



Université Abderrahmane mira de Bejaia
Faculté des Sciences Humaines et Sociales
Département des Sciences Sociales

Mémoire de fin de cycle

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

Thème

Le BURN OUT chez les infirmiers de garde

— Etude de cinq (05) cas réalisé au niveau de l'hôpital Frantz Fanon de Bejaia —

Réalisé par :

M^{lle} HAKEM Hanane

M^{lle} MAMERI Kenza

Dirigé par :

M^{me} DJEDID Ratiba

Année universitaire 2016/2017

Thème

LE stress chez les éducatrices de crèche

————— « Etude de 04 cas, réalisée au niveau de la —————

Remerciement

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

Au terme de ce travail, on tien à exprimer notre profonde gratitude et nos s'incères remerciements à notre encadrant universitaire, D^r. DJEDID Ratiba pour tout le temps qu'elle nous a consacré, son directive précieuse, et pour la qualité de son suivi durant toute la période de notre recherche scientifique.

On tien aussi à remercie vivement l'ensemble de membres de jury qui ont accepté d'examiner et dévaluer notre travail

On remercie également le chef de service psychiatrique de l'hôpital Frantz fanon D^r. ABASSI qui a acceptée de nous accueillir en stage au sien de son service

On voudrait bien remercier également tout les personnels infirmiers de CHU Frantz Fanon de Bejaia.

Nos plus vifs remerciements s'adressent aussi à tout le cadre professoral et administratif de l'université Abderrahmane Mira de Bejaia.

Nos remerciements vont enfin à toute personne qui a coopérée à la réalisation de ce travail.

DEDICACE

Je dédie ce modeste travail

A mes chers parents « M^{ed} Cherif » et « Houria », pour leurs encouragements et soutien, je leur témoigne ma profonde gratitude

Que dieu les protège

A mes très chères frères : Nasreddine, Fayçal, Fouzi et sa femme Fella

A ma chère sœur Souad et son mari Kamel et ses deux enfants Asma et Younes

A mes grands parents Bachir et Fatma que dieu les protège

A mon oncle Rabah et sa femme Djamila

A ma très chère amie et binôme Kenza et toute la famille MAMERI

A mes chères cousins et cousines : A/NOUR, Nabil, Adel, Smail, Zoubir, Azzedine, Redouan, Djahida, Damia, Lila, Sarah, Asma, Manel

A mes amies : Sarah, Lamia, Fahima, Imène.

A ma promotrice universitaire D^r Djedid Ratiba

A toute la famille HAKEM et YAHYAOUI

H .Hanane

DEDICACE

Je tiens à dédier ce modeste travail

*A mes chères parents « Nagib » et « Razika » qui m'ont toujours soutenue
dans mes choix*

Que dieu les protège

A mes chères sœurs Zahia et Celia

A mon chère frère Lounis

A mes chères Amira et Lina

A ma très chère amie et binôme Hanane et toute sa famille

A ma chère grande mère Njima que dieu la protège

A ma tante Djida et oncle Salah

A mes ami(e)s : Fahem, Lamia, Sabrina, Fahima

A mes cousines : Yasmine, Kahina, Naima, Dalila, Samira, Kenza, Mabrouka

A toute la famille MAMERI et AICH

A ma promotrice universitaire D' Djedid Ratiba

M. Kenza

Sommaire

Remerciement

Dédicaces

Liste des abréviations

Liste des tableaux

Liste des figures

Liste des annexes

Introduction

Problématique----- 04

Hypothèses ----- 08

L'objectif et l'intérêt du thème d'étude ----- 09

Définition des concepts clés ----- 09

Opérationnalisation des concepts ----- 10

Le choix du thème----- 10

Partie I : partie Théorique

Chapitre I : BURN OUT

Préambule ----- 14

1- Définition de BURN OUT ----- 14

2- Aperçu historique----- 15

3- Les concepts de BURN OUT ----- 17

 3- 1 BURN OUT syndrome ----- 17

 3-2 KAROSHI----- 17

3-3	Syndrome d'épuisement professionnel	18
4-	les dimensions de BURN OUT	18
4-1	Epuisement émotionnel	18
4-2	La dépersonnalisation	19
4-3	L'échec de l'accomplissement personnel	19
5-	les symptômes cliniques du BURN OUT	20
5-1	Sur le plan physique	20
5-2	Sur le plan psychique	21
5-3	Sur le plan comportemental	21
6-	les étapes d'installation de BURN OUT	22
6-1	l'enthousiasme	22
6-2	stagnation	23
6-3	frustration	23
6-4	l'apathie...	24
7-	les facteurs du BURN OUT	24
7-1	Organisationnels	24
7-2	Individuels	25
7-3	relationnels	26
8-	Les approches de BURN OUT	27
8-1	Sociologique	27
8-2	Psychiatrique	28
8-3	Psychanalytique	28
8-4	Pavlovienne	29
8-5	la théorie de stress	29
9-	BURN OUT et les troubles psychiatrique	30
9-1	BURN OUT et dépression	30
9-2	BURN OUT et trouble anxieux	31
9-3	BURN OUT et somatisation	32

9-4	BURN OUT et stress professionnel-----	33
10-	les conséquences du BURN OUT-----	34
11-	les préventions du BURN OUT-----	35
11.1.	La prévention primaire -----	35
11.2.	La prévention secondaire-----	35
11.3.	La prévention tertiaire -----	35
Synthèse	-----	36

Chapitre II : LES INFIRMIERS

Préambule	-----	39
1-	L’histoire de la profession infirmière-----	39
2-	Définition des concepts -----	40
2-1	la profession infirmière -----	40
2-2	Définition de l’infirmier -----	40
3.	Le cadre légale de l’infirmier -----	41
4.	Les caractéristiques de la relation d’aide-----	42
5.	La qualité des soins-----	43
6.	Le burn out spécifique du soignant -----	43
6-1	l’impacte et la répétition des traumatismes rencontrés en clientèle -----	43
6-2	la question du choix de la profession soignante -----	45
6-3	l’isolement physique et psychoaffectif du soignant -----	45
Synthèse	-----	48

Partie II : partie pratique

Chapitre III Méthodologie de la recherche

Préambule	-----	52
1-	méthode d’étude-----	52
2-	Pré enquête-----	52

3- L'enquête	53
4- Présentation de l'échantillon de l'étude	53
5- Le groupe d'étude	54
6- Les outils d'investigation	55
6-1 L'entretien clinique	55
6-2 Présentation de l'échelle MBI	55
7- Présentation de lieu du stage	56
Synthèse	62
Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses	
Préambule	65
-Présentation et interprétation des résultats	65
-Discussion des hypothèses	81
Conclusion	84
La liste bibliographie	
Annexes	

La liste des abréviations :

AP = Accomplissement Personnel

CHU = Centre Hospitalier Universitaire

DE = Dépersonnalisation

EE = Epuisement Emotionnel

MBI = Maslach Burn out Inventory

Liste des tableaux

Tableaux N°	Titre de tableau	Page
01	Récapitulatif des caractéristiques du groupe d'étude	54
02	Les dimensions du burn out	56
03	Les options de réponses au MBI	56
04	Résultat de l'échelle du burn out (MBI) du cas L.H	69
05	Résultat de l'échelle du burn out (MBI) du cas F.F	70
06	Résultat de l'échelle du burn out (MBI) du cas D.N	73
07	Résultat de l'échelle du burn out (MBI) du cas K.S	76
08	Résultat de l'échelle du burn out (MBI) du cas M.B	79
09	Résultat de l'échelle du burn out (MBI) du cas A.B	81

Liste des figures

Figure	Titre	Page
Figure n° 01	Schéma du burn out (d'après le modèle tridimensionnel du burn out de Maslach et Jackson)	20
Figure n° 02	Les différentes approches de psychopathologie du travail	27

Listes des annexes

Annexe	Titre
Annexe N°01	Le guide de l'entretien
Annexe N°02	L'échelle de MBI
Annexe N°03	L'organigramme

Introduction

Introduction :

Depuis longtemps, les effets néfastes du travail sur la santé sont l'objet de réflexion mais il faudra attendre la deuxième moitié du 20^{ème} siècle pour qu'ils deviennent une réelle préoccupation. Le phénomène connaîtra son véritable essor dans les années 70. Cliniciens et chercheurs se penchent alors sur le burn out et l'érigent en entité clinique. L'intérêt pour ce phénomène émerge soudainement et se manifeste simultanément sur plusieurs continents. (Evelyne. J, 2008, p2)

Toutes les catégories socioprofessionnelles vivent actuellement une tension au sein de leur milieu professionnel. Les difficultés économique, l'insécurité, l'instabilité de l'emploi et le chômage, ainsi que tous les autres facteurs sociopolitique conjoncturels, étayant ce phénomène. (Canoui. P 2008, p1-2)

De ce fait on a réalisé une étude sur le burn out chez les infirmiers de garde, on a choisi l'étude de cas et la méthode descriptive pour essayer de répondre aux questions de la problématique, en utilisant un entretien semi-directif et une échelle de(MBI).

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

Ensuite on a abordé la partie théorique de notre étude qui se compose de deux chapitres : le premier chapitre intitulé « le burn out » contient les éléments suivant : définition du burn out, aperçu historique de syndrome, ses concepts, ses dimensions, ses symptômes, ses étapes d'installations, ses facteurs, ses

approches, burn out et troubles psychiatriques et les conséquences du burn out et enfin les préventions.

Le deuxième chapitre intitulé « les infirmiers » contient : l'histoire de la profession infirmière, définitions des concepts, le cadre légal de l'infirmier, les caractéristiques de la relation d'aide et la qualité des soins ainsi que le burn out spécifique du soignant.

La partie pratique constituée de deux chapitres, le premier chapitre concerne la méthodologie de la recherche qui regroupe les éléments suivants : la méthode d'étude, pré enquête, l'enquête, présentation de l'échantillon, le groupe d'étude, les outils d'investigation et la présentation de lieu de stage. Le deuxième chapitre intitulé « présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses » comprend : présentation et interprétation des résultats, discussion des hypothèses.

Enfin on a achevé notre étude par une conclusion générale suivie d'une liste bibliographique ainsi que les annexes et l'organigramme.

Problématique et hypothèses

Problématique :

Depuis le début des années 1990, la fréquence des problèmes de santé psychologique au travail augmente de façon alarmante, ils incluent les troubles anxieux, la dépression, le stress post-traumatique, l'épuisement professionnel et le burn out.

Ce dernier est devenu un terme à la mode qui est considéré comme le résultat d'un stress professionnel chronique c'est à dire lié à une surcharge de travail. Il est important de noter que l'environnement de travail a longtemps été considéré comme le facteur exclusif du burn out, qui se trouvait réduit à une conséquence ou à une pathologie strictement professionnelle.

Ce phénomène est constaté surtout chez certaines catégories de travailleurs tel que : les enseignants, les policiers, les pompiers, les professionnels de santé (les sages femmes, les infirmiers, les médecins, les soignants) et en particulier les infirmiers qui à travers leur pratique s'exposent à vivre des situations stressantes prises dans l'engagement des tâches quotidiennes, elles disposent de peu de temps pour identifier ce qui influence favorablement ou défavorablement sa pratique à cela s'ajoute le problème de non reconnaissance de la spécificité de son métier basé justement sur la relation et l'autre. (Grebout. E, 2008, p.103). Selon Christina Maslach le burn out est « un état d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de diminution des performances, susceptible d'apparaître chez des individus qui travaillent avec d'autres individus ».

Selon la conceptualisation de Christina Maslach, le burn out, n'est pas une nouvelle catégorie de maladie psychiatrique mais une spirale dangereuse susceptible de conduire au basculement dans la maladie - dépression ou maladie somatique - et à la désinsertion sur le plan professionnel, social et familial.

Problématique et hypothèses

Le burn out ne fait actuellement pas l'objet d'un diagnostic officiel dans les classifications médicales de référence que sont la classification internationale des maladies (CIM-10) de l'organisation mondiale de la santé (OMS) et le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-V) de l'association américaine de psychiatrie .

Ainsi il ressort de ces classifications médicales que le burn out ne caractérise pas un « diagnostic clinique » unique et précis, faisant état à la fois de symptômes et de causes bien établis. En revanche, il est défini comme un syndrome. Le syndrome d'épuisement professionnel qui regroupe un ensemble de signes cliniques et de symptômes qui apparaissent progressivement chez l'individu sans pour autant se référer à un élément causal dans sa définition.

De nombreuses études sur l'épuisement professionnel ont été réalisées ces dernières années (il existe plus de 2500 publications), mais concernant beaucoup plus le personnel de la santé, de l'assistance et des intervenants dans des catastrophes que d'autres milieux professionnels. (BENATIA.Y, 2007-2008)

Une étude menée dans 13 pays européens (Soler, Yaman et Esteva, 2007) chez 1503 médecins, ont observé que 44% ont des scores élevés d'épuisement émotionnel, 37% pour la dépersonnalisation et 31% pour l'accomplissement personnel faible et 12% ont des scores élevés pour tous les trois sous-échelles de burnout. Le revenu, l'intention de changer d'emploi, la satisfaction, l'augmentation de la consommation d'alcool, et l'utilisation des médicaments psychotropes sont en relation avec l'une ou plusieurs des dimensions du burnout. (INOCENTE.J, 2010, p48).

Une étude effectuée au Maroc en 2000 par Agoub et coll., a mis en évidence le syndrome de burn out surtout chez les individus travaillent en contact direct avec des patients en difficultés, nécessitant une assistance, un

soutien et des soins. Ces auteurs soulignent que ses soignants sont soumis à un stress permanent ce qui constitue un potentiel générateur de l'épuisement professionnel. (Benattia. Y, 2007, P105).

