

UNIVERSITE ABDERRAHMANE MIRA, BEJAIA
FACULTE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES
DEPARTEMENT DES SCIENCES SOCIALES

MÉMOIRE

En vue de l'obtention du diplôme
MASTER EN PSYCHOLOGIE

Option: PSYCHOLOGIE CLINIQUE

Thème

Le Burn out chez les médecins urgentistes

Etude de huit cas réalisée au service des urgences du CHU de Bejaia

Présenté par :

MEKBEL fouzia
RADI Iyes

Encadré par :

M^{elle} DJEDID Ratiba

Année universitaire
2016-2017

Remerciements

Nous remercions dieu pour nous avoir donné la volonté et le courage de réaliser ce travail.

Nous tenons à remercier M^{elle} DJEDID Ratiba qui nous a accompagnée et guidée tout au long de ce travail. On la remercie sincèrement pour ses conseils précieux son sens critique, sa présence au moment de doute, son professionnalisme, ses instructions claires et ses encouragements.

À l'ensemble des membres de jury qui ont accepté d'examiner et d'évaluer notre travail.

À l'ensemble du personnel de l'hôpital Khalil Amrane de Bejaia, surtout nos cas d'études.

A l'ensemble du enseignant de ma carrière de l'université
Finalement, nous remercions tous ceux ou celles qui ont agi dans l'ombre participé discrètement à l'accomplissement de ce travail.

Dédicaces

Je tiens à dédier ce modeste travail à :

Mes chers parents, qui se sont sacrifiés pour moi et pour
lesquels je dois le mérite pour ce que je suis devenue
aujourd'hui ;

A Mes Cher frère et mes sœurs ; zahir, yazid, abdelahaka , Sofiane ,baya,
nacira ,samira, kahina et a noura dehia ania lahna,et Hani ,est cousins et

Cousines

et à toute la famille Mekbel

Tous mes amis et particulièrement ; hamida, fahima wawa, saloua, katia,
Tous ceux qui m'ont aidé à la réalisation de ce travail,
A toutes les personnes qui ont contribué de près ou de
loin à l'élaboration de ce mémoire.

Fouzia

Dédicaces

Je dédie ce modeste travail :

A ma femme qui a œuvré pour ma réussite, son soutien, tous les sacrifices consentis et ses conseils, pour toute son assistance et sa présence dans ma vie ce qui m'a donné une volonté pour réussir.

A mes chères parents qui 'ils étaient toujours présents à mes côtés pour m'encourager et me soutenir dans mes études et tout ma vie personnelle, grâce à eux que je suis aujourd'hui ce que je suismerci mes chères parents.

À mes sœurs : Kamilia et Lynda.

À mon frère noredidine et sa femme Lydie qui m'ont soutenu toujours derrière moi lorsque j'ai besoin d'eux,

Et son oncle et sa femme qui il était très proche de moi il m'a encouragé toujours.

Et je remercie aussi et très fort ma grand mère qu'ils étaient toujours présents de me soutenir et de me donner des conseils qui m'ont aidé de réussir de ma vie.

Je remercie tous mes profs de toute ma carrière scolaire, de primaire jusqu'à ma soutenance.

Et son oncle mes amis hidar, Hawas, riad, et saïde.

À tous mes collègues en science humaines et sociales .Et à toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce mémoire.

lyes

Sommaire

Tableaux des matières

Remerciements

Dédicace

Liste des tableaux

Liste des abréviations

Introduction

Cadre générale de la problématique

Problématique -----	4
Les hypothèses -----	7
Le choix de thème -----	8
Les objectifs du travail -----	9
Les concepts clés -----	11

Partie théorique

Chapitre I le Burn out

Préambule -----	15
1. Histoire et émergence du burn out-----	15
2. définitions -----	18
3. les dimensions de burn out-----	21
4. les symptômes de burn out -----	23
5. Les étapes d'installation de burn out -----	24
6. les factures de burn out-----	27
7. le burn out et les troubles psychologique-----	30
8. les approches théoriques du burn out-----	34
9. prévention du burn out-----	37
Synthés-- -----	43

Chapitre II L'urgence

Préambule-----	46
----------------	----

Sommaire

1. définitions -----	46
2. les différentes formations initiales des médecins urgentiste-----	48
3. Les soins d'urgences-----	50
4. Les différentes formes d'urgence médicale -----	51
5. Les spécificités d'un service d'urgence-----	52
6. Les services d'urgence en Algérie-----	53
Synthés-----	53

Partie pratique

Chapitre III Démarche méthodologique

Préambule-----	57
1. Méthode de recherche-----	57
2. pré-enquête-----	57
3. L'enquête -----	58
4. L'échantillon-----	58
5. Le groupe d'étude -----	59
6. Présentation de lieu de recherche-----	60
7. Présentation des outils de recherche-----	63
8. La cotation-----	64
9. L'évolution-----	64
Synthèse -----	65

Chapitre IV: présentation, analyse et discussion des résultats.

Préambule -----	68
1. Présentation et analyse des résultats-----	68
2. Discussion des hypothèses-----	89
Synthèse -----	91
Conclusion -----	94

La liste Bibliographique

Annexes

Sommaire

Liste des tableaux

Tableaux n°	Libre de tableau	page
01	Les caractéristiques de groupe d'étude	59-60
02	Présentation des résultats de l'échelle MBI du cas N	69
03	Présentation des résultats de l'échelle MBI du cas B	71-72
04	Présentation des résultats de l'échelle MBI du cas F	74
05	Présentation des résultats de l'échelle MBI du cas S	76
06	Présentation des résultats de l'échelle MBI du cas K	79
07	Présentation des résultats de l'échelle MBI du cas W	82
08	Présentation des résultats de l'échelle MBI du cas Y	84-85
09	Présentation des résultats de l'échelle MBI du cas Z	87-88
10	Récapitulation des résultats de l'échelle (MBI) chez tous les cas	90

Liste des abréviations

1. OMS : Organisation Mondiale de la Santé.
2. MBI : maslach burn out Inventory.
3. CHU : Centre Hospitalo-universitaire.
4. AP : Accomplissement personnel.
5. E E : épuisement émotionnel.
6. DP : Dépersonnalisation.

Introduction

Introduction

A l'heure actuelle, dans le domaine des pathologies, les maladies professionnelles les plus graves sont en perpétuelle régression, alors que de nouvelles formes ont occupé le terrain et suscité de nombreuses recherches dans différents domaines, notamment en psychologie, et en sociologie. Il est vrai que l'accroissement des exigences généré par un besoin grandissant de rentabilité, de performance, de rapidité et d'efficacité sont devenues une devise de référence dans le monde du travail, mais ces facteurs sont perçus par de nombreuses personnes comme étant une menace qui, à la longue, altère le bien être des individus se manifestant sous forme de pathologies physiques et psychologiques.

Selon l'OMS, il s'agit d'un « sentiment de fatigue intense, de perte de contrôle et d'incapacité d'obtenir des résultats concrets au travail ». Derrière cette définition, se cache toute une série de symptômes physiques, émotionnels, intellectuels et psychiques aux effets dévastateurs qui peuvent bouleverser la vie professionnelle et personnelle d'un individu. A ce jour, le burn out n'est pas considéré comme une pathologie psychiatrique et n'est pas référencé dans le DSM IV (répertoire officiel des maladies mentales). C'est un trouble de l'adaptation au stress, une crise qui, non prise en charge, peut évoluer vers une dépression majeure avec un risque de passage à l'acte.

Dans le milieu de travail le stress est depuis quelques temps désigné comme l'ennemi numéro un de la santé des employés. De nombreuses études ont été menées afin de déterminer quelles sont les causes du stress, ses conséquences (pour la personne et l'organisation) et comment lutter contre ce phénomène qui prend de l'ampleur, (office nationale des statistiques, 2003).

En effet en milieu de travail, le stress peut être le résultat d'un nombre de situations qui sont inhérentes à l'emploi, comme la charge de travail

(surcharge et charge insuffisante), autonomie qui consiste en la capacité de prendre ses propres décisions au sujet de son travail ou des tâches précises, au milieu physique malaise isolement au travail (émotionnel ou travail en solitaire), relations au travail (collègues, usagers, hiérarchie...). Le fait de subir du stress pendant de longues durées de temps peut mener à l'usure professionnelle (burn out), que toutes les définitions associent à l'accumulation de stress et reconnaissent que burn out est une expérience psychologique interne négative qui découle de l'échec des stratégies d'adaptation utilisées face aux situations stressantes du travail. Le burn out est le lot de professionnels qui ont le plus souvent la responsabilité d'autres personnes, citons comme exemples : les médecins, les infirmières, Effectivement plusieurs recherches psychologiques ont souligné le caractère stressant des professions didactiques en général.

En Algérie ,le nombre de recherches effectuées sur le burn out ne dépasse pas le nombre des doigts de la main , nous retrouvons une étude effectuée dans le cadre du projet de magister par ouchen (2004) à l'université de Constantine concernant de burn out chez les sapeurs pompiers, et deux autres études publiées, celle de Chakali (2000) sur le burn out chez le personnel du centre anticancéreux de Blida et celle de boudarene (2004) chez les agents de police en exercice, et en fin une étude menée par BenatiaYacine (2004) Sur le burn out chez les infirmiers urgentistes à l'université mentouri de Constantine. C'est pour cette raison qu'on a choisit de mener une recherche sur ce sujet an vue d'apporter de nouvelles connaissances dans le domaine de la psychologie clinique Pour réussir la recherche qu'on a opté de faire, dans le délai qui a été fixé.

Pour mener bien notre étude, nous avens suivies le plan suivent nous avons réparti notre travail sous forme de deux parties, une partie théorie et une partie pratique. Chaque partie est composée de deux chapitres.

Avant de présenter les deux parties qui constituent notre recherche, il est nécessaire de commencer par la présentation du cadre méthodologique de la recherche qui comprend : l'introduction, la problématique les hypothèses de la recherche, les définitions et opérationnalisation des concepts clés, les raisons de choix du thème de la recherche, l'objectif et l'intérêt du thème de la recherche.

Nous avons ensuite, abordé la partie théorique de notre recherche, qui contient deux chapitres : le premier intitulé « le syndrome de burn out» qui abord les éléments suivants : aperçu historique sur le syndrome, définitions de burn out, ses dimensions, ses symptômes, ses étapes d'installation, ses facteurs, ses approches, le burn out et les troubles psychologique, le burn out et enfin les la prévention et la prise en charge.

Le deuxième chapitre est consacré à l'urgence, le métier du médecin urgentiste et les caractéristique du service de l'urgence.

La partie pratique qui est aussi constituée de deux chapitres, le premier chapitre concerne la méthodologie de la recherche regroupe les éléments suivants : la méthode de la recherche, la pré-enquête et l'enquête la population d'étude et les caractéristiques du choix, la présentation du lieu de la recherche, ainsi que les outils d'investigations. Le deuxième chapitre inclus la présentation et analyse des résultats, ainsi que la discussion des hypothèses.

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

Cadre générale de la problématique

Problématique :

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

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

Jusqu'à présent les chercheurs se sont plutôt intéressés aux pathologies liées au travail (stress, burn out) et ce n'est que récemment, avec le courant de la psychologie positive, que ces derniers ont commencé à porter de l'intérêt sur les conditions déterminant le bien-être au travail.

Burn out est l'une des pathologies professionnelles les plus préoccupantes actuellement, nommé aussi « burn out » ou syndrome de burn out. Il décrit une des manifestations psychologiques les plus importantes des problèmes de santé mentale liées au travail, il se réfère généralement à des symptômes de burn out, de dépersonnalisation et de perte d'accomplissement personnel résultant du travail. Il se caractérise par un état de fatigue (psychologique, physique et morale) contre lequel la personne met en œuvre des stratégies d'adaptation qui prennent la forme d'un désengagement par rapport à ses tâches. (Canoui.P, Mauranges. A, 2004, p.25)

Par la suite, la psychologue américaine Christina Maslach continua les recherches et développa un instrument de mesure du burn out, le Maslach burn out inventory (MBI; Maslach a Jackson, 1986). Ce dernier permet de rendre compte des trois dimensions du phénomène : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et la diminution de l'accomplissement. L'épuisement émotionnel est généralement caractérisé par une impression de surmenage et d'intense fatigue la

dépersonnalisation fait quant à elle référence au détachement ou retrait social dont les individus atteints de burn out font progressivement l'expérience.

Une recherche réalisée par Ruth Wiertz en 2012 sur « psychiatres et burn out ? », est une étude de la prévalence de syndrome d'épuisement professionnel auprès des psychiatres hospitaliers du nord pas de calais, cette recherche porte sur 403 psychiatres hospitaliers. Wiertz. R a utilisé comme outil de mesure le MBI pour objectif d'évaluer la prévalence et le degré de l'épuisement professionnel pour les trois dimensions de MBI et rechercher une corrélation entre le burn out et quelque variable associée : âge, le sexe, le lieu et le type d'exercice, le Positionnement des Psychiatres Etudiés par rapport au burn out. Les résultats de cette recherche: Forte participation: taux de réponse 57,6%.

Parmi les Psychiatres répondants, 33,5% présentent des signes d'EP (26% EP faible, 5,3% EP modéré, 2,2% EP sévère). Les taux de scores du MBI : 19,5% d'Épuisement Emotionnel (EE) élevé, 8,5% de la Dépersonnalisation (DP) élevée, 16% d'Accomplissement Personnel (AP) bas.

Atteinte dominante de l'EE. 35% des Psychiatres « épuisés » affirment ne pas se sentir concerné par l'EP. Il n'y a pas d'association statistiquement significative observée entre l'EP et les variables étudiées. (Wiertz Ruth, 2012, p.225)

Une autre étude menée par Boulkroune Nora en 2008, sur le syndrome de burn out chez les enseignants du supérieur à l'université Mentouri de Constantine. Cette étude a été menée auprès de (322) enseignants de cette université. Le chercheur a utilisé deux sortes d'outils, d'une part l'inventaire conventionnelle MBI (Maslach Burn out Inventory), d'autre part elle a construit un questionnaire afin de vérifier ses hypothèses.

Les résultats de cette recherche montre que 40% des enseignants enquêtés présentent un épuisement émotionnel, 18% des enseignants manifestent une déshumanisation et 47% présentent un manque d'accomplissement. ces résultats sont obtenus à partir d'un traitement statistique des données. (Boulkroune Nora, 2008, p.220).

Ce phénomène est de plus en plus fréquent dans certaines professions, tel que: les infirmières, les médecins, chez les enseignants et dans certains métiers à risque (policier, pompiers), les assistants sociales et le personnel des services sociaux.

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

A travers notre travail, on va tenter de porter les réponses aux questions suivantes :

1. Les médecins du service des urgences du CHU de Bejaïa souffre-t-il de burn out ?
2. Est-ce que le nombre d'années d'expérience contribue à l'apparition de burn out chez les médecins urgentistes ?

Est-ce que la charge du travail peut provoquer le Burn-Out ?

Les hypothèses

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

Hypothèses générale :

- Les médecins exerçant en urgence de CHU de Bejaia souffrent de burn out.

Hypothèses partielles :

- Les années d'expérience contribuent à l'apparition de burn out chez les médecins urgentistes.
- La charge au travail peut être à l'origine du burn out.

Choix du thème :

Les raisons qui nous ont motivés à travailler sur ce sujet de burn out chez les médecins des urgentistes au niveau de service de l'hôpital sont : D'après nos lectures, on a constaté un manque réel d'étude sur le phénomène de burn out chez les médecins. Sachant que cette profession représente l'une des plus stressantes et fatigantes à cause de son caractère engagé cela nous a poussé à aborder ce thème en vue d'apporter des nouvelles idées et de nouvelle connaissance.

A cela s'ajoute la disponibilité des cas grâce auxquels nous pouvons appliquer notre méthode de recherche qui nous pouvons infirmer ou confirmer nos hypothèses de recherche.

