



Université A. Mira De Bejaia

Faculté Des Sciences Humaines et Sociales

Département de psychologie et d'orthophonie

Mémoire de fin cycle

En vue de l'obtention du diplôme Master en Psychologie

Option : Psychologie Clinique

Thème

La dépression et l'épuisement professionnel chez les médecins légistes

Etude de sept cas (dans quatre établissements hospitaliers situés à Bejaia et ses environs)

Réalisé par :

Moussaoui Melissa

Encadré par :

Dr : BELBESSAI Rachid

PROMOTION 2022/2023



Université A. Mira De Bejaia

Faculté Des Sciences Humaines et Sociales

Département de psychologie et d'orthophonie

Mémoire de fin cycle

En vue de l'obtention du diplôme Master en Psychologie

Option : Psychologie Clinique

Thème

La dépression et l'épuisement professionnel chez les médecins légistes

Etude de sept cas (dans quatre établissements hospitaliers situés à Bejaia et ses environs)

PROMOTION 2022/2023

Remerciements

Je remercie le bon dieu de m'avoir mise sur la voie de savoir, de m'avoir donné la santé, la volonté, la force et la patience pour mener ce travail a terme.

Je remercie plus particulièrement **ma mère et mes frères** pour leur grand soutien tout au long de mon travail.

Mes remerciements les plus sincères s'adressent à notre encadreur **Dr BELBESSAI RACHID** Qui nous a fait l'honneur d'avoir consacré son temps précieux pour encadrer notre mémoire ; pour sa confiance, ses précieux conseils, son aide, ses encouragements et sa disponibilité tout au long de la réalisation de notre travail.

Mes vifs remerciements pour **les membres du jury**, qui ont acceptés d'évaluer ce modeste travail

Je remercie également **Dr KERSSANI, Dr KARBOUB, Dr HAMMAZ** et toute l'équipe de service de Chirurgie et le bloc opératoire d'EPH de SIDI-AICH pour leur temps, disponibilité et gentillesse.

Mes sincères remerciements, à **Mr le chef de service de la médecine légale,**

A l'hôpital Franz fanon pour son soutien.

A toute l'équipe de services de la médecine légale.

Trouvez ici l'expression de mes remerciements les plus chaleureux, A mes cas.



Merci

Dédicace

J'ai passé des moments durs ces deux années .J'ai perdu soudainement ma chère grande mère ; qui a été ma deuxième mère pour moi à 95 ans le 09 aout 2021. Une date maudite pour moi, Le décès d'une personne qui a laissé un vide effroyable mais aussi un héritage moral considérable. Nous sommes tous porteurs de cette flamme qu'elle a allumé dans nos cœurs... Jamais nous ne l'oublierons et elle vivra en nous pour toujours, que dieu l'accueille dans son vaste paradis

A MA TRES CHERE MERE : NADIA

A la femme qui a souffert sans me laisser souffrir, qui n'a jamais dit non à mes exigences et qui n'a épargné aucun effort pour me rendre heureuse. tu m'as comblé avec ta tendresse et affection tout au long de mon parcours. Tu n'as cessé de me soutenir et de m'encourager durant toutes les années de mes études, tu as toujours été présente à mes cotés pour me consoler quand il fallait. En ce jour mémorable, pour moi ainsi que pour toi, par les inestimables sacrifices que tu as consentis pour moi, tu as tant souhaité que je parvienne à ce but.

Maman, qu'allah t'accorde longue vie dans la santé!

A MA GRAND –MERE MATERNEL BETITRA,

C'EST A LA PERSONNE LA PLUS IDEALE DANS CE MONDE, QUE JE LE DEDIE, Tu as été pour moi une seconde mère, Tu as réussi ta vie, tu as tant donné ; Donné de l'amour et fait preuve de générosité ; Que la paix soit sur toi ma grand-mère adorée ; Tu vis dans mon cœur, jamais je ne t'oublierai, Sachez tous que la mort n'arrête pas l'amour.

A MON FRERE : SAMY

A mon adorable petit frère qui sait toujours comment procurer la joie et le bonheur pour toute la famille

A MES TRES CHERES SŒURS : LYDIA ET LISA,

Que dieu vous protègent –je vous aime beaucoup merci pour vos encouragements et soutiens et votre amour aussi

Et aussi à mon promoteur

Docteur, BELBESSAI RACHID : pour l'orientation et l'encouragement

A Dr. KERSSANI, Dr HAMMAZ, Dr KARBOUB et Dr BENKHELLAT pour leurs encouragements.

A MES CHERES AMIES ET A TOUS CEUX QUI M'AIMENT

Moussaoui Mélissa

Listes des abreviations

<i>abreviation</i>	<i>signification</i>
<i>HCA</i>	<i>Hopital central de l'Armée</i>
<i>DEMS</i>	<i>Diplôme d'études médicales spécialisées</i>
<i>CHU</i>	<i>Centre hospitalier universitaire</i>
<i>EPH</i>	<i>Etablissements publics hospitaliers</i>
<i>SML</i>	<i>Service de Médecine Légale</i>
<i>LMD</i>	<i>Sigle de licence-master-doctorat</i>
<i>MBI</i>	<i>Maslach Burn-Out Inventory</i>
<i>BDI</i>	<i>Beck Dépression Inventory</i>
<i>SEE</i>	<i>Le score d'épuisement émotionnel</i>
<i>SDP</i>	<i>Le score de dépersonnalisation</i>
<i>SAP</i>	<i>Le score d'accomplissement personnel</i>
<i>BO</i>	<i>Le Burn-Out</i>
<i>RPG</i>	<i>La relaxation musculaire progressive de Jacobson</i>
<i>OMS</i>	<i>Organisation mondiale de la santé</i>
<i>DSM5</i>	<i>Diagnostique et statistique des troubles mentaux</i>
<i>CIM10</i>	<i>Classification internationale des maladies (10^e révision)</i>
<i>ECT</i>	<i>Electroconvulsivothérapie /sismothérapie</i>
<i>SMT</i>	<i>Stimulation magnétique transcrânienne</i>
<i>TOC</i>	<i>Troubles obsessionnels compulsifs</i>
<i>RPS</i>	<i>Risques psycho-sociaux</i>

Liste des tableaux

<i>N°de tableau</i>	<i>titre</i>	<i>page</i>
N°01	<i>Evolution historique du burnout</i>	28
N°02	<i>Symptomatologie de la dépression</i>	55
N°03	<i>Classification de l'épisode dépressif caractérisé</i>	61
N°04	<i>Récapitulatif des caractéristiques du groupe d'étude</i>	82
N°05	<i>Score d'épuisement émotionnel</i>	86
N°06	<i>Score de dépersonnalisation</i>	86
N°07	<i>Score d'accomplissement personnel</i>	86
N°08	<i>Degrés de Burn-Out</i>	87
N°09	<i>Résultat de l'échelle de Burn-Out de dr « A.I »</i>	94
N°10	<i>Présentation des résultats de l'échelle de Beck de dr « A.I »</i>	95
N°11	<i>Résultat de l'échelle de Burn-Out de dr « Z.W »</i>	100
N°12	<i>Présentation des résultats de l'échelle de Beck de dr « Z.W »</i>	101
N°13	<i>Résultat de l'échelle de Burn-Out de dr « B.F »</i>	106
N°14	<i>Présentation des résultats de l'échelle de Beck de dr « B.F »</i>	108
N°15	<i>Résultat de l'échelle de Burn-Out de dr « M.S »</i>	113
N°16	<i>Présentation des résultats de l'échelle de Beck de dr « M.S »</i>	115
N°17	<i>Résultat de l'échelle de Burn-Out de dr « R.L »</i>	119
N°18	<i>Présentation des résultats de l'échelle de Beck de dr « R.L »</i>	120
N°19	<i>Résultat de l'échelle de Burn-Out de dr « A.H »</i>	126
N°20	<i>Présentation des résultats de l'échelle de Beck de dr « A.H »</i>	128
N°21	<i>Récapitulatif des résultats en Burn-Out de Dr « K.H »</i>	130
N°22	<i>Récapitulatif des résultats à l'échelle de Beck de dr « K.H »</i>	132
N°23	<i>Récapitulatif des résultats des cas en burn out</i>	136
N° 24	<i>Récapitulatif des résultats des cas à l'échelle de Beck</i>	140

Liste des figures

<i>N°de figures</i>	<i>titre</i>	<i>page</i>
N°01	<i>Le métier de médecin légiste</i>	<i>15</i>
N°02	<i>Scialytique plafonnier a (02) coupoles</i>	<i>17</i>
N°03	<i>Manches de bistouri paire de ciseaux, règlette et metre roban</i>	<i>18</i>
N°04	<i>paire de ciseaux, règlette et metre roban Bistouri électrique</i>	<i>18</i>
N°05	<i>Bistouri électrique Les approches de burn out</i>	<i>18</i>
N°06	<i>Les approches de burn out</i>	<i>40</i>
N°07	<i>Symptomes de la depression</i>	<i>54</i>
N°08	<i>Depressoion melancolique</i>	<i>57</i>
N°09	<i>Depression anxieuse</i>	<i>57</i>
N°10	<i>Depressoion saisoniere</i>	<i>58</i>
N°11	<i>Depressoion masquée</i>	<i>58</i>
N°12	<i>ECT</i>	<i>64</i>
N°13	<i>Histogramme (MBI)</i>	<i>134</i>
N°14	<i>Secteur graphique (BDI-II)</i>	<i>138</i>

Liste des annexes

N°Annexe	Titre
Annexe N°1	Guide d'entretien semi-directif
Annexe N°2	Échelle MBI
Annexe N°3	Échelle BDI-II
Annexe N°4	Présentation des échelles MBI et BDI du 1 ^e cas
Annexe N°5	Présentation des échelles MBI et BDI du 2 ^e cas
Annexe N°6	Présentation des échelles MBI et BDI du 3 ^e cas
Annexe N°7	Présentation des échelles MBI et BDI du 4 ^e cas
Annexe N°8	Présentation des échelles MBI et BDI du 5 ^e cas
Annexe N°9	Présentation des échelles MBI et BDI du 6 ^e cas
Annexe N°10	Présentation des échelles MBI et BDI du 7 ^e cas

Remerciement

Dédicace

Liste des abréviations

Liste des tableaux

Liste des figures

Liste des annexes

INTRODUCTION.....1

Partie 1: Partie théorique

Chapitre I : Cadre général de la problématique

1. Problématique.....	4
2. Hypothèses.....	7
3. Définition opérationnelle des concepts clés.....	7
4. Objectifs de la recherche.....	9
5. Choix Du Thème	9

Chapitre II : Médecine légale

Préambule.....	10
1. Aperçu Historique De La Médecine Légale En Algérie.....	10
2. Définitions De La Médecine Légale.....	13
3. Domaines D'Application De La Médecine Légale.....	15
3.1. Médecine Légale Thanatologique Ou Cadavérique.....	15
3.2. Médecine Légale Clinique.....	16
4. Matériels Médico-légale.....	17
5. Métier D'Un Médecin Légiste.....	19
6. Parcours D'Un Médecin Légiste En Algérie.....	19
7. Missions Des Médecins Légistes.....	21
7.1. Volet Objectif.....	21
7.2. Volet Subjectif.....	22
8. Code Déontologique Des Médecins Travaillant En SML.....	23

Synthèse.....	24
---------------	----

Chapitre III : Epuisement professionnel ou le « Burnout »

Préambule.....	25
1. Aperçu Historique.....	25
2. Différentes Définitions.....	29
3. Différentes Appellations.....	31
3.1. Burnout Syndrome.....	31
3.2. Terme « Karoshi ».....	31
3.3. Syndrome D'Epuisement Professionnel.....	32
4. Les Dimensions Cliniques.....	32
4.1. Epuisement Emotionnel.....	32
4.2. Déshumanisation De La Relation A L'Autre.....	32
4.3. Diminution De L'Accomplissement Personnel Au Travail.....	32
5. Symptomatologie.....	33
6. Étiologie.....	34
7. Conséquences.....	36
8. Phases de Développement du « Burnout ».....	37
9. Approches.....	38
10. Etapes d'installation du Burnout	40
11. Prévention du Burnout.....	42
12. Prise en charge du Burnout.....	43
Synthèse.....	48

Chapitre IV : Dépression

Préambule.....	49
1. Aperçu Historique Sur La Dépression.....	50
2. Définitions De La Dépression.....	51
3. Epidémiologie De La Dépression	53
4. Symptomatologie	54
5. Causes De La Dépression	55
6. Formes Cliniques De La Dépression	57

Table des matières

6.1. Dépression Mélancolique	57
6.2. Dépression Anxieuse	57
6.3. Dépression Saisonnière.....	58
6.4. Dépression Masquée	58
7. Théories Etiopathogéniques.....	59
7.1. Théorie Biologique	59
7.2. Théorie Psychanalytique.....	59
7.3. Théorie Cognitive	59
7.4. Théorie Événementielle.....	60
8. Physiopathologie De La Dépression	60
9. Classifications De La Dépression	61
10. Traitement.....	63
10.1. Prise En Charge Médicamenteuse De La Dépression.....	63
10.1.1. Traitement Pharmacologique	63
10.1.2. Traitement Somatique.....	64
a. Sismothérapie Ou « ECT ».....	64
b. stimulation Magnétique Ou « SML »	64
10.2. Prise En Charge Non-Médicamenteuse De La Dépression (TCC).....	65
10.2.1. Thérapie Socio-Comportementale	68
10.2.2. Thérapie Cognitive Basée Sur La Pleine Conscience	69
11. Chevauchement Burnout / Dépression.....	69
11.1. Différentes définitions du concept	70
11.2. Comment le burnout et la dépression sont-ils corrélés ?	71
11.3. L'épuisement professionnel prédit-il la dépression et/ ou vice versa ?.....	72
11.4. Rapport entre burnout / épuisement	74
Synthèse.....	77

Partie 2: Partie Pratique

Chapitre V : Méthodologie de la recherche

Préambule	78
1. Limites De La Recherche	78
2. Méthodes utilisée dans la recherche.....	78
3. Attitude du chercheur.....	79
4. Lieux De La Recherche	80
5. Présentation De La Population D'étude Et Ses Caractéristiques.....	81
6. Déroulement De La Recherche	82
6.1. Pré-Enquête.....	82
6.2. L'Enquête.....	83
7. Outils D'Investigation	83
8. Difficultés Rencontrées.....	88
Synthèse.....	89

Chapitre VI : Présentation, analyse et discussion des hypothèses

I- Présentation Et Analyse Des Résultats :	
Cas n°1 : Dr « A.I ».....	90
Cas n°2 : Dr « Z.W ».....	97
Cas n°3 : Dr « B.F ».....	104
Cas n°4 : Dr « M.S ».....	110
Cas n°5 : Dr « R.L »	116
Cas n°6 : Dr « A.H »	123
Cas n°7 : Dr « K.H »	129
II- Discussion Des Hypothèses	134
Synthèse.....	141

CONCLUSION.....143

Références bibliographique

Annexes

Résumé

Introduction

Le travail est une activité par nature humaine et productive. Cette activité humaine porte des valeurs et à un effet formateur tant sur la personne qui l'accomplit que sur l'objet vers lequel il est dirigé. Travailler est donc un acte finalisé, ayant un sens et offrant des valeurs et des récompenses matérielles ou socio-psychologiques à celui qui l'exerce. Dans cette logique, le travail est perçu comme précieux et digne d'intérêt pour son titulaire. Il comprend plusieurs fonctions identitaires, narcissique, de socialisation, de décharge d'énergie et de revenu. Alors même que le travail symbolise un acte significatif, élogieux et présentant de multiples intérêts, il peut être aussi **source d'épuisement et de maladies. D'où la nécessité de prendre soin de soi pour mieux prendre soin des autres (Zawieja &Guarnieri, 2013, p .54).**

La liste des maladies liées au travail est longue: stress, fatigue, anxiété, angoisse, dépression, etc.

Parmi cette nébuleuse de termes non exhaustive, **l'épuisement professionnel (ou burn out)** tient une place spécifique. Apparue dans les années 1970, «l'épuisement professionnel est un syndrome particulier considéré comme une forme d'épuisement émotionnel, de déshumanisation de la relation à l'autre et de perte de performance, causée par des conditions de travail stressantes».

L'épuisement professionnel, ou burn out, est généralement défini comme un syndrome tridimensionnel associant un état d'épuisement physique et psychique intense, un ensemble d'attitudes relevant du cynisme, de la déshumanisation ou de la « dépersonnalisation », et un effondrement du sentiment d'efficacité personnelle (**zawieja &guarnieri, 2013, p. 5).**

Certains métiers sont plus à risque à développer cet épuisement que d'autres, notamment chez les professionnels dans le champ des relations d'aide, d'accompagnement ou de soins surtout **le service de la médecine légale**, qui est un domaine stressant et épuisant.

La médecine légale est l'ensemble systématique de toutes les connaissances physiques et médicales qui peuvent diriger les différents ordres de magistrats dans l'application et dans la composition des lois (**Devergie.A, 1837, p.9).**

En outre, cette profession est une zone de rencontre de deux domaines qui sont la médecine (c'est-à-dire la santé) et le droit (la justice), entre lesquels, il y a un flux réciproque d'idées, de règles et de principes.

A cet égard, le burn out peut se développer à une forme de « dépression cachée où peu à peu la source des émotions s'épuise ». Toutefois, même s'il se rapproche du stress professionnel et de la dépression en revêtant l'une ou l'autre de leurs manifestations, l'épuisement professionnel se distingue de ces deux notions.

Ensuite comme deuxième choix de variable, on a opté pour la « **dépression** ». Notre argument à cela nous vient du point de vue de Freudenberger et Richardson (1980) : « un état de fatigue chronique ,de dépression et de frustration apporté par la dévotion a une cause , un mode de vie , ou une relation , qui échoue a produire les récompenses attendues et conduit en fin de compte a diminuer l'implication et l'accomplissement au travail » .

Selon la projection de l'OMS, la dépression sera en 2020 au deuxième rang des maladies les plus sévères par rapport au cout global, après les maladies cardio-vasculaires. En 2030, elle représentera tout simplement la première cause d'invalidité avec les 50% des congés-maladie qui lui seront imputables. Par ailleurs, le cout financier des troubles de l'humeur dans l'union européenne se chiffre à environ 170 millions d'euros par an. Tout cela finit par convaincre les plus sceptiques que la problématique de la dépression cesse d'être un simple fait de société. Bien au contraire (**Lamessi .A, 2015, p.25**).

Notre travail de recherche qui porte sur « la dépression et l'épuisement professionnel chez les médecins légistes » qui a été effectué dans divers établissements hospitaliers à Bejaia et ses environs. Pour cela, notre travail a eu lieu auprès d'un groupe de recherche composé de sept cas, on optant pour la méthode clinique ; nous avons utilisé pour la récolte de données l'observation clinique, l'entretien de recherche semi-directif, le test d'inventaire de burn-out de Maslash (MBI) pour l'évaluation de l'épuisement professionnel chez le médecin légiste, ainsi, l'échelle de dépression de Beck dans le but d'évalué état dépressif à s'avoir son degré et son type chez les médecins travaillant en SML.

Ce dernier, s'est appuyé sur un sommaire, on a d'abord présenté une introduction, une problématique suivie d'une hypothèse, l'opérationnalisation des concepts clés, auprès laquelle nous avons proposé les objectifs de cette recherche, Notre plan se divise en deux grandes parties, la première partie théorique, qui est consacrée aux données théoriques concernant nos variables et une partie pratique

À cet effet, nous avons choisi, l'approche cognitive et comportementale, (TCC) cette approche nous a permis de mieux décrire et expliquer les comportements des médecins légistes, c'est une approche centrée sur les pensées, les cognitions et les émotions.

Notre travail comporte une partie théorique qui contient quatre chapitres

Chapitre 1 : il contient le cadre général de la problématique

Chapitre 2 : des généralités sur le service Médecine Légale en Algérie

Chapitre 3 : une présentation détaillée sur le concept d'épuisement professionnel

Chapitre 4 : il contient une présentation détaillée de la dépression et une revue de la littérature actualisée traitant de l'imbrication burn out –dépression.

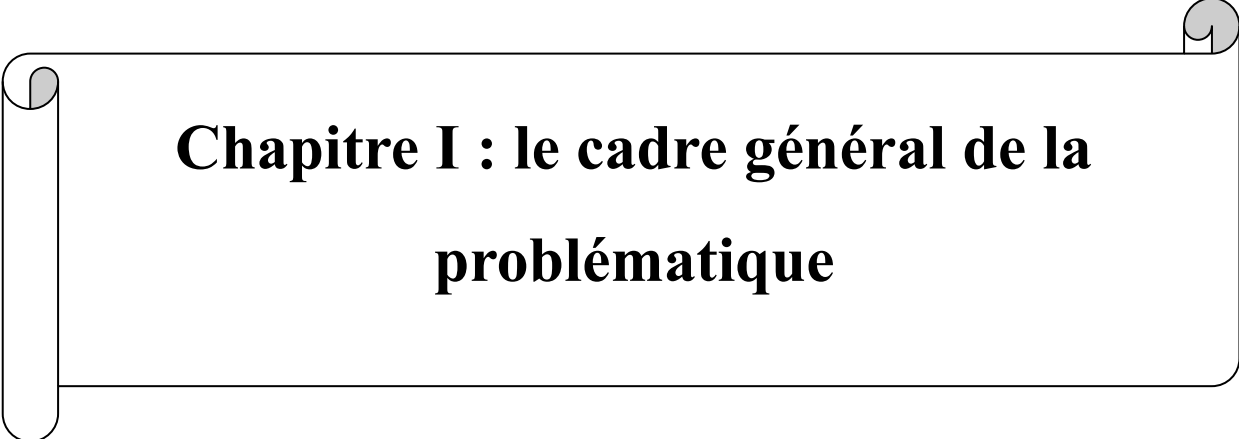
Ce qui concerne la partie pratique se compose de deux chapitres

Chapitre 1 : la partie méthodologique de la recherche ; vocaliser sur une méthodologie bien déterminée afin de vérifier nos hypothèses.

Chapitre 2 : la présentation, analyse et discussion des hypothèses.

Conclusion : pour en finir, nous avons élaboré une conclusion générale qui contient un ensemble de recommandations ainsi qu'une ouverture sur une recherche futur.

Partie théorique

A decorative horizontal scroll graphic with a black outline and rounded ends. The scroll is partially unrolled, with the top and bottom edges curving upwards. The text is centered within the scroll.

Chapitre I : le cadre général de la problématique

La souffrance au travail est commune à toutes les professions en tant que manifestation d'une expérience psychique et physique négative liée à un stress émotionnel chronique causé par un travail auquel l'individu n'arrive plus à s'adapter. Mais certains métiers sont plus à risque à développer cet épuisement que d'autres, notamment chez les professionnels dans le champ des relations d'aide, d'accompagnement ou de soins surtout le service de la médecine légale.

Les Contraintes du travail contiennent tous les ingrédients qui conduisent à un déclenchement d'épuisement professionnel.

L'un des obstacles majeurs à la recherche sur le burn out est l'absence d'une définition opérante, convaincante et consensuelle. Il est d'usage de dire, dans la communauté scientifique, que le burn out ne comporte pas moins de cinquante définitions.

Pour Robert Kahn, le burn out est « un syndrome d'attitudes inadéquates à l'égard des clients et de soi-même, souvent lié à des symptômes physiques et émotionnels désagréables» (Kahn, 1978) Pour Maslach, c'est un syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de perte du sentiment d'efficacité personnelle, susceptible de survenir chez des sujets travaillant, de quelque façon que ce soit, avec d'autres êtres humains. Il s'agit d'une réaction à la charge émotionnelle chronique naissant lorsque l'on s'occupe durablement d'autres personnes, en particulier lorsqu'elles sont dans le besoin ou ont des problèmes (Maslach, 1982). L'équipe de Berkeley dut pourtant reconnaître qu'un phénomène similaire affecte d'autres types de professions, même si des causes différentes semblent à l'œuvre. Le burn out est alors réservé aux professions d'aide, tandis que l'ennui (tedium) s'applique aux professions non soignantes (Pines et Aronson, 1981)- du moins provisoirement, car le terme «burn out » s'impose rapidement dans toute la littérature. (Zawieja &Guarnieri, 2013, p. 11)

D'autres auteurs tentent de définir le burn out comme un état, par- fois comme la phase finale d'un processus, mais leurs propositions posent la question du seuil arbitraire à partir duquel l'individu est ou non en burn out. Ainsi, le burn out est-il défini comme «un état d'épuisement physique, émotionnel et mental lié à une longue exposition à des situations exigeant une implication émotionnelle importante (Pines et Aronson, 1988), «un état de fatigue ou de frustration, occasionné par un événement, un style de vie ou une relation qui ne produit pas le bénéfice escompté» (Freudenberger et Richelson, 1980), ou encore comme «un état dysphorique et dysfonctionnel, lié aux attentes professionnelles, d'un individu ne

présentant pas de troubles psychopathologiques plus marqués, 1) ayant jusque à lors fait preuve, dans des conditions professionnelles similaires, de performances et de réactions émotionnelles adaptées et 2) qui, sans aide extérieure ou modification de ses conditions de travail, est dans l'incapacité de revenir à ses niveaux antérieurs» (Zawieja & Guarnieri, 2013, p. 11).

À cette conception statique, certains auteurs préfèrent une approche dynamique, où le burn out est défini comme «un processus où se retrace un collaborateur jusqu'ici impliqué, en réaction aux exigences et au fardeau de son travail» (Cherniss, 1980) ou comme «une diminution progressive de l'idéalisme, de l'énergie, de l'ambition et de la participation, résultant des conditions de travail » (Edelwich et Brodsky, 1980). Quoique plus larges, ces définitions continuent à confiner l'étiologie du burn out à une sphère strictement professionnelle, quant à la symptomatologie qu'elle met en avant, elle demeure relativement vague (Zawieja & Guarnieri, F, 2013, p. 11).

Schaufeli et Enzmann proposent en 1998 une synthèse des définitions antérieures: « Le burn out est un état d'esprit durable, négatif et lié au travail affectant des individus "normaux". Il est d'abord marqué par l'épuisement, accompagné d'anxiété et de tension (distress), d'un sentiment d'amoindrissement de l'efficacité, d'une chute de la motivation et du développement de comportements inadaptés au travail. Cette condition psychique est progressive et peut longtemps passer inaperçue du sujet lui-même. Elle résulte d'une inadéquation entre les intentions et la réalité professionnelle. Le burn out s'installe en raison de mauvaises stratégies d'adaptation associées au syndrome, souvent auto-entretenu ». (Zawieja & Guarnieri, 2013, p. 12)

En Algérie, les études sur le burn-out constituent un domaine relativement nouveau, on peut en citer quelques études dont celle de M. Chakali (2009) auprès du personnel soignant du centre anticancéreux de l'hôpital Frantz Fanon à Blida, et celle réalisée par le médecin psychiatre M. Boudarene auprès des agents de police dans la wilaya de Tizi-Ouzou (2004), celle de M. Ouchen (2005) sur les sapeurs-pompiers de la wilaya de Constantine, celle de N. Boukroune (2007) sur les enseignants du Supérieur, et également celle de Y. Benattia (2007) sur les infirmiers urgentistes du CHU de Constantine (Benferhat, 2008, pp.136-137). On cite aussi celle de A. Benferhat (2008) sur les médecins de la région Centre d'Alger et les médecins d'Oran, aussi celle de N. boussouf (2018) sur les étudiants en médecine de Constantine (Makour.T, 2022, P.539).

Le burn -out semble être l'apanage des individus qui se sont donnés à fond dans leur métier dès le départ. Quant à la dépression, celle-ci est un trouble des affects qui semble être indépendant du contexte, par contraste avec le burn -out, qui est lié au travail » (**Zawieja & Guarnieri, 2013, p. 55**).

En France, on compte chaque année près de trois millions de patients dépressifs. Au total, ce ne sont pas moins de huit millions de personnes qui ont fait ou feront de la dépression dans leur vie. Par conséquent, ce sont 10 à 20 % de la population qui présentera un syndrome dépressif majeur à un moment ou à un autre de leur vie. Certes, elle touche tous les âges et en particulier les 45-54 ans et deux fois plus les femmes que les hommes (**Lamessi.A, 2015, p.25**).

Selon la projection de l'OMS, la dépression sera en 2020 au deuxième rang des maladies les plus sévères par rapport au coût global, après les maladies cardio-vasculaires. En 2030, elle représentera tout simplement la première cause d'invalidité avec les 50% des congés maladie qui lui seront imputables. Tout cela finit par convaincre les plus sceptiques que la problématique de la dépression cesse d'être un simple fait de société. Bien au contraire. La dépression est désormais un véritable enjeu de santé publique qui mobilise les pouvoirs publics, oblige qu'ils sont, à trouver des parades efficaces à la montée en puissance de ce fléau et de prévenir de son emprise. La vérité, c'est que la dépression est une maladie très handicapante. Elle impacte directement tous les aspects de la vie du malade: affectif, familial, social et professionnel. Elle diminue les performances intellectuelles ainsi que les performances physiques, affecte la libido et engendre des difficultés à interagir avec l'environnement, ce qui a l'inconvénient majeur d'altérer particulièrement la qualité de la vie. Au-delà du déprimé lui-même qui souffre impuissant les affres de cette pathologie qui l'acculent jusqu'à son dernier 25 retranchement, la dépression engendre des conséquences incommensurables sur la société (**Lamessi.A, 2015, p.25**).

Selon l'association américaine de psychiatrie (APA, 2015), la dépression est définie comme faisant partie des troubles de l'humeur. L'APA énonce neuf symptômes dépressifs l'humeur dépressive, la diminution de l'intérêt ou plaisir pour les activités, la perte ou gain de poids en l'absence de régime ou la Diminution ou augmentation de l'appétit. L'insomnie ou l'hypersomnie l'agitation ou le ralentissement psychomoteur, la fatigue ou la perte d'énergie, le sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée la diminution de

l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision des pensées de mort et les idées suicidaires récurrentes, la tentative de suicide ou plan précis pour se suicider. (APA. 2015. P.188)

À cela, mal traitée, la dépression peut devenir une pathologie chronique qui s'installe dans la durée et sans aucune perspective de guérison. Elle peut même entraîner des conduites addictives, par exemple l'excès d'alcool ou de drogue.

À partir de ce qu'on a énoncé ci-dessus, nos questions sont formulées de la manière suivante :

Questions de recherche

Question principale

01- Les médecins qui travaillent au service médico-légal (SML) souffrent-ils du burn out élevé ?

Question secondaire

02- Est-ce que les Médecins Légistes épuisés professionnellement développent une dépression ?

Hypothèses

Les médecins qui travaillent au service SML souffrent du burn out élevé.

L'épuisement professionnel est le stade de développement pour une dépression.

Définitions opérationnelles des concepts

La médecine légale

C'est une discipline médicale particulière puisqu'elle est située à l'interface de la pensée biologique et la pensée juridique parce qu'elle s'occupe des relations immédiates et lointaines qui peuvent exister entre les faits médicaux et les textes juridiques.

L'épuisement professionnel

C'est l'épuisement psychologique que Dr. Freudenberger définit comme la réaction de votre cerveau lorsqu'il vous dit que vous êtes sur la mauvaise voie, donc c'est le premier véritable avertissement qui vous indique que vous êtes sur le point de tomber dans des problèmes psychologiques pouvant aller jusqu'à la dépression.

L'épuisement émotionnel

Défini comme le sentiment d'être envahi (e) ou épuisé (e) par son travail. Ce glissement émotionnel amenant progressivement un professionnel sur le chemin de la dépersonnalisation et à la dégradation de la relation soignant-soigné.

Dépersonnalisation

Qui se manifeste par des sentiments d'insensibilité et des réponses impersonnelles aux patients. La dépersonnalisation, ou perte d'empathie, se caractérise par une baisse de considération positive à l'égard des autres (clients, collègues...), c'est une attitude où la distance émotionnelle est importante, observables par des discours cyniques, dépréciatifs, voire même par de l'indifférence.

L'accomplissement personnel

L'accomplissement personnel est un sentiment « soupape de sécurité » qui assurerait un équilibre en cas d'épuisement professionnel et de dépersonnalisation. Il assure un épanouissement au travail, un regard positif sur les réalisations professionnelles.

Le manque d'accomplissement personnel au travail

Traduit par des sentiments d'incompétence et d'inefficacité au travail accompagné par une baisse de l'estime de soi.

La dépression

La dépression est « une maladie mentale caractérisée par une modification profond de l'état thymique, de l'humeur dans le sens de la tristesse de la souffrance morale et du ralentissement psychomoteur. S'accompagne parfois d'anxiété, la dépression entretient chez le patient une impression douloureuse d'impuissance globale, de fatalité désespérante et parfois l'entraîne à des ruminations délirantes à thème de culpabilité, d'indignité, d'auto-dépression pouvant le conduire à envisager le suicide et parfois à le réaliser. ». (**Grand dictionnaire de la psychologie, 1999, p25**)

La dépression légère

La dépression récurrente brève, il s'agit d'une forme légère ou mineure de dépression, qui peut compromettre le fonctionnement de la personne, qui affecte surtout les jeunes et qui se caractérise par des périodes brèves d'humeur déprimée ou mixte, persistant habituellement moins de 2 semaines.

La dépression modérée

La dépression modérée et réactionnelle intervient après un événement particulier qui s'avère difficile à surmonter, comme un deuil, une agression ou une rupture par exemple. Il s'agit d'une période de tristesse normalement passagère qui s'installe et persiste avec la même force.

La dépression sévère

La dépression sévère mélancolique (niveau le plus élevé de dépression) : forme très douloureuse, avec perte d'intérêt total pour le monde extérieur, incapacité à aimer, perte d'estime de soi, autodépréciation constante

Le chevauchement burnout-dépression

Il est important de noter que le burn out peut évoluer en dépression que l'on appelle la dépression d'épuisement. Ce type de dépression apparaît à la suite d'épisodes dépressifs liés à la fatigue que la personne accumule.

Les objectifs de la recherche

Dans le cadre de ma recherche autant que future psychologue, ma principale motivation ; au départ, était d'avoir un contact pratique, vivant avec une situation sur terrain autant que future psychologue clinicienne.

-constater le milieu professionnel des médecins légistes.

-Savoir à quel degré le Burn-out peut causer la dépression chez les médecins légistes.

Connaître la souffrance ou bien le vécu psychique des médecins travaillant en SML.

- Reconnaître à quel point l'épuisement professionnel influe sur l'apparition de la dépression chez les médecins légistes.

La raison du choix de thème

Les raisons qui nous ont motivés à aborder ce sujet de dépression et épuisement professionnel chez les médecins légistes aux niveaux des établissements hospitaliers :

- le point de vue de la société sur les Médecins Légistes est différent de celui des autres médecins.

-On a constatés qu'il y a un manque de recherches sur ce thème dans le monde surtout en Algérie.

-Pour apporter de nouvelles informations sur ce nouveau thème.

-sensibiliser les médecins sur la nécessité d'avoir un suivi psychologique en cas d'épuisement professionnel afin de ne pas aggraver la situation.



Chapitre II : la médecine légale

Préambule

La médecine légale est une spécialité très vitale et importante des branches de la médecine. C'est une science médicale qui se spécialise dans l'utilisation de l'expertise médicale pour résoudre les problèmes de nature médicale présentés aux autorités d'enquête et judiciaires.

L'importance de la médecine légale apparaît pour le juge dans les affaires dont il est saisi, ce qui rend le travail effectué par le médecin légiste contribue à révéler la vérité et la justice.

Dès lors, les questions suivantes nous viennent à l'esprit : Comment peut-on exercer cette profession ? À quel degré la médecine légale est compliquée ?

Pour aborder ces questions, nous avons adopté le schéma suivant :

- Aperçu historique de la médecine légale.
- Les définitions de la médecine légale.
- Les deux domaines d'application de la médecine légale.
- Matériel médico-légal.
- Le métier d'un médecin légiste.
- Le Parcours d'un médecin légiste en Algérie.
- Les missions des légistes.
- Le code déontologique des légistes en Algérie.

1- Aperçu historique de la médecine légale

1-1- Histoire de la médecine légale en Algérie

C'est pendant la période coloniale que fut initié l'enseignement de la médecine légale à la faculté de médecine d'Alger par la Chaire de Médecine Légale et Médecine du Travail dirigée successivement par les professeurs Giraud, Simonin, Thiquet et enfin par Michaud jusqu'en 1962. Cette chaire de la faculté de Médecine d'Alger était habilitée à délivrer les certificats d'études spéciales de médecine du travail et d'études spéciales de médecine légale. Après l'indépendance et jusqu'au début de la réforme universitaire (1971-1972) et donc des études médicales, l'enseignement de la médecine légale était réalisé en extrahospitalier.

Cet enseignement était assurée par le professeur H. Olivier de la faculté de médecine de Marseille, un médecin généraliste constantinois le docteur Abdelkader Djogheri ainsi que par les docteurs Bettahar médecin privé installé à Belcourt, Amsallem pédiatre exerçant à la clinique de Bologhine et les docteurs Abed, Moutillver et Majoul. Cet enseignement était assuré par la chaire de médecine légale et de médecine du travail de la faculté de médecine d'Alger.

Les étudiants en graduation recevaient un enseignement purement théorique comportant 50 heures environ au cours de leur 5^{ème} année de médecine. Pour les étudiants spécialistes c'est un enseignement de deux ans qui était assuré et qui était sanctionné par l'obtention d'un CES de médecine légale. Le programme enseigné était identique à celui des facultés de médecine françaises. Les trois premiers médecins à avoir bénéficié de cette formation spécialisée et ayant obtenu le CES de médecine légale en 1972-1973 sont les professeurs Mehdi.Y, Ridouh.B et Merah.F.

Les autopsies étaient pratiquées dans les morgues des hôpitaux de Mustapha et psychiatrique Joinville de Blida (actuelle CHU Franz Fanon) ainsi qu'au laboratoire de la police scientifique de Château Neuf.

A Oran, c'est le docteur M. Hannouz, natif de Constantine qui après avoir exercé à titre privé dans les premières années de l'indépendance à Saïda puis en qualité de directeur de la santé de wilaya, entame des études de spécialités à Paris où il obtient son diplôme de médecine légale, droit médical et criminologie. En 1976, il s'installe à Oran et crée le 1^{er} service de médecine légale de l'ouest. Trois ans plus tard il soutient sa thèse de DESM sur le thème de la responsabilité médicale en droit algérien. Devenu agrégé puis professeur, le docteur Hannouz formera une trentaine de spécialistes et quatre rangs magistrats avant de décéder le 23 janvier 2001.

A Constantine, c'était le docteur Abdelkader Bencharif qui était le médecin légiste de l'hôpital aux cours des années 1950-1960. A La fin des années 70, le docteur Benharkat se rend à Paris auprès du Deroberth. L puis du Durigon.M où il obtient un CES de médecine légale. A son retour à Constantine il prendra en charge l'enseignement de la médecine légale à la faculté de médecine de Constantine avec la collaboration du Durigon.M qui sera son directeur de thèse de DESM. Après sa soutenance de thèse en 1987, il monte un service de médecine légale au CHU Benbadis de Constantine. Ce service sera à l'origine de la formation de plusieurs générations de médecins légistes qui à leur tour ouvriront des

services dans les hôpitaux de Sétif, Batna, Skikda, Souk Ahras, El Oued, Biskra Ain Mlila et Msila.

Avec la réforme des études universitaires en 1972, la médecine légale devient une division du département de médecine sociale, au même titre que la médecine du travail et de l'épidémiologie. Cette division est chargée comme précédemment de l'enseignement aux étudiants de graduation et de spécialité mais en plus de la formation théorique, une formation pratique est introduite des travaux pratiques sur cadavre sont réalisés tant au niveau du laboratoire de la faculté de médecine d'Alger qu'au niveau du laboratoire de police scientifique de Château Neuf. Par ailleurs, concernant l'enseignement aux futurs médecins spécialistes, ce n'est plus un CES de deux ans qui est enseigné mais un résidanat de trois ans constitué d'un tronc commun d'un an où le résident acquiert des notions d'épidémiologie, de statistiques, de démographie ainsi qu'en santé publique, biologie, anatomopathologie et psychiatrie. Les deux dernières années d'enseignement, assurés par la division de médecine légale, comprend les modules de médecine légale judiciaire, de déontologie médicale, droit médical, toxicologie médico-légale, traumatologie médico-légale et réparation du dommage corporel. L'année 1979 verra l'introduction de la spécialité à l'intérieur de l'hôpital avec la création du 1er service hospitalier à l'hôpital Mustapha (Mehdi.Y). Il sera suivi par ceux du CHU Franz Fanon de Blida (Ridouh.B) puis de celui de Béni Messous (Merah.F, 1983). Quelques années plus tard c'est au tour des hôpitaux d'Oran (Hannouz.M), Constantine (Benharkat), Bab El Oued (Laïdli.ML, 1993) Annaba, Tlemcen, de se doter également de service de médecine légale. L'introduction hospitalière de la médecine légale a permis de répondre à pratiquement tous les besoins médico-légaux et aux exigences médico-judiciaires des autorités de police et de justice (consultations médico-légales, expertises médicales, constats de décès, autopsies médico-judiciaires). Le service de médecine légale du CHU Mustapha comprend également une unité de médecine pénitentiaire pour la prise en charge des soins aux détenus.

En 1985, la médecine légale, division du département de médecine sociale, s'autonomise et devient une spécialité à part entière. En 1994, le cursus des études médicales qui passe de six à sept ans permet l'introduction de l'enseignement du droit médical par les enseignants de médecine légale. En 2000, c'est l'enseignement de l'éthique et de la déontologie médicale qui sont introduite dès la 1^{ère} année de médecine.

L'arrêté n°16 du 30 mars 1996 fait passer le cursus des études de spécialité en médecine légale de trois à quatre ans avec six mois d'anatomie pathologique et six mois de médecine carcérale. Pour Alger, les résidents de la spécialité disposent de quatre terrains de stage :

- CHU Mustapha : Pr. Y. Mehdi ;
- CHU Béni Messous : Pr. F. Merah ;
- CHU Bab El Oued : Pr. M.L. Laïdli ;
- Hôpital Central de l'Armée (HCA) : Pr. M. Berchiche

Les enseignants hospitalo-universitaires de la spécialité :

- Assurent l'enseignement en graduation en 1^{ère} et 6^{ème} année ; Prennent en charge la formation des résidents en médecine légale ;
- Assurent l'activité médico-légale hospitalière ;
- Assurent les expertises médico-légales au pénal, au civil et en droit social ;
- Ont une activité de recherche qui se traduit par l'organisation de journées scientifiques, séminaires, thèses etc.

Actuellement tous les CHU, certains EHS et même des hôpitaux de secteurs sanitaires sont dotés d'un service de médecine légale. C'est d'ailleurs le médecin légiste de l'hôpital d'Ouargla qui a été élu vice-président du conseil national de l'ordre des médecins algériens. (Ridouh .B, 2006, pp. 7-9)

2- Définitions de la médecine légale

La criminalité est un phénomène social que l'homme connaît depuis l'Antiquité jusqu'à nos jours. Le crime est un comportement ancré dans la société humaine depuis son origine et l'éliminer complètement est impossible, mais le réduire et le combattre est l'objectif poursuivi par les sociétés haut de gamme.

Où la médecine légale est considérée comme une science médicale spécialisée, et c'est une science large qui étend les branches et les domaines, car elle connaît tout ce qui concerne le corps et l'esprit humains, et pour cette raison, les sujets médicaux sont nombreux en raison du grand nombre des complexités de l'être humain.

La médecine légale se trouve alors comme une articulation entre le monde judiciaire et le monde scientifique et médical. Elle est la discipline qui assure le lien entre le droit et la médecine. C'est la science d'obtenir la preuve criminelle par des moyens scientifiques à des fins d'utilisation dans un tribunal de droit. La Médecine Légale est réputée pour être la médecine du mort mais en réalité elle est également la médecine du vivant, à chaque fois qu'il y a atteinte à ses droits, à son intégrité corporelle d'ordre physique ou sexuelle ou à l'occasion d'un accident de la voie publique. **(Benkobbi. S, 2020, p.1)**

Selon Belhadj, Benkobbi et Djama Kamel (professeurs et médecines légistes en Algérie) disent que la médecine légale est une zone de rencontre de deux domaines qui sont la médecine (c'est-à-dire la santé) et le droit (la justice), entre lesquels, il y a un flux réciproque d'idées, de règles et de principes. **(Djama. K, 2013, p.5)**

Paul Augustin Olivier Mahon (professeur de médecine légale à Paris) définissait à l'extrême début du XX^e siècle, « la médecine légale comme l'art d'appliquer les connaissances et les préceptes de la médecine aux différentes questions de droit, pour les éclaircir ou les interpréter convenablement de même que **Louis Roche** plus d'un siècle plus tard Plus qu'une technique, la médecine légale est une forme d'esprit qui conteste à couler une nation médicale dans le moule si variable des lois juridiques et sociales ». **(Baccino.E, 2014, p.1)**

La médecine légale est au carrefour de la médecine et de la justice. Elle est le reflet très surprenant de la Société dans laquelle nous vivons. La médecine légale ne consiste pas seulement en l'application de connaissances médicales aux questions que pose la justice. Très progressivement, on observe une vision plus large qui fait de la médecine légale le lien entre le médical et le social, entre la médecine et la société. **(Baccino. É, 2014, p.1)**

Selon **Mathieu Orfila (médecin, chimiste et pionnier de la toxicologie médico-légale à Paris)**, la Médecine légale est l'ensemble des connaissances médicales propres à éclairer les diverses questions de droit, et à diriger les législateurs dans la composition des lois. **(Briand. J, 1869, p. 1-2)**

La médecine légale est une discipline extrêmement complexe qui s'occupe aussi bien de la victime vivante que de la victime décédée. Le médecin légiste prêt serment d'agir et rédiger son rapport en honneur et conscience. La médecine légale est au carrefour de la médecine et de la justice. Elle est le reflet très surprenant de la Société dans laquelle nous vivons. Le médecin légiste, médecin avant tout, curieux de tout, toujours passionné par son métier, est confronté à des problèmes complexes et se situe en interaction avec différentes Institutions (hôpital, justice, police, gendarmerie). **(Beauthier. J-P, 2022, p. 12)**



Figure n°1 : Métier de médecin légiste

3- Les deux domaines d'application de la médecine légale

D'une façon générale, on a tendance à diviser la médecine légale en deux domaines :

3-1- Médecine légale thanatologique ou cadavérique

Il s'agit d'une investigation médico-légale des morts suspectes afin de déterminer la cause et le mécanisme de décès (causes du décès dont le principal outil est l'autopsie), on compte plus de 300 à 350 par an d'autopsie médico-judiciaire seulement pour le service de médecine légale de l'hôpital Mustapha à Alger. **(Belhadji. L, 2015, p.24).**

3-1-1- diagnostic médico-légal de la mort :

• Levée du corps

Le médecin pratiquant une levée de corps doit toujours se méfier des évidences et rester très critique vis-à-vis des convictions des enquêteurs, sa principale hantise est de méconnaître un homicide.

