

République Algérienne Démocratique et Populaire
Université Abderrahmane Mira de Bejaia

Faculté des Sciences Humaines et Sociales
Départemenet des Sciences Sociales

Mémoire de fin d'études
Présenté pour l'obtention du diplôme de

MASTER

Spécialité : Psychologie clinique

Thème

**Burn-out et compétences émotionnelles chez
les sages-femmes**

Étude de 24 cas réalisée à l'Hôpital mère-enfant de Béjaia

Présenté par :
RAMDANI Fifi
OULHACI Dahia

Encadré par :
Dr. HATEM Wahiba

Année universitaire : 2017/2018

Remerciements

Je remercie avant tout la femme qui m'a mise au monde, ma mère. Je ne sais ce que j'aurai fait sans son soutien, son amitié, sa présence.

Mon père pour toutes les choses qu'il m'a appris, mais aussi pour son honnêteté, ses conseils, son soutien.

Ma sœur et mes frères pour leur affection et Mohamed... Pour énormément de choses.

Je remercie Mme. HATEM Wahiba pour son investissement, son support, sa spontanéité, et ses conseils.

Mme. BAADACHE pour son appui et ses belles paroles.

La Chef et Coordinatrice du Service Maternité du CHU de Béjaïa pour son aide et sa contribution, ainsi que toutes les sages-femmes de cette institution.

Enfin, je remercie les membres du jury pour leur temps et leur considération.

RAMDANI Fifi

Remerciements

Je remercie ma mère pour toutes les belles choses qu'elle m'a offertes mais aussi mon père.

Je remercie ma sœur et mes frères de m'avoir permis d'être la personne que je suis aujourd'hui.

Je remercie notre enseignante et Directrice de mémoire le Dr. Hatem Wahiba pour son soutien et sa gentillesse.

Je remercie le Directeur et la Chef Coordinatrice du Service Maternité de nous avoir si bien accueillies ma camarade et moi, ainsi que toutes les sages-femmes de l'Hôpital mère-enfant de Béjaia.

Je remercie tous ceux et celles qui m'ont apporté leur aide.

Enfin, je remercie le jury pour leur présence et leur Considération.

OULHACI Dahia

Sommaire

Cadre général de la recherche

Introduction	1
Problématique	2
Hypothèses	6
Opérationnalisation des concepts	6

Partie théorique

Chapitre 1 : L'épuisement professionnel ou burn-out

Préambule	10
1. Historique	10
2. Origine et émergence du concept	11
3. Différentes appellations du burn-out	12
3.1. Burnout syndrome	12
3.2. Karoshi	13
3.3. Syndrome d'épuisement professionnel	13
4. Définition du burn-out	14
4.1. Selon Herbert Freudenberger	14
4.2. Selon Christina Maslach	14
4.3. Selon Robert Kahn	14
4.4. D'après d'autres auteurs	15
5. Facteurs de vulnérabilité du burn-out	16
5.1. Les variables professionnelles et organisationnelles	16
5.2. Les variables inter et intra individuelles	17
6. Modèles théoriques de l'épuisement professionnel	17
6.1. Le modèle de Christina Maslach (1996)	17
6.1.1. Épuisement émotionnel	17
6.1.2. Dépersonnalisation	18

6.1.3. Réduction de l'accomplissement personnel.....	18
6.2. Le modèle transactionnel de Cary Cherniss (1982).....	19
6.2.1. Les caractéristiques de l'environnement de travail.....	19
6.2.2. Les caractéristiques individuelles	19
6.3. Le modèle d'Alaya Pines (1982, 1993)	20
6.4. Le modèle de Bakker, Demerouti, de Boer et Schaufelin (2003)...	22
7. Principales approches psychosociales.....	23
7.1. Le modèle exigences/contrôle de Robert Karasek.....	23
7.2. La psychodynamique du travail de Christophe Dejours.....	23
8. Symptomatologie du burn-out	24
9. Mesures préventives.....	29
Synthèse.....	30

Chapitre 2 : L'épuisement professionnel chez la sage-femme

Préambule	32
1. Historique sur le métier de sage-femme	32
2. Définitions du métier de sage-femme	33
3. Le rôle de la sage-femme	34
4. Parcours et formation de la sage-femme, en Algérie.....	34
5. La complexité du métier de sage-femme	35
5.1. Dans le monde.....	35
5.2. En Algérie	36
6. Le burn-out chez la sage-femme en Algérie.....	37
7. Les émotions et le burn-out.....	39
8. Les dépressions et le burn-out.....	41
9. Les conséquences du burn-out	41
9.1. Sur le plan émotionnel	41
9.2. Sur le plan comportemental	42

9.3. Sur le plan physique	43
9.4. Sur le plan cognitif	43
10. Prévention du stress et du burn-out.....	43
Synthèse	46

Partie pratique

Chapitre 3 : Méthodologie de la recherche

Préambule	49
1. Limites de la recherche	49
2. Raisons du choix du thème	49
3. Méthode employée	51
4. Description du lieu de la recherche.....	52
5. Description du groupe-cible.....	54
6. Outils de la recherche.....	55
7. Déroulement de l'enquête	61
7.1. La préenquête	61
7.2. L'enquête.....	62
8. Difficultés rencontrées	63
Synthèse.....	64

Chapitre 4 : Présentation, analyse et discussion des hypothèses

Préambule	66
I. Présentation et analyse des résultats	66
II. Discussion des hypothèses	94
Synthèse.....	99

Conclusion.....	101
Bibliographie.....	103
Annexes	

« ... le changement n'est pas seulement nécessaire à la vie, il est la vie. Et par conséquent, vivre c'est s'adapter. » - Alvin TOFFLER

Abréviations

- OMS** : Organisation mondiale de la Santé
- CHU** : Centre Hospitalo-Universitaire
- INRS** : Institut Nationale de Recherche et Statistique
- OSFQ** : Ordre de Sages-femmes du Québec
- SEPS** : Syndrome d'épuisement professionnel des soignants
- UNICEF** : Fonds des Nations unies pour l'enfant
- UNFPA** : Fonds des Nations unies pour la population
- MSPRH** : Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme
hospitalière
- MBI** : Maslach Burnout Inventory
- CE** : Compétences émotionnelles
- EE** : Épuisement émotionnel
- SD** : Score dépersonnalisation
- AP** : Accomplissement personnel

Liste des tableaux

Tableau N°	Titre	Page
1	Activités des services	54
2	Caractéristiques du groupe de recherche	55
3	Compétences de l'intelligence émotionnelle de Goleman (2001)	60
4	Récapitulatif des résultats obtenus à l'échelle MBI	67
5	Récapitulatif des résultats obtenus à l'échelle du Profil des compétences émotionnelles	69
6	Résultats de Lila obtenus dans l'échelle MBI	76
7	Résultats obtenus dans l'échelle du PCE	77
8	Résultats de Hayet obtenus dans l'échelle MBI	81
9	Résultats de Hayet obtenus dans l'échelle du PCE	82
10	Résultats de Ourida obtenus dans l'échelle MBI	87
11	Résultats de Ourida obtenus dans l'échelle du PCE	88
12	Résultats de Sabah obtenus dans l'échelle MBI	92
13	Résultats de Sabah obtenus dans l'échelle du PCE	93
14	Principaux syndromes rencontrés chez les 4 cas	95

Introduction

Introduction

L'expression et anglicisme Burn-out a été créé dans les années 1970 aux États-Unis « par des soignants pour des soignants » afin de définir un état particulier d'épuisement, d'irritation, de dégoût du travail par des professionnels dont l'activité était orientée vers l'aide envers autrui. (Canoui et Mauranges, 2015)

Dans un de ses premiers écrits (1974), Herbert J. Freudenberger, psychanalyste, avait interprété cette pathologie au travail comme « une maladie de l'âme en deuil de son idéal » (Freudenberger, 1987). Dans les années qui suivent, de nombreux autres chercheurs se sont interrogés sur ce syndrome afin d'en définir le contour et aujourd'hui, beaucoup y sont arrivés (Canoui et Mauranges, 2015). Observons comment, au fur et à mesure que nous avançons dans notre recherche.

Aucune société ou organisme n'est en mesure d'échapper aux situations épuisantes qui, peu à peu poussent l'individu à être "dépassé" suite à la multiplicité croissante des tâches ou des événements qui se succèdent sans interruption dans sa vie quotidienne. La communauté algérienne n'en fait pas l'exception.

Afin de mieux assimiler notre thématique, nous avons entrepris des démarches qui nous ont permis de considérer avec attention et ce, de très près « l'état » dans lequel se trouvaient les sages-femmes du Centre hospitalo-universitaire (CHU) de la wilaya de Béjaïa.

Comme toute recherche, deux parties construiront ce travail ; une partie théorique et une partie pratique. Dans la partie théorique seront rencontrés deux chapitres, l'un traitant l'épuisement professionnel dans son ensemble, l'autre le burn-out chez les sages-femmes d'un point de vue général, en tenant compte de l'épuisement professionnel chez la sage-femme algérienne. L'approche que nous avons adoptée auprès de nos sujets de recherche est l'approche cognitivo-comportementale et la méthode que l'on a utilisée est la qualitative descriptive. Bien sûr, cette dernière sera reprise et développée dans le chapitre méthodologique qui sera compris dans la partie pratique. Un chapitre qui annoncera tous les détails de notre enquête.

Problématique

Le burn-out est "une maladie de civilisation" dit Pascal Chabot, philosophe et auteur belge. En effet, ce syndrome "émergent" met en évidence un nouveau rapport au travail. Travailler a toujours eu un côté épuisant, mais nous nous trouvons dans une civilisation qui est bien différente d'autrefois (Papy, 2013).

Aujourd'hui, l'adaptation doit se faire par rapport à une accélération du temps, à des injonctions et à d'autres types d'organisation du travail. La question de l'adaptation est centrale dans l'apparition du burn-out (Papy, 2013).

La définition du burn-out ou du concept d'épuisement professionnel pourrait paraître simple tant l'expression américaine et sa transcription française semblent claires. Les mots suggèrent d'eux-mêmes le syndrome. La popularité et la diffusion du terme montrent à quel point il est vécu et ressenti par des professionnels (Canoui et Mauranges, 2015).

Pour une bonne raison : le burn-out n'est pas qu'un épuisement professionnel dans le sens d'une immense fatigue, il est aussi un effondrement personnel lié au sentiment d'une remise en cause profonde de soi, de sa propre valeur. C'est l'estime de soi, la confiance en soi qui est altérée pour des raisons liées aux conditions mêmes d'exercice de l'activité professionnelle (Dutent, 2018)

Pas question aujourd'hui d'ignorer le phénomène, mais il en manque encore une définition opérante et consensuelle et des études épidémiologiques suffisantes pour en caractériser l'ampleur. Dans les classifications actuelles des pathologies mentales, le concept de burn-out n'apparaît pas et ne peut donc pas être caractérisé comme une maladie (Zawieja et Guarnieri, 2015, p. 13).

Pour l'OMS (Organisation mondiale de la Santé), 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 concrets au travail (OMS, 2014).

L'INRS (Institut National de Recherche et Statistique) quant à lui décrit un syndrome d'épuisement professionnel et un ensemble de réactions consécutives à des situations de stress professionnel chronique (INRS, 2014).

Les métiers d'aide, dont on a de plus en plus besoin, ont été les premiers touchés par le burn-out. On évalue à presque 50% ce syndrome chez les médecins, sages-femmes, infirmières, psychologues et assistantes sociales. En effet, le syndrome d'épuisement professionnel s'est bien construit autour des professions d'aide, par la suite, il s'est étendu à l'ensemble du monde du travail. Cependant, celles-ci ne sont pas seulement les professions de santé, mais il s'agit de toutes les professions qui ont pour objet principal de travail l'être humain. Ce sont des enseignants, des éducateurs, des policiers et gendarmes, des avocats, et tous les auxiliaires et personnels administratifs ou techniques de ces professionnels. Nous allons tenter de comprendre et de cerner les points communs et les différences qui y sont liées (Zawieja et Guarnieri, 2015, p. 15).

Il est important de noter que les signes cliniques du burn-out ne sont pas spécifiques. Néanmoins, ceux décrits sont des symptômes somatiques, psychiques et comportementaux variés, banals et non caractéristiques.

Sur le plan physique, ce sont des signes et des symptômes somatiques non spécifiques comme une fatigue ou une lassitude, des troubles du sommeil, et des infections prolongées ou répétées. Sur le plan comportemental, ce sont des manifestations inhabituelles pour le sujet : « une irritabilité trop fréquente, une sensibilité accrue aux frustrations, une labilité émotionnelle faisant passer du rire à la bouderie ou aux pleurs, une promptitude à la colère ou aux larmes indiquant une surcharge émotionnelle, une méfiance ou une rigidité envers autrui, une attitude cynique ou de toute puissance pouvant mener à des conduites de risque pour soi-même ou pour autrui » (Coutanceau et al., 2016, p. 24).

Il existe trois dimensions qui nous permettent la reconnaissance du syndrome de burn-out et qui apportent une compréhension psychodynamique au concept. Celles-ci étant présentées comme suit : l'épuisement émotionnel, la déshumanisation de la relation interpersonnelle et la diminution de l'accomplissement personnel (Coutanceau et al., 2016, p. 24).

Afin de mieux cerner le concept ainsi que ses signes et dimensions, nous voulons étudier de près la question du burn-out chez la sage-femme d'un point de vue général, mais aussi d'un point de vue particulier, en prenant comme cible les sages-femmes algériennes et plus particulièrement les sages-femmes de l'Hôpital mère-enfant de la wilaya de Béjaia.

À notre connaissance, très peu de recherches sur le sujet ont été faites au niveau national. Le burn-out reste donc un syndrome très méconnu, tant même par des professionnels que par les personnes qui en sont atteintes, et

qui diront tout simplement qu'il est la définition d'une extrême fatigue ou d'un stress ordinaire.

Une enquête menée à la Maternité Paule-de-Viguiier du CHU de Toulouse a révélé que près de 40% des soignants exerçant au niveau de celle-ci souffraient d'épuisement professionnel dont 27 médecins et 29 sages-femmes (Cailleau, 2017)

En 2014, à la Maternité du CHU de Constantine, seulement 15 sages-femmes sur un total de 70 travaillaient toujours, soit un déficit de près de 80% de l'effectif. Selon la présidente de l'association nationale des sages-femmes algériennes, Akila Guerrouche (2014), toutes celles qui n'étaient plus de service ont opté pour le dépôt de leur congé maladie. Aussi, plus de 24 arrêts de travail ont été déposés en l'espace d'une semaine laissant les sages-femmes de cette structure pour "épuisées" suite aux conditions de travail, à la mauvaise gestion, au laisser-aller des lieux et à l'agressivité des patients envers elles. (Harhoura, 2010)

Selon l'OSFQ (Ordre des Sages-Femmes du Québec), La sage-femme est une professionnelle de la santé formée pour être entièrement responsable des soins et des services durant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale pour la mère et le nouveau-né. (OSFQ, 2018)

En plus d'accompagner la femme enceinte jusqu'à la naissance de son enfant, la sage-femme assure également le suivi médical de la grossesse en effectuant des examens cliniques nécessaires, mais aussi le suivi psychologique de la future maman et sa préparation à l'accouchement. Ceci peut souvent porter atteinte aux émotions de la sage-femme, notamment lorsqu'il y a des situations de fausses couches et d'avortements (OSFQ, 2018).

Dans certains cas, la perte de l'enfant ou celle de la mère aura un sérieux impact sur la santé physique et mentale de la sage-femme, si en plus, facteurs organisationnels et risques psychosociaux sont présents. Les compétences émotionnelles de la sage-femme sont d'une grande importance. Des émotions mal régulées peuvent nuire et déstabiliser l'état de santé de cette dernière, ce qui la laissera profondément perturbée.

Affrontant quotidiennement les moments stressants qu'implique sans cesse leur métier, les sages-femmes peuvent dangereusement être confrontées au burn-out.

Les questions que nous nous posons sont donc les suivantes :

- Les sages-femmes de l'Hôpital mère-enfant de Béjaia, présentent-elles les symptômes d'un épuisement professionnel ?
- Ces mêmes sages-femmes, font-elles preuve de bonnes compétences émotionnelles ?

Hypothèses :

- Les sages-femmes de l'Hôpital mère-enfant de Béjaia présentent les symptômes d'un épuisement professionnel.
- Étant donné qu'elles sont épuisées, nous émettons l'hypothèse qu'elles ne font pas preuve de bonnes compétences émotionnelles.

Opérationnalisation des concepts :

*** L'épuisement professionnel :**

- Stress ;
- Anxiété ;
- Fatigue physique ;
- Fatigue émotionnelle ;
- Épuisement émotionnel ;
- Irritabilité ;
- Désengagement ;
- Dépersonnalisation ;
- Désintérêt ;
- Changements d'attitudes et de comportements ;
- Réduction de l'accomplissement personnel.

*** La sage-femme :**

- Elle assure :
 - L'accompagnement de la femme enceinte ;
 - Les séances de préparation à la naissance et à la parentalité ;
 - Les accouchements ;
 - Elle procure des soins à la mère et à l'enfant ;
 - S'occupe de la vaccination de ces derniers ;

- Elle pratique les actes d'échographie obstétricale ou de dépistage ;
- Elle informe et oriente ses patientes ;

*** Compétences émotionnelles :**

- Empathie ;
- Compréhension de ses sentiments ;
- Compréhension des émotions des autres ;
- Écoute et identification de ses émotions ;
- Écoute et identification des émotions des autres ;
- Contrôle de ses émotions ;

Partie théorique

Chapitre 1 :

L'épuisement professionnel ou burn-out

Préambule

Le stress ne peut autrement être défini que par un ensemble de réactions que l'organisme émet dans des situations plus ou moins complexes. Des réactions tant émotionnelles que physiques, mais qui demeurent normales. Des réponses qui progressivement s'intensifient pour laisser place à ce qui n'est plus aussi normal, menant ainsi à l'apparition d'un type de stress plus délicat, voire plus critique. Un état qui mène au Burn-out.

Afin de mieux situer le syndrome qu'est le Burn-out, et de mener à bien le premier chapitre de ce travail, nous considérons important d'évoquer - ne serait-ce qu'une partie, la plus importante - de son histoire, soulignant au passage l'origine et l'émergence du concept, avant de considérer ses différentes appellations, définitions, caractéristiques et dimensions.

Nous évoquerons notamment les facteurs de vulnérabilité du burn-out ainsi que sa symptomatologie et ses principales approches psychosociales.

1. Historique

Beaucoup commenceront leur écrit en citant que la notion d'épuisement professionnel revient à la décennie soixante-dix, aux États-Unis, car c'est ce qu'ils liront sans doute avant une toute autre chose. Néanmoins, il serait injuste de s'en contenter.

On retrouve, en France, des précurseurs qui, sous des descriptions variées, mais assez proches, vont envisager la fatigue au travail : surmenage intellectuel (Desoille et Raynaud), surmenage des dirigeants (Bize et Goguelin), syndrome subjectif commun de la fatigue nerveuse (Bégoïn), états d'épuisement (Veil).

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

C'est en tant que problème social et non théorique que le terme « burnout syndrome » naît quasi simultanément sur les côtes est et ouest des États-Unis durant la décennie soixante-dix. (P. Canouï, A. Mauranges, 2015, p. 5)

2. Origine et émergence du concept

L'ubiquité des lieux de naissance du concept d'épuisement est révélatrice du fait que le problème « *était dans l'air* » comme l'écrit Wilmar B. Schaufeli.

L'Ancien Testament mentionne déjà l'épuisement du prophète Élie à l'issue des combats qu'il a livrés pour défendre sa foi contre les adorateurs de Baal (Livre des Rois, 17-22), ou celui de Moïse, exténué et tenté par la mort lors de la traversée du Désert (Livre des Nombres, 11,4-6).

En 1770, le médecin suisse Samuel Auguste Tissot esquisse quelques portraits saisissants d'intellectuels littéralement morts à la tâche. (Tissot, 1770)

En 1911, Siegbert Schneider décrit quant à lui dans l'Oberpfälzer Schulanzeiger un type de « neurasthénie » affectant les instituteurs, dont les symptômes, très variables, englobaient troubles du sommeil, hypersensibilité cutanée auditive et visuelle, migraines, fatigue, troubles de l'attention et de la concentration, affaiblissement des performances, abattement, irritabilité, troubles de l'appétit et incapacité de travail (Körner, 2002, p. 14).

Myers propose entre-deux-guerres la notion de « fatigue industrielle » (Myers, 1921) ; et en 1956, la description d'une névrose - particulièrement spectaculaire - des téléphonistes ouvre la voie à une nouvelle discipline : la psychopathologie du travail. (Le Guillant, 1956) (P. Zawieja, F. Guarnieri, 2015, ch. 1)

L'épuisement professionnel était devenu un élément de la réalité sociale et c'est plus « par accident » que des cliniciens comme Herbert Freudenberger puis des chercheurs comme Christina Maslach s'y sont intéressés. (P. Canouï, A. Mauranges, 2015, p. 5)

C'est après son intervention dans les free clinics - des lieux de soins qui prenaient en charge des personnes qui souffraient de toxicomanie et dont

les horaires d'accueil différaient des autres structures classiques - que le psychologue Herbert J. Freudenberger utilisera pour la première fois le terme de burn-out. Un terme qu'il emploiera depuis, pour caractériser l'état mental des jeunes volontaires qui travaillaient auprès des patients de ces cliniques.

H. Freudenberger justifiera ce terme qu'il décrit comme métaphorique et dira plus tard dans son livre : « *Je me suis rendu compte au cours de mon exercice quotidien que les gens sont parfois victimes d'incendie tout comme les immeubles ; sous l'effet de la tension produite par notre monde complexe, leurs ressources internes en viennent à se consumer comme sous l'action des flammes, ne laissant qu'un vide immense à l'intérieur, même si l'enveloppe externe semble plus ou moins intacte.* » (D. Autissier, F. Wacheux, 2006, p. 40)

3. Différentes appellations du Burn-out

Comme nous l'avons précédemment indiqué, le concept de « Burn-out » est un emprunt linguistique qui, naturellement a été adapté du côté de sa morphologie, le terme initial étant « burnout ». Le tiret séparant les deux syllabes du mot étant le seul ajout à s'être imposé.

Hormis cette petite hésitation orthographique, nous rencontrerons : « syndrome du burn-out », « syndrome d'épuisement professionnel », ou dans des cas particuliers « syndrome d'épuisement professionnel des soignants ». Ce dernier pouvant être trouvé sous l'abréviation "SEPS".

Il existe actuellement trois expressions pour nommer le burn-out. Chacune lui imprime une tonalité différente.

3.1. Burnout 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 cendre » d'un objet entièrement consumé dont toute la matière aurait disparu.

Mais c'est l'image inspirée de l'industrie aérospatiale qui demeure la plus suggestive. Le terme anglais *burnout* désigne « l'épuisement de carburant

d'une fusée » avec résultante « la surchauffe » et le risque de « bris de la machine ». (P. Canouï, A. Mauranges, 2015, p. 9)

3.2. Karoshi

Le terme japonais *karoshi*, prononcé "kaloshi" signifie « mort par excès de travail », de *karo* « mort » et *shi* « fatigue au travail ».

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

Avec le terme de *karoshi*, nous quittons "la relation d'aide" dans ce qu'elle présente d'usure mentale et physique pour davantage prendre en compte les conséquences – parfois mortelles – des conditions de travail lorsque celles-ci sont mues essentiellement par le profit et la rentabilité. Ce terme est sans doute plus approprié de nos jours aux « cols blancs », alors que ce que nous décrivons ici est celui des « blouses blanches ». (P. Canouï, A. Mauranges, 2015, p. 9)

3.3. Syndrome d'épuisement professionnel

Le terme maintenant consacré en français présente le défaut d'être vague et semble couvrir tous les effets du travail sur l'individu. Il n'est qu'un pâle reflet du terme plus imagé *burnout*. Usure professionnelle ou usure au travail sont aussi des expressions rencontrées. Elles mettent l'accent sur l'idée d'une évolution progressive du syndrome. Malgré ces critiques, c'est le terme de syndrome d'épuisement professionnel des soignants (SEPS) qui s'est imposé en langue française. (P. Canouï, A. Mauranges, 2015, p. 9)

Arrivant à ce point, toute personne lisant ce travail pourrait être capable - sans pour autant avoir eu recours à des définitions – d'assimiler et d'identifier tant le burn-out que la plupart de ses caractéristiques.

Cependant, définir ce qu'est le burn-out, nous aidera à déterminer les différences que les auteurs s'accordent à donner à ce concept, qui, rappelons-nous, ne cesse de rencontrer des difficultés vis-à-vis de son acceptation par la communauté scientifique.

4. Définition du burn-out

4.1. Selon Herbert Freudenberger

L'auteur aperçoit le "burnout", qui se traduit en français par "brulure interne" comme le produit d'un incendie qui survient suite aux multiples tensions du monde qui nous entoure. Ayant l'air de rien vu de l'extérieur, le vide est le principal vecteur de notre épuisement, de nos souffrances, de notre abattement.

Vivre un épuisement professionnel ne nous procure en aucun cas un instant réel de bien-être et à chaque fois, la brulure est de plus en plus intense. Freudenberger écrit : « *La vie ressemble à une balançoire à la seule différence que nos dépressions deviennent plus sévères à chaque descente et que nous devons payer un prix plus élevé pour nos expériences à chaque remontée* » (H. Freudenberger, 1987, p. 67).

