSS, la qualité du vécu du métier de sage-femme de Lynda est mauvaise, cela est indiqué notamment avec un degré de burnout modéré, ainsi qu'un traumatisme secondaire élevé, Lynda a déclaré « *oui ! Je reste tout le temps seule, même si j'ai une fête je préfère rester tranquillement chez moi, tellement le stress et la fatigue sont toujours présents, je repense toujours à mon travail, je me demande si les patientes vont bien et tout... !* ». Ce qui fait référence à un repli sur soi. En effet, on peut conclure que notre hypothèse est affirmée pour ce dix-septième cas.

**Cas N° 18 : Sabrina**

D'après les informations recueillis à partir de l'entretien de recherche semi-directif, ainsi que des résultats des deux outils psychométriques que nous avons utilisés, on constate que Sabrina manifeste un niveau bas de burnout et un traumatisme secondaire léger, cependant dans l'entretien on a constaté une insatisfaction chez elle, et que l'administration est derrière ceci, elle a notamment fait savoir dans ses propos : « *on subit beaucoup, des pressions forte de l'administration, ils ne règlent pas nos problèmes, un exemple moi j'habite à bejaia, le directeur n'a qu'a me signer le détachement pour travailler dans un lieu plus proche de mon domicile mais il ne le fait* ». De ce fait, d'après notre intuition de chercheure, on peut déduire que la qualité du vécu du métier de sage-femme de notre sujet est mauvaise.

On peut conclure que notre hypothèse est affirmée pour ce dix-huitième cas.

**Synthèse**

En se basant sur les informations regroupées grâce à nos outils de recherche, à savoir l'entretien de recherche le questionnaire MBI et l'STSS, nous pouvons synthétiser par le fait que la totalité de nos sujets de recherche ont confirmée nos deux hypothèses.

Pendant l'entretien on a bien constaté la présence de signes de burnout chez la totalité des cas, notamment une fatigue psychique et physique, un manque d'effectif et de moyen techniques ont été notamment observés, un stress et une insomnie ont été constatés chez la majorité des cas, dû au rythme de travail, de plus l'insatisfaction de la majorité des cas par rapport au manque de considération et de reconnaissance de la part de l'administration, ce qui n'est qu'un obstacle en plus qui rends l'exercice encore plus délicat.

En effet, d'après les résultats du questionnaire MBI on constate que la majorité de nos sujets de recherche présentent un niveau élevé de burnout en l'occurrence : Souad, Hanane, Chekaba, Ounissa, Sihem, Kahina, ainsi que Nassima, Dahbia, Narimane et Lynda. On note aussi que Feroudja, Cylia, Nora, Djamila, et Louiza présentent un niveau de burnout modéré. Enfin deux cas parmi nos dix-huits sujets dont yasmina et Sabrina présentent un niveau de burnout bas. Ce qui démontre bien l'existence d'un burnout chez les sages-femmes travaillant à l'EPH d'Akbou.

De ce fait, notre première hypothèse qui est énoncée de la manière suivante « *oui, il existait un burnout chez les sages-femmes travaillant à l'EPH d'Akbou* ». Est affirmée par tous nos sujets de recherche.

Effectivement, l'hypothèse a été confirmée par tous nos sujets de recherche, nous avons constatés des signes de traumatisme secondaire chez la totalité des cas, notamment la présence de pensées envahissantes répétitives qui provoquent un sentiment de détresse, et de réviviscence, ainsi que des signes de perturbation de l'humeur et d'insomnies. Cependant, dans le questionnaire STSS, on constate que six sujets de recherche présentent un niveau sévère de traumatisme secondaire, Chekaba, Ounissa, Sihem, Nassima, ainsi que Narimane et Louiza. On note aussi que cinq autres sujets présentent un niveau élevé de traumatisme secondaire, il s'agit de Feroudja, Cylia, Nora et Lynda. Trois sujets qui présentent un degré modéré qui sont : Souad, Hanane, Kahina. Enfin, cinq cas dont Yasmina, Djamila, Fadhila, Dahbia et Sabrina présentent un traumatisme secondaire léger, ce qui démontre bien l'existence d'un traumatisme secondaire chez les sages-femmes travaillant à l'EPH d'Akbou.

Dés lors, pour notre deuxième hypothèse qui stipule : « *oui, il existerait un traumatisme secondaire chez les sages-femmes travaillant à l'EPH d'Akbou* ». A été affirmée par tous nos sujets de recherche.

Ensuite, on note que la qualité du vécu du métier de sage-femme chez Feroudja, Cylia, Souad, Hanane, Chekaba, Nora, Djamila, Ounissa, Sihem, Kahina, Nassima, Fadhila, Dahbia, Narimane, Louiza, Lynda, Sabrina, est mauvaise. Sauf un seul cas qui est Yasmina qui présente à priori une bonne qualité du vécu du métier de sage-femme.

En effet, ce qui est derrière cette mauvaise qualité du vécu du métier de sage-femme, on trouve un épuisement physique et psychique chez la majorité des cas, ainsi que les conditions du travail, la surcharge et la pression exercée dans ce milieu, un recours aux tranquillisants pour faire face aux insomnies a été aussi constaté chez certains cas, un manque considérable de moyen et

d'effectif fait que certains cas finissent par développer un burnout qui a été constaté dans la totalité de nos cas, un stress omniprésent ainsi qu'un repli sur soi, en plus d'être dans un contact continu avec les patientes, on constate que certains cas ont vécus des moments difficiles voir bouleversants, une réviviscence ainsi qu'un comportement d'évitement et d'irritabilité, ainsi qu'une empathie permanente qui est un terrain favorable pour l'installation d'un traumatisme secondaire.

De ce fait, notre hypothèse générale qui est formulé de la manière suivante : « *Nous supposons, que la qualité du vécu du métier des sages-femmes travaillant à l'EPH d'Akbou est mauvaise* ». A été affirmée par la majorité de nos sujets de recherche, sauf le cas de Yasmine.

En outre, des études ont été effectuées dans le monde et en Algérie, En 2018 une étude sur *Impact sur la santé des risques psychosociaux chez les sages-femmes*, Il s'agissait d'une revue de la littérature à partir des bases de données médicales, Scopus et Medline, faite entre le 01/01/2006 et le 31/12/2017. Seuls les articles étudiant la santé mentale des sages-femmes en lien avec le travail étaient retenus. Plusieurs facteurs de risque ont été étudiés, telles que les contraintes horaires, ou la violence des patients, ou encore la violence suite aux conflits dans les équipes de professionnels de santé.

Dans le cas des sujets de notre recherche, la charge au travail et la pression subis par les patientes et leurs familles, et le travail de surface et de nuit chamboule complètement l'état physique et psychique de nos sujets. Notamment chez Chekaba, Kahina, ainsi que Lynda et Sabrina, Feroudja et Ounissa.

Aussi, une étude a été menée sur le burn out chez les sages-femmes du grand Tunis, qui a été réalisée auprès de 90 sages-femmes. Elle a démontré que le burn out est une situation bien réelle et alarmante. Nous avons constaté que 86,7% des sages-femmes interrogées avaient un burn out. Plus en détails. Les facteurs associés significativement au burn out sévère sont : le célibat, l'ancienneté <20 ans, la surcharge de travail élevée, la distance lointaine entre le domicile et le lieu du travail, le regret du choix du métier, l'insatisfaction des horaires de travail et de l'organisation globale de travail, le mauvais climat professionnel, la présence de stress professionnel, la contraction de maladie professionnelle, les accidents de travail et le développement de conduites addictives. Les résultats de cette étude concordent avec la notre, de manière générale, car la majorité de nos sujets de recherche ont également exprimés une insatisfaction par rapport au rythme du travail, la présence permanente d'un stress professionnel, ainsi que les conditions du travail qui

ne sont pas convenable pour exercer à mieux leurs métiers. Des signes que nous avons observé chez Djamila, Louiza, Sihem, et Sabrina.

Ensuite, dans une étude faite par Ruveyde Aydın & Songül Aktaş publiée le 5 juillet 2021 dans « *European Journal of Midwifery* » sur l'expérience des sages-femmes en matière de naissances traumatiques, en utilisant une méta-synthèse qui comprenait 18 études en texte intégral en anglais. Les résultats des études ont été analysés en utilisant la technique de l'analyse thématique. L'étude comprend des études qualitatives, des méthodes mixte et en texte intégral, publiées entre 2000 et 2020, qui explorent les expériences des sages-femmes et des infirmières obstétriciennes témoins de traumatismes à la naissance. L'analyse thématique a permis d'identifier sept thèmes : les sentiments post-traumatiques, les symptômes de stress post-traumatique, En effet, les résultats de cette étude sont en adéquation avec la notre, on a pu observé la manifestation de symptômes traumatique notamment des comportements d'évitement et de réviviscence et d'hypervigilance, chez Nassima et Kahina, Sihem, et Cylia.

en 2018, une étude a été publiée dans le *journal of the australian college of midwife* le 11 Mai, 2018 Sur le traumatisme et la peur chez les sages-femmes australiennes, dans le but de déterminer la prévalence du traumatisme et de la peur liés à l'accouchement chez les sages-femmes. Des statistiques descriptives et inférentielles ont été utilisées pour analyser les données quantitatives. L'analyse du contenu latent a été utilisée pour extrapoler la signification des 170 sages-femmes qui ont écrit leurs expériences de traumatisme personnel et/ou professionnel. Ce qui a donné comme résultat suivant : la majorité des sages-femmes ont déclaré avoir vécu des expériences d'accouchement traumatisantes sur le plan professionnel et/ou personnel. Huit pour cent ont déclaré avoir très peur de l'accouchement. Les traumatismes ne sont pas associés à des problèmes de pratique, mais la peur l'est. Effectivement cette étude est en adéquation avec notre étude, en effet, plusieurs cas ont vécus des événements bouleversants, qui ont déclenchés une frayeur, des événements que nos sujets revivent pendant l'exercice et même une fois rentrés dans leurs domiciles, effectivement ce sont des signes que nous avons observés chez, Sihem, Nassima et Kahina, Sihem.

On peut conclure que nos résultats concordent avec les études antérieurs que nous venons de présenter.



De nos jours, toute profession nécessite un sacrifice, un dévouement ainsi qu'une grande responsabilité, tel est le cas du métier de sage-femme, un métier qui dont le travail ne se limite pas à une seule tâche, c'est un long processus où la sage-femme prend en charge une autre femme pendant sa vie génitale, un exercice qui se fait avant, pendant, et après l'accouchement, elle travaille en étroite collaboration avec les gynécologues, les obstétriciens et les médecins traitant.

De ce fait, la sage-femme effectue une formation de cinq ans en moyenne, cependant une fois sur le terrain, elle est confrontée à divers obstacles, une forte pression, un manque de moyen et d'effectif, des moments délicats pendant l'accouchement, sont souvent derrière le déclenchement d'un stress professionnel, ce dernier ne peut être isolé, effectivement le risque de développer d'autres troubles est accru, l'incidence de diverses pathologies peut être induite par plusieurs facteurs.

En effet, comme on l'a bien vu dans la revue de la littérature, on trouve des facteurs individuels, effectivement, certaines sages-femmes peuvent présenter des prédispositions liées à leurs traits de personnalités, on trouve aussi des facteurs organisationnels en lien avec une forte exigence de la part des administrations, sauf que ces derniers n'offrent pas les moyens requis pour le bon déroulement du travail, et ne prennent pas en considérations les entraves auxquelles font face ces sages-femmes, que ça soit la sécurité, l'effectif, les moyens techniques et surtout la reconnaissance de leurs statuts.

Cependant, pour faire face à ces nombreuses difficultés, chaque sage-femme à un moyen spécifique à elle, des stratégies adaptées qui auront pour objectif de réduire, maîtriser, et tolérer les événements stressants, mais la réalité est que la présence persistante des ces achoppements fait que toute forme de stratégie d'adaptation devient faillible, un stress permanent qui se fortifie et qui devient chronique.

Dans ce cadre, la sage-femme doit avoir de fortes capacités physique et psychique pour affronter les entraves du métier, le dire c'est facile, nous diriez-vous ?, le faire est vraisemblablement pas une simple affaire effectivement, un métier où la surcharge du travail et le manque d'effectif au niveau mondial est signalé ne peut que donner lieu à l'installation d'un épuisement professionnel, montrer une forte empathie et être en contact permanent avec les patientes, notamment ressentir leurs souffrances, être à l'écoute des sujets, vivre aussi des pertes maternelles et/ou des mortinaissances ont un prix, et ce dernier se concrétise par le développement d'un burnout et des traumatismes, notamment le traumatisme secondaire.

Grâce à ce présent travail nous avons beaucoup appris sur le quotidien des sages-femmes de l'EPH d'Akbou, dans notre travail de recherche, nous nous sommes focalisés sur le vécu du métier de sage-femme travaillant en Algérie, que nous avons réalisé auprès de dix-huits sages-femmes travaillant à l'EPH d'Akbou, deux indicateurs cliniques ont été retenues, à savoir le burnout et le traumatisme secondaire.

