



جامعة بجاية  
Tasdawit n'Bgayet  
Université de Béjaïa

*Université Abderrahmane Mira Bejaia*

*Faculté des sciences humaines et sociales*

*Mémoire de fin de cycle*

*En vue de l'obtention du diplôme de master*

*Option : psychologie clinique*

## **Thème**

**Syndrome du Burn-out et Empathie chez les psychologues cliniciens praticiens dans les établissements publics intervenant pendant la crise sanitaire Covid-19**

Etude réalisée auprès de 32 psychologues cliniciens praticiens exercent dans CHU de Béjaïa , EPH Khrrata, EPH d'Akbou, EPSP de Tazmalt, EPH M'chadallah, CHU d'Alger , CHU de Tizi-Ouzou

**Réalisé par :**

BOUALAM Siham

BENMOULOUD Naima

**Encadrer par :**

Dr. HATEM Wahiba

Année universitaire : 2020-2021

## **Remerciements**

*Nous remercions dieu le tout puissant de nous avoir accordé la force, la santé, la volonté et le courage de réaliser ce travail.*

*Au terme de ce travail, on tient à exprimer notre profonde gratitude et nos sincères remerciements à notre encadrant universitaire, Dr. HATEM wahiba pour tout le temps qu'elle nous a consacré, ses sacrifices, ses précieux conseils, et pour la qualité de son suivi durant toute la période de ce travail.*

*On tient aussi à remercier vivement l'ensemble de membres de jury qui ont accepté d'examiner et dévaluer notre travail*

*On remercie également tous les enseignants du département des sciences sociales en particuliers les enseignants de psychologie clinique.*

*Nous souhaitons à remercier également l'ensemble du personnel des sept établissements où on a effectué notre recherche à savoir CHU Bejaia, l'EPH D'Akbou, l'EPH KHarrata, l'EPSP Tazmalt, l'EPH M'chedallah, CHU D'Alger et CHU de Tizi-Ouzou.*

*Un grand merci à tous les psychologues cliniciens praticiens qui ont participé à notre recherche, qui nous ont donné de leur temps, qui nous ont accordé leur consentement pour la réalisation de ce travail et qui ont fait preuve de bonne volonté car Sans eux notre travail n'aurait pas été effectué.*

*Enfin, je dirais merci à tous ceux qui ont contribués de près ou de loin à la réalisation de ce modeste travail.*

**A VOUS TOUS MERCI**

## **Dédicace**

*Toutes les lettres ne sauraient trouver les mots qu'il faut... tous les mots ne sauraient exprimer la gratitude, l'amour, le respect, la reconnaissance aussi,*

*c'est*

*Tout simplement que je dédie ce modeste travail.*

*A mes cher parents, ma mère Lila qui m'a donné la vie, qui s'est sacrifié pour mon bonheur et ma réussite, mon père, Boualem qui a été mon ombre durant toutes les années des études, qui a veillé à me donner l'aide, a m'encourager et me protéger, que dieu les gardes et les protèges.*

*Puisse dieu faire en sorte que ce travail port son fruit A ma chère grand-mère Zouina, et mon grand-père Boubaker que dieu les accueille dans son vaste paradis.*

*A mes chères sœurs « Faiza, Salwa, Kahina » pour leurs encouragements permanents, et leur soutien moral A mes chers frères « Cherif, Hamza, Lyes » pour leurs appuis et leurs encouragements.*

***Siham***

## ***Dédicace***

*Avec l'expression de ma reconnaissance, je dédie ce modeste travail à ceux*

*Qui, quels que soient les termes embrassés, je n'arriverais jamais à leur*

*Exprimer mon amour sincère.*

*A l'homme, mon précieux offre du dieu, qui doit ma vie, ma réussite*

*Et tout mon respect, mon cher père Hocine.*

*A la femme qui a souffert sans me laisser souffrir,*

*Qui n'a jamais dit non âmes exigences et qui n'a épargné aucun effort*

*Pour me rendre heureuse mon adorable mère Massouda*

*A mes chères sœurs « Hayat, Sara » qui savent toujours comment*

*Procurer la joie et le bonheur pour toute la famille.*

*A mes chers frères « Samail, Abdarrahmane, Samir, Nadjib »*

*Pour leurs amours et leurs encouragements.*

*Puisse Dieu vous donne santé, bonheur, courage et surtout réussite*

*A tous ceux que j'aime et ceux qui m'aiment.*

***Naima***

## SOMMAIRE

Introduction : .....	1
----------------------	---

### **Problématique et hypothèses**

Problématique.....	4
--------------------	---

### **Partie théorique**

#### **Chapitre I : La profession du psychologue Clinicien**

Préambule : .....	12
I. Psychologie clinique : .....	12
1-Définition .....	12
1.1 la psychologie : .....	12
1.2 Psychologie clinique.....	12
2-Histoire de la psychologie clinique.....	13
3-Les pères fondateurs : .....	13
4-Psychologie clinique en Algérie : .....	14
5-Les méthodes cliniques : .....	14
II- La profession du psychologue clinicien :.....	16
1-Définition de la profession du psychologue clinicienne : .....	17
2-L'identité pour des psychologues : .....	17
3- Le code de déontologie des psychologues .....	18
4-La responsabilité du psychologue : .....	19
5- Les compétences du psychologue : .....	20
Synthèse : .....	21

#### **Chapitre II : *Le BURN OUT***

Préambule : .....	23
1-Définition .....	23
2-Histoire du burn-out : .....	24
3-Les concepts de burn out : .....	25
4-Les dimensions du burn-out : .....	26
5- Les symptômes du burn out : .....	27
6-Les étapes d'installation de burn out : .....	28
7-Les facteurs du burn out : .....	29
8- Les approches de burn out : .....	30
9-Les conséquences de burn out : .....	31

10-Le burn out et les troubles psychiatriques : .....	32
11-Prise en charge thérapeutique de burn out : .....	34
Synthèse : .....	38

### **Chapitre III : L'empathie**

Préambule : .....	40
1.Définition .....	40
2. Les cinq degrés de l'empathie .....	40
3. Les limites de l'empathie: froideur et excès .....	41
4. L'excès d'empathie.....	42
5. L'importance de l'empathie dans la prise en charge de certaines pathologies.....	43
5-1 Les pathologies de l'enfant .....	43
5-2 Les pathologies adultes .....	44
6. Empathie en psychothérapie.....	45
6-1 Une source essentielle de l'efficacité thérapeutique .....	45
6-2 Entretien motivationnel .....	45
6.3 Attitude empathique .....	45
6-4 Méthode consciemment directive.....	46
7. L'effet de l'empathie sur le patient et leurs poches.....	46
7-1 Effets psychologiques .....	46
7-2 Effets sur la santé physique .....	46
7-3 Effets sur l'observance .....	46
7-4 Effets en termes judiciaires .....	46
Synthèse: .....	47
Chapitre IV .....	1
La covid-19 .....	1
Préambule : .....	49
1-Définition du la COVID-19 : .....	49
2-Histoire du la COVID-19.....	50
3-Signes et symptômes du la COVID-19.....	51
4-Les causes du la COVID-19.....	51
5- Les voie de transmission du la COVID-19 .....	52
6-Diagnostic du la COVID-19 : .....	53
7-Conséquences du confinement du au covid-19 sur la santé mentale : .....	54
8-Prise en charge du la COVID-19 : .....	55

Synthèse : .....	58
------------------	----

## **Partie pratique**

### **Chapitre V : La méthodologie de la recherche**

Préambule : .....	61
1-La méthodologie de la recherche : .....	61
2-Lieux de recherche : .....	63
3- Groupe de recherche : .....	64
4-Outils de recherche: .....	67
5- Déroulement de la recherche : .....	72
5-1 Pré-enquête : .....	72
5-2 L'enquête : .....	73
6-Difficultés de la recherche : .....	74
Synthèse : .....	74

### **Chapitre VI : Présentation et analyse des résultats et discussion des hypothèses**

Préambule : .....	76
I-Présentation et analyse des cas : .....	77
Cas N° 1 : Djamilia (illustrative).....	77
Cas N° 2 : Toufik .....	81
Cas N° 3 : Hinda.....	84
Cas N° 4 : Brahim .....	87
Cas N° 5 : Bahia .....	90
Cas N° 6 : Célia.....	93
II- Discussion des hypothèses : .....	97
Synthèse : .....	105
Conclusion : .....	107

Liste des références

Annexe

## **La liste des tableaux :**

Tableau 1 : Les caractéristiques des sujets du groupe de recherche : .....	65
Tableau 2 : Les dimensions du burn out .....	69
Tableau 3 : Les options de réponses au MBI .....	70
Tableau 4 : La cotation de chaque question se fait en termes de fréquence de 1 à 4 :.....	71
Tableau 5 : Quotient empathique (EQ) de Simon baron cohen : .....	71
Tableau 6 : Résultats du questionnaire MBI : .....	79
Tableau 7 : Résultat de l'échelle de burn out (MBI).....	82
Tableau 8 : Résultat de l'échelle du burn out (MBI).....	85
Tableau 9 : Résultats de Brahim à l'échelle MBI .....	88
Tableau 10 : Présentation et analyse des résultats échelle MBI de Mme Bahia .....	91
Tableau 11 : Présentation et analyse des résultats échelle MBI.....	94

## **La liste des figures représentant les résultats au MBI**

Figure 1 : représentant les résultats au MBI du cas Djamila :.....	80
Figure 2 : représentant les résultats au MBI du cas Toufik :.....	83
Figure 3 : représentant les résultats au MBI du cas Hinda :.....	86
Figure 4 : représente les résultats au MBI du cas Mr Brahim :.....	89
Figure 5 : représentant les résultats au MBI du cas de Bahia.....	92
Figure 6 : représentant le cas Célia : .....	95
Figure 7 : résultats obtenus à l'échelle MBI.....	102

## La liste des annexes

N° de l'annexe	Titre
Annexe N°1	Guide d'entretien semi-directif
Annexe N°2	Échelle MBI
Annexe N°3	Questionnaire de quottion empathique EQ

## **Liste des abréviations :**

**CHU** : Centre hospitalier universitaire.

**EPSP** : Etablissement public de santé de proximité

**EPH** : Etablissement public hospitalier.

**OMS** : Organisation mondiale de la santé.

**SEE** : Score de l'épuisement émotionnel

**SDE** : Score de dépersonnalisation

**SAP** : Score de d'accomplissement personnel

**TCC** : thérapie cognitivo-comportement

### Introduction :

Bien que parfois qualifié de « maladie du siècle », le burn out n'inspire guère de mesures préventives et, pour la majorité des personnes atteintes, ce mal-être reste un tabou. Les professionnels de la santé représentent une population à risque et n'en sont que rarement conscients, et parmi ces professionnels les psychologues cliniciens praticiens.

Le métier des psychologues cliniciens du secteur public est un travail délicat et ardu. Dans cette optique, ils sont exposés à la souffrance psychologique au travail, en raison notamment de fréquentation des patients qui souffrent de tous types de troubles psychologiques, ainsi qu'à des conditions de travail qui sont défavorables pour exercer leurs métiers. De ce fait, cette souffrance psychologique engendre éventuellement des pathologies professionnelles qui mènent à des conséquences néfastes sur les plans psychologique et physique.

Toutes les catégories socioprofessionnelles vivent actuellement une tension au sein de leur milieu professionnel à cause de la propagation de la covid-19 à travers le monde entier.

De ce fait, on a réalisé une étude sur le burn out chez les psychologues cliniciens praticiens pendant la covid-19, on a choisi l'étude de cas et la méthode descriptive quantitative pour essayer de répondre aux questions de la problématique, en utilisant un entretien semi-directif et une échelle de(MBI) et le questionnaire (EQ) d'empathie

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

Ensuite, on a abordé la partie théorique de notre étude qui se compose de quatre chapitres : le premier chapitre intitulée « la profession de psychologue » contient deux parties, la première partie intitulée : définition de la psychologie, définition de la psychologie clinique, aperçu historique, les pères fondateurs de la psychologie clinique, la psychologie clinique en Algérie enfin les méthodes de la psychologie clinique. La deuxième partie intitulée : définition du psychologue clinicien, leur identité, leur code déontologique, leurs responsabilités, et enfin leurs compétences.

Le deuxième chapitre intitulé « le burn out » contient les éléments suivants : définition du burn out, aperçu historique du syndrome du burn out, ses concepts, ses dimensions, ses symptômes, ses étapes d'installation, les facteurs de risque liés à l'apparition du burn out, les théories

explicatives du burn out, ses conséquences, les troubles psychiatriques liés au burn out, et enfin la prise en charge thérapeutique.

Le troisième chapitre intitulé « l'empathie » contient : définitions de l'empathie, les degrés de l'empathie, ses limites, L'excès d'empathie, l'importance de l'empathie dans la prise en charge de certaines pathologies, empathie en psychothérapie, les effets de l'empathie sur le patient et ses proches.

Le quatrième chapitre intitulé «la covid-19 » contient : définition du covid-19, aperçu historique, ses symptômes, les causes du covid-19, ses voies de la transmission, diagnostic du covid-19, les effets de confinement dû où covid-19 sur la santé, et à la fin la prise en charge du covid-19

Dans la partie pratique, nous nous sommes intéressées à la pratique de la recherche, qui se compose de deux chapitres : le premier chapitre porte sur la méthodologie que nous avons suivie tout au long de la réalisation de notre travail, à savoir : la démarche qualitative, la démarche quantitative, et les trois outils d'investigation. La présentation du groupe de recherche et les lieux de recherche dans lesquels nous avons rencontré nos sujets, son déroulement et en fin les difficultés qu'on a rencontré tout au long de la réalisation de notre travail.

Enfin, nous avons consacré notre dernier chapitre à la présentation des résultats, leurs analyses et la discussion des hypothèses, en essayant d'apporter une réponse à nos questions de recherche posées au début de notre travail pour confirmer ou infirmer nos hypothèses, suivi d'une conclusion générale, puis la liste des références ainsi que les annexes.

# **Problématique et hypothèses**

### Problématique

Les épidémies ont probablement existé, dès le début de la préhistoire humaine, Le monde a été témoin de plusieurs virus et certains d'entre eux ont été mortels. Éliminer ces virus n'ont pas été facile car cela a demandé beaucoup d'efforts de la part des médecins et tous les professionnels de la santé.

Après avoir combattu avec succès ces virus ; le monde s'est réveillé avec un nouveau virus Coronavirus (covid-19). 2020 est une année pas comme les autres où la covid-19 a confiné le monde, a bouleversé tous les objectifs personnels ou professionnels.

Le 31 décembre 2019, la Chine a fait état d'un agrégat de cas de syndromes respiratoires aigus sévères qui se sont avérés quelques jours plus tard être causés par un nouveau coronavirus. La propagation du virus a mené l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le 11 mars 2020, a déclaré une pandémie d'ampleur inégalée depuis plus d'un siècle. (INSP Québec., 2021)

Le 12 Avril 2021, des cas de la maladie ont été recensés dans plus de 180 pays ou territoires sur les six continents. Ce même jour, on dénombrait 136.6 millions de cas de covid-19 dans le monde, dont 90.329 en Chine qui était, jusqu'à la fin du mois de mars le pays le plus impacté, mais qui semble avoir aujourd'hui totalement contrôlé l'épidémie, les États-Unis, qui comptent 31.9 millions de contaminations au coronavirus et 574.829 victimes, la France aussi fait partie des principaux foyers mondiaux avec 5.1 millions de cas recensés et 98.909 décès. (Moyou E., 2021, pp.1-2)

La pandémie de covid-19 n'est pas seulement la plus grande crise sanitaire mondiale mais aussi une crise humanitaire, socio-économique, de sécurité et des droits humains. La pandémie qui sévit nous interroge sur le monde de demain et sur l'influence qu'elle aura dans un futur proche et lointain, sur la santé physique ou bien la santé psychique qui doivent être protégés par les professionnels de la santé, et parmi ces professionnels les psychologues qui jouent un rôle primordial et très important pour maintenir la santé mentale des personnes.

Les psychologues sont perçus avant tout comme des cliniciens (conseiller, diagnosticien ou encore thérapeute), Le psychologue est caractérisé comme un professionnel à l'écoute ; susceptible de penser, comprendre et d'aider (Contrath P. et Ouazzani M., 2020, pp.5\_6)

D'autre part, les personnes elles-mêmes sont aussi en mesure de préserver leur bien-être et leur équilibre psychique, afin de mieux gérer ces périodes de crise. Mais pendant cette situation de covid amenée à durer et qui demande plus d'effort, les psychologues cliniciens sont soumis à de multiples facteurs stressants voire traumatisants qui les exposent à un risque majoré d'anxiété et d'épuisement, pouvant générer un état de souffrance psychique, voire des symptômes dépressifs ou encore un trouble de stress post-traumatique pendant et dans les suites de la crise.

Alors que la pandémie de covid 19 continue de progresser dans le monde entier, et comme tout un chacun, les psychologues font face aux effets du confinement, que ce soit pour eux-mêmes ou pour leurs proches. Ils ont eux aussi à repenser leurs prises en charge en proposant des consultations à distance pour maintenir le lien avec leurs patients, ou en aménageant leur cadre de travail en institution. D'autres enfin se sont regroupés, parfois bénévolement, autour de dispositifs, ou d'initiatives plus individuelles, locales ou collectives. Mais ils se sont, aussi et surtout, retrouvés à vivre des situations, des bouleversements et des craintes partagés avec leurs patients (Contrath P. Et Ouazzani M., 2020, p.2)

Parmi ceux qui ont la chance d'avoir conservé un travail rémunéré, certains avaient peut-être déjà du mal à maintenir l'équilibre entre la vie professionnelle et vie personnelle avant même l'apparition de la pandémie. Dans ce cas, les bouleversements et le stress provoqué par la covid auront certainement aggravé une situation déjà compliquée. Aussi n'est-il pas surprenant que beaucoup se sentent épuisés et dépassés et cela peut mener à un burn out.

Le burn-out est un terme à la mode qui orne régulièrement les « unes » des quotidiens ou des magazines consacrés à la santé ou aux questions de société. Pourtant, il s'agit d'un terme qui nous vient d'outre-Atlantique, introduit par Bradley (1969) pour qualifier des personnes présentant un stress particulier et massif en raison de leur travail. Très vite repris par Freudenberg (1974) et Maslach (1976), le burn-out a connu une expansion que l'on peut qualifier de fulgurante puisque différents groupes de professionnels de domaines variés se le sont tour à tour approprié : les infirmières, les médecins, les enseignants, les assistants sociaux et, de manière globale, toutes les personnes dont l'activité implique un engagement relationnel. (Boudoukha A., 2020, p.20)

Le burn-out (que l'on appelle aussi « épuisement professionnel ») désigne un état d'épuisement causé par un stress excessif et prolongé lié au travail. Le burn out est le résultat à long terme d'un épuisement progressif des ressources nécessaires au travail, qui se caractérise par l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation, l'échec de l'accomplissement personnel. Ces signes caractéristiques ont été découverts par Christina Maslach, (Grebot E., 2008, p.108)

Le burn out apparaît généralement lentement. Même si nous ne vivons pas tous les jours une pandémie mondiale provoquant subitement un bouleversement et des inquiétudes dans nos vies professionnelle et personnelle, la pandémie de COVID-19 ayant considérablement augmenté le niveau de stress, le nombre de personnes en burn out risque bien d'augmenter également. C'est pour cette raison (et parce que l'on a souvent tendance à ne pas remarquer que l'on s'épuise au fil du temps) qu'il est particulièrement important de comprendre comment se manifeste le burn out afin d'en reconnaître les signes le plus tôt possible.

Une étude réalisée en France en 2020, indique que le phénomène s'est aggravé au fil des années, le pourcentage de praticiens présentant des symptômes du burn out était de 30%, contre 49% aujourd'hui, 56% des femmes médecins âgés de 40 à 54ans et 44% des hommes médecins, 56% des médecins âgés de 25 à 39ans, 52% des médecin âgés de 55 à 73ans. D'après cette étude aussi pour 63% des médecins en burn out, la crise de covid-19 à augmenter la sévérité de leurs symptômes (DuqueruV., 2020)

En Algérie, les études sur le burn out constituent un nouveau domaine si bien que très peu de recherches ont été réalisées sur le sujet, en dépit des quelques études dont celle de M .Chakali(2009) auprès du personnel soignant du centre anticancéreux de l'hôpital Frantz Fanon à Blida , et celle réalisé par le médecin psychiatre M. Boudarene auprès des agents de polices dans la wilaya de Tizi- Ouzou(2004), celle de M. Ouchen(2005) sur les sapeurs-pompiers de la wilaya de Constantine, celle de N. Boulkroune(2007) sur les enseignants de supérieur, et également celle de Y. Benattia(2007) sur les infirmiers urgentistes de CHU de Constantine.(Benferhat A, 2009, PP .136-137). On cite aussi celle de A. Benferhat(2008) sur les médecins de la région centre d'Alger et les médecins d'Oran, aussi celle de N. boussouf(2018) sur les étudiants en médecine de Constantine. (Abdellatif K., 2019)

Selon Elisabeth Grebot, le burn out touche 9.3% des enseignants, 25% des soignants, 40% du personnel des services hospitaliers de pédiatrie et 48 % du personnel hospitalier infirmier. Le mythe du soignant parfait, qui hante beaucoup d'entre eux, est relayé par l'institution qui demande toujours plus de dévouement et de don de soi, malgré des conditions de travail difficiles ; et la moitié des médecins libéraux bourguignons et un tiers d'entre eux manifeste une déshumanisation dans la relation avec leurs patients. (Grebot E., 2008, pp.117\_118)

Le psychologue, par son écoute, donne à toute personne l'occasion de s'exprimer et d'être entendue pour ce qu'elle est, sans qu'un jugement moral soit porté.

Contrairement à beaucoup d'idées reçues, le psychologue ne cherche pas à savoir « tout » de la personne qui vient le voir. Il écoute, ne cherche pas à vérifier, ne fait pas la leçon. Il n'est ni enquêteur ni enseignant. Il est juste là pour que cette personne puisse dire ce qu'elle veut, sans

se sentir incomprise, sans se sentir gênée de ses pensées, de ses rêves, de tout ce que son imagination produit.

À base de tout ce qui a été avancé précédemment, nous nous demandons :

### **Questions de recherche**

1-les psychologues cliniciens praticiens ont-ils manifesté des symptômes du burn out pendant la covid-19 ?

2- les psychologues cliniciens praticiens ont-ils manifesté un manque d'empathie envers leurs patients ?

### **Les Hypothèses**

**1-** Les psychologues cliniciens praticiens ont manifesté des symptômes du burn out. Pendant la covid-19

**2-** L'empathie des psychologues cliniciens praticiens est affectée.

### **Objectifs de la recherche :**

Notre objectif est de mesurer la prévalence de burn out chez les psychologues cliniciens pendant la crise du covid-19, décrire leur empathie, déterminer les facteurs qui favorisant le burn out chez les psychologues et décrire les conditions qui contribuent à l'apparition de ce syndrome dans notre population d'étude.

### **Opérationnalisation des concepts :**

#### **Burn out:**

- Le burn out est un état de fatigue ou de frustration résultant du dévouement à une cause, à un mode de vie ou à une relation qui n'a pas donné les bénéfices escomptés qui a trois dimensions : épuisement émotionnel, dépersonnalisation et réduction de l'accomplissement personnel qui apparaît chez les individus impliqués professionnellement auprès d'autrui,

#### **- Psychologue clinicien :**

Le psychologue clinicien est un professionnel de la santé psychologique formé à l'analyse et la compréhension de la psychologie humaine, il participe au diagnostic et au développement psychologique de la personne. Il peut travailler dans le secteur public et le privé.

#### **Covid-19 :**

La covid-19 est une maladie respiratoire, infectieuse pouvant être mortelle chez les patients fragilisés par l'âge ou une autre maladie chronique. Elle se transmet par un contact rapproché avec des personnes infectées.

#### **Empathie :**

L'empathie est la capacité à se mettre à la place d'une autre personne pour comprendre ses sentiments. C'est la capacité à s'identifier à autrui et à épouser la perspective subjective d'autrui. C'est un trait distinctif qui nous rend si profondément humain, qui est à la source du raisonnement social et des comportements moraux. Il nous permet d'accéder à la subjectivité d'autrui par un mode de pensée de connaissance implicite

### **Le choix du thème :**

Les conditions de travail des professionnels des établissements de santé dépendent de l'intensité des efforts physiques et de l'environnement dans lequel ils exercent leur activité. Parmi les professionnels les plus exposés à l'usure professionnelle on trouve aussi les psychologues.

En effet, à travers notre enquête au sein des secteurs de la santé suivants : CHU Frantz Fanon, EPH Akloul Ali, EPSP Tazmalt, CHU Mohamed Nadir, CHU Mostapha Pacha ; on a pu observer dans cette catégorie professionnelle un sentiment de mal être et beaucoup de questionnement de leur part sur leurs conditions de travail et sur leur état de santé psychique et physique. Le choix de ce sujet a été motivé par le manque des travaux (ouvrages, articles, sondages...), la curiosité et la volonté de découvrir la réalité professionnelle des psychologues cliniciens, et surtout pendant cette période de crise sanitaire (covid-19), dans le but de nous préparer à la vie active. Accumuler l'ensemble des informations satisfaisantes pour mieux cerner ce syndrome professionnel.

# **Partie théorique**

**Chapitre I**  
**La profession du**  
**psychologue Clinicien**

**Préambule :**

La notion de la psychologie clinique fait actuellement débat, et n'est pas aussi linéaire que l'on pourrait le penser. Elle désigne cependant et avant tout une méthode autour de laquelle se retrouvent les psychologues cliniciens dont la discipline est bien distincte d'autres, comme la psychologie sociale ou encore la psychologie cognitive.

Le psychologue clinicien peut œuvrer dans le domaine social ou de la santé, en institution hospitalière ou extrahospitalière. Le secteur extrahospitalier couvre un grand nombre d'association sans but lucratif œuvrant pour les personnes souffrant de difficultés spécifiques, et ce, au niveau de la prévention, de la prise en charge et de la réhabilitation.

**I. Psychologie clinique :****1-Définition****1.1 la psychologie :**

La psychologie Vient de mot grec psuché « l'âme » et logos discours rationnel ou science, la psychologie est donc la science de l'âme.

Le mot psychologie fut principalement introduit par le philosophe allemand Wolff (1679-1754) pour désigner l'étude de manifestation de l'âme (mémoire, émotion)

De nos jours la psychologie concerne l'ensemble des processus mentaux et des comportements pèris par le cerveau comme la perception et la mémoire. (Bloch H. et al., 1999)

**1.2 Psychologie clinique**

Une approche de la psychologie clinique se caractérise par ce qui spécifie l'individu qui présente ou non les troubles psychiques dans sa singularité, à savoir sa vie affective, son objet est la réalité psychique. (Charron C. et al., 2020, PP.238- 235)

**2-Histoire de la psychologie clinique**

« Clinique » avait déjà une définition et qualifiait les pratiques médicales avant que n'apparaisse le terme « psychologie clinique ». La clinique médicale a servi de source d'inspiration cette nouvelle discipline de la psychologie. Mais la psychologie clinique n'est pas une spécialité fondée sur des faits objectivables, matériels, soumis à des lois biologiques.

D'emblée, elle s'insère dans une histoire qui, au XIXe siècle procède à la mise en place de schéma d'individualisation ; de normalisation ; d'assujettissement des individus à l'intérieur des systèmes sociaux qui visent à corriger ; contrôler ; ceux qui échappent à la souveraineté des institutions comme l'école, l'atelier, l'armée (Foucault 1973-1974). La nécessaire vigilance théorique et pratique de la psychologie clinique quand un rôle que l'on peut vouloir lui faire jouer est toujours d'actualité. Si l'on suit M. Foucault ; les mutations du regard sur la folie, du moyen âge au XIX siècle, fondent la possibilité de prendre l'homme lui-même comme objet de connaissance. Au XIX siècle, le fou n'est plus l'incarnation de la bestialité, ni celui que l'on repousse, mais celui que l'on considère comme étranger à lui-même en le culpabilisant d'être celui qu'il est. Toute position anthropologique et épistémologique est la condition d'apparition des sciences de l'homme, notamment de la psychologie. La psychologie clinique et la psychopathologie sont d'une certaine manière, les premières psychologies. (Pedenielli J.,2012,p.9)

**3-Les pères fondateurs :****Lightner witmer (1867-1956) :**

Fonde en 1896 aux USA la première « psychological clinic » dans laquelle il soigne des enfants handicapés mentaux, il présente « sa » nouvelle discipline à l'American psychological association (APA) en employant les termes « psychologie clinique » et « méthode clinique ». Toutefois, son action n'a eu qu'un faible retentissement ; en 1919, seulement, l'APA ouvre une section clinique, les psychologues cliniciens ayant pour tâche l'étude des cas individuels, la contribution au diagnostic, la réalisation de bilan, les thérapies individuelles ou de groupe.