L'objectif du thème d'étude :

L'objectif principale de cette recherche est d'analyser en quoi consiste le Burn out chez les médecins des urgences de CHU de Bejaia en Algérie, en déterminant les caractéristique démographique professionnelles et de la vie privée, afin d'établir les corrélations entre ces paramètres et le Burn out.

Elle vise, en premier lieu, à évaluer empiriquement, à l'aide d'une échelle (MBI), l'ampleur de la problématique de Burn out chez les médecins des urgences de CHU de Bejaia.

Dans un deuxième temps, grâce à un entretien semi-directif, elle à essayé de détermine les principaux facteurs menant au Burn out, ses condition d'apparition, les situations professionnelles favorisant son émergence ; ainsi que ses manifestations.

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

Définition des concepts clés :

burn out :

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

freudenberger et Richelson, décrivent le burn out comme un état de fatigue et de frustration, de dépression provoqué par le dévouement à une cause, un mode de vie, ou une relation et qui échoue à produire les résultats espérés. (Assaad, et Akremi et al, 2006, p.315)

Définition opérationnelle de burn out :

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

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

L'urgence :

Selon le dictionnaire encyclopédique Larousse, le mot urgence se définit comme « situation particulière impliquant une procédure accélérée » (Larousse, 1979).

En pratique médical, la définition de l'urgence est tout ce qui est à l'origine d'une situation clinique imprévue : une douleur aiguë, une anxiété, une malaise, un traumatisme, une détresse sociale, médicale ou psychologique.

Partie théorique

Chapitre I

Le burn out

Préambule

1. Historique : naissance et émergence du concept de burn out
2. Définitions du burn out
3. Les dimensions et symptômes de burn out
 - 3.1 L'épuisement émotionnel
 - 3.2 la dépersonnalisation ou la déshumanisation
 - 3.3 Le manque d'accomplissement personnel
2. les symptômes de burn out
 - 2.1 Sur le plan physique
 - 2.2 Sur le plan psychique
 - 2.3 Sur le plan cognitif
 - 2.4 Sur le plan comportement
5. Les étapes d'installations
 - 5.1 l'enthousiasme
 - 5.2 la stagnation
 - 5.3 la frustration
 - 5.4 l'apathie
6. les facteurs de burn out
 - 6.1 les facteurs individuels
 - 6.2 les facteurs organisationnels
7. burn out et les troubles psychologique
8. prévention du burn out

Synthèse

Préambule

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

1. Histoire et émergence du burn out

En consultant les écrits sur l'historique de burn out, on remarque qu'il n'y a pas de consensus chez les chercheurs. D'une part, certains auteurs estiment que burn out a vu le jour dès la révolution industrielle, d'autre part, certains le perçoivent en tant que phénomène des années 1980. Malgré l'incertitude, tous semblent enclins de dire que le burn out a pris racine suite à des transformations sociales (Clande. G.1991, p34).

Avant la révolution industrielle du 18^{ème} siècle, le train de vie était beaucoup plus lent. Les rôles sexuels étaient bien définis. En bref, les femmes élevaient les enfants, prenaient soin des petits animaux et du potager, tandis que les hommes travaillaient la terre et s'occupaient du bétail. Les individus n'avaient pas à se déplacer pour travailler et chaque membre savait ce qu'il avait à faire. La révolution industrielle a apporté toute une multitude de transformations. Le passage suivant en décrit un certain nombre : ...nous sommes passés d'un type de société rurale à un type de société urbaine, de la fabrication artisanale à la fabrication industrielle, de la famille tribale à la famille nucléaire. En même temps, nous sommes passés en matière d'énergie de la vapeur à l'électricité, puis à l'atome ; et en matière de technologie, de la mécanique à l'électronique. Au plan psychosocial nous sommes passés d'une certaine stabilité des modèles et des valeurs à leur remise en question, voire même à leur éclatement. Les pressions qui s'exercent sur les individus dans une société aussi éclatée que

la nôtre part une erreur de perspective que de penser que notre époque est, non seulement différente, mais dans l'ensemble plus difficile à vivre pour les individus que celle qui l'ont précédée, du fait de l'accélération de l'évolution technologique et psychosociale.

Cherniss (1980) décrit l'évolution de burn out dans le domaine des services sociaux dans son livre *Staff Burn out*. Selon lui, afin de comprendre l'origine de ce problème, l'étude doit se faire au niveau du contexte institutionnel. Il estime que ce sont les changements sociaux qui ont eu lieu au cours des 150 dernières années qui sont à la source de ce problème. Il cite Durkheim pour montrer comment la désorganisation sociale mène aux problèmes sociaux. Autrefois, un grand nombre de services, maintenant offerts par des organisations formelles, étaient fournis par des groupes communautaires. Ceci était particulièrement évident en ce qui concerne les soins de santé mentale. Ce n'était que les plus perturbés qui venaient en contact avec des professionnels. Les autres devaient envisager leurs problèmes en consultant les membres de leur famille, le clergé ou des amis. Les voisins, les familles étendues et l'église «travaillaient» ensemble afin de fournir du support et du confort à leurs membres. Cherniss mentionne plus précisément trois façons par lesquelles les transformations sociales mènent le burn out dans le domaine des services sociaux. En premier lieu, l'anomie sociale contribue à un plus grand nombre de désordres psychologiques, ce qui accroît la demande des programmes de services sociaux. En retour, cette situation engendre une surcharge de travail et du stress pour l'intervenant(e)s qui doivent se débrouiller avec plus de clients ayant plus de problèmes. En second lieu, les individus semblent avoir plus tendance à souffrir de détresse psychologique et les systèmes de support qui fonctionnaient autre fois semblent être en voie de disparition.

Par exemple, les églises n'ont plus l'impact moral et psychologique qu'elles avaient dans le passé. Enfin, une autre conséquence de cette désorganisation sociale est le manque de confiance que placent les individus dans les institutions formelles. Par exemple, au cours des deux dernières décennies, les tribunaux ont entendu de plus en plus de causes de faute professionnelle envers les intervenant(e)s. Le psychologue Claude Gervais (1991) présente une vision différente de l'origine de burn out. Décrivant le burn out en tant que problème des années 1980, il le considère comme un problème de la génération des baby-boomers, en l'attribuant aux mentalités et aux aspirations des travailleurs et aux bouleversements sociaux. C'est au tournant des années 1980 que le niveau de scolarité a pris de plus en plus d'importance et que les emplois prestigieux ont commencé à exiger de plus en plus de compétences. Ces transformations engendrent donc une modification de perceptions chez la nouvelle génération de travailleurs. « Cette population s'est à peu conditionnée à considérer le futur comme un vaste répertoire d'opportunités, limité seulement par l'ambition de chacun » (Clande. G.1991, p34).

C'est également à ce moment que le nombre de femmes sur le marché du travail s'est accru, faisant en sorte que les rôles sexuels se reforment. Deux revenus sont devenus presque la norme pour survivre dans une société où le déficit national est hors de contrôle, où le coût de la vie augmente continuellement et où « le système traditionnel des valeurs (politique, syndical, médical, etc.) se trouve. Remise question (*Op.cit.* : 35).

D'après les propositions des auteurs cités ci-dessus, on remarque qu'il est particulièrement difficile de retracer l'origine de burn out à un moment précis. Tous les auteurs ont tendance à l'attribuer à des transformations sociales. Il serait peut-être plus convenable de croire que ce problème a toujours existé et, comme le phénomène de l'abus conjugal, ce n'est que par la recherche et les

changements ont tendance à l'attribuer à des transformations sociales idéologiques qu'il est venu à être connu en tant que problème. Les premières observations de burn out c'est à travers Les travaux d'Herbert J. Freudenberger, psychologue NYC, (1974). Il observe que les professionnels de santé mentale développent au contact de leurs patients un état d'épuisement particulier accompagné de plaintes, douleurs, difficultés à gérer les situations génératrices de frustration, sentiments de colères de suspicion dirigés contre l'entourage. Ils ne sont plus capables de fournir les efforts d'adaptation liés aux changements .Il conclut « Certaines personnes sont parfois victimes d'incendie tout comme les immeubles. Sous l'effet de la tension, leurs ressources en viennent à se consumer comme sous l'action des flammes, ne laissant qu'un vide immense à l'intérieur, même si l'enveloppe externe semble plus ou moins intacte ».Le Dr Christina Maslach en 1976 précise qu'il s'agit d'un « syndrome d'épuisement émotionnel et de cynisme » chez des personnes qui ne reçoivent pas les marques de reconnaissance équivalentes à leur investissement. (*Op.cit.* : 35).

2. Définition de burn out :

2.1. Burn out :

Le terme burn out est un mot anglais qui signifie littéralement « brûler jusqu'à ce que toute substance énergétique disparaisse, se consumer entièrement de l'intérieur». En français on entend et lit « mesure professionnelle » ou « épuisement professionnel » qui se définit comme un syndrome, induit par un stress chronique.

2.2. karoshi (prononcé kaloshi) :

Ce terme japonais signifie mort par excès de travail, karo = mort, shi= fatigue au travail.

Cette connotation violente donnée au syndrome d'épuisement se conçoit à travers le prisme d'une culture gouvernée par la notion satisfaire avant tout, aux exigences des autres et de son entreprise. L'employé donne sans compter de son temps et s'investit jusqu'à épuisement. Vivre et mourir pour l'entreprise, tel pourrait être le précepte ou la pression et le souci d'excellence dominant.

2.3. Syndrome d'épuisement professionnel :

Ce terme consacré en français présente selon Canoui et Maurage (2004) 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.

Ces auteurs pensent que malgré ces critiques, c'est le terme de syndrome de burn out des soignants (S.E.P.S.) qui s'est imposé en langue française.

2.4. Définitions :

En 1974 Herbert Freudenberger propose une première définition du Burn out fondée sur celle du dictionnaire Webster, dont Bérard et Duquette donnent la traduction suivante : « le burn out est un « état » causé par l'utilisation excessive de son énergie et de ses ressources, qui provoque le sentiment d'avoir échoué, d'être épuisé ou encore d'être exténué ».

En 1979 Maslach décrit l'épuisement professionnel des professions d'aide « Le Burn out est un syndrome d'épuisement Émotionnel, de dépersonnalisation, et de réduction de l'accomplissement personnel, qui apparaît chez les individus impliqués professionnellement auprès d'autrui ».

Cherniss (1981) décrit le Burn out comme : « un processus dans lequel un professionnel précédemment engagé se désengage de son travail en réponse au stress et à la tension ressentie ».

Pour Pines, Aronson et Kafry (1981) : Le Burn out est caractérisé par un épuisement physique, par un sentiment d'impuissance et de désespoir, par un assèchement émotionnel et par un développement du concept de soi négatif et d'attitudes négatives envers son travail, la vie et les autres personnes ».

Pour Edelwitch et Brodsky (1980) : Le Burn out est un processus cyclique et évolutif en quatre phases: L'enthousiasme, La stagnation, La frustration, La démoralisation.

Pour Aronson et Pines (1988) : « Le Burn out est un état d'épuisement émotionnel et mental causé par l'implication à long terme dans des situations qui sont exigeantes émotionnellement ».

Des nombreuses définitions proposées ont peut avec Bérard et Duquette, retenir un certain nombre de points communs et de points divergents. La dimension physique et psychique de l'épuisement professionnel existe mais la symptomatologie clinique n'a rien de spécifique. C'est une expérience psychique négative vécue par un individu et qui comporte plusieurs composantes décrites par Maslach et Jackson : épuisement émotionnel, déshumanisation avec l'autre ou attitudes négatives envers les personnes aidées. Il est accompagné d'une perte de sentiment d'accomplissement ou d'acquisition de soin négative.

En fin si pour tous les professionnels on retrouve épuisement émotionnel et perte d'accomplissement de soi au travail, il n'y a que dans les professions d'aide que la déshumanisation de la relation avec autrui à un impact si important. On dépit de quelques différences quant à leur conception de l'épuisement professionnel (Burn out) comme un état ou comme un processus, les définitions du Burn out selon Truchot se complètent plus qu'elles ne s'opposent, on peut selon cet auteur les regrouper selon qu'elles envisagent le Burn out comme un « état », celui de la personne atteinte, on comme un « processus » celui conduisant à l'état en question. En fait les premières décrivent l'aboutissement du processus qu'envisagent les secondes.

3. Les dimensions de burn out :

Les dimensions :

C'est au début des années 1980 que les recherches empiriques systématiques ont été publiées, la notion de Burn out fut alors plus clairement définie et conceptualisée. Maslach souhaitait entreprendre des investigations plus systématiques, méthodologiques, rigoureuses. Elle voulait aussi s'adresser à des échantillons plus larges à des fins de comparaison et tenir compte des contextes situationnels. A ce stade dit-elle: « La question clé était le développement d'une mesure standardisée ». Elle a donc mené avec Kelly, Pines & Jackson (1993) des enquêtes par questionnaires et conduit un programme de recherche psychométrique pour aboutir à une définition plus opérationnelle et à une échelle de mesure valide. Au cours de ses recherches préliminaires par entretiens, Maslach recueille un vaste registre d'émotions, d'attitudes exprimant l'usure ressentie. Jalonnant ce phénomène qu'il fallait mieux cerner, elle regroupa l'ensemble de ces expressions sur une échelle. Cette échelle représentant l'étendue des expériences associées au phénomène de Burn out, a été administrée à un échantillon de six cent personnes répartis dans plusieurs corps professionnels (services sociaux, santé, enseignements). Les analyses statistiques confirmaient bien la présence des trois dimensions du syndrome à savoir l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation (déshumanisation) et la réduction de l'accomplissement personnel qui apparaissaient chez les individus impliqués professionnellement auprès d'autrui.

3.1. L'épuisement émotionnel :

Cette dimension est remarquée où la personne n'a plus d'énergie, elle se sent vidée. En fait elle ressent un profond sentiment de fatigue émotionnelle et physique marquée par la hantise de devoir aller au travail, le repos n'apporte pas l'amélioration espérée, chaque nouvelle journée de travail est vécue comme un calvaire qu'il faut pourtant supporter. La personne éprouve de difficultés importantes à entrer en relation émotionnelle avec les autres, les proches, l'entourage familial ou l'environnement professionnel. Ce qui frappe au premier abord, chez certains individus épuisés, c'est l'impression de froideur, d'hyper contrôle. (Elisabeth Grebot, 2008, p.108).

3.2. Dépersonnalisation :

Elle renvoie à des attitudes impersonnelles, négatives détachés, cyniques méprisantes envers les personnes dont à la charge ou la responsabilité deshumanisation est diagnostiquée quand la personne devient négative envers ses collègues, ses clients ou ses patients, ils sont perçus comme des éléments qui dérangent, ennuient .

La dépersonnalisation peut prendre des formes très dures et s'exprimer à travers des actes de mal traitance de stigmatisons de rejet. A ce stade la dépersonnalisation joue un rôle positif protecteur, car elle permet à la personne de se distancier psychologiquement de ses clients ou de ses patients dans le but de se protéger des effets négatifs de l'épuisement émotionnel dont elle est victime. A l'inverse, la dépersonnalisation se réduit à l'extrême. (Elisabeth Grebot, 2008, p.108-109).

3.3. La diminution de l'accomplissement personnel :

Conséquence des deux autres, cette dimension est douloureusement vécue. Elle peut s'exprimer par un sentiment de ne pas être efficace, d'être frustré dans son travail en un mot de ne plus faire du bon travail (Canoui&Maurange, 2004). En effet le manque d'accomplissement personnel concerne à la fois la dévalorisation de son travail et des ses compétences, la

croyance que les objectifs ne sont pas atteints la diminution de l'estime de soi et du sentiment d'auto efficacité. La personne ne s'attribue aucune capacité à faire avancer les choses, convaincue de son inaptitude à répondre effectivement aux attentes de son entourage. L'accomplissement personnel représente donc la dimension auto évaluative du Burn out (Truchot, 2004). Quelques auteurs affirment que le burn out démarre avec l'épuisement émotionnel, celui-ci entraîne la déshumanisation. L'épuisement émotionnel réduit l'accomplissement personnel soit directement, soit à travers la déshumanisation. On considère que l'épuisement émotionnel représente le composant affectif du Burn out, tandis que les deux autres dimensions constituent les composants attitudeaux ou cognitifs (Elisabeth Grebot, 2008, p.108-109).