Dans le but de réaliser l'objectif de notre recherche, qui s'est focalisé sur la qualité du vécu du métier de sage-femme travaillant à l'EPH d'Akbou, ainsi que la vérification de nos hypothèses, portant sur les deux indicateurs cités ci-dessus, nous avons eu recours à la méthode clinique qui est fondée sur l'étude approfondie et détaillée des sujets, tout en se basant sur les informations et les résultats obtenus des trois outils de recherche, à savoir l'entretien de recherche semi-directif, le questionnaire MBI et l'STSS. Le recours à ces trois outils d'investigation nous a permis d'affirmer ou d'infirmer nos hypothèses.

Les résultats que nous avons obtenus dans notre recherche, nous ont permis de constater que notre première hypothèse partielle stipulant que « *oui, il existerait un burnout chez les sages-femmes travaillant à l'EPH d'Akbou* » est affirmée par tous nos sujets. En effet, Souad, Hanane, Chekaba, Ounissa, Sihem, Kahina, ainsi que Nassima, Dahbia, Narimane et Lynda, Présentent un niveau de burnout élevé, d'après les résultats obtenus au questionnaire MBI, elles présentent aussi quelques signes de burnout dans leurs discours de l'entretien de recherche. En outre, Feroudja, Cylia, Nora, Djamila, et Louiza présentent un niveau de burnout modéré. Cependant, malgré la présence de quelques signes de burnout dans leur discours, Yasmina et Sabrina présentent un niveau de burnout bas.

Ensuite, pour notre deuxième hypothèse qui est énoncée de la manière suivante : « *oui, il existerait un traumatisme secondaire chez les sages-femmes travaillant à l'EPH d'Akbou* ». Est affirmée par tous nos sujets, en effet, Chekaba, Ounissa, Sihem, Nassima, ainsi que Narimane et Louiza présentent un niveau sévère de traumatisme secondaire, ensuite, Feroudja, Cylia, Nora et Lynda présentent un niveau élevé, trois autres sujets présentent un niveau modéré, à savoir Souad, Hanane, Kahina. Enfin cinq cas présentent un degré léger de traumatisme secondaire dont Yasmina, Djamila, Fadhila, Dahbia et Sabrina, en plus des signes symptomatique constatés pendant l'entretien de recherche semi-directif.

Ainsi, notre hypothèse générale intitulée « *Nous supposons, que la qualité du vécu du métier des sages-femmes travaillant à l'EPH d'Akbou est mauvaise* » est affirmée par la majorité

des cas, en effet la qualité du vécu du métier de sage-femme de Feroudja, Cylia, Souad, Hanane, Chekaba, Nora, Djamila, Ounissa, Sihem, Kahina, Nassima, Fadhila, Dahbia, Narimane, Louiza, Lynda, Sabrina, est mauvaise. Sauf un seul cas, en effet Yasmine présente une bonne qualité du vécu du métier de sage-femme.

Par conséquent, nous ne nous limitons pas à cette recherche pour qualifier de manière globalisante le vécu du métier de sage-femme en Algérie, du fait que notre recherche s'est portée sur une partie des sages-femmes, cependant le recueil des données quantifiables auprès d'un échantillon plus large de façon à pouvoir évaluer la fiabilité de ces observations préliminaires et de disposer d'un plus grand nombre de données et de résultats serait très intéressant, et pourrait améliorer les conditions du travail et surtout prendre en considération l'aspect psychologique de ces sages-femmes.

Il est bien de noté aussi, que malgré le fait que notre étude s'est portée que sur quelques cas, les résultats qualitatifs obtenus et observés nous permettent de mieux étudier la qualité du vécu du métier de sage-femme, car nous avons opté pour une démarche à visée descriptive.

La majorité de nos cas ont fait part des différents obstacles rencontrés. Un mal-être pendant l'exercice de leurs métiers, notamment la négligence de la part de l'administration qui ne prend pas en considération les nombreuses réclamations pour offrir une atmosphère pour travailler dans des conditions adéquates, un rythme de travail intense ainsi qu'une forte pression ressentie dû aux manque d'effectifs et de moyen, les horaires de travail, ainsi que la distance entre le domicile et le lieu du travail, des éléments qui ont à maintes reprises été pointés dans le discours des sujets.

De ce fait, la primauté est à l'amélioration des conditions de travail de ses sages-femmes, pour pouvoir éviter les nombreux accidents qui peuvent survenir dans le service de maternité, il serait souhaitable également d'offrir plus de mérite aux sages-femmes une meilleure rémunération ainsi qu'une reconnaissance pour leurs dévouements et leurs sacrifices pour ce métier.

On tient à signaler aussi qu'une cellule d'aide et de prise en charge psychologique serait très bénéfique afin de prévenir l'incidence des troubles mentaux, il est important aussi de mettre en œuvre des événements qui auront pour objet de sensibiliser les femmes enceintes et les préparer psychologiquement et physiquement afin de faciliter la tâche de ces sages-femmes.

Pour conclure, nous espérons avoir pu mettre en lumière le vécu du métier de sage-femme en Algérie. On peut dire que ce travail nous a donné la possibilité pour des éventuelles investigations dans le futur, qui ont le mérite d'être mise en avant et d'être exploitées, de ce fait nous encourageons les étudiants et les chercheurs à explorer ce sujet sous plusieurs angles. Nous proposons les thématiques suivantes que nous estimons nécessaires à étudier ultérieurement :

- La souffrance des soignants : stress et coping chez les sages-femmes.
- La qualité de vie au travail chez les sages-femmes.

# Liste des références

- Ait Arab, Y., Bechir, K., (2017). [*Le burn out chez les sages-femmes étude de 30 cas réalisée A la maternité d'Akbou et Targua Ouzmour de Bejaia* mémoire de Maitrise, Université Abderrahmane Mira de Bejaia]. <https://www.theses-algerie.com>
- Aktouf, O. (1987). *Méthodologie des sciences sociales et approche qualitative des Organisations Une introduction à la démarche classique et une critique*. Les Presses De l'Université du Québec. <http://classiques.uqac.ca/>
- Boudoukha, A. (2009). *Burn-out et traumatismes psychologiques* (Dunod). Les topos+. <https://www.eyrolles.com>
- Barlow, D. H., Allen, L. B. & Choate, M. L. (2004). *Toward a Unified Treatment for Emotional Disorders Behavior Therapy*. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)800364](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)800364)
- Brillon, P., Marchand, A. & Stephenson, R. (1996). *Modèles comportementaux et cognitifs du trouble de stress post-traumatique*. (Santé mentale au Québec). 129-144. <https://doi.org/10.7202/032383ar>
- Brillon, P. (2013). *Fatigue de compassion et trauma vicariant : Quand la souffrance de nos patients nous bouleverse Retrieved from*. *Psychologie Québec Montréal*, 30(33) ,1-5 <https://sfap.org>
- Bride, B.E., Robinson, M.R., Yegidis, B., & Figley, C. R. (2004). *Development and validation of the Secondary Traumatic Stress Scale*. (Research on Social Work Practice). <http://doi/10.1177/1049731503254106>
- Bromberg, M., Trognon, A. (2006). *Cours de psychologie Sociale 1*, Presses Universitaires de France. <https://hal.archives-ouvertes.fr/halshs-00903244>
- Blanchet, A., & Gotman, A. (2014). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. (2e éd.). Armand Colin. <https://halldulivre.com/livre/9782200248093>
- Bobet, R. (2009). *Consentement et pratiques psychologiques*. Dans : *Odile Bourguignon* (La pratique du psychologue et l'éthique). <https://doi.org/10.3917/mard.bourg.2009.01.0013>
- Benamsili, L. (2019). *Ethique et déontologie en psychologie clinique. Le malaise en Algérie. Revue Cahiers du laboratoire*, 14 (1), 100-112. <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/102589>

- Bioy, A., Castillo, M-C., et Koenig, M. (2021). *La méthode qualitative et ses enjeux. Les méthodes qualitatives en psychologie clinique et psychopathologie* (dunod). [https://www.dunod.com/sites/default/files/atoms/files/Feuilletage\\_937.pdf](https://www.dunod.com/sites/default/files/atoms/files/Feuilletage_937.pdf)
- Chiche, S, et marmion, F.(2020).[burn-out. *Les mots pour comprendre La Psychologie*, université de l'île 3]. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01124140/document>
- Canoui, P., et Mauranges, A. (2015). *Le burn-out à l'hôpital Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants* (5e édition). Elsevier Masson. <https://www.elsevier-masson.fr/le-burn-out-a-lhopital-9782294745867.html>
- Causse, L. (2008). *Les formes d'engagement des aides-soignantes dans les relations d'aide : des mouvements d'amour contradictoires et réversibles*. Nouvelle revue de psychosociologie,(6), 85-105. <https://doi.org/10.3917/nrp.006.0085>
- Crocq, L. (2014). *Traumatismes psychiques* (2e édition).Elsevier Masson. <https://www.elsevier-masson.fr/traumatismes-psychiques-9782294713811.html>
- Cottraux, J. (2007). *La répétition des scénarios de vie*. Paris : Odile Jacob. <https://docplayer.fr/152844487>
- Chiland, C. (2013) *Dans L'entretien clinique* (presse universitaires de France 2013). <https://doi.org/10.3917/puf.chila.2013.01>
- Chahraoui, K., & Bénony, H. (1999). *L'entretien clinique*. Dunod. <https://www.dunod.com/9782100590179/>
- Chahraoui, K., & Bénony, H. (2003). *Méthodes, évaluation et recherches en psychologie clinique*. Dunod. <https://ulyse.univ-lorraine.fr/doi: 2-10-006805-9>
- Deslauriers, J. (1991).*La recherche qualitative*. (Guide pratique)Chenelière/McGraw-Hill Montréal. <https://fr.scribd.com/document/471898219>

- Dagot, L., Perié, O. (2014) *Le burnout et la dissonance émotionnelle dans l'activité de care en centre d'appel*. Presses Universitaires de France, Vol2. 77,155 -175 doi 10.3917/th.772.0155
- Djama, M. (2021). [Étude clinique exploratoire du vécu du travail de thèse chez les doctorants, Université Abderrahmane Mira de Bejaïa]. <http://www.univ-bejaia.dz>
- Elsevier, M. (2020), *les archives des maladies professionnelles et de l'environnement* (État de stress post traumatique chez les sages-femmes) (<https://doi.org/10.1016/j.admp.2020.03.147>).
- Ferdjalah, Y., et Hocine, L. (2018). [*Le traumatisme psychique et la résilience chez les hommes diabétiques amputés et hospitalisés*, université de Bejaia]. <http://univbejaia.dz/xmlui/handle/123456789/12839>
- Fernandez, L., Pedinielli, J. (2006). *La recherche en psychologie clinique. Recherche en soins infirmiers*, 1 (84) doi 10.3917/rsi.084.0041
- Fremont, N.(2013). [*These, Quels facteurs explicatifs du burnout et du bien-être subjectif Déterminants psychologiques, sociaux et organisationnels auprès des cadres à responsabilités et élaboration d'un modèle, psychologie*. Université Charles de Gaulle - Lille III]. <https://tel.archives-ouvertes.fr/index/index>
- Fernandez, L (2021). *Dans Les méthodes qualitatives en psychologie clinique et psychopathologie*. (Dunod). <https://doi.org/10.3917/dunod.casti.2021.01>
- Giami, A. (2009). *La posture clinique dans la recherche en psychologie et en sciences humaines* (puf). <https://www.puf.com/978-2-13-057229-9>
- Grebot, E. (2008). *Stress et burn-out au travail : identifier, prévenir, guérir* (groupe Eyrolles). <https://www.eyrolles.com/Entreprise/Livre/stress-et-burnout-au-travail-9782212540147>



- Holcman, R. (2018). *La souffrance des soignants stress, burn-out, violences du constat à la prévention* (Dunod) [http / : www.cairn.info](http://www.cairn.info) via CNRST Rabat/ 2100774921
- Imbert, G. (2010). *L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie*. Recherche en soins infirmiers. <https://doi.org/10.3917/rsi.102.0023>
- Josse, É. (2019). Chapitre 4. Les types de traumatisme. Dans É. Josse, *Le traumatisme psychique chez l'adulte* (pp. 53-66). Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur.
- Labro, C., & Mevel, J. (2009). *Thèse. Dans Dictionnaire Hachette*. Quai de Grenelle. <https://www.babelio.com/livres/Mevel-Dictionnaire-hachette-encyclopedique-2000/525572>
- Légeron, P. (2008). *Le stress professionnel*. L'Information Psychiatrique, 84(9), 809-820. doi:10.3917/inpsy.8409.0809 Retrieved from <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2008-9-page-809.htm?Contenu=article>
- Maslach, C., & Leiter, P. (2011). *Burn-out : le syndrome d'épuisement professionnel*, Les Arènes. Paris. doi:10.1037/str0000132
- Poirier-Coutansais, F. (2012). Ethique.éthique des soins. Dans M. Formarier & L. Jovic (dir.), *Les concepts en sciences infirmières*. (2e éd, 328). Association de Recherche en Soins Infirmiers. <https://doi.org/10.3917/arsi.forma.2012.01.0187>
- Pearlman, L. A., & Mac Ian, P. S. (1995). *Vicarious Traumatization: An empirical study of the effects of trauma work on trauma therapists*. Professional Psychology: Research and Practice, 26, 558-565. Retrieved from <https://www.psycnet.org>
- PÉOC'H, N. (2015) [*Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique*]. <https://documentation.ehesp.fr/memoires/2015/ds/peoch.pdf>
- Quivy, R. (2006). *Manuel de recherche en sciences sociales*. (3 e éd). Francis Lefebvre. <https://www.dunod.com/sites/default/files/atoms/files/9782100765416/Feuilletage.pdf>