La levée de corps, premier contact médecin-cadavre est une mission fréquente et importante, qui peut être confiée à tout médecin praticien autorisé à exercer sur le territoire national et qui se fait sur réquisition émanant d'autorités administratives ou judiciaires afin d'effectuer une mission à caractère médico-légal. (Belhadj, 2010, p.20)

Ainsi elle représente un examen non Invasif ; c'est un terme médico-légal, c'est le déplacement d'un médecin sur place pour examiner un cadavre et donner des infos du l'enquêteur qui est un travail technicien de salle de crime.

Suivi de l'**autopsie** qui en examen invasif. Elle est ordonnée à chaque fois qu'il existe un obstacle médico-légal à l'inhumation, c'est-à-dire à chaque fois que la mort est non naturelle ou suspectée comme telle.

La procédure pénale est selon les cas déclenchée soit suite à un certificat de constat de décès établi par un médecin (pas obligatoirement légiste) dans lequel il atteste qu'il existe un obstacle médico-légal à l'inhumation, le médecin légiste est sollicité ultérieurement pour pratiquer une autopsie ; Soit du fait des circonstances, du lieu de découverte du cadavre et parfois même du fait de la personnalité du décédé.

Il y a **plein de disciplines cliniques** qui promises en œuvre au cours d'autopsies ; Elles vont se dérouler dans un hôpital en regardant s'il y a une arme, le nombre de blessures ...etc.

• Travail anthropologique

- déshabillage à l'examen du corps pour les lésions, les mesures
- ouvrir le corps
- examiner les organes en place ... sortir les organes
- des anthropologues qui aident au cet examen pour identifier et examiner les corps et aussi rechercher les causes de décès.

3- 2- Médecine légale clinique intéressant les vivants

C'est le noyau dur» de la médecine légale. Elle s'intéresse à la **traumatologie** (évaluation du dommage corporel), à la pathologie de la violence et des déviances sociales, aux phénomènes d'apparence suspecte (mort subite,...), à l'identification, aux contestations en matière de filiation... Elle a recours à la clinique, à la morphologie (anatomo-pathologie macroscopique et microscopique), à la biologie (toxicologie, immunologie, microbiologie,

biochimie, génétique...). Les conclusions tirées de ces examens servent à éclairer la justice. On estime 8000 à 10.000 consultations par an selon toujours le même auteur. (Belhadj. L et al, 2010, p.30)

4- Matériel médico-légal

- un thermomètre à thermocouple pouvoir mettre la température de corps du défunt pour pouvoir dater la mort.

-une paire de ciseaux, une règle, un mètre Ruban pour prendre les dimensions des lésions.

- une loupe, un appareil photo numérique

-des vêtements jetables, gants, calons, masques, combinaisons pour sauvegarder les preuves scientifiques et ne pas contaminer et polluer la scène de crime.

-une lampe torche une lampe frontale du matériel de prélèvement.

-un scialytique plafonnier a deux coupoles.

- bistouri électrique.

-une agrafeuse chirurgicale.

- des manches de bistouri.

- Des sutures chirurgicales.



Figure n°2 : Scialytique plafonnier a (02) coupoles.

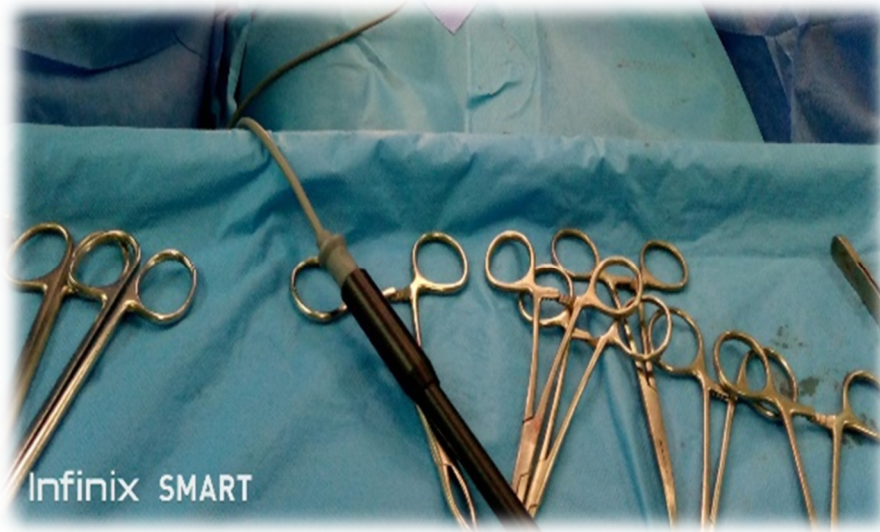


Figure n°3 : Manches de bistouri.



Figure n°4 : Paire de ciseaux, règle et mètre Ruban



Figure n° 5 : Bistouri électrique

5- Le métier d'un médecin légiste

Le médecin légiste éclaire le magistrat dans le domaine scientifique et ce dernier dit le droit et apprécie la notion de crime en fonction des articles du code pénal, cette appréciation est exclusivement du ressort du magistrat mais souvent il a besoin d'un « sachant ».

Aujourd'hui, quand un crime est supposé, on fait appel au médecin légiste à qui sa formation a conféré une compétence dans le domaine des sciences criminelles : La thanatologie, l'anthropologie, l'empreinte génétique...etc.

Le métier de médecin légiste est un métier grand et ardu qui a toujours besoin d'une personne vigilante et jouissant d'une vigilance suffisante et d'une bonne délibération. Nombreux sont ceux qui ignorent l'importance du médecin légiste et la réalité de ses tâches. Dans la recherche et la détection. On voit donc le rôle du médecin dans l'aide à la justice pour percer le mystère des crimes. Cette exigence comporte trois branches qui se manifestent dans le concept de médecin légiste et son rôle dans la détection des crimes, en plus à la structure de la médecine légale. **(Briand. J, 1869, p. 2)**

Le médecin légiste prêtre serment d'agir et rédiger son rapport en honneur et conscience.

Les médecins légistes sont à la fois des auxiliaires de la justice et à la fois des cliniciens, leurs pensées sont situées entre une pensée biologique et une pensée juridique.

6- Le Parcours d'un médecin légiste en Algérie

La médecine légale en Algérie est une spécialité médicale à part entière, comme la chirurgie, la pédiatrie, la gynécologie, et autres.

Quelles est la durée d'étude pour devenir un médecin légiste ?

La médecine légale c'est une spécialité de quatre ans passée par DEMS qui veut dire sept ans de la médecine générale plus la spécialité de quatre ans en médecine légale

L'étude de **la médecine générale** en Algérie dure **sept ans**, au terme desquels on obtient un doctorat en médecine générale. Et celui qui veut se **spécialiser en médecine légale** Il lui suffit de **participer au concours national de spécialisation** qui a lieu chaque année et auquel participent les médecins généralistes. Le candidat retenu peut demander la spécialité qu'il souhaite selon son classement et les postes ouverts dans la spécialité qu'il souhaite, et celui qui réussit qui veut se spécialiser en médecine légale. Et après l'obtention d'un diplôme

le poste, s'il était disponible cette année-là, et que son arrangement lui a permis de décrocher ce poste dans l'un des postes, **il étudiera quatre ans et plus que la médecine légale**, au terme desquels il obtiendra un certificat d'études médicales spécialisées en médecine légale (**DEMS**), et il est alors considéré comme **médecin légiste spécialisé en médecine**. Niveau qui permet de passer en deuxième année, sinon vous redoublez une fois l'année avant d'être écarté de la spécialisation en cas d'échec.

Le reste des trois années est étudié en ;

- dommages corporels et expérience médico-légale dans ce domaine dommage corporel.

- intoxications et expertise médico-légale ; toxicologie médico-légale.

- anatomie microscopique anatomie pathologique expertise médicale en maladie mentale

Psychiatrie médico-légale.

- Anatomie microscopique anatomie pathologique, expérience médicale en maladie mentale psychiatrie médico-légale.

- médecine pénitentiaire.

Au final, un examen national final est organisé pour obtenir un certificat d'études médicales spécialisées en médecine légale, à l'issue duquel il devient médecin légiste qui a le droit travailler pendant une certaine période d'abord dans le secteur public et ensuite S'il veut dans le secteur privé m médecin légiste travailler dans l'hôpital et n'est pas affilié à la police ou au système judiciaire algérien, mais reste affilié au ministère de la santé et des hôpitaux , sauf dans certains cas où des médecins légistes sont nommés pour travailler dans les laboratoires nationaux et régionaux de la police scientifique - dans et le médecin légiste effectue généralement le travail suivant:

- Examen des blessés dans les attentats Accidents physiques et de la circulation, et délivrance de certificats médicaux qui déterminent le nombre de jours d'invalidité médicale pénale.

- Examen des victimes d'agressions sexuelles et délivrance de certificats.

- Réalisation d'une expertise médicale pour déterminer le pourcentage d'incapacité permanente des personnes blessées dans des agressions et des accidents sur ordre de la justice.

- Examen des personnes arrêtées qui ont droit à une enquête sur ordre de la justice
- Déplacement vers la scène du crime ou les lieux où le corps a été découvert pour participer à donner un avis médical sur les circonstances et les circonstances du décès.

Réalisation d'autopsies médico-légales dans les cas de morts mystérieuses résultant de la violence.

– Et beaucoup d'autres travaux, et donc la médecine légale est une spécialité à part pour nous. Le chirurgien ne peut pas être un médecin légiste ou un médecin orthopédiste médico-légal, comme on le voit dans d'autres pays. Tribunaux dans le domaine de spécialisation, et ils sont appelés experts. Et ce seulement après avoir pratiqué 7 ans dans leur domaine de spécialisation et prêté le serment judiciaire à la magistrature et ne travaille pas sous sa tutelle. (Belhadj et al, 2010, p.41).

7-Missions des médecins légistes

Beaucoup pensent que la valeur de l'expertise médicale est liée uniquement à la compétence scientifique du médecin, mais aussi à ses qualités de fond, et qu'il est du devoir du pouvoir judiciaire d'assurer la justice et de rendre des jugements corrects.

- Elle doit s'appuyer sur des médecins qualifiés qui sont scientifiquement qualifiés pour assumer cette responsabilité Et il y a **quatre qualités** dont ils jouissent :

7.1. Objectivité : Les processus d'expertise médicale donnent des preuves matérielles au premier degré d'importance et les accidents ont leur valeur réelle, et le médecin est strictement engagé à l'examen complet et il n'y a pas d'élément émotionnel dans le travail (volet objectif). (Merah.F, Mostefaoui. A; 2006, pp. 31-34).

7.2. Attention : le médecin légiste doit Respecter la prudence lors de la conduite des examens et des inspections, et faire des efforts suffisants pour éviter de commettre des erreurs, car tout être humain est sujet à l'erreur. (Merah.F, Mostefaoui. A; 2006, pp. 31-34).

7.3. Intégrité : C'est une qualité essentielle pour le médecin légiste. Il doit être véridique et digne de confiance et s'acquitter des tâches qui lui sont confiées en toute sincérité et intégrité. Il doit peser ses jugements avec justesse et rédiger son rapport exempt des caractéristiques qui filtrent en lui la caractéristique de parti pris à l'écart de la corruption et du change, faute de

quoi il tombera sous le coup des peines prévues à l'article 238 du Code pénal. (Merah.F, Mostefaoui. A; 2006, pp. 31-34).

7.4. Engagement au secret professionnel : Le médecin légiste est tenu au secret professionnel, selon le texte de l'article 99 de la loi de déontologie médicale On retrouve également l'article 206 de la loi n° 85-05 relative à la protection de La santé et sa promotion, et à cet égard, l'article 235 de la même loi stipule que les peines prévues à l'article 301 du Code pénal seront appliquées à ceux qui ne respecteront pas l'obligation de secret professionnel prévue aux articles 206 et 226 de la présente loi, puisqu'ils seront punis d'un emprisonnement d'un à six mois et d'une amende de 20 000 à 100 000 DZD. (Merah.F, Mostefaoui. A; 2006, pp. 31-34).

- En **clinique**, les médecins légistes doivent être subjectifs durant les consultations avec leurs patients (en cas de violences, blessures, accident...ETC) en utilisant ces deux concepts :

A-L'Empathie : L'empathie se définit comme la capacité de se mettre à la place d'autrui, en essayant de ressentir, de comprendre ses émotions et ses besoins. Le coach cherchera à comprendre, ressentir l'autre sans jugement, sans penser à la place de celui-ci par une estime positive et en étant en congruence. (C'est-à-dire en étant en alignement avec ce l'on ressent et les actions que nous menons, ou les paroles que nous formulons). « Etre empathique consiste à percevoir avec justesse le cadre de référence de son interlocuteur ainsi que les raisonnements et émotions qui en résultent...C'est-à-dire capter la souffrance ou le plaisir tels qu'ils sont vécus par l'interlocuteur, en percevoir les causes de la même façon que lui ». (Baccino.E, 2014, p. 60)

b- L'Ecoute : Passive, active, flottante, l'écoute est un élément très important dans le processus, afin de comprendre l'expression de l'autre, les émotions avec les mots de l'autre, et la situation telle que vécue par celui-ci sans interprétation. Pour s'assurer que l'information transmise a bien été saisie, la reformulation fait partie de l'écoute (volet subjectif) (Baccino.E, 2014, p. 60)

En **pratiquant l'autopsie**, le médecin légiste a surtout la mission de déterminer :

- **La cause de la mort** : Déterminée par l'autopsie proprement dite et prélèvements toxicologiques et anatomo- pathologiques.

- **La datation de la mort**: lors de la levée du corps et complétée au cours de l'autopsie.
- **Les circonstances de la mort** : il peut s'agir :
 - Une mort naturelle.
 - Une mort non naturelle :
 - Criminelles.
 - Suicidaires.
 - Accidentelles. **(Benkobbi.S, 2020, p.4)**

7- Le code déontologique des légistes en Algérie (l'éthique médicale)

L'activité professionnelle du personnel de la santé est régie par :

Les lois et les différentes dispositions pénales et civiles prévues dans les différents codes, des dispositions déontologiques contenues dans le Code de déontologie médicale et qui correspondent aux règles que doit respecter le praticien au cours de l'exercice de sa profession. Le Code de déontologie médicale a été lui-même promulgué par un texte légal (un décret). L'ensemble des textes et des règles cités régit donc le comportement du médecin. A titre d'exemple, le non-respect de la règle du secret médical conformément à la loi et au Code de Déontologie Médicale constitue une faute professionnelle. **(belhadj. L, 2010, p. 3)**

En plus de ces références d'ordre légal, il y a des règles éthiques relevant de la conscience médicale et qui correspondent aux principes visant le respect des Droits de la personne humaine (Droits de l'Homme) au cours de la pratique médicale quotidienne ou de la recherche dans le domaine de la bio médecine ainsi que la protection du genre humain (Droit Humanitaire) contre toute les formes d'abus. Une récente prise de conscience de ces questions a contribué à introduire leur enseignement dans le cursus de la médecine ; enseignement assuré par les médecins légistes. **(Djama.K, 2013, p. 1)**

- **Synthèse**

Les conditions de travail très difficiles des médecins légistes, la confrontation quotidienne à la violence, les familles éplorées et inquiètes, le travail dans des bureaux exigus, l'indifférence parfois des autres professionnels, la dureté physique et psychologique du travail avec la mort et les morts et le stress de mal faire sont des conditions à l'origine d'une fatigue, d'une perte d'élan voire d'une grande souffrance et ceci nous fait revenir à la phrase célèbre de Freudenberg « l'épuisement professionnel des soignants est une maladie de l'âme en deuil de son idéal »

Articles :

- Briand .J, (1869), manuel complet de médecine légale, Baillière.
- Djama. K, (2013), introduction à la médecine légale.
- Benkobbi. S, (2020/2021), introduction à la médecine légale université farhet Abbas - Sétif-1- faculté de médecine module de médecine légale 6 année.
- Belhadj. L et al, (2010), cours polycopies de médecine légale.
- Merah .F, Mostefaoui.A, (2006), La médecine légale : de la faculté centrale d'Alger au CHU Béni Messous. « Actes de psychiatrie & médecine légale », pp .31-34.
- Ridouh.B, (2006), Le froid de la morgue « Actes de psychiatrie & médecine légale», pp.7-9.

Ouvrage :

- Beauthier. J-P, (2022), Traité de médecine légale et criminalistique, 3e édition, De Boeck supérieur, p.1352.
- Baccino. E, (2014), médecine légale clinique, Médecine de la violence Prise en charge des victimes et agresseurs, éditions Elsevier Masson.

Sites-Internet :

Www. Cite- sciences .Fr(le-médecin-légiste).

COURS POLYCOPIES

DE MÉDECINE LÉGALE

Pr. L.BELHADJ

Et Coll.

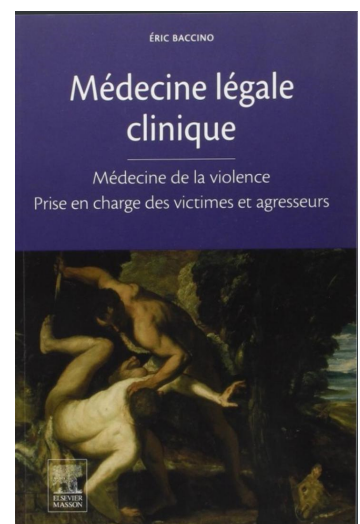
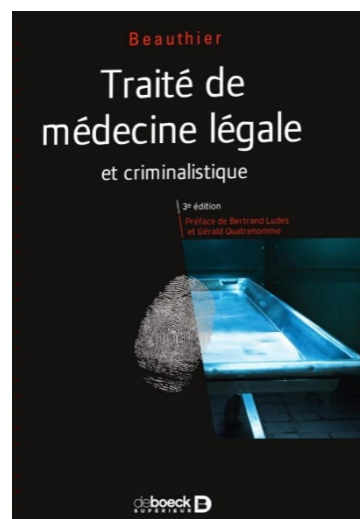
2010

A L'INTENTION DES ÉTUDIANTS INSCRITS

AU MODULE DE GRADUATION

DE

MÉDECINE LÉGALE



A decorative horizontal scroll graphic with a black outline and rounded ends. The scroll is partially unrolled, with the top and bottom edges curving upwards. The text is centered within the scroll.

Chapitre III : épuisement professionnel

Préambule

Les Contraintes du travail contiennent tous les ingrédients qui conduisent à un déclenchement d'épuisement professionnel.

L'épuisement professionnel est donc devenu un véritable problème de santé publique et provoque des conséquences multiples ; ce sont des conséquences sur la motivation, un manque de communication et d'interaction.

Dès lors, les questions suivantes nous viennent à l'esprit : c'est quoi l'épuisement professionnel ? À quel degré les médecins légistes sont-ils épuisés ?

Pour aborder ces questions, nous avons adopté le schéma suivant :

- Aperçu historique d'épuisement professionnel
- Différentes définitions du burn out
- Différentes appellations d'épuisement professionnel
- Dimensions cliniques du burn out
- Symptomatologie
- Etiologie : causes d'épuisement professionnel
- Conséquences d'épuisement professionnel
- Phases épuisement professionnel
- Approches du burn out
- Etapes de l'installation du burn out
- Prévention du burn out
- Prise en charge du burn out

1. Aperçu Historique : naissance et émergence du concept de burn out « Un terme créé par des soignants, pour des soignants ».

L'histoire de la naissance du burn out est brève mais mérite d'être rapportée. Elle permet de comprendre les difficultés d'acceptation du concept par la communauté scientifique. Il serait injuste de se contenter de faire remonter la notion d'épuisement professionnel à la décennie 70 aux États-Unis.

On retrouve, en effet, en France notamment, des précurseurs qui sous des descriptions variées mais assez proches vont envisager la fatigue au travail: surmenage intellectuel

(Desoille et Raynaud). Surmenage des dirigeants (Bize et Goguelin), syndrome subjectif commun de la fatigue nerveuse (Bégoïn), états d'épuisement.

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

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

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

Herbert Freudenberg intervenait en tant que psychiatre et psychanalyste dans une free clinic. Les free clinics étaient des lieux de soins chargés de la prise en charge des toxicomanes. L'ouverture du lieu thérapeutique sur la ville ainsi que des horaires d'accueil différents des autres structures classiques exigeaient une grande disponibilité des soignants. En 1970, Herbert Freudenberg utilisera dans ses écrits le terme de « burn out » pour caractériser l'état mental des jeunes volontaires travaillant auprès de toxicomanes de cette free clinic. Justifiant ce terme métaphorique, il dira plus tard en 1980: «<je me suis rendu compte au cours de mon exercice quotidien que les gens sont parfois victimes d'incendie tout comme les immeubles; sous l'effet de la tension produite par notre monde complexe, leurs ressources internes en viennent à se consumer comme sous l'action des flammes, ne laissant qu'un vide immense à l'intérieur, même si l'enveloppe externe semble plus ou moins intacte ». De nombreux auteurs en Amérique du Nord vont travailler sur le sujet en tentant de clarifier son contenu pour définir clairement le concept. La première grande revue de la littérature parue en 1982 (Perlman et Hartman) ne comptait pas moins de 48 définitions. Vers 1975 à San Francisco, Christina Maslach avait elle aussi rencontré le terme «burn out syndrome» en usage auprès des professionnels du sauvetage et des urgentistes. Devenu familier, on l'appliquait à des collègues ayant développé «une attitude cynique, insensible et négative» vis-

à-vis des personnes qu'ils prenaient en charge. Pour une meilleure définition du terme, C. Maslach et son équipe élaborent un instrument de mesure, le Maslach burn out inventory (MBI, 1981). Présenté en annexe page 223 le MBI évalue des catégories de travailleurs engagés dans des «relations d'aide ». **(Canouï .P & Mauranges .A, 2008, pp. 6-7)**

Pines, Aronson et Kafry (1981) élaborent aussi un instrument de mesure le burn out mesure utilisé par de nombreux auteurs.

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

Entre 1974 et 1989, on compte plus de 2 500 articles parus sur le sujet ; les deux cinquièmes sont consacrés aux professions d'aide et de santé, un peu plus d'un tiers aux professions d'enseignants et d'éducateurs.

Les différentes études utilisent le même instrument de mesure (souvent le MBI). Ceci permet des comparaisons et des échanges entre les différents pays européens et dans le monde. Ce fait est suffisamment rare en sciences humaines pour être remarqué.

L'histoire montre comment le burn out, issu d'observations empiriques, est apparu sous deux aspects complémentaires : «en tant que problème social avec ses conséquences concrètes et en tant que champ d'études scientifiques avec sa portée théorique ». **(Canouï .P & Mauranges .A, 2008, pp. 6-7)**

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

Actuellement on constate le même phénomène en France. Le terme est largement utilisé par les soignants de service à risque émotionnel élevé (cancérologie, immunohématologie, gériatrie, Sida, réanimation, Samu, etc.), mais aussi par les bénévoles qui participent aux actions d'aide et d'accompagnement de sujets séro- positifs et sidéens au sein d'associations.

Sur le plan scientifique, hormis quelques auteurs, les termes « burn out », « syndrome d'épuisement professionnel des soignants » sont encore considérés avec prudence voire méfiance tant dans les milieux psychiatriques qu'en médecine du travail. Une des raisons réside peut-être dans la double origine du concept. Il est d'une part issu de l'analyse de la relation d'aide, des difficultés et des enjeux qui y sont rattachés et d'autre part de l'étude du stress professionnel et de ses effets sur l'individu et l'organisation du travail. **(Canouï .P & Mauranges .A, 2008, pp. 6-7)**

Nous essayerons de voir pourquoi cette notion devenue si populaire en Amérique du Nord, jouissant d'un intérêt croissant en France et dans certains pays européens, objet de tant de travaux de par le monde, suscite tant de controverses et quelle peut être sa spécificité. **(Canouï .P & Mauranges .A, 2008, pp. 6-7)**

Tableau N°01 : Évolution historique du burn-out

Dates	Événements historiques liés au concept
1969	Première mention du burn out apparue dans l'article de H.B. Bradley intitulé: Community-based treatment for young adult offenders, publié dans Crime and Delinquency. L'auteur définit le burn out comme un stress particulier lié au travail.
1974	Freudenberger décrit le syndrome comme une perte d'enthousiasme accompagnée de divers symptômes tels que fatigue, insomnie, maux de tête, troubles gastro-intestinaux. Il définit le burn out comme un état de fatigue chronique, de dépression et de frustration apporté par la dévotion à une cause, un mode de vie ou une relation qui échoue à produire les récompenses attendues et conduit en fin de compte à diminuer l'implication et l'accompagnement au travail. Pour Freudenberger, le burn out est la maladie des < battants >
1976	Christina Maslach constate que le phénomène du burn out se produit aussi dans des professions autres que celle des soignants. C'est le cas par exemple des avocats exerçant auprès des personnes en difficultés sociales. L'hypothèse émise est celle qui affirme que le cœur du phénomène du burn out est le travail avec une relation d'aide par rapport aux autres. Contrairement à Freudenberger qui insiste sur les facteurs personnels du burn out, Maslach situe davantage les causes du burn out dans

	l'environnement du travail.
1974-1980	Cherniss propose une vision transactionnelle du burn out, où l'individu et l'environnement ne sont pas des entités séparées mais les composantes d'un processus qui s'influencent mutuellement et continuellement. Ayala Pines propose que le burn out s'installe chez les individus pour qui le travail est une quête existentielle. Lorsque cette quête échoue ou quand l'individu perçoit que malgré ses efforts, il ne peut avoir un impact significatif sur son environnement alors celui-ci tombe dans le burn out.
1981	Maslach et Jackson décrivent le burn out à partir des trois dimensions: épuisement émotionnel, dépersonnalisation et réduction de l'accomplissement personnel. A partir de ces trois dimensions, Maslach élabore un instrument de mesure du burn out: le Maslach Burn-out Inventory (MBI).
1996	Extension de la reconnaissance du syndrome de burn out à l'ensemble des individus au travail. Quel que soit le champ professionnel étudié, les facteurs de l'organisation pèsent sur les dimensions du burn out. Leitner et Schaufeli affirment alors que «le burn out est présent dans toute occupation dans laquelle les individus sont psychologiquement engagés dans leur travail. On passe du MBI initialement employé chez les professionnels de la relation vers un MBI General Survey qui s'adresse à tout individu au travail
A nos jours	Les recherches sur le burn out continuent mais le concept est tributaire de l'environnement contemporain et des conditions de travail qui changent. Les recherches ont tendance à se limiter au niveau micro-organisationnel ou micro-social au détriment du niveau macro. L'intérêt des recherches futures doit être d'orienter les réflexions sur une approche plus globale ou des méta-analyses.

(Hoffman, 2005, pp. 37-38)

2. Définitions d'épuisement professionnel :

Le terme « Burnout » est repris par un nombre important de personnes, médias... qui en font leur propre communication.

Quelles définitions ?

L'Épuisement Professionnel n'est pas un problème qui se déclenche d'un jour à l'autre. En général, il s'agit d'un processus dynamique cumulatif, qui s'aggrave dans le temps quand l'individu ne trouve pas un équilibre avec sa vie professionnelle. C'est donc l'aboutissement cumulatif de stress professionnels devenus chroniques.

Même si comme dit précédemment, il y a un grand nombre de définitions autour du syndrome de burnout, un certain nombre d'auteurs ont remarqué des caractéristiques et symptômes similaires chez les sujets.

Certaines restreignent le burnout aux professions aidantes. Ainsi pour Robert Kahn (1978) : « syndrome d'attitudes inadéquates à l'égard des clients et de soi-même, souvent lié à des symptômes physiques et émotionnels désagréables ». **(Birrien, N, 2015, p. 3)**

Michael Lauderdale établira trois stades du burnout : la confusion (accompagné d'un sentiment que quelque chose ne va pas), la frustration (insatisfaction, colère, changement de travail, maux de tête...), et le désespoir (sentiment d'insuffisance et d'absurdité, cynisme...). Il définit le burnout comme la résultante d'une déception quand la réalité ne répond pas ou plus aux attentes et représentations que le sujet avait placé dans son travail, sa carrière, etc.

D'autres auteurs se sont appliqués à pousser la définition du concept, c'est le cas de Christina Maslach, auteur important dans la recherche sur le Burnout. Elle s'associera avec Leiter. En 1982, celle-ci définira trois symptômes significatifs : **l'épuisement émotionnel** (la personne ne pourra plus donner d'elle-même, apparaîtront stress, anxiété, fatigue, irritabilité...) qui pourra avoir des répercussions somatiques que l'individu va tenter d'éviter par l'élaboration de diverses manœuvres d'évitement (désintérêt, désinvestissement, regain d'activité...), **la dépersonnalisation ou déshumanisation** « brouillage de la relation à l'autre » et enfin **l'insatisfaction dans l'épanouissement personnel au travail** (sentiment d'incompétence,...) allant jusqu'à la perte de sens dans la relation et le rôle au travail. **(Birrien .N, 2015, p. 7)**

Pour Robert Kahn, « le burn out est un syndrome d'attitudes inadéquates l'égard des clients et de soi-même, souvent lié à des symptômes physiques et émotionnels désagréables» (Kahn, 1978). **Pour Maslach**, c'est un syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de perte du sentiment d'efficacité personnelle, susceptible de survenir

chez des sujets travaillant, de quelque façon que ce soit, avec d'autres êtres humains. Il s'agit d'une réaction à la charge émotionnelle chronique naissant lorsque l'on s'occupe durablement d'autres personnes, en particulier lorsqu'elles sont dans le besoin ou ont des problèmes (Maslach, 1982).

Pour l'OMS, il existe trois facteurs principaux signe d'un burn-out : un manque d'énergie, un détachement et/ou des énergies négatives qui surgissent lors du travail et enfin, une diminution de l'efficacité au quotidien.

3. Différentes appellations d'épuisement professionnel :

L'un des obstacles majeur dans les recherches sur le Burnout, est l'absence d'une définition opérante, convaincante et consensuelle. Le Burnout comporte pas moins de cinquante définitions.

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

3.1. Burn out syndrome

Appellation la plus utilisée, aussi bien par les professionnels, les soignants, que la population générale. La problématique étant de ne pas tout englober sous ce terme générique. (Burn-Brûler, Out-complètement), le verbe to burn out peut signifier : échouer, s'user, devenir épuisé devant une demande trop importante d'énergie, de force, de ressources. **(Canouï & Mauranges, 2008, p. 9)**

3.2. Karoshi

Le Japon a une terminologie pour définir cet épuisement, « **Karoshi** », (Karo-Mort; Shi-fatigue au travail) qui désigne la mort par surmenage professionnel : c'est une forme d'épuisement ultime qui conduit à la mort (par défaillance cardiaque). **(Birrien .N, 2015, p 3)**

Avec le terme de karoshi, nous quittons la relation d'aide dans ce qu'elle présente d'usure mentale et physique pour d'avantage prendre en compte les conséquences parfois mortelles des conditions de travail lorsque celles-ci sont mues essentiellement par le profit et la rentabilité. **(Canouï .P, Mauranges .A, 2008, p. 9)**

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. (Canouï .P, Mauranges .A, 2008, p 10)

4. Dimensions cliniques du Burnout : le trépied d'épuisement professionnel

4.1. Épuisement émotionnel

Ce premier volet du trépied du syndrome d'épuisement professionnel se caractérise par diverses manifestations. Le soignant présente des crises d'énervement et de colère et certaines difficultés d'ordre cognitif comme de la distraction et des difficultés à se concentrer. Il oublie de répondre aux demandes même anodines de ses clients et se retrouve dans l'incapacité à vivre tout sentiment. Incapable d'exprimer la moindre faiblesse, ni même une émotion, des comportements de contrôle amènent froideur et distance avec le patient.

4.2. Déshumanisation de la relation à l'autre

Cette déshumanisation de la relation médicale représente le noyau dur du syndrome. Le médecin se détache de son patient. Une sécheresse relationnelle et un cynisme lui font peu à peu considérer son malade comme un objet, un cas, un dossier. Un humour grinçant et noir apparaît au sein de la consultation. Le médecin décrit de manière scientifique le corps de la personne qu'il a en traitement et ne voit plus l'humain souffrant qu'il a en face de lui. Le plaisir de la rencontre, l'altruisme, si cher à son cœur au début de sa pratique, se mue de façon progressive en frustration et désincarnation de la relation. (Delbrouck .M, 2007, p .125)

4.3. Diminution de l'accomplissement personnel au travail

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 d'ailleurs plus typiquement celui des cadres et des médecins seniors (Canouï & Mauranges, 2008, p. 16).

1. Symptômes constitutifs du syndrome d'épuisement professionnel

Le burnout peut se traduire cumulativement de cinq manières sur l'individu, par :

Des manifestations émotionnelles

L'épuisement ressenti par l'individu, entraînant un sentiment de perte de contrôle, peut se manifester émotionnellement par des peurs mal définies et des tensions nerveuses. Il se caractérise également par une humeur triste ou un manque d'entrain. L'individu peut être imitable, tendu, hypersensible, ou bien ne manifester aucune émotion (Soula.M, collange, J, 2015, p. 9).

Manifestations physiques

Les manifestations physiques sont les plus fréquentes. On note davantage de troubles du sommeil, une fatigue chronique due à un sommeil qui n'est plus réparateur et des tensions musculaires avec des douleurs rachidiennes (dos, nuque). Il y a parfois une prise ou une perte soudaine de poids. Maux de tête, nausées, vertiges sont également observés (Soula.M, collange, J, 2015, p. 9).

Manifestations cognitives

En termes cognitifs, le burnout a un retentissement sur les capacités de traitement de l'information dont dispose l'individu : diminution de la concentration, difficultés à réaliser plusieurs tâches à la fois. A nuancer, à prendre des décisions. Erreurs mineures, fautes, oublis sont également constatés (Soula.M, collange, J, 2015, p. 9).

Manifestations comportementales ou interpersonnelles ; Sur le plan interpersonnel, l'individu peut se replier sur soi, s'isoler socialement, ou avoir un comportement agressif,

parfois violent, traduisant une diminution de sa tolérance à la frustration qu'il ressent professionnellement. Moins enclin à l'empathie, l'individu est moins touché par les problèmes des autres et peut aller jusqu'à traiter ces derniers comme des objets. Se sentant dans une situation inextricable, il peut éprouver du ressentiment et de l'hostilité à l'égard des personnes qu'il côtoie dans son travail. Des comportements addictifs peuvent apparaître face à la tension ressentie : tabac, alcool. Tranquillisants, drogues, etc. (Soula.M, collange, J, 2015, p. 9)

5.5. Manifestations motivationnelles ou liées à l'attitude ; Se sentant déprécié dans son travail, l'individu peut se désengager progressivement. Baisse de motivation et moral en berne s'accompagnent d'un effritement des valeurs associées au travail. Ne pouvant changer la situation dans laquelle il se trouve, il peut avoir le sentiment d'être pris au piège et douter de ses propres compétences. L'individu peut alors se remettre en cause professionnellement et penser qu'il n'est plus capable de faire son travail comme avant: il se dévalorise. (Soula.M & collange, J, 2015, p. 9)

Il est à noter que ces manifestations ne sont pas propres au burnout. Elles peuvent aussi caractériser une exposition prolongée a plusieurs facteurs de risques psychosociaux (RPS) et s'apparentent pour certaines d'entre elles aux symptômes de stress chronique.

6. Etiologie ; les causes d'épuisement professionnel :

Trois facteurs interviennent dans l'épuisement professionnel : l'organisation, l'individu et les relations.

6.1. Facteurs 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.

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 . **(Grebott. É, 2008, pp.122-126)**

6.2. Facteurs individuels :

Certains traits de personnalité sont plus ou moins propices au burnout. Certaines personnes sont plus à risque que d'autres. Il en est ainsi des personnalités ayant des idéaux de performance et de réussite élevés, des individus liant l'estime de soi à leurs performances professionnelles, de ceux qui n'ont pas d'autre centre d'intérêt que leur travail et qui s'y réfugient en fuyant les autres domaines d'épanouissement.

Une tâche supplémentaire à réaliser sera évaluée par un salarié comme un défi à relever et par son collègue comme un piège tendu par son responsable. L'évaluation de l'enjeu varie d'un individu à un autre : quand l'un estime un enjeu positif, l'autre évalue un enjeu négatif. Cette même tâche engendrera une réaction d'enthousiasme chez l'un persuadé d'être capable de relever le défi quand l'autre pensera ne pas avoir les compétences pour faire face à la situation.

Les caractéristiques individuelles agissent sur les capacités de faire face à des exigences professionnelles en termes de ressources que l'individu tente de mobiliser. Certains individus se sentent aptes à contrôler la situation, à chercher de l'aide auprès de collègues tandis que d'autres sont débordés, désespérés

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 stresseurs professionnels augmentent mais indépendamment du niveau des stresseurs familiaux. (Grebot. É, 2008, pp.122-126)

6.3. 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. É, 2008, pp.122-126)

7. Conséquences d'épuisement professionnel :

L'épuisement professionnel engendre des conséquences dommageables pour le groupe. L'organisation et la société sans parler des conséquences familiales.

- **Au niveau du groupe :**

Les dommages consistent en une diminution de la productivité du groupe et de la qualité du travail, ainsi qu'une augmentation des problèmes relationnels au sein des équipes.

- **Au niveau organisationnel :**

L'épuisement professionnel engendre des conséquences dommageables également pour l'entreprise avec un phénomène de cercle vicieux :

-Augmentation de l'absentéisme et implication moindre du personnel. -Rotation du personnel (pouvant conduire à des effectifs insuffisants, une perte de collaborateurs compétents, etc.).

-Augmentation de la charge de travail, stress supplémentaire, etc. le burn out représente, donne un coût important pour l'employeur, par exemple en termes de productivité et d'insatisfaction du client.

- **Au niveau sociétal :**

Dépenses de santé, indemnités de chômage

- **Au niveau familial :**

Lorsque les effets du burn out débordent sur la vie privée, les relations familiales peuvent être très affectées avec notamment :

-Incompréhension et impuissance de l'entourage.

-Tensions familiales accrues.

-Processus de contagion, l'épuisement atteint le conjoint qui s'épuise à son tour. **(Coppe D. et Carton. C, 2013. P.13)**

8. Phases de développement du burnout

On décrit généralement 4 phases dans le processus du développement du burn-out :

8.1. Phase d'alarme :

Des tensions apparaissent telles que des troubles digestifs, des troubles du sommeil et notamment un stress progressif qui peut devenir chronique. Il faut se méfier de ces premiers signes et consulter au plus vite un spécialiste pour tenter d'inverser cette phase avant que ces symptômes se développent et s'aggravent.

8.2. Phase de résistance :

Face à ces tensions qui perdurent dans le temps, la personne atteinte peut rentrer dans une situation où elle n'aura plus conscience de son état. Le corps s'habitue, mais rien ne disparaît. Au contraire, tout s'aggrave petit à petit.

8.3. Phase de rupture :

Le corps atteint ses limites et toutes les tensions réapparaissent subitement additionnées de nouveaux facteurs tels que la dépersonnalisation, la perte de lien social, une modification du comportement, une perte d'envie etc. Dans cette phase, on reprend enfin conscience de tous les problèmes qui surviennent.

8.4. Phase du burn out :

Le corps a envoyé des signes mais ils n'ont pas été assez écoutés. Résultat, tout s'effondre autant physiquement que moralement. La dépression arrive et il devient trop tard pour réagir. Il sera obligatoire une fois ce stade atteint de se faire aider, via un arrêt maladie qui peut durer dans le temps et pour certains, une aide psychologique sera nécessaire. (Grebott. É, 2008, pp.127-128)

9. Approches d'épuisement professionnel :

9.1. Approche sociologique :

L'approche sociologique est essentiellement une lecture de la maladie en tant qu'expression individuelle des conflits sociaux. Elle aboutit en fait à une négation de la psychopathologie du travail. Dans cette approche, ce sont les conflits sociaux, qui avec le cortège de la problématique de lutte des classes, des rapports de pouvoir dans l'entreprise et au sein du corps social, seraient à l'origine de la pathologie psychiatrique de la personne. On retrouve là des fondements du courant antipsychiatrique. Les conditions de travail et son organisation sont les témoins d'une pathologie sociale. C'est là qu'il faut y trouver la cause. C'est là qu'il faut apporter le remède. Comme l'écrit C. Dejours « cette position théorique va généralement de pair avec l'affirmation d'un lien de causalité qui va du social et du politique au pathologique ». (Canouï & Mauranges, 2008, pp 20-22)

9.2. Approche psychiatrique :

L'approche psychiatrique va privilégier les déterminations personnelles, biologiques, psychogénétiques, ontogénétiques des maladies mentales. Le travail est envisagé comme un révélateur de la pathologie de la personne. Cependant, si dans cette approche, le travail peut être source de troubles d'adaptation, il peut devenir aussi un moyen thérapeutique permettant la réadaptation de l'homme malade par le biais de la revalorisation et la récupération de l'estime de soi. L'aspect valorisant du travail dans le cadre de l'adaptation sociale est un aspect important dans le traitement des troubles mentaux. Au sein des institutions psychiatriques, l'ergothérapie a une place importante dans de nombreuses pathologies mentales. Le travail peut avoir un double impact. S'il peut être source de souffrance, il peut aussi être source d'équilibre. (Canouï & Mauranges, 2008, pp 20-22)

9.3. Approche psychanalytique :

Dans cette approche, même si le travail semble avoir été le déclencheur d'une souffrance psychique, il n'est là encore qu'un révélateur de faille sous-jacente préexistante que l'on retrouvera dans les premières années de vie, la névrose infantile demeurant la cause fondamentale. Même trop brièvement exposée ici, on comprend comment C. Dejours peut écrire à propos de cette approche que le radicalisme psychanalytique disqualifie la psychopathologie du travail ». L'hypothèse du burn out ne va pas complètement à l'encontre de la position psychanalytique. Cette dernière est une interprétation toujours possible pour l'individu. Mais il est une autre hypothèse qu'introduit l'étude du burn out : un syndrome d'épuisement professionnel peut se développer chez un individu normal. C'est dans la relative capacité de l'individu à faire face et dans la «< normalité de l'être>» que va se discuter la psychopathologie de l'apparition de la désadaptation de la personne. **(Canouï & Mauranges, 2008, pp 20-22)**

9.4. Approche pavlovienne :

L'approche pavlovienne semblait très féconde, mais elle n'a pas tenu ses promesses en matière de psychopathologie du travail. Ainsi, dans les années cinquante, furent décrites les névroses des téléphonistes et des mécanographes. Les traits les plus marquants en étaient l'apparition chez les standardistes de lapsus ou actes manqués comme le «allô, j'écoute » déclenché par le déclic sonore des portillons automatiques du métropolitain.

On se souvient de Charlie Chaplin dans le film «Les Temps Modernes » tentant de dévisser deux énormes boutons noirs du tailleur d'une dame forte, poursuivant les gestes stéréotypés qu'il faisait sur la chaîne de montage de boulons sur laquelle il travaillait quelques minutes auparavant.

L'approche pavlovienne : envisageait l'étude de stéréotypes comportementaux de contamination de la vie hors du travail par des automatismes du travail. Malgré tout l'intérêt de cette approche, il est clair que la répétition de tâches peu qualifiées ne permet pas une approche psychopathologique du travail suffisamment diversifié pour expliquer les troubles observés. **(Canouï & Mauranges, 2008, pp 20-22)**

9.5. Approche par la théorie du stress :

En recourant à la notion de stress, il est possible de «rattraper » le travail dans une psychopathologie du travail. C'est pourquoi le stress a actuellement une place si grande dans

le cadre de la «fatigue au travail». Nous y consacrons plus loin une étude détaillée afin de positionner le syndrome d'épuisement professionnel dans la théorie générale du stress. Ainsi ces différentes approches apportent chacune des éléments à la compréhension de la psychopathologie du travail. C'est à C. Dejours que revient le mérite d'avoir proposé une synthèse permettant une approche du retentissement du travail sur l'homme. Depuis la prise en compte de la fatigue au travail, l'étude des interactions entre l'homme et son travail a justifié l'élaboration d'un certain nombre d'outils d'analyse et de compréhension qui compose la psychopathologie du travail. Le burn out, en apportant une dimension particulière au retentissement du travail sur l'homme, sert la psychopathologie. Inversement les concepts de la psychopathologie du travail vont nous servir à analyser les facteurs intervenant dans le burn out. (Canouï & Mauranges, 2008, pp 20-22)

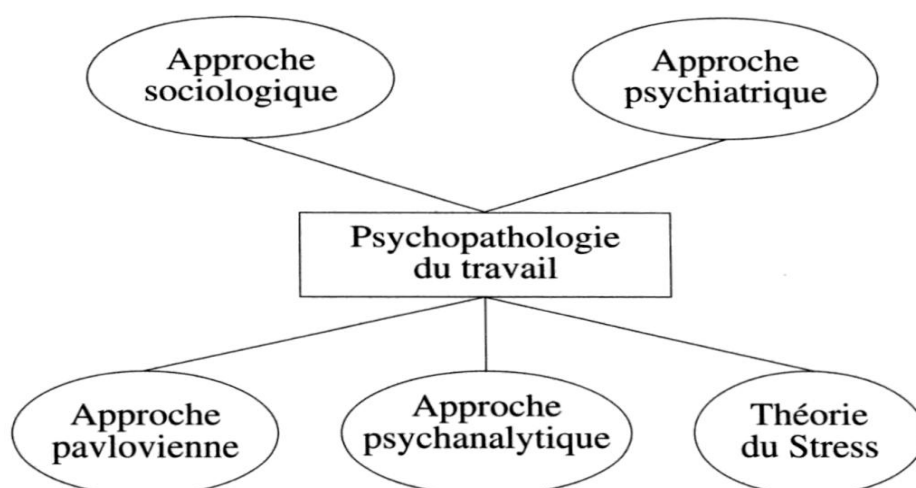


Figure n°06 : Les approches d'épuisement professionnel

(Canoui. P, Mauranges. A, 2008, P. 20)

10. Étapes de l'installation du burnout

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

10.1. Enthousiasme

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

10.2. Stagnation

L'activité idéalisée perd de sa valeur et des sentiments négatifs tendent à émerger au niveau émotionnel. La personne commence à réaliser que son investissement professionnel exclusif n'est pas totalement gratifiant et elle ressent un certain mécontentement. Elle découvre que le travail n'est pas tout dans la vie et se rend compte que d'autres secteurs de sa vie « sentimentale, relationnelle, loisir » sont délaissés. Un désinvestissement des valeurs de départ s'amorce. La dimension stimulante et mobilisatrice s'estompe peu à peu. Ce stade est douloureux, car l'illusion du métier idéal ou salvateur s'effrite. La déception est grande, la rancœur amère, le sentiment d'injustice grandissant, l'attente déçue et le sujet est désabusé. Cette phase a un rôle très important, car elle ouvre la voie à un changement possible, en interrompant l'escalade vers les autres étapes du burnout. **(Edelwich & Brodsky, 2004, p.120)**

10.3. Frustration

Ce sentiment se caractérise par un retrait de plus en plus marqué devant les situations problématiques qui prennent une importance accrue. C'est typiquement le stade du débordement, où se manifestent une profonde remise en cause des compétences, une irritabilité marquée, entraînant de l'intolérance vis-à-vis des collègues ou des relations professionnelles. À ce stade, la personne supporte de moins en moins les sollicitations auxquelles elle doit répondre, elle est de plus en plus irritée par les exigences de son rôle professionnel, qu'il s'agisse d'écouter autrui, de lui accorder du temps, etc. Le sentiment de

frustration est souvent porteur des premiers troubles physiques, somatiques, émotionnels ou comportementaux. La personne s'interroge sur ses choix, le sens et la valeur qu'elle doit attribuer au travail, qui, par ailleurs procure si peu de reconnaissance, de gratitude. Quand le travail est source de déception et de frustration, émerge le cynisme destructeur. La personne n'a plus envie de travailler. L'image dévalorisée d'elle-même la pousse à l'immobilité, à l'apathie. (Edelwich & Brodsky, 2004, p.120)

Apathie

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

2. prévention du burnout

On souhaite tout d'abord définir ce qu'est la prévention. Selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé): La prévention est l'ensemble des actions qui tendent à promouvoir la santé individuelle et collective.