4. Les symptômes de burn out:

4.1 Sur le plan physique :

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

4.2 Sur le plan psychique affectif :

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

4.3 Sur le plan cognitif :

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

4.4 Sur le plan comportemental :

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

5. Les étapes d'installation de burn out :

Le processus du burn out se développe dans la durée et en plusieurs étapes (Cherniss, 1980 ; Edelwich & Brodsky, 1980 ; Golembiewski, Munzenrider & Stevenson, 1986, cités par Janot-Bergugnat & Rasclé, 2008). La spirale de l'épuisement proposée par les mêmes auteurs représente assez fidèlement la détérioration de la santé d'un professionnel si celui-ci est victime

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

5.1. L'enthousiasme idéaliste :

Cette phase est liée au début de la carrière d'un professionnel. Ce dernier déborde d'énergie, possède de fortes ambitions et un désir de s'affirmer. Il est

très motivé dans ce qu'il entreprend. Il en découle donc de grands espoirs et des attentes idéalistes. A ce moment, le travail représente tout dans la vie du professionnel. Certaines fois, Malheureusement, un surinvestissement dans la tâche est possible et peut mener à l'oubli de soi.

5. 2. La stagnation inefficace :

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

5.3. Le sentiment de frustration :

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

5.4 .L'apathie désabusée :

Cette dernière phase est également appelée phase de démoralisation et est caractérisée par un vide intérieur et un puissant sentiment de découragement. Le désintérêt est total au Niveau professionnel, mais également du point de

vue de la vie personnelle. Le Professionnel touché n'a, alors, plus d'énergie et est épuisé. Il se replie sur lui-même, se Sent rabaissé, voire incompetent. En réponse à cela, il se désinvestit totalement de son Travail (élisabeth.G.2008, p121).

6. Les facteurs de burn out:

Maslach et Leiter (1997) s'accordent aujourd'hui sur le fait que le Burn out prend sa source dans l'environnement de travail et qu'il est le résultat d'une interaction entre les stresseras individuels (Demande des clients, conflits avec les collègues), ou organisationnel (exigences du travail, conflit de rôle, absence de contrôle sur son activité, etc.). Et des facteurs individuels l'âge le sexe et le statut social, etc.

6.1. Les facteurs individuels :

Il existe plusieurs facteurs favorisant le burn out, et en peut les classer en deux catégories, les facteurs individuelles et les facteurs organisationnels reliés aux conditionnes du travail.

6.1.1. L'âge :

Les gens débutant leur carrière auraient une plus grande tendance à être sujet au burn out (maslach,Schaufeli et Leiter, 2001, truchot,2004) le burn out sera lié positivement à l'ancienneté professionnelle. C'est également ce qui est suggéré dans une étude de Cook et Banks (1993).

Maslach, Schaufeli,et leiter (2001) reportent que les plus scolarisés font plus souvent face à l'épuisement. Ceci peut s'expliquer par le niveau de responsabilité des postes qu'ils occupent.

Le contexte de travail doit donc lui aussi être considéré avec l'âge et l'ancienneté ou l'expérience professionnelle (élisabeth.G.2008, p125).

6.1.2. Le sexe :

Pinès, Aronson et Kafry (1981) consacrent tout un chapitre intitulé l'épuisement et la lassitude chez les femmes insistant sur le dilemme de la femme professionnelle comme source d'épuisement (Pinès, Aronson et Kafry, 1981) vu le déchirement qui se produit entre le rôle de travailleuse et le rôle de mère au moment de fonder une famille (Greenglass, 1991). Toutefois, cette « double charge de travail » (Truchot, 2004) relevant des rôles de mère et de travailleuses a été étudiée et des conséquences sur la santé des femmes y sont associées.

Il est essentiel de mentionner que les études de départ ont davantage étudié des professions dans lesquelles de mentionner que les études de départ ont davantage étudié des professions dans lesquelles les femmes étaient plus présentes, (Greenglass, 1991 ; Maslach, Schaufeli et Leiter, 2001) car on directement associé « femme » et « le burn out » alors qu'en fait, les hommes étaient pratiquement absents des échantillons. (Truchot, 2004 : p171).

6.1.3. Le statut social :

Quant au statut social, les personnes seules, célibataires, auraient des résultats plus élevés aux tests de burn out (Truchot, 2004). De même, les célibataires semblent plus de risques de se retrouver en épuisement professionnel que les personnes divorcées (Maslach, Schaufeli et Leiter, 2001).

6.1.4. Le sentiment de contrôle :

Selon Gervais (2001) les besoins individuels en contexte de travail ne sont pas les mêmes. Chacun présente sa propre hiérarchie et ce, bien que nous ayons à la base un certain nombre de besoins à combler comme la propose Maslow avec sa théorie de la motivation humaine (1943) et avec la pyramide des besoins.

Gervais prétend ainsi que le seuil de tolérance à la frustration des besoins (en milieu de travail dans notre cas) n'est pas le même pour tout et qu'ainsi, (il faut s'attendre à ce que chacun réagisse à sa façon.). (Clande. G.1991, p33).

6.2. Les facteurs organisationnels :

A ce niveau, les principaux facteurs incriminés dans l'apparition du Burn out sont les conditions de travail contraignantes : un niveau de contrôle insuffisant de son activité, une mauvaise définition des rôles est un manque de soutien social. La surcharge qualitative et quantitative de travail, le rythme des tâches à effectuer, la pression du temps, les horaires longs, imprévisible, un travail monotone, peu stimulant, avec des procédures standardisées, sont des exemples de variables reflétant le contenu de l'activité (**Truchot, 2004**). Selon cet auteur, il existe un rapport optimal entre les exigences psychologiques liées au travail et latitude décisionnelle, c'est-à-dire la possibilité d'exercer un contrôle sur son activité (ce qui recouvre à la fois l'autonomie décisionnelle et le niveau de compétence).

En effet, des exigences élevées combinées à un faible contrôle produisent une tension élevée, l'inverse produit une situation détendue (mais pouvant éventuellement démotiver). Truchot ajoute, que les chercheurs ont trouvés que le contenu du travail, les rôles mal définis contradictoires, l'isolement et le manque de soutien social, le conflit entre vie familiale et vie professionnelles, l'insécurité sont corrélées avec une ou plusieurs dimensions du Burn out. Selon les mêmes sources, les formes et les menaces nouvelles du travail (restructuration, délocalisation, réduction d'effectif, surveillance électronique des employés de même que les dérives managériales qui vident de sens le contenu de travail).

Produisent un désintérêt pour le travail et peuvent être à l'origine de troubles physiques et psychiques propres au Burn out. On regrette cependant que les variables étudiées se situent plus à un niveau micro organisationnel ou microsocial (celui du rapport direct entre l'individu et son environnement) au

détriment des analyses macro organisationnelles ou macro sociales qui prennent en compte la structure de l'institution, l'organisation hiérarchique, le style de management (Truchot et R, 2004 p40).

7. Le burn out les troubles psychologique :

7.1 Burn out et la dépression :

La discussion diagnostique entre « Burn out » et « Dépression » repose sur les constats suivants :

Selon Canoui et Maurange (2004) il existe des sentiments dépressifs lors de burn out en particulier dans le sentiment de diminution de l'accomplissement personnel. Les diverses plaintes somatiques peuvent selon les même auteurs faire évoquer des diagnostics de dépression masquée ou de dépression essentielle. En 1984, Meier avait montré le recouvrement partiel des échelles d'évaluation du Burn out avec les échelles de la dépression. Ces raisons amènent un certain nombre de psychiatres à tenter de réduire le Burn out à une forme clinique de la dépression.

Si le burn out ainsi que le stress chronique peuvent faire l'élit d'une véritable dépression majeure, Canoui et Maurange pensent cependant qu'il faut distinguer « dépression » et « Burn out ».

En effet, le burn out se distingue de la dépression par le domaine qu'il implique. Les manifestations ou symptômes de burn out sont reliés spécifiquement au milieu professionnel et n'envahissent pas les autres domaines de la vie personnelle. A l'inverse, la dépression se caractérise par une généralisation de symptômes à toutes les sphères et à toutes les situations de la vie (Bibeau et al ; 1988).

En ce sens Maslach suggère que la dépression n'est pas reliée au contexte, alors que burn out est relié au contexte de travail. En fin tout burn out ne débouche pas inmanquablement vers une maladie dépressive. Il est clair que

le burn out n'est pas non plus assimilable à une dépression réactionnelle, car il n'y a pas de facteurs déclenchant nettement identifié, mais l'accumulation d'un stress chronique. Les facteurs déclenchant sont le plus souvent multi dimensionnels, cet état d'épuisement survient chez des sujets en dehors de tout trouble psychopathologiques antérieurs.

7.2 Burn out et les troubles anxieux :

Anxiété, stress et Burn out semblent proches, souvent les mots sont employés les uns à la place des autres. Certes, on a bien l'impression qu'il existe des frontières et un territoire commun (Canoui&Maurange, 2004 p59).

Les troubles anxieux sont bien définis en psychiatrie, ce sont des troubles dont la sémiologie, l'évaluation et les modalités thérapeutiques sont bien délimitées bien qu'ayant des zones de recouvrement avec le stress. Il faut retenir que le stress n'est pas une maladie, les mécanismes physiologiques et biochimiques actuellement connus du stress sont différents de ceux de l'anxiété. Si le stress peut être générateur d'anxiété, il est clair qu'énoncer ce terme implique d'emblée un contexte extérieur ou environnemental que l'on tend à incriminer. Albert et Chneiweiss cités par Canoui et Maurange, écrivent à ce sujet: « On réalise qu'il en est du stress et de l'anxiété, comme ces faux amis que l'on rencontre dans l'apprentissage d'une langue, ils se ressemblent en apparence mais ils ont un sens différent... véritables faux semblants de la psychologie du XXe siècle ».

Comme dans le cas de la dépression, le Burn out peut faire le lit d'un véritable trouble anxieux, mais dans la définition que nous avons retenu, ils 'agit plus d'un processus ou d'un état que d'une maladie. C'est dans le cadre des réactions à un stress chronique que l'on retrouve le Burn out. Des sujets différents peuvent ou non développer une anxiété par la suite et cela en fonction de leurs capacités à s'adapter aux contraintes qu'ils subissent et justifier une prise en charge spécifique.

7.3 Burn out et la somatisation :

Parmi les signes cliniques, les somatisations ont une place particulière car elles représentent une fréquente occasion de plaintes de la part des sujets épuisés. Aucun des signes cliniques n'est spécifique du Burn out. Il est même possible de parler d'épuisement professionnel sans symptômes vrai, néanmoins, étant donné la fréquence des somatisations, il est utile d'en rappeler ici la définition et les limites. « On appelle somatisations un ensemble de troubles représentés par des symptômes physiques multiples, variés, variables dans le temps, habituellement présent de puis plusieurs années pour lesquels le sujet a subi de nombreuses investigations, des bilans exploratoires, tous négatifs ». (Bottéro, Canoui, Granger, 1992). Les symptômes peuvent toucher n'importe quels systèmes ou partie du corps. Ils sont en de hors du contrôle de la volonté, les motifs en sont inconscients. Il n'existe pas de lésion somatique objectivable, à la différence de la pathologie psychosomatique dans la quelle il existe une maladie somatique avec des lésions dont l'évolution est dépendante de facteurs psychologiques. Les symptômes physiques peuvent concerner de nombreux appareils et systèmes, comme l'appareil digestif, la peau, l'appareil respiratoire, ainsi que des symptômes neurovégétatifs. Le diagnostic positif repose sur la mise en évidence des plaintes somatique multiple les. A la différence du syndrome hypochondriaque, le sujet ne craint pas d'être atteint d'une maladie précise. A la différence aussi des syndromes de conversion, il ne s'agit pas d'une altération ou d'une perte d'une fonction physique. En fin il n'existe pas de troubles psychiatriques évidents, les signes physiques ne sont pas dus exclusivement à l'anxiété et la dépression (Canoui&Maurange, 2004 p 60).

7.4 Le Burn out, un trouble d'adaptation:

Le DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual) n'a pas retenu à juste titre que le syndrome d'épuisement est une nouvelle catégorie diagnostique des troubles mentaux. A cet égard, un groupe d'experts montréalais (Bibeau et al, 1988) nous a commandé de considérer le burn out comme un « trouble d'adaptation avec inhibition du travail ». Cette proposition a l'avantage de pouvoir contribuer à une reconnaissance officielle de cet important phénomène personnel et social. Sur un versant psychosocial, Verbier (1985) pense qu'il faut considérer tout d'abord que l'époque actuelle est marquée par des changements perçus comme rapides à l'échelle de la vie humaine en général, ces changements imposent des efforts aux quels ne sont pas toujours préparés les individus et les institutions. Des déséquilibres s'observent face à ces changements car cette demande d'adaptation permanente n'est pas toujours possible pour tous et conduit alors à des formes de « souffrance » variées (découragement, ennui, fatigue, repli, évitement et révolte). Pour Corin et Bibeau (1985) le Burn out survenant dans une période de basse conjoncture économique illustre précisément cette souffrance. Ce mot accessible à tous donne un « code » extérieur au sujet, lui permettant de dire en langage connu son malaise. C'est le moyen de légitimer une situation de retrait chez le travailleur qui ne peut plus accomplir sa tâche sans qu'il soit pour autant pénalisé socialement.

7.5. Burn out et stress professionnel :

Bien qu'il soit difficile de différencier de façon claire ces concepts qui partagent, il est vrai, plusieurs symptômes et manifestations, et d'en définir les frontières respectives. Il est néanmoins possible d'en proposer des distinctions possibles. Selon Maslach le burn out se distingue au stress du travail par la notion du temps.

Dans cette perspective, le Burn out est considérée comme découlant d'un stress prolongé au travail. Il s'inscrit alors comme le résultat d'un processus latent d'érosion psychologique reliée à une exposition prolongé au stress. Alors que le stress au travail renvoie à un processus d'adaptation temporaire à des situations stressantes du travail et s'accompagne parfois de symptômes physiques et psychologiques. Le burn out fait référence à une rupture d'adaptation à laquelle vient se greffer un dysfonctionnement chronique (Maslach, 1981). On peut distinguer aussi que le Burn out est caractérisé par une attitude négative à l'égard des patients des usagers et du travail, ce qui n'est pas nécessairement le cas dans le stress professionnel. En outre le stress professionnel peut être ressenti pas tout un chacun, alors que le Burn out semble l'apanage des individus qui se sont données à fond dans leur métier dès le départ (Bügel, 2003).

8. les approches théoriques du burn out :

La psychopathologie du travail : « l'étude du rapport psychique de l'homme au travail » (dejours, 1982) ou « de l'ajustement réciproques hommes et de leurs situation de travail » (Raix& migner, 1991), cette discipline ente d'analyser se qui dans les conditions, l'organisation et les caractéristiques du travail, vas se trouver en prise avec l'organisation et le fonctionnement psychique du sujet. Les constraints psychique dues au travail ont été d'abord décrites en termes de fatigue puis de charge psychique. Pour de jours (1982) l'étude de la souffrance due a la charge psychique est le lieu d'investigation privilégié de la psychopathologie du travail, est dans se cadre qu'il faut situer le syndrome d'épuisement professionnel, On trouve la psychopathologie du travail au carrefour de l'ergonomie, de la psychologie et de la sociologie mais aussi de la psychiatrie les conceptions de l'interaction homme /travail vont influencer l'interprétation psychopathologique des

trouble et les solutions thérapeutiques et préventives (Canoui & Maurange, 2004).