- Ramdani, F., et Ouhaci, D. (2017). [*Burn-out et compétences émotionnelles chez les sages-femmes*, université de Bejaia]. <http://univ-bejaia.dz>.
- Roberge, P. (2011), *Journal International De Victimologie* (Exploration du concept de traumatisme complexe [https://www.cyriltarquino.com/app/download/5795625081/4+roberge\\_jidv26.pdf](https://www.cyriltarquino.com/app/download/5795625081/4+roberge_jidv26.pdf)
- Romano, H. (2010). *Le « dessin-leurre »*: Traces traumatiques invisibles dans les dessins d'enfants exposés à des événements traumatiques. *La psychiatrie de l'enfant*, 53, 71-89. <https://doi.org/10.3917/psy.531.0071>
- Ruveyde, A., & Songül, A. *European Journal of Midwifery* (2021). Midwives, experiences of traumatic births. A systematic review and meta-synthesis). <https://doi.org/10.18332/ejm/138197>
- Rabeyron, T. (2018). *Psychologie clinique et psychopathologie: Cours exemples cliniques, entraînement*. Armand Colin.
- Schweitzer, S. (2002). *Les femmes ont toujours travaillé une histoire de leurs métiers, XIXe et XXe siècle* (Odile Jacob histoire, 1) Odile Jacob. <https://doi.org/10.4000/cli.1496>
- Souaber, H. (2014,11). Etat des lieux et obstétrique en Algérie. <https://algeria.unfpa.org>
- Sauvayre, R. (2013). *Dans Les méthodes de l'entretien en sciences sociales*.(dunod). <https://doi.org/10.3917/dunod.sauva.2013.01>
- Toohill, J. (2018). *Journal of the Australian college of midwife. Traumatisme et peur chez les sages-femmes australiennes*. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.04.003>

Violet, J. (2010). *La fatigue de compassion et les besoins en gestion des ressources humaines: Les perceptions de quelques intervenants en soins du syndrome de stress post-traumatique*. (Master's thesis). Université du Québec, Montréal. Retrieved from <https://archipel.uqam.ca/3536/1/M11512.pdf>

VIDAL, F. (1984). *L'instant créatif*. Flammarion Ordre national des sages-femmes. <https://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/>

## Références en langue arabe

بن حفيظ، شامع، ه. (2015). مستوى الصحة النفسية لدى عينة من القابلات العاملات في المؤسسة الإستشفائية المتخصصة بالأم [والطفل دراسة ميدانية بمدينة ورقلة]. مذكرة ماجستير، جامعة ورقلة

ناجي، ع. (2020). الصحة النفسية والسيكوسوماتية وعلاقتها بالأداء المهني لدى القابلات (دراسة ميدانية بمصلحتين للولادة بأم البواقي). 2020 جوان – 2 العدد، 7 المجلد

زرزور، أ. (2019). التغيرات الخلفية الفردية الضغط المهني لدى القابلات في ضوء بعض متغيرات ميدانية بالمؤسسة الإستشفائية [العمومية بنقاوس – باتنة]. جامعة أم البواقي، الجزائر

موهوب، ع. (2021). ظروف العمل ومعاينة القابلات في العمل دراسة ميدانية بمستشفيات قسنطينة. جامعة قسنطينة 2، الجزائر

جامعة محمد خيضر، [ بولقرون، ح. & مناني، ن. (2021). الضغط النفس ي واستراتيجيات مواجهته لدى القابلة (دراسة حالة). [بسكرة، الجزائر. جامعة بسكرة

## Sites web:

([http://www.who.int/mental\\_health/evidence/burn-out/fr/](http://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/fr/))

(<https://mail.infpf.dz/?L-Histoire-de-sa-Creation>)

(<https://www.infpf.dz/?-Presentation-de-l-Institut,225->)

(<http://www.infpf.dz/?Presentation,291>)

(<https://mail.infpf.dz/?L-Histoire-de-sa-Creation>)

(<https://www.pressemedicale.com/actualites/formation-paramedicale-ouverture-de-plus-de-500-places-pedagogiques-alger>).

([www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201602/revue\\_de\\_litterature\\_qualite\\_de\\_vie\\_au\\_travail.pdf](http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201602/revue_de_litterature_qualite_de_vie_au_travail.pdf)).

(<https://www.one-health.panafrican-med-journal.com/content/article/6/3/full/>).

# **Annexes**

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

### **Informations générales sur le sujet**

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

### **AXE 1) : Informations sur la profession de sage-femme**

4. Pouvez-vous nous parler de votre formation ?
5. Avez-vous suivi d'autre formation en dehors de votre formation de sage-femme ?
6. Qu'est-ce qu'une "sage-femme" selon vous ?
7. Depuis quand êtes-vous dans la pratique ?
8. Avez-vous exercé dans d'autre établissement de santé ?
9. Depuis quand exercez-vous dans ce service actuel ?

### **AXE 2) : Informations sur le burnout**

10. A quel rythme travaillez-vous entre suivi des patientes hospitalisés, consultations de contrôles ainsi que la réception de nouveaux cas ?
11. Votre rythme de travail influence-t-il la qualité de votre sommeil ? Si oui comment ?
12. Subissez-vous une pression de la part de l'administration en rapport avec le fonctionnement de votre service ? Et de la part des patientes et leur entourage ?
13. Comment faites-vous pour gérer votre stress ?
14. Quel est votre vécu des différentes années de sage-femme ?

### **AXE 3) : Informations sur le traumatisme secondaire**

15. Avez-vous vécu des événements bouleversants dans le cadre de l'exercice de votre métier ?
16. Est-ce que vous revivez les moments difficiles que vous avez vécu dans l'exercice de votre métier ?
17. De quelle manière pouvez-vous en parler avec vos collègues et votre famille ?
18. Quelle est votre réaction lorsque vous entendez le mot « femme enceinte » ?
19. Est-ce que cela a des répercussions au niveau de votre vie quotidienne (avec vos amis, votre partenaire et vos enfants) ?
20. Avez-vous des choses à rajouter ?

## Annexe N° 2 : Questionnaire de Maslach Burnout Inventory (MBI)

Indiquez la fréquence à laquelle vous ressentez ce qui est décrit à chaque item.  Entourer le chiffre correspondant à votre réponse	Jamais	Quelquefois par année au moins	Une fois par mois au moins	Quelques fois par mois	Une fois par semaine	Quelques fois par semaine	Chaque jour
1. Je me sens émotionnellement vidé par mon travail	0	1	2	3	4	5	6
2. Je me sens « à bout » à la fin de ma journée de travail	0	1	2	3	4	5	6
3. Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail	0	1	2	3	4	5	6
4. Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent	0	1	2	3	4	5	6
5. Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets	0	1	2	3	4	5	6
6. Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort	0	1	2	3	4	5	6
7. Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades	0	1	2	3	4	5	6
8. Je sens que je craque à cause de mon travail	0	1	2	3	4	5	6
9. J'ai l'impression à travers mon travail d'avoir une influence positive sur les gens	0	1	2	3	4	5	6
10. Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail	0	1	2	3	4	5	6
11. Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	0	1	2	3	4	5	6
12. Je me sens plein(e) d'énergie	0	1	2	3	4	5	6
13. Je me sens frustré(e) par mon travail	0	1	2	3	4	5	6
14. Je sens que je travaille trop dur dans mon travail	0	1	2	3	4	5	6
15. Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades	0	1	2	3	4	5	6
16. Travailler au contact direct avec les gens me stresse trop	0	1	2	3	4	5	6
17. J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades	0	1	2	3	4	5	6
18. Je me sens ragaillardisé(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes malades	0	1	2	3	4	5	6
19. J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail	0	1	2	3	4	5	6
20. Je me sens au bout du rouleau	0	1	2	3	4	5	6
21. Dans mon travail je traite les problèmes émotionnels très calmement	0	1	2	3	4	5	6
22. J'ai l'impression que mes malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes	0	1	2	3	4	5	6

**Annexe N° 3 : échelle du stress traumatique secondaire de bride et al 2004.**

**ÉCHELLE DE STRESS  
TRAUMATIQUE  
SECONDAIRE (BRIDE ET  
AL., 2004)**

		<b>Jamais</b>	<b>Rarement</b>	<b>Occasionnellement</b>	<b>Souvent</b>	<b>Très souvent</b>
	Votre travail vous met-il en contact avec des personnes traumatisées sur le plan psychologique?					

À quand remonte votre dernier contact avec une personne traumatisée ? 1 jour – 1 semaine – 1 mois – 6 mois – 1 an – plus d'un an

**Consigne :**

Voici une liste de déclarations faites par des personnes qui ont été affectées par leur travail avec des personnes traumatisées. Lisez chaque déclaration et indiquez ensuite à quelle fréquence cette déclaration était vraie pour vous dans les **sept (7) derniers jours** en entourant le numéro correspondant à côté de la déclaration.

NOTE : « Client » est utilisé pour indiquer des personnes avec qui vous avez été engagé dans une relation d'aide. Vous pouvez substituer un autre nom qui représente mieux votre travail, comme « consommateur », « patient », « bénéficiaire », etc.



		<b>Jamais</b>	<b>Rarement</b>	<b>Occasionnellement</b>	<b>Souvent</b>	<b>Très souvent</b>
1.	Je me suis senti(e) émotionnellement engourdi(e), insensible					
2.	Mon cœur a commencé à palpiter quand j'ai pensé à mon travail avec les clients					
3.	C'était comme si je revivais le(s) trauma(s) expérimenté(s) par mon (mes) client(s)					
4.	J'ai eu du mal à dormir					
5.	Je me suis senti(e) découragé(e) à propos du futur					
6.	Des rappels de mon travail avec des patients me bouleversent					
7.	J'avais peu d'intérêt à côtoyer d'autres personnes					
8.	Je me suis senti(e) nerveux(se)					
9.	J'étais moins actif(ve) que d'habitude					
10.	J'ai pensé à mon travail avec les clients quand je n'en avais pas l'intention					
11.	J'avais des difficultés de concentration					
12.	J'ai évité les gens, les endroits, ou les choses qui m'ont rappelé mon travail avec les clients					
13.	J'ai fait des rêves troublants sur mon travail avec les clients					
14.	J'ai voulu éviter de travailler avec quelques clients					
15.	J'étais facilement contrarié(e), énervé(e)					
16.	Je me suis attendu à ce que quelque chose de mal arrive					
17.	J'ai remarqué des trous de mémoire à propos de séances avec les clients					

Avez-vous d'autres observations ou commentaires à émettre ?

## Annexe N°4 : Résultats du questionnaire de MBI de Feroudja

S. Feroudja  
Cas N°1

### ECHELLE DE MASLACH

Evaluer votre niveau d'épuisement professionnel

Indiquez la fréquence à laquelle vous ressentez ce qui est décrit à chaque item. Entourer le chiffre correspondant à votre réponse	Jamais						
		Quelquefois par année au moins	Une fois par mois au moins	Quelques fois par mois	Une fois par semaine	Quelques fois par semaine	Chaque jour
1. Je me sens émotionnellement vidé par mon travail	0	1	2	3	4	5	6
2. Je me sens « à bout » à la fin de ma journée de travail	0	1	2	3	4	5	6
3. Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail	0	1	2	3	4	5	6
4. Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent	0	1	2	3	4	5	6
5. Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets	0	1	2	3	4	5	6
6. Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort	0	1	2	3	4	5	6
7. Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades	0	1	2	3	4	5	6
8. Je sens que je craque à cause de mon travail	0	1	2	3	4	5	6
9. J'ai l'impression à travers mon travail d'avoir une influence positive sur les gens	0	1	2	3	4	5	6
10. Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail	0	1	2	3	4	5	6
11. Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	0	1	2	3	4	5	6
12. Je me sens plein(e) d'énergie	0	1	2	3	4	5	6
13. Je me sens frustré(e) par mon travail	0	1	2	3	4	5	6
14. Je sens que je travaille trop dur dans mon travail	0	1	2	3	4	5	6
15. Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades	0	1	2	3	4	5	6
16. Travailler au contact direct avec les gens me stresse trop	0	1	2	3	4	5	6
17. J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades	0	1	2	3	4	5	6
18. Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes malades	0	1	2	3	4	5	6
19. J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail	0	1	2	3	4	5	6
20. Je me sens au bout du rouleau	0	1	2	3	4	5	6
21. Dans mon travail je traite les problèmes émotionnels très calmement	0	1	2	3	4	5	6
22. J'ai l'impression que mes malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes	0	1	2	3	4	5	6

## Annexe N° 5 : Résultats du questionnaire STSS de Feroudja

1

		Jamais	Rarement	Occasionnellement	Souvent	Très souvent
1.	Je me suis senti(e) émotionnellement engourdi(e), insensible		X			
2.	Mon cœur a commencé à palpiter quand j'ai pensé à mon travail avec les clients				X	
3.	C'était comme si je revivais le(s) trauma(s) expérimenté(s) par mon (mes) client(s)				X	
4.	J'ai eu du mal à dormir					X
5.	Je me suis senti(e) découragé(e) à propos du futur		X			
6.	Des rappels de mon travail avec des patients me bouleversent		X			
7.	J'avais peu d'intérêt à côtoyer d'autres personnes	X		X		
8.	Je me suis senti(e) nerveux(se)			X		
9.	J'étais moins actif(ve) que d'habitude				X	
10.	J'ai pensé à mon travail avec les clients quand je n'en avais pas l'intention				X	
11.	J'avais des difficultés de concentration				X	
12.	J'ai évité les gens, les endroits, ou les choses qui m'ont rappelé mon travail avec les clients	X				
13.	J'ai fait des rêves troublants sur mon travail avec les clients		X			
14.	J'ai voulu éviter de travailler avec quelques clients	X				
15.	J'étais facilement contrarié(e), énervé(e)		X			
16.	Je me suis attendu à ce que quelque chose de mal arrive				X	
17.	J'ai remarqué des trous de mémoire à propos de séances avec les clients		X			

Avez-vous d'autres observations ou commentaires à émettre ?