La prévention se découpe en trois parties: la prévention primaire, secondaire et tertiaire. Ces trois préventions ont chacune des objectifs différents.

11.1. La prévention primaire

visée à anticiper les événements, donc à les retarder ou à les empêcher Exemple: les campagnes de prévention routière télévisuelles: La prévention secondaire vise le dépistage précoce et son objectif est d'améliorer ou de prolonger certains actes, comportements, (...) Exemple: le dépistage du cancer des seins chez les femmes à partir de 50 ans. (Glauser.M, 2010, p.34)

La prévention tertiaire

visé à la réhabilitation et à améliorer l'autonomie de chacun, afin d'éviter les rechutes ou les complications

Exemple: adaptation d'un rythme de vie plus calme, ainsi que des comportements sociaux, alimentaires, médicamenteux et/ou médicaux pour les personnes qui ont subi des infarctus. (Glauser.M, 2010, p.34)

A noter : Les trois niveaux de prévention ne concernent pas les mêmes groupes-cibles. La prévention primaire concerne toute la population, la prévention secondaire concerne les groupes à risque et en ce qui concerne les personnes à risque, ceci est de la prévention tertiaire. Actuellement l'épuisement professionnel ou le burn out sont quasiment connus de tout un chacun et rare sont ceux qui n'ont jamais entendu ces termes. Malgré le fait que ces termes soient connus, leur signification n'est pas pour autant intégrée et comprise. Et pourtant, l'un des meilleurs moyens qu'il existe pour diffuser leur explication est la prévention primaire. Réaliser des campagnes de communication, tout comme celle réalisée pour les accidents de la circulation ou le cancer, serait l'un des meilleurs outils pour que les populations soient informées de ce mal et pour qu'il ne soit plus confondu avec la dépression ou autre mal de notre ère. La prévention peut tout aussi bien venir de l'individu que de son employeur et peut servir et être bénéfique à tous les deux. Ce mal-être est la conjoncture entre deux mondes, celui de l'individu et celui des exigences de l'institution. (Glauser.M, 2010, p.34)

3. La prise en charge du burn out :

Quand le burn out est déclaré. Lorsque des suspicions de burn out surviennent, il est préférable, en premier lieu, de consulter un médecin ou un expert de la branche, afin qu'il puisse prescrire des conseils professionnels, un traitement adapté ou aiguiller sur une thérapie, si cela s'avère nécessaire.

- **Traitements médicamenteux**

Les traitements médicamenteux peuvent être associés à l'un des traitements susmentionnés. Néanmoins, ils doivent être donnés par le médecin psychiatre dans un cadre précis et sécurisé. Divers médicaments peuvent être prescrits dans le cas de burn out, comme des antidépresseurs, des tranquillisants, des hypnotiques ou autres. Tous ces médicaments ne font pas partie de la vie

de la personne que le laps de temps nécessaire, afin de l'aider à retrouver la voie du bien-être. **(Glauser.M, 2010, p.46)**

- **Les thérapies :**

Il n'existe pas une thérapie qui convienne à tout le monde. par le simple fait que nous sommes tous différents C'est en général une thérapie cognitivo-comportementale qui est suivie dans la crise du burn out, mais les thérapies plus traditionnelles comme la psychanalyse ou la psychothérapie analytique sont également proposées par les spécialistes. En ce qui concerne les traitements médicamenteux, cela en revient à la responsabilité et à la pratique du psychiatre qui suit le patient (un psychologue ne peut prescrire des médicaments à un patient, puisqu'il n'est pas médecin). Toutes les thérapies peuvent être envisagées pour une guérison d'un burn out, mais les éléments les plus importants sont les trois points qui suivent et ceci pour toutes thérapies proposées: Les patients doivent être motivés: La qualité de l'intervenant doit être bonne Les techniques et méthodes utilisées doivent être adéquates Développement de quelques thérapies: Thérapie cognitivo-comportementale ou TCC La TCC a pour but d'apprendre au patient à observer par quelles croyances, pensées, faits (cognitifs), il entretient dans les moments présents un état de crise, de peur, d'anxiété (sou- vent infondée, erronée) vis-à-vis d'une situation, d'un stimulus (par exemple dans le cadre d'une phobie). La thérapie va lui donner des outils afin de mieux gérer ses émotions par des exercices de détente, des confrontations imaginaires ou réelles de la situation problématique. Elle permet aux gens de surmonter leurs problèmes personnels, émotionnels et pathologiques. **(Glauser.M, 2010, p.44)**

- **Techniques de relaxation:**

La relaxation a pour but la restructuration de l'individu grâce à des exercices de pensées qui permettent de prendre conscience de son corps et de son esprit et paradoxalement en s'abandonnant à sa croyance de la méthode ainsi qu'en son propre pouvoir. Ceci doit permettre à la personne de trouver par elle-même ses propres outils pour faire face au monde extérieur.

Pour un confort et un travail de relaxation optimum, c'est conseillé de s'isoler dans une pièce calme, tant au niveau des couleurs que de la luminosité, de porter des vêtements où l'on se sent à l'aise en ayant ni trop chaud ni trop froid. La position que l'on adopte généralement pour ce type d'exercice est la position assise, mais la relaxation peut également se pratiquer

couché avec la tête légèrement surélevée, attention toutefois à ne pas succomber au sommeil, dans cette position, par le relâchement musculaire, émotionnel et intellectuel. Les yeux sont clos. La personne se concentre sur sa respiration en inspirant et expirant profondément et lentement, afin de calmer son corps et de le préparer au relâchement mental et physique, pour le conduire vers le vide intérieur bienfaisant. Il faut libérer son esprit et son corps, la respiration est le premier outil utilisé pour atteindre la relaxation, ensuite il y a la pensée. Pour s'aider à se relâcher, il faut ressentir son corps et imaginer s'enfonçant dans le sol. Cet exercice, permet de décontracter les membres, de diminuer (voir même faire disparaître) les tensions musculaires, ce qui procure un effet de réchauffement intérieur et quelque peu euphorique parfois. En ne ressentant plus les tensions, notre esprit peut alors visualiser plus aisément des pensées positives. **(Glauser.M, 2010, p.46)**

- **Hypnose**

L'hypnose est, avant tout chose, de la suggestion, prononcée et utilisée par un professionnel, afin de nous permettre de réaliser des changements et de vivre dans un mieux-être. Cet outil plonge les personnes dans un état de somnolence, son corps se relâche, ses muscles se détendent. Sous l'effet d'hypnose, il est faux de croire que nous ne sommes plus dans nos pleins moyens, certes notre conscient est au repos mais notre inconscient est toujours présent. Lorsque nous réalisons des activités sous hypnose, c'est parce que nous souhaitons le réaliser, que ce soit consciemment ou pas, mais cette idée vient de nous et ne nous a pas été suggérée par un tiers.

L'hypnose est un état de conscience altéré, qui possède une ou plusieurs des caractéristiques suivantes:

- Augmentation de la suggestibilité
- Fixation de l'attention;
- Libre cours laissé à imagination et aux hallucinations:
- Attitude passive et réceptive;
- Diminution de la sensibilité à la douleur. **(Glauser.M, 2010, pp.46-47)**

- **La méditation**

Avant tout, il faut savoir qu'il y a autant de méthodes de méditation que de personne qui pratique cette technique de relaxation. La méditation permet de fixer son attention et augmenter sa lucidité en évitant à son esprit de se perdre et de se faire distraire par des

pensées envahissantes. Elle permet également de développer son intelligence créatrice, sa conscience, sa concentration, sa mémoire et sa vivacité, mais également de vider son esprit, de se calmer, se sentir rassuré et en sécurité, de diminuer la tension, de rapprocher les liens entre notre corps et notre esprit, de rééquilibrer les hémisphères de notre cerveau. Notre esprit se focalisant sur un élément précis, ceci nous permet de nous libérer. C'est pour cette raison qu'il n'est pas conseillé de méditer couché, puisque étant dans un état tout proche du somme nous risquerions de nous endormir plutôt que de méditer, ce qui n'a pas les mêmes conséquences sur le corps et l'esprit.

Certaines méthodes de méditation peuvent être une succession de mouvements lents et suivis, comme le yoga, d'autres peuvent être statiques comme la visualisation, la méditation transcendante...etc, peut être réalisée seul, avec un guide ou en groupe, avec une musique de fond, dans le silence ou en chantant, en dansant, en réalisant une activité telle que la marche, la cuisine ou le jardinage. Les points communs de toute méditation sont de se recentrer (cela signifie canaliser son énergie sur une ligne traversant son corps), se détendre, se concentrer sur le moment présent, prendre conscience de sa respiration, de son corps, de sa position.

(Glauser.M, 2010, p.47)

- **Sophrologie**

La sophrologie est une méthode de relaxation qui se pratique avec des suggestions émanant d'un sophrologue. Ce dernier opte pour un ton de voix calme, sans intonation, le plus neutre possible. Il guide son patient vers une détente corporelle et mentale, lui suggère des sensations, des bruits, des odeurs, des lieux, des paysages, des personnes... Le patient visualise les suggestions de son guide, ce qui lui permet de se focaliser sur ces éléments et faire abstraction du monde réel. Généralement le sophrologue, débute par la détente du bas du corps, les pieds, puis remonte jusqu'au sommet du crâne. Le patient met alors tous ces sens en éveil de relâchement, il visualise les paroles de son guide, ressent chaque membre, muscle, articulation de son corps, afin de se laisser guider et de se détendre entièrement. Une méthode qui est souvent utilisée par les sophrologues est le fait de demander à son patient de se sentir couler sur la terre, le sable, dans un pré... et que ce dernier ressente son corps s'enfoncer dans la matière, sans que cette dernière ne engloutisse pas, mais l'enveloppe de son amour, de son énergie, de sa force. Le patient relâche tous ses membres et s'abandonne à son environnement sécurisé et sécurisant. **(Glauser.M, 2010, p.47)**

- **La pleine conscience ou Mindfulness :**

Cet outil est utile afin de revenir dans le ici et maintenant. Le but étant de prendre véritablement conscience du moment présent, ressentir entièrement son corps, chaque sensation, ne pas juger, mais simplement accepter les choses comme elles sont. La pleine conscience permet de libérer son mental et d'être simplement au moment présent, sans se laisser distraire par les pensées, jugements, commentaires (...) qui sont continuellement en réflexion dans notre esprit, notre mental. Cet outil doit être exercé avant que l'on puisse l'utiliser aisément à chaque instant. Il faut simplement commencer par de petits exercices de quelques minutes, en se permettant de prendre du temps simplement pour soi. . **(Glaser.M, 2010, p.41)**

Exercice: S'asseoir confortablement sur une chaise, un coussin, par terre, ou tout autre endroit confortable. Il faut tenir son dos bien droit avec la tête dans le prolongement de ce dernier, dans un lieu calme. Porter son attention sur sa respiration, prendre conscience des mouvements de son ventre lors que l'on inspire et expire, mais également de toutes les autres sensations que l'on peut ressentir. Il faut suivre sa respiration, ne pas l'influencer. Après un moment, respiration devrait s'approfondir. Ce changement de rythme est normal, car notre corps est en train de se détendre. Ce moment peut être considéré comme un moment de méditation, mais la pleine conscience ne se limite pas simplement au fait de suivre sa respiration. La pleine conscience peut être déplacée à chaque moment et lors de chaque activité réalisée durant la journée, la pleine conscience est simplement le fait de prendre conscience de ce que l'on est en train de produire sur le moment présent, sans se laisser envahir par des pensées divergentes, c'est également le fait de ressentir son corps dans son entier. . **(Glaser.M, 2010, p.41-42)**

Synthèse :

L'épuisement professionnel, en tant que syndrome lié au contexte professionnel, vient obscurcir le tableau des principaux problèmes de santé au travail. Les facteurs conduisant à l'apparition de ce syndrome sont pléthoriques. Une fois installé, l'épuisement professionnel détériore la santé générale de l'individu, il agit aussi sur la société dans son ensemble par le biais du surcroît de dépenses de santé qu'il occasionne. La plupart des spécialistes de la question préconisent d'attaquer le mal à la racine, par la prévention. La politique préventive exige, une anticipation et une régulation manifestes.

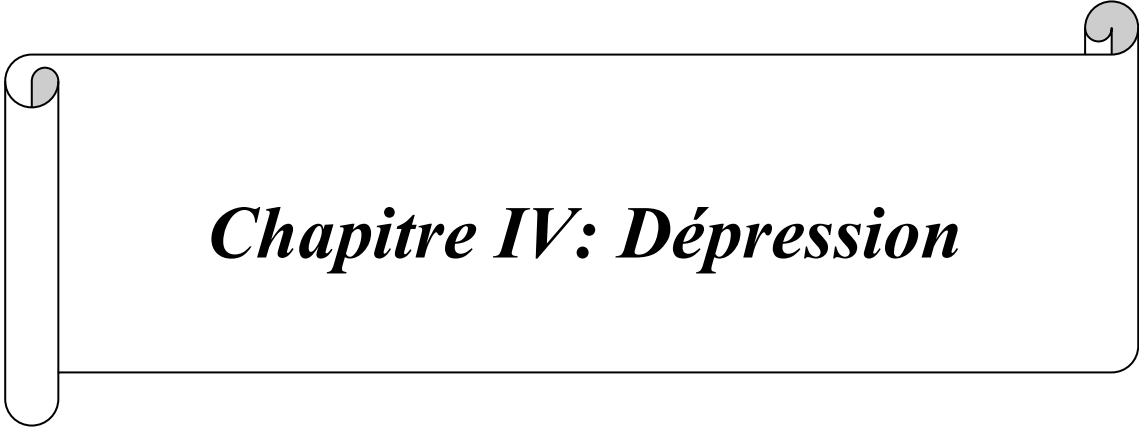
Liste des références :

- Grebot. E, (2011), « stress et burn out au travail ; identifier, prévenir, guérir », éditions Eyrolles.
- Canaoui .P & Mauranges. A, (2008), « le burn out à l'hôpital ; le syndrome d'épuisement professionnel », éditions Elsevier Masson,
- Canaoui .P & Mauranges. A, (2015), « le burn out à l'hôpital ; le syndrome d'épuisement professionnel », éditions Elsevier Masson.
- Dejours .C, Gernet .I, (2012), « psychopathologie du travail », 2^e édition Elsevier Masson.
- Galam. E, (2012), « l'erreur médicale, le burn out et le soignant, de la seconde victime au premier acteur », paris, Editions Springer.
- Vasey.C, (2017), « Comment rester vivant au travail: Guide pour sortir du burn out », France, éditions Dunod.
- Zawieja.P & Guarnieri .F, (2013), « Épuisement professionnel: Approches innovantes et pluridisciplinaires », Editions Armand Colin.
- Servant .D, (2013), « le stress au travail, prévention et prise en charge en thérapies comportementales et cognitives », paris, éditions Elsevier Masson, collection pratiques en psychothérapie ; santé psy et travail.
- Birrien .N, (2015), « de la question du burnout »
- Delbrouck. M, (2007), «comment traiter le burnout ? Syndrome d'épuisement professionnel, stress chronique et traumatisme psychique, De Boeck supérieur.
- Glauser.M,(2010), « Comment ne pas se faire happer par l'épuisement professionnel en tant que travailleur social ? »,Hes-SOVales, Education sociale.

<https://mediablog-coaching.com/wp-content/uploads/sites/2/2015/10/De-la-question-du-Burnout-NBirrien-2014-1.pdf>

<https://www.cairn.info>

<https://psychaanalyse.com>



Chapitre IV: Dépression

Préambule :

Le monde du travail en Occident connaît en ce début du 1^{er} siècle du 2^e millénaire une importante mutation dans tous les secteurs d'activités entraînant au passage de nombreux licenciements, du chômage croissant, des conflits sociaux, des frustrations, générateurs des vagues d'accès dépressifs avec parfois des passages à l'acte suicidaire

La dépression est une maladie universelle qui touche toutes les couches de la société et sévit dans le monde entier.

Dès lors, les questions suivantes nous viennent à l'esprit : qu'est-ce-que une dépression ?
À quel degré les médecins légistes sont-ils déprimés ?

Pour aborder ces questions, nous avons adopté le schéma suivant :

- A perçu historique sur la dépression.
- Les différentes définitions.
- Epidémiologie.
- La symptomatologie : les signes dépressifs.
- L'étiologie : causes de la dépression.
- Formes cliniques de la dépression.
- Les théories étiopathogéniques.
- La Neurobiologie : la physiopathologie de la dépression
- les classifications de la dépression.
- Le traitement des états dépressifs.
- Le chevauchement entre le burnout- dépression.

1- Aperçu historique sur la dépression

1-1- Le mal d'un siècle

L'historique de la mélancolie proposée par Daniel Widlöcher dans *Les Logiques de la dépression* (1983) peut constituer un exemple paradigmatique des maladies dépressives : la notion de « mélancolie » a été fixée par Hippocrate pour signifier l'envahissement par la « bête noire », point de vue mettant en liaison étroite le corps et l'âme, certes, mais qui souligne cependant l'interdépendance des deux, ainsi que l'opposition possible entre mélancolie et manie. D. Widlöcher reprend ainsi l'évolution de la notion jusqu'à la fin du XVIIIe siècle où naît véritablement la clinique moderne, rompant avec la tradition hippocratique puisqu'elle instaure l'individualisation de la pathologie mentale. L'objectif est alors d'établir une classification raisonnée des différentes formes d'aliénation mentale: désormais la folie est considérée comme une entrave au fonctionnement intellectuel et se différencie en folie globale (la manie) et folie partielle (la mélancolie). C'est à Kraepelin que l'on doit un vrai changement dans la classification puisqu'il oppose la psychose maniaco-dépressive à la démence précoce. Pour D. Widlöcher, la classification de Kraepelin est critiquable en ce que, d'une part, elle établit un parallélisme entre les deux catégories de troubles de nature tout à fait différente que sont la psychose maniaco-dépressive et la schizophrénie et que, d'autre part, elle laisse de côté des formes subaiguës ou chroniques de dépression, classées dans des cadres nosologiques plus vagues : la neurasthénie, puis la dépression névrotique et la psychasthénie. (Chabert .Ch ,Kaës .R et al, 2005 ,p. 5)

L'histoire des dépressions et des troubles thymiques se fait principalement autour de trois termes : « la mélancolie », la « dépression », la « manie », terme ayant connu un sort plus chaotique. Pour des raisons pédagogiques nous présenterons les trois termes séparément. Bien entendu, au sens strict, la manie n'a rien à faire avec la dépression puisqu'il s'agit de l'inverse, mais, comme il peut y avoir alternance entre les deux états ou leurs formes atténuées, il convient de tous présenter.

Si la mélancolie a une longue histoire, la naissance de la notion de « dépression » est lente. Son apparition a été préluée par la description d'une forme de *tædium vitae* (tristesse) chez Sénèque dans les dialogues (50ap. J.-C.) : « la maladie a pour origine un manque d'équilibre de l'âme et des aspirations timides ou malheureuses, selon que l'on n'ose pas tout ce qu'on désire ou que l'on tente en vain de réaliser et qu'on s'épuise à espérer ». En 1917, Freud publie le texte qui fonde la lecture psychanalytique des dépressions, « Deuil et mélancolie »,

dans lequel il oppose les mécanismes de ces deux états. Le travail de Freud faisait suite à celui de son élève K. Abraham(1912) sur la dépression névrotique et le deuil. **(Pedielli. J, 2005, PP. 9-13).**

Le concept de dépression s'est dégagé au XIX siècle et s'est progressivement dissocié de la mélancolie, le devant de la scène, faisant concurrence à une autre figure de la tradition médicale et littéraire, l'hystérie. **(Pewzner .G, 2000, P. 91).**

En 1928, J.Langue sépare les domaines des dépressions en « dépression endogène » et « dépression exogène ». En 1934, la classification américaine intègre la notion de « dépression réactionnelle ». Chez Fenichel (1945), qui réalise une synthèse des travaux psychanalytiques sur les troubles mentaux, la dépression névrotique est clairement mentionnée, il estime que cette dernière concerne le conflit ambivalent autour des apports narcissiques répartis sur le malade et ses objets. **(Pewzner .G, 2000, P. 91).**

Hippocrate décrit la mélancolie comme une humeur morose, avec un caractère délirant envahissant le psychisme. Il s'agit alors d'un excès de bile noire qui ; envahissant le sang. Agirait sur le corps et l'âme pour produire un état de tristesse et d'abattement. La maladie est donc liée à une perturbation des humeurs. En 1988, le DSM-III-R modifié subtilement cette conception de même que le DSM-4. Le terme « mélancolie » devient dans le DSM-4 « caractéristiques mélancoliques » permettant de spécifier un « Episode dépressif majeur » : il représente un critère de gravité. En parallèle. Le mot mélancolie continue, dans le langage courant, à désigner une forme de nostalgie qui n'a pratiquement aucun rapport avec le concept médical.

2- Les définitions de la dépression

La dépression est une vraie maladie, ce n'est pas un laisser-aller, un mal de vivre que vous auriez laissé se développer ; vous ne l'avez pas voulue et vous n'en êtes pas responsable. C'est une maladie parmi les plus courantes : on estime qu'une personne sur cinq sera touchée un jour ou l'autre par la dépression au cours de sa vie, quels que soient son âge, sa situation familiale ou sociale, son mode de vie, n'importe où dans le monde. C'est pourquoi la dépression est considérée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme une priorité de santé publique. **(Sarron. M, 2008, p 13)**

La dépression est une des maladies les plus répandues et les plus invalidantes dans le monde avec plus de 100 millions de personnes atteintes chaque année, dont 3 millions en France. Elle peut survenir à tout âge, du jeune enfant à la personne âgée. Elle touche, pour les formes unipolaires, deux fois plus de femmes que d'hommes. **(Peretti, 2013, p.28)**

Selon le grande dictionnaire de la psychologie : DEPRESSION f. (angl. Depression) maladie mentale caractérisée par une modification profonde de l'état thymique, de l'humeur dans le sens de la tristesse, de la souffrance morale et du ralentissement psychomoteur. S'accompagnant parfois d'anxiété, la dépression entretient chez le patient une impression douloureuse d'impuissance globale, de fatalité désespérante et parfois l'entraîne à des ruminations subdélirantes à thème de culpabilité, d'indignité, d'auto-dépréciation, pouvant le conduire à envisager le suicide et parfois à le réaliser. **(Bloch, Chemama, Dépret et al, 1999, p.241).**

La dépression est sans aucun doute la maladie mentale la plus répandue dans le monde. On la retrouve sous toutes les latitudes et à toutes les époques. Si les médias en parlent aujourd'hui avec autant d'emphase, c'est parce que cette pathologie n'en finit plus d'inquiéter tant le nombre des victimes est en augmentation constante. **(Iamessi, 2015, p23)**

La dépression dépasse le pessimisme, car elle implique nos pensées, nos sentiments et nos comportements. Notre être entier, et même notre nature spirituelle, se trouve alors sous influence. On la décrit au mieux comme un trouble de l'humeur d'une durée prolongée. Bien que similaire, elle est pourtant fondamentalement différente des conditions normales de tristesse provoquées par les pertes situationnelles. La dépression est généralement définie ainsi : une maladie de l'être entier, impliquant le corps, l'esprit et la pensée. Elle affecte l'appétit et le sommeil, la vision de soi et la perspective du contexte ambiant. Un trouble dépressif n'est pas une déprime passagère. Il ne trahit pas une faiblesse personnelle ou un état pouvant être écarté par la volonté propre. Les victimes de dépression sont incapables de se remettre et d'aller mieux. En l'absence de traitement, les symptômes peuvent perdurer des semaines, des mois ou des années. Un traitement approprié, par contre, peut aider plus de 80 % des dépressifs. **(Hawkins. D, 2003, p 17)**

Selon le dictionnaire médical : Dépression (du lat. deprimere, enfoncer).- Affaiblissement moral, intellectuel et physique au cours d'une maladie. Dans la dépression morale et physique, le sang circule lentement, la nutrition s'opère mal, la tension musculaire est diminuée, soit que

les extrémités sensibles des nerfs cutanés, musculaires, viscéraux, transmettent aux centres moteurs de la moelle et du cerveau des excitations plus faibles, soit que ces centres eux-mêmes anémies, mal nourris, répondent par des impulsions motrices plus faibles à des excitations qui sont restées les mêmes, soit que ces deux causes se combinent. **(Boissière-G.E, 1912, p.321)**

3- Épidémiologie de la dépression

La dépression constitue un enjeu majeur de santé publique [1]. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la dépression représente 4,3 % des DALYS totales (une DALY – disability-adjusted life year – correspond à une année de vie en bonne santé perdue), occupant ainsi la troisième place au niveau mondial derrière les infections respiratoires basses et les diarrhées aiguës, mais la première place dans les pays à PIB élevé (8,2 % des DALYs) [2]. Le trouble dépressif majeur est en effet associé à un handicap significatif [3-5], de fréquentes comorbidités psychiatriques et somatiques [3-5], ainsi qu'à une surmortalité prématurée [6]. L'analyse des données épidémiologiques issues des études consacrées à la dépression permet, d'une part, d'évaluer les besoins sanitaires et ainsi d'adapter l'offre de soins et participe, d'autre part, à l'identification des facteurs de vulnérabilité impliqués. **(Peretti .C-S, 2013, p1)**

La dépression est une affection qui atteint chaque année en France environ 5 % de la population générale (jusqu'à 17% de prévalence sur la vie entière dans certaines études), soit 3 millions de Français atteints d'une affection lourde en termes de handicap, susceptible de se chroniciser ou de récidiver. Cette affection est deux fois plus fréquente chez les femmes que chez les hommes. Elle est également grave en termes de mortalité puisqu'environ 15 % des patients souffrant d'un trouble dépressif sévère meurent par suicide. L'entourage de ces patients, largement impliqué dans sa prise en charge, recherche d'emblée les événements déclenchant et facteurs sociaux (professionnels, familiaux...) qui pourraient être incriminés voire < responsables de la souffrance psychique du malade. Pourtant, comme l'ensemble des pathologies psychiatriques, la dépression est une maladie d'origine multifactorielle, c'est-à-dire générée par la conjonction de facteurs environnementaux, de facteurs biologiques individuels et de facteurs de vulnérabilité génétique. **(Peretti .C-S, 2013, p 15)**

4- La symptomatologie de la dépression :

Lorsque les médecins parlent de dépression, ils font souvent référence à un ensemble de signes précis : la personne qui souffre de cette maladie présente **les symptômes** suivants presque chaque jour, tout au long de la journée, **pendant deux semaines ou plus** :

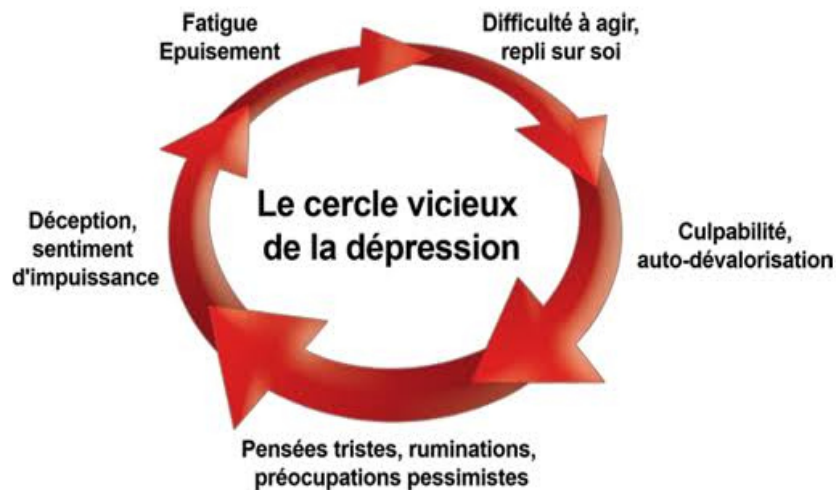


Figure n°7 : symptômes de la dépression (<https://cdn.futura-sciences.com>)

Tableau n°02 : la symptomatologie de la dépression

Les signes d'une dépression qui doivent alerter l'entourage
Perte d'intérêt ou de plaisir à faire des choses habituellement agréables.
Sentiment de tristesse ou de vide.
Crises de larmes fréquentes, sans raison apparente.
Ralentissement ou agitation et difficulté à rester tranquille.
Sentiment d'inutilité ou de culpabilité.
Changements au niveau de l'appétit entraînant une perte ou un gain de poids.
Pensées concernant la mort ou le suicide.
Difficulté à réfléchir, à se souvenir de certaines choses, ou à se concentrer

Difficulté à prendre les décisions simples de la vie quotidienne

Troubles du sommeil, avec souvent réveil très tôt le matin et impossibilité de se rendormir, voire envie de dormir tout le temps ou « de rester caché sous les couvertures ».

Sensation continuelle de fatigue.

Absence de réaction émotionnelle, parfois même au point de ne plus pouvoir pleurer.

(Ducher .J-L, 2011, p.25)

En pratique, il est important de retenir deux critères principaux pour pouvoir parler de dépression :

1. Un critère de temps : les symptômes doivent être présents pendant au moins deux semaines consécutives ;

2. Un critère d'intensité : l'épisode doit être accompagné d'une souffrance marquée et/ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants. **(J. Palazzolo, 2012, p 28)**

Le premier signe qui doit vous alerter est surtout un changement assez brutal de votre comportement, de votre façon d'être ; votre entourage vous posera des questions, ne vous reconnaîtra pas. La dépression apparaît d'abord comme une franche rupture par rapport à votre état habituel. C'est un changement durable, et même si des variations cycliques apparaissent entre le matin et le soir, votre état ne se modifie guère d'un jour sur l'autre.

Ce changement global de vous-même s'accompagne toujours d'une triade symptomatique associant une humeur dépressive, un ralentissement psychomoteur et des signes somatiques associés

5- Causes de la dépression

Les troubles dépressifs et les autres troubles de l'humeur sont causés par plusieurs facteurs et non par un seul. On ne croit plus que ces troubles découlent simplement d'un « problème biochimique » dans le cerveau. La cause des troubles dépressifs est multifactorielle. Dans le

domaine des troubles de l'humeur, il est question de quatre types de facteurs : prédisposants, précipitants, de persistance et de protection.

Les facteurs prédisposant : (c'est-à-dire qui contribuent à la vulnérabilité d'une personne à la dépression) comprennent les antécédents familiaux de dépression, la violence physique et sexuelle, l'abus d'alcool ou d'autres drogues et les traumatismes, Les personnes âgées peuvent être vulnérables à la dépression, mais, comme il est mentionné ci-dessus, celle-ci est généralement associée à des troubles médicaux chroniques.

Les facteurs précipitant : (c'est-à-dire qui contribuent à la survenue de la dépression) peuvent ou non être présents. Les épisodes dépressifs peuvent survenir de façon spontanée, surtout s'ils sont récurrents. La dépression peut être attribuée à un événement lié au travail ou à ses séquelles dans le cadre d'un processus décisionnel. En tant que stressseurs, de tels événements peuvent représenter des facteurs précipitants, mais il existe des facteurs prédisposant dans la plupart des cas. Cela s'applique aussi aux troubles bipolaires de l'humeur. Le décideur doit déterminer si l'événement lié au travail a contribué de façon importante à la survenue de l'épisode, conformément aux politiques et aux lois applicables. Dans certains cas où aucun facteur prédisposant ne peut être cité, il faut s'appuyer sur la nature des répercussions psychologiques, sociales et économiques de l'événement lié au travail pour prendre une décision.

Les facteurs de persistance : (c'est-à-dire qui contribuent à la persistance des symptômes de dépression) peuvent comprendre l'absence de diagnostic ou de traitement adéquat, le stress chronique, les maladies graves, la douleur chronique ou la présence d'autres troubles psychiatriques. Le stress chronique au travail découlant, par exemple, de la perception de harcèlement.

Les facteurs de protection : (c'est-à-dire qui peuvent aider à prévenir ou à réduire les symptômes de dépression et qui peuvent aussi favoriser le rétablissement) comprennent un fort soutien familial, un accès rapide à des soins de qualité et un environnement de travail favorable. Le rapport d'expertise psychiatrique doit brosser un tableau détaillé de tous les facteurs susceptibles de contribuer à un épisode. Dans la plupart des cas, le diagnostic indiquera qu'il y a possibilité d'une prédisposition génétique chez la personne atteinte de dépression, mais que des facteurs externes comme ceux présentés ci-dessus ont précipité ou prolongé l'épisode dépressif. (Persad. E et al, 2008, p. 9)

6- Formes cliniques de la dépression :

Dépression mélancolique (voir Psychose maniaco-dépressive) :

C'est un épisode dépressif majeur caractérisé par l'intensité de la douleur morale, l'importance de la perte de plaisir (anhédonie), du ralentissement psychomoteur et des symptômes somatiques (anorexie intense, insomnie matinale...), associé habituellement à des idées délirantes de ruine, de culpabilité, d'indignité, d'auto-dévalorisation, d'incurabilité. Cette forme clinique est à très haut risque suicidaire. (Ferreri, M, 2003, p16)



<https://encrypted-tbn0.gstatic.com>

Figure n°8 : État – dépressif .com.

Dépression anxieuse :

Il s'agit d'une dépression dominée par une anxiété associée à une hyper-esthésie douloureuse. Dans ce type de dépression, l'agitation remplace le ralentissement psychomoteur. Des plaintes somatiques et/ou hypocondriaques sont souvent associées et nécessitent la recherche de l'existence d'idées délirantes sous-jacentes. Le risque suicidaire est majeur (raptus anxieux). (Goudemand, M, 2010, p 32)



Figure n°9 : psychologue.net

<https://www.psychologue.net>

Dépression saisonnière :

La dépression est périodique : elle survient en automne et est dite atypique (au sens nord-américain), c'est-à-dire que certains symptômes sont inversés : hypersomnie, boulimie. Il est établi un lien avec la baisse saisonnière de la luminosité. (**M. Ferreri , 2003, p16**)

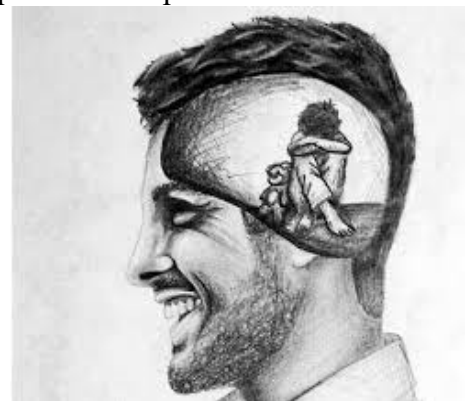


<https://encrypted-tbn0.gstatic.com>

Figure n°10 : futura-sciences

Dépression masquée :

Il arrive fréquemment qu'une personne déprimée se présente sous des aspects qui n'ont apparemment pas de rapports directs avec une souffrance psychologique. Les plaintes somatiques sont fréquentes chez les patients déprimés, constituant parfois le seul motif de consultation. Des plaintes du type céphalées, mal de dos, douleurs thoraciques, troubles digestifs, douleurs vagues, localisées dans les membres, le visage et le corps, insomnie, fatigue, perte de poids et prise de poids peuvent cacher une dépression. La caractéristique de ces plaintes est l'existence d'une rupture avec le fonctionnement antérieur et l'absence de cause organique retrouvée, même après des examens médicaux approfondis. Souvent, un entretien minutieux retrouve, en arrière-plan, des signes classiques de la dépression associés aux plaintes somatiques. (**Goudemand, M, 2010, p 32**)



<https://pbs.twimg.com> Figure n °11 :@DepressionIsArt

7- Les théories étiopathogéniques :

Théorie biologique : Elle s'appuie indirectement sur l'efficacité des antidépresseurs, en particulier le rôle prévalent de la sérotonine dans leur efficacité. La dépression correspondrait à une baisse de ce neuromédiateur corrigée par les médicaments. Cependant, il est délicat d'utiliser une logique linéaire puisque dans l'organisme la variation du taux d'un neuromédiateur entraîne, en cascade, la variation de différents autres médiateurs. **(Ferreri, M, 2003, p19)**

Théorie psychanalytique : En rapprochant deuil et mélancolie (dépression réactionnelle à l'époque, Freud (1915) n'envisage pas de distinguer le normal et le pathologique : il cherche à saisir un processus psychopathologique. Dans le deuil, met en évidence l'existence d'une perte d'objet réelle qui est la perte d'un idéal, la perte d'un travail. Elle comporte une identification à l'objet perdu. Elle représente, dans l'inconscient, la perte imaginaire de l'objet primitif, tutélaire, qui correspond aux premières relations maternelles de l'enfant. D'un point de vue clinique, apparaissent un désinvestissement de la réalité, un retrait de la vie habituelle, un désintérêt pour les plaisirs (anhédonie) et une tristesse pathologique. La guérison est marquée par un réinvestissement relationnel des personnes, des intérêts et des plaisirs habituels. Conduit à l'élaboration d'un travail psychologique à long terme aboutissant à une réparation. Dans la dépression réactionnelle, cette perte d'objet est variable : rupture avec une personne investie, mais aussi perte financière. **(Ferreri, M, 2003, p19)**

Théorie cognitive : La théorie de Beck (1974) est la plus connue. Elle affirme qu'à l'origine de la dépression, existe un trouble cognitif, c'est-à-dire de la pensée. Chaque expérience est marquée par une empreinte cognitive et des postulats silencieux, telles les pensées, je dois réussir, je dois plaire et être reconnu par les autres. Ces pensées, dans une situation de perte, sont particulièrement à l'œuvre et entraînent une distorsion des informations de l'environnement et une attribution de la perte au sujet lui-même. Cette distorsion de la logique de la pensée aboutit à une succession d'erreurs et à une évaluation erronée, péjorative des événements, qui alimentent la pensée dépressive. **(Ferreri, M, 2003, p19)**

Théorie événementielle : Elle fait appel à la notion d'homéostasie du sujet avec le milieu et à la notion de réaction du sujet qui, lors d'un événement, réagit pour recouvrer un nouvel équilibre satisfaisant avec l'environnement. Des études ont reconnu : des facteurs, représentant des événements précoces dans la vie du sujet, telle la perte d'un parent (sans personne de substitution qui serait un facteur de protection) qui le fragilise et le rend davantage vulnérable à la dépression à l'âge adulte des facteurs précipitants, représentant des éléments environnementaux ou somatiques, tardais, précédant de quelques mois la rupture dépressive. Ce n'est pas tant, pour les facteurs précipitants, leur fréquence que leur appréciation subjective avec un sentiment d'impuissance, d'injustice, aboutissant pour le sujet à une impasse psychologique et une impossibilité d'action, qui sont les éléments véritablement dépressogènes, comme le confirment les études avec des échelles d'événements de vie utilisées sur des grandes populations comparativement à des groupes témoins non déprimés. . (Ferrerri, M, 2003, p19)

8- La Neurobiologie : la physiopathologie de la dépression

« Le cerveau cognitif et émotionnel dans la dépression »

La dépression est une pathologie très fréquente dont le traitement repose essentiellement sur les antidépresseurs, qui sont en général assez efficaces. Mais un certain nombre de dépressions sont résistantes au traitement et, d'une façon générale, la dépression reste toujours une pathologie très handicapante, responsable de beaucoup de souffrances individuelles et d'un coût important en termes aussi bien socio-familiaux que d'économie de la santé. Il est donc nécessaire de **mieux comprendre la physiopathologie de la dépression** avec l'idée (peut-être chimérique) qu'une meilleure compréhension de la maladie permettra de développer de nouveaux traitements et d'en réduire les conséquences négatives, individuelles et sociales. L'approche biologique de la dépression se situe dans ce contexte : mieux comprendre la dépression pour mieux la soigner. (Peretti, 2013 ,69)

Les antidépresseurs sont très efficaces dans le traitement de la dépression, ils pourraient donc agir au cœur même de ce qui est dysfonctionnel chez les déprimés. Aussi, poursuivre la piste des cascades biochimiques qui partent des effets biologiques des antidépresseurs constitue certainement un des meilleurs moyens pour comprendre la biologie de la dépression. (Peretti, 2013, p70)

9- Les classifications de la dépression :

A l'heure actuelle, 2 classifications internationales des diagnostics psychiatriques sont principalement utilisées: le Manuel diagnostique et statistique des maladies mentales, 5^{ème} version (**DSM-V**) et la Classification internationale des maladies, 10^{ème} version (**CIM-10**).

Tableau n° 3 : Classification de l'épisode dépressif caractérisé

	DSM-V	CIM-10 (code F.32)
Durée minimale	2 semaines	2 semaines
Symptômes / Critères essentiels/majeurs	<ol style="list-style-type: none"> 1. Humeur dépressive 2. Perte d'intérêt ou de plaisir <p><i>Présence d'au moins 1 des symptômes toute la journée, presque tous les jours.</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Humeur dépressive 2. Perte d'intérêt ou de plaisir 3. Fatigue ou perte d'énergie <p><i>Présence d'au moins 2 des symptômes toute la journée, presque tous les jours.</i></p>
Autres symptômes / Critères	<p><i>Présence d'au moins 4 symptômes (sur un total de 7) :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Perte ou gain de poids significatif 4. Insomnie ou hypersomnie 5. Agitation ou ralentissement psychomoteur 6. Fatigue ou perte d'énergie 7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) 8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se 	<p><i>Présence d'au moins 2 critères mineurs (sur un total de 7) :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Inappétence, perte de poids 5. Troubles du sommeil 6. Baisse de l'estime de soi et de la confiance en soi 7. Attitude morose, pessimiste face à l'avenir 8. Sentiment de culpabilité/dévalorisation 9. Baisse de la concentration /attention 10. Idées suicidaires

	concentrer 9. Pensées de mort récurrentes, idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider	
<u>Degré de sévérité</u> <i>(la corrélation des degrés de sévérité entre DSM-V et CIM-10 est approximative)</i>	- Léger = ≥ 1 essentiel et 4 autres - Moyen = ≥ 6 symptômes dont au moins 1 essentiel - Sévère = ≥ 7 symptômes dont au moins 1 essentiel	- F32.0 : Léger = ≥ 2 majeurs et 2 mineurs - F32.1 : Moyen = ≥ 2 majeurs et 3-4 mineurs -F32.2 : Sévère = 3 majeurs et 4-5 mineurs + idées suicidaires - F32.3 : Sévère avec symptômes psychotiques

Source : (Oberle, L, 2017, p 3)

Le DSM-V reconnaît différentes formes cliniques de la dépression : mélancolique, psychotique, mixte, atypique, catatonique, avec détresse anxieuse, du péri-partum et saisonnière, de même que différentes formes évolutives : isolée, récurrente, persistante ou pré-menstruelle. Il précise également les éléments suivants :

- B : Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- C : Les symptômes ne sont pas dus aux effets d'une substance ou d'une affection médicale générale.
- D : L'épisode ne répond pas aux critères du trouble schizo-affectif et ne se superpose pas à une schizophrénie, à un trouble schizophréniforme, à un trouble délirant ou à un autre trouble psychotique.

- E : Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque ou hypomaniaque. (Oberle, L, 2017, p 3)

5- Le Traitement de la dépression :

La prise en charge des sujets déprimés est précoce, adaptée et multidisciplinaire. Le traitement de la dépression permet une meilleure observance des soins médicaux et améliore la qualité de vie de ces sujets.

10-1-1- traitement pharmacologique

- **Prise en charge médicamenteuse des dépressions : antidépresseurs et états dépressifs**

Antidépresseurs

D'après l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les maladies mentales se classent au troisième rang mondial des maladies en termes de prévalence et sont responsables du quart des invalidités. En médecine générale, elles se situent au deuxième rang au niveau mondial, derrière les maladies cardiovasculaires. Chaque année, elles affectent une personne sur cinq, une sur trois si l'on se réfère à la prévalence sur une vie entière. L'OMS retient cinq maladies mentales parmi les dix pathologies les plus préoccupantes pour le xx siècle : la schizophrénie, les troubles bipolaires, les addictions, les états dépressifs et les troubles obsessionnels compulsifs. (Peretti, 2013, p.142)

Psychoéducation :

La prescription d'une chimiothérapie antidépressive doit s'accompagner d'une information éclairée donnée au patient sur le(s) médicament(s) prescrit(s) (modalités de prise, délai d'action, effets indésirables les plus fréquents) et sur la nécessité de poursuivre le traitement même après une amélioration clinique. L'éducation des patients favoriserait l'observance thérapeutique et aboutirait ainsi à une meilleure efficacité thérapeutique . Il est souvent utile d'associer dans cette démarche la famille ou les proches pour s'assurer de la bonne compréhension de la maladie, de ses temps évolutifs, de son traitement et de la surveillance utile, mais aussi pour pouvoir intégrer leurs propres appréhensions de la maladie dépressive et aider le système familial et/ou affectif à fonctionner avec cette contingence. (Peretti, 2013, p 175)

10-1-2- traitement somatique

A- Sismothérapie ou ECT (électroconvulsivothérapie)

Ce traitement s'adresse aux gens qui sont en dépression sévère et majeure, il permet de réduire les symptômes et montre une très bonne efficacité.

Thérapie électro- convulsivante ou électrochocs, est un traitement médical reconnu pour être efficace pour plusieurs troubles mentaux et certaines conditions médicales graves. Après une anesthésie générale, un courant électrique est envoyé pendant quelques secondes au niveau de la tête avec des électrodes. Ce courant produit une convulsion de courte durée dans le cerveau, mais ne cause aucune douleur. (CEECTQ, 2016, pp.1-4)

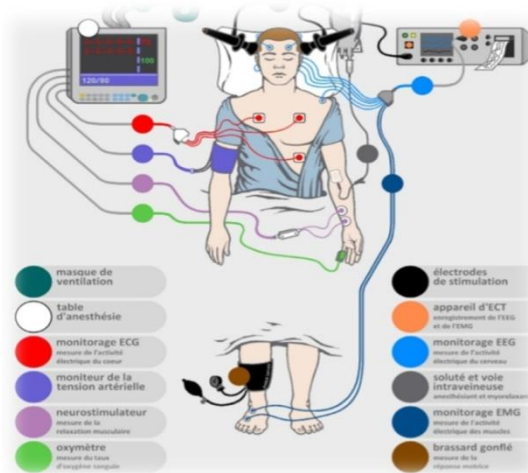


Figure n°12 : séance d'ECT (<https://encrypted-tbn0.gstatic.com>)

B- La stimulation magnétique transcrânienne ou SMT

Un traitement « fonctionnel de la dépression », c'est-à-dire qu'elle s'adresse directement au fonctionnement des tissus qui produisent les neurotransmetteurs et favorisent leurs sécrétions naturelles, on peut même appliquer ce dernier sur les troubles anxieux, TOC, les hallucinations auditives ...etc. c'est une séance de 20mn et sans anesthésie générale contrairement aux séances d'ECT.

A noter : Ce traitement s'adresse aux gens qui sont en dépression résistante aux antidépresseurs.