**Pierre Janet (1851-1947) :**

A évoquer à plusieurs reprises la psychologie clinique et, en 1887, au début du tome de névroses et idées fixes, il mentionne pour la première fois ce terme, dans un sens proche de celui de psychologie médicale : elle est destinée aux médecins s'occupant de maladies mentales et édiflée par la philosophe « psycho philosophie ». Il l'évoque encore dans de l'angoisse à L'extase (1926) et annonce un recueil d'articles qui ne parut jamais dont le titre aurait été mélanges de psychologie clinique. C'est l'ensemble de son œuvre qui constitue, sans qu'il

revendique le mot, une succession de travaux de psychologie clinique dans la mesure où il tente de promouvoir une réflexion psychologique : critique de l'excès de rationalité, intérêt soutenu pour le particulier et pour le fait, recoures à l'observation fine, savoir constitué à partir de l'étude exhaustive de cas( plusieurs de ses textes sont fondés sur l'étude approfondie de cas), critique des recherches en laboratoire qui isolent les variables et les faits.

**Sigmund Freud (1856-1939) :**

Emploi le terme psychologie clinique dans une lettre à Fliess (30-01-1899) : « maintenant la connexion avec la psychologie telle qu'elle se présente dans les études sur l'hystérie sort du chaos ; j'aperçois la relation avec le conflit, avec la vie, tout ce que j'aimerais appeler psychologie clinique. Il s'agit, comme chez Janet, d'une application des connaissances psychologiques aux données de l'expérience clinique. Le terme lui-même est absent de son œuvre, mais ses préoccupations, sa méthode, et sa démarche seront qualifiées de « psychologie clinique » : il représente un modèle pour sa référence à l'analyse des cas individuels dans la production des théories la méthode, le recours à l'intelligibilité des conduites et la mise en évidence font de son œuvre une source d'inspiration. (Pedenielli J., 2012, pp.11-12)

**4-Psychologie clinique en Algérie :**

Selon Nini, cité par Benamsili, il y a quelques années, la licence en psychologie clinique était préparée en quatre années d'études et sanctionnée par la rédaction d'un mémoire de fin d'études sous la direction d'un enseignant et soutenu devant un jury composé essentiellement d'enseignants en psychologie clinique. Au bout de ces quatre années d'études et une fois le mémoire de fin d'études soutenu, l'étudiant est enfin détenteur d'un diplôme qui est la licence en psychologie clinique qui lui ouvre automatiquement l'accès à la vie professionnelle et même à la pratique de cette profession. Avec les multiples réformes qu'a subies la formation universitaire, nous ne sommes plus dans cette optique d'une licence en quatre années. En effet, nous sommes passés d'une licence en quatre années à une licence en trois années dans le système LMD. Enfin, avec les toutes dernières réformes, nous sommes arrivés à une licence en deux années à cause du socle commun propre aux sciences humaines et sociales, pour finir enfin avec une licence en une année à cause de l'année de tronc commun dans laquelle on partage des unités d'enseignement avec toutes les autres spécialités de psychologie. (Benamsili, 2019)

**5-Les méthodes cliniques :****L'entretien clinique :**

Est le principal instrument dont nous disposons, dans l'évaluation comme dans la thérapie, est une pièce essentielle de la consultation psychologique qui se joue à deux (le sujet et le

psychologue), le travail de celui-ci consiste à savoir recevoir et écouter le discours que lui tient le sujet, mais aussi à l'en susciter.

L'entretien clinique utilisé tant dans la pratique (diagnostique ou thérapeutique) que dans la recherche, mais sa forme et sa finalité ne sont pas les mêmes. (Pedenielli J., 2012, pp.38-39)

**a) test, questionnaires et échelles :**

**1) test :** est sans doute l'outil qui paraît spécifique de psychologue, puisqu'il est le seul à posséder les connaissances permettant son interprétation. Il est une « situation standardisée servant de stimulus à un comportement qui est évalué par comparaison statistique avec celui d'individus placés dans la même situation, afin de classer le sujet soit quantitativement, soit typologiquement ». Il y a de nombreux tests distingués par leur objet d'étude : les tests d'aptitude ou (instrumentaux) qui visent à décrire un phénomène précis et bien circonscrit (par exemple : l'attention ; la mémoire) ; les tests de développement qui analysent l'évolution des compétences (graphique, motrice), les tests d'intelligence ou (cognitifs) qui sont souvent des batteries, c'est-à-dire une succession d'épreuves autonomes, les tests de personnalité qui se décomposent en test objectif comme les inventaires de personnalité et en méthodes projectives. Le but des tests est de faire apparaître ce que les entretiens ne permettraient pas de repérer précisément, de fournir des résultats valides et objectifs. (Pedenielli J., 2012, p.52)

**2) les échelles :** les échelles d'évaluation se distinguent des tests psychométriques car elles ne comparent pas le sujet les uns aux autres, mais donnent une note et elles ne confrontent pas systématiquement les sujets au même matériel. Il existe deux formes des échelles : échelles d'hétéro-évaluation, remplies par le clinicien, et d'auto-évaluation remplies par le sujet. Elles servent, en clinique comme en recherche, à qualifier et quantifier, de manière standardisée et précise, un état ou un trait en vue d'un diagnostic d'un examen des effets d'un traitement, ou d'une analyse des processus.

Une échelle doit posséder trois qualités « métrologiques » : sa validité repose sur le fait qu'elle mesure bien ce pourquoi elle est constituée et rien d'autre. La fidélité implique que l'échelle donne des résultats comparables dans des situations identiques. La sensibilité dépend de la capacité à noter des variations entre des états différents. (Pedenielli J., 2012, p.55)

**b) l'observation clinique :**

L'observation est définie comme l'action de considérer avec une attention suivie la nature, l'homme, la société, afin de les mieux connaître. Elle vise à faire l'inventaire du réel, mais elle ne doit relever que ce qui lui paraît pertinent et significatif ; il n'y a pas d'observation

entièrement naïve. Toute observation est guidée par des principes et opère un choix : séquences de comportement ou des discours à retenir.

En psychologie clinique le terme « observation » est ambigu puisqu'il désigne à la fois l'activité d'identification, de description des comportements et la présentation rapide d'un cas : une observation de malade est une étude singulière à laquelle on ne donne pas le terme « étude de cas ». L'utilisation de l'observation comme méthode de recule est, en clinique, souvent nécessaire. (Pedenielli J., 2012, Pp.56-57)

**c) les méthodes graphiques :** l'approche du sujet repose aussi sur l'analyse de ses productions, ce que Lagache appelait les « techniques documentaires » : dessins, journaux intimes, voire documents scolaires. Ces productions ont en commun de n'être ni du langage oral, ni des comportements observables, mais des traces souvent graphiques. (Pedenielli J., 2012, pp.60 - 61)

**d) l'étude de cas :**

L'étude de cas vise « non seulement à donner une description d'une personne, de sa situation et de ses problèmes, mais elle cherche aussi à en éclairer l'origine et le développement, l'anamnèse ayant pour objet de repérer les causes et la genèse de ces problèmes »(Huber1993). Mais à cette conception pragmatique qui met en avant la recherche holistique des éléments en s'intéressant plus à l'individu qu'au symptôme, d'autres auteurs préfèrent des définitions plus larges. Ainsi C.Revault d'Allonnes(1989) insista-t-elle sur la notion' « histoire de vie ».

L'étude de cas est une forme de recueil et intégration des données supposant que dans l'approche d'un problème l'on se fixe comme objectif de comprendre une personne et non pas seulement le problème ou le symptôme, mais elle est aussi une construction du clinicien qui répond à certains principes. Elle se fonde sur plusieurs ordres de données : entretien, observation, informations anamnestiques. (Pedenielli J., 2012, p. P65)

## **II- La profession du psychologue clinicien :**

La formation du psychologue clinicien est axée sur l'étude du comportement humaine normale et pathologique sous ses multiples aspects (affectifs ; cognitifs ; sociaux ; développementaux ; etc.) au différent âge de la vie ; ils les décrivent, les comprennent et les expliquent à partir des connaissances scientifiques dont il dispose et de la démarche critique qu'il met en œuvre. Ce savoir-faire, issu de l'université, lui permet d'intervenir sur le fonctionnement psychologique et la gestion de la dimension psychique des êtres humains.

Les psychologues cliniciens se situent dans des formations de conception de méthodes et outils. Son travail sur le vécu et la subjectivité développe les capacités d'adaptation de ce

professionnel qui innove dans la formulation de sa réponse à l'évaluation de la demande des patients nécessite une prise en charge.

### **1-Définition de la profession du psychologue clinicienne :**

Le psychologue est associé à une approche clinique, à son rôle : quelqu'un qui aide, écoute, analyse, accompagne et soigne. Par ailleurs, le psychologue est décrit comme une personne faisant preuve d'empathie, ouverte et bienveillante, un expert qualifié et caractérisé par une certaine maturité et aptitude à l'introspection (, Contrath.P et Ouazzani.M, 2020, p27)

Les fonctions du psychologue clinicien sont multiples : traditionnellement, il participe au diagnostic (tests, entretiens) et au développement de la personne (conseil, soutien, psychothérapie). Il a souvent aussi des activités de prévention, d'information, de formation et de recherche. Les psychologues cliniciens se situent dans des formations de conception de ses méthodes et outils. Son travail sur le vécu et la subjectivité développe les capacités. (NorbertS., 2003, p.213)

### **2-L'identité pour des psychologues :**

Pour la profession de psychologue, une base de référents identitaires, certes mouvants et kaléidoscopiques, se dessine autour du trépied que représentent l'histoire de la psychologie inscrite dans le creuset des sciences humaines, le statut de profession réglementée par décret liant le psychologue est associé à une approche clinique, à son rôle : quelqu'un qui aide, écoute, analyse, accompagne et soigne. Par ailleurs, le titre au diplôme universitaire et la déontologie porteuse de valeurs partagées. L'étudiant en psychologie va intégrer progressivement cette identité à partir de nombreuses sources. Ces sources seront plus ou moins formelles, plus ou moins implicites, voire plus ou moins conscientes. Il se forge des représentations mentales à partir des représentations sociales qui l'ont conduit vers son choix d'études (Deschamps et Moliner, 2008). À l'université, l'étudiant se forme au corpus de connaissances, aux théories, aux paradigmes qui ne sont pas neutres dans le cadre de maquettes et de domaines de compétences considérés, à un moment donné, comme prévalent, presque dominants au sens Bourdieu sien.

L'étudiant intègre des représentations en lien avec les pratiques de terrain et les différents lieux d'inscriptions institutionnels des psychologues qu'il rencontre en stage. Il perçoit, alors, nombre de postures comme plus ou moins prescrites. L'identité professionnelle découlera aussi d'images véhiculées sur le métier et la profession par le monde des psychologues lui-même, à travers associations, colloques, lectures et médias divers dont les sites Internet sur la profession, les réseaux sociaux, les forums professionnels... Il va également intégrer des représentations

sociales issues d'autres professionnels : celles des employeurs, mais aussi des professions-collègues à travers leurs attentes vis-à-vis du psychologue (Marchetti, 2010), dans

Un mouvement de complémentarité et de différenciation (par exemple avec les missions d'un psychiatre). Par ailleurs, les sources-ressources dont nous parlons ici sont très souvent incarnées. Elles mobilisent chez l'étudiant des jeux d'identifications, avec l'ensemble des processus dynamiques conscients et inconscients que cela représente.

Dès l'entrée en cursus, les représentations sont colorées des prémices d'une vocation et d'un soupçon de désir, soupçon dont la force représentationnelle ne doit pas être méconnue. Ce processus comprend, comme dans tout apprentissage qui vous change, vous modèle, vous invite à devenir autre, même si c'est sur le plan professionnel, sa part d'ombre liée aux histoires personnelles.

La dynamique d'intégration pour l'étudiant va ainsi se révéler complexe, pour englober, agglomérer, digérer en quelque sorte, l'ensemble des représentations.

Bien que l'Université ne participe qu'en partie de cette dynamique, l'évolution des étudiants au fur et à mesure de leur cursus va être sensible, même si elle reste limitée. (Contrath P. et Ouzzan M., 2020, p.27)

### **3- Le code de déontologie des psychologues**

Le code de déontologie des psychologues est entré en vigueur le 26 mai 2014. Pour la première fois en Belgique, des règles déontologiques sont rendues contraignantes pour les psychologues. Ceux-ci, outre leurs obligations civiles et pénales, doivent désormais respecter des obligations professionnelles. Ces obligations valent pour l'ensemble de la profession. En d'autres termes, le code de déontologie transcende la variété des pratiques. En effet, même s'ils exercent des missions variées dans des environnements différents, les psychologues poursuivent la finalité commune de veiller à l'intégrité psychique et psychosociale de personnes, de groupes ou d'organisations, ceci à l'aide d'un cadre de référence scientifiquement étayé.

Cette fonction que remplit la profession, qui est d'intérêt général, justifie que des devoirs déontologiques lui soient imposés, tout comme elle justifie la protection du titre de psychologue. La protection du titre elle-même ne trouve de justification qu'à partir du moment où le groupement professionnel s'engage à assumer ses responsabilités. Le psychologue, autonome, devra néanmoins répondre de ses actes si l'instance disciplinaire est saisie d'une plainte à son encontre. Ces avancées contribuent tant à la protection du public qu'à la professionnalisation du métier de psychologue. (Contrath P. et Ouzzan M., 2020, p. 31)

#### 4-La responsabilité du psychologue :

En tant que professionnel ayant suivi une formation solide, le psychologue décide lui-même des méthodes qu'il applique et des techniques qu'il pratique.

Cette autonomie est une des pierres angulaires de sa pratique et constitue en même temps la base de sa responsabilité personnelle. La section II est donc intimement liée à la section III dans laquelle les compétences du psychologue sont définies. On attend de lui qu'il prenne conscience de ses propres limites et des éventuels effets négatifs de ses interventions

Par conséquent, s'il outrepassé ses limites ou s'il commet une faute, c'est lui qui devra en assumer la responsabilité. Il cherchera à remédier aux éventuels préjudices et entreprendra les démarches nécessaires pour éviter que de pareils problèmes ne surviennent à nouveau à l'avenir. Quels que soient les efforts livrés par le psychologue pour prendre des décisions judicieuses et correctes en toutes circonstances, il est important de se rendre compte que personne n'est infaillible. C'est dans cette optique que le code impose au psychologue de souscrire une assurance pour indemniser les éventuels dommages qu'il aurait causés dans le cadre de l'exercice de sa profession.

La responsabilité implique également pour le psychologue qu'en cas d'infraction à la déontologie, il ne pourra pas se retrancher derrière son employeur ou un collègue. Il assumera lui-même la responsabilité de respecter le code dans tous ses engagements. Cela implique qu'il devra refuser fermement d'accéder à des requêtes qui iraient à l'encontre de ses obligations. Dans la pratique, il arrive qu'un employeur exige de consulter le dossier d'un patient sans motivation acceptable ou impose au psychologue l'usage de techniques thérapeutiques spécifiques. Or un employeur n'est pas en droit d'inciter ou de contraindre le psychologue à déroger à son secret professionnel ni de limiter sa liberté de choix et d'approche.

L'article 26 va encore plus loin en prévoyant que le psychologue doit également exiger de ses collaborateurs non-psychologues le respect du code (p. ex., les assistants de secrétariat, les collègues d'équipes multidisciplinaires). La Commission des psychologues a constaté que cette disposition – notamment sa deuxième partie – inquiète certains psychologues : « Il assume la responsabilité de leurs manquements éventuels. » Or, sous la notion de « responsabilité », il est en premier lieu entendu que le psychologue doit, dans les limites de ses moyens, encourager autant que possible le respect du code. Pensons, par exemple, à des accords préalables sur le partage des données des patients, à l'interpellation d'un collègue qui laisse traîner ses dossiers...

La Section II porte également sur le devoir de continuité. En effet, si, pour quelque raison que ce soit, le psychologue n'est plus en mesure de suivre un client, il ne peut mettre fin de façon abrupte au suivi. Il doit prendre les mesures « nécessaires » pour assurer la continuité des soins. (Boddez L. et Callens S et al, 2017, pp. 31-40)

## **5- Les compétences du psychologue :**

### **1. La conduite d'un processus d'évaluation et d'intervention en psychologie :**

- Être capable d'évaluer l'état psychologique d'une personne ou, encore, une situation vécue par une personne, un groupe de personnes, une population cible ou une organisation qui requiert une expertise en psychologie.
- Être capable d'établir le résultat d'une évaluation en psychologie ou, alors, de donner un avis professionnel ou de formuler des recommandations qui relèvent d'une expertise en psychologie.
- Être capable de concevoir et de planifier une intervention en psychologie.
- Être capable de mettre en œuvre une intervention en psychologie et d'en assurer le suivi.

### **2. La gestion des éléments clés entourant la conduite d'un processus d'évaluation et d'intervention en psychologie :**

- Être capable d'agir en tant que psychologue à titre de membre d'une équipe interdisciplinaire ou multidisciplinaire et d'interagir avec les membres de différentes catégories de personnel.
- Être capable de produire les documents liés à la pratique professionnelle.
- Être capable de contribuer à l'organisation des services en psychologie.

### **3. Le développement professionnel continu :**

- Être capable de produire et de mettre en œuvre un plan de formation continue adapté à ses besoins de développement professionnel.
- Être capable d'intégrer dans sa pratique professionnelle les acquis de la formation continue ou de toute activité ou tout événement ayant contribué à l'amélioration de ses compétences.

### **4. La participation à l'évolution et au rayonnement de la profession :**

- Être capable de contribuer au transfert des connaissances en psychologie.
- Être capable de contribuer à l'approfondissement et à la communication des connaissances en psychologie. (Contrath P. et OuzzanM , 2020, p.39)

### **Synthèse :**

Le psychologue est caractérisé comme un professionnel à l'écoute, susceptible de conseiller, comprendre et aide à trouver des solutions aux problèmes des individus.

On peut dire aussi que le psychologue perçoit que son travail est considéré comme inutile lorsqu'il est remis en question sur ses compétences et savoir-faire, peut voir son identité professionnelle.

# **Chapitre II**

## ***Le BURN OUT***

### Préambule :

Le burn out est un épuisement professionnel caractérisé par l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et l'échec de l'accomplissement personnel.

Pour mieux comprendre ce concept du burn-out, nous allons présenter dans ce chapitre des définitions du burn out, une bref historique, ses concepts, et ses dimensions, les symptômes cliniques du burn out, les étapes d'installation du burn out ensuite, les facteurs de risque liés à l'apparition du burn out, de plus les théories explicatives du burn out, les conséquences, comme on a abordé les trouble psychiatrique liés au burn out, à la fin la prise en charge thérapeutique du burn out.

### 1-Définition

**Selon le dictionnaire petit Larousse** : Burnout syndrome d'épuisement professionnel caractérisé par une fatigue physique et psychique intense, générée par des sentiments d'impuissance et de désespoir. (Dictionnaire petit Larousse., 2013, p.152).

**Selon l'OMS** : le burn out, ou l'épuisement professionnel, est un syndrome conceptualisé comme résultant d'un stress chronique au travail qui n'a pas été correctement géré. Trois dimensions le caractérisent :- un sentiment de manque d'énergie ou d'épuisement  
-un retrait vis-à-vis du travail ou des sentiments de négativisme ou de cynisme liés au travail.  
-une perte d'efficacité professionnelle. (Organisation Mondiale de la Santé., 2021)

**Selon santé public France** : le burn out ou épuisement professionnel est caractérisé comme un état d'épuisement physique, émotionnel et mental résultat d'une exposition à des situations de travail émotionnellement exigeantes. (Julie P., 2019)

**Selon Élisabeth grebot** : Le burn out résulte d'un stress professionnel persistant et de tensions continues. Il constitue le stade final d'une rupture d'adaptation qui résulte d'un déséquilibre à long terme entre les exigences professionnelles et les ressources de l'individu.

Le burn out est un terme emprunté au vocabulaire aérospatial : il désigne le risque d'échauffement brutal, voire de destruction, d'une fusée, provoqué par l'épuisement de son carburant. En anglais, burn out signifie « s'user », « s'épuiser », « craquer en raison de demandes excessives d'énergie, de forces ou de ressources ». (Grebot E., 2008, pp.103-104)

### 2-Histoire du burn-out :

La paternité du terme burn out revient à Herbert J. Freudenberger, qui est un psychanalyste allemand vivant à New York. Il a créé ce concept au début des années 70, il est l'un des 1<sup>er</sup> qui a publié des articles sur le burn out, suite à son activité auprès des patients toxicomanes, il remarque qu'un grand nombre des soignants perdants rapidement en quelques années leur dynamique, leur engagement et leur motivation, il suggère que les pressions et les exigences d'un individu finissent par le conduire à un important état de frustration et de fatigue.

En 1976 Maslach découvre le burn out dans le cadre d'une recherche sur le stress émotionnel et les stratégies de coping.

Avec le début des années quatre-vingt, les recherches sur le burn-out ont pris une dimension plus scientifique, s'appuyant sur une méthodologie empirique et quantitative, utilisant des questionnaires avec une validité psychométrique sur un grand nombre de sujets. Le burn-out a acquis une légitimité scientifique. La validité psychométrique des outils utilisés pour procéder à l'évaluation du burn-out est posée. Un grand nombre d'échelles mesurant le burn-out sont donc créées et validées. Le questionnaire le plus utilisé est l'Inventaire de burn-out de Maslach (Maslach Burn-out Inventory – MBI), mis au point par Maslach et Jackson (1986) et validé en français par Dion et Tessier (1994). Cette échelle va permettre un développement rapide des recherches dans différents pays.

Le burn-out va par ailleurs bénéficier de contributions théoriques et méthodologiques issues d'autres champs de la psychologie, notamment de la psychologie du travail et des organisations. Dans la lignée du stress professionnel, les questions de satisfaction professionnelle, d'engagement professionnel ou de turnover sont appréhendées. La perspective clinico-sociale initiale du burn-out va donc gagner de nouvelles perspectives et les études vont apporter une validité complémentaire au concept dans les années quatre-vingt-dix.

La phase empirique se poursuivra dans de nouvelles directions. D'une part, le concept n'est plus uniquement centré sur les professionnels des soins ou de l'aide sociale mais a connu une extension vers d'autres professions (enseignants, militaires, cadres d'entreprises, avocats, etc.). D'autre part, les études deviennent plus spécifiques, s'appuyant sur l'utilisation d'outils statistiques et de modèles structuraux pour formaliser la relation complexe entre les facteurs organisationnels et les dimensions du burn-out que sont l'épuisement émotionnel, le Désinvestissement de la relation à l'autre et le sentiment d'inefficacité personnelle.

Cette approche permet aux chercheurs d'examiner simultanément l'influence et les conséquences d'un grand nombre de variables et de pouvoir identifier la contribution de chacune séparément sur le développement du burn-out. Enfin, des études longitudinales commencent à mieux évaluer l'impact de l'environnement professionnel sur la santé mentale, permettant de réfléchir à des thérapies pour soigner le burn-out.

L'ensemble de ces recherches qui dressent les contours du burn-out permet désormais de proposer une définition de ce nouveau concept. (Boudoukha A., 2020, pp.21-26)

### **3-Les concepts de burn out :**

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

#### **●Burn out syndrome**

Le verbe to burn out a des significations évocatrices que traduit incomplètement le terme de syndrome d'épuisement professionnel des soignants. To burn out peut signifier : « échouer », « devenir épuisé » devant une demande trop importante d'énergie, de force, de ressource. Il évoque une « combustion totale », la « réduction en cendres » d'un objet entièrement consumé dont toute la matière aurait disparu.

Mais c'est l'image inspirée de l'industrie aérospatiale qui demeure la plus suggestive. Le terme anglais burn out désigne « l'épuisement de carburant d'une fusée » avec comme résultante « la surchauffe » bris de la machine. ». (Canoui P. et Mauranges A., 2015, p9)

#### **●Karoshi**

Le terme japonais karoshi (prononcer kaloshi) signifie « mort par excès de travail » de faro « mort » et shi « fatigue de travail ».

La connotation violente donnée au syndrome d'épuisement professionnel se conçoit à travers le prisme d'une culture gouvernée par la notion du bien collectif. Le salarié est élevé dans la notion sacrificielle de soi pour satisfaire avant tout aux exigences des autres et de son entreprise. Il donne sans compter et de son temps et s'investit jusqu'à épuisement. Vivre et mourir pour l'entreprise, tel pourrait être le précepte nippon tant la pression et le souci d'excellence dominant. ». (Canoui P. et Mauranges A., 2015, p9)

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

Ce terme est sans doute plus approprié de nos jours aux « cols blancs », alors que ce que nous décrivons ici est celui des « blouses blanches ». ». (Canoui P. et Mauranges A., 2015, p9)

### ●**Syndrome d'épuisement professionnel**

Le terme maintenant consacré en Français présente le défaut d'être vague et semble couvrir tous les effets du travail sur l'individu. Il n'est qu'un pâle reflet du terme plus imagé burn out. Usure professionnelle ou usure au travail sont aussi des expressions rencontrées. Elles mettent l'accent sur l'idée d'une évolution progressive du syndrome. Malgré ces critiques, c'est le terme de syndrome d'épuisement professionnel des soignants(SEPS) qui s'est imposé en langue française. L'orthographe francisée de l'anglais burnout est « burn-out ». (Canoui P. et Mauranges A., 2015, p9)

### **4-Les dimensions du burn-out :**

**1-L'épuisement :** quand les individus se sont épuisés, ils ont la sensation de faire trop de choses, à la fois émotionnellement et physiquement. Ils se sentent vidés, exténués et incapable de se détendre et de récupérer. Quand ils se réveillent le matin, ils sont aussi fatigués qu'en allant se coucher. Ils manquent d'énergie pour faire face à un autre projet ou à une autre personne. L'épuisement est la première réaction au stress d'un métier qui exige beaucoup de vous ou à un changement majeur. (Maslach C. et Michael P., 2017, p. 43)

**2-Le cynisme :** quand les individus deviennent cyniques, ils ont une attitude froide et distante vis-à-vis de leur travail et des gens qu'ils côtoient dans leur univers professionnel. Ils s'impliquent moins dans ce qu'ils font et renoncent même à leurs idéaux. D'une certaine façon, le cynisme est une tentative pour se protéger de l'épuisement et de la déception. Les gens ont le sentiment qu'il est peut-être plus sûr d'être indifférent, surtout quand l'avenir est incertain, ou qu'il vaut mieux partir du principe que rien n'ira comme ils le souhaitent plutôt que de se bercer de trop d'espoir. Mais être si négatif peut fortement nuire au bien-être de la personne et à sa capacité à travailler efficacement. (Maslach C. et Michael P., 2017, p. 43)

**3-Inefficacité :** quand les individus se sentent inefficaces, ils ont l'impression grandissante de ne pas être à la hauteur. Chaque nouveau projet paraît insurmontable. Comme si le monde conspirait contre toutes leurs tentatives de progrès : le peu qu'ils accomplissent leur semble

insignifiant. Ils ne croient plus en leur capacité à changer quoi que ce soit. (Maslach C. et Michael P., 2017, p 44)

### **5- Les symptômes du burn out :**

L'épuisement professionnel se manifeste sur le plan mental ou cognitif (inquiétude) et sur le plan émotionnel, corporel et neurobiologique. (Grebout E., 2008, P.111)

#### **• manifestations émotionnelles :**

L'épuisement ressenti par l'individu, entraînant un sentiment de perte de contrôle, peut se manifester émotionnellement par des peurs mal définies et des tensions nerveuses. Il se caractérise également par une humeur triste ou un manque d'entrain. L'individu peut être irritable, tendu, hypersensible, ou Bien ne manifester aucune émotion.