## Annexe N°6 : Résultats du questionnaire de MBI de Cylia

### ECHELLE DE MASLACH

Evaluer votre niveau d'épuisement professionnel

Indiquez la fréquence à laquelle vous ressentez ce qui est décrit à chaque item.  
Entourer le chiffre correspondant à votre réponse

	Jamais	Quelquefois par année au moins	Une fois par mois au moins	Quelques fois par mois	Une fois par semaine	Quelques fois par semaine	Chaque jour
1. Je me sens émotionnellement vidé par mon travail	0	1	2	3	4	5	6
2. Je me sens « à bout » à la fin de ma journée de travail	0	1	2	3	4	5	6
3. Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail	0	1	2	3	4	5	6
4. Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent	0	1	2	3	4	5	6
5. Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets	0	1	2	3	4	5	6
6. Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort	0	1	2	3	4	5	6
7. Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades	0	1	2	3	4	5	6
8. Je sens que je craque à cause de mon travail	0	1	2	3	4	5	6
9. J'ai l'impression à travers mon travail d'avoir une influence positive sur les gens	0	1	2	3	4	5	6
10. Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail	0	1	2	3	4	5	6
11. Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	0	1	2	3	4	5	6
12. Je me sens plein(e) d'énergie	0	1	2	3	4	5	6
13. Je me sens frustré(e) par mon travail	0	1	2	3	4	5	6
14. Je sens que je travaille trop dur dans mon travail	0	1	2	3	4	5	6
15. Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades	0	1	2	3	4	5	6
16. Travailler au contact direct avec les gens me stresse trop	0	1	2	3	4	5	6
17. J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades	0	1	2	3	4	5	6
18. Je me sens ragaillardisé(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes malades	0	1	2	3	4	5	6
19. J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail	0	1	2	3	4	5	6
20. Je me sens au bout du rouleau	0	1	2	3	4	5	6
21. Dans mon travail je traite les problèmes émotionnels très calmement	0	1	2	3	4	5	6
22. J'ai l'impression que mes malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes	0	1	2	3	4	5	6

## Annexe N° 7 : Résultats du questionnaire STSS de Cylia

2

		Jamais	Rarement	Occasionnellement	Souvent	Très souvent
1.	Je me suis senti(e) émotionnellement engourdi(e), insensible	<input checked="" type="checkbox"/>				
2.	Mon cœur a commencé à palpiter quand j'ai pensé à mon travail avec les clients		<input checked="" type="checkbox"/>			
3.	C'était comme si je revivais le(s) trauma(s) expérimenté(s) par mon (mes) client(s)	<input checked="" type="checkbox"/>				
4.	J'ai eu du mal à dormir		<input checked="" type="checkbox"/>			
5.	Je me suis senti(e) découragé(e) à propos du futur					<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Des rappels de mon travail avec des patients me bouleversent		<input checked="" type="checkbox"/>			
7.	J'avais peu d'intérêt à côtoyer d'autres personnes	<input checked="" type="checkbox"/>				
8.	Je me suis senti(e) nerveux(se)				<input checked="" type="checkbox"/>	
9.	J'étais moins actif(ve) que d'habitude		<input checked="" type="checkbox"/>			
10.	J'ai pensé à mon travail avec les clients quand je n'en avais pas l'intention		<input checked="" type="checkbox"/>			
11.	J'avais des difficultés de concentration				<input checked="" type="checkbox"/>	
12.	J'ai évité les gens, les endroits, ou les choses qui m'ont rappelé mon travail avec les client(s)				<input checked="" type="checkbox"/>	
13.	J'ai fait des rêves troublants sur mon travail avec les clients				<input checked="" type="checkbox"/>	
14.	J'ai voulu éviter de travailler avec quelques clients		<input checked="" type="checkbox"/>			
15.	J'étais facilement contrarié(e), énervé(e)				<input checked="" type="checkbox"/>	
16.	Je me suis attendu à ce que quelque chose de mal arrive				<input checked="" type="checkbox"/>	
17.	J'ai remarqué des trous de mémoire à propos de séances avec les clients		<input checked="" type="checkbox"/>			

Avez-vous d'autres observations ou commentaires à émettre ?



## Annexe N°8 : Résultats du questionnaire MBI de Souad

### ECHELLE DE MASLACH

Evaluer votre niveau d'épuisement professionnel

Indiquez la fréquence à laquelle vous ressentez ce qui est décrit à chaque item. Entourer le chiffre correspondant à votre réponse	Jamais	Quelquefois par année au moins	Une fois par mois au moins	Quelques fois par mois	Une fois par semaine	Quelques fois par semaine	Chaque jour
1. Je me sens émotionnellement vidé par mon travail	0	1	2	3	4	5	6
2. Je me sens « à bout » à la fin de ma journée de travail	0	1	2	3	4	5	6
3. Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail	0	1	2	3	4	5	6
4. Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent	0	1	2	3	4	5	6
5. Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets	0	1	2	3	4	5	6
6. Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort	0	1	2	3	4	5	6
7. Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades	0	1	2	3	4	5	6
8. Je sens que je craque à cause de mon travail	0	1	2	3	4	5	6
9. J'ai l'impression à travers mon travail d'avoir une influence positive sur les gens	0	1	2	3	4	5	6
10. Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail	0	1	2	3	4	5	6
11. Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	0	1	2	3	4	5	6
12. Je me sens plein(e) d'énergie	0	1	2	3	4	5	6
13. Je me sens frustré(e) par mon travail	0	1	2	3	4	5	6
14. Je sens que je travaille trop dur dans mon travail	0	1	2	3	4	5	6
15. Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades	0	1	2	3	4	5	6
16. Travailler au contact direct avec les gens me stresse trop	0	1	2	3	4	5	6
17. J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades	0	1	2	3	4	5	6
18. Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes malades	0	1	2	3	4	5	6
19. J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail	0	1	2	3	4	5	6
20. Je me sens au bout du rouleau	0	1	2	3	4	5	6
21. Dans mon travail je traite les problèmes émotionnels très calmement	0	1	2	3	4	5	6
22. J'ai l'impression que mes malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes	0	1	2	3	4	5	6

## Annexe N°9 : Résultats du questionnaire STSS de Souad

3

		Jamais	Rarement	Occasionnellement	Souvent	Très souvent
1.	Je me suis senti(e) émotionnellement engourdi(e), insensible	X				
2.	Mon cœur a commencé à palpiter quand j'ai pensé à mon travail avec les clients			X		
3.	C'était comme si je revivais le(s) trauma(s) expérimenté(s) par mon (mes) client(s)	X				
4.	J'ai eu du mal à dormir	X				
5.	Je me suis senti(e) découragé(e) à propos du futur					X
6.	Des rappels de mon travail avec des patients me bouleversent		X			
7.	J'avais peu d'intérêt à côtoyer d'autres personnes	X				
8.	Je me suis senti(e) nerveux(se)				X	
9.	J'étais moins actif(ve) que d'habitude				X	
10.	J'ai pensé à mon travail avec les clients quand je n'en avais pas l'intention		X			
11.	J'avais des difficultés de concentration			X		
12.	J'ai évité les gens, les endroits, ou les choses qui m'ont rappelé mon travail avec les client(s)	X				
13.	J'ai fait des rêves troublants sur mon travail avec les clients	X				
14.	J'ai voulu éviter de travailler avec quelques clients			X		
15.	J'étais facilement contrarié(e), énervé(e)				X	
16.	Je me suis attendu à ce que quelque chose de mal arrive			X		
17.	J'ai remarqué des trous de mémoire à propos de séances avec les clients	X				

Avez-vous d'autres observations ou commentaires à émettre ?

Je suis épuisé.

## Annexe N°10 : Résultats du questionnaire MBI de Hanane

### ECHELLE DE MASLACH

Evaluer votre niveau d'épuisement professionnel

Indiquez la fréquence à laquelle vous ressentez ce qui est décrit à chaque item. Entourer le chiffre correspondant à votre réponse							
	Jamais	Quelquefois par année au moins	Une fois par mois au moins	Quelques fois par mois	Une fois par semaine	Quelques fois par semaine	Chaque jour
1. Je me sens émotionnellement vidé par mon travail	0	1	2	3	4	5	6
2. Je me sens « à bout » à la fin de ma journée de travail	0	1	2	3	4	5	6
3. Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail	0	1	2	3	4	5	6
4. Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent	0	1	2	3	4	5	6
5. Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets	0	1	2	3	4	5	6
6. Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort	0	1	2	3	4	5	6
7. Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades	0	1	2	3	4	5	6
8. Je sens que je craque à cause de mon travail	0	1	2	3	4	5	6
9. J'ai l'impression à travers mon travail d'avoir une influence positive sur les gens	0	1	2	3	4	5	6
10. Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail	0	1	2	3	4	5	6
11. Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	0	1	2	3	4	5	6
12. Je me sens plein(e) d'énergie	0	1	2	3	4	5	6
13. Je me sens frustré(e) par mon travail	0	1	2	3	4	5	6
14. Je sens que je travaille trop dur dans mon travail	0	1	2	3	4	5	6
15. Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades	0	1	2	3	4	5	6
16. Travailler au contact direct avec les gens me stresse trop	0	1	2	3	4	5	6
17. J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades	0	1	2	3	4	5	6
18. Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes malades	0	1	2	3	4	5	6
19. J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail	0	1	2	3	4	5	6
20. Je me sens au bout du rouleau	0	1	2	3	4	5	6
21. Dans mon travail je traite les problèmes émotionnels très calmement	0	1	2	3	4	5	6
22. J'ai l'impression que mes malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes	0	1	2	3	4	5	6



## Annexe N°11 : Résultats du questionnaire STSS de Hanane

		Jamais	Rarement	Occasionnellement	Souvent	Très souvent
1.	Je me suis senti(e) émotionnellement engourdi(e), insensible		X			
2.	Mon cœur a commencé à palpiter quand j'ai pensé à mon travail avec les clients				X	
3.	C'était comme si je revivais le(s) trauma(s) expérimenté(s) par mon (mes) client(s)			X		
4.	J'ai eu du mal à dormir		X			
5.	Je me suis senti(e) découragé(e) à propos du futur			X		
6.	Des rappels de mon travail avec des patients me bouleversent			X		
7.	J'avais peu d'intérêt à côtoyer d'autres personnes	X				
8.	Je me suis senti(e) nerveux(se)	X				
9.	J'étais moins actif(ve) que d'habitude			X		
10.	J'ai pensé à mon travail avec les clients quand je n'en avais pas l'intention		X			
11.	J'avais des difficultés de concentration	X				
12.	J'ai évité les gens, les endroits, ou les choses qui m'ont rappelé mon travail avec les clients	X				
13.	J'ai fait des rêves troublants sur mon travail avec les clients	X				
14.	J'ai voulu éviter de travailler avec quelques clients			X		
15.	J'étais facilement contrarié(e), énervé(e)				X	
16.	Je me suis attendu à ce que quelque chose de mal arrive				X	
17.	J'ai remarqué des trous de mémoire à propos de séances avec les clients			X		

Avez-vous d'autres observations ou commentaires à émettre ?