En Algérie, les études sur le burn out constituent un nouveau domaine si bien que très peu de recherche ont été réalisées sur le sujet, en dépit de quelques études dont celle de M. Chakali(2009) auprès du personnel soignant du centre anticancéreux de l'hôpital Frantz Fanon à Blida, et celle réalisée par le médecin psychiatre M. Boudarene auprès des agents de police dans la wilaya de Tizi-Ouzou(2004), celle de M. Ouchen(2005) sur les sapeurs pompiers de la wilaya de Constantine, celle de N. Boukroune(2007) sur les enseignants de supérieure, et également celle de Y. Benattia(2007) sur les infirmiers urgentistes de CHU de Constantine.(Benferhat. A, 2009,P136-137).

Selon Elisabeth Grebot le burn out touche 25% des soignants, 40% du personnel des services hospitaliers de pédiatrie et 48% du personnel hospitalier infirmier. Le mythe du soignant parfait, qui hante beaucoup d'entre eux, est relayé par l'institution qui demande toujours plus de dévouement et de don de soi, malgré des conditions de travail difficiles. Peu à peu, la personne ressent de la frustration, de la fatigue et de la dévalorisation. La perte de sens du travail aggrave le mal-être des professionnels soignants. (Grebot. E, 2008, p117-118).

Plusieurs métiers provoquent le burn out et parmi eux la profession infirmière.

Selon le Code français de la santé publique, « est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu. L'infirmière ou l'infirmier participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation de la santé et de formation ou d'encadrement. »

Problématique et hypothèses

L'infirmier est donc responsable envers l'Etat et les citoyens de dispenser des soins efficaces centrés sur la personne soignée en prenant en considération les besoins individuels de chacun.

Pourtant, cette responsabilité infirmière peut se voir mise en doute par la charge de travail dont celui-ci est tenu à remplir dans son lieu de travail.

A base de tout ce qui à été avancé précédemment, nous nous demandons :

- 1- Est-ce que les infirmiers de garde de l'hôpital FRANTZ Fanon de Bejaia, présente le syndrome du burn out ?
- 2- Est-ce que le nombre d'années d'expérience contribue à l'apparition du burn out ?
- 3- Les conditions d'exercices du métier déclenchant-il le burn out chez les infirmiers ?

Les hypothèses :

Hypothèse générale :

- 1- les infirmiers de garde de l'hôpital FRANTZ Fanon de Bejaia manifestent le syndrome du burn out .

Hypothèses partielles :

- 2- Le nombre d'années d'expériences contribue à l'apparition de burn out.
- 3- Le fait que l'infirmier trouve que les conditions de son travail sont défavorables, entraine chez lui l'apparition du stress et burn out.

L'objectif de la recherche :

Notre objectif d'après ce modeste travail de fin de cycle en psychologie clinique, est de mesurer la prévalence de burn out chez les infirmiers qui ont plus de 25ans d'expérience, déterminer les facteurs qui favorisant le burn out chez les personnels infirmiers et décrire les conditions qui contribuent à l'apparition de ce syndrome dans notre population d'étude.

Émettant le désir de créer une association pour aider les travailleurs algériens concernés par le « burn out » ou « l'épuisement professionnel ».

Définition des concepts clés :

Définition du burn-out

➤ Selon Maslach :

« c'est un syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de perte de sentiment d'efficacité personnel, susceptible de survenir chez des sujets travaillant , de quelque façon que ce soit, avec d'autres êtres humains. Il s'agit d'une réaction à la charge émotionnelle chronique naissant lorsque l'on s'occupe durablement de d'autre personne, en particulier par lorsqu'elles sont dans le besoin ou ont des problèmes. » (ZAWIEJA. P, GUARNIERI. F , 2013 , p11)

➤ Selon Patrick Masters :

« Le Burn out est un état d'épuisement mental, physique et émotionnel grave qui touche l'être humain. Il survient après de longs mois, ou années, d'exposition à des situations de stress intense. » (Mesters . P, 2007, P 70).

➤ Infirmier selon le dictionnaire :

« Personnes qualifier qui assure la surveillance des malades, leur prodigue des soins et leur administre des médicaments, sous la direction

des médecins ou en appliquant leurs prescriptions. » (Le nouveau petit robert, 2007, P1327).

L'opérationnalisation des concepts :

➤ **Le burn out :**

Le Burn out est un syndrome de trois dimensions qui répond à un épuisement émotionnel et une dépersonnalisation des infirmiers avec un niveau élevé, et un accomplissement personnel avec un niveau bas.

➤ **L'infirmier :**

Est un professionnel de la santé qui occupe une place importante dans le milieu hospitalier, sa missions consiste à soigner les patients toute en s'assurant de leurs confort, hygiène et leurs bien être.

Le choix du thème :

Les conditions de travail des professionnels des établissements de santé dépendent de l'intensité des efforts physiques et de l'environnement dans lequel ils exercent leur activité. Parmi les professionnels les plus exposés à l'usure professionnelle on trouve aussi les infirmiers. En effet à travers notre stage sur les pôles suivants : psychiatrique, maxillo-faciale, pneumo-phtisiologie, infectiologie de l'hôpital Frantz fanon on a pu observer dans cette catégorie professionnelle un sentiment de mal être et beaucoup de questionnement de leur part sur leurs conditions de travail et sur leur état de santé psychique et physique.

Le choix de ce sujet à été motivé par le manque des travaux (ouvrages, articles, enquêtes, sondages,...), la curiosité et la volonté de découvrir la réalité professionnelle des travailleurs de santé, dans le but de nous préparer à la vie active. Accumuler l'ensemble des informations satisfaisantes pour mieux cerner ce syndrome professionnel.

Partie théorique

Chapitre I BURN OUT

Chapitre I BURN OUT

Préambule

-) Définition de burn out
-) Aperçu historique
-) Les concepts de burn out
-) Les dimensions de burn out
-) Les symptômes cliniques de burn out
-) Les étapes d'installation de burn out
-) Les facteurs de burn out
-) Les approches de burn out
-) Le burn out et les troubles psychiatrique
-) Les conséquences du burn out
-) Prévention de burn out

Synthèse

Préambule :

Il nous semble important, avant d'aborder notre thème de recherche, de poser les bases qui permettent de comprendre le burn out, et son impacte sur le travail quotidien, on commence par quelques définitions de ce concept, on a proposé un historique sur le burn out, ses symptômes, ses dimensions, ainsi que ses facteurs et ses conséquences et sa prévention.

1- Définition de burn out :**➤ Selon L'OMS :**

Le burn out se traduit par un épuisement professionnel et plus précisément un Sentiment de fatigue intense, de perte de contrôle et d'incapacité à aboutir à des résultats au travail. L'INRS (institut National de recherche et statistique) quant à lui décrit un syndrome d'épuisement professionnel chronique.

Le burn out couvre donc un large spectre qui va d'une fatigue intense à une pathologie de type dépression d'épuisement, en désignant à la fois les causes et les symptômes (tout comme le stress...). (Coutanceau. R, et al, 2016, p8-9).

➤ Selon le dictionnaire petit Larousse :

Burn out syndrome d'épuisement professionnel caractérisé par une fatigue physique et psychique intense, générée par des sentiments d'impuissance et de désespoir. (Dictionnaire petit Larousse, 2013, p152).

➤ Selon Elisabeth Grebot :

Le burn out est un terme emprunté au vocabulaire aérospatial : il désigne le risque d'échauffement brutal, voire de destruction, d'une fusée, provoqué par l'épuisement de son carburant. En anglais, burn out signifie « s'user », « s'épuiser », « craquer en raison de demandes excessives d'énergie, de forces ou de ressources ».

➤ Selon Freudenberger et Richelson, 1980 :

« Un état de fatigue ou de frustration, occasionné par un événement, un style de vie ou une relation qui ne produit pas le bénéfice escompté » (Franck. P, Guarnieri. Z, 2013, P11)

Le terme burn out qualifie l'état d'une bougie qui, après avoir éclairé de longues heures, n'offre qu'une flamme discrète et faible. Il implique donc l'idée de combustion interne des professionnels, particulièrement les soignants confrontés à la souffrance de l'autre. Cette métaphore de la combustion est parfois illustrée par l'image de l'incendie d'un immeuble qui aurait brûlé totalement l'intérieur de l'habitation tout en laissant intacte la façade. (Gribot. É, p 104)

2- Aperçu historique :

Historiquement, il faut donner la primeur de la description au psychiatre français, Claude Weil, qui en 1959 écrivait dans le concours, médical sous le titre PRIMUM non nocer. Les états d'épuisement (au travail) qu'alors qu'il était chargé d'une consultation de psychiatrie du travail, il lui est apparu que « le concept d'états d'épuisement se révélait un bon outil intellectuelle » pour comprendre et traiter « des cas déconcertants qui n'entraient pas dans la

nosographie classique ». Il écrit plus loin : « l'état d'épuisement est le fruit de la rencontre d'un individu et d'une situation. L'un et l'autre sont complexes et l'on doit se garder de simplification abusive. » (Coutanceau .R, et al, 2016, p 20).

Nous avons cité Bradley en 1969 qui définit le Burn out comme un stress spécifiquement lié au travail.(Manoukian . A, 2016, p9).

C'est en tant que problème social et non comme problème théorique que le terme «burn out syndrome » renaît quasi simultanément sur les cotes est et ouest des états unis durant la décennie 70. L'ubiquité des lieux de naissance est révélatrice du fait que le problème « était dans l'air » comme l'écrit wilmar schaucheli. Le brun out était devenu un élément de la réalité sociale et c'est plus « par accident » que des cliniciens comme Herbert j. Freudenberger puis des chercheurs comme Christina Maslach et Susan Jackson s'y sont intéressés. (Coutanceau. R, et al, 2016, p21).

En 1974 Herbert Freudenberger fut l'un des premiers à écrire un article sur le syndrome d'épuisement professionnel. Psychologue dans une free clinique accueillant des patients toxicomanes, il remarque qu'un grand nombre de soignants perdent rapidement en quelques années, leur dynamique, leur engagement et leur motivation. Il suggère que les pressions et les exigences professionnelles exercées sur les ressources d'un individu finissent par le conduire à un important état de frustration et fatigue. le professionnel s'épuise alors en essayant de rendre à certains obligations imposées, soit par son milieu de travail, soit par lui-même. (Boudoukha. A, 2009, p11).

En 1976 Christina Maslach a découvert l'épuisement professionnel dans le cadre d'une recherche sur le stress émotionnel et les stratégies de coping développés par les empoiles des service sociaux face à leur usagers. (Ibid, p12).

Pour une meilleure définition du terme, C.Maslach et son équipe élaborent un instrument de mesure, le Maslach burn out inventory (MBI, 1981), le MBI évalue des catégories de travailleurs engagés dans des « relations d'aide ».

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

Entre 1983 et 2003, si on se limite uniquement aux articles originaux, on trouve près de 4000 occurrences consacrées au burn out et au karoshi avec une nette accélération au début des années 2000 avec un nombre important d'étude consacrées aux soignants. (Coutanceau. R, et al 2016, p 22).

3- Les concepts de burn out :

3-1. Burn out syndrome :

Le verbe to burn out a des significations évocatrices que traduit incomplètement le terme de syndrome d'épuisement professionnel des soignants. To burn out peut signifier : échouer, s'user, devenir épuisé devant une demande trop importante d'énergie, de force, de ressources. il évoque une combustion totale, la réduction en cendres d'un objet entièrement consumé dont toute la matière aurait disparu .mais c'est l'image inspirée de l'industrie aérospatiale qui demeure la plus suggestive. le terme burn out désigne l'épuisement de carburant d'une fusée avec comme résultante la surchauffe et le risque de bris de la machine. (Coutanceau. R, et al 2016, p 22).

3-2. karoshi (prononcez kaloshi) :

Ce terme japonais signifie « mort par excès de travail ». Karo=mort, shi=fatigue au travail. La connotation violente donnée au syndrome

d'épuisement professionnel se conçoit à travers le prisme d'une culture gouvernée par la notion du bien collectif. Le salarié est élevé dans la notion sacrificielle de soi pour satisfaire avant tout aux exigences des autres de son entreprise. il donne sans compter de son temps et s'investit jusqu'à à épuisement. avec le terme karoshi , nous quittons la relation d'aide dans ce qu'elle présente d'usure mentale et physique pour d'avantage prendre en compte les conséquences parfois mortelles- des conditions de travail lorsque celle-ci sont mues essentiellement par le profit et la rentabilité.

3-3. syndrome d'épuisement professionnel :

Le terme maintenant consacré en français présente le défaut d'être vague et semble couvrir tous les effets de travail sur l'individu. il n'est qu'un pale reflet du terme lus imagé brun out. Usure professionnelle ou usure au travail sont aussi des expressions rencontrées. Elles mettent l'accent sur l'idée d'une évolution progressive du syndrome. Malgré ces critiques, c'est le terme de syndrome d'épuisement professionnel des soignants (SEPS) qui s'est imposé en langue française. (Coutances. R, au et al, 2016, P22).