#### **• manifestations physiques :**

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

#### **• manifestations cognitives :**

En termes cognitifs, le burnout a un retentissement sur les capacités de traitement de l'information dont dispose l'individu : diminution de la concentration, difficultés à réaliser plusieurs tâches à la fois, à nuancer, à prendre des décisions. Erreurs mineures, fautes, oublis sont également constatés. (Agence National pour l'Améliorations Des Conditions De Travail., 2015, p.9)

#### **• manifestations comportementales ou interpersonnelles :**

Sur le plan interpersonnel, l'individu peut se replier sur soi, s'isoler socialement, ou avoir un comportement agressif, parfois violent, traduisant une diminution de sa tolérance à la frustration qu'il ressent professionnellement. Moins enclin à l'empathie, l'individu est moins touché par les problèmes des Autres et peut aller jusqu'à traiter ces derniers comme des objets. Se sentant dans une situation inextricable, il peut éprouver du ressentiment et de l'hostilité à l'égard des personnes qu'il côtoie dans Son travail. Des comportements additifs peuvent apparaître face à la tension ressentie : tabac, alcool, Tranquillisants, drogues, etc. (Agence National pour l'Améliorations Des Conditions De Travail., 2015, p.9)

- **manifestations motivationnelles ou liées à l'attitude :**

Se sentant déprécié dans son travail, l'individu peut se désengager progressivement. Baisse de motivation et moral en berne s'accompagnent d'un effritement des valeurs associées au travail.

Ne pouvant changer la situation dans laquelle il se trouve, il peut avoir le sentiment d'être pris au piège et douter de ses propres compétences. L'individu peut alors se remettre en cause professionnellement et penser qu'il n'est plus capable de faire son travail comme avant : il se dévalorise. (Guide d'aide à la prévention., 2015, p.9)

### **6-Les étapes d'installation de burn out :**

Edelwich et Brodsky (1980) proposent d'identifier l'apparition du burn-out sous la forme d'un découpage en stades. Ils décrivent plus particulièrement le burn-out au travers de quatre stades distincts : l'enthousiasme, la stagnation, la frustration et enfin l'apathie.

- **premier stade l'enthousiasme idéaliste**, le sujet fait l'expérience d'un fort enthousiasme qui se traduit par une tendance à se rendre disponible de façon excessive et à avoir des attentes irréalistes concernant son travail.

- **deuxième stade plafonnement ou plateau**, le professionnel ressent une impression de stagnation durant laquelle ses attentes professionnelles deviennent plus réalistes. Un certain mécontentement personnel commence à faire surface, comme le sentiment que le travail ne peut pas compenser ce qui manque dans sa vie.

- **troisième stade la désillusion**, un sentiment de frustration apparaît. Les difficultés professionnelles semblent se multiplier et le sujet commence à remettre en question ses compétences. Il s'ennuie, devient intolérant, moins à l'écoute des autres et tente de faire face à ces situations en les fuyant et en évitant ses collègues.

- **Finale**ment stade de l'apathie. Elle se caractérise par un état de dépression et d'indifférence en réponse aux frustrations répétitives auxquelles il se trouve confronté. Ce quatrième stade représente l'essence même du phénomène de burn-out pour Edelwich et Brodsky (1980). (Boudoukha A., 2020, p.27)

### 7-Les facteurs du burn out :

#### ●Les facteurs organisationnels :

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

- les facteurs d'épuisement concernant le contenu de l'activité sont les horaires illimités, imprévisibles, la monotonie, la standardisation, l'automatisation, etc. Le processus majeur responsable est ici l'impossibilité pour le professionnel de contrôler son activité ;
- les facteurs propices à l'épuisement professionnel relevant du contexte de travail sont les rôles contradictoires ou confus, l'isolement et le manque de soutien social, le conflit entre vie professionnelle et vie familiale, les mutations technologiques, économiques et politiques, le management par le stress ou la peur

#### ●Les facteurs individuels :

Certains traits de personnalité sont plus ou moins propices au burn out. Certaines personnes sont plus à risque que d'autres. Il en est ainsi des personnalités ayant des idéaux de performance et de réussite élevés, des individus liant l'estime de soi à leurs performances professionnelles, de ceux qui n'ont pas d'autre centre d'intérêt que leur travail et qui s'y réfugient en fuyant les autres domaines d'épanouissement. Une tâche supplémentaire à réaliser sera évaluée par un salarié comme un défi à relever et par son collègue comme un piège tendu par son responsable. Les caractéristiques individuelles agissent sur les capacités de faire face à des exigences professionnelles en termes de ressources que l'individu tente de mobiliser L'épuisement professionnel tend à être plus élevé chez les femmes qui portent davantage le poids des tâches domestiques et la charge quotidienne des enfants.

#### ●Les facteurs relationnels :

Il s'agit soit de relations difficiles ou de conflits (agressions, violence), soit au contraire d'un manque de relations : solitude, absence de solidarité, soutien social déficient. Les interactions entre clients et professionnels, directes, fréquentes, répétitives contribuent au développement du burnout professionnel. (Grebout E.,2008, pp. 122-126)

### 8- Les approches de burn out :

#### ●L'approche sociologique :

L'approche sociologique est de plus en plus évoquée et elle apparaît en effet pertinente lorsqu'on constate que tout établissement hospitalier tend à devenir une entreprise rentable qui impose des conditions d'exercices de plus en plus lourds et complexes .les objectifs de contrôles des dépenses mettent en péril les valeurs de la care. (Canaoui P. et Maurang A., 2015, p. 18)

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 d'un lien de causalité qui va du social et du politique au pathologique. »

L'approche sociologique amène à proposer 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 ? (Canaoui P. et Maurang A., 2015, p. 18)

#### ●L'approche psychiatrique :

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

Dans le cadre de l'épuisement professionnel, si cet état ne relève pas de psychiatrie, en revanche ses conséquences peuvent l'être soit par des décompensations dépressives et anxieuses soit par des décompensations psychotiques.

### •L'approche psychanalytique :

Dans cette approche, même si le travail semble avoir été déclencheur d'une souffrance psychique, on privilégie l'existence d'une faille qu'il n'est là encore qu'un révélateur de faille sous-jacente préexistante que l'on retrouverait dans les premières années de 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.

Cette approche psychanalytique reste une interprétation toujours possible pour l'individu. On comprend comment Ch.dejours peut écrire à ce propos que « le radicalement psychanalytique disqualifie la psychopathologie du travail ».

Cependant quand on voit le nombre toujours croissant de burn out, force est de constater qu'il ya 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.

### •L'approche par la théorie de stress :

En recourant à la notion de stress ; il est possible de rattraper le travail dans une psychopathologie du travail, c'est pourquoi le stress a actuellement une place si grande dans le cadre de la « fatigue au travail ». (Canaoui P. et Maurang A., 2015, pp 18-20)

## 9-Les conséquences de burn out :

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

### a. Au niveau du groupe

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

### b. Au niveau organisationnel

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

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

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

### **c. Au niveau sociétal**

Dépenses de santé, indemnités de chômage, etc.

### **d. Au niveau familial**

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

- Incompréhension et impuissance de l'entourage,
- Tensions familiales accrues.
- Processus de contagion, l'épuisement atteint le conjoint qui s'épuise à son tour. (Coppe D. et Carton C., 2013, p.13)

## **10-Le burn out et les troubles psychiatriques :**

### **•Epuisement professionnel et dépression**

La discussion diagnostique entre burn out et dépression repose sur les constats suivants :

- Il existe des sentiments dépressifs lors de l'accomplissement personnel, en particulier dans le sentiment de diminution de l'accomplissement personnel.
- Les diverses plaintes somatiques peuvent faire évoquer les diagnostics de dépression masquée ou de dépression essentielle.
- en, 1984, Meier avait montré le recouvrement partiel des échelles d'évaluation du burn out avec les échelles de la dépression.

Ces raisons amènent certains psychiatres à tenter de réduire le burn out à une forme clinique de la dépression.

Si l'épuisement professionnel ainsi que le stress chronique peuvent faire le lit d'une véritable dépression majeure, il est important de distinguer dépression et burn out.

En effet, sur le plan sémiologique, le sentiment de perte d'accomplissement de soi qui existe dans l'épuisement professionnel couvre à son début exclusivement le domaine professionnel. S'il existe des sentiments dépressifs, ils restent le plus souvent localisés au secteur professionnel et n'envahissent pas les autres domaines de vie. Il n'y a pas habituellement de ralentissement psychique et/ou moteur. Si l'on reste rigoureux sur la définition des critères de la dépression, ils ne sont pas réunis ici. En fin, tout épuisement professionnel ne débouche pas inmanquablement vers une maladie dépressive. Il est clair que l'épuisement n'est pas non plus assimilable à une dépression réactionnelle, car il n'y a pas de facteur déclenchant nettement

identifié, mais l'accumulation d'un stress chronique. Les facteurs déclencheurs sont le plus souvent multidimensionnels. Cet état survient chez des sujets en dehors de tout trouble psychopathologique antérieur. (Canaoui P. et Mourengs A., 2015, p.24)

### •Épuisement professionnel et troubles anxieux

Anxiété, stress et burn out semblent proches : souvent, les mots sont employés les uns à la place des autres. Certes, on a bien l'impression qu'il existe des frontières et un territoire commun.

En psychiatrie, les troubles anxieux sont des troubles dont la sémiologie, l'évaluation et les modalités thérapeutiques sont bien délimitées. Bien qu'ayant des zones de recouvrement avec le stress, il faut retenir que le stress n'est pas une maladie. Les mécanismes physiologiques et biochimiques actuellement connus de stress sont différents de ceux de l'anxiété. Si le stress peut être générateur d'anxiété, il est clair qu'énoncer ce terme implique d'emblée un contexte extérieur ou environnemental que l'on tend à incriminer.

E.albert et L. cheneiweiss écrivent à ce sujet : « on réalise qu'il en est du stress et de l'anxiété comme ces faux amis que l'on rencontre dans l'apprentissage d'une langue. Ils se ressemblent en apparence mais ils ont un sens différent, véritable faux-semblé de la psychologie du XX e siècle. »

Comme dans le cas de la dépression, le burn out peut faire le lit d'un véritable trouble anxieux. Mais, dans la définition que nous avons retenue, il s'agit plus d'un processus que d'une maladie. Dans le cadre des réactions à un stress chronique que représente le burn out, des sujets déférents vont ou non développer une anxiété en fonction de leur capacité à s'adapter aux contraintes qu'ils subissent et justifier une prise en charge spécifique. (Canaoui P. et Mourengs A., 2015, p.24)

### •Épuisement professionnel et somatisation

Parmi les signes cliniques, les somatisations ont une place particulière car elles représentent une très fréquente occasion de plaintes de la part des sujets épuisés. Aucun des signes cliniques n'est spécifique du burn-out il est même possible de parler d'épuisement professionnel sans symptôme vrai, comme nous le verrons plus loin. Néanmoins, étant donné la fréquence des somatisations il est utile d'en rappeler ici la définition et les limites.

On appelle somatisation un ensemble de troubles représentés par des symptômes physiques multiples , variés , variable dans le temps, habituellement présentes depuis plusieurs années pour lesquels le sujet a subi de nombreuses investigations ,des bilans d'exploration, tous négatives ,les symptômes peuvent toucher n'importe quel système ou partie du corps .ils sont en dehors du contrôle de la volonté ,les motifs en sont inconscients .il n'existe pas de lésion

somatique objectivable à la différence de la pathologie psychosomatique dans laquelle il existe une maladie somatique avec des lésions dont l'évaluation dépendant de facteurs Psychologique

**Les symptômes physiques peuvent concerner de très nombreux appareils et systèmes :**

- L'appareil digestif est une cible privilégiée des somatisations : douleur abdominale, éructations, vomissements, nausées, ballonnements, diarrhée, intolérance alimentaire.
- La peau : démangeaison, prurit, sensation de brûlure, fourmillements, irritations cutanées.
- Symptôme cardiorespiratoire : hyperventilation, palpitations, douleur poitrine.
- Douleurs : dorsales, articulaires.
- Appareil urogénital : mictions fréquence psychogène, dysurie psychogène, règles douloureuses.
- Troubles psychosexuels : désintérêt sexuel, dyspareunie.
- Symptomatologie neurovégétative variée : palpitations, sueurs, bouffées de chaleur, tremblement, sensation de froid. (Canaoui P. et Mourengs A., 2015, PP.24-25)

**11-Prise en charge thérapeutique de burn out :**

**1 -La thérapie des pensées : adopter un regard nouveau sur les événements de vie :**

L'objectif central de la thérapie concernera la mise en critique et l'assouplissement des pensées et des processus de pensée qui donnent lieu au développement et au maintien du burn-out à travers la modification de l'épuisement ou la restriction de la gamme des émotions, le sentiment d'inefficacité personnelle et relationnelle ou encore le désinvestissement de la relation à l'autre. La thérapie amènera également une discussion sur les modalités de la relation à l'autre.

‡ Pourquoi amener une mise en critique des pensées et processus de pensée chez les personnes qui souffrent d'un burn-out. (Boudoukha A., 2020, p.137)

Il est important de revenir à présent sur les conséquences psychiques du stress, et du stress chronique et relationnel plus particulièrement. Ainsi que le rappelle Beck (1984), la chronicité du stress va modifier voire interrompre la fluidité et le débit de la pensée habituellement adaptés aux situations. Tout un ensemble de symptômes mentaux-cognitifs vont voir le jour : une préoccupation de la pensée (ce sont les ruminations par exemple), la persistance sur certains sujets (en général la fatigue mentale, le désinvestissement des autres), des difficultés de concentration, des oublis, des pertes de mémoire... Autant de symptômes qui traduisent une perte progressive du contrôle de la volonté sur les processus de pensée. Cette perturbation des

fonctions mentales-cognitives qui semble particulièrement saillante et problématique dans l'apparition du burn-out car elle va grever l'objectivité et la capacité à tester la réalité. En conséquence, en perdant son « objectivité », le sujet souffrant d'un burn-out pathologique perd progressivement sa capacité à critiquer la réalité, c'est-à-dire à mettre en perspective des événements de vie de son quotidien et à prendre du recul vis-à-vis d'eux. Les personnes en burn-out pathologique sont donc enclines à des jugements extrêmes, catégoriques, unipolaires et globaux.

‡ Comment le psychothérapeute peut-il intervenir auprès de patients en burn-out ?

Il s'agit plutôt, au regard des connaissances scientifiques et cliniques, de la présentation des points importants sur lesquels le psychothérapeute devra travailler pour aider au mieux son patient. (Boudoukha A., 2020,p.139)

### **Alliance thérapeutique et analyse fonctionnelle :**

L'alliance thérapeutique, l'un des premiers temps de la thérapie consistera en l'analyse fonctionnelle de la souffrance du patient. On peut résumer autour de trois étapes la mise en œuvre de l'analyse fonctionnelle : 1. appréhension clinique subjectivant de l'état psychologique du patient au travers des entretiens cliniques ; 2. appréhension clinique objectivant par le biais d'outils psychométriques (MBI...), ou d'échelles (grilles SECCA ; BASIC ID...); 3. Clarification : quels sont les éléments de souffrance ? Quelle est leur dynamique ? Quelles sont les réactions du patient devant les éléments stressants de son quotidien ?

### **Prendre du recul sur sa détresse, regarder d'un œil nouveau les relations interpersonnelles, adopter une manière de vivre moins stressante :**

C'est sur la manière dont le patient se représente subjectivement son rapport aux autres que notre travail de clinicien va prendre tout son sens. Il nécessitera dans un premier temps de lui permettre de prendre conscience de ses pensées automatiques-inconscientes. Elles se produisent instantanément sans que le sujet les contrôle. Le psychothérapeute les repérera au fur et à mesure du discours du patient pendant les entretiens. Pour permettre une prise de conscience chez le patient de ses pensées automatiques-inconscientes, le clinicien pourra :

- demander des précisions aux patients sur ce qu'ils pensent et ressentent à l'évocation de certaines situations importantes dans la souffrance.
- élaborer éventuellement une grille d'identification des pensées automatiques à la suite des entretiens avec le patient. Elle sera proposée au patient à qui on demandera de la remplir.

L'objectif de thérapeute consiste (1) à identifier les distorsions cognitives-processus secondaires de pensée du patient et (2) à les soumettre à une critique objective. Les distorsions les plus souvent répertoriées sont l'inférence arbitraire (tirer des conclusions sans preuve),

l'abstraction sélective (ne prendre en compte qu'un élément d'une situation), la généralisation (généraliser une situation à toutes les autres), la personnalisation (surévaluer le lien existant entre l'événement et soi-même), le raisonnement dichotomique (c'est tout ou rien, blanc ou noir), ou encore la maximalisation des aspects négatifs et la minimisation des aspects positifs. Pour permettre au patient de prendre de la distance avec ses pensées automatiques pathogènes, le clinicien va adopter une démarche socratique de remise en cause des pensées ou croyances dysfonctionnelles, Il va non pas conseiller le patient ou lui donner des réponses, mais l'amener à se poser de bonnes questions. (Boudoukha A., 2020, pp.140-141)

### **2 La thérapie d'assertivité-affirmation de soi : développer des compétences sociales pour ne plus souffrir de la relation à l'autre :**

Cette thérapie insiste sur la dimension relationnelle dans le développement de l'épuisement émotionnel, du désinvestissement et du sentiment d'inefficacité personnelle qui marquent de manière pathognomonique le burn-out. C'est donc naturellement que cette thérapie intègre une dimension assertivité-affirmation dans la thérapie du burn-out.

- Se libérer du burn-out consécutif à l'emprise de relations pathogènes : développement des habiletés sociales :

La thérapie d'affirmation de soi se déroule le plus souvent en groupe mais peut également être proposée de manière individuelle. Ainsi, avec chaque patient, au regard de chaque problématique, met en œuvre des jeux de rôles visant à amener une élaboration, un travail et une amélioration de leurs compétences dans les relations sociales.

Le jeu de rôles. (Boudoukha A., 2020, P.146)

Le patient va rejouer, avec le psychothérapeute, les situations relationnelles stressantes qui lui ont posé problème et qui provoquent, par leur répétition, un épuisement émotionnel ou une irritabilité. Les situations « problèmes » qui vont faire l'objet d'un jeu de rôle sont choisies de manière précise par le patient et le thérapeute. Ce sont soit des situations spécifiques qui sont créées pour rejouer une situation à laquelle le sujet a été confronté, soit des situations que le patient évalue comme importantes et pour lesquelles il n'a pas réussi à trouver un comportement assertif. La séance s'articule autour de quatre étapes-principes. Lors de la première étape, le patient avec le thérapeute joue une situation comme il le ferait dans la vie réelle. La situation est décrite minutieusement pour que le patient puisse entrer dans son rôle. Dans un deuxième temps, une fois le jeu de rôle terminé, le thérapeute commente les composantes verbales et non verbales de l'interaction et les processus psychiques-cognitifs qui lui ont donné naissance. Il s'attache par ailleurs à relever les aspects positifs. Les critiques sont donc toujours constructives et jamais dépréciatives. Dans un troisième temps, la scène est rejouée par le patient, qui essaie

de tenir compte des indications qui lui ont été données. Quand c'est nécessaire, le thérapeute peut jouer la scène et servir de modèle à imiter. Enfin, pour procéder à un façonnement progressif, l'entraînement respecte une hiérarchie de difficultés permettant de progresser graduellement en évitant les échecs.

-Les outils du développement des habiletés sociales :

Le fogging ou l'écran de brouillard :

Il s'agit d'une technique de réponse à des critiques ou à des compliments fréquemment teintés de tentatives de manipulation ou d'agressivité. Il s'agit de reconnaître à la fois ce qu'il y a de vrai dans ce qui est dit tout en restant le seul juge de ce que l'on fait. Le terme « brouillard » est utilisé en référence à ses propriétés : il est persistant, tout en n'offrant pas de résistance et il n'est pas modifiable. Cette technique permet de ne pas répondre avec des émotions inadaptées. De la même façon, face à une critique ou à un compliment vague, nous pouvons répondre en étant persistants, de sorte que l'interlocuteur va devoir modifier son attitude antérieure

L'édredon :

Cette technique est utilisée lorsque la pression est sourde ou indirecte. Elle consiste à répondre « c'est vrai » quand le fait est indiscutable, « c'est possible » quand il s'agit d'une simple opinion. Elle est particulièrement adaptée face à des critiques mal intentionnées et non argumentées. Elle aide, de plus, les personnes très sensibles à acquérir un minimum d'assurance. (Boudoukha A., 2020, p.147)

L'affirmation négative :

Il s'agit d'une technique de réponse aux critiques justifiées. Cette technique est utilisée lorsque des erreurs ont été commises par la personne (qui les reconnaît), lorsqu'un collègue ou un supérieur souhaite en discuter pour comprendre ce qu'il s'est passé. Elle s'organise autour de trois temps. Premièrement, la personne admet l'erreur commise, sans ambiguïté mais sans ressentir une culpabilité exagérée. Deuxièmement, elle donne de l'information, sans rechercher à justifier à tout prix l'erreur. Enfin, elle donne des garanties, c'est-à-dire qu'elle propose des éléments rassurants quant à l'avenir. (Boudoukha A., 2020, p.148)

### Synthèse :

Le burn-out est un épuisement physique, émotionnel et mental causé par une implication à long terme dans des situations émotionnellement exigeante, il est lié à une dégradation de rapport d'une personne à son travail, aussi le burn out fait suite à une exposition à un stress prolongé.

# **Chapitre III**

## **L'empathie**

### Préambule :

L'empathie est la reconnaissance et la compréhension des sentiments et des émotions d'un autre individu, dans le langage courant, le phénomène d'empathie est souvent illustré par l'expression « se mettre à la place de l'autre »

Pour mieux comprendre ce concept, nous allons présenter dans ce chapitre des définitions de l'empathie, les degrés de l'empathie, ses limites, L'excès d'empathie, l'importance de l'empathie dans la prise en charge de certaines pathologies, empathie en psychothérapie, les effets de l'empathie sur le patient et ses proches et on va terminer par une synthèse.

### 1. Définition

#### Etymologie et définition de l'empathie

Le mot empathie vient du grec ancien ἐν « dans, à l'intérieur » et πάθος « souffrance », « ce qui est éprouvé ». C'est une notion complexe désignant le mécanisme par lequel un individu peut « comprendre » les sentiments et les émotions d'un autre individu, voire dans un sens plus général, ses états mentaux non émotionnels, comme ses croyances, sa pensée, ses gestes. C'est ainsi que les amoureux peuvent si bien s'entendre sans se parler et la maman apporter à son bébé ce qu'il attend alors qu'il ne parle pas encore.

**L'empathie** est une notion centrale pour l'activité de psychothérapeute. Elle réunit trois composantes :

- Comprendre le point de vue et les émotions de l'autre.
- Faire éprouver cette compréhension (par les techniques de reflet des sentiments et de la signification.
- Rester soi-même. (Chambon. O et Cardine. M.,2005, p.85)

### 2. Les cinq degrés de l'empathie

**Degré 0 : « votre monde intérieur ne m'intéresse pas »**

Dans ce degré, le thérapeute interrompt souvent le patient, dénie ou ignore les sentiments de celui-ci parle de lui-même, met en avant son opinion, fait souvent des phrases partant de son propre point de vue (moi, je ..).

**Degré 1 : « je vous montre que je vous écoute parce que je le dois, en tant que professionnel »**

Le thérapeute joue un rôle de professionnel : il utilise les paraphrases, pose beaucoup de questions, tente de montrer au patient qu'il le comprend mais reflète de façon inadéquate

les sentiments, ou bien se focalise uniquement sur le contenu de ce que dit le patient mais pas sur ses émotions.

### **Degré 2 : « je comprendre vos sentiments »**

Le thérapeute utilise un langage reflétant plus les affects et émotions de son patient : il arrive à pointer par un terme adéquat, les émotions que peut ressentir celui-ci mais qu'il n'a pas encore pu repérer ou exprimer verbalement.

### **Degré 3 : « je vous aide à mieux vous comprendre et à exprimer vos sentiments »**

Correspond au fait que le thérapeute a été capable de nommer les sentiments du patient avant que celui-ci ne l'exprime et, dans ce cas, le patient confirme verbalement ou vient à exprimer ce sentiment. Une empathie de degré 3 accentue le processus auto- exploratoire du patient et augmente l'expression de ses sentiments.

### **Degré 4 « Nous sommes « un » dans cette compréhension de vous-même »**

Le thérapeute est immergé dans le monde intérieur du patient, ici en plus de ce qui se déroule dans le degré 3, au lieu de simplement « tirer vers l'extérieur » et favoriser l'expression du vécu émotionnel, le thérapeute renvoie lui-même ce que peut vivre intérieurement son patient. ( Chambon. O et Cardine. M.,2005, p.8- ??)

## **3. Les limites de l'empathie: froideur et excès**

### **LE MANQUE D'EMPATHIE**

Tout d'abord, le manque d'empathie n'existe pas seulement chez les psychopathes. L'extraordinaire succession de destructions et de massacres accomplis par les hommes et toutes les violences ou indifférences quotidiennes en sont la preuve. Alors qu'est-ce qui peut diminuer la capacité d'empathie de certaines personnes? La thèse de Serge Tisseron (2010b ??) est qu'une force tout aussi puissante et ancienne que l'empathie est capable de s'y opposer : le désir de contrôle sur autrui, qui habiterait en chacun de nous. Peut s'y ajouter la peur de se trouver débordé et manipulé par les émotions d'autrui, la peur de la fusion, notamment quand on n'a pas été habitué à grandir en bénéficiant de l'empathie de ses proches. Et si une idéologie ou une propagande s'en mêle (par exemple l'antisémitisme ou l'esclavage), alors beaucoup d'entre nous sommes capables de retirer à nos semblables leur qualité d'être humain. Au quotidien, le meilleur signe d'absence d'empathie relationnelle chez quelqu'un est sa tendance à s'en tenir toujours à des généralités, en étant incapable de relativiser les choses selon les différents points de vue. Il semble aussi que la capacité à adopter la perspective de l'autre est dépendante de l'appréciation qu'on a de lui. Or certains patients mettent à mal la capacité d'empathie du

thérapeute, le poussent dans ses retranchements: patients très différents de ce qu'il pensait, aux valeurs ou à la culture contraires aux siennes, qui le mettent en échec, qu'il ne parvient pas à aider, qui semblent le juger, ou dont il juge qu'ils n'ont pas besoin d'aide. C'est donc en particulier dans la relation à ces patients que nous devons accroître nos compétences en matière d'empathie. En fait, moins l'empathie est initialement présente à l'égard d'un patient, plus il faut justement l'entraîner, parce qu'on doit s'investir autant pour chacun d'entre eux. Un autre élément peut diminuer l'empathie du thérapeute envers un patient porteur d'un handicap physique important : le fait de ne pas reconnaître en lui l'image d'un être humain « normal ». Pauline Restoux, directrice déléguée de la publication de « Déclic, le magazine de la famille et du handicap », explique bien ce phénomène : « Rencontrer ou même croiser une personne atteinte d'un handicap visible constitue toujours une épreuve pour le sang-froid. Malaise, gêne, pitié, compassion, culpabilité ou encore envie de fuir... La différence ne laisse pas indifférent. » (Restoux, 2004, p. 50). Nous aurions donc du mal à accepter que l'homme puisse être diminué : « le handicap nous dérange parce qu'il nous renvoie à la vulnérabilité de l'être humain » (idem, p. 61). Les soignants sont en principe mieux préparés à cela mais ce n'est pas toujours facile et pour certains s'engage devant chaque patient un combat intérieur qu'ils ne sont pas toujours sûrs de gagner. Il leur faut alors une empathie décuplée pour réussir à dépasser cette réaction première de rejet ou de pitié.

Pauline Restoux évoque encore une autre raison qui peut inhiber l'empathie et qui tient au vécu. « Ceux qui ont été protégés par la vie, qui sont restés « trop doux », éprouvent plus de difficultés à trouver leur place face à un parent qui souffre. Comme si la souffrance vécue permettait de comprendre et de partager celle des autres. Comme si elle apprenait la délicatesse, la pudeur, la véritable empathie : cette capacité intuitive à ressentir ce que l'autre ressent. » (Idem p. 37). Il est vrai qu'un soignant peut se trouver démuni quand il n'a pas lui-même connu la situation du patient et ne pas se sentir légitime. (TAVERNE C.,2012, p.34).

