



Université Abderrahmane Mira de Béjaïa.

Faculté des Sciences Humaines et Sociales.

Département des Sciences Sociales.

Mémoire de fin de cycle

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

Option : Sociologie du Travail et des Ressources Humaines

Thème :

**Le développement du burn out et son impact sur
l'exercice professionnel des médecins des UMC.**

L'hôpital Khelil Amrane.

Réalisé par :

AISSOU Omar

YAZID Lyes

Encadré par :

Mme. BELKACEM. K

Année universitaire :2018 / 2019

Remerciements

Tout d'abord nous nous exprimons notre remerciement à Dieu le tout puissant, qui nous a donné la force et le courage d'aller au bout de notre objectif, celui d'élaborer ce modeste travail passible de nous sanctionner par un diplôme de Master 2. Ainsi de nous surpasser les difficultés.

Nous avons tout l'honneur et le plaisir d'exprimer notre gratitude à notre encadreur le Mme BELKACEM Karima, pour sa disponibilité et effort ; chose qui a conduit à la rédaction du présent mémoire.

Nos sincères remerciements vont également aux membres de jury pour avoir accepté d'évaluer notre modeste travail.

Nous voulons par ailleurs remercier tous le personnel médical des UMC de l'hôpital Khelil Amrane de BEJAIA. À leur tête le médecin chef des UMC, sans oublier notre enseignant M. ATMANE Mehdi, pour l'intérêt qu'ils ont porté à notre recherche scientifique.

Ses remerciements ne seraient pas complets s'ils ne s'adressaient de près ou de loin à notre classe et notre département.

Dédicaces

Nos dédicaces vont de bon cœur à :

*Chère famille, chers amis à leur tête nos parents pour leur
amours et soutien durant toutes ces années, qu'ils trouvent ici notre
profonde gratitude, que Dieu les protège.*

A tous ceux qui nous aiment, nous vous échangeons l'amour.

Omar & Lyes.

Liste des tableaux et figures :

Tableau	Titre	page
1	Résultat MBI (médecin A, 28ans)	58
2	Résultat MBI (médecin B, 34ans)	59
3	Résultat MBI (médecin C, 45ans)	60
4	Résultat MBI comparatif (médecin B vs médecin D, 34ans)	61

Liste des figures

Figure	Titre	Page
1	Composantes de l'E.P selon Maslach	25

Liste des images :

Image	Titre	Page
1	L'acronyme du CHU de Bejaia.	37
2	Rentrée des urgences (UMC)	40
3	Le personnel médical des UMC de Bejaia.	55
4	Le burn out nuancé chez les médecins des UMC.	57

5	Présence du burn out chez les deux genres.	62
6	Le recours massif des familles des malades au P.U	70
7	Les médecins lors de leur visite.	70
8	Conception des médecins concernant le recours aux psychologues.	74
9	solution proposée face au B.O (relaxation)	75
10	Le retrait peut être la solution des fois	81

Liste des abréviations

Abréviation	Signification
P.U	Pavillon d'urgence
UMC	Urgences Médico-Chirurgicales
CHU	Centre Hospitalo Universitaire
KH. A	Khelil Amrane
RH	Ressources Humaines
EP	Epuisement professionnel
BO	Burn-out
EE	Epuisement émotionnel
COI	Concept opératoire isolé
CNRS	Centre national de recherches sociologiques
R.Q	Remarque
U.G.E.M.A	Union Général des Etudiants Musulmans Algériens
MBI	Maslach Burnout Inventory
EPH	Etablissement Publique Hospitalier
E.P.S.P	Etablissement Publique de Santé de Proximité
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PSS	Partenariat : Soignant-Soigné
ECG	Électrocardiogramme
EEG	Electro-encéphalogramme

Liste des abréviations.

Liste des tableaux

Liste des figures

Liste des images

Sommaire

Introduction.....I

Partie 1 : théorique méthodologique

Chapitre I : problématisation de l'objet d'étude

Préambule

1. Les raisons de choix du thème..... 4
2. Les objectifs de la recherche..... 4
3. La problématique..... 5
4. Les hypothèses..... 11
5. Les études antérieures 12
6. Définition des concepts clés. 15

Conclusion

Chapitre II : cadre général du développement du burn out au travail.

Préambule

1. Bref survol sur l'émergence du burn out..... 19
2. Différentes définitions..... 22
3. Les différentes approches 26
4. Les causes du burn out..... 28
5. Robustesse du concept..... 30

6. Développement du burn out (évolution du concept) .....	.29
7. Burn out, concept multi dimensionnel .....	.31
8. Extension du concept au-delà des métiers d'aide et d'assistance .....	.31
9. Les conséquences du burn out sur la vie professionnelle .....	.32
10. Politiques de préventions et de lutte contre le burn out au sein de l'espace professionnel.....	.33

Conclusion

Chapitre III : Méthodologie de la recherche

Préambule :

1. Description de l'établissement d'accueil.....	.37
2. Méthode et techniques de recherche .....	.42
a. Choix de la méthode.....	.42
b. Les outils d'investigation.....	.42
• L'observation directe .....	.42
• L'entretien.....	.43
• Le guide d'entretien .....	.43
• La variable test .....	.44
• La description et présentation de l'échelle MBI .....	.45
3. La pré-enquête.....	.48
a. La population mère.....	.49
b. La population d'enquête .....	.49
4. L'enquête .....	.50
5. Techniques d'analyse des données de terrain .....	.50
6. Les entraves et les avantages de l'étude.....	.51

Conclusion

Partie 2 : pratique ; Analyse et interprétation des résultats de l'étude.

Préambule

I. Présentation des données sociodémographiques des médecins des UMC.....	.54
II. Développement du burn out en relation avec les variables quantitatives (âge, genre et expérience professionnelle) chez les médecins des UMC.....	.57
III. Retentissement du B.O sur l'exercice et le climat professionnels aux UMC.....	.67
IV. Politiques de prévention et stratégies de défense contre le développement du burn out au service des UMC. .....	.73
✓ Vérification et discussion des hypothèses .....	.77
✓ Recommandations pour prévenir le burn out.....	.80

Conclusion

Conclusion Générale83
----------------------------------	------------

Liste bibliographique.

Annexes.

Introduction

Introduction :

De nos jours, la souffrance au travail est une loi de silence. C'est pourquoi le groupe pluridisciplinaire Emersion Community (équipe de médecins généralistes, chirurgiens-dentistes, infirmiers, pharmaciens basée en France) attestent que de 25 à 50% sont victimes d'épuisement professionnel à l'Union Européenne. Comparativement au contexte algérien dans lequel nous soulignons la majeure carence en matière d'études statistiques et de prévalences qui montrent un petit peu l'ampleur de ce syndrome. Idem pour ce qui ressort de notre terrain pour les UMC de Bejaïa, les responsables sont complètement démotivés par le fait d'accomplir un sondage qui porte sur l'intérêt de ce phénomène. Cependant, ils prêtent l'oreille sourde à leurs professionnels. Même chose pour ces derniers, ils ne fournissent le quasi nul effort pour s'immuniser contre un syndrome majeur de santé mondiale

Il apparait dans nos journaux citoyens que notre époque n'est plus celle de la médecine douce ou même conventionnelle classique, où le travail était depuis très longtemps source du plaisir. Mais attention, il est l'origine de contraintes et de beaucoup de souffrances.

Dans le cadre d'élaboration de notre mémoire, réalisé sur le développement du Burn out et son retentissement sur l'exercice professionnel des médecins des UMC, déroulé à l'hôpital Khelil Amrane de Bejaïa. Et pour ne pas perdre le fil conducteur de la préalable idée avancée. Il nous y incombe juste de combiner le travail à l'ère actuelle, qui favorise l'émergence de l'épuisement professionnel. (Massoudi Kooroch, 2009, p : 2) adhère qu'une conception moderniste du 20^e siècle, marque la prédominance des idées en matière d'adaptation et de performance ; dans un milieu hospitalier agira sur le capital santé de l'équipe médicale.

Introduction

En effet, notre ère est la télémédecine et la télé chirurgie, où le recours massif des malades de toutes tranches d'âge persiste encore et fort. Alors il est nécessaire de prendre conscience de combat au quotidien contre le burn-out. Qui se constitue comme « passeport santé » qui prends de l'ampleur chez les médecins intervenant aux urgences dudit lieu.

Ceci dit, nous tenterons à travers cette étude d'analyser les faits du burn out chez le personnel thérapeutique depuis son installation à son développement, voir son commencement par un stress professionnel, et s'enchaîne par l'épuisement professionnel pour arriver enfin à un post stade qui est l'usure professionnelle; où le médecin urgentiste cherche son identité et son image médicale (quête sur l'identité).

A cet effet, nous avons divisé notre travail en deux parties :

-La première partie est théorique & méthodologique, englobe trois chapitres, qui sont respectivement :

- ✓ Problématisation de l'objet d'étude.
- ✓ Cadre générale du développement du burn-out au travail .
- ✓ Méthodologie de la recherche.

-La seconde partie est pratique, réservée à l'analyse des données et l'interprétation des résultats, contenant 4 grands titres :

- ✓ Présentation des données sociodémographiques des médecins des UMC.
- ✓ Le développement du burn out en relation avec les variables quantitatives (âge, genre et expérience professionnelle) chez les médecins des UMC.
- ✓ Le développement de l'E.P chez les urgentistes en rapport avec le climat relationnel et la pratique médicale au quotidien.
- ✓ Les politiques de prévention et les stratégies de défense contre le développement du burn out au service des UMC.

Introduction

Et discussion et vérification des hypothèses, ainsi des liste de recommandations.

Et nous terminons par une conclusion générale et d'autres accessoires (annexes).

**Partie méthodologique &
théorique**

Chapitre 1 : Problématisation de l'objet d'étude

1. Les raisons du choix de thème :

Préambule :

Dans ce chapitre nous entamerons tour à tour les éléments qui le constituent, qui sont respectivement : les raisons et les objectifs, ainsi l'intérêt de l'étude, la problématique. Nous allons définir les concepts clés et puis nous enchaînons ce chapitre par citer une ou deux études antérieures ; sachant que toutes recherches scientifique doit avoir un objectif, tout particulièrement en sociologie tous les thèmes sont importants. D'après MAURICE Angers (1997, p78) le choix du sujet et l'évolution de la faisabilité d'une recherche représentent le premier moment de la formulation de problème de l'étude.

Nos raisons de la recherche sont :

- **Objectives :**

«Avoir le raisonnement par le questionnement ». Le chercheur se prête à découvrir la réalité via l'investigation sur le phénomène du développement du burn out et son impact sur le métier professionnel des médecins des UMC, afin d'explicitier les fait de long (le long chemin du développement de ce phénomène) et de large (sa répercussion retenue chez le personnel médical des UMC).

- ✓ Les raisons qui nous ont poussé également à travailler sur ce thème sont les suivantes : le burn out est déclaré problème majeur qui affecte la santé publique et notamment chez des médecins urgentistes.
- ✓ La santé au travail fait l'une des écoles doctorales à l'UNIVB, qui forme des doctorants chercheurs ; ainsi que Travail et Souffrance fut l'un des Master en France traitants ce phénomène transversalement et longitudinalement dans un cadre transdisciplinaire.

Problématisation de l'objet de l'étude

- **Subjectives :**

Nous vous cachons pas que le motif personnel derrière ce choix, est que nous sommes issues de la région limitrophes de l'hôpital, et donc nous recevons nos soins de par un plateau médical que nous souhaiterions l'amélioration de ses conditions du travail, pour une meilleurs prise en charge des bougeotes. Et nous camouflerons notre intérêt à décrocher un emploi au sein de l'établissement hospitalier, grâce à cette réflexion.

Nous avons choisi de travailler sur ce thème pour les objectifs :

- ✓ Découvrir et enrichir nos connaissances sur le burn out (comment celui-ci évolue ou se développe à travers son historicité et dans un milieu hospitalier ?) et le monde du travail (comment s'impacte-il sur l'exercice professionnel des médecins des urgences ?) afin d'agir sur l'efficacité professionnelle médicale au fil de leur carriérisation.
- ✓ Comprendre plus précisément l'usure professionnelle et essayer d'identifier l'existence du burn out de son absence aux UMC.
- ✓ Détecter les techniques engagées par les médecins pour se défendre contre à cette extrême fatigue (surmenage) : citer des pratiques que les médecins adoptent ou même des stratégies s'ils en existent.
- ✓ Evaluer empiriquement la prévalence du B.O dans l'espace professionnel en fonction des paramètres tels que le genre, l'âge à l'aide de l'échelle MBI et le coefficient de Spearman.
- ✓ Et enfin suscite un grand intérêt chez les étudiants de différents cycle et les chercheurs de différents laboratoires, et centre de recherche.

2. Problématique :

De nos jours le Travail possède plusieurs façades : de l'un procure du plaisir, et pour l'énième fois surtout avec la montée des valeurs individuelles, des nouvelles formes de mal-être¹, ou de mauvais être² ; viennent s'installer et toute une école doctorale sous l'appellation « Travail et Souffrance » dirigée par Marie Pezé. Ils trouvent de l'ancrage, lorsque les maux de l'hôpital considéré jusqu'à là comme une microsociété³ font la une des recherche scientifique et académique. Telle est la nôtre afin d'obtenir un diplôme de Master en sociologie. Elles reflètent d'après Isabelle LESAGE (directrice de l'hôpital NECKER- préface de l'ouvrage : le burn out à l'hôpital.) des approches les plus souvent critiques de la réalité hospitalière : manque de moyens face à une exigence de sécurité et de qualité de soins toujours accrue, judiciarisation des erreurs et des échecs, mettant en cause les responsabilités individuelles, des réformes multiples s'enchainent à un rythme accéléré pour tenter de redonner gouvernance et maîtrise de l'exercice professionnel dans un système emballé. Qu'en effet il s'agit dans cette galerie d'approches de glisser sur la première qui est celle de psychiatrie qui conçoit l'exercice professionnel, comme révélateur de la pathologie des personnes (*Canoui. P, et Mauranges. A, 2015, p19*), cependant ce travail peut être vu d'emblée, source de troubles d'adaptation, mais aussi en revanche une thérapie efficaces, afin de combler le vide qui peut prolonger dans le temps. En cela s'ajoute l'approche psychanalytique qui privilège la préexistence d'une faille renvoie essentiellement à la névrose infantile, l'hypothèse d'un idéal du moi est posée comme une explication intrapsychique, qui explique à la fois le choix professionnel et le comportement

¹ ...S'il s'agit par contrario de bien-être.

² Par opposition au mieux-être.

³ Une partie de la société prend en charge la triple mission de la santé –prévention –cure ou traitement et enfin la promotion.

Problématisation de l'objet de l'étude

d'aide (*op.cit*) chez les médecins urgentistes. De même va l'approche par la théorie de stress, dans le sens où le burn out est dû aux effets de stress, survenant au travail (*Ibid, p20*). En effet il s'agit d'une interaction particulière. Quant aux conséquences sont déjà là : la perte d'appétit, manque d'intérêts et dépression...Etc.

Dans le souci d'élaborer, ficeler un modeste travail sociologique, nous nous sommes inscrits dans cette dernière, qui a pour poser les questions suivantes : le burn out menace-t-il la société moderne ? Faut-il le considérer comme pathologie sociale ?

En tentant de répondre à ces deux questions, et à l'inverse des autres approches. Celle-ci part d'un postulat : les médecins des UMC deviennent malades à cause de leur exercice professionnel. Et ce s'explique de par la qualité ou la caractéristique de leur profession basée sur l'obligation⁴.

Avec l'émergence de la citoyenneté au milieu hospitalier considérée jusqu'à là comme entreprise qui doit couvrir maximum des malades. Ce qui exige de ses citoyens de travailler au détriment des moyens; et donc sont également exposés à certains évènements spécifiques, plutôt même à une cascade d'accidents au cours de l'exercice de leur métier, où l'urgence est imprévue fait partie de quotidien, et ne reste à démontrer valablement.

Dans une dimension socio-psychologique, la conception de l'individu vis-à-vis de travail a été également sujette aux changements ces derniers temps. Sans doute le travail et la RH requièrent chez nous tous une prépondérance, et constitue une priorité afin de subvenir aux besoins. Et de garantir la continuité de ce travail lui-même (services). En effet tout le monde lui attribue un rôle moteur et préventif, quant à la construction de la santé publique ; il se peut être idéalement le lieu de structuration des pratiques de valorisation personnelle ou

⁴ La coercition et la contrainte.

Problématisation de l'objet de l'étude

sociale- pyramide d'Abraham Maslow-, et/ ou bien devient un lieu des concrétisations de déception (Benatia. Y, 83). Les retentissements des conditions de travail sur la santé physique et psychologique voire même sociale ont été soulevés par de nombreux chercheurs à l'instar de l'exposition de toutes sortes de nuisances, l'organisation du travail et des horaires de travail, la communication...Etc. D'autant plus ces contraintes ressentis en milieu de travail. (Op.cit. .83) Influent aussi sur le mode de vie individuelle et sociale, en altérant la qualité de l'environnement professionnel telle que la charge, la cadence au travail et la monotonie des tâches, ainsi le degré de l'autonomie individuelle. D'ailleurs les chercheurs tels : ESTRYN-BEHAR (1997) et KARASHI, DEJOURS cité par CONNE-PERREARD & al...(2001). Et bien d'autres ont démontré le lien existant entre les facteurs de risque à la santé et la nature de l'organisation de l'activité professionnelle. Citons par exemple le travail posté, la négligence de facteur humain, l'insécurité et le style de gestion des ressources humaines...Etc.

Une recherche réalisée par Ruth Wiertz en 2012 sur la psychiatrie et le burn out ! Une étude de prévalence de ce syndrome, auprès des 403 psychiatres hospitaliers de nord de Calais ; le souci était de mesurer par l'échelle MBI et sa corrélation avec les variables associées : âge/le sexe/ le lieu et le type d'exercice. Les résultats ont été enregistrés avec fort taux de participation : 57.6%, réparties (26% EP faible, 5.3% EP modéré, 2.2% EP sévère.). En dépit de scores étaient (19.5% E. E-épuisement émotionnel- élevé ; 8.5% de dépersonnalisation élevé ; 16% d'accomplissement personnel bas) par contre 35% ne sentiront aucun lien avec l'EP.