4.2. Selon Christina Maslach

C. Maslach, psychologue et professeur émérite de psychologie, définit le burn-out comme « *un syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de perte du sentiment d'efficacité personnelle, susceptible de survenir chez des sujets travaillants, de quelque façon que ce soit, avec d'autres êtres humains. Il s'agit d'une réaction à la charge émotionnelle chronique naissant lorsque l'on s'occupe durablement d'autres personnes, en particulier lorsqu'elles sont dans le besoin ou ont des problèmes* ». (C. Maslach, 1982)

4.3. Selon Robert Kahn

R. Kahn, psychologue social, conçoit le burn-out comme « *un syndrome d'attitudes inadéquates à l'égard des clients et de soi-même, souvent lié à*

des symptômes physiques et émotionnels désagréables ». (R. Kahn, 1978, p. 78)

4.4. D'autres auteurs tentent de définir le burn-out comme un état, parfois comme la phase finale d'un processus, mais leurs propositions posent la question du seuil arbitraire à partir duquel l'individu est ou non en burn-out. Ainsi, le burn-out est-il défini comme « *un état d'épuisement physique, émotionnel et mental lié à une longue exposition à des situations exigeant une implication émotionnelle importante* » (Pines et Aronson, 1988), « un état de fatigue ou de frustration, occasionné par un événement, un style de vie ou une relation qui ne produit pas le bénéfice escompté » (Freudenberger et Richelson, 1980), ou encore comme « un état dysphorique et dysfonctionnel, lié aux attentes professionnelles, d'un individu ne présentant pas de troubles psychopathologiques plus marqués, ayant jusque lors fait preuve, dans des conditions professionnelles similaires, de performances et de réactions émotionnelles adaptées et qui, sans aide extérieure ou modification de ses conditions de travail, est dans l'incapacité de revenir à ses niveaux antérieurs » (Brill, 1984).

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

Schaufeli et Enzmann proposent en 1998 une synthèse des définitions antérieures : « *Le burn-out est un état d'esprit durable, négatif et lié au travail affectant des individus 'normaux'. Il est d'abord marqué par l'épuisement, accompagné d'anxiété et de tension (distress), d'un sentiment d'amoindrissement de l'efficacité, d'une chute de la motivation et du développement de comportements inadaptés au travail. Cette condition psychique est progressive et peut longtemps passer inaperçue du sujet lui-même. Elle résulte d'une inadéquation entre les intentions et la réalité professionnelle. Le burn-out s'installe en raison de mauvaises stratégies d'adaptation associées au syndrome, souvent auto-entretenu* » (Schaufeli et Enzmann, 1998, p. 36).

Embrassant un horizon plus large, Maslach et Leiter finissent par décrire le burnout comme « *l'indice de l'écartèlement entre ce que les gens sont et ce qu'ils doivent faire. Il représente une érosion des valeurs, de la dignité, de l'esprit et de la volonté – une érosion de l'âme humaine* » (Maslach et Leiter, 1997, p. 17).

5. Facteurs de vulnérabilité du burn-out

Ayant été initialement identifié dans un cadre professionnel, le burn-out s'attache évidemment à un ensemble de facteurs relatifs au travail et à l'organisation de l'entreprise. Des facteurs qui sans doute jouent un rôle important dans la souffrance du personnel. Toutefois, deux personnes travaillant dans la même institution, ayant les mêmes compétences et les mêmes tâches ne présenteront pas forcément un burn-out. Ce sont donc des variables inter et intra individuelles qui donneront une indication de l'expression possible du syndrome chez un sujet.

Citons ci-après les plus prépondérantes.

5.1. Les variables professionnelles et organisationnelles

Il faut d'emblée noter qu'en majorité, les recherches sur la contribution de variables relatives au travail et à l'organisation sur le burn-out se situent au niveau du rapport direct entre le sujet et son environnement. La structure hiérarchique, le style de management ou la structure de l'institution sont rarement pris en compte, les entreprises étant particulièrement réticentes à laisser une liberté au chercheur d'interroger le lien entre mode de management et santé des employés (Truchot, 2004).

Par ailleurs, en raison d'une plus grande facilité d'opérationnalisation, ce sont les variables directes de l'activité, du contenu de la tâche et de son contexte qui ont été étudiées. Le burn-out notamment sa dimension « *épuisement émotionnel* » est corrélé avec la charge (la lourdeur des horaires) et le rythme de travail (l'imprévisibilité et la fréquence, voir Greenglass, Ronald et Moore, 2003 ; Maslach, Schaufeli, Leiter, 2001). Cependant des analyses plus fines montrent que ce qui sous-tend l'expression du burn-out n'est pas tant la réalité objective des demandes du travail que le sentiment de les contrôler (Truchot et Badré, 2004). En effet,

le sentiment de contrôle et d'autodétermination sur son travail se révèle un meilleur prédicteur du burn-out (Fernet, Guay et Senécal, 2004).

Les conflits de rôle, le manque de soutien social des supérieurs hiérarchiques, mais aussi de la part des collègues, augmentent la vulnérabilité devant le burn-out.

5.2. Les variables inter et intra individuelles

Les personnes n'évoluent pas de façon automatisée sur leur lieu de travail ; elles construisent psychiquement les situations et les relations avec autrui. Elles apportent leurs capacités, leurs qualités, leurs difficultés ainsi que leur vision du monde. Des facteurs interindividuels sont de ce fait présents, outre les facteurs personnels. Ceux-ci sont pris en compte sous deux angles, les facteurs démographiques et ceux liés à la personnalité.

Les facteurs interindividuels qui génèrent un burn-out s'articulent autour des victimisations vécues au travail. Les situations d'agressions, de conflit avec les usagers, les brimades de la part des collègues, le harcèlement, etc., contribuent à l'expression du burn-out (Kop, Euwema et Schaufeli, 1999 ; Trichot et Badré, 2004 ; Vartia et Hyyti, 2002). (Kop et Schaufeli, 1999).

6. Modèles théoriques de l'épuisement professionnel

6.1. Le modèle de Christina Maslach

Trois composantes correspondent au modèle tridimensionnel du burn-out de Maslach et Jackson (1981).

Défini par C. Maslach comme « *une incapacité d'adaptation de l'intervenant à un niveau de stress émotionnel continu causé par l'environnement de travail.* » (Maslach, 1996, p 16-22), le burn-out se divise en trois dimensions distinctes :

6.1.1. L'« épuisement émotionnel » se représente les dimensions de stress individuel, de frustration, de manque de motivation, qui renvoient aux sentiments d'aller au-delà de ce que l'on peut, et de se retrouver vidé de ses ressources émotionnelles et physiques. L'individu n'est plus en mesure d'accompagner autrui, le fait de se lever pour aller au travail devient insupportable.

6.1.2. La « dépersonnalisation » renvoie aux dimensions du contexte interpersonnel du burnout : détachement, distance, isolement, cynisme, rejet. Cela se traduit par une réponse négative, impitoyable ou détachée concernant les différents aspects du travail. Ce détachement est souvent accompagné d'une perte d'idéalisme. Le mépris dont l'individu fait preuve à l'égard de ses collègues ou clients est en fait une façon de prendre ses distances vis-à-vis d'autrui (Fremont, 2013, p. 39).

6.1.3. La « réduction de l'accomplissement personnel » fait référence à la dimension d'autoévaluation du burnout, autoévaluation négative ou dévalorisation. Celle-ci englobe les sentiments d'incompétence, manque de réussite et de productivité au travail. L'individu dévalorise ses compétences et son travail, son estime de soi est dangereusement diminuée, il se désinvestit alors de son emploi. Les conséquences sont graves : dépression, accidents pouvant être liés à la fragilité émotionnelle. La personne ne se sent plus du tout à la hauteur. (Fremont, 2013, p. 40)

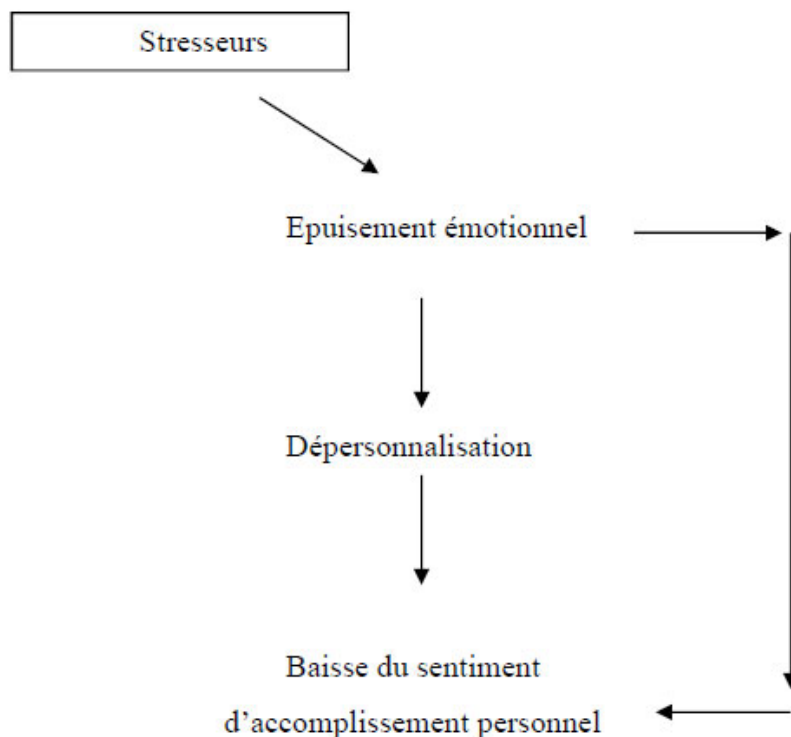


Figure 1 : Schéma du burn-out d'après le modèle tridimensionnel du burnout de Maslach et Jackson, 1996)

6.2. Le modèle transactionnel de Cary Cherniss

Devançant C. Maslach, et décrivant le burn-out comme « *un processus dans lequel un professionnel précédemment engagé se désengage de son travail en réponse au stress et à la tension ressentis.* » (C. Cherniss, 1980, p. 18.), la conception de Cherniss (1980) se définit comme un processus en trois étapes :

La première étape se situe au niveau du stress perçu qui résulte du déséquilibre entre les exigences du travail et les ressources de l'individu. Ceci nous amène à la deuxième étape qui est celle de la tension en réponse émotionnelle à ce déséquilibre, et qui se constitue de fatigue physique, d'épuisement émotionnel, de tension et d'anxiété. La troisième étape quant à elle se présente comme la phase qui marque des changements d'attitudes et de comportements.

Ce n'est pas tout, Cherniss compte trois ensembles de variables qui contribuent au développement du burnout.

6.2.1. Les caractéristiques de l'environnement de travail affectent le burnout directement, mais aussi indirectement à travers les sources de stress qui sont au nombre de huit : une faible socialisation, une charge de travail élevée, un travail routinier, une étendue limitée des interactions due à la tâche demandée, un manque d'autonomie, un désaccord entre les objectifs institutionnels et les valeurs personnelles du professionnel, un type de leadership et enfin un isolement social.

6.2.2. Les caractéristiques individuelles qui ont-elles aussi, tout comme les caractéristiques de l'environnement de travail, un effet direct sur le burn-out mais aussi indirect, à travers les sources de stress. Ces caractéristiques comprennent les facteurs démographiques, mais aussi des particularités psychosociales de l'individu qui déterminent l'équilibre entre les liens sociaux, les exigences extraprofessionnelles, et les attentes à l'endroit de l'emploi.

Enfin, **les sources de stress** qui, pour Cherniss, proviennent du choc entre la « réalité » du travail de terrain quotidien et les attentes initiales relatives à l'exercice des compétences, à la coopération des clients, à l'autonomie de l'activité, à la « réalisation de soi », et au climat professionnel (Fremont, 2013, p. 41)

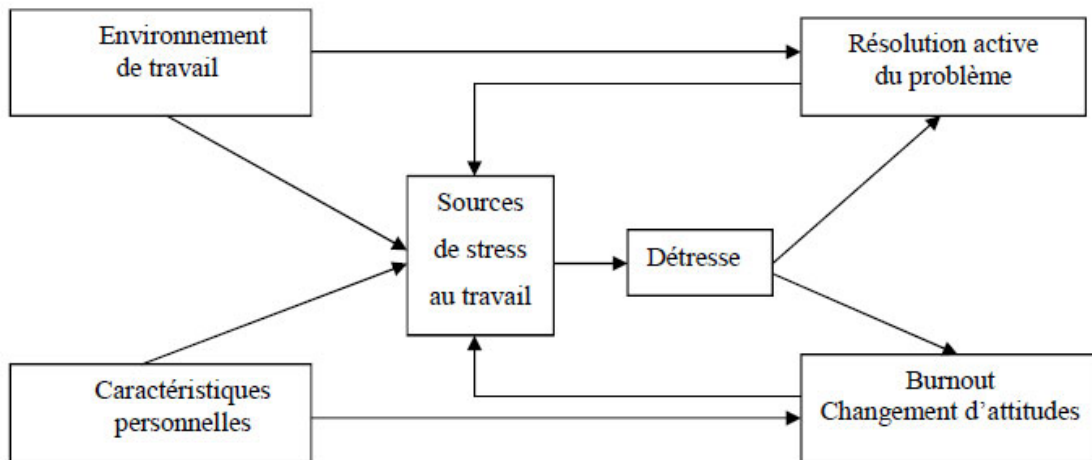


Figure 2 : Modèle du burn-out de Cherniss (1980, 1993)

6.3. Le modèle d'Alaya Pines

L'approche qu'Alaya Pines nous présente est "motivationnelle". Selon elle, « *le travail représente pour les individus une quête existentielle et en cas d'échec de celle-ci, le burnout surviendra* ». (Fremont, 2013, p. 44)

Contrairement à C. Cherniss qui stipule que ce sont les agents stresseurs tels que la surcharge de travail ou les contraintes administratives qui engendrent le burnout, Pines pense qu'il s'agit plutôt de l'implication d'une personne dans une profession ; plus celle-ci s'implique, plus grande est la probabilité qu'elle soit victime de burnout, si les conditions de travail sont défavorables (Delobbe & al., 2005).

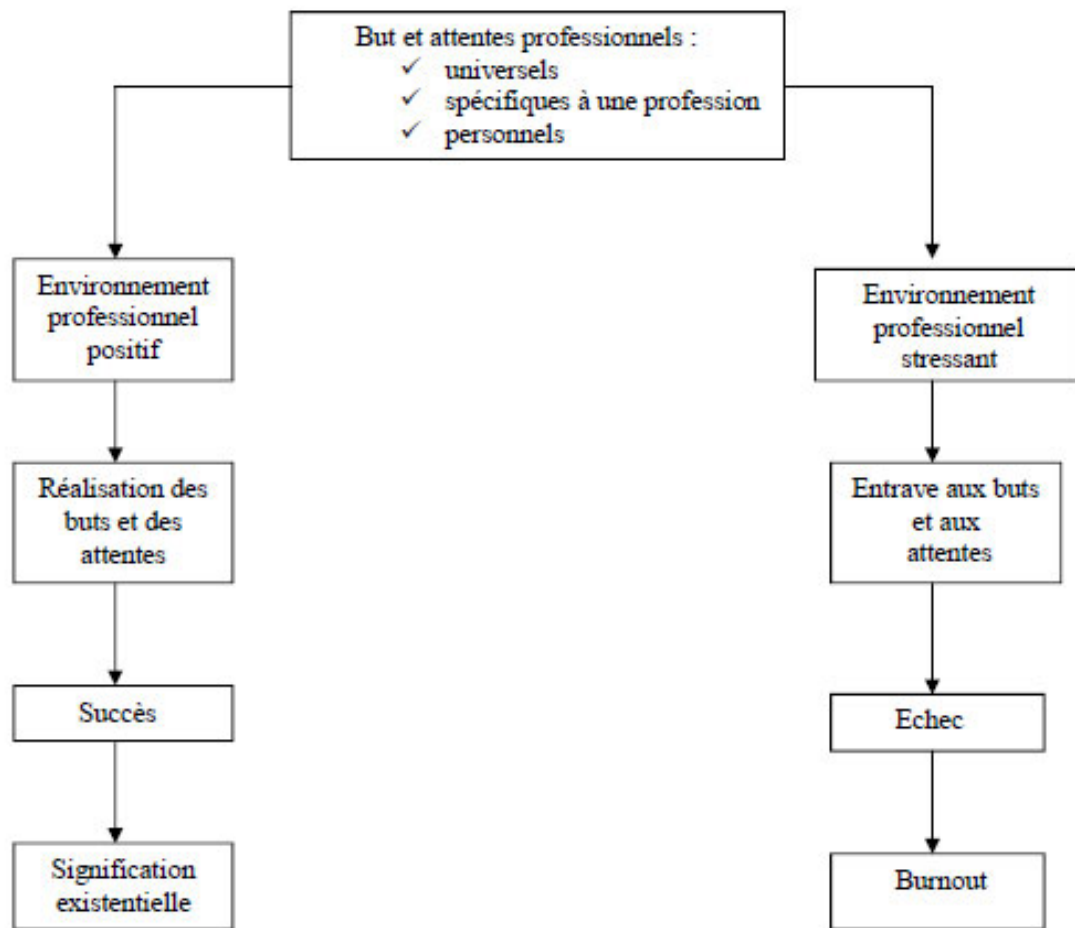


Figure 3 : Modèle existentiel du burnout (d'après Pines, 1993)

Dans ce modèle, l'origine des attentes est variée. Dans certains cas, on peut même dire qu'elles sont universelles à la plupart des individus qui entrent dans la vie professionnelle. Par exemple le fait d'être reconnu socialement ou d'avoir une influence significative sur le lieu de travail. Ces attentes peuvent aussi être spécifiques à des professions, notamment pour celles qui concernent l'aide à la personne (infirmières, travailleurs sociaux) et qui consistent majoritairement à faire quelque chose pour et avec les autres. Évidemment, la motivation de la personne peut aussi être plus personnelle, surtout quand celle-ci s'identifie à un modèle. Cependant, quel que soit l'origine du choix vocationnel, les motivations au travail ne trouveront à se réaliser que dans un contexte convenable. (Fermont, 2013, p. 45)

6.4. Le modèle de Bakker, Demerouti, De Boer et Schaufeli

Ce modèle met en parallèle les demandes organisationnelles qui se réfèrent aux caractéristiques du travail et qui requièrent des exigences mentales, émotionnelles et physiques ainsi que les ressources représentées par le soutien, l'autonomie et les échanges. (Fremont, 2013, p. 46)

L'engagement au travail a des conséquences positives à des niveaux individuels et organisationnels (Bakker, 2007). Les niveaux d'engagement des employés sont positivement liés aux performances de l'unité de travail. Ils se manifestent par une plus grande vigueur, de l'énergie et une meilleure capacité à faire face aux difficultés (Bakker, 2007).

Le modèle de Bakker & *al.* est à la différence de ceux des auteurs précédents, un modèle dit « préventif ».

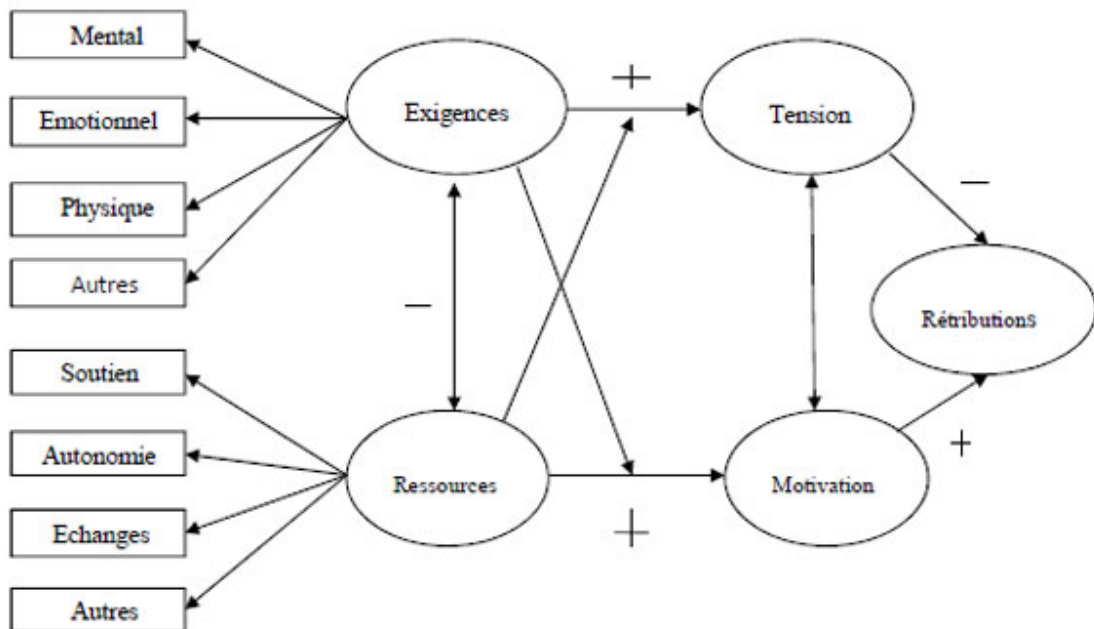


Figure 4 : Modèle JD-R (job demands-resources) de Bakker, Demerouti, De Boer et Schaufeli (2003)

7. Principales approches psychosociales

Les approches psychosociales se proposent d'étudier simultanément le développement psychologique d'un individu donné et son interaction dans un environnement social. En milieu de travail, il est question de confronter les caractéristiques individuelles du sujet (âge, sexe, ancienneté, formation, compétences, ressenti, etc.) et les dimensions collectives du travail (relations interpersonnelles, management, organisation, etc.), auxquelles s'ajoute parfois l'analyse de l'activité elle-même (P. Zawieja & F. Guarnieri, 2015, p. 22). Ces approches qui ressortent à la fois de la psychologie, de la sociologie et des sciences de gestion sont nombreuses ; ici seront donc mentionnées que les principales.

7.1. Le modèle exigences/contrôle (*job demands/control*) affirme que la santé physique et psychique du travailleur dépend de l'interaction entre les exigences psychologiques nécessaires à l'accomplissement de sa tâche (complexité, urgence, ambiguïté de rôles, etc.) et le degré de contrôle qu'il exerce sur son activité (latitude décisionnelle). Une tension (*job strain*) apparaît lorsque des exigences élevées sont associées à un faible contrôle (Karasek, 1979). Le soutien social vient parfois compléter ce modèle, considérant qu'il représente une ressource aussi capitale que le contrôle (*job demands-control-support model*).

7.2. La psychodynamique du travail repose sur un retournement paradigmatique majeur : identifiant le conflit central opposant l'organisation du travail et le fonctionnement psychique du sujet. Christophe Dejours prend acte de ce que dans l'immense majorité des cas, les travailleurs réussissent « à conjurer la folie, en dépit des contraintes délétères de l'organisation du travail » (Dejours, 1993, p. 209).

Dejours démontre que le travailleur est soumis à des excitations endogènes ou exogènes engendrant une tension psychique inévitable, qui ne peut se décharger qu'en présence d'exutoires liés au travail ; en l'absence ces derniers, la souffrance s'installe

8. Symptomatologie du burn-out

Shaufeli et Enzmann ont dénombré - dans la littérature – plus de 130 symptômes du burn-out, souvent identifiés au cours d'études mal contrôlées (Shaufeli et Enzmann, 1998).

La distinction des symptômes et des conséquences de ce syndrome étant délicate, il semble préférable d'utiliser le terme de « manifestations » (Shaufeli et Buunk, 1996, p. 323). La typologie de ces manifestations s'inspire habituellement de la classification en cinq catégories (Cordes et Dougherty), qui distinguent manifestations physiques, émotionnelles, interpersonnelles, attitudinales et comportementales (Cordes et Dougherty, 1993). (Zawieja et Guarnieri, 2015, p. 14).

Shaufeli et Enzmann identifient pour leur part des symptômes affectifs, cognitifs, physiques, comportementaux et motivationnels, s'exprimant à chaque fois à des niveaux individuels, interpersonnels et organisationnels (Shaufeli et Enzmann, 1998, chap. 2).

Truchot quant à lui distingue deux grandes familles de manifestations (Truchot, 2004, p. 28-32) :

Les manifestations physiques et émotionnelles regroupent fatigue chronique ne cédant pas au repos, trouble du sommeil, douleurs musculosquelettiques, troubles gastro-intestinaux, transpiration, angoisse, affaiblissement des défenses immunitaires rendant le sujet plus vulnérable aux infections virales, mais aussi tachycardie, hypercholestérolémie, hypertriglycémie, hyperuricémie, hypercortisolémie, altérations physiologiques où l'on retrouvera facilement celles provoquées par le syndrome général d'adaptation (stress) de Selye (Selye, 1936) ;

Les manifestations interpersonnelles, attitudinales et comportementales : mauvaise hygiène de vie, moindre pratique sportive (mais la phase initiale peut au contraire donner lieu à une grande activité sportive, avec des sports parfois dangereux), addictions (tabac, alcool, café, tranquillisants), moindre tolérance à la frustration, irritabilité, agressivité, baisse de l'estime de soi, tristesse, anxiété, sentiment d'impuissance, désengagement professionnel, détérioration des relations interpersonnelles

(conjoint, collègues, patients, clients, etc.). (Zawieja et Guarnieri, 2015, p.15)

Au final, la symptomatologie potentielle du burn-out peut être répartie en sept grandes catégories (voir ci-dessous) (Zawieja et Guarnieri, 2015, p. 16).