### 4. L'excès d'empathie

L'excès d'empathie peut se manifester de deux façons différentes. La première serait ce que Serge Tisseron appelle l'empathisme, c'est-à-dire l'attitude qui consiste à vouloir venir en aide absolument à son prochain : l'empathie est alors considérée comme un but en soi, ce qui est plutôt dommageable. En effet, cette attitude révèle un manque de respect de la personne qu'on veut aider sans savoir s'il y a demande et si oui quelle est exactement cette demande. En fait l'exercice de l'empathie demande de la délicatesse car il est important de savoir si l'interlocuteur

accepte notre empathie. Certaines personnes supportent mal d'être devinées par la compréhension d'autrui, elles le vivent comme une intrusion insupportable, comme une menace en y voyant une tentative de contrôle sur elles-mêmes. Il faut donc bien observer l'autre, ne pas le brusquer et diminuer notre empathie si l'on sent qu'il est mal à l'aise. Une relation empathique réussie est faite d'ajustement. La seconde forme d'excès d'empathie se révèle quand le soignant est trop investi dans la relation, trop proche du patient. La différenciation entre soi et autrui n'existe plus et la sympathie prend le pas sur l'attitude professionnelle. Une relation qui devient amicale peut empêcher par exemple l'arrêt pourtant envisageable de la prise en charge ou provoquer des émotions très difficiles à gérer si le patient décède. Cette attitude peut également être un obstacle à l'objectivité et au jugement des progrès. (TAVERNE C.,2012, p.36).

### **5. L'importance de l'empathie dans la prise en charge de certaines pathologies**

#### **5-1 Les pathologies de l'enfant**

Les troubles de l'attachement : le départ dans la vie d'un bébé est perturbé par la prématurité et/ou l'annonce d'un handicap, les liens qu'il crée avec son entourage proche ne se tissent pas toujours naturellement. L'environnement est celui de l'hôpital, des examens, des précautions d'hygiène, du manque de contact physique dû à l'appareillage. Dans ce contexte difficile, des troubles de l'attachement peuvent apparaître. Car pour ressentir l'empathie de ses parents et la développer soi-même, le bébé a besoin qu'on le nourrisse quand il a faim, qu'on le réchauffe quand il a froid, qu'on le câline et qu'on lui parle quand il est éveillé, qu'on le laisse tranquille quand il en a envie. C'est dans ce contexte très chargé émotionnellement que le psychologue peut intervenir, dès l'hôpital en service de néonatalogie par exemple ou dans des structures comme les centres de rééducation fonctionnelle pour enfants ou encore les CAMSP, centres d'aide médico-sociale précoce. Hormis les objectifs de rééducation des troubles dont ces bébés sont porteurs, nous avons vu que le rôle de psychologue est aussi d'accompagner les parents. Et c'est là que l'empathie tient une grande place et poursuit deux buts différents et complémentaires: écouter la souffrance des parents, « se mettre à leur place » pour mieux les comprendre et leur parler, apporter un soutien moral mais aussi, au-delà de cette empathie altruiste et affective primaire, aider les parents à retrouver leur place, à avoir confiance en eux, à tisser des liens avec leur bébé, à savoir l'observer pour connaître ses besoins et y répondre au mieux.( TAVERNE C., 2012,pp. 41-46).

### **Les troubles du syndrome autistique**

Comme le fonctionnement des personnes avec autisme est très complexe, le rôle de psychologue l'est tout autant. Celui qui prend en charge des enfants porteurs d'autisme doit faire preuve d'une empathie très particulière. Elle passe, pendant le bilan, par l'observation très fine des enfants, afin d'essayer de comprendre comment ils fonctionnent, de repérer des signes interprétables de tel ou tel sentiment. En effet, selon Sylvie Tordjman, professeur en pédopsychiatrie, la subjectivité de l'examineur au cours de cette rencontre humaine « est source de richesse en permettant, si elle est prise en considération et analysée, de mieux comprendre le sens des comportements observés, elle ne nous renvoie pas à l'immuabilité de l'enfant autiste, mais à ses fluctuations relationnelles, à ses capacités d'émergence, en fait à son humanité ». L'attitude empathique de psychologue permet alors à l'enfant porteur d'autisme de garder son statut de sujet dans la relation de soins. (TAVERNE C.,2012, pp.41-46).

### **5-2 Les pathologies adultes**

#### **Les maladies neurodégénératives**

Dans les maladies neurodégénératives adultes, l'empathie de psychologue est une fois de plus particulièrement sollicitée. En effet les séances sont souvent en partie consacrées à un échange avec le patient sur l'évolution de sa maladie, son ressenti, l'éventuelle apparition de nouveaux troubles. Et beaucoup de ces patients viennent aux séances de psychologie autant pour les exercices de rééducation que pour cette écoute et ce soutien. Ils ont besoin qu'on comprenne leur point de vue car il n'est pas facile de ne pas savoir de quoi demain sera fait et d'accepter que la maladie évolue irrémédiablement. Le psychologue est donc amené à écouter activement le patient, à lui manifester sa compréhension, à lui faire préciser les circonstances exactes d'un fait ou les sentiments engendrés afin de saisir au mieux son récit. Les deux empathies sont présentes et imbriquées dans ce type de prise en charge: affective face au découragement et aux inquiétudes du patient, cognitive quand il s'agit de comprendre pour adapter au mieux les exercices de rééducation en fonction d'une nouvelle donnée apportée par le récit du patient. (TAVERNE C.,2012, pp.41-46).

#### **. Les aphasies**

Les patients qui ont été victimes d'un accident vasculaire cérébral et qui sont conscients de leurs troubles expriment également, chacun dans leurs possibilités de communication, leurs émotions, leurs pensées et la gravité de la situation dans laquelle ils sont. Là encore il faut essayer de se mettre à la place du patient aphasique qui est dans l'impossibilité de communiquer.

Il peut éprouver de la colère, de la frustration, connaître des phases qui alternent rage de vaincre et renoncement devant la difficulté. La lecture de témoignages autobiographiques de patients victimes d'aphasie peut être un moyen, pour les psychologues qui en ressentent le besoin, de s'imaginer autant que possible le vécu des patients. (TAVERNE. C., 2012, pp.41-46).

### 6. Empathie en psychothérapie

#### 6-1 Une source essentielle de l'efficacité thérapeutique

Parmi les divers courants psychologiques, c'est la psychologie humaniste qui a été la plus attentive au concept d'empathie. Selon Rogers, l'empathie constitue l'une des trois attitudes fondamentales que doit adopter le thérapeute – à côté de la considération inconditionnelle et de l'authenticité – pour faciliter le développement des patients. Pour lui, il y a empathie lorsque le thérapeute devine les réactions et sentiments personnels éprouvés par la personne et qu'il réussit à lui communiquer cette compréhension. L'essentiel de l'impact des psychothérapies est dû à l'« alliance thérapeutique », terme qui recouvre trois aspects :

- la collaboration entre le patient et le thérapeute ;
- le lien affectif entre eux ;
- leur aptitude à se mettre d'accord sur les objectifs du traitement et sur les tâches à accomplir

#### 6-2 Entretien motivationnel

L'objectif initial des créateurs de l'entretien motivationnel était de mettre au point une méthode psychologique visant à augmenter la motivation et l'adhésion à un traitement. Or, en pratiquant cette approche, ils ont constaté qu'elle pouvait constituer une méthode thérapeutique en soi.

L'entretien motivationnel repose sur deux fondements majeurs :

- une attitude empathique centrée sur le sujet, focalisée sur les préoccupations et les points de vue de celui-ci ;
- une méthode consciemment directive afin de résoudre l'ambivalence en direction du changement. (Lecomte J., 2010, pp.2-3)

#### 6.3 Attitude empathique

Les effets du mode relationnel utilisé lors de la rencontre sont perceptibles assez précocement dans le processus thérapeutique et peuvent avoir un effet significatif dès la première séance. Ils précisent le sens qu'ils donnent au mot empathie : « À travers une écoute réflexive maîtrisée, l'intervenant cherche à comprendre les sentiments et les points de vue du patient, sans les juger, les critiquer ni les blâmer. Il est important de noter ici que cela n'est pas l'expression d'un accord ni d'une approbation.

### **6-4 Méthode consciemment directive**

La personne accompagnée a souvent une attitude ambivalente face au changement qu'elle souhaite opérer. D'un côté, elle est motivée pour changer, mais d'un autre, ceci est contrebalancé, voire mis en échec, par tout ce qui l'incite à continuer comme avant (les amis, les habitudes, le plaisir ressenti, éventuellement le soutien des autres). Miller et Rollnick considèrent l'ambivalence non comme pathologique, mais comme un élément normal de l'expérience de vie et de l'évolution chez toute personne. ( Lecomte. J., 2010, pp.2-3)

## **7. L'effet de l'empathie sur le patient et leurs proches**

### **7-1 Effets psychologiques**

Les trois dimensions de la communication étudiées par les chercheurs (l'attention à fournir des informations, la sensibilité interpersonnelle et l'attitude de partenariat avec le patient) étaient corrélées avec la satisfaction des malades, l'observance et le souvenir des informations médicales et même une étude mettant en évidence le fait que l'impact positif de l'empathie se manifeste aussi chez les proches des malades. Les proches qui estiment avoir bénéficié d'un médecin empathique sont nettement moins nombreux à souffrir de problèmes psychologiques et émotionnels que ceux qui estiment que le médecin n'était pas empathique

### **7-2 Effets sur la santé physique**

Une bonne communication entre le personnel soignant et le malade aboutit non seulement à une plus grande satisfaction de ce dernier vis-à-vis des soins reçus, mais également à un meilleur état de santé physique.

### **7-3 Effets sur l'observance**

Les processus conduisant de l'empathie du personnel soignant à la santé physique des patients sont encore mal connus, mais l'un d'entre eux s'impose clairement chez les chercheurs. En effet, une difficulté majeure à laquelle se trouvent confrontés les médecins est le taux élevé de non-suivi du traitement par les patients.

### **7-4 Effets en termes judiciaires**

Plusieurs études ont montré un lien entre le manque d'empathie d'un médecin et le risque de poursuites judiciaires pour erreur médicale. Victime d'une erreur, un patient choisit ou non d'engager des poursuites en fonction du niveau d'attention et d'empathie dont il a bénéficié. . (Lecomte J., 2010, pp5-6)

### Synthèse:

Dans l'empathie, il s'agit donc de ressentir et se représenter les émotions et les sentiments d'autrui (et de soi-même), en adoptant le point de vue de l'autre et tout en restant soi-même. C'est sur ces trois éléments principaux que se joue la distinction de l'empathie avec la sympathie, la compassion et la contagion émotionnelle.

# **Chapitre IV**

## **La covid-19**

### **Préambule :**

La covid-19 provoqué par le corona virus sarscov-2 est une maladie respiratoire qui pouvant être mortelle chez les patients fragilisés par l'âge ou une autre maladie chronique.

Il nous semble important pour une meilleure compréhension de poser les bases qui permettent de comprendre la covid-19 et son impact sur la vie quotidienne, on commence par quelques définitions après une brève historique ensuit les symptômes et les voies de transmission de covid-19, ainsi leur diagnostic, prés les effets de confinement du ou covid-19 sur la santé mentale, et à la fin une prise en charge.

### **1-Définition du la COVID-19 :**

La pandémie de Covid-19 est due à un virus émergent, le coronavirus SARS-CoV-2. (Franck N., 2020, p.115)

La maladie du coronavirus(Covid19) est une maladie infectieuse causée par un coronavirus nouvellement découvert connu sous le nom de coronavirus 2 du syndrome respiratoire aigu sévère (SARS-CoV-2) (Organisation Internationale Du Travail, 2020, p.8)

La COVID-19 est principalement une maladie respiratoire. Elle peut toutefois se présenter comme une maladie inflammatoire, occasionner des thromboses et provoquer des atteintes neurologiques, digestives, cardiaques, hépatiques, oculaires, et cutanées. L'étendue des manifestations cliniques de la COVID-19 va de l'absence de symptômes à des symptômes légers, modérés ou graves et au décès. (Organisation Mondiale de la Santé,2021)

### 2-Histoire du la COVID-19

La pandémie de Covid-19 est due à un virus émergent, le coronavirus SARS-CoV-2. L'épidémie de SARS-CoV-2 de 2019- 2020 s'est étendue dans un premier temps en Chine, à partir du foyer de Wuhan, avant de frapper brutalement l'Europe puis les États-Unis, le Brésil, l'Inde et bien d'autres pays quelques mois plus tard. Cette chronologie fait que les premiers travaux concernant son impact sur la santé mentale durant l'épidémie sont originaires de Chine. Après avoir considéré les principales étapes de l'épidémie et des mesures prises pour en limiter l'extension. Les premiers cas de SRAS-CoV-2 sont apparus mi-novembre 2019 dans la province de Hubei, en Chine continentale. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a rapidement alerté la République populaire de Chine. En raison du nombre des victimes et de la rapide saturation du système de santé, le gouvernement chinois a placé en quarantaine la région de Wuhan où des mesures de confinement strictes ont été imposées. En janvier 2020, de nombreux sites publics ont été fermés et d'importantes installations sanitaires ont été déployées. La construction de deux nouveaux hôpitaux de mille et mille six cents lits, destinés à faire face à l'afflux de patients frappés par le coronavirus, a été entreprise à partir de fin janvier et ils ont ouvert début février.

La construction du premier d'entre eux n'a pris qu'une semaine, ce qui n'a alors pas manqué de frapper les esprits. Il a été appelé Huoshenshan, signifiant « montagne du Dieu du feu ». Ce personnage de la mythologie taoïste éliminerait le mal en produisant une forte chaleur. Le 11 février, plus de 40 000 personnes avaient été atteintes par le coronavirus en Chine et plus de 1 000 en étaient déjà mortes. Le 30 janvier 2020, Tedros Adhanom Ghebreyesus, directeur général de l'OMS, a annoncé que l'épidémie de SARS-CoV-2 constituait une urgence de santé publique de portée internationale. À partir du 25 février, le nombre de cas déclarés en Chine est devenu inférieur à celui qui était observé dans le reste du monde. ).(Franck N.,2020,p.116-117)

Le 11 mars 2020, l'OMS a préconisé l'instauration dans le monde entier de mesures préventives d'hygiène pour éviter la saturation des services de soins intensifs parmi lesquelles figuraient au premier plan la disparition des contacts physiques, des baisers et des poignées de main, la suppression des rassemblements, des grands événements, des déplacements et des voyages non indispensables, la promotion du lavage des mains et la mise en quarantaine des personnes infectées. L'épidémie devient une pandémie Le 11 mars 2020, le directeur général de l'OMS a qualifié l'épidémie de SARS-CoV-2 de pandémie, puisque 118 000 personnes étaient alors atteintes dans cent quatorze pays, 4 291 en étant mortes. Le 13 mars 2020, l'OMS

a déclaré que l'Europe était devenue l'épicentre de la pandémie. Le 30 mars, cent quatre-vingt-dix-neuf pays et territoires étaient atteints par cette crise sanitaire mondiale, les plus touchés étant alors respectivement la Chine, l'Italie, les États-Unis, l'Espagne, l'Allemagne, l'Iran et la France. À cette date, on comptait alors dans le monde environ 735 000 cas confirmés (bien plus en réalité, car de nombreuses personnes n'avaient pas bénéficié de tests et ceux-ci étaient peu sensibles, comme cela a été évoqué plus haut), dont environ 156 000 en avaient guéri et 35 000 en étaient mortes. ).(Franck N.,2020,p.117)

Le 29 avril le SRAS-CoV-2 avait officiellement atteint 3 141 942 personnes dans le monde (en fait, beaucoup plus de personnes avaient déjà été touchées par la maladie, car les statistiques ne répertorient que les cas dont le diagnostic a été confirmé par un prélèvement positif et nous avons vu que de nombreuses personnes n'avaient pas été testées et que les tests utilisés étaient peu sensibles) et tué au moins 218 649 d'entre elles, dont 58 351 aux États-Unis, 27 682 en Italie, 26 097 au Royaume-Uni, 24 147 en Espagne et 24 087 en France, pays alors les plus touchés. Ce même jour en ce qui concerne la répartition en France, les quatre régions les plus affectées par l'épidémie étaient l'Île-de France (11 349 personnes y étaient alors hospitalisées et 5 787 y étaient déjà décédées), le Grand Est (4 170 personnes hospitalisées et 2 779 décès), Auvergne-Rhône-Alpes (2 610 personnes hospitalisées et 1 275 décès) et les Hauts-de-France (2 382 personnes hospitalisées et 1 330 décès).(Franck N.,2020,p.118)

### **3-Signes et symptômes du la COVID-19**

L'infection au SARS-CoV-2, bêta-coronavirus appartenant aux virus à ARN, entraîne dans 85 % des cas des manifestations rhinopharyngées ou respiratoires bénignes. La grande majorité des personnes atteintes présentent de la fièvre et une toux sèche. Des douleurs musculaires, des céphalées et des troubles digestifs peuvent également être présents. Des anosmies et agueusies (perte de l'odorat et du goût) brutales ont aussi été décrites, ainsi que des anomalies cutanées des extrémités ou encore une confusion ou une agitation en lien avec une atteinte cérébrale. (Franck N., 2020, P.120)

### **4-Les causes du la COVID-19**

La cause de covid-19 est un coronavirus nouvellement découvert connu sous le nom de coronavirus 2 du syndrome respiratoire aigu sévère (SARS-CoV-2) ; et les coronavirus s sont une grande famille de virus qui sont communs aux animaux et peuvent occasionnellement causer des maladies chez les animaux ou les humains. Les gens sont infectés par ces virus qui peuvent ensuite se propager à d'autres personnes : chez l'homme, plusieurs coronavirus sont connus pour provoquer des infections respiratoires allant du rhume aux maladies plus graves

telles que le syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS) et le syndrome respiratoire aigu sévère (SARS). Le coronavirus le plus récemment découvert provoque la maladie du coronavirus COVID-19 (OMS, 2020 D) (Organisation International du Travail.,2020,P.8)

## **5- Les voie de transmission du la COVID-19**

### **La transmission par aérosols**

Le virus SRAS-CoV-2 est excrété par les voies respiratoires et peut se retrouver dans des aérosols de proximité expulsés par la personne infectée. Selon leur taille, ces particules pourront se déposer dans le nez, la gorge, les bronches ou se rendre jusqu'aux alvéoles pulmonaires. Elles peuvent également se déposer sur les conjonctives. Ces aérosols de proximité sont émis en quantité variable quand la personne respire, parle, chante, tousse, éternue, etc. La distance sur laquelle pourront se déplacer les aérosols de différentes tailles (moins de 100 µm) varie en fonction de leur diamètre aérodynamique. Les données expérimentales et épidémiologiques disponibles soutiennent une transmission par aérosols à proximité, c'est-à-dire à moins de deux mètres, mais il n'est pas exclu que, dans certains contextes, les aérosols puissent se déplacer à distance. La distance maximale demeure imprécise, mais il est peu probable que ce soit au-delà de quelques mètres.

### **La transmission indirecte**

Les gouttes et aérosols de plus gros diamètre projetés par une personne infectée peuvent se déposer sur les surfaces environnantes. La viabilité du SRAS-CoV-2 sur les différentes surfaces varie selon les facteurs environnementaux (température, humidité relative et rayonnement) et le type de surface. Il est possible que le SRAS-CoV-2 puisse survivre jusqu'à quelques jours sur les surfaces. Bien que la preuve appuyant la transmission par les fomites ne soit pas très robuste, elle reste plausible à proximité des personnes qui sont contagieuses, le risque pouvant être influencé par les pratiques de désinfection, l'hygiène, le respect des mesures sanitaires et la présentation clinique de la personne infectée

### **La transmission par les selles et autres liquides biologiques**

La transmission par voie fécale-orale n'est pas établie, bien que de l'Acide ribonucléique (ARN) du SRAS-CoV2 ainsi que des virus vivants aient été isolés dans les selles. Également, la transmission par l'urine, le plasma ou le sérum n'a pas été documentée, même si l'ARN du virus a été identifié dans ces liquides biologiques.

La transmission de la mère à l'enfant

Plusieurs études soulèvent la possibilité d'une transmission verticale du SRAS-CoV-2. En effet, l'ARN viral a été détecté dans des prélèvements nasopharyngés chez 7 % de nouveau-nés

dont la mère était positive au SRAS-CoV-2. Le virus a été détecté en de rares occasions dans le placenta de mères atteintes par la COVID-19. Toutefois, aucun cas n'a été confirmé par la détection du SRAS-CoV-2 dans le tissu ou le sang du cordon ombilical. À ce jour, aucune évidence scientifique n'indique une transmission de la COVID-19 par l'allaitement. Toutefois, deux études de cas ont rapporté la détection par réaction de polymérisation en chaîne avec transcriptase inverse (RT-PCR) de fragments du virus non viables dans le lait maternel de deux femmes.

### **La transmission zoonotique**

Le réservoir principal de ce virus semble être la chauve-souris fer à cheval, mais plusieurs questions se posent toujours sur la façon dont il a pu être transmis à l'humain. La transmission du vison vers l'humain a été confirmée dans le contexte des fermes d'élevage de visons infectés par un variant

Spécifique. Les implications des changements identifiés dans ce variant ne sont pas encore bien comprises. Des cas de transmission de l'humain à l'animal ont été rapportés pour différentes espèces incluant le chat, le chien, le furet, le vison, le hamster et le singe. (Institution National de Santé Public de Québec., 2020, P.2)

### **6-Diagnostic du la COVID-19 :**

-la période d'incubation s'étend sur les 14 jours suivant l'exposition. La médiane se situerait entre 4 et 5 jours après le comptage.

-le retour d'une zone d'endémie comme la chine ou l'Italie du nord puis les séjours à proximité d'un cluster, dans les 14 jours rendaient possible à la contamination par virus

-La durée moyenne d'hospitalisation se situe entre 17 et 25 jours après le début de la maladie

Manifestations cliniques :

Fièvre et / ou symptômes respiratoires ; Elle a les caractéristiques d'imagerie de la pneumonie: plusieurs petites ombres inégales et des changements interstitiels apparaissent au stade précoce, ce qui est évident dans la zone pulmonaire externe. Développé plus loin en infiltration de verre dépoli multi-pulmonaire, infiltration ; diarrhée, l'anosmie sans obstruction nasale, la dyspnée,

### **Examens biologiques :**

Examens recommandés aux urgences ; FNS. Ionogramme sanguin. Test de diagnostic rapide, biologie moléculaire par rt-pcr par écouvillonnage nasal ou lavage nosopharyngé Imagerie : la TMD sans injection ; l'échographie pulmonaire (Centre chinois de contrôle et de prévention des maladies.,2019)

**7-Conséquences du confinement du au covid-19 sur la santé mentale :**

Une étude faite en France illustre que le confinement a joué le rôle d'un facteur de stress. Il a altéré le bien-être de la population française, touchant plus fortement les étudiants, les personnes en invalidité et celles qui vivent dans les conditions les plus modestes. Cette évolution défavorable s'est poursuivie au fil des semaines. Une modification des consommations était associée, avec une augmentation du recours aux écrans, aux aliments caloriques et aux substances toxiques, au premier rang desquelles figure l'alcool. Reste à voir si cette augmentation se maintiendra dans la durée. L'augmentation du stress est susceptible de révéler les fragilités de chacun. En pratique, il est plausible d'anticiper une augmentation des troubles anxieux généralisés et des dépressions après le confinement, modes d'expression les plus fréquents d'une vulnérabilité psychique, y compris chez des personnes indemnes jusque-là. Ceux qui présentaient déjà des troubles touchant ces dimensions ou d'autres – psychotique, maniaque, obsessionnelle ou autre – courent, eux, le risque de voir leur pathologie s'aggraver. De même, une enquête en ligne a recherché des symptômes anxieux et dépressifs chez les internes en médecine français, cette étude avait déjà été utilisée avec la même population en 2017. En 2020, Les scores obtenus étaient plus élevés qu'en 2017, ce qui atteste d'une dégradation de leur santé mentale lors de la crise sanitaire causée par la pandémie. La proportion d'internes présentant des manifestations anxieuses a alors atteint 47,1 %, celle ayant des critères de stress post-traumatique s'est élevée à 29,8 % et 18,4 % d'entre eux avaient des symptômes dépressifs. (Franc N., 2020, pp.164.165)

- Une étude chinoise antérieure avait montré qu'habituellement 16,6 % de la population chinoise est touchée par un trouble mental quel qu'il soit (à l'exception des démences séniles), 7,6 % par un trouble anxieux et 6,9 % par un trouble dépressif, l'enquête menée en période d'épidémie de Covid a mis en évidence une fréquence beaucoup plus élevée de ces troubles. Selon les scores obtenus lors de l'enquête en ligne et en tenant compte du réductionnisme de l'évaluation s'est contentée de rechercher une dépression en utilisant une échelle non spécifique, 48,3 % des Chinois auraient été touchés par une dépression et 22,6 % avaient dépassé le seuil diagnostique d'anxiété, ce qui représente une très forte dégradation de leur santé mentale. (Franc N., 2020, p126).

**8-Prise en charge du la COVID-19 :**

**Prise en charge de la COVID-19 bénigne :** traitement symptomatique Les patients atteints d'une forme bénigne de la maladie peuvent consulter aux urgences ou dans un service de soins primaires/consultations externes ou être identifiés lors d'actions de proximité, notamment au cours de visites à domicile ou par télémedecine. L'OMS recommande de placer en isolement les cas suspects ou confirmés de COVID-19 bénigne pour contenir la transmission du virus, conformément au parcours de soins COVID-19 établi. Administrer un traitement symptomatique aux patients atteints de COVID-19 bénigne, par exemple des antipyrétiques en cas de fièvre et de douleur, associé à une alimentation adaptée et une réhydratation adéquate.

**Prise en charge de la COVID-19 modérée :** traitement de la pneumonie, Les patients atteints d'une forme modérée de la maladie peuvent consulter aux urgences ou dans un service de soins primaires/consultations externes ou être identifiés lors d'actions de proximité, notamment au cours de visites à domicile ou par télémedecine. Pour connaître la définition de la pneumonie non sévère l'OMS recommande de placer en isolement les cas suspects ou confirmés de COVID-19 modérée (pneumonie) pour contenir la transmission du virus. Les patients présentant une forme modérée de la maladie peuvent ne pas nécessiter d'interventions d'urgence ou d'hospitalisation ; cependant, l'isolement est nécessaire pour tous les cas suspects ou confirmés et surveiller étroitement les patients atteints de COVID-19 modérée afin de détecter tout signe ou symptôme d'évolution de la maladie. Des mécanismes de suivi étroit doivent être prévus et permettre l'intensification des soins médicaux si cela s'avère nécessaire.

**. Prise en charge de la COVID-19 sévère :** traitement de la pneumonie sévère : Tous les espaces où peuvent être soignés des patients sévèrement atteints doivent être équipés d'oxymétries de pouls, de systèmes fonctionnels d'approvisionnement en oxygène et de dispositifs jetables et à usage unique d'administration d'oxygène (canules nasales, masque avec système de Venturi et masque avec réservoir). L'administration immédiate d'une supplémentation en oxygène à tout patient qui présente des signes d'urgence pendant la réanimation. Administrer les solutions de remplissage avec précaution aux patients atteints de COVID-19 sans hypo perfusion tissulaire qui ne répondent pas au remplissage vasculaire. . (OMS., 2021, pp27-52)

**. Prise en charge de la COVID-19 avec état critique :** syndrome de détresse respiratoire aiguë Chez les patients hospitalisés en état critique, la mortalité varie considérablement dans différentes séries de cas examinées pendant la pandémie. Les recommandations suivantes

reprennent les normes internationales actuelles pour la prise en charge du syndrome de détresse respiratoire aiguë, quelle qu'en soit la cause. L'OMS recommande d'identifier rapidement une insuffisance respiratoire hypoxémique aiguë évolutive lorsqu'un patient en détresse respiratoire ne réagit pas à l'oxygénothérapie standard et de préparer le patient à une oxygénothérapie/une assistance respiratoire avancée. et l'intubation endotrachéale soit effectuée par un agent de santé qualifié et expérimenté, en respectant les précautions contre la transmission aérienne des agents pathogènes. Instaurer une ventilation mécanique à faible volume courant (4-8 ml/kg de poids idéal théorique) et à faible pression d'inspiration (pression plateau. Chez les patients adultes atteints de syndrome de détresse respiratoire aiguë sévère (PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>). Adopter une stratégie prudente pour l'administration de solutions de remplissage chez les patients atteints de syndrome de détresse respiratoire aiguë sans hypo perfusion tissulaire qui ne répondent pas au remplissage vasculaire.