En fait, les variables génératrices du syndrome d'usure professionnelle se situent esquissément à trois niveaux. Comme déjà cité de l'un il s'agit de l'organisation du travail, de deux les relations entre ceux qui travaillent, de trois les attentes personnelles par rapport au travail. (*Pesé. M, 2017, p58*) Ici nous

Problématisation de l'objet de l'étude

prenons conscience comme de coutume, des séquelles physiques, psychiques et sociales ont du burn out ; mais nous nous focalisons sur le troisième, évoquant essentiellement : la surcharge et la solitude, qui consistaient en l'augmentation de la cadences des tâches à accomplir, présence partout dans les pavillons d'urgences mais seulement pas de vivre-ensemble entre confrères.

Beaucoup de spécialistes et chercheurs : MITCHELLDYREGROW, TAYLOR cités par LECLERCQ et le BIGOT (2001) ont mis l'accent sur l'impact de l'intervention rapide et en volume sur la santé professionnelle.

Compte rendu du rôle que ces derniers sont appelés à jouer, et de l'intensité de leurs engagements ; certains médecins peuvent passer de double statut de victime, passant de celui indirecte- médecins généralistes œuvrant dans les UMC- à direct- ambulanciers urgentologues sur terrain / en route avec excès de vitesse.-

De par l'aspect relationnel et curatif qui caractérise les médecins et quels types de médecins ! Urgentistes. La situation hygiéniste insalubre, la pression répétitive, le manque de moyens et du personnel à une charge de travail. Celle-ci occasionnée par les flux massifs et irréguliers des patients, qui génèrent une forte sollicitation allant d'un acte médical vers l'intervention chirurgicale, où le temps est ennemie. Car il faut agir rapidement et efficacement, donc le médecin déploie un double effort en effectuant moult tâches en même temps, cependant la relation médecin-patient est décevante vis-à-vis de la famille pour non reconnaissance ou non compliance, et l'agressivité du malade ; chose qui accroît le stress et provoque le burn out- qui dit travailler dure et mourir trop jeune-. En fait de nombreuses études ont souligné les conséquences de l'implication aux situations stressantes, dont le cumul favorise l'apparition de nouvelles formes de risques en particulier l'épuisement professionnel appelé communément burn out. Et comme le dit HANS SELYE : « le stress est le sel de la vie. »

Problématisation de l'objet de l'étude

Le service UMC au CHU "Khelil Amrane" de la Wilaya de BEJAIA se retrouve au Rendez-vous avec les pressions surtout à la réapparition de Cholera en Algérie, été 2018 a mis sous tensions les UMC suite à la divulgation d'une intox d'avoir enregistré trois cas d'affecte ici en ville. Après le mois sacré du Ramadhan ; les MC⁵-malades chroniques- s'évacuent vers les urgences, qui sont saturés par la présence des fausses urgences et les consommateurs des toxiques. La saison estivale annonce des incendies, déclare des feux de forêts et les accidents de la circulation.

Tous ces sont des contextes, situations voire même des évènements du travail qui affirmeront le burn out chez des engagés sociaux dans un métier d'assistance ou d'aide.

Dans une mesure de possible, nous demanderons aux médecins -CHU Khellil Amrane de BEJAIA- et exerçant dans les UMC d'élucider ces questions de départ :

- ✓ Est-ce que le burn out est en impact avec les variables quantitatives : le sexe, l'Age ... des médecins des UMC ?
- ✓ Comment le développement du burn out affecte le climat relationnel et la réalisation professionnelle des médecins des UMC?
- ✓ Comment ses médecins adoptent-ils des mesures et développent-ils des stratégies contre le burn out ?

Nous tenterons d'apporter aux questions précédentes des réponses par l'élaboration d'un cadre conceptuel comportant les hypothèses (voir ci-après)

⁵ A titre d'exemple : le DIABETIQUE ET HTA- hypertension artérielle- et autres.

3. Hypothèses :

L'hypothèse est une explication provisoire de la nature des relations entre deux ou plusieurs phénomènes. L'hypothèse scientifique peut être confirmée ou infirmée. (GRAWITZ. M, 2001, p398)

Et donc d'après ce que nous avons vu précédemment en cours de méthodologie au fur et à mesure dans notre carrière étudiante. L'hypothèse consiste en un énoncé qui prédit une relation entre deux ou plusieurs : (termes / situations/ phénomènes...Etc.), en impliquant une vérification empirique. C'est pourquoi nous avons opté à l'explication de l'existence du burn out au milieu hospitalier particulièrement les UMC à BEJAIA, par la formulation des deux réponses hypothétiques et provisoires suivantes:

Hypothèse 01: L'épuisement professionnel apparaît et se développe chez le personnel médical des UMC en fonction des variables quantitatives tel que l'âge et le genre.

Hypothèse 02: Le développement de l'épuisement professionnel chez les médecins urgentistes affecte leur climat relationnel au travail et touche au quotidien à la réalisation de leurs pratiques professionnelles.

Hypothèse 03: Les médecins des UMC adoptent des mesures et développent des stratégies pour prévenir et faire face au burn out dans leur espace professionnel.

4. les études antérieures :

➤ Première étude :

Enquêtes comparatives sur l'E.P de Chantal Rodary:

Cette enquête menée en France par Chantal Rodary, biostatisticien et son équipe composée de 3 médecins du travail, une infirmière générale, et un psychiatre.

Citée par un docteur en sociologie chargé de la recherche au C.N.R.S Paris 1. En comparant entre deux hôpitaux de la région : l'institut Gustave Roussy, spécialisé en cancer, et l'hôpital de Bicêtre. Auprès d'un échantillon de 520 infirmières, dont 25 % présentes le syndrome d'épuisement émotionnel, d'où la répartition entre les deux hôpitaux est comme suit : 16 % à Bicêtre, quant à 7 % à l'institut. Avec la présence obligatoire des soins intensifs.

L'objectif de cette étude qui a commencé en 1988, et de montrer la relation entre travail et santé d'où la dédicace d'une école doctorale sur le travail et la souffrance.

➤ Deuxième étude :

L'étude de Michel Janosz sous l'intitulé : « perception du climat scolaire et épuisement professionnel chez les enseignants ». Cette enquête s'étend sur un échantillon transversal de 6175 enseignants emmenant de 159 écoles secondaires publiques québécoises francophones issus des lieux défavorisés. Ces enseignants ont répondu au questionnaire sur l'environnement socio-éducatif et le sentiment d'épuisement.

La question principale était comme telle :

-Quels sont les facteurs qui déterminent l'état d'épuisement professionnel chez ces catégories d'enseignants ?

Il a pour tester trois hypothèses :

- Plus les enseignants percevront positivement le climat scolaire de leur école moins ils se sentiront épuisés.
- Le climat relationnel sera une des facettes les plus corrélées au sentiment d'E.P.

Problématisation de l'objet de l'étude

- Le sentiment d'appartenance médiatisera la relation entre le climat et l'E.P.

Donc les hypothèses ont été corroborées à base d'un questionnaire et l'échelle MBI dont la proclamation des résultats 17% des variances totales, 10% avec la direction, et enfin 4% avec les élèves. (<http://www.climatscolaire.ch/265b-janosz.pdf>. Consulté le 04/04/19)

➤ Troisième étude :

Thèse de magister réalisée par Yacine Benatia. Spécialité psychologie traumatique, sous le thème l'épuisement professionnel chez les infirmiers urgentistes, dirigée par le professeur ABLA ROUAG. Université de Mentouri Constantine. Faculté des SHS, année 2007-2008

La problématique :

Dans cette étude, il cherche à démontrer la contribution des facteurs socio-professionnels à l'épuisement professionnel, en étroite relation avec les conditions du travail dans le milieu hospitalier, ou le service des urgences peuvent être signe de stress chez les infirmiers urgentistes, et entraîna par la suite un burn out.

Cadre conceptuel (hypothèses) :

Hypothèse générale : Les facteurs socio-professionnels et les conditions d'exercice du métier conduisant au burn out chez les infirmiers urgentistes.(*Yacine Benatia,2008, p12*)

Hypothèses partielles :

- le sexe influe sur l'apparition de l'épuisement professionnel chez les infirmiers urgentistes.
- L'âge favorise l'apparition de l'épuisement professionnel chez les infirmiers urgentistes.
- La situation familiale contribue à l'émergence de l'épuisement professionnel chez les infirmiers urgentistes.
- Le nombre d'années d'expérience contribue à l'apparition de l'épuisement

Problématisation de l'objet de l'étude

professionnel chez les infirmiers urgentistes.

- Le mode de travail « de jour » ou « de nuit » mène à l'apparition de l'épuisement professionnel chez les infirmiers urgentistes.
- Les caractéristiques des établissements hospitaliers favorisent l'apparition de l'épuisement professionnel chez les infirmiers urgentistes.
- Les caractéristiques des services d'urgences du centre hospitalier universitaire de Constantine influent sur l'émergence de l'épuisement professionnel chez les infirmiers urgentistes. (*op.cit.*, p17)

La population de la recherche :

Elle concerne la famille des 526 paramédicaux exerçants entre 2007-2008 dans les services des secteurs sanitaires et établissements hospitaliers spécialisés et polycliniques de la wilaya de Constantine.

La méthode :

Vu la largesse et l'importance de son échantillon, ainsi le domaine d'étude psychosociale, il a opté pour la méthode quantitative et une échelle MBI d'auto-évaluation du burn out.

Les étapes de collecte de données :

Sa maîtrise professionnelle de l'étude lui a permis de s'inscrire dans une démarche méthodologique quantitative, et ainsi l'utilisation de l'échelle MBI relevant de domaine de la psychologie.

Résultats obtenus :

Sur le tri effectué sur une large population des infirmiers urgentistes renvoi à la donne l'E.P (33,56 %), sentiment d'épuisement (50 %), le vide intérieur (30,80 %), le ras-le-bol (35,86 %), et la réaction agressive atteint les 28,50 %.

D'après les résultats de son étude, l'E.P affecte un nombre important des infirmiers urgentistes, du fait de la présence majeure est prépondérante de l'épuisement émotionnel. Toutefois, ces résultats sont interprétés au fur et à mesure de sexe, l'âge et l'expérience à savoir sa récurrence chez les jeunes débutants de carrière.

Conclusion :

Cette étude se centre et focalise sur la profession de corps paramédical mais ça n'empêche pas la présence de phénomène chez les métiers d'aide et de la santé. Ce qui nous a motivés de travailler sur les médecins des UMC cette année.

L'apport des études sur notre recherche :

La 1^{re} étude antérieurs et la 3^{ème} thèse nous a approfondi notre connaissance de la formulation des hypothèses. Et appui notre maîtrise opératoire de l'échelle MBI, quant à la seconde étude nous a donné un nouveau souffle ; en correspondant le climat scolaire et sa perception au climat relationnel à l'hôpital.

5. Définition des concepts clés:

La conceptualisation est plus qu'une simple définition ou convention terminologique. Elle constitue une construction abstraite qui vise à rendre compte de réel. À cet effet, elle ne retient pas tous les aspects de la réalité concernée mais seulement ce qui en exprime l'essentiel du point de vue du chercheur. Il s'agit donc d'une construction-sélective. (*QUIVY. R & CAMPENHOUDT LUC VAN, 1995-2006, p115*)

Et bien comment sélective ? Qu'effectivement pour mieux cerner le thème. Il faut préciser et définir les concepts figurant dans le thème général ainsi les hypothèses à savoir : le burn out – l'exercice professionnel- l'impact- âge...Etc.

➤ Le burn out :

Le burnout est un syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement personnel qui apparaît chez les individus impliqués professionnellement auprès d'autrui. L'épuisement professionnel est donc caractérisé par trois dimensions: l'épuisement

Problématisation de l'objet de l'étude

émotionnel, la dépersonnalisation ou cynisme, et l'efficacité professionnelle.

N.B : nous trouverons à redire sur tout ça dans le développement du burn out en théorie.

Et d'après les médecins des UMC à KHELIL Amrane le burn out consistait en l'incapacité ou se retrouver coincé de ne plus redonner plus.

➤ **L'exercice professionnel !**

L'exercice professionnel des médecins s'emploie pour désigner un métier de médecin / ou se lancer dans une carrière de médecins ; son mode d'administration est tellement variable, ça peut aller d'une observation clinique par un acte médicale aller jusqu'à l'intervention chirurgicale.- source enquête du terrain –Quant aux praticiens tirées de mot pratique médicale qui exclu d'autres professionnels de la santé comme les psychosociologues et orthophonistes.

➤ **Variables quantitatives :**

Dans le glossaire de la sociologie quantitative, plutôt dire la méthodologie statistique le concept de : variables quantitatives reprend les données telles que l'âge et le sexe... Et autre. <https://www.cairn.info/revue-geneses-2001-2-page-112.htm#>. Donc ça renvoie aux paramètres mesurables en exact ou approximatif (données sociodémographiques).

➤ **Age :**

Caractéristique biologique d'un corps en vieillissement, l'âge est aussi une caractéristique sociale distinctive pour l'homme vivant en société. Il est une des modalités suivant lesquelles les individus se regroupent fréquemment durant leur vie. À certains « âges de la vie » correspondent des occupations prépondérantes qui sont partagées par des individus d'âge voisin sinon semblable : l'éducation dans l'enfance, le travail à l'âge adulte, le repos et la maladie à des âges avancés... Par suite, la sociologie distingue une succession de moments d'ouverture à des activités nouvelles pour un individu au fil de sa

Problématisation de l'objet de l'étude

vie, suivant un ordre quasiment identique pour tous les individus, ce qu'on appelle le « cycle de vie » : marqué par l'entrée dans l'institution scolaire, dans la sexualité, dans le travail, dans l'indépendance économique, dans la conjugalité, dans la maternité-paternité, dans l'inactivité... Le changement de préoccupation qui survient à chaque nouvelle étape est partagé par les individus situés au même moment de ce cycle, quand bien même leur âge biologique différencierait-il. La plupart de ces changements de classe d'âge sont marqués par un rite de passage qui accompagne le détachement du groupe précédent et l'agrégation au nouveau. À chaque fois, la société construit un rapport de pouvoir, de droits et de devoirs, vis-à-vis du groupe précédent, ce qui conduit les sociologues à parler de « rapports sociaux d'âge » pour rendre compte des relations entre groupes d'âge dont les formes varient suivant les milieux sociaux et les époques. Enfin, l'âge social se différencie-t-il de l'âge biologique lorsque l'on songe à prendre en compte les événements historiques rencontrés au fil du temps par les individus nés dans une même période, qui les distinguent des individus d'une autre « génération » qui ont connu d'autres expériences structurantes de leur personne sociale. (<https://journals.openedition.org/sociologie/522>); ça nous rappelle la vie avec ses stades vécus.

➤ **Sexe :**

La sociologie du genre est la science qui étudie des rapports sociaux de sexe. Elle envisage le masculin et le féminin comme le résultat d'une construction sociale et non comme une notion propre à la physiologie. ... Le sexe désigne les attributs physiologiques propres aux femmes et aux hommes.

(doc.semcsports.gouv.fr/documents/public/ficheconcept1sociologiedegenre.pdf)
f)

➤ **UMC : « C.O.I. »**

L'unité médico-chirurgicale regroupe 15 lits de soins aigus pour traiter les usagers de la santé publique au chef-lieu de Bejaïa, et des ressources externes

Problématisation de l'objet de l'étude

qui présentent des problèmes médicaux et chirurgicaux.

Des médecins membres du département de médecine générale en nombre de 24 Et une maitre assistante qui est médecine cheffe y assurent le suivi quotidien des usagers présentant des problèmes de nature médicale. Dans ce lieu de soins plus intensifs sont disponibles immédiatement les équipements de réanimation et de monitoring cardio-pulmonaire.

Il s'agit en somme d'un petit hôpital général, qui reçoit des cas d'urgences médicales ou traumatisées au sein d'un CHU.

➤ **L'impact :**

Ça renvoie à l'effet produit par quelque chose ; influence.(*dictionnaire HACHETTE, éd 2006, p803*). En effet il nous renseigne sur le rapport.

➤ **Le climat relationnel :**

Climat socio-relationnel" d'un groupe restreint engagé dans un travail collaboratif en ligne et la qualité des travaux collectifs produits.
<https://journals.openedition.org/alsic/1702>

En facto le climat relationnel nous renseigne sur les rapports établies d'emblée entre soignants- soignés, et les médecins et le corps administratif...

➤ **Stratégies préventives :**

C'est l'ensemble des mesures dissuasives contre le burn out(C.O.I). Et théoriquement parlant renvoie à l'art de combiner et de coordonner diverses actions pour atteindre un but.
(<https://dictionnaire.reverso.net/francaisdefinition/strat%C3%A9gie+pr%C3%A9ventive>)

Conclusion :

Dans ce chapitre nous avons cité les raisons et les objectifs de notre étude. Présenter les études antérieurs, ainsi nous avons élaboré note problématique et formuler nos hypothèses, et définir les concepts clés.

**Chapitre 2 : cadre général du
développement du Burn out
au travail.**

Préambule

Il nous semble important avant d'aborder le thème de notre étude, de poser les bases qui nous permettront de comprendre le burn out et son impact sur le travail quotidien des médecins des UMC, hôpital KH. A ; en commençant d'abord par survoler brièvement sur l'historicité du burn out, et puis après nous énumérerons quelques définitions attribuées à ce concept polysémique montré par l'évolution dudit concept, ainsi nous nous interpellons sur le « comment ? » prévenir et battre ce phénomène.