Symptômes d'alerte de la phase initiale

Consommation énergétique excessive :

- Hyperactivité
- Heures supplémentaires volontaires et non payées
- Sentiment d'être indispensable
- Sentiment de ne pas avoir le temps
- Dénier des échecs et des déceptions
- Limitation des relations sociales aux seuls clients ou usagers

Épuisement :

- Impossibilité de s'arrêter, de marquer une coupure
- Manque d'énergie
- Sommeil non réparateur
- Élévation du risque d'accident

Réduction de l'engagement

Envers les clients, patients, usagers, et autres :

- Désillusionnement
- Perte des sentiments positifs à l'égard des clients
- Prise de distance, évitement des relations avec les clients et/ou les collègues
- Troubles de l'attention au contact des clients
- Substitution de la relation d'aide par une relation de surveillance et de contrôle
- Imputation des problèmes aux clients
- Meilleure acceptation de moyens de contrôle comme les tranquillisants ou les punitions
- Catalogage des clients en stéréotypes
- Utilisation plus fréquente du jargon professionnel
- Déshumanisation

Envers autrui en général :

- Incapacité de donner
- Froideur
- Perte d'empathie
- Incompréhension
- Difficultés à écouter
- Cynisme

Envers le travail :

- Perte de l'idéalisme
- Désillusionnement
- Disposition négative vis-à-vis du travail
- Réticence et ras-le-bol
- Perte de l'envie d'aller au travail
- Surveillance constante de l'heure
- Fantômes d'évasion
- Rêveries diurnes
- Multiplication des pauses
- Heures d'arrivée retardées
- Heures de départ avancées
- Absentéisme
- Importance donnée au temps libre, renaissance durant le weekend
- Importance accrue donnée aux conditions de travail matérielles

Relèvement des exigences :

- Recentrage sur les exigences propres
- Impression d'un manque de reconnaissance
- Impression d'être exploité
- Jalousie
- Problèmes familiaux
- Conflits avec ses enfants

Réactions émotionnelles – Rejet de la faute**Dépression :**

- Sentiment de culpabilité

- Affaiblissement de l'amour-propre
- Sentiment d'insuffisance
- Pensées vagabondes
- Apitoiement sur soi
- Perte du sens de l'humour
- Peur, angoisse, nervosité diffuse
- Labilité thymique
- Instabilité émotionnelle
- Amertume
- Émoussement, impression de vacuité
- Impression de faiblesse
- Envies de pleurer
- Agitation
- Sentiment de désespoir, d'impuissance
- Pessimisme, fatalisme
- Apathie
- Idées suicidaires

Agressivité :

- Imputation de la situation aux autres et au « système »
- Reproches adressés à autrui
- Minimisation de sa propre part
- Impatience

Démobilisation**Diminution de l'efficacité cognitive :**

- Troubles de la concentration et de la mémoire
- Inaptitude aux tâches complexes
- Inexactitude
- Désorganisation
- Indécision

Démotivation :

- Perte de la capacité d'initiative
- Perte de productivité
- Grève du zèle

Perte de créativité :

- Moindre fantaisie
- Moindre flexibilité

Dédifférenciation :

- Manichéisme
- Résistance au changement de toute nature

Superficialité**De la vie émotionnelle :**

- Superficialité des réactions émotionnelles
- Indifférence

De la vie sociale :

- Amoindrissement de la sympathie ressentie ou exagération du lien à certaines personnes
- Évitement des contacts informels
- Recherche de contacts plus intéressants
- Évitement des conversations relatives à son propre travail
- Excentricité
- Recentrage de la préoccupation sur soi-même
- Solitude

De la vie spirituelle :

- Abandon des hobbies
- Désintérêt
- Ennui

Réactions psychosomatiques :

- Affaiblissement immunitaire
- Trouble du sommeil
- Cauchemars
- Troubles sexuels
- Rougeur
- Palpitations
- Sentiment d'oppression thoracique
- Respiration courte
- Accélération du pouls

- Hypertension artérielle
- Tensions musculaires
- Mal de dos
- Migraines
- Tics
- Dérèglements digestifs
- Nausées
- Ulcères gastroduodénaux
- Prise ou perte de poids
- Modification des habitudes alimentaires
- Augmentation de la consommation d'alcool, de café, de tabac ou d'autres drogues. (Zawieja et Guarnieri. 2015, p. 15-18)

9. Mesures préventives du burn-out

Avant de penser à prévenir le burn-out, il est tout d'abord important de savoir se situer vis-à-vis de ce syndrome. Bien qu'il soit de plus en plus présent dans la société, l'épuisement professionnel reste énormément méconnu et est - en grande partie - confondu à une fatigue intense, ou dans des cas plus particuliers, une dépression.

Savoir écouter ses symptômes est essentiel, qu'ils soient physiques ou psychologiques, et vouloir ne serait-ce qu'essayer de détecter les causes de notre « état » est un pas crucial.

Les professionnels de la santé nous proposent quelques moyens qui, d'une façon ou d'une autre, peuvent nous apporter une aide considérable, et ce, que l'on souffre ou non de burn-out. Ramenons quelques-uns de ces moyens :

- S'entourer et discuter avec ses proches des difficultés vécues au travail afin de se sentir soutenu.
- S'engager dans des discussions avec ses collègues et son supérieur sur l'organisation du travail. Tenter de trouver des changements profitables pour tous.
- Dresser une liste des tâches prioritaires à accomplir, ce qui aide à mieux gérer son temps. Pour aider à déterminer les priorités, donner à chaque tâche un degré d'importance et d'urgence.

- Apprendre à dire « non » de temps à autre.
- Prendre le temps de réfléchir avant de se plonger dans un travail. Bien préciser l'objectif et évaluer les divers moyens pour y parvenir.
- Prendre 5 minutes entre chaque heure pour se changer les idées. Méditer, s'étirer ou simplement penser de façon positive peut changer le cours de notre humeur.
- Faire l'examen de ses habitudes de vie. Certaines peuvent contribuer au stress, comme une grande consommation d'excitant et cela peut jouer difficilement sur notre état d'esprit.
- Pratiquer diverses activités en dehors du travail, et échanger avec des personnes qui se sentent dans la même situation.

Synthèse

Le burnout 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.

L'épuisement professionnel survient lorsque les demandes dépassent notre capacité à y répondre. La bonne nouvelle, c'est que les demandes trop exigeantes proviennent bien souvent de nous-mêmes. Bonne nouvelle ? Bien sûr, car cela signifie que nous pouvons nous guérir.

Chapitre 2 :

L'épuisement professionnel
chez la sage-femme

Préambule

La femme a sans doute toujours eu besoin d'une assistance pour donner la vie à son enfant. Une aide souvent indirecte pouvait soulager la future mère, comme la simple présence de son mari ou si nous remontons un peu plus loin dans le temps, de sa propre mère. Cela dit, l'intervention physique d'une tierce personne était tout aussi importante. Ne possédant pas les moyens que nous avons aujourd'hui, savoir rassurer et guider la femme qui accouchait était presque tout ce dont un aideur avait besoin afin de pouvoir exercer le métier de sage-femme.

1. Historique sur le métier de sage-femme

Primitivement, l'office de sage-femme ne fut rempli que par des parentes et des amies instruites par l'expérience ; et réciproquement les femmes se rendirent les mêmes devoirs, dont l'objet ne s'est constitué en profession que lorsque les sociétés et les cités se furent agrandies et que les liens de l'intimité se furent brisés par le choc des intérêts (Delacoux, 1834, p. 1)

On appelait « matrone » celle qui était choisie pour faire accoucher les femmes d'une ville ou d'un village. Souvent d'âge mûr et mère de famille, elle était rarement formée et ses connaissances empiriques ne reposaient essentiellement que sur sa propre expérience.

Assister une femme qui est sur le point d'enfanter fut depuis la nuit des temps assignés aux personnes du même sexe, chose qui, avec l'évolution a quelque peu changé. Aujourd'hui, l'intervention d'un médecin « homme » est tout à fait ordinaire. Néanmoins, cela reste restreint dans certains pays (notamment musulmans) comme l'Algérie. À moins que la femme n'accouche pas de façon naturelle.

Il est important de noter que près de 2% des sages-femmes sont actuellement des hommes ; le terme « sage-femme » renvoyant ainsi à la connaissance ou à l'expérience (sapiens, sage) de la femme qui a besoin d'accoucher (-femme) et non à l'intervenant (femme ou homme)

2. Définitions du métier de sage-femme

« Les nouveaux aspects du métier de sage-femme nécessitent une compréhension des conséquences tant profondes que durables de la naissance. » (Page et al., 2004, p. 1)

La vocation de l'accoucheur ou de la sage-femme est d'aider la femme dans l'accouchement, d'empêcher tout ce qui pourrait nuire soit à la mère, soit à l'enfant ; et de les soigner tous les deux, d'une manière convenable.

Pour pouvoir bien remplir l'importante vocation de sage-femme, il est nécessaire de connaître certaines parties du corps de la femme où l'enfant est formé et développé, et celles par où il doit passer pour naître ; il faut savoir la manière dont il doit se présenter pour cela, les moyens employés par la nature, pour le pousser hors du sein de la mère, les moyens surtout, de reconnaître si les choses se passent bien ou si elles vont mal ; et enfin ce qu'il y a lieu de faire pour remédier aux accidents. (Mayor, 1928, Ch. 1)

En définissant le terme de sage-femme, le Littré met particulièrement l'accent sur le sexe de l'intervenant, citant : « Celle dont la profession est de faire des accouchements. »

L'OMS (1990) apporte une description plus complète et plus conforme à ce qu'est le métier de sage-femme, aujourd'hui :

« Une personne qui a suivi un programme de formation reconnu dans son pays, a réussi avec succès les études afférentes et a acquis les qualifications nécessaires pour être reconnues ou licencié en tant que sage-femme. Elle doit être en mesure de donner la supervision, les soins et les conseils à la femme enceinte, en travail et en période postpartum, d'aider lors d'accouchement sous sa responsabilité, et prodiguer des soins aux nouveau-nés et aux nourrissons.

Ses soins incluent des mesures préventives, le dépistage des conditions anormales chez la mère et l'enfant, le recours à l'assistance médicale en cas de besoin et l'exécution de certaines mesures d'urgence en l'absence d'un médecin. Elle joue un rôle important en éducation sanitaire, non seulement pour les patientes, mais pour la famille et la préparation au rôle de parents. »

3. Le rôle de la sage-femme

« *Le rôle des sages-femmes n'est pas simplement d'attraper des nouveau-nés* », déclare Petra ten Hoop-Bender, Directrice de la santé génésique, maternelle, infantile et de l'enfant à l'*Instituto de Cooperación Social Integrare*. « *L'impact des sages-femmes ne porte pas uniquement sur l'issue de la grossesse, comme on le pense souvent, explique-t-elle, mais englobe les soins du nouveau-né, l'allaitement maternel, la planification familiale, et parfois également le dépistage du cancer du col et du cancer du sein.* » (Organisation mondiale de la Santé, 2014)

Plus important encore, la sage-femme est avant tout, l'interlocuteur de toute femme enceinte ; elle guide et rassure la future mère, et surtout, elle la conseille, elle lui apprend ce qu'elle a appris, ce qu'elle sait. La relation sage-femme/mère qui accouche, est l'un des échanges les plus significatifs que l'on puisse rencontrer.

Ce n'est d'ailleurs pas pour rien que le métier de sage-femme ait toujours été une profession de femmes. Naguère, les matrones étaient même connues pour être les confidentes d'un grand nombre de leurs patientes.

Par la communication et l'écoute, la sage-femme se donne à offrir aux femmes et à leur famille le meilleur départ possible dans la vie.

4. Parcours et formation de la sage-femme, en Algérie

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

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

Le stage en salle de naissance, ouvert à partir de la fin de la deuxième année, est essentiel, car il permet l'acquisition des compétences nécessaires à l'exercice de la profession. Souvent, ce dernier se déroule sous la

responsabilité de la sage-femme de garde, ou dans la majorité des cas, l'accoucheuse la plus expérimentée.

Durant le premier semestre de sa première année de formation, la sage-femme en Algérie est dans l'obligation d'assister à 426 heures d'apprentissage théorique contre 300 heures, les six mois suivants. Neuf modules sont d'abord assignés puis onze sont programmés pour le deuxième semestre ; anatomie, physiologie, anthropologie, psychosociologie, santé publique, démographie, déontologie, terminologie médicale, et bien d'autres.

C'est lors de la seconde moitié de leur première année que les sages-femmes commencent vraiment leur formation ; leurs heures de cours rencontrent des modules tels que les soins infirmiers, la physiologie obstétricale, l'embryologie, la génétique, la sémiologie et la pharmacie.

La deuxième année inclut 510 heures d'apprentissage théorique contre 360 heures la troisième année, 480 heures la quatrième année, et enfin 120 heures la cinquième année. Il est à noter que ces calculs excluent entièrement les heures d'évaluation qui vont généralement de 12 à 30 heures (selon le semestre).

Un module est assuré afin de guider la sage-femme dans la réalisation de son mémoire professionnel, à partir du troisième semestre de son parcours. (Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, 2018)

5. La complexité du métier de sage-femme

5.1. Dans le monde

Les soins obstétricaux - une discipline si ancienne qu'on y fait référence dans les parchemins de l'Égypte et de la Rome antiques - font l'objet d'une attention accrue et attendue de longue date, au niveau mondial (Gourevitch, 1984, p. 218). Des décennies de négligence vis-à-vis du rôle des sages-femmes - qu'elle soit due à la surmédicalisation des soins pendant la grossesse ou à un manque de ressources - ont laissé en héritage des taux de mortalité maternelle et infantile élevés dans les pays en développement.

Bien que ces taux aient baissé ces dernières années, des progrès plus marqués sont toujours nécessaires en Asie et en Afrique subsaharienne, où

moins de 50% des naissances se déroulent en présence de personnel qualifié (UNICEF, 2014)

Le rapport intitulé *La pratique de sage-femme dans le monde 2011 : naissances réussies, vies sauvées*, publié en 2011 par le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), a présenté une vue d'ensemble de la profession de sage-femme dans le monde et, selon Frances McConville, s'est avéré « incroyablement révélateur. » (UNICEF, 2014)

L'analyse des 58 pays qui y est présentée a montré qu'il manquait environ 350 000 sages-femmes, dont au moins un tiers dans les pays les plus pauvres. (OMS, 2016)

5.2. En Algérie

Les soins obstétricaux occupent une énorme place dans les hôpitaux d'Algérie. Néanmoins, le problème du manque d'effectif est des plus sérieux. Une sage-femme moyenne assure près de 1000 accouchements par an - voire plus dans certaines régions du pays - alors que les normes fixées par l'OMS sont de 175 accouchements par intervenant. Une différence avérée qui fait du métier de la sage-femme algérienne un métier épuisant, tant sur le plan mental que physique. (Harhoura, 2010)

En 2010, l'Algérie comptait 8000 sages-femmes alors que le pays enregistrait près de 900 000 naissances par an. « Ce chiffre fait ressortir les difficultés qu'elles pouvaient rencontrer pour effectuer leur travail dans de bonnes conditions. », a révélé Mme A. Khodja (2010), sage-femme ayant exercé durant 35 ans dans le service maternité d'un CHU de la capitale. (Harhoura, 2010)

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

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

6. Le burn-out chez la sage-femme, en Algérie

Depuis l'apparition des études sur le travail et des recherches sur le burn-out, l'importante diffusion à l'international des données recueillies révèle un intérêt certain, une réflexion et une motivation de tout un chacun à comprendre ce qui se joue dans le travail.

Le travail tient-il davantage du tripalium ou de l'ergon ? L'étymologie du mot lui-même est latine et non grecque.

Les deux langues ont pourtant donné une suite de mots spécifiques.

Ainsi, côté latin, le tripalium était un instrument de torture à trois pieux (qui servait à immobiliser le condamné). Tripaliare signifiait « torturer avec un tripalium ». « Travail » est donc à tout le moins, synonyme d'effort, de développement d'énergie, de peine, de fatigue, de souci, de danger, de mouvement et, finalement, d'occupation rétribuée.

Ergon signifie « action, ouvrage (dont occupation, travail), travail accompli, chose au sens de fait, acte ou évènement ». Ergasome veut dire « travailler ».

Le travail définit la place qu'on occupe dans la société. La profession est un rôle social, ni plus ni moins. Cela signifie que le travail exige, pour être bien accompli, une réelle motivation. (Mankounian, 2016, p. XII). Or, une personne qui ne fait pas son travail comme on l'attend d'elle n'est pas dans tous les cas « incompétente » ; ses erreurs et son manque d'engagement ne relèvent pas de ses aptitudes, mais de son épuisement, de son combat face au burn-out.

Nous le remarquons bien dans nos hôpitaux ; les médecins, les infirmiers, les aides-soignants et les sages-femmes sont soit en train de courir dans tous les sens, soit en train de ne rien faire du tout. Certains restent calmes et vont s'isoler, d'autres laissent voir de l'arrogance, du mépris ou de l'indifférence, et très peu (autre personnel, patients, familles) ont connaissance de ce qui constitue leur mauvais caractère, souvent inconscient et la plupart du temps, incontrôlable.

Les chiffres que nous avons précédemment fournis indiquent à eux seuls que la sage-femme algérienne est quotidiennement exposée à un risque anormalement élevé d'épuisement ; les moins touchées demandent l'autorisation de s'absenter quelques temps, tandis que les plus affectées quittent tout simplement les lieux. Cependant, celles qui restent continuent.

toujours de fonctionner, mais sans pour autant donner le meilleur d'elles-mêmes.

Des témoignages émanant de sages-femmes algériennes (exerçant surtout à la capitale) rapportent que plusieurs de leurs collègues ont complètement changé de profession, passant de sage-femme à vendeuse dans un magasin, nourrice à domicile ou coiffeuse.

Des sages-femmes stagiaires sont influencées tous les jours par celles qui abandonnent le métier par « épuisement » physique ou émotionnel ; « Nous sommes mal traitées par les patientes et leurs familles. Celles qui sont sur le point d'accoucher nous repoussent rien qu'en nous voyant franchir le seuil de la salle d'accouchement, en nous moquant et en insultant notre manque d'expérience, qui est souvent lié à notre jeune âge. », dit C. Chekroune, étudiante en quatrième année.

« Pourquoi nous tuer à apprendre la tolérance quand nous pouvons vivre mieux en faisant autre chose », dit M. Mellali, anciennement sage-femme, aujourd'hui, secrétaire dans une agence immobilière. « J'aurais pu aller à l'Université et étudier la biologie, l'informatique ou les mathématiques, mais ce que je voulais, c'était être sage-femme. J'ai fait cinq ans d'études, j'ai passé plus de temps à l'hôpital qu'ailleurs et j'ai pleuré quand je suis devenue sage-femme. Deux années plus tard, j'ai pleuré, car j'étais sage-femme. », elle ajouta.

La responsabilité dont la sage-femme algérienne est tenue est sans doute doublement plus lourde que celle d'une sage-femme d'outre-mer. Le manque de matériel, les faibles récompenses économiques, les pauses « trop courtes », voire parfois inexistantes, le manque de communication (entre collègues et patientes), la perte d'énergie face à des situations difficiles, les problèmes personnels ne font qu'accroître son exposition au burn-out.

« Nous sommes toutes épuisées, mais à des degrés différents. » annonce L. Moulay, sage-femme depuis 11 ans. « Nous souffrons, et ce n'est pas pour exagérer. Demandez autour de vous, vous verrez. »

7. Les émotions et le burn-out

En définissant les émotions comme « tous ces sentiments qui changent l'homme en l'entraînant à modifier son jugement et qui sont accompagnés par la souffrance ou le plaisir » (*Rhétorique*, livre II, chap. 1, 1378a), Aristote formule ce que l'on considère comme l'une des premières définitions des émotions (Sander). Depuis, un grand nombre de définitions ont été proposées et classées en dix catégories distinctes :

- Affectives (accent sur la perception d'activation physiologique et/ou la valeur hédonique) ;
- Cognitives (accent sur l'évaluation cognitive et/ou les processus de labellisation) ;
- Situationnelles (accent sur les situations susceptibles de déclencher l'émotion) ;
- Physiologiques (accent sur les mécanismes physiques internes de l'émotion) ;
- Comportementales (accent sur les réponses émotionnelles observables de l'extérieur) ;
- Axées sur les effets perturbateurs (accent sur les effets dysfonctionnels de l'émotion) ;
- Adaptatives (accent sur les effets organisateurs ou fonctionnels de l'émotion) ;
- Multi-composantes (accent sur les diverses composantes interconnectées de l'émotion)
- Restrictives (différenciant l'émotion d'autres processus psychologiques) ;
- Motivationnelles (accent sur la relation entre émotion et motivation).

Aucune taxonomie exhaustive de l'émotion n'a recueilli de consensus, mais certaines catégories sont toutefois très utilisées dans la littérature scientifique.

La frustration et la colère sont les marques émotionnelles du burn-out. L'individu se sent frustré parce qu'on l'empêche d'atteindre ses objectifs. Il est incapable de surmonter les obstacles qui se trouvent en travers de son chemin soit parce qu'il ne dispose pas des ressources nécessaires pour faire son travail, soit parce qu'il manque de contrôle sur ce qu'il fait. On ne lui donne pas les récompenses auxquelles il s'attend. Sans grande surprise, il se sent inefficace. Mais il est également épuisé suite aux efforts fournis et au temps perdu. La colère qui accompagne sa frustration entraîne des réactions négatives envers les gens et une forme de cynisme à l'encontre de son travail. Et, à cause de ces réactions négatives, il est susceptible de chercher des boucs émissaires et de rejeter la responsabilité de ses problèmes sur quelqu'un d'autre, et de répondre avec agressivité. Cela est particulièrement vrai si sa colère a été éveillée dans un contexte qu'il perçoit comme injuste. De plus, s'il est en colère, il est susceptible d'être plus rigide dans sa façon de travailler et moins ouvert à de nouvelles alternatives. (Maslach et Leiter, 2011, p. 57)

L'hostilité se manifeste également quand les gens se sentent humiliés ou gênés sur leur lieu de travail. S'ils ne sont pas traités avec respect et confiance, et si leur travail n'est pas apprécié à sa juste valeur, leur estime de soi et leur confiance en leur propre compétence sont menacées. Ils commencent à se sentir exclus et peuvent même envisager de commettre des actes nuisibles, en représailles, tels que le vol ou le sabotage. (Maslach et Leiter, p. 57)

La peur et l'anxiété sont les deux autres émotions négatives qui contribuent au burn-out. Et les individus ont d'autant plus de chances d'éprouver ces sensations qu'ils manquent de contrôle sur leur travail et que leur environnement professionnel est incertain ou menaçant.

Cependant, le burn-out n'est pas simplement une question d'émotions négatives. Il est aussi lié à l'absence d'émotions positives. Lorsque quelqu'un se sent impliqué dans ce qu'il fait, son expérience professionnelle vient s'enrichir de son enthousiasme pour les défis relevés, de la satisfaction du travail bien fait, du plaisir à travailler avec les autres et de la fierté d'agir en accord avec ses valeurs. Ces émotions positives encouragent l'engagement et la motivation – si, grâce à son travail, il se sent bien, il aura envie de continuer à le faire correctement. Et lorsqu'il se sent bien, il est prêt à des efforts supplémentaires, il est créatif et ouvert à de nouvelles solutions. Le plaisir de la réussite peut compenser la douleur liée à de simples marques d'appréciation de la part des autres. Mais,

lorsque les sentiments positifs s'étiolent au point de ne plus avoir le pouvoir de compenser les sentiments négatifs, le cynisme menace. Tout est jugé et vécu de façon négative, avec méfiance et hostilité. Le verre à moitié plein est toujours à moitié vide (Maslach et Leiter, p. 59)

8. Les dépressions et le burn-out

Dans le burn-out, il est aussi question d'épuisement émotionnel et de troubles variés comme la fatigue. Ce qui l'a fait assimiler souvent à une forme de dépression et donc à une psychopathologie individuelle. Plusieurs chercheurs ont exploré la similitude des symptômes. Certaines dimensions du burn-out peuvent ainsi être considérées comme des manifestations comportementales d'une dépression. L'épuisement émotionnel serait la conséquence de la baisse d'énergie propre à la dépression ou encore la déshumanisation des relations ne serait qu'un équivalent du retrait social. Pourtant, des études permettent de distinguer burn-out et dépression (Masuko). Si le burn-out est lié à des affects dépressifs, il n'en comporte pas moins ses propres facteurs qui nous empêchent de l'assimiler à une catégorie de dépression. L'origine du burn-out - principalement extérieure, écologique - est plus identifiable que celle des dépressions, hormis dans les cas de dépressions réactionnelles où le sujet, habituellement, peut identifier la ou les causes de son état. Dans ces cas-là, le pronostic est assez favorable. La frontière entre réaction normale à un stress aigu ou chronique et réaction pathologique (dépression) est toutefois délicate à défendre dans la clinique. Nous pouvons cependant considérer certaines dépressions comme résultant d'une phase ultime du burn-out. En ce sens, le burn-out est une voie vers un déséquilibre de la santé, à tendance soit physique soit psychique selon la constitution propre à chacun, donc à ses faiblesses potentielles. (Mankounian, 2016, p. 6)

9. Conséquences du burn-out

9.1. Sur le plan émotionnel :

Nous pouvons distinguer trois sous catégories, la première concerne les sentiments et les émotions liés directement au travail, la deuxième l'équilibre émotionnel, la troisième les affects dépressifs.

Les émotions liées aux représentations du travail :

- Perte d'intérêt, démotivation, découragement
- Insatisfaction dans le travail
- Absence d'espoir d'amélioration

L'équilibre émotionnel :

- Changement d'humeur, labilité émotionnelle
- Irrascibilité, tristesse

Les affects dépressifs :

- Fatigue et lassitude excessives
- Plaintes répétées
- Sentiment d'impuissance, de culpabilité, de honte
- Anxiété et angoisse

9.2. Sur le plan comportemental :

Nous pouvons distinguer là encore plusieurs sous-catégories.