. **Prise en charge de la COVID-19 avec état critique** : choc septique Chez les patients hospitalisés en état critique, la mortalité varie considérablement dans différentes séries de cas examinées pendant la pandémie. Les recommandations suivantes reprennent les normes internationales actuelles pour la prise en charge de l'état septique, quelle qu'en soit la cause. Identifier un choc septique chez l'adulte lorsqu'une infection est suspectée ou confirmée et qu'il est nécessaire d'administrer des vasopresseurs pour maintenir une pression artérielle moyenne (PAM)  $\geq 65$  mm Hg ET que le taux d'acide lactique est  $\geq 2$  mmol/l, en l'absence d'hypo volémie (voir le Tableau 6.3). Identifier le choc septique chez les enfants présentant une hypotension (pression artérielle systolique [PAS] 2 écarts types au-dessous de la pression normale pour l'âge) ou au moins deux des signes suivants : altération de l'état mental ; bradycardie ou tachycardie (fréquence cardiaque [FC] 160 BPM chez le nourrisson, et FC150 BPM chez l'enfant) ; allongement du temps de remplissage capillaire ( $>2$  secondes) ou pouls faible ; tachypnée ; marbrures cutanées, ou peau froide ou éruption pétéchiale ou pur purique ; taux élevé d'acide lactique ; oligurie ; hyperthermie ou hypothermie (voir le Tableau 6.3). Pour la réanimation d'un adulte en choc septique, administrer 250 à 500 ml de solution cristalloïde en bolus rapide au cours des 15 à 30 premières minutes. Pour la réanimation d'un enfant en choc septique, administrer 10 à 20 ml de solution cristalloïde en bolus par kilogramme de poids corporel au cours des 30 à 60 premières minutes.

**Prise en charge des manifestations neurologiques et mentales associées à la COVID-19**  
**Chez les patients atteints de COVID-19**, l'OMS recommande la mise en œuvre de mesures visant à prévenir le délire, qui constitue une urgence neuropsychiatrique aiguë. Les patients doivent ainsi être évalués au moyen de protocoles normalisés afin de détecter l'apparition d'un

délires. Un clinicien doit alors évaluer immédiatement le patient pour identifier la cause sous-jacente du délire et administrer le traitement approprié. d'apporter les soins essentiels de santé mentale et soutien psychosocial (SMSPS) à tous les cas suspects ou confirmés de COVID-19 en interrogeant ces personnes sur leurs besoins et leurs préoccupations et en y répondant 'identifier et d'évaluer rapidement l'anxiété et les symptômes dépressifs dans le contexte de la COVID-19 et d'instaurer des stratégies de soutien psychosocial et des interventions de premier recours pour prendre en charge toute anxiété ou tout symptôme dépressif d'apparition récente et enors les stratégies de soutien psychosocial en tant qu'interventions de première intention pour la prise en charge des troubles du sommeil dans une situation de stress aigu.(OMS,2021,pp27-52)

### Synthèse :

La maladie de covid-19 est une maladie infectieuse causée par le sarscov-2, cette maladie se manifeste par une fièvre, difficultés respiratoires, maux de gorge...

La COVID-19 est associée non seulement à des manifestations physiques mais aussi à des manifestations mentales et neurologiques, notamment anxiété, dépression, troubles du sommeil.

# **Partie pratique**

## **Chapitre V**

# **La méthodologie de la recherche**

### Préambule :

Après la présentation des trois chapitres théoriques de notre recherche, nous allons présenter le chapitre de la méthodologie de la recherche, ce chapitre consiste en la présentation des Limites de la recherche, la méthodologie de la recherche, après la présentation des différents Lieux de recherche, notre groupe de recherche, les outils de recherche qui nous ont permis de recueillir les données, le déroulement de la recherche qui consiste en la pré-enquête et l'enquête, les difficultés de la recherche, nous concluons avec une synthèse.

### 1-La méthodologie de la recherche :

La méthodologie est une démarche ordonnée mise en œuvre par le chercheur en vue d'aboutir à un résultat scientifique, c'est une partie intégrante de toute discipline qui se veut scientifique, cependant toute méthode est la manière de faire une chose suivant certains principes, certaines règles et selon un certain ordre pour parvenir à la connaissance scientifique. Donc la méthodologie consiste l'ensemble des techniques et des moyens utilisés afin d'apprécier la véracité de cadre théorique, En d'autres mots, la méthodologie est une étape spécifique se procédant d'une position théorique et épistémologique, pour la sélection des techniques concrètes de recherche. Par conséquent, elle dépend des postulats que le chercheur considère valides, puisque l'action méthodologique sera son instrument pour analyser la réalité étudiée. ( Chahraoui KH. Et Bénony H.,2003, p.139)

Le terme de méthodologie renvoie aux liens entre la théorie de la réalité sociale et la méthode qu'une étude utilise pour rendre compte d'un aspect de la réalité. Elle peut se définir comme étant « l'étude de bon usage des méthodes et techniques. Il ne suffit pas de les connaître mais aussi il faut savoir les utiliser, c'est-à-dire savoir comment les adapter le plus rigoureusement possible, d'une part à l'objet précis de la recherche ou de l'être envisagé, et d'autre part aux objectifs poursuivis ». (Actouf, 1987, p.27).

La recherche en psychologie comme dans tous les autres secteurs de l'investigation scientifique, implique la mise en œuvre des méthodologies adaptées aux sujets de recherche. En effet, la recherche en psychologie clinique comme dans tout autre domaine à la connaissance approfondie de la conduite humaine normale et pathologique et de ses différentes conditions, elle vise à observer, décrire et expliquer ces conduites en élaborant un savoir théorique sur les phénomènes observés. Ainsi L'objectif de la recherche clinique est aussi d'élaborer et de valider des techniques qui pourront améliorer l'investigation et le diagnostic des phénomènes psychologiques. ( Chahraoui KH. et Bénony H.,2003,pp.73-74)

De plus les recherches en psychologie clinique font principalement appel aux méthodes descriptives (étude de cas, observation systématique ou naturaliste méthode corrélationnelle, méthode normative développementale, enquête). (Chahraoui KH. et Bénony H., 2003, p.125)

Dans le domaine des sciences humaines et sociales, la recherche sur le terrain utilise la méthode qualitative. En effet, ces dernières font beaucoup appel aux matériaux verbaux. La méthode qualitative essaye de mieux comprendre les déroulements à l'œuvre dans la souffrance psychologique. (Paillé, 2006).

Dans ce sens, nous avons choisi d'une part, la démarche qualitative, qui s'intéresse aux expériences de l'être humain, notamment la souffrance psychologique au travail et plus précisément le burn out chez les psychologues cliniciens.

L'étude qualitative est une méthode qui permet d'analyser et comprendre des phénomènes, des comportements de groupe, des faits ou des sujets. L'objectif n'est pas d'obtenir une quantité importante de données, mais d'obtenir des données de fond.

Cette méthode de recherche descriptive se concentre sur des interprétations, des expériences et leur signification. Son approche compréhensive peut être utilisée dans beaucoup de domaines comme dans les sciences sociales. (Dumez H., 2016)

Et d'autre part, la démarche quantitative qui fait le recours à la classification, à la généralisation. Ou dénombrement et à la mesure, c'est-à-dire la méthode de recherche fait appel à la quantification. (Gilles O. et Dominic R. et al., 2009,P.9)

Afin de réaliser notre étude, nous avons opté pour la théorie cognitivo-comportementale (TCC), qui est la théorie adéquate une meilleure compréhension de syndrome du burn out, Les théories cognitivo-comportementales représentent un ensemble de techniques basées sur les théories de l'apprentissage et sur les apports de la psychologie cognitive (Cottraux, 1984).

De ce fait, pour vérifier nos hypothèses de recherche, nous nous sommes basés sur la méthode clinique, car elle est adéquate à notre thème qui s'intitule « le syndrome du burn out chez les psychologues cliniciens praticiens pendant la covid-19 ». Nous avons adopté cette méthode car elle convient à notre thème et elle va nous permettre de décrire l'empathie des psychologues, d'évaluer, ou d'estimer le degré du burn out chez les psychologues cliniciens pendant la covid-19.

Dans ce sens, La méthode clinique consiste à la conduite dans sa perspective propre, relever aussi fidèlement que possible la manière d'être et d'agir d'un être humain concret et complet aux prises avec cette situation, chercher à en établir le sens, la structure et la genèse, déceler les

conflits qui la motivent et les démarches qui tendent à résoudre ces conflits (Chahraoui Kh.,2003,p.11)

La méthode clinique utilise l'entretien, les tests, les échelles d'évaluation, le dessin, le jeu, l'observation pour développer l'étude de cas unique.

L'étude de cas qui fait partie de la méthode descriptive, sur laquelle nous nous sommes appuyés, car elle nous semble la plus convenable pour l'élaboration de notre travail de recherche. De plus, elle est une démarche exploratoire qui nous a permis d'étudier, d'observer d'une manière approfondie, et de comprendre les conduites des psychologues cliniciens

Pendant la covid-19, ainsi de recueillir le maximum d'informations sur les manifestations du burn out de ces psychologues.

L'étude de cas fait partie des méthodes descriptives et historiques. Elle consiste en une observation approfondie d'un individu ou d'un groupe d'individus. L'étude de cas est naturellement au coeur de la méthodologie clinique. (ChahraouiKh., 2003, p125)

De plus, l'étude de cas ne s'intéresse pas seulement aux aspects sémiologiques mais tente de resituer le problème d'un sujet dans un contexte de vie où sont pris en compte différents niveaux d'observation et de compréhension : organisation de la personnalité, relations avec l'environnement et avec l'entourage événements présents et passés. (ChahraouiKh., 2003, p.126)

### **2-Lieux de recherche :**

#### **L'Établissement public de Santé de Proximité de TAZMALT(EPSP) :**

L'Établissement public de Santé de Proximité de TAZMALT est un établissement public à caractère administratif doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière, créée par le Décret Exécutif N° 07-140 du 09 Mai 2007 portant création, organisation et fonctionnement des établissements publics de santé de proximité et des établissements publics hospitaliers et classé catégorie « B » conformément à l'arrêté interministériel du 15/01/2012 portant classification des EPH et des EPSP

Le siège de l'établissement est à TAZMALT. Toutes les structures de santé de base relevant des communes de TAZMALT, BENI MELIKECHE, IGHIL ALI, BOUDJELLIL, AIT R'ZINE, AKBOU, IGHRAM et CHELLATA sont rattachées à cet établissement. Il contient 7 polycliniques et 30 salles des soins.

La grande polyclinique de ce service est celle d'Akbou ou on a effectué notre stage, elle contient sept services qui sont : SEMEP. - Médecine de travail. - UCTMR. - Maison du diabétique - CISM - Annexe de l'école paramédicale ; cette polyclinique s'appelle aussi Ancien hôpital d'Akbou.

### **Etablissement public hospitalier non universitaire(UPH) Aqloul Ali d'Akbou :**

Etablissement public hospitalier non universitaire(UPH) Aqloul Ali d'Akbou comporter 190 lit, contient 9 services comme suit : urgences, médicaux chirurgicales, radiologie, pédiatrie, hémodialyse, orthopédie, médecine interne, gynéco-obstétrique, chirurgie générale.

### **Etablissement public hospitalier universitaire(CHU) Frantz Fanon :**

L'hôpital Frantz fanon dépend du centre hospitalier universitaire de Bejaia, il a été fondé en 1896, il contient 12 services : anatomie et cytologie, pathologique, chirurgie maxillo-faciale, médecine du travail, médecine légale, néphrologie, hémodialyse, ophtalmologie, hématologie, maladies infectieuses, pneumo-phtisiologie, psychiatrie.

### **Etablissement public hospitalier non universitaire(UPH) Kaci Yahia M'chedellah (Bouira):**

L'EPH de M'chedellah à une capacité d'accueil de 101 lits, se répartissant désormais ainsi : 28 en gynécologie et pédiatrie, 30 en médecine interne, 20 en chirurgie, 8 aux urgences, et 10 lits en hémodialyse.

### **Etablissement public hospitalier universitaire(CHU) Nadir Mohamed de Tizi-Ouzou :**

Cet hôpital contient plusieurs spécialités qui sont : oncologie, pneumologie, dermatologie, rhumatologie, néphrologie, ophtalmologie, neurologie, gynécologie, obstétrique, pédiatrie, endocrinologie, chirurgie, radiologie, rééducation... Etc.

### **Etablissement public hospitalier universitaire(CHU) Mustapha Bacha :**

Cet hôpital est l'un des hôpitaux en Algérie qui relèvent du ministère de la santé et de la réforme hospitalière, fondé en 1854 dans la commune de Mostapha, devenue Sidi M'Hamed, est le plus grand hôpital d'Algérie, il contient 1500 lits.

### **3- Groupe de recherche :**

Notre travail de recherche s'est effectué auprès des psychologues cliniciens du secteur public. De ce fait, malgré la propagation du coronavirus (COVID-19) au niveau des établissements sanitaires du secteur public à Bejaia, Alger, Tizi-Ouzou et Bouira , on a pu construire notre groupe de recherche qui se compose de 32 psychologues cliniciens.

Pour se conformer au droit d'anonymat des sujets de recherche (psychologues cliniciens), leurs noms ont été modifiés et remplacés par d'autres noms.

Il y'a deux types de critères de sélections : le premier est les critères d'inclusion qui sont des critères qui nous as permis de dire que le sujet peut faire partie de notre groupe de recherche. Dans ce sens, nous avons retenu certains critères importants notamment le fait que les individus de notre groupe de recherche soient des psychologues cliniciens travaillant dans le secteur public, est qui sont intervenus pendant la covid-19 au niveau de la wilaya de Bejaia, Alger et Tizi-Ouzou.

Et le deuxième type est les critères d'exclusion sont les caractéristiques des sujets qu'on ne peut pas intégrer dans notre recherche notamment : les psychologues non cliniciens (psychologue de travail, psychologue scolaire...etc).

**Tableau 1** : les caractéristiques des sujets du groupe de recherche :

<b>Prénom de sujets</b>	<b>Age</b>	<b>Situation matrimoniale</b>	<b>Années d'expérience</b>
Djamila	37	Divorcé	11
Hinda	33	Mariée	5
Toufik	36	Célibataire	9
Roukaia	33	Céliataire	10
Célia	28	Célibataire	3
Nabila	37	Mariée	14
Samia	32	Mariée	10
Salima	27	Mariée	1
Djohra	35	Mariée	10
Mohend	36	Marié	8
Hanane	37	Mariée	11
Zouina	23	Célibataire	1

Soumaia	42	Célibataire	11
Kahina	27	Célibataire	1
Sabrina	32	Célibataire	3
Ibtissem	30	Célibataire	5
Adel	49	Marié	18
Kamel	33	Célibataire	7
Amira	29	Célibataire	4
Brahim	58	Marié	35
Amel	32	Célibataire	5
Bahia	37	Mariée	10
Dalila	34	Mariée	7
Ilham	37	Mariée	10
Imen	37	Mariée	13
Houa	33	Célibataire	10
Akila	38	Mariée	12
Smail	30	Célibataire	5
Karima	36	Célibataire	11
Zahiya	32	Mariée	6
Samira	29	Célibataire	4
Radia	26	Célibataire	2

### 4-Outils de recherche:

Dans l'objectif de vérifier nos hypothèses, nous avons choisi les outils suivants :

- Notre premier outil est l'entretien semi-directif.
- Le deuxième outil est le questionnaire MBI de Maslach.
- Le troisième outil est quelques items de l'échelle de QI empathique de Baron Simon Cohen.

#### 4-1- Entretien de recherche :

L'Entretien est synonyme de conversation, discussion ou dialogue. Ce terme implique donc deux dimensions essentielles : interactive et discursive. (Bénony H .et CHhraoui Kh.,2013, p.11)

Ainsi, un entretien peut être défini comme une rencontre entre au moins deux sujets, dont l'un est un professionnel exerçant dans le cadre de cette rencontre une de ses fonctions professionnelles et dont l'autre reconnaît cette fonction et règle dans l'entretien son attitude sur cette reconnaissance. Ainsi, l'entretien est une relation sociale dont les fonctions et les rôles des participants, les objectifs de la rencontre et les règles qui la régissent sont en grande partie prédéterminés par sa fonction sociale. (BOUVET C., 2018, p.9)

De ce fait, L'entretien clinique utilisé par les psychologues cliniciens à un sens quelque peu différent : il vise à appréhender et à comprendre le fonctionnement psychologique d'un sujet en se centrant sur son vécu et en mettant l'accent sur la relation.

L'entretien clinique fait partie de la méthode clinique et des techniques d'enquête en sciences sociales, il constitue l'un des meilleurs moyens pour accéder aux représentations subjectives du sujet. Bénony H. et CHahraouiKh., 2013, p.11)

L'entretien de recherche est fréquemment employé comme méthode de production de données dans la recherche en psychologie clinique et aussi dans un grand nombre de disciplines dans le champ des sciences humaines et sociales ; il représente un outil indispensable et irremplaçable pour avoir accès aux informations subjectives des individus : biographie, événements, vécus, représentations, croyances, émotions, histoire personnelle, souvenirs rêves, etc. (CHahraoui KH. et Bénony H., 2003, p.141)

De ce fait, pour réaliser notre recherche, on a utilisé l'entretien directif et l'entretien semi-directif.

L'entretien directif correspond au questionnaire dans lequel les questions sont ordonnées et hiérarchisées ; il ne s'agit donc pas d'un entretien clinique dans la mesure où il n'est pas centré sur la verbalisation spontanée du sujet : celui-ci répond seulement aux questions qui sont posées, ce qui ne permet pas une grande implication personnelle.

Entretien semi-directif, dans ce type d'entretien, le clinicien dispose d'un guide d'entretien ; il a en tête quelques questions qui correspondent à des thèmes sur lesquels il se propose de mener son investigation. Ces questions ne sont pas posées de manière hiérarchisée ni ordonnée, mais au moment opportun de l'entretien clinique, à la fin d'une association du sujet, par exemple, de même, dans ce type d'entretien, le clinicien pose une question puis s'efface pour laisser parler le sujet ; ce qui est proposé est avant tout une trame à partir de laquelle le sujet va pouvoir dérouler son discours. L'aspect spontané des associations du sujet est moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure où c'est le clinicien qui cadre le discours, mais ce dernier adopte tout de même une attitude non directive : il n'interrompt pas le sujet, le laisse associer librement, mais seulement sur le thème proposé.

L'entretien clinique en psychologie clinique se situe généralement dans un contexte :

- d'aide ou de soins psychologiques ;
- de diagnostic ou d'évaluation psychologique ;
- ou de recherche clinique. Bénony H. et CHahraoui Kh.,2013, p.13)

L'entretien clinique de recherche est toujours associé à un guide d'entretien plus ou moins structuré : il s'agit d'un «ensemble organisé de fonctions, d'opérateurs et d'indicateurs qui structure l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer » Dans ce guide, le chercheur formule et prépare la consigne à l'avance, celle-ci sera nécessairement identique pour tous les sujets, elle est généralement soigneusement préparée et le clinicien veille à ce que la formulation ne soit pas inductive.

Dans notre entretien avec les psychologues cliniciens du secteur public, nous avons opté pour une analyse qualitative, cela veut dire que nous avons analysé et interpréter les données recueillis de l'entretien en s'appuyant sur l'approche cognitivo-comportementale. Nous avons repris l'intitulé des axes, et rapporté à l'intérieur le discours, le récit du sujet et nous avons accompagné cela d'une lecture clinique avec une terminologie propre à la théorie cognitivo-comportementale dans le but de répondre, qualitativement parlant, aux questions de notre recherche.

Notre guide d'entretien contient 31 questions au total. Les cinq premières concernent « les informations générales sur le sujet » (psychologue clinicien), dont l'objectif est de rapporter des informations sur la biographie du sujet. Le premier axe intitulé : « informations sur l'activité professionnelle », est composé de 06 questions. L'objectif de cet axe est de recueillir des informations sur le cursus ainsi que l'expérience professionnelle. Le deuxième axe est intitulé : « Informations sur la vie privée de nos sujets de recherche : détresse. Cet axe contient 08 questions. L'objectif de cet axe est de savoir si le déroulement du travail pendant la crise de

covid-19 a influencé la vie privée des psychologues. Le troisième axe est intitulé : « informations sur le burn out », cet axe contient 05 questions dans le but de savoir si les sujets participant à notre recherche présentent des signes du burn out. Le quatrième axe est intitulé : « les informations sur la covid-19 » l'objectif est de savoir comment les professionnels de la santé psychologique ont fait face à cette crise, et savoir si cette période a impacté leur quotidien et ils se sent dépassés et épuisés à cette période. Le dernier axe est intitulé : « les informations sur l'empathie » dans le but de savoir si leur empathie a été affectée.

L'objectif de toutes les questions de notre guide d'entretien est d'évaluer qualitativement le degré du burn out chez psychologues cliniciens pendant la covid-19 et Savoir également si leur empathie a été affectée. Pour ce faire, on ne s'est pas seulement contenté de notre guide d'entretien clinique semi-directif mais on a aussi eu recours à des outils psychométriques : une échelle MBI Maslach et une échelle de QI empathique de Simon Baron Cohan.

### 4-2 Présentation de l'échelle MBI :

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

- L'Épuisement Émotionnel (EE)
- La Dépersonnalisation (DP) ou déshumanisation
- L'Accomplissement ou l'efficacité personnelle (AP)

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

**Tableau 2** : les dimensions du burn out

Dimension du MBI	Nombre d'items	Questions
EE	9 items	1,2 ,3 6, 8, 13, 14, 16,20
DP	5 items	5, 10, 11, 15,22
AP	8items	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19,21

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

**Tableau 3** : les options de réponses au MBI

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

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

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

### **Epuisement professionnel :**

Degré de burn out Total inférieur à 17 = bas

Total compris entre 18 et 29 = modéré

Total supérieur à 30 = élevé

### **Dépersonnalisation :**

Degré de burn out Total inférieure

à 5 = bas

Total compris entre 6 à 11 = modéré

Total supérieur à 12 = élevé

### **Accomplissement personnel :**

Degré de burn out Total supérieur à 40 = élevé

Total compris entre 34 et 39 = modéré

Total inférieur à 33 = bas

### 4-3 Présentation des items de questionnaire EQ empathique :

Présentation des items de questionnaire EQ empathique :

Le quotient empathique (EQ) est un questionnaire de 40 questions dans sa version courte. Il a été conçu pour mesurer le niveau d'empathie de personnes adultes pour lesquelles la personne répond en fonction de son accord avec l'énoncé, c'est-à-dire « tout à fait d'accord », « plutôt d'accord », « plutôt pas d'accord » et « pas du tout d'accord ». Les résultats sont ensuite compilés et donne un score sur 80 points. Il a été développé par Simon Baron-Cohen de l'université de Cambridge.

Il est maintenant admis que l'empathie joue un rôle essentiel dans la communication et dans les relations humaines au quotidien.

**Tableau 4 :** La cotation de chaque question se fait en termes de fréquence de 1 à 4 :

Les options de réponses à l'EQ

Cotation	Fréquence correspondante
1	tout à fait d'accord
2	plutôt d'accord
3	plutôt pas d'accord
4	pas du tout d'accord

**Tableau 5 :** Quotient empathique (EQ) de Simon baron cohen :

Numéro	Items	Tout à fait D'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas D'accord	Pas de tout D'accord
1	<b>Je peux facilement deviner quand quelqu'un veut entamer une conversation.</b>				
2	<b>Je trouve difficile d'expliquer aux autres des choses que j'ai comprises facilement et qu'eux n'ont pas comprises du premier coup.</b>				
3	<b>J'aime prendre soin des autres.</b>				

9	Dans une conversation, j'ai tendance à me centrer sur mes propres pensées plutôt que sur celles de mon interlocuteur.				
11	Je détecte rapidement si quelqu'un dit une chose qui en signifie une autre.				
13	Il est pour moi facile de me mettre à la place de quelqu'un d'autre.				
14	Je prédis assez bien le ressenti des autres.				
19	Voir quelqu'un pleurer ne me touche pas vraiment.				
34	Je peux me mettre à l'écoute du ressenti des autres rapidement et intuitivement.				
35	je peux facilement comprendre ce que quelqu'un veut dire				
36	je peux deviner si quelqu'un masque ses émotions.				

## 5- Déroulement de la recherche :

### 5-1 Pré-enquête :

Après avoir présenté les techniques de collecte des informations qu'on a utilisées, il est nécessaire de tester leur efficacité à travers une pré-enquête sur un échantillon réduit pour apporter les correctifs jugés utiles avant de procéder à l'enquête proprement dite.

L'étape de la pré-recherche est une étape cruciale. A cette étape, le chercheur tente de se familiariser de la façon la plus complète possible avec son sujet. A quelle population s'adresse l'enquête ? Quelles sont les caractéristiques de cette population sur le plan démographique, sociologique, politique ? Il faut rechercher toutes les données pertinentes sur la population et sa composition, chercher les données d'enquêtes déjà réalisées auprès de cette population ou de populations similaires, que ce soit sur le même sujet ou sur un sujet relié. Il est aussi important de recueillir les questionnaires déjà utilisés sur le même sujet avec des populations similaires. Sur le plan théorique, une recherche documentaire sert à tracer un portrait du contexte dans lequel s'insérera l'étude, ce qui permet de mieux cibler le projet.

Notre pré-enquête a été effectuée au niveau de CHU de Bejaia. En effet, nous nous sommes déplacés à l'hôpital pour voir les sujets de recherches qui nous intéressent (psychologues cliniciens) dans le but d'avoir leur consentement. Effectivement, on a rencontré trois d'entre eux et nous nous sommes présentées en tant que Masterants en psychologie clinique. Après la présentation de notre thème de recherche, les cliniciens se sont difficilement engagés à coopérer à notre travail de recherche. Une semaine après, nous sommes retournés pour appliquer notre guide d'entretien aux psychologues cliniciens de l'hôpital. Notre objectif a consisté à recueillir un maximum de connaissances et d'informations sur le groupe de recherche, et valider la thématique de notre recherche.

De ce fait, avec cette pré-enquête qui a duré quinze jours du mois de Mars 2021, on a pu réunir tous les éléments nécessaires à notre enquête de terrain et de prendre la décision finale pour valider notre thème de recherche qui est le suivant : « le syndrome du burn out chez les psychologues cliniciens praticiens pendant la covid-19 ».

### 5-2 L'enquête :

La méthode de l'enquête consiste à poser des questions à un vaste échantillon de personnes à propos de leurs comportements ou de leurs opinions (par exemple, consommation d'alcool, attitudes vis-à-vis de la sexualité, etc.) en utilisant des questionnaires ou des interviews. La manière dont les questions sont formulées est décisive dans la mesure où elle peut induire les réponses des sujets

L'enquête par questionnaire est un outil méthodologique d'observation qui comprend un ensemble de questions s'enchaînant de manière structurée et logique. Ce type d'enquête vise à obtenir des données statistiques quantifiables et comparables sur une population précise. Pour cela, le questionnaire est administré à un échantillon représentatif de la population visée, c'est-à-dire à un groupe dont la taille est suffisante, en termes de nombre d'individus, pour que les réponses données soient représentatives de l'avis global de cette population.

Notre enquête s'est déroulée du 01 Avril 2021 jusqu'au 31 mai 2021 au sein des sept lieux de recherche. Notre groupe de recherche est constitué de 32 psychologues cliniciens (femme et homme), et afin de recueillir les informations nécessaires à notre travail de recherche, nous avons commencé par un entretien semi-directif, puis on a passé l'échelle MBI, pour un cas (psychologue clinicien) dans le but de faire l'illustration. La passation de l'entretien semi-directif que nous avons passé était celui de Djamila. Il s'est déroulé dans le EPH d'Akbou, l'entretien a duré environ 40 minutes.