1. Bref survol sur l'émergence du burn out :

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

Avant la révolution industrielle du 18^{ème} siècle, le train de vie était beaucoup plus lent. Les rôles sexuels étaient bien définis. En bref, les femmes élevaient les enfants, prenaient soin des petits animaux et du potager, tandis que les hommes travaillaient la terre et s'occupaient du bétail. Les individus n'avaient pas à se déplacer pour travailler et chaque membre savait ce qu'il avait à faire. La révolution industrielle a apporté toute une multitude de transformations entre la période des deux guerres le travail du chef de famille n'était plus suffisant qu'est ce qui a appelé l'avènement d'une autre arme constituée de femmes et des enfants au point de parler sur un burn out généralisé, c'est le passage décrivant certain nombre de modifications : (...) nous sommes passés d'un type de société rurale à un type de société urbaine, de la fabrication artisanale à la fabrication industrielle, de la famille tribale à la famille nucléaire. En même temps, nous

sommes passés en matière d'énergie de la vapeur à l'électricité, puis à l'atome ; et en matière de technologie, de la mécanique à l'électronique. Au plan psychosocial nous sommes passés d'une certaine stabilité des modèles et des valeurs à leur remise en question, voire même à leur éclatement. Les pressions qui s'exercent sur les individus dans une société aussi éclatée que la nôtre part une erreur de perspective que de penser que notre époque est, non seulement différente, mais dans l'ensemble plus difficile à vivre pour les individus que celle qui l'ont précédée, du fait de l'accélération de l'évolution technologique et psychosociale. (*Mekbel Fouzia, et Radi Lyes, 2017, p 15 – 16.*)

Cherniss (1980) décrit l'évolution de burn out dans le domaine des services sociaux dans son livre *Staff Burn out*. Selon lui, afin de comprendre l'origine de ce problème, l'étude doit se faire au niveau du contexte institutionnel. Il estime que ce sont les changements sociaux qui ont eu lieu au cours des 150 dernières années qui sont à la source de ce problème. Il cite Durkheim pour montrer comment la désorganisation sociale mène aux problèmes sociaux. Autrefois, un grand nombre de services, maintenant offerts par des organisations formelles, étaient fournis par des groupes communautaires. Ceci était particulièrement évident en ce qui concerne les soins de santé mentale. Ce n'était que les plus perturbés qui venaient en contact avec des professionnels. Les autres devaient envisager leurs problèmes en consultant les membres de leur famille, le clergé ou des amis. Les voisins, les familles étendues et l'église « travaillaient » ensemble afin de fournir du support et du confort à leurs membres. Cherniss mentionne plus précisément trois façons par lesquelles les transformations sociales mènent le burn out dans le domaine des services sociaux. En premier lieu, l'anomie sociale¹ contribue à un plus grand nombre de désordres psychologiques, ce qui accroît la demande des programmes de services sociaux. En retour, cette situation engendre une surcharge de travail et du stress pour

¹ Trois situations existantes, soit : -existence des règles -ou leurs absence -enfin leur renversement.

l'intervenant(e)s qui doivent se débrouiller avec plus de clients ayant plus de problèmes. En second lieu, les individus semblent avoir plus tendance à souffrir de détresse psychologique et les systèmes de support qui fonctionnaient autre fois semblent être en voie de disparition. Par exemple, les églises n'ont plus l'impact moral et psychologique qu'elles avaient dans le passé. (*Loc.cit.*)

Enfin, une autre conséquence de cette désorganisation sociale est le manque de confiance que placent les individus dans les institutions formelles. Par exemple, au cours des deux dernières décennies, les tribunaux ont entendu de plus en plus de causes de faute professionnelle envers les intervenant(e)s. Le psychologue Claude Gervais (1991) présente une vision différente de l'origine de burn out. Décrivant le burn out en tant que problème des années 1980, il le considère comme un problème de la génération des baby-boomers², en l'attribuant aux mentalités et aux aspirations des travailleurs et aux bouleversements sociaux. C'est au tournant des années 1980 que le niveau de scolarité a pris de plus en plus d'importance et que les emplois prestigieux ont commencé à exiger de plus en plus de compétences. Ces transformations engendrent donc une modification de perceptions chez la nouvelle génération de travailleurs. « Cette population s'est à peu conditionnée à considérer le futur comme un vaste répertoire d'opportunités, limité seulement par l'ambition de chacun » (*Claude. G.1991, p34*).

C'est également à ce moment que le nombre de femmes sur le marché du travail s'est accru, faisant en sorte que les rôles sexuels se reforment. Deux revenus sont devenus presque la norme pour survivre dans une société où le déficit national est hors de contrôle, où le coût de la vie augmente continuellement et où « le système traditionnel des valeurs (politique, syndical, médical, etc.) » se trouvent remise en question (*Op.cit. : p35*).

² Les nouveaux nés dans la période de baby-boom occidental après la seconde guerre mondiale.

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

2. Différentes définitions selon :

✓ Freudenberger :

Le terme utilisé dans la littérature anglo-saxonne est burnout. Il est d'abord employé pour évoquer l'épuisement professionnel de travailleurs sociaux dans des programmes de réinsertion de jeunes délinquants. Il est ensuite conceptualisé par le psychiatre Freudenberger en 1974, à partir de son expérience auprès de professionnels et de bénévoles dans une structure d'aide

aux toxicomanes. Beaucoup des bénévoles qui y travaillent finissent, après un an d'activité, par perdre l'enthousiasme qui a départ suffisait à nourrir leur engagement. Des symptômes physiques caractéristiques accompagnent ces changements : épuisement, fatigue, persistance de rhumes, de maux de tête, de troubles gastro-intestinaux, d'insomnies. Freudenberger souligne les symptômes comportementaux : colère, irritabilité, incapacité à faire face aux tensions et situations nouvelles, sont les premiers signes de ce qu'il nomme « craquage » ou « épuisement émotionnel et mental ». Cynisme et stratégies de surenchère, ou, à l'inverse, d'évitement peuvent compléter le tableau.

Dans la langue anglaise, burnout signifie « s'user, s'épuiser, craquer en raison de demandes excessives d'énergie, de forces ou de ressources ». Le terme qualifie par exemple l'état d'une bougie qui, après avoir éclairé de longues heures n'offre plus qu'une flamme désuète. Cette image rend bien compte de l'interprétation avancée par Freudenberger. Il explique ce phénomène par une idéalisation du rôle de l'individu, sans rapport avec la parfois dure réalité de l'engagement auprès de patients. Avec Richelson, Freudenberger définit alors le burnout comme « un état de fatigue chronique, de dépression et de frustration apporté par la dévotion à une cause, un mode de vie, ou une relation, qui échoue à produire les récompenses attendues et conduit en fin de compte à diminuer l'implication et l'accomplissement au travail ».

✓ **Maslach :**

La définition de l'épuisement professionnel, ou burnout, la plus utilisée est celle formulée par Christina Maslach, professeur de psychologie sociale à l'université de Berkeley en Californie. Elle est à l'origine de l'instrument psychométrique le plus largement utilisé pour évaluer le burnout : le Maslach Burnout Inventory ou MBI. Elle remarque que le burnout semble commun aux professionnels de santé et aux avocats. Elle émet donc l'hypothèse que travailler avec d'autres, en particulier dans une relation d'aide, est le cœur du phénomène.

A l'inverse de Freudenberger qui insistait sur les facteurs personnels, elle situe davantage les causes du burnout dans l'environnement de travail. Jusqu'ici les travaux sur le burnout s'appuient essentiellement sur l'expérience clinique. Maslach publie au début des années 1980 les premières recherches empiriques systématiques.

« Le burnout est un syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement personnel qui apparaît chez les individus impliqués professionnellement auprès d'autrui ». L'épuisement professionnel est donc caractérisé par trois dimensions : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation ou cynisme, et l'efficacité professionnelle.

➤ **L'épuisement émotionnel :**

L'épuisement émotionnel renvoie à l'appauvrissement des ressources du sujet. La personne est vidée intérieurement, a perdu tout entrain, n'est plus motivée par son travail qui devient une corvée. L'épuisement émotionnel s'accompagne de frustration et de tension dans la mesure où l'individu ne réalise plus le travail qu'il effectuait auparavant. Cette dimension est souvent liée au stress et à la dépression. Les conceptions théoriques autant que les résultats empiriques lui donnent un rôle central dans le processus de burnout. C'est donc l'impression de froideur, d'hyper contrôle. (Elisabeth Grebot, 2008, p.108).

➤ **La dépersonnalisation ou cynisme³ :**

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

³ Relevé par Maslach.

victime. A l'inverse, la dépersonnalisation se réduit à l'extrême. (*Op.cit.*, p.108-109).

➤ **La diminution de l'accomplissement personnel :**

Conséquence des deux autres, cette dimension est douloureusement vécue. Elle peut s'exprimer par un sentiment de ne pas être efficace, d'être frustré dans son travail en un mot de ne plus faire du bon travail. En effet le manque d'accomplissement personnel concerne à la fois la dévalorisation de son travail et de ses compétences, la croyance que les objectifs ne sont pas atteints la diminution de l'estime de soi et du sentiment d'auto efficacité. La personne ne s'attribue aucune capacité à faire avancer les choses, convaincue de son inaptitude à répondre effectivement aux attentes de son entourage. L'accomplissement personnel représente donc la dimension auto évaluative du Burn out. Quelques auteurs affirment que le burn out démarre avec l'épuisement émotionnel, celui-ci entraîne la déshumanisation. L'épuisement émotionnel réduit l'accomplissement personnel soit directement, soit à travers la déshumanisation. On considère que l'épuisement émotionnel représente le composant affectif du Burn out, tandis que les deux autres dimensions constituent les composants attitudinaux ou cognitifs (*Loc.cit.*).

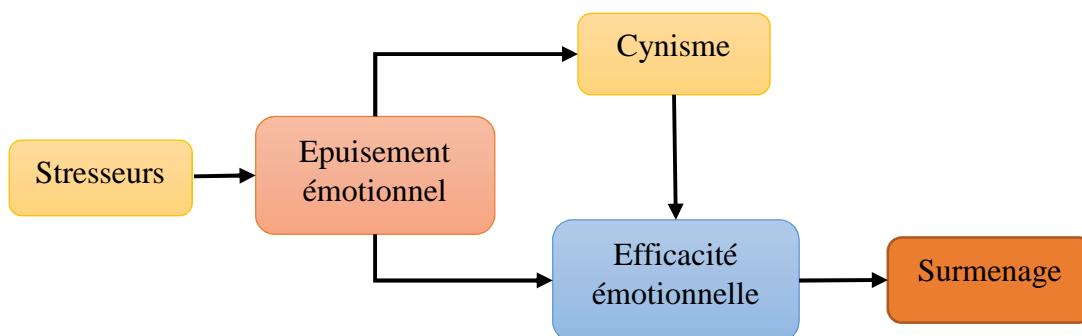


Figure 1: Les composantes de l'E.P selon Maslach.

3. Les différentes approches :

✓ L'approche sociologique :

Le burn out menace-t-il la société moderne ? Faut-il le considérer comme une pathologie sociale ?

L'approche sociologique est de plus en plus évoquée et elle apparaît en effet pertinente lorsqu'on constate que tout établissement hospitalier tend à devenir une entreprise rentable qui impose des conditions d'exercices de plus en plus lourds et complexes. Les objectifs de contrôle des dépenses mettent en péril les valeurs de la care.

Mais encore, la course à la rentabilité et à l'excellence produit ses effets délétères en rompant le lien collectif au profit de la concurrence et d'un individualisme galopant. Les repères du collectif sont brouillés et progressivement remplacés par un vide relationnel pathogène.

L'approche sociologique est une lecture de la maladie en tant qu'expression individuelle des conflits sociaux. Les conditions du travail et son organisation sont les témoins d'une pathologie sociale. C'est là qu'il faut y trouver la cause. C'est là qu'il faut apporter le remède. Comme l'écrit Ch. Dejours : « cette position théorique – au sein de laquelle on retrouve les fondements du courant antipsychiatrique (NDA) – va généralement de pair avec l'affirmation d'un lien de causalité qui va du social et du politique au pathologique. »

L'approche sociologique amène à poser la question suivante : certes l'individu devient malade de son travail, mais n'est-ce pas le travail lui-même qui est malade dans notre société ? (*Canoui. P, et Mauranges. A, 2015, p19 - 20*)

✓ Approche psychiatrique :

L'approche psychiatrique va privilégier les déterminations personnelles, biologiques, psychogénétiques, ontogénétiques des maladies mentales. Le travail est envisagé comme un révélateur de la pathologie de la personne. Cependant, si

dans cette approche, le travail peut être source de troubles d'adaptation, il peut devenir aussi un moyen thérapeutique permettant la réadaptation de l'homme malade par le biais de la revalorisation et de récupération de l'estime de soi. L'aspect valorisant du travail dans le cadre de l'adaptation social est un aspect important dans le traitement des troubles mentaux. Au sein des institutions psychiatriques, l'ergothérapie a une place importante dans de nombreuses pathologies mentales. Le travail peut avoir un double impact. S'il peut être source de souffrance, il peut aussi être source d'équilibre.

Dans le cadre de l'épuisement professionnel, si cet état ne révèle pas de la psychiatrie, en revanche ses conséquences peuvent l'être soit par des décompensations dépressives et anxieuses soit par des décompensations psychotiques. (*Loc.cit.*)

✓ **Approche psychanalytique :**

Dans cette approche, même si le travail semble avoir été le déclencheur d'une souffrance psychique, on privilégie l'existence d'une faille sous-jacente préexistante que l'on trouverait dans les premières années de la vie. La névrose infantile demeurerait donc la cause fondamentale. L'hypothèse d'un idéal du Moi est posée comme une explication intrapsychique qui explique à la fois le choix professionnel et le comportement d'aide. Cette lecture donne la part belle à la quête de reconnaissance comme une course réparatrice venant combler un manque fondamental. Nous interrogeons donc les structures hystériques ou obsessionnelles à travers leur quête narcissique sur fond de culpabilité.

Même trop brièvement exposée ici, cette approche psychanalytique reste une interprétation toujours possible pour l'individu. On comprend comment Ch. Dejours peut écrire à ce propos que « *le radicalisme psychanalytique disqualifie la psychopathologie du travail* ».

Cependant quand on voit le nombre toujours croissant de burn out, force est

de constater qu'il y a un problème qui dépasserait l'idée de la seule vulnérabilité personnelle. **Un syndrome d'épuisement professionnel peut se développer aussi chez un individu normal.** C'est donc à travers une lecture complémentaire qu'il faut comprendre la relative capacité de l'individu à faire face et discuter la psychopathologie de l'apparition de la désadaptation de la personne dans ses réponses de *coping*. (*Loc.cit.*)

✓ **Approche par théorie du stress :**

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

Récapitulatif sur les approches

Ainsi, ces différentes approches apportent chacune des éléments à la compréhension de la psychopathologie du travail. C'est à Ch. Dejours que revient le mérite d'avoir proposé une synthèse permettant une approche du retentissement du travail sur l'homme.

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

4. Les causes du burn out :

Les causes du burn out sont tout à fait claires. Elles se trouvent à l'origine organisationnelle, inter et intra individuelle. (*Pierre-Éric Sutter, 2016, pp :74 - 76*)

✓ **Les exigences organisationnelles :**

Elles concernent le contenu des activités et le contexte dans lequel elles se déroulent au sein de l'entreprise. Le burn out est causé par une somme d'activités qui renvoient à la notion d'organisation à savoir : la surcharge de travail, le rythme des tâches, la pression temporelle, les horaires longs, l'imprévisibilité du travail, la monotonie, des procédures standardisées insuffisamment souples, et particulièrement le manque de contrôle sur son activité.

Dans le contexte du travail, contient essentiellement aux rôles mal définis et contradictoires, l'isolement et le manque de soutien social, l'insécurité et les conflits familiaux et professionnels. (*Loc.cit.*)

✓ **Les exigences interindividuelles :**

C'est la relation de l'harmonisation (entraide) ou de déséquilibre (conflits) qui résulte par la suite entre les pairs ou bien les congénères. (*Loc.cit.*)

✓ **Les exigences intra-individuelles :**

Elles tiennent compte des particularités personnelles, par exemple : la réaction face au stress, la stratégie de coping, ... etc.

5. Robustesse du concept :

Il existe un grand nombre de conceptions du burn out. Ces conceptions ne s'excluent certes pas mutuellement, mais une telle profusion de définitions ne cache-t-elle pas un concept finalement mal défini, flou, un phénomène de société qui recouvre une grande hétérogénéité clinique ?

D. Truchot estime ainsi que le sujet épuisé demeure une entité virtuelle. Ce flou surprenant questionne, et reflète les ambiguïtés historiques concernant sa description. Des travaux de Freudenberger, pour qui il s'agit d'une pathologie de l'ordre de l'effondrement dépressif, à la définition actuelle de Maslach, où

chacun peut se retrouver de façon temporaire, l'évolution clinique des formes mène à un tableau distendu, entre état de stress et aspects dépressifs, entre dimensions individuelles et sociales ou institutionnelles. Souvent qualifié de fourre-tout, exposant à des dérives telles que la surinterprétation, dramatisation ou banalisation, elle oblitère le sujet, éclipsé derrière les théorisations du phénomène et la mesure de facteurs co-occurents.

Ce flou est dommageable au vu des enjeux de la souffrance au travail, des risques pathologiques attenants et des besoins d'une meilleure compréhension, prise en charge et prévention.

6. Développement du burn out (évolution du concept) :

Parmi les éléments contribuant au flou du concept, on trouve l'évolution du concept : le burnout évolue en même temps que le monde du travail et de la société. D'après Farber, les individus ne sont plus atteints par la forme traditionnelle du burnout, celle dans laquelle la poursuite utopique de buts élevés, significatifs socialement, se heurtait à la résistance d'un environnement de travail qui anéantissait les espoirs professionnels. A la place, le burnout qui prévaut aujourd'hui est marqué par le fait que les individus ont une multitude d'obligations, des pressions externes croissantes, des exigences grandissantes de la part des autres, une limitation des possibilités de s'engager et des salaires qui ne compensent que partiellement les efforts fournis. Il distingue donc :

- ✓ Le burnout « épuisement » dans lequel l'individu, soit abandonne, soit fait parfaitement son travail, mais il se trouve confronté à trop de stress et à trop peu de gratifications
- ✓ Le burnout « classique » ou « frénétique ». Ici, l'individu travaille de plus en plus dur, jusqu'à l'épuisement, à la poursuite de gratifications ou d'accomplissement afin de compenser l'étendue du stress ressenti

- ✓ Le troisième contraste avec les deux précédents. Il apparaît non pas à cause de tensions excessives, mais à cause de conditions de travail monotones et peu stimulantes.