L'inefficacité de l'activité :

- Ralentissement du rythme d'activité
- Hyperactivité improductive
- Augmentation des erreurs

Les relations de travail :

- Manque de flexibilité, d'adaptabilité
- Isolement, mise à distance de soi et des autres
- Cynisme, arrogance, agressivité
- Absentéisme
- Diminution des relations sociales extérieures au travail
- Diminution des activités de loisirs

Les addictions :

- Tabagisme, alcoolisme et autres toxicomanies
- Conduites alimentaires compulsives

Les accidents du travail :

- Accidents et blessures

9.3. Sur le plan physique :

Beaucoup d'études se sont penchées sur les effets physiques de l'exposition au stress chronique. L'idée générale qui en ressort est que le burn-out, cet état issu d'un stress secondaire chronique doit être considéré comme un chemin potentiel vers des processus physiopathologiques. Nous rencontrons :

- Les troubles du sommeil
- Les troubles musculosquelettiques
- Les troubles cardiovasculaires
- Les troubles de la sexualité
- La réduction des défenses immunitaires
- Les plaintes somatiques, les douleurs diverses, les troubles digestifs
- La fatigue chronique

9.4. Sur le plan cognitif :

Nous pouvons citer :

- Perte du sens du travail et des objectifs
- Développement des pensées rigides
- Baisse des performances intellectuelles (diminution de la concentration, de la rapidité, etc.)
- Difficulté d'apprentissage (Mankounian, 2016, p. 18-21)

10. Prévention du stress et du burn-out

Dans la majorité des cas, les interventions mises en place sont plus destinées à réduire les effets du Burnout (ou du stress) qu'à infléchir les stresseurs. Autrement dit, les programmes sont le plus souvent centrés sur l'individu, destinés à apprendre à faire face aux tensions, en ignorant paradoxalement les causes situationnelles. (Kahn et Byosiére, 1992)

Pour Truchot (2004), on doit distinguer trois types de préventions : primaire, secondaire et tertiaire.

- La prévention primaire cherche à prévenir le Burnout en éliminant ou réduisant ses sources.

- La prévention secondaire désigne les interventions destinées à soulager l'employé des tensions qu'il ressent.
- La prévention tertiaire concerne le traitement des individus atteints de Burnout.

Selon des travaux empiriques sur le stress, il existe deux catégories de moyens pour prévenir et atténuer le Burnout ou réduire ses conséquences sur l'organisation et l'individu.

L'une consiste à modifier l'environnement de travail, l'autre s'adresse aux capacités de l'individu à faire face au stress.

La réduction des stressseurs à la source constitue la modalité la plus directe et la plus efficace pour atténuer le stress dans une organisation. Les problèmes de stress professionnel, dont le Burnout fait partie, ne peuvent être efficacement contrôlés que s'il existe une prise de conscience de l'existence du stress au travail et une volonté de s'attaquer aux causes premières. Les solutions suivantes peuvent être proposées pour prévenir le Burnout au travail en modifiant l'environnement de travail.

- Renforcer la participation des travailleurs aux prises de décisions.
- Accroître l'information lors des changements (de programmes).
- Faciliter le développement du soutien social de la part des collègues et renforcer l'esprit d'équipe.
- Améliorer la supervision en précisant les objectifs du travail, les attributions, les responsabilités et les droits des différentes catégories professionnelles.
- Élargir l'expérience par une formation adéquate des employés sous forme de stage.

L'autre modalité qui permet de réduire le stress et le Burnout préconise des interventions pour améliorer les capacités d'adaptation de l'individu, en stimulant le façonnement d'un style individuel de faire face. Il s'agit d'acquérir des habiletés cognitives, d'identifier et faire prendre conscience au sujet de sa manière de penser, de déceler les distorsions dans l'évaluation des situations, de proposer des modalités différentes de penser, de nouvelles attitudes ; ainsi que de mettre en jeu un style cognitif différent dans des situations considérées comme stressantes. Et enfin, mettre en application des techniques spécifiques de détente et de gestion du temps. (Boukroune, 2008, p. 107-108)

En milieu hospitalier, ces quelques démarches préventives doivent être initiées et parrainées par les organes de direction et consultatifs des établissements en liaison avec les représentants des travailleurs pour réunir les conditions nécessaires à leur réussite. Ainsi, les services de médecine du travail doivent orienter leurs activités davantage vers l'évaluation des risques et leur prévention en :

- Procédant régulièrement et de façon soutenue à l'analyse des postes, des activités et conditions de travail dans tous les services et unités de soins ;
- En accordant une importance particulière à la charge de travail en prenant en considération l'ensemble des paramètres, à savoir l'organisation du temps de travail, les contraintes de rythme de travail, l'autonomie et les marges d'initiative, le collectif de travail et les contacts avec les patients et le public.
- En évaluant les effets psychopathologiques.
- En formulant les avis d'aptitude appropriée tenant compte aussi bien des contraintes physiques que psychiques des postes de travail, en fonction des aptitudes des agents de la santé concernés (sages-femmes, infirmiers, etc.).
- En proposant les aménagements de postes nécessaires à la préservation de la santé physique et mentale des personnels, en tenant compte de la nécessité d'assurer la disponibilité et la continuité des soins.
- En proposant les mutations de postes nécessaires lorsque l'aménagement des postes de travail n'est pas compatible avec le fonctionnement normal du service.
- En proposant à la direction et aux chefs de service concernés les modifications et améliorations à apporter au fonctionnement des services et unités de soins lorsque des dysfonctionnements importants sont notés et sont susceptibles de détériorer l'état de santé des personnels.

Les Commissions d'hygiène et de sécurité devront fonctionner régulièrement et prendre en charge les avis et recommandations des médecins du travail, en liaison avec les chefs de service concernés, en vue d'une amélioration constante des conditions de travail des personnels hospitaliers.

Elles doivent représenter le cadre privilégié dans lequel les doléances des personnels à leurs conditions de travail et les propositions des services de médecine du travail doivent trouver une solution en termes de prévention collective aussi bien des risques physiques, biologiques, chimiques que ceux liés à des contraintes organisationnelles et relationnelles (MSPRH, 2002).

Synthèse

L'épuisement professionnel, que ce soit chez les sages-femmes, les médecins, les enseignants ou les employés de bureau, aurait - arrivé à un certain stade - les mêmes effets et conséquences sur la santé de l'individu. Il est de ce fait nécessaire de le faire connaître afin que les sujets les plus exposés puissent apprendre à s'en détourner. Il est clair que toute situation émotionnelle entraîne une réaction physiologique. Il ne faut pas la nier. La répétition de situations difficiles ou conflictuelles peut conduire à terme à une attitude d'évitement préjudiciable à soi-même et à son environnement. Parce que le burn-out n'arrive pas à l'improviste, il est possible – avec une aide appropriée – de s'en détacher complètement.

Chapitre 3 : Méthodologie de la recherche

Chapitre 3 : Méthodologie de la recherche

1. Limites de la recherche
2. Raisons du choix du thème
3. Méthode employée
4. Description du lieu de la recherche
5. Description du groupe-cible
6. Outils de la recherche
7. Déroulement de l'enquête
 - 7.1. La préenquête
 - 7.2. L'enquête
8. Difficultés rencontrées

Synthèse

Mots-clés : Méthode, description, études descriptives, étude qualitative, étude de cas, entretien de recherche, entretien, l'entretien semi-directif, guide d'entretien, échelles, MBI, Profil des compétences émotionnelles.

Préambule

La méthodologie est le siège de toute investigation. Organiser et structurer un travail de recherche peut se montrer très délicat. Néanmoins, cela permet de guider et d'aider le lecteur à se situer vis-à-vis des démarches que le chercheur s'est donné à suivre sur le lieu de son enquête.

Les limites de la recherche, les raisons du choix du thème et la méthode utilisée seront les trois premiers éléments que nous présenterons. Nous décrirons ensuite le lieu de la recherche avant d'en déterminer le groupe-cible. Enfin, nous introduirons les outils auxquels nous avons eu recours. Bien sûr, prendront part le déroulement de la recherche ainsi que les difficultés que nous avons rencontrées.

1. Limites de la recherche

- L'enquête que nous avons menée s'est passée uniquement au niveau de la L'Hôpital mère-enfant de Targa Ouzammour (wilaya de Béjaïa).
- Sa durée a été de 62 jours, sur une période de 85 jours (du 20/02 au 15/05).
- La recherche s'est portée sur 24 sages-femmes, l'enquête finale sur 4 cas.
- Les outils que l'on a utilisés sont : L'entretien de recherche, le Maslach Burnout Inventory ou MBI, le Profil de Compétences Émotionnelles, l'Oldenberg burnout Inventory (préenquête).
- L'approche que nous avons adoptée est l'approche cognitivo-comportementale.

2. Raisons du choix du thème

- Nous avons choisi le burn-out car c'est un concept nouveau et peu connu, bien qu'il soit présent partout autour de nous.
- Nous avons fait le choix de centrer notre recherche sur les sages-femmes car elles ont un métier respectable.
- Nous voulions en savoir davantage sur le burn-out à travers le métier de sage-femme.
- Nous voulions en apprendre davantage sur la sage-femme à travers le burn-out.
- Nous voulions comprendre le malaise que vit la sage-femme en exerçant dans notre société.

- Très peu d'études et de recherches ont été faites sur la sage-femme en Algérie (spécialement en matière de burn-out).

3. La méthode employée

Le choix d'une méthode de recherche est un moment clé du travail scientifique ; les données collectées, le traitement qui en sera fait et - dans une certaine mesure - le type de résultats que le chercheur va mettre en évidence sont d'une grande influence. La méthode est définie comme : « *l'ensemble des opérations intellectuelles permettant d'analyser, de comprendre et d'expliquer la réalité étudiée* » (J-L. Loubet, 2000, p. 120).

Pour comprendre et expliquer le fonctionnement mental et les comportements, les chercheurs en psychologie disposent de méthodes descriptives. « *La description consiste à rassembler les informations issues des observations faites à propos de tel ou tel phénomène afin de fournir une image aussi cohérente et aussi approfondie que possible de celui-ci* » (J-L. Loubet, 2000, p. 154).

Les études descriptives constituent souvent la première brique de l'entreprise scientifique visant à construire des savoirs de plus en plus exhaustifs à propos d'un objet d'étude. Elles permettent d'étudier l'apparition d'un problème de santé en termes de temps, de lieux et de personnes ou encore d'explorer des comportements, des attitudes ou des pratiques. (Ch. Debout, 2012, p. 57)

La description doit déboucher sur une explication. Pour cela, elle est construite sur deux niveaux différents bien qu'ils soient complémentaires : l'exploration et l'étude (H. Dumez, 2016). Simple exploration, elle n'est que description élémentaire, étendue en général à une population et traite surtout de généralités. Le terrain débroussaillé, il est possible de procéder à une étude plus approfondie - qui portera, cette fois - sur un groupe d'individus restreint, ce qui nous mène à l'étude qualitative.

Une étude qualitative est une étude destinée à recueillir des éléments qualitatifs, qui sont – la plupart du temps - non directement chiffrables par les individus interrogés ou étudiés. Elle est le plus souvent réalisée par des entretiens collectifs ou individuels ou par des observations en situation menées auprès d'échantillons réduits. Elle vise généralement à comprendre en profondeur des attitudes ou comportements (J. Kivits & al., 2016, p. 162). Par « entretiens individuels », nous laissons entendre « étude de cas ». Leyens (1983) souligne la force persuasive de l'étude de cas et démontre qu'elle est plus convaincante qu'une foule de statistiques (S. Ionescu & A. Blanchet, 2009, p. 16). Hamel (1997), de son côté montre que l'étude de cas consiste à rapporter un événement à son contexte et à le

considérer sous cet aspect pour voir comment il s’y manifeste et s’y développe. En d’autres mots, il s’agit, de saisir comment un contexte donne acte à l’évènement que l’on veut aborder » (J. Hamel, 1997, p. 10). Le format de l’étude de cas nous a permis de commencer par de larges questions puis de nous focaliser, en fonction des premières observations sur des points particuliers plutôt que de prévoir chaque résultat avant que l’expérience ne soit entreprise.

Petit à petit, on comprend que la méthode que l’on s’est promis de suivre est la méthode qualitative descriptive. Parce que nous l’avons choisi avec l’étude de cas, nous étions en mesure de mieux comprendre la sage-femme en tant que telle et en tant que personne, l’épuisement professionnel dans ses dimensions et aspects particuliers, le burn-out chez la sage-femme dans sa globalité.

4. Lieu de la recherche

C’est au CHU Targa Ouzammour, appelé aussi Maternité Targa Ouzammour que nous avons effectué notre recherche. Cet établissement – situé en plein centre-ville de Béjaïa – a ouvert les portes à la fin de l’année 1990 et accueille depuis des centaines de patientes chaque jour.

L’Hôpital mère-enfant Targa Ouzammour (anciennement clinique d’accouchement) a été conçue à l’origine pour être un centre CNAS. Cette dernière l’ayant refusée pour des raisons de malfaçons, elle (la bâtisse) a été réaffectée aux services de santé qui ont en fait une Maternité urbaine pour les besoins de la ville de Béjaïa.

La structure comprend trois services :

- Le service de maternité ;
- Le service de gynécologie-obstétrique ;
- Le service de néonatalogie.

Tableau N° 1 : Activités des services

Maternité	<ul style="list-style-type: none"> - Grossesses à haut risque (GHR) - Postpartum
Gynécologie-Obstétrique	<ul style="list-style-type: none"> - Urgences gynécologiques et obstétricales. - Grosse à Haut Risque - Accouchements - Chirurgie gynécologique - Pathologie bénigne des ovaires de l'utérus, chirurgie de prolapsus - Chirurgie cancérologique et gynécologique. - Chirurgie carcinome du col de l'utérus et de l'utérus - Chirurgie Cancer du Sein.
Néonatalogie	<ul style="list-style-type: none"> - Réanimation du nouveau-né. - Soins intensifs. - Soins de néonatalogie. - Nursing - Urgences - Hôpital de jour (en observation)

Monobloc, l'hôpital renferme :

- Un bureau de surveillance ;
- Un bureau réservé au cadre paramédical ;
- Un bureau réservé à l'assistance sociale ;
- Une salle d'échographie ;
- Une salle de stérilisation ;
- Un laboratoire ;
- Une pharmacie ;
- Une nurserie ;
- Un bloc (aile) d'accouchement ;
- Une aile réservée au service de néonatalogie ;
- Une chambre de garde réservée aux médecins ;
- Une chambre de garde réservée aux sages-femmes ;
- Plusieurs salles d'attente (toutes réparties au même étage) ;
- Des vestiaires ;
- Une buanderie ;
- Une grande cuisine, un restaurant et un foyer ;
- Une capacité litière de 80 lits ;
- Une morgue.

Hélas, aucune pièce n'est réservée aux psychologues de l'établissement. Ceux-ci n'ayant d'autre choix que de se déplacer vers les patientes pour exercer (chose qui remet en question la place du psychologue dans la société algérienne et qui par la même occasion compromet la confidentialité de l'intervention.)

Le personnel médical (généralistes, gynécologues, pédiatres et autres spécialistes) s'élève au nombre de 32, soit trois fois moins que le personnel paramédical (sages-femmes, infirmières, aides-soignants) qui se limite à 112 employées (toutes des femmes).

5. Le groupe de recherche

N'ayant pas de sages-femmes-hommes, seules les femmes étaient concernées par notre étude. Le groupe que nous avons mis en place (composé de 24 sages-femmes) avait des individus dont l'âge variait entre 27 et 53 ans.

Bien sûr, nous avons écarté les sujets qui avaient moins d'une année d'expérience, car nous avons jugé que cela ne nous aurait pas aidé à développer notre travail sur le burn-out.

Tableau N° 2 : Caractéristiques du groupe de recherche :

Cas	Âge	État matrimonial	Nombre d'enfants	Expérience
01	53	veuve	03	30 ans
02	51	mariée	02	28 ans
03	52	mariée	02	25 ans
04	43	mariée	02	23 ans
05	46	mariée	03	23 ans
06	48	mariée	03	20 ans
07	/	mariée	/	17 ans
08	/	mariée	03	17 ans
09	/	mariée	03	16 ans
10	42	mariée	04	15 ans
11	37	mariée	03	13 ans
12	38	mariée	03	11 ans
13	33	mariée	02	10 ans
14	35	mariée	02	10 ans
15	30	mariée	02	09 ans
16	32	célibataire	/	08 ans

17	34	mariée	01	08 ans
18	33	célibataire	/	07 ans
19	30	célibataire	/	07ans
20	32	célibataire	/	06 ans
21	29	célibataire	/	05 ans
22	27	célibataire	/	03 ans
23	/	célibataire	/	02 ans
24	/	célibataire	/	01 an

6. Outils de la recherche

Afin d’approcher et d’instaurer une relation de confiance avec les sages-femmes, nous avons fait le choix d’utiliser l’entretien de recherche. Voyons d’abord ce qu’un entretien avant d’aller plus loin.

En plus d’être une simple rencontre entre au moins deux sujets, l’entretien est une relation sociale dont les fonctions et les rôles des participants, les objectifs de la rencontre et les règles qui la régissent sont en grande partie déterminés par sa fonction sociale (Bouvet, p. 8).

L’entretien de recherche a un statut particulier qui se distingue de celui de l’entretien mené lors d’investigations psychologiques, car cette distinction concerne non pas l’apparence des échanges, mais les processus d’interaction entre le chercheur et le sujet qui participe à la recherche (Lavarde, 2008).

L’entretien de recherche est une méthode de collecte qui vise à recueillir des données (informations, ressentis, sentiments, récits, témoignages, etc.) appelées *matériaux*, dans le but de les analyser (Chauchat, 1995). L’entretien de recherche n’a pas d’objectif thérapeutique ou diagnostique, mais il cible l’accroissement des connaissances dans un domaine choisi par le chercheur (Chahraoui et Bénony, 2003, p. 141).

Tout étudiant/chercheur doit être en mesure de connaître les types d’entretiens dans le but de ne pas tomber dans la confusion. Nous-en rencontrons trois types : l’entretien directif, l’entretien semi-directif et l’entretien libre. C’est l’entretien semi-directif qui convient le plus aux objectifs de notre recherche, c’est donc avec ce dernier que nous avons décidé de procéder.

Dans l’entretien semi-directif, le chercheur dispose d’un certain nombre de thèmes ou de questions guides, relativement ouvertes, sur lesquels il

souhaite que l'interviewé réponde. Mais il ne pose pas forcément toutes les questions dans l'ordre dans lequel il les a notées et sous leur formulation exacte. Il y a davantage de liberté pour le chercheur, mais aussi pour l'enquêté. Autant que possible, le chercheur laisse venir l'interviewé afin que celui-ci puisse parler ouvertement, dans les mots qu'il souhaite et dans l'ordre qui lui convient. Le chercheur essaie simplement de recentrer l'entretien sur les thèmes qui l'intéresse quand l'entretien s'en écarte, et de poser les questions auxquelles l'interviewé ne vient pas par lui-même (Lefèvre, 2010).

Afin de structurer au mieux notre entretien, nous avons établi un guide (voir Annexes) à partir d'éléments issus de notre enquête exploratoire ; les questions qu'il contient sont ouvertes et les thèmes sont proposés suivant 4 axes. 27 questions figurent sur notre guide d'entretien ;

- 5 dans l'axe premier (informations générales) ;
- 7 dans le deuxième (le métier de sage-femme) ;
- 7 dans le troisième (indicateurs de fatigue et burn-out) ;
- 8 dans le quatrième et dernier axe (les compétences émotionnelles).
-

Il est à noter que nous n'avons pas demandé le nom des sages-femmes, bien que cela ne leur posait aucun souci (certaines avaient même insistées pour le donner).

Le MBI :

Le MBI (Maslach Burnout Inventory) est « *la mesure de référence du burn-out, employée par les structures professionnelles et par les chercheurs pour évaluer la façon dont les employés appréhendent leur travail.* » (Maslach et Leiter, 2011, p. 235)

Il existe trois versions du MBI. La version originale *The Human Services Survey* qui est la plus appropriée pour les fournisseurs de services. Une autre enquête légèrement modifiée, *The Educators Survey*, est axée sur le métier d'enseignant. Une addition plus récente, *The General Survey* (voir Annexe), est applicable à un plus large éventail de métiers. Cette dernière diffère des deux autres versions, car elle ne fait pas référence à la relation de service avec les destinataires. Au contraire, elle met l'accent sur la relation de la personne qui répond à l'enquête avec le travail de manière générale (Maslach et Leiter, 2011, p. 236).

Le MBI mesure trois dimensions principales de l'expérience d'un individu avec le travail : épuisement-énergie, dépersonnalisation-implication, et inefficacité-accomplissement. L'échelle de mesure va de 0 à 7, 0 correspondant à jamais, 1 à quelques fois par an ou moins, et 5

quelques fois par semaine, tandis que 6 correspond tous les jours. Les groupes de travail qui ont des scores importants au niveau de l'épuisement émotionnel et de la dépersonnalisation, et un score bas au niveau de l'accomplissement personnel sont touchés par le burn-out. Ceux qui présentent les caractéristiques opposées – qui ont un faible score au niveau de l'épuisement émotionnel et de la dépersonnalisation, et un score important au niveau de l'accomplissement personnel – montrent de nombreux aspects de l'engagement professionnel (Maslach et Leiter, 2011, p. 236).

Le MBI se concentre sur l'expérience personnelle de l'individu dans sa relation au travail. La structure dominante de l'échelle de mesure correspond à la formulation d'un sentiment (par exemple épuisé émotionnellement, insensible, exalté) qui est attribué au travail. Les formules correspondent à une qualité qui définit le burn-out. Le lien de parenté qui existe entre le burn-out et le travail différencie d'états émotionnels plus généraux, tels que la dépression, qui s'étendent à tous les aspects de la vie, sans se limiter à des domaines particuliers. (Maslach et Leiter, 2011, p. 236)

La consigne citée est : « Indiquez la fréquence à laquelle vous ressentez ce qui est décrit à chaque item. Entourez le chiffre correspondant à votre réponse. »

Total du Score d'Épuisement Émotionnel (SEE)

Additionner les scores obtenus aux questions 01. 02. 03. 06. 08. 13. 14. 16. 20
SEE =

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

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

Additionner les scores obtenus aux questions 05. 10. 11. 15. 22 SD =

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

Total du Score Accomplissement personnel (SAP)

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

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

Selon Maslach et Jackson (Maslach et Jackson, 1986), il existe deux manières de catégoriser le patient victime du burnout : soit dimension par dimension, ainsi on est atteint de burnout si EE élevée, ou DP élevée, ou AP faible ; soit en donnant un score global au sujet à partir de ces dimensions : burnout faible si une seule dimension est atteinte : EE élevée ou DP élevée, ou AP bas, burnout modéré si deux dimensions sont atteintes : EE + DP, ou EE + AP, DP + AP, burnout sévère si les trois dimensions atteintes : EE élevée + DP élevée + AP bas.

La version originale anglaise du MBI-HSS a été traduite et validée en français en 1994 par Dion et Tessier (Mandengue, 2017), validation confirmée en 2012 par Truchot et al. (Mandengue, 2017). Le questionnaire était remis aux participants pour un délai d'au moins une semaine afin d'avoir suffisamment de temps pour s'en approprier.

Ainsi, le MBI considère le burn-out comme la conséquence de problèmes liés au lieu de travail, et non comme un syndrome psychiatrique.

Le Profil de compétences émotionnelles :

Longtemps ignorées dans le milieu professionnel, les émotions sont aujourd'hui reconnues comme des éléments-clés qui influencent notre comportement, nos décisions, notre bien-être et notre performance.

La régulation émotionnelle renvoie particulièrement aux compétences émotionnelles qui permettent à l'individu de moduler et gérer son état émotionnel ; et ainsi d'apporter une réponse émotionnelle appropriée aux situations changeantes et complexes de la vie moderne. Pour certains, elle fait référence à la notion d'intelligence émotionnelle (IE), Parmi ses modèles, le modèle de Goleman (2001) qui reprend les apports des travaux de Salovey et Mayer, définit l'IE comme *la capacité à reconnaître et à maîtriser les émotions en soi et chez les autres*. Elle est décomposée en quatre principales compétences regroupées sous deux catégories : compétences personnelles et sociales ; respectivement, la conscience de soi ou auto-évaluation (capacité à comprendre ses émotions et à reconnaître leur incidence), la maîtrise de soi ou auto-régulation (capacité à maîtriser ses émotions et impulsions et à s'adapter à l'évolution de la situation), la conscience sociale ou empathie (capacité à détecter et à comprendre les émotions d'autrui et à y réagir tout en comprenant les réseaux sociaux) et la gestion des relations sociales ou aptitudes sociales de communication (qui correspond à la nécessité à inspirer et à influencer les autres tout en favorisant leur développement et en gérant les conflits). (Gendron, 2007)

Tableau N° 3 : Compétences de l'intelligence émotionnelle de Goleman (2001)

Compétences émotionnelles	Personnelles	Sociales
CONSCIENCE	Auto-Evaluation ou Conscience de soi	Empathie ou conscience sociale
MAÎTRISE	Auto-Régulation ou Maîtrise de soi	Aptitudes sociales de communication

L'intelligence émotionnelle reflète la capacité de l'individu à identifier, exprimer, comprendre, réguler et utiliser ses émotions et celles d'autrui (www.emotional-competence.co/fr). Des centaines de recherches scientifiques ont pu mettre en évidence que le niveau d'intelligence émotionnelle influence les quatre domaines les plus importants de la vie d'une personne, à savoir :

Son bien-être : Avoir de bonnes compétences émotionnelles (CE) permet de voir la vie plus positivement, de voir le meilleur des situations. De bonnes CE sont un facteur de protection contre le développement de troubles psychologiques comme la dépression ou le burn-out. Les CE permettent aussi à l'individu de rebondir plus facilement face aux situations émotionnelles difficiles.