## Annexe N°12 : Résultats du questionnaire MBI Chekaba

### ECHELLE DE MASLACH

Evaluer votre niveau d'épuisement professionnel

Indiquez la fréquence à laquelle vous ressentez ce qui est décrit à chaque item. Entourer le chiffre correspondant à votre réponse							
	Jamais	Quelquefois par année au moins	Une fois par mois au moins	Quelques fois par mois	Une fois par semaine	Quelques fois par semaine	Chaque jour
1. Je me sens émotionnellement vidé par mon travail	0	1	2	③	4	5	6
2. Je me sens « à bout » à la fin de ma journée de travail	0	1	2	3	4	⑤	6
3. Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail	0	1	2	3	4	⑤	6
4. Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent	0	1	2	3	4	⑤	6
5. Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets	0	1	②	3	4	5	6
6. Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort	0	1	2	3	④	5	6
7. Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades	0	1	2	③	4	5	6
8. Je sens que je craque à cause de mon travail	0	1	2	3	4	⑤	6
9. J'ai l'impression à travers mon travail d'avoir une influence positive sur les gens	0	1	2	③	4	5	6
10. Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail	0	1	2	3	4	⑤	6
11. Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	0	1	2	3	4	5	⑥
12. Je me sens plein(e) d'énergie	0	1	②	3	4	5	6
13. Je me sens frustré(e) par mon travail	0	1	2	3	4	⑤	6
14. Je sens que je travaille trop dur dans mon travail	0	1	2	3	④	5	6
15. Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades	0	1	2	3	④	5	6
16. Travailler au contact direct avec les gens me stresse trop	0	1	2	3	4	5	⑥
17. J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades	0	1	2	③	4	5	6
18. Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes malades	0	1	2	③	4	5	6
19. J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail	0	1	②	3	4	5	6
20. Je me sens au bout du rouleau	0	1	2	3	④	5	6
21. Dans mon travail je traite les problèmes émotionnels très calmement	0	1	2	③	4	5	6
22. J'ai l'impression que mes malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes	0	1	2	3	4	5	⑥

## Annexe N°13 : Résultats du questionnaire STSS de Chekaba

		Jamais	Rarement	Occasionnellement	Souvent	Très souvent
1.	Je me suis senti(e) émotionnellement engourdi(e), insensible		X			
2.	Mon cœur a commencé à palpiter quand j'ai pensé à mon travail avec les clients		X			
3.	C'était comme si je revivais le(s) trauma(s) expérimenté(s) par mon (mes) client(s)			X		
4.	J'ai eu du mal à dormir			X		
5.	Je me suis senti(e) découragé(e) à propos du futur				X	
6.	Des rappels de mon travail avec des patients me bouleversent		X			
7.	J'avais peu d'intérêt à côtoyer d'autres personnes				X	
8.	Je me suis senti(e) nerveux(se)				X	
9.	J'étais moins actif(ve) que d'habitude				X	
10.	J'ai pensé à mon travail avec les clients quand je n'en avais pas l'intention			X		
11.	J'avais des difficultés de concentration			X		
12.	J'ai évité les gens, les endroits, ou les choses qui m'ont rappelé mon travail avec les client(s)		X			
13.	J'ai fait des rêves troublants sur mon travail avec les clients			X		
14.	J'ai voulu éviter de travailler avec quelques clients				X	
15.	J'étais facilement contrarié(e), énervé(e)				X	
16.	Je me suis attendu à ce que quelque chose de mal arrive				X	
17.	J'ai remarqué des trous de mémoire à propos de séances avec les clients		X			

Avez-vous d'autres observations ou commentaires à émettre ?

## Annexe N°14 : Résultats du questionnaire MBI de Nora

### ECHELLE DE MASLACH

Evaluer votre niveau d'épuisement professionnel

Indiquez la fréquence à laquelle vous ressentez ce qui est décrit à chaque item. Entourer le chiffre correspondant à votre réponse							
	Jamais	Quelquefois par année au moins	Une fois par mois au moins	Quelques fois par mois	Une fois par semaine	Quelques fois par semaine	Chaque jour
1. Je me sens émotionnellement vidé par mon travail	0	1	2	3	4	5	6
2. Je me sens « à bout » à la fin de ma journée de travail	0	1	2	3	4	5	6
3. Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail	0	1	2	3	4	5	6
4. Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent	0	1	2	3	4	5	6
5. Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets	0	1	2	3	4	5	6
6. Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort	0	1	2	3	4	5	6
7. Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades	0	1	2	3	4	5	6
8. Je sens que je craque à cause de mon travail	0	1	2	3	4	5	6
9. J'ai l'impression à travers mon travail d'avoir une influence positive sur les gens	0	1	2	3	4	5	6
10. Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail	0	1	2	3	4	5	6
11. Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	0	1	2	3	4	5	6
12. Je me sens plein(e) d'énergie	0	1	2	3	4	5	6
13. Je me sens frustré(e) par mon travail	0	1	2	3	4	5	6
14. Je sens que je travaille trop dur dans mon travail	0	1	2	3	4	5	6
15. Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades	0	1	2	3	4	5	6
16. Travailler au contact direct avec les gens me stresse trop	0	1	2	3	4	5	6
17. J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades	0	1	2	3	4	5	6
18. Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes malades	0	1	2	3	4	5	6
19. J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail	0	1	2	3	4	5	6
20. Je me sens au bout du rouleau	0	1	2	3	4	5	6
21. Dans mon travail je traite les problèmes émotionnels très calmement	0	1	2	3	4	5	6
22. J'ai l'impression que mes malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes	0	1	2	3	4	5	6

## Annexe N°15 : Résultats du questionnaire STSS de Nora

		1	2	3	4	5
		Jamais	Rarement	Occasionnellement	Souvent	Très souvent
1.	Je me suis senti(e) émotionnellement engourdi(e), insensible	X				
2.	Mon cœur a commencé à palpiter quand j'ai pensé à mon travail avec les clients		/	X		
3.	C'était comme si je revivais le(s) trauma(s) expérimenté(s) par mon (mes) client(s)				X	
4.	J'ai eu du mal à dormir				X	
5.	Je me suis senti(e) découragé(e) à propos du futur			X		
6.	Des rappels de mon travail avec des patients me bouleversent				X	
7.	J'avais peu d'intérêt à côtoyer d'autres personnes		X			
8.	Je me suis senti(e) nerveux(se)				X	
9.	J'étais moins actif(ve) que d'habitude			X		
10.	J'ai pensé à mon travail avec les clients quand je n'en avais pas l'intention		X			
11.	J'avais des difficultés de concentration	X				
12.	J'ai évité les gens, les endroits, ou les choses qui m'ont rappelé mon travail avec les clients			X		
13.	J'ai fait des rêves troublants sur mon travail avec les clients				X	
14.	J'ai voulu éviter de travailler avec quelques clients		X			
15.	J'étais facilement contrarié(e), énervé(e)		X			
16.	Je me suis attendu à ce que quelque chose de mal arrive			X		
17.	J'ai remarqué des trous de mémoire à propos de séances avec les clients				X	

Avez-vous d'autres observations ou commentaires à émettre ?

## Annexe N°16 : Résultats du questionnaire MBI de Yasmina

### ECHELLE DE MASLACH

Evaluer votre niveau d'épuisement professionnel

Indiquez la fréquence à laquelle vous ressentez ce qui est décrit à chaque item. Entourer le chiffre correspondant à votre réponse							
	Jamais	Quelquefois par année au moins	Une fois par mois au moins	Quelques fois par mois	Une fois par semaine	Quelques fois par semaine	Chaque jour
1. Je me sens émotionnellement vidé par mon travail	0	1	2	3	4	5	6
2. Je me sens « à bout » à la fin de ma journée de travail	0	1	2	3	4	5	6
3. Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail	0	1	2	3	4	5	6
4. Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent	0	1	2	3	4	5	6
5. Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets	0	1	2	3	4	5	6
6. Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort	0	1	2	3	4	5	6
7. Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades	0	1	2	3	4	5	6
8. Je sens que je craque à cause de mon travail	0	1	2	3	4	5	6
9. J'ai l'impression à travers mon travail d'avoir une influence positive sur les gens	0	1	2	3	4	5	6
10. Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail	0	1	2	3	4	5	6
11. Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	0	1	2	3	4	5	6
12. Je me sens plein(e) d'énergie	0	1	2	3	4	5	6
13. Je me sens frustré(e) par mon travail	0	1	2	3	4	5	6
14. Je sens que je travaille trop dur dans mon travail	0	1	2	3	4	5	6
15. Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades	0	1	2	3	4	5	6
16. Travailler au contact direct avec les gens me stresse trop	0	1	2	3	4	5	6
17. J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades	0	1	2	3	4	5	6
18. Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes malades	0	1	2	3	4	5	6
19. J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail	0	1	2	3	4	5	6
20. Je me sens au bout du rouleau	0	1	2	3	4	5	6
21. Dans mon travail je traite les problèmes émotionnels très calmement	0	1	2	3	4	5	6
22. J'ai l'impression que mes malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes	0	1	2	3	4	5	6

## Annexe N°17 : Résultats du questionnaire STSS de Yasmina

2

		Jamais	Rarement	Occasionnellement	Souvent	Très souvent
1.	Je me suis senti(e) émotionnellement engourdi(e), insensible	X				
2.	Mon cœur a commencé à palpiter quand j'ai pensé à mon travail avec les clients		X			
3.	C'était comme si je revivais le(s) trauma(s) expérimenté(s) par mon (mes) client(s)		X			
4.	J'ai eu du mal à dormir				X	
5.	Je me suis senti(e) découragé(e) à propos du futur				X	
6.	Des rappels de mon travail avec des patients me bouleversent				X	
7.	J'avais peu d'intérêt à côtoyer d'autres personnes	X				
8.	Je me suis senti(e) nerveux(se)		X			
9.	J'étais moins actif(ve) que d'habitude		X			
10.	J'ai pensé à mon travail avec les clients quand je n'en avais pas l'intention		X			
11.	J'avais des difficultés de concentration	X				
12.	J'ai évité les gens, les endroits, ou les choses qui m'ont rappelé mon travail avec les clients		X			
13.	J'ai fait des rêves troublants sur mon travail avec les clients				X	
14.	J'ai voulu éviter de travailler avec quelques clients	X				
15.	J'étais facilement contrarié(e), énervé(e)	X				
16.	Je me suis attendu à ce que quelque chose de mal arrive			X		
17.	J'ai remarqué des trous de mémoire à propos de séances avec les clients	X				

Avez-vous d'autres observations ou commentaires à émettre ?



## Annexe N°18 : Résultats du questionnaire MBI de Djamilia

### ECHELLE DE MASLACH

Evaluer votre niveau d'épuisement professionnel

Indiquez la fréquence à laquelle vous ressentez ce qui est décrit à chaque item. Entourer le chiffre correspondant à votre réponse	Jamais						
		Quelques fois par année au moins	Une fois par mois au moins	Quelques fois par mois	Une fois par semaine	Quelques fois par semaine	Chaque jour
1. Je me sens émotionnellement vidé par mon travail	0	1	2	3	4	5	6
2. Je me sens « à bout » à la fin de ma journée de travail	0	1	2	3	4	5	6
3. Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail	0	1	2	3	4	5	6
4. Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent	0	1	2	3	4	5	6
5. Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets	0	1	2	3	4	5	6
6. Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort	0	1	2	3	4	5	6
7. Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades	0	1	2	3	4	5	6
8. Je sens que je craque à cause de mon travail	0	1	2	3	4	5	6
9. J'ai l'impression à travers mon travail d'avoir une influence positive sur les gens	0	1	2	3	4	5	6
10. Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail	0	1	2	3	4	5	6
11. Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	0	1	2	3	4	5	6
12. Je me sens plein(e) d'énergie	0	1	2	3	4	5	6
13. Je me sens frustré(e) par mon travail	0	1	2	3	4	5	6
14. Je sens que je travaille trop dur dans mon travail	0	1	2	3	4	5	6
15. Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades	0	1	2	3	4	5	6
16. Travailler au contact direct avec les gens me stresse trop	0	1	2	3	4	5	6
17. J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades	0	1	2	3	4	5	6
18. Je me sens ragaillard(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes malades	0	1	2	3	4	5	6
19. J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail	0	1	2	3	4	5	6
20. Je me sens au bout du rouleau	0	1	2	3	4	5	6
21. Dans mon travail je traite les problèmes émotionnels très calmement	0	1	2	3	4	5	6
22. J'ai l'impression que mes malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes	0	1	2	3	4	5	6



## Annexe N°19 : Résultats du questionnaire STSS de Djamilia

		Jamais	Rarement	Occasionnellement	Souvent	Très souvent
1.	Je me suis senti(e) émotionnellement engourdi(e), insensible	✓				
2.	Mon cœur a commencé à palpiter quand j'ai pensé à mon travail avec les clients		✗			
3.	C'était comme si je revivais le(s) trauma(s) expérimenté(s) par mon (mes) client(s)		✗			
4.	J'ai eu du mal à dormir			✗		
5.	Je me suis senti(e) découragé(e) à propos du futur	✗				
6.	Des rappels de mon travail avec des patients me bouleversent		✗			
7.	J'avais peu d'intérêt à côtoyer d'autres personnes		✗			
8.	Je me suis senti(e) nerveux(se)			✗		
9.	J'étais moins actif(ve) que d'habitude		✗			
10.	J'ai pensé à mon travail avec les clients quand je n'en avais pas l'intention		✗			
11.	J'avais des difficultés de concentration		✗			
12.	J'ai évité les gens, les endroits, ou les choses qui m'ont rappelé mon travail avec les clients	✗				
13.	J'ai fait des rêves troublants sur mon travail avec les clients			✗		
14.	J'ai voulu éviter de travailler avec quelques clients		✗			
15.	J'étais facilement contrarié(e), énervé(e)			✗		
16.	Je me suis attendu à ce que quelque chose de mal arrive		✗			
17.	J'ai remarqué des trous de mémoire à propos de séances avec les clients		✗			

Avez-vous d'autres observations ou commentaires à émettre ?