7. Burn out, concept multi dimensionnel :

Une autre cause de difficulté à cerner le concept : sa tridimensionnalité. La structure tridimensionnelle du MBI reste controversée : la place de l'efficacité professionnelle par rapport aux autres dimensions est discutée. Le modèle de burn out retenu par Maslach et Leiter serait alors un modèle dimensionnel en deux pôles : pôle 1 de l'épuisement émotionnel et du cynisme, pôle 2 de l'engagement. Une méta-analyse récente (27 études retenues, portant sur différentes professions dont des soignants, 12 112 sujets) retrouve une homogénéité des études incluses concernant la corrélation toujours positive des sous échelles de mesure de l'épuisement émotionnel et de la dépersonnalisation, et une hétérogénéité concernant la corrélation de l'accomplissement personnel avec l'une ou l'autre des autres sous-échelles du MBI. Les auteurs concluent sur l'intérêt d'une mesure du burn out en deux dimensions seulement. Le burn out est élevé quand les scores aux deux sous- échelles, l'épuisement émotionnel et de la dépersonnalisation, sont élevés. Le burn out est faible quand les scores aux deux sous-échelles, l'épuisement émotionnel et de la dépersonnalisation, sont faibles.

8. Extension du concept au-delà des métiers d'aide et d'assistance :

Le flou du concept se situe aussi au niveau des limites de son champ d'application. La définition initiale du burnout par Maslach limite ce syndrome aux professions d'aide. Or les recherches ont mis à jour les facteurs organisationnels qui agissent sur chacune des dimensions du burnout. Ceux-ci (manque de participation aux prises de décision, surcharge de travail, traitement inéquitable, etc.) ne sont pas spécifiques aux institutions sociales ou médico-

sociales. Il semble donc bien que le burnout puisse frapper l'ensemble des champs professionnels. Ainsi, pour Leiter et Schaufeli, « le burnout [...] est présent dans toute occupation dans laquelle les individus sont psychologiquement engagés dans leur travail. Les emplois psychologiquement engageants épuisent les ressources cognitives, émotionnelles et physiques. »

Des recherches récentes ont montré la continuité du concept de burnout à travers toutes les professions. Dans tous les métiers, les individus répondent à la fatigue en s'éloignant de leur carrière. Le burnout des professionnels de l'aide, dû en partie au fait de fournir un service, est une forme d'un phénomène plus général. Au cours de l'année 2003, 60% des travaux publiés portent sur les groupes suivants : travailleurs sociaux, enseignants, médecins, dentistes, infirmières et autres professionnels de santé. Mais cette même année, des ouvriers de l'industrie, des employés, des managers, des fonctionnaires, des informaticiens, des soldats, des policiers ou des étudiants figurent parmi les groupes pris en considération. Quelques études portent sur des échantillons hétérogènes incluant un ensemble varié de professions. Le burnout a même été étudié en dehors de la sphère professionnelle, par exemple dans les relations de couple.

9. Conséquences du burn out sur la vie professionnelle :

Les médecins urgentistes font partie d'un métier très sensible aux effets du burn out, celui de médico-assistance dont les répercussions se présentent sur les plans :

✓ Sur le plan physique :

Sur le plan physique, ce sont des signes et des symptômes somatiques non spécifiques comme une fatigue ou une lassitude, des céphalées, des troubles digestifs variés, des troubles du sommeil, des infections rhinopharyngées, grippales ou pseudo-grippales prolongées ou répétées. Les troubles fréquents du

comportement alimentaire tiennent une place particulière dans une population jeune et essentiellement féminine. Il s'agit de modes alimentaires aberrants tant dans les horaires, les rythmes que les « régimes suivis », des troubles anorexiques, boulimiques, d'alternance anorexie/boulimie, de variations pondérales importantes responsables du syndrome du yo-yo. (*Op.cit.* : 109).

10. Politiques de préventions et de lutte contre le burn out au sein de l'espace professionnel:

Nous allons exposer ici tout un panel de pratique et de stratégies situées dans la théorie, et susceptible que nous mettons de la lumière dessus. Parmi, nous citons quelques-unes :

✓ La relaxation :

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

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

✓ **L'assistance téléphonique :**

L'assistance téléphonique est un service téléphonique anonyme et gratuit d'accompagnement et de soutien psychologique pour les médecins libéraux en souffrance. Elle est animée par une dizaine de psychologues cliniciens, qui orientent le cas échéant le médecin vers un psychologue proche de son domicile, puisqu' aucune psychothérapie ne peut être débutée par téléphone. L'assistance est opérationnelle 24 heures sur 24. Elle permet au médecin de trouver des moyens de faire face aux problèmes. (*Op.cit. p 38.*)

✓ **Les thérapies de pensée :**

La thérapie de pensée a pour objectif principal la mise en critique et l'assouplissement des pensées qui donne lieu au développement et au maintien de l'épuisement professionnel, à travers le sentiment d'inefficacité personnelle et relationnelle, le désinvestissement de la relation à l'autre ou encore la restriction de la gamme des émotions.

La thérapie amènera une discussion sur les modalités de la relation à l'autre, cependant, le travail sur la relation à autrui sera envisagée dans la thérapie d'affirmation de soi qui sera développée ci-dessous. (*Ammaoui Lamia et al, 2017, p43*).

✓ **Les thérapies de l'affirmation de soi :**

Elles se déroulent le plus souvent en groupe, mais peut également être proposées de manière individuelle. Prendre en charge individuellement le patient dans le cadre du volet « affirmation de soi » n'est pas seulement centré sur l'épuisement professionnel, mais à une large souffrance psychique. Ainsi, on met en œuvre des jeux de rôle visant à amener une élaboration, un travail et une amélioration de leurs compétences dans les relations sociales. Ce jeu de rôle va consister à rejouer, avec le psychothérapeute, les situations relationnelles stressantes qui lui ont posé le problème et qui provoquent, par leur répétition, un

épuisement émotionnel ou une irritabilité. (*Abdelhalim Boudoukha, 2009, pp.89/97*)

✓ **Un auto débriefing :**

Un auto débriefing quotidien quand la journée a été rude. Ce n'est pas obligé de le faire tout le temps. Cela peut être une fois par semaine par exemple. Ce débriefing personnel prend trois ou quatre minutes. Ce n'est pas sa durée qui importe, c'est son impact. Et l'impact dépend de l'honnêteté avec laquelle les soignants répandent. Parmi les conseils de Robert Wicks, nous pouvons retenir quelques-unes de ses questions :

Qu'est-ce que m'a rendu triste ? qu'est-ce qui m'a énervé ? qu'est-ce que m'a rendu heureux ? qu'est-ce qui m'a désemparé ? ces quatre petites questions permettent de mettre des mots sur leurs vécus, d'identifier leurs réactions en cherchant à les équilibrer. Leurs réponses contribueront à une meilleure connaissance d'eux même en situation professionnelle. Et celle expérimentera combien l'identification de leurs émotions est déjà un début de soulagement. (*Op.cit. p 44*)

✓ **Un auto diagnostic :**

Toutes les échelles de burn out sont des auto-évaluations. Elles ne sont pas des diagnostics au sens médical. Elles sont des indicateurs.

Si les échelles peuvent apporter un éclairage sur soi, elles contribueront à améliorer notre conscience de soi et de notre état en situation professionnelle. (*Loc.cit.*)

✓ **La supervision :**

Elle met le soignant au centre de la réflexion. La situation professionnelle de départ n'est que le support de son expression. Le but est de l'aider dans une élaboration personnelle, dans sa résilience. La supervision est assurée par un

psychologue ou un psychiatre de formation psychanalytique. Il faut un engagement libre des participants, la contrainte est totalement contre-indiquée. (*Op.cit.* 45)

✓ **Le groupe de parole :**

Il est un lieu d'expression assez libre. La réflexion peut s'orienter sur une situation professionnelle ou extraprofessionnelle et s'attacher au vécu émotionnel, personnel ou professionnel, aux idées et aux représentations. La différence avec la supervision réside surtout dans l'exploitation faite de la parole des sujets. Un des objectifs possibles est la cohésion d'une équipe à travers une meilleure connaissance de chacun. Le groupe de parole est accessible à tous.

✓ **La formation professionnelle :**

La formation continue de nature institutionnelle est un levier d'amélioration et de changement bien connu des soignants. Concernant la fonction publique, ces dernières années ont vu une évaluation des modalités de formation. La loi de modernisation de la fonction publique de 2007 et le décret du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière doivent permettre une meilleure adaptation des soignants à leurs fonctions. (Alexandre Manoukiane, 2016, p.p.88 /121)

On remarque alors, qu'il y a divers techniques et plusieurs conseils pour faire face au syndrome d'épuisement professionnel et pour remonter le moral et améliorer l'état physique des soignants.

Conclusion :

Le développement du burn-out qui se manifeste à la Chinoise, et sa répercussion sur le corps médicale des UMC de Saldé, et qui affecte leur capital santé au quotidien.

Chapitre 3 : Méthodologie suivie par le terrain

Préambule:

La démarche scientifique est un processus de progresser vers un but, celui d'élaborer un travail sur le burn out chez les médecins urgentiste ; UMC de l'hôpital de KH. A. Donc la méthodologie suivie par le terrain peut se définir comme l'étude de bon usage des méthodes et techniques, il ne suffira pas de les connaître, mais encore de savoir comment les adapter, pour assurer la bonne réalisation de mémoire ainsi la bonne vérification des hypothèses émises.

1. Description de l'établissement d'accueil :



Image 1: L'acronyme du CHU de Bejaia (prospectus de CHU B).

a. Historique de CHU de Bejaïa :

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

Méthodologie de la recherche

Il est appelé hôpital Khellile Amrane en hommage à Mr Khellile Amrane qui est né le 03/11/1931 à Bejaia au sien d'une famille constituée de nombreux enfant ; après des études primaires et secondaires à Bejaia, il a poursuivi ses études supérieures mai 1956 alors qu'il était en 4ème en chirurgie dentaire à Alger ; en année, Khellile Amrane répond à l'appel de « U.G.E.M.A » (union générale des étudiants musulmans algériens). Il rejoint alors les maquis de la wilaya trois ; les connaissances acquises en médecine lui a permet de soigner de très nombreux blessés et de former près de 200 infirmières.

C'est en décembre 1961 que l'aspirant KHELIL AMRANE appelé « si-Ail le sanitaire » est tombé au champ d'honneur à Tifra « Sidi Aich » Le secteur sanitaire de Bejaia comprend plusieurs structures de santé, parmi lesquelles il y a l'hôpital Khellil Amrane.

Le secteur sanitaire de bejaia couvre sur une superficie de 460,65 Km². Il assure une couverture sanitaire aux 240. 258 habitants des sept (7) communes suivantes : Bejaia, Oued-Ghir, Tichy, Tala Hamza, Boukhelifa, Aokas et Tizi Nberber.

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

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

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

Méthodologie de la recherche

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

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

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

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

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

Méthodologie de la recherche

b. Description de service des urgences :



Image 2 : Rentrée des urgences (UMC)(prises par notre téléphone portable lors de l'entretien exploratoire)

Notre stage a été effectué au sein d'hôpital Khalil Amrane, plus précisément aux UMC :

- Effectif des médecins :
 - ✓ Médecine cheffe spécialiste en réanimation.
 - ✓ 2 médecins généralistes urgentistes.
 - ✓ 16 médecins généralistes intervenants 2j / 2 ; une garde / 3.

- Infrastructure d'accueil : 2 unités séparées :
 - ✓ Tri : reçoit des cas urgents médicaux et traumatisés.
 - ✓ Observation :
 - Salle de soins.
 - Salle de déchoquage,
 - Salle de plâtre,
 - Bureau des médecins,
 - 5 pièces pour la réception des malades et les internes de capacité d'accueil de 3 lits par pièce dont 2 pièces considérées comme des salles chambres.
 - Couloir qui peut recevoir d'autres malades sans compter les 15 déjà pris en considération ce qui ouvre la possibilité d'accueillir d'autres malades sur des brancards lors de surcharge

c. Perspectives du service :

- Séparation du tri et de l'observation des urgences médicales et chirurgicales.
- Débuter l'activité opératoire d'urgence dans un bloc d'urgence appartenant au service UMC.
- Thrombolyse des AVC chimiques.
- Formation continue des médecins.
- C.E.S Médecine d'urgence.

2. Méthode et techniques de recherche :

a. Choix de la méthode :

L'adoption d'une méthode est un processus d'emblée important et obligatoire dans une recherche scientifique. Car elle permet au chercheur de contrôler le regard porté sur son objet d'étude qui se dirige d'un thème vers le sujet, ensuite le problème et enfin la question- qu'est un fil conducteur de la quête scientifique-. La méthode se constitue comme un élément essentiel auquel nous devons prêter une attention particulière. Selon *Mathieu Guider (2004, P06)*, elle désigne l'ensemble des démarches que suit l'esprit humain pour découvrir et démontrer un fait scientifique.

Dans notre étude nous avons opté à la méthode **qualitative** ; adéquate au sujet de notre recherche. Le choix est justifié par le nombre restreint de la démographie d'étude. Ajoutant à ce, notre démarche discursive se veut de nature descriptive analytique. (*PAILLE Pierre et al, 2012, p11*)

Alors il est important de faire une analyse à deux niveaux voir à une troisième qui émerge. Primant l'analyse uni variée ou descriptive de contenu ça peut être un discours ou une image, un texte et situation (la population & le lieu d'étude, les propos des interviewés...), suivie d'une analyse multi variée ou statistique (l'échelle MBI) ; sans oublier bien sur l'analyse bi variée (tester notre imagination via le coefficient de Spearman, ceci dit la corrélation entre l'âge/ expérience professionnelle et le B.O)

Et comme touche personnelle nous sommes sortis un peu de l'ordinaire ; car nous avons fait un aller-retour sur la micro-méthodologie (méthode qualitative), et la macro-méthodologie (la méthode expérimentale) de par le recours à la variable test ou de contrôle tout en isolant une variable et la remplacer par l'autre pour observer le phénomène, et le mesurer.

b. Les outils d'investigation :

A vrai dire c'est au gré de la méthode utilisée, se détermineront les techniques ou les outils ; afin de réunir les informations nécessaires de terrain.

• L'observation directe:

Toute recherche à caractère scientifique en sciences sociales (...) doit comporter l'utilisation des procédés opératoires rigoureux, bien définis, transmissibles et susceptibles d'être appliqués dans les mêmes conditions. (*GRAWITZ Madeline, 2001, p352*). Elle est vue par *Ramond Quivy et Luc van CAMPENHOUDT(1995, p164)* comme celle où le chercheur procède directement lui-même au recueil des informations, sans d'adresser aux interviewés concernés.

Au long de notre présence au pavillon d'urgences, nous étions appelés à observer d'une manière directe ce qui se produit entre médecins et malades, agents de sécurité et ce, dans le service tri et l'observation (salles et couloir).

• L'entretien :

Pour mener à bien notre enquête, nous avons utilisé l'entretien comme outil d'investigation. Ce dernier consiste à favoriser la communication ; sous forme d'un échange verbal et déroulant dans un lieu (ça se peut le bureau de médecin s'il n'y pas de malades, ou dans la salle des médecins pendant des pause ...afin de mettre nos interrogés à l'aise.) Cette technique est un procédé d'investigation verbal pour recueillir des informations en relation avec le but fixé. (*Op.cit., p151*)

A cet effet, nous avons choisi l'entretien parce que nous savons par avance que les médecins ont des connaissances mieux que nous en l'occurrence, mais

Méthodologie de la recherche

toutefois cet entretien était semi-directif, car nous avons besoin d'un travail de recadrage ; nous nous expliquons traduire notre besoins de conceptualiser sociologiquement, et de ne pas être trop encombrés par un Jargeau médical. Le souci d'ailleurs de réaliser une étude sociologique.

• Le guide d'entretien :

D'après *ALBERLLOL. L (1996, p66)* est une technique qui se base et constitue de : thème- question- relance.

Cet entretien de recueil de données semi-directif constitué de thème et organisé en quatre dimensions dont les deux premières marche ensemble structurés comme suit :

Volet 1: Identification des médecins des UMC. Nous avons retenons l'axe 1, contenant les variables quantitatives et mesurables suivantes : genre-âge-situation matrimoniale-nombre d'années de travail-expérience professionnelle dans le secteur-choix d'accès au service.

Volet 2: Effets de l'épuisement professionnel sur la pratique médicale au service des UMC. Délimité par deux section ; la première, renvoi au test MBI de 22 items qui mesurent 3 dimensions à savoir :-l'épuisement émotionnel- déshumanisation ou dépersonnalisation ou cynisme¹- l'accomplissement personnel. Et enfin la section 2 ; voire un complément des questions de 1 à 7.

Volet 3: Influence du burn out sur le climat relationnel au service des UMC. Questions posées de 1 à 5.

Volet 4: Stratégies de prévention et de défense contre l'épuisement professionnel au service des UMC. Ses questions sont délimitées de 1 à 8.

- Nous envisageons le recours à la **variable de contrôle (test)**, proposée par Paul LAZERSFEL (école de Chicago), pour mieux vérifier notre

¹ La terminologie attribuée par la psychiatre Maslash.

Méthodologie de la recherche

première hypothèse ; alors divers informations portant sur les aspects sociodémographiques (Zawieja. P et GUARNIERI. F, 2015, p : 169) qui ont été pris en compte sont : le genre, l'âge mesuré par l'échelle MBI. Ainsi la teneur de la variable expérience professionnelle.