C- Prise en charge non médicamenteuse de la dépression : approche cognitivo- comportementale de la prise en charge des états dépressifs

Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) : regroupent plusieurs méthodes qui se sont perfectionnées et diversifiées au cours des dernières années. Les aspects communs aux TCC sont une démarche particulière où le patient reçoit l'information complète sur ses troubles et joue un rôle très actif dans le processus thérapeutique (lectures, exercices entre séances. Auto-observation) ; une durée globale du traitement assez courte (de 3 mois à 1 an) ; des techniques ciblées et spécifiques à chaque type de problématique. Ainsi, le patient se voit proposer des techniques impliquant le corps (relaxation), le travail en groupe, l'entraînement aux compétences sociales, l'exposition aux situations sources de conflit, ainsi que la modification des schémas dysfonctionnels de pensées. **(Peretti, 2013, p.185)**

Devant une prévalence importante de la dépression dans la population générale (6 %) et son évolution récurrente (risque de rechute s'élevant à 50% dans l'année suivant le premier épisode), deux types de thérapies peuvent être indiquées : la thérapie cognitivo-comportementale et la thérapie interpersonnelle. **(Peretti, 2013, p.185)**

Des études récentes ont montré l'efficacité de cette dernière dans le traitement de la dépression et la prévention de la rechute. Ainsi, l'enrichissement mutuel des méthodes et l'association des techniques pourraient être une voie de développement de la prise en charge psychothérapeutique de la dépression. Il existe également d'autres modalités de prise en charge comme l'approche socio-comportementale et la thérapie basée sur la pleine conscience de soi. Il est important de souligner que ces thérapies s'appliquent à des cas de dépression légère ou modérée, nécessitant parfois un traitement en amont par une chimiothérapie antidépressive. Le principe de participation active à son propre traitement nécessite une stabilisation de l'état du patient et l'absence d'un ralentissement psychomoteur trop marqué. La thérapie cognitive est systématiquement revalidée par des méta-analyses. Nous exposons ici la structure de ces thérapies et des techniques utilisées telles qu'elles sont présentées dans la littérature disponible à ce jour. **(Peretti, 2013, p.185)**

Généralement, le programme de cette psychothérapie s'étale sur une période de 3 à 6 mois et comprend une vingtaine de séances, à une fréquence d'une ou deux fois par semaine. Comme son nom l'indique, cette thérapie vise à restructurer les dysfonctionnements cognitifs à travers une mise à l'épreuve de la réalité du système de croyances chez un sujet déprimé :

elle permet donc à l'individu d'apprendre à faire le tri entre les faits objectifs et leur interprétation subjective. Les distorsions imposées par les schémas dysfonctionnels et les postulats dépressogènes sont testées d'abord pendant les séances par un dialogue socratique entre le thérapeute et le patient, puis dans la vie de tous les jours, grâce à la mise en situation, le jeu de rôle, les exercices. Il s'agit d'une thérapie structurée, directive. **(Peretti, 2013, p 188)**

À chaque séance, le thérapeute et le patient s'accordent sur un agenda précisant les problèmes à traiter : d'une part, il est important pour les deux acteurs de la thérapie de bien organiser le temps ; d'autre part, l'établissement commun d'un agenda favorise le développement d'une expérience positive de plaisir et de maîtrise. Le patient collabore activement avec le thérapeute, alors met l'accent sur les difficultés actuelles auxquelles le patient est confronté que celui-ci et participe à une meilleure compréhension par le sujet de ses propres troubles. Le thérapeute effectue régulièrement un feedback portant sur les aspects soulevés au cours de l'entretien, essentiels dans la compréhension de la problématique du patient et l'orientation de la thérapie, ainsi que sur l'ensemble de la séance: il demande au patient de résumer ce qu'il a de la séance, d'évoquer ce qui lui a déplu, et restitue ce qu'il en a retenu lui-même. **(Peretti, 2013, p 188)**

Cet échange est important non seulement pour repérer compris et élaborer les pensées négatives à propos de la thérapie, mais également pour corriger d'éventuelles erreurs du thérapeute. Le contenu de la séance écoulée est confronté à l'agenda: les points laissés de côté sont reportés à une séance ultérieure. Aujourd'hui, de nouvelles modalités de la mise en place du traitement sont en cours d'élaboration : le patient peut suivre le programme grâce à un logiciel informatique ou encore sur l'Internet, alors le thérapeute supervise régulièrement le bon déroulement de la thérapie, soutient le patient et répond à ses questions au cours de communications téléphoniques ou électroniques. **(Peretti, 2013, p 188)**

L'efficacité de la TCC s'étend essentiellement aux dépressions d'intensité légère ou moyenne, ainsi qu'aux états dysthymiques. Les symptômes d'ordre somatique au premier plan (perte de poids, insomnie, ralentissement psychomoteur) nécessitent un traitement par antidépresseurs en amont ou une association des deux méthodes. Par ailleurs, le patient doit faire preuve de capacités d'auto-observation et d'autocontrôle. Les troubles de concentration et de mémoire risquent d'empêcher le patient de faire le lien entre son humeur dépressive, ses pensées négatives et les événements extérieurs. Le sens du réel est indispensable pour pouvoir

tester les postulats et les schémas dysfonctionnels dans la vie de tous les jours, ce qui complique, voire rend impossible son application au cas de mélancolie, de maladie maniacodépressive (trouble bipolaire) et de dépression au cours des états psychotiques. Les TCC peuvent représenter une bonne alternative aux antidépresseurs si ceux-ci sont refusés, contre-indiqués ou mal tolérés. Certains auteurs suggèrent d'associer la TCC à la psychopharmacologie dans le cadre de la prise en charge des troubles bipolaires.

Le programme thérapeutique porte un caractère éducatif, en visant dans un premier temps à expliquer les mécanismes du trouble au patient, et en proposant dans un deuxième temps un entraînement aux compétences sociales, à travers des jeux de rôle afin de maintenir l'insertion socio-familiale, et un développement des habiletés à repérer les symptômes (sensitivité, pessimisme, idées de persécution, irritabilité, logorrhée, altérations du fonctionnement cognitif) et pour y faire face. (Peretti, 2013, p 188)

Déroulement de la thérapie :

Afin d'arriver à l'étape de la restructuration des schémas cognitifs dysfonctionnels, il est nécessaire d'effectuer un sondage du terrain cognitif pour repérer les pensées automatiques négatives et les affects dépressifs qui leur sont associés, ainsi que les contextes favorisant l'activation de ces pensées. Les cinq premières séances permettront d'étudier les émotions et les affects négatifs, ainsi que d'isoler les monologues intérieurs et les images dépressogènes, tels qu'ils apparaissent dans le récit du patient ou encore au cours des jeux de rôle. La technique du jeu de rôle s'utilise particulièrement dans les situations où des relations interpersonnelles posent un problème: les deux protagonistes de la thérapie reproduisent la scène et le patient livre à voix haute les pensées engendrées par la mise en situation. Ceci permet de rendre évidents les liens entre les cognitions dysfonctionnelles, les émotions négatives et les comportements dépressifs. Des questions complémentaires peuvent éclairer sur les processus d'interprétation de la réalité et sur les schémas cognitifs du patient. En outre, le thérapeute peut remettre au patient un bref manuel qui explique les relations d'interdépendance entre pensées, émotions, et comportements ainsi que les principes de la thérapie cognitive. Le patient est sollicité dans cette démarche, grâce à l'établissement d'un carnet de bord ou encore des fiches d'auto-observation. Ces fiches sont remplies en dehors des séances et analysées avec le thérapeute. Elles comportent habituellement trois colonnes où le patient:

- enregistre la situation, c'est-à-dire l'événement déplaisant inscrit dans son contexte de souvenirs, de rêves, d'idées, etc.;
- note les émotions négatives engendrées par l'événement, en spécifiant leur nature (ex.: tristesse, irritation, anxiété) et en évaluant leur intensité de 0 à 8;
- marque les pensées automatiques précédant les émotions négatives, en évaluant son niveau de croyance dans ces pensées (de 0 à 8). Le patient situe ainsi l'événement, la survenue des pensées automatiques et des émotions négatives dans le temps. (Peretti, 2013, p192)

Finalement, le thérapeute propose au patient de dresser un tableau de ses activités hebdomadaires, en attribuant une note de 0 à 5 au degré de plaisir et de maîtrise éprouvés à ces moments. Chaque jour est divisé en tranches horaires et le patient note toutes ses actions dès la levée jusqu'au moment du coucher. Outre les indications données d'une forte/faible intensité du plaisir et de la maîtrise ressentie au cours de ses activités, le carnet de bord permet ainsi d'observer à long terme des plages horaires vides où surviennent des ruminations, des remémorations des échecs passés, une réactivation des pensées automatiques et des affects négatifs, qui renforcent la dépression. (Peretti, 2013, p192)

- **Thérapie socio-comportementale de la dépression :**

L'approche socio-comportementale de la dépression porte l'accent plus sur l'interaction du sujet avec son milieu social. Si la TCC insiste avant tout sur le dysfonctionnement des processus cognitifs internes, elle s'appuie également sur des techniques socio-comportementales impliquant une intervention directe sur l'interaction du patient déprimé avec son environnement. Il s'agit alors de lui proposer un programme d'apprentissage social, au caractère didactique, qui cherche à modifier le comportement social de l'individu en diminuant le taux d'événements aversifs et en augmentant le taux d'événements positifs.

Ce type de travail se déroule en groupe, à raison de douze séances de 2 heures. Les patients disposent d'un manuel qui explique étape par étape la thérapie et les aide à comprendre leurs difficultés et à appliquer les principes de cette approche.. La thérapie socio-comportementale a donné naissance à d'autres méthodes voisines se fondant sur le modèle de la compétence sociale et du développement de la communication. La restructuration cognitive y occupe une place très limitée. La méthode socio-comportementale propose aux patients des techniques fondées sur le renforcement positif et l'auto-évaluation de la dynamique de leur

comportement social, que ceux-ci assimilent grâce aux jeux de rôle, à la mise en situation réelle et au programme d'activités à accomplir. (Peretti, C-S, 2013, p 193)

- **Thérapie cognitive basée sur la pleine conscience :**

La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (mindfulness-based cognitive therapy – MBCT) vise à aider les personnes qui ont souffert de dépression par le passé à apprendre des techniques utiles pour éviter la rechute. Cela devient possible grâce au fait que les patients prennent entièrement conscience des sensations corporelles, des sentiments et des pensées, moment après moment.

Huit séances en groupe permettent de développer une façon différente d'être en lien avec les sensations, les pensées et les sentiments. L'intérêt de cette thérapie est d'apprendre aux patients à accepter et à reconnaître sans jugement les sentiments et les pensées négatifs, non souhaités, dépressogènes, en abandonnant les schémas de résistance automatiques et préprogrammés qui ont tendance à maintenir les difficultés. Cette acceptation rend les patients capables de choisir la réponse la plus adéquate à toutes les pensées, les sentiments ou les situations désagréables qu'ils rencontrent.

Le but n'est pas de maintenir coûte que coûte les pensées et les sentiments négatifs hors de l'esprit, mais plutôt de prévenir leur installation quand cela arrive. Il est difficile de changer les habitudes cognitives, car elles sont automatiques, activées par un souhait puissant de se débarrasser de l'humeur négative et par un fort attachement au but de se sentir heureux. De plus, elles se voient renforcées par une comparaison constante entre l'état actuel et l'état désiré. La compétence de base à apprendre consiste à pouvoir quitter et rester hors de ces routines cognitives qui s'autoalimentent.

Le message fonda mental est « soyez conscients, laissez aller ». Laisser aller signifie arrêter de s'impliquer dans ces habitudes, se libérer de l'attachement/aversion qui actionne les schémas de pensées ; ce sont les tentatives d'échapper ou d'éviter le malheur, ou d'atteindre le bonheur, qui font tourner les cycles négatifs. Le but du programme est la liberté (pas le bonheur), la relaxation, etc., même si ces derniers peuvent bien être des produits dérivés bienvenus. Chaque patient bénéficie d'un premier entretien qui vise à évaluer le poids des facteurs biologiques et psychologiques dans le déclenchement, le maintien de la dépression ou éventuellement dans la rechute. Le travail se fait en phase de rémission : les symptômes de

la dépression étant moins intenses, les patients développent une écoute particulièrement attentive de leur monde intérieur pour se rendre compte des changements minimes de leur humeur (Peretti, 2013, p195)

11. Chevauchement épuisement-dépression

11.1. Définitions de l'imbrication burn out- dépression

Le chevauchement de l'épuisement professionnel et de la dépression fait débat depuis la naissance du concept d'épuisement professionnel dans les années 1970. Dans ce qui est généralement considéré comme l'article inaugural sur le burnout, Freudenberger (1974) indiquait déjà que lorsqu'il souffre de burnout, « la personne à l'air, agit et semble déprimée ». Malgré un nombre considérable de recherches sur le burnout depuis lors, la singularité du phénomène du burnout vis-à-vis de la dépression est restée floue en raison de voies étiologiques communes et de symptômes partagés. (Laurent.E et al, 2015, p.29)

Les revues de littérature antérieures portant sur la distinction entre burnout et dépression ont abouti à des conclusions mitigées, tout en favorisant quelque peu l'hypothèse selon laquelle le burnout est distinct de la dépression. Sur la base de l'analyse de 18 études portant sur l'épuisement professionnel et la dépression, Glass et McKnight (1996) ont soutenu que l'épuisement professionnel et la symptomatologie dépressive ne montrent pas un isomorphisme complet et, par conséquent, ne sont pas des concepts redondants. Dans le même ordre d'idées, Schaufeli et Enzmann (1998) ont avancé l'idée que "l'épuisement professionnel et la dépression (...) sont des concepts distincts, quoique liés" ; les auteurs poursuivent en écrivant qu'« il semble que le burnout soit un véritable phénomène ». (Laurent.E et al, 2015, p.29)

Pour Iacovides, Fountoulakis, Kaprinis et Kaprinis (2003), « la recherche empirique suggère que l'épuisement professionnel et la dépression sont des entités distinctes, même s'ils peuvent partager plusieurs caractéristiques communes »

Schaufeli (2003), dans une discussion sur le statut nosologique de l'épuisement professionnel, a soutenu que "l'épuisement professionnel peut être considéré comme un trouble mental qui peut être différencié cliniquement ainsi qu'empiriquement d'autres troubles mentaux, notamment la dépression». (Laurent.E et al, 2015, p.29)

Enfin, selon Thomas (2004) qui a proposé un état des lieux de l'épuisement professionnel chez les médecins résidents, « la nature et le sens de l'association entre dépression et épuisement professionnel des résidents restent flous ».

Bien que le chevauchement de l'épuisement professionnel et de la dépression ait été examiné et discuté dans le passé, d'importants travaux ont été consacrés à cette question au cours de la dernière décennie (par exemple, Ahola & Hakanen, 2007 ; Hakanen & Schaufeli, 2012), plusieurs études ayant remis en cause l'hypothèse selon laquelle le burn-out est distinct de la dépression. **(Laurent.E et al, 2015, p.29)**

Cette évolution de la recherche au cours des dernières années suggère qu'une nouvelle revue de la littérature est opportune. L'objectif de cet article est de proposer une revue de la littérature actualisée traitant de l'imbrication burnout-dépression. **(Laurent.E et al, 2015, p.29)**

11.2. Comment l'épuisement professionnel et la dépression sont-ils corrélés ?

Une corrélation positive entre l'épuisement professionnel et la dépression a été rapportée dans de nombreuses études. Ce résultat habituel (Glass & McKnight, 1996 : Schaufeli & Enzmann, 1998 : Schaufeli Enzmann, & Cirault, 1993) a été reproduit dans de nombreux groupes professionnels et contextes de travail ou similaires en utilisant différentes mesures de l'épuisement professionnel (ex. MBI BM, SMBM) et la dépression (ex. CES-D, BDI) et en plaçant l'épuisement professionnel et la dépression côte à côte de diverses manières (par exemple, sur la base de scores globaux ou de sous-scores liés à des dimensions spécifiques). **(Laurent.E et al, 2015, p. 33)**

Parmi les trois composantes les plus étudiées de l'épuisement professionnel, l'épuisement émotionnel montre le lien le plus fort avec la dépression avec des corrélations modérées à élevées. Le lien de la dépression avec la dépersonnalisation et la réduction de l'accomplissement personnel a tendance à être plus faible, les corrélations faibles à modérées étant généralement mises en évidence. **(Laurent.E et al, 2015, p. 33)**

La composante centrale du burnout est plus fortement liée à la dépression qu'aux deux autres composantes du burnout (dépersonnalisation et accomplissement personnel réduit). Par

exemple, dans les études de Landsbergis (1988), Glass et al (1993), Sears et al. (2000), Brenninkmeyer et al. (2001), et Steinhardt et al. (2011), la corrélation entre l'épuisement émotionnel et la dépression était plus élevée que la corrélation entre l'épuisement émotionnel et l'accomplissement personnel réduit. Dans une étude de longue durée menée auprès de 1964 dentistes par Hakanen et Schaufeli (2012), l'épuisement émotionnel était plus fortement corrélé à la dépression qu'à la dépersonnalisation à trois moments de mesure différents sur une période de sept ans. Dans le même esprit, Bianchi et al (2013), sur la base d'un échantillon de 1648 enseignants, ont constaté que l'épuisement émotionnel était plus fortement lié à la dépression qu'à la fois à la dépersonnalisation et à la réduction de l'accomplissement personnel.

Fondamentalement, la raison pour laquelle la dépersonnalisation et l'accomplissement personnel réduit sont considérés comme des caractéristiques cardinales de l'épuisement professionnel plutôt que les symptômes dépressifs « classiques » n'est pas claire. **(Laurent.E et al, 2015, p. 33)**

11.3. L'épuisement professionnel prédit-il la dépression et/ou vice versa ?

Il a été émise l'hypothèse que le burnout pouvait être une phase du développement de la dépression, mais aussi que la dépression pouvait influencer négativement l'expérience de travail et générer le burnout : cela a conduit à concevoir des influences circulaires entre burnout et dépression (ex. Ahola & Halcanen, 2007 ; Ahola et al, 2006).

Les deux hypothèses ont été étayées empiriquement par des études transversales et longitudinales. Les études portant sur la valeur prédictive de l'épuisement professionnel et de la dépression se concentraient généralement sur les formes subcliniques d'épuisement professionnel et de dépression.

L'association de l'épuisement professionnel avec la dépression a été observée dans de nombreuses études transversales (par exemple, Baha et al., 1999 ; Bakker et al. 2000 ; Dorz et al. 2003 ; Glass et al., 1993 ; Korkeila et al. 2003 ; Mutkins et al, 2011 ; Nykliček & Pop, 2005).

Compte tenu des limites inhérentes aux conceptions transversales en ce qui concerne la présence temporelle. Plusieurs études longitudinales ont été réalisées, notamment au cours de la dernière décennie. Seules les études dans lesquelles les niveaux de base de la variable de résultat ont été contrôlés statistiquement sont présentées ici, La causalité réciproque attendue

entre le burn-out et la dépression a été rapportée dans quatre études longitudinales (Ahola & Hakanen, 2007 ; McKnight & Glass, 1995 ; Salmela-Aro et al., 2009 ; Toker & Biron, 2012). Par exemple, Toker et Biron (2012), dans une étude en trois vagues de 40 mois portant sur 1632 employés, ont constaté qu'une augmentation de la dépression du temps 1 au temps 2 prédisait une augmentation de l'épuisement professionnel du temps 2 au temps 3. et vice-versa. Les auteurs n'ont détecté aucune différence significative de force entre l'effet d'une augmentation de l'épuisement professionnel sur une augmentation ultérieure de la dépression, et vice versa. Cinq études longitudinales ont rapporté une relation unidirectionnelle avec l'épuisement prédictif de la dépression (Armon et al., 2014 ; Hakanen & Schaufeli, 2012, Hakanen et al., 2008 ; Salmela-Aro et al., 2009 ; Shin et al., 2013). Par exemple, dans leur étude en trois vagues sur sept ans auprès de 1964 dentistes, Hakanen et Schaufeli (2012) ont conclu que l'épuisement professionnel prédisait la dépression plutôt l'inverse, étant donné que la dépression est susceptible de

(a) diminuer les ressources du travailleur pour faire face aux exigences de son travail

(b) assombrissent la vision que le travailleur a de son travail, un effet des symptômes dépressifs sur l'épuisement professionnel pourrait être attendu (Adler et al., 2006 ; Ahola et Hakanen, 2007). La raison pour laquelle un tel effet n'a pas été observé dans l'étude de Hakanen et Schaufeli (2012) est à être clarifié (voir aussi Hakanen et al., 2008), les liens bidirectionnels ont été vérifiés dans ces études, sauf dans l'étude d'Armon et al. (2014). Enfin, trois études longitudinales rapportent un lien unidirectionnel entre dépression et burnout (Armon et al., 2012 ; Campbell et al., 2010, Salmela-Aro et al., 2008). Dans une étude en sept vagues sur dix ans impliquant 297 étudiants universitaires (au moment de la première mesure), Salmela-Aro et al. (2008) ont constaté que les participants ayant une trajectoire de dépression élevée présentaient plus d'épuisement professionnel à long terme que ceux ayant une trajectoire de dépression faible ou modérée, ce qui suggère que la dépression peut être un facteur de risque d'épuisement professionnel. Les liaisons bidirectionnelles n'ont été testées dans aucune de ces trois études

En somme, une relation causale circulaire peut exister entre l'épuisement professionnel et la dépression. Cependant, les résultats sont hétérogènes. Les différences de durée de suivi, le nombre de vagues de mesure et les approches théoriques et statistiques sont susceptibles d'expliquer une grande partie de cette hétérogénéité. Indépendamment de leurs cadres théoriques spécifiques et des hypothèses qui en découlent, les études futures devraient systématiquement fournir des analyses hi-directionnelles lors de l'examen de la relation entre

l'épuisement professionnel et la dépression afin d'éviter de biaiser les conclusions dans un sens ou dans l'autre. Notons enfin que les études visant à déterminer si l'épuisement professionnel prédit la dépression et/ou l'inverse admettent le postulat selon lequel l'épuisement professionnel et la dépression sont deux entités différentes. De telles études ont donc tendance à approuver la distinction épuisement professionnel-dépression plutôt qu'à la tester. **Laurent.E et al, 2015, p.34**)

11.4. rapport entre burnout – dépression :

De plus en plus de personnes se présentent en consultation psychiatrique, ou y sont adressées par leur médecin pour burnout. Le mot est maintenant employé fréquemment, dès que des facteurs de stress d'ordre professionnel sont repérables chez un patient qui présente par ailleurs des symptômes de fatigue, d'anxiété et/ou de dépression. Notre propos n'est pas de traiter ici le burnout de façon exhaustive, mais de le situer par rapport à la dépression.

On estime que 5 à 10% de la population Française est touchée par la dépression, et que 20% connaîtra un jour un épisode dépressif. La dépression est un phénomène complexe issu de mécanismes internes et influencé de facteurs externes. Le diagnostic s'établit souvent à l'humeur dépressive >> (sentiment de tristesse permanent, de vide...), à la perte d'intérêt ou de plaisir et une estime de soi en berne. D'autres signes peuvent accompagner la dépression : le changement ou des perturbations dans le sommeil (insomnies...), une modification de l'appétit, une agitation, des problèmes d'attention et de concentration, des pensées << noires >> ou à la mort...

La dépression dépasse largement la sphère professionnelle pour atteindre toute partie inhérente à la vie de l'individu. Le Burnout est lui plutôt (vu précédemment) perçu comme la conséquence de facteurs et de stress liés à l'activité professionnelle. La plupart de temps si on substitue l'individu à la problématique professionnelle, celui-ci pourra revenir rapidement à la normale (congés, vacances...).

Une caractéristique liée au burnout (ou au risque important) est la « poussée anxieuse » à l'approche de la reprise de l'activité professionnelle (dimanche soir ou lundi matin... ou une station de métro le matin en allant au travail ...). Au contraire, un syndrome dépressif majeur demeure présent que la personne soit au travail, à la maison en famille, en vacances... Un individu n'ayant pas de problématique d'origine professionnelle mais en dépression,

éprouvera des difficultés de concentration, ne ressentira aucune satisfaction même ayant une reconnaissance de son travail accompli. La dépression affectera sa productivité. Le travail ne sera pas la cause de la dépression mais un facteur qui contribuera comme d'autres. Il pourra devenir source de sentiments négatifs.

- Le burnout survient dans la sphère professionnelle alors que la dépression concerne tous les aspects de la vie de la personne.
- Le burnout est un processus de dégradation lié au rapport au travail. La dépression entraîne un état dépressif caractéristique : troubles de l'humeur, baisse de l'estime de soi et perte d'intérêt pour les activités habituellement agréables.

En matière de traitement et de prévention, la dépression se concentre sur le patient alors que le burnout peut faire intervenir toutes les personnes qui sont dans la sphère professionnelle du sujet. (Laurent.E et al, 2015)

- **Effet médiateur du Burnout entre les stresseurs organisationnels et différentes formes dépressifs au travail:**

Des recherches récentes mettent l'accent sur la nature réciproque des états dépressifs dans le contexte organisationnel.

L'occurrence de ce type de manifestations est d'autant plus importante que le déprimé est sujet à un épuisement de ses ressources émotionnelles.

Certaines études ont déjà démontré le lien entre le Burnout et l'occurrence d'états dépressifs au travail.

-Effet médiateur du burn out entre stresseurs organisationnels et de pression envers les patients :

-Les médecins légistes sont assimilés à un facteur de stress et de détérioration du climat et des conditions de travail surtout pour les métiers de contact comme eux. (Zawieja .P, 2015, p. 123)

-La dépression au travail comme conséquence du Burnout.

-La présence de facteurs de travail et de personnalité déclencheurs ainsi qu'un ensemble d'états émotionnels. Ces derniers épuisent d'une part les ressources d'un individu, et d'autres part consistent une charge négative suffisamment importante pour motiver des comportements agressifs par les quels un travailleur tente de retrouver un certain équilibre face à la situation de perturbation du bien être.

-La charge émotionnelle ou psychologique du travail, elle caractérise l'exigence émotionnelle de l'échange avec les patients et les cadavres.

-La charge quantitative de travail qui provoque un sentiment d'épuisement.

-Les rythmes et les cadences imposés provoquent une fatigue progressive du corps, puis des facultés émotionnelles et cognitives. **(Zawieja .P, 2015, p. 123)**

La distinction épuisement professionnel-dépression n'est pas claire sur le plan conceptuel.

- Les preuves empiriques du caractère distinctif de l'épuisement professionnel sont incohérentes.

-L'hétérogénéité de la dépression a été négligée dans la recherche sur l'épuisement professionnel.

-L'absence de critères diagnostiques consensuels du burnout freine l'avancée de la recherche.

-Une observation clinique systématique est nécessaire pour caractériser l'épuisement professionnel. **(Laurent.E et al, 2015, p.15)**

-La rareté des recherches sur la relation entre l'état de burnout et la dépression clinique et la prise en compte insuffisante de l'hétérogénéité du spectre des troubles dépressifs (par exemple, entre les sous-types mélancoliques et atypiques de la dépression) constituent des limites majeures aux connaissances actuelles et empêchent toute conclusion définitive concernant le chevauchement épuisement professionnel-dépression.

-En outre, lorsque vous essayez de distinguer l'épuisement professionnel de la dépression, il faut veiller à ne pas généraliser les résultats associés aux premiers stades de l'épuisement professionnel à ses derniers stades. Afin de faire face au manque actuel de critères diagnostiques consensuels pour l'épuisement professionnel, des scores seuils conservateurs doivent être utilisés lorsqu'il s'agit d'isoler des cas d'épuisement professionnel. . **(Laurent. E et al, 2015, p.35)**

Synthèse :

Le cerveau est très sensible à l'hypoxie, dont il a été prouvé qu'elle entraîne une inflammation, ainsi que des lésions et la mort des cellules cérébrales, ce qui peut provoquer des symptômes touchants le développement, l'humeur, la mémoire et l'apprentissage.

Le bien-être idéal que recherche l'homme est d'avoir plus de plaisir que de tristesse ou de souffrance. Ces sensations dérivent des rapports qu'il entretient avec son environnement et qui se soldent par des réussites et des gains, mais aussi par des pertes et des échecs. En état d'équilibre psychique, il accueille avec la même sérénité tous les événements et faits heureux ou pénibles, quelle que soit leur importance. La dépression est la faillite mentale temporelle d'un sujet qui est terrassé par une nouvelle de perte, d'échec ou de frustration, parfois anodine, à laquelle il ne peut faire face. Il se sent perdu et coupable de ce qui lui arrive au point de risquer de passer à l'acte suicidaire.

Liste des références :

Ouvrages

- Pedeinielli J-L et Amel B, (2005) « les états dépressifs », paris, Armand colin.
- Ferreri .M, Nuss.P & ferreri .F, (2003), « la dépression au féminin », paris, John Libbey Eurotext.
- Ducher .J-L, (2011), « la dépression en 60 questions, comment s'en sortir, paris, Odile Jacob.
- Lamessi .A, (2015), « la dépression, une pathologie à visage multiple », paris, L'Harmattan.
- Ferreri .F, (2012), « la dépression, 100 questions pour comprendre et guérir », paris, Odile Jacob.
- Peretti .C-S, (2013), « comprendre et soigner la dépression », paris, Elsevier Masson.
- Chabert. C et al, (2005), « figures de la dépression », paris, Dunod.
- Sarron. C-M, (2002), « la dépression, comment en sortir », paris, Odile Jacob.
- Palazzolo. J, (2012), « aidez vos proches à surmonter la dépression », France, Mon petit Editeur.
- Laurent. E & Vandel .P, (2016), « de l'humeur normale à la dépression, en psychologie cognitive, neurosciences et psychiatrie », Belgique, De Boeck supérieur.
- Goudemand. M, (2010), « les états dépressifs », paris, Lavoisier Médecine.
- Hawkins. D, (2003), « quand vous êtes déprimé », Etats-Unis, Editions Farel.
- Keck. M, (2016), « la dépression », Suisse SA, Editions Lundbeck.
- Leupold. J, (2021), « le burnout et la dépression d'épuisement », Suisse SA, Lundbeck.

Sites internet

Www. Elsevier –masson. FR

<https://www.cairn.info>

Manuel

Crocq .M-A, (2015), « manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux DSM5 », 5^e édition, Elsevier Masson.

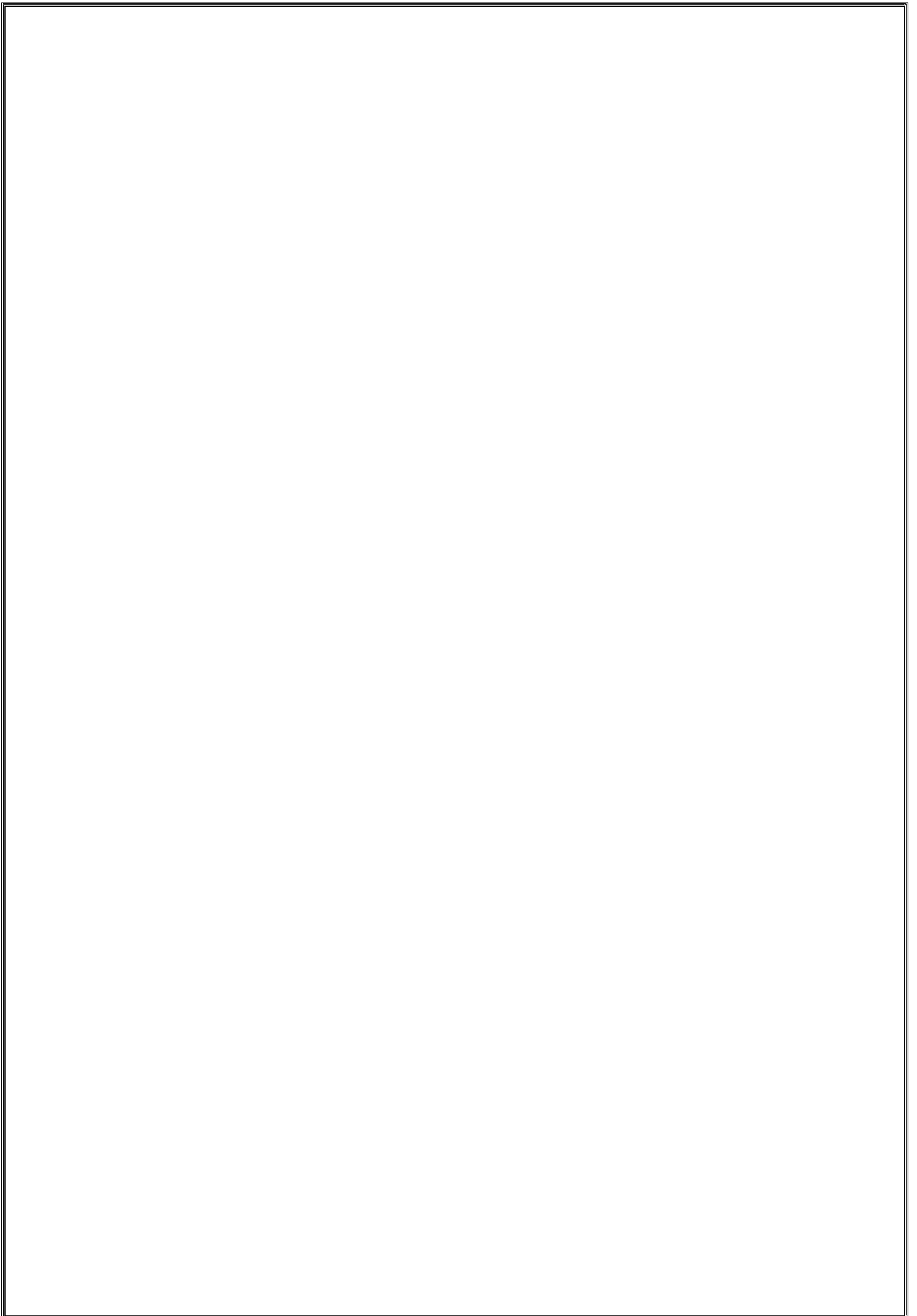
Articles

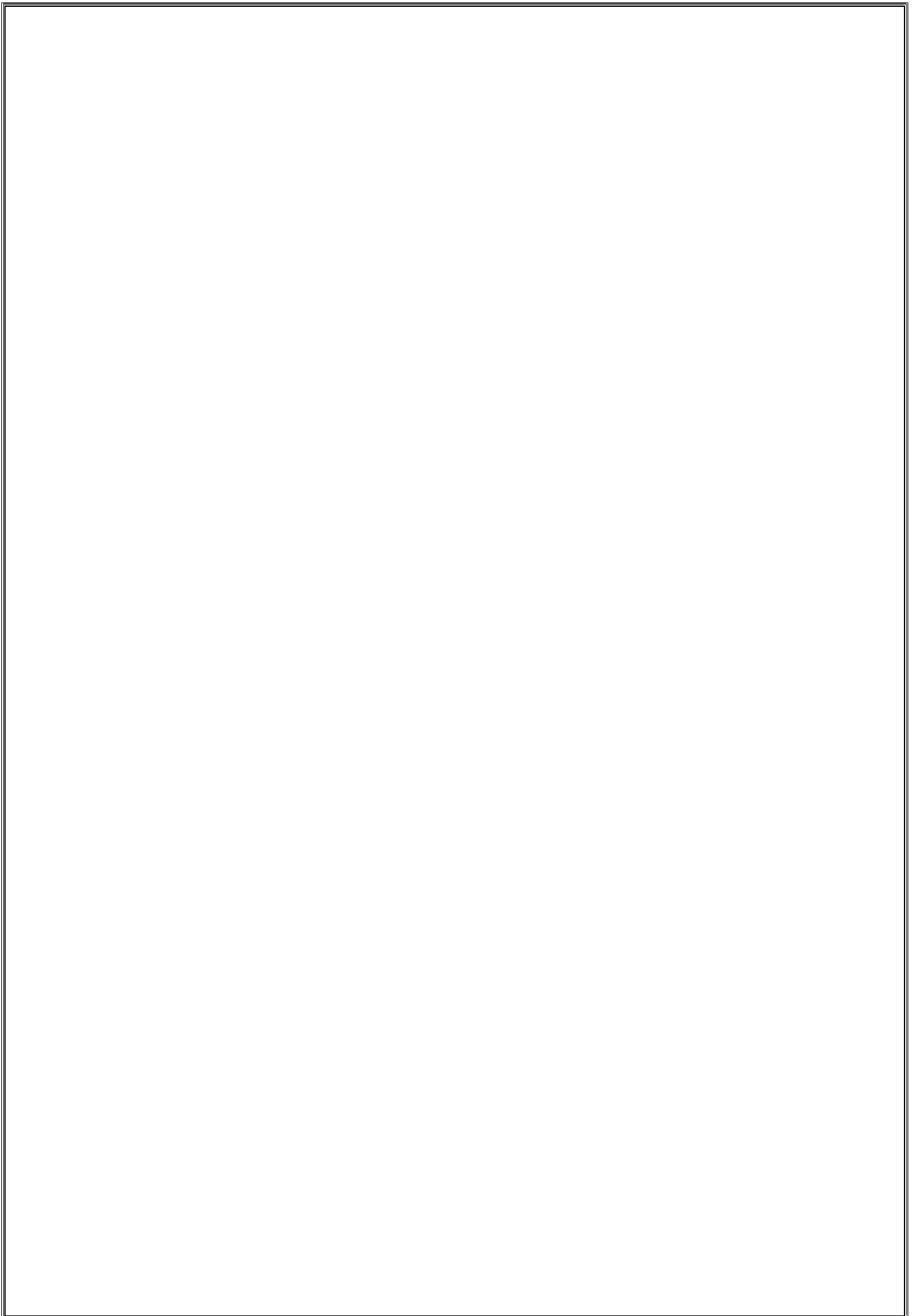
https://chumondor.aphp.fr/wpcontent/blogs.dir/163/files/2014/08/PSYCOM_TroublePsy_TroubleDepressifs_WEB.pdf

https://www.hug.ch/sites/interhug/files/structures/medecine_de_premier_recours/Strategies/strategie_depression.pdf

Dictionnaire

-Boissiere. E-G, (1912), « Larousse médical illustré de guerre », paris, éditions Librairie Larousse.





Il n'y a qu'une seule méthode pour faire un bon soldat. Le coup de pied au terrain."

De Robert Hollier

Préambule :

La méthodologie désigne un ensemble de méthodes adoptées pour soutenir une argumentation dans le but de mener à bien la recherche.

Autrement dit, la méthodologie est l'ensemble des règles et des démarches adoptées par un chercheur pendant son travail de recherche pour parvenir à une ou plusieurs conclusions

Pour réaliser une recherche, il faut se baser sur une méthodologie bien déterminée, avoir un terrain de recherche, une population d'étude et des outils d'investigation. Et avant d'approcher le terrain d'étude, il faut d'abord faire une pré-enquête et une enquête qui nous permettra de recueillir le maximum d'information, afin de construire nos hypothèses et de comprendre le vécu psychologique des médecins légistes : entre l'épuisement professionnel et la dépression de ces derniers.

1- Les limites de la recherche :

-limite spatiale: la recherche s'est déroulée au niveau des établissements hospitaliers situés à Béjaïa et ses environs : (EPH de SIDI- AICH, EPH d'AKBOU, CHU Frantz fanon -Bejaïa, EPH Kherrata).

-limite temporelle: du 01 février 2023 au 31 mai 2023.

-limite de groupe: l'étude s'est portée sur sept médecins légistes.

-outils de recherche : l'entretien de recherche semi-directif, le questionnaire de Maslach Burnout Inventory et l'échelle de dépression de Beck (BDI-II).

-approche= TCC.

2- La méthode de la recherche :

La Psychologie clinique représente aujourd'hui, le secteur le plus développé de la psychologie. Ce fait est paradoxal si l'on considère qu'il s'agit de la branche la plus récente de l'histoire des disciplines psychologiques, née seulement après la seconde guerre mondiale.

D'après **Jean -Louis pedinielli** : la psychologie clinique est la sous-discipline de la psychologie qui se préoccupe du problème de la souffrance psychique quelle qu'en soit l'origine. Elle se fonde sur des méthodes variées : l'étude de cas, l'observation, l'analyse des discours ; elle désigne sur un ensemble de méthodes et de théories.

En définitive, dès ses origines (psy=clinique) présente deux tendances particulières, deux formes de mentalités, définies l'une par la "clinique armée" au moyen de tests ..., l'autre par la clinique aux mains nues", c'est-à-dire valorisant la relation d'entretien et très proche de la psychanalyse (**Samacher. R et al, 2005, p.34**).

La psychologie clinique désigne à la fois un domaine (celui de la psychopathologie) et une méthode (clinique) qui s'insère dans une activité pratique visant la reconnaissance et la nomination de certains états, aptitudes, comportements dans le but de proposer une thérapeutique, une mesure d'ordre social ou éducatif ou une forme de conseil permettant une aide, une modification positive de l'individu. (**Fernandez .L , Pedinielli .J, 2006 ,p. 41**)

La méthode clinique en psychologie est une démarche pratique et théorique. En psychologie, ce qui intéresse le clinicien c'est le contraire de ce qui intéresse le statisticien. (**Robinson. B, 2005, p. 17**)

La méthode clinique s'intéresse à l'évolution de la personne dans la rencontre et à son histoire... (**Robinson. B, 2005, p. 18**)

Pour effectuer notre étude, nous avons adopté **la méthode descriptive** afin d'analyser les différents éléments de notre recherche, concernant l'état psychique des médecins légistes épuisés professionnellement, C'est une démarche qui vise à envisager la conduite dans la perspective propre,

Il y'a trois méthodes de recherche descriptive : enquête, observation et **étude de cas**.

L'étude de cas fait partie des méthodes descriptives. Elle consiste en une observation approfondie d'un individu ou d'un groupe d'individus. L'étude de cas est naturellement au cœur de la méthodologie clinique et les cliniciens y font souvent référence. (**Chahraoui & Bénony, 2003, pp.125-126**)

3- Attitude du chercheur :

- Non directivité : La notion d'attitude clinique est proche de la conception de la non-directivité qui peut se définir de la manière suivante :

La non-directivité, c'est d'abord une attitude envers le patient. C'est une attitude par laquelle le thérapeute se refuse à tendre à imprimer au patient une direction quelconque, sur un plan quelconque, se refuse à penser ce que le patient doit penser, sentir ou agir d'une manière déterminée. Il s'agit donc d'une attitude où la concentration sur le sujet est l'élément essentiel. (**Chahraoui & Bénony, 1999, pp.17-18**)

- Respect: L'attitude clinique relève d'une véritable attitude déontologique et éthique, elle implique le respect du sujet. Il s'agit naturellement du premier principe du code de déontologie des psychologues signé par les associations représentant les psychologues et enseignants chercheurs en psychologie. Le respect de la personne dans sa dimension psychique est un droit inalienable sa reconnaissance fonde l'action des psychologues.

(**Chahraoui & Bénony, 1999, p.18**)

Neutralité bienveillante : La notion de respect implique un autre élément de l'attitude clinique : la neutralité bienveillante. Le clinicien ne doit pas formuler de jugements. De critiques ou de désapprobations à l'égard du sujet. Toutefois, la neutralité n'est pas de la froideur ou de la distance, mais s'associer à la bienveillance. Il s'agit de mettre en confiance le sujet pour laisser s'exprimer librement. **(Chahraoui & Bénony, 1999, p.18)**

➤ **Empathie :**

Une dernière dimension de l'attitude clinique est la compréhension empathique il s'agit de comprendre de manière exacte le monde intérieur du sujet dans une sorte d'appréhension intuitive. Selon Rogers, il s'agit de sentir le monde privé du patient comme s'il était le votre, mais sans oublier la qualité de «comme si » sentir les colères, les peurs et les confusions du patient comme si elles étaient les vôtres, et cependant sans que votre propre colère, peur ou confusion ne retentissent sur elles; telles est la condition que Rogers essaye de décrire. L'empathie clinique apparait comme un principe clé de la psychothérapie et de son efficacité. **(Chahraoui & Benony, 1999, p.18)**

4- Présentation des lieux de la recherche :

Nous avons effectué notre travail de recherche au sein de l'EPH de Sidi-Aïch,, CHU de Bejaia, l'EPH d'AKBOUet l'EPH kherrata . De ce fait, dans ces institutions sanitaires on a trouvé les médecins dont on a besoin pour réaliser notre travail de recherche.

4-1- Centre Hospitalier UniversitaireFrantz fanon -Bejaïa (CHU):

L'Hôpital Frantz fanon a commencé ces activités en 1896.A sa construction, il a été nommé Hôpital civil de Bougie vers les années 50, il a été nommé « Hôpital régional de Bougie »après l'inauguration de l'hôpital Khalil Amrane en 1991 il devient « Hôpital Frantz Fanon» du nom du célèbre psychiatre français connu pour son engagement en faveur de l'indépendance de l'Algérie durant la guerre de libération (1954.1962).

4-2- Etablissement Public HospitalierHANOUMohamed Arrab Kherrata(EPH) :

L'Etablissement Public Hospitalier de Kherrata, crée par décret exécutif n° 07-140 du 02 Joumada El Aouel 1428 correspondant au 19 Mai 2007, portant création, organisation et fonctionnement des Etablissements Publics Hospitaliers et Etablissements Publics de Santé de Proximité est situé au Sud Est de la Wilaya de Bejaia, il s'étend sur deux (02) Daïras (Kherrata et Darguina, compte six (06) Communes (Kherrata, Draa El Gaid, Taskriout. Ait Smail, Darguina et Tamricht) et couvre une population de 140.000 habitants pour une

superficie de 485,54 Km². De par sa situation stratégique (situé entre deux pôles urbaines (Sétif - Bejaia) avec un axe routier important et dangereux tunnel à grand risque etc. L'E.P.H de Kherrata assure la couverture sanitaire non seulement de sa population locale mais aussi des populations des communes avoisinantes appartenant aux Wilayas limitrophes (Sétif Jijel-Bejaia) Bougas, Bouandas, Tala Ifacene, Tizi N'Berber, Oued El Berd, Ain Roua. Ziama, Souk El Tenine, Melbou, Aokas, e s, etc...)

4-3- Etablissement Public Hospitalier AKLOUL ALI d'AKBOU(EPH) :

L'EPH d'Akbou est un établissement public de santé datant d'avant l'indépendance. Avant sa construction, le siège de l'hôpital civil d'Akbou était sis à l'ancien hôpital situé à la haute ville et construit en 1872. En 1959, il a été décidé de construire une nouvelle structure hospitalière à la nouvelle ville et les travaux ont commencé en 1960. Le nouvel hôpital est réceptionné en mars 1962 et fut inauguré le 21 novembre 1968. L'activité hospitalière est transférée vers le nouvel hôpital baptisé au nom du «Chahid Lieutenant AKLOUL Ali en 1970 ». L'EPH d'Akbou pu mettre en cuvre deux EPSP (Établissement Public Sanitaire de Proximité) de Seddouk et de Tazemalt, à présent détachés du secteur sanitaire. L'EPH d'Akbou se trouve intégré dans le tissu urbain de la ville d'Akbou, il compte 182 lits organisés. Il est considéré comme le plus grand générateur de DAS au niveau de la wilaya de Bejaïa avec 96 kg.