## Annexe N°20 : Résultats du questionnaire MBI de Ounissa

### ECHELLE DE MASLACH Évaluer votre niveau d'épuisement professionnel

Indiquez la fréquence à laquelle vous ressentez ce qui est décrit à chaque item. Entourer le chiffre correspondant à votre réponse							
	Jamais	Quelquefois par année au moins	Une fois par mois au moins	Quelques fois par mois	Une fois par semaine	Quelques fois par semaine	Chaque jour
1. Je me sens émotionnellement vidé par mon travail	0	1	2	3	4	5	6
2. Je me sens « à bout » à la fin de ma journée de travail	0	1	2	3	4	5	6
3. Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail	0	1	2	3	4	5	6
4. Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent	0	1	2	3	4	5	6
5. Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets	0	1	2	3	4	5	6
6. Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort	0	1	2	3	4	5	6
7. Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades	0	1	2	3	4	5	6
8. Je sens que je craque à cause de mon travail	0	1	2	3	4	5	6
9. J'ai l'impression à travers mon travail d'avoir une influence positive sur les gens	0	1	2	3	4	5	6
10. Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail	0	1	2	3	4	5	6
11. Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	0	1	2	3	4	5	6
12. Je me sens plein(e) d'énergie	0	1	2	3	4	5	6
13. Je me sens frustré(e) par mon travail	0	1	2	3	4	5	6
14. Je sens que je travaille trop dur dans mon travail	0	1	2	3	4	5	6
15. Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades	0	1	2	3	4	5	6
16. Travailler au contact direct avec les gens me stresse trop	0	1	2	3	4	5	6
17. J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades	0	1	2	3	4	5	6
18. Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes malades	0	1	2	3	4	5	6
19. J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail	0	1	2	3	4	5	6
20. Je me sens au bout du rouleau	0	1	2	3	4	5	6
21. Dans mon travail je traite les problèmes émotionnels très calmement	0	1	2	3	4	5	6
22. J'ai l'impression que mes malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes	0	1	2	3	4	5	6

le début  
à la fin  
à 7 ans  
de travail

## Annexe N°21 : Résultats du questionnaire STSS de Ounissa

		Jamais	Rarement	Occasionnellement	Souvent	Très souvent
1.	Je me suis senti(e) émotionnellement engourdi(e), insensible				X	
2.	Mon cœur a commencé à palpiter quand j'ai pensé à mon travail avec les clients				X	
3.	C'était comme si je revivais le(s) trauma(s) expérimenté(s) par mon (mes) client(s)				X	
4.	J'ai eu du mal à dormir				X	
5.	Je me suis senti(e) découragé(e) à propos du futur				X	
6.	Des rappels de mon travail avec des patients me bouleversent				X	
7.	J'avais peu d'intérêt à côtoyer d'autres personnes				X	
8.	Je me suis senti(e) nerveux(se)				X	
9.	J'étais moins actif(ve) que d'habitude				X	
10.	J'ai pensé à mon travail avec les clients quand je n'en avais pas l'intention		X			
11.	J'avais des difficultés de concentration					X
12.	J'ai évité les gens, les endroits, ou les choses qui m'ont rappelé mon travail avec les client(s)					X
13.	J'ai fait des rêves troublants sur mon travail avec les clients					X
14.	J'ai voulu éviter de travailler avec quelques clients				X	
15.	J'étais facilement contrarié(e), énervé(e)			X		
16.	Je me suis attendu à ce que quelque chose de mal arrive				X	
17.	J'ai remarqué des trous de mémoire à propos de séances avec les clients				X	

Avez-vous d'autres observations ou commentaires à émettre ?

## Annexe N°22 : Résultats du questionnaire MBI de Sihem

### ECHELLE DE MASLACH

Evaluer votre niveau d'épuisement professionnel

Indiquez la fréquence à laquelle vous ressentez ce qui est décrit à chaque item. Entourer le chiffre correspondant à votre réponse							
	Jamais	Quelquefois par année au moins	Une fois par mois au moins	Quelques fois par mois	Une fois par semaine	Quelques fois par semaine	Chaque jour
1. Je me sens émotionnellement vidé par mon travail	0	(1)	2	3	4	5	6
2. Je me sens « à bout » à la fin de ma journée de travail	0	1	2	3	(4)	5	6
3. Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail	0	1	2	3	4	(5)	6
4. Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent	0	1	2	3	4	5	(6)
5. Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets	0	(1)	2	3	4	5	6
6. Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort	0	1	2	3	4	(5)	6
7. Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades	0	1	2	3	4	5	(6)
8. Je sens que je craque à cause de mon travail	0	1	2	(3)	4	5	6
9. J'ai l'impression à travers mon travail d'avoir une influence positive sur les gens	0	1	2	3	4	(5)	6
10. Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail	(0)	1	2	3	4	5	6
11. Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	(0)	1	2	3	4	5	6
12. Je me sens plein(e) d'énergie	0	1	2	3	4	(5)	6
13. Je me sens frustré(e) par mon travail	0	1	2	(3)	4	5	6
14. Je sens que je travaille trop dur dans mon travail	0	1	2	3	4	5	(6)
15. Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades	(0)	1	2	3	4	5	6
16. Travailler au contact direct avec les gens me stresse trop	0	1	2	3	4	(5)	6
17. J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades	0	1	2	3	4	(5)	6
18. Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes malades	0	1	2	3	(4)	5	6
19. J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail	0	1	2	3	4	5	(6)
20. Je me sens au bout du rouleau	0	1	2	3	4	(5)	6
21. Dans mon travail je traite les problèmes émotionnels très calmement	0	1	(2)	3	4	5	6
22. J'ai l'impression que mes malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes	0	1	2	(3)	4	5	6

## Annexe N°23 : Résultats du questionnaire STSS de Sihem



		Jamais	Rarement	Occasionnellement	Souvent	Très souvent
1.	Je me suis senti(e) émotionnellement engourdi(e), insensible			X		
2.	Mon cœur a commencé à palpiter quand j'ai pensé à mon travail avec les clients	X				
3.	C'était comme si je revivais le(s) trauma(s) expérimenté(s) par mon (mes) client(s)			X		
4.	J'ai eu du mal à dormir					X
5.	Je me suis senti(e) découragé(e) à propos du futur		X			
6.	Des rappels de mon travail avec des patients me bouleversent				X	
7.	J'avais peu d'intérêt à côtoyer d'autres personnes		X			
8.	Je me suis senti(e) nerveux(se)			X		
9.	J'étais moins actif(ve) que d'habitude		X			
10.	J'ai pensé à mon travail avec les clients quand je n'en avais pas l'intention			X		
11.	J'avais des difficultés de concentration				X	
12.	J'ai évité les gens, les endroits, ou les choses qui m'ont rappelé mon travail avec les client(s)		X			
13.	J'ai fait des rêves troublants sur mon travail avec les clients			X		
14.	J'ai voulu éviter de travailler avec quelques clients		X			
15.	J'étais facilement contrarié(e), énervé(e)		X			
16.	Je me suis attendu à ce que quelque chose de mal arrive			X		
17.	J'ai remarqué des trous de mémoire à propos de séances avec les clients					X

Avez-vous d'autres observations ou commentaires à émettre ?

## Annexe N°24 : Résultats du questionnaire MBI de Kahina

### ECHELLE DE MASLACH

Evaluer votre niveau d'épuisement professionnel

Indiquez la fréquence à laquelle vous ressentez ce qui est décrit à chaque item.

Entourer le chiffre correspondant à votre réponse

	Jamais	Quelquefois par année au moins	Une fois par mois au moins	Quelques fois par mois	Une fois par semaine	Quelques fois par semaine	Chaque jour
1. Je me sens émotionnellement vidé par mon travail	0	①	2	3	4	5	6
2. Je me sens « à bout » à la fin de ma journée de travail	0	1	2	3	4	⑤	6
3. Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail	0	1	2	3	4	⑤	6
4. Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent	0	1	2	3	4	5	⑥
5. Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets	0	1	2	③	4	5	6
6. Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort	0	1	2	3	4	5	⑥
7. Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades	0	1	2	③	4	5	6
8. Je sens que je craque à cause de mon travail	0	1	②	3	4	5	6
9. J'ai l'impression à travers mon travail d'avoir une influence positive sur les gens	0	1	2	③	4	5	6
10. Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail	①	1	2	3	4	5	6
11. Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	0	①	2	3	4	5	6
12. Je me sens plein(e) d'énergie	0	1	2	③	4	5	6
13. Je me sens frustré(e) par mon travail	①	1	2	3	4	5	6
14. Je sens que je travaille trop dur dans mon travail	0	1	2	3	4	⑤	6
15. Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades	①	1	2	3	4	5	6
16. Travailler au contact direct avec les gens me stresse trop	0	1	2	3	4	⑤	6
17. J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades	0	1	2	3	4	⑤	6
18. Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes malades	0	1	2	③	4	5	6
19. J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail	0	1	2	3	4	⑤	6
20. Je me sens au bout du rouleau	0	1	②	3	4	5	6
21. Dans mon travail je traite les problèmes émotionnels très calmement	0	1	2	③	4	5	6
22. J'ai l'impression que mes malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes	0	1	2	③	4	5	6

## Annexe N°25 : Résultats du questionnaire STSS de Kahina



	Jamais	Rarement	Occasionnellement	Souvent	Très souvent
1. Je me suis senti(e) émotionnellement engourdi(e), insensible		X			
2. Mon cœur a commencé à palpiter quand j'ai pensé à mon travail avec les clients	X				
3. C'était comme si je revivais le(s) trauma(s) expérimenté(s) par mon (mes) client(s)				X	
4. J'ai eu du mal à dormir		X			
5. Je me suis senti(e) découragé(e) à propos du futur		X			
6. Des rappels de mon travail avec des patients me bouleversent		X			
7. J'avais peu d'intérêt à côtoyer d'autres personnes		X			
8. Je me suis senti(e) nerveux(se)			X		
9. J'étais moins actif(ve) que d'habitude		X			
10. J'ai pensé à mon travail avec les clients quand je n'en avais pas l'intention		X			
11. J'avais des difficultés de concentration			X		
12. J'ai évité les gens, les endroits, ou les choses qui m'ont rappelé mon travail avec les client(s)			X		
13. J'ai fait des rêves troublants sur mon travail avec les clients				X	
14. J'ai voulu éviter de travailler avec quelques clients		X			
15. J'étais facilement contrarié(e), énervé(e)			X		
16. Je me suis attendu à ce que quelque chose de mal arrive		X			
17. J'ai remarqué des trous de mémoire à propos de séances avec les clients		X			

Avez-vous d'autres observations ou commentaires à émettre ?

## Annexe N°26 : Résultats du questionnaire MBI de Nassima

12

### ECHELLE DE MASLACH

Evaluer votre niveau d'épuisement professionnel

Indiquez la fréquence à laquelle vous ressentez ce qui est décrit à chaque item. Entourer le chiffre correspondant à votre réponse							
	Jamais	Quelquefois par année au moins	Une fois par mois au moins	Quelques fois par mois	Une fois par semaine	Quelques fois par semaine	Chaque jour
1. Je me sens émotionnellement vidé par mon travail	0	1	2	3	4	5	<input checked="" type="checkbox"/>
2. Je me sens « à bout » à la fin de ma journée de travail	0	1	2	3	4	5	<input checked="" type="checkbox"/>
3. Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail	0	1	2	3	4	5	<input checked="" type="checkbox"/>
4. Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent	0	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>	6
5. Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets	<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3	4	5	6
6. Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort	0	1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>	5	6
7. Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades	0	1	2	3	4	5	<input checked="" type="checkbox"/>
8. Je sens que je craque à cause de mon travail	0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	4	5	6
9. J'ai l'impression à travers mon travail d'avoir une influence positive sur les gens	<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3	4	5	6
10. Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail	0	1	2	3	4	5	<input checked="" type="checkbox"/>
11. Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	0	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	4	5	6
12. Je me sens plein(e) d'énergie	<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3	4	5	6
13. Je me sens frustré(e) par mon travail	0	1	2	3	4	5	<input checked="" type="checkbox"/>
14. Je sens que je travaille trop dur dans mon travail	0	1	2	3	4	5	<input checked="" type="checkbox"/>
15. Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades	<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3	4	5	6
16. Travailler au contact direct avec les gens me stresse trop	<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>	6
17. J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades	<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	4	5	6
18. Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes malades	0	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	4	5	6
19. J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail	0	1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>	5	6
20. Je me sens au bout du rouleau	0	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4	5	6
21. Dans mon travail je traite les problèmes émotionnels très calmement	0	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	4	5	6
22. J'ai l'impression que mes malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes	<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3	4	5	6



## Annexe N°27 : Résultats du questionnaire STSS de Nassima

		Jamais	Rarement	Occasionnellement	Souvent	Très souvent
1.	Je me suis senti(e) émotionnellement engourdi(e), insensible		X			
2.	Mon cœur a commencé à palpiter quand j'ai pensé à mon travail avec les clients				X	
3.	C'était comme si je revivais le(s) trauma(s) expérimenté(s) par mon (mes) client(s)				X	
4.	J'ai eu du mal à dormir	X				
5.	Je me suis senti(e) découragé(e) à propos du futur	X				
6.	Des rappels de mon travail avec des patients me bouleversent		X			
7.	J'avais peu d'intérêt à côtoyer d'autres personnes					X
8.	Je me suis senti(e) nerveux(se)					X
9.	J'étais moins actif(ve) que d'habitude				X	
10.	J'ai pensé à mon travail avec les clients quand je n'en avais pas l'intention			X		
11.	J'avais des difficultés de concentration					X
12.	J'ai évité les gens, les endroits, ou les choses qui m'ont rappelé mon travail avec les client(s)					X
13.	J'ai fait des rêves troublants sur mon travail avec les clients	X				
14.	J'ai voulu éviter de travailler avec quelques clients				X	
15.	J'étais facilement contrarié(e), énervé(e)		X			
16.	Je me suis attendu à ce que quelque chose de mal arrive		X			
17.	J'ai remarqué des trous de mémoire à propos de séances avec les clients				X	

Avez-vous d'autres observations ou commentaires à émettre ?