Il existe différentes approches de la psychopathologie du travail :

8.1 L'approche sociologique :

L'approche sociologique est essentiellement un facteur de la maladie en tant qu'expression individuelle des conflits sociaux. Elle aboutit en fait à une négation de la psychopathologie du travail (Canoui et Maurang, 2004).

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 corps social qui seraient à l'origine de la pathologie psychiatrique de la personne, on retrouve les 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 (Canoui, 2001).

Dejours (1982) écrit : « cette position théorique va généralement de pair avec l'affirmation d'un lien de causalité qui va du social et du politique, au pathologique ».

8.2 L'approche psychiatrique :

L'approche psychiatrique va privilégier les déterminants personnels, biologique, psychogénétique, 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 de l'estime de soi. L'aspect valorisant du travail dans le cadre de l'adaptation sociale est un aspect important dans le traitement de certains troubles psychiques. L'ergothérapie occupe une place importante dans le traitement de certains troubles

psychique. Le travail peut donc avoir un double impact. S'il peut être source de souffrance, il peut aussi être source d'équilibre. (Dejours C, 1990p20.).

8.3 L'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 la vie, la névrose infantile demeurant la cause fondamentale (Canoui&Maurang, 2004 p 17).

En effet l'origine du trouble mental se situe dans l'enfance, le travail est vécu comme une sublimation, permettant de s'actualiser de façon qui permet d'atteindre un idéal, cet idéal renvoie selon Freud à un but que la personne s'est fixé ou que les valeurs de la société lui ont imposé : (Francheschiaix, 1993).

Ainsi selon Dejours (1982) les échecs, les souffrances, les maladies mentales, sont autant de décompensations liées à une faillite antérieure. Dans cette optique, le travail est envisagé comme révélateur de cette faille, il ne peut à lui seul être responsable du désordre psychique.

Dejours (1980) pense que le travail peut constituer une contrainte psychique pathogène, contre laquelle l'individu va élaborer des défenses. L'étude de ses défenses s'avère donc primordiale. Pour Dejours (1980) : « toute conduite, toute posture, tout discours, même lorsqu'ils paraissent aberrants pour l'observation extérieure, ont toujours une légitimité ». En effet, ces conduites ont une fonction précise dans l'économie du sujet vis-à-vis des contraintes réelles du travail. Mais de par leur rôle propre de défense, elles vont s'opposer à l'émergence de la souffrance, il faudra par une

approche « compréhensive » allé à la recherche du sens que ces conduites et ces discours ont pour le travailleur. (canoui.p.m.A2008, p18-19).

Fisher (cité par Scarfone,1985) psychanalyste, s'est penché sur l'étude du burn out, et a voulu d'emblée distinguer deux situation, qui souvent sont amalgamées.il est parfois légitime qu'une personne qui rencontre des conditions de travail inadéquates, présente une perte de l'estime de soi avec usure et lassitude .Cette personne est capable d'aller voir un médecin pour demander de l'aide, pour dire « qu'elle n'en peu plus ».Par contre un sujet atteint de burn out a un fonctionnement différent. Pour maintenir l'illusion et l'espoir de correspondre aux critères d'un idéal qu'il s'est fixé, cet individu va instaurer une lutte épuisante, cette lutte est sans fin, primordiale pour maintenir une estime de soi suffisante et correspond a un déni de la réalité qui conserve illusoirement une complétude narcissique.

Que se soit en terme cognitive-comportements ou a plus fort raison psychanalytique, élaboration de la personnalité apparait comme un élément primordial dans la façon dont le sujet va pouvoir aborder les étapes da sa vie et de son travail (Franceschi, Chaix, 1993).

9. Prévention du burn out :

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

9.1 Sur le plan individuel :**9.1.1 La relaxation :**

Nous connaissons tous l'adage grec : un esprit sain dans un corps sain. En effet l'esprit et le corps ont des répercussions l'un sur l'autre, De nos jours l'occidental vit surtout avec sa tête et oublie qu'il a un corps, sauf lorsque celui-ci est souffrant. Comme nous l'avons vu, le burn out est la réponse à un stress chronique.

La relaxation est la réponse physiologique antagoniste au stress. Elle nous permet de nous concentrer sur notre corps, ce que nous faisons rarement au cours des journées chargées de travail. Elle nous apprend de nouveau à respirer correctement, à prendre conscience de notre voix, notre colonne vertébrale, notre cou, notre diaphragme, notre abdomen, nos épaules, nos jambes, nos pieds, toutes ces parties du corps ayant des fonctions différentes et essentielles, souvent négligées par l'individu occupé. Il faut d'abord prendre soin de soi pour pouvoir soigner les autres. (Norbert. S. 2003, p.226).

9.1.2 L'assistance téléphonique :

L'assistance téléphonique est un service téléphonique anonyme et gratuit d'accompagnement et de soutien psychologique pour les médecins libéraux en souffrance. Elle est animée par une dizaine de psychologues cliniciens, qui orientent le cas échéant le médecin vers un psychologue proche de son domicile, puisqu' aucune psychothérapie ne peut être débutée par téléphone. L'assistance est opérationnelle 24 heures sur 24.Elle permet au médecin de trouver des moyens de faire face aux problèmes.

9.2 Sur le plan collectif :**9.2.1 La formation médicale continue :**

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

9.2.2 Les groupes de pairs :

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

9.2.3 Les groupes Balints :

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

compréhension très bénéfique pour leur exercice professionnel (Wiertz. R. 2012, p.186).

9.2.4 Autre organisations :

D'autres organisations visant à prendre en charge les personnes souffrant de burn out existent à travers le monde. L'organisation « Renew » en est un exemple. Elle a été créée en 1998 au Canada pour aider les professionnels à prévenir ou à gérer le burn out à l'aide de groupes de discussion et de conférences. L'organisation met également à disposition des livres sur le burn out, ainsi qu'une le web : ([www .acponline.Org /careers/catalog resource.htm.](http://www.acponline.Org/careers/catalog_resource.htm)) Dans ces organisations, ce qui importe, c'est que les personnes peuvent discuter de ce qu'elles ressentent. Ainsi, elles peuvent apprendre à faire face au burn out et également trouver un certain soutien. Souvent les personnes atteintes de burn out pensent être les seules à ressentir cet épuisement et il est facile pour elle de garder cette illusion, puisqu'elles ne partagent rarement leurs sentiments avec des collègues.

9.3. Sur le plan organisationnel :

9.3.1 L'enseignement :

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

9.3.2 L'organisation du travail :

L' du travail a un impact important organisation dans la lutte contre le burn out, puisqu'elle ne concerne pas seulement un individu, mais toute la population des médecins, par exemple, suite au mécontentement des médecins généralistes au Luxembourg concernant l'organisation du service de garde de nuit, le système de garde a été réorganisé en 2001, la répartition des médecins

susceptibles d'être de garde est depuis plus « équilibrée et les médecins sont mieux rémunérés. Ceci a amélioré les conditions de travail des médecins et a certainement contribué à une diminution de leur épuisement.

9.4 Autre considérations :

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

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

Des études ont cependant montré une réduction de l'épuisement émotionnel et /ou de la dépersonnalisation suite à des interventions visant

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

De manière pratique, Freudenberger (cité par Franceschi-chaix, 1993) a décrit des mesures pouvant prévenir de burn out mais de façon imparfaite :

-sélection préalable des travailleurs ; en tentant de leur faire comprendre la différence qu'il existe entre les motivations réalistes et celles qui ne pas. Il faut mieux que le travailleur ressente par lui-même s'il capable d'assumer sa tâche.

- lorsque le travailleur exerce son métier, il est préférable d'éviter les répétitions de tâches et d'effectuer des rotations de postes.

- le travail quotidien ne doit pas dépasser 9heures et le rythme de travail doit être de trois semaines sur quatre ou de trois mois sur quatre, un temps d'expression auprès des collègues est important, aussi l'exercice physique est conseillé afin d'économies les ressources émotionnelles. Si le travailleur est atteint de l'épuisement professionnel, il doit quitter son travail et reviendra quand il ira mieux. Ensuite il a ajouté d'autres conseils en 1980, la personne souffrant ou risquant de souffrir de burn out doit s'interroger, s'enregistrer et prendre des notes sur son comportement et son sentiment, l'objectif étant de communiquer aussi bien avec soi même qu'avec les autre et traiter les

situations stressantes avec humour paraît être efficace. (Elisabeth. G., 2008, p.116).

Pour Lauderdale (cité par franceschi-chaix ,1993), cinq types de solutions face au burn out existent :

La première est temporaire consistant en une « relâche » en brisant la routine et privilégiant les loisirs, la deuxième s'appuie sur le compromis établi entre les attentes personnelles et les conditions de travail, la troisième solution présente un changement de lieu, l'hôpital par exemple, la quatrième solution fait appel à un changement interne qu'il nomme « voyage intérieur ».il correspond le plus souvent à une démarche psychothérapique et la cinquième solution est la plus risquée, un changement profond de la personnalité tant intérieure qu'extérieure.

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

synthèse

À partir de tout ce qui précède, on peut dire que, le burn out survient suite à une exposition à un stress prolongé. De plus on peut constater que le burn out présente chez les sujets qui sont exposés à une forte demande d'énergie excessive, que se soit psychique ou physique , et surtout chez les professions basées sur les relations d'aide, comme celle qu'on a cités déjà (médecins, enseignants, soignants).

Chapitre II l'urgence

Préambule

1. Définition
2. Les différentes formations initiales des médecins urgentiste
3. Les soins d'urgence
4. Les différentes formes d'urgence médicale
5. Les spécificités d'un service d'urgence
6. Les services d'urgence en Algérie

Synthèse

Préambule

Le système d'urgence connaît actuellement une augmentation importante d'activité, liée à des facteurs sanitaires, économiques, socioculturels et organisationnels. Il joue un rôle clé dans le système de santé. En milieu hospitalier, le personnel soignant et plus particulièrement les urgentistes exerçant dans les services d'urgences rencontrent souvent au cours de leurs pratiques quotidiennes de multiples contraintes dans leur lutte sans répit contre la souffrance et la maladie des patients qu'ils prennent en charge. D'autres plus, ces contraintes ne s'accroissent lorsqu'ils rencontrent des situations stressantes qui exigent un important investissement physique et émotionnel croissant dans leur activité professionnelle. En effet en matière d'urgence et catastrophes les médecins urgentistes, sont amenés à intervenir en premier lieu lors des situations critiques telles que les catastrophes naturelles, les accidents, etc., afin d'aider les victimes.

Cette situation stressante : la détresse et la mort entraînent une vulnérabilité chez la médecine urgentistes œuvrant auprès des victimes pouvant occasionner plus tard un traumatisme direct ou indirect.

1. Définitions

1.1 définition de l'urgence

Le petit Larousse illustré définit le terme « urgent » comme ce qui « ne peut attendre », « ne peut être différé, nécessite une action immédiate ». La notion de gestion du temps prend tout son sens. Une situation est qualifiée « urgente » lorsqu'elle est d'apparition brutale, accidentelle ou pathologique, de manière inattendue et risque d'engager le pronostic vital. Elle nécessite alors des actes médicaux ou chirurgicaux ou immédiats (Larousse, 1982, p1798).

Le terme urgence provient du mot latin « urgere » qui signifie « presser » ou se « presser » ou encore « pousser à agir ». Selon le dictionnaire

encyclopédique Larousse, le mot urgence se définit comme « situation particulière impliquant une procédure accélérée » (Larousse, 1979).

Pour les soignants de manière générale. L'urgence désigne toute affection ou lésion mettant en jeu le pronostic vital à brève échéance, ou susceptible des séquelles invalidantes sévères, il s'agit là d'une définition de technicien que nécessite une évaluation technique initiale, la mise en jeu rapide de moyens de réanimation et qui bien sur obligera presque toujours à une hospitalisation.

On peut dire alors que l'urgence représente la qualité d'une situation qui commande le déploiement rapide de moyens efficaces pour y répondre. Le terme urgence n'est pas utilisé exclusivement en médecine, il couvre des situations hétérogènes. En pratique médicale, la définition de l'urgence est tout ce qui est l'origine d'une situation clinique imprévue : une anxiété, un malaise, un traumatisme, une détresse médicale, sociale ou psychologique. Askenasi et Unger (cite par ait Slimane, 2004)

1.2 Définition d'urgence médicale

L'urgence en matière de santé est généralement définie comme situation pathologique dans laquelle un diagnostic et un traitement doivent être réalisés très rapidement.

Afin de définir au mieux cette notion d'urgence médicale, il est nécessaire de se projeter vers la situation initiale. Une situation peut être définie comme urgente, car ressentie comme telle par le patient ou son entourage, et devient urgence médicale, lorsque 'elle est ressentie comme telle par un médecin. Gautier.S.2014, p 34-36)

Cette définition souligne le fait que l'urgence en matière de santé répond en réalité à toute demande dont la prise en charge n'a pas été programmée, quelle que soit la gravité du problème.

1.2 la médecine d'urgence.

La médecine d'urgence est définie par la société européenne de médecine d'urgence comme une spécialité médicale basée sur la connaissance et les aptitudes nécessaires à la prévention, au diagnostic et à la prise en charge de pathologies et d'accidents affectant des patients avec un spectre d'expression indifférenciée au niveau physique et comportemental. Gautier.S.2014, p 34-36)

2. Les différentes formations initiales des médecins urgentistes :

Le besoin de former des praticiens de médecine d'urgence issus de la médecine générale s'est fait sentir dès le début des années 1980. Une formation complémentaire s'adressant aux médecins généralistes à été mis en place sous la forme de Diplôme Universitaire (D.U) d'xylogologie-médecine d'urgence. Celle-ci a évolué parallèlement aux techniques et innovations liées à la prise en charge de l'urgence médicale sous les formes suivantes.