4- Les dimensions de burn out :

4-1 .L'épuisement émotionnel :

Souvent confondu avec l'épuisement professionnel, est le premier stade du syndrome. Cet épuisement est autant physique que psychique. Intérieurement, le sujet va ressentir cet épuisement sous la forme d'une fatigue effective au travail, d'un sentiment d'être « vidé » et d'une difficulté à être en relation avec les émotions de l'autre, si bien que travailler avec certaines personnes devient de plus en plus difficile. Cette fatigue émotionnelle n'est pas ou n'est que peu améliorée par le repos. Toutes les tâches deviennent des corvées. Outre des sensations de vide émotionnel interne, on peut observer des explosions émotionnelles comme des crises d'énervement et de colère, mais

aussi des difficultés cognitives à se concentrer se marquant par des oublis de réponse à des demandes même anodines. Cet épuisement se heurte à l'incapacité à exprimer toute émotion. Une tradition culturelle implicite est le sentiment que l'homme ou la personne compétente au travail doit rester forte et qu'elle ne peut exprimer aucune faiblesse. L'émotion risque donc d'être déniée et déviée par des comportements de contrôle. Ainsi, l'épuisement peut prendre l'aspect d'une froideur, d'une distanciation à l'autre. Cet état est décrit dans la littérature américaine sous le nom de « John Wayne Syndrom ». À l'image du célèbre acteur dans ses rôles de cow-boy, la personne devient impassible et nie tous les problèmes, alors que les flèches, les balles sifflent à ses oreilles. (Delbrouck. M, 2011, p 36)

4-2. La dépersonnalisation :

Elle représente la dimension interpersonnelle du burn out. Elle renvoie à des attitudes impersonnelles, négatives, détachées, cynique, méprisantes envers les personnes dont on a la charge ou la responsabilité : les élèves pour les enseignants, les malades pour les soignants, les clients pour les commerciaux, etc. la déshumanisation est diagnostiquée quand la personne devient négative envers ses collègues, ses clients ou ses patients. La dépersonnalisation peut prendre des formes très dures et s'exprimer à travers des actes de maltraitance, de stigmatisation, de rejet, etc. (Grebout. É, p 108-109).

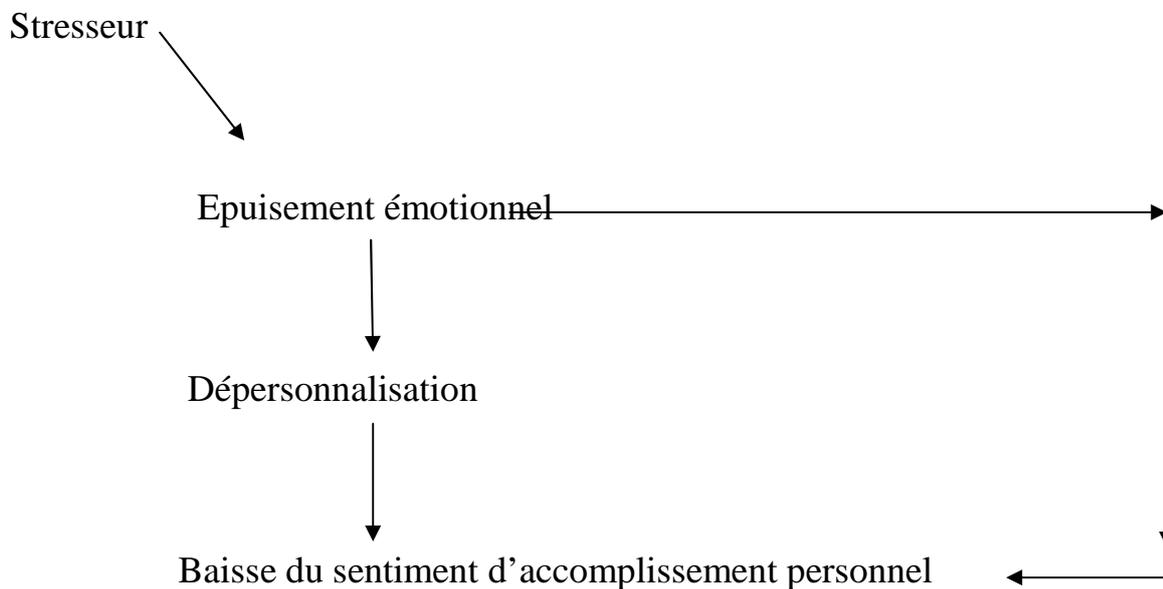
4-3. L'échec de l'accomplissement personnel :

La dévalorisation de ses compétences et de son travail est la troisième caractéristique du burn out. Un fort sentiment d'échec personnel, la croyance que les objectifs ne sont pas atteints, la diminution de l'estime de soi et du sentiment d'auto efficacité, la frustration au travail dominant.

La personne a une vision très négative de sa vie professionnelle et personnelle qui apparaît comme un échec total. Elle pense avoir tout raté, aussi

bien sa vie privée que son travail. Ce sentiment d'échec profond évoque fortement un état dépressif. Les idéaux qui présidaient au début de la carrière sont déçus, les illusions s'évanouissent, laissant la personne devant le gouffre vertigineux de la réalité et de son for intérieur. La culpabilité et la démotivation l'entraînent dans le cercle vicieux de l'absentéisme et du désinvestissement. (Grebot. E, P109).

Figure N°1 : schéma du burn out (d'après le modèle tridimensionnel du burnout de Maslach et Jackson)



Source : (Grebot .E, 2008, p.111)

5- Les symptômes cliniques de burn out:

5-1. 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.

5-2. Sur le plan psychique :

On trouve principalement des signes émotionnels tels que l'irritabilité, l'ennui, l'anxiété ou l'apathie. La labilité émotionnelle faisant passer du rire aux larmes est souvent présente. En outre, des troubles de l'attention, de la mémoire et même du jugement peuvent également se manifester. (Jullian. M, 2007, P13)

5-3. Sur le plan comportemental :

L'impact du burnout se manifeste également au niveau de comportements inhabituels chez la personne. Elle note une modification ou une aggravation de ses conduites alimentaires, l'apparition de comportements violents et agressifs, des attitudes négatives, une perte ou une distorsion de ses valeurs, un isolement social (repli sur soi, difficultés à coopérer) et enfin des comportements addictifs comme la consommation de produits calmants ou excitants (café, tabac, alcool, somnifères, anxiolytiques...) ou de la cyberaddiction, de l'addiction au sport, au sexe, etc.

Enfin, le désintérêt et même le dégoût pour le métier que la personne aimait tant va l'envahir et seront la porte ouverte à une aggravation de son état qui pourrait la mener vers un état dépressif majeur.

L'épuisement professionnel s'accompagne souvent de sentiments pénibles. Une perte de vitalité et une sensation d'abattement apparaissent en premier lieu. Par la suite, une indifférence s'installe et, si elle persiste, l'ennui et le cynisme émergent, de même que de la désorientation et de la déconcentration. L'impatience et l'incapacité ressenties devant la tâche à

accomplir et l'irritabilité qui en découle s'orientent alors vers l'entourage immédiat et ensuite vers les personnes au travail, considérées comme des « objets » et non plus comme des personnes. Pour certains, paradoxalement, un sentiment de toute-puissance les envahit avant que ne cède rapidement et intensément tout leur édifice personnel et professionnel. Cela signe un défaut important de la personnalité.

Pour d'autres, la manifestation d'une tension interne qui grandit et d'un vide intérieur précédera la fatigue physique, émotionnelle ou mentale. (Delbrouk.M, 2003, P 34)

6- Les étapes d'installation de burn out :

6-1.L'enthousiasme :

Epuisement professionnel commence par un enthousiasme médailliste caractérisé par des grands espoirs, la personne imagine de hautes espérances et conçoit des attentes irréalistes face au travail, elle se surinvestit professionnellement en dépensant excessivement son énergie et son dévouement au travail. La conception idéaliste au travail vient occulter les besoins et les intérêts personnels, de même que les insatisfactions de la vie privée peuvent conduire à une glorification du travail. Cet engagement excessif se nourrit de lui-même, car plus la vie privée est négligée, plus elle se détériore. Quand le travail aura cessé d'apporter les satisfactions espérées, la personne risque de se retrouver dans une extrême vulnérabilité.

Dans le cas des professionnels soignants, la personne risque une sur-identification aux patients, elle dépense excessivement son énergie qui s'avère souvent inefficace. Ce mode de vie devient comme un cercle vicieux.

6-2. La stagnation :

La stagnation s'installe en suite, cette phase se caractérise par une perte graduelle de satisfaction au travail, celui-ci n'est plus considéré comme intéressant ou motivant et n'est plus le substitut de tout dans la vie. La personne continue d'exercer son métier mais elle ne parvient plus à compenser le fait que les besoins personnels (vie privée, loisirs...) ne soient pas satisfaits.

Les premiers signes d'épuisement professionnel apparaissent en conséquence.

6-3. La frustration :

C'est la phase de désillusion, la personne affectée se voit « brulée » et atteint un stade chronique, des symptômes permanents s'installent comme la fatigue, la mauvaise humeur et la déprime. La personne atteinte commence à se questionner sur la valeur de son travail : « ça sert à quoi ? Est-ce que ça en vaut vraiment la peine ? », elle commence à douter d'elle-même, de son jugement et de ses capacités, les patients deviennent de plus en plus lourds à tolérer et il sont perçus comme ingrats et ennuyeux, dans le cas du soignant, il se dévalorise de plus en plus, et ça se répercute sur la vie sociale et conjugale. Cette perturbation altère son état de santé, il tente par la suite de se traiter de manière maladroite, il utilise souvent des médicaments ou de l'alcool pour s'auto traiter (l'association médicale américaine estimait qu'environ 10% des médecins ont des problèmes d'alcool), ce qui aggrave le processus qui suit.

La personne qui est en face de cette frustration réagit de la manière suivante : soit, elle se sert de cette frustration comme une source d'énergie positive, soit, elle l'utilise comme une source d'énergie négative ou elle se retire de la situation en quittant la profession.

La frustration semble un tournant important dans l'évolution du burn out ; en ratant ce tournant, la personne risque de sombrer dans l'apathie.

6-4. L'apathie :

Au cours de cette phase, la personne se sent frustrée professionnellement, elle continue de travailler pour préserver son emploi en fournissant le minimum d'efforts et de temps afin d'éviter les défis, elle tente de se protéger de son entourage et de ce qui pourrait mettre en péril cette pseudo situation de sécurité, elle arrive en retard, manque des rendez vous, néglige des dossiers....cette conduite semble compenser ce mal être, mais elle s'avère inutile.

Il semble que la phase d'apathie est plus difficile à surmonter, car elle mettra du temps pour s'installer, elle disparaîtra lentement. Dans le cas où elle se prolonge, elle peut sans doute conduire à une dépression majeure classique. A cette phase, l'individu « brulé » a besoin de soins spécialisés. (BENATIA .Y, 2007-2008, P82-83)

7- Les facteurs de burn out :**7-1. Les facteurs organisationnels :**

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

-) Les facteurs d'épuisement concernant le contenu de l'activité sont les horaires illimités, imprévisible, la monotonie, la standardisation, l'automatisation, etc. Le processus majeur responsable est ici l'impossibilité pour le professionnel de contrôler son activité ;
-) Les facteurs propices à l'épuisement professionnel relevant du contexte de travail sont les rôles contradictoires ou confus,

l'isolement et le manque de soutien social, le conflit entre vie professionnelle et vie familiale, les mutations technologiques, économiques et politiques, le management par le stress ou la peur.

Tous les éléments participant au climat et à l'ambiance de travail contribuent au burn out. Les styles managériaux jouent un rôle essentiel dans la violence sur le lieu de travail. Le système de récompenses est très important dans la mesure où les employés peuvent juger de l'équité et de la loyauté de leur hiérarchie à leur égard. Ils évaluent dans quelle mesure les récompenses liées à la qualité des performances et de quelle façon elles sont réparties parmi les salariés.

Cependant, certaines professions sont plus à risque que d'autres : il s'agit notamment, des activités professionnelles à fortes sollicitations mentales, émotionnelles et affectives ou des métiers à fortes responsabilités vis-à-vis d'autres personnes et des activités où les objectifs sont difficiles, voire impossibles, ou il existe un fort déséquilibre entre les tâches à accomplir et les moyens mis en œuvre ainsi qu'une ambiguïté ou un conflit de rôles.

7-2. Les facteurs individuels :

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

Une tâche supplémentaire à réaliser sera évalué par un salarié comme un défi à relever et par son collègue comme un piège tendu par son responsable. L'évaluation de l'enjeu varie d'un individu à l'autre à l'autre : quand l'un estime un enjeu positif, l'autre évalue un enjeu négatif. Cette même tâche engendrera

une réaction d'enthousiasme chez l'un persuadé d'être capable de relever le défi quand l'autre pensera ne pas avoir les compétences pour faire face à la situation.