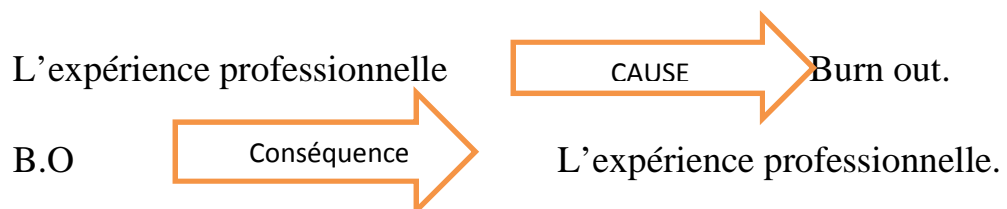
Ainsi, partons d'ici nous pouvons émettre l'hypothèse de recherche suivante : « l'épuisement professionnel fait son apparition et développement chez le corps médical, en fonction de l'expérience professionnelle. »

Dans un hôpital plus exactement aux UMC, l'avancement dans la carrière détermine l'E.P, plus en plus les médecins cumulent de l'expérience professionnelle, plus le B.O s'accroît et vice versa, moins d'expérience, moins le B.O sera moins effectif.

Cette hypothèse d'étude est acceptable admis-il après l'avoir lue car elle correspond aux critères propre aux sciences humaines et sociales, en suite de :

-Elle est une réponse provisoire « aux UMC, l'E.P apparait et se développe en fonction d'expérience chez le personnel médical. » à une question Est-ce que le burn out est en impact avec l'expérience professionnelle des médecins des UMC ?

-Elle est une hypothèse bi variée de causalité, car elle comprend une relation causale (de cause à effet) entre deux variables le B.O, suite au cumul de l'expérience professionnelle.



-Elle comporte une variable indépendante (cumul de l'expérience professionnelle) et une variable dépendante (l'apparition et le développement du B.O)

-Il est possible de la soumettre à des tests empiriques qui la corroborent ou la réfuteront, si nous supposons des outils de vérification pertinents et bien il s'agit d'une formation de base en statistiques inférentielles afin d'appliquer le coefficient de Spearman dans le souci d'évaluer le degré de la relation entre les deux variables voir le cadre pratique / titre 1. (En exploitant les résultats du test MBI).

- **Description et présentation de l'échelle MBI :**

Le Maslach Burnout Inventory (MBI), développé par Maslach et Jackson en 1981, 1986, est le questionnaire scientifique validé le plus utilisé aujourd'hui. Il s'adresse aux travailleurs et se décline en deux versions existant pour des populations spécifiques (les professions d'aide et de soin, les professions de l'enseignement et de la formation) et une version pour la population générale au travail.

Le test MBI peut servir à repérer, au niveau collectif, les phénomènes de dégradation du rapport subjectif au travail et permettre ainsi de revenir sur les difficultés, impasses, dilemmes et contradictions auxquelles se heurtent les travailleurs dans leur milieu professionnel.

C'est une échelle d'auto-évaluation qui permet d'évaluer et explorer les trois aspects de burn out : épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et la difficulté à gérer la relation aux autres.

Cette échelle se compose de 22 items regroupés sous trois sous échelles :

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

Méthodologie de la recherche

Le MBI se présente sous la forme d'un tableau à deux colonnes, l'une réservée aux 22 items, l'autre est faite pour citer le degré d'épuisement, et d'une quête qui comprend la consigne d'utilisation et la façon de répondre.

✓ La colonne de gauche :

Cette colonne comprend les différents items de l'échelle MBI qui sont au nombre de 22, leur conception se fait sur le mode de l'auto évaluation que chacun des enquêtés apporte selon son tempérament.

✓ La colonne de droite :

Celle des fréquences, elle contient des chiffres allant de 0 à 6, de jamais à chaque jour, et un code numérique expliqué dans la consigne, et qui traduit une échelle de fréquences graduelles.

Les 22 items de l'inventaire décrivent des états émotionnels, des impressions et des sentiments positifs et négatifs alternativement répartis sur trois volets correspondant aux trois dimensions du syndrome de l'épuisement professionnel à savoir :

Volet 1 : L'épuisement émotionnel qui est évalué à l'aide de 9 items : 1- 2 - 3- 6 - 13 – 14 – 16 – 20.

Volet 2 : La déshumanisation et / ou la dépersonnalisation, évaluée à l'aide de 5 items : 5 - 10 - 11 - 15- 22.

Volet 3 : Le manque ou la diminution de l'accomplissement personnel évalué à l'aide de 8 items : 4 - 7 - 9 - 12 - 17 - 18 - 19 - 21.

✓ La cotation :

Un protocole de cotation accompagne le MBI qui a pour principe le calcul des scores qu'on obtient par l'addition des chiffres encadrés qui représentent les réponses de l'enquêté aux items composant le test MBI. Cette opération aboutit

Méthodologie de la recherche

à trois scores qui traduisent trois degrés des dimensions de l'épuisement professionnel.

✓ L'évaluation :

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

- Score à l'épuisement émotionnel :

Somme des items auparavant cité (Bas<17) - (Modéré de 18 à 29) - (Elevé >30)

- Score à la déshumanisation :

(Faible<5) - (Moyen de 6 à 11) - (Fort>12)

- Score au manque de l'accomplissement personnel :

(Bas<33) - (Modéré de 34 à « 9) - (Elevé >40)

L'évaluation de la présence du syndrome de l'épuisement professionnel se fait suivant les recommandations de Maslach.

	E.E	DP(dépersonnalisation)	A.P
Score faible	$E.E \leq 17$	$DP \leq 5$	$A.P \leq 33$
Score modéré	$18 < E.E < 29$	$6 < DP < 11$	$34 < A.P < 39$
Score élevé	$E.E \geq 30$	$DP \geq 12$	$A.P \geq 40$

3. La pré-enquête :

Avant de procéder à la pré-enquête, nous avons en premier temps effectué des entretiens exploratoires qu'en effet il s'agit de la prise de contact avec l'hôpital Khelil Amrane, particulièrement le service des urgences, nous avons rencontré des personnes qui nous y sommes servis utiles ; tout en soulevant la fiche

Méthodologie de la recherche

d'idées, d'où les informations nous proviennent soit à partir des lectures effectuées ou les personnes directement impliqués : témoins (d'autres médecins, usager, staff administratif...) , spécialistes de l'objet d'études (psychiatrie et médecine du travail...) et enfin personnes concernées (les médecins des UMC) pour enfin établir un plan général du travail.

Par la suite nous avons mené notre pré-enquête qui a duré presque deux mois, de 25/11/18 au 24/01/19 hélas nous étions interrompus par la grève qui a touché l'université ; et nous avons perdu tout fil conducteur avec notre encadreur.

Dans cette partie de travail nous avons approfondi la réflexion en rapport avec les points relatifs à :

- Préciser la problématique.
- Formuler les hypothèses.
- Choix de la méthode et les techniques de collecte de données.
- Cerner la population mère qu'enveloppe le service des UMC. Et cibler notre population d'enquête et ses caractéristiques qui seront développées dans un petit paragraphe de quelques lignes dans la partie pratique et grand titre 1.
- Choisir les concepts ; les distinguer en variables ; les décortiquer en dimensions et puis en indicateurs et enfin les agréger en indices.

R.Q : Le choix de l'échantillon n'est pas à préciser car nous avons opté pour la méthode qualitative

a. La population mère :

Selon (*Benoit Grouthier, 2009, p : 57*) la population mère est : « comme un élément constructif d'une population large et tout dépend alors de l'objet même de la recherche ».

Méthodologie de la recherche

Dans notre étude actuelle qui porte sur : (le développement du burn out et son impact sur la pratique médicale des médecins des UMC, hôpital KH.A). Il y a 19 médecins qui travaillent au profit de ce service.

b. La population d'enquête :

Nous avons pris la totalité des enquêtés c'est-à-dire les 19 médecins que compte les UMC. Mais face à la nouvelle donne nous avons redéfini notre population et procéder autrement?

Pendant l'année d'exercice en cours il y a eu la mise en disponibilité d'un médecin (décision administrative). Et durant notre enquête deux autres médecins sont sortis au titre d'un congé annuel. En même cette période le seul médecin de grade maître-assistant a démissionné, et elle s'est désistée de la chefferie.

Ajoutant à ce ; une clique de médecins refusent de nous recevoir catégoriquement, pour des raisons qui les sont personnelles et qui les définissent. Chose qui nous a appelés à reconfigurer nos individus qui ont accepté de travailler avec nous après -donne et tiens- pour les persuader.

D'après (*François Depalteau, 2000, p214*) : «cette unité de médecins qui restaient constituent un sous-ensemble d'une population donnée ».

4. Enquête :

En tant que sociologue nous nous sommes retournés au lieu du stage menés d'un guide d'entretien, et ce de : 01 au 31/04/2019.

Nous avons assuré des entretiens d'un quart d'heure pour chacun voire la spécificité de services la plus mouvementée ; chose est sûre nous avons retranscrit toute les réponses des médecins pour les reprendre intégralement dans le fichier informatique.

Techniques d'analyse des données de terrain :

Dans notre étude, nous avons opté pour l'analyse sociologique descriptive de contenu afin de traiter l'ensemble des données recueillies dans le terrain en particulier le discours des enquêtés ; en relation avec le développement du burn out dans un milieu hospitalier caractérisé d'urgence et d'imprévu et bien il s'agit de l'UMC. Et alors son impact sur l'exercice médical, ainsi nous avons procédé de cette façon :

- La lecture attentive de discours relevé par les 16 médecins des UMC ; tout en nous intéressant au verbale, para-verbale et autres.
- Le classement de chaque type de contenu en fonction de sa dimension.
- Le travail réflexif et d'interprétation de tout ce qui a été exprimé par les enquêtés, et leur vécu du burn out au quotidien, ainsi la signification attribuée pour chaque réponse, enfin leur perception de son ampleur, donc les solutions apportées pour le combattre.
- Confronter les résultats obtenus au test MBI, et le coefficient de Spearman.

5. Les entraves et les avantages de l'étude :

a. Les avantages :

Cette étude nous a servi utile car de par notre tâche de terrain :

- Nous avons découvert l'exercice des médecins urgentistes ou des UMC (leur métier et le domaine de la médecine et d'assistance touché beaucoup plus par le phénomène du burn out.)
- Nous sommes mis en contact avec les entraves rencontrées par les médecins au quotidien (conflits, difficultés et contraintes ...), afin de nous préparer à la vie active. Et être avertis d'avance futurement.
- Identifier les causes du burn out et diagnostiquer les solutions pour chaque type de contraintes croisées.

b. les obstacles :

Pendant le processus de la recherche. La piste de réflexion était hérissée d'obstacles à savoir :

- Le refus de chef de service de nous permettre l'accès à l'unité pendant l'été.
- L'inacceptation de certains médecins de nous accorder suffisamment de temps ou carrément nous recevoir par aspect que vêtira le service d'urgences, ou même, faute de réclamations citoyennes et de corps administratif.
- Exigence des autres médecins de remettre le guide d'entretien par écrit, alors qu'il s'agit d'une entrevue, et puis il y aura pas de retour de leur part sous alibi multiples je ne sais ou est qu'il est ? revenez l'autre jour idoine il sera sans suite, la priorité aux malades et je ne suis pas sensé de faire des statistiques avec vous, et ce en dépit de tout pas de malades en attente, les médecins se reposent... Et je surpasse à d'autres.

Conclusion :

Dans ce chapitre, nous avons mis en place la méthodologie suivie par le terrain, une fois choisi le lieu de stage, opter pour la méthode et les techniques d'investigation, et au final citer quelques avantages de l'étude, voire des entraves rencontrées.

Partie Pratique

**Analyse des données et
interprétation des résultats**

Préambule :

Dans cette partie d'analyse et d'interprétation des résultats recueillies de terrain (analyse de discours des entretiens effectués auprès de notre population d'étude, des médecins de service des UMC, hôpital KH.A. Et les résultats de test MBI obtenus.), nous débloquons suffisamment d'efforts afin de faire des va et vient sur la matière grise ou première fournies par le terrain, et le corpus théorique de différentes tendances rédigées dans la théorie. Notre analyse se répartie en quatre grands titres suivant les hypothèses : le premier est l'exposition de profil de corps médical des UMC(dégager ce qu'on appelle le profil à risque) ; en se basant sur des données quantitatives, cependant les trois autres titres ont pour but la corroboration (affirmation ou infirmation) des hypothèses que nous avons émises dans notre problématique d'où l'intérêt est de s'arrêter sur toutes les questions posées point par point ; figurant dans le guide d'entretien.

I. Présentation des données sociodémographiques des médecins des UMC.

Dans ce titre nous retenons les points relatifs au : -genre – âge – situation matrimoniale- nombre d'années de travail – expérience professionnelle dans le secteur –et nous terminerons par aborder le dernier point qui est le choix d'accès aux UMC, dont l'objet est de faire la bonne connaissance de notre population d'étude.

D'après les informations relevées par le terrain la majorité écrasante est de gent féminine quant à un seul médecin de genre masculin interrogé.

Deux parts égales se répartissent dans un âge situé entre les vingtaines (28et 29ans) qui sont des médecins généralistes fraîchement diplômées et célibataires. Avec 1ans d'expérience professionnelle ; débutaient leurs activités depuis 5ans de ça. Tandis la seconde autre part se positionne dans les trentaines ; toujours des femmes mariées ayant cumulées respectivement une expérience allant de 2ans jusqu'à 12ans. Avec un choix d'accès aux UMC *libre* ou *volontaire*, sauf *obligatoire* pour les gardes de nuits c'est ce qu'appellent eux même les *brigades*.

Le service des UMC de l'EPH Khelil Amrane compte également deux autres médecins dames mariées et ont à leur charge des enfants une ; âgée de 45ans et l'autre a 50ans ayant pour leur actif plus de 17ans d'expérience professionnelle aux UMC.



Image 3: Le personnel médical des UMC de Bejaia (tirée de portail électronique CHU B)

Nous allons exposer dans ce qui suit : l'impact du B.O sur deux données socioprofessionnelles qui sont l'âge et l'expérience professionnelle, tout en faisant appel au coefficient Spearman.

R.Q : les données de la mesure sont tirés à partir et depuis le test MBI

- Application pratique de la formule de coefficient Spearman :

Voici la définition générale de la loi Spearman :

$$r_s = 1 - \frac{6\sum(di^2)}{N(N^2 - 1)}$$

Sachant que : $di = |x_i - y_i|$ Et N : nombre d'observations

Application numérique sur l'âge : $r_s = 1 - \frac{6\sum(50-28)^2}{16(16^2-1)} = 0,99 \approx 1$

R.Q : voici donc la mesure de la variable « âge » pris à titre d'exemple, qui montre réellement la corrélation entre l'âge et le B.O est *très forte positive*.

Voyons maintenant le cas de « l'expérience professionnelle ».

$$r_s = 1 - \frac{6\sum(21-1)^2}{16(16^2-1)} = 0,9$$

Lecture : d'après ce résultat obtenu nous concluons que le degré de la corrélation entre les deux variables le B.O et l'expérience professionnelle, est *forte positive*.

II. Développement du burn out en relation avec les variables quantitatives telles que l'âge, le genre et l'expérience professionnelle chez les médecins des UMC.

R.Q : nous jumelons les deux sections en une part entière, (Partie combinatoire).

1. L'estimation des médecins des UMC que l'épuisement professionnel affecte la qualité médicale.

Ici nous retraçons deux ; voir même trois degrés nuancés de réponses. Les médecins âgés entre 28 et 29ans se contentent de dire *oui tout court* ; tandis que celle ayant les trentaines d'âge disent *oui* et rajoutent un qualificatif à savoir locution adverbiale comme par exemple : (certainement, surement ou encore absolument...). Ils recourent fréquemment à l'usage des adjectifs : (certes, bien-sûr, même beaucoup, fort probable... Et autre). Quant aux âgées de plus de 45ans estiment que c'est oui, et on s'est remise en cause faute de ne pas se concentrer dans l'exercice au quotidien, et ça

risque de passer à côté de l'urgence. (Médecin **Z**, 45ans)

Donc l'E.P ne se présente pas de la même proportion chez les médecins, à l'issue des doigts de la main, cette photo est mieux expressive :

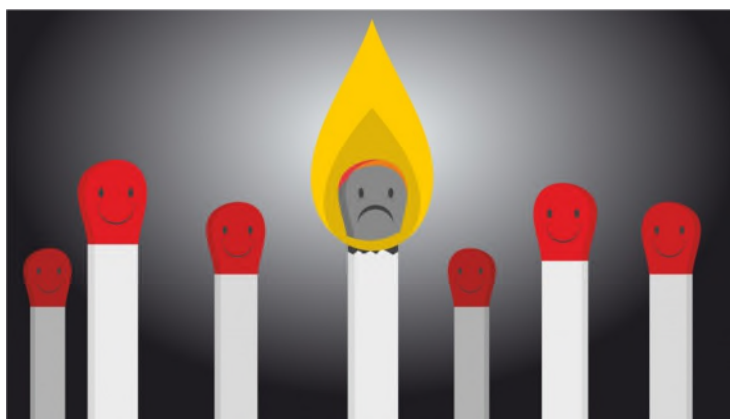


Image 4: Le burn out nuancé chez les médecins des UMC (tirée de moteur de recherche Google ; recherche thématique E.P).

Nous prenons à titre illustratif (R.Q : et sélectif pour la première tranche d'âge) trois cas de test MBI, repartis respectivement sur les trois degrés cités auparavant. Et le quatrième sera réservé au seul médecin homme interviewé.

Tableau 1 : Représentation de résultat du test MBI (médecin A, 28ans)

Dimension E.P	Score	Niveau de la dimension	Score moyen	Niveau de l'E.P
Epuisement émotionnel	15	Bas ou faible	50	Bas ou faible.
Dépersonnalisation	10	Bas		
Accomplissement personnel	35	Modéré		

Source : enquête de terrain UMC de Bejaia

Lecture des résultats obtenus de l'échelle MBI :

Nous constatons après jeter un coup d'œil attentif sur le tableau 1, que l'enquêté présente un E.P faible de 50score et cela ; après la décortication des

Analyse des données et interprétation des résultats

différentes dimensions de l'E.P (étant émotionnellement faible avec un score de 15, idoine pour la dépersonnalisation nous enregistrons 10, enfin 35 pour l'accomplissement.)