Sa santé physique : Ne pas ignorer les informations émotionnelles permet de réduire le niveau de stress, ce qui réduira la probabilité de développer des maladies cardiovasculaires ou gastro-intestinales. Des CE bien développées peuvent aussi réduire les migraines ou encore les problèmes de peau. Enfin, elles aident à ne pas développer des conduites addictives (consommation d'alcool, cannabis, etc.).

Ses relations : Plus ses CE seront développées, plus sera meilleure la qualité de ses relations. Le fait de pouvoir donner du sens à ses ressentis, mais aussi à ceux des autres permet de s'engager dans des relations plus riches et plus durables. Ce principe s'adapte tant aux relations professionnelles que personnelles (partenaire, enfants, amis, proches).

Ses performances au travail et/ou académiques : Avoir de bonnes CE est un atout professionnel précieux, d'autant plus si la personne occupe un poste qui demande à gérer une équipe. Elles permettent aussi de tirer le meilleur de chacun augmentant ainsi la qualité de travail fourni et la capacité à relever les défis du changement. Enfin, de bonnes CE permettent

d'être plus disponible à sa tâche et donc plus productif. Les constats sont identiques en situation d'étude académique (Gendron, 2007).

C'est M. Mikolajczak et S. Brasseur qui ont mis en place le Profil de compétences émotionnelles (voir Annexe). Présentation et consigne du test sont citées comme suit :

« Les questions ci-dessous ont pour but de mieux comprendre comment vous vivez avec vos émotions. Répondez spontanément à chacune des questions en tenant compte de la manière dont vous réagissez en général. Il n'y a ni bonnes ni mauvaises réponses, car nous sommes tous différents à ce niveau. »

« Pour chacune des questions, vous devrez vous positionner sur une échelle de 1 à 5. **1** signifie que la phrase écrite ne vous correspond pas du tout ou que vous ne réagissez jamais de cette façon, au contraire **5** signifie que vous vous reconnaissez tout à fait dans ce qui est décrit ou cela vous arrive très souvent. »

L'échelle de mesure contient 50 items et fournit 13 scores (10 de sous-échelles et 3 scores totaux :

- Identification de mes émotions ;
- Identification des émotions d'autrui ;
- Compréhension de mes émotions ;
- Compréhension des émotions d'autrui ;
- Expression de mes émotions ;
- Écoute des émotions d'autrui ;
- Régulation de mes émotions ;
- Régulation des émotions d'autrui ;
- Utilisation de mes émotions ;
- Utilisation des émotions d'autrui.

Pour les trois derniers :

- 1 score total de CE ;
- 1 sous-score de CE intrapersonnel (identification, compréhension, etc. de mes émotions) ;
- 1 sous-score de CE interpersonnel (identification, compréhension, etc. des émotions des autres).

Clé de notation

Légende : * = item à reverser 1=4, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1.

Manière de procéder : calculer le score pour chaque échelle en effectuant la moyenne des items qui le composent.

Sous échelles :

- Identification de mes émotions (6, 16, 20*, 48, 49*) ;
- Identification des émotions d'autrui (7, 29*, 30, 40*, 44*) ;
- Compréhension de mes émotions (1*, 2*, 10, 26*, 43*) ;
- Compréhension des émotions d'autrui (5*, 13, 14, 18*, 34*) ;
- Expression de mes émotions (8, 17, 25*, 38*, 42*) ;
- Écoute des émotions d'autrui (23, 28*, 31*, 45, 46*) ;
- Régulation de mes émotions (12, 15, 37*, 39, 50) ;
- Régulation des émotions d'autrui (19, 27, 33, 35, 36, 47) ;
- Utilisation de mes émotions (9*, 21, 22, 24, 41) ;
- Utilisation des émotions d'autrui (3, 4, 11, 32, 36)

Scores totaux :

- 1 score total de CE : moyenne de tous les items précités ;
- 1 sous-score de CE intrapersonnel : moyenne des scores aux échelles d'identification, compréhension, expression, régulation et utilisation de mes émotions ;
- 1 sous-score de CE interpersonnel : moyenne des scores aux échelles d'identification, compréhension, expression, régulation et utilisation des émotions d'autrui.

7. Le déroulement de la recherche

7.1. La préenquête

La préenquête marque, dans la recherche, une étape décisive puisqu'elle correspond à cette phase d'opérationnalisation au cours de laquelle on cherche justement à répondre à des questions préalables. C'est pourquoi ses objectifs ne se situent pas tous, à l'évidence, au même plan. (Mochet, 1986)

C'est après avoir eu l'accord (oral) du Directeur et de la Coordinatrice du service Maternité du CHU que nous avons commencé notre préenquête.

Elle a duré six jours et s'est faite dans deux lieux différents ; bien sûr, au niveau de l'Hôpital mère-enfant de Targa Ouzammour, mais aussi au Centre Paramédical de Sidi Ouali. Pourquoi ce lieu ? Car nous y avons été invitées. Quand nous nous sommes présentées pour la première fois auprès de la sage-femme principale du service Maternité, des examens avaient eu lieu. Beaucoup de jeunes femmes étaient présentes ; particulièrement des sages-femmes en stage pratique. Comme nous, elles étaient là pour un motif académique.

Des étudiantes passaient dans le bureau de la responsable à tour de rôle alors que ma camarade et moi attendons d'avoir un mot. Un groupe de filles nous avait demandé si on devait aussi « passer », croyant que nous étions là pour les mêmes raisons. Quand on a expliqué le pourquoi de notre présence, elles étaient comme « étonnées » d'apprendre que nous voulions porter notre recherche sur les sages-femmes. Presque toutes étant à leur dernière année, celles-ci en savaient déjà beaucoup sur les lieux, sachant qu'elles les fréquentaient déjà depuis 3 ans. Voulant nous apporter leur aide, elles nous invitent – avec insistance – à les rencontrer au niveau de leur école. Pensant que cela nous aiderait beaucoup, nous avons accepté. Effectivement, nous avons pu, une fois là-bas recueillir beaucoup de données utiles. C'est ainsi, avec l'aide de ces stagiaires, de l'une de leurs enseignantes et du Directeur adjoint de leur établissement que nous avons décidé de revenir sur les lieux, une deuxième puis une troisième fois.

Arrivées au CHU trois jours plus tard, nous sommes allées voir à nouveau, la responsable du service Maternité qui s'est montré très coopérative. Ses mots étaient : « *Mettez vos blouses, vous avez beaucoup de travail à faire* ». Nous avons donc commencé par visiter tous les services et unités de l'hôpital, ce qui nous a permis d'approcher et d'aborder beaucoup de personnes (infirmières, médecins, sages-femmes). Introduisant à peine le burn-out, beaucoup nous avaient interpellés pour dire qu'elles étaient « épuisées », médecins et compris (hommes et femmes), chose qui a attiré davantage notre attention.

Après ce temps, nous étions capables de vérifier la faisabilité de notre thématique, bien que très peu d'études/recherches (à notre connaissance) ont porté sur celle-ci (en Algérie).

7.2. L'enquête

Nous avons eu la chance, avec l'aide de la Coordinatrice du service Maternité de non seulement approcher les sages-femmes qui étaient sous sa

responsabilité, mais aussi d'interagir avec toutes celles qui travaillaient dans l'ensemble de l'hôpital. Notre échantillon était donc limité au début, mais une meilleure opportunité s'est présentée après notre deuxième jour de stage.

Au premier contact, les sages-femmes étaient très curieuses d'en savoir/apprendre plus sur le burn-out. Toutes étaient compréhensives et très coopératives. On sentait qu'elles avaient beaucoup à dire sur leur métier, leurs conditions de travail et le fait qu'elles soient physiquement et émotionnellement « fatiguées ». On parlait à peine qu'elles prenaient la parole ; certaines avaient toutes les mêmes propos (bien qu'on les abordait individuellement). Pour nous, cela ne pouvait passer inaperçu.

Quatre-vingt-cinq jours, c'était la limite qui nous a été assignée afin de finir notre recherche. Notre sortie pédagogique affichait 2 heures par semaine, mais la responsable doutait que cela suffirait et nous a donc – dès le premier jour – invitées à nous présenter tous les jours si on le voulait, chose que nous n'avons pas manqué de faire. Tout comme les sages-femmes, on se rendait au CHU quotidiennement, de 8 à 15h30 (peu avant la fin de leur service). Cela nous permettait d'en rencontrer une ou deux à chaque fois que celles-ci avaient un peu de temps.

Toutes celles que l'on a vu étaient d'accord de faire les tests. Avoir un entretien ne semblait pas les déranger non plus, sauf pour (au début) l'une d'entre-elles qui, après réflexion, est venue nous voir pour nous dire qu'elle changeait d'avis.

Nous avons assez de données après soixante-deux jours et quelques heures. Tout le monde voulait que l'on revienne de temps à autre.

8. Difficultés de la recherche

- Presque aucune documentation n'a été trouvée sur la sage-femme algérienne ;
- Dû à la courte disponibilité des sages-femmes, certains entretiens se sont faits en deux, voire trois fois ;
- Certains cas trouvaient le test du Profil des compétences émotionnelles « trop long » (50 items) ;
- D'autres pensaient qu'il était « compliqué », à cause des chiffres qui déterminaient l'intensité de leur réponses (voir Annexe, en haut à droite).

Synthèse

La méthodologie qui nous a accompagnée tout au long de la recherche nous a permis non seulement de vérifier la faisabilité de notre thématique, mais aussi de construire un schéma théorique qui nous a fourni un corps d'hypothèses à valider. Nous avons pu grâce à cela, trouver les définitions qui lient cadre conceptuel et faits observables.

Suivre une telle méthodologie nous a également permis de trouver les bons outils.

Chapitre 4 :
Présentation, analyse
et discussion des
hypothèses

Préambule

Nous allons, dans ce présent chapitre discuter les données et les résultats de chacune des deux échelles que nous avons présenté à 24 sages-femmes, ainsi que les entretiens de 4 d'entre-elles. Mais nous verrons d'abord les scores de tous les cas avant d'aller vers une étude plus approfondie.

1. Présentation et analyse des résultats de tous les cas (24)

Tableau N° 4 : Récapitulatif des résultats obtenus à l'échelle MBI :

Cas	Épuisement émotionnel		Dépersonnalisation		Accomplissement personnel		Score ME	Niveau EP
	Score	Niveau	Score	Niveau	Score	Niveau		
01	38	élevé	14	élevé	41	faible	31	élevé
02	46	élevé	15	élevé	25	faible	28,66	modéré
03	31	élevé	15	élevé	43	faible	29,33	élevé
04	15	faible	0	faible	41	élevé	18,66	faible
05	34	élevé	08	modéré	40	élevé	27,33	modéré
06	37	élevé	13	élevé	40	élevé	30	élevé
07	31	élevé	0	faible	42	élevé	24,33	modéré
08	13	faible	06	modéré	30	faible	16,33	nul
09	15	faible	02	faible	32	faible	49	nul
10	38	élevé	07	modéré	37	modéré	27,33	faible
11	27	modéré	11	modéré	31	faible	23	nul
12	47	élevé	28	élevé	36	modéré	37	modéré
13	45	élevé	08	modéré	34	modéré	29	faible
14	47	élevé	09	modéré	37	modéré	31	modéré

15	40	élevé	14	élevé	38	modéré	30,66	modéré
16	41	élevé	13	élevé	25	faible	26	modéré
17	34	élevé	12	élevé	42	élevé	29,33	élevé
18	40	élevé	14	élevé	40	élevé	31,33	élevé
19	32	élevé	17	élevé	48	élevé	32 ,33	élevé
20	40	élevé	20	élevé	37	modéré	32,33	modéré
21	37	élevé	20	élevé	41	élevé	32,33	élevé
22	32	élevé	01	faible	48	élevé	27	modéré
23	43	élevé	13	élevé	40	élevé	32	élevé
24	31	élevé	15	élevé	43	élevé	29 ,33	élevé

Le tableau ci-dessus révèle le score obtenu en calculant chacune des trois dimensions du burn-out ; l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et l'accomplissement personnel.

Chaque score revient à dire si le niveau de chacune des dimensions est bas, modéré ou élevé. Prenons le cas le plus élevé de tous, le numéro 23 :

Le niveau d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation est « élevé » dans les deux dimensions, alors que celui de l'accomplissement personnel est « modéré » ;

- Le score de L'EE est de 47, alors qu'il faut un total de 30 pour être dans le niveau élevé ($30 < SEP$).

- Le score de la dépersonnalisation est de 28, soit $12 < SD$ (trop élevé).

- Le score de l'AP est de 36, ce qui fait qu'il soit modéré $34 < SAP < 39$, mais quand même très près du degré élevé ($40 < SAP$).

Une fois calculés, ces derniers nous donnent le score dont on a besoin afin de calculer l'épuisement professionnel chez ce cas.

Les résultats de chaque dimension étant très différents les uns des autres, a fait qu'il y'est 8 cas dont le degré d'épuisement professionnel est élevé, 7 au niveau modéré et 9 au degré bas. Toutefois, le score des dimensions peut être soit bas, soit modéré, soit élevé. Le cas numéro 19, par exemple, présente un score de 35 dans l'épuisement émotionnel, quand la moyenne

est de < 17. Le niveau d'épuisement professionnel chez ce cas aurait été élevé si le SD avait été élevé.

Tableau N° 5 : Récapitulatif des résultats obtenus à l'échelle du Profil des compétences émotionnelles :

Cas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ST de CE	Sous-score de CE intra-personnel	Sous-score de CE inter-personnel
01	14	16	12	16	15	11	15	21	16	19	155	72	83
02	13	12	08	11	12	12	10	14	15	16	123	58	65
03	10	18	11	17	14	16	17	22	18	19	162	70	92
04	09	08	14	16	11	11	08	18	20	17	132	62	70
05	08	10	15	09	11	11	07	16	07	10	104	48	56
06	09	14	18	16	15	15	14	19	11	14	145	67	78
07	11	13	17	13	16	15	18	20	09	19	151	71	80
08	12	19	17	15	12	12	11	14	13	19	144	65	79
09	09	13	14	12	10	13	12	22	14	16	135	59	76
10	14	18	17	16	17	16	17	22	16	20	173	81	92
11	15	17	16	19	18	17	17	21	14	15	169	80	89
12	15	12	15	15	14	13	17	22	16	18	157	77	80
13	11	14	13	11	12	10	15	18	13	15	132	64	68
14	12	15	11	12	15	14	15	21	16	13	144	69	75
15	11	15	13	12	15	13	10	20	18	17	144	67	77
16	10	11	10	12	13	14	15	18	12	15	130	60	70
17	10	19	12	16	15	15	17	21	16	20	161	70	91
18	09	19	12	14	11	14	16	21	15	20	151	63	88
19	13	18	09	17	15	16	15	21	17	15	156	69	87
20	09	17	13	17	14	15	17	20	16	20	158	69	89
21	09	11	14	07	11	12	09	14	13	13	113	56	57
22	10	09	16	07	11	11	09	15	11	12	114	60	54

23	08	10	16	09	12	10	08	14	14	10	111	58	53
24	10	12	15	07	12	11	11	13	11	12	114	59	55

- 1** = Identification de mes émotions ;
- 2** = Identification des émotions d'autrui ;
- 3** = Compréhension de mes émotions ;
- 4** = Compréhension des émotions d'autrui ;
- 5** = Expression de mes émotions ;
- 6** = Écoute des émotions d'autrui ;
- 7** = Régulation de mes émotions ;
- 8** = Régulation des émotions d'autrui ;
- 9** = Utilisation de mes émotions ;
- 10** = Utilisation des émotions d'autrui.

Le tableau ci-dessus représente les résultats obtenus au niveau de chacun des dix scores principaux du Profil des compétences émotionnelles. Ces derniers sont calculés afin que nous puissions déterminer les sous-score des compétences émotionnelles intrapersonnel et des compétences émotionnelles interpersonnelles.

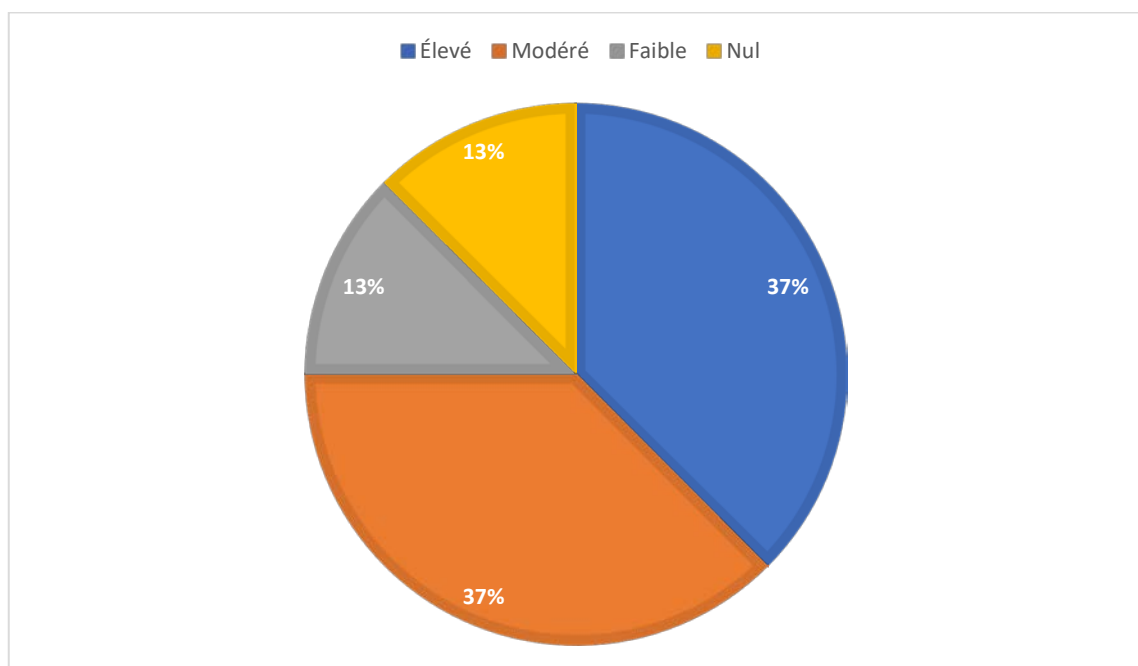


Figure 5 : Valeur des résultats obtenus dans l'échelle MBI

2. Présentation et analyse des résultats de 4 cas

2.1. Présentation et analyse des résultats du cas Lila

2.1.1. Analyse de l'entretien

Lila est une femme de 39 ans, elle est mariée et elle a trois enfants. Son aîné a 11 ans, son deuxième 6 ans et le plus jeune 2 ans. C'est à l'âge de 23 ans qu'elle devient sage-femme après 3 ans de formation. Elle fait aujourd'hui ce métier depuis 16 ans.

Quand on a rencontré Lila, on ignorait qu'elle était sage-femme car c'était la première fois qu'on la voyait. Alors qu'on voulait voir l'une de ses collègues qui nous avait dit de la retrouver dans la chambre de garde des sages-femmes pour un entretien, Lila était venue se reposer après avoir été de service toute la nuit. Installée, elle a commencé à nous parler alors qu'elle avait les yeux fermés, la tête contre le mur. Elle avait l'air exténuée. Lila nous a demandé si on était là pour voir l'une de ses collègues, et on a dit que oui. « *En attendant, dachou itoussim atkhemem exactement, ma maaliche, bghigh adaalmegh, izmer el hale zemregh aqounaawnegh* ». (En attendant, dites-en moi plus sur votre recherche si je peux me permettre de vous le demander, peut-être que je peux vous aider », dit-elle. Nous lui avons présenté notre thématique et expliqué qu'on voudrait s'entretenir avec toutes les sages-femmes qui accepteront de nous parler. Lila nous écoutait avec attention. Elle a ouvert les yeux, nous a regardés et nous a dit : « *aqliqoum aqliqoum dayi w nekki daghen, donc matebghimt iya anahder* ». (Vous êtes là de toute façon, et moi aussi, donc si vous voulez qu'on parle, allons-y).

On lui a demandé si elle n'était pas « trop fatiguée » pour un entretien, mais elle a dit que non. Après avoir précisé son âge, sa situation matrimoniale, le nombre d'enfants qu'elle a, son niveau d'instruction et ses années actives dans le métier, nous lui avons demandé si ce dernier était le travail qu'elle voulait faire, et celle-ci a répondu que oui. « *Mi lligh gu lycée, winaghed un film athenzer, ila ihader f'les bébés. Tela zyess une scène taadjbiyi bezaf. Gu'asseni, bghigh adkhemegh el khedma ayi. Nekki wahid la copine ynou nekra lwahi, nekkel sages-femmes lwayi* ». (Quand j'étais au lycée, on nous a fait voir un film sur les bébés. Il y'avait une

scène qui m'a beaucoup plu. J'ai voulu faire ce travail depuis. Moi et ma copine, on a étudié ensemble et on est devenues sages-femmes ensemble).

« *Khedmegh quatre fois par semaine, gu'tmenya nesbah ami d rebaa n tmedith. Parfois, khedmegh une garde, parfois deux, loukane khedmegh tlatha iberdane kane smana nni. Ttrewi chuiya l'hala wahid les horaires mindek w naayou akken, loukane khir c'est toujours les mêmes heures, mechi stable akka* ». (Je travaille quatre fois par semaine, de huit à 16 heures. Il m'arrive d'être de garde une à deux fois par semaine, deux pour quand je travaille trois fois par semaine. C'est souvent l'anarchie à cause des horaires de travail et ça nous fatigue. Si seulement on avait toujours les mêmes horaires. Comme ça ce n'est pas stable). En répondant à ces quelques points, Lila hausse les sourcils et fait un geste avec les lèvres. On voyait par là qu'elle voudrait vraiment que cela change.

« *Non, zedghegh dayi kane, bon mechi dayi kane dayi kane mais ouyebiid ara. Zedghegh gu'les 1000* ». (Non, j'habite à côté. Enfin, pas vraiment à côté, mais je n'habite pas très loin. J'habite aux 1000 (logements)). Sans réfléchir, Lila répond à notre prochaine question : « *Ouiiiiiii ! Illa vraiment un manque guel personnel damegran ou beche ataalmemte, mechi kane gu'les sages-femmes ! Les médecins, les pédiatres, les gynécologues. Mindek netspartagihen guaranegh w aayoune mssaken. Chyouaayenaghed kane les résidents d les stagiaires et c'est pas assez ikkel* ». (Ouiiiiiii ! Il y a vraiment un grand manque de personnel et pour votre gouverne, cela ne concerne pas seulement les sages-femmes ! Les médecins, les pédiatres, les gynécologues, sont aussi concernés. Parfois, il nous arrive de se les partager et les pauvres, ça les laisse fatigués. Ils nous envoient des résidents et des stagiaires, mais cela est loin d'être assez).

On a demandé à Lila si elle est aidée par une collègue (ou autre) quand elle fait accoucher l'une de ses patientes et Lila laisse filer un petit sourire. « *Non, toura akayi zemrente adarwente khemssa nelkhalath ala derba gu'la salle d'accouchement. Généralement koul yeweth ttetaf yeweth. Mais assma adiline des complications, neghar akayi ihed pour nous assister kane* ». (Non, actuellement, cinq femmes peuvent accoucher au même moment. Généralement, chaque sage-femme s'occupe de sa propre patiente. Mais il nous arrive de faire appel à quelqu'un pour nous assister quand il y a des complications). Ce quelqu'un c'est un médecin, une sage-femme ? « *Khaté, c'est une sage-femme la plupart du temps* ». (Non, c'est une sage-femme la plupart du temps ».

Les questions qu'on lui posait prenaient de plus en plus d'envergure. Quand on lui a demandé combien de femmes elle faisait accoucher durant

un service, elle répond : « *Ah, dayi ça dépend ! Mindek setsa, mindek tes'aa, mindek moins, ça dépend daghen ch'hel iyelan de service ! En plus, sbah wahid laacha mechi kifkif, ssif wela chethwa daghen ! Gu'ssif tarwente akther. Une fois, lligh de garde laacha, nela gu ssnath kane, imala ssourwegh onze, iwehdi ! Wahid ouqelqeq eni, houssegh imaniw qrib doukhegh* ». (Ah, cela dépend des jours ! Ça peut aller de six à neuf. Parfois, c'est moins. Ça dépend aussi de combien de sages-femmes sont de service ! De plus, de jour ou de nuit, c'est différent, été ou hiver aussi ! En été, il y a plus de femmes qui accouchent. Un jour, j'étais de garde, on était deux seulement. Et figurez-vous que j'ai pris en charge onze patientes à moi seule ! Stressée, je sentais que j'allais m'évanouir ».

« *Oui, Llante bezaf n les raisons, déjà oulache l'personnel akeni ylaq, inqess bezaf. En plus nighamed izgueli belli les horaires nni iytembedalen à chaque fois oufighente ara f'tout l'monde, nekki d yeweth. Dachou, daghen, on fait accoucher ktter n'la moyenne, w même la moyenne bezaf ! Normalement chaque sage-femme atesouu tmenya n'les patientes par jour. Tmenya c'est quelque chose, ah ! Nkhedem daghen des trucs mechi ndagulanegh, presque koulyoum, ounetwakhlass ara akken ylaq et à force anetskhemim f'la paye nni, neqarass bnaqess ikel ayen inkhedem ! on mérite plus* ». Lila nous dit qu'elle trouve bel et bien son travail fatigant et nous cite les quelques raisons qui font qu'il le soit. (Oui, elles sont beaucoup ! D'abord, il n'y a ce problème de manque du personnel. En plus, je te l'ai dit tout à l'heure que ces horaires qui changent constamment n'arrangent pas tout le monde, moi et compris. Encore, nos interventions dépassent largement la moyenne. Une sage-femme pour huit patientes par jour, même ça c'est au-dessus de la moyenne. Huit c'est beaucoup, ah ! Nous accomplissons aussi des tâches qui ne sont pas les nôtres, presque tous les jours. On n'est pas payées comme il le faut et à force de penser au salaire, on se dit que notre métier n'en vaut pas la peine après tout ! Nous méritons plus).