2.1. La Capacité d'Aide Médicale Urgente (CAMU) :

La C.A.M.U. a été officiellement créée le 13 mars 1986 [16]. Cet arrêté fut l'objet de quelques modifications dans les années suivantes [17,18]. Cette capacité se différenciait des D.U. car elle était un diplôme national autorisé par l'Ordre des Médecins et reconnue comme une compétence spécifique. Par ailleurs en 1995, une étape décisive est franchie en reconnaissant la spécialité de « médecine polyvalente d'urgence » dans le concours national de praticien hospitalier. Gautier.S.2014, p 34-36)

2.2. La Capacité de Médecine d'Urgence (CMU) : La Capacité de Médecine d'Urgence remplace en 1998 la CAMU [19]. Elle est accessible au médecin titulaire du diplôme de docteur en médecine et ayant été reçu à l'examen probatoire. La maquette pédagogique de cette nouvelle capacité fut améliorée en 2002 sur la base des conclusions d'un groupe de travail réuni à cet effet par la direction de l'enseignement supérieur [20]. Elle comprend une

formation théorique de 80 heures par an sur deux années. La première année comprend 7 modules répartis en 3 séminaires associés à une formation pratique de 8 semaines (400h) de stages dans les services formateurs. La seconde année comprend trois modules théoriques répartis en deux séminaires et un stage de deux mois (400h) dans un service d'urgences, de S.M.U.R. ou de réanimation. Les deux années sont sanctionnées par un examen écrit et un oral. Aujourd'hui, seule une faculté de médecine parisienne (Paris 7 Diderot) organise encore cet enseignement. La C.M.U. est une formation universitaire et elle reste accessible à tout moment de la vie professionnelle. Gautier.S.2014, p 34-36)

2.3. Le Diplôme d'Etude Spécialisé Complémentaire de médecine d'urgence :

Le Diplôme d'Etude Spécialisé Complémentaire a été officiellement créé par l'arrêté du 22 septembre 2004 dans le but de promouvoir la médecine d'urgence comme discipline universitaire à part entière et d'homogénéiser le niveau initial des urgentistes en début de carrière [21]. Il s'agit d'un DESC de type 1 qui permet de conserver la qualification du Diplôme d'Etude Spécialisé (DES) initial (médecine générale, anesthésie réanimation ...) contrairement au DESC de type 2 (spécialités chirurgicales et médicales) imposant l'abandon de la spécialité initiale. Gautier.S.2014, p 34-36)

Les candidats sont des internes en médecine et sont recrutés dès la fin du troisième cycle des études médicales par un examen probatoire, dont les modalités diffèrent selon les régions. La formation est à temps pleine sur deux années, la première étant la plupart du temps faite au cours de l'internat. La deuxième année doit être réalisée en post internat, comme pour tous les DESC dans une fonction avec responsabilité médicale (assistant chef de clinique, assistant spécialisé, praticien hospitalier contractuel). La maquette de ce DESC impose quatre semestres de stages hospitaliers obligatoires : dans un service des urgences adultes, au SAMU/SMUR, dans un service ou unité des urgences pédiatriques et dans un service ou unité de réanimation ou de soins intensifs

médicaux, chirurgicaux ou médico-chirurgicaux (urgences, SAMU, réanimation, pédiatrie) dont la moitié en CHU avec environ 150 heures de formation théorique en module. Le DESC est délivré après présentation d'un mémoire, différent du DES de médecine générale et de la thèse de docteur en médecine. Il donne droit au titre de spécialiste de médecine d'urgence et permet l'accès au concours spécifique de Praticien hospitalier. Avec pour objectif d'homogénéiser le niveau médical des urgentistes au moment où la médecine d'urgence est en voie de devenir une spécialité avec la création d'un DESC et bientôt d'un Diplôme d'Etude Spécialisé ou médecine d'urgence, la Société Francophone de Médecine d'Urgence (SFMU) édite en juin 2004 un «référentiel de compétences d'un médecin urgentiste» [22]. Depuis, ce document est une référence qui inspire le tableau des «habilités techniques à acquérir» durant le DESC de Médecine d'Urgence. En 2011, un référentiel métier-compétence a été rédigé, afin de poursuivre cette homogénéisation des pratiques, et de compléter un projet de maquette de DES remis en 2010 à la Commission Nationale de l'Internat et du Post-Internat (C.N.I.P.I.) [11].Gautier.S.2014, p 34-36)

3. les soins d'urgences :

Les soins d'urgence ne se limitent pas exclusivement aux soins technique, c'est d'abord un rapport singulier entre le premier intervenant et le patient, puisque ce dernier est fragilisé par l'angoisse engendrée en premier lieu par l'évènement lui-même qui est brutal et soudain, mais aussi par l'inquiétude pour son état de santé ; un accueil froid , impersonnel, désintéressé ou blasé ne fera qu'augmenter son angoisse. Ce sont les raisons pour lesquelles le soin relationnel est tout aussi primordial que le soin technique. Le soin relationnel désigne un ensemble de moyens et de gestes utilisés par les médecins afin de réduire au maximum la souffrance psychique en diminuant l'angoisse, les peurs et faire émerger un sentiment de soignant-soigné ne signifie pas nécessairement prendre un temps spécifique pour discuter, c'est tout le travail du

soignant qui prend sa place dans le processus de la relation. Celle-ci passe par le biais de différents médiateurs : la verbalisation, le mouvement, les attitudes, l'aspect extérieur de la personne, vêtements, accessoires, mais également les outils de travail (pinces, seringues, etc.). Ces éléments apportent une multitude de sources d'informations sur les différents protagonistes, s'échangent des paroles, des sourires, des regards, mais aussi des pleurs, des cris...etc. Comme le service des urgences est très spécifique, pour travailler sereinement il allie rapidité, technicité et relationnel (Benatia Yacine, 2008, p13).

4. Les différentes formes d'urgence médicale :

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

- urgences médicales : concernent les patients qui nécessitent des gestes de réanimation de survie ; ce sont des urgences lourdes avec pronostic vital mis en jeu ou risque fonctionnel grave patent ou latent dont le traitement ne souffre aucun retard c'est – à-dire l'extrême urgence.
- urgences médicales potentielles : qui nécessitent
- une surveillance Médicale continue.
- Urgence médicale différée : correspondent à des conditions médico-chirurgicales aiguës qui exigent un diagnostic d'où il s'ensuit un traitement différé, et les patients peuvent être évacués vers des lieux mieux équipés et moins précaires. (Benatia Yacine, 2008, p13).
- Urgences médicales dépassées : pour lesquelles aucun geste utile ne peut être accompli dans l'immédiat, du moins sur les lieux d'accident. Si on réfère aux usagers des services d'urgence (les patients et leur famille), l'urgence médicale est ressentie différemment et dans ce cas, nous pouvons parler :

- D'urgences médicales vraies : situation où un avis médical est indispensable immédiate. Mettant en jeu le pronostic vital ou fonctionnel.
- D'urgences médicales ressenties : états morbides susceptibles par leur intensité ou leur soudaineté d'apparaître comme un état d'urgence pour une personne ou un entourage non qualifié.

5. Les spécificités d'un service d'urgence :

Service où sont pratiqués des soins d'importance immédiate, où l'on se pose comme objectif de pouvoir traiter des symptômes en un minimum de temps, de part l'aspect urgent qui les caractérise. « La spécificité réside dans la rapidité de la prise en charge des patients que ce soit pour la participation à la démarche diagnostique, à la stratégie thérapeutique pour la mise en œuvre des soins infirmiers ou l'orientation des patients vers des services ou des structures adéquates. » Extrait du recueil des principaux textes relatifs à la formation et à l'exercice de la profession d'infirmier. On trouve deux types de service d'Urgences : - les Services d'Accueil des Urgences ou Service d'Accueil et de Traitement des Urgences, centres des réseaux de services d'Urgences. - les Unités de Proximité d'Accueil de Traitement et d'Orientation des Urgences, situés dans les hôpitaux de proximité. Les unités d'Urgences sont ouvertes 24h/24h et ont pour obligation d'accueillir et de prendre en charge, sous la responsabilité d'un médecin «temps plein », qualifié et expérimenté, toute personne se présentant en situation d'urgence médico-chirurgicale ou psychiatrique. Les Urgences apparaissent ainsi comme l'ouverture de l'hôpital sur la société, lien direct entre la population et le milieu de soins. Cette porte d'entrée génère donc la venue de personnes de tous horizons (culturels, et sociaux) dans une demande immédiate de soins. Les Urgences sont caractérisées par : - un flux de fréquentation irrégulier. - une diversité des motifs de consultation (médicaux, psychologiques, psychiatriques, sociaux, chirurgicaux, ...). - une alternance de problèmes d'urgence graves – détresse vitales

nécessitant précocité et qualité des soins – et moins graves, pouvant être différés. - l'existence d'un plateau technique complet (laboratoire, imagerie médicale, réanimation, bloc opératoire,...) disponible 24h/24h dans les S.A.U. (Benatia Yacine, 2008, p13).

6. Les services d'urgence en Algérie :

Le personnel des services d'urgences en Algérie affronte une multitude de contraintes d'ordres professionnels, matériels et organisationnels qui influent sur leur efficacité ainsi que la sur qualité des soins. Alors que ces services étaient initialement destinés à la prise en charge des malades les plus atteints, ils sont devenus, pour une part très importante des services de consultations non programmées ; le manque de moyens médicaux et humains pour apporter une bonne prise en charge des patients se présentant dans les services d'urgences qui ne cessent de s'accroître de temps, le manque de collaboration entre les différents acteurs et les différents services de santé. D'autres parts, les personnes qui fréquentent ces lieux souffrent aussi des temps d'attente et jugés parfois excessifs mais également la qualité des soins prodigués aux patients et le manque d'organisation tous ces facteurs sont une source d'insatisfaction et de frustration pour les patients ainsi que leur famille (Bouhroum, n.d.).

Synthés

En effet, de part la diversité des motifs de venue aux urgences, ces services doivent s'adapter aux aspects sociaux, psychologiques, psychiatriques, médicaux, chirurgicaux des consultations, et ainsi permettre aux personnes compétentes dans ces domaines d'exercer leur profession sur le site des Urgences.

Parties pratique

Chapitre III

Partie méthodologique

Préambule

1. méthode de recherche
2. pré-enquête
3. l'enquête
4. l'échantillon
 - les critères d'inclusion
 - les critères d'exclusion
5. présentation de lieu de recherche
 - l'historique de CHU de Bejaia
 - Description de service d'urgentiste
6. Présentation des outils de recherche
 - Guide d'entretien semi-directif
 - Présentation et description du MBI
7. La cotation
8. L'évaluation

Synthèse

Préambule

Dans ce présent chapitre, il s'agit de présenter la partie théorique de notre recherche après en doit être complété par la partie méthodologique, donc avec notre démarche d'étude on va présenter la méthode clinique, la pré-enquête notre population d'étude les critères d'inclusion et pour finir la présentation de lieu et les outils de notre étude.

1. Méthode utilisée :

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

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

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

2. Pré-enquête

La pré-enquête est la phase de préparation une étape qui précède la phase de l'enquête elle a pour objet de recueillir le plus de connaissances et d'information sur le sujet à étudier.

Notre pré-enquête est réalisée sur deux médecins qui travaillent au niveau de service d'urgence de CHU de Bejaïa à partir du 15 mars 2017 au 22 mars 2017, en raison de deux fois par semaine.

Nous avons choisi deux cas pour pouvoir tester nos outils d'étude.

La première rencontre nous avons commencée par l'entretien semi-directif qui a duré 2 heures. La deuxième rencontre nous avons réalisé la passation du test.

La pré-enquête nous a permis de déterminer les informations de notre étude, et préciser la problématique et les hypothèses l'élaboration des questions de l'entretien et faisabilité de teste.

3. L'enquête :

Nous avons effectué notre étude sur (8) médecins qui travaillent dans le service des urgences de CHU Bejaïa a duré environs un mois de 15 mars 2017 au 16 avril 2017.

Nous avons rencontré les médecins dans leur bureau après avoir attendu un long moment à cause de l'incapacité de fixer un rendez-vous.

Au premier lieu nous avons commencée par l'entretien clinique semi-directif suivi directement de la passation du test.

4. L'échantillon

Nous avons exercé, notre recherche au centre hospitalo-universitaire CHU de Bejaïa et plus exactement au service d'urgentiste.

Nous avons limité notre recherche à huit cas (80) qui sont les médecins, hommes femmes âgés entre 26 à 59 ans, travaillent dans la journée ou la nuit.

- **Les critères d'inclusion**

Ont été inclus dans l'étude tous les médecins actifs des services des urgentistes du C.H.U de Bejaia.

- Les médecines qui travaillent seulement dans le service des urgences (jour et nuit).
- Les médecines qui sont âgés de 26 à 389 ans.
- N'ayant pas une handicapé.
- Les médecines généraliste et spécialiste.

• **Les critères d'exclusion**

Nous avons exclu de cette étude les médecines de puis 1mois en serves des urgences.

- Les médecines qui travaillant dans les services médicale spécialisé.
- Les médecins urgentiste qui ont moins de 5ans d'expérience.
- Les médecins urgentiste qui ont une maladie chronique.

5. Le groupe d'étude

Dans le tableau suivant on à présentes les caractéristiques de groupe de recherche : homme et les femmes âgées entre 26 ans et 59 ans, et leur état matrimonial (marié), nombre d'année d'exercice.

Remarque : on a mentionné les initiales des cas, pour garder l'anonymat

Tableau N°1 : récapitulatif des caractéristiques de d'étude.

Non	Sexe	Age	L'état matrimonial	Nombre d'année d'exercées
N	Femme	30 ans	marié	4 ans
B	Homme	30 ans	marié	6 ans
F	Femme	35 ans	marié	5 ans
S	Femme	27 ans	célibataire	3 ans
K	Femme	31 ans	marié	4 ans

W	Femme	30 ans	marié	4 ans
Y	Femme	28 ans	marié	2 ans
Z	Femme	36 ans	marié	7 ans

6. Présentation du lieu de recherche

6.1 L'historique de CHU de Bejaia :

Avant 1990 le secteur sanitaire de Bejaïa ne disposait que d'un seul hôpital de 120 lits (Frantz fanon) et d'une annexe à aokas, et devant la croissance continuelle des besoins de la population en matière de santé, il était nécessaire de développer d'autres structures, à cet effet en novembre 1990 l'hôpital khelile amrane fut mis en service.

Il est appelé hôpital khellile amrane en hommage à Mr khellile amrane qui est né le 03/11/1931 à Bejaia au sien d'une famille constitué de nombreux enfant ; après des études primaires et secondaires à Bejaia, il a poursuivez ses études supérieures en chirurgie dentaire à Alger ; en mai 1956 alors qu'il était en 4^{ème} année, khellile amrane répond à l'appel de « U.G.E.M.A » (union générale des étudiants musulmans algériens).

Il rejoint alors les maquis de la wilaya trois ; les connaissances acquises en médecine lui a permet de soigner de très nombreux blessés et de former près de 200 infirmières.

C'est en décembre 1961 que l'aspirant KHELIL AMRANE appelé « si-Ail le sanitaire » est tombé au champ d'honneur à tifra « SIDI Aiche »

Le secteur sanitaire de Bejaia comprend plusieurs structures de santé, parmi les quelles il y a l'hôpital khellil amrane.

Le secteur sanitaire de bejaia couvre sur une superficie de 460,65 Km². Il assure une couverture sanitaire aux 240. 258 habitants des sept (7) communes suivantes :

Bejaia, Oued–Ghir, Tichy, Talahamza, Boukhlifa, Aokas et Tizi-Nberber.

Le secteur sanitaire est géré par la direction de l'hôpital Khellil Amrane, située au chef-lieu du couvet de Bejaia. Il est doté d'un budget de fonctionnement et d'une autonomie de gestion.

Jusqu'en 1991, date de l'inauguration et de l'entrée en fonction de L'EPH Khellil Amrane, le secteur sanitaire de Bejaia n'était doté que de deux hôpitaux : Aokas et Frantz Fanon, hérités de la période coloniale.

En 2011, l'hôpital Khellil Amrane est devenu le siège du Centre Hospitalo-universitaire (CHU) de Bejaia. La création de ce dernier est faite suite à l'inauguration de la faculté de médecine.

Le centre hospitalo-universitaire est un établissement public à caractère administratif, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Il est créé par décret exécutif, sur proposition conjointe du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique.

Il est placé sous la tutelle administrative du ministre chargé de la santé. La tutelle pédagogique est assurée par le ministre chargé de l'enseignement supérieur.

Le CHU est chargé, en relation avec l'établissement d'enseignement et ou de formation supérieure en sciences médicales concerné, des missions : de diagnostic, d'exploration, de soins, de prévention, de formation, d'études et de recherche.

L'organisation du CHU de Bejaia se compose de trois unités ;

- L'unité Khellil Amrane ; située au village Smina.
- L'unité Frantz Fanon ; sise à l'ancienne ville, Bordj Moussa.
- L'unité Targa Ouzamour (clinique maternité) ; située au village Tala Merkha.

6.2 Description de service d'urgentiste

Notre stage a été effectué au sein d'hôpital Khalil marrane. Exactement au service de l'urgence

- Médecin chef de service
 - Capacité litière : **15 lits**
 - **Personnel médical :**
 - Médecin Généraliste : **20**
 - Médecin Spécialiste : **02**
 - Personnel paramédical : **28 entre IDE et ATS, Une psychologue**
 - Nombre d'unité : **02**
- **Contenu**
 - Trie
 - Mise en observation
 - Déchoquage
 - Soins
 - Plâtres

Consultation

4.3 Perspectives du service :

- Séparation du tri et de l'observation des urgences médicales et chirurgicales.
- Débuter l'activité opératoire d'urgence dans un bloc d'urgence appartenant

Au Service U.M.C.

- Thrombolyse des avec ischémiques.
- Formation continue des médecins
- CES Médecine d'urgence

6. Présentation des outils de l'étude

6.1. Le guide de l'entretien semi-directif :

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

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

Le premier axe : est réservé aux caractéristiques personnelles.

Le deuxième axe : pour les caractéristiques de l'activité de la vie professionnelle.