Et nous concluons à partir de là ce qui suit :

- E.E très bas, car elle est jeune n'a pas largement exercée (manque d'expérience professionnelle). Raison de plus les UMC était son choix délibéré.
- Niveau bas de dépersonnalisation.
- Elle s'accompli modérément dans sa pratique médicale, suite à une fatigue brigadiste d'ailleurs c'est ce qu'elle déclare tout au long de déroulement de l'entretien. Et ceci renvoie au sentiment d'incapacité et de ne plus redonner plus ; à cause de la méconnaissance d'affronter le terrain.

Tableau 2 : Représentation du résultat du test MBI (médecin **B**, 34ans)

Dimension E.P	Score	Niveau de la dimension	Score moyen	Niveau de l'E.P
Epuisement émotionnel	36	Elevé	78	Modéré
Dépersonnalisation	4	Bas		
Accomplissement personnel	38	Moyen		

Source : enquête de terrain UMC de Bejaia

Lecture des résultats obtenus :

Analyse des données et interprétation des résultats

Après avoir vu les résultats de cet enquête, nous retenons ci-après :

- Emotionnellement épuisée avec un niveau correspondant à la dimension élevé ; score 36. A force de voir des malades en danger extrême, commettants et pleins du sang ; ainsi de perdre des vies humaines gracieusement, enclencher des dispute avec les parents de malades qui demandent à tout moment des explicatifs sur le devenir et l'état de santé des leurs.
- Médecin de fort caractère de personnalité car les UMC les forment et les forgent.
- Compliance moyenne quant à son plein exercice professionnel.

Tableau 3 : Représentation de résultat du test MBI (médecin C, 45ans)

Dimension E.P	Score	Niveau de la dimension	Score moyen	Niveau de l'E.P
Epuisement émotionnel	45	Elevé	86	Elevé ou fort
Dépersonnalisation	14	Elevé		
Accomplissement personnel	32	Elevé		

Source : enquête de terrain UMC de Bejaia

Lecture des résultats obtenus :

Le médecin interrogé présente un niveau élevé d'E.P. Donc :

- E.E très fort

Analyse des données et interprétation des résultats

- Déshumanisation forte, parce que elle prend de l'écart et se distancier vis-à-vis de tous (ses patients, collègues et famille ...)
- Accomplissement personnel parfait car, elle lutte contre le burn out, et elle fait de son mieux.

Tableau 4 : tableau comparatif entre un (médecin D) homme et (médecin B) femme de même âge.

Dimension E.P	Score	Niveau de la dimension	Score moyen	Niveau de l'E.P
Epuisement émotionnel	36/ <u>16</u>	Elevé/ <u>Bas</u>	78/ <u>42</u>	Modéré/ <u>Faible</u>
Dépersonnalisation	4/ <u>12</u>	Bas/ <u>Elevé</u>		
Accomplissement personnel	38/ <u>27</u>	Moyen/ <u>Bas</u>		

Source : enquête de terrain UMC de Bejaia

Nous avons retiré les lectures suivantes :

- le médecin homme a un niveau bas d'E.E. (le genre dur émotionnellement).
- il s'accompli difficilement car, il se prête facilement à la nervosité, ainsi cache derrière la cigarette pour amoindrir son stress.
- Grosso modo il témoigne d'un niveau d'E.P très faible au contrario à la femme médecin.



Image 5: Présence du burn out chez les deux genres (portail électronique CHU B).

Nous tenons à révéler que notre population d'étude s'est tendanciellement féminisée ; d'où l'intérêt porté aux femmes médecins qui présentent plus de signes de fatalité dudit trouble est intense. Une fois introduit au terrain, nous avons établi le test MBI ; l'outil de mesure qui nous a dévoilé cette réalité.

R.Q : ses tableaux et leur analyse trouvent leurs traces notamment si, nous refaisons un retour sur la théorie de Maslach. Batterie de mesure MBI.

2. La remise en cause l'exercice médical aux UMC par le syndrome d'E.P:

A indiquer que le burn out mis en cause la pratique médicale des médecins des UMC, et cela est dû au climat tendu qu'il les reconfigure par défaut. Ce qui implique par la suite un manque de concentration et commettre ou subir des agressions. Selon (médecin **K**, 29ans); il relativise notre contribution ou apport au pavillon d'urgence P.U, et freine notre élan de prendre en charge nos malades. Cela veut dire la diminution de la qualité de la prestation de service en termes de soins et de la relation thérapeutique. Un autre de même rang, il juge qu'il lui arrive des fois par hasard et ce n'est pas important car c'est moi qu'en veut devenir médecin. (Médecin **S**, 28ans) Ici l'enquêté exprime sa volonté de faire partir de ce corps médical, nonobstant les conditions qui

enveloppent le service, et celle typique à l'exercice de métier. A l'encontre elle voit : l'extrême fatigue ; on a du mal à se gérer, mais on essaie de le surpasser en dépit de toutes contraintes/ Elle jure en soupirant wellah c'est très difficile, je suis complètement dépassée. (Médecin **W**, 50ans). Cette dernière médecin juge que malgré les contraintes de se sentir lessiver et coincée -quoi faire- face à ce burn-out, elle essaie de faire de son meilleurs contre cette situation flou et confuse. Certes c'est très difficile de se saisir c'est entièrement critique.

3. Avis des médecins sur l'affaiblissement de leurs compétences et le désengagement à l'égard de la profession :

C'est un sérieux problème chez les médecins intervenant au P.U, de fait le recours massif des malades sans faire un distinguo entre fausses ou vraies urgences dit-il : vu l'afflux excessif des malades qui souhaitent se soigner gratis ou même avec un prix symbolique, on n'arrive plus à répondre à cette demande. (Médecin **B**, 34ans)_Ce dernier pointe de doigts la primordialité de signaler les PV de carence chez le personnel soignant à l'administration qui va aviser à son tour la tutelle. Dans le même sillage (Médecin **W**, 50ans) juge que l'E.P ne diminue surtout pas les compétences professionnelles chez un traitant, mais empêche d'aller au-delà de la demande journalière. Qu'effectivement les deux médecins pointent de doigts la surcharge de service à laquelle ils ne pourront pas répondre efficacement, plutôt moins convenablement.

Il y a des thérapeutes qui contrarient ses dire nous trouvons à redire dans la question 7 dudit axe.

4. La commercialisation des gardes de nuits comme énième refuge contre le B.O :

- Pour répondre à ce point les médecins se sont démarqués de deux tendances, voir une troisième qui émerge :

- Des pro-gardes condamnent l'acte; donc la réponse était (non), ils voient en la vente de gardes de nuit une pratique frauduleuse, il ne faut jamais tolérer ce genre d'acte sinon il deviendra problème d'envergure de santé, et il fera l'objet de marchandage dans leur espace professionnel médical.

- Des antis gardes qui croiraient à la noblesse de métier ; alors la réponse était (oui, ce n'est pas refusable). Ils jugent aussi que la vente de garde est une bonne idée. Ils encouragent l'idée véhiculant le recours à cette pratique qui demeure à notre connaissance impunie dans le service en question.

- Un euphémisme distincte disant (parfois nécessaire). Et donc, la question qui se pose est telle : pourquoi est-il nécessaire parfois ?

La réponse est toute simple, il s'agit de fuir le climat tendu des UMC et aller se reposer loin, voir même s'adonner à d'autres activités tranquillissantes et prometteuses de joie et de plaisir.

- Est-ce se pratique dans votre service ET est-ce la solution idéale il y a toujours et à jamais : un oui et un non tout court. Selon la conscience de médecin, sa conduite hospitalière, bien aussi sa connaissance de l'espace professionnel.

Pour mieux illustrer cette réponse dichotomique. Il est à souligner que celles qui affirment cela dit celles qui optent pour (oui) perçoivent l'impératif de s'investir dans des activités extrahospitalières. Et ceux qui réfutent, c'est-à-dire ceux qui avancent le (non), sont contraints d'exercer en revanche de toute considération.

- Face à ce genre de pratique ; il est impérativement recommandé d'hausser l'effectif des brigadiers- diminuer le volume horaire de travail.

D'après un jeune (médecin **G**, 29ans) il faut faire un diagnostic sur les causes qui suscitent l'intérêt à vendre sa garde ensuite, prévenir en renforçant le rôle de l'administration (exercer le contrôle.)

Pour exhumer ce propos, il est pertinent d'en procéder à l'examen des causes effectives pour soulever ce problème jugé d'éthique et de la déontologie de la profession médicale. Ensuite, lutter contre ce genre de pratique en renforçant d'avantage le contrôle administré.

5. Et 6. Mode opératoire du jour/ changement de service :

La majorité pense vraiment à remplir son créneau le jour et d'éviter la garde ; et une fois burnouté il est impératif de quitter. Quant à la minorité croie profondément que ce n'est la solution opportune, il ne faut jamais quitter penser d'abord à toi-même d'où tu vas nourrir ta famille et tes enfants et réfléchir d'avantage le bien-être de tes malades. Il ne faut pas surtout oublier ça. Dit (Médecin **w**, 50ans)

Alors ceux ou celles qui défendent la thèse : non il ne faut jamais céder, est une question primant de contrainte et d'obligation (subvenir aux besoins). Mais avant ça, elle est d'ordre de devoir et de la moralité à l'égard des malades.

7. L'E.P nuit à l'image et l'identité des médecins aux UMC :

C'est une question de fond nous semble-t-il raisonnée puisque la désorganisation intra-hospitalière à cause de la mauvaise gestion de l'EPH premier problème soulevé par la plus part des médecins. Et là nous avons l'impression que le médecin inculpe l'ex-DG de CHU de Bejaia. Il déclare le (Médecin **K**, 29ans) son incapacité, inhumanisme, et irresponsabilité d'avoir

traité des malades comme étant des objets. Il reconnaît l'étrangeté de ce fait qui se trouve extra à sa personnalité mais c'est l'E.P qui le rend ainsi.

Ce médecin nous explique qu'il agisse en dehors de sa personnalité, étranglée par le syndrome du burn out.

Lorsque nous avons prévu plus de détail préalablement le (Médecin **B**, 34ans) évalue le contraire par rapport à la question 2. Il juge essentiel que l'E.P épuise les neurones cérébrales. Si nous voulons expliquer ceci, littérairement parlant, étant des apprentis en sociologie ; nous allons dire que le B.O diminue le rendement intellectuel des médecins.

Conclusion 1:

Outil de vérification conjoint esquisse sur la batterie MBI, et le complément test montrent réellement que le B.O apparait et se développe au fur et à mesure les variables quantitatives telles : le genre et l'âge, et l'expérience professionnelle (variable test) y parvient également.

III. Retentissement du B.O sur l'exercice et le climat professionnels aux UMC.

1. l'éventuelle affecte des médecins par l'E.P :

Quand nous avons posé la question avez-vous éventuellement été touché par l'E.P la réponse a fait l'objet d'un consensus chez tout le staff médical. Et la réponse était effectivement oui, et la totalité des médecins ont vu que ce sont les gens de l'entourage qui suscitent l'apparition de ce problème et participe à son développement par la suite.

De notre point de vue nous avons tiré une contradiction ou des contradictions quant à la récitation des signes d'atteinte. Simplement les médecins généralistes jeunes décrivent les signes d'une manière très légère dit (Médecins k, 29ans) ; chaque jour la même histoire qui se répète. Je sentirai la fatigue, le dégoût en traitant les patients voire parfois je ressens un désintérêt à leurs égard ; j'ai l'impression que le temps prolonge et je regarde l'heure à maintes reprises.

Si nous avons bien compris le Docteur k désinvesti dans ses activités thérapeutique de jour en jour et n'ausculte pas beaucoup de patient d'où cette perception de la dimension de la prolongation de temps. Par conséquent les médecins âgées allez jusqu'au bout dans la description de leur B.O, à titre d'exemple : sombrer dans l'angoisse et céder facilement à la nervosité ; vivre une vie stressante au P.U, les deux médecins bénéficieront d'un C.E.S citent la somatisation (tachycardie, stress aigu, distractibilité...Etc.

La description de ces signes à savoir la somatisation a largement fait la une de notre travail, et c'est un élément qui revient en chef regarder la page 25 de la théorie

Les jeunes médecins nous décrivent leurs sentiments, après être touché probablement par ce syndrome et leur conduite à son égard. Qui fait sortir une description détaillée de leur désintérêt, quant à l'exercice en lui-même encore son entourage, et ce exprimé par leur regard excessif à la montre. Chose qui explique la stagnation et prolongation du temps chez eux et de ne pas savourer leur travail dans leur espace professionnel. Cependant et par conséquent les médecins moyennement jeunes, allèrent jusqu'à citer la somatisation qui s'installe dans leur corps allant même à l'extrême les plus âgés nous dévoilent des séquelles qui se localisent sur leurs personnalité.

Récapitulons le fait de développement du B.O décrit chez la communauté des médecins à retenir qu'il démarre par la conduite comportementale passant par l'installation des maladies somatiques, et enfin mentales.

Déclare (Médecin w, 50ans) : tout se voit sur mon visage n'est-ce pas ? Je suis épuisée, incapable d'autant plus ma motivation s'est diminuée ce que je fais toute à fait consciente mais c'est une contrainte.

Des soubassements théoriques qui nécessitent d'étayer la pratique par la théorie, dans l'optique des changements sociaux et les conditions d'exercice ; soulignés par CHENISS 1980. Et qui sont à l'origine de ce trouble d'adaptation.

2. L'épuisement professionnel et le climat relationnel :

Le maximum de médecins jugent que oui c'est une amarré réalité et le peu qui reste refusent de répondre à notre sens ils demeurent réticents et peut être nous les avons intimidé par cette question ou même veulent distinguer entre le personnel et le professionnel. Ils refusent de nous éclairer sur leur teneur relationnelle car comme disait l'un d'eux : des fois on ne peut pas tout dire ? Ce propos me fait renouer avec la fameuse Chanson de l'artiste Kabyle Idir « ma

filles je t'ai élevé de mon mieux ». Il est admis de même que les médecins se prononcent sur certaines choses et se taisent sur beaucoup d'autres.

3. Rapports vis-à-vis des :

- Patients : la plus part estime que c'est oui, car les UMC sont très, très, très fréquentées par les usagers et nous ne sommes pas en mesure de répondre à cet afflux massif

Ici, les médecins mettent l'accent sur le recours massif aux UMC de Khelil Amrane et oublient carrément la déconcentration spatiale des infrastructures de santé ; nous nous expliquons d'avantage la répartition de ces ouvrages dispensant les soins soit au niveau des Douars (salle de soins) même communal et local (EPH, EPSP, polycliniques ...), voir le chef-lieu de la Wilaya CHU selon le nombre de la population et la proximité géographique.

- Famille des patients : certes et c'est eux qui dérangent le plus souvent. Dit (Médecin C, 45ans) : personnellement je rencontre beaucoup de difficultés avec les proches de malades ; ils nous interpellent sur la santé des leurs et n'accepte aucune que l'erreur et après il existe des gardes malade et non un garde malade bezaff...

Le souci de donner une prestation de soins de qualité par un corps médical passe à côté de ceux fait par les familles des malades.

Nous avons compris que cette relation est très tendue.



Image 6: le recours massif des familles des malades au P.U(prise par notre appareil durant la pré-enquête)



Image 7: Les médecins lors de leur visite (notre appareil photo pendant la pré-enquête).

- Groupe de travail : tous optent pour oui et enchaîne (Médecin **B**, 34ans) : on partage toutes les taches sans plus.

Si nous avons bien saisi le sens de ce qui a été révélé par ce médecin, confrères et censeurs se solidarisent entre eux / elles même, en partageant au quotidien les mêmes pénibilités et les obligations de l'exercice, en prêtant le stéthoscope les uns les autres en se déplaçant à la place de médecin le plus pris.

- Toujours le même médecin affirme : mes relations avec les collègues et censeurs sont limitées au cadre de travail, mais je dis qu'ils sont bonnes malgré les disconviens organisationnels et certaines différences.
- Chefs hiérarchiques : recevoir tout le temps des directives verticales est une chose ennuyante et ambiante. Peut-être les responsables ne fournissent aucun effort pour réunir les conditions favorables à la pratique des médecins, ou même, ces derniers ne se comprennent pas.
- Quant à l'administration le tout se prononce qu'elle est indifférente et n'aménage aucun effort pour la restructuration des UMC.

Il est admis valable d'aborder les signes entre différentes protagonistes introduites au sein de l'EPH généralement et la structure des UMC particulier ; que cette question a été étoffée par FREUDENBERGER, avec ses expériences menées en 1974. Eléments citées en théorie.

4. Suggestion des médecins pour l'amélioration des relations professionnelles :

Impératif de se reposer loin des UMC, et s'adonner au plein plaisir d'exercice, car estiment un clique de médecins qu'on a l'impression de devenir des sédentaire dans nos postes cet élément a été abordé dans la partie théorique par Mekbel. F et Radi Lyes, 2017. Ou même renforcer le personnel médical et paramédical...

Nous avons retenu qu'il faille procéder par une panoplie de mesures. La houzma comme disait en Arabe. Donc solution apportées suit l'ambition de chacun, notamment si l'accès aux UMC est volontaire –CLANDE. G /1991.

5. Epuisement professionnel : comment y remédier !

Elle passe d'avantage devant la batterie de mesures préconisées par la famille de santé à savoir :

Analyse des données et interprétation des résultats

D'abord c'est une question de volonté, secondé par la motivation du personnel afin de travailler dans l'harmonie et en diapason totale. Déclarent-ils à notre intérêt plusieurs médecins qu'avant ils ne trouvent pas refuge dans des discours moralisant et religieux comme par exemple (Allah ghaleb) si un malade me dit Docteur je me rétablirai je réponds en souriants (Inch'Allah).

Les médecins urgentistes après avoir souffert d'une éventuelle surcharge au travail, ou même, être burnoutés s'arment de discours religieux pour éviter toute longue explication fournies à leurs malades. De peur de ne pas prononcer un verdict, nous trouvons que cette fois ci le recours à la morale et la religion peut stopper l'incompréhension des patients à leur acharnement sur leurs médecins-traitants. Mais c'est une mise à plat de discours scientifique et technique.

Conclusion 2:

D'après les discours des interviewés ; ils s'exercent dans les moindres conditions. Ce climat de tension entre soignants-soignés agité et de conflits entre la famille des patients.