## Annexe N°28 : Résultats du questionnaire MBI de Fadhila

12

### ECHELLE DE MASLACH

Evaluer votre niveau d'épuisement professionnel

Indiquez la fréquence à laquelle vous ressentez ce qui est décrit à chaque item.  
Entourer le chiffre correspondant à votre réponse

	Jamais	Quelques fois par année au moins	Une fois par mois au moins	Quelques fois par mois	Une fois par semaine	Quelques fois par semaine	Chaque jour
1. Je me sens émotionnellement vidé par mon travail	0	1	2	3	4	<del>5</del>	6
2. Je me sens « à bout » à la fin de ma journée de travail	0	1	2	3	4	5	<del>6</del>
3. Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail	0	1	2	3	4	<del>5</del>	6
4. Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent	0	1	2	3	4	5	<del>6</del>
5. Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets	<del>0</del>	1	2	3	4	5	6
6. Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort	0	1	2	3	4	5	<del>6</del>
7. Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades	0	1	2	3	4	5	<del>6</del>
8. Je sens que je craque à cause de mon travail	0	1	2	3	4	<del>5</del>	6
9. J'ai l'impression à travers mon travail d'avoir une influence positive sur les gens	0	1	2	3	4	5	<del>6</del>
10. Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail	<del>0</del>	1	2	3	4	5	6
11. Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	<del>0</del>	1	2	3	4	5	6
12. Je me sens plein(e) d'énergie	0	1	2	3	4	5	<del>6</del>
13. Je me sens frustré(e) par mon travail	0	1	2	3	4	<del>5</del>	6
14. Je sens que je travaille trop dur dans mon travail	0	1	2	3	4	5	<del>6</del>
15. Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades	<del>0</del>	1	2	3	4	5	6
16. Travailler au contact direct avec les gens me stresse trop	0	1	2	3	4	5	<del>6</del>
17. J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades	0	1	2	3	4	5	<del>6</del>
18. Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes malades	0	1	2	3	4	5	<del>6</del>
19. J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail	0	1	2	3	4	5	<del>6</del>
20. Je me sens au bout du rouleau	0	1	2	3	4	<del>5</del>	6
21. Dans mon travail je traite les problèmes émotionnels très calmement	0	1	2	3	4	5	<del>6</del>
22. J'ai l'impression que mes malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes	<del>0</del>	1	2	3	4	5	6

## Annexe N°29 : Résultats du questionnaire STSS de Fadhila

172

		Jamais	Rarement	Occasionnellement	Souvent	Très souvent
1.	Je me suis senti(e) émotionnellement engourdi(e), insensible	X				
2.	Mon cœur a commencé à palpiter quand j'ai pensé à mon travail avec les clients	X				
3.	C'était comme si je revivais le(s) trauma(s) expérimenté(s) par mon (mes) client(s)		X			
4.	J'ai eu du mal à dormir			X		
5.	Je me suis senti(e) découragé(e) à propos du futur	X				
6.	Des rappels de mon travail avec des patients me bouleversent		X			
7.	J'avais peu d'intérêt à côtoyer d'autres personnes		X			
8.	Je me suis senti(e) nerveux(se)			X		
9.	J'étais moins actif(ve) que d'habitude		X			
10.	J'ai pensé à mon travail avec les clients quand je n'en avais pas l'intention	X				
11.	J'avais des difficultés de concentration		X			
12.	J'ai évité les gens, les endroits, ou les choses qui m'ont rappelé mon travail avec les client(s)				X	
13.	J'ai fait des rêves troublants sur mon travail avec les clients	X				
14.	J'ai voulu éviter de travailler avec quelques clients		X			
15.	J'étais facilement contrarié(e), énervé(e)		X			
16.	Je me suis attendu à ce que quelque chose de mal arrive		X			
17.	J'ai remarqué des trous de mémoire à propos de séances avec les clients		X			

Avez-vous d'autres observations ou commentaires à émettre ?

## Annexe N°30 : Résultats du questionnaire MBI de Dahbia

### ECHELLE DE MASLACH

Evaluer votre niveau d'épuisement professionnel

Indiquez la fréquence à laquelle vous ressentez ce qui est décrit à chaque item.  
Entourer le chiffre correspondant à votre réponse

	Jamais	Quelquefois par année au moins	Une fois par mois au moins	Quelques fois par mois	Une fois par semaine	Quelques fois par semaine	Chaque jour
1. Je me sens émotionnellement vidé par mon travail	0	1	2	3	4	5	6
2. Je me sens « à bout » à la fin de ma journée de travail	0	1	2	3	4	5	6
3. Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail	0	1	2	3	4	5	6
4. Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent	0	1	2	3	4	5	6
5. Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets	0	1	2	3	4	5	6
6. Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort	0	1	2	3	4	5	6
7. Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades	0	1	2	3	4	5	6
8. Je sens que je craque à cause de mon travail	0	1	2	3	4	5	6
9. J'ai l'impression à travers mon travail d'avoir une influence positive sur les gens	0	1	2	3	4	5	6
10. Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail	0	1	2	3	4	5	6
11. Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	0	1	2	3	4	5	6
12. Je me sens plein(e) d'énergie	0	1	2	3	4	5	6
13. Je me sens frustré(e) par mon travail	0	1	2	3	4	5	6
14. Je sens que je travaille trop dur dans mon travail	0	1	2	3	4	5	6
15. Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades	0	1	2	3	4	5	6
16. Travailler au contact direct avec les gens me stresse trop	0	1	2	3	4	5	6
17. J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades	0	1	2	3	4	5	6
18. Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes malades	0	1	2	3	4	5	6
19. J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail	0	1	2	3	4	5	6
20. Je me sens au bout du rouleau	0	1	2	3	4	5	6
21. Dans mon travail je traite les problèmes émotionnels très calmement	0	1	2	3	4	5	6
22. J'ai l'impression que mes malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes	0	1	2	3	4	5	6

## Annexe N°31 : Résultats du questionnaire STSS de Dahbia

		Jamais	Rarement	Occasionnellement	Souvent	Très souvent
1.	Je me suis senti(e) émotionnellement engourdi(e), insensible		X			
2.	Mon cœur a commencé à palpiter quand j'ai pensé à mon travail avec les clients	X				
3.	C'était comme si je revivais le(s) trauma(s) expérimenté(s) par mon (mes) client(s)				X	
4.	J'ai eu du mal à dormir				X	
5.	Je me suis senti(e) découragé(e) à propos du futur	X				
6.	Des rappels de mon travail avec des patients me bouleversent	X				
7.	J'avais peu d'intérêt à côtoyer d'autres personnes	X				
8.	Je me suis senti(e) nerveux(se)			X		
9.	J'étais moins actif(ve) que d'habitude		X			
10.	J'ai pensé à mon travail avec les clients quand je n'en avais pas l'intention	X				
11.	J'avais des difficultés de concentration		X			
12.	J'ai évité les gens, les endroits, ou les choses qui m'ont rappelé mon travail avec les client(s)	X				
13.	J'ai fait des rêves troublants sur mon travail avec les clients			X		
14.	J'ai voulu éviter de travailler avec quelques clients	X				
15.	J'étais facilement contrarié(e), énervé(e)			X		
16.	Je me suis attendu à ce que quelque chose de mal arrive		X			
17.	J'ai remarqué des trous de mémoire à propos de séances avec les clients		X			

Avez-vous d'autres observations ou commentaires à émettre ?

## Annexe N°32: Résultats du questionnaire MBI de Narimane

### ECHELLE DE MASLACH

Evaluer votre niveau d'épuisement professionnel

Indiquez la fréquence à laquelle vous ressentez ce qui est décrit à chaque item.  
Entourer le chiffre correspondant à votre réponse

	Jamais	Quelquefois par année au moins	Une fois par mois au moins	Quelques fois par mois	Une fois par semaine	Quelques fois par semaine	Chaque jour
1. Je me sens émotionnellement vidé par mon travail	0	1	2	3	4	5	6
2. Je me sens « à bout » à la fin de ma journée de travail	0	1	2	3	4	5	6
3. Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail	0	1	2	3	4	5	6
4. Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent	0	1	2	3	4	5	6
5. Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets	0	1	2	3	4	5	6
6. Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort	0	1	2	3	4	5	6
7. Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades	0	1	2	3	4	5	6
8. Je sens que je craque à cause de mon travail	0	1	2	3	4	5	6
9. J'ai l'impression à travers mon travail d'avoir une influence positive sur les gens	0	1	2	3	4	5	6
10. Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail	0	1	2	3	4	5	6
11. Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	0	1	2	3	4	5	6
12. Je me sens plein(e) d'énergie	0	1	2	3	4	5	6
13. Je me sens frustré(e) par mon travail	0	1	2	3	4	5	6
14. Je sens que je travaille trop dur dans mon travail	0	1	2	3	4	5	6
15. Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades	0	1	2	3	4	5	6
16. Travailler au contact direct avec les gens me stresse trop	0	1	2	3	4	5	6
17. J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades	0	1	2	3	4	5	6
18. Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes malades	0	1	2	3	4	5	6
19. J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail	0	1	2	3	4	5	6
20. Je me sens au bout du rouleau	0	1	2	3	4	5	6
21. Dans mon travail je traite les problèmes émotionnels très calmement	0	1	2	3	4	5	6
22. J'ai l'impression que mes malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes	0	1	2	3	4	5	6

## Annexe N°33 : Résultats du questionnaire STSS de Narimane

		Jamais	Rarement	Occasionnellement	Souvent	Très souvent
1.	Je me suis senti(e) émotionnellement engourdi(e), insensible	X				
2.	Mon cœur a commencé à palpiter quand j'ai pensé à mon travail avec les clients		X			
3.	C'était comme si je revivais le(s) trauma(s) expérimenté(s) par mon (mes) client(s)			X		
4.	J'ai eu du mal à dormir				X	
5.	Je me suis senti(e) découragé(e) à propos du futur					X
6.	Des rappels de mon travail avec des patients me bouleversent			X		
7.	J'avais peu d'intérêt à côtoyer d'autres personnes		X			
8.	Je me suis senti(e) nerveux(se)				X	
9.	J'étais moins actif(ve) que d'habitude			X		
10.	J'ai pensé à mon travail avec les clients quand je n'en avais pas l'intention				X	
11.	J'avais des difficultés de concentration				X	
12.	J'ai évité les gens, les endroits, ou les choses qui m'ont rappelé mon travail avec les client(s)				X	
13.	J'ai fait des rêves troublants sur mon travail avec les clients				X	
14.	J'ai voulu éviter de travailler avec quelques clients			X		
15.	J'étais facilement contrarié(e), énervé(e)			X		
16.	Je me suis attendu à ce que quelque chose de mal arrive				X	
17.	J'ai remarqué des trous de mémoire à propos de séances avec les clients				X	

Avez-vous d'autres observations ou commentaires à émettre ?