4-4- Etablissement Public Hospitalier CHAHID RACHID BELHOCINE » DE SIDI-AICH (EPH) :

L'EPH chahid rachid belhocine » de sisi-aich, est un établissement public à caractère administratif, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Il est créé et structure conformément au décret exécutif n 07-140, après l'avis du wali, et sur proposition du ministre de la santé, et placé sous la tutelle du wali de la wilaya de BEJAIA Sa mission principale est curative en termes de soins d'hospitalisation et la réadaptation médicale qui couvre la population d'un ensemble de communes (huit (8) communes). L'EPH chahid rachid belhocine de sisi-aich, est structuré en «conseil d'administration» dirigé par le directeur, et d'un organe consultatif dénommé « conseil médical », et d'après les critères de classements des établissements publics hospitaliers, l'EPH de Sidi-Aich est classé en catégorie B ». L'EPH CHAHID RACHID BELHOCINE »est organisé conformément à l'arrêté n' 2739 du 26 janvier 2008, portant la création des services et de leurs unités constitutives au sein de cet hôpital.

5- La présentation de la population d'étude et ses caractéristiques :

Notre recherche contient sept cas des médecins légistes en épuisement professionnel et qui sont au bout d'une humeur dépressive, on a choisi notre échantillon selon les critères suivants :

- avoir des médecins épuisés professionnellement et sous un stress chronique
- rencontrer des médecins en activités dans service Médecine Légale depuis en moins deux ans.

Tableau n° 04 : récapitulatif des caractéristiques du groupe d'étude.

N° du cas	Nom du cas	Nombre d'expérience d'année
01	Dr «A.I »	12ans /CHU de Bejaïa
02	Dr « Z.W »	7ans/ CHU de Bejaïa
03	Dr « B.F »	17ans /CHU de Bejaïa
04	Dr « M.S »	12 ans/EPH d'Akbou
05	Dr « R.L »	3 Ans/EPH kherrata
06	Dr « A.H »	7 Ans/EPH kherrata
07	Dr « K.H »	9ans / EPH Sidi-Aich

Ce tableau présent les caractéristiques de notre groupe d'étude qui consiste trois parmi eux ont plus de douze ans d'expérience et les quatre autres ont moins de dix ans d'expérience.

6- Le déroulement de la recherche :

➤ La pré-enquête :

La pré-enquête représente une étape très importante dans notre projet de recherche, elle se fait par le biais de l'observation préliminaire des faits afin de recueillir le maximum d'informations qui permettent le déroulement de l'enquête, elle est une phase d'investigation préliminaire, de reconnaissance, une phase de terrain assez précoce dont le but essentiel c'est d'aider à constituer une problématique plus précise surtout à construire des hypothèses qui soient valide , et aussi ca nous a faciliter l'élaboration de notre guide d'entretien .

Mes activités lors de mon premier stage à EPH de sidi-aich d'un mois et demi, de 01 / 02 / 2023 jusqu'au 18 /03 / 2023, s'articulent essentiellement autour d'un axe d'observation, Avant d'entamer les entretiens, ce rôle m'a donné

première exposition à la réalité d'un milieu hospitalier qui peut parfois être très difficile et dur surtout lorsque nous rencontrons des médecins en dépression à cause du burn-out évoquant dans leur milieu professionnel.

En effet, j'ai construit ma première présentation de ce qui inclue un entretien clinique et le choix des outils d'évaluation à partir des données anamnestiques, après avoir terminé cette étude qui était comme un point de départ de notre recherche.

Au deuxième lieu, lors de mon premier jour dans le SML à l'hôpital Franz fanon à Bejaïa, pour un stage pratique d'un mois et demi, de 02 / 04 / 2023 jusqu'au 31 / 05 / 2023 ; je me suis rendue dans différentes parties de services pour mieux comprendre son fonctionnement et les équipes qui le composent et avec le consentement des médecins j'ai participé aux autopsies au SML situés à ;franz fanon, akbou et kherrata .

Le tour des services médicaux légaux à EPH d'akbou et kherrata faisons également partie de mes activités durant mon stage.

➤ **L'enquête :**

Notre enquête a duré a peut prés trois mois, du 01 / 02 / 2023 au 31 / 05 / 2023 à une fréquence de deux fois par semaine, l'entretien prend environ une heure et demi, puis les échelles sont distribuées aux médecins légistes pour mesurer leurs Burnout et le degré du risque de dépression chez eux.

Enfin, nous avons obtenu des informations relatives à notre thème de recherche.

7- Les outils d'investigation de la recherche :

Nous avons utilisée **l'entretien clinique** pour mieux cerner notre étude de cas et être en contact avec la population étudiée. On utilisant les différentes questions de **guide d'entretien** et les deux échelles **MBI et BDI** pour l'évaluation du Burn out et de dépression.

7-1- L'observation clinique :

Le projet de l'observation clinique consiste à « relever des phénomènes comportementaux significatifs, (de) leur donner un sens en les resituant dans la dynamique, l'histoire d'un sujet et dans le contexte ». Ainsi, le champ de l'observation clinique n'est réduit ni à l'observation des troubles (psychopathologie), ni à l'observation psychanalytique (la réalité psychique). Elle concerne l'ensemble des conduites verbales et non verbales, les interactions, dans leur référence à la subjectivité et l'intersubjectivité. Ce projet inclut tout aussi bien **l'observation clinique structurée** [visant l'objectivation des phénomènes par la mise en œuvre d'un dispositif systématisé de recueil des données (grilles, tests, vidéos)] que **l'observation clinique relationnelle** [visant la restitution du sens des observables en référence à la

singularité du sujet et à l'implication de l'observateur]. Le choix entre ces deux types d'observation met en évidence un rapport à l'objet différent dans la construction du savoir.

Tous ces paramètres définissent, selon un continuum, les caractéristiques de l'observation. La combinaison des différents paramètres entraîne une grande variété de dispositifs d'observation. Dans la recherche en psychologie clinique, recourir à l'observation clinique relationnelle consiste donc à choisir un dispositif particulier où l'observation est globale, narrative, à forte inférence et à forte implication. **(Pedielli. J et all, 2006, p. 47)**

7-2- L'entretien clinique :

Chahraoui (1999), l'entretien clinique est un échange de paroles entre plusieurs personnes sur un thème donné. « L'entretien clinique utilisé par les psychologues cliniciens [...] vise à appréhender et à comprendre le fonctionnement psychologique d'un sujet en se centrant sur son vécu et en mettant l'accent sur la relation » Pour les auteurs, le principal but de l'entretien clinique est de comprendre l'homme dans sa totalité et dans sa singularité. **(Bénony&Chahraoui, 1999, p. 11)**

L'entretien clinique est donc la technique de choix pour accéder à des informations subjectives (histoire de vie, représentations, sentiments, émotions, expérience) témoignant de la singularité et de la complexité d'un sujet. **(Fernandez & Pedielli, 2006, p .48)**

7-2-1-l'entretien semi-directif: l'attitude non-directive qui favorise l'expression personnelle du sujet est combinée avec le projet d'explorer des thèmes particuliers. Le clinicien-chercheur a donc recours à un guide thématique. **(Fernandez & Pedielli, 2006, p .49)**

L'entretien semi- directif = c'est le plus courant. Le chercheur se sert d'un guide d'entretien pré-structuré (en fonction de ses hypothèses de recherche). Il invite donc le sujet à produire un discours aussi riche que possible à propos du thème évoqué. Il n'hésitera pas à intervenir pour faire préciser l'énoncé ou pour reprendre un point de vue évoqué par le sujet (réitération). **(Lavande.A-M, 2008, p. 194)**

7-2-2- le guide d'entretien :

Notre guide d'entretien est composé de six axes (06), chaque axe est constitué de questions en relation avec notre thème de recherche bien que ses questions seront posées soit en langues française, arabe, ou kabyle tout dépend la langue maternelle, du niveau l'instruction du sujet interrogé. (Le guide d'entretien complet : voire les annexes)

Axe 01 : Les informations sur la vie privée, familiale et sociale des médecins légistes.

Axe02 :L'état de santé des médecins légistes.

Axe03 : la vie professionnelle des médecins légistes.

Axe04 : les activités des médecins en dehors des heures de travail.

Axe05 : la dépression.

Axe06 : la projection des médecins légistes dans l'avenir.

7-3- Test d'Inventaire de Burnout de Maslach - MBI

Comment percevez-vous votre travail ? Etes-vous épuisé(e) ?

Quelle est votre capacité à gérer votre relation aux autres ?

Où en êtes-vous sur votre degré d'accomplissement personnel ?

Présentation de l'échelle MBI :

L'inventaire MBI « Maslach burn Inventory » est un instrument utilisé pour évaluer le syndrome d'épuisement professionnel, développé par Christina Maslach et Suzan Jackson en 1981, il s'agit d'un formulaire de 22 items aux quelles les sujets répondent en utilisant une échelle de fréquence en 7 points, allant de 0 à 6.

Le MBI mesure les trois dimensions du Burn-out :

- L'épuisement Emotionnel (EE)
- La Dépersonnalisation (DP) ou déshumanisation
- l'accomplissement ou l'efficacité personnelle (AP)

La consigne :

-Précisez la fréquence à laquelle vous ressentez la description des propositions suivantes en entourant le chiffre correspondant avec :

- 0 = Jamais
- 1 = Quelques fois par an, au moins
- 2 = Une fois par mois au moins
- 3 = Quelques fois par mois
- 4 = Une fois par semaine
- 5 = Quelques fois par semaine
- 6 = Chaque jour

-Ajoutez les scores obtenus dans chacune des 3 dimensions proposées au bas du questionnaire. Voyez si ces scores sont à un degré « faible », « modéré » ou « élevé ».

La cotation :

Total du Score d'Épuisement Professionnel (SEE)

Ajoutez les scores que vous avez obtenus aux questions 01. 02. 03. 06. 08. 13. 14. 16. 20

SEE =

Épuisement Professionnel/émotionnel	SEP < à 17	18 < SEP < 29	30 < SEP
	Degré faible	Degré modéré	Degré élevé

Total du Score Dépersonnalisation / Perte d'empathie (SDP)

Ajoutez les scores que vous avez obtenus aux questions 05. 10. 11. 15. 22

SDP =

Dépersonnalisation	SD < à 5	6 < SD < 11	12 < SD
	Degré faible	Degré modéré	Degré élevé

Total du Score Accomplissement Personnel (SAP)

Ajoutez les scores que vous avez obtenus aux questions 04. 07. 09. 12. 17. 18. 19. 21.

SAP =

Accomplissement Personnel	SAP < à 33	34 < SAP < 39	40 < SAP
	Degré faible	Degré modéré	Degré élevé

Degré de Burn Out

Attention si vos scores SEP et SD se trouvent tous les deux dans le rouge ! Surtout si votre degré d'accomplissement est également dans le rouge !!!

SEP	L'épuisement professionnel (Burn Out) est typiquement lié au rapport avec un travail vécu comme difficile, fatiguant, stressant... Pour Maslach, il est différent d'une dépression car il disparaîtrait pendant les vacances.
SD	La dépersonnalisation, ou perte d'empathie, se caractérise par une baisse de considération positive à l'égard des autres (clients, collègues...), c'est une attitude où la distance émotionnelle est importante, observables par des discours cyniques, dépréciatifs, voire même par de l'indifférence.
SAP	L'accomplissement personnel est un sentiment « soupape de sécurité » qui assurerait un équilibre en cas d'épuisement professionnel et de dépersonnalisation. Il assure un épanouissement au travail, un regard positif sur les réalisations professionnelles.

(Maslach, C et col. ,2006)

7-4- Inventaire de dépression de Beck-BDI**Description :**

L'inventaire de dépression de Beck est le questionnaire de dépression le plus utilisé parmi la population adulte. Chacune de ses 21 questions propose quatre énoncés correspondant à quatre degrés d'intensité des symptômes de dépression, ce qui permet une estimation quantitative de l'intensité de la dépression.

Le client répond au questionnaire en entourant la lettre qui correspond à l'énoncé qui décrit le mieux la façon dont il s'est senti au cours des sept derniers jours. Il peut entourer plusieurs énoncés par question si plusieurs propositions lui conviennent.

Consignes pour la cotation (facultative) :

Même si le client peut sélectionner plusieurs énoncés par question, il faut seulement tenir compte de l'énoncé dont la cote est la plus forte lors du calcul du résultat.

L'inventaire de dépression de Beck se cote très facilement et aucun énoncé n'est inversé. Les points doivent être calculés de la manière suivante :

A = 0 point. B = 1 point c = 2 points. D = 3 points

Il suffit enfin d'additionner les scores obtenus pour chacun des 21 énoncés. Le résultat total peut donc varier de 0 à 63.

Les normes de la dépression:

Selon Beck, on peut classer les résultats du client de la façon suivante :

1. 9 points ou - : score normal
2. de 10 à 18 : dépression légère
3. de 19 à 29: dépression modérée
4. 30 ou + : dépression sévère

8- Les difficultés rencontrées

- Il n'existe pas de travail ou de recherche sans difficultés qui entravent le bon déroulement des choses, Durant notre recherche, nous avons rencontrés les contraintes suivantes :

-Le manque d'ouvrage a la bibliothèque Concernant notre thème de la recherche.

-Un nombre important des psychologues cliniciens font partie de syndicat des psychologues, qui ont gelé les stages à des causes inconnues

- Manque d'études antérieures

- aucune documentation ou thèses n'a été trouvé en Algérie sur notre thématique de la recherche.

- la navette entre les lieux du stage (difficulté de déplacement entre les quatre établissements hospitaliers (CHU Bejaïa, akbou et kherrata)

- aucune étude n'a été faite sur les médecins légistes en Algérie (spécialement le processus Burn-out /dépression).

Synthèse :

Dans le but d'évaluer l'état mental chez les médecins légistes en Burn out élevé ainsi que les causes principales de cet épuisement. Nous nous sommes basées sur la méthode descriptive qui est l'étude de cas. Nous avons effectué notre recherche au bureau de chef de service de la médecine légale de chaque établissement hospitalier et nous avons eu sept cas comme population d'étude. Pour la collecte d'informations, nous avons utilisé trois outils d'investigation qui sont l'entretien semi directif et les deux échelles MBI et BDI l'une pour l'évaluation du burn out et l'autre pour l'évaluation de dépression. On a opté deux étapes ,la première pour la collecte d'informations et la réalisation des entretiens avec chacune de nos cas, la deuxième pour les deux différentes échelles et les différentes questions du guide d'entretien .Ces deux étapes nous ont permis de recueillir des informations qui seront présentées et analysées dans la partie suivante.



***Chapitre VII: Présentation,
analyse et discussion des
hypothèses***

Préambule

Dans cette partie de notre travail, on va parler sur nos sujets de recherche, nous allons aborder la présentation et l'analyse des résultats obtenues par nos outils de recherche à savoir : l'entretien semi-directif et les deux échelles MBI et BDI, ces trois outils vont nous permettre de confirmer ou d'infirmer les hypothèses.

Nous avons sélectionné une population de sept cas afin de procéder à une analyse plus détaillée de ces derniers.

On s'est présenté en tant que psychologues, en stage pratique dans le cadre d'une recherche pour préparer un mémoire de fin de cycle. Puis nous informons les sujets de notre travail clinique (l'entretien et les échelles MBI et BDI), en soulignant les consignes à respecter, à savoir le respect de leurs anonymats et l'utilisation des résultats à des fins de recherche.

Cas n°01 : Dr « A. I »

1) Présentation et analyse des données de l'entretien de recherche semi-directif de Dr « A.I » :**Présentation d'entretien :**

L'entretien avec Dr « A I » s'est déroulé l'après-midi en mois de ramadan, il était un peu fatigué mais très coopératif, Dr « A.I » Est un médecin légiste à Franz fanon et aussi un enseignant en médecine légale. C'était lui le chef de service en intérim, il nous a bien accueillies, il a accepté d'être parmi notre groupe de recherche. L'entretien s'est déroulé le dimanche 02 avril 2023 à 13h, dans son propre bureau.

Analyse d'entretien :**Axe 01 : Informations sur la vie privée familiale et sociale**

On a abordé dans notre guide d'entretien semi directif des informations sur la vie privée et socio -familiales dans la première question était portée sur la parole sur soi-même en général où il a répondu : **« je suis volontaire ,dynamique et bienveillant ,je juge pas ...je donne pas d'importance aux regards des autres et même j'aime pas être supérieur à l'autre je vis ma vie comme elle est , j'aimerais être invisible ...et j'aime aider les gens même**

c'est moi qui propose mon aide des fois » . Il a souri légèrement en disant: "**Je me mets beaucoup en colère et intolérant pendant la surcharge du travail, mais c'est temporaire** ».J'en ai profité pour lui demander s'il était fatigué et épuisé à cause de cette pression répétée au niveau de travail où il à répondu : « **bien sûr, nous sommes dépressifs des fois et épuisés par rapport à la charge car une médecine pareille, minimum il faut avoir huit médecins légistes**».

En 2^e question concernant ces relations familiales et l'influence de son épuisement sur eux disent : « **hamdullah un bon entourage et une très bonne relations et forte communication avec ma famille surtout avec ma femme je partage avec elle mes problèmes sachant qu'elle est médecin pédiatre donc elle me comprendre facilement mais la plupart du temps j'évite de parler de mes charges professionnelles, je reste dans mon bureau pour ne pas leurs faire ressentir ma charge professionnelle , tous les jours je rentre à la maison fatigué, donc oui mon épuisement influence sur ma famille mais je me force pour veut que mes enfants amusent et distraire dans les week-ends déjà la dernière fois ils sont sortis avec leurs cousins parce que j'étais chargée au fond au moment où j'aimerais bien les satisfaire et les accompagner** ».

Il nous ajoute : « **si je n'étais pas marié, je pense que je serais déprimé plus que ça, parce que l'entourage familial sa compte pour moi** »

Et ce qui concerne la présence des maladies chroniques au sein de la famille en disant : « **oui je me souviens mon cousin qui a été atteint d'une tumeur mais hamdullah il a dépassé et il a réussi de s'en sortir de cet état Avec nos encouragements** ».

Au cours de la pandémie il nous à dit qu'il **travaille24/24** où la surcharge était plus que d'habitude, donc il a vécu **des moments difficiles**.

D'après les paroles de notre sujet, son entourage socio familial a fait des remarques à propos de son comportement inhabituel en lui disant que vous êtes vraiment fatigué et épuisé.

Axe 02 :L'état de santé

Concernant la santé de Dr « A.I », il nous a dit : « j'ai souffre d'une maladie de chorio-rétinite cérébrale **(un stress visuel) et des attaques de panique qui à durés 4 mois** à cause du stress que j'ai vécu et de la responsabilité professionnelle que j'avais ».

A propos du rythme alimentaire de Dr « A.I », il nous dit : « je consomme beaucoup plus des produits laitiers et des fruits ».

Quand on a posé la question « faites vous du sport ? » Dr, « A.I » a répondu : « j'étais un sportif mais a cause du travail, je me suis arrêté... {Un silence} je ne peux même pas prendre une journée ou deux heures pour récupérer mon énergie convenablement ».

Axe 03 : Informations sur l'activité professionnelle

On a abordé dans notre guide d'entretien semi-directif des informations sur la vie professionnelle, dont la première question était portée sur le choix de la profession, Dr. « AI » a répondu : « j'ai jamais eu l'attention d'entrer dans ce domaine à l'époque au moment des choix des branches j'ai voulais m'orienter vers spécialité du sport mais malheureusement y'a pas ce choix ,donc En raison de mes notes élevées, je suis allé dans le domaine de la médecine avec l'avis de mes parents ».

Dr « A.I » a eu son bac en 1998, il a commencé sa carrière en tant que médecin légiste en 2012, ce qui veut dire qu'il a 13ans d'expérience, Il travaille de dimanche à jeudi, 8h par jour, en disant : « un weekend par 15 jours pour chaque médecin légiste, on travaille même pendant les jours fériés »

A propos les horaires du travail, en disant : «c'est un domaine qui nécessite une délibération où il faut y'avoir des récupérations ».

En ce qui concerne ses tâches au niveau de service de médecine légale, nous avons relevé qu'il accomplit plusieurs, comme il vient de l'affirmer : «Mon travail est axé sur deux volets universitaire et hospitalier ; le premier consiste à l'encadrement des étudiants en médecine et ainsi que les résidents en cours de spécialisation, au volet hospitalier concernant les consultations et les autopsies ».

Concernant son service de médecine légale, il dit quel-est souvent en forme et il aime bien le contact et l'ambiance entre les collègues, ils ce respects.

Il nous ajoute : « **je me mets en choc dans certains cas traités comme les cadavres décomposés et les agressions décrites durant les consultations par des enfants qui sont victimes de violence sexuelle ce que me fait peur sur mes enfants** ».

Axe 04 : les activités des médecins légistes en dehors des heures de travail

Notre première question concernant les activités en dehors de travail, Dr « A.I » nous a dit: « J'ai un don, un héritage de mon père, nous sommes une famille d'artisans, donc ma famille et moi nous y reposons et profitons de notre temps ».

Axe 05 : dépression

Lorsque on a posé les questions de notre guide d'entretien semi-directif à Dr « A.I » on a trouvé que son état dépressif a été affectée, à travers ses mots « **nous sommes épuisés et dépressifs des fois par rapport à la charge** », « **on a besoin d'être aidés** », « **na3ya** » (nous sommes fatigués).

Dr « A.I » rajoute : « **Sur le plan affectif, quand y'a un problème, il faut régler ce dernier, on est tenue a l'obligation, la cause de la mort qui nous dérange pour soulever la vérité ; ya des cadavres décomposés où on ne peut pas détecter... (Un silence) cette situation est stressante la plupart du temps** ».

Passant au point de l'appétit, il a déclaré : « **Ama a3yugh usetagh ara akk** », « **quand je me sens épuisé, je ne mange pas de tout** ».

D'après les réponses du Dr « A.I », on a remarqué la perte d'énergie, la fatigabilité et l'inquiétude au fil de temps.

Axe 06 : la projection dans l'avenir

Lorsqu'on lui a demandé quelles sont ses projets en future, Dr. « A.I » nous répond par : « **hemlagh mlih la nature, adughalegh a3ichgh anda idkreggh g tmziw** », « **Je voudrais vivre à nouveau dans mon village natal ,j'aime beaucoup la nature** ».

Il nous a ajouté : « **3awqagh ma adrouhagh l'étranger (EU) j'ai une proposition du travail ou bien aqimgh, txemimegh toujours f deryaw ilaqasen entourage inu athimghuren axmen lhayatnsen aKN tvghan g conditions iyvghan daghan** », « **j'arrive pas de prendre une décision définitive si je dois rester où quitter mon pays pour aller à l'étranger, mais en regardant ma situation familiale concernant l'âge de mes enfants ; j'ai des soucis** ».

Nous allons passer maintenant à la présentation et analyse des résultats du questionnaire de MBI (maslaschBurn Out Invontory) de notre premier cas.

2) Présentation et analyse des résultats du questionnaire de MBI

Tableau n°9 : Résultat de l'échelle de burn out (MBI) de Dr « A.I »

Dimension de burn out	Score	Niveau de dimension	Score moyenne burn out	Niveau d'épuisement
Epuisement émotionnel	23	Degré Modéré	25,33	Modéré
Dépersonnalisation	6	Degré Modéré		
Accomplissement personnel	47	Degré Élevé		

Le tableau ci-dessus présente le niveau de burn out chez Dr « A.I », on note tout d'abord que l'épuisement émotionnel chez ce cas est modéré, le niveau de dépersonnalisation aussi modéré, et le niveau de l'accomplissement personnel est élevé.

On remarque que Dr AI manifeste un niveau d'épuisement professionnel modéré avec un score moyen de 25,33.

Notre cas a un résultat de test suivant : **SEE= 23** , **SDE= 6** , **SAP =47**

Analyse des résultats obtenus dans l'échelle MBI :

On constate d'après l'échelle MBI que Dr A.I se sent très fatigué et sous une pression d'après l'item (02), (03), (06), (11), (14), (22).

Mr « A.I » a obtenu un score de **23** qui représente un **degré modéré** dans la **dimension d'épuisement émotionnel** dont les items sont - 1,2,3,6,8,13 ,14,16, 20 , là où il a répondu « **quelques fois par semaine** » à l' **item (3)** « je me sens **fatigué**, lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail » et dans l' **item (14)** « je sent que je travaille **trop dur** dans mon travail » dont il a coché la case « **chaque jour** ».

Dans la deuxième dimension du burn-out qui est la **dépersonnalisation** dont les items sont : 5, 10, 11, 15,22, Mr « A.I » a obtenu un score de **6** qui représente un **degré modéré** de dépersonnalisation , où il a coché « **Quelque fois par semaine** », dans l' **item(11)** « Je

crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement », et l'**item (22)** « j'ai l'impression que mes patients me rendent responsable de certains de leurs problèmes ».

Ainsi qu'un **degré élevé** de sentiment **d'accomplissement personnel** avec un score de **47**, dont les items sont : 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21, là où il a 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 patients ressentent » où elle a coché la case « **chaque jours** ». Ce qui est un signe d'un fort accomplissement personnel de Mr « **A.I** » dont l'**item (7)** nous le fait savoir intitulé « je m'occupe très efficacement des problèmes de mes patients », là où il a coché la case « **chaque jours** ».

3) Présentation et analyse des résultats de l'échelle BDI

Tableau n°10 : Présentation des résultats de l'échelle de Beck du cas n°1

N° d'items	Les items	La cotation	Expressions
1	La tristesse	0	
2	Pessimisme	0	
3	Echec dans le passé	1	J'ai échoué plus souvent que je n'aurais dû.
4	Perde de plaisir	0	
5	Sentiment de culpabilité	1	Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais dû faire.
6	Sentiment d'être punit	0	
7	Sentiment négatif envers soi même	0	
8	Attitude critique envers soi	0	
9	Pensée ou désir de suicide	0	
10	Pleurs	0	
11	Agitation	1	Je me sens plus agité ou plus tendu que d'habitude
12	Pert d'intérêt	0	

13	Indécision	1	Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions.
14	Dévalorisation	0	
15	Perte d'énergie	2	Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand-chose
16	Modification dans les habitudes de sommeil	1a 3c	-Je dors un peu moins que d'habitude - je me réveille une ou 2 h plus tôt et je suis incapable de me rendormir
17	Irritabilité	1	Je suis plus irritable que d'habitude
18	Modification de l'appétit	1a	-J'ai un peu moins d'appétit que d'habitude
19	Difficulté à se concentrer	1	Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude
20	Fatigue	2	je suis trop fatigué pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant
21	Perte d'intérêt pour le sexe	0	
Score total		15	Dépression légère

Analyse de l'échelle :

Les résultats obtenus dans l'échelle de Beck indiquent que le sujet est atteint d'une dépression légère, d'un score de (15).

On trouve un seul item qui compte un score très élevé d'un degré de (3) qui représente « modification des habitudes de sommeil ».comme il a obtenu (2) autres réponses d'un score de (2) « perte d'énergie» et « fatigue»

Concernant le score de (1), il a obtenu (5) réponses des items « échec dans le passé », « sentiments de culpabilité», « agitation », « indécision », « irritabilité », « Modification de l'appétit », « difficulté à se concentrer ».

Synthèse générale du premier cas :

A partir de l'entretien semi-directif et d'après le test MBI on remarque que le cas A.I présente un degré d'épuisement professionnel modéré ; cet état s'inscrit suite à une présence d'une **fatigue chronique liée au travail**. Et aussi on constate d'après l'échelle BDI que les signes dépressifs de docteur A.I sont causés par son stress pathologique, le manque des personnels et des matériels dans son travail, mais il sait comment gérer les situations perturbantes et stressantes.

Cas n°02 : Dr « Z.W »

1) Présentation et analyse des données de l'entretien de recherche semi-directif de Dr Z.W :**Présentation d'entretien**

L'entretien avec Dr « Z.W » s'est déroulé le matin en mois de ramadan, il était dynamique, souriante et très coopérative, Dr « Z.W » Est médecin légiste dans deux établissements hospitaliers à Franz fanon et à Amizour. Elle nous a bien accueillies, elle a accepté d'être parmi notre population d'étude. L'entretien s'est déroulé le mardi 04 avril 2023 à 11h, dans le bureau du SML (service de la médecine légale).

Analyse d'entretien :**Axe 01 : Informations sur la vie privée familiale et sociale**

On a abordé dans notre guide d'entretien semi-directif des informations sur la vie privée et socio-familiales dans la première question était portée sur la parole sur soi-même en général où elle a répondu : « **je suis souriante, dynamique et gentille avec mes patients sa dépend en fonction des comportements des malades** ».

En 2^e question concernant ces relations familiales et l'influence de son épuisement sur eux, elle nous dit : « l'épuisement déjà yebda m3a les études et il existe avant d'avoir un poste et après (l'épuisement commence déjà avec les études), tellement j'ai été épuisée, j'ai une pause d'une année afin de me préparer devant le milieu professionnel », « 3endi cinq frères et trios sœurs win kayna une forte communication ,ntnaqcho 3la kolchi , la famille ta3i nombreuse itsma kayna l'ambiance familiale »(ma famille est nombreuse , j'ai cinq frères et

trois sœurs, où on discute de tout entre nous , donc il y'a cette ambiance et communication familiale)

Au cours de la pandémie il nous à dit qu'elle avait des difficultés à gérer son quotidien surtout avec le caractère de ses patients.

Quand on a posé la question « devant des problèmes importantes a qui vous vous adressez le plus souvent ? » Dr « Z.W » a répondu : « je m'adresse à mes sœurs et à mes proches amies qui étaient avec moi pendant mon choc émotionnel (le décès de sa mère).

Et ce qui concerne la présence des maladies au sein de la famille en disant : «oui le cancer de ma mère allah yerhameha nchallah, jamais nensa hadik la période 'j'ai souffre bzaif même j'ai tout fait pour son suivi mais lmaktob xlatli un grand vide f heyati aucune personne peut l'accomplir » (le cancer de ma mère ,que dieu l'accueille dans son vaste paradis ,je vais jamais oublier cette période où j'ai trop souffre même j'ai tout fait pour son suivi mais le destin ,ça a laissé un grand vide dans ma vie personne peut le remplir).

Axe 02 : L'état de santé

Concernant la santé de Dr « Z.W », elle nous a dit : « La tension toujours tetla3li », « mon tension augmente toujours a cause de pression, même j'ai perdu de poids et j'ai des cernes parce que je ne dors pas bien et a un moment donné **j'ai commencée à apprendre des antidépresseurs et des anxiolytiques** ».

Axe 03 : Informations sur l'activité professionnelle

Dr « Z.W » à commencée sa carrière en tant que médecin légiste à l'âge de 28 ans, ce qui veut dire qu'elle a 7ans d'expérience. , elle travaille de dimanche à jeudi, 8h par jour, en disant : « je travaille dans deux hôpitaux ce d'amizour je suis la seule médecin légiste là-bas concernant seulement les consultations pour trois jours et le reste de jours de la semaine à Franz fanon.

Concernant son service de médecine légale, il dit quel-est toujours en forme et il aime bien l'ambiance entre les collègues situées au chu Franz fanon contrario à son travail à amizour.

Elle nous ajoute : « ga3 les spécialités 3ndhoum charge professionnelle mais hnaya zayedda chewiya » (**toutes les spécialités ont des charges professionnels mais pour la notre c'est plus**).

Dr « Z.W » reste toujours empathique avec ses patients, en disant : « naheki b therafa m3a nass ; un malade reste un malade kima t3ameli nass yt3amelo m3ak, mais y'a une catégorie yqalqoni bzaf tema lazem tkoni wa3ra m3ahoum », (je parle bien avec les gens, le malade reste un malade ; quelle que soit la façon dont vous les-traitez, ils vous traiteront mais y'a une catégorie qui m'inquiète beaucoup où il faut être sévère avec eux).

Axe 04 : les activités des médecins légistes en dehors des heures de travail

Notre première question concernant les activités en dehors de travail, Dr « Z.W » nous a dit: « neheb ki neweli l darr , je sorts avec la famille w hbabati, nbdel chewiya ljaw ta3 lxedemma », (j'aime bien retourner chez moi ,je sorts avec la famille et mes amies pour me distraire et sortir de la zone du travail).

Elle nous ajoute : « ne3ich hyati b les détails ta3ha ; ma vie professionnelle d'un coté et ma vie personnelle d'un autre coté », (**je vis ma vie avec ses détails**).

Axe 05 : dépression

Lorsque on a posé les questions de notre guide d'entretien semi-directif à Dr. Z W on a trouvé que son état dépressif a été affectée, à travers ses mots « **nous sommes vraiment épuisés, 3kebet une période très dure manqderch nwsfhalek mais hamdullah walefet et mon travail m'a aider à ne pas penser trop** », (nous sommes épuisés, j'ai passé une période très dure je ne peux pas la décrire mais hamdullah j'ai l'habitude et mon travail m'a aider à ne pas penser trop).

Et concernant son appétit, elle nous dit : «J'ai eu beaucoup moins d'appétit que d'habitude » et la plupart de temps «ma nakelech hta nsali men lxedemma», (j'ai eu beaucoup moins d'appétit que d'habitude et la plupart de temps, je ne mange plus jusqu'à la fin de la journée).

Passant au point de sommeil, elle a déclaré : « Je dors un peu plus que d'habitude et Je me réveille une ou 2 h plus tôt et je suis incapable de me rendormir ».

D'après les réponses du Dr « Z.W », on a remarqué la perte d'énergie, la fatigabilité et des difficultés à se concentrer, d'après ses dires : « **Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand-chose** », « **j'ai du mal à me concentrer lentement sur quoi que ce soit** », « **je suis trop fatiguée pour faire la plupart des choses que je faisais avant** »

Axe 06 : la projection dans l'avenir

Lorsqu'on lui a demandé quelles sont ses projets en future, Dr « Z.W » nous répond par : « kayen 3endi un projet de mon avenir dans un endroit mais à cause des mauvais conditions du travail, je me suis reculée de cette idée ; karhouli hyati », (**j'avais** un projet de mon avenir dans un endroit mais à cause des mauvais conditions du travail, je me suis reculée de cette idée ; ils m'ont fait détester ma vie).

A noter : après avoir terminé l'entretien, et au vu des sensations ressenties lors de cet dernier, j'ai pratiquée sur elle **une relaxation qui a durée 45mn** pour qu'elle se sentira mieux qu'avant et récupérer son fonctionnement psychologique.

Nous allons passer maintenant à la présentation et analyse des résultats du questionnaire de MBI (maslach Burn Out Inventory) de notre deuxième cas.

2) Présentation et analyse des résultats du questionnaire de MBI**Tableau n°11 : Résultat de l'échelle de burn out de Dr « Z.W »**

Dimension de burn out	Score	Niveau de dimension	Score moyen de burn out	Niveau de d'épuisement
Epuisement émotionnel	26	Modéré	21,66	Modéré
Dépersonnalisation	5	Bas		
Accomplissement personnel	34	Modéré		

Le tableau ci-dessus présent le niveau de burn out chez Mme « Z.W », on note tout d'abord que l'épuisement émotionnel chez ce cas est modéré, le niveau de dépersonnalisation est bas, et le niveau de l'accomplissement personnel est modéré.

On remarque que Dr « Z.W » manifeste un niveau d'**époussement professionnel modéré avec un score moyen de 21,66.**

Notre cas a un résultat de test suivant : **SEE= 26, SDE= 5 , SAP = 34**

Analyse des résultats obtenus dans l'échelle MBI :

On constate d'après l'échelle MBI que Mme « Z.W » manifeste des symptômes de fatigue et sous une pression d'après l'items (01),(02),(03),(06),(08),(10),(11),(14),(16),(19) ,(20).

Mme « Z.W » a obtenu un score de **26** qui représente un **degré modéré** dans la **dimension d'épuisement émotionnel** dont les items sont - 1.2.3,6,8.13 ,14,16, 20 , là où il a répondu « **une fois par semaine** » à l' **item (1)** « Je me sens **émotionnellement vidée** par mon travail » et dans l' **item (2)** « **Je me sens à bout** à la fin de ma journée de travail où elle a cochée la sous échelle(4) qui signifie « **une fois par semaine** » et l'**item (8)** « je sent que je craque à cause de mon travail », Mme « Z.W » est sous un **stress** là où elle a répondu « **une fois par semaine** » à l'**item (16)** « Travailler en **contact direct** avec les gens **me stressent trop** », le sujet est fatiguée émotionnellement ressent une fatigue chronique au travail, physique et mentale, un sentiment d'être vidé et d'une difficulté à être en relation avec les émotions des autres, ce qui rend le travail de plus en plus difficile.

Dans la deuxième dimension du burn-out qui est la **dépersonnalisation** dont les items sont : 5, 10, 11, 15,22, Mme « Z.W » a obtenu un score de **5** qui représente un **degré modéré** de dépersonnalisation , où elle a cochée « **Quelque fois par semaine** », dans l' **item(11)** seulement « Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement ».

Ainsi qu'un **degré modéré** de sentiment d'**accomplissement personnel** avec un score de **34**, dont les items sont : 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21, là ou il manifesté un sentiment d'accomplissement **moyen** 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 patients ressentent » ou elle a cochée la case « **chaque jours** », donc notre cas est dans une situation de précarité envers son milieu professionnel.

3) Présentation et analyse des résultats de l'échelle BDI

Tableau n° 12 : Présentation des résultats de l'échelle de Beck du cas n°2 :

N° d'items	Les items	La cotation	Expressions
1	La tristesse	0	
2	Pessimisme	1	Je me sens plus découragée qu'avant face à mon avenir

3	Echec dans le passé	1	J'ai échouée plus souvent que je n'aurais dû
4	Perde de plaisir	1	Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant
5	Sentiment de culpabilité	1	Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais dû faire
6	Sentiment d'être punit	0	
7	Sentiment négatif envers soi même	0	
8	Attitude critique envers soi	1	Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais
9	Pensée ou désir de suicide	0	
10	Pleurs	3	Je voudrais pleurer mais je ne suis pas capable
11	Agitation	0	
12	Pert d'intérêt	1	Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses
13	Indécision	0	
14	Dévalorisation	0	
15	Perte d'énergie	2	Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand-chose
16	Modification dans les habitudes de sommeil	1a 3c	-Je dors un peu plus que d'habitude -Je me réveille une ou 2 h plus tôt et je suis incapable de me rendormir
17	Irritabilité	2	Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude
18	Modification de l'appétit	2a	J'ai eu beaucoup moins d'appétit que d'habitude
19	Difficulté à se concentrer	2	J'ai du mal à me concentrer lentement sur quoi que ce soit

20	Fatigue	3	Je suis trop fatigué pour faire la plupart des choses que je faisais avant
21	Perte d'intérêt pour le sexe	/	/
Le Score total		24	Dépression modérée

Analyse de l'échelle :

Les résultats obtenus dans l'échelle de Beck indiquent que le sujet est atteint d'une dépression modérée, d'un score de (24), la majorité des réponses sur les items dans l'échelle de cas de Dr « Z.W », sont considérés comme des signes qui indiquent la dépression chez elle.

On trouve **3 items** qui comptent **un score très élevé d'un degré de (3)** qui sont « pleurs », « modification des habitudes de sommeil », « fatigue ».comme elle a obtenu **(4) autres réponses** d'un score de (2) « perte d'énergie », « irritabilité », « modification d'appétit », « difficulté a se concentrer ».

Concernant le **score de (1)**, elle a obtenu **(9) réponses des items** « pessimisme », « échec dans le passé », « perte de plaisir », « sentiment e culpabilité », « attitudes critiques envers soi », « perte d'intérêt », « modification dans les habitudes de sommeil ».

Synthèse générale du deuxième cas :

L'entretien et les deux échelles pour ce cas, indique que le sujet est en épuisement professionnel et une dépression à un niveau modérée. Cette dépression s'inscrit suit a son choc émotionnel et son surmenage professionnel.

Cas n°03 : Dr « B.F »

1) Présentation et analyse des données de l'entretien de recherche semi-directif de Dr « B.F »**Présentation d'entretien :**

L'entretien avec Dr « B.F » s'est déroulé la matinée en mois de ramadan, elle était un peu fatigué mais très coopératif et gentille, Dr «B.F » représente comme médecin légiste à Franz fanon. Elle a accepté d'être parmi notre groupe de recherche. L'entretien s'est déroulé le mercredi 05 avril 2023 à 11h : 30, dans son propre bureau.

Analyse d'entretien :**Axe 01 : Informations sur la vie privée familiale et sociale**

On a abordé dans notre guide d'entretien semi directif des informations sur la vie privée et socio -familiales dans la première question était portée sur la parole sur soi-même en général où il a répondu : « je suis très gentille, on essaye d'être bons toujours, généralement, tellement je suis naïve des fois thosogh ama akenni ... (silence) iteghithiyi lhal ama dafegh yiwen ihechoyit, ça va pas (tellement je suis naïve des fois je me sens comme ...(silence)ça me fait mal au cœur quand je rencontre quelqu'un veut profiter de moi) et vraiment je suis contente d'être avec des collègues généreux »

En 2^e question concernant ces relations familiales et l'influence de son épuisement sur eux disent : « je garde toujours mes liens familiaux en bonnes relations avec eux ».

Au cours de la pandémie il nous a dit qu'elle était inquiétante et très épuisée par rapport au système de gardes et concernant aussi l'hygiène de certaines malades qui viennent en consultations et qui ne portent pas leurs masques.

Et ce qui concerne la présence des maladies chroniques au sein de la famille en disant : «mes enfants sont atteintes d'hypothyroïdie et ils sont sous un traitement, donc j'ai des difficultés dans leurs suivies ».

Axe 02 : L'état de santé

Concernant la santé de Dr «B.F», elle nous a dit : « j'ai la tension et la maladie d'arthrose, je me réveille difficilement chaque matin et je prends de temps pour me récupérer »

À propos du rythme alimentaire de Dr «B.F», elle nous a confirmé : « je bouffe et maintenant j'ai un peu moins d'appétit que d'habitude ».

Quand on a posé la question « faites vous du sport ? » Dr « B.F » a répondu: « j'aimerais bien ça, mais je ne peux pas pratiquer d'autres activités déjà je suis trop chargée ».

Axe 03 : Informations sur l'activité professionnelle

Dr « B.F » à commencé sa carrière en tant que médecin légiste en 2009, ce qui veut dire qu'elle a quinze ans d'expérience au service Médecine Légale, alors, on a posé une question sur son choix de travail dont elle déclare : « au début, je n'ai pas accepté ma profession mais avec le temps, je me suis habitué ».Elle ajoute ; « « them3agh axdmegh g la chirurgie infantile » (j'aimerais bien travailler comme chirurgienne infantile).

En plus, Et ce qui concerne ces relations avec ses collègues où elle a répondu : « nki hsveghthen am les membres de la famille nothni daghn kifkif, c'est la même chose » (je les considère comme les membres de ma famille, eux aussi c'est la même chose ». En supposant d'avoir une amélioration au milieu du service, elle a dit : « lukan iqim EPH as3ogh plus d'avantage » (J'aurais plus d'avantage, s'il reste comme EPH (la qualité est mauvaise par rapport aux matériels comme les gans et les bistouris).

Concernant son service, elle nous a dit : « tu 3ar chewiya lxedma-ngh mais l3alit », (notre travail est un peu difficile mais il est amusant) « durant les débuts temps de ma carrière je faisais les consultations médico-légales seulement, j'ai peur des autopsies ; je me souviens c'était en mois de mars à l'époque, c'était un examen, ils m'ont dit qu'il faut entrer et voir comment ils font » .

En outre, elle nous a dit : « j'ai déjà réclamée parce qu'ils m'ont mets deux gardes en mois ramadan au niveau de l'administration, mais hamdollah la volonté reste quand on voit un chef de service compréhensible ».

Axe 04 : les activités des médecins légistes en dehors des heures de travail

Notre première question concernant les activités en dehors de travail, Dr « B.F » nous a dit: «dans le weekend, je me repose en profitant du jardinage ».

Axe 05 : dépression

Lorsque on a posé les questions de notre guide d'entretien semi-directif à Dr « B.F » on a trouvé que son état dépressif a été affectée, à travers ses mots « stagh trop même des fois je consomme beaucoup » (**je bouffe trop**) , « lant des situations uzmiresh ara atfegh sevar ur stroyegh ara g les autopsies infantiles »(**y'a des situations où je peux pas contrôler mes armes durant les autopsies infantiles : am akenni d emmi izregh sufel la table d'autopsie c'est comme si je vois mon enfant devant moi**) , « difficilement idetkaregh svah » (**je ne me lève pas bien le matin**)

Quand on a posé la question « comment vous vous voyez par rapport au autres ? ca vous arrive de vous comparez au autres ? » **Dr « B.F» a répondu** : « je suis généreuse, autonome et je n'aime pas déranger les autres ».

D'après les réponses du Dr « B.F », on a remarqué la perte d'énergie, la fatigabilité et des moments de tristesses.

Axe 06 : la projection dans l'avenir

Lorsqu'on lui a demandé quelles sont ses projets en future, Dr « B.F » nous répond par : « je vais travailler dans mon jardin quand je sors en retraite »

Nous allons passer maintenant à la présentation et analyse des résultats du questionnaire de MBI (maslachBurn Out Invontory) de notre troisième cas.

2) Présentation et analyse des résultats du questionnaire de MBI**Tableau n° 13 : Résultat de l'échelle de burn- out (MBI) de Dr. B.F**

Dimension de burn out	Score	Niveau de dimension	Score moyen de burn out	Niveau de d'épuisement
Epuisement émotionnel	27	Degré Modéré	24,33	modéré
Dépersonnalisation	3	Degré faible		
Accomplissement personnel	43	Degré Élevé		

Le tableau ci-dessus présente le niveau de burn out chez Mme «B.F », on note tout d'abord que l'épuisement émotionnel chez ce cas est modéré, le niveau de dépersonnalisation est bas, et le niveau de l'accomplissement personnel est élevé.

On remarque que Dr « B.F » manifeste un niveau d'épuisement professionnel élevé avec un score moyen de 24,33.

Notre cas a un résultat de test suivant : **SEE= 27** , **SDE=3** , **SAP = 43**

Analyse des résultats obtenus dans l'échelle MBI :

On constate d'après l'échelle MBI que Mme «B.F» manifeste des symptômes de fatigue et sous une pression d'après les items (02),(03),(06),(08),(11),(13),(14),(16),(19),(20) ,(22).

Mme «B.F » a obtenu un score de **27** qui représente un **degré modéré** 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 (6)** «Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'efforts» et dans l' **item (13)** « Je me sens frustré par mon travail » dont elle a coché la case « **Une fois par mois** » et dans l' **item (14)** « je sens que je travaille **trop dur** dans mon travail » dont il a coché la case « **chaque jour** ».

Dans la deuxième dimension du burnout qui est la **dépersonnalisation** dont les items sont : 5, 10, 11, 15,22, **Mme «B.F »** a obtenu un score de **3** qui représente un **degré bas** de dépersonnalisation, où elle a coché« **Une fois par mois**», dans l' **item(11)** « Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement », et l'**item (22)** « j'ai l'impression que mes patients me rendent responsable de certains de leurs problèmes ».

Ainsi qu'un **degré élevé** de sentiment **d'accomplissement personnel** avec un score de **43**, dont les items sont : 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21, là où elle a manifesté un sentiment d'accomplissement **fort** notamment dans les **items(4),(7),(9),(17),(19),(21)** où elle a coché la case « **chaque jours** ».