Le troisième axe : pour les caractéristiques de la vie privée et le dernier axe est réservé pour la prévention du burn out.

6.2 Présentation et description de l'échelle de (MBI)

Le maslach burn out Inventoy ou le (MBI) est un outil de mesure développé par maslach et jakson (1981,1986) ; c'est toujours l'instrument le plus utilisé pour mesurer le burn out. C'est une échelle d'auto-évaluation qui permet d'évaluer explore trios aspects du burn out : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et la difficulté à gérer la relation aux autres.

Cette mesure comprend 22 items regroupés en trois sous-échelles :

- 9 items pour l'épuisement émotionnel
- 5 items pour la dépersonnalisation
- 8 items pour l'accomplissement personnel

Chacune de ces sous-échelles est mesurée séparément. Pour les deux premières sous-échelles un score élevé correspond à un « burn out » élevé, mais pour la troisième sous-échelle, un score élevé correspond à un accomplissement personnel élevé et en conséquence, à une faible « burn out ».

7. La cotation :

un protocole de cotation accompagne le (MBI) qui a pour principe le calcul des scores qu'on obtient par l'addition des chiffres encadrés qui représentent les réponses de l'enquêté aux items composant le MBI. Cette opération aboutit à 3 scores qui traduisent les trois degrés des dimensions de burn out.

8. L'évaluation :

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

- **Scores de l'épuisement émotionnel** : $1+2+3+6+13+14+16+20 = \text{score}$.
 - Score bas à 17
 - Score modéré à 18 à 29
 - Score élevé à 30
- **Score de la déshumanisation** : $5+10+11+15+22 = \text{score}$
 - Score bas à 5
 - Score modéré de 6 à 11
 - Score élevé à 12
- **Score de manque de l'accomplissement personnel**
 $4+7+9+12+17+18+19+21 = \text{score}$
 - Score bas à 33

- Score modéré de 34 à 39
- Score élevé à 40

L'évaluation de la présence de burn out syndrome est révélée par le score de ses trois composantes ; le burn out est classé en élevé, modéré ou bas.

On dit que le burn out est élevé si le sujet obtient un niveau pathologique pour trois scores à l'échelle de MBI (c.à.d. pour deux dimensions).

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

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

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

Synthèse

Ce chapitre méthodologique, nous a orientés vers une démarche ordonnée et méthodique, pour le bon déroulement de notre travail, et cela grâce à plusieurs étapes suivies, pour arriver à des résultats qu'on peut analyser par la suite, afin de confirmer ou infirmer nos hypothèses déjà proposées au début de notre étude.

Chapitre IV

Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

Préambule

1. Présentation et interprétation des résultats
2. Discussion des hypothèses

synthèse

Préambule

Après la présentation du chapitre de la méthodologie de la recherche, ce chapitre, sera consacré à la présentation de l'entretien, et analyse des résultats de l'échelle de MBI et la discussion des hypothèses dans le but de vérifier notre hypothèse émise au départ.

1. présentation et analyse des résultats :

Le premier cas :

▪ Présentation et l'analyse du cas de N :

Selon M^{me} N une jeune femme mariée âgé de 30 ans, travail médecin au service des urgences de l'hôpital khelile amrane depuis 4 ans elle est toujours au service, durent 40 heur par semaine ou volume de 8h à 16h et plus des gardes de nuit 5 fois par moins.

▪ L'Analyse de l'entretien :

Le travail de M^{me} N n'est pas facile car elle consulte plus de 30 patients par jour, notre cas confirme que les exigences de service qu'elle subit un stresse en permanence. « Je suis toujours stressé d'ailleurs j'ai du mal à me concentrer lorsque je travail ».concernant le choix de service elle a informé que c'est par sa propre volonté que elle a choisi se métier dans se service, M^{me} N nous apporte qu'elle 'est fatigué moralement «...Les conditions du travail sont insuffisantes en plus de ça il existe des relations conflictuelles surtout avec les infirmières et les patients ». Le sujet a subi auparavant des agressions de la part de ces patients ou des proches de malade est ces agressions sont quotidiennes « Ya des patients qui veulent me frapper.. ». Et cette agression présente surtout la nuit.

Allant loin dans son discours, notre sujet souffre d'insomnie remarquable et des cauchemars qui perturbe le sommeil « des fois je passe des nuits blanche sont dormir.. » Le problème de notre cas sont vraiment propagé sur son l'appareil psychique d'ailleurs elle a déjà fait recours à des psychotropes.

▪ **Présentation et interprétation de l'échelle MBI**

La passation de l'échelle MBI a été effectuée au sein de service d'urgence de l'hôpital Khalil amrane.

Tableau n° 1 : présentation des résultats du test (MBI) du cas M^{me} N :

Dimension de l'épuisement professionnel	Score	Niveau de chaque dimension	Score moyen de l'épuisement	Niveau de l'épuisement professionnel
Epuisement émotionnel	27	Modéré	21	Modéré
Dépersonnalisation	14	Elevé		
Accomplissement personnel	22	Bas		

Le tableau ci-dessus présente les résultats de l'échelle (MBI) de notre cas :

ces résultats indiquent que M^{me} N , présente un burn out Modéré avec un score moyen de (21), la dimension d'épuisement émotionnel est d'un niveau Modéré d'un score (27), la dimension de dépersonnalisation est de niveau élevé de score (14), et la dimension d'accomplissement personnel est d'un niveau Bas de score (22). On constate, d'après les résultats de l'échelle que M^{me} N, n'a pas beaucoup d'émotions envers son travail, elle est un peu motivée vers son travail, concernant leur difficulté, elle n'est pas bien avec ses collègues de travail,

et pour la dimension de l'accomplissement on remarque un sentiment d'incompétence, de ce travail.

Synthèse de 1^{er} cas

L'analyse de l'entretien et les résultats de l'échelle d'MBI indiquent que notre cas présente un burn out Modéré, cet état est engendré par certaines difficultés liées à la relation professionnelle avec les collègues de travail les relations détachées enfants, et la qualité de son travail, ainsi la surcharge du travail, et les différentes tâches à accomplir.

Deuxième cas

▪ Présentation et l'analyse du cas B :

Mr B, est un jeune homme de 30 ans, marié sans enfants, il exerce son travail au service des urgences pendant 6 ans. il travaille de 8h de matin jusqu'à 16h a une charge de 50 heures par semaine, ou il reçoit plus de 50 patients par jour.

▪ L'Analyse de l'entretien :

Au début de notre entretien le sujet commence par nous parler du conflit qui existe entre lui et son supérieur en disant « on est toujours chargé du travail, et on ne peut même pas de se reposer ... » notre chef de service toujours derrière nous qui entrave les conditions du travail « d'ailleurs pas de bonus ».

Notre cas a commencé de parler sur sa situation pendant le travail et après son travail qui a dit : « avant mon mariage je n'étais pas comme ça ». j'ai beaucoup changé ces problèmes familiaux qui m'ont augmenté le stress, avec le travail trop chargé et des fois on consulte des patients qui sont des cas très graves qui rendent stressés et fatigués et aussi la situation de service avec son nouveau chef de service qui nous a forcés de travailler dur malgré le manque des moyens « je suis le seul médecin qui travaille de ce service » qui me donne une

pression permanent pendant la journée se que me rendre épuisé, et j'oublie cette fatigue par la solution de fumé « A cause de mon stress je fume plusieurs paquet par jour » pour oublier un peu la charge du travail. Presque a chaque fois que je termine de fumé une cigarette ya une autre qui le suis. Pour faire face à son stress Mr B même a consulté un psychiatre qui lui prescrit des psychotropes pendant un an mais sans avoir des résultats pour lui rien qui a changé « je suis toujours stressé j'ai même des perturbations » et pendant la nuit je n'arrive même pas a dormir j'ai toujours des cauchemars surtout le jour que je consulte des gens agressive des fois je veux tellement quitter ce métier « je cherche un métier ou il n'y a pas de contact avec les gens ».

Mr B, présente des idées suicidaire (après l'arrêt du traitement) on à évoque le discours sur le manque de reconnaissance au travail il à dit « mes droit sont bafoués ».

Mr B, assure sur l'existence du burn out sur tout les cotes morale et physique et l'absence d'un programme qui limite la dure du travail soit les jours au bien les heures.

▪ **Présentation et interprétation de l'échelle MBI : de cas B**

La passation de l'échelle MBI a été effectuée au sein de service des urgences.

Tableau n°2 : présentation des résultats du test (MBI) du cas B

Dimension de l'épuisement professionnel	Score	Niveau de chaque dimension	Score Moyen de l'épuisement	Niveau de l'épuisement professionnel
Epuisement émotionnel	26	Elève		

Dépersonnalisati on	19	Elève	29	Elevé
Accomplissemen t personnel	32	modère		

D'après ce tableau, on constate que le sujet a un niveau de burn out élevé.

Le tableau ci-dessus présente les résultats de l'échelle du (MBI) de Mr B d'après ces résultats on remarque qu'il présente un niveau Élevé, cela indique qu'il est touché par un burn out à un niveau pathologique Élevé avec un score moyen de (29).

L'analyse des dimensions de ce cas explique que Mr B, n'est pas motivé par son travail, la dimension de dépersonnalisation de niveau élevé avec score (19), explique que ses relations interpersonnelles sont qualifiées de négatives envers les autres collègues de travail, concernant l'accomplissement personnel de niveau modère avec un score (32) qui renvoie à un sentiment d'incapacité professionnelle.

Synthèse de 2^{ème} cas

Selon l'analyse de l'entretien et de l'échelle du MBI Les résultats montrent que Mr B, présente un syndrome d'burn out avec un degré Élevé, dû à la combinaison de plusieurs facteurs, la qualité de ce métier (l'insatisfaction par rapport au nombre des tâches demandées, la responsabilité qui provoque toujours le stress) et les facteurs liés à moyen aux conditions matérielles ainsi qu'aux relations interpersonnelles au sein du service sont des facteurs qui conduisent au burn out chez notre.

Troisième cas

- **Présentation et l'analyse de cas F :**

M^{me} « F » jeune femme âgée de 35ans marie elle à 3enfant, Médecin au service des urgences du C .H.U de Khelil amrane Bejaïa, Elle travaille depuis 5 ans et envers 40 heurs par semaine.

- **L'analyse de l'entretien :**

Depuis quelle est à ce service la charge de travail a été augmentée par apport aux les années, Précédentes « j'examine au moyenne 150 patient par jour », Notre sujet affirme l'existence d'une fatigue permanant « je suis tellement fatigué ».

Elle assure qui il est très difficile de travailler dans le service des urgences car c'est un milieu très stressant « je suis toujours stressé dans mon travail ».

Notre cas affirme aussi vivre des relations conflictuelles avec certains de ces collègues de travail.

M^{me} F confirme aussi l'existence des agressions quotidiennes « un jour un patient il a essayée de me frappé »

Notre sujet souffre aussi du trouble de sommeil par un nombre maximum de 6 heur ce qui il donne des difficultés de son dormirez ; elle a déjà fait une psychothérapie mais elle a pas au un changement « jais consulter un psychologue mais.. », notre cas est sensible au phénomène de burn out mais malheureusement dans L'Hôpital. Ou elle travail n'existe pas une politique de prévention.

- **Présentation et interprétation de l'échelle MBI :**

La passation de l'échelle MBI a été effectuée dans le bureau de médecin.

Tableau n°03:présentation des résultats du test MBI du cas de F :

Dimension de l'épuisement professionnel	score	Niveau de chaque dimension	Score moyen de l'épuisement	Niveau de l'épuisement professionnel
Épuisement émotionnel	39	Elevé	28,66	Modéré
Dépersonnalisation	8	Modéré		
Accomplissement personnel	39	Modéré		

Le tableau ci-dessus présente le niveau de l'épuisement professionnel modéré d'un score moyen de (28,33).

Chez M^{me} F. On note tout d'abord que l'épuisement émotionnel chez cette personne est élevé avec un score(39), un niveau de dépersonnalisation modéré avec un score (8) et un niveau modéré d'un score (39) de l'accomplissement personnel. L'analyse de l'échelle de l'épuisement professionnel, explique que notre cas n'a pas beaucoup d'émotion vers son travail et peu motivée pour ce dernier « je veux quitter ce métier », le niveau élevé de dépersonnalisation renvoie à la relation conflictuelle avec certains collègues de son travail, et le niveau modéré d'accomplissement personnel indique le sentiment d'incapacité d'accomplir les tâches demandées toute seule et d'insécurité de son travail, et la dévalorisation de ses capacités.

Synthèse sur le 3^{ème} cas

A partir de l'analyse de l'entretien et l'échelle MBI que M^{me} F présente un état d'épuisement professionnel modéré selon l'analyse de l'entretien, les facteurs qui déterminent cet état sont : la surcharge des tâches, les risque du métier, la pression des patient qui augment chaque année, et le sentiment d'incapacité à régler certains problèmes rencontrés sur le terrain.

Le Quatrième cas

▪ Présentation et l'analyse du cas S :

M^{me} S est une jeune femme âge de 27 ans célibataire, titulaire d'un diplôme universitaire médecin, elle travail dans se service depuis 3 ans, de 8h jusqu'un 16h de soir environ 40 heur par semaine, ou il reçoit plus de 40 a 45 patient, elle fait deux garde de nuit.

▪ L'analyse de l'entretien :

L'entretien avec M^{me} S est déroule dans le Bureaux des médecins dans de très bonnes condition elle a acceptes de s'entretenir avec nous sons poser trop de question avec le temps a 9 heur jusqu'a 10 heur.

Ou début de notre entretien le sujet commence par nous parlez de son travail, on na trop charges de ce service elle die nous « ... Moi personnellement je sente très fatigues et démotives quand je travail », elle die aussi «... J'ai des crise d'angoisse ou moment de travail» Est ce truc la depuis 2ans des fois je perde la concentration devant les patients.

Est confirmée aussi, elle nous dit « important ces moi qui a choisie ce service ».

Elle a aussi évoqué des agressions sortent pendant la nuit par des patients, est affirmée aussi des relations conflictuelle avec les infirmiers, notre cas souffre des troubles de sommeil. « J'arrive pas à m'endormir ».

Et c'est une femme qui est sensible au phénomène de burn out et pour elle la meilleure solution pour se protéger de ce phénomène est d'organiser des sorties, diminuer la charge et avoir des vacances long.

. Présentation et interprétation de l'échelle MBI :

La passation de l'échelle MBI a été effectuée dans le bureau de médecin.

Tableau n °04 : Présentation des résultats du test MBI du cas de S

Dimension de l'épuisement professionnel	score	Niveau de chaque dimension	Score moyen de l'épuisement	Niveau de l'épuisement professionnel
Épuisement émotionnel	25	Modéré	22,33	Modéré
Dépersonnalisation	0	Bas		
Accomplissement personnel	42	Elevé		

Le tableau présenté ci-dessus résume les résultats obtenus par M^{me} S à l'échelle du (MBI).il nous informe sur le niveau de l'épuisement professionnel modéré avec un score(22,33).

D'après les dimensions, M^{me} S a obtenu un niveau d'épuisement émotionnel Modérés d'un score 25, car elle se sent toujours fatiguée à la fin de la journée, et la présence de stress, un niveau de dépersonnalisation bas d'un score de(0) , étant donné le manque d'investissement de M^{me} S envers les collègues de travail ,les limites envers ses collègues, un niveau d'accomplissement personnel élevé d'un score (42), renvoie à la diminution de l'efficacité professionnel absences de sentiment de capacité d'appliquer le contenu de formation sur le terrain.

Synthèse sur 4^{er} cas

Les résultats de l'entretien et de l'échelle d'MBI indique que M^{me} S est touché par le syndrome de l'épuisement professionnel avec un degré modéré, selon notre analyse, cet état est dû principalement à la diversité des tâches à accomplir, la relation conflictuelle avec certains collage de travail , et la présence d'un certains charge de travail le nombre des patient qui augmente chaque année

Cinquièmes cas

▪ Présentation et analyse du cas de K :

M^{me} K est une jeune femme qui a âge de 31 ans, maries, mère d'une petite fille, médecin ou service des urgence depuis 4 ans de 8h de matin jusqu'un 16h de soir, environ 40heur par semaine , ou il reçoit plus de 35 patient par jour ,elle fait deux garde de nuit .