Quand nous avons demandé à Lila s'il lui arrive de se sentir fatiguée le matin, à l'idée d'aller travailler, elle répond avec un long « *Ouiiiii* » et elle ajoute : « *Surtout wahid les enfants ! Sselssasen guessa, vérifier loukane oushane oumadegra... Assma atezrete dachou ikemditaassan toute une journée pour un salaire am wine, yerna atkechemete akham direct a ch'ghel. Tzemremte atfahmemte normalement* ». (Surtout avec les enfants ! Il faut les habiller, vérifier s'ils ont toutes leurs affaires... Quand on voit tout ce qui nous attend pendant la journée pour un maudit salaire, en plus, une fois rentré, c'est corvées... Vous pouvez sans doute comprendre).

« *Oui, il m'arrive de tout vouloir arrêter, mindek aqline tqabalegh, gareghass loukane oufigh toura asserssegh kouleche wadrouhegh adweligh akham* ». (Oui, il m'arrive de tout vouloir arrêter, parfois je suis en plein intervention et je veux me débarrasser de tout ce j'ai dans les mains pour rentrer à la maison). Alors que Lila fini de parler, la sage-femme que nous étions censées rencontrer est arrivée. Cela nous a permis de faire une petite pause avant de reprendre de là où l'on s'était arrêté. On demande à Lila s'il lui arrive de regretter son métier de sage-femme, et elle dit que non. Mais il y a cette chose : « *Mindek gareghass, loukane en moins qeymenagh mlih ! Assma adezregh lkhalath itten khedmen ayenitten, beghough akkayi adkhemmen el haja nni, mais je crois que c'est normal atkhememete akka de temps à autre* ». (Parfois, je me dis si seulement on avait plus de valeur ! Quand je vois d'autres femmes, faire d'autres métiers, il m'arrive de vouloir faire ce qu'elles font, mais je crois que c'est normal de réfléchir de la sorte de temps à autre). Quand on a demandé à Lila si elle voudrait changer de métier, elle a dit qu'elle avait en quelque sorte répondu à cela dans la question précédente.

« *Normale, mais llante qarentsaghed laadjeb. Nfahem akka chuiya parce que neqarass d'aqueleq iykhedmen akka mais mindek dayen, obligée assentinite kra beche ataawnete imanin* ». Lila décrit la qualité de sa relation avec les patientes de « normale ». Elle ajoute : « *Certaines nous disent des choses incroyables, on comprend que souvent, elles sont stressées, mais, à la longue, on se sent obligées de dire quelque chose pour notre bien* ». « *Sinon la relation ynou wahid les sages-femmes nnaten laalite. Ousiigh les problèmes wahid ouma dyeweth, dachou mindak am assa, beghough ad baadegh ikkel felassente, f'les patientes, f'tout le monde, en moins azguen ssa'a* ». (Sinon ma relation avec les autres sages-femmes est bonne. Je n'ai de problèmes avec aucune d'elles, mais parfois, comme aujourd'hui, je ressens l'envie de m'éloigner d'elles, des patientes, de tout le monde, au moins, pour une demi-heure).

En interrogeant Lila sur sa relation avec sa famille, celle-ci nous répond : « *Nekki d'ourgaziw nessaa une bonne relation, hamdoulleh, netmissfham bien, llan des hauts et des bas ala kouli hale. Mais, mindek tnervigh rapidement f dderyaw même si l'hadja nni iyiqelqen yaani bête. Tendemayegh après, surtout maa aaytegh felassen bezaf. Tterouyi surtout daghen les jours de semaine assma adiligh takhedamte bezaf* ». (Nous avons une bonne relation, mon mari et moi, Dieu merci, on s'entend bien. Bien sûr, il y'a des hauts et bas. Mais parfois, je m'énerve trop vite sur mes enfants même si ce qu'ils font est tout bête. Je le regrette après, surtout si je

leur cri trop dessus. Ça m'arrive surtout les jours de semaine quand je travaille trop).

Lila pense que toutes ses années de travail l'ont rendu trop nerveuse, au point où parfois cela la fait pleurer. Elle affirme qu'il lui arrive de ne pas être « froide » avec les patientes, mais d'être selon ce qu'on a compris « indifférente » envers ces dernières. Quand elle est en colère, Lila arrive facilement à se calmer à condition qu'elle s'isole (de la source du problème/conflit), surtout. Néanmoins, Lila a plus de difficultés à contrôler ses émotions, dans le sens où même quand elle arrive à se calmer, celle-ci continue toujours à penser à ce qui s'est passé/comment cela s'est passé. Chose qui selon ses dires « la laisse déprimer », en moins durant quelques heures.

L'entretien prend fin, avant même d'avoir posé notre dernière question à Lila (voir Annexe), celle-ci nous dit qu'elle avait oublié « sa fatigue » alors qu'elle nous parlait et que ce serait bien d'avoir à partager des choses plus souvent avec quelqu'un qui sait « écouter », sachant qu'hormis son mari et l'une de ses sœurs, elle ne se sent pas à l'aise de parler de son ressenti avec tout le monde ou n'importe qui, même pas ses collègues (surtout pas ses collègues, d'après elle).

Nous avons décidé avec la sage-femme qu'on devait rencontrer avant Lila, de laisser enfin cette dernière se reposer, après lui avoir proposé les deux échelles (MBI et Profil des compétences émotionnelles). Pour ce fait, on s'est donné rendez-vous le lendemain, à la même heure, au même endroit. Lila était contente d'accepter.

2.1.2. Présentation et analyse de l'échelle MBI (Maslach Burnout Inventory) :

Lila a eu dans la première dimension du test qui est l'épuisement émotionnel, un score de 38 points, dans la dépersonnalisation 14 points et dans l'accomplissement personnel 41 points.

Tableau N° 6 : Résultats de Lila obtenus dans l'échelle MBI

Dimensions du burn-out	Score	Niveau de chaque dimension	Score moyen d'épuisement	Niveau d'épuisement
Épuisement émotionnel	38	élevé	31	élevé
Dépersonnalisation	14	élevé		
Accomplissement personnel	41	faible		

Alors que la moyenne est de 27 points, chez Lila, l'épuisement émotionnel est très élevé, ainsi que le score de la deuxième dimension du burn-out qui est la dépersonnalisation, dont le chiffre à ne pas dépasser est de 13. Néanmoins, l'accomplissement personnel des résultats de Lila est très stable. Celui-ci aurait été pathologique s'il avait été inférieur à 33.

Ainsi, dans les questions 6, 7, 10 et 11, de 1 à 6, Lila entoure le chiffre 6 qui renvoie à « chaque jour » pour les items suivants :

- Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort ;
- Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades ;
- Je suis devenue plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail ;
- Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement.

De là, on voit que Lila est dans la mesure d'être émotionnellement épuisée, en plus d'avoir un SD élevé.

2.1.3. Présentation et analyse de l'échelle du Profil de compétences émotionnelles :

Tableau N° 7 : Résultats de Lila obtenus dans l'échelle du Profil de compétences émotionnelles

Sous-échelles	Score total de CE	Sous-score de CE intrapersonnelles	Sous-score de CE interpersonnelles
Identification de mes émotions	14	72	83
Identification des émotions d'autrui	16		
Compréhension de mes émotions	12		
Compréhension des émotions d'autrui	16		
Expression de mes émotions	15		
Écoute des émotions d'autrui	11		
Régulation de mes émotions	15		
Régulation des émotions d'autrui	21		
Utilisation de mes émotions	16		
Utilisation des émotions d'autrui	19		

Dans le tableau ci-dessus, le score de chaque sous-échelle a été calculé afin d'arriver à un résultat général des sous-scores des compétences émotionnelles intrapersonnelles et des CE interpersonnelles.

De 1 à 5, Lila a répondu aux questions 2, 25, 28 en mettant une note de 4. Ainsi, la deuxième question montre que Lila ne comprend pas toujours pourquoi elle réagit comme elle réagit, la 25^e, qu'elle trouve difficile d'expliquer aux autres ce qu'elle ressent même quand elle le veut, la 28^e, qu'elle éprouve de la difficulté à écouter les gens qui se plaignent.

Synthèse

En se référant aux résultats de chacune des deux échelles (MBI et Profil de compétences émotionnelles), nous constatons que les émotions de Lila sont très touchées, dans le sens où il lui est difficile de les comprendre et de les réguler. Lila montre un épuisement professionnel, et c'est en grande partie à cause de la première dimension du burn-out qui tourne essentiellement autour de l'épuisement émotionnel.

L'AP de Lila est stable et cela fait que les deux premières dimensions soient celles qui prennent le dessus et qui font donc qu'elle présente plusieurs symptômes du burn-out. Néanmoins, Lila présente de bonnes compétences émotionnelles, surtout interpersonnelles. Chose qui, malgré son burn-out et l'état élevé de son épuisement émotionnel, peut la protéger d'un actuel burn-out pathologique.

3.1. Présentation et analyse des résultats du cas Hayet

3.1.1. Analyse de l'entretien

Hayet est une femme de 52 ans, elle est mariée et elle a quatre enfants. Elle vit avec son mari et son plus jeune fils qui a 24 ans. Hayet est sage-femme depuis 28 ans et a fait une formation de 3 ans après l'obtention de son baccalauréat.

Hayet est la première personne que ma camarade et moi avons vu, le premier jour de notre recherche. Tout comme Lila, c'est Hayet qui est venue vers nous. Elle s'est présentée et nous a proposé de faire le tour du service. Après nous avoir montré les lieux, Hayet nous a introduit à quelques-unes de ses collègues puis elle est allée reprendre le travail, car l'une de ses patientes avait eu des complications.

Trois jours plus tard, nous rencontrons à nouveau Hayet et nous lui proposons un entretien. Elle accepta. Quand nous lui avons demandé si le métier de sage-femme était un métier qu'elle a choisi, Hayet nous a dit : « *Bizarre iyetssekssayemtsed la question ayi parceque izmer el hale gu'sbitar ayi ikkel d'nekki kane idiwssan adikhedmen l'khedma ayi parce que forssiniyi atsaalegh* ». (C'est bizarre que vous me demandiez cela, car je crois que je suis la seule personne de tout l'hôpital à avoir été forcée à faire ce métier). Elle précise : « *L weqth nni, llan outshabine ara l'khalath iykhedmente. Baba ouyebghara ikkel adkhedmegh au début, mais ibedel rrayiss après, dachou inayid c'est ça ou rien. Qeblegh hacha beche outsqimayegh ara gu'kham, t3almemte, nnoumegh tawafgha mi lligh gu'lycée oundbaa, kouleche imbedal... En même temps daghen f'oumessrouf* ». (On n'aimait pas beaucoup les femmes qui travaillaient avant. Au début, mon père ne voulait pas du tout me laisser travailler, mais, il a fini par changer d'avis, à condition que ce soit ce métier-là, en particulier. J'ai accepté, pourvu que je ne passe pas mes journées à la maison. Vous savez, j'avais l'habitude de sortir quand j'étais au lycée, puis tout a changé... Au même temps, j'ai pensé à me faire un peu d'argent).

« *Khedmegh quatre à cinq fois par semaine. F'temenya ami d'rebaa assma gu'la journée, f'rebaa ami d'tmenya n'sbah assma d'la garde* ». (Je travaille quatre à cinq fois par semaine, de 8 à 16h00 quand c'est la journée, de 16h00 à 8h quand je suis de garde). Elle ajoute : « *Laacha del karitha ma tebghimte at3almemte* ». (Le soir c'est la galère, si vous êtes curieuses). Nous lui demandons pourquoi et elle répond : « *Noudam*

oulache wela bessif tellement itili l'ghachi, en plus mechi confortable ikkel. Tqeliqegh f mmiw, il est handicapé ou d'babass kane iytsiline didess on sait jamais. Tqeliqegh felassen issnin, parce que c'est fatigant quand même f ourgaziw, ouyegan presque jamais tellement ibeghou athizer ma ça va ». (On n'arrive pas à dormir à cause du monde, en plus les lieux sont inconfortables. Je m'inquiète aussi sur mon garçon qui présente un handicap. Il n'y a que son père pour s'occuper de lui en cas de problème. Je m'inquiète sur eux tous les deux, parce que je sais que pour mon mari, c'est fatigant. Il ne dort presque jamais, car il veille tout le temps à ce que notre fils aille bien).

Hayet n'habite pas loin de son lieu de travail. Il lui faut environ 10 minutes pour rentrer. Elle dit que c'est de loin, le seul avantage (hormis son salaire) de ce métier. Comme Lila, il se trouve que Hayet fait accoucher approximativement le même nombre de patientes par jour. C'est-à-dire, entre six et neuf. Cela dit, elle précise que cela dépend aussi du nombre de femmes qui accoucheront par césarienne, si celles-ci sont programmées.

« Illa machi kane un manque de personnel, bezaf nkouss, surtout nekni les sages-femmes. Dachou zzer daghen amkane ayi, ddiq, kouleche d'amezyan, oulache l'matériel même si nebgha adekhdem ikkel f'oubrid, aslane l'bâtiment ayi ikkel ouyemougue ara au début beche adiqlel d'sbitar ». (Il y a effectivement un énorme manque de personnel, surtout nous concernant nous, les sages-femmes. Regarde autour de toi, ça manque d'espace, tout est étroit, il n'y a pas assez de matériel même si on voulait (sages-femmes) faire toutes notre travail à la fois. En même temps, ce bâtiment n'était pas conçu pour être un hôpital).

Hayet dit qu'elle n'est aidée par ses collègues que quand il y a des complications et que généralement, c'est le cas avec tout le monde. On lui demande enfin si elle trouve son travail fatigant et pour quelles raisons. *« Bezaf, w déjà mechi del haja itshabigh, mais llah ghaleb ous'iigh ara l'choix itten, surtout que dayen issnegh adaalegh presque, après 28 ans... Chaque jour, ts'aassagh kane ayweq adawigh la retraite. Y'en a marre wellah, loukane machi d'emmi, ourenough ara dayi la journée ».* (Trop, et de n'est pas un métier que j'aime, mais je n'ai pas d'autre choix, sachant aussi que c'est presque la seule chose que je sais faire, après 28 ans... J'attends ma retraite avec impatience, et j'y pense tous les jours. Marre de cette situation. Si ça n'avait pas été pour mon fils, je ne resterais pas là un jour de plus). On voit d'après les propos de Hayet, qu'elle est peut-être plus vulnérable à l'épuisement professionnel que certaines de ses collègues, et que ce qui la protège un peu plus que les autres, c'est son besoin de s'occuper de sa famille.

« *Tout le monde fait ici des tâches qui ne sont pas les siennes* » d'après Hayet. En voulant aller plus loin dans l'entretien, Hayet nous demande si on peut lire à haute voix le reste de nos questions. Nous acceptons et à chaque fois qu'on finissait de lire une question, Hayet disait « *Oui, vous mettez ça* », « *notez que je suis épuisée, notez que je veux tout arrêter, notez aussi que je suis fatiguée rien qu'en pensant que demain je dois me retrouver coincée ici, encore une fois* ». « *Si je fais mon travail comme il le faut, c'est que j'ai tout le temps hâte d'en finir et au plus vite. Il m'arrive de sortir avant l'heure parfois ou d'aller changer d'air un peu avant de revenir, quand quelqu'un cherche après moi, je dis que j'étais dans un autre service. Je trouve une excuse* ». De là, nous comprenons qu'elle s'est tout d'un coup sentie mal à l'aise, car peut-être, toutes nos questions lui faisaient rappeler de mauvaises situations. Cela dit, Hayet a bien voulu vouloir à trois autres questions, toutes en lien avec l'axe de notre guide d'entretien qui discute les compétences émotionnelles.

« *J'ai une très bonne relation avec mon mari et mes enfants. À part H. je ne vois pas les autres tout le temps vu qu'ils habitent très loin, mais on discute beaucoup au téléphone. Mon mari est quelqu'un de bien et j'ai de la chance de l'avoir* ». « *Ma relation avec les collègues est bonne parce que je fais mon travail convenablement. Je ne participe presque jamais à leurs discussions, surtout quand elles parlent des autres. J'essaie de rester occupée pour me tenir à l'écart, mais quand on parle, on rigole souvent* ». « *Celles que j'aime mieux ce sont celles qui travaillent à la salle de stérilisation (ce ne sont pas des sages-femmes)* ».

« *Je crois qu'on apprend vite à contrôler ses émotions quand on a un enfant handicapé, même si parfois ce n'est pas facile* ». Hayet ajoute qu'elle était contente de nous parler et nous a dit de revenir la voir plus tard quand nous finirons notre enquête en ajoutant : « *Si je suis toujours là* » avec le sourire.

3.1.2. Présentation et analyse de l'échelle MBI (Maslach Burnout Inventory) :

Hayet a eu un total de 31 points dans l'épuisement professionnel, un score de 15 dans la dimension de dépersonnalisation et enfin, un score de 43 points dans les items qui portent sur l'accomplissement personnel.

Tableau N° 8 : Résultats de Hayet obtenus dans l'échelle BMI

Dimensions d'épuisement professionnel	Score	Niveau de chaque dimension	Score moyen d'épuisement	Niveau d'épuisement
Épuisement émotionnel	31	élevé	29,33	élevé
Dépersonnalisation	15	élevé		
Accomplissement personnel	43	faible		

Le tableau ci-dessus démontre que Hayet présente un actuel épuisement professionnel. Les scores des deux premières dimensions dépassant ainsi la moyenne. Le score de Hayet dans l'accomplissement personnel laisse montrer que ce dernier est très stable. Une moyenne inférieure à 33 aurait été élevée et aurait fait que Hayet soit dans le burn-out pathologique. Ce qui fait que la symptomatologie et le burn-out que Hayet présente soient très différents de ceux de Lila ou de toutes les sages-femmes que nous avons vu.

Dans le 21^e item, Hayet répond par « chaque jour » en affirmant donc que dans son travail, elle traite les problèmes émotionnels très calmement. Néanmoins, elle dit que cela est bien plus compliqué à des moments et qu'elle ne peut l'expliquer vraiment. Hayet avoue aussi être devenue insensible aux gens depuis qu'elle fait le métier de sage-femme, tout en précisant que même si elle n'aimait pas ce qu'elle faisait, avant, ce n'était pas la même chose.

3.1.3. Présentation et analyse de l'échelle du Profil de compétences émotionnelles :

Tableau N° 9 : Résultats de Hayet obtenus dans l'échelle du Profil de compétences émotionnelles

Sous-échelles	Score total de CE	Sous-score des CE intrapersonnelles	Sous-score des CE interpersonnelles
Identification de mes émotions	10	70	92
Identification des émotions d'autrui	18		
Compréhension de mes émotions	11		
Compréhension des émotions d'autrui	17		
Expression de mes émotions	14		
Écoute des émotions d'autrui	16		
Régulation de mes émotions	17		
Régulation des émotions d'autrui	22		
Utilisation de mes émotions	18		
Utilisation des émotions d'autrui	19		

Le tableau ci-dessus présente les scores de Hayet qui, contrairement à ceux de Lila sont plus élevés et ce malgré la présence d'un burn-out à caractère pathologique. À cause du burn-out le sous-score des compétences émotionnelles intrapersonnelles de Hayet est moins élevé que celui des CE interpersonnelles, mais reste stable quand même.

Tout comme Lila, Hayet a la chance de savoir utiliser ses émotions avec les autres, même si cela est plus facile à faire quand on est dans l'évitement des relations. Hayet arrive à comprendre les autres, car ce qu'elle déteste après tout c'est son métier et pas les personnes qui travaillent avec elle. Hayet présente donc de bonnes compétences émotionnelles, ce qui probablement l'a protégé durant les 28 années de son service.

Synthèse

À partir des résultats de chacune des échelles (MBI et Profil de compétences émotionnelles), Hayet présente un épuisement professionnel

qui peut tourner au pathologique, si son accomplissement personnel se dégrade avec le temps. Néanmoins, son burn-out est à un degré plus bas que celui de Lila. Hayet est donc une cible vulnérable.

Hayet a un certain contrôle sur ses émotions même si elle montre un niveau élevé d'épuisement émotionnel (MBI). Les réponses de son test (PCE) sont en harmonie avec les composantes de notre guide d'entretien, ce qui signifie que Hayet est protégée par ses compétences émotionnelles.

4.1. Présentation et analyse des résultats de Ourida

4.1.1. Analyse de l'entretien

Ourida est une femme de 43 ans. Mariée, elle a deux enfants, le plus grand a 20, le plus jeune 17 ans. Comme Hayet et Lila, Ourida a fait 3 ans de formation en plus d'avoir un baccalauréat. Elle est sage-femme depuis 23 ans.

C'est à travers Hayet que nous avons rencontré Ourida. Comme elle, elle voulait répondre aux échelles et de ce fait passer l'entretien. La journée finie, on s'est donné rendez-vous le lendemain, après son service. Contrairement au déroulement des autres entretiens, celui-ci ne s'est passé qu'entre Ourida et l'une de nous. Il y'avait donc deux personnes ce jour-là, au lieu de trois.

Ourida travaille 4 fois par semaine, 10 heures par jours et ne fait pas de garde. « *Argaziw ouyitsadj ara adkhemegh les gardes, hacha ma des fois, gu'ssif surtout ttouhwajen dayi plus de sages-femmes, parce que quand même ittili bezaf el ghachi, en plus, machi dangereux am chethwa* ». (Mon mari ne me laisse pas travailler de nuit, sauf en été, quand le service a besoin de plus de sages-femmes, parce qu'il y a quand même beaucoup de monde, et ce n'est pas dangereux comme en hiver).

Quand nous avons demandé à Ourida si elle faisait le métier de sage-femme par choix, elle a dit : « *Oui, d nekki iyebghan athikhedmen parce que ounessaara bezaf le choix lweqth enni, en même temps iaadjbiyi khir n wiyak nni ighdefkane ikkel* ». (Oui, c'est moi qui ait voulu faire ce métier parce qu'on n'avait pas beaucoup de choix à cette période-là, en même temps c'était celui qui m'a plu le plus parmi ceux qu'on nous a proposés). « J'habite assez loin, je dois prendre deux bus en venant et deux en rentrant. Je suis fatiguée avant même d'arriver ici (hôpital) surtout en hiver, quand il pleut ». « Je dis toujours que j'ai eu tel ou tel nombre de bébés...

Aujourd'hui (alors qu'il était 15h), il y'en a eu 7 en tout. C'est fatigant, là ce n'était pas beaucoup, d'habitude, il y'en a plus ».

Nous avons demandé l'avis de Ourida vis-à-vis du manque de personnel et celle-ci nous a répondu : « *Ahlil, waqil mi bdigh el khedma llante akther les sages-femmes f wassayi. Assma atezrete akka atafete l'ghachi mais la plupart d les stagiaires* ». (Ahlil (pour dire qu'il y a un très grand manque), je pense même qu'il y'avait bien plus de sages-femmes quand j'ai commencé à exercer. À première vue, on dirait qu'il y a grand monde, mais la plupart sont des stagiaires ».

Ourida répond à notre prochaine question par non. Celle-ci n'est pas aidée par quelqu'un durant ses interventions. Néanmoins, elle avoue que ce serait bien d'avoir de l'assistance. Tout comme ses collègues, Ourida s'occupe aussi de tâches qui ne sont les siennes. Elle dit que cela fait partie du métier, même quand ce n'est pas censé être « comme ça ». « *Mindek nkhedem nessoussoum, parce que llah ghaleb, oulache dachou ankhem, ounezmir ara anedj une patiente atrouh iwehdess ar teplasstiss donc assma outilinte ara dayi les infirmières par exemple, nkhdem lkhedma nssen à leur pkace, awite, serssitse, qaaditse... ounezmir ara anedjihente* ». (Parfois, on travaille sans rien dire, parce qu'on n'a pas d'autre choix, c'est un fait, on n'y peut rien. On ne peut pas laisser une patiente repartir seule dans sa chambre donc quand les infirmières ne sont pas présentes par exemple, on le fait leur travail pour elles. Conduire la patiente, l'installer, la mettre à l'aise... On ne peut pas les laisser livrées à elles-mêmes ».

« Une fois, il m'est même arrivé de pleurer en sortant de la maison le matin, tellement je me sentais dégoutée d'aller au travail. Spécialement parce qu'il y a des conflits tous les jours entre les sages-femmes et les gens qui viennent visiter. Quand il y a des complications avec un bébé, certains vont jusqu'à nous cracher dessus, oui... C'est arrivé à l'une de mes collègues N. », « Il m'est arrivé plusieurs fois d'être la cible de certaines personnes, les belles-mères qui accompagnent leur belle-fille surtout... C'est fatigant, surtout quand on voit que ça n'arrive presque jamais avec les médecins ou les autres métiers ».

Ourida a déjà pensé quitter son métier, non pour en avoir un autre, mais pour rester à la maison. « *Aayigh bezaf à un moment, digoutigh daghen tellement koulyoum kifkif dayi, même si tdigoutigh gu'kham daghen wahid ch'ghel et tout, mais khememghass déjà. En même temps, on prend l'habitude dayi, nhader, on mange ensemble, nhaqou wahid tejdidine, c'est comme une deuxième famille* ». (J'étais très fatiguée à un moment, je m'ennuyais à cause de la routine qu'il y a aussi, même si je m'ennuie aussi

à la maison avec les tâches et les corvées, j'y ai déjà pensé, oui. En même temps, on prend l'habitude ici, on discute, on mange ensemble, on se raconte des choses avec les nouvelles, c'est comme une deuxième famille).