## Annexe N°34 : Résultats du questionnaire MBI de Louiza

### ECHELLE DE MASLACH

Evaluer votre niveau d'épuisement professionnel

Indiquez la fréquence à laquelle vous ressentez ce qui est décrit à chaque item. Entourer le chiffre correspondant à votre réponse							
	Jamais	Quelquefois par année au moins	Une fois par mois au moins	Quelques fois par mois	Une fois par semaine	Quelques fois par semaine	Chaque jour
1. Je me sens émotionnellement vidé par mon travail	0	1	(2)	3	4	5	6
2. Je me sens « à bout » à la fin de ma journée de travail	0	1	2	3	4	(5)	6
3. Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail	0	1	(2)	3	4	5	6
4. Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent	0	1	2	3	4	5	(6)
5. Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets	(0)	1	2	3	4	5	6
6. Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort	0	1	2	3	4	5	(6)
7. Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades	0	1	2	3	4	5	(6)
8. Je sens que je craque à cause de mon travail	0	1	2	(3)	4	5	6
9. J'ai l'impression à travers mon travail d'avoir une influence positive sur les gens	0	1	2	3	4	5	6
10. Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail	0	1	(2)	3	4	5	6
11. Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	0	1	(2)	3	4	5	6
12. Je me sens plein(e) d'énergie	0	1	2	3	4	5	(6)
13. Je me sens frustré(e) par mon travail	(0)	1	2	3	4	5	6
14. Je sens que je travaille trop dur dans mon travail	(0)	1	2	3	4	5	(6)
15. Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades	(0)	1	2	3	4	5	6
16. Travailler au contact direct avec les gens me stresse trop	0	1	2	(3)	4	5	6
17. J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades	0	1	2	3	4	5	(6)
18. Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes malades	0	1	2	3	(4)	5	6
19. J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail	0	1	2	3	4	5	(6)
20. Je me sens au bout du rouleau	0	(1)	2	3	4	5	6
21. Dans mon travail je traite les problèmes émotionnels très calmement	0	1	2	3	4	5	(6)
22. J'ai l'impression que mes malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes	0	1	2	3	4	(5)	6



## Annexe N°35 : Résultats du questionnaire STSS de Louiza

		Jamais	Rarement	Occasionnellement	Souvent	Très souvent
1.	Je me suis senti(e) émotionnellement engourdi(e), insensible		X			
2.	Mon cœur a commencé à palpiter quand j'ai pensé à mon travail avec les clients	+				
3.	C'était comme si je revivais le(s) trauma(s) expérimenté(s) par mon (mes) client(s)		+			
4.	J'ai eu du mal à dormir	X				
5.	Je me suis senti(e) découragé(e) à propos du futur				X	
6.	Des rappels de mon travail avec des patients me bouleversent			X		
7.	J'avais peu d'intérêt à côtoyer d'autres personnes				X	
8.	Je me suis senti(e) nerveux(se)				X	
9.	J'étais moins actif(ve) que d'habitude		X			
10.	J'ai pensé à mon travail avec les clients quand je n'en avais pas l'intention		X			
11.	J'avais des difficultés de concentration					X
12.	J'ai évité les gens, les endroits, ou les choses qui m'ont rappelé mon travail avec les clients				X	
13.	J'ai fait des rêves troublants sur mon travail avec les clients					X
14.	J'ai voulu éviter de travailler avec quelques clients				X	
15.	J'étais facilement contrarié(e), énervé(e)			X		
16.	Je me suis attendu à ce que quelque chose de mal arrive				X	
17.	J'ai remarqué des trous de mémoire à propos de séances avec les clients				X	

Avez-vous d'autres observations ou commentaires à émettre ?

## Annexe N°36 : Résultats du questionnaire MBI de Lynda

### ECHELLE DE MASLACH

Evaluer votre niveau d'épuisement professionnel

Indiquez la fréquence à laquelle vous ressentez ce qui est décrit à chaque item. Entourer le chiffre correspondant à votre réponse	Jamais	Quelques fois par année au moins	Une fois par mois au moins	Quelques fois par mois	Une fois par semaine	Quelques fois par semaine	Chaque jour
1. Je me sens émotionnellement vidé par mon travail	0	1	2	3	4	5	6
2. Je me sens « à bout » à la fin de ma journée de travail	0	1	2	3	4	5	6
3. Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail	0	1	2	3	4	5	6
4. Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent	0	1	2	3	4	5	6
5. Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets	0	1	2	3	4	5	6
6. Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort	0	1	2	3	4	5	6
7. Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades	0	1	2	3	4	5	6
8. Je sens que je craque à cause de mon travail	0	1	2	3	4	5	6
9. J'ai l'impression à travers mon travail d'avoir une influence positive sur les gens	0	1	2	3	4	5	6
10. Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail	0	1	2	3	4	5	6
11. Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	0	1	2	3	4	5	6
12. Je me sens plein(e) d'énergie	0	1	2	3	4	5	6
13. Je me sens frustré(e) par mon travail	0	1	2	3	4	5	6
14. Je sens que je travaille trop dur dans mon travail	0	1	2	3	4	5	6
15. Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades	0	1	2	3	4	5	6
16. Travailler au contact direct avec les gens me stresse trop	0	1	2	3	4	5	6
17. J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades	0	1	2	3	4	5	6
18. Je me sens ragaillard(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes malades	0	1	2	3	4	5	6
19. J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail	0	1	2	3	4	5	6
20. Je me sens au bout du rouleau	0	1	2	3	4	5	6
21. Dans mon travail je traite les problèmes émotionnels très calmement	0	1	2	3	4	5	6
22. J'ai l'impression que mes malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes	0	1	2	3	4	5	6

## Annexe N°37 : Résultats du questionnaire STSS de Lynda

		Jamais	Rarement	Occasionnellement	Souvent	Très souvent
1.	Je me suis senti(e) émotionnellement engourdi(e), insensible		X			
2.	Mon cœur a commencé à palpiter quand j'ai pensé à mon travail avec les clients				X	
3.	C'était comme si je revivais le(s) trauma(s) expérimenté(s) par mon (mes) client(s)		X			
4.	J'ai eu du mal à dormir			X		
5.	Je me suis senti(e) découragé(e) à propos du futur			X		
6.	Des rappels de mon travail avec des patients me bouleversent		X			
7.	J'avais peu d'intérêt à côtoyer d'autres personnes	X				
8.	Je me suis senti(e) nerveux(se)			X		
9.	J'étais moins actif(ve) que d'habitude		X			
10.	J'ai pensé à mon travail avec les clients quand je n'en avais pas l'intention				X	
11.	J'avais des difficultés de concentration			X		
12.	J'ai évité les gens, les endroits, ou les choses qui m'ont rappelé mon travail avec les clients				X	
13.	J'ai fait des rêves troublants sur mon travail avec les clients			X		
14.	J'ai voulu éviter de travailler avec quelques clients		X			
15.	J'étais facilement contrarié(e), énervé(e)			X		
16.	Je me suis attendu à ce que quelque chose de mal arrive				X	
17.	J'ai remarqué des trous de mémoire à propos de séances avec les clients		X			

Avez-vous d'autres observations ou commentaires à émettre ? *non*

## Annexe N°38 : Résultats du questionnaire MBI de Sabrina

### ECHELLE DE MASLACH

Evaluer votre niveau d'épuisement professionnel

Indiquez la fréquence à laquelle vous ressentez ce qui est décrit à chaque item. Entourer le chiffre correspondant à votre réponse	Jamais	Quelquefois par année au moins		Une fois par mois au moins		Quelques fois par mois		Une fois par semaine		Quelques fois par semaine		Chaque jour
		1	2	3	4	5	6	7	8			
1. Je me sens émotionnellement vidé par mon travail	0	1	2	3	4	5	6					
2. Je me sens « à bout » à la fin de ma journée de travail	0	1	2	3	4	5	6					
3. Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail	0	1	2	3	4	5	6					
4. Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent	0	1	2	3	4	5	6					
5. Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets	0	1	2	3	4	5	6					
6. Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort	0	1	2	3	4	5	6					
7. Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades	0	1	2	3	4	5	6					
8. Je sens que je craque à cause de mon travail	0	1	2	3	4	5	6					
9. J'ai l'impression à travers mon travail d'avoir une influence positive sur les gens	0	1	2	3	4	5	6					
10. Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail	0	1	2	3	4	5	6					
11. Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	0	1	2	3	4	5	6					
12. Je me sens plein(e) d'énergie	0	1	2	3	4	5	6					
13. Je me sens frustré(e) par mon travail	0	1	2	3	4	5	6					
14. Je sens que je travaille trop dur dans mon travail	0	1	2	3	4	5	6					
15. Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades	0	1	2	3	4	5	6					
16. Travailler au contact direct avec les gens me stresse trop	0	1	2	3	4	5	6					
17. J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades	0	1	2	3	4	5	6					
18. Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes malades	0	1	2	3	4	5	6					
19. J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail	0	1	2	3	4	5	6					
20. Je me sens au bout du rouleau	0	1	2	3	4	5	6					
21. Dans mon travail je traite les problèmes émotionnels très calmement	0	1	2	3	4	5	6					
22. J'ai l'impression que mes malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes	0	1	2	3	4	5	6					

## Annexe N°39 : Résultats du questionnaire STSS de Sabrina

19

		Jamais	Rarement	Occasionnellement	Souvent	Très souvent
1.	Je me suis senti(e) émotionnellement engourdi(e), insensible	X				
2.	Mon cœur a commencé à palpiter quand j'ai pensé à mon travail avec les clients	X				
3.	C'était comme si je revivais le(s) trauma(s) expérimenté(s) par mon (mes) client(s)		X			
4.	J'ai eu du mal à dormir				X	
5.	Je me suis senti(e) découragé(e) à propos du futur		X			
6.	Des rappels de mon travail avec des patients me bouleversent			X		
7.	J'avais peu d'intérêt à côtoyer d'autres personnes	X				
8.	Je me suis senti(e) nerveux(se)	X				
9.	J'étais moins actif(ve) que d'habitude			X		
10.	J'ai pensé à mon travail avec les clients quand je n'en avais pas l'intention	X				
11.	J'avais des difficultés de concentration			X		
12.	J'ai évité les gens, les endroits, ou les choses qui m'ont rappelé mon travail avec les client(s)		X			
13.	J'ai fait des rêves troublants sur mon travail avec les clients		X			
14.	J'ai voulu éviter de travailler avec quelques clients			X		
15.	J'étais facilement contrarié(e), énervé(e)		X			
16.	Je me suis attendu à ce que quelque chose de mal arrive			X		
17.	J'ai remarqué des trous de mémoire à propos de séances avec les clients			X		

Avez-vous d'autres observations ou commentaires à émettre ?

# **Vécu du métier de sage-femme en Algérie**

## **Résumé**

Cette présente recherche porte sur « le vécu du métier de sage-femme en Algérie ». Elle a pour objectif la description de la qualité du vécu du métier des sages-femmes en Algérie, en particulier l'objectif est de déduire l'éventuelle existence d'un burnout et d'un traumatisme secondaire et d'évaluer leurs niveaux. Elle s'est déroulée à l'EPH d'Akbou, et l'EPSP d'Akbou, auprès de dix-huit sages-femmes. Pour réaliser cette étude nous avons adopté la méthode clinique et l'étude de cas et nous avons utilisé l'entretien de recherche semi-directif, le questionnaire MBI pour mesurer le burnout et l'STSS pour mesurer le traumatisme secondaire. Les résultats de cette recherche ont révélés qu'il existe bien un burnout et un traumatisme secondaire chez la totalité de nos sujets.

**Mots clés:** vécu, sage-femme, burnout, traumatisme secondaire.

## **Experience of the midwifery profession in Algeria**

### **Abstract**

This research is about « the experience of the midwifery profession in Algeria ». It aims to describe the quality of midwives' experience of the profession in Algeria, with the objective of deducing the possible existence of burnout and secondary trauma and evaluating their levels. It took place at the public hospital of Akbou, and the local public health establishment of Akbou, with eighteen midwives. To carry out this study we adopted the clinical method, the case study and we used the semi-directive research interview, the questionnaire MBI to measure the burnout and the STSS to measure the secondary trauma. The results of this research revealed that burnout and secondary trauma do exist in all of our subjects.

**Key words :** experience, midwife, burnout, secondary trauma.

# Vécu du métier de sage-femme en Algérie

## Résumé

Cette présente recherche porte sur « le vécu du métier de sage-femme en Algérie ». Elle a pour objectif la description de la qualité du vécu du métier des sages-femmes en Algérie, en particulier l'objectif est de déduire l'éventuelle existence d'un burnout et d'un traumatisme secondaire et d'évaluer leurs niveaux. Elle s'est déroulée à l'EPH d'Akbou, et l'EPSP d'Akbou, auprès de dix-huit sages-femmes. Pour réaliser cette étude nous avons adopté la méthode clinique et l'étude de cas et nous avons utilisé l'entretien de recherche semi-directif, le questionnaire MBI pour mesurer le burnout et l'STSS pour mesurer le traumatisme secondaire. Les résultats de cette recherche ont révélés qu'il existe bien un burnout et un traumatisme secondaire chez la totalité de nos sujets.

**Mots clés:** vécu, sage-femme, burnout, traumatisme secondaire.

# Experience of the midwifery profession in Algeria

## Abstract

This research is about « the experience of the midwifery profession in Algeria ». It aims to describe the quality of midwives' experience of the profession in Algeria, with the objective of deducing the possible existence of burnout and secondary trauma and evaluating their levels. It took place at the public hospital of Akbou, and the local public health establishment of Akbou, with eighteen midwives. To carry out this study we adopted the clinical method, the case study and we used the semi-directive research interview, the questionnaire MBI to measure the burnout and the STSS to measure the secondary trauma. The results of this research revealed that burnout and secondary trauma do exist in all of our subjects.

**Key words :** experience, midwife, burnout, secondary trauma.