### **6-Difficultés de la recherche :**

- Manque de sujets de recherche. Pour cause, un nombre important des psychologues cliniciens font partie de syndicat des psychologues, qui ont gelé les stages, et aussi a des causes inconnues.
- difficulté de déplacement entre les quatre wilayas.

### **Synthèse :**

En guise de conclusion de ce troisième chapitre, nous dirons que la méthodologie de recherche est fondamentale dans un travail de recherche scientifique, Dans ce chapitre, on s'est basé sur un entretien semi directif pour le recueil d'informations et l'échelle de Christina Maslach MBI pour faire une analyse qualitative, dans le but de confirmer ou infirmer les hypothèses posées dans problématiques

**Chapitre VI**  
**Présentation et analyse des résultats et**  
**discussion des hypothèses**

### Préambule :

Dans ce chapitre nous allons aborder la présentation et l'analyse des résultats obtenus par nos sujets à travers nos outils de recherche à savoir : l'entretien clinique semi-directif, l'échelle **MBI** et le questionnaire d'empathie **EQ**, ces trois outils vont nous permettre de confirmer ou d'infirmer les hypothèses

Nous avons sélectionné pour l'analyse qualitative un groupe de six cas afin de procéder à une analyse plus fine. Nous commencerons par un cas illustratif celui de Djamilia, nous avons repris les axes du guide d'entretien en mettant en évidence le discours du sujet et ses réponses aux différentes questions, puis nous présentons les données récoltées grâce à l'outil psychométrique **MBI** et le questionnaire **EQ** et leurs analyses et nous concluons avec une synthèse générale du cas. Ensuite, nous allons présenter et analyser les autres.

Nous passerons ensuite à la présentation de l'échelle de **MBI** et questionnaire **EQ** et leurs résultats. Enfin, nous allons présenter des synthèses de l'analyse de chaque cas.

Après nous ferons une analyse quantitative pour tous les cas, et une synthèse générale des résultats obtenus de l'analyse quantitative de tous nos cas.

**I-Présentation et analyse des cas :****Cas N° 1 : Djamila (illustrative)****Présentation de cas :**

Djamila est une psychologue clinicienne qui travaille dans L'EPH D'AKBOU, âgée de 37ans, divorcée. Elle a fait ses études en psychologie clinique à l'université Abderrahmane-mira à Bejaia. Djamila à rapidement répondu favorablement à notre demande juste après le premier contact. Tout au long de l'entretien qui a duré une trentaine de minute, Djamila était très sensible à notre thématique, elle s'exprimait aisément et avec assurance. L'entretien s'est déroulé aux environs de 10h du matin le 22 Mars 2021 dans un bureau dans le service médecine interne parce qu'elle n'a pas de bureau spéciale, en respectant les mesures de sécurité sanitaire à savoir le porte de bavette la distanciation physique.

**1- Analyse d'entretien :****Axe2 : information sur l'activité personnelle.**

On a abordé dans notre guide d'entretien semi-directif des informations sur l'activité personnelle, dont la première question était portée sur le nombre d'années d'exercice, Djamila a répondu qu'elle a 11ans d'exercice, elle travaille de dimanche à jeudi, 8h par jour, et durant toutes ces années elle a travaillé dans tous les services de l'EPH D'Akbou. Pour la question de congé, Djamila nous a dit qu'elle a un mois de congé, elle a dit que : « cette durée de congé est insuffisante pour moi par ce que je ne récupère pas mes énergies, le congé termine mais je reste toujours fatiguée ».

**Axe N° 3 : informations sur la vie privée**

Concernant cet axe on a trouvé que Djamila n'a pas des troubles de sommeil, elle dit : « quand je travaille et je me donne à fond dans mon travail à la fin de journée je me trouve très fatiguée alors, je dors facilement et rapidement la nuit », en ce qui concerne le congé annuel, elle a répondu qu'il est insuffisant parce qu'elle ne se sent pas reposée après le congé, et elle n'est pas motivé comme avant d'après elle: « Non, je suis pas motivée comme avant , je me sens très fatiguée ; même il y'a pas de bonnes conditions de travail, la moindre des choses un bureau spécial , depuis 11ans rien n'a changé, on ne trouve même pas un espace spécial pour faire une entretien avec les patients y'a un seul bureau on le partage avec les médecins. », notre cas Djamila veut changer son métier et non pas le service ou elle travaille: « oui, de changer tout le métier non seulement le service, les obstacles et les ennuis que j'ai rencontrés durant ces 11ans de travail et la surcharge de travail avec de mauvaises conditions et manque de moyens m'ont influencé au point au j'ai perdu le goût de mon travail. » cela nous permis de dire que

notre cas a une souffrance psychologique au travail, vu que ses comportement ont changé aussi, , lorsque on a posé la question à Djamila si elle évitait de consulter un patient à cause de la fatigue, elle nous a répondu : « oui, plusieurs fois , quand je me sens très fatiguée et je ne peux pas donner de mon mieux à mon patient ou bien de l'aider à cause de la fatigue, j'évite de le consulter ». D'après ces informations recueillies dans cet axe, on peut dire que Djamila n'est pas heureuse dans son travail comme il y a des manifestations ou de signes renvoyant à la présence d'un mal-être au travail chez ce cas.

**AxeN°4 : informations sur le burn out :**

Dans cette partie de notre entretien, nous avons commencé notre recueillies d'informations avec la première question qui concerne le stress à cause du personnel de service ou des patients, on a constaté que Djamila a du stress envers les patient ; et le programme de travail lourd et le climat défavorable du travail à l'hôpital l'épuise, même elle n'arrive pas des fois à dépasser son état d'épuisement et elle ne récupère pas après le week-end Les signes évoqués dans cet axe permettent de dire que le cas Djamila en train de faire un burn out.

**AxeN°5 : informations sur la covid-19 :**

Notre première question concernant l'impact de covid-19 sur le quotidien des psychologues cliniciens, Djamila nous a dit : rien n'a changé au contraire elle nous a rajouté des responsabilités de plus, un service de plus qui veut dire un travail de plus », là on comprend que la covid-19 a un roule essentiel dans l'apparition des signes de burn out évoqués dans l'axe précédent. pour la question des difficultés rencontrées dans la période de covid-19 et est-ce qu'elle a bouleversé tous les domaines de la vie quotidienne de nos cas, Djamila nous a dit elle n'a pas eu des difficultés et les domaines de sa vie quotidien ne sont pas bouleversés, et quand on a posé la question à Djamila pour savoir si elle se sent épuisée et dépassée en cette période , elle nous dit : « oui je me sens épuisée et dépassée, j'ai fait tous mes efforts, cette période a rajouté plus de responsabilités, plus de travail, plus d'effort » . Ces réponses nous permettent de dire que la crise de covid-19 a un impact sur le déroulement de travail de Djamila.

**AxeN°6 : informations sur l'empathie.**

Lorsque on a posé les questions de notre guide d'entretien semi-directif à **Djamila** on a trouvé que son empathie a été affectée, quand on a posé la question « ressentez-vous la douleur et la tristesse des autres, **Djamila** a répondu : « oui toujours, mais ces derniers temps quand on se trouve face aux situations stressantes comme par exemple cette période de covid-19, on a peur de la contamination alors on ne se concentre pas vraiment sur la douleur des autres» on comprend que Djamila ressent la douleur et la tristesse des autres, mais pendant cette période de covid, la peur a joué son rôle, elle a influencé leur travail et la nature des relations avec ses

patients . Elle nous dit qu'elle ne se sent pas drainée et surtout en présence de certaines personnes, pour la question « vous avez l'impression d'absorber les symptômes des autres, en vous sentant comme eux », Djamilia nous a répondu : « non ; parfois », ce que signifie que Djamilia n'a pas l'impression d'absorber les symptômes des autres et ne se sent pas comme eux.

### Synthèse de l'entretien de Djamilia :

D'après les données que nous avons recueillies à travers l'entretien avec le cas Djamilia, nous remarquons que cette dame s'exprime avec confiance et sans complexe. Ce qu'on a remarqué durant l'entretien aussi est la vigilance de Djamilia en répondant aux questions posées. Cependant, ces derniers temps elle se sent fatiguée non seulement les derniers jours de la semaine, mais aussi à la fin de la journée, et elle ne récupère pas durant le repos du week-end.

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

### 2- présentation et analyse des résultats du questionnaire MBI

Tableau 6 : résultats du questionnaire MBI :

Dimension d'épuisement	Scor totale de la dimension	Niveau de la dimension
Epuisement émotionnel	37	Elevé
Dépersonnalisation	1	Bas
Accomplissement personnel	28	Bas

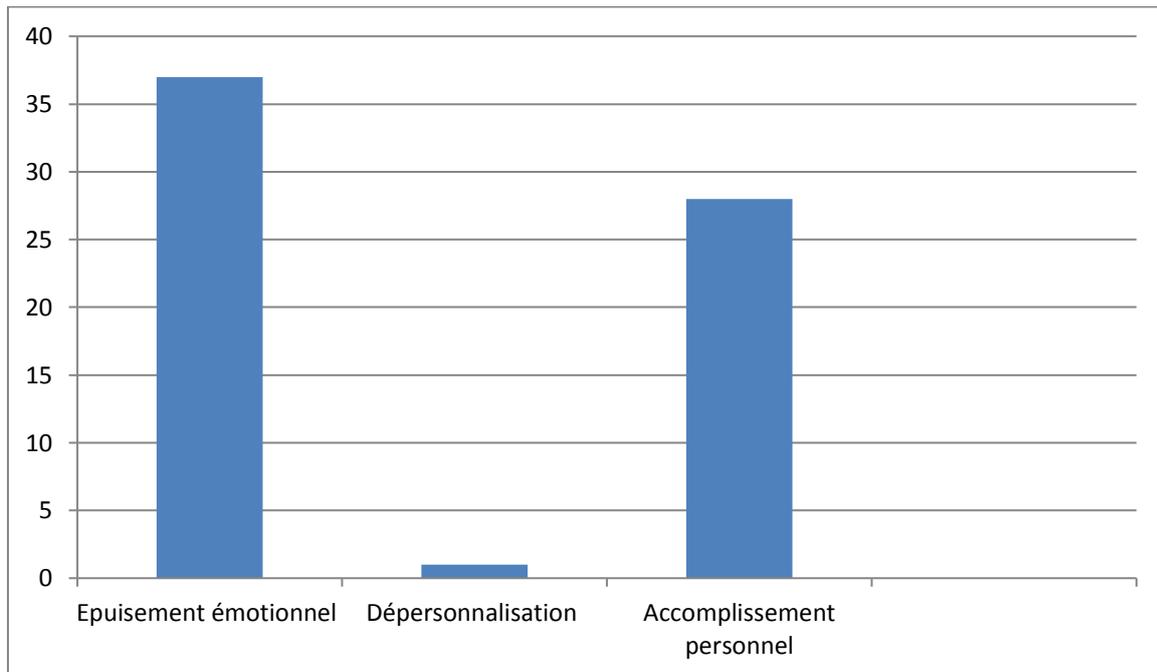
Le tableau ci-dessus présente le niveau du burn out chez Djamilia, on note tout d'abord que l'épuisement émotionnel chez ce cas est élevé, le niveau de dépersonnalisation est bas, et le niveau de l'accomplissement personnel est bas. Notre cas obtenu le résultat de teste suivant : SEE= 37, SDE= 1, SAP= 28.

#### Analyse des résultats obtenus sur l'échelle MBI :

L'analyse de l'échelle MBI explique que notre cas Djamilia se sent fatiguée après une journée de travail où elle a souligné la sous-échelle par (6), (6)et(5) dans les items (2), (3)et(6) qui signifient « je me sens à bout à la fin de la journée de travail » « je me sens fatigué(é)lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail » « travailler avec des gens toute au long de la journée me demande beaucoup d'effort », elle a souvent perdu l'impression qu'elle influence positivement sur les gens ou elle a mentionné dans la sous échelle (0) dans l'item(9) « j'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens», comme elle n'as pas d'énergie, elle se sent fatiguée ou elle a mentionnée la sous échelle par (2) dans l'item (12), elle n'est souvent pas à l'aise lorsque elle se trouve proche de ses patient où

elle a mentionnée dans la sous échelle(2) dans l’item(18) « je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail, j’ai été proche de patients/clients/élève ».

**Figure 1 :** représentant les résultats au MBI du cas Djamila :



Cette figure représente les résultats obtenus sur l’échelle MBI, on remarque que le score de la dimension de l’épuisement émotionnel 37. Et le score de la dépersonnalisation est 1 et d’autre par le score de l’accomplissement personnel est 28 notre cas a un haut degré d’épuisement émotionnel, et un degré bas d’accomplissement personnel. Nous évaluons à un haut degré d’épuisement émotionnel, et un degré bas d’accomplissement personnel. Ça nous permis de dire que notre cas présent un burn out.

**3-Analyse des résultats obtenus dans questionnaire E Q :**

L’analyse de l’échelle QE explique que notre cas Djamila à cette période de crise sanitaire ressent la douleur et tristesse des autres mais pas comme avant , elle a commencé à ignorer sa sensibilité envers les gens où elle a mentionnée « plutôt d’accord » sur les items numéro( 3).(13).(36) « j’aime prendre soin des autres » « il est pour moi facile de me mettre à la place de quelqu’un d’autre » « je peux deviner si quelqu’un masque ses émotions » et « plutôt pas d’accord » sur l’item( 19)qui signifie « voir quelqu’un pleurer ne me touche pas vraiment ».

**Synthèse du premier cas :**

En guise de synthèse, à partir de l'entretien semi directif et le test de MBI on constate que le cas Djamila présente un degré d'épuisement émotionnel élevé avec un score de 37, et un degré d'accomplissement personnel bas avec un Score de 28. Cet état est engendré par certains facteurs liés à la fatigue et d'autres facteurs à la nature de son travail, et aussi ce qui concerne leur empathie à partir de l'analyse de quotient empathique EQ, l'empathie de notre cas Djamila est un peu affecté, ce qu'on peut expliquer par le déroulement de travail pendant cette période de covid-19 où la peur et le stress sont toujours là.

**Cas N° 2 : Toufik****Présentation du cas Toufik :**

Toufik est un homme âgé de 36 ans, célibataire, il exerce ce métier depuis 10 ans, il travaille dans le service EPSP TAZMALT (ancien hôpital d'AKbou), il travaille toute la semaine sauf le week-end et 8 heures par jour.

**Analyse de l'entretien**

Notre stage s'est déroulé dans le même service où travaille Toufik ce n'était donc pas difficile d'avoir un entretien avec lui on a juste libéré une heure pour qu'on puisse passer notre entretien avec Toufik, il était très compréhensif et sympathique avec nous, il était ouvert d'esprit et très coopératif dans l'entretien qui a pris environ 40minutes.

Toufik a dit que son travail n'est pas toujours stable il a chargé depuis le début de la covid-19, et durant cette crise n'a pas eu son congé et il se sent fatigué, d'après lui, son travail ne lui cause pas de problèmes avec sa famille, et même s'il est fatigué et épuisé pendant cette dernière année mais il reste motivé comme avant ; et il n'a pas ressenti le besoin de changer le service. Lorsque on a posé la question à Toufik est-ce que vos comportements ont changé , il a répondu comme suit : « oui depuis la covid-19 à ce jour, plus de responsabilités, plus de patients, plus de travail, tout cela nous a influencé».pour la question d'éviter de consulter un patient Toufik a dit : « j'ai essayé d'éviter des patients à cause de la fatigue surtout à la fin de la journée mais j'ai pas refusé de les consulter »,durant notre entretien on a constaté que notre cas a un stress à cause de certains patients plus exactement les patients qui fait une tentative de suicide, sa réponse à notre question sur l'épuisement à cause du travail à l'hôpital Toufik dit : « oui, vu que je travaille dans l'EPSP donc il y a beaucoup de patients », cependant pendant la période de covid-19 Toufik applique les mesures de sécurité sanitaire, d'après lui il est inquiet et épuisé et dépassé pendant cette période . En ce qui concerne l'empathie, eu début de carrière Toufik ressentait

la douleur et la tristesse des autres mais au fil du temps il a perdu cette attitude, on a constaté aussi que Toufik absorbe les symptômes de ses patients mais il ne se sent pas comme eux.

### Synthèse de l'entretien avec Toufik :

D'après les données recueillies à travers l'entretien que nous avons fait passer à Toufik, nous remarquons qu'il s'exprime librement et avec confiance. Ce qu'on a remarqué aussi durant l'entretien que Toufik répondait très sincèrement aux questions qu'on lui a posées. Cependant, cette année dernière il se sent fatigué et épuisé à cause de la surcharge du travail « je me sens épuisé et dépassé en période de covid-19 » il arrive à dépasser son épuisement en se détendant au stade « j'arrive à gérer mon épuisement en allant au stade pour faire le sport.

### 2- Présentation et interprétation de l'échelle MBI :

**Tableau 7 :** résultat de l'échelle de burn out (MBI)

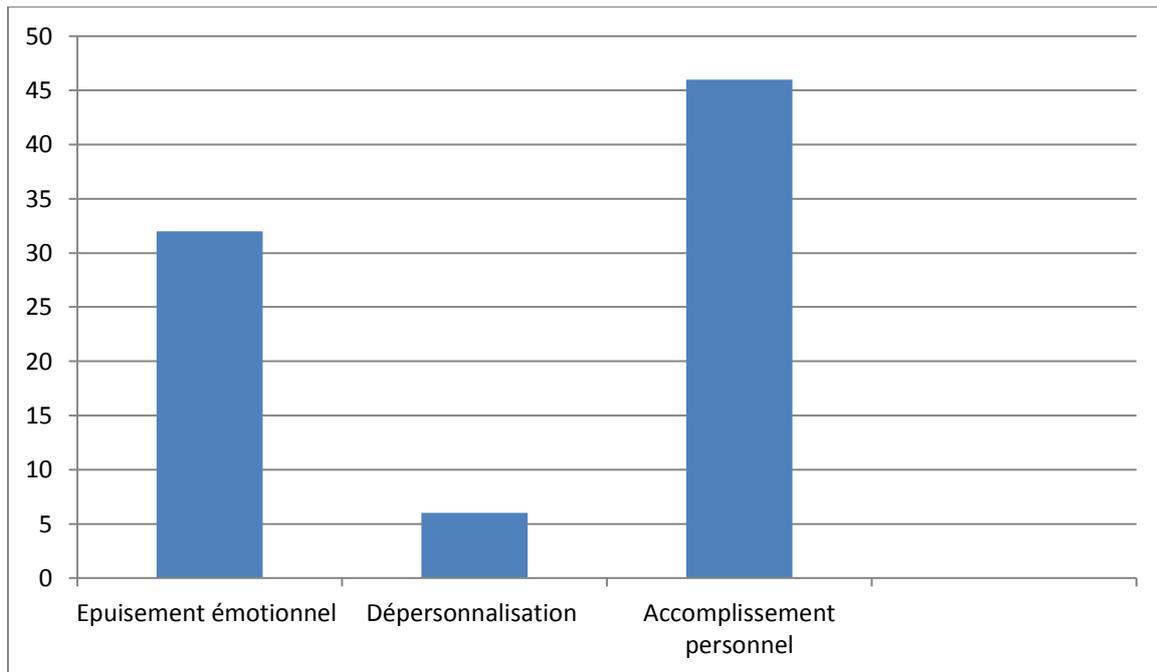
Dimension d'épuisement	Score total de la dimension	Niveau de la dimension
Epuisement émotionnel	32	Elevé
Dépersonnalisation	6	modéré
Accomplissement personnel	46	élevé

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

Notre cas obtenu le résultat de teste suivant : SEE= 32, SDE= 6, SAP= 46.

### Analyse des résultats obtenus sur l'échelle MBI :

L'analyse de l'échelle MBI indique que notre cas Toufik se sent fatigué d'après la surcharge de travail de la période de covid-19 où il a répondu à la sous échelle par (5) dans les items (13), (14)et (20) qui signifient « je me sens frustré par mon travail» «je sens que je travaille dur dans mon travail» « je me sens au bout du rouleau », il est souvent devenu plus insensible aux gens stressé d'où il a répondu à la sous échelle par (6) dans l'item (10) «je suis devenu plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail ».

**Figure 2 :** représentant les résultats au MBI du cas Toufik :

Cette figure représente les résultats obtenus sur l'échelle MBI, on remarque que le score de la dimension de l'épuisement émotionnel est à 32. Et le score de la dépersonnalisation est de 6 et d'autre par le score de l'accomplissement personnel est de 46. Notre cas à un haut degré d'épuisement émotionnel, et un degré modéré de dépersonnalisation. Cela nous permet de dire que notre cas présente un burn out.

### 3-Analyse des résultats obtenus dans l'échelle (QE) :

L'analyse de l'échelle QE révèle que notre cas Toufik est insensible aux gens, il a mentionné « tout à fait d'accord » dans les items (19) qui signifie « voir quelqu'un pleurer ne me touche pas vraiment », et « pas du tout d'accord » dans l'item(13) « il est pour moi facile de me mettre à la place de quelqu'un d'autre », et il a mentionné « plutôt d'accord » pour les autres items. Ce qui nous permet de dire que pendant cette période de covid-19 l'empathie de notre cas a été affectée

### Synthèse du deuxième cas :

En guise de synthèse, à partir de l'entretien semi directif et le test de MBI et le Quotient empathique QE, on constate que Toufik présente un degré d'épuisement émotionnel élevé avec un score de 32 et un degré de dépersonnalisation modéré avec un score de 6. Notre sujet présente un burn out avec deux dimensions affectées.

Cet état est engendré par certains facteurs liés au travail, comme on peut dire aussi qu'il est devenu insensible envers les gens surtout en cette période de crise sanitaire qui a impacté son empathie.

**Cas N° 3 : Hinda****Présentation du cas**

Hinda est une femme, mariée, mère de 02 enfants, elle a 5ans et demi d'expérience dans ce métier, elle travaille dans le service infectieux covid-19, cinq jours par semaine de 8h à 16h et des fois elle travaille même pendant le week-end et les journées fériées selon le besoin et les situations de crise.

**Analyse de l'entretien :**

Pour l'entretien avec Hinda, on a fait la première rencontre sans aucun rendez-vous ; elle a été très compréhensive, elle a accepté de faire un entretien avec nous dès le premier contact, comme elle est sensible à notre thématique de recherche. La charge de travail de Hinda est restée stable depuis l'année dernière, comme elle n'a pas des troubles de sommeil : « non je n'ai pas de problèmes de sommeil, et pour la question de congé Hinda a dit que la durée de son congé n'est pas suffisante pour elle, elle n'arrive pas à récupérer pendant cette période de congé, de même Hinda a des problèmes familiaux à cause de son travail, et elle n'est pas motivée comme avant, et quand on a posé la question à Hinda si elle avait déjà ressenti le besoin de changer de service, elle a répondu : « oui je veux changer à un service non covid », ce qui signifie que Hinda ressent le mal être au travail pendant cette période de covid de ce fait elle veut changer de service, on a remarqué que les comportements de ce cas ont changé, et malgré la fatigue elle n'a pas évité de consulter ses patients, et d'après ce qu'a dit Hinda le travail à l'hôpital l'épuise, et elle est stressée à cause du personnel de service. Notre cas arrive à dépasser son état de stress : « parfois, on arrive à gérer la situation avec un travail sur soi », pendant la période de covid, Hinda passe son quotidien avec le stress et la crainte, pour elle c'est une situation d'angoisse surtout : « la peur de contaminer l'entourage », d'après Hinda, cette période a bouleversé sa vie privée car elle se sent épuisée et dépassée en cette période de la pandémie : « oui je me sens épuisée et dépassée » pour les questions sur l'empathie, Hinda ressent la douleur et la tristesse des autres, de plus elle se sent drainée tout le temps et à la présence de certaines personnes, ses émotions ne changent pas soudainement sans jamais savoir pourquoi, on a posé la question à Hinda si elle a l'impression d'absorber les symptômes des autres elle a dit : « ça dépend ».

**Synthèse de l'entretien :**

D'après les données que nous avons recueillies à travers l'entretien que nous avons fait passer à Hinda, nous remarquons que ce cas s'exprime librement et avec confiance. Cependant, cette année dernière elle se sent fatiguée et épuisée à cause de la surcharge du travail pendant la

période de covid « je me sens épuisée et dépassée en période de covid » et cette période l'influencé avec des changements de comportements elle arrive parfois à dépasser son épuisement par un travail sur soi : « parfois, si en arrive à gérer avec un travail sur soi ».

### 2-Présentation et interprétation de l'échelle MBI :

**Tableau 8 :** résultat de l'échelle du burn out (MBI)

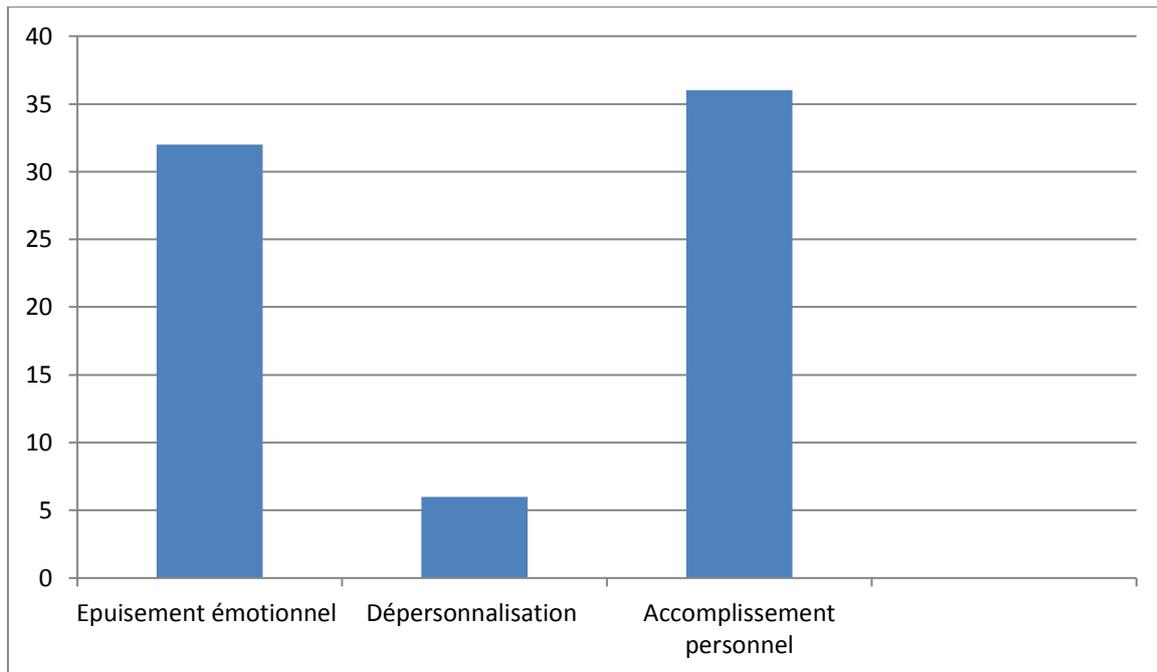
Dimension d'épuisement	Score total de la dimension	Niveau de la dimension
Epuisement émotionnel	32	Elevé
Dépersonnalisation	6	Modéré
Accomplissement personnel	36	Modéré

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

. Notre cas obtenue le résultat de test suivant SEE= 32, SDE= 6, SAP= 36

### Analyse des résultats de l'échelle MBI:

L'analyse de l'échelle MBI, explique que notre cas est fatiguée chaque fin de journée, elle a mentionné dans l'item (2)et (3)et (14) « je me sens à bout à la fin de la journée de travail » « je me sens fatigué lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail » « je sens que je travaille dur dans mon travail »où elle a mentionnée la sous échelle (6), et dans l'item (6) «travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort » elle a coché la sous échelle (6),comme elle a commencé à devenir un peu insensible envers les gens où elle a mentionné dans la sous échelle(3) pour les items (10)(11) « je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail » « je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement »

**Figure 3** : représentant les résultats au MBI du cas Hinda :

Cette figure représente les résultats obtenus sur l'échelle MBI, on remarque que le score de la dimension de l'épuisement émotionnel est de 32. Et le score de la dépersonnalisation est de 6 et d'autre part le score de l'accomplissement personnel est de 36, notre cas à un haut degré d'épuisement émotionnel, et un degré moyen de dépersonnalisation et d'accomplissement personnel. Cela nous permet de dire que ce cas présente un burn out.