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

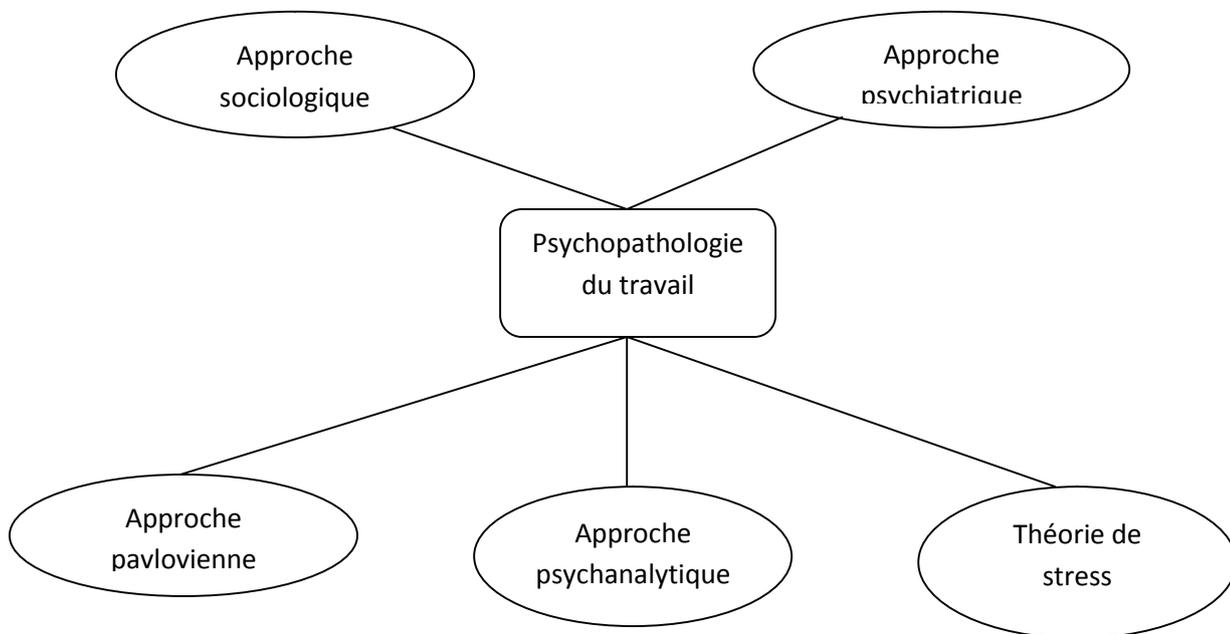
L'épuisement professionnel tend à être plus élevé chez les femmes qui portent d'avantage le poids des tâches domestiques et la charge quotidienne des enfants. Elles sont plus touchées par le conflit de rôle, famille travail qui est une source importante de burn out. Cette répartition inéquitable du travail domestique non rémunéré augmente le degré de stress quotidien. La fondation européenne considère que cette double charge a des conséquences néfastes sur la santé des femmes qui travaillent. Les études montrent que l'environnement familial joue un rôle déterminant dans l'apparition du burn out : lorsque la vie familiale est source de problèmes, le niveau d'épuisement professionnel augmente significativement quand les tensions professionnelles s'intensifient. À l'inverse, chez les hommes, le niveau d'épuisement professionnel augmente quand les stresseurs professionnels augmentent mais indépendamment du niveau des stresseurs familiaux.

7-3. Les facteurs relationnels :

Il s'agit soit de relations difficiles ou de conflits (agressions, violence), soit au contraire d'un manque de relation : solitude, absence de solidarité, soutiens sociaux déficients. Les interactions entre autres clients et professionnels, directes, fréquentes, répétitives contribuent au développement du burn out professionnel. (Grebout. E, 2008, P125-126)

8- Les approches de burn out :

Figure N°2 : les différentes approches de psychopathologie du travail



Source : (Canoui. P, Mauranges. A, 2008, p 20)

8-1. L'approche sociologique :

L'approche sociologique est de plus en plus évoquée et elle apparaît en effet pertinente lorsqu'on constate que tout établissement hospitalier tend à devenir une entreprise rentable qui impose des conditions d'exercices de plus en plus lourds et complexes. Les objectifs de contrôle des dépenses mettent en péril les valeurs du care. Mais encore, la course à la rentabilité et à l'excellence produit ses effets délétères en rompant le lien collectif au profit de la concurrence et d'un individualisme galopant. Les repères du collectif sont brouillés et progressivement remplacés par un vide relationnel pathogène. L'approche sociologique est une lecture de la maladie en tant qu'expression individuelle des conflits sociaux. Les conditions du travail et son organisation sont les témoins d'une pathologie sociale.

8-2. L'approche psychiatrique :

L'approche psychiatrique va privilégier les déterminations personnelles, biologiques, psychogénétiques 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 revalorisation et la récupération de l'estime de soi. L'aspect valorisant du travail dans le cadre de l'adaptation sociale est un aspect important dans le traitement des troubles mentaux. Au sein des institutions psychiatriques, l'ergothérapie a une place importante dans de nombreuses pathologies mentales. Le travail peut avoir un double impact. S'il peut être source de souffrance, il peut aussi être source d'équilibre. Dans le cadre de l'épuisement professionnel, si cet état ne relève pas de la psychiatrie, en revanche ses conséquences peuvent l'être soit par des décompensations dépressives et anxieuses soit par des décompensations psychotiques. (Canoui. P, 2008, p 19)

8-3. L'approche psychanalytique :

Le travail n'est pas responsable de la souffrance psychique, mais n'est que le révélateur d'une faille sous-jacente préexistante depuis les premières années de vie.

La psychanalyse aborde l'épuisement professionnel comme une blessure narcissique profonde. Le choix de la profession d'aide au sens large, pourrait être sous-tendu par un mécanisme de défense : l'altruisme, c'est-à-dire le dévouement à autrui qui permet au sujet d'échapper à un conflit. L'altruisme peut être une jouissance par procuration : le sujet aide les autres à obtenir un plaisir qu'il se refuse à lui-même, et en retire une satisfaction grâce à son identification aux personnes aidées.

Dans l'approche psychanalytique, l'idéal du sujet serait mis à mal par la réalité professionnelle, et l'épuisement professionnel serait dû à l'échec ou à la rigidifications des mécanismes de défense. (Ruth. W, 2012, P25)

8-4. L'approche pavlovienne :

L'approche pavlovienne semblait très féconde, mais elle n'a pas tenu ses promesses en matière de psychopathologie du travail.

Ainsi, dans les années cinquante, furent décrites les névroses des téléphonistes et des mécanographes. Les traits les plus marquants en étaient l'apparition chez les standardistes de lapsus ou actes manqués comme le « allo, j'écoute » déclenché par le déclic sonore des portillons automatiques du métropolitain.

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

L'approche pavlovienne envisageait l'étude de stéréotypes comportementaux de contamination de la vie hors du travail par des automatismes du travail.

Malgré tout l'intérêt de cette approche, il est clair que la répétition de tâches peu qualifiées ne permet pas une approche psychopathologique du travail suffisamment diversifié pour expliquer les troubles observés. (Canoui. P, 2008, P19-20)

8-5. l'approche par la théorie de stress :

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

plus loin une étude détaillée afin de positionner le syndrome d'épuisement professionnel dans la théorie générale du stress.

C'est à C. Dejours que revient le mérite d'avoir proposé une synthèse permettant une approche du retentissement du travail sur l'homme.

Depuis la prise en compte de la fatigue au travail, l'étude des interactions entre l'homme et son travail a justifié l'élaboration d'un certain nombre d'outils d'analyse et de compréhension qui compose la psychopathologie du travail. Le burn out, en apportant une dimension particulière au retentissement du travail sur l'homme, sert la psychopathologie. Inversement les concepts de la psychopathologie du travail vont nous servir à l'analyser les facteurs intervenant dans le burn out. (Canoui. P, 2008, P22)

9- Le burn out et les troubles psychiatrique :

9-1. Burn out et dépression :

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

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

Si l'épuisement professionnel ainsi que le stress chronique peuvent faire le lit d'une véritable dépression majeure, Canoui et Maurange pensent cependant qu'il faut distinguer « dépression » et « burnout ».

En effet, l'épuisement professionnel se distingue de la dépression par le domaine qu'il implique. Les manifestations ou symptômes de l'épuisement professionnel 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 des symptômes à toutes les sphères et à toutes les situations de la vie.

En ce sens Maslach suggère que la dépression n'est pas reliée au contexte, alors que l'épuisement professionnel est relié au contexte de travail.

En fin tout épuisement professionnel ne débouche pas inmanquablement vers une maladie dépressive. Il est clair que l'épuisement professionnel n'est pas non plus assimilable à une dépression réactionnelle, car il n'y a pas de facteurs déclenchant nettement identifié, mais l'accumulation d'un stress chronique.

Les facteurs déclenchant sont le plus souvent multidimensionnels, cet état d'épuisement survient chez des sujets en dehors de tout trouble psychosomatiques antérieurs.

9-2. Burn out et trouble 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.

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 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 retenue, il s'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.

9-3. Burn out et somatisations :

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 psychiques multiples, variés variables dans le temps, habituellement présent depuis plusieurs années pour lesquels le sujet a subi de nombreuses investigations, des bilans exploratoires, tous négatif ». (Canoui. P, 1992). Les symptômes peuvent toucher n'importe quels systèmes ou partie du corps. Il

n'existe pas de lésion somatique objectivable, à la différence de la pathologie psychosomatique dans laquelle il existe une maladie somatique avec les 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 somatiques multiples. 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.

9-4. 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 l'épuisement professionnel se distingue du stress au 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 prolongée 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 symptôme physique et psychopathologique. L'épuisement professionnel fait référence à une rupture d'adaptation à laquelle vient se greffer un dysfonctionnement chronique. (Boulkroun. N, 2007-2008, p 81-84).

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 donnés à fond dans leur métier dès le départ (Boulkroun. N, 2007-2008, p 81-84).

10- Les conséquences du burn out :

D'après Jaggi (2008), les problèmes de santé et notamment les conséquences liées au stress en particulier coûtent cher. Lorsqu'un travailleur épuisé ne réalise plus que 60% de ses performances initiales, les coûts consécutifs au burn out se chiffrent autour de 40% de son salaire. S'ajoutent à cela les frais indirects dus aux prestations médicales et thérapeutiques.

Les conséquences des symptômes du burn out chez les soignants comprennent l'absentéisme, les retards, les plaintes somatiques (maux de tête, d'estomac, fatigue), les conflits dans les équipes, les attitudes critiques à l'égard des collègues, les demandes de transferts dans d'autres unités et turnover .

Le burn out conduit également à des problèmes de santé : fatigue, épuisement physique, troubles du sommeil, problèmes somatiques tels que maux de tête, troubles gastro-intestinaux, rhumes et grippe.

Enfin, le burn out est lié à un certain nombre de symptômes émotionnels, par exemples, la dépression, la culpabilité, l'anxiété et la tension.

11-les préventions de burn out :

En 1948, l'Organisation Mondiale de la Santé OMS, distingue trois stades successifs de prévention, allant des moyens à mettre en œuvre pour empêcher l'apparition de pathologies jusqu'à leur thérapeutique, en préparant éventuellement la réinsertion des malades.

) **La prévention primaire :** Ensemble des actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie, c'est-à-dire, réduire l'apparition des nouveaux cas. En agissant en amont, cette prévention empêche l'apparition des maladies, par le biais de l'éducation et de l'information auprès de la population.

) **La prévention secondaire :** Ensemble d'actes destinés à diminuer la prévalence d'une maladie, donc à réduire sa durée d'évolution. Elle intervient dans le dépistage de toutes les maladies et comprend le début des traitements de la maladie.

) **La prévention tertiaire :** Ensemble des actes destinés à diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récurrences dans la population, donc à réduire les invalidités fonctionnelles dues à la maladie. Elle agit en aval de la maladie afin de limiter ou de diminuer ses conséquences et d'éviter les rechutes. Dans ce stade de prévention, les professionnels s'occupent de la rééducation de la personne et de sa réinsertion professionnelle et sociale. »
(ORQUIEDA. M, 2009, P14)

Synthèse :

A partir de tout ce qui précède, on peut dire que, le burn out fait suite à une exposition à un stress prolongé.

De plus on peut constater que le burn out présent chez les sujets qui sont exposé à une forte d'énergie excessive, que se soit psychique ou physique, et surtout chez les professions basées sur les relations d'aide.

Chapitre II les infirmiers

Chapitre II les infirmiers

Préambule

-) L'histoire de la profession infirmière
-) Définition des concepts
-) Le cadre légale de l'infirmier
-) Les caractéristiques de la relation d'aide
-) La qualité des soins
-) Le burn out spécifique du soignant

Synthèse

Préambule :

Dans ce chapitre nous présentons un bref historique sur la profession infirmière, la définition de ces derniers, le cadre légal de l'infirmier et les caractéristiques de la relation d'aide et on termine par la qualité des soins.

1- L'histoire de la profession infirmière:

La profession infirmière et les soins infirmiers ont évolué avec l'histoire de la médecine et la philosophie des sciences. L'évolution de la profession, largement féminisée au cours des époques, est concomitante du mouvement féministe et de l'histoire des femmes dans le domaine des sciences.

Au Moyen Age pour s'occuper des lépreux, on mettait d'office à contribution des prostituées et divers « pseudos » soignants. Les ordres religieux organisèrent la profession selon des critères en lien avec la charité et l'amour de Dieu : le soin est alors bénévole, et n'a qu'une valeur culturelle. Celle qui le pratique est prise en charge par la structure religieuse (par exemple les religieuses de l'hôtel de Dieu).

Les religieuses resteront longtemps dans les hôpitaux ou hospices. Il faudra attendre la laïcisation et la première guerre mondiale pour que s'affirme la profession d'infirmier.

Jusqu'au début des années 1960, le recrutement s'effectue par des catégories très diverses qui sont antagonistes : infirmiers croix rouge, religieuses, infirmières diplômées d'écoles. Après mai 1968, la profession se libérera des concepts d'obéissance, de soumission et de charité. Depuis la fin de la formation spécifique d'infirmière en psychiatrie en 1992, il n'existe en France qu'un seul diplôme d'infirmier : le diplôme d'état d'infirmier. (Karume. E. K, 2010, P 36).

2- Définition des concepts :**2-1. la profession infirmière :**

Selon l'article L-4311-1 qui résulte de la loi du 31 mai 1978 la profession infirmière : « est infirmière la personne qui, en fonction de diplôme qui l'y habilite, donne habituellement des soins infirmiers sous prescription ou en application du rôle propre ». (Devers. G, 2013, P 75).