3) Présentation et analyse des résultats de l'échelle BDI

Tableau n°14 : Présentation des résultats de l'échelle de Beck du cas n°3

N° d'items	Les items	La notation	Expressions
1	La tristesse	0	
2	Pessimisme	0	
3	Echec dans le passé	0	
4	Perde de plaisir	0	
5	Sentiment de culpabilité	1	Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais dû faire
6	Sentiment d'être puni	3	J'ai le sentiment d'être punie
7	Sentiment négatif envers soi-même	0	
8	Attitude critique envers soi	1	Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais
9	Pensée ou désir de suicide	0	
10	Pleurs	3	je voudrais pleurer mais je ne suis pas capable
11	Agitation	1	Je me sens plus agitée ou plus tendue que d'habitude
12	Pert d'intérêt	0	
13	Indécision	1	Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions
14	Dévalorisation	0	
15	Perte d'énergie	2	Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand-chose
16	Modification dans les habitudes de sommeil	0	
17	Irritabilité	2	Je suis beaucoup plus irritable que

			d'habitude
18	Modification de l'appétit	3b	J'ai constamment envie de manger
19	Difficulté à se concentrer		
20	Fatigue	3	je suis trop fatiguée pour faire la plupart des choses que je faisais avant
21	Perte d'intérêt pour le sexe	0	
Le Score total		20	Dépression modérée

Analyse de l'échelle :

Les résultats obtenus dans l'échelle de Beck indiquent que le sujet est atteint d'une dépression modérée, d'un score de (20), la majorité des réponses sur les items dans l'échelle de cas de Dr(B.F), sont considérés comme des signes qui indiquent la dépression chez elle.

On trouve 2 items qui comptent un score très élevé d'un degré de (3) qui sont « Sentiment d'être punie », « modification de l'appétit », « pleurs », comme il a obtenu (4) autres réponses d'un score de (2) « perte d'énergie », « Irritabilité », « fatigue ».

Concernant le score de (1), il a obtenu (6) réponses des items « Échec dans le passé », « sentiment de culpabilité », « attitude critique envers soi », « agitation », « indécision ».

Synthèse générale du troisième cas :

L'entretien et les deux échelles pour ce cas, indique que le sujet est en épuisement professionnel modérée due a la non-organisation et le manque de personnels et même son âge joue un rôle très important d'après ce sujet et une dépression à un niveau modérée. Cette dépression s'inscrit suit a son surmenage professionnel mais elle sait comment gérer les situations perturbantes.

Cas n°04 : Dr « M.S »

1) Présentation et analyse des données de l'entretien de recherche semi-directif de Dr « M.S »:**Présentation d'entretien :**

L'entretien avec Dr « M S» s'est déroulé l'après-midi en mois de ramadan, il était un peu fatigué mais très coopératif, Dr « M.S » Est un médecin légiste à EPH d'Akbou, il nous a bien accueillies, il a accepté d'être parmi notre groupe de recherche. L'entretien s'est déroulé le dimanche 09 avril 2023 à 10h:30min, dans son propre bureau.

Analyse d'entretien :**Axe 01 : Informations sur la vie privée familiale et sociale**

On a abordé dans notre guide d'entretien semi directif des informations sur la vie privée et socio -familiales dans la première question était portée sur la parole sur soi-même en général où il a répondu : «je suis indépendant et autonome, actuellement, y'a l'âge et la spécialité qui m'a donner une certaine maturité plus que les gens dans mon âge ».Il nous ajoute : « j'ai une personnalité héritée de me mère » .

Concernant ces relations familiales et l'influence de son épuisement sur eux disent : «une bonne relation avec mon entourage ...(silence) ,oui s'influence mais on essaye toujours de mettre les choses dans l'ordre , parce que c'est vrai le travail sa reste un travail , et ma vie privée ;s'a reste une vie privée , on essaye maximum de ne pas transporter le stress du travail a la famille ; c'est vrai a force d'épuisement ,je prends les dossiers pour continuer le travail a la maison , c'est pour ça j'ai décidé de ne plus travailler a la maison » , on peut dire que notre cas sous une personnalité enthousiaste après quand il a décider de donner du temps pour sa vie privée et familiale donc ici il a était dans la stagnation .

En 4^e question concernant l'épuisement de ses proches où il nous a dit : « y'a par exemple ma femme, elle a une cabinet d'anapath privée où elle travaille même les weekends, vraiment elle à passer des périodes épuisantes ».

Au cours de la pandémie il nous à dit : « on a sentis une grande menace inconnue, c'est comme une personne anonyme vous menace et vous saviez rien ... (silence), avant on

s'habiller légèrement pour faire d'autopsies mais la période de covid ; on passe plus de temps à s'habiller et raison de plus j'ai fait une autopsie de quelqu'un atteint du covid parce que il est un étranger donc il faut présenter au consulat pour mettre certificat de défunt.

Quand on a posé la question « devant des problèmes importantes a qui vous vous adressez le plus souvent ? » Dr « M.S » a répondu : « en cas de problèmes automatiquement mon cerveau se met à chercher des solutions », « je prends la chose de bon coté mais je me mets dans un épuisement ; je me fatigue moralement ... ».

Et ce qui concerne la présence des maladies chroniques au sein de la famille en disant : « oui ma mère ; elle est diabétique mais sous le contrôle hamdollah ».

Axe 02 : L'état de santé

Concernant la santé de Dr « M.S », il nous a dit : « j'ai arrivé a un certain âge, on essaye d'avoir une hygiène de vie comme même correcte », « c'est vrai j'ai un stress mais pour l'instant je le maîtrise ».

A propos du rythme alimentaire de Dr « M.S », il nous dit : « je fais attention a mon rythme alimentaire ».

Quand on a posé la question « faites vous du sport ? » Dr, « M.S » a répondu : « je ne fais pas du sport mais plutôt la marche, que je l'a considère comme une routine matinale, la marche m'aide a me surmonter mon morale ».

Concernant son sommeil, il nous a dit : « j'avais des problèmes et des difficultés énormes, mais maintenant je me suis soulagé ».

Axe 03 : Informations sur l'activité professionnelle

Au courant de notre entretien, on a eu quelques détails sur sa vie professionnelle où il nous a dit : « Par rapport à mes notes, j'ai était motivé par mon frère et je dis pourquoi pas ne pas faire de la médecine », Dr « M.S » à commencé sa carrière en tant que médecin légiste en 2013, ce qui veut dire qu'il a 10 ans d'expérience.

A propos de sa spécialité, il nous a dit : « cette spécialité est très discrète », « On se met au mode déductif, on oublié carrément que c'est des cadavres », « je concentre sur la cause de la mort ».

En plus, ce qui concerne ces relations avec ses collègues où il a répondu : « j'ai instauré dès mon arrivé au service un mode de travail correct ».

En outre, il nous a dit : « Y'a pas de pression au niveau d'administration, parce que j'ai mon choix libre, y'a pas de dérangement contrairement au CHU de béjaia et EPH de kherrata ; où y'a un problème hiérarchique, pour ma personnalité je ne peux pas vivre dans la supériorité et qu'on me donne des ordres ».

Il nous à ajouté : « je trouve que ma personnalité est particulière par rapport aux autres, dès mon enfance y'a toujours des solutions face aux problèmes vécus ».

Axe 04 : les activités des médecins légistes en dehors des heures de travail

Concernant ses loisirs en dehors de travail, Dr «M.S » nous a dit: « je fais des sorties familiales et j'aime cuisiner aussi ».

Axe 05 : dépression

Lorsqu'on a posé les questions de notre guide d'entretien semi-directif à Dr « M.S » on a trouvé que son état dépressif a été affectée, à travers ses mots « **j'ai combattu mes dépressions tout seul, j'avais des troubles du sommeil énormes ; c'est un passage très difficile au point j'ai essayé de les traités avec des antidépresseurs et des anxiolytiques malgré je sais bien leurs effets négatifs, mais comme même ; j'ai réussi de m'sortir** », « **le travail individuel m'épuise physiquement** ».

D'après les réponses du Dr « M.S », on a remarqué des sensations de fatigue sans raison, avec l'écart des moments de tristesses en gardant le positivisme.

Axe 06 : la projection dans l'avenir

Lorsqu'on lui a demandé quelles sont ses projets en future, Dr « M.S » nous répond par : « **maintenant je suis capable de dire que je me sens satisfait et je me mets dans une situation stable ; j'ai mes enfants, ma femme et mes parents a mes cotés** ».

Nous allons passer maintenant à la présentation et analyse des résultats du questionnaire de MBI (maslachBurn Out Inventory) de notre quatrième cas.

2) Présentation et analyse des résultats du questionnaire de MBI

Tableau n° 15 : Résultat de l'échelle de burn out (MBI) de Dr M.S

Dimension de burn out	Score	Niveau de dimension	Score moyen de burn out	Niveau de d'épuisement
Epuisement émotionnel	26	Degré Modéré	23,66.	Élevé
Dépersonnalisation	13	Degré élevé		
Accomplissement personnel	33	Degré bas		

Le tableau ci-dessus présente le niveau de burn out chez Dr « M.S », on note tout d'abord que l'épuisement émotionnel chez ce cas est modéré, le niveau de dépersonnalisation est élevé, et le niveau de l'accomplissement personnel est bas.

On remarque que Dr M.S manifeste un niveau d'**épuisement professionnel élevé avec un score moyen de 23,33.**

Notre cas a un résultat de test suivant : **SEE= 26** , **SDE=12** , **SAP = 33**

Analyse des résultats obtenus dans l'échelle MBI :

On constate d'après l'échelle MBI que Dr M.S se sent très fatigué et sous une pression d'après l'items (02), (03),(05), (06),(10), (11),(13), (14),(16),(19),(20), (22).

Mr. M.S a obtenu un score de **26** qui représente un **degré modéré** dans la **dimension d'épuisement émotionnel** dont les items sont - 1.2.3,6,8.13 ,14,16, 20 , là où il a répondu« **quelques fois par semaine** »à l' **item (20)** « je me sens **au bout du rouleau** » et dans l' **item (16)** « travailler en contact direct avec les gens me stresse trop » dont il a coché la case « **une fois par semaine** ».

Dans la deuxième dimension du burn-out qui est la **dépersonnalisation** dont les items sont : 5, 10, 11, 15,22, **Mr « M.S »** a obtenu un score de **13** qui représente un **degré élevé** de dépersonnalisation, où il a coché « **Quelque fois par semaine** », dans l' **item(11)** « Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement », et l'**items (5) et (10)**« je que je

m'occupe de certains patients de façon impersonnelle, comme s'ils étaient des objets », « je suis devenu plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail » ou il a répondu « **quelques fois par mois** »

Ainsi qu'un **degré faible** de sentiment d'**accomplissement personnel** avec un score de **33**, dont les items sont : 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21, là où il a manifesté un sentiment d'accomplissement bas notamment dans **l'item(21)** qui est « dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement », ou il a coché la sous-échelle (1) et dans **l'item (19)** « j'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail » dont il a coché la sous-échelle (5).

3) Présentation et analyse des résultats de l'échelle BDI

Tableau n°16 : Présentation des résultats de l'échelle de Beck du cas n°4 :

N° d'items	Les items	La cotation	Expressions
1	La tristesse	0	
2	Pessimisme	0	
3	Echec dans le passé	1	J'ai échoué plus souvent que je n'aurais du
4	Perde de plaisir	0	
5	Sentiment de culpabilité	0	
6	Sentiment d'être punit	0	
7	Sentiment négatif envers soi même	0	
8	Attitude critique envers soi	1	Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais
9	Pensée ou désir de suicide	0	
10	Pleurs	0	
11	Agitation	0	
12	Pert d'intérêt	0	
13	Indécision	0	
14	Dévalorisation	0	
15	Perte d'énergie	2	Je n'ai pas assez d'énergie

			qu'avant
16	Modification dans les habitudes de sommeil	1a 3c	Je dors un peu plus que d'habitude Je dors presque toute la journée
17	Irritabilité	0	
18	Modification de l'appétit	2b	J'ai beaucoup plus d'appétit que d'habitude
19	Difficulté à se concentrer	1	Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude
20	Fatigue	2	Je suis trop fatigué pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant
21	Perte d'intérêt pour le sexe	0	
Le score total		13	Dépression légère

Analyse de l'échelle :

Les résultats obtenus dans l'échelle de Beck indiquent que le sujet est atteint d'une dépression sévère, d'un score de (13), la majorité des réponses sur les items dans l'échelle de cas de Mr « M.S », sont considérés comme des signes qui indiquent la dépression légère chez lui.

On trouve 1 item qui compte un score très élevé d'un degré de (3) qui est « modification dans les habitudes de sommeil », comme il a obtenu (3) autres réponses d'un score de (2) « perte d'énergie », « modification de l'appétit », « fatigue ».

Concernant le score de (1), il a obtenu (4) réponses des items « attitude critique envers soi », « échec dans le passé », « modification dans les habitudes de sommeil », « difficulté à se concentrer ».

Synthèse générale du quatrième cas :

La conclusion de l'entretien et les deux échelles MBI et BDI pour ce cas, indique que le sujet manifeste un burn-out élevé qui développe des signes d'une dépression légère. On se réfère à ses réponses données au par avants qui se justifie par les items suivants « échec dans le passé », « attitude critique envers soi », « modification de sommeil », « difficulté de

concentration », « perte d'énergie », « modification de l'appétit », « la fatigue ». Cette dépression s'inscrit suite au travail individuel, au manque de moyens dans le nouveau service et son âge actuel.

Cas n°05 : Dr « R.L »

1) Présentation et analyse des données de l'entretien de recherche semi-directif de Dr R.L :

Présentation d'entretien

L'entretien avec Dr « R.L » s'est déroulé le matin, elle était un peu fatigué mais très coopérative et compréhensive, Dr «R.L » représente comme médecin légiste à EPH de kherrata, elle a accepté d'être parmi notre population de recherche. L'entretien s'est déroulé le mercredi 10 mai 2023 à 11h : 30, dans son propre bureau.

Analyse d'entretien :

Axe 01 : Informations sur la vie privée familiale et sociale

On a abordé dans notre guide d'entretien semi directif des informations sur la vie privée et socio -familiales dans la première question était portée sur la parole sur soi-même en général où elle a répondu : «bon ana pour les choix des spécialités kayen 3endi bzaf , je sais pas comment j'ai choisie cette spécialité ...(un sourire) lmaktob , comme la chirurgie nxaf mnha fiha stress bzaf men réanimateur et tout , après sqsit 3la la médecine légale , tehet fiya spécialité très difficile et épuisante ».(Bon pour les choix des spécialités j'ai beaucoup ,je ne sais pas comment j'ai choisi cette spécialité...(sourire)le destin, j'ai peur de la chirurgie car y a beaucoup de stress du réanimateur et tout , après j'ai chercher sur la médecine légale et j'ai tombé dans cette spécialité très difficile et épuisante).

En deuxième question concernant ces relations familiales et l'influence de son épuisement sur eux disent : « **y'a des pressions et des moments où j'ai décidé de démissionner et de quitter le travail mais il y a l'entourage , pour ma famille ,elle est très compréhensive ,** أحس بأن عائلتي لاتتأثر بالإرهاق الذي أعيشه من كثرة التقاهم المتواجد بيننا (Je n'ai pas l'impression que ma

famille soit affectée par la fatigue que je ressens en raison de l'abondance de compréhension qui existe entre nous).

Et ce qui concerne la présence des maladies chroniques au sein de la famille en disant : « dans la grande famille, j'ai des personnes proches atteints de diabète w les avis, les bilans taw3hom ;koulchi 3lik ,vraiment nhes b la pression » (dans la grande famille, j'ai des personnes proches atteints de Diabète et leurs avis et bilans sont sous ma responsabilité, vraiment je me sens pressé).

Vis-à-vis du covid 19 il nous à dit qu'elle **travaille 24/24 et même y'a des gardes de deux jours** où la surcharge était plus que d'habitude, donc il a vécu **des moments difficiles heureusement y'a un bon entourage entre les personnels, les chefs de services, deux autopsies dans une journée.**

D'après les paroles de notre sujet, son entourage socio familial a fait des remarques à propos de son comportement inhabituel en lui disant que vous êtes vraiment fatiguée et épuisée.

Axe 02 :L'état de santé

Concernant la santé de Dr « R.L », il nous a dit : je suis fatiguée, je suis sous la charge malgré je suis nouvelle dans le domaine, mais y'a des autopsies vraiment cela me met dans stress chronique », « j'ai des insomnies temps en temps avec la fatigue morale et physique ».

Axe 03 : Informations sur l'activité professionnelle

Dr « R.L » à commencée sa carrière en tant que médecin légiste sa fait trois ans, où elle a dit : « 3endi trois ans de service civile xlasthom, hada howa chaher laxer ta3 service civile » (j'ai entamée dans trois ans de service civile).

Concernant son service, elle nous a dit : « les consultations infantiles et des gens qui sont atteints de troubles psychiatriques me stressent trop »,« cette spécialité influence mon entourage social »,« y'a des fois où je reçoit deux autopsies à la fois » ,« J'ai fait une autopsie putréfiée en mois du ramadan », « un état avancé de putréfaction où j'ai passer des moments dépressifs ».

Elle nous a confirmé aussi en disant : « actuellement mazalni jdida f domaine, apparemment ma chefetech bzaf hwayej mais kaynin des autopsies vraiment wa3rin et très

stressantes ta3 les responsabilités médicales » (actuellement je suis récente dans le domaine apparemment je n'ai pas vu beaucoup de choses mais y'a des autopsies très difficiles et stressantes tels que les autopsies de responsabilités médicales ».

Ce qui concerne ces relations avec ses collègues où il a répondu : « nhkilhom tout, y'a de la communication » (je discute bien avec mes collègues, ya une forte communication). Elle nous à ajouté : « entourage social ki ngolhom médecin légiste yetxal3o, ma 3labalhomch la nature de notre travail » (les gens ne savons pas la vrai nature de la profession d'un médecin légiste).

Elle nous a ajouté : « نظرة المجتمع الينا مختلفة مع باقي الاطباء ، هذا يزعجني كثيرا » (le regard de la société sur nous est différent du reste des médecins, cela me dérange beaucoup).

En outre, elle nous a dit : « المجتمع له رأي خاطيء علينا و على مهمامنا ،معظم الاوقات احس انهم يفرون » (la société à une mauvaise opinion de nous et de nos missions, la plupart du temps j'ai l'impression qu'ils nous fuient), « الإدارة لا تقيمنا كاطباء شرعيين ولا نتفاهم معهم » (l'administration nous fait du stress et il est difficile d'avoir nos droits ; on ne demande pas grand-chose cest dans cadre de principes comme avoir d'aide et infirmières et du matériels ».

Axe 04 : les activités des médecins légistes en dehors des heures de travail

Notre première question concernant les activités en dehors de travail, Dr «R.L » nous a dit: « ndiro des journées win nroho ;nhewsow nehiw le stress, déjà le weekend li fat rohet la montagne » (on fait des voyages afin d'oublier le stress et la pression , déjà le weekend dernier j'ai parti à la montagne).

Axe 05 : dépression

Lorsque on a posé les questions de notre guide d'entretien semi-directif à Dr «R.L » on a trouvé que son état dépressif a été affectée, à travers ses mots « **ana les autopsies li diprimawni f les premiers mois w lihoma les agressions sexuelles et corps putréfiés w les autopsies ta3 les erreurs médicaux** » (Moi ce qui m'a fait déprimer dans les premiers mois sont les autopsies des agressions sexuelles, corps putréfiés et les autopsies des erreurs médicaux).

Concernant son sommeil, elle nous a dit : « j'ai des insomnies avec la fatigue morale et physique, je ne peux pas dormir ; même la qualité du sommeil est mauvaise »

Passant au point de l'appétit, elle a déclaré : «ki nebda travail je manque rien jusqu'à la fin de la journée, vraiment nensa rohi m3a la charge li kayna » (**Quand je commence mon travail je mange rien jusqu'à la fin de la journée, vraiment j'oublie moi-même avec la charge**).

D'après les réponses du Dr « R.L », on a remarqué en elle ; la perte d'énergie, la fatigabilité, des problèmes d'appétit au fil de temps et sentiment de pessimisme.

Axe 06 : la projection dans l'avenir

Lorsqu'on lui a demandé quelles sont ses projets en future, Dr « R.L » nous répond par : « inchallah, y'aura un changement au niveau de l'administration concernant notre service de Médecine Légale »

Nous allons passer maintenant à la présentation et analyse des résultats du questionnaire de MBI (maslach Burn Out Inventory) de notre cinquième cas.

2) Présentation et analyse des résultats du questionnaire de MBI

Tableau n° 17 : Résultat de l'échelle de burn -out (MBI) de Dr « R.L »

Dimension de burn out	Score	Niveau de dimension	Score moyen de burn out	Niveau de d'épuisement
Epuisement émotionnel	31	Degré élevé	23	Élevé
Dépersonnalisation	15	Degré élevé		
Accomplissement personnel	23	Degré faible		

Le tableau ci-dessus présent le niveau de burn -out chez Dr « R.L », on note tout d'abord que l'épuisement émotionnel chez ce cas est élevé, le niveau de dépersonnalisation aussi élevé, et le niveau de l'accomplissement personnel est faible.

On remarque que Dr « R.L » manifeste un niveau d'**épuiement professionnel élevé avec un score moyen de 23**.

Notre cas a un résultat de test suivant : **SEE= 31** , **SDE= 15** , **SAP = 23**

Analyse des résultats obtenus dans l'échelle MBI :

On constate d'après l'échelle MBI que Mme « B. N » manifeste des symptômes de fatigue, frustration et sous une précarité d'après l'items (01),(02),(04),(05),(08),(10),(13),(14),(22)

Mme « R.L » a obtenu un score de **31** 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 mois** » à l' **item (1)** « je me sens émotionnellement vidée par mon travail » et dans l' **item (2)** « je me sens a bout a la fin de ma journée de travail » dont elle a cochée la case « **chaque jour** » et dans l' **item (8)** « je sens que je craque a cause de mon travail » dont il a coché la case « **chaque jour** » et les **items (13)et (14)** ; » je me sent frustre par mon travail », « je sens que je travaille trop dur » , là où elle a répondu « **une fois par semaine** »

Dans la deuxième dimension du burn-out qui est la **dépersonnalisation** dont les items sont : 5, 10, 11, 15,22, Mme « R.L » a obtenu un score de **15** qui représente un **degré élevé** de dépersonnalisation, où elle a cochée« **Une fois par semaine** », dans l' **items (05) et (10)** « je sens que je m'occupe de certains patients de façon impersonnelle ,comme s'ils étaient des objets » ; « je suis devenue plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail » , et l'**items (15) et (22)** ; « je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive a certains de mes patients », « j'ai l'impression que mes patients me rendent responsable de certains de leurs problèmes » où elle a répondu « **quelques fois par mois** »

Ainsi qu'un **degré bas** de sentiment **d'accomplissement personnel** avec un score de **23**, dont les items sont : 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21, là ou elle a manifesté une diminution d'accomplissement personnel dans l'**item (19)**, où elle a cochée la sous-échelle (1).

3) Présentation et analyse des résultats de l'échelle BDI

Tableau n°18 : Présentation des résultats de l'échelle de Beck du cas n°5 :

N° d'items	Les items	La cotation	Expressions
1	La tristesse	0	
2	Pessimisme	2	Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pou mois
3	Echec dans le passé	2	Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre

			d'échecs
4	Perde de plaisir	2	J'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement
5	Sentiment de culpabilité	0	
6	Sentiment d'être punit	0	
7	Sentiment négatif envers soi même	0	
8	Attitude critique envers soi	0	
9	Pensée ou désir de suicide	0	
10	Pleurs	0	
11	Agitation	1	Je me sens plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude
12	Pert d'intérêt	1	Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses
13	Indécision	1	Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions
14	Dévalorisation	0	
15	Perte d'énergie	1	J'ai moins d'énergie qu'avant
16	Modification dans les habitudes de sommeil	1a 3c	Je dors un peu moins que d'habitude Je me réveille une deux heures et je suis incapable de me rendormir
17	Irritabilité	1	Je suis plus irritable que d'habitude
18	Modification de l'appétit	2a	J'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude
19	Difficulté à se concentrer	2	J'ai de mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit
20	Fatigue	3	Je suis trop fatigué(e) pour faire la plupart des choses que je

21	Perte d'intérêt pour le sexe	0	faisais avant
Le score total		22	Dépression modérée

Analyse de l'échelle :

Les résultats obtenus dans l'échelle de Beck indiquent que le sujet est atteint d'une dépression modérée, d'un score de (22), la majorité des réponses sur les items dans l'échelle de **cas n°5**, sont considérés comme des signes qui indiquent la dépression chez elle.

On trouve 2 items qui comptent un score très élevé d'un degré de (3) qui sont «trouble de sommeil», «fatigue » .comme il a obtenu (5) autres réponses d'un score de (2) « pessimisme », « échecs dans le passé », « perte de plaisir », «modification de l'appétit», « difficulté à se concentrer ».

Concernant le score de (1), il a obtenu (6) réponses des items « agitation », « perte d'intérêt», « indécision », « perte d'énergie », « modifications dans les habitudes de sommeil », « Irritabilité ».

Synthèse générale du cinquième cas :

La conclusion de l'entretien et les deux échelles MBI et BDI pour ce cas, indique que le sujet manifeste un burn-out élevé qui développe des signes d'une dépression modéré. On se réfère à ses réponses données au par avants qui se justifie par les items suivants « tristesse », « perte de plaisir », « pessimisme », « perte d'intérêt », « perte d'énergie », « modification de l'appétit », « la fatigue ». Cette dépression s'inscrit suit a une fatigue émotionnelle et morale.

Cas n°06: Dr «A.H »

1) Présentation et analyse des données de l'entretien de recherche semi-directif de Dr « A.H » :**Présentation d'entretien**

L'entretien avec Dr « A.H » s'est déroulé l'après-midi, il était dynamique, souriant et très coopératif, Dr « A.H » Est un médecin légiste a EPH de kherrata. Il nous a bien accueillies, et on a eu son acceptation d'être parmi notre groupe de recherche. L'entretien s'est déroulé le dimanche 14 mai 2023 à 13h, dans son propre bureau.

Analyse d'entretien :**Axe 01 : Informations sur la vie privée familiale et sociale**

On a abordé dans notre guide d'entretien semi directif des informations sur la vie privée et socio -familiales dans la première question était portée sur la parole sur soi-même en général où il a répondu : « **je suis calme, simple et dynamique, des fois je me mets en colère a cause de la charge professionnelle** ». J'en ai profité pour lui demander s'il était fatigué et épuisé à cause de cette pression répétée au niveau de travail où il à répondu : « **bien sûr, je suis en épuisement, ce n'est pas par rapport aux malades mais par rapport au manque de personnels, d'organisation et de coordination ... (un silence) et mon épuisement est psychologique ; ce n'est pas un épuisement physique** ».

En deuxième question concernant ces relations familiales et l'influence de son épuisement sur eux disent : « **hamdullah une bonne relation avec ma famille** », « **oui, mon entourage familial est influencé, même la plupart de temps, ils me remarquent que je suis fatigué** », « **même des fois je travaille a la maison en cachète sur les rapports de mes patients** ».

Concernant l'épuisement de ses amis ou il nous a dit : « y'a des médecins qu'ils n'ont pas du courage, y'a même qui sont au bord de divorce a cause de leurs perturbations qu'ils vivent ».

Cependant, il a décrit la période de Covid 19 ainsi : « **c'est un Monstre** », « **a tout moment je risque ma vie ; ou ont travaillent 24/24, avec une cumulation d'autopsies et même loin de ma famille** ».

Concernant le soutien psychologique en nous disant : « au niveau du travail, je m'adresse au GRH ou au directeur et en cas de problèmes hors le milieu professionnel ; je m'adresse à les amis (anciens-médecins) ».

Et ce qui concerne la présence des maladies chroniques au sein de la famille en disant : « **oui j'ai ma sœur atteinte du cancer, et je l'apprends en charge totale ; les bilans et tout ce qui concerne sa maladie** ».

Axe 02 :L'état de santé

Concernant la santé de Dr « A.H », il nous a dit : « j'ai un stress, et je me sens fatigué moralement la plupart de temps ».

A propos du rythme alimentaire de Dr « A.H », il nous dit : « je bouffe et maintenant j'ai un peu moins d'appétit que d'habitude ».

Quand on a posé la question « faites vous du sport ? » Dr « A.H » a répondu : « j'aimerais bien consacrer de temps à ma santé mais malheureusement nous sommes sollicités ».

Axe 03 : Informations sur l'activité professionnelle

Au courant de notre entretien, on a eu quelques détails sur sa vie professionnelle où il nous a dit : « par rapport au choix de spécialité, je suis chirurgien du formation mais a cause de problèmes du classements dont j'ai pas eu de la chance à faire ca que j'ai voulais en vrai, après j'ai choisi la Médecine Légale » , Dr « A.H » à commencé sa carrière en tant que médecin légiste en 2016, ce qui veut dire qu'il a 7 ans d'expérience.

Il nous a ajouté : « la médecine légale est au carrefour de la justice et de la médecine dont on a une tache spéciale ; un rôle de coordination entre le jargon médical et le jargon juridique pour répondre aux expertises, donc le passage entre le statut de victimologie au statut de plainte, dont il faut vraiment être à la hauteur ;c'est très difficile parce que ces expertises sont en contact direct avec la justice » , « c'est un domaine stressant surtout le manque de compréhension qui existe avec la direction » , « La justice et les victimes, nous mettent vraiment dans une pression incroyable », « beaucoup plus y'a de la charge émotionnelle durant les autopsies ».

Par rapport à la quatrième question qui concerne sa vie professionnelle, il nous a répondu : **« si je devais refaire ma carrière, je serais certainement chirurgien ».**

A propos de ces relations socioprofessionnelles avec ces collègues, il déclare : « au travail y a de l'ambiance avec mes collègues, malgré on travaille sauf avec la charge négative ; on n'a pas une charge positive au SML comme d'autres spécialités ».

Quand on a posé la question « selon vous, serait-il mieux, si votre service fonctionnait autrement ? Si oui, comment ? » **Dr « A.H » a répondu** : « oui bien sur, c'est notre souhait d'être bien équipés car on a le manque du matériels, d'organisation et d'espaces... » .

A propos des horaires du travail, en disant : « je travaille trois jours dans la semaine et j'ai toujours une garde durant le weekend ».

Axe 04 : les activités des médecins légistes en dehors des heures de travail

Notre première question concernant les activités en dehors de travail, Dr « A.H » nous a dit: « j'aime la montagne et la nature ou je me repose avec les membres de la famille ».

Axe 05 : dépression

Lorsque on a posé les questions de notre guide d'entretien semi-directif à Dr « A.H » on a trouvé que son état dépressif a été affecté, à travers ses mots **«une fatigue émotionnelle au moment d'autopsies », « mon épuisement est psychologique », « na3ya mlih mlih » (nous sommes très épuisés), « je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi ».**

Passant au point de l'appétit, il a déclaré : « ces semaines j'ai un peu moins d'appétit que d'habitude ».

D'après les réponses du Dr «A.H », on a remarqué en lui ; la présence d'une fatigabilité émotionnelle et même des sensations de fatigue sans raison, des problèmes d'appétit au fil de temps, sentiment de culpabilité (au moment de ses décisions) et de pessimisme (il est découragé et désespéré).

Axe 06 : la projection dans l'avenir

Lorsqu'on lui a demandé quelles sont ses projets en future, Dr « A.H » nous répond par : «je ne sais pas exact, o3limagh ara mayla atvdel flanagh (je ne sais pas si les choses vont changer pour nous) ou on aura une amélioration dans service de Médecine ».

Nous allons passer maintenant à la présentation et analyse des résultats du questionnaire de MBI (maslach Burn Out Inventory) de notre sixième cas.

2) Présentation et analyse des résultats du questionnaire de MBI

Tableau n° 19 : Résultat de l'échelle de burn- out (MBI) de Dr « A.H »

Dimension de burn out	Score	Niveau de dimension	Score moyen de burn out	Niveau d'épuisement
Épuisement émotionnel	38	Degré élevé	27	Élevé
Dépersonnalisation	15	Degré élevé		
Accomplissement personnel	28	Degré bas		

Le tableau ci-dessus présente le niveau de burn- out chez Dr « A.H », on note tout d'abord que l'épuisement émotionnel chez ce cas est modéré, le niveau de dépersonnalisation est bas, et le niveau de l'accomplissement personnel est élevé.

On remarque que Dr A.H manifeste un niveau d'**épuisement professionnel élevé avec un score moyen de 27.**

Notre cas a un résultat de test suivant : **SEE= 38** , **SDE=15** , **SAP = 28**

Analyse des résultats obtenus dans l'échelle MBI :

On constate d'après l'échelle MBI que Dr A.H se sent très fatigué et frustré d'après l'items (01), (02), (03),(05), (08),(10), (11),(13), (14),(16),(19),(20), (22).

Dr « A.H » a obtenu un score de **38** 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 il a répondu « **une fois par semaine** » à l' **item (01)et (13)** « je me sens émotionnellement vidé par mon travail », « je me sens frustré par mon travail », aussi dans l'items (02),(03) et (08) ou il a coché la sous-échelle (5), et l'items (14) et (16) ou il a répondu « **chaque jour** » .

Dans la deuxième dimension du burn-out qui est la **dépersonnalisation** dont les items sont : 5, 10, 11, 15,22, Dr « A.H » a obtenu un score de **15** qui représente un **degré élevé** de dépersonnalisation, où il a coché « **une fois par mois** », dans l'item(**05**) « je sens que je m'occupe de certains de mes patients de façon impersonnelle ,comme s'ils étaient des objets », et l'items (**10**) et (**11**) « je suis devenu plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail », « je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement » ou il a coché la case (5) ,ainsi que l'item (**22**) « j'ai l'impression que mes patients me rendent responsable de certains de leurs problèmes » où il a répondu « **quelques fois par mois** » .

Ainsi qu'un **degré faible** de sentiment d'**accomplissement personnel** avec un score de **28**, dont les items sont : 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21, là ou il manifesté un sentiment d'accomplissement bas notamment dans l'item(**12**) qui est « je me sens plein d'énergie », ou il a coché la sous-échelle (1) et l'item (**19**) ou il a répondu « une fois par semaine ».

1) Présentation et analyse des résultats de l'échelle BDI

Tableau n°20 : Présentation des résultats de l'échelle de Beck du cas n°6

N° d'items	Les items	La cotation	Expressions
01	La tristesse	1	Je me sens très souvent triste
02	Pessimisme	2	Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi
03	Echec dans le passé	1	J'ai échoué plus souvent que je n'aurais dû
04	Perde de plaisir	1	Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant
05	Sentiment de culpabilité	1	Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais dû faire
06	Sentiment d'être puni	2	Je m'attends à être puni
07	Sentiment négatif envers soi même	0	
08	Attitude critique envers soi	1	Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais
09	Pensée ou désir de suicide	0	

10	Pleurs	0	
11	Agitation	1	Je me sens plus agité ou plus tendu que d'habitude
12	Pert d'intérêt	1	Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et choses
13	Indécision	1	Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions
14	Dévalorisation	1	Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant
15	Perte d'énergie	1	J'ai moins d'énergie qu'avant
16	Modification dans les habitudes sommeil	1a	Je dors un peu moins que d'habitude
17	Irritabilité	1	Je suis plus irritable que d'habitude
18	Modification de l'appétit	1a	J'ai un peu moins d'appétit que d'habitude
19	Difficulté à se concentrer	1	Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude
20	Fatigue	1	Je me fatigue plus facilement que d'habitude
21	Perte d'intérêt pour le sexe	0	
Le score total		19	Dépression modérée

Analyse de l'échelle :

Les résultats obtenus dans l'échelle de Beck indiquent que le sujet est atteint d'une dépression sévère, d'un score de (19), la majorité des réponses sur les items dans l'échelle de cas de Mr A.H, sont considérés comme des signes qui indiquent la dépression modérée chez lui.

On trouve 2 items qui comptent un score de (2) « pessimisme », « sentiment d'être puni »,

Concernant le score de (1), il a obtenu (15) réponses des items « tristesse », « échec dans le passé », « perte de plaisir », « sentiment de culpabilité », « attitude critique envers soi », «

agitation », « perte d'intérêt », « indécision », « dévalorisation », « perte d'énergie », « irritabilité », « modifications de l'appétit », « difficulté à se concentrer », « fatigue » .

Synthèse générale du sixième cas :

La conclusion de l'entretien et les deux échelles MBI et BDI pour ce cas, indique que le sujet manifeste un burn-out élevé qui développe des signes d'une dépression modérée. On se réfère à ses réponses données au par avants qui se justifie par les items suivants « tristesse », « perte de plaisir », « pessimisme », « perte d'intérêt », « perte d'énergie », « modification de l'appétit », « la fatigue ». Cette dépression s'inscrit suit a une fatigue morale.

Cas n°07: Dr «K.H »

3) Présentation et analyse des données de l'entretien de recherche semi-directif de Dr « K.H » : (cas particulier)

Présentation d'entretien

L'entretien avec Dr « K.H » s'est déroulé l'après-midi ;le dimanche 05mars 2023 , accompagnée avec sa sœur ,elle était isolée, Dr « K.H». Elle a été présentée comme ancienne médecin légiste où elle a quitté son travail et elle a sortie en validité.

Analyse d'entretien :

Au cours d'observation et d'entretien, Mme "K.H" présente une humeur dépressive, diminution de l'intérêt du plaisir (l'anhédonie) perte de l'énergie et un sentiment de culpabilité qui sont en faveur d'un tableau clinique d'une dépression majeure (sévère) , sachant que elle a quitter son travail comme médecin légiste sa fait cinq ans de ça ; où elle a sortie en validité .

En se basent sur l'ensemble des données recueillies pendant les entretiens menés au près du patient, on a les symptômes suivants:

Ces symptômes sont en faveur d'un tableau clinique du trouble dépressif :

- communication avec sois- même.
- éloignement des autres (refus de communication avec les autres)
- elle vit dans une boîte noire où elle refuse la construction des relations sociales.

- décès subite de son conjoint avec la charge familiale et professionnelle, Dr « K.H » a développé son état vers une dépression majeure

- Dr « K.H » sous les médicaments psychiatriques

D'après les paroles de sa sœur où elle nous a dit: " wetma tteghidhiyi mlih, axatar Machi aka ithla » (je suis émue concernant l'état de ma sœur car elle n'était pas ainsi »

Nous allons passer maintenant à la présentation et analyse des résultats du questionnaire de MBI (maslach Burn Out Inventory) de notre sixième cas.

4) Présentation et analyse des résultats du questionnaire de MBI

Tableau n°21 : Résultat de l'échelle de burn- out (MBI) de Dr « K.H»

Dimension de burn out	Score	Niveau de dimension	Score moyen de burn out	Niveau d'épuisement
Epuisement émotionnel	54	Degré élevé	32,33	Élevé
Dépersonnalisation	30	Degré élevé		
Accomplissement personnel	13	Degré bas		

Le tableau ci-dessus présente le niveau de burn- out chez Dr « K.H », on note tout d'abord que l'épuisement émotionnel chez ce cas est élevé, le niveau de dépersonnalisation est élevé, et le niveau de l'accomplissement personnel est bas.

On remarque que Dr K.H manifeste un niveau d'épuisement professionnel très élevé avec un score moyen de 32,33 .

Notre cas a un résultat de test suivant : SEE= , SDE= , SAP = 13

Analyse des résultats obtenus dans l'échelle MBI :

On constate d'après l'échelle MBI que Dr K.H se sent très fatiguée, frustrée et déprimée d'après l'items (01), (02), (03),(05), (08),(10), (11),(13), (14),(16),(19),(20), (22).

Dr « K.H » a obtenu un score de **54** qui représente un **degré très élevé** dans la **dimension d'épuisement émotionnel** dont les items sont - 1.2.3, 6,8.13, 14, 16,20, là où il a répondu « **chaque jour** » a tous les items de SEE.

Dans la deuxième dimension du burn-out qui est la **dépersonnalisation** dont les items sont : 5, 10, 11, 15,22, Dr « K.H » a obtenu un score de **30** qui représente un **degré très élevé** de dépersonnalisation, où il a coché « **chaque jour et quelques fois par semaine** », dans tous les **items de SDP**.

Ainsi qu'un **degré faible** de sentiment **d'accomplissement personnel** avec un score de **13**, dont les items sont : 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21, là où il a manifesté un sentiment d'accomplissement bas notamment dans **l'item(18)** où il a coché la sous-échelle (0) et **l'item (17)** où il a répondu « quelques fois par an, au moins ».

2) Présentation et analyse des résultats de l'échelle BDI

Tableau n° 22: Présentation des résultats de l'échelle de Beck du cas n°7

N° d'items	Les items	La cotation	Expressions
01	La tristesse	1	Je me sens très souvent triste
02	Pessimisme	3	J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer
03	Echec dans le passé	3	J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie
04	Perde de plaisir	3	Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement
05	Sentiment de culpabilité	2	Je me sens coupable la plupart du temps
06	Sentiment d'être puni	/	/
07	Sentiment négatif envers soi même	3	Je ne m'aime pas du tout
08	Attitude critique envers soi	3	Je me reproche tous les malheurs qui arrivent

09	Pensée ou désir de suicide	1	Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferai pas
10	Pleurs	2	Je pleure pour la moindre petite chose
11	Agitation	3	Je suis si agitée ou tendue que je dois continuellement bouger ou faire quelque chose
12	Pert d'intérêt	3	J'ai du mal à m'intéresser à quoique ce soit
13	Indécision	3	J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision
14	Dévalorisation	2	Je me sens moins valable que les autres
15	Perte d'énergie	3	J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit
16	Modification dans les habitudes de sommeil	2b	Je dors beaucoup plus que d'habitude
17	Irritabilité	3	Je suis constamment irritable
18	Modification de l'appétit	2b	J'ai beaucoup plus d'appétit que d'habitude
19	Difficulté à se concentrer	3	Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit
20	Fatigue	3	Je suis trop fatiguée pour faire la plupart des choses que je faisais avant
21	Perte d'intérêt pour le sexe	/	/
Le score total		Dépression sévère	
		48	

Analyse de l'échelle :

Les résultats obtenus dans l'échelle de Beck indiquent que le sujet est atteint d'une dépression sévère, d'un score de (48), la majorité des réponses sur les items dans l'échelle de

cas de Mr K.H, sont considérés comme des signes qui indiquent la dépression sévère chez elle.

On trouve 12 items qui comptent un score de (3) « pessimisme », « échec dans le passé », « Sentiment négatif envers soi même », « Attitude critique envers soi », « agitation », « Perte d'intérêt », « Indécision », « Perte d'énergie », « Irritabilité », « Difficulté à se concentrer », « Fatigue ».

Concernant le score de (2), il a obtenu (5) réponses des items « Sentiment de culpabilité », « Pleurs », « Dévalorisation », « modification dans les habitudes de sommeil », « Modification de l'appétit » et (2) items d'un score de (1) « la tristesse », « pensées ou désir de suicide ».

Synthèse générale du septième cas :

La conclusion de l'entretien et des deux échelles MBI et BDI pour ce cas, indique que le sujet manifeste une dépression sévère. On se réfère à ses réponses données au par avants qui se justifie par les items « tristesse », « pessimisme », « dévalorisation », « sentiment de culpabilité », « perte d'intérêt », « perte d'énergie », « modification de l'appétit », « la fatigue ». Cette dépression s'inscrit suit a ses multiples charges émotionnelles et professionnels.

Discussion des hypothèses

Après l'analyse et l'interprétation des données recueillies par l'utilisation des techniques et de l'échelle afin de confirmer ou infirmer nos hypothèses posées au départ.

Nous sommes à la fin de ce chapitre qui avait pour but la vérification des hypothèses selon laquelle notre première hypothèse « Le degré du burn out des médecins travaillant en SML est élevé » et la deuxième hypothèse « l'épuisement professionnel est le stade de développement pour la dépression ».

Discussion de l'hypothèse n°1 : les médecins travaillent au service médico-légal (SML) souffrent du burn out élevé.

La première observation qu'on peut tirer de cette recherche concerne le niveau du burn out constaté chez la totalité des cas, c'est-à-dire que les médecins légistes souffrent d'un burn out, cela confirme notre première hypothèse.

Les scores de l'échelle ont confirmé notre hypothèse que la population est épuisée au niveau élevé et par fois au niveau modéré.

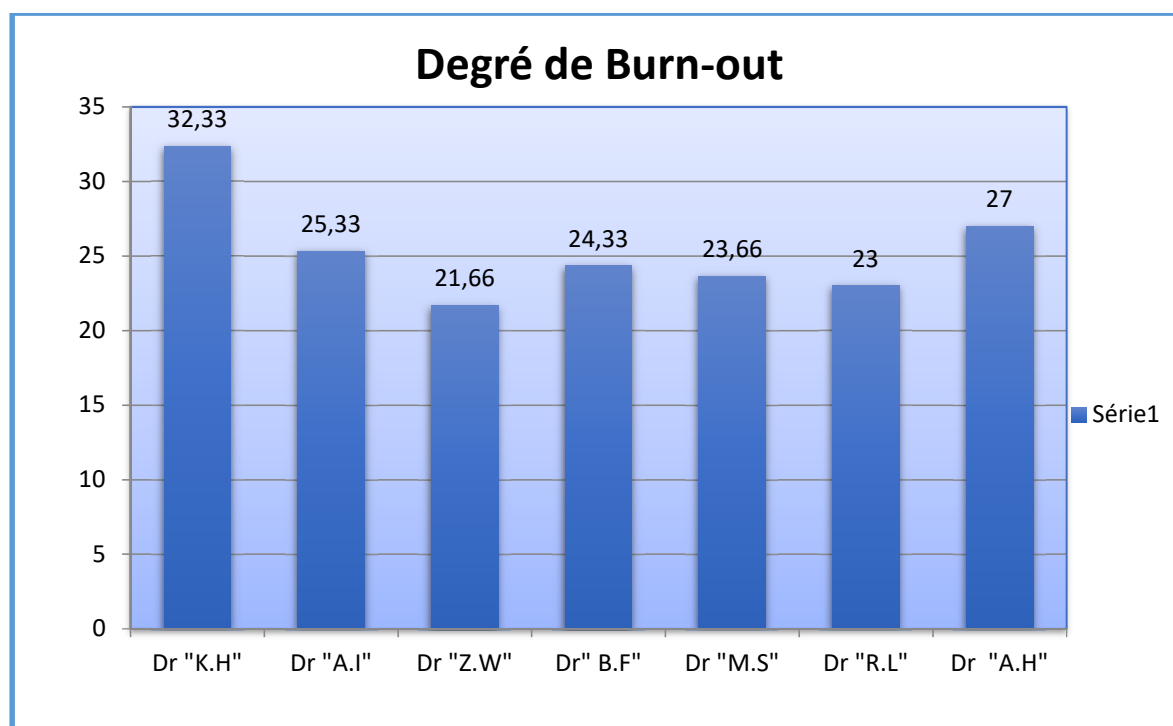


Figure n °13 : Histogramme qui représente les résultats obtenus à l'échelle MBI

Le graphique ci-dessus révèle les résultats des sept cas participants à la recherche .On trouve **quatre cas** qui manifestent le **Burn out** avec un **degré élevé** et **trois autres cas** représentent un **burn out modéré**.