### 3-Analyse des résultats de quotient empathique QI :

L'analyse de l'échelle QI révèle que notre cas est devenue insensible envers les autres, comme elle ne peut pas entrer en contact direct avec les autres facilement et réagir avec eux, d'où sa réponse « plutôt d'accord » dans l'item (1)(3)(13)(34) « je peux facilement deviner quand quelqu'un veut entamer une conversation » « j'aime prendre soin des autres » « il est pour moi facile de me mettre à la place de quelqu'un d'autre » « je peux me mettre à l'écoute du ressenti des autres rapidement et intuitivement », d'après ces informations on peut dire que notre cas pendant cette dernière année du covid hésite à entrer en contact direct avec ses patients et même a essayé d'éviter d'entamer une conversation avec eux à cause de la peur de la contamination. Ce qui signifie que l'empathie de notre cas est affectée.

### Synthèse de cas Hinda :

En s'appuyant sur l'analyse des résultats de l'échelle MBI qui est l'outil mesurant l'état de burn out, notre sujet a obtenu un degré d'épuisement émotionnel élevé avec un score de 32, un degré de dépersonnalisation modéré avec un score de 6, un degré d'accomplissement

personnel modérer avec un score de 36. Notre sujet présente un burn out avec trois dimensions affectées.

Et avec les résultats des items de questionnaire d'empathie(EQ) où elle a coché dans la plupart des items sur « plutôt **d'accord** » ce qui signifie que l'empathie de Hinda a été affecté pendant la période du covid, on peut expliquer cet état de fait par cette période stressante et pleine d'anxiété et de peur d'être en danger de contamination par ce virus mortel.

D'après le discours tenu par notre sujet de recherche, et les résultats de l'échelle MBI et les réponses aux items du questionnaire d'empathie, notre sujet manifeste un syndrome du Burn out, cet état est engendré par certains facteurs liés à la nature et au déroulement du travail pendant la période de covid-19.

### **Cas N° 4 : Brahim**

#### **Présentation du cas**

Brahim est un psychologue clinicien principal, âgé de 58 ans, marié avec 03 enfants, il exerce dans le CHU de Tizi-Ouzou depuis 35ans.

#### **1-Analyse de l'entretien :**

Pour l'entretien avec Brahim on a la fait dès le premier rencontre avec un rendez-vous par téléphone une semaine avant; Cet psychologue rattaché au service neurologie travaille cinq jours par semaine et huit heure par jour, il y'a des moments où il travaille même les jours fériés, d'après Brahim, il ne se repose pas pendant le congé, et son travail lui a causé des problèmes au sein de sa famille, et il n'est pas motivé comme avant, Brahim ne souhaite pas changer de service. Quand on a posé la question suivante « sentez-vous que votre comportement à changer » Brahim a dit : « oui surtout ces derniers temps »,et d'après notre guide d'entretien Brahim a essayé d'éviter de consulter des patients à cause de la fatigue, ce qui concerne les informations sur le burn out, on a constaté que notre cas sent que le travail à l'hôpital l'épuise, ce ,est pas seulement le stress qui l'épuise mais encore le travail qui est dur et la surcharge du travail et surtout ces derniers temps, où il n'arrive pas à dépasser son état d'épuisement, pendant cette période de covid Brahim passe leur quotidien en stress et vivre cette situation avec la peur de sa propre contamination ou de celle de son entourage, et il est épuisé et dépassé pendant cette période de covid, pour les questions sur l'empathie, on a constaté que Brahim ressent la douleur et la tristesse des autres, de plus, il se sent drainé tout le temps et en présence de certaines personnes, ses émotions changeant soudainement sans jamais savoir pourquoi, on a posé la

question à Brahim si il a l'impression d'absorber les symptômes des autres, il a dit : « ça dépend , mais ne me sens pas comme eux »

### **Synthèse de l'entretien :**

D'après les données que nous avons recueillies à travers l'entretien que nous avons fait passer à Brahim, nous remarquons que ce dernier s'exprime avec confiance et il est très sincère. Cependant, le travail à l'hôpital l'épuise et pendant cette dernière année il se sent fatigué et épuisé à cause de la surcharge du travail pendant cette période « je me sens épuisé et dépassé en période de covid » et le congé ne l'aide pas à se reposer d'ailleurs il n'arrive pas à dépasser son état d'épuisement, et cette période a influencé son empathie où ses émotions changeaient soudainement sans jamais savoir pourquoi et il se sent drainé en présence de certaines personnes.

### **2- Présentation et analyse des résultats du l'échelle MBI**

**Tableau 9 :** résultats de Brahim à l'échelle MBI

Dimension d'épuisement	Score total de la dimension	Niveau de la dimension
Epuisement émotionnel	54	Elevé
Dépersonnalisation	12	Elevé
Accomplissement personnel	42	Elevé

Le tableau ci-dessus présent le niveau de burn out chez Brahim, On note que le niveau des trois dimensions qui sont : l'épuisement émotionnel, dépersonnalisation et l'accomplissement personnel, chez cette personne sont élevé.

Notre cas a obtenu le résultat de test suivant SEE= 54, SDE= 12, SAP= 42

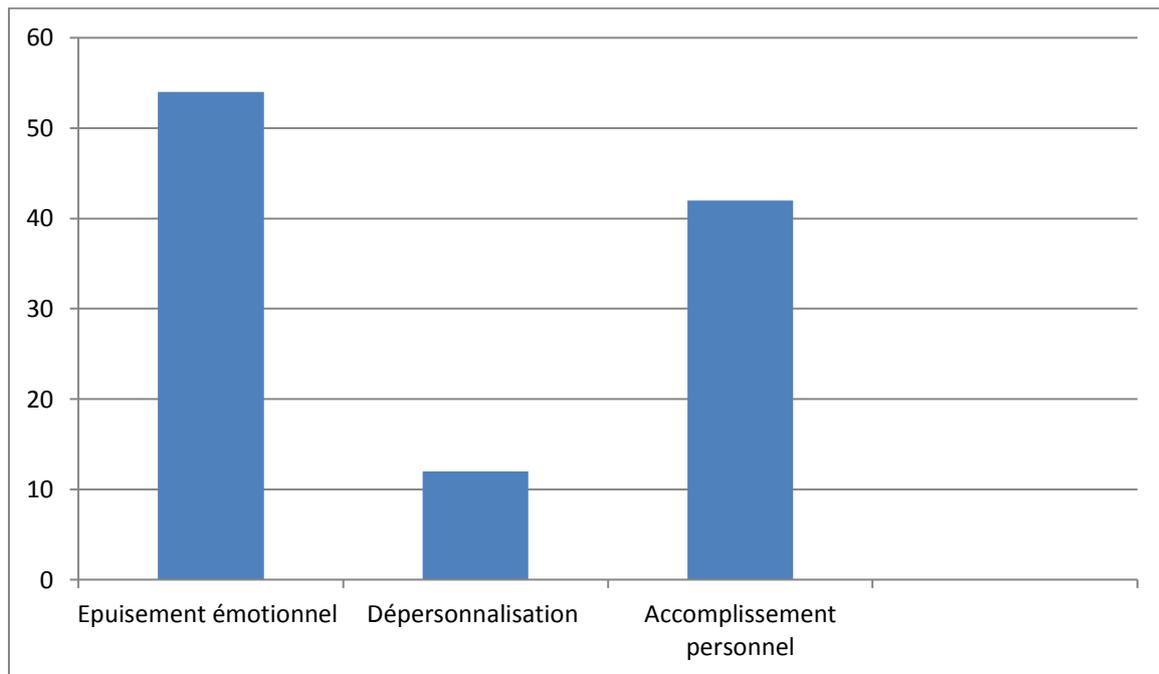
### **Analyse des résultats de l'échelle MBI:**

L'analyse de l'échelle MBI, explique que notre cas est fatigué chaque fin de journée où il a mentionné dans l'item (2)et (3)et (14) « je me sens à bout à la fin de journée de travail » « je me sens fatigué lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail » « je sens que je travaille dur dans mon travail » où il a mentionné la sous échelle (6), et dans l'item (6) «travailler avec des gens toute au long de la journée me demande beaucoup d'effort » il a mentionné la sous échelle (6),comme il se tient responsable de ce qui arrive à ses patients en mentionnant dans le sous échelle(6) pour les items(11)(22) « je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement » « j'ai l'impression que mes patients /clients/élèves me rendent responsable de certains de leurs problèmes ».

**3-Analyse des résultats de quotient empathique QI :**

L'analyse de l'échelle QI explique que notre cas est devenu un peu insensible envers les autres, comme il ne peut pas faire un contact direct avec les autres et réagir avec eux, où il a mentionné « plutôt d'accord » dans l'item (1)(3)(13) « je peux facilement deviner quand quelqu'un veut entamer une conversation » « j'aime prendre soin des autres » « il est pour moi facile de me mettre à la place de quelqu'un d'autre », et il a mentionné « plutôt pas d'accord » dans l'item(19) « voir quelqu'un pleurer ne me touche pas vraiment » ce qui veut dire que à des moments en voyant notre cas voir quelqu'un pleurer, ça ne le touche pas vraiment.

**Figure 4 :** représente les résultats au MBI du cas Mr Brahim :



**La figure : Histogramme de questionnaire**

Cette figure représente les résultats obtenus d'échelle MBI on remarque que le score de la dimension de l'épuisement émotionnel est de 54. Et le score de la dépersonnalisation est 12 et d'autre par le score de l'accomplissement personnel est de 42. Nous évaluons à un haut degré d'épuisement émotionnel, haut degré de dépersonnalisation. Alors ce cas présente un burn out.

**Synthèse de cas Brahim :**

En s'appuyant sur l'analyse des résultats de l'échelle MBI qui est l'outil mesurant l'état de burn out, notre sujet a obtenu un degré d'épuisement émotionnel élevé avec un score de 54, un degré de dépersonnalisation bas avec un score 12, un degré d'accomplissement personnel élevé avec un score 42. Notre sujet présente un burn out avec deux dimensions affectées.

Et avec les résultats des items du questionnaire d'empathie(EQ) où il a mentionné dans la plupart des items « **plutôt d'accord** » ce qui signifie que l'empathie de Brahim a été affectée

pendant la période de covid, et ça reviens à cette période stressante où il est devant un nouveau virus jamais connu auparavant qui touche beaucoup plus les personnes d'un certain âge et comme notre cas est une personne âgée, il vit toujours avec un stress et peur d'être contaminé par ce virus, et c'est pour cette raison on trouve que leur empathie est affectée où il évite donc le contact direct avec ses patients et d'entamer une conversation avec eux, et il est devenu un peu insensible envers eux.

D'après le discours tenu par notre sujet de recherche, et les résultats de l'échelle MBI et les réponses aux items du questionnaire d'empathie, notre sujet manifeste un syndrome Burn out, cet état est engendré par certains facteurs liés à la nature de son travail et surtout liés à cette crise sanitaire covid-19

### **Cas N° 5 : Bahia**

#### **Présentation du cas**

Bahia est une psychologue clinicienne, âgée de 37 ans mariée avec 2 enfants, exerce le métier depuis l'âge de 27ans. Elle travaille dans le service du médecin interne à l'hôpital d'akbou, elle travaille 8 heures par jour, 5 jours par semaine.

#### **1-Analyse de l'entretien :**

Bahia a répondu favorablement à notre demande après une semaine de notre premier contact avec elle. Tout au long de l'entretien, Bahia était très compréhensive, s'exprime avec assurance. L'entretien s'est déroulé dans le bureau du secrétariat parce qu'elle n'as pas de bureau, l'entretien a duré environ une heure.

Bahia a noté que la charge de travail l'impact et elle a un stress à cause des collègues de service , les problèmes récurrents sont l'absence d'un bureau spécial pour les psychologues, elle dit " alors je suis toujours à la recherche d'un espace pour faire mes consultations sans mettre le patient dans la gêne, et au même temps sans déranger mes collègues du service tout ça demande un grand effort et une patience, un autre problème lié à son lieu d'exercice d'après elle : « le travail à l'hôpital m'épuise, elle n'arrive pas à dépasser son état d'épuisement , et son congé annuel est d'un mois ce qu'elle considère comme insuffisant car elle ne se repose jamais à cause de la charge familiale.

Concernant cette période de la crise sanitaire Bahia dit « au début de la pandémie tous les personnels de la santé étaient stressés. Les collègues étaient prudents et crantant la contamination. Durant cette période on trouvait des difficultés à contacter les patients et les aider, au moment au portant nous sommes tous stressés et peureux pour nos vies alors le travail

augmente et la responsabilité a doublé surtout sur nous les psychologues, au même temps il fallait contribuer à améliorer l'état psychologique des patients et à cohabiter avec la pandémie ». Cette période de covid est la période la plus difficile de la vie pratique pour ce cas où elle se sent épuisée et dépassée.

Dans notre entretien, nous focalisons sur l'état d'empathie des psychologues. Alors nous avons posé la question : ressentez-vous la douleur et la tristesse des autres ? Bahia a répondu : « oui très souvent même durant la période de la pandémie covid19 ça nous a jamais fait perdre de vue notre mission, Mais sincèrement la peur de la contamination influence sur nous c'est un peu égoïste, c'est la réalité quand le danger est près de toi, tu ne pense qu'à toi, moi par exemple Ma belle-mère a une diabète comme vous le savez, elle est vulnérable à la contamination, mon mari me demande d'arrêter de travailler, ici je suis confuse entre mon devoir professionnel et mon devoir envers ma famille, mais à la fin, j'ai pris un congé ». On a constaté aussi que Bahia a l'impression d'absorber les symptômes des autres et à se sentir comme eux.

#### **Synthèse d'entretien :**

D'après les données recueillies à travers l'entretien que nous avons fait passer à Bahia, nous remarquons que ce cas s'exprime avec une certitude et confiance. Cependant, Bahia se sent épuisée et elle ne peut pas dépasser son état d'épuisement, et cette période de covid19a rajouté plus de travail au point où elle se sent dépassée pendant cette période et elle est très stressée.

**Tableau 10 :** Présentation et analyse des résultats échelle MBI de Mme Bahia

Dimension de burn out	Score total de la dimension	Niveau de la dimension
Epuisement émotionnel	38	élève
Dépersonnalisation	4	bas
Accomplissement	41	élève

Le tableau ci-dessus présente le niveau du burn out chez Bahia, On note que le niveau de l'épuisement émotionnel est élevé, le niveau de dépersonnalisation est bas et le niveau d'accomplissement personnel est élevé. Ce Qui signifie que notre sujet manifeste un burn out.

Notre cas obtenu le résultat de test suivant SEE=38, SDE= 4, SAP= 41

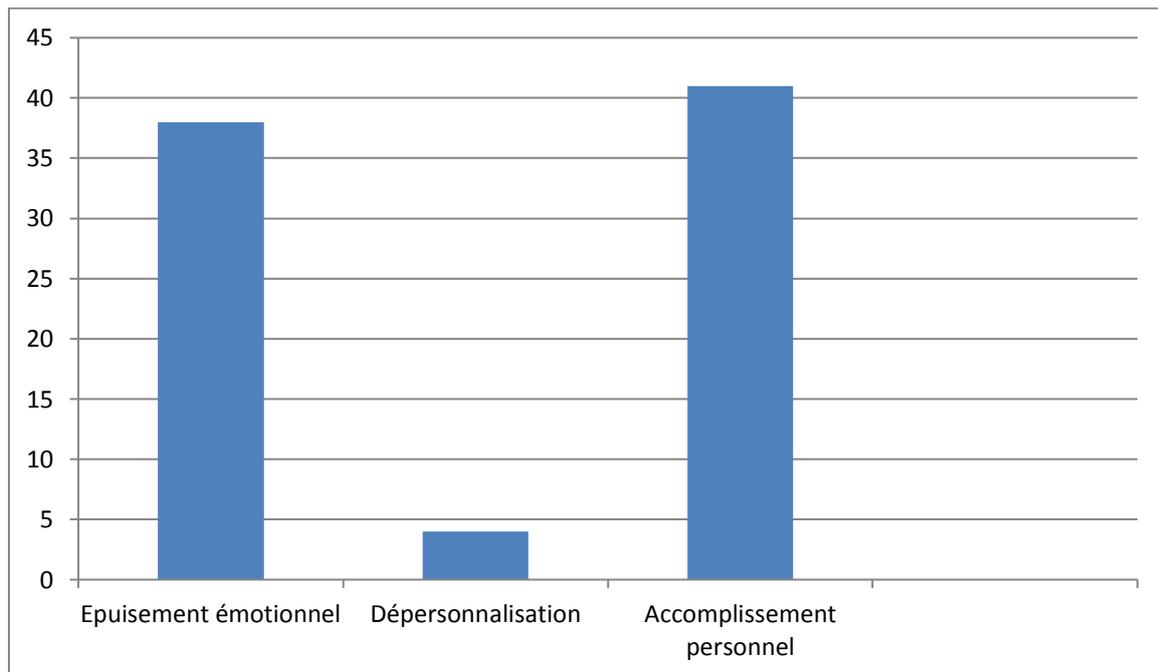
#### **Analyse des résultats obtenus sur l'échelle MBI:**

L'analyse de l'échelle MBI, explique que notre cas est toujours fatiguée même en début de la journée, et elle a une souffrance psychique au travail et un stress professionnel, elle a mentionnée dans l'item(1),(3),(6),(14),(16)(20),« Je me sens émotionnellement vidé(e) par

mon travail», « - Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail », « Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort», «Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail», « Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop», « - Je me sens au bout du rouleau» elle a mentionnée la sous-échelle (5). Et répondu à l'item (2) « Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail» par la sous- échelle de valeur 6.

D'après ces résultats nous ne constatons que notre cas Bahia manifeste le syndrome du Burn out.

**Figure 5 :** représentant les résultats au MBI du cas de **Bahia**



**La figure : Histogramme de questionnaire**

Cette figure représente les résultats obtenus sur d'échelle **MBI** on remarque que le score de la dimension de l'épuisement émotionnel est de 38. Et le score de la dépersonnalisation est de 4 et d'autre part le score de l'accomplissement personnel est de 41. Nous déduisons que notre cas à un haut degré d'épuisement émotionnel, ça nous permet de dire que notre cas présente un burn out.

### **3-Analyse des résultats du questionnaire d'empathie :**

Bahia a mentionné sur « **plutôt d'accord** » pour les items : « Je peux facilement deviner quand quelqu'un veut entamer une conversation.», «Je trouve difficile d'expliquer aux autres des choses que j'ai comprises facilement et qu'eux n'ont pas comprises du premier coup. », « Dans une conversation, j'ai tendance à me centrer sur mes propres pensées plutôt que sur celles de mon interlocuteur», «Je détecte rapidement si quelqu'un dit une chose qui en signifie une

autre»,., »« Il est pour moi facile de me mettre à la place de quelqu'un d'autre»,., «Je prédis assez bien le ressenti des autres». « Voir quelqu'un pleurer ne me touche pas vraiment ». » «Je peux me mettre à l'écoute du ressenti des autres rapidement et intuitivement», « je peux facilement comprendre ce que quelqu'un veut dire», « je peux deviner si quelqu'un masque ses émotions» qui signifie que Bahia ne peut pas entamer une conversation et ne peut pas faire un contact direct avec ses patients, comme elle ne comprend pas le ressenti des autres et ne ressent pas la douleur des autres, et c'est à cause de cette période stressante de la covid-19 que l'empathie de Bahia a été affectée, où elle travaille avec un stress et une peur de contamination.

### **Synthèse générale du cas**

En s'appuyant sur l'analyse des résultats de l'échelle MBI qui est l'outil mesurant l'état de burn out , notre sujet a obtenu un degré d'épuisement émotionnel élevé avec un score de 38, un degré de dépersonnalisation bas avec un score 4 ,un degré d'accomplissement personnel élevé avec un score 41. Notre sujet présente un burn out avec une seule dimension affectée.

Et avec les résultats des items du questionnaire d'empathie(EQ) où elle a mentionné dans la plupart des items sur « **plutôt d'accord** » et d'après ses propos, il y a des périodes où elle ne peut pas gérer son empathie comme cette période du covid-19 où elle est stressée et peur de la contamination par ce virus, et ça la rend égoïste en ne pensant à soi-même et sa famille, ce qui affecte son empathie envers ses patients. Cela nous permis de dire que l'empathie de ce cas est affectée

D'après le discours tenu par notre sujet de recherche, et les résultats de l'échelle MBI et les réponses aux items du questionnaire d'empathie, notre sujet manifeste un syndrome Burn out, cet état est engendré par certains facteurs liés à la nature de travail et surtout liés à cette crise sanitaire covid-19.

### **Cas N° 6 : Célia**

#### **Présentation du cas**

Célia est une psychologue clinicienne âgée de 28 ans, célibataire. Elle exerce ce métier depuis 3ans, elle travaille dans l'EPSP Tazmalt, elle travaille 5 jours par semaine de 8h à 16h.

#### **1-Analyse de l'entretien :**

Célia nous a donné un accord pour la passation de l'entretien avec elle après 3jrs de notre contact, tout au long de l'entretien Célia était calme, très compréhensive et sensible à notre thématique. L'entretien s'est déroulé dans son bureau et a duré une heure.

Concernant l'état d'épuisement de Célia, on constate que ce cas est épuisée par son travail et ses expressions faciales montrent qu'elle est apparue fatiguée et épuisée. Et même le personnel

de service l'épuise : « les personnes dans le service me stresse et cette dernière influence sur mon travail et cela augmente le niveau d'épuisement chez moi », Célia arrive à dépasser son état d'épuisement à travers une discussion avec ses collègues, Célia a fini par démissionner de la

Polyclinique elle n'a pas supporté le déroulement du travail à la polyclinique où elle se sent très épuisée. Et ce qui concerne la période de la pandémie, Célia a dit : « c'est une catastrophe au cours de laquelle j'ai décidé de quitter le travail alors c'est le moment pour faire un nouveau pas et penser à mon projet, d'ouvrir mon cabinet car le travail dans le secteur public est vraiment impossible pour moi surtout durant cette crise, la charge du travail le stress et la peur de la contamination à cause de ce travail, toute ma vie s'est détériorée et n'est pas restée stable. Je me sens vraiment épuisée et dépassée pendant cette période ». Ce qui laisse entendre que ce cas a une souffrance psychologique au travail qui a augmenté durant la période de covid.

Concernant l'empathie, Célia a dit qu'elle ressent la douleur et la tristesse des autres mais durant cette période de covid elle est vraiment perturbée ; elle se sent tout le temps drainée et même ses émotions changent.

### Synthèse de l'entretien :

D'après les informations recueillies durant l'entretien on peut dire que Célia se sent épuisée et fatiguée à cause du travail dans une polyclinique et surtout durant la période de covid-19, nous avons remarqué durant l'entretien à travers son comportement et sa façon de parler, elle semblait fatiguée car elle ne trouvait pas les mots pour s'exprimer ; elle arrive à dépasser son état d'épuisement par une discussion avec ses collègues, on a constaté aussi que l'empathie de ce cas est touchée pendant cette période où elle se sent perturbée et drainée.

Dimension de burn	Score total de la	Niveau de la
Epuisement émotionnel	40	élevé
Dépersonnalisation	19	élevé
Accomplissement personnel	39	Modéré

**Tableau 11** : Présentation et analyse des résultats échelle MBI

Le tableau ci-dessus présente le niveau de burn out chez Célia, On note que le niveau de l'épuisement émotionnel est élevé, le niveau de dépersonnalisation est élevé et le niveau d'accomplissement personnel est modéré. Qui signifie notre sujet manifeste le burn out.

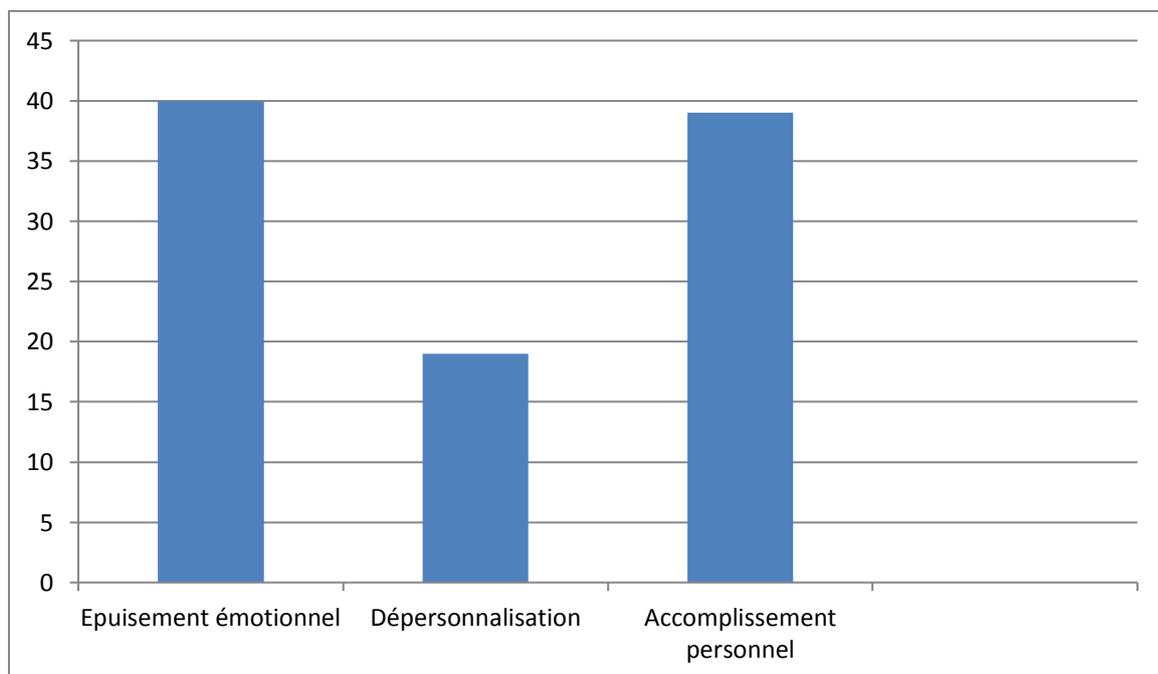
Notre cas obtenu le résultat de test suivant SEE=48, SDE= 19, SAP= 39

### Analyse des résultats de l'échelle MBI:

L'analyse de l'échelle MBI, explique que notre cas est fatiguée toujours même en début de la journée, et elle a une souffrance psychique au travail et un stress professionnel et aussi frustrée par son travail d'où elle a répondu aux items (2),(3);(8),(13),(14)(20), «Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail» « - Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail », « Je sens que je craque à cause de mon travail », « Je me sens frustré(e) par mon travail» «Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail» : « - Je me sens au bout du rouleau» par la sous-échelle (5). Et elle a répondu à l'item(2) «Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail» par une sous- échelle de valeur 6, et pour l'item(10)(15)« Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail », « Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes patients/clients/élèves» elle a mentionnée la sous-échelle 05,et pour l'item(22)«J'ai l'impression que mes patients/clients/élèves me rendent responsable de certains de leurs problèmes » a mentionnée la sous-échelle 6. Et pour les items (7)(9)(19) « Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes patients/clients/élèves», « J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens, » « J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail» Célia a mentionné la sous-échelle 5.

D'après ces résultats nous constatons que notre cas Célia manifeste le syndrome du Burn out.

**Figure 6 :** représentant le cas Célia :



**La figure : Histogramme du MBI**

Cette figure représente les résultats obtenus à l'échelle **MBI** de Célia, on remarque que le score de la dimension de l'épuisement émotionnel est de 40. Et le score de la dépersonnalisation est de 19 et d'autre part le score de l'accomplissement personnel est de 39. Nous déduisons que le cas Célia a un haut degré d'épuisement émotionnel et un haut degré de dépersonnalisation. Cela nous permet de dire que notre cas présente un burn out.