2-2. Définition de l'infirmier :**➤ Selon l'Organisation mondiale de la santé**

« La mission des soins infirmiers dans la société est d'aider les individus, les familles et les groupes à déterminer et réaliser leur plein potentiel physique, mental et social et à y parvenir dans le contexte de l'environnement dans lequel ils vivent et travaillent, tout cela en respectant un code de déontologie très strict. Ceci exige que les infirmiers apprennent et assurent des fonctions ayant trait au maintien et à la promotion de la santé aussi bien qu'à la prévention de la maladie. Les soins infirmiers englobent également la planification et la mise en œuvre des soins curatifs et de réadaptation et concernent les aspects physiques, mentaux et sociaux de la vie en ce qu'ils affectent la santé, la maladie, le handicap et la mort. Les infirmiers permettent la participation active de l'individu, de sa famille et de ses amis, du groupe social et de la communauté, de façon appropriée dans tous les aspects des soins de santé, et encouragent ainsi l'indépendance et l'autodétermination. Les infirmiers travaillent aussi comme partenaire des membres des autres professions impliquées dans la prestation des services de santé ».

3- Le cadre légale de l'infirmier :

Deux textes fondamentaux permettent le rôle infirmier : Le décret n°93.221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers, le décret n°2002.194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession infirmière.

Au regard de ces textes de lois sa profession, l'infirmier doit face à l'urgence :

- Analyser la situation et reconnaître l'urgence,
- Réaliser les gestes nécessaires à la suppléance des fonctions altérées,
- Surveiller l'efficacité des gestes et les mesures mises en place,

) Rende compte des actions entreprises.

) 3-1 selon les règles professionnelles :

-) Article 10 : « (...) a le devoir d'actualiser et de perfectionner ses connaissances professionnelles. »
-) Article 22 : « (...) collaborer à un dispositif de secours mis en place pour répondre à une situation d'urgence,... »

3-2 selon les actes professionnels :

Ces articles relèvent tous du rôle propre de l'infirmier.

-) Article 3 : « (...) il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue (...) ».
-) Article 5 : « (...) accomplit les actes ou dispense les soins suivants (...) ventilation manuelle instrumentale par masque ; utilisation d'un défibrillateur semi-automatique et surveillance de la personne placée sous cet appareil ; (...) ». (Lacomme. L, 2004, P 14).

-) Article 6 : « outre les actes et activités visés aux articles 11 et 12, l'infirmier est habilité à pratiquer les actes suivants soit en application d'une prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, qualitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalable établi, daté et signé par un médecin (...) »
-) Article 13 : « (...) décide des geste à pratiquer en attendant que puisse intervenir un médecin(...) »
-) Article14 : «selon le secteur d'activité (...) l'infirmier propose des actions, les organise ou y participe dans les domaines suivants (...) formation, éducation, prévention et dépistage, notamment dans les domaines des soins primaires et communautaires ;(...) ». (Lacomme. L, 2004, P 15).
-) **4 - Les caractéristiques de la relation d'aide :**

Pour arriver à la mise en place d'une relation d'aide juste, il faut nécessairement prendre en compte plusieurs paramètres incontournables.

En effet, ce soin ne s'improvise pas et demande des compétences spécifiques. Selon Carl Rogers, il faut éviter certaines sources d'induction pour que le patient examine son problème en profondeur et qu'il découvre des aspects cachés de celui-ci. Ces écueils de la relation peuvent être un jugement moral, une réponse interprétative. « L'interlocuteur doit faire preuve de non jugement et de non directivité pour considérer la situation telle qu'elle est vécue ». Cela demande donc, au soignant, la mise en place de certaines habiletés et attitudes particulières.

5- La qualité des soins :

La notion de la qualité est difficile à définir de façon claire et précise, comme le cas du mot santé, le mot qualité, est perçu différemment par chaque personne.

D'une manière générale, dans le dictionnaire Hachet encyclopédique (2002), le terme qualité signifie la manière d'être plus ou moins caractéristique.

Dans le domaine de la santé, l'OMS définit la qualité dans les établissements de santé comme : « une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui leur assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène, et pour sa grande satisfaction, en terme de procédures, de résultat et de contacts humain à l'intérieur de système de soins ». (Karume. E.K, 2010, P 34).

6- Le burn out spécifique du soignant :

Quatre failles possibles semblent pouvoir expliquer les causes du burn out spécifique du soignant. Quatre failles possibles du soignant où son cristal peut se briser. A celles-ci viendraient, pour moi, s'ajouter les autres causes décrites par mes collègues dans leurs chapitres. (Delbrouk. M, 2008, P 9).

6-1 l'impacte et la répétition des traumatismes rencontrés en clientèle :

La répétition des traumatismes et leur intensité représente un impact psychologique et émotionnel important. certaines situations en générale d'urgence comme pouvons vivre les soignants urgentistes, chirurgiens, généralistes de garde, responsables de soins palliatifs, réanimateurs, anesthésistes, obstétriciens, généticiens(je pourrais allonger la liste) pourrait

effracter le plus solide des professionnels. Chaque soignant est confronté, chacun dans sa pratique à des affects importants. Ce professionnel reste doublement impliqué : d'une part le vécu de l'autre souffrant et d'autre part, par identification projective, il est impliqué dans son propre vécu d'être humain. (Et si j'avais la même maladie, et si je mourais, et si cela arrivait à mon enfant, à mes parents, à mon conjoint... ?). Travailler dans le domaine du non vivant, par exemple du minerais, de l'argent, de ses processus de transformations et des services qui s'y rapportent impliquent la personne qui s'en occupe à certains niveaux mais de manière souvent beaucoup moins émotionnelle hormis bien entendu les implications humaines qui se jouent entre les individus de ce secteur. (Delbrouk. M, 2008, P 9-10).

L'accompagnement des personnalités peu structurées sinon pas structurées du tout, les fortes demandes et les multiples problèmes provoqués par les patients amènent le soignant à faire des efforts pour trouver un équilibre psychique. Il se retrouve projeté malgré lui face à plusieurs questions d'ordre métaphysique, éthique, moral, psychologique, émotionnel, qu'il n'aurait pas rencontrées s'il avait choisi une autre profession.

En outre, la problématique de la mort, de la maladie, de la souffrance, de l'injustice, des pulsions interdites refoulées (incestes, viols, malformations génétiques, pulsions de meurtres, sexualité, toxicomanies,...) devient répétitive et prégnante au cours des consultations quotidiennes. La répétition de ces situations et l'effet de ces micro traumatismes émotionnels consomment le soignant plus profondément, et notamment s'il n'a pas d'espace de parole où se dire à d'autres collègues. (Benatia. Y, 2008, P 106).

6-2 la question du choix de la profession soignante :

Le choix de la profession paraît être l'une des failles rencontrées dans la profession soignante. D'après Perry (1998), le burn out est intimement lié à trois aspects, ceux de l'engagement professionnel, notre implication et nos capacités de distanciation. Ses origines remontent à l'enfance, au moment où l'individu a constitué sa perception de la société, des questions sur la vie et le désir de vouloir agir efficacement.

Les soignants en général, se sont dévoués corps et âme à la survie de leurs patients, en œuvrant pour l'intérêt de leurs patients et souvent au détriment de leur vie personnelle et familiale « tenter de résoudre, de réparer ce qui m'a fait souffrir dans ma propre chair, mon propre esprit ou celle ou celui d'être que j'ai côtoyés et aimés, peu m'occuper une vie entière.

6-3 l'isolement physique et psychoaffectif du soignant :

Le soignant, de par sa position dans la société et le dialogue singulier entretenu avec le patient se trouve dans une situation particulière et ambivalente. Cette situation qui est à la fois privilégiée et contraignante liée au secret médical qui représente un fardeau et une charge de plus pour le soignant. En effet, cette charge des secrets à porter au fil des jours a un impact affectif usant le soignant progressivement. Le patient projette consciemment et souvent inconsciemment sur lui des sentiments de toute puissance, de pouvoir sur la vie et la mort conduisant le soignant à l'isolement, le fait de contenir les souffrances des autres le pousse à maintenir l'aspect professionnel de la relation.

L'isolement physique et psychoaffectif du soignant ainsi que le poids des responsabilités demeurent des facteurs de stress pour cette catégorie de professionnelles. (Benatia. Y, 2008, P 107).

6-3.1 L'idéalisation du métier et le « choc de la réalité » :

De nombreux auteurs ont mentionnés le passage obligatoire à cette phase dans les premières années de la profession où la personne passe d'une vision idéalisée du métier à une action réelle de changement sur le terrain de travail. Il semble que nul ne peu être à l'abri. Ce passage détermine aussi souvent l'adaptation ou non de la personne à son métier qui s'avère une épreuve difficile, notamment au début de la carrière professionnelle et qui peut parfois conduire au renoncement et à l'épuisement progressif. Un accueil et un bon accompagnement des nouveaux stagiaires constituent une action primordiale de prévention, être dotés de ressources et de moyens nécessaires afin de suivre un processus de professionnalisation harmonieux et pour faire face à l'épuisement professionnel.

6-3.2 Les enjeux du métier de relation :

Le métier de relation constitue un aspect fondamental de la profession du soignant, générateur de motivation initiale du choix du métier. En effet, il n'y aurait pas de soin sans soutien moral : écouter, soutenir, comprendre, tout ceci s'inscrit sous le terme de « relation d'aide ». Cette notion quelle que soit l'angle dans lequel elle se situe : la relation médecin- malade, soignant-soigné exige l'existence de consentement entre un sujet demandeur de soin ou d'aide et un autre qui accepte de répondre à cette demande.

Rogers définit cette relation : « relation dans lesquelles l'un au moins des deux protagonistes cherche à favoriser chez l'autre, la croissance, le développement, la maturité, un meilleur fonctionnement et une plus grande capacité d'affronter la vie ». Le rôle du soignant est d'aider quotidiennement le malade afin de maintenir et d'améliorer l'état de sa santé. (Benatia. Y, 2008, P 108).

Dans ce contexte, le soignant se confronte à la perte d'un malade, réagit aux diagnostics, s'oppose parfois au fatalisme...construisant sa personnalité sur un

quotidien qui est en permanente remise en cause des certitudes ce qui équivaut à porter un jugement sur lui, ses traits de sa personnalité et ses états d'être intérieurs sont des déterminant pour la sérénité et les difficultés relationnelles agissant plus ou moins efficacement sur le soignant au plan professionnel.

Il faut noter que la relation d'aide constitue en soi une cause de stress qui prend une place importante dans l'histoire de l'épuisement professionnel, elle a été posée dans un cadre humain, moral et éthique mais de nos jours elle est devenue une sorte d'idéologie nouvellement apparue lors des crises sociales qui semblent affecter l'humanité et qui a suscité une solidarité particulière des soignants vis-à-vis malades.(Benatia.Y, 2008, P 109).

Synthèse :

Pour conclure ce chapitre on dit que l'infirmier veille à ce que le malade soit dans un état de bien être en répond à ses besoins. On note que le métier d'infirmier nécessite beaucoup de patience et d'effort physique et psychique pour une bonne qualité de soins.

Partie pratique

Chapitre III la démarche de la recherche

Chapitre III Méthodologie de la recherche

Préambule

-) la méthode de l'étude
-) la pré-enquête
-) l'enquête
-) présentation de l'échantillon de l'étude
-) le groupe d'étude
-) les outils d'investigation
-) présentation lieu de stage

Synthèse

Préambule :

Après la présentation des deux chapitres théoriques de notre recherche, ce chapitre consiste en la présentation de la méthode d'étude utilisée, la pré-enquête, l'enquête, présentation de l'échantillon d'étude, groupe de recherche, les outils d'investigations ainsi que le lieu de recherche.

1 - La méthode d'étude :

Le chercheur est toujours obligé de choisir la méthode et les outils les plus adéquates à la question posée, d'après Angers.M « la méthode est un ensemble d'opérations en vue d'atteindre un objectif » (Angers. M, 1999, P58). Afin d'effectuer notre étude on a utilisé l'étude de cas qui est la méthode la plus appropriée pour répondre aux exigences de notre étude et pour mieux appréhender les différentes réalités qui s'y trouvent.

L'étude de cas qui fait partie de la méthode descriptive, elle consiste à une observation approfondie de l'individu ou d'un groupe d'individus par l'étude de cas le clinicien tente de décrire le plus précisément possible le problème actuel d'un sujet en tenant compte de ses différentes circonstances actuelles et celles du passé (histoire du sujet, organisation de la personnalité, relation avec autrui etc). Pour cela il rassemble un grand nombre de données issues des entretiens avec le sujet, afin de comprendre au mieux le sujet de manière globale en référence à lui-même, à son histoire et à son contexte de vie (Chahraoui. K, et Benony. H, 2003, p29).

2 - Pré enquête :

Selon M.Grawitz « elle consiste à essayer sur un échantillon réduit les instruments (questionnaire, analyse de documents) prévus pour effectuer l'enquête. Si l'on a des doutes sur telle variable, ou sur le rendement de telle

technique, on peut explorer de façon limitée le problème à étudier avant même de préciser définitivement ses objectifs. (Grawitz.M, 2001, P550).

On a effectué notre pré enquête au niveau de l'hôpital FRANTZ Fanon dans le service psychiatrique, pour mieux saisir notre thème de recherche, cette pré enquête nous a permis de recueillir des informations préalables à notre recherche et aussi de confirmer la faisabilité de notre étude.

On a commencé du 05/02/2017 au 08/02/2017, on a choisi deux cas qui travaillaient en psychiatrie.

La première fois on a effectué un entretien semi-directif qui a duré 1 heure et deux jours après on a fait la passation du test.

Cette pré enquête nous a permis la construction des hypothèses, de revoir les questions du guide de l'entretien et la faisabilité du test.