▪ Analyse de l'entretien :

L'entretien avec M^{me} K est déroulé dans le bureau des médecins dans de très bonne condition, est un peu plus vite. Il a accepté de répondre à nos questions mais d'une façon très rapide, car il voulait liquider l'entretien très rapidement c'est pour ça que ses réponses étaient très brèves et directes, à cause de charge de travail et des patients qu'ils attendent.

Au début de l'entretien on a posé des questions sur la qualité de travail dans le service des urgences et les problèmes qui arrivent, elle répond tout de suite « on a trop de charge de travail et ça a été augmenté depuis l'année dernière » et nous dit aussi « ... je suis très fatigué à cause de travail ».

Notre cas confirme aussi depuis 3 ans, que les conditions de travail n'ont pas changé et ils sont insuffisants.

M^{me} K évoque des agressions qui se produisent pendant la nuit, nous a dit : « une fois un patient qui veut me frapper ... », Elle souligne des relations conflictuelles avec des collègues du travail pour elle il y a toujours des problèmes avec les collègues surtout les infirmières, notre sujet présente des troubles de sommeil au moyen de 6 heures par nuit. Ce qui est très peu pour elle d'être en forme au travail.

M^{me} K est une femme qui ne dispose pas beaucoup de temps pour sa famille, d'ailleurs elle reçoit des remarques négatives de la part de sa famille surtout son mari qui à chaque fois qu'il réclame, est M^{me} K aime beaucoup son travail d'ailleurs elle a dit « malgré tout j'aime mon travail ».

Elle est sensible au phénomène de burn out et d'après elle la meilleure stratégie pour prévenir le burn out est d'améliorer les conditions de travail.

▪ **Présentation et interprétation de l'échelle MBI :**

La passation de l'échelle MBI a été effectuée au sein du service des urgences de l'hôpital de Khalil Amrane.

Tableau n°05 : présentation des résultats du test MBI du cas de K :

Dimension de l'épuisement professionnel	Score	Niveau de chaque dimension	Score moyen de l'épuisement	Niveau de l'épuisement professionnel
Épuisement émotionnel	44	Élevé	28	modéré
Dépersonnalisation	08	Modéré		
Accomplissement personnel	32	Bas		

D'après ce tableau, on constate que le sujet a un **burn out** modéré

▪ **Analyse des résultats obtenus dans l'échelle MBI**

On constate après le lecteur du ci-dessus que le sujet présente un épuisement professionnel modéré (28), selon les trois dimensions à obtenu un niveau d'épuisement émotionnelle élevé de score (44), dépersonnalisation modéré (08) et accomplissement personnel (32).

On conclusion selon des résultats de l'échelle de MBI M^{me} K, manifeste un état d'épuisement professionnel pathologique, cela est bien clair à partir des résultats obtenue de MBI.

Le niveau élevé dans la dimension d'épuisement émotionnel renvoie à une rapport avec le travail vécu comme stressant et difficile à manque d'énergie, et démotivation pour sont travail, et modéré pour le dépersonnalisation à des relation détachées ou une baisse de considération à l'égard des autre, avec un niveau bas de la accomplissement personnel que indique à un sentiment d'incapacité de sons travail.

Synthèse sur 5^{eme} cas :

Notre cas présente un épuisement professionnel modéré, cet état est engendré par certains facteurs liés au travail, ainsi l'effectif des patients, la diversité des tâches à accomplir au niveau de service, et la surcharge du travail.

Le sixième cas**• Présentation et analyse du cas W :**

M^{me} W, jeune femme de 30 ans mariée, elle à un enfant, elle travail depuis 4ans au service des urgences C.H.U Bejaia, elle travail environ 40heur par semaine où il reçoit 50patient par jour, elle travail 5jour par semain, elle ne fait pas la garde de nuit.

• L'analyse de l'entretien :

Au début de notre entretien on a remarqué que M^{me} W est très épuisé d'après sa réaction vers moi il été vraiment stressé et gravement fatigué, et aussi chargé du travail, la première fois elle ma dit qui na vis pas le temps mais ces tu veux m'attendre jusqu'un que je termine. Jais répondu par oui jais resté observé au même temps le travail des medecins qui été vraiment dure, jais resté plus d'une heur d'attendre jusqu'un qui m'appelle de rentré dans son bureau ,elle a été vraiment épuisé, malgré sa elle a essayé de faire mieux et être calme, M^{me} W na jamais l'impression de gérer leur travail selon sa propre vision d'après nombre important de patient et aussi la pression exercé par les parents des malades ,on a demandé ace que quelle recevez du soutien en cas de besoin elle ma dit oui de la part de ma famille surtout mon marie ces accuse de lui que « je suis toujours la

ces lui qui me remonte un peut le moral sinon je suis plus la je si pas quoi faire jais l'impression de son fuira vers une place calme isolé »

Notre cas déclare le manque des moyennes et d'organisation, se qui augmente sont stresse surtout elle travail la journée au il ya beaucoup de charge des patients qui vient partout para port a la nuit

D'un autre coté elle a parlé sur ces difficulté de son dormir elle dore que 5heur par jour ce qui es très peut pour elle et pour sa concentration pendent qu'elle travail alors elle a un problème de sommeil a cause de stresse permanant « jais des cauchemars chaque nuit » elle a jamais essayé de voire un médecin spécialiste, elle a utilisé d'autre moyenne comme par exemple lire le coran, et faire la prière, et sa proche au dieu pour elle ces la seul solution pour diminuer sa souffrance.

Notre cas consacre assez de temps pour a sa famille, et pour les amies, et les Proches pendent ces vacances, M^{me} W a même des plaintes somatique par exemple : les problèmes somatique forme fonctionnel, céphalée, fatigue, palpitation, Pour elle la reconnaissance au travail est un élément importante pour augmenté la motivation, et la satisfaction pour notre cas a déjà senti un manque de reconnaissance au travail par un collègue qui a réagie face a se cas. Elle a dit : « le silence est la meilleur réponse pour un imbécile » M^{me} W a continue de parlé sur la politique de prévention de burn-out a L'Hôpital qui indisponible « ya pas une politique de prévention dans cette hôpital » elle a aussi confirmé que ces l'établissement décide de mettre en place une stratégie pour prévenir contre se syndrome elle a suggérez comme solution possible par exemple :créé une structure adapté et aussi renforcé l'équipe médicale et para médicale ; veilles sur la disponibilité de matériel et du traitement.

Tableau n°06 : présentation et interprétation de l'échelle MBI : W

La passation de l'échelle MBI a été faite dans le bureau de médecin.

Dimension de l'épuisement professionnel	Score	Niveau de chaque dimension	Score moyen de l'épuisement	Niveau de l'épuisement professionnel
Épuisement émotionnel	48	Elevé	26,66	Elevé
Dépersonnalisation	12	Elevé		
Accomplissement personnel	20	Bas		

Le tableau ci-dessus présente les résultats de l'échelle du (MBI) de

M^{me} W, d'après ces résultats on remarque qu'elle présente un niveau Élevé avec un score de 26,66, cela indique qu'elle est touchée par un épuisement professionnel avec un niveau pathologique.

L'analyse des trois dimensions de ce cas explique que M^{me} W, n'est pas motivée par son travail, la dimension de dépersonnalisation explique que ses relations interpersonnelles sont qualifiées de négatives envers les patient et les limite Enver ses collègues, concernant l'accomplissement personnel qui renvoie à un sentiment d'incapacité professionnelle.

Synthèse sur 6^{ème} cas

Selon l'analyse de l'entretien et de l'échelle du MBI Les résultats montrent que M^{me} W présente un syndrome de burn out avec un degré Élevé, du la combinaison de plusieurs facteurs, La qualité de ce métier l'insatisfaction par rapport au nombre des tâches demander la responsabilité qui provoque toujours le stress et des relations intra personnelle au sien de service.

Le septièmes Cas :

- **Présentation et l'analyse du cas Y :**

M^{me} Y est une jeune femme âgée de 28 ans, médecin au C.H.U. Khalil Amrane Bejaia aux services des urgences depuis 2 ans, elle est mariée sans enfant, elle travail de 8h jusqu'à 16h plus une garde de nuit par semaine, elle examine par jour on moyenne 45 patient.

- **L'analyse de l'entretien :**

Pour elle le travail et stable par a port a l'année passé elle a dit « ces ma deuxième année de travail jais pas encore eu un changement »

On a constaté que notre sujet et très stressent présente un stresse professionnel qui se manifeste par la nervosité par exemple :les sauts d humeur le manque d'organisation dans le travail , et aussi la charge de travail ,le nombre élevé des maladies ,les mauvaises condition du travail, manque des moyens ,la fatigue, est les erreurs de diagnostique et surtout la perte d'un patient sont les principales cause de stress pour M^{me} Y face a cette situation stressantes a utilisé différents moyennes comme le recours a la foi a travers la prière et le coran ,le

repli sur soi et la discussion avec son mari qui lui est d'un grand soutien ces stratégies centré sur l'émotion se qui est constaté que M^{me} Y utilise beaucoup plus les stratégies orienté vers l'émotion.

Notre sujet souffre aussi de trouble de sommeil pour elle a des difficultés de dormir pendant la nuit se qui est donne pour elle le manque de repos et se qui provoque le manque de concentration pendant le travail elle a même partira voire un spécialiste qui a lui donné des médicaments mais les résultats na pas changé vraiment et décidera de voire un autre

Notre cas consacre régulièrement du temps a des activités en dehors du travail par exemple :je pratique une science de sport par semaine » elle a jamais senti le manque de reconnaissance au travail il a dit « on est tout une famille jais jamais un manque de respect par mes collègues de travail »on es la pour aidé les patients ,Mme Y elle a parlé de la politique de prévention du burn-out al hôpital qui est malheureusement oublier et n'existe plus une stratégie de prévention ,alors pour elle a suggère comme solution possible :des horaires raisonnable ,des salles pour pause ;café convenable et aussi a revoir organisation du pavillon des urgences .

Tableau n°07 : Présentation et interprétation de l'échelle MBI Y :

La passation de l'échelle MBI a été faite dans le bureau de médecin.

Dimension de l'épuisement professionnel	Score	Niveau de chaque dimension	Score moyen de l'épuisement	Niveau de l'épuisement professionnel
Epuisement émotionnel	38	Elevé		

Dépersonnalisatio n	8	Modéré	26	Modéré
Accomplissement personnel	32	Elevé		

D'après l'analyse de ce cas résultats ou constat que notre cas présenté un épuisement professionnel modéré avec un score moyen de (26).

Selon les trois dimensions de M^{me} Y à obtenu un niveau d'épuisement émotionnel élevé de (38), ou niveau dépersonnalisation modéré(8), ou niveau d'accomplissement personnel élevé d'un score 32. En conclusion selon des résultats de l'échelle MBI de M^{me} Y manifeste un état d'épuisement professionnel pathologique ce le set bien clair a partir des résultats obtenue de l'échelle de MBI, le niveau élevé renvoie à un rapport avec le travail vécu comme fatigue et démotivation pour sont travail quand et modéré à des relations détachées et les limite envers ses collègues, le niveau élevé renvoi à un sentiment d'incapacité et d'insécurité de son travail

Synthèse sur le 7^{eme} cas

A parties de l'analyse de l'échelle et l'entretien de cas Y souffre d'un épuisement professionnel modéré c'est un niveau pathologique Caus par des facteurs liée a la profession et la charges de travail, nombres des patient qui augment chaque année, et l'impacté des facteurs liée au moyens le matérielle aussi que aux relations interpersonnels ou sien de service des urgences.

Huitièmes Cas M^{me} Z :

- **Présentation et analyse du cas Z :**

M^{me} Z une femme âgée de 36 ans, médecin au service des urgences Khalil Amrane, elle est mariée à un enfant, elle travail depuis 7 ans au service des urgences de 8heur de matin jusqu'un 16heur de soir, elle fait une garde de nuit par semaine, en moyens elle examine 60 patients par jour.

- **l'analyse de l'entretien :**

Pour elle le travail a été augmenté par a port a l'année dernière, elle n'a pas l'impression de gérer leur travail selon sa propre vision a dit que il ya des malades lourd.

Notre cas confirme qu'elle reçoit des soutiens en cas de son besoin par ces collègues et sa famille.

M^{me} Z souffre de stresse pendent quelle travail dans se services des urgences pour elle c'est un services très spécial « il faut être très courageux pour travailler ici » ya plusieurs chose a voire ,la sur charge du travail « je suis la seul qui travail aujourd'hui » ya plusieurs qui attente sont tour se qui me rendre stressent plus, y a aussi le manque d'organisation et les simples moyens se qui est rendre les patients toujours nervons a dit « certain patient est agressive, on colère et aussi vulgaire avec moi et avec les agents de sécurité malgré sa je fait de mon mieux je reste calme je comprend ces situation malgré moi je fait mon travail ces a l'administration qui il faut prendre on considération ses problèmes, M^{me} Z souffre aussi de trouble de sommeil il arrive jamais a son dormir accuse de stresse il dit même que « les images des patients sont toujours sur mes yeux et j'arrive

pas a l'oublier surtout les cas grave par exemple :les accidents et les maladies grave et même les décès elle a dit que elle a jamais consulté un spécialiste pour l'instant elle a dit que « jais essayé par d'autre moyenne par la prière et lire le coran » notre cas avez des plaintes somatique par exemple :vertiges, douleur, fatigue, quand je termine mon travail et je rentre chez moi je senti toujours que jais male partout que mon corps et épuisé, M^{me} Z a senti le manque de reconnaissance au travail il a parlé sur les relations avec les personnels et les problèmes qui elle affronté chaque jour avec les infirmières et surtout avec les patients ,elle affirmant on même temps quelle essayé d'être calme face aux malades . Concernant la relation avec ses collègue déclare quelle sont conflictuelle surtout avec les infirmières elle dit « lorsque je cherche une infirmière je le trouve jamais lorsque jais besoin deux ».

M^{me} Z espère quitter un jour se sévices pour suivre sa spécialité « je travail ici seulement pour obtenir de l'expérience mon objectif c'est de suivre une spécialité » elle confirme aussi son amoure et son attachement a cette profession, elle a parlé sur les moyens et le manque de prévention dans cette hôpital contre cette syndrome.

Tableau n°08 : Présentation et interprétation de l'échelle MBI : Z

La passation de l'échelle MBI a été faite dans le bureau de médecin.

Dimension de l'épuisement professionnel	Score	Niveau de chaque dimension	Score moyen de l'épuisement	Niveau de l'épuisement professionnel

Épuisement émotionnel	25	modéré	21,66	modéré
Dépersonnalisation	7	Modéré		
Accomplissement personnel	33	bas		

Les résultats de l'échelle du MBI qui sont présentés dans le tableau ci-dessus indiquent que notre cas M^{me} Z, manifeste un épuisement professionnel avec un niveau modéré avec un score de 21,66, selon les trois dimensions. Amal a obtenu un niveau d'épuisement émotionnel Modéré(25), un niveau de dépersonnalisation modéré (7), et un niveau d'accomplissement personnel bas(33).

Ce le signe de Monique d'énervement et de force de travail ce qui vide et épuise les ressources émotionnelles le niveau d'accomplissement personnel revoit à un sentiment d'incompétence et le Monique d'un confinement et dépersonnalisation modéré à des relations détachées envers ses collègues.

Synthèse sur 8^{ème} cas

Notre cas présente un épuisement professionnel modéré, cet état est engendré par certains facteurs liés au travail, ainsi les charges et le nombre des patients qui augmentent chaque année et l'impact des facteurs liés aux moyens matériels de Monique.