Cas n°1 : Dr « A.I » :

En se référant aux résultats tirés de l'échelle MBI, nous pouvons dire que Dr « A.I » présente **un burn out modéré** où en obtenant un score de 23 pour la dimension de l'épuisement émotionnel. Et un score de 6 pour la dépersonnalisation et un score de 47 pour l'accomplissement personnel. Donc, d'après les résultats enregistrés par Dr « A.I » dans l'échelle MBI, nous infirmons notre première hypothèse pour ce premier cas, à savoir le sujet ne présente pas un degré élevé de burnout.

Cas n°2 : Dr « Z.W » :

En se basant sur ses résultats recueillis à l'échelle MBI, notre sujet a enregistré un score de 26 pour la dimension de l'épuisement émotionnel. Et un score de 5 pour la dépersonnalisation et un score de 34 à la dimension de l'accomplissement personnel. D'après ces résultats récoltés par l'échelle MBI, on peut dire que notre sujet présente **un burn out modéré**. Dans ce cas, notre hypothèse est infirmée pour notre sujet.

Cas n°3 : Dr « B.F » :

Dr « B.F » à la suite des résultats recueillis sur l'échelle MBI, Brahim a obtenu un score de 27 pour la dimension de l'épuisement émotionnel, et un score de 3 pour la dépersonnalisation et un score de 43 pour l'accomplissement personnel. D'après ces résultats récoltés par l'échelle MBI, on peut dire que notre sujet présente **un burn out modéré**. Dans ce cas, notre hypothèse est infirmée pour notre sujet.

Cas n°4: Dr « M.S » :

En tenant compte des résultats recueillis par l'échelle MBI, **Dr « M.S »** a obtenu un score de 26 pour la dimension de l'épuisement émotionnel, et un score de 13 pour la dépersonnalisation et un score de 33 pour l'accomplissement personnel. D'après les résultats d'analyse de l'échelle MBI, nous constatons que notre sujet présente **un burn out élevé**. Dans cette optique, notre première hypothèse est confirmée pour notre sujet.

Cas n° 5 : Dr « R.L » :

En se basant sur ses résultats recueillis à l'échelle MBI, notre sujet a enregistré un score de 31 pour la dimension de l'épuisement émotionnel. Et un score de 15 pour la dépersonnalisation et un score de 23 à la dimension de l'accomplissement personnel. D'après ces résultats récoltés par l'échelle MBI, on peut dire que notre sujet présente **un burn out élevé**. Dans ce cas, notre hypothèse est confirmée pour notre sujet.

Cas n°6 : Dr « A.H » :

Dr « A.H » à partir des résultats recueillis sur l'échelle MBI, Célia a obtenu un score de 38 pour la dimension de l'épuisement émotionnel. Et un score de 15 pour la dépersonnalisation et score de 28 pour l'accomplissement personnel. D'après les résultats d'analyse de l'échelle MBI, nous constatons que notre sujet présente **un burn out élevé**. Dans cette optique, notre première hypothèse est confirmée pour ce cas.

Cas n°7 : Dr « K.H » :

En se référant aux résultats tirés de l'échelle MBI, nous pouvons dire que Dr « K.H » présente **un burn out très élevé** où en obtenant un score de 54 pour la dimension de l'épuisement émotionnel. Et un score de 30 pour la dépersonnalisation et un score de 13 pour l'accomplissement personnel. Donc, d'après les résultats enregistrés par Dr « K.H » dans l'échelle MBI, nous pouvons confirmer notre première hypothèse, c'est-à-dire que Dr « K.H » présente un burn out élève.

Tableau n° 23 : tableau récapitulatif des résultats des cas en burn-out

BO/cas	Dr «A.I »	Dr «Z.W»	Dr «B.F »	Dr «M.S »	Dr «R.L »	Dr «A.H »	Dr «K.H »
S.E.E	23	26	27	26	31	38	54
Niveau E.E	Degré modéré	Degré modéré	Degré modéré	Degré modéré	Degré élevé	Degré élevé	Degré élevé

SDP	6	5	3	12	15	15	30
Niveau DP	Degré modéré	Degré faible	Degré faible	Degré élevé	Degré élevé	Degré élevé	Degré élevé
SAP	47	34	43	33	23	28	13
Niveau AP	Degré élevé	Degré modéré	Degré modéré	Degré bas (EAP= élevé)	Degré bas (EAP=degré élevé)	Degré bas (EAP=degré élevé)	Degré bas (EAP= élevé)
S BO	25,33	21,66	24,33	23,66	23	27	32,33
Niveau BO	BO modéré	BO modéré	BO modéré	BO élevé	BO élevé	BO élevé	BO élevé

Dr « A.I » → BO= 25,33 → EE= 23 , DP= 6 , AP= 47

Dr « Z.W » → BO= 21,66 → EE= 26 , DP= 5 , AP= 34

Dr « B.F » → BO= 24,33 → EE= 27 , DP= 3 , AP= 43

Dr « M.S » → BO=23,66 → EE= 26 , DP= 12 , AP= 33

Dr « R.L » → BO= 23 → EE= 31 , DP= 15 , AP= 23

Dr « A.H » → BO= 27 → EE= 38 , DP= 15 , AP= 28

Dr « K.H » → BO= 32 ,33 → EE= 54 , DP= 30 , AP= 13

Le tableau ci-dessus présente l'épuisement professionnel de nos cas qui est réparti en trois dimensions : la première dimension concerne « épuisement émotionnel », la deuxième dimension nous renvoi à «la dépersonnalisation » des cas, et la troisième dimension traduit«

l'échec d'accomplissement personnel » de nos cas. Les dimensions sont évaluées selon trois degrés : élevé, modéré, faible /bas.

D'après les résultats obtenus dans la dimension « épuisement émotionnel », on constate que le pourcentage des personnes ayant un épuisement émotionnel modéré (82.5%) est plus élevé par rapport aux pourcentages des personnes qui ont un épuisement émotionnel élevé (41%). En revanche, les résultats obtenus dans la dimension de « la dépersonnalisation » montrent que le degré élevé (18%), degré modéré (6%) et d'un score faible de (4%). Tandis que les résultats obtenus dans la dimension « échec d'accomplissement personnel » montrent que la moitié de nos cas présentent un degré élevé. En constate Donc que la majorité des cas de notre groupe de recherche souffrent d'un burn out élevé.

Hypothèse N°2 : l'épuisement professionnel est le stade de développement pour une dépression

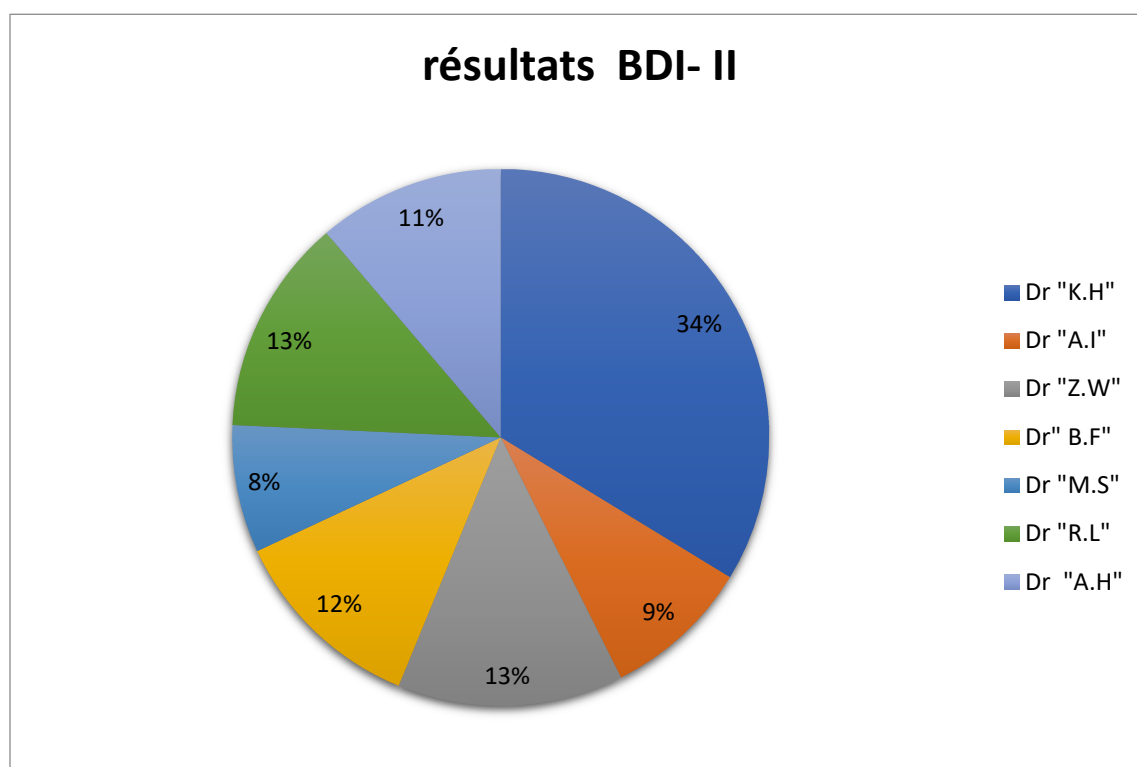


Figure n °14 : secteur graphique des résultats obtenus à l'échelle BDI –II

Le graphique ci-dessus révèle les résultats des sept cas participants à la recherche :

Dr « A.I »	→	9%	→	dépression légère = 15
Dr « Z.W »	→	13%	→	dépression modérée = 24
Dr « B.F »	→	12%	→	dépression modérée = 20
Dr « M.S »	→	8%	→	dépression légère = 13
Dr « R.L »	→	13%	→	dépression modérée = 22
Dr « A.H »	→	11%	→	dépression modérée = 19
Dr « K.H »	→	34%	→	dépression sévère = 48

-Les résultats de notre recherche ont révélé que les médecins légistes peuvent développer des signes dépressifs à cause de leurs vécu psychologique, selon les résultats obtenus dans l'entretien et l'échelle de Beck on a constaté que un cas souffre d'une dépression sévère, quatre cas souffre de dépression modéré et deux cas souffre d'une dépression légère et cela quelque soit le burnout, il peut être physique ou psychologique.

-Les médecins légistes épuisés professionnellement peuvent manifester des symptômes de la dépression : la tristesse, pessimisme, perte d'intérêt, sentiment d'évitement, ainsi que les idées ou les pensées suicidaires chez Dr « K.H », et les troubles somatique tel que (la fatigue, l'insomnie, la boulimie, l'anorexie, la maladie de chorio-rétinite cérébrale, l'insomnie ...).

- **Dr « K.H »** souffre d'une dépression sévère, présenté par les symptômes tel que : (la dévalorisation, pessimisme, perte d'intérêt, tristesse, perte de plaisir, pleurs, la fatigue, agitation).
- **Dr « Z.W », « B.F », « R.L », « A.H »** souffrent d'une dépression modéré accompagner par des symptômes tel que les attitudes critiques en soi, la fatigue, désespoir, ...etc.
- **Dr « A.I » et Dr « M.S »** souffrent d'une dépression légère présentée par les symptômes tels que ; la fatigue, l'insomnie, perte d'énergie.

-Tous ces symptômes portent atteintes au comportement de ces médecins légistes qui sont en épuisement professionnel à des différents degrés.

Tableau n° 24 : tableau récapitulatif des résultats des cas à l'échelle BDI-II

CAS	Dr « A.I »	Dr « Z.W »	Dr « B.F »	Dr « M.S »	Dr « R.L »	Dr « A.H »	Dr « K.H »
Score totale de la dépression	15	23	20	13	22	19	57
Niveau de dépression	légère	modérée	modérée	légère	modérée	modérée	sévère

À retenir : le burn out pouvait être une phase du développement de la dépression, mais aussi que la dépression pouvait influencer négativement l'expérience de travail.

A partir des résultats obtenus dans l'entretien, échelle MBI et l'échelle de Beck, on a remarqué clairement la relation entre le burnout et la dépression c'est-à-dire que **le burnout pouvait être une phase du développement de la dépression, mais aussi que la dépression pouvait influencer négativement l'expérience de travail**, cela montre qu'on a confirmé la deuxième hypothèse qui implique que le burnout est le stade de développement d'une dépression et vice versa.

Synthèse :

A partir des résultats qu'on a obtenus, à partir des outils de recherche que nous avons utilisés pour recueillir les informations fiables sur nos sujets de recherche, nous pouvons distinguer entre nos cas. La première hypothèse énonçant que les médecins légistes ont manifesté des symptômes du burn out élevé » a pu être vérifiée pour la majorité des cas. Nous constatons, ainsi que tous les cas ont confirmé notre deuxième hypothèse énonçant que « l'épuisement professionnel est le stade de développement pour une dépression et vice versa ».

Conclusion

Dans le cadre de quatrième semestre de notre master en psychologie clinique à l'université de Bejaïa, nous avons effectué une recherche aux différents établissements hospitaliers situés à Bejaïa et ses environs.

Au cours de notre recherche, j'ai eu l'occasion de passer plusieurs tests et outils psychologiques tels que MBI, BDI

Mes activités lors de mon premier lieu à EPH de sidi-aich s'articulent essentiellement autour d'un axe d'observation, je me suis imposé comme observatrice avant d'entamer les entretiens. Ce rôle m'a donné ma première exposition à la réalité d'un milieu hospitalier qui peut parfois être très difficile et dur surtout lorsque nous rencontrons des médecins en dépression à cause du burn-out évoquait dans leur milieu professionnel.

En effet, j'ai construit ma première présentation de ce qui inclu un entretien clinique et le choix des outils d'évaluation à partir des données anamnestiques.

Lors de mon premier jour dans le SML à l'hôpital Franz fanon à Bejaïa, je me suis rendue dans différentes parties de services pour mieux comprendre son fonctionnement et les équipes qui le composent et avec le consentement des médecins j'ai participé aux autopsies au SML situés à ;franz fanon, akbou et kherrata .

Le tour des services médicaux légaux à EPH d'akbou et kherrata faisons également partie de mes activités durant la recherche.

Ce travail m'a beaucoup marqué et il m'a permis d'affronter la réalité pénible d'un service hospitalier et surtout du service Médecine Légale

Par ailleurs, ment dû mettre en pratique mes connaissances théoriques acquises durant mes études universitaires et d'acquérir de nouvelles connaissances dans ce contexte durant ce travail j'ai pu observer les points forts du service de la médecine légale ainsi que ces difficultés.

En conclusion de ce qui précède, nous concluons que la médecine légale est une branche très importante de la médecine, qui vise à servir la justice au sein de la société par l'interprétation et la clarification des questions médicales pour le sujet du litige judiciaire qui sont examinées devant les hommes de loi. Le juge doit forger sa conviction personnelle, et lui permettre d'atteindre le niveau de compréhension et de maîtrise du dossier pénal dont il est saisi, considérant que la médecine légale est la science qui met les connaissances médicales au service des procédures judiciaires, et contribue à lever les ambiguïtés sujets dans l'enquête sur la criminalité. Comme on le sait, le médecin légiste a un rôle efficace pour aider la justice,

Conclusion

à travers la conduite d'une expertise technique, tout ce qui concerne un problème médical, Et il y a coordination entre le juge et le médecin, puisque ce dernier fait partie des experts qui s'occupent le plus de la justice, car le travail de chacun est complémentaire de l'autre, notamment du point de vue pénal dans l'établissement des preuves et la rôle qu'il joue dans la première étape de l'enquête, puisqu'il prouve la survenance ou non du crime et les circonstances dans lesquelles il a eu lieu.

Au stade de l'information judiciaire, il est soumis au principe de façade, quant au stade du procès, il est soumis à la conviction personnelle absolue dans l'émission des décisions judiciaires. Et nous en tirons les conclusions suivantes :

- L'absence d'une loi spéciale réglementant la profession de médecin légiste judiciaire en Algérie

Le manque de médecins légistes suite à une insuffisance du nombre d'étudiants souhaitant se spécialiser.

- Manque des matériels qui sont très importants pour une pratique médico-légale facile.
- L'absence IML (institut médico-légal).

Ainsi, sur la base de ce qui précède, nous proposons de **doter les médecins légistes de capacités modernes pour exercer leurs fonctions et de construire des instituts médico-légaux (IML).**

Concernant les perspectives de recherches ultérieures, nous proposons les deux thèmes suivants :

- le vécu psychologique chez les médecins légistes en Algérie.
- la qualité de vie chez les médecins légistes.

Liste des références

Ouvrages

- Pedeinielli J-L et Amel B, (2005) « les états dépressifs », paris, Armand colin.
- Ferreri .M, Nuss.P & ferreri .F, (2003), « la dépression au féminin », paris, John Libbey Eurotext.
- Ducher .J-L, (2011), « la dépression en 60 questions, comment s'en sortir, paris, Odile Jacob.
- Lamessi .A, (2015), « la depression, une pathologie à visage multiple », paris, L'Harmattan.
- Ferreri .F, (2012), « la dépression, 100 questions pour comprendre et guérir », paris, Odile Jacob.
- Peretti .C-S, (2013), « comprendre et soigner la dépression », paris, Elsevier Masson.
- Chabert. C et al, (2005), « figures de la dépression », paris, Dunod.
- Sarron. C-M, (2002), « la dépression, comment en sortir », paris, Odile Jacob.
- Palazzolo. J, (2012), « aidez vos proches à surmonter la dépression », France, Mon petit Editeur.
- Laurent. E & Vandel .P, (2016), « de l'humeur normale à la dépression, en psychologie cognitive, neurosciences et psychiatrie », Belgique, De Boeck supérieur.
- Goudemand. M, (2010), « les états dépressifs », paris, Lavoisier Médecine.
- Hawkins. D, (2003), « quand vous êtes déprimé », Etats-Unis, Editions Farel.
- Keck. M, (2016), « la dépression », Suisse SA, Editions Lundbeck.
- Chahraoui KH et Bénony B, (1999), « L'entretien clinique », Paris, Dunod.
- Chahraoui KH et Bénony H, (2003), « Méthodes évaluation et recherche en psychologie clinique », Paris, Dunod.
- Pedrinielli J-L et Amel B, (2005) « les états dépressifs », paris, Armand colin.
- Grebot. E, (2011), « stress et burn out au travail ; identifier, prévenir, guérir », éditions Eyrolles.
- Canaoui .P & Mauranges. A, (2008), « le burn out à l'hôpital ; le syndrome d'épuisement professionnel », éditions Elsevier Masson,
- Canaoui .P & Mauranges. A, (2015), « le burn out à l'hôpital ; le syndrome d'épuisement professionnel », éditions Elsevier Masson.

Liste des Références

- Dejours .C, Gernet .I, (2012), « psychopathologie du travail », 2^e édition Elsevier Masson.
- Galam. E, (2012), « l'erreur médicale, le burn out et le soignant, de la seconde victime au premier acteur », Verlag France, Editions Springer.
- Vasey.C, (2017), « Comment rester vivant au travail: Guide pour sortir du burn out », France, éditions Dunod.
- Zawieja.P & Guarnieri .F, (2013), « Épuisement professionnel: Approches innovantes et pluridisciplinaires », Editions Armand Colin.
- Servant .D, (2013), « le stress au travail, prévention et prise en charge en thérapies comportementales et cognitives », paris, éditions Elsevier Masson, collection pratiques en psychothérapie ; santé psy et travail.
- Fernandez .L & pedinielli .J-L, (2006), « la recherche en psychologie clinique », France, éditions association de recherche en soins infirmiers.
- Bioy. A et al, (2021), « les méthodes qualitatives en psychologie clinique et psychopathologie », paris, Dunod.
- Beauthier. J-P, (2022), Traité de médecine légale et criminalistique, 3e édition, De Boeck supérieur, p.1352.
- Baccino. E, (2014), médecine légale clinique, Médecine de la violence Prise en charge des victimes et agresseurs, éditions Elsevier Masson.
- Delbrouck. M, (2007), «comment traiter le burnout ? Syndrome d'épuisement professionnel, stress chronique et traumatisme psychique, De Boeck supérieur.

Articles :

- Briand .J, (1869), manuel complet de médecine légale, Baillière.
- Djama. K, (2013), introduction à la médecine légale.
- Benkobbi. S, (2020/2021), introduction à la médecine légale université farhet Abbas - Sétif-1- faculté de médecine module de médecine légale 6 année.
- Belhadj. L et al, (2010), cours polycopies de médecine légale.

Liste des Références

- Merah .F, Mostefaoui.A, (2006), La médecine légale : de la faculté centrale d'Alger au CHU Béni Messous. « Actes de psychiatrie & médecine légale », pp .31-34.

- Ridouh.B, (2006), Le froid de la morgue « Actes de psychiatrie & médecine légale», pp.7-9.

https://chumondor.aphp.fr/wpcontent/blogs.dir/163/files/2014/08/PSYCOM_TroublePsy_TroubleDepressifs_WEB.pdf

- Birrien .N, (2015), « de la question du burnout »

Manuel

-D S M – IV – TR, (1996), « Manuel diagnostiques et statistique des troubles mentaux », paris, Masson.

Crocq .M-A, (2015), « manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux DSM5, Elsevier Masson.

-Beck A, (1998), « Manuel de l'inventaire de dépression », Paris, 2eme édition centre de psychologie appliquée.

Dictionnaires

-Le petit Larousse illustré, (1976), paris, Larousse.

- Sillamy N, (1999), « dictionnaire de psychologie », paris, Larousse.

Sites internet

<https://static.wixstatic.com> (test MBI)

Www. Elsevier –masson. FR

Www. Cite- sciences .Fr(le-médecin-légiste).

<https://mediablog-coaching.com/wp-content/uploads/sites/2/2015/10/De-la-question-du-Burnout-NBirrien-2014-1.pdf>

Annexes

Guide d'entretien clinique

Dans le cadre de préparation d'un diplôme de master en psychologie clinique sur le thème « **la dépression et l'épuisement professionnel chez Les médecins légistes** », nous avons préparé ce guide d'entretien pour confirmer ou infirmer nos hypothèses. Dans le but d'avoir des résultats fiables.

Au début l'entretien :

Bonjour Monsieur/madame,, je vous remercie d'avoir bien voulu m'accorder de temps pour cet entretien. Voilà je suis étudiante stagiaire en psy-clinique, je prépare un mémoire académique pour comprendre le vécu des médecins légistes dans leurs travail. Si vous êtes d'accord de participer à cette étude, en acceptant de répondre à certains questions, qui sont dans le but de mieux comprendre cette Catégorie de professionnels et surtout mieux les aider dans l'avenir en cas de besoins. Je vous affirme que tout ce que vous allez me dire, restera en secret et ne sera utilisé que d'une manière anonyme et dans le but de la recherche.

Les informations personnelles :

1-Nom / prénom :

2-L'age :

3-Situation Familiale :

4-Nombre d'enfants à charge :

5-Niveau scolaire :

6-la situation professionnelle :

Les axes :

Axe 01 :infos sur la vie privée, Familiale et sociale des légistes .

- 1- Parlez-moi de vous
- 2- Votre relation avec votre famille été Bonne, avant que Vous rentrez dans un épuisement professionnel ? Pourquoi ?
- 3- Vous vous exprimer facilement avec les membres de votrefamille ?
- 4- Avez-vous des amis proches ? Sont-ils épuisés ?(en dehors travail)
- 5- Au cours de la pandémie, avez-vous des difficultés à gérer votre quotidien ?

- 6- devant des problèmes importants à qui vous vous adressez le plus -Souvent ?
- 7- avez-vous le sentiment que vous êtes soutenu profondément ?
- 8- Vous portez de l'importance au regard des autres et leurs avis sur vous ?
- 9- Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques à propos de votre comportement inhabituel ? (épuisement)
- 10- Est-ce que y'a-t-il un membre de votre famille qui a des maladies chroniques ? Si oui ? Ressentez-vous une charge sur votre vie ?

Axe 02 : Etat de santé des médecins légistes.

- 1- parlez-moi de votre santé
- 2- Parlez-moi de vos habitudes alimentaires
- 3- Faites-vous du sport ? Si oui, lequel ?
- 4- Parlez-moi de votre sommeil ? Pensez-vous récupérer suffisamment après le travail ?

Axe 03 : Vie professionnelle des légistes.

1. Parlez-moi de votre travail, comment vous l'avez choisi ?
2. Êtes-vous souvent en forme quand vous partez au travail ?
3. Sinon, comment vous sentez-vous le plus souvent quand c'est l'heure d'aller au travail ?
4. Si vous devez refaire votre carrière, quel serait votre choix ?
5. Parlez-moi de vos relations au travail, avez-vous des collègues amis ?
6. Comment décririez-vous l'ambiance générale dans votre travail ?
7. Selon vous, serait-il mieux, si votre service fonctionnait autrement ? Si oui, comment ?
8. Vous êtes accablés dans quel service ?
9. Pendant la semaine combien de jours et de gardes travaillez-vous ?
10. Combien d'heures travaillez-vous et comment jugez-vous votre horaire ?
11. Prenez-vous le temps de vous reposer pendant le travail ?
12. Avec la pandémie, pourriez-vous me dire qu'est-ce qui a changé dans votre travail ?
13. Pensez-vous avoir de la pression dans votre travail ?
14. Pensez-vous qu'on vous a fourni toutes les préventions nécessaires ?
15. Avez-vous vécu des choses qui vous ont choqué dans votre travail ? si oui, lesquelles ?
16. Avez-vous reçu des récompenses pendant la pandémie ? si oui, lesquelles ?

Axe 04 : les activités des légistes en dehors des heures de travail.

1. En dehors de travail que faites-vous ?
2. Partagez-vous des moments de distraction en famille ? (si oui, dites-moi lesquels).
3. Pratiquez-vous régulièrement du sport ?
4. Avez-vous d'autres loisirs ?
5. Pensez-vous que l'épidémie a changé votre rythme quotidien ? si oui, comment ?

Axe 05 : Dépression.

- 1- Avez-vous des problèmes d'appétits ?
- 2- Avez-vous des problèmes de sommeils, des insomnies ?
- 3- Est-ce-que ca vous arrive d'avoir une sensation de fatigue sans raison ?
- 4- Est-ce-que depuis votre épuisement, votre intérêt aux activités quotidiennes a diminué ?
- 5- Vous arrive-t-il de vivre des moments de tristesses ? Quand ? Et comment vous gérez la situation ?
- 6- Avez-vous des idées suicidaires ? Depuis quand ?
- 7- Est-ce-que vous ressentez une diminution ou une perte d'énergie dans votre vie quotidienne ?
- 8- Comment vous vous voyez par rapport au autres ?ca vous arrive de vous comparez au autres ?
- 9- Sentez-vous un sentiment de culpabilité pendant ou après une erreur médicale / un échec médical à cause d'épuisement ?

Axe 06 : la projection des médecins légistes dans l'avenir .

- 1- Quelles sont vos projets en future ?

Nous avons terminé notre entretien, je vous remercie pour votre collaboration, si vous avez des choses à rajouter, je vous écoute.

Test d'Inventaire de Burnout de Maslach - MBI

Comment percevez-vous votre travail ? Etes-vous épuisé(e) ?
 Quelle est votre capacité à gérer votre relation aux autres ?
 Où en êtes-vous sur votre degré d'accomplissement personnel ?

- Précisez la fréquence à laquelle vous ressentez la description des propositions suivantes en entourant le chiffre correspondant avec :

- 0 = Jamais
- 1 = Quelques fois par an, au moins
- 2 = Une fois par mois au moins
- 3 = Quelques fois par mois
- 4 = Une fois par semaine
- 5 = Quelques fois par semaine
- 6 = Chaque jour

- Additionnez les scores obtenus dans chacune des 3 dimensions proposées au bas du questionnaire. Voyez si ces scores sont à un degré « faible », « modéré » ou « élevé ».

	Jamais ↓		Chaque jour ↓					
	0	1	2	3	4	5	6	
01 - Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail	0	1	2	3	4	5	6	
02 - Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail	0	1	2	3	4	5	6	
03 - 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	
04 - Je peux comprendre facilement ce que mes patients/clients/élèves ressentent	0	1	2	3	4	5	6	
05 - Je sens que je m'occupe de certains patients/clients/élèves de façon impersonnelle, comme s'ils étaient des objets	0	1	2	3	4	5	6	
06 - Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort	0	1	2	3	4	5	6	
07 - Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes patients/clients/élèves	0	1	2	3	4	5	6	
08 - Je sens que je craque à cause de mon travail	0	1	2	3	4	5	6	
09 - 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 patients/clients/élèves	0	1	2	3	4	5	6	
16 - Travailler en 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 patients/clients/élèves	0	1	2	3	4	5	6	
18 - Je me sens ragaillard(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de patients/clients/élèves	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 patients/clients/élèves me rendent responsable de certains de leurs problèmes	0	1	2	3	4	5	6	

Total du Score d'Épuisement Professionnel (SEP)

Additionnez les scores que vous avez obtenus aux questions 01. 02. 03. 06. 08. 13. 14. 16. 20

SEP =

Épuisement Professionnel	SEP < à 17	18 < SEP < 29	30 < SEP
	Degré faible	Degré modéré	Degré élevé

Total du Score Dépersonnalisation / Perte d'empathie (SD)

Additionnez les scores que vous avez obtenus aux questions 05. 10. 11. 15. 22

SD =

Dépersonnalisation	SD < à 5	6 < SD < 11	12 < SD
	Degré faible	Degré modéré	Degré élevé

Total du Score Accomplissement Personnel (SAP)

Additionnez les scores que vous avez obtenus aux questions 04. 07. 09. 12. 17. 18. 19. 21.

SAP =

Accomplissement Personnel	SAP < à 33	34 < SAP < 39	40 < SAP
	Degré faible	Degré modéré	Degré élevé

Degré de Burn Out

Attention si vos scores SEP et SD se trouvent tous les deux dans le rouge !

Surtout si votre degré d'accomplissement est également dans le rouge !!!

SEP	L'épuisement professionnel (Burn Out) est typiquement lié au rapport avec un travail vécu comme difficile, fatigant, stressant... Pour Maslach, il est différent d'une dépression car il disparaîtrait pendant les vacances.
SD	La dépersonnalisation, ou perte d'empathie, se caractérise par une baisse de considération positive à l'égard des autres (clients, collègues...), c'est une attitude où la distance émotionnelle est importante, observables par des discours cyniques, dépréciatifs, voire même par de l'indifférence.
SAP	L'accomplissement personnel est un sentiment « soupape de sécurité » qui assurerait un équilibre en cas d'épuisement professionnel et de dépersonnalisation. Il assure un épanouissement au travail, un regard positif sur les réalisations professionnelles.

BDI-II

Ce questionnaire comporte 21 groupes d'énoncés. Veuillez lire avec soin chacun de ces groupes puis, dans chaque groupe, choisissez l'énoncé qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti(e) au cours des deux dernières semaines, incluant aujourd'hui.

Encerclez alors le chiffre placé devant l'énoncé que vous avez choisi. Si, dans un groupe d'énoncés, vous en trouvez plusieurs qui semblent décrire également bien ce que vous ressentez, choisissez celui qui a le chiffre le plus élevé et encerclez ce chiffre. Assurez-vous bien de ne choisir qu'un seul énoncé dans chaque groupe, y compris le groupe #16 et #18.

1 Tristesse

- 0 Je ne me sens pas triste.
- 1 Je me sens très souvent triste.
- 2 Je suis tout le temps triste.
- 3 Je suis si triste ou si malheureux(se) que ce n'est pas supportable.

2 Pessimisme

- 0 Je ne suis pas découragé(e) face à mon avenir.
- 1 Je me sens plus découragé(e) qu'avant face à mon avenir.
- 2 Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi.
- 3 J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer.

3 Échecs dans le passé

- 0 Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie, d'être un(e) raté(e).
- 1 J'ai échoué plus souvent que je n'aurais dû.
- 2 Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs.
- 3 J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie.

4 Perte de plaisir

- 0 J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant aux choses qui me plaisent.
- 1 Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant.
- 2 J'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.
- 3 Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.

5 Sentiments de culpabilité

- 0 Je ne me sens pas particulièrement coupable.
- 1 Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais dû faire.
- 2 Je me sens coupable la plupart du temps.
- 3 Je me sens tout le temps coupable.

Nom: _____

Date: _____

6 Sentiment d'être puni(e)

- 0 Je n'ai pas le sentiment d'être puni(e).
- 1 Je sens que je pourrais être puni(e).
- 2 Je m'attends à être puni(e).
- 3 J'ai le sentiment d'être puni(e).

7 Sentiments négatifs envers soi-même

- 0 Mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé.
- 1 J'ai perdu confiance en moi.
- 2 Je suis déçu(e) par moi-même.
- 3 Je ne m'aime pas du tout.

8 Attitude critique envers soi

- 0 Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.
- 1 Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais.
- 2 Je me reproche tous mes défauts.
- 3 Je me reproche tous les malheurs qui arrivent.

9 Pensées ou désirs de suicide

- 0 Je ne pense pas du tout à me suicider.
- 1 Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferai pas.
- 2 J'aimerais me suicider.
- 3 Je me suiciderais si l'occasion se présentait.

10 Pleurs

- 0 Je ne pleure pas plus qu'avant.
- 1 Je pleure plus qu'avant.
- 2 Je pleure pour la moindre petite chose.
- 3 Je voudrais pleurer mais je ne suis pas capable.

11 Agitation

- 0 Je ne suis pas plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
- 1 Je me sens plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
- 2 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que j'ai du mal à rester tranquille.
- 3 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que je dois continuellement bouger ou faire quelque chose.

12 Perte d'intérêt

- 0 Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités.
- 1 Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses.
- 2 Je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses.
- 3 J'ai du mal à m'intéresser à quoique ce soit.

Nom: _____

Date: _____

13 Indécision

- 0 Je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant.
- 1 Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions.
- 2 J'ai beaucoup plus de mal qu'avant à prendre des décisions.
- 3 J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision.

14 Dévalorisation

- 0 Je pense être quelqu'un de valable.
- 1 Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant.
- 2 Je me sens moins valable que les autres.
- 3 Je sens que je ne vaudrais absolument rien.

15 Perte d'énergie

- 0 J'ai toujours autant d'énergie qu'avant.
- 1 J'ai moins d'énergie qu'avant.
- 2 Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand-chose.
- 3 J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit.

16 Modifications dans les habitudes de sommeil

- 0 Mes habitudes de sommeil n'ont pas changé.
- 1a Je dors un peu plus que d'habitude.
- 1a Je dors un peu moins que d'habitude.
- 2b Je dors beaucoup plus que d'habitude.
- 2b Je dors beaucoup moins que d'habitude.
- 3c Je dors presque toute la journée.
- 3c Je me réveille une ou deux heures plus tôt et je suis incapable de me rendormir.

17 Irritabilité

- 0 Je ne suis pas plus irritable que d'habitude.
- 1 Je suis plus irritable que d'habitude.
- 2 Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude.
- 3 Je suis constamment irritable.

18 Modifications de l'appétit

- 0 Mon appétit n'a pas changé.
- 1a J'ai un peu moins d'appétit que d'habitude.
- 1b J'ai un peu plus d'appétit que d'habitude.
- 2a J'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude.
- 2b J'ai beaucoup plus d'appétit que d'habitude.
- 3a Je n'ai pas d'appétit du tout.
- 3b J'ai constamment envie de manger.

Nom: _____

Date: _____

19 Difficulté à se concentrer

- 0 Je parviens à me concentrer toujours aussi bien qu'avant.
- 1 Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude.
- 2 J'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit.
- 3 Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit.

20 Fatigue

- 0 Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude.
- 1 Je me fatigue plus facilement que d'habitude.
- 2 Je suis trop fatigué(e) pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant.
- 3 Je suis trop fatigué(e) pour faire la plupart des choses que je faisais avant.

21 Perte d'intérêt pour le sexe

- 0 Je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe.
- 1 Le sexe m'intéresse moins qu'avant.
- 2 Le sexe m'intéresse beaucoup moins maintenant.
- 3 J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.

Annexes 04

Nom: Dr. A.I

Date: 2/4/2023

Test d'Inventaire de Burnout de Maslach - MBI

Comment percevez-vous votre travail ? Etes-vous épuisé(e) ?
 Quelle est votre capacité à gérer votre relation aux autres ?
 Où en êtes-vous sur votre degré d'accomplissement personnel ?

- Précisez la fréquence à laquelle vous ressentez la description des propositions suivantes en entourant le chiffre correspondant avec :

- 0 = Jamais
- 1 = Quelques fois par an, au moins
- 2 = Une fois par mois au moins
- 3 = Quelques fois par mois
- 4 = Une fois par semaine
- 5 = Quelques fois par semaine
- 6 = Chaque jour

- Additionnez les scores obtenus dans chacune des 3 dimensions proposées au bas du questionnaire. Voyez si ces scores sont à un degré « faible », « modéré » ou « élevé ».

	Jamais ↓	1	2	3	4	5	6 Chaque jour ↓
01 - Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail	X	1	2	3	4	5	6
02 - Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail	0	1	2	3	X	5	6
03 - 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	X	6
04 - Je peux comprendre facilement ce que mes patients/clients/élèves ressentent	0	1	2	3	4	5	X
05 - Je sens que je m'occupe de certains patients/clients/élèves de façon impersonnelle, comme s'ils étaient des objets	X	1	2	3	4	5	6
06 - Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort	X	1	2	3	X	5	6
07 - Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes patients/clients/élèves	0	1	2	3	4	5	X
08 - Je sens que je craque à cause de mon travail	0	X	2	3	4	5	6
09 - J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens	0	1	2	3	4	5	X
10 - Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail	X	1	2	3	4	5	6
11 - Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	0	1	2	3	4	X	6
12 - Je me sens plein(e) d'énergie	0	1	2	3	4	X	6
13 - Je me sens frustré(e) par mon travail	X	1	2	3	4	5	6
14 - Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail	0	1	2	3	4	5	X
15 - Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes patients/clients/élèves	X	1	2	3	4	5	6
16 - Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop	X	1	2	3	4	5	6
17 - J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes patients/clients/élèves	0	1	2	3	4	5	X
18 - Je me sens ragillard(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de patients/clients/élèves	0	1	2	3	4	5	X
19 - J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail	0	1	2	3	4	5	X
20 - Je me sens au bout du rouleau	0	1	2	X	4	5	6
21 - Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement	0	1	2	3	4	5	X
22 - J'ai l'impression que mes patients/clients/élèves me rendent responsable de certains de leurs problèmes	0	X	2	3	4	5	6

EE = 23

(Degré, M)

Dp = 6

(Degré, M)

Ap = 47

(Degré, E)

Nom:

Dr. AI

Date:

2 / 4 / 23

BDI-II = 15

Ce questionnaire comporte 21 groupes d'énoncés. Veuillez lire avec soin chacun de ces groupes puis, dans chaque groupe, choisissez l'énoncé qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti(e) au cours des deux dernières semaines, incluant aujourd'hui. Encerclez alors le chiffre placé devant l'énoncé que vous avez choisi. Si, dans un groupe d'énoncés, vous en trouvez plusieurs qui semblent décrire également bien ce que vous ressentez, choisissez celui qui a le chiffre le plus élevé et encerclez ce chiffre. Assurez-vous bien de ne choisir qu'un seul énoncé dans chaque groupe, y compris le groupe #16 et #18.

1 Tristesse

- 0 Je ne me sens pas triste.
- 1 Je me sens très souvent triste.
- 2 Je suis tout le temps triste.
- 3 Je suis si triste ou si malheureux(se) que ce n'est pas supportable.

2 Pessimisme

- 0 Je ne suis pas découragé(e) face à mon avenir.
- 1 Je me sens plus découragé(e) qu'avant face à mon avenir.
- 2 Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi.
- 3 J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer.

3 Échecs dans le passé

- 0 Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie, d'être un(e) raté(e).
- 1 J'ai échoué plus souvent que je n'aurais dû.
- 2 Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs.
- 3 J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie.

4 Perte de plaisir

- 0 J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant aux choses qui me plaisent.
- 1 Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant.
- 2 J'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.
- 3 Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.

5 Sentiments de culpabilité

- 0 Je ne me sens pas particulièrement coupable.
- 1 Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais dû faire.
- 2 Je me sens coupable la plupart du temps.
- 3 Je me sens tout le temps coupable.

Nom: _____

Dr. AI

Date: _____

2/4/23

6 Sentiment d'être puni(e)

- 0 Je n'ai pas le sentiment d'être puni(e).
- 1 Je sens que je pourrais être puni(e).
- 2 Je m'attends à être puni(e).
- 3 J'ai le sentiment d'être puni(e).

7 Sentiments négatifs envers soi-même

- 0 Mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé.
- 1 J'ai perdu confiance en moi.
- 2 Je suis déçu(e) par moi-même.
- 3 Je ne m'aime pas du tout.

8 Attitude critique envers soi

- 0 Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.
- 1 Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais.
- 2 Je me reproche tous mes défauts.
- 3 Je me reproche tous les malheurs qui arrivent.

9 Pensées ou désirs de suicide

- 0 Je ne pense pas du tout à me suicider.
- 1 Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferai pas.
- 2 J'aimerais me suicider.
- 3 Je me suiciderais si l'occasion se présentait.

10 Pleurs

- 0 Je ne pleure pas plus qu'avant.
- 1 Je pleure plus qu'avant.
- 2 Je pleure pour la moindre petite chose.
- 3 Je voudrais pleurer mais je ne suis pas capable.

11 Agitation

- 0 Je ne suis pas plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
- 1 Je me sens plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
- 2 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que j'ai du mal à rester tranquille.
- 3 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que je dois continuellement bouger ou faire quelque chose.

12 Perte d'intérêt

- 0 Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités.
- 1 Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses.
- 2 Je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses.
- 3 J'ai du mal à m'intéresser à quoique ce soit.

Nom:

Dr. A.I

Date:

2/4/23

13 Indécision

- 0 Je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant.
- 1 Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions.
- 2 J'ai beaucoup plus de mal qu'avant à prendre des décisions.
- 3 J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision.

14 Dévalorisation

- 0 Je pense être quelqu'un de valable.
- 1 Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant.
- 2 Je me sens moins valable que les autres.
- 3 Je sens que je ne vauds absolument rien.

15 Perte d'énergie

- 0 J'ai toujours autant d'énergie qu'avant.
- 1 J'ai moins d'énergie qu'avant.
- 2 Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand-chose.
- 3 J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit.

16 Modifications dans les habitudes de sommeil

- 0 Mes habitudes de sommeil n'ont pas changé.
- 1a Je dors un peu plus que d'habitude.
- 1a Je dors un peu moins que d'habitude.
- 2b Je dors beaucoup plus que d'habitude.
- 2b Je dors beaucoup moins que d'habitude.
- 3c Je dors presque toute la journée.
- 3c Je me réveille une ou deux heures plus tôt et je suis incapable de me rendormir.

17 Irritabilité

- 0 Je ne suis pas plus irritable que d'habitude.
- 1 Je suis plus irritable que d'habitude.
- 2 Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude.
- 3 Je suis constamment irritable.

18 Modifications de l'appétit

- 0 Mon appétit n'a pas changé.
- 1a J'ai un peu moins d'appétit que d'habitude.
- 1b J'ai un peu plus d'appétit que d'habitude.
- 2a J'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude.
- 2b J'ai beaucoup plus d'appétit que d'habitude.
- 3a Je n'ai pas d'appétit du tout.
- 3b J'ai constamment envie de manger.

Annexes 04

Nom: Qv. AI

Date: 2/4/23

19 Difficulté à se concentrer

- 0 Je parviens à me concentrer toujours aussi bien qu'avant.
- 1 Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude.
- 2 J'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit.
- 3 Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit.

20 Fatigue

- 0 Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude.
- 1 Je me fatigue plus facilement que d'habitude.
- 2 Je suis trop fatigué(e) pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant.
- 3 Je suis trop fatigué(e) pour faire la plupart des choses que je faisais avant.

21 Perte d'intérêt pour le sexe

- 0 Je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe.
- 1 Le sexe m'intéresse moins qu'avant.
- 2 Le sexe m'intéresse beaucoup moins maintenant.
- 3 J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.

Annexes 05

Nom = Dr ZW

Date: 04/04/2023

Test d'Inventaire de Burnout de Maslach - MBI

Comment percevez-vous votre travail ? Etes-vous épuisé(e) ?
 Quelle est votre capacité à gérer votre relation aux autres ?
 Où en êtes-vous sur votre degré d'accomplissement personnel ?

- Précisez la fréquence à laquelle vous ressentez la description des propositions suivantes en entourant le chiffre correspondant avec

- 0 = Jamais
- 1 = Quelques fois par an, au moins
- 2 = Une fois par mois au moins
- 3 = Quelques fois par mois
- 4 = Une fois par semaine
- 5 = Quelques fois par semaine
- 6 = Chaque jour

- Additionnez les scores obtenus dans chacune des 3 dimensions proposées au bas du questionnaire. Voyez si ces scores sont à un degré « faible », « modéré » ou « élevé ».

	Jamais						Chaque jour						
	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5	6
01 - Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail	0	1	2	3	4	5	6						
02 - Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail	0	1	2	3	4	5	6						
03 - 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						
04 - Je peux comprendre facilement ce que mes patients/clients/élèves ressentent	0	1	2	3	4	5	6						
05 - Je sens que je m'occupe de certains patients/clients/élèves de façon impersonnelle, comme s'ils étaient des objets	0	1	2	3	4	5	6						
06 - Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort	0	1	2	3	4	5	6						
07 - Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes patients/clients/élèves	0	1	2	3	4	5	6						
08 - Je sens que je craque à cause de mon travail	0	1	2	3	4	5	6						
09 - 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 patients/clients/élèves	0	1	2	3	4	5	6						
16 - Travailler en 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 patients/clients/élèves	0	1	2	3	4	5	6						
18 - Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de patients/clients/élèves	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 patients/clients/élèves me rendent responsable de certains de leurs problèmes	0	1	2	3	4	5	6						

EE = 26
 (Degré, M)

Dp = 5
 (Degré, B)

Ap = 34
 (Degré,)

Nom: Dr ZW

Date: _____

BDI-II

Ce questionnaire comporte 21 groupes d'énoncés. Veuillez lire avec soin chacun de ces groupes puis, dans chaque groupe, choisissez l'énoncé qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti(e) au cours des deux dernières semaines, incluant aujourd'hui. Encerclez alors le chiffre placé devant l'énoncé que vous avez choisi. Si, dans un groupe d'énoncés, vous en trouvez plusieurs qui semblent décrire également bien ce que vous ressentez, choisissez celui qui a le chiffre le plus élevé et encerclez ce chiffre. Assurez-vous bien de ne choisir qu'un seul énoncé dans chaque groupe, y compris le groupe #16 et #18.

1 Tristesse

- 0 Je ne me sens pas triste.
- 1 Je me sens très souvent triste.
- 2 Je suis tout le temps triste.
- 3 Je suis si triste ou si malheureux(se) que ce n'est pas supportable.

2 Pessimisme

- 0 Je ne suis pas découragé(e) face à mon avenir.
- 1 Je me sens plus découragé(e) qu'avant face à mon avenir.
- 2 Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi.
- 3 J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer.

3 Échecs dans le passé

- 0 Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie, d'être un(e) raté(e).
- 1 J'ai échoué plus souvent que je n'aurais dû.
- 2 Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs.
- 3 J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie.

4 Perte de plaisir

- 0 J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant aux choses qui me plaisent.
- 1 Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant.
- 2 J'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.
- 3 Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.