3 - L'enquête :

Notre enquête a duré à peu près 43 jours, du 13/02/2017 au 30/03/2017, à une fréquence de 2 fois par semaine. L'entretien prend environ 45 minutes, et l'échelle une trentaine de minutes. Nos entretiens et la passation du test ont été effectués dans les bureaux des médecins et parfois dans les salles de soins, des différents services.

4- présentation de l'échantillon de l'étude :

Notre recherche se focalise sur l'évaluation de burn out, et les causes qui déclenchent ce phénomène, chez les infirmiers de l'hôpital FRANTZ Fanon de Bejaia. On a limité notre recherche à cinq (05) cas ayant plus de 25 ans d'exercice dans le métier d'infirmier

On a constitué une population composée de cinq (05) cas (hommes) ayant plus de 25 ans d'expérience, qui travaillent durant la nuit au sein des services

suitant : service infectiologie 1 cas, service pneumo-phtisio 1 cas, service psychiatrique 2 cas, service maxillo-faciale 1 cas.

Critère d'inclusion :

Les infirmiers ayant plus de 25 ans d'exercice.

Les infirmiers qui n'ont pas de maladie chronique.

Les infirmiers qui travaillent seulement la nuit.

Critère d'exclusion :

Tous les infirmiers qui ont moins de 25ans d'expérience.

Tous les infirmiers qui font la garde occasionnellement

5 - Le groupe de l'étude :

Dans le tableau suivant on a présentes les caractéristiques de groupe de recherche : (homme) âgées entre 44 ans et 54 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°01 : récapitulatif des caractéristiques du groupe d'étude.

Nom	Sexe	Age	L'état matrimonial	Nombre d'année d'exercice
F.F	Homme	51 ans	Marié	32 ans
D.N	Homme	44 ans	Marié	27 ans
D.K	Homme	54 ans	Marié	29 ans

K.S	Homme	52 ans	Marié	32 ans
M.B	Homme	48 ans	Marié	26 ans

6 - Les outils d'investigation :

6-1. L'entretien clinique :

L'entretien clinique est le paradigme même du travail du psychologue clinicien. Il fait partie de la méthode clinique, il vise à recueillir un maximum d'informations sur le sujet, mais ces informations ne peuvent être comprises qu'en référence au sujet lui-même.

) L'entretien semi-directif :

Où le chercheur dispose d'un guide de questions préparées à l'avance mais non formulées d'avance ; ce guide constitue une trame à partir de laquelle le sujet déroule son récit. (CHAHRAOUI. K, BENONY. H, 1999, P65).

Notre guide d'entretien est composé de quatre axes, chaque axe est constitué de questions en relation avec notre thème de recherche :

Axe 1 : identification personnel de l'infirmier.

Axe 2 : les caractéristiques de la vie professionnelle.

Axe 3 : information de la vie privée de l'infirmier.

Axe 4 : information concernant le burn out.

6-2. Présentation de l'échelle MBI :

L'inventaire MBI « Maslach burn out Inventory » est un instrument utilisé pour évaluer le syndrome d'épuisement professionnel, développé par

Christina Maslach et Suzan Jackson en 1981, il s'agit d'un formulaire de 22 items aux quelles les sujets répondent en utilisant une échelle de fréquence en 7 points, allant de 0 à 6. Le MBI mesure les trois dimensions du burn out :

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

Chaque dimension est explorée par un certain nombre d'items, dans le désordre :

Tableau N°02 : les dimensions du burn out

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

La cotation de chaque item se fait en termes de fréquence de 0 à 6 :

Tableau N°03 : les options de réponses au MBI

Cotation	Fréquence correspondante
0	Jamais
1	Quelque fois par an
2	Une fois par mois
3	Quelque fois par mois
4	Une fois par semaine
5	Quelque fois par semaine
6	Chaque jour

La cotation :

Un protocole 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'enquête aux items composant le MBI. Cette opération aboutit à 3 scores qui traduisent trois degrés des dimensions de burn out.

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 :

Epuisement professionnel :

Degré de burn out

Total inférieur à 17 = bas

Total compris entre 18 et 29 = modéré

Total supérieure à 30 = élevé

Dépersonnalisation :

Degré de burn out

Total inférieure à 5 = bas

Total compris entre 6 à 11 = modéré

Total supérieur à 12 = élevé

Accomplissement personnel :

Degré de burn out

Total supérieur à 40 = bas

Total compris entre 34 et 39 = modéré

Total inférieur à 33 = élevé

7 - Présentation de lieu du stage :

L'hôpital Frantz Fanon est un hôpital algérien situé à Bejaia, qui dépend du Centre hospitalier universitaire de Bejaia. Il est inauguré avant l'indépendance, fondé en 1896. Avant la création du CHU, il été un établissement indépendant, a son directeur et ses propres gestionnaire, mais actuellement il fait partie du centre hospitalier, dépendant de la direction générale situé à l'hôpital KHELIL AMRANE.

Il est composé des différents services :

-) Anatomie et cytologie pathologique.
-) maxillo-faciale.
-) Médecine de travail.
-) Néphrologie- Hémodialyse.
-) Oto-rhino-laryngologie.
-) Ophtalmologie.
-) Hématologie.
-) Maladie infectieuses.
-) Pneumo-phtisiologie.
-) Psychiatrie.

On a effectué notre stage pratique au sein du centre hospitalier universitaire Frantz Fanon de Bejaia dans les services suivants:

1. Service psychiatrique :

Chef de service : **Dr ABASSIA** Maitre assistante en psychiatrie

Capacité litière : Homme 18 lits

Personnel médical :

Médecin générale : 02

Médecin spécialiste : 02

Hospitalo-universitaire : 17

Personnel paramédical : 18

Nombre d'unité : 02 (femme, homme)

Date de création : 2011

Activité principale :

-) Hospitalisations
-) Consultations d'urgence
-) Ergothérapie (réhabilitation),
-) Enseignement, formation pédagogique (médecins, résidents paramédicaux et psychologues)

Perspectives service :

-) Ouverture a partir du mois d'octobre, la consultation thérapie familiale (Dr : TIZI et Dr : ABASSI).
-) Augmentation du nombre de lits d'hospitalisations
-) Extension et réaménagement de la structure
-) Renforcement de l'effectif (médical, psychologues, agents de salle et de sécurité)
-) Formation pédagogique et scientifique.
-) Collaboration scientifique avec la faculté de médecine.

2. Le service Infectiologie :

Professeur, chef de service : Pr : NOUASRIA Boubaker

Capacité litière : Homme 08 / Femme 08 Hôpital de jours 02

Personnel médical : 02 Spécialistes

Hospitalo-universitaire : 02

Personnel paramédical : 07

Nombre d'unité : 03

Date de création : Octobre 2012

Activité principale

Prise en charge des patients adultes plus de 15 ans présentant des pathologies infectieuses :

- Méningites – méningo encéphalite
- Fièvre en long cours
- Fièvre aigue récentes
- Bactériémie – choc septique
- Dermatologie infectieuse.
- Hépatites aiguës et chroniques B – C.
- Centre de référence VIH / IST SIDA.
- Prise en charge des infections sexuellement transmissibles.
- Prise en charge des hépatites chroniques B et C
- Centre de dépistage volontaire de l'infection à VIH

3. Le service de pneumo-phtisiologie :

Médecin chef de service : Dr F. SI HADJ MOHAND

Capacité litière : Homme 16 lits, Femme 14 lits

Personnel médical :

Médecin Généraliste : 01

Médecin spécialiste : 04

Hospitalo-universitaire : 01

Personnel paramédical : 17

Nombre d'unité : 02 unités

Activité principale :

Exploitation Endoscopique

4. chirurgie Maxillo-faciale :

Médecin chef de service : Dr BENKOUISSEM. S. Maitre assistante.

Capacité litière : Homme 05 lits / femme 05 lits.

Personnel médical : 02 maitres assistants, 02 assistants.

Personnel paramédical : 07

Nombre d'unité : 02 (homme, femme).

Date de création : 1992

Activités principales :

- chirurgie traumatologie maxillo-facial.
- Chirurgie Malformation.
- Urgences chirurgical.
- Chirurgie oncologique maxillo-cervico-facial.

Synthèse :

Dans ce travail on a essayé de traiter notre problème dans un cadre clinique en utilisant un entretien semi directif pour le recueil d'informations et l'échelle de Christina Maslach MBI pour faire une analyse qualitative.

Chapitre IV présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

Chapitre IV analyse des résultats et discussion des hypothèses

Préambule

-) Présentation et interprétation des résultats
-) Discussion des hypothèses

Préambule

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

Présentation et interprétation des résultats

Premier cas :

) Présentation du cas F.F :

M^r F.F est un homme âgé de 51 ans, marié, père de 4 enfants, il exerce le métier d'infirmier depuis 32 ans, il travaille dans le service psychiatrique, en moyenne 8 heures par jour et 5 jours par semaine, concernant son programme de garde il effectue deux à trois gardes par semaine et chaque garde lui donne le droit à deux jours de repos. Et par fois il travaille même le week-end, son planning n'est pas fixe car il ya des semaines où il travaille le jour et d'autres la nuit ; c'est-à-dire il fait 2 à 3 gardes par semaine de 16h00 à 8h00.

) Analyse de l'entretien :

Après la prise de contact, on a fixé un rendez-vous avec M^r F.F pour le 28/02/2017 à 18H00 pour lui faire passer notre entretien. M^r F.F est venu à l'heure on a remarqué qu'il était s'insère et coopératif avec nous. Notre entretien s'est déroulé dans le bureau du médecin et il nous a fallu une heure et demie pour l'achever.

M^r F.F n'a pas une préférence de travailler le jour ou la nuit « pour moi travailler le matin ou le soir c'est la même chose », son travail consiste à donner des soins et mettre les malades à l'aise, « mon travail consiste à soigner les

Chapitre IV : Analyse des résultats et discussion des hypothèses

malades », « et au moment de l'arrivée des malades je les accueille, je les rassure, je l'ai met alaise et j'appelle le médecin », et d'après M^r F.F son travail nécessite une force physique pour le réaliser « oui, mon travail demande une force physique pour métriser les malades agressifs», on remarqué qu'il se sent menacé par certains malades psychotiques et agressifs d'après ses dires : « j'ai eu un problème avec l'un des malades car ce dernier a déposé une plainte contre moi en m'accusant d'avoir volé ses chaussures » « ...et je me sens pas en sécurité même en dehors de l'hôpital ». Cet infirmier souffre d'un trouble de sommeil et il ne se sens pas reposer après le congé « un mois de congé annuel ne me suffit pas pour me reposer » et il est parfois stressé à cause des problèmes personnels « oui, j'ai des problèmes avec ma femme, elle veut pas que je travaille la nuit ! », on a remarqué que cette personne est complètement satisfaite de son poste de travail occupé dans le service psychiatrique : « franchement, je pense que je suis fait pour être infirmier dans ce service, même si je ne suis pas diplômé spécialement pour ce service », « je me sens alaise et je m'entends bien avec mes collègues »

On a conclue notre entretien sur le burn out ou on a remarqué que notre cas est stressé à cause du personnels de service « sa m'arrive d'être stressé à cause des hommes de ménages » et épuisé par son travail, il arrive à dépasser son épuisement en se détendant dans des hammams ou à la mer « oui, j'arrive à dépasser mon stress en allant à la mer ou aux hammams ».

Chapitre IV : Analyse des résultats et discussion des hypothèses

) Présentation et interprétation de l'échelle MBI :

Tableau N°04 : résultat de l'échelle de burn out (MBI)

Dimension de burn out	Score	Niveau de dimension	Score moyen de burn out	Niveau d'épuisement
Epuisement émotionnel	25	Modéré	24.33	Modéré
Dépersonnalisation	3	Bas		
Accomplissement personnel	45	Elevé		

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

Notre cas a un résultat de teste suivant : **SEE= 25, SDE= 3, SAP= 45.**

) Analyse des résultats obtenus dans l'échelle MBI :

L'analyse de l'échelle MBI explique que notre cas F.F se sent fatigué après une journée de travail où il a souligné le sous échelle par (3) et (6) dans les items (2) et (6) qui signifient « je me sens à bout à la fin de la journée de travail » « travailler avec des gens toute au long de la journée me demande beaucoup d'effort », il est souvent stressé par le personnels d'où il a mentionné dans le sous échelle (6) dans l'item (16) « travailler en contacte directe avec les gens me stresse trop ».

Chapitre IV : Analyse des résultats et discussion des hypothèses

Synthèse du premier cas :

En guise de synthèse, à partir de l'entretien semi directif et le test de MBI on constate que M^r F.F présente un état de burn out modéré avec un score de 24,33. Cet état est engendré par certains facteurs liés à la relation professionnelle envers quelques personnes (hommes de ménages).

Deuxième cas :

) Présentation du cas D.N :

M^r D.N est un homme âgé de 44 ans, marié, père d'un enfant, il exerce ce métier depuis 27 ans, il travaille dans le service psychiatrique depuis 16 ans environ 16 heures par jour c'est-à-dire de 16h00 à 8h00, il fait 2 à 3 gardes de nuit par semaine.

) Analyse de l'entretien :

Après avoir fixé un rendez-vous avec M^r D.N pour le 05/03/2017 à 17h00, M^r N.D était à l'heure précise, il était ouvert d'esprit et très coopératif dans l'entretien qu'on a abordé avec lui et cela nous à pris une heure.