IV. Politiques de prévention et stratégies de défense contre le développement du burn out au service des UMC.

1. Surmontabilité du B.O :

Il demeure surmontable au débout avant d'atteindre les « 3ans » dans service cumulé, au bout, ça sera comme un chauffard qui ne maîtrise pas son véhicule ; c'est vrai que nous ne sommes pas censés de travailler avec des pourcentages mais les médecins ont répondu par 40% pour le premier rang (les jeune âgés) contre 60% le rang des trentaines (moyennement âgés) et enfin battre un score record de 80% pour les plus âgées.

2. 3. 4. Nous n'avons eu ou récolté aucune réponse de retour disant ce n'est pas pris au sérieux selon (Médecin **B**, 34ans) : on est loin de cette culture la mal gestion des responsables ainsi leur égoïsme et négligence passe sans devoir y penser à ce problème.

De notre part nous avons fait la paire de manche concerné la question 4. Avouer l'inexistence de la politique établi par l'EPH nous renoue avec un élément théorique qui nourrit l'idée que c'est un problème qui va de soi avec l'affirmation d'un lien causal qui va de social et du politique jusqu'au pathologique. (Canoui. P et Maurenges. A : 2015)

Il faut signaler que l'absence des politiques de lutte envisagées par le service ou le CHU, voire le secteur sanitaire ressort toujours de système traditionnel des valeurs médicales, ainsi la mise à mort de syndicalisme. Consultez Clande. G/1991.

Et là nous nous permettons d'ouvrir une petite parenthèse pour mieux rebondir la question de clivage entre personnel soignant et les responsables est-ce ne sont pas des médecins à leur tour, pourquoi ils ne se mettent pas sur la

même longueur d'onde. Question problématique reste valable à poser toujours et sans boucle. Elle suscite des réponses en permanence.

6. Rôle des psychologues :

Le rôle des psychologues participe à atténuer les effets du B.O afin d'avoir le passeport santé sans recourir aux médicaments bien en effet ; l'ensemble des médecins excluent toute tentative de leur part et là une galerie des spéculations d'un échantillon : pas de place à ses soit disant sieurs. Autre : rôle médiocre ou même : Zéro apport. Sauf Dr W, dit pourquoi pas ? On est tout le temps épuisée et on revoit les scénarios et les scènes en dormant, on revoit nos malades qui mort ou souffre entre nos mains alors qu'on peut faire wallo pour les sauver. Elle finira par dire que ce n'est plus comme avant avec de l'expérience on ne tient qu'à ceux et celles qu'on peut sauver. Et c'est une stratégie adoptée pour combattre l'E.P.



Image 8 : Conception des médecins concernant le recours aux psychologues.

Nous avons l'impression que cette image témoigne et nous renseigne sur la véritable conception de soutien et support apporté par les psychologues aux médecins en souffrance, d'où nous voyons beaucoup d'intrus paramétrés, le terme « help », à vrai dire, le mot help désigne les psychologues et les intrus

éparpillées autours et limitrophes, nous dévoilent le relationnel tendu entre médecins, malades et leurs familles. Grosso modo, l'entourage des médecins ainsi leurs visions à l'encontre de l'assistance psychologique démesurent et rendent impossible toute intervention de la part des psychologues.

7. Le rôle des médecins pour la sauvegarde du mieux-être de la profession :

La réponse sera développées en tirets à commencer par :

- Repos et récupération étoffé par NOBERT. S /2003.



Image 9 : solution proposée face au B.O (relaxation)- portable-

- Formation CES. Question abordée Manoukiane. A/2016. Estime le docteur w, 50 ans que cette formation est inévitable pour la meilleure maîtrise et le bon usage de l'ECG (Electrocardiogramme) pour la prise du rythme cardiaque, l'EEG (Electro-Encéphalogramme) graphe de potentiel de repos et de travail fréquences, lavage d'estomac ... etc. dans le but d'élever notre intervention opérationnelle au P.U.
- Investir dans la part major d'hétérogénéité de l'accomplissent personnel ; une fois affecté par le B.O. suffisamment travaillé par Maslach et Leiter.

R.Q : tous les médecins déclarent que ça restent valable en théorie, elles demeurent lettres mortes en exercice. Voir l'absence d'une volonté des autorités publiques.

8. Solutions possibles

- Diminuer le VH du travail, essentiellement les gardes de nuit.
- Diminuer le nombre des malades par la promotion de la santé publique.
- Augmenter le personnel.
- Congé bonus

Et nous allons détailler plus dans la rubrique des recommandations.

Conclusion 3:

L'ensemble des points soulevés dans ce grand titre, tente de répondre à une interrogation simple : celle de comment les médecins des urgences se protègent contre l'E.P et comment gèrent leur quotidienneté. Il s'avère qu'ils n'aménagent aucunement de mesures pour faire face au B.O.

Conclusion :

D'après les résultats avancés dans cette partie de travail ; nous pouvons prononcer qu'il ressort que :

1. Les données sociodémographiques contribuent à l'émergence et au développement du B.O chez les médecins des urgences.
2. Ces derniers exercent dans le moindre climat propice ; favorisant à la fois les relations tendues et conflits.
3. Ils ne se protègent pas contre ce syndrome clinique et biologique pour divers motifs.

Discussion et vérification des hypothèses

Discussion et vérification des hypothèses :

Notre étude consiste en la démonstration comment s'impacte l'E.P sur la pratique des médecins des UMC de Bejaïa. Dans cette primordiale et focus étapes nous allons discuter et vérifier les hypothèses émises dans le cadre conceptuel.

Hypothèse 01.

- Rappel sur la première hypothèse : « *L'épuisement professionnel apparait et se développe chez le personnel médical des UMC en fonction des variables quantitatives tels que l'âge et le genre ...* »

L'enquête de terrain auprès de notre population d'étude, des médecins reconnaissent leur affect par le burn out, qui a remis en cause leurs pratique médicale trop chargée ; chose qui les conduisent pas tous ; mais la plus part à quitter.

En confrontant ce qui a été dit avec les résultats de test MBI. Nous tenons à souligner les points suivants :

- Chevauchement entre fatigue et épuisement professionnel chez les médecins âgés entre 28 et 29 ans.
- E.P modéré chez les médecins âgés dans les trentaines d'années.
- E.P sévère chez les médecins ayant plus de 45ans.
- D'après les résultats de tableau comparatif entre médecin homme et femme. Le premier présente moins d'E.P par rapport à la seconde, et ce suite à sa structuration fragile et réfractaire (de par sa nature biologique prédisposée à attracter un E.P facilement).
- Variable test (contrôle) :
Suivant les enquêtés et leur expérience professionnelle ; celle-ci contribuent à forger les médecins pour atténuer B.O.

Par contre le cumul des années dans les UMC contribue au développement de B.O.

Après avancement des résultats ci-dessous, il nous sera possible de confirmer cette hypothèse. En effet : « *L'épuisement professionnel apparait et se développe chez le personnel médical des UMC en fonction des variables quantitatives tels que l'âge et le genre ...* »

Hypothèse 02.

- Rappel sur la deuxième hypothèse : « *Le développement de l'épuisement professionnel chez les médecins urgentistes affecte leur climat relationnel et touche au quotidien la réalisation de leurs pratiques professionnelles.* »

Avec le support et l'appui d'informations fournies par les enquêtés ; vu la modification des rapports relationnels qui se manifestait par la mise à l'écart, ainsi, désengagement total des patients et leurs familles ; grosso modo l'entourage, avoir cette froideur vis-à-vis des uns et des autres à agencer le mépris de l'administration et des responsables.

Vu l'absence de prise de conscience professionnelle et manque de vision sérieuse et lointaine de ce problème par tous les protagonistes intervenant aux UMC, à cela s'ajoute la non reconnaissance des compétences nationales à savoir les psychologues et leur touche personnelle d'atténuer le phénomène afin de préserver le mieux-être de la médecine d'urgences.

A partir de cette présentation nous proclamons l'affirmation de ladite hypothèse, donc il est admis que : « *Le développement de l'épuisement professionnel chez les médecins urgentistes affecte leur climat relationnel et touche au quotidien la réalisation de leurs pratiques médicales.* »

Hypothèse 03.

- Rappel sur la troisième hypothèse : « *Les médecins urgentistes adoptent des mesures et développent des stratégies pour prévenir le burn-out dans leur espace professionnel.* »

Notre enquête de terrain a montré que la prise en charge de l'épuisement professionnel n'est motivé par aucune politique préventive soit au niveau des UMC ou de l'EPH et ceux après notre tâte des autres services : c'est un problème de santé publique démesuré, malgré des dizaines de travaux universitaires et académiques élaborés réalisés dans l'espoir d'en prendre en charge ce problème. Qui demeure méconnus par les responsables de la santé ; idoine pour l'ensemble de l'équipe médicale des UMC n'adoptent nullement pas une tactique pour battre le B.O (un ressenti qui se fait dans la douleur.) Ils exercent sans faire appel à leurs habiletés, connaissances vues comme stratégie défensive, cependant ça reste toujours relatif à côté de la non prise en charge institutionnelle. Il y a une clique de médecins qui initient des tentatives dudit lieu, à titre illustratif, l'augmentation d'effectif et des heures de récupération, ou sinon, dans le pire des cas changer ou quitter l'activité, et dans la meilleure des cas, s'adonner au repos loin de la tempérance des UMC. Ce qui implique la réfutation partielle de ladite hypothèse.

Nous parvenons finalement à infirmer en partie la troisième et la dernière hypothèse et nous pouvons prononcer depuis les réponses qui nous sont livrées que : « *Les médecins urgentistes n'adoptent pas tous des mesures et ne développent pas forcément toujours des stratégies pour prévenir le burn-out dans leur espace professionnel.* »

Recommandations pour prévenir le burn out

Recommandations pour prévenir le burn out.

La question de comment se développe le burn out, et son impact sur l'exercice professionnel des médecins des urgences.

Cette problématique semblait être à une seule entrée. Il paraît que c'est une moins-value du climat et les relations qui enveloppent les urgences à BEJAIA; mais elle est à plusieurs sorties, et ce grâce à notre travail et persévérance. Nous avec notre jeunesse et force et Mme BELKACEM Karima, notre encadreur avec son âge et son expérience. Sans oublier la coopération des médecins des UMC. Nous pouvons décrire et analyser le phénomène aller-retour.

Et pour l'introduire, nous n'avons qu'à reprendre ce dicit: « She burnt with love, as straw with fire flameth. She burnt out love, as straw out burneth »¹
William Shakespeare . The Passionate Pilgrim.1599

Puis pour mieux énumérer les idées de déroulement levis et conjoint des entretiens (y compris la méthode complémentaire) et des lectures afin de se poser la bonne question de départ répondant à une triple condition (-clartés-pertinence et faisabilité, sortir avec une fiche d'idées et établir un plan général de travail). Nous avons enchainé par effectuer la pré-enquête (à savoir préciser la problématique et les hypothèses...) nous avons finalement réalisé notre enquête de terrain (réflexion d'interprétation de discours et discussion). Nous sommes parvenu à finaliser notre partie pratique par une somme de recommandations à citer parmi :

- 1 Gestion meilleures et rationnelle de l'infrastructure des UMC, et que cette dernières soit digne de nom c.-à-d. diligenter l'entame des travaux d'amplification dudit service.

¹ « elle brula d'amour, comme la paille s'enflamme avec le feu. Elle consuma l'amour, dès que la paille consumée.»

Recommandations pour prévenir le burn out

- 2 Augmenter le personnel médical et paramédical ; le médecin des urgences travaille avec deux infirmiers uniquement alors que la norme internationale de l’OMS préconise 7 pour un généraliste.
- 3 Aménager des espaces de détente à savoir un break pour collation avec un téléviseur, un bureau des médecins plus spaciaux bien équipé d’outillages (para)médicaux.
- 4 Créer le club des médecins des UMC et leurs amis qui a pour missions technique, scientifiques et autres (loisirs et débats).
- 5 Diminuer le recours massif des malades en inculquant la culture d’utilisation des infrastructures de santé de proximité (EPH, EPSP, salles de soins)
- 6 Renforcer le dispositif sécuritaire afin de protéger les médecins contre des éventuelles violences et agressions (Diagnostic de l’ancien ministre de santé.)
- 7 Construire ensemble un partenariat : soignant-soigné (PSS), qui s’articule autour d’un projet thérapeutique déontologique.
- 8 Traiter les patients avec humanisme, étant possédant un langage et non comme épisodique.
- 9 signant une charte des instructions, en se réconciliant avec les différentes parties prenantes de santé publique.
- 10 Un cadre législatif adéquat à l’organisation interne et l’architecture des UMC (refonte hospitalière).
- 11 Le privé est le parallèle du publique, à condition d’établir des prix acceptables ainsi l’application de ciblage selon le pouvoir d’achat.
- 12 Devant cette réalité véhiculant que les UMC sont devenues l’asile sanitaire. Il faut procéder comme suit : les soins primaires au niveau des EPSP, les soins secondaires aux EPH, et enfin se contenter des soins tertiaires c.-à-d. le haut niveau et soins intensives au niveau des CHU.

Recommandations pour prévenir le burn out

13 Se convertir d'un médecin mécanicien (s'applique sans abnégation ni engagement) à un médecin technicien (s'adapte via la technique).

Il est pertinent de se retirer des fois après avoir burnouté voir image :



Image 10: Le retrait peut être la solution des fois.

Conclusion

Conclusion Générale

Conclusion Générale :

Ce modeste travail académique tient compte des premières prémices, pour identifier l'épuisement professionnel chez le corps médical des UMC de Bejaia.

Après avoir fait part de la théorie ainsi la méthodologie suivie par le terrain nous avons comme objectifs, d'une part la bonne connaissance du développement de burn-out, et son retentissement sur notre population d'étude. D'autre part l'identification de l'existence de son absence au P.U ? Puis, après stratégies défensives contre ce trouble de santé.

A travers les résultats de discussion de notre étude, nous pouvons prononcer que l'ensemble des médecins souffrent de cet E.P, et ce dernier affecte les relations socio-professionnelles dans leurs espaces de travail. Il se développe au fur et à mesure des variables sociodémographiques telles : l'âge et le genre, ainsi l'expérience professionnelle. Tant ils avancent dans l'âge, et ils cumulent de l'expérience ; ils deviennent plus vulnérables au B.O.

Nous avons retenu également son retenti sur les femmes médecins beaucoup plus.

Nous concluons aussi que l'E.P demeure méconnu et négligé par les responsables de secteur. De ce fait les médecins des UMC se désinvestissent à son égard.

Enfin il faut reconnaître que le B.O est un problème ontologique et sérieux aux urgences de Bejaia, s'est pourquoi nous avons eu du mal à enquêter sur les médecins. Première entrave relevée est la population d'étude restreinte, c'est pourquoi les résultats ne peuvent se généraliser ... et nous surpassons à d'autres à savoir manque de moyens mobilisés.

Conclusion Générale

Dans l'esprit que nous fondons ces espoirs sur la contribution à la réduction de l'ampleur de ce syndrome considéré comme problème majeur de santé au service des UMC de Bejaïa, susceptible d'ouvrir d'autres pistes de réflexion à moins il sert de mentor aux futurs étudiants de diverses facultés notamment la notre.

Annexes

Liste bibliographique finale :

Ouvrages méthodologiques :

1. Alberlloil. L (1996), apprendre à la recherche, éd Doek université, Paris
2. Angers Maurice(1997), Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines, éd Casbah, Alger.
3. Benoit Gouthier(2009), Recherche sociale de la problématique à la collecte des données, éd PFQ, Cannada.
4. François Depalteau(2000), la démarche d'une recherche en sciences humaines, édition les presses de l'université Laval, Cannada.
5. Grawitz Madeline,(2001), Méthode des sciences sociales, Dallaz, Paris.
6. Mathieu Guider, (2004), Méthodologie de la recherche (guide du jeune chercheur en lettre, langue, sciences humaines et sociales), éd Ellipes, Paris.
7. Paille Pierre et Alex Mucchielli (2012), l'analyse qualitative en sciences humaines et sociales, éd Armand Colin, France.
8. Ramond Quivy, et Luc van Campenhoudt(1995), Manuel de recherche en sciences sociales, éd Dunod, Paris.

Ouvrages théoriques :

1. Boudoukha Abdelhalim (2009), Burn-out et traumatisme psychologique, Dunod, Paris.
2. Canoui. P, et Mauranges. A(2015), Le burn-out à l'hôpital, 5^{ème} éd ELSEVIER MASSON, Pologne.
3. Elisabeth. G (2008), Stress et burn-out au travail, éd groupe Eyrolles, Paris.
4. Manoukiane Alexandre (2016), La souffrance au travail, les soignants face au burn-out, Lamarre, 2^{ème} éd, Paris.
5. Massoudi. K(2009), le stress professionnel, Peter lang SA, éd sci intern.
6. Pezé Marie(2017), Le burn-out pour les nuls, éd FIRST, Espagne.

7. Zawieja. P et GUARNIERI. F(2015), L'épuisement professionnel, Diagnostic, analyse, prévention, Dunod Editeur, Paris.

Thèses et mémoires :

1. Ammaoui. L et Azi. R(2017), Les facteurs organisationnels et l'épuisement professionnel chez les médecins pédiatres, étude de six cas au CHU de Béjaia,
2. Benataia Yacine(2008), L'épuisement professionnel chez les infirmiers urgentistes, thèse de magistère, Université de Mentouri de Constantine.
3. Mekbel Fouzia, et Radi Lyes (2017), le burn out chez les médecins urgentistes.