« Je ne regrette pas mon métier de sage-femme, je regrette ces personnes qui ne le respecte pas et nous avec. Je n'aimerais pas changer de travail. Nous faisons l'un des plus beaux métiers au monde. On espère qu'un jour, les gens verront que nous sommes importantes (sages-femmes). Notre société a beaucoup de défauts, si une seule personne dit du mauvais de nous, beaucoup diront la même chose rien qu'en les écoutant, alors qu'ils ne savent rien la plupart du temps. C'est malheureux, mais c'est la vie. Beaucoup d'entre nous aiment leur métier et ce n'est pas la société qui va changer ça.

« *L3alitse... Avec le temps, snegh bezaf lkhalet, neqqel timdoukale. Le problème dayi machi d'les patientes akni izrigh nekki guessmi ikhedmegh. C'est les moyens, oulache, la surcharge nel khedma, imenghi ayi ikkel wahid les famille, mindek guaren imanensen alors que ouu'alimene ara même pas dechou iyelan. Oughitafk ara même pas oullenegh assnerine awal, en même temps kouleche sstterbiya* ». (Ma relation avec les patientes est bonne... Avec le temps, j'ai fait la connaissance de beaucoup de femmes, on est devenues de bonnes amies. Le problème ici, ce n'est pas les patientes comme je le vois moi depuis que j'exerce. Ce sont les moyens, il n'y en a pas, la surcharge au travail, ces conflits/disputes avec les familles (des patientes). Parfois, ils se mêlent/interviennent alors qu'ils ignorent totalement ce qui se passe. Ne nous ressentons même pas l'envie/besoin de leur répondre, en même temps, c'est une question d'éducation).

« Ma relation avec mes collègues est très bonne. Je m'entends bien avec tout le monde, d'ailleurs, c'est le cas aussi dehors, avec ma famille, les gens... J'aime parler, rigoler, écouter les gens, mais parfois, je ressens le besoin d'être seule. Surtout ici, quand il y a beaucoup de choses à faire, je pense toujours à prendre mes affaires et partir ». Ourida ris et ajoute « Mais je ne le fais jamais, han ».

« Ma relation avec ma famille ? Très bonne, très bonne... Mes fils vont à la fac et au lycée, mon mari travaille à la mairie, donc on rentre presque tous à la même heure. On mange, parfois, on discute... J'aurai aimé avoir une fille, mais je crois que c'est trop tard maintenant ! » dit Ourida en rigolant. « Maaliche, j'ai mes sœurs, ma mère, j'ai mes collègues, je vous ai vous maintenant... »

« Quand nous avons demandé à Ourida si elle avait avec qui parler, celle-ci nous a dit : « *Waqil outessalem ara dachou ideqaregh gu'izgueli, haha* ». (J'ai l'impression que vous ne m'écoutez pas). Nous rassurons Ourida qu'au contraire, nous l'écoutions bien. Et que la question faisait quand même partie de notre entretien et qu'en plus de parler avec des gens, nous voulions aussi savoir si elle le faisait de façon plus professionnelle, avec un psychologue, par exemple. Ourida dit que non, mais que ça ne la dérangerait pas si cela était « gratuit ».

« Je suis nerveuse de temps à autre, surtout quand il y a beaucoup de choses à faire ici ou que je n'ai pas fait grand-chose chez moi, à la maison, mais je crois que ça arrive à tout le monde. Plus on grandit, plus il y a de choses qui nous énervent ». Nous avons demandé à Ourida si elle pense que son expérience l'a rendue plus froide vis-à-vis des patientes et celle-ci répond : « *Froide, khaté jamais, mais wahid l'weqth, ounethadar ara mlih kra lehwayedj. Au début, netshouf anehfete des trucs au début, nkhedem mlih... mbaad tembedal el hala. Normalement wahid l'ghachi ikkel* ». (Froide, non jamais, mais avec le temps, on ne fait plus très attention à certaines choses. Au début, on veut en apprendre plus, on travaille bien... Plus tard, ça change. Normalement c'est le cas de tout le monde).

« Assma adiligh feqaagh... ça dépend dachou iyetrane, menhou iyissfeqaan... Assma adezregh belli del hadja izemregh wela inezmer anqaad, assnaf sa solution, ça va... Sinon, mechi tout le temps. Enfin nighamed, ça dépend ». (Quand je suis énervée... Ça dépend de la situation, de qui a fait que je le sois... Quand je vois qu'on peut régler la situation, trouver une solution, ça va... Sinon, pas tout le temps. Enfin, je te l'ai dit, ça dépend).

Ourida ne pense pas qu'elle a des difficultés à contrôler ses émotions, sauf dans les situations qui peuvent se montrer très difficiles. Cela dit, elle trouve que ses émotions prennent souvent le dessus quand elle est en présence de certaines patientes en particulier.

L'entretien de Ourida prend fin et celle-ci avoue l'avoir apprécié. Elle aimerait avoir à partager plus de choses sur son travail et en apprendre plus sur le burn-out.

4.1.2. Présentation et analyse de l'échelle MBI (Maslach Burnout Inventory) :

Dans la première dimension du test MBI, Ourida a eu un score très au-dessus de la moyenne, soit un total de 46 points, contre 15 points dans la dépersonnalisation et 42 dans l'AP.

Tableau N° 10 : Résultats de Ourida obtenus dans l'échelle MBI

Dimensions d'épuisement professionnel	Score	Niveau de chaque dimension	Score moyen d'épuisement	Niveau d'épuisement
Épuisement émotionnel	46	élevé	34,33	modéré
Dépersonnalisation	15	élevé		
Accomplissement personnel	42	faible		

Nous remarquons dans le tableau ci-dessus que Ourida a obtenu un score élevé dans chacune des deux premières dimensions, tout comme Hayet et Lila. Néanmoins, son AP qui est de 42 a fait en sorte que le niveau du burnout de Ourida soit modéré et non élevé comme pour Hayet et Lila.

Hayet dans les items 2, 6 et 16 répond par « chaque jour » donc en mettant une note de 6 sur 6 à :

- Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail ;
- Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort ;
- Travailler au contact direct avec les gens me stresse trop. Seulement celle-ci a montré qu'elle travaillait « trop dur ». Chose qui a fait qu'elle soit dans l'épuisement professionnel modéré et non élevé.

Selon Maslach et Jackson : le burnout est modéré si deux dimensions sont atteintes : EE + DP, ou EE + AP, DP + AP (Maslach et Jackson, 1986).

4.1.3. Présentation et analyse de l'échelle du Profil de compétences émotionnelles :

Tableau N° 11 : Résultats de Ourida obtenus dans l'échelle du Profil de compétences émotionnelles

Sous-échelles	Score total de CE	Sous-score des CE intrapersonnelles	Sous-score de CE interpersonnelles
Identification de mes émotions	13	58	65
Identification des émotions d'autrui	12		
Compréhension de mes émotions	08		
Compréhension des émotions d'autrui	11		
Expression de mes émotions	12		
Écoute des émotions d'autrui	12		
Régulation de mes émotions	10		
Régulation des émotions d'autrui	14		
Utilisation de mes émotions	15		
Utilisation des émotions d'autrui	16		

Le tableau ci-dessus présente les scores de Ourida qui contrairement à ceux de Hayet et Lila sont moins élevés, et ce malgré l'existence d'un burn-out modéré. De là, nous observons que malgré un degré « modéré » dans l'échelle MBI, Ourida ne présente pas d'aussi « bonnes » compétences émotionnelles que les deux cas précédents. Néanmoins, cela n'exclue pas le fait qu'elle ait de « bonnes » CE, même si les scores que nous avons obtenus, que ce soit dans les CE intra ou interpersonnelles. Cela dit, on voit que le score des CE interpersonnelles est plus élevé que le SCE intrapersonnelles. Tous les cas vus jusqu'ici ayant présenté cette même caractéristique.

Synthèse

À partir des résultats que l'on a eu dans les deux échelles (MBI et Profil des compétences émotionnelles), nous constatons que Ourida présente

actuellement les symptômes d'un burn-out, bien qu'ils ne soient pas plusieurs, car celui-ci est modéré.

Bien qu'à travers l'entretien et les résultats de l'échelle MBI de Ourida – nous pensons que celle-ci aurait un score plus élevé que celui de Hayet et Lila dans l'ensemble de ses CE – il n'y a pas actuellement de très hauts scores. Cela dit, Ourida fait preuve de bonnes compétences émotionnelles, qu'elles soient intra ou interpersonnelles.

5.1. Présentation et analyse des résultats de Sabah

5.1.1. Analyse de l'entretien

Sabah est une femme de 53 ans, veuve avec 3 enfants. Celle-ci est devenue sage-femme après 3 ans de formation et fait son métier depuis 30 ans.

Sabah fait un métier qu'elle a choisi et qu'elle a toujours voulu faire, selon elle. Elle travaille 5 fois par semaine, de 8 à 16h00 et ne fait pas de gardes. « Khedmegh guel hed ami d lekhmiss, oukhedemegh ara les gardes toura, mais zzik oui, lligh khedmegh à peu près snath par semaine ». (Je travaille de dimanche à jeudi, je ne fais pas de gardes actuellement, mais oui, j'en faisais avant. J'en faisais environ 2 par semaines ». « Non, oubiidegh ara ». (Non, je n'habite pas loin)., répond Sabah.

Sabah intervient surtout dans les accouchements les plus compliqués, ou quand il y a beaucoup trop de patientes, car celle-ci est Chef et Coordinatrice de son service, en plus d'être sage-femme (principale). Tout comme les cas précédant, Sabah pense qu'il y a un gros manque de personnel. « Même si qlen tsaawanenagh toura s'les césariennes, ila ila le manque nel personnel... que ce soit médical wela paramédical, les sages-femmes n'en parlons pas ». (Même si on est aidées par les cas de césarienne, le manque de personnel est toujours là... qu'il soit médical ou paramédical, les sages-femmes sont les plus touchées par ce manque).

Sabah n'est pas aidée par les autres sages-femmes, c'est souvent elle qui, dans les rares cas, intervient dans les accouchements à caractère compliqué. Sabah trouve son travail très fatigant, même si elle ne procède pas au même nombre d'accouchements que les autres. Elle est quand même chargée d'assurer la direction de son service, en prenant en considération la distribution du travail, la surveillance et l'exécution d'un bon nombre de

tâches administratives. Sabah est aussi très appelé par les autres services du CHU, pour des raisons de santé, des conseils ou des situations qui demandent sa présence ainsi que tous ceux/celles qui partagent le même statut qu'elle.

Évidemment, Sabah ne fait pas des tâches qui ne sont pas les siennes, car celle-ci l'autorité sur non seulement les sages-femmes du service, mais sur l'ensemble du personnel de ce dernier.

Sabah avoue ne pas se sentir fatiguée à l'idée d'aller travailler, cela dit, il y a des fois où cela arrive, mais sauf dans les cas où des situations hors travail se présentent à elle, par exemple.

« Jamais », répond Sabah quand nous lui demandons s'il lui arrivait de vouloir tout arrêter, de laisser tomber votre métier. « Bien sûr, on rencontre tous des moments difficiles, que ce soit ici ou à la maison, dehors... mais en tant que Chef de service, je me dois d'être un bon exemple pour toutes les femmes qui travaillent ici ».

« Je ne regrette pas mon métier, jamais ». « Après 30 ans, même si je voulais changer de métier, je ne le ferai pas... Je suis ici depuis un bout de temps quand même. Peut-être que je laisserai bientôt ma place à quelqu'un d'autre, mais ce ne sera pas en arrêtant ce que je fais, mais en finissant tout ce que j'ai fait depuis que je suis là ».

Sabah décrit sa relation avec les patientes comme « bonnes », même si elle précise qu'elle s'entretient plus avec les maris ou la famille de celles-ci. « Ouqbel ma deqlegh Chef de service, la relation ynou d'les patientes tela normale... khedmegh l'khedma ynou aken itezaregh bien, tafkegh des conseils, hadregh didenssente assma ayouhwajente, qareghassente ayedlain assma assnikhouse kra. Ddesah tilinte des patientes un peu difficiles, mais mechi tout l'temps, aweh, c'est rare. Le problème d'les famille, parfois d'irgazen, surtout asma adyili un bébé handicapé wela même isaa une petite tâche de naissance wela... Au lieu adsseyin adfahmen, la plupart du temps tssasend sseqssayen iweche, ombaad tsenaghen... Tsseyigh sefhameghthen aken izemregh et la plupart du temps fahmen à la fin, quand même ilaq annessen anahder ». (Avant de devenir Chef de service, ma relation avec les patientes était normale... Je faisais mon travail comme il le fallait selon moi, je donnais des conseils, je parlais avec elles quand elles ont besoin de moi, je leur disais de faire appel à moi quand elles manquaient de quelque chose. C'est vrai que parfois, il y a des patientes un peu difficiles, mais c'est très rare. Le vrai problème, c'est leur famille/belle-famille, les maris, surtout quand le bébé a un handicap ou même une toute petite tâche de naissance, ou autre... Au lieu qu'ils

essayent de comprendre, la plupart du temps, ils viennent demander « pourquoi » avant qu'il y est un conflit... J'essaye de leur expliquer les choses comme je le peux et ils finissent par comprendre à la fin. Quand même, il est important de savoir parler).

« Ma relation avec mes collègues est très bonne. J'ai une équipe qui fait très bien son travail et qui ne le ferait surement pas aussi bien s'il n'y avait pas ce gros manque de personnel », ajoute Sabah. « C'est difficile, j'en suis consciente, tout le monde est conscient, le stress que les sages-femmes présentent à chaque intervention ne peut être mesuré, surtout pas par une personne qui ne fait pas le métier », « ...mais on fait avec les moyens du bord quand on n'a pas d'autres choix ».

La relation qu'à Sabah avec sa famille est très bonne, selon elle. « Le départ de mon mari a eu un très grand impact sur nos vis à tous, mais petit à petit, les choses ont repris formes. Je suis grand-mère et cela me rend très heureuse ».

Professionnellement parlant, Sabah n'a pas vraiment avec qui parler de son travail, mais elle dit que ce n'est pas nécessaire de le faire quand on est responsable des autres. « Je parle de mon travail à mes collègues, aux sages-femmes que je dirige et à celles s'entres-elles qui sont – en plus d'être mes collègues – mes amies ».

« Je ne peux pas vraiment vous répondre à cette question... Froide avec les patientes, non, je ne peux pas l'être, mais il arrive qu'il y est de petits conflits qui nous poussent par exemple, à calmer la patiente et à se montrer indifférente à ses provocations. Ce n'est pas être froide, c'est une question de contrôle, dans certaines situations).

« Pour des raisons, je ne me mets jamais en colère devant les autres. Même quand il y a un problème, je vais dans mon bureau pour y réfléchir, doucement, mais surement... Je contrôle donc bien mes émotions ».

À la fin de l'entretien, Sabah espère qu'elle a bien répondu à toutes nos questions et que cela nous apporterait l'aide qu'il nous faut. Sabah a apprécié le déroulement de l'entretien et nous a dit de revenir la voir si on avait besoin de lui poser d'autres questions.

5.1.2. Présentation et analyse de l'échelle MBI (Maslach Burnout Inventory) :

Sabah obtient un total de 15 points dans la première dimension du test, qui est donc l'épuisement émotionnel, contre un score de 0 dans la dépersonnalisation et 41 points dans l'accomplissement personnel.

Selon Maslach et Jackson (1986) :

- Le burn-out est élevé (ou sévère) si les trois dimensions sont atteintes : EE élevé + DP élevé + AP bas ;
- Le burn-out est modéré si deux dimensions sont atteintes : EE+DP, ou EE+AP, DP+AP ;
- Le burn-out est faible si une seule dimension est atteinte : EE élevé ou DP élevé ou AP bas.

Tableau N° 12 : Résultats de Sabah obtenus dans l'échelle MBI

Dimensions d'épuisement professionnel	Score	Niveau de chaque dimension	Score moyen d'épuisement	Niveau d'épuisement
Épuisement Emotionnel	15	faible	18 ,66	faible
Dépersonnalisation	0	faible		
Accomplissement personnel	41	élevé		

On voit par le calcul des scores de toutes les dimensions du tableau ci-dessus que le niveau d'épuisement professionnel chez Sabah est faible. On dira alors que contrairement à Hayet, Lila et Ourida, Sabah ne présente pas les symptômes d'un burn-out.

En allant de « Jamais » à « chaque jour », Sabah a répondu par « chaque jour » aux items 2 et 16 par :

- Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail ;
- Travailler au contact direct avec les gens me stresse trop.

Sur les 22 items du MBI, Sabah a répondu par 0 (donc par jamais) à 12 items, dont :

- Je me sens émotionnellement vidée par mon travail ;
- Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets ;
- Je sens que je craque à cause de mon travail.

5.1.3. Présentation et analyse de l'échelle du Profil de compétences émotionnelles :

Tableau N° 13 : Résultats de Sabah obtenus dans l'échelle du Profil de compétences émotionnelles

Sous échelles	Score total de CE	Sous-score de CE intrapersonnelles	Sous-score de CE interpersonnelles
Identification de mes émotions	09	62	70
Identification des émotions d'autrui	08		
Compréhension de mes émotions	14		
Compréhension des émotions d'autrui	16		
Expression de mes émotions	11		
Écoute des émotions d'autrui	11		
Régulation de mes émotions	08		
Régulation des émotions d'autrui	18		
Utilisation de mes émotions	20		
Utilisation des émotions d'autrui	17		

Le tableau ci-dessus représente les résultats que Sabah a obtenu dans chacun des scores totaux des CE, en allant de l'identification de ses émotions à l'utilisation des émotions d'autrui.

Comme Ourida Sabah n'a pas eu le score qu'on pourrait attendre du contenu de son entretien ainsi que de ses résultats dans l'échelle MBI. Néanmoins, le constat est le même ; Sabah fait preuve des compétences émotionnelles sur son lieu de travail. Qu'elles soient intra ou interpersonnelles.

Synthèse

Sabah ne montre aucune trace de vulnérabilité vis-à-vis des symptômes d'un burn-out et ses compétences émotionnelles la protègent tout autant de ces derniers.

Comme les trois cas qu'on a vus précédemment, Sabah utilise plus ses compétences interpersonnelles que ses CE intrapersonnelles.

Sabah laisse montrer une représentation du travail bien fait, ce qui fait apparaître chez elle des émotions agréables, une satisfaction complète au travail et un bien-être particulier.

Synthèse de tous les cas

Des résultats obtenus du Maslach Burnout Inventory, nous obtenons un total de 18 cas présentant actuellement les symptômes d'un burn-out, dont 9 au niveau « élevé », 9 au niveau « modéré ». Ce qui laisse au cas restant un niveau « faible » ou « nul ». Beaucoup de symptômes ont été retrouvés dans l'ensemble des cas, nous les présenteront dans un tableau avant de conclure ce dernier chapitre.

Il est à noter que nous avons délibérément choisis et ce, après analyse de tous les cas, les 4 cas qui constituent notre enquête finale. Le cas « faible » présentant également les symptômes de la phase initiale d'un burn-out qui peut ou non apparaître, à la longue.

Des résultats obtenus du Profil de compétences émotionnelles, nous obtenons un résultat élevé, modéré élevé de tous les cas que nous avons ciblés (24).

2. Discussion des hypothèses

Les résultats obtenus de l'analyse des quatre entretiens que nous avons mis en place, dans le but de répondre à l'existence supposée de la symptomatologie d'un burn-out chez les sages-femmes de l'Hôpital mère-enfant de Béjaïa, démontrent que trois cas sur quatre présentent des symptômes d'un burn-out. Le quatrième cas « faible » ayant été choisi délibérément afin de montrer qu'il y a un risque de burn-out (passif) même quand les scores obtenus dans chaque dimension sont faibles ou nuls, et ce, si l'on se fie à l'analyse de l'entretien et aux symptômes de la phase initiale du burn-out.

On peut retrouver des symptômes communs entre les quatre cas, même si ceux-ci sont très différents les uns des autres. Nous noterons par exemple, la perte de l'idéalisme (du métier), la présence d'une disposition négative vis-à-vis du travail, l'irritabilité, le sentiment d'être indispensable et le manque d'énergie. Presque aucun signe d'enthousiasme n'a été trouvé chez les sages-femmes que nous avons vu. Plus important encore, une modalité qui se dit « souvent dangereuse » a été détectée : la suridentification.

La suridentification au travail se développe d'une manière subtile et insidieuse. Et comme les symptômes du burn-out (souvent inconnus du sujet qui en souffre), de nombreuses personnes avouent qu'elles n'ont pas réalisé la force de cette suridentification avant de perdre leur emploi, de prendre leur retraite ou d'être affectées à d'autres formes d'emplois. Lorsque ces modifications surviennent, les personnes en question sont anéanties, qu'il s'agisse de sages-femmes, de médecins ou de simples employés d'entreprise. Elles ne sont plus sûres de leur identité ni de l'utilité qu'elles peuvent avoir vis-à-vis d'elles-mêmes ou d'autrui (Fontana). En plus de toucher la personne en situation de burn-out - dans notre cas les sages-femmes - leur relation avec les patientes, leur entourage mais également la qualité de travail sont affectés.

L'isolement est devenu « un besoin élémentaire » chez toutes ces femmes qui se veulent de disparaître de temps à autre (à chaque fois que l'occasion se présente). C'est pour elles une façon de se défendre de toute forme d'agression extérieure, qu'elle soit liée ou non à leur travail. De là naît l'absentéisme qui, avec le temps, pousse, voire encourage la sage-femme à ne plus se soucier de « ce qui reste » de sa vie professionnelle, chose qui après coup, la rend vulnérable au développement d'un sentiment de culpabilité. Ce dernier menant très souvent vers la dépression.

Comme nous l'avons cité précédemment (dans la partie thorique de notre travail), les professions d'aide et de soutien à la personne ont été reconnues comme étant des populations « à risque ». Ce fait résume pourquoi dans les pays où le burn-out est pris en charge, comme la France reconnaît que près d'un professionnel de santé sur deux est menacé par l'épuisement professionnel. Cela se situe à 1 médecin sur 2, 1 sage-femme sur 2, 1 infirmier sur 2, 1 aide-soignant sur 2...

Dans le cas de nos sujets, ce n'est pas seulement la surcharge au travail ou le manque de moyens qui alimentent la présence et le développement du burn-out, mais tout un ensemble de facteurs, tous liés les uns aux autres, d'une façon ou d'une autre. L'ingratitude, le manque de respect, les exigences des patientes (et de leurs familles), les contraintes administratives, ont beaucoup à voir également.

Beaucoup se demanderont pourquoi ces personnes en situation de burn-out n'ont pas lâché prise, comment font-elles toujours leur métier, et ce malgré tous les problèmes qu'elles rencontrent tous les jours, que ce soit sur les lieux de travail ou ailleurs (dehors, chez-elles). On pensera aussi que le stress, l'anxiété, les maux de tête, la dépression et beaucoup d'autres réactions, infections et syndromes sont tous aussi susceptibles de mettre la sage-femme en danger : la prise de médicaments potentielle (calmants, somnifères, antidépresseurs, anxiolytiques) et la prise de drogues diverses en forment la cause première quand aucun suivi ou soutien n'est disponible. Pour répondre à ces questions, nous parlerons de compétences émotionnelles.

Comme deuxième point de recherche, nous avons émis l'hypothèse selon laquelle les sages-femmes ne feraient pas preuve de bonnes compétences émotionnelles étant donné qu'elles présentent la symptomatologie d'un burn-out, or tous les cas que nous avons vu, toutes les sages-femmes avec lesquelles nous nous sommes entretenus, et ce d'après les résultats du Profil de compétences émotionnelles de chacune, font preuve de bonnes compétences émotionnelles. Autrement, il y a peu de chance qu'elles gardent leur travail et de grands risques qu'elles succombent aux événements, au stress et à l'épuisement de tous les jours. Elles ont la capacité à identifier, comprendre, exprimer et utiliser leurs émotions et les émotions d'autrui et toutes ces qualités jouent un rôle essentiel dans leur santé mentale, mais aussi physique. En effet, l'émotion est l'état principal qui fait que la sage-femme sache « comment elle doit traiter l'information », selon les situations rencontrées : on comprendra que même si celles-ci sont « irritées » de temps à autre (burn-out) par exemple, cela ne

suffit pas pour faire qu'elles soient dans l'incapacité d'appréhender les émotions de leur patientes, collègues ou connaissances.

Le fait que les sages-femmes soient elles-mêmes des femmes, mariées pour la plupart, et parentes a aussi beaucoup d'effet sur leur relation avec les patientes, qui même si parfois est délicate vu l'état des choses, n'est pas pour autant une raison qui les priverait de leur capacité à comprendre autrui.