5 Sentiments de culpabilité

- 0 Je ne me sens pas particulièrement coupable.
- 1 Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais dû faire.
- 2 Je me sens coupable la plupart du temps.
- 3 Je me sens tout le temps coupable.

Nom: Dr. Z. W

Date: _____

6 Sentiment d'être puni(e)

- 0 Je n'ai pas le sentiment d'être puni(e).
- 1 Je sens que je pourrais être puni(e).
- 2 Je m'attends à être puni(e).
- 3 J'ai le sentiment d'être puni(e).

7 Sentiments négatifs envers soi-même

- 0 Mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé.
- 1 J'ai perdu confiance en moi.
- 2 Je suis déçu(e) par moi-même.
- 3 Je ne m'aime pas du tout.

8 Attitude critique envers soi

- 0 Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.
- 1 Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais.
- 2 Je me reproche tous mes défauts.
- 3 Je me reproche tous les malheurs qui arrivent.

9 Pensées ou désirs de suicide

- 0 Je ne pense pas du tout à me suicider.
- 1 Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferai pas.
- 2 J'aimerais me suicider.
- 3 Je me suiciderais si l'occasion se présentait.

10 Pleurs

- 0 Je ne pleure pas plus qu'avant.
- 1 Je pleure plus qu'avant.
- 2 Je pleure pour la moindre petite chose.
- 3 Je voudrais pleurer mais je ne suis pas capable.

11 Agitation

- 0 Je ne suis pas plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
- 1 Je me sens plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
- 2 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que j'ai du mal à rester tranquille.
- 3 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que je dois continuellement bouger ou faire quelque chose.

12 Perte d'intérêt

- 0 Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités.
- 1 Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses.
- 2 Je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses.
- 3 J'ai du mal à m'intéresser à quoique ce soit.

Nom: Dr. Z.KI

Date: _____

13 Indécision

- 0 Je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant.
- 1 Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions.
- 2 J'ai beaucoup plus de mal qu'avant à prendre des décisions.
- 3 J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision.

14 Dévalorisation

- 0 Je pense être quelqu'un de valable.
- 1 Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant.
- 2 Je me sens moins valable que les autres.
- 3 Je sens que je ne vauds absolument rien.

15 Perte d'énergie

- 0 J'ai toujours autant d'énergie qu'avant.
- 1 J'ai moins d'énergie qu'avant.
- 2 Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand-chose.
- 3 J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit.

16 Modifications dans les habitudes de sommeil

- 0 Mes habitudes de sommeil n'ont pas changé.
- 1a Je dors un peu plus que d'habitude.
- 1a Je dors un peu moins que d'habitude.
- 2b Je dors beaucoup plus que d'habitude.
- 2b Je dors beaucoup moins que d'habitude.
- 3c Je dors presque toute la journée.
- 3c Je me réveille une ou deux heures plus tôt et je suis incapable de me rendormir.

17 Irritabilité

- 0 Je ne suis pas plus irritable que d'habitude.
- 1 Je suis plus irritable que d'habitude.
- 2 Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude.
- 3 Je suis constamment irritable.

18 Modifications de l'appétit

- 0 Mon appétit n'a pas changé.
- 1a J'ai un peu moins d'appétit que d'habitude.
- 1b J'ai un peu plus d'appétit que d'habitude.
- 2a J'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude.
- 2b J'ai beaucoup plus d'appétit que d'habitude.
- 3a Je n'ai pas d'appétit du tout.
- 3b J'ai constamment envie de manger.

Nom: Dr. Z. W.

Date: _____

19 Difficulté à se concentrer

- 0 Je parviens à me concentrer toujours aussi bien qu'avant.
- 1 Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude.
- 2 J'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit.
- 3 Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit.

20 Fatigue

- 0 Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude.
- 1 Je me fatigue plus facilement que d'habitude.
- 2 Je suis trop fatigué(e) pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant.
- 3 Je suis trop fatigué(e) pour faire la plupart des choses que je faisais avant.

21 Perte d'intérêt pour le sexe

- 0 Je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe.
- 1 Le sexe m'intéresse moins qu'avant.
- 2 Le sexe m'intéresse beaucoup moins maintenant.
- 3 J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.

Annexes 06

Nom: D.r B.F

Date: 05/04/2023

Test d'Inventaire de Burnout de Maslach - MBI

Comment percevez-vous votre travail ? Etes-vous épuisé(e) ?
Quelle est votre capacité à gérer votre relation aux autres ?
Où en êtes-vous sur votre degré d'accomplissement personnel ?

- Précisez la fréquence à laquelle vous ressentez la description des propositions suivantes en entourant le chiffre correspondant avec :

- 0 = Jamais
- 1 = Quelques fois par an, au moins
- 2 = Une fois par mois au moins
- 3 = Quelques fois par mois
- 4 = Une fois par semaine
- 5 = Quelques fois par semaine
- 6 = Chaque jour

- Additionnez les scores obtenus dans chacune des 3 dimensions proposées au bas du questionnaire. Voyez si ces scores sont à un degré « faible », « modéré » ou « élevé ».

	Jamais ↓	1	2	3	4	5	Chaque jour ↓	6
01 - Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail	0	1	2	3	4	5	6	
02 - Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail	0	1	2	3	4	5	6	
03 - 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	
04 - Je peux comprendre facilement ce que mes patients/clients/élèves ressentent	0	1	2	3	4	5	6	
05 - Je sens que je m'occupe de certains patients/clients/élèves de façon impersonnelle, comme s'ils étaient des objets	0	1	2	3	4	5	6	
06 - Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort	0	1	2	3	4	5	6	
07 - Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes patients/clients/élèves	0	1	2	3	4	5	6	
08 - Je sens que je craque à cause de mon travail	0	1	2	3	4	5	6	
09 - 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 patients/clients/élèves	0	1	2	3	4	5	6	
16 - Travailler en 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 patients/clients/élèves	0	1	2	3	4	5	6	
18 - Je me sens ragailardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de patients/clients/élèves	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 patients/clients/élèves me rendent responsable de certains de leurs problèmes	0	1	2	3	4	5	6	

EE = 27
(Degré, m)

Dp = 3
(Degré, f)

Ap = 43
(Degré, E)

Nom: _____

DR. BF

Date: _____

BDI-II = 20

Ce questionnaire comporte 21 groupes d'énoncés. Veuillez lire avec soin chacun de ces groupes puis, dans chaque groupe, choisissez l'énoncé qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti(e) au cours des deux dernières semaines, incluant aujourd'hui. Encerclez alors le chiffre placé devant l'énoncé que vous avez choisi. Si, dans un groupe d'énoncés, vous en trouvez plusieurs qui semblent décrire également bien ce que vous ressentez, choisissez celui qui a le chiffre le plus élevé et encerclez ce chiffre. Assurez-vous bien de ne choisir qu'un seul énoncé dans chaque groupe, y compris le groupe #16 et #18.

1 Tristesse

- 0 Je ne me sens pas triste.
- 1 Je me sens très souvent triste.
- 2 Je suis tout le temps triste.
- 3 Je suis si triste ou si malheureux(se) que ce n'est pas supportable.

2 Pessimisme

- 0 Je ne suis pas découragé(e) face à mon avenir.
- 1 Je me sens plus découragé(e) qu'avant face à mon avenir.
- 2 Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi.
- 3 J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer.

3 Échecs dans le passé

- 0 Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie, d'être un(e) raté(e).
- 1 J'ai échoué plus souvent que je n'aurais dû.
- 2 Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs.
- 3 J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie.

4 Perte de plaisir

- 0 J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant aux choses qui me plaisent.
- 1 Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant.
- 2 J'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.
- 3 Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.

5 Sentiments de culpabilité

- 0 Je ne me sens pas particulièrement coupable.
- 1 Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais dû faire.
- 2 Je me sens coupable la plupart du temps.
- 3 Je me sens tout le temps coupable.

Nom: A. B. F

Date: _____

6 Sentiment d'être puni(e)

- 0 Je n'ai pas le sentiment d'être puni(e).
- 1 Je sens que je pourrais être puni(e).
- 2 Je m'attends à être puni(e).
- 3 J'ai le sentiment d'être puni(e).

7 Sentiments négatifs envers soi-même

- 0 Mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé.
- 1 J'ai perdu confiance en moi.
- 2 Je suis déçu(e) par moi-même.
- 3 Je ne m'aime pas du tout.

8 Attitude critique envers soi

- 0 Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.
- 1 Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais.
- 2 Je me reproche tous mes défauts.
- 3 Je me reproche tous les malheurs qui arrivent.

9 Pensées ou désirs de suicide

- 0 Je ne pense pas du tout à me suicider.
- 1 Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferai pas.
- 2 J'aimerais me suicider.
- 3 Je me suiciderais si l'occasion se présentait.

10 Pleurs

- 0 Je ne pleure pas plus qu'avant.
- 1 Je pleure plus qu'avant.
- 2 Je pleure pour la moindre petite chose.
- 3 Je voudrais pleurer mais je ne suis pas capable.

11 Agitation

- 0 Je ne suis pas plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
- 1 Je me sens plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
- 2 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que j'ai du mal à rester tranquille.
- 3 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que je dois continuellement bouger ou faire quelque chose.

12 Perte d'intérêt

- 0 Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités.
- 1 Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses.
- 2 Je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses.
- 3 J'ai du mal à m'intéresser à quoique ce soit.

Nom: Dr. B. F.

Date: _____

13 Indécision

- 0 Je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant.
- 1 Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions.
- 2 J'ai beaucoup plus de mal qu'avant à prendre des décisions.
- 3 J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision.

14 Dévalorisation

- 0 Je pense être quelqu'un de valable.
- 1 Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant.
- 2 Je me sens moins valable que les autres.
- 3 Je sens que je ne vauds absolument rien.

15 Perte d'énergie

- 0 J'ai toujours autant d'énergie qu'avant.
- 1 J'ai moins d'énergie qu'avant.
- 2 Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand-chose.
- 3 J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit.

16 Modifications dans les habitudes de sommeil

- 0 Mes habitudes de sommeil n'ont pas changé.
- 1a Je dors un peu plus que d'habitude.
- 1a Je dors un peu moins que d'habitude.
- 2b Je dors beaucoup plus que d'habitude.
- 2b Je dors beaucoup moins que d'habitude.
- 3c Je dors presque toute la journée.
- 3c Je me réveille une ou deux heures plus tôt et je suis incapable de me rendormir.

17 Irritabilité

- 0 Je ne suis pas plus irritable que d'habitude.
- 1 Je suis plus irritable que d'habitude.
- 2 Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude.
- 3 Je suis constamment irritable.

18 Modifications de l'appétit

- 0 Mon appétit n'a pas changé.
- 1a J'ai un peu moins d'appétit que d'habitude.
- 1b J'ai un peu plus d'appétit que d'habitude.
- 2a J'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude.
- 2b J'ai beaucoup plus d'appétit que d'habitude.
- 3a Je n'ai pas d'appétit du tout.
- 3b J'ai constamment envie de manger.

Nom: Dr. B. J.

Date: _____

19 Difficulté à se concentrer

- 0 Je parviens à me concentrer toujours aussi bien qu'avant.
- 1 Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude.
- 2 J'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit.
- 3 Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit.

20 Fatigue

- 0 Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude.
- 1 Je me fatigue plus facilement que d'habitude.
- 2 Je suis trop fatigué(e) pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant.
- 3 Je suis trop fatigué(e) pour faire la plupart des choses que je faisais avant.

21 Perte d'intérêt pour le sexe

- 0 Je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe.
- 1 Le sexe m'intéresse moins qu'avant.
- 2 Le sexe m'intéresse beaucoup moins maintenant.
- 3 J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.

Annexes 07

Nom: Dr. M.S.

Date: 9/4/23

Test d'Inventaire de Burnout de Maslach - MBI

Comment percevez-vous votre travail ? Etes-vous épuisé(e) ?
Quelle est votre capacité à gérer votre relation aux autres ?
Où en êtes-vous sur votre degré d'accomplissement personnel ?

- Précisez la fréquence à laquelle vous ressentez la description des propositions suivantes en entourant le chiffre correspondant avec :

- 0 = Jamais
- 1 = Quelques fois par an, au moins
- 2 = Une fois par mois au moins
- 3 = Quelques fois par mois
- 4 = Une fois par semaine
- 5 = Quelques fois par semaine
- 6 = Chaque jour

- Additionnez les scores obtenus dans chacune des 3 dimensions proposées au bas du questionnaire. Voyez si ces scores sont à un degré « faible », « modéré » ou « élevé ».

	Jamais ↓	1	2	3	4	5	6	Chaque jour ↓
01 - Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail	0	1	2	3	4	5	6	
02 - Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail	0	1	2	3	4	5	6	
03 - 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	
04 - Je peux comprendre facilement ce que mes patients/clients/élèves ressentent	0	1	2	3	4	5	6	
05 - Je sens que je m'occupe de certains patients/clients/élèves de façon impersonnelle, comme s'ils étaient des objets	0	1	2	3	4	5	6	
06 - Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort	0	1	2	3	4	5	6	
07 - Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes patients/clients/élèves	0	1	2	3	4	5	6	
08 - Je sens que je craque à cause de mon travail	0	1	2	3	4	5	6	
09 - 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 patients/clients/élèves	0	1	2	3	4	5	6	
16 - Travailler en 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 patients/clients/élèves	0	1	2	3	4	5	6	
18 - Je me sens ragailardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de patients/clients/élèves	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 patients/clients/élèves me rendent responsable de certains de leurs problèmes	0	1	2	3	4	5	6	

EE = 26

DP = 13

Ap = 33

(Degré, M)

(Degré, É)

(Degré, f)

Nom:

Dr. MS

Date:

9/4/23

BDI-II

Ce questionnaire comporte 21 groupes d'énoncés. Veuillez lire avec soin chacun de ces groupes puis, dans chaque groupe, choisissez l'énoncé qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti(e) au cours des deux dernières semaines, incluant aujourd'hui. Encerclez alors le chiffre placé devant l'énoncé que vous avez choisi. Si, dans un groupe d'énoncés, vous en trouvez plusieurs qui semblent décrire également bien ce que vous ressentez, choisissez celui qui a le chiffre le plus élevé et encerclez ce chiffre. Assurez-vous bien de ne choisir qu'un seul énoncé dans chaque groupe, y compris le groupe #16 et #18.

1 Tristesse

- 0 Je ne me sens pas triste.
- 1 Je me sens très souvent triste.
- 2 Je suis tout le temps triste.
- 3 Je suis si triste ou si malheureux(se) que ce n'est pas supportable.

2 Pessimisme

- 0 Je ne suis pas découragé(e) face à mon avenir.
- 1 Je me sens plus découragé(e) qu'avant face à mon avenir.
- 2 Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi.
- 3 J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer.

3 Échecs dans le passé

- 0 Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie, d'être un(e) raté(e).
- 1 J'ai échoué plus souvent que je n'aurais dû.
- 2 Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs.
- 3 J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie.

4 Perte de plaisir

- 0 J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant aux choses qui me plaisent.
- 1 Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant.
- 2 J'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.
- 3 Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.

5 Sentiments de culpabilité

- 0 Je ne me sens pas particulièrement coupable.
- 1 Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais dû faire.
- 2 Je me sens coupable la plupart du temps.
- 3 Je me sens tout le temps coupable.

Nom: _____

Dr. MS

Date: _____

9/4/23

6 Sentiment d'être puni(e)

- 0 Je n'ai pas le sentiment d'être puni(e).
- 1 Je sens que je pourrais être puni(e).
- 2 Je m'attends à être puni(e).
- 3 J'ai le sentiment d'être puni(e).

7 Sentiments négatifs envers soi-même

- 0 Mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé.
- 1 J'ai perdu confiance en moi.
- 2 Je suis déçu(e) par moi-même.
- 3 Je ne m'aime pas du tout.

8 Attitude critique envers soi

- 0 Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.
- 1 Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais.
- 2 Je me reproche tous mes défauts.
- 3 Je me reproche tous les malheurs qui arrivent.

9 Pensées ou désirs de suicide

- 0 Je ne pense pas du tout à me suicider.
- 1 Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferai pas.
- 2 J'aimerais me suicider.
- 3 Je me suiciderais si l'occasion se présentait.

10 Pleurs

- 0 Je ne pleure pas plus qu'avant.
- 1 Je pleure plus qu'avant.
- 2 Je pleure pour la moindre petite chose.
- 3 Je voudrais pleurer mais je ne suis pas capable.

11 Agitation

- 0 Je ne suis pas plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
- 1 Je me sens plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
- 2 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que j'ai du mal à rester tranquille.
- 3 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que je dois continuellement bouger ou faire quelque chose.

12 Perte d'intérêt

- 0 Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités.
- 1 Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses.
- 2 Je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses.
- 3 J'ai du mal à m'intéresser à quoique ce soit.

Nom: Dr. MS

Date: 9/4/23

13 Indécision

- 0 Je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant.
- 1 Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions.
- 2 J'ai beaucoup plus de mal qu'avant à prendre des décisions.
- 3 J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision.

14 Dévalorisation

- 0 Je pense être quelqu'un de valable.
- 1 Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant.
- 2 Je me sens moins valable que les autres.
- 3 Je sens que je ne vaudrais absolument rien.

15 Perte d'énergie

- 0 J'ai toujours autant d'énergie qu'avant.
- 1 J'ai moins d'énergie qu'avant.
- 2 Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand-chose.
- 3 J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit.

16 Modifications dans les habitudes de sommeil

- 0 Mes habitudes de sommeil n'ont pas changé.
- 1a Je dors un peu plus que d'habitude.
- 1a Je dors un peu moins que d'habitude.
- 2b Je dors beaucoup plus que d'habitude.
- 2b Je dors beaucoup moins que d'habitude.
- 3c Je dors presque toute la journée.
- 3c Je me réveille une ou deux heures plus tôt et je suis incapable de me rendormir.

17 Irritabilité

- 0 Je ne suis pas plus irritable que d'habitude.
- 1 Je suis plus irritable que d'habitude.
- 2 Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude.
- 3 Je suis constamment irritable.

18 Modifications de l'appétit

- 0 Mon appétit n'a pas changé.
- 1a J'ai un peu moins d'appétit que d'habitude.
- 1b J'ai un peu plus d'appétit que d'habitude.
- 2a J'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude.
- 2b J'ai beaucoup plus d'appétit que d'habitude.
- 3a Je n'ai pas d'appétit du tout.
- 3b J'ai constamment envie de manger.

Annexes 07

Nom: _____

Dr. MS

Date: _____

9/4/23

19 Difficulté à se concentrer

- 0 Je parviens à me concentrer toujours aussi bien qu'avant.
- 1 Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude.
- 2 J'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit.
- 3 Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit.

20 Fatigue

- 0 Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude.
- 1 Je me fatigue plus facilement que d'habitude.
- 2 Je suis trop fatigué(e) pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant.
- 3 Je suis trop fatigué(e) pour faire la plupart des choses que je faisais avant.

21 Perte d'intérêt pour le sexe

- 0 Je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe.
- 1 Le sexe m'intéresse moins qu'avant.
- 2 Le sexe m'intéresse beaucoup moins maintenant.
- 3 J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.

Annexes 08

Nom: Dr R.L

Date: 10/05/23

Test d'Inventaire de Burnout de Maslach - MBI

Comment percevez-vous votre travail ? Etes-vous épuisé(e) ?
 Quelle est votre capacité à gérer votre relation aux autres ?
 Où en êtes-vous sur votre degré d'accomplissement personnel ?

- Précisez la fréquence à laquelle vous ressentez la description des propositions suivantes en entourant le chiffre correspondant avec :

- 0 = Jamais
- 1 = Quelques fois par an, au moins
- 2 = Une fois par mois au moins
- 3 = Quelques fois par mois
- 4 = Une fois par semaine
- 5 = Quelques fois par semaine
- 6 = Chaque jour

- Additionnez les scores obtenus dans chacune des 3 dimensions proposées au bas du questionnaire. Voyez si ces scores sont à un degré « faible », « modéré » ou « élevé ».

	Jamais ↓					Chaque jour ↓	
01 - Je me sens émotiognellement vidé(e) par mon travail	0	1	2	3	4	5	6
02 - Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail	0	1	2	3	4	5	6
03 - 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
04 - Je peux comprendre facilement ce que mes patients/clients/élèves ressentent	0	1	2	3	4	5	6
05 - Je sens que je m'occupe de certains patients/clients/élèves de façon impersonnelle, comme s'ils étaient des objets	0	1	2	3	4	5	6
06 - Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort	0	1	2	3	4	5	6
07 - Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes patients/clients/élèves	0	1	2	3	4	5	6
08 - Je sens que je cràque à cause de mon travail	0	1	2	3	4	5	6
09 - 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 patients/clients/élèves	0	1	2	3	4	5	6
16 - Travailler en 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 patients/clients/élèves	0	1	2	3	4	5	6
18 - Je me sens ragaillard(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de patients/clients/élèves	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 patients/clients/élèves me rendent responsable de certains de leurs problèmes	0	1	2	3	4	5	6

SEF = 3 + 6 + 1 + 2 + 6 + 4 + 4 + 2 + 3 = 31 'élevé'

SDP = 4 + 4 + 1 + 3 + 3 = 15 'élevé'

SAP = 5 + 3 + 3 + 3 + 3 + 3 + 1 + 2 = 23 bas (AP = 'élevé')

Nom: Dr. R. L.

Date: 10/07/23

BDI-II = 22

Ce questionnaire comporte 21 groupes d'énoncés. Veuillez lire avec soin chacun de ces groupes puis, dans chaque groupe, choisissez l'énoncé qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti(e) au cours des deux dernières semaines, incluant aujourd'hui. Encerclez alors le chiffre placé devant l'énoncé que vous avez choisi. Si, dans un groupe d'énoncés, vous en trouvez plusieurs qui semblent décrire également bien ce que vous ressentez, choisissez celui qui a le chiffre le plus élevé et encerclez ce chiffre. Assurez-vous bien de ne choisir qu'un seul énoncé dans chaque groupe, y compris le groupe #16 et #18.

1 Tristesse

- 0 Je ne me sens pas triste.
- 1 Je me sens très souvent triste.
- 2 Je suis tout le temps triste.
- 3 Je suis si triste ou si malheureux(se) que ce n'est pas supportable.

2 Pessimisme

- 0 Je ne suis pas découragé(e) face à mon avenir.
- 1 Je me sens plus découragé(e) qu'avant face à mon avenir.
- 2 Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi.
- 3 J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer.

Ne s'espoir

3 Échecs dans le passé

- 0 Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie, d'être un(e) raté(e).
- 1 J'ai échoué plus souvent que je n'aurais dû.
- 2 Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs.
- 3 J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie.

4 Perte de plaisir

- 0 J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant aux choses qui me plaisent.
- 1 Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant.
- 2 J'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.
- 3 Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.

5 Sentiments de culpabilité

- 0 Je ne me sens pas particulièrement coupable.
- 1 Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais dû faire.
- 2 Je me sens coupable la plupart du temps.
- 3 Je me sens tout le temps coupable.

Nom: Dr. R.L.

Date: _____

6 Sentiment d'être puni(e)

- 0 Je n'ai pas le sentiment d'être puni(e).
- 1 Je sens que je ~~pourrais être puni(e)~~.
 - 2 Je m'attends à être puni(e).
 - 3 J'ai le sentiment d'être puni(e).

7 Sentiments négatifs envers soi-même

- 0 Mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé.
- 1 J'ai perdu confiance en moi.
 - 2 Je suis déçu(e) par moi-même.
 - 3 Je ne m'aime pas du tout.

8 Attitude critique envers soi

- 0 Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.
- 1 Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais.
 - 2 Je me reproche tous mes défauts.
 - 3 Je me reproche tous les malheurs qui arrivent.

9 Pensées ou désirs de suicide

- 0 Je ne pense pas du tout à me suicider.
- 1 Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ~~ferai pas~~.
 - 2 J'aimerais me suicider.
 - 3 Je me suiciderais si l'occasion se présentait.

10 Pleurs

- 0 Je ne pleure pas plus qu'avant.
- 1 Je pleure plus qu'avant.
 - 2 Je pleure pour la moindre petite chose.
 - 3 Je voudrais pleurer mais je ne suis pas capable.

11 Agitation

- 0 Je ne suis pas plus agité(e) ou plus tendu(e) que ~~d'habitude~~.
- 1 Je me sens plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
- 2 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que j'ai du mal à rester tranquille.
 - 3 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que je dois continuellement bouger ou faire quelque chose.

12 Perte d'intérêt

- 0 Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités.
- 1 Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses.
- 2 Je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses.
 - 3 J'ai du mal à m'intéresser à quoique ce soit.

Nom: _____

Dr. R. J.

Date: _____

13 Indécision

- 0 Je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant.
- 1 Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions.
- 2 J'ai beaucoup plus de mal qu'avant à prendre des décisions.
- 3 J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision.

14 Dévalorisation

- 0 Je pense être quelqu'un de valable.
- 1 Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant.
- 2 Je me sens moins valable que les autres.
- 3 Je sens que je ne vaudrais absolument rien.

15 Perte d'énergie

- 0 J'ai toujours autant d'énergie qu'avant.
- 1 J'ai moins d'énergie qu'avant.
- 2 Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand-chose.
- 3 J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit.

16 Modifications dans les habitudes de sommeil

- 0 Mes habitudes de sommeil n'ont pas changé.
- 1a Je dors un peu plus que d'habitude.
- 1a Je dors un peu moins que d'habitude.
- 2b Je dors beaucoup plus que d'habitude.
- 2b Je dors beaucoup moins que d'habitude.
- 3c Je dors presque toute la journée.
- 3c Je me réveille une ou deux heures plus tôt et je suis incapable de me rendormir.

17 Irritabilité

- 0 Je ne suis pas plus irritable que d'habitude.
- 1 Je suis plus irritable que d'habitude.
- 2 Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude.
- 3 Je suis constamment irritable.

18 Modifications de l'appétit

- 0 Mon appétit n'a pas changé.
- 1a J'ai un peu moins d'appétit que d'habitude.
- 1b J'ai un peu plus d'appétit que d'habitude.
- 2a J'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude.
- 2b J'ai beaucoup plus d'appétit que d'habitude.
- 3a Je n'ai pas d'appétit du tout.
- 3b J'ai constamment envie de manger.

Nom: _____

Dr. R. L.

Date: _____

19 Difficulté à se concentrer

- 0 Je parviens à me concentrer toujours aussi bien qu'avant.
- 1 Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude.
- 2 J'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit.
- 3 Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit.

20 Fatigue

- 0 Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude.
- 1 Je me fatigue plus facilement que d'habitude.
- 2 Je suis trop fatigué(e) pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant.
- 3 Je suis trop fatigué(e) pour faire la plupart des choses que je faisais avant.

21 Perte d'intérêt pour le sexe

- 0 Je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe.
- 1 Le sexe m'intéresse moins qu'avant.
- 2 Le sexe m'intéresse beaucoup moins maintenant.
- 3 J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.



Je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe.

Annexes 09

Nom: Dr. A.H

Date: 14/05/2023

Test d'Inventaire de Burnout de Maslach - MBI

Comment percevez-vous votre travail ? Etes-vous épuisé(e) ?
Quelle est votre capacité à gérer votre relation aux autres ?
Où en êtes-vous sur votre degré d'accomplissement personnel ?

- Précisez la fréquence à laquelle vous ressentez la description des propositions suivantes en entourant le chiffre correspondant avec :

- 0 = Jamais
- 1 = Quelques fois par an, au moins
- 2 = Une fois par mois au moins
- 3 = Quelques fois par mois
- 4 = Une fois par semaine
- 5 = Quelques fois par semaine
- 6 = Chaque jour

- Additionnez les scores obtenus dans chacune des 3 dimensions proposées au bas du questionnaire. Voyez si ces scores sont à un degré « faible », « modéré » ou « élevé ».

	Jamais			Chaque jour			
	0	1	2	3	4	5	6
01 - Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail	0	1	2	3	4	5	6
02 - Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail	0	1	2	3	4	5	6
03 - 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
04 - Je peux comprendre facilement ce que mes patients/clients/élèves ressentent	0	1	2	3	4	5	6
05 - Je sens que je m'occupe de certains patients/clients/élèves de façon impersonnelle, comme s'ils étaient des objets	0	1	2	3	4	5	6
06 - Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort	0	1	2	3	4	5	6
07 - Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes patients/clients/élèves	0	1	2	3	4	5	6
08 - Je sens que je craque à cause de mon travail	0	1	2	3	4	5	6
09 - 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 patients/clients/élèves	0	1	2	3	4	5	6
16 - Travailler en 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 patients/clients/élèves	0	1	2	3	4	5	6
18 - Je me sens ragailardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de patients/clients/élèves	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 patients/clients/élèves me rendent responsable de certains de leurs problèmes	0	1	2	3	4	5	6

EE = 38
(Degré, É)

DP = 15
(Degré, É)

AP = 28
(Degré, f)

Nom: Dr. AH

Date: _____

BDI-II = 19

Ce questionnaire comporte 21 groupes d'énoncés. Veuillez lire avec soin chacun de ces groupes puis, dans chaque groupe, choisissez l'énoncé qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti(e) au cours des deux dernières semaines, incluant aujourd'hui. Encerclez alors le chiffre placé devant l'énoncé que vous avez choisi. Si, dans un groupe d'énoncés, vous en trouvez plusieurs qui semblent décrire également bien ce que vous ressentez, choisissez celui qui a le chiffre le plus élevé et encerclez ce chiffre. Assurez-vous bien de ne choisir qu'un seul énoncé dans chaque groupe, y compris le groupe #16 et #18.

1 Tristesse

- 0 Je ne me sens pas triste.
- 1 Je me sens très souvent triste.
- 2 Je suis tout le temps triste.
- 3 Je suis si triste ou si malheureux(se) que ce n'est pas supportable.

2 Pessimisme

- 0 Je ne suis pas découragé(e) face à mon avenir.
- 1 Je me sens plus découragé(e) qu'avant face à mon avenir.
- 2 Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi.
- 3 J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer.

3 Échecs dans le passé

- 0 Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie, d'être un(e) raté(e).
- 1 J'ai échoué plus souvent que je n'aurais dû.
- 2 Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs.
- 3 J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie.

4 Perte de plaisir

- 0 J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant aux choses qui me plaisent.
- 1 Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant.
- 2 J'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.
- 3 Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.

5 Sentiments de culpabilité

- 0 Je ne me sens pas particulièrement coupable.
- 1 Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais dû faire.
- 2 Je me sens coupable la plupart du temps.
- 3 Je me sens tout le temps coupable.

Nom: Dr. A.H

Date: _____

6 Sentiment d'être puni(e)

- 0 Je n'ai pas le sentiment d'être puni(e).
- 1 Je sens que je pourrais être puni(e).
- 2 Je m'attends à être puni(e).
- 3 J'ai le sentiment d'être puni(e).

7 Sentiments négatifs envers soi-même

- 0 Mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé.
- 1 J'ai perdu confiance en moi.
- 2 Je suis déçu(e) par moi-même.
- 3 Je ne m'aime pas du tout.

8 Attitude critique envers soi

- 0 Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.
- 1 Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais.
- 2 Je me reproche tous mes défauts.
- 3 Je me reproche tous les malheurs qui arrivent.

9 Pensées ou désirs de suicide

- 0 Je ne pense pas du tout à me suicider.
- 1 Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferai pas.
- 2 J'aimerais me suicider.
- 3 Je me suiciderais si l'occasion se présentait.

10 Pleurs

- 0 Je ne pleure pas plus qu'avant.
- 1 Je pleure plus qu'avant.
- 2 Je pleure pour la moindre petite chose.
- 3 Je voudrais pleurer mais je ne suis pas capable.

11 Agitation

- 0 Je ne suis pas plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
- 1 Je me sens plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
- 2 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que j'ai du mal à rester tranquille.
- 3 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que je dois continuellement bouger ou faire quelque chose.

12 Perte d'intérêt

- 0 Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités.
- 1 Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses.
- 2 Je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses.
- 3 J'ai du mal à m'intéresser à quoique ce soit.

Nom: Dr. A. H

Date: _____

13 Indécision

- 0 Je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant.
- 1 Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions.
- 2 J'ai beaucoup plus de mal qu'avant à prendre des décisions.
- 3 J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision.

14 Dévalorisation

- 0 Je pense être quelqu'un de valable.
- 1 Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant.
- 2 Je me sens moins valable que les autres.
- 3 Je sens que je ne vauds absolument rien.

15 Perte d'énergie

- 0 J'ai toujours autant d'énergie qu'avant.
- 1 J'ai moins d'énergie qu'avant.
- 2 Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand-chose.
- 3 J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit.

16 Modifications dans les habitudes de sommeil

- 0 Mes habitudes de sommeil n'ont pas changé.
- 1a Je dors un peu plus que d'habitude.
- 1a Je dors un peu moins que d'habitude.
- 2b Je dors beaucoup plus que d'habitude.
- 2b Je dors beaucoup moins que d'habitude.
- 3c Je dors presque toute la journée.
- 3c Je me réveille une ou deux heures plus tôt et je suis incapable de me rendormir.

17 Irritabilité

- 0 Je ne suis pas plus irritable que d'habitude.
- 1 Je suis plus irritable que d'habitude.
- 2 Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude.
- 3 Je suis constamment irritable.

18 Modifications de l'appétit

- 0 Mon appétit n'a pas changé.
- 1a J'ai un peu moins d'appétit que d'habitude.
- 1b J'ai un peu plus d'appétit que d'habitude.
- 2a J'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude.
- 2b J'ai beaucoup plus d'appétit que d'habitude.
- 3a Je n'ai pas d'appétit du tout.
- 3b J'ai constamment envie de manger.

Annexes 09

Nom: Dr. A.H

Date: _____

19 Difficulté à se concentrer

- 0 Je parviens à me concentrer toujours aussi bien qu'avant.
- 1 Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude.
- 2 J'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit.
- 3 Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit.

20 Fatigue

- 0 Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude.
- 1 Je me fatigue plus facilement que d'habitude.
- 2 Je suis trop fatigué(e) pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant.
- 3 Je suis trop fatigué(e) pour faire la plupart des choses que je faisais avant.

21 Perte d'intérêt pour le sexe

- 0 Je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe.
- 1 Le sexe m'intéresse moins qu'avant.
- 2 Le sexe m'intéresse beaucoup moins maintenant.
- 3 J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.

Annexes 10

Nom = Dr. KH

Date = 05/3/23

Test d'Inventaire de Burnout de Maslach - MBI

Comment percevez-vous votre travail ? Etes-vous épuisé(e) ?
Quelle est votre capacité à gérer votre relation aux autres ?
Où en êtes-vous sur votre degré d'accomplissement personnel ?

- Précisez la fréquence à laquelle vous ressentez la description des propositions suivantes en entourant le chiffre correspondant avec :

- 0 = Jamais
- 1 = Quelques fois par an, au moins
- 2 = Une fois par mois au moins
- 3 = Quelques fois par mois
- 4 = Une fois par semaine
- 5 = Quelques fois par semaine
- 6 = Chaque jour

- Additionnez les scores obtenus dans chacune des 3 dimensions proposées au bas du questionnaire. Voyez si ces scores sont à un degré « faible », « modéré » ou « élevé ».

	Jamais						Chaque jour					
	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
01 - Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
02 - Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
03 - 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	7	8	9	10	11
04 - Je peux comprendre facilement ce que mes patients/clients/élèves ressentent	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
05 - Je sens que je m'occupe de certains patients/clients/élèves de façon impersonnelle, comme s'ils étaient des objets	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
06 - Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
07 - Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes patients/clients/élèves	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
08 - Je sens que je craque à cause de mon travail	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
09 - J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
10 - Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
11 - Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
12 - Je me sens plein(e) d'énergie	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
13 - Je me sens frustré(e) par mon travail	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
14 - Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
15 - Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes patients/clients/élèves	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
16 - Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
17 - J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes patients/clients/élèves	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
18 - Je me sens ragaillard(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de patients/clients/élèves	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
19 - J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
20 - Je me sens au bout du rouleau	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
21 - Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
22 - J'ai l'impression que mes patients/clients/élèves me rendent responsable de certains de leurs problèmes	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

EE = 54 (Degré, É)
 DP = 30 (Degré, É)
 AP = 13 (Degré, f)

Annexes 10

Nom: Dr. KH

Date: 5/3/23

BDI-II = 48 (Dépression sévère)
⇒ Entretien n°3 avec la sœur de Dr^h KH.

Ce questionnaire comporte 21 groupes d'énoncés. Veuillez lire avec soin chacun de ces groupes puis, dans chaque groupe, choisissez l'énoncé qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti(e) au cours des deux dernières semaines, incluant aujourd'hui. Encerclez alors le chiffre placé devant l'énoncé que vous avez choisi. Si, dans un groupe d'énoncés, vous en trouvez plusieurs qui semblent décrire également bien ce que vous ressentez, choisissez celui qui a le chiffre le plus élevé et encerclez ce chiffre. Assurez-vous bien de ne choisir qu'un seul énoncé dans chaque groupe, y compris le groupe #16 et #18.

1 Tristesse

- 0 Je ne me sens pas triste.
- ① Je me sens très souvent triste.
- 2 Je suis tout le temps triste.
- 3 Je suis si triste ou si malheureux(se) que ce n'est pas supportable.

2 Pessimisme

- 0 Je ne suis pas découragé(e) face à mon avenir.
- 1 Je me sens plus découragé(e) qu'avant face à mon avenir.
- 2 Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi.
- ③ J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer.

3 Échecs dans le passé

- 0 Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie, d'être un(e) raté(e).
- 1 J'ai échoué plus souvent que je n'aurais dû.
- 2 Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs.
- ③ J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie.

4 Perte de plaisir

- 0 J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant aux choses qui me plaisent.
- 1 Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant.
- 2 J'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.
- ③ Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.

5 Sentiments de culpabilité

- 0 Je ne me sens pas particulièrement coupable.
- 1 Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais dû faire.
- ② Je me sens coupable la plupart du temps.
- 3 Je me sens tout le temps coupable.

Nom: Dr. KH

Date: 5/3/23

6 Sentiment d'être puni(e)

- 0 Je n'ai pas le sentiment d'être puni(e).
- 1 Je sens que je pourrais être puni(e).
- 2 Je m'attends à être puni(e).
- 3 J'ai le sentiment d'être puni(e).

7 Sentiments négatifs envers soi-même

- 0 Mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé.
- 1 J'ai perdu confiance en moi.
- 2 Je suis déçu(e) par moi-même.
- 3 Je ne m'aime pas du tout.

8 Attitude critique envers soi

- 0 Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.
- 1 Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais.
- 2 Je me reproche tous mes défauts.
- 3 Je me reproche tous les malheurs qui arrivent.

9 Pensées ou désirs de suicide

- 0 Je ne pense pas du tout à me suicider.
- 1 Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferai pas.
- 2 J'aimerais me suicider.
- 3 Je me suiciderais si l'occasion se présentait.

10 Pleurs

- 0 Je ne pleure pas plus qu'avant.
- 1 Je pleure plus qu'avant.
- 2 Je pleure pour la moindre petite chose.
- 3 Je voudrais pleurer mais je ne suis pas capable.

11 Agitation

- 0 Je ne suis pas plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
- 1 Je me sens plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
- 2 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que j'ai du mal à rester tranquille.
- 3 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que je dois continuellement bouger ou faire quelque chose.

12 Perte d'intérêt

- 0 Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités.
- 1 Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses.
- 2 Je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses.
- 3 J'ai du mal à m'intéresser à quoique ce soit.

Annexes 10

Nom:

Dr. KH

Date:

5/3/23

13 Indécision

- 0 Je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant.
- 1 Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions.
- 2 J'ai beaucoup plus de mal qu'avant à prendre des décisions.
- 3 J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision.

14 Dévalorisation

- 0 Je pense être quelqu'un de valable.
- 1 Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant.
- 2 Je me sens moins valable que les autres.
- 3 Je sens que je ne vaudrais absolument rien.

15 Perte d'énergie

- 0 J'ai toujours autant d'énergie qu'avant.
- 1 J'ai moins d'énergie qu'avant.
- 2 Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand-chose.
- 3 J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit.

16 Modifications dans les habitudes de sommeil

- 0 Mes habitudes de sommeil n'ont pas changé.
- 1a Je dors un peu plus que d'habitude.
- 1a Je dors un peu moins que d'habitude.
- 2a Je dors beaucoup plus que d'habitude.
- 2b Je dors beaucoup moins que d'habitude.
- 3c Je dors presque toute la journée.
- 3c Je me réveille une ou deux heures plus tôt et je suis incapable de me rendormir.

17 Irritabilité

- 0 Je ne suis pas plus irritable que d'habitude.
- 1 Je suis plus irritable que d'habitude.
- 2 Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude.
- 3 Je suis constamment irritable.

18 Modifications de l'appétit

- 0 Mon appétit n'a pas changé.
- 1a J'ai un peu moins d'appétit que d'habitude.
- 1b J'ai un peu plus d'appétit que d'habitude.
- 2a J'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude.
- 2b J'ai beaucoup plus d'appétit que d'habitude.
- 3a Je n'ai pas d'appétit du tout.
- 3b J'ai constamment envie de manger.

Annexes 10

Nom:

Dr. KH

Date:

5/3/23

19 Difficulté à se concentrer

- 0 Je parviens à me concentrer toujours aussi bien qu'avant.
- 1 Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude.
- 2 J'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit.
- 3 Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit.

20 Fatigue

- 0 Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude.
- 1 Je me fatigue plus facilement que d'habitude.
- 2 Je suis trop fatigué(e) pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant.
- 3 Je suis trop fatigué(e) pour faire la plupart des choses que je faisais avant.

21 Perte d'intérêt pour le sexe

- 0 Je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe.
- 1 Le sexe m'intéresse moins qu'avant.
- 2 Le sexe m'intéresse beaucoup moins maintenant.
- 3 J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.

La dépression et l'épuisement professionnel chez les médecins légistes

Etude de sept cas (dans quatre établissements hospitaliers situés à Bejaia et ses environs)

Résumé

Cette recherche porte sur « la dépression et l'épuisement professionnel chez les médecins légistes », elle a pour objectif d'évaluer le degré du burn-out chez les médecins légistes travaillant dans le secteur public, Cette étude a concerné 07 médecins légistes exerçant dans différents lieux de recherche : EPH de sidi-aich, CHU de Bejaia, EPH d'Akbou et EPH de KHarrata. Pour réaliser cette étude, nous avons utilisé un entretien de type semi-directif, l'échelle du MBI, qui mesure le degré d'épuisement professionnel et l'échelle BDI qui décrit la dépression chez nos sujets

Parmi les tâches fondamentales des travailleurs des secteurs sanitaire et social, et chaque personne qui a l'obligation d'aider est de prendre soin de l'autre, mais cette tâche peut parfois être source de stress et de fatigue physique et psychologique pour eux, ce qui en fait une victime d'épuisement psychologique dû à la charge de travail, au contact quotidien avec la souffrance des patients, ainsi qu'au manque de reconnaissance, notamment dans certains services médicaux, notamment : Les urgences médicales, la psychiatrie, l'oncologie, et notamment le service de médecine légale... ce dernier est à la pointe de la médecine et de la justice, car le médecin légiste traite des cas de violence et sa tâche est de prendre en charge et de soigner les victimes vivantes et mortes, et même les agresseurs. En raison de la qualité de son travail, qui se caractérise par une exposition quotidienne à la violence, à la mort et aux morts, ainsi que des conditions de travail difficiles, le climat professionnel, la peur de l'erreur et le manque d'accomplissement personnel - le fait que la médecine légale est une spécialité qui occupe une position inférieure dans la hiérarchie des spécialités médicales, y compris en Algérie - des problèmes psychologiques peuvent survenir considérables et incarnés par la fatigue, la perte d'enthousiasme et de vitalité, qui peuvent parfois atteindre l'épuisement et même la dépression .

A travers cette étude de cas, un éclairage sera fait sur cette spécialité médicale et la souffrance psychique du médecin légiste.

Mots clés : médecins légistes –secteur public – violence – mort – autopsie – fatigue professionnelle – souffrance- épuisement professionnel - épuisement émotionnel – dépression

Abstract

This research focuses on "depression and burnout among forensic pathologists", it aims to assess the degree of burn-out among forensic pathologists working in the public sector, This study involved 07 forensic pathologists working in different places of research: EPH of sidi-aich, CHU of Bejaia, EPH of Akbou and EPH of KHarrata. To carry out this study, we used a semi-structured interview, the MBI scale, which measures the degree of burnout and the BDI scale, which describes depression in our subjects.

Among the fundamental tasks of workers in the health and social sectors, and each person who has the obligation to help is to take care of the other, but this task can sometimes cause stress and physical and psychological fatigue for them, which makes him a victim of psychological exhaustion due to the workload, the daily contact with the suffering of the patients, as well as the lack of recognition, especially in certain medical services, in particular: Medical emergencies, psychiatry, oncology, and in particular the forensic medicine service... the latter is at the forefront of medicine and justice, because the forensic doctor deals with cases of violence and his task is to take care of and treat living victims and dead, and even the attackers. Due to the quality of his work, which is characterized by daily exposure to violence, death and death, as well as difficult working conditions, the professional climate, fear of error and lack of personal achievement - the fact that forensic medicine is a specialty that occupies a lower position in the hierarchy of medical specialties, including in Algeria - psychological problems can arise considerable and embodied by fatigue, loss of enthusiasm and vitality, who can sometimes reach exhaustion and even depression.

Through this case study, light will be shed on this medical specialty and the psychological suffering of the medical examiner.

Keywords: forensic pathologists – public sector – violence – death – autopsy – professional fatigue – suffering- professional exhaustion - emotional exhaustion - depression

Liste des références :

- Grebot. E, (2011), « stress et burn out au travail ; identifier, prévenir, guérir », éditions Eyrolles.
- Canaoui .P & Mauranges. A, (2008), « le burn out à l'hôpital ; le syndrome d'épuisement professionnel », éditions Elsevier Masson,
- Canaoui .P & Mauranges. A, (2015), « le burn out à l'hôpital ; le syndrome d'épuisement professionnel », éditions Elsevier Masson.
- Dejours .C, Gernet .I, (2012), « psychopathologie du travail », 2^e édition Elsevier Masson.
- Galam. E, (2012), « l'erreur médicale, le burn out et le soignant, de la seconde victime au premier acteur », paris, Editions Springer.
- Vasey.C, (2017), « Comment rester vivant au travail: Guide pour sortir du burn out », France, éditions Dunod.
- Zawieja.P & Guarnieri .F, (2013), « Épuisement professionnel: Approches innovantes et pluridisciplinaires », Editions Armand Colin.
- Servant .D, (2013), « le stress au travail, prévention et prise en charge en thérapies comportementales et cognitives », paris, éditions Elsevier Masson, collection pratiques en psychothérapie ; santé psy et travail.
- Birrien .N, (2015), « de la question du burnout »
- Delbrouck. M, (2007), «comment traiter le burnout ? Syndrome d'épuisement professionnel, stress chronique et traumatisme psychique, De Boeck supérieur.
- Glauser.M,(2010), « **Comment ne pas se faire happer par l'épuisement professionnel en tant que travailleur social ?** »,Hes-SOVales, Education sociale.

<https://mediablog-coaching.com/wp-content/uploads/sites/2/2015/10/De-la-question-du-Burnout-NBirrien-2014-1.pdf>

<https://www.cairn.info>

<https://psychaanalyse.com>