Revues et Magazines :

1. Claude. G (1991), Revue présente une vision différente de l'origine de burn-out.

Dictionnaires :

1. Dictionnaire HACHETTE, édition 2006.

Webographie :

1. (doc.semc.sports.gouv.fr/documents/public/fiche-concept1sociologiedegenre.pdf)

Sitographie :

1. <https://journals.openedition.org/alsic/1702> . Consulté le 12/01/19.
2. <https://journals.openedition.org/sociologie/522> . Consulté le 12/01/19.
3. <https://www.cairn.info/revue-geneses-2001-2-page-112.htm#> . Consulté le 12/01/19.
4. <http://www.climatscolaire.ch/265b-janosz.pdf> . Consulté le 04/04/19

5. <https://dictionnaire.reverso.net/francaisdefinition/strat%C3%A9gie+pr%C3%A9ventive> Consulté le 18/06/19

Annexe 1:

Université ABDERRAHMANE MIRA-BEJAIA
Faculté des sciences humaines et sociales (FSHS)
Département des sciences sociales
Option : STRH (M2)

Guide d'entretien / médecins UMC

AXE 1 : Identification du corps médical des UMC.

1. Genre
2. Age
3. Situation matrimoniale
4. Nombre d'années de travail
5. Expérience professionnelle dans le secteur
6. Choix d'accès au service

AXE 2 : Effets de l'épuisement professionnel sur la pratique médicale au quotidien au service des UMC.

Section 1 : Test MBI. (Voire le support textuel)

Section 2 : Complément du test MBI.

1. Estimez-vous que l'E.P affecte la qualité de la pratique médicale, chez les médecins

Annexe 1:

des UMC ?

2. Touché par le burn out. Reconnaissez-vous que ce syndrome a mis en cause votre exercice professionnel aux UMC. Expliquez-nous comment ?
3. Il est admis par les spécialistes que le burn out entraîne un affaiblissement des compétences et un désengagement à l'égard de la profession. Expliquez-nous votre avis.
4. Quelques praticiens de la santé publique ont trouvé refuge pour échapper au burn out dans la vente des gardes notamment celles de nuit.
 - Qu'en pensez-vous?
 - Est-ce le cas dans votre service ?
 - Est-elle la solution idéale ?
 - Face à ce genre de pratique, que faut-il faire ?
5. Pensez-vous vraiment au mode opératoire du jour comme moyen, pour remédier au burn out ?
6. Estimez-vous : quitter ou changer le service des UMC est une solution pour frainer le burn out ?
7. Expliquez-nous comment l'E.P nuit à l'image et l'identité du personnel médical en général, et aux UMC en particulier?

AXE 3 : Influence du burn out sur le climat relationnel au service des UMC.

1. Avez-vous éventuellement été touché par l'épuisement professionnel?
 - Comment avez-vous pris conscience de cette atteinte par l'épuisement professionnel ?
 - ✓ Décrivez-nous les signes.
2. Il est reconnu par les spécialistes de la santé mondiale que l'épuisement professionnel a des dessous sur le climat relationnel au travail. Que pensez-vous ?
3. Après avoir vécu un épuisement professionnel cette réalité a-t-elle changé vos rapports vis-à-vis des:
 - Patients.
 - Familles des patients.
 - Groupe de travail.
 - Collègues et consœurs

Annexe 1:

- Chefs hiérarchiques.
- administration.

(Racontez comment ?)

4. Que suggérez-vous pour l'amélioration des relations professionnelles affectées par l'E.P au travail ?
5. Une fois avoir cru à cet épuisement professionnel et à son installation, comment y remédier à ce problème déclaré de santé publique ?

AXE 4 : Stratégies de prévention & de défense contre l'épuisement professionnel au service des UMC.

1. A quelles proportions l'épuisement professionnel demeure surmontable à votre avis ?
2. Si jamais affecté par ce syndrome, comment comptez-vous procéder ?
3. Expliquez en termes de moyens et de stratégies la démarche préventive engagée par le service des UMC, voire même l'EPH, pour faire face au burn out ?
4. Pensez-vous que le personnel des UMC, notamment le corps médical a tiré profit de cette démarche préventive ?
5. Selon vous qu'est-ce qui empêchent la prise en charge du burn out au niveau des UMC, voire même l'EPH ?
6. A votre sens quel est l'apport et l'intervention de psychologue dans la prise en charge, et la lutte contre le burn out ?
7. En tant que médecins intervenant aux UMC, que faites-vous pour sauvegarder votre mieux être (de la profession), et promouvoir votre santé au quotidien ?
8. Dans le cadre d'une campagne d'information et de sensibilisation, à laquelle vous en êtes hôtes, qu'envisagez-vous comme solutions possibles pour l'épanouissement de votre corps médical ?

Merci de votre temps, coopération et assistance.

Annexe 2 :

Université ABDERRAHMANE MIRA-BEJAIA
Faculté des sciences humaines et sociales (FSHS)
Département des sciences sociales
Option : STRH (M2)

Fiche de consentement adressée aux médecins des UMC.

Madame, Monsieur ;

Bonjour ;

Ces questions font partie de l'élaboration d'une enquête de fin de cycle (Master2), lieu de stage : l'Hôpital Khellil Amrane, Bejaïa. Nous vous prions de répondre aux questions afin de nous permettre de collecter et réunir les données nécessaires pour la réalisation de cette étude, nous vous garantissons l'anonymat total et l'usage purement scientifique quant à l'exploitation des données.

Suite du test dans la page suivante./.

Annexe 2 :

AXE 2 : Effets de l'épuisement professionnel sur la pratique médicale au quotidien au service des UMC.

Section 1 : Test MBI

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

0 = Jamais

1 = Quelques fois par an, au moins

2 = Une fois par mois au moins

3 = Quelques fois par mois

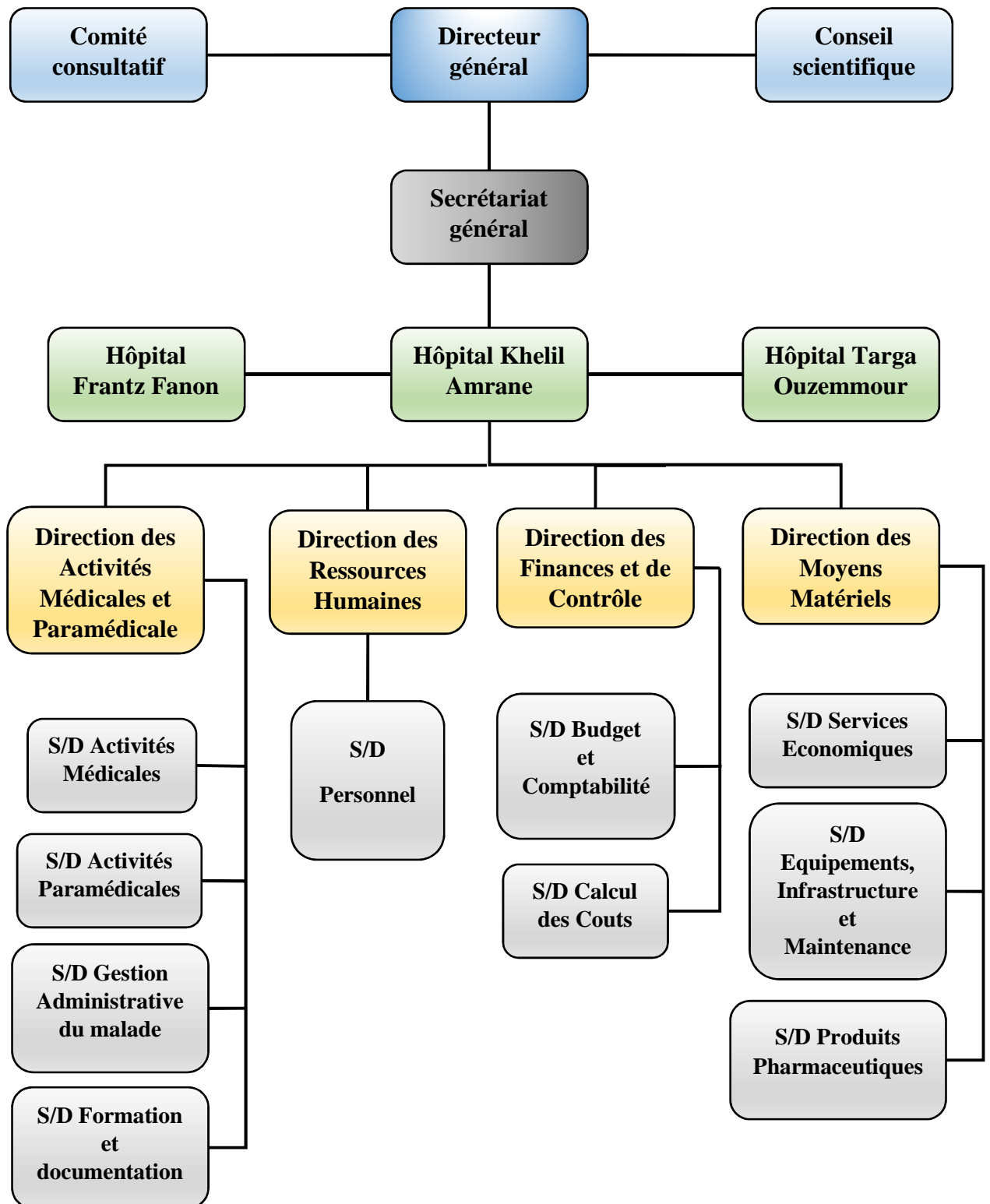
4 = Une fois par semaine

5 = Quelques fois par semaine

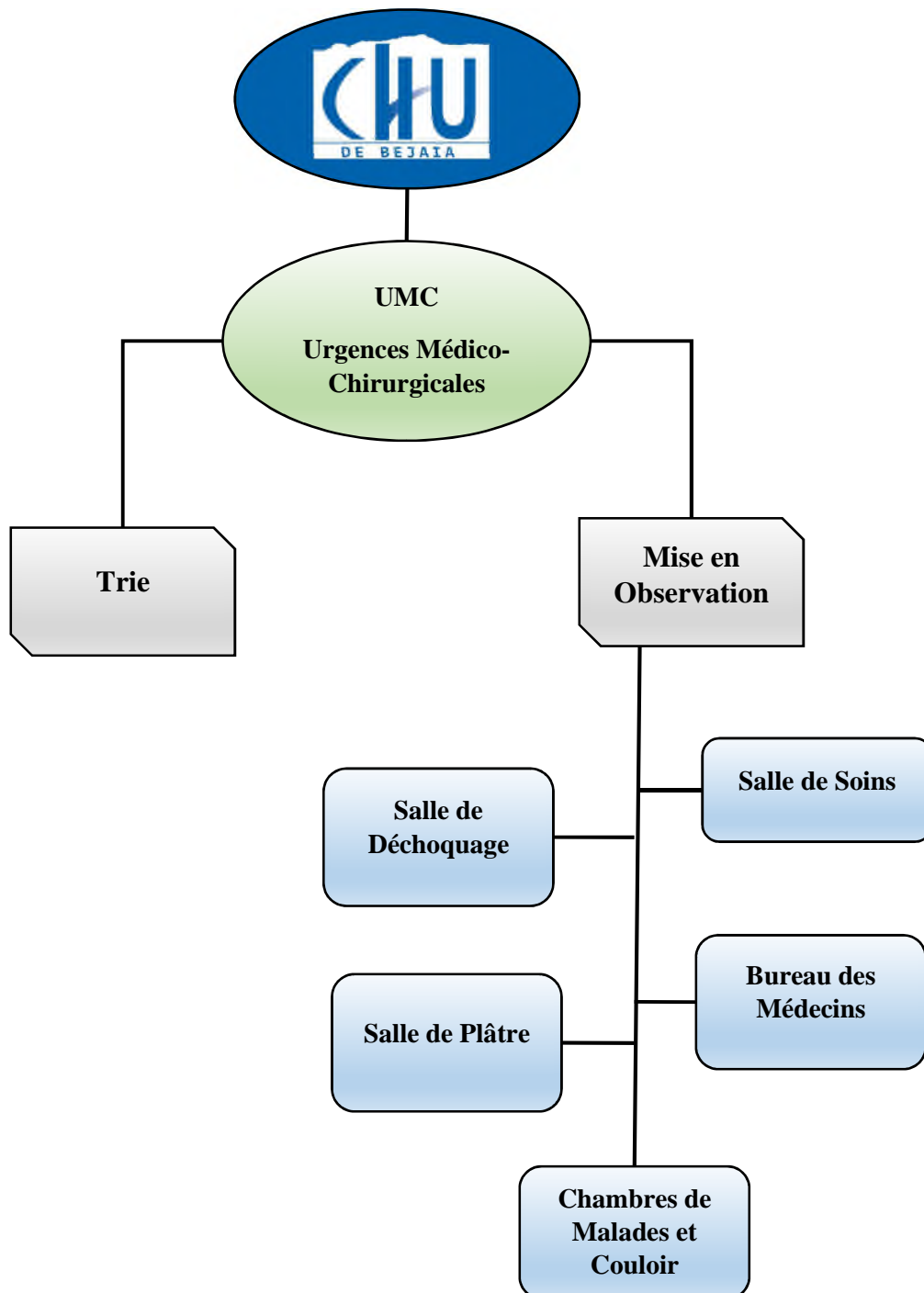
6 = Chaque jour

01 - Je me sens émotionnellement vidé par mon travail	0	1	2	3	4	5	6
02 - Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail	0	1	2	3	4	5	6
03 - Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail	0	1	2	3	4	5	6
04 - Je peux comprendre facilement ce que mes patients Ressentent	0	1	2	3	4	5	6
05 - Je sens que je m'occupe de certains patients de façon impersonnelle, comme s'ils étaient des objets	0	1	2	3	4	5	6
06 - Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'efforts	0	1	2	3	4	5	6
07 - je m'occupe très efficacement des problèmes de mes patients	0	1	2	3	4	5	6
08 - Je sens que je craque à cause de mon travail	0	1	2	3	4	5	6
09 - J'ai l'impression à travers mon travail d'avoir une influence positive sur les gens	0	1	2	3	4	5	6
10 - Je suis devenue plus insensible aux gens depuis que j'ai ce Travail	0	1	2	3	4	5	6
11 - je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	0	1	2	3	4	5	6
12 - Je me sens plein(e) d'énergie	0	1	2	3	4	5	6
13 - Je me sens frustré(e) par mon travail	0	1	2	3	4	5	6
14 - Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail	0	1	2	3	4	5	6
15 - Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes patients	0	1	2	3	4	5	6
16 - Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop	0	1	2	3	4	5	6
17 - J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes patients	0	1	2	3	4	5	6
18 - Je me sens ragaillard(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de patients	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 certains de mes patients me rendent responsable de certains de leurs problèmes	0	1	2	3	4	5	6

Annexe 3 : Organigramme du CHU de Bejaïa.



Organigramme des UMC de Bejaïa



Annexe 4 : Lettre de motivation pour accéder au terrain.

LE BINOME :

AISSOU OMAR.

BEJAIA, LE 18/10 /18

YAZID LYES.

A MONSIEUR LE DIRECTEUR DE CHU

KHELLIL AMRANE BEJAIA.

**OBJET : Fiche d'engagement, en vue d'effectuer, le stage
pratique(Enquête) au sein de votre Etablissement.**

Monsieur,

Nous avons l'insigne honneur de vous demander de bien vouloir, nous accorder notre demande d'effectuer notre stage au sein de votre Etablissement, chose qui nous tient tout particulièrement à cœur.

A cet effet, nous portons à votre connaissance que nous sommes des jeunes étudiants et inscrivent en M2 sociologie du travail et des Ressources Humaines, à l'UNIVB.

Ce stage fait partie de l'élaboration d'un mémoire (enquête) de fin de cycle (Master) sous le thème provisoire: « le développement de burn out, et son impact sur l'exercice professionnel chez le personnel médical de services des UMC. »Particularité de CHU KH. A, de BEJAIA.

Nous vous prions de bien vouloir répondre objectivement à notre souhait afin de collecter et réunir les données nécessaires pour la réalisation de cette étude, vous pouvez être assuré que l'anonymat de vos réponses sera gardé. Elles

Annexe 4 : Lettre de motivation pour accéder au terrain.

seront traitées confidentiellement et serviront exclusivement à des fins de recherche scientifique.

Monsieur, notre ambition que nous sommes fondés sur votre compréhension, si nous adressons à votre personne et si nous devons passer cette expérience de notre vie pour une durée donnée, nous souhaiterions que ça soit dans cet Etablissement et cela dans le souci des préoccupations qu'ils nous incombent de prendre en charge.

La problématique de comment s'impacte-t-il le burn out, sur l'exercice professionnel des médecins, dans un milieu d'urgences, confronté à la prise en charge des cas urgenciers, service /UMC ; d'une manière rapide et sûre, chose qui entraîna la notion du travail dur et mourir tôt ou trop jeunes. Syndrome de karochi, chose qui conduira à l'épanouissement de votre corps médical.

Pour ces raisons et nous passerons pour plusieurs d'autres, nous vous serons gré, monsieur de bien vouloir nous y répondre favorablement vous prions de croire à notre considération distinguée.

NOUS VOUS REMERCIONS D'AVANCE POUR VOTRE ACCORD,
ASSISTANCE ET COOPERATION.

LES INTERESSES.

Le visa et la signature de l'organisme d'accueil :

Résumé.

Résumé :

Dès son apparition dans le champ scientifique. Le syndrome d'épuisement professionnel-appelé communément burn-out.- repris en Arabe : « AL IDJHAD AL MIHANI¹», nuit à l'image et l'identité professionnel des urgentistes ; étant le résultat élargi de stress professionnel.

De ce fait l'objectif de cette étude est d'évaluer empiriquement chez les médecins des UMC de Bejaïa. Le phénomène en fonction de moult variables sociodémographiques telle l'âge et le sexe enfin l'expérience professionnelle. Et ce, par plusieurs techniques, de l'un il s'agit de notre guide d'entretien qui contient une section arrêtée pour le test MBI de Maslach. De deux le recours à l'usage de coefficient de Spearman pour mesurer d'emblée la corrélation entre le B.O et respectivement -l'âge -l'expérience professionnelle.

Il est à témoigner que la masse des enquêtés souffrent de ce syndrome à des degrés nuancés.

Mots clés : l'E.P- médecins urgentistes- les UMC- test MBI- coefficient de Spearman-variables sociodémographiques ou quantitatives.

¹ « AL IHTIRAQ ANAFSSI » ne représente pas l'E.P, plutôt l'épuisement émotionnel ; l'une des composantes de premier suffisamment travailler par la chercheuse Maslach.