Cet infirmier de service psychiatrique travaille durant les gardes de nuit pour éviter le contact avec les gens « je préfère travailler le soir par ce qu'il n'y a pas trop de monde, y a que le personnel et les malades ». Son rôle consiste à faire les soins et surveiller les malades et il se sent parfois obligé d'utiliser la force physique avec les malades agressifs « oui, par fois, avec certain patients qui arrivent agiter et agressifs, je dois utiliser ma force pour pouvoir les métriser », on a observé qu'il est fatigué et stressé car il n'a pas un congé annuel fixe vu le manque de personnels « un mois par an ne me suffit, parfois avec le manque de personnel je n'ai pas de congé » et même après avoir eu son congé il ne se sent pas reposer « le fait de penser que je vais reprendre mon travail je me stresse ».

Lorsque on a abordé notre thème d'étude, on a remarqué que notre cas hésite de nous parler sur son conflit interpersonnel avec le personnel du service et les malades «sa m'arrive d'être stressé à cause des médecins » « mon stresse est causé par les malades agressives », et qu'il se sent menacé par les malades agressifs et psychotiques « je suis toujours en risque d'être attaqué par les

Chapitre IV : Analyse des résultats et discussion des hypothèses

malades » il souhaite changer le service puisque il s'épuise moralement « j'aimerais bien travailler dans le service ophtalmologie ». D'après ses dires il suffit de sortir de l'hôpital pour oublier son épuisement « en sortant du portail de l'hôpital j'oublie tout ».

) Présentation et analyse des résultats obtenus dans l'échelle MBI :

Tableau N° 05 : résultat de l'échelle du burn out (MBI)

Dimension de burn out	Score	Niveau de dimension	Score moyen de burn out	Niveau d'épuisement
Epuisement émotionnel	23	Modéré	22	Modéré
Dépersonnalisation	1	Bas		
Accomplissement personnel	42	Elevé		

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

Notre cas a un résultat de test suivant **SEE= 23, SDE= 1, SAP= 42**

) Analyse des résultats de l'échelle MBI :

On constate d'après le résultat de l'échelle MBI que M^f D.N est fatigué et épuisé par son travail où il a coché dans le sous échelle par (5) dans l'item (2) qui signifie « je me sens à bout à la fin de ma journée de travail » et le sous échelle par (3) dans l'item (20) « je me sens au bout de rouleau », il a un conflit

Chapitre IV : Analyse des résultats et discussion des hypothèses

interpersonnel avec les médecins qui se résume par un stress « travailler en contact avec les gens me stresse trop ».

Synthèse du deuxième cas :

D'après l'analyse de l'entretien semi directif et l'échelle MBI de M^r D.N on a constaté qu'il souffre de burn out à un degré modéré avec une moyenne de 22. Cela est dû aux conditions de travail (la charge de travail, le manque de personnel et de sécurité).

Troisième cas :

) Présentation du cas K.S :

M^f K.S est un homme, âgé de 52 ans, marié, père de 4 enfants, il a 32 ans d'expérience de ce métier, il travaille dans le service pneumo phthisiologie deux à trois fois par semaine de 16 h à 8h de matin.

) Analyse de l'entretien :

Après la prise de contacte avec M^f K.S on s'est fixé un rendez-vous pour le 12/03/2017 à 16h30. M^f K.S a eu un retard de d'une demi-heure car il était occupé par les soins des malades une fois terminé on a entamé notre entretien dans le bureau des infirmiers, il était très coopératif, il nous a donné toutes les informations concernant son métier, et durant la période de stage on a observé qu'il est très sympathique et aimable avec les patients.

Cet infirmier travaille pendant les gardes de nuit pour éviter le contacte avec le personnel et les gens « je préfère travailler la nuit puisque c'est calme et il ya pas de monde », on a remarqué qu'il a un conflit interpersonnel avec ses collègues « oui, sa m'arrive d'être stressé à cause du personnel non pas des malades » « j'aimerais bien changer de service », et cela est du au manque de responsabilité et d'investissement du personnel « le mauvais travail et l'irresponsabilités de certain infirmiers me stresse ». On a observé que ce cas est fatigué et épuisé après une longue nuit de travail sans aucun repos vue le manque de personnel et de moyen « le travail à l'hôpital m'épuise énormément car il ya une absence de moyen et de personnel » et cela a engendré en lui un trouble de sommeil qui est « l'insomnie ».

Chapitre IV : Analyse des résultats et discussion des hypothèses

) Présentation et interprétation de l'échelle MBI :

Tableau N° 06 : résultat de l'échelle du burn out (MBI)

Dimension de burn out	Score	niveau de dimension	Score moyen de burn out	Niveau d'épuisement
Epuisement émotionnel	35	Elevé	24.66	Elevé
Dépersonnalisation	12	Elevé		
Accomplissement personnel	27	Elevé		

Le tableau ci-dessus présente le niveau de burn out chez M^f K.S, On note tout d'abord que l'épuisement émotionnel chez cette personne est élevé, le niveau de dépersonnalisation est élevé, et un niveau élevé de l'accomplissement personnel.

Notre cas a un résultat de test suivant **SEE= 35, SDE= 12, SAP= 27**

) Analyse des résultats de l'échelle MBI:

L'analyse de l'échelle MBI, explique que notre cas est fatigué d'où il a mentionné dans l'item (3) « je me sens fatigué lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail » ou il a coché la sous échelle (5), et dans l'item (6) «travailler avec des gens toute au long de la journée me demande beaucoup d'effort » il a coché la sous échelle (6). Il se sent stressé tout au long de la journée « travailler en contacte directe avec les gens me stresse trop » ou il a coché le (6) qui signifie chaque jour.

Chapitre IV : Analyse des résultats et discussion des hypothèses

Synthèse du troisième cas:

On conclut à partir de l'analyse de l'entretien semi directif et l'échelle MBI que M^r K.S est touché par le phénomène de burn out à un degré élevé avec une moyenne de 24,66. Cet état est causé par le manque de moyen, de responsabilité et d'investissement de personnel.

Quatrième cas

) Présentation du cas M.B :

M^r M.B est un homme âgé de 48 ans, marié, père de 4 enfants, il exerce le métier d'infirmier depuis 26 ans, il travaille dans le service maxillo-facial 16 heures par jour et il fait 2 à 3 gardes de nuit par semaine.

) Analyse de l'entretien :

Après avoir eu l'accord de M M.B de faire un entretien avec nous on s'est fixé un rendez-vous pour le 15/03/2017 à 17h30. M^r M.B était au rendez-vous mais il n'était pas coopératif, il était hésitant dans réponses et parfois il répondait par «inchallah » ou il demandait à son collègue de répondre à sa place. Cet entretien nous a pris beaucoup de temps pour l'achever car nous étions obligés de réexpliquer notre objet d'étude plusieurs fois, on a remarqué qu'il était très inquiet d'avoir des problèmes suite à cet entretien.

Cet infirmier préfère travailler le soir pour éviter beaucoup de contacte « je préfère travailler le soir car il ya moins de pression et moins de contacte » son travail consiste à faire les soins infirmiers « mon travail est de faire les soins d'urgence, accueillir les patients, prescription médical... » On a remarqué que notre cas est un peu épuisé et stressé à cause de personnel c'est pour cela qu'il veut changer le service « c'est le personnel et les malades qui me tresse, et j'aimerais bien changer de service ».

Chapitre IV : Analyse des résultats et discussion des hypothèses

) Présentation et interprétation de l'échelle MBI :

Tableau N°07: résultat de l'échelle du burn out (MBI)

Dimension de burn out	Score	Niveau de dimension	Score moyen de burn out	Niveau d'épuisement
Épuisement émotionnel	12	Bas	15,66	Faible
Dépersonnalisation	1	Bas		
Accomplissement personnel	34	Modéré		

Le tableau ci-dessus présente le niveau de burn out chez M^r M.B, on note tout d'abord que l'épuisement émotionnel chez cette personne est bas, le niveau de dépersonnalisation bas, et un niveau modéré de l'accomplissement personnel.

Notre cas a un résultat de teste suivant : **SEE= 45, SDE= 6, SAP= 31**

) Analyse des résultats obtenus dans l'échelle MBI :

On constate d'après l'échelle MBI que M^r M.B ne se sent pas fatigué après une nuit de travail puisque il a de temps pour faire une sieste pendant les gardes de nuit ou il a mentionné dans le sous échelle par (2) qui signifie quelque fois par an dans les items (2) et (3) « je me sens à bout à la fin de ma journée de travail », « je me sens fatigué lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail ».

Chapitre IV : Analyse des résultats et discussion des hypothèses

Synthèse du quatrième cas :

On déduit d'après l'analyse de l'entretien semi directif et l'échelle MBI que M^r M.B souffre de burn out a un niveau faible avec une moyenne de 15,66, car il se sent parfois fatigué et stressé par son travail.

Cinquième cas

) Présentation de cas A.B :

M^r A.B est un homme âgé de 54 ans, marié, père de 2 enfant, il exerce le métier infirmier depuis 30ans, il travaille dans le service néphrologie 16 heures par jour de 16h00 à 8h00, il effectue deux à trois garde par semaine.

) Analyse de l'entretien :

Après avoir eu l'acceptation de M^r A.B pour la participation à notre enquête on s'est fixé un rendez-vous pour le 20/03/2017. M^r A.B est venu à l'heure il était accueillant et ouvert d'esprit.

Notre cas préfère travailler la nuit que le jour pour éviter la pression de travail et le contact avec les gens « je préfère travailler la nuit que le jour car travailler avec les gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort et d'énergie » et d'après ses dires la charge de travail augmente en fait à mesure avec l'augmentation de nombre des malades et le manque de moyen « non, la charge de travail n'est pas stable car on n'a pas de moyen pour satisfaire les malades ». On a remarqué que cet infirmier veut changer le service car il se sent stressé, fatigué et épuisé, et il veut avoir l'aménagement du poste de travail « je me sens fatigué suite à mon travail ...et même après le congé je me sens pas reposé » après 30 ans de travail M^r A.B souffre d'un trouble de sommeil.

Chapitre IV : Analyse des résultats et discussion des hypothèses

) Présentation et interprétation de l'échelle MBI :

Tableau N°08: résultat de l'échelle du burn out (MBI)

Dimension de burn out	Score	Niveau de dimension	Score moyen de burn out	Niveau d'épuisement
Epuisement émotionnel	47	Elevé	32,33	Elevé
Dépersonnalisation	12	Elevé		
Accomplissement personnel	38	Modéré		

Le tableau ci-dessus présente le niveau de burn out chez M^r M.B, on note tout d'abord que l'épuisement émotionnel chez cette personne est élevé, le niveau de dépersonnalisation élevé, et un niveau modéré de l'accomplissement personnel.

Notre cas a un résultat de teste suivant : **SEE=47, SDE=12, SAP=38**

) Analyse des résultats obtenus dans l'échelle MBI :

On constate d'après les résultats de l'échelle MBI que M^r A.B se sent parfois émotionnellement vidé par son travail ou il a mentionné dans la sous échelle par (4) dans l'item (1), et il se sent fatigué et frustré ou il a coché dans la sous échelle par (6) dans l'item (2) « je me sens à bout à la fin de ma journée de travail » et dans l'item (13) « je me sens frustré par mon travail »

Chapitre IV : Analyse des résultats et discussion des hypothèses

Synthèse du cinquième cas :

D'après les résultats de l'entretien semi directif et l'échelle MBI, on a constaté que M^r A.B est touché par le syndrome de burn out avec un degré élevé à une moyenne de 32,33, cela est dû à la surcharge de travail qui se résulte par le manque de moyen et de personnel.

Chapitre IV : Analyse des résultats et discussion des hypothèses

Discussion des hypothèses :

Après avoir présenté les (05) cas de notre étude, cette dernière partie va nous permettre de procéder à une discussion des hypothèses.

C'est à partir de l'analyse de l'entretien semi directif et des résultats obtenu dans l'échelle d'épuisement professionnel MBI (Maslach Burn out Inventory) qui ont été élaboré durant notre période de stage au niveau de l'hôpital Frantz Fanon de Bejaia, qu'on arrive à confirmer et infirmer nos hypothèses.

Notre hypothèse générale suppose que les infirmiers du garde de l'hôpital de Frantz fanon de Bejaia, manifestent un burn out. D'après les résultats de l'échelle de MBI on a constaté que notre population d'étude est touchée par le syndrome de burn out à des divers degrés.

Tableau N°09 : récapitulation des résultats de l'échelle MBI de tout les cas

Le cas	Epuisement émotionnel	Dépersonnalisation	Accomplissement personnel	Score moyen	Résulta
F.F	Modéré	Bas	Elevé	24,33	Modéré
D.N	Modéré	Bas	Elevé	22	Modéré
K.S	Elevé	Elevé	Bas	24,66	Modéré
M.B	Bas	Bas	Modéré	15,66	Bas
A.B	Elevé	Elevé	Modéré	32,33	Elevé

On a trouvé un cas (01) qui manifeste un burn out avec un degré élevé, quatre cas (03) qui manifestent un burn out modéré et un cas (01) qui manifeste un burn out à un degré bas. Les résultats qu'on a relevés à partir de l'échelle de

Chapitre IV : Analyse des résultats et discussion des hypothèses

burn out MBI ainsi que les informations recueilli aux prés des infirmiers nous permettent de confirmer notre hypothèse générale.

Selon l'échelle MBI on a obtenu les résultats des trois dimensions avec des degrés divers : pour l'épuisement émotionnel on a un niveau bas chez les cas (M.B), deux niveaux modérés chez les cas (F.F, D.N), et deux niveaux élevé chez les cas (K.S, A.B). Et pour la dépersonnalisation on a trois niveaux bas chez les cas (F.F, D.N, M.B), deux niveaux élevés chez les cas (K.S, A.B) et on a remarqué une absence de niveau modéré dans cette dimension, et pour la dernière dimension de l'accomplissement personnel on a un niveau bas chez le cas (K.S), un niveau modéré chez les cas (M.B, A.B) et deux niveaux élevé chez les cas (F.F, D.N).