2. Discussion des hypothèses :

Après avoir présenté les (08) cas de notre étude, cette dernière partie va nous permettre de procéder à une discussion des hypothèses, celles émises au départ, sur l'éventuelle possibilité d'être confirmée ou infirmée, à travers l'analyse de l'entretien qui a été passé durant notre période de stage au niveau l'hôpital Khalil Amrane de la wilaya de Bejaia ainsi que les résultats obtenus lors de l'administration de l'échelle de burn out MBI (Maslach Burn out Inventory).

L'objectif de notre étude étant de mesurer le niveau du burn out chez les médecins des urgences et de mettre en valeur les facteurs qui incitent l'apparition de ce syndrome. Nous rappelons que les hypothèses qu'avons supposées au début de notre étude sont de nombre de trois et sont les suivantes

Hypothèses générale :

- Les médecins exerçant en urgence souffrent de burn out.

Hypothèses partielles :

- Les années d'expérience contribuent à l'apparition de burn out chez les médecins urgentistes.
- La charge au travail peut être à l'origine du burn out.

Tableau n°9 : récapitulation des résultats de l'échelle MBI de tout les cas

Les cas	Epuisement émotionnel	Dépersonnalisation	Accomplissement personnel	Score moyen de burn out	Résultat
B	élevé	élevé	modéré	29	Elevé
N	modéré	élevé	bas	21	Modéré
F	élevé	modéré	modéré	28,66	Modéré
S	modéré	bas	élevé	22,33	Modéré
K	élevé	modéré	bas	28	Modéré
W	élevé	élevé	bas	26,66	Elevé
Y	élevé	modéré	élevé	26	Modéré
Z	modéré	modéré	bas	21,66	Modéré

L'analyse et l'interprétation des résultats de ce tableau montre que les résultats sont répartie en trois catégorie (élevé, modéré et bas).

- Six (06) cas (N, F, S, K, Y, Z) ont un burn out modéré.
- Deux (2) cas (B.W) qui ont un burn out élevé

Notre première hypothèse générale suppose que la médecine souffre de burn out

D'après les résultats de l'échelle MBI nous somme dans la mesure de dire que notre population d'étude est entièrement touchée par le burn out avec des degrés divers d'un cas à un autre.

On a enregistré d'après les résultats de l'échelle MBI les différents niveaux de burn out chez les médecins des urgences au niveau de l'hôpital de Khelil amrane de Bejaia on trouve (06) cas qui manifestent un épuisement professionnel avec un degré modéré, et deux (02) cas souffre un burn out pathologique avec un degré élevé, On remarque

l'absence d'un niveau nul, ce là indique effectivement que notre population d'étude présente réellement un burn out avec des degrés divers, une chose qui devrais pas rester inaperçue et négligé cela explique qu'il y'a vraiment un problème lié au travail.

De ce fait les résultats obtenus à l'échelle du MBI et entretiens nous permettent de **confirmer** notre première hypothèse générale.

La deuxième hypothèse partielle suppose que les années d'expérience contribuent à l'apparition de burn out chez les médecins urgentistes l'hôpital favorise l'apparition de burn out chez les médecins des urgences, on a remarqués que le burn out touche toutes les tranches d'âge avec des degrés différent. Donc les nombre des années ne contribuent pas à l'apparition du burn out chez les médecins urgentiste, cela indique que notre hypothèse est **infirmée**.

Enfin, concernant la dernière hypothèse partielles relative à la charge au travail et à l'apparition de ce syndrome sont bien les facteurs liés au métier : la qualité du travail avec les différentes tâches et le nombre d'heures consacré à ces derniers, ce qui rend ce métier surchargé, donc on note que la spécificité de cette profession est un facteur en relation avec l'apparition de l'épuisement professionnel chez les médecin des urgence au niveau de service ce qui nous permet de dire que notre troisième hypothèse est **confirmée**.

Synthèse

En somme, les résultats de notre étude ont pu mettre en évidence l'ampleur du syndrome de burn out chez les médecins des urgences et aussi décrire les facteurs qui contribuent à l'apparition du syndrome de l'épuisement professionnel chez notre population d'étude. Effectivement il s'avère que les

médecins des urgences manifestent un burn out à des degrés divers. Et les facteurs qui sont en relation directe à l'apparition de burn out sont liés au milieu du travail dont la surcharge, le climat de travail à l'hôpital.

Conclusion

Conclusion

En guise de conclusion, nous affirmons que le métier des médecins de au niveau de service des urgences représente l'un des plus difficiles à réaliser.

Cette profession nécessite beaucoup du travail, d'énergie, et de patience et de courage. Mais la réalisation de ces activités peut engendrer un risque de burn out notamment avec les différentes responsabilités à assumer et aussi les tâches à réaliser. Dans le cadre de notre étude sur le syndrome de burn out chez les médecins des urgences à l'hôpital Khalil amrane nous avons demandé si les médecins subissent un burn out avec ces trois dimensions à savoir l'épuisement émotionnel, et la dépersonnalisation (déshumanisation), et le manque d'accomplissement personnel. Mais aussi pour déterminer les conditions dans lesquels les médecins peuvent développer le syndrome de burn out.

Pour pouvoir alors vérifier les présences de ce syndrome chez les médecins des urgences nous avons limité notre recherche à (08) cas des médecins, en procédant à un entretien semi-directif, en combinant l'échelle de Maslache MBI qui mesure le niveau de burn out afin de rassembler les données nécessaires qui nous permettent de décrire les facteurs en relations avec l'apparition du syndrome de burn out. A partir des résultats tirés des entretiens effectués sur les médecins des urgentistes au sein de l'hôpital résultats de l'échelle de burn out MBI, nous avons pu confirmer et vérifier de façon très claire et précise notre hypothèse qui présuppose que les médecins urgentiste souffrent de syndrome d'burn out avec des degrés divers d'un cas a l'autre durant l'enquête. Ce syndrome se présente chez les médecins

des urgences sous différents symptômes tels que: le stress, la pression, la fatigue, et le sentiment d'incompétence...etc.

Nous avons enregistré également à partir de notre étude que le syndrome de burn out est à l'origine de plusieurs facteurs qui favorise son apparition à travers des facteurs socioprofessionnels et les facteurs relationnels (conflit avec les collègues, et la charge de travail). Nous avons constaté aussi, en termes de cette étude réalisée sur huit cas médecine que les résultats obtenus ne peuvent pas être généralisé à toutes les médecines des urgences au niveau de la wilaya, national (de l'Algérie), ou même international, pour les raisons suivantes :

- nous avons limité notre étude à une dizaine de sujets (médecins urgentistes) et uniquement à la méthode descriptive, pour des raisons temporelles c.à.d. le temps qui a été fixé à notre recherche nous n'a pas permis d'élargir notre échantillon pour qu'il soit aussi considérable, et d'approfondir plus dans notre étude, en utilisant des outils plus pertinents tel que l'entretien ouvert dans lequel on donne plus de liberté aux sujets de s'exprimer, et l'analyse de contenu qui permet d'approfondir dans les aspects de la personnalité qui sont liés au burn out .

- comme nous avons rencontrés un nombre aussi considérable de médecins urgentistes qui ont refusé, de manière directe ou indirect, de participer à notre recherche, ce qui peut expliquer le manque d'un niveau élevé de burn out car il est fort possible que le refus de ces derniers est lié à une représentation d'un burn out élevé.

- en plus, les facteurs qui sont associés au burn out sont très variés et ne peuvent être rassemblés dans une seule recherche.

Enfin, on peut dire que le syndrome d'burn out peut être étudié de multiple façon en se basant sur des outils et des techniques d'analyses divers, et en se référant aux différentes théories psychologique ; et la véritable perspective qu'on peut y avoir sur le burn out ses la conjugaison de l'ensemble des résultats de toutes ces recherche.

Liste Bibliographique

Liste Bibliographie

Les ouvrages :

- 1- Assaad et all. **Comportement organisationnel : Justice organisationnelle enjeux de carrière et épuisement professionnel**, 1er édition, Volume 2, Lancier, 2006.
- 2- Boudoukha .A. **Burn-out et traumatisme psychologique**, Dunod, paris, 2009.
- 3- Canoui.P.Mauranges.A.**Le burn-out à hôpital. Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants**, 4eme édtion, Masson, Paris, 2008.
- 4- Canoui.P. Mauranges.A. **Le burn out. Le syndrome de l'épuisement professionnel des soignants**, De l'analyse aux réponses. Masson, Paris, 2004.
- 5- De clercq .M. & lebigot. (2001).**les traumatismes psychique**. Paris : Masson.
- 6- Elliot. A.Dista H. Ayala P. **le burn out**.
- 7- Elisabeth .G. **stress et burn out au travail** groupe Eyrolles, Paris, 2008.
- 8- Fernandez.L.et catteeuw.M. (la recherche en psychologie clinique).édition nathan, paris, 2001.
- 9- Norbery .S.**dictionnaire de psychologie**, Larousse, VUEF, 2003.
- 10- Truchot. D. (2004) **Epuisement professionnel et burn out, concepts, modèles, intervention**. Paris : Dunode.
- 11- Maclach .C.burn out, Human behavior, 1976.

Les revues :

- 1- Delobbe, N. (2005).Comportement organisationnel, justice organisationnelle, enjeux de carrière et épuisement professionnel. Vol 2

Bruxelles : De Boeck Université

- 2- Claude. G. (1991) revue présente une vision différente de l'origine de burn-out

Les thèses de magister :

- 1- Belkroune. N. le syndrome d'épuisement professionnel chez enseignant du supérieur, Université Mentouri de Constantine, faculté des sciences humaines et d'orthophonique, spécialité psychologie clinique. (2007-2008).
- 2- Benatia, 2008, l'épuisement professionnel chez les infirmiers urgentistes, thèse de magistère, Université Mentouri de Constantine.
- 3- Gautier .S.la reconversion professionnelle des médecins urgentistes, thèse de docteur en médecine, université de lorraine.
- 4- Wiertz Ruth, psychiatres et burn out, Étude de la prévalence du syndrome d'Épuisement Professionnel auprès des psychiatres hospitaliers du Nord pas de calais, Thèse de médecine, Lille, 2012.
- 5-

Dictionnaires :

- 1- Dictionnaire encyclopédique Larousse. (1979).paris : librairie Larousse
- 2- Henriette. B. (1992).Grand dictionnaire de psychologie. Paris : Larousse.
- 3- Le petit Larousse de la médecine, 2003.
- 4- Norbert.S . (2003), Dictionnaires de psychologie, France, Larousse.
- 5- Petit larousse Illustré,1982,édition Larousse, Paris, p 1798.

Références électronique :

- 1- [www.urps -corse-ml.org/enquete/burnout /thèse-burn out.pdf](http://www.urps-corse-ml.org/enquete/burnout/thèse-burn%20out.pdf) (consulté le 21 mars 2017 à 14h 40).

- 2- Bu.umc.ed.dz/thèses/psychologie/Bou976.pdf(consulté le 21 mars 2017 à 22h15).
- 3- <http://www.santé.fr> (consulté le 23mars 2017à 13h 02).
- 4- <http://www.Santétropical.com/SANTEMAG/algérie/abid0504,htm>

Annexes

Annexe A :

Le Guide d'entretien

AXE I : caractéristique personnelles :

1. surnom :
2. Sexe : féminin masculin
3. Age :
4. statut marital : marié(e) / divorcé(e) /séparé(e)/ célibataire / veuf ou veuve/
5. nombre d'enfants à charge ?
.....

AXE I : caractéristique de l'activité professionnelle :

1. Nombre d'années d'exercice ?.....
2. Nombre de jours de travail par semaine ?.....
3. Nombre d'heures de travail en moyenne par semaine ?.....
4. Combien de gardes de nuit faites-vous par semaine ?.....
5. combine de patients que vous examinez par jour, en moyen ?.....
6. Depuis l'année dernière, votre charge de travail est-elle restée stable , a-t-elle augmenté ou diminué ?
7. Nombre de semaines de vacances par an en moyenne ?
8. Est-ce que vous vous sentez reposé(e) après les vacances ? Oui non

Commenter :.....
.....

9. est-ce que vous avez l'impression de gérer votre travail selon votre propre vision ? Oui non commentez :

.....
.....

10. est-ce que vous participez à une association de formation médicale continue ? Oui non si oui, combien de fois par an ?

.....

11. est-ce que vous recevez du soutien en cas de besoin ? Oui non si oui, de la part de vos collègues, de votre famille, des amis autres.....

.....
.....

Axe III- caractéristique de la vie privée :

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

2. avez-vous des troubles de sommeil ? Oui non

3. est-ce que vous fumez ? Oui non

4. avez-vous déjà fait recours à des psychotropes depuis que vous êtes installé ?
Oui non

5. avez-vous déjà des idées suicidaires ? Oui non

6. est-ce que vous avez déjà ressent le besoin de changer votre travail ? Oui
non ? Si oui vers quel métier ?.....

.....

7. avez –vous déjà fait une psychothérapie ou une psychanalyse ? Oui non
 si oui celle-ci à telle modifier votre façon de travail ? Oui non

9. est-ce que vous consacrez régulièrement du temps à des activités en dehors du travail ? Oui non si oui, combien de fois par semaine ?
.....
.....

10. est-ce que vous estimez que vous consacrez assez le temps à votre famille ?
Oui non votre conjoint oui non , vos amie oui non ,
vos enfants oui non

11. est-ce que vous recevez des remarques négatives de la famille ou des amis sur votre disponibilité ? Oui non

12. avez-vous des plaintes somatiques ? Oui non

Si oui, les quelles :
.....
.....
.....
.....

Axe IV- prévention de Burn out :

1. pensez-vous que reconnaissance au travail est un élément important que augmente votre satisfaction ? Oui non

2. est-ce que vous vous senti le manque de reconnaissance au travail ? Oui
non si oui décrivez comment vous vous réagissez face à non reconnaissance dans votre travail :
.....
.....

.....
.....

3. est-ce que sensibilisé au phénomène de burn out ? Oui non

4. existe-t' il une politique de prévention du burn out dans votre hôpital ? Oui non

5. avez-vous identifié l'épuisement professionnel dans votre équipe au travail ? Oui non

6. existe-t-il un programme d'action spécifique au burn out à l'hôpital là ou vous travaillez ? Oui non

7. si l'établissement là ou vous travaillez, décide de mettre en place une stratégie pour prévenir et lutter contre le syndrome de l'épuisement professionnel, Qu'est-ce que vous lui suggérez comme solutions possibles ?

.....
.....
.....
.....

Annexe B

L'échelle du MBI

L'échelle du MBI Maslach Burnout Inventory	
Encerclez la fréquence que convienne à la bonne réponse	
Jamais : 0 /quelque fois par an ou mois : 1 /une fois par mois ou moins : 2 /quelque fois par mois : 3 /une fois par semaine : 4 /quelques fois par semaine : 5 /chaque jour : 6	
1- je me sens émotionnellement vidé par mon travail	
2- je me sens à bout a la fin de ma journée de travail	
3- je me sens fatigue(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter antre journée de travail	
4- je peux comprendre facilement ce que mes patients ressentent	
5- je sens que je m'occupe de certains patients de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets	
6- travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort	
7- je m'occupe très efficacement des problèmes de mes patients	
8- je sens que je craque à cause de mon travail	
9- j'ai l'impression a traves mon travail d'avoir une influence positive sur les gens	
10- je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail	
11- je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	
12- je me sens plein(e) d'énergie	
13- je me sens frustré(e) par mon travail	
14- je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail	
15- je me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certain de mes patients	

16- travailler en contact direct avec les gens me stress trop	
17-j'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes patients	
18-je me sens ragaillardie (e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes patients	
19-j'ai accompli beaucoup de chose qui valent peine dans ce travail	
20-je me sens au bout du rouleau	
21-dans mon travail je traite les problèmes émotionnels très calmement	
22-j'ai l'impression que mes patients me rendent responsable de certains de leurs problèmes	

Organigramme du CHU de Bejaia