Tableau N° 14 : Principaux symptômes rencontrés chez les 4 cas

	Lila	Hayet	Ourida	Sabah
Hyperactivité		+		+
Manque d'énergie	+	+	+	+
Ennui	+	+	+	
Désintérêt	+	+	+	
Solitude	+	+		
Sentiment d'être indispensable			+	+
Perte des sentiments positifs à l'égard des patientes	+		+	

Présence d'une disposition négative vis-à-vis du travail	+		+	
Prise de distance, évitement des relations avec les patientes et/ou collègues	+	+	+	+
Troubles de l'attention au contact des patientes	+		+	+
Déshumanisation	+	+		
Froideur				+
Perte d'empathie	+	+	+	+
Troubles de la concentration et de la mémoire		+	+	+
Superficialité des réactions émotionnelles				+

Indécision	+	+	+	+
Évitement des conversations relatives à son travail		+		+
Perte de l'envie d'aller au travail	+			+
Réticence et ras-le-bol	+	+		
Surveillance constante de l'heure	+	+		
Fantasmes d'évasion	+	+		+
Multiplication des pauses	+	+		+
Absentéisme		+		+
Importance accrue donnée aux conditions de travail matérielles	+	+	+	+
Impression d'être exploitée	+			

Conflits avec ses enfants	+			
Sentiment de culpabilité	+			
Pensées vagabondes	+	+		
Apitoiement sur soi	+	+		
Perte du sens de l'humour		+		
Peur, angoisse, nervosité diffuse		+		
Instabilité émotionnelle	+	+		
Envies de pleurer	+		+	
Impression de faiblesse		+		
Apathie		+		
Impatience	+	+		

Nous avons beau penser que les mesures à prendre pour améliorer les conditions de travail des sages-femmes de l'Hôpital Mère-Enfant de Béjaïa sont limitées, nous nous trompons, car nous pouvons apporter bien plus de solutions que celles qui reviennent toujours durant les réunions des responsables de services, les protestations et les syndicats, mais qui ne mènent que très rarement à des résultats gratifiants. Par « nous » nous voulons dire, nous étudiants et psychologues, mais aussi enseignants, chercheurs, responsables et professionnels de la santé du travail. Tout le monde peut être concerné par l'état des lieux, même les parturientes et leurs familles. En parallèle, seront mis en avant la prise en charge des professionnels vis-à-vis du burn-out, et la prévention de ses symptômes, mais avant, le plus essentiel serait de faire connaître l'épuisement professionnel, ce qu'il est, ses aspects et dimensions, ses caractéristiques, ses risques, son impact sur la vie et la santé mentale de chacun, travaillant aussi bien dans le cadre de la santé ou non.

Nous allons citer ci-après les recommandations que nous jugeons « bénéfiques » mais aussi « avantageuses » à tous les problèmes que nous avons rencontrés, en espérant qu'elles pourraient un jour être prises en considération par nous, dans nos futurs projets de recherches, ou par quiconque serait prêt à apporter des modifications, voire des changements permanents dans la vie de ces sages-femmes.

En termes de conditions de travail :

- Mettre fin au manque d'effectif : Plus de sages-femmes, mais aussi plus d'infirmiers, plus de médecins et plus d'aides-soignants. Ceci permettra à tout le monde de ne pas avoir à accomplir des tâches qui ne sont pas les leurs, et donc de réduire la charge qui pèse sur chacun ;
- On peut penser que plus de personnel égale plus d'espace et ce n'est pas faux. Il faut effectivement aménager de nouvelles pièces, et qui dit nouvelles salles d'accouchement, dit plus de matériel et plus d'équipement (gynéco-obstétrique) ;
- Régler tout problème en lien avec le salaire : salaire bas et qui n'est pas verser dans les temps (certaines sages-femmes ne sont pas payer au mois mais au trimestre...) ;
- Se réunir entre professionnels (sages-femmes, médecins, infirmiers) et savoir « échanger » dans le respect, sans crainte d'être réprimandé par un supérieur. Tout le monde doit avoir la possibilité de dire

« oui » ou « non », de se plaindre et de réclamer ce qui lui revient de droit. Ainsi est formé le travail d'équipe ;

- Programmer les heures de travail et les horaires de gardes : nous avons vu que les sages-femmes ne travaillaient pas toutes le même nombre d'heures par semaine, certaines travaillent plus de jours que les autres, d'autres font plus de gardes. Arranger tout le monde pour le bien de tous est la meilleure des résolutions ;
- Créer des formations continues pour toutes les sages-femmes, mais surtout pour celles qui n'ont fait que trois années d'études. Tout le monde a le droit d'apprendre ou même de revoir certaines choses déjà acquises auparavant ;
- Toutes les sages-femmes (et autres fonctionnaires) ont droit au congé maladie : Si un cas est souffrant d'une quelconque façon et que cette souffrance est attestée par un certificat/avis médical, l'administration ne peut lui refuser cet arrêt, sous prétexte qu'il n'y a pas assez d'effectif pour assurer la prise en charge de toutes la patientes ;
- Inviter les sages-femmes à créer - si elles le veulent - leur propre association/mouvement, qui sera financé/alimenté par le CHU de Béjaia. Cela leur permettra de faire parler davantage de leur métier, mais aussi de leurs activités, carrière, problèmes et expériences.

En termes d'épuisement professionnel :

- Initier les sages-femmes de toutes les structures existantes (Hôpitaux, cliniques, position libérale) au syndrome du burn-out ;
- Développer la notion d'épuisement professionnel, mais aussi ses aspects, ses causes, ses symptômes, son impact sur la santé physique et psychologique ainsi que ses conséquences ;
- Introduire la notion d'« addiction », ses types, ses causes et ses effets néfastes sur la santé, le travail et l'entourage : Ceci pourrait prévenir la vulnérabilité des sages-femmes à la prise de médicaments et autres drogues ;
- Apporter un soutien psychologique « gratuit » aux sujets souffrants ou non des symptômes du burn-out ;

- Aider les sages-femmes à prendre conscience du mal qu'elles vivent au travail et des difficultés qu'elles traversent, en les incitant à en parler avec une personne compétente : dire les choses haut et fort peut les aider à comprendre leur situation.
- Aménager un parloir ou programmer des séances de discussions entre les sages-femmes (et autres collègues du service) : elles seront encadrées par un psychologue de formation, un agent du travail ou le chef-coordonateur du groupe : Plusieurs sujets seront abordés qu'ils soient ou non en relation avec la vie professionnelle ;
- Créer de nouvelles activités au sein des services : celles-ci favoriseront la qualité de travail et les relations entre collègues ;
- Encourager les sages-femmes à entreprendre leur vie personnelle durant des réunions ou des conférences spécialisées, cela impliquerait par exemple, l'engagement dans une activité physique ;

Plus les problèmes rencontrés sont pris en charge, plus la sage-femme pourra dépasser son mal-être et sa souffrance au travail. Dans ce cas-là, ses compétences émotionnelles seront plus fortes et même plus efficaces.

Synthèse du chapitre

À partir de ces observations (tableau ci-dessus), nous constatons que beaucoup de symptômes ont été rencontrés chez ces 4 cas. Il est à noter que chaque cas présente le symptôme différemment. Il y a un contraste entre les degrés de chaque résultat qui fait que le niveau d'épuisement professionnel soit perçu d'une façon particulièrement inédite.

Conclusion

Conclusion

Il est pour nous important de dire que nous avons beaucoup appris de ce travail, tant sur le burn-out et les compétences émotionnelles que sur le métier de sage-femme, en particulier la sage-femme algérienne. Nous avons vu des concepts nouveaux bien que certains d'eux fassent partie de la vie de tous les jours (stress, fatigue, anxiété, mais aussi, émotions).

À travers les échelles, nous avons pu explorer chaque symptôme dans son ensemble, tout en apprenant à le détecter selon la situation imposée. Nous sommes maintenant conscientes de l'ampleur que le burn-out peut avoir sur la vie professionnelle de l'individu qui en souffre. En plus, il peut être étonnant de voir à quelle fréquence les conséquences de ce syndrome sont capables d'affecter l'existence complète du cas ou de son entourage.

Hélas, nous regrettons le manque des ressources et de la documentation locale (manque dans le sens où beaucoup de données demeurent inconnues, voire inexistantes). Ce travail n'est qu'un simple aperçu de la réalité qui touche si mal les sages-femmes du monde et de notre société. Nous espérons que plus de recherches viendront suivre ce dernier afin de pouvoir apporter des mesures constantes, proposer d'autres solutions au burn-out de la sage-femme mais aussi au métier de sage-femme tout simplement.

Nous espérons que nous pourrons, nous étudiants ainsi que nos enseignants et chercheurs, apporter une aide future qui pourra considérer la possibilité d'être prise en compte afin d'exposer, et de montrer à quiconque serait intéressé l'ambiguïté et l'envergure de ce syndrome.

Liste bibliographique

Références bibliographiques

Ouvrages :

1. Autissier, D & Wacheux, F. (2006). *Manager par le sens : Les clés de l'implication au travail*. Paris : Éditions d'Organisation.
2. Bouvet, C. (2015). *18 grandes notions de la pratique de l'entretien clinique*. Paris : Dunod.
3. Canoui, P & Mauranges, A. (2015). *Le burn-out à l'hôpital : Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants* (5^e édition). Pologne : Elsevier Masson SAS.
4. Chahraoui, Kh & Bénony, H. (1999). *L'entretien clinique*. Paris : Dunod.
5. Chauchat, H. (1995). *L'enquête en psycho-sociologie* (3^e édition). Paris : Puf.
6. Cherniss, C. (1980). *Staff burnout: job stress in the human services*. Beverly Hills, CA: Sage
7. Coutanceau, R & al. (2016). *Stress, burn-out, harcèlement moral : De la souffrance au travail au management qualitatif*. Paris : Dunod.
8. Delobbe, N et al. (2005). *Comportement organisationnel, contrat psychologique, émotions au travail, socialisation organisationnelle*. Bruxelles : De Boeck.

9. Dumez, H. (2016). *Méthodologie de la recherche qualitative : Les questions clés de la démarche compréhensive* (2^e édition). Paris : Vuibert.
10. Freudenberger, H. (1987). *L'épuisement professionnel : La Brulure interne*. Québec : Gaétan Morin Éditeur.
11. Gendron, B. (2007). *Des compétences émotionnelles au capital émotionnel : une approche théorique relative aux émotions*. Paris : Cahier du Cerfee.
12. Gourevitch, D. (1984). *Le mal d'être femme : La femme et la médecine dans la Rome Antique*. Paris : Les Belles Lettres.
13. Hamel, J. (1997). *Étude de cas et sciences sociales*. Paris : L'Harmattan.
14. Ionescu, S & Blanchet, A. (2009). *Méthodologie de la recherche en psychologie clinique*. Paris : Puf.
15. Kivits, J & al. (2016). *Les recherches qualitatives en santé*. Paris : Armand Colin.
16. Lavarde, A-M. (2008). *Guide méthodologique de la recherche en psychologie*. Paris : De Boeck.
17. Loubet del Bayle, J-L. (2000). *Initiations aux méthodes des sciences sociales*. Paris : L'Harmattan.
18. Maslach, C & Jackson S-E. (1986). *Maslach Burnout Inventory : Manual*, 2nd edition. Palo Alto : CA.
19. Maslach, C & Leiter, P. (2011). *Burn-out : le syndrome d'épuisement professionnel*. Paris : Les Arènes
20. Mankounian, A. (2016). *La souffrance au travail : Les soignants face au burn-out* (2^e édition). France : Lamarre.
21. Mikolajczak, M et al. (2014). *Les compétences émotionnelles*. Paris : Dunod.

22. Mochet, M-A. (1986). *Discours en situation d'entretien, construction et premières exploitations d'une préenquête*. Paris : Credif.
23. Page, L-A et al. (2004). *Le nouvel art de la sage-femme : Science et écoute, mises en pratique*. Paris : Elsevier Masson.
24. Rogers, C. (1961-1968). *Le développement de la personne*. Paris : Dunod.
25. Truchot, D. (2004). *L'épuisement professionnel et Burn out : concepts, modèles, interventions*. Paris : Dunod.
26. Zawieja, P & Guarnieri, F. (2015). *L'épuisement professionnel : Diagnostic, analyse, prévention*. Paris : Armand Colin.

Références électroniques :

Livres :

27. Delacoux, A. (1834). *Biographie des sages-femmes célèbres, anciennes, modernes et contemporaines*. Repéré à : <https://books.google.dz/books?id=pT5fAAAAcAAJ&printsec=frontcover&hl=fr#v=onepage&q&f=false>

28. Mayor, M. (1928). *Instruction sur l'Art des accouchements à l'usage des sages-femmes du Canton De Vaud*. Repéré à : <https://books.google.fr/books?id=KNMUAAAAQAAJ&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>

Thèses :

29. Bakker, A. (2007). *Resilience buffers the impact of high emotional demands on exhaustion and facilitates engagement*. Unpublished manuscript, Erasmus University Rotterdam.

30. Boulkroune, N. (2008). *Le syndrome de Burn-out chez les enseignants du supérieur*. Repéré à : <https://bu.umc.edu.dz/theses/psychologie/BOU976.pdf>

31. Fremont, N. (2013). *Quels facteurs explicatifs du burnout et du bien-être subjectif ? Déterminants psychologiques, sociaux et*

organisationnels auprès des cadres à responsabilités et élaboration d'un modèle. Repéré à :
<https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01124140/document>

Articles :

32. Burnout, job stress and violent behavior among Dutch police officers. (1999). Repéré à :
<https://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/135.pdf>

33. Cailleau, E. (2017). Burn-out : le personnel de santé touché par l'épuisement professionnel. Repéré à :
<https://www.topsante.com/medecine/psycho/burn-out/burn-out-les-professionnels-de-sante-touches-par-lepuisement-professionnel-51969>

34. Debout, Ch. (2012). Recherche en soins infirmiers. *Soins*. 768. 55-60. [Www.anfiide-gic-repasi.com/methodologie-quatitative-et-etudes-descriptives-simples-recherche-en-soins](http://www.anfiide-gic-repasi.com/methodologie-quatitative-et-etudes-descriptives-simples-recherche-en-soins).

35. Harhoura, R. (2010). Sages-femmes en Algérie : Un métier à risques. Repéré à :
<https://www.djazairess.com/fr/horizons/11832>

36. Lefèvre, N. (2012). Méthodes et techniques d'enquête : L'entretien comme méthode de recherche. Repéré à :
[Http://staps.univlille2.fr/fileadmin/user_upload/ressources_peda/Masters/SLEC/entre_meth_recher.pdf](http://staps.univlille2.fr/fileadmin/user_upload/ressources_peda/Masters/SLEC/entre_meth_recher.pdf)

37. Papy, G. (2013). Le burn-out est une maladie de civilisation. Le Vif. <http://www.levif.be/actualite/sante/le-burn-out-est-une-maladie-de-civilisation/article-normal-87967.html>

38. Predicting Intraindividual Changes in Teacher Burnout : The Role of Perceived School Environment and Motivational Factors. *Teaching and Teacher Education*. (2012). Repéré à :
[http://www.scirp.org/\(S\(czeh2tfqyw2orz553k1w0r45\)\)/reference/ReferenceSPapers.aspx?ReferenceID=1850011](http://www.scirp.org/(S(czeh2tfqyw2orz553k1w0r45))/reference/ReferenceSPapers.aspx?ReferenceID=1850011)

39. Sander, D. Psychologie des émotions. *Encyclopædia Universalis*. Repéré à :
<https://www.universalis.fr/encyclopedie/psychologie-des-emotions/1-quest-ce-qu-une-emotion/>

Sites Web :

40. Compétences émotionnelles. (2018). Repéré à :
[Www.emotional-competence.co/fr](http://www.emotional-competence.co/fr)

41. Définition d'une sage-femme. (2018). Repéré à :
<http://www.osfq.org/grand-public/definition-dune-sage-femme/>

42. Faut-il reconnaître le burn-out comme maladie professionnelle ?
(2018). Repéré à :
[Https://www.humanite.fr/faut-il-reconnaitre-le-burn-out-comme-maladie-professionnelle-650608](https://www.humanite.fr/faut-il-reconnaitre-le-burn-out-comme-maladie-professionnelle-650608)

43. Investir dans la pratique de sage-femme peut sauver des millions de vies de femmes et de nouveau-nés. (2014). Repéré à :
<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/investment-midwifery/fr/>

44. Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme hospitalière.
(2018). Programme de formation des sages-femmes de Santé Publique.
Repéré à :
[Http://www.inpfp.dz/?Programme-de-Formation-des-Sages&artpage=9-9](http://www.inpfp.dz/?Programme-de-Formation-des-Sages&artpage=9-9)

45. Situation de chaos à la maternité du CHU Benbadis : le burn-out des sages-femmes. (2014). Repéré à :
<http://www.santemaghreb.com/actus.asp?id=18217>

46. Syndrome du burnout chez le personnel soignant paramédical au Cameroun : Impact des activités physiques et sportives et des loisirs.
(2017). Repéré à :
File:///C:/Users/corur/Downloads/2017Moueleuetal_2017BOSParamdical.pdf

Annexe

Annexe 1 : Guide d'entretien

Informations générales

- Quel âge avez-vous ?
- Quelle est votre situation matrimoniale ?
- Avez-vous des enfants ? Si oui, combien ?
- Quel est votre niveau d'instruction ?
- Depuis combien de temps exercez-vous ce métier ?

Axe 1 : Le métier de sage-femme (suite)

- C'est un métier que vous avez choisi ?
- Combien de fois travaillez-vous par semaine ?
- Vous êtes de service pour combien d'heures par jour ?
- Êtes-vous de service la nuit ? (Gardes)
- Habitez-vous loin de votre lieu de travail ?
- Combien de femmes faites-vous accouché quand vous êtes de service ?
- Pensez-vous qu'il y a un manque de personnel au sein de ce service ?

Axe 2 : Indicateurs de fatigue et burn-out (suite)

- Êtes-vous aidée par une collègue à vous ? Si non, voudrez-vous être aidée durant l'intervention ?
- Trouvez-vous votre travail fatigant ? Pour quelles raison(s) ?
- Accomplissez-vous des tâches qui ne sont pas les vôtres ?
- Avant de quitter la maison, le matin, êtes-vous fatiguée à l'idée d'aller travailler ?
- Vous arrive-t-il de vouloir tout arrêter ? De laisser tomber votre travail ?
- Vous arrive-t-il de regretter votre métier de sage-femme ?
- Voudriez-vous changer de métier ?

Axe 3 : Compétences émotionnelles

- Comment est votre relation avec les patientes ?
 - Comment est votre relation avec vos collègues ?
 - Comment est votre relation avec votre famille ?
 - Avez-vous avec qui parler de votre travail ? de vos soucis ?
 - Pensez-vous que votre expérience vous a rendue plus nerveuse ?
 - Pensez-vous que votre expérience vous a rendue plus froide vis-à-vis des patientes ?
 - Quand vous êtes en colère, pouvez-vous facilement vous calmer ?
 - Avez-vous des difficultés à contrôler vos émotions ?
-
- Vous sentez-vous comme « soulagée » un peu après avoir fait cet entretien ?

Annexe 2 : Échelle MBI (Maslach Burnout Inventory)

Indiquez la fréquence à laquelle vous ressentez ce qui est décrit à chaque item. Entourer le chiffre correspondant à votre réponse	Jamais	Quelquefois par année au moins	Une fois par mois au moins	Quelques fois par mois	Une fois par semaine	Quelques fois par semaine	Chaque jour
1. Je me sens émotionnellement vidé par mon travail	0	1	2	3	4	5	6
2. Je me sens « à bout » à la fin de ma journée de travail	0	1	2	3	4	5	6
3. Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail	0	1	2	3	4	5	6
4. Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent	0	1	2	3	4	5	6
5. Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets	0	1	2	3	4	5	6
6. Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort	0	1	2	3	4	5	6
7. Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades	0	1	2	3	4	5	6
8. Je sens que je craque à cause de mon travail	0	1	2	3	4	5	6
9. J'ai l'impression à travers mon travail d'avoir une influence positive sur les gens	0	1	2	3	4	5	6
10. Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail	0	1	2	3	4	5	6
11. Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	0	1	2	3	4	5	6
12. Je me sens plein(e) d'énergie	0	1	2	3	4	5	6
13. Je me sens frustré(e) par mon travail	0	1	2	3	4	5	6
14. Je sens que je travaille trop dur dans mon travail	0	1	2	3	4	5	6
15. Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades	0	1	2	3	4	5	6
16. Travailler au contact direct avec les gens me stresse trop	0	1	2	3	4	5	6
17. J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades	0	1	2	3	4	5	6
18. Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes malades	0	1	2	3	4	5	6

19. J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail	0	1	2	3	4	5	6
20. Je me sens au bout du rouleau	0	1	2	3	4	5	6
21. Dans mon travail je traite les problèmes émotionnels très calmement	0	1	2	3	4	5	6
22. J'ai l'impression que mes malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes	0	1	2	3	4	5	6

Annexe 3 : Profil de compétences émotionnelles

Merci pour le temps que vous consacrez à ce questionnaire et pour l'intérêt que vous y portez.

Les questions ci-dessous ont pour but de mieux comprendre comment vous vivez avec vos émotions. Répondez spontanément à chacune des questions en tenant compte de la manière dont vous réagissez en général. Il n'y a ni bonnes ni mauvaises réponses, car nous sommes tous différents à ce niveau.

Pour chacune des questions, vous devrez vous positionner sur une échelle de 1 à 5. **1** signifie que la phrase écrite ne vous correspond pas du tout ou que vous ne réagissez jamais de cette façon, au contraire **5** signifie que vous vous reconnaissez tout à fait dans ce qui est décrit ou cela vous arrive très souvent.

	1	2	3	4	5
1. Mes émotions apparaissent sans que je comprenne d'où elles viennent.					
2. Je ne comprends pas toujours pourquoi je réagis comme je réagis.					
3. Si je le voulais, je pourrais facilement jouer sur les émotions des autres pour obtenir ce que je veux.					
4. Je sais quoi faire pour rallier les gens à ma cause.					
5. Je n'arrive pas à m'expliquer les réactions émotionnelles des gens.					
6. Quand je me sens bien, j'arrive facilement à savoir si c'est parce que je suis content, fier de moi ou détendu.					
7. Je sais lorsqu'une personne est en colère, triste, ou joyeuse même si elle ne m'en parle pas.					
8. J'arrive facilement à trouver les mots pour décrire ce que je ressens.					
9. Je ne me base jamais sur mes émotions pour orienter ma vie.					

10. Quand je me sens mal, je fais facilement le lien avec une situation qui m'a touché(e).					
11. Je peux facilement obtenir ce que je désire des autres.					
12. Je retrouve facilement mon calme après avoir vécu un évènement difficile.					
13. Je peux facilement expliquer les réactions émotionnelles de mes proches.					
14. La plupart du temps, il m'est facile de comprendre pourquoi les gens ressentent ce qu'ils ressentent.					
15. Quand je suis triste il m'est facile de me remettre de bonne humeur.					
16. Quand quelque chose me touche, je sais immédiatement ce que je ressens.					
17. Si quelque chose me déplaît, j'arrive à le dire calmement.					
18. Je ne comprends pas pourquoi mes proches réagissent comme ils réagissent.					
19. Quand je vois quelqu'un qui est stressé ou anxieux, il m'est facile de le calmer.					
20. Lors d'une dispute, je n'arrive pas à savoir si je suis triste ou en colère.					
21. J'utilise mes émotions pour améliorer mes choix de vie.					
22. J'essaie d'apprendre des situations ou des émotions difficiles.					
23. Les autres viennent facilement me parler de leurs problèmes personnels.					
24. Mes émotions m'informent des changements à effectuer dans ma vie.					
25. C'est difficile pour moi d'expliquer aux autres ce que je ressens même si je le veux.					
26. Je ne comprends pas toujours pourquoi je suis stressé(e).					
27. Si quelqu'un venait me voir en pleurs, je ne saurais pas quoi faire.					

28. J'éprouve de la difficulté à écouter les gens qui se plaignent.					
29. Je n'adopte pas la bonne attitude avec les gens parce que je n'ai pas perçu dans quel état émotionnel ils sont.					
30. J'arrive facilement à savoir ce que les autres ressentent.					
31. J'essaie d'éviter que les gens ne me parlent de leurs problèmes.					
32. Je sais comment faire quand je veux motiver les gens.					
33. Je suis doué(e) pour remonter le moral des gens.					
34. J'ai du mal à faire le lien entre les réactions d'une personne et ce qu'elle a vécu.					
35. Je suis habituellement capable d'influencer la manière dont les autres se sentent.					
36. Si je le voulais, il serait facile pour moi de pousser quelqu'un à se sentir mal.					
37. Je trouve difficile de gérer mes émotions.					
38. Mes proches me disent que je n'exprime pas assez ce que je ressens.					
39. Quand je suis en colère, je peux facilement me calmer.					
40. Je suis surpris(e) par la réaction de certaines personnes parce que je n'avais pas perçu qu'elles étaient déjà de mauvaise humeur.					
41. Mes émotions m'informent de ce qui est important pour moi.					
42. Les autres n'acceptent pas la manière dont j'exprime mes émotions.					
43. Souvent, quand je suis triste, je ne sais pas pourquoi.					
44. Il m'arrive souvent de ne pas savoir dans quel état émotionnel se trouvent les personnes autour de moi.					

45. Les autres me disent que je suis un bon confident.					
46. Je suis mal à l'aise quand les autres me racontent quelque chose de difficile pour eux.					
47. Lorsque je fais face à quelqu'un en colère, je peux facilement le calmer.					
48. Je suis conscient de mes émotions au moment où je les éprouve.					
49. Quand je me sens mal, il m'est difficile de savoir quelle émotion je ressens exactement.					
50. Lorsque je suis confronté(e) à une situation stressante, je fais en sorte d'y penser de manière à ce que cela m'aide à rester calme.					

Annexe 4 : Liste des figures

Figure 1 : Schéma du burn-out d'après le modèle tridimensionnel du burnout de Maslach et Jackson, 1996.....	18
Figure 2 : Modèle du burn-out de Cherniss (1980, 1993).....	19
Figure 3 : Modèle existentiel du burnout (d'après Pines, 1993).....	20
Figure 4 : Modèle JD-R (job demands-resources) de Bakker, Demerouti, de Boer et Schaufeli (2003).....	22
Figure 5 : Valeur des résultats obtenus dans l'échelle MBI.....	70