La première hypothèse partielle suppose que le nombre d'année d'expérience au travail contribue à l'apparition de burn out, autrement dit, il y a une relation significative entre le phénomène burn out et l'ancienneté. Donc cette hypothèse est bien confirmée.

Concernant la deuxième hypothèse partielle, on a confirmé selon l'analyse de notre entretien que les conditions défavorables du travail tel que le manque des moyens matériels et personnels conduisent à l'apparition du burn out.

Nous pouvons dire que toutes les hypothèses que nous avons supposées sont confirmées.

Conclusion générale

Conclusion

Dans ce qu'on a évoqué antérieurement, il semble que le phénomène de burn out touche principalement les professions de type « relation d'aide », ceux qui sont soumis à de fortes sollicitations mentales, émotionnelles et affectives, et qui s'investissent dans une responsabilité vis-à-vis des autres. Les soignants et notamment les infirmiers suscitent un intérêt particulier du fait des particularités du métier qu'ils accomplissent tant au plan relationnel que professionnel. La profession infirmière nécessite beaucoup d'effort et d'énergie et de patience.

Dans le cadre de notre étude sur le burn out chez les infirmiers de garde de l'hôpital Frantz Fanon de Bejaia, nous avons demandé si ces infirmiers subissent un burn out avec ces trois dimensions à savoir, l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation, et le manque d'accomplissement personnel.

Pour confirmer la présence de syndrome de burn out chez les infirmiers nous avons limité notre étude à (05) cas, on a utilisé deux instruments afin de vérifier nos hypothèses, à savoir l'échelle de Maslach (MBI) qui mesure le degré de burn out et un entretien semi-directif pour rassembler les données nécessaire.

On a constaté d'après les résultats de notre étude que notre population d'étude présente un burn out avec des différents degrés.

On a remarqué que les infirmiers les plus anciens dans l'exercice de ce métier sont les plus touchés par le syndrome de burn out, on a enregistré que ce syndrome est à l'origine de plusieurs facteurs qui favorisent son apparition à travers les conditions de travail défavorables (le manque de matériel et de personnel, la surcharge de travail, le volume d'horaire) et les facteurs relationnels (des conflits interpersonnels, manque de communication).

En conclusion, cette étude montre que le burn out chez les infirmiers est une réalité, donc la diffusion de programmes d'information et de prévention

auprès de personnel soignant semble nécessaire, de ce fait nous allons proposer quelques solutions :

- Améliorer les rapports et les relations professionnelles entre les personnels infirmiers ;
- Améliorer les conditions de travail ;
- Créer une bonne atmosphère dans le travail ;
- Créer une association pour aider les infirmiers à surmonter leurs états de burn out.

Liste bibliographique

La liste bibliographie

Les ouvrages :

1. ANGERS, M. **initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines**, DUNOD, Paris, 1999.
2. BOUDOUKHA, A. H. **Burn-out et traumatismes psychologiques**, Edition Dunod, Paris, 2009.
3. CANOUI, P et MAURANGES, A. **le burn out a l'hôpital**, syndrome d'épuisement professionnel des soignants, 4eme édition, Masson, Paris, 2008.
4. CHAHRAOUI, K et BENONY, H. **L'entretien clinique**, DUNOD, Paris, 1999.
5. COUTANCEAU, R. et al.. **stress, burn out, harcèlement moral**, Edition Dunod, Paris, 2016.
6. DELBROUCK, M. **Comment traiter le burn out**, Edition DE BOECK, collection OXALIS, 2011.
7. DELBROUCK, M. **le burn out du soignant**, Edition DE BOECK, collection OXALIS , 2008.
8. DEVERS, G **.Droit et pratique soin infirmier**, 3ème Edition LA MARRE, Paris, 2013.
9. GRAWITZ, M. **Méthodes des sciences sociales**, 11eme Edition DALLOZ, Paris, 2001.
10. GREBOT, E. **Stress et burn out au travail**, Edition EYROLLES, Paris, 2008.
11. MANOUKIAN, A. **la souffrance au travail. Les soignants face au burn out**, 2eme Edition LAMARRE, 2016.
12. MESTERS, P. **Vaincre l'épuisement professionnel**. Toutes les clés pour comprendre le burn out. Edition Laffont. Collection « Réponses » 2007.

13. PIARRAT, B. **Le stress au travail**, Edition Prat, France, 2012.
14. ZAIEJA, P. Franck GUARNIRIE, **L'Épuisement professionnel** (diagnostic, analyse, prévention, Edition ARMAND COLIN, 2013.

Les thèses :

1. BENATIA, Y. **l'épuisement professionnel chez les infirmiers urgentistes**, université de Constantine, 2007-2008.
2. BENFERHAT, A. mémoire de magistère **syndrome de burn out chez les médecins en situation de catastrophe** : le cas des SAMU d'Alger, Blida et Médéa, 2009.
3. BOULKROUNE, N. **le syndrome de burn out chez l'enseignant du supérieur**, Université Mentouri de Constantine, 2008.
4. DUQUETTE, A& KEROUAC, S et Beaudet, L. **L'épuisement professionnel du personnel infirmier un bilan des connaissances**, Canada, 1992.
5. KULIMUSHI KARUME, E. **Impacte de la surcharge de travail de l'infirmier sur la qualité et le rondement des soins** (cas de l'hôpital de Heal Africa à GOMA) institut supérieur d'informatique et de gestion de Goma – Licence en santé publique, 2010.
6. JULIETA INOCENTE, J. **le stress professionnel et burn out chez les chirurgiens-dentistes**, université Bordeaux2, France, 2010.
7. LACOMME, L. **l'infirmier face au geste de premiers secours**, France, 2004.
8. JULLIAN, M. **Mémoire de l'école nationale de la santé publique**, 2007.
9. ORQUIDIA, M. **Le burnout chez les soignants** : facteurs prédis posant et moyens de prévention. 2005-2009.
10. WIERTZ, R. **psychiatres et burn out ?** Etude de la prévalence du syndrome d'épuisement auprès des psychiatres Hospitaliers du Nord Pas de Calais, thèse de médecine, Lille, 2012.

Dictionnaire :

1. Dictionnaire **petit Larousse**, Paris, 2013.
2. ROBERT. P, **le nouveau petit robert**, édition millésime, Paris, 2007.

Site internet :

<http://www.larousse.fr/archives/medical/page/180#t11900> consulté le
07/03/2017 à 14h42.

Annexes

Annexe N°01

Guide d'entretien

Axe 1 : Identification personnelles

1. Nom :.....
2. Age :.....
3. Le sexe : masculin féminin
4. Situation familial : marié(e) divorcé (e)
célibataire (e)
5. Nombre d'enfant à charge :
.....

Axe 2 : Information de l'activité professionnelle

1. Combien d'années d'exercice avez-vous jusqu'à présent ?
.....
2. Combien d'heure de travail effectuez-vous par jours ?et
combien de jours par semaine ?.....
3. Travaillez-vous les jours fériés, les week end ?
.....
4. Préférez vous travaillez le matin ou le soir ?pourquoi ?
.....
.....
5. Combien de garde de nuit faites vous par semaine ?
.....
.....
6. Avez-vous de temps pour faire une sieste pendant la garde ?
commentez ?
.....
.....
7. Dans quel service travaillez-vous?
.....
.....

8. On quoi consiste votre travail dans ce service ?

.....
.....

9. Quel est votre activité au moment de l'arrivée des patients ?

.....
.....

10. Est-ce que ça demande de la force physique dans votre travail ?commentez ?

.....
.....

11. Votre charge de travail est elle resté stable depuis l'année dernier ? Si c'est

non,.....
.....

12. Quel est en moyenne votre congé annuel ? A votre avis est-il suffisant ?

.....

Axe 3 : information sur la vie privée :

1. Avez-vous des troubles de sommeil ?

.....

2. Est-ce que vous vous sentez reposé après le congé ? oui / non commentez

.....
.....

3. Rencontrez-vous des problèmes au sein de votre famille concernant votre garde de nuit ?

.....
.....

4. Est-ce que vous recevez un soutien ? oui /non si oui de la part de qui ?

.....
.....

5. Est-ce que vous avez déjà ressenti le besoin de changer de service ?oui /non

si oui vers quel service ?.....

Axe 4 : information sur le burn out :

1. Sa vous arrive t-il d'êtes stressé a cause du personnel de service ou des malades ?

.....
.....

2. sentez vous que le travail à l'hôpital vous épuise ?

.....
.....

3. Pensez vous que votre stress est la cause de votre épuisement ou bien existe t-il d'autres causes ?.....

4. Arrivez-vous à dépasser votre état d'épuisement ?
Commentez ?.....

.....

Annexe N°02

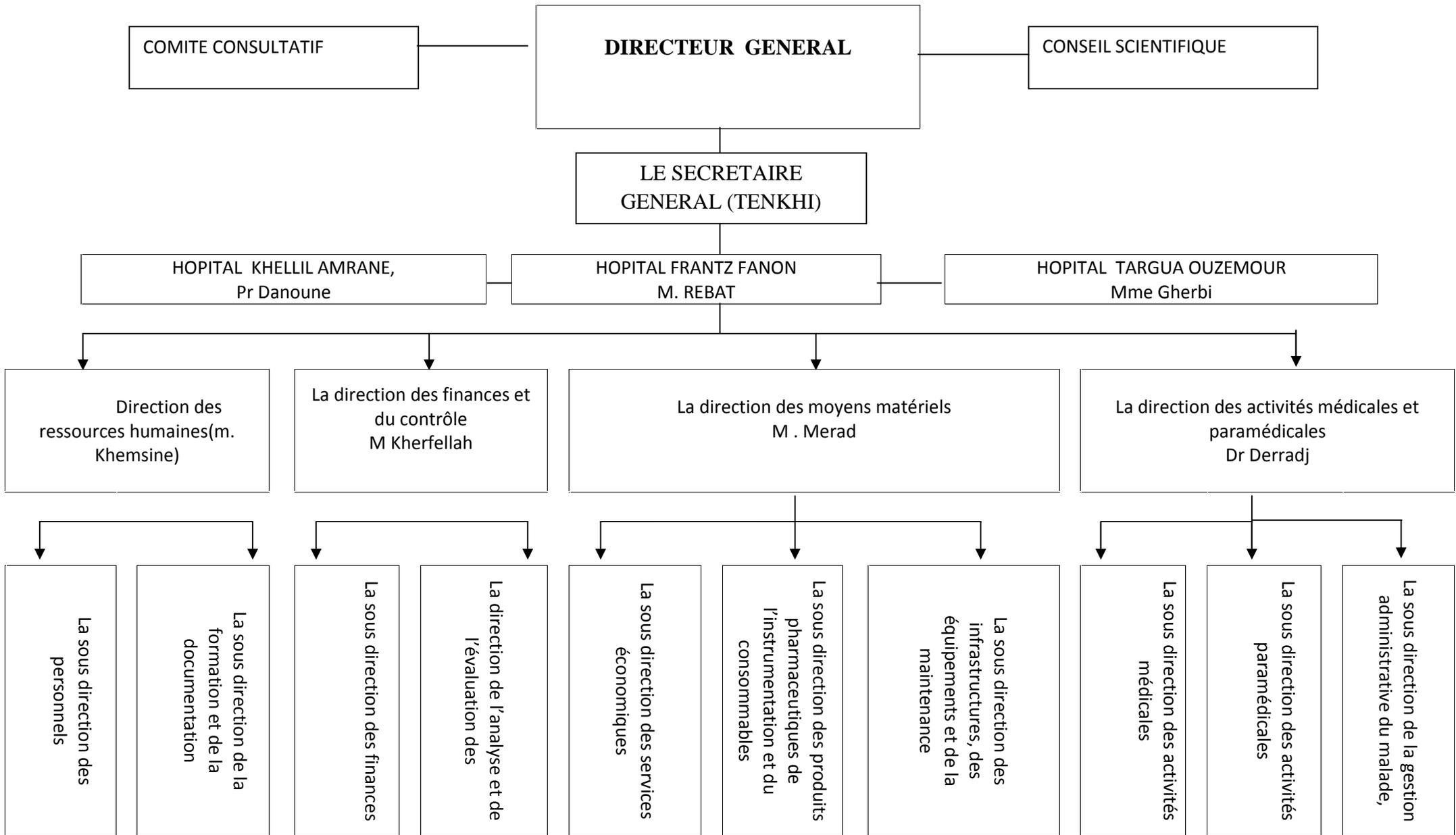
Burn out syndrome ou syndrome d'épuisement professionnel: échelle MBI

(Maslach Burn Out Inventory)

Items	Fréquences						
	Jamais	Quelques fois par an	Une fois par mois	Quelques fois par mois	Une fois par semaine	Quelques fois par semaine	Chaque jour
1-Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail.							
2-Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail.							
3-Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail.							
4-Je peux comprendre facilement ce que les 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 des patients.							
8-Je sens que je craque à cause de mon travail							
9-J'ai l'impression, à travers 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 ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains des patients.							
16-Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop.							
17-J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec les patients.							
18-Je me sens ragaillard(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche des patients.							
19-J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail.							
20-Je me sens au bout du rouleau.							
21-Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement.							
22-J'ai l'impression que les patients me rendent responsable de certains de leurs problèmes.							

Organigramme du CHU de Bejaia



Les unités hospitalières du CHU de Bejaia

Hôpital khellilamrane,

Hôpital frantz fanon

Hôpital targua ouzemour