**3-. Analyse des résultats de questionnaire d'empathie :**

L'analyse questionnaire EQ indique que notre cas Célia a commencé à perdre sa sensibilité envers les autres, où elle a mentionné « plutôt **d'accords** » pour les items : « Je peux facilement deviner quand quelqu'un veut entamer une conversation. », « Je trouve difficile d'expliquer aux autres des choses que j'ai comprises facilement et qu'eux n'ont pas comprises du premier coup. », « Il est pour moi facile de me mettre à la place de quelqu'un d'autre », « Je prédis assez bien le ressenti des autres ». « Je peux me mettre à l'écoute du ressenti des autres rapidement et intuitivement », « je peux facilement comprendre ce que quelqu'un veut dire », « je peux deviner si quelqu'un masque ses émotions », ce qui signifie que l'empathie de Célia a été affectée et ça d'après ses réponses par plutôt d'accords qui veut dire qu'il y'a une certaine confusion, un changement dans sa pratique pendant cette période de covid-19.

**Synthèse de cas :**

En s'appuyant sur l'analyse des résultats de l'échelle MBI qui est l'outil mesurant le syndrome du burn out, notre sujet a obtenu un degré d'épuisement émotionnel élevé avec un score de 40, un degré de dépersonnalisation élevé avec un score 19, un degré modéré d'accomplissement personnel modéré avec un score de 39. Notre sujet présente un burn out avec trois dimensions affectées. Et avec les résultats des items de questionnaire d'empathie(EQ) où elle a mentionné dans la plupart des items sur « plutôt **d'accord** » on peut dire que l'empathie de Célia est affectée, cela revient au travail pendant cette période de covid-19.

D'après le discours tenu par notre sujet de recherche, et les résultats de l'échelle MBI et les réponses aux items du questionnaire d'empathie, notre sujet est frustré par son travail et manifeste un syndrome Burn out, son empathie se trouve affectée, cet état est engendré par certains facteurs liés à la nature de travail et le stress et la peur causés par la covid-19.

**II- Discussion des hypothèses :**

La discussion des hypothèses est une dernière partie de notre cinquième chapitre, nous allons discuter nos hypothèses afin de répondre à la question de notre problématique, enfin, d'affirmer ou d'infirmer les hypothèses que nous avons formulées dans notre problématique. De ce fait, notre cible est de mettre en clarté l'impact de covid-19 sur la manifestation des symptômes du burn out chez les psychologues cliniciens praticiens, et aussi leur, à travers l'analyse des résultats des trois outils de recherche à savoir l'entretien semi-directif, le questionnaire EQ et l'échelle MBI pour les six cas et les deux outils psychométriques pour tous les cas.

**Hypothèse N°1 : oui, les psychologues cliniciens praticiens ont manifesté des symptômes du burn out pendant la covid-19**

Pour vérifier cette hypothèse, nous nous sommes basées sur les résultats de l'analyse de l'entretien clinique et sur l'échelle MBI de cas Djamila. De ce fait, pour analyser les données récoltées grâce à ces outils on a fait recours à la théorie cognitivo-comportementale.

**Cas illustratif N° 1 : Djamila**

En s'appuyant sur les informations récoltées à partir de l'entretien clinique, nous avons constaté que Djamila présente le syndrome du burn out, car elle ne se sent pas reposée après le congé « je ne me sens pas reposée après le congé par ce que il est insuffisant » cependant, elle a évité de consulter un patient à cause de la fatigue: « oui, plusieurs fois , quand je me sens très fatiguée et que je ne peux pas donner de mon mieux à mon patient ou bien de l'aider à cause de la fatigue j'évite de le consulter » . Ainsi elle se retrouve stressée à cause des patients « oui des fois à cause des patients ». en effet, le système d travail à l'hôpital l'épuise « ce n'est pas le travail à l'hôpital ou le stress qui m'épuise, mais c'est le programme de travail qui est lourd, et aussi le manque de moyens , c'est le climat défavorable de travail qui m'épuise », comme elle n'arrive pas à dépasser son état d'épuisement: « oui, mais des fois je n'arrive pas quand il ya beaucoup de travail et un travail dur qui demande plus d'efforts en fin de semaine je me retrouve très fatiguée et épuisée et je ne récupère pas après le week-end »

Pendant la période du covid-19, Djamila a eu beaucoup de travail : « rien n'a changé au contraire, la pandémie rajoutée des responsabilités en plus, un service de plus qui veut dire un travail de plus », aussi elle se sent épuisée et dépassée pendant cette période« oui je me sens épuisée et dépassée, cette période est sacrée, j'ai fait tous mes efforts, cette période nous a rajouté plus de responsabilités, plus de travail, plus d'efforts »

Sur l'échelle MBI, Djamila a obtenu un score de 37 pour la dimension de l'épuisement émotionnel. Et un score de 1 pour la dépersonnalisation, et un score de 28 pour

l'accomplissement personnel. Cela a été constaté à travers ses réponses où elle a répondu à la sous échelle par (6), (6)et(5) dans les items (2), (3)et(6) qui correspondent à « je me sens à bout à la fin de la journée de travail » « je me sens fatigué(é)lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail » « travailler avec des gens toute au long de la journée me demande beaucoup d'effort », elle a souvent perdu l'impression qu'elle influence positivement sur les gens où elle a répondu par la sous échelle (0) à l'item(9) « j'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens », comme elle n'as pas d'énergie elle se sent fatiguée où elle a indiqué la sous échelle (2) dans l'item (12), elle est souvent pas à l'aise lorsqu'elle se trouve proche de ses patient où elle a répondu par la sous échelle(2) à l'item(18) « je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de patients/clients/élève ».

En se basant sur les résultats de cette échelle et les données de l'entretien et nos observations au cours de ce dernier, donc, nous pouvons dire que notre première hypothèse est confirmée pour ce cas.

**Cas n°2 : Toufik**

En se référant aux résultats tirés de l'échelle MBI, nous pouvons dire que Toufik présente un burn out où en obtenant un score de 32 pour la dimension de l'épuisement émotionnel. Et un score de 6 pour la dépersonnalisation et un score de 46 pour l'accomplissement personnel.

Donc, d'après les résultats enregistrés par Toufik dans l'échelle MBI, nous pouvons confirmer notre première hypothèse, c'est-à-dire que Toufik présent un burn out

**Cas n°3 : Hinda**

En se basant sur ses résultats recueillis à l'échelle MBI, notre sujet a enregistré un score de 32 pour la dimension de l'épuisement émotionnel. Et un score de 6 pour la dépersonnalisation et un score de 36 à la dimension de l'accomplissement personnel.

D'après ces résultats récoltés par l'échelle MBI, on peut dire que notre sujet présente un burn out. Dans ce cas, notre hypothèse est confirmée pour notre sujet.

**Cas n°4 : Brahim**

À la suite des résultats recueillis sur l'échelle MBI, Brahim a obtenu un score de 54 pour la dimension de l'épuisement émotionnel, et un score de 12 pour la dépersonnalisation et un score de 42 pour l'accomplissement personnel.

D'après ces résultats récoltés par l'échelle MBI, on peut dire que notre sujet présente un burn out. Dans ce cas, notre hypothèse est confirmée pour notre sujet.

**Cas n°5 : Bahia**

En tenant compte des résultats recueillis par l'échelle MBI, Bahia a obtenu un score de 38 pour la dimension de l'épuisement émotionnel, et un score de 4 pour la dépersonnalisation et un score de 41 pour l'accomplissement personnel.

D'après les résultats d'analyse de l'échelle MBI, nous constatons que notre sujet présente un burn out. Dans cette optique, notre première hypothèse partielle est confirmée pour notre sujet.

**Cas n°6 : Célia**

À partir des résultats recueillis sur l'échelle MBI, Célia a obtenu un score de 40 pour la dimension de l'épuisement émotionnel. Et un score de 19 pour la dépersonnalisation et score de 39 pour l'accomplissement personnel.

D'après les résultats d'analyse de l'échelle MBI, nous constatons que notre sujet présente un burn out. Dans cette optique, notre première hypothèse partielle est confirmée pour notre sujet.

**Hypothèse N°2 : Oui, l'empathie des psychologues cliniciens praticiens est affectée****Cas illustratif N° 1 : Djamila**

En se référant aux données rassemblées par l'entretien clinique, nous pouvons retenir que l'empathie de Djamila a été affectée, elle ressent la douleur et la tristesse des autres, mais pendant cette période de covid la peur a joué son rôle, elle a influencé son travail et la nature de la relation avec ses patients : « oui toujours, mais à un certain temps quand on se trouve face à des situations stressantes comme par exemple cette période de covid-19 on a peur de la contamination alors on ne concentre pas vraiment sur la douleur des autres », elle ne se sent pas drainée surtout par la présence de certaines personnes « non je ne me sens pas drainée de présence de certain personne », et elle n'as pas l'impression d'absorber les symptômes des autres et se sent pas comme eux « Parfois ».

Dans le questionnaire EQ d'empathie, Djamila a mentionné « plutôt d'accord » sur les items numéro (3). (13). (36) « j'aime prendre soin des autres » « il est pour moi facile de me mettre à la place de quelqu'un d'autre » « je peux deviner si quelqu'un masque ses émotions » et « plutôt pas d'accord » sur l'item (19) qui correspond à « voir quelqu'un pleurer ne me touche pas vraiment ». Ce qui signifie qu'elle a commencé à ignorer sa sensibilité envers les gens car elle a mentionné « plutôt d'accord ».

La discordance entre le premier outil de recherche et questionnaire EQ d'empathie, nous a mis devant une situation qui n'est pas claire. Toutefois, en se basant sur les résultats de ce

questionnaire et les données de l'entretien et nos observations au cours de ce dernier, donc, nous pouvons dire que notre deuxième hypothèse est confirmée pour ce cas.

**Cas n°2 : Toufik**

En se référant aux résultats recueillis sur l'empathie, Toufik a mentionné « tout a fait pas d'accord » à l'item (19) qui correspond à l'item « voir quelqu'un pleurer ne me touche pas vraiment », et « pas de out d'accord » dans l'item (13) « il est pour moi facile de me mettre à la place de quelqu'un d'autre », et il a mentionné « plutôt d'accord » pour les autres items. Ce qui indique que l'empathie de notre sujet a été affectée pendant cette période de covid.

D'après les résultats de l'analyse de ce questionnaire, nous estimons que l'empathie de notre sujet a été affectée. De ce fait, cette deuxième hypothèse partielle est confirmée pour notre cas.

**Cas n°3 : Hinda**

En se basant sur résultats de questionnaire EQ d'empathie de Hinda, qui a répondu « plutôt d'accord » dans l'item (1)(3)(13)(34) « je peux facilement deviner quand quelqu'un veut entamer une conversation » « j'aime prendre soi des autres » «il est pour moi facile de me mettre à la place de quelqu'un d'autres » « je peux me mettre à l'écoute du ressenti des autre rapidement et intuitivement ». Cela que veut dire que notre cas est devenu insensible envers les autres, comme elle ne peut pas faire un contact direct avec les autres facilement et réagir avec eux, ces résultat indiquent que l'empathie de hinda a été affecté pendant la période de covid-19.

D'après les résultats de l'analyse de ce questionnaire, nous estimons que l'empathie de notre sujet a été affectée. De ce fait, cette deuxième hypothèse partielle est confirmée pour notre cas.

**Cas n°4 : Brahim**

En s'appuyant sur les résultats de questionnaire EQ de cas Brahim, où il a mentionné « plutôt d'accord » dans l'item (1)(3)(13) « je peux facilement deviner quand quelqu'un veut entamer une conversation » « j'aime prendre soi des autres » «il est pour moi facile de me mettre à la place de quelqu'un d'autre »,et il a mentionné « plutôt pas d'accord » dans l'item(19) « voir quelqu'un pleurer ne me touche pas vraiment » ce qui veut dire que notre cas est devenu un peut insensible envers les autre, comme il ne peut pas établir un contact direct avec les autres et réagir avec eux. Ces résultats indiquent que l'empathie de Brahim a été affectée pendant la période de covid-19.

D'après les résultats de l'analyse de ce questionnaire, nous estimons que l'empathie de notre sujet a été affectée. De ce fait, cette deuxième hypothèse partielle est confirmée pour notre cas.

**Cas n°5 : Bahia**

À partir des résultats de questionnaire QE d'empathie, l'empathie de Bahia a été affecté, en effet, elle a répondu : «Je peux facilement deviner quand quelqu'un veut entamer une conversation.»,«Je trouve difficile d'expliquer aux autres des choses que j'ai comprises facilement et qu'eux n'ont pas comprises du premier coup. »,« Dans une conversation, j'ai tendance à me centrer sur mes propres pensées plutôt que sur celles de mon interlocuteur», «Je détecte rapidement si quelqu'un dit une chose qui en signifie une autre», « Il est pour moi facile de me mettre à la place de quelqu'un d'autre»,«Je prédis assez bien le ressenti des autres». « Voir quelqu'un pleurer ne me touche pas vraiment ». » « Je peux me mettre à l'écoute du ressenti des autres rapidement et intuitivement », « je peux facilement comprendre ce que quelqu'un veut dire», « je peux deviner si quelqu'un masque ses émotions» où elle a mentionné sur « **plutôt d'accord** », ce qui indique que l'empathie de Bahia a été affectée pendant la crise du covid-19.

D'après les résultats de l'analyse de ce questionnaire, nous estimons que l'empathie de notre sujet a été affectée. De ce fait, cette deuxième hypothèse partielle est confirmée pour notre cas.

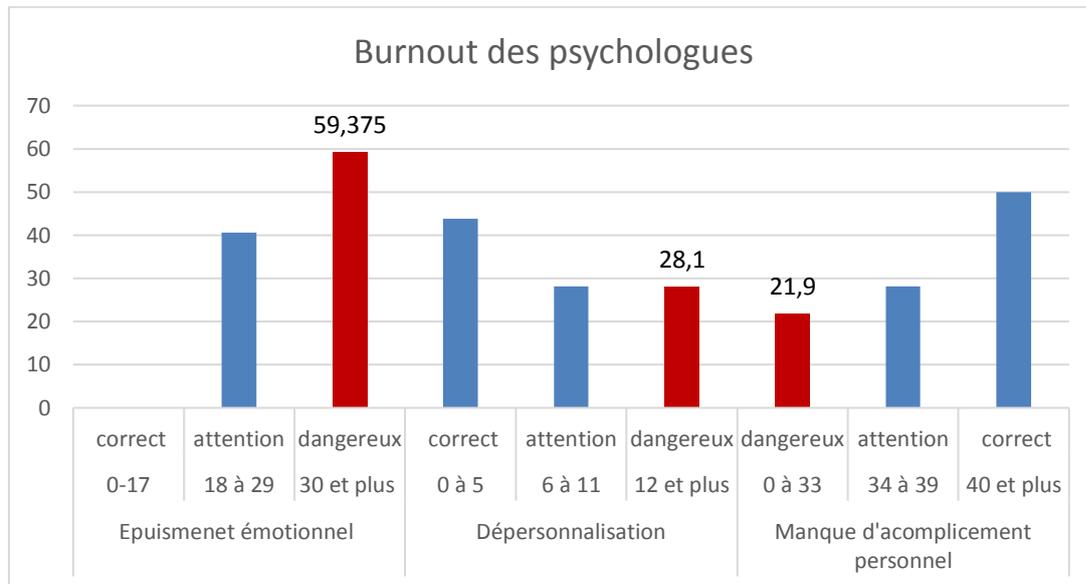
**Cas n°6 : Célia**

En s'étayant sur les résultats de questionnaire QE d'empathie, de Célia où elle a répondu plutôt d'accord pour les items «Je peux facilement deviner quand quelqu'un veut entamer une conversation.»,«Je trouve difficile d'expliquer aux autres des choses que j'ai comprises facilement et qu'eux n'ont pas comprises du premier coup. »,« Il est pour moi facile de me mettre à la place de quelqu'un d'autre»,«Je prédis assez bien le ressenti des autres». «Je peux me mettre à l'écoute du ressenti des autres rapidement et intuitivement», « je peux facilement comprendre ce que quelqu'un veut dire», « je peux deviner si quelqu'un masque ses émotions» par **plutôt d'accords**, ce qui indique que l'empathie de ce cas a été affectée pendant la crise de covid-19.

D'après les résultats de l'analyse de ce questionnaire, nous estimons que l'empathie de notre sujet a été affectée. De ce fait, cette deuxième hypothèse partielle est confirmée pour notre cas.

Analyse et discussion des résultats des 32 cas :

Figure 7 : résultats obtenus à l'échelle MBI



Le graphique ci-dessus révèle les résultats des 32 psychologues cliniciens praticiens participants à la recherche et montre que 59.375% d'entre eux souffrent d'un épuisement émotionnel élevé, 28.1% manifestent une dépersonnalisation, et 21.9% manifestent un sentiment de manque d'accomplissement personnel au travail. Notre hypothèse stipulant que les psychologues cliniciens praticiens exerçant au niveau de Bejaia, Bouira, Alger, Tizi-Ouzou présentent les symptômes d'un épuisement professionnel, est donc confirmée.

On peut expliquer le taux élevé d'épuisement émotionnel (59.375%) par les situations de travail intense pendant cette période de crise de covid-19 qui ont révélé ou mis en exergue, des malaises antérieurs, souvent profonds, liés aux pratiques, aux conditions d'exercices voire à la considération des pratiques professionnelles, et qui ont généré aussi une forte charge émotionnelle du fait qu'elles soient trop rapprochées les unes des autres, on peut citer comme exemple la situation des psychologues cliniciens praticiens qui sont régulièrement confrontées à des situations très difficiles émotionnellement (la peur de l'exposition à la pandémie, peur d'être contaminé et contaminer les collègues et/sa famille, Le déni lié à l'angoisse de mort, La fatigue émotionnelle ). Le problème vient du fait que cette situation difficile, cette situation de crise sanitaire a conduit à l'érosion puis à l'assèchement des ressources émotionnelles et à la labilité émotionnelle ou difficulté de la gestion émotionnelle chez ces psychologues cliniciens praticiens. Ces psychologues sont devenus incapables de parvenir à réaliser leurs tâches (travail, vie familiale, vie sociale...) ce qui peut entraîner du surmenage. Alors que la

profession du psychologue clinicien nécessite l'attention, l'écoute active, le ressenti du psychologue de la tristesse et des douleurs de ses patients pour les aider. Notre groupe de recherche présente un épuisement émotionnel avec un degré élevé qui est accentué avec la crise sanitaire, ce qui signifie que leurs émotions sont déséquilibrées dans le sens où ils se trouvent vidés émotionnellement et leur profession est en danger car dans ce cas ils ne peuvent pas traiter et aider leur patients parce qu'ils les considèrent comme des objets, ils n'ont rien à donner pour leur patients soit en encouragement ou en conseils, ils n'arrivent plus à ressentir et à comprendre la souffrance de leur patients.

Cet épuisement émotionnel surgit lorsqu'un déséquilibre se produit entre ce que l'on donne et ce que l'on reçoit conduisant à l'apparition d'un **manque de motivation : celui** qui souffre d'épuisement émotionnel agit de façon mécanique, comme s'il devait continuer à faire ce qu'il fait tout le temps. Perte d'intérêt et d'enthousiasme pour les activités qui étaient appréciées auparavant. On remarque aussi chez ces professionnels épuisés des difficultés à penser ; la personne est facilement confuse. La moindre activité lui demande plus de temps qu'auparavant, et elle raisonne plus lentement. C'est ce que nous avons remarqué chez les psychologues cliniciens, et c'est justement ce qui ne devrait pas arriver au psychologue qui est comme un professionnel du fonctionnement psychique et des psychopathologies, du comportement humain, *et sa mission fondamentale est de faire reconnaître et respecter la personne dans sa dimension psychique. Son activité porte sur la composante psychique des individus* et l'écoute clinique est une compétence professionnelle qui demande un bon état psychologique pour mieux aider les patients.

D'autre part, On peut expliquer l'existence d'une dépersonnalisation même estimée à (28.1%) par les situations de travail intenses pendant cette période de crise de covid-19 qui ont conduit à convertir les psychologues cliniciens praticiens en des personnes cyniques qui ont une attitude froide et distante vis-à-vis de leur travail et des gens qu'ils côtoient dans leur univers professionnel.

Ainsi, on peut expliquer le manque d'accomplissement personnel (21.9%) par la peur de ne pas être à la hauteur (des attentes du patient, de sa famille et de l'établissement et ses attentes), et la peur de se sentir débordé par le travail et incapable de maintenir la continuité de sa mission, et c'est à cause de la crise de covid-19 qui a impacté les psychologues cliniciens praticiens en les faisant se sentir inefficaces, et douter de leur capacités à changer quoi que ce soit, et au fur et à mesure, ils perdent confiance en eux-mêmes. Certains psychologues cliniciens pensent et

disent déjà « ne pas pouvoir continuer ainsi », devoir arrêter, quelques jours à quelques semaines, voire quelques mois.

Nos résultats rejoignent les résultats de Amrouche Benfarhat, sur les médecins en situation de catastrophe : le cas des SAMU d'Alger, Blida, et Médéa au cours des années 2013 qui avait observé que le syndrome du burn-out, dans ses trois dimensions, augmente chez les médecins des SAMU de la région centre « Alger, Blida et Médéa » et diminue chez les médecins de SAMU d'Oran, et ces résultats démontrent que les médecins de SAMU d'Alger, Blida et Médéa, percevaient davantage de stress dans leur environnement de travail, étaient plus sujets à s'épuiser professionnellement que les médecins du SAMU d'Oran. Même constat fait par Sarra SamraBenharras en 2016 dans son étude sur la genèse du burn-out en milieu psychiatrique : le cas de l'hôpital psychiatrique de Sidi Chami d'Oran, Alger, en soulignant que les psychiatres qui travaillent dans l'hôpital de Sidi Chami souffrent d'un burn-out dans ses différentes phases évolutives.

Par ailleurs, les résultats obtenus, au questionnaire EQ d'empathie pour les 32 psychologues cliniciens praticiens, nous laissent avancer que leur empathie est affectée pendant cette période de covid-19, on peut expliquer ce résultat par l'altération des émotions de ces psychologues cliniciens praticiens, qui a créé une détresse personnelle et qui a mené à une souffrance émotionnelle, qui détruit petit à petit, et qui provoque le changement de la préoccupation empathique de ces psychologues cliniciens qui deviennent incapables d'aider les autres, et ces résultats renvoient à cette crise sanitaire stressante, qui a impacté leur équilibre psychologique, en ne leur permettant pas de comprendre le ressenti des autres. Et étant donné que notre groupe de recherche présente un épuisement émotionnel élevé qui signifie que les émotions de nos sujets sont déséquilibrées et qu'ils ne peuvent pas comprendre le ressenti des autres, nous pouvons conclure que leur empathie a été affectée.

### Synthèse :

- À partir des résultats qu'on a obtenus, à partir des outils de recherche que nous avons utilisés pour recueillir les informations fiables sur nos sujets de recherche, nous pouvons distinguer entre nos cas. La première hypothèse énonçant que les psychologues cliniciens praticiens ont manifesté des symptômes du burn out pendant la covid-19 » a pu être vérifiée pour tous les cas. Nous constatons, ainsi que tous les cas ont confirmé notre deuxième hypothèse énonçant que « l'empathie des psychologues cliniciens a été affectée », car l'empathie de tous les sujets a été affectée pendant cette période de covid

## **Conclusion**

### Conclusion :

Il semble que le phénomène de burn out a touché principalement les psychologues cliniciens praticiens travaillant dans le secteur public pendant la covid-19, ces derniers ont été soumis à de fortes sollicitations mentales, émotionnelles et affectives, et ils se sont beaucoup investi dans une responsabilité vis-à-vis des autres, ce qui a impacté leur empathie. Les psychologues cliniciens suscitent un intérêt particulier du fait des particularités du métier qu'ils accomplissent tant au plan relationnel que professionnel. En effet la profession « psychologue clinicien » nécessite beaucoup d'effort, d'énergie, de concentration, de patience et de bienveillance.

Dans le cadre de notre étude sur le burn out chez les psychologues cliniciens praticiens pendant la covid-19, nous nous sommes demandé si ces psychologues cliniciens subissent un burn out dans ses trois dimensions à savoir, l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation, et l'accomplissement personnel, et si leur empathie a été affecté pendant la crise du covid-19.

Pour confirmer la présence du syndrome de burn out chez les psychologues cliniciens nous avons limité notre étude à (32) cas, nous avons utilisé deux instruments afin de vérifier nos hypothèses, à savoir l'échelle de Maslach (MBI) qui mesure le degré de burn out et un entretien semi-directif pour rassembler les données nécessaires, et un questionnaire de quotient empathique (QE) de Simon baron Cohen pour décrire leur empathie.

On a constaté d'après les résultats de notre étude que notre groupe de recherche a manifesté un degré d'épuisement émotionnel élevé pendant la covid-19. On a remarqué que l'empathie de la majorité de nos cas a été affectée.

On a constaté qu'à l'origine de ce syndrome, se trouvent plusieurs facteurs qui favorisent son apparition tels que les conditions de travail défavorables (le manque de matériel et de personnel, la surcharge de travail, le volume horaire) pendant la crise de covid-19 et les facteurs relationnels (des conflits au travail). En guise de conclusion, cette étude montre que le burn out chez les psychologues cliniciens est une réalité, donc la diffusion de programme d'information et de prévention auprès de psychologues cliniciens semble nécessaire, de ce fait nous allons proposer quelques solutions :

- Améliorer les conditions du travail
- Créer des cellules pour prendre en charge les psychologues touchés par le syndrome du burn out, afin qu'ils puissent mieux prendre en charge leurs patients et leurs témoigner plus d'empathie.

## **Liste des références**

1. Agence National pour l'Améliorations Des Conditions De Travail. (2015), *Guide d'aide à la prévention*. France. [www.Travail-emploi.gouv.fr](http://www.Travail-emploi.gouv.fr)
- 2- Abdellatif, K. (2019), *Le Bulletin Du Pharmacien*.N°027,[www.pharmainvest.dz](http://www.pharmainvest.dz)
3. Aktouf, O. (1987), *Méthodologie des sciences sociales, approche quantitative des organisations, une introduction à la démarche classique et une critique, les presses universitaires. Les presses Université de Montréal. Québec, Canada.*
4. Benamsili, L. (2019). Ethique et déontologie en psychologie clinique. Le malaise en Algérie. *Revue Cahiers du laboratoire*, 14 (1), 100-112. <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/102589>
5. Benfarhat, A. (2009), *thèse de magistère syndrome de burn out chez les médecins en situation de catastrophe : le cas des SAMU d'Alger, Blida et Médéa*, (thèse).
6. Bénony, H. et Chahraoui, KH. (2013), *L'entretien clinique*. Dunod, Paris, France.
7. Bouvet, C. (2015), *18 grandes notions de la pratique de l'entretien clinique*. Edition Dunod, Paris, France.
8. Boudoukha, A. (2020), *Burn out et stress post traumatique*. Dunod, 2eme édition, paris,.
9. Boudoukha, A. (2009), *Burn out et traumatisme psychique*. 1<sup>er</sup> édition, Dunod, Paris.
10. Boddez, L. et Callens, S. et al. (2017), *La Profession De Psychologue et l'expérience de la psychologie clinique*. Cioa, Belgique.
11. Bloch, H. et al. (1999), *Grand dictionnaire de psychologie*. Editions Larousse Et la bibliothèque numérique Gallica.
12. Charron, C. et al. (2020), *Les 500 mots de la psychologie*. Édition Dunod, Malakoff.
13. Chambon, O. (2003), *les bases de la psychothérapie*, Dunod, Paris.
14. Canaoui, P. et Mauranges, A. (2015), *Le burn out à l'hopitale*. elsevier Masson, Paris.
- 15- Chahraoui, KH. et Bénony, H. (2003), *Méthode, évaluation et recherche en psychologie clinique*. Dunod, Paris.
16. Centre chinois de contrôle et de prévention des maladies. (2019), *Partie du diagnostic et traitement* . <http://www.chinacdc.cn/en/covid>
17. Contrath, P. et Ouazzani, M. (2020), *Le Journal des psychologues*. Édition N°377. <https://www.jdpsychologues.fr>
18. Cottraux, J. (2011), *Les psychothérapies comportementales et cognitives*. (5eme édition, Masson, Paris.
19. Dictionnaire petit Larousse, (2013), larousse, Paris.
20. Duqueru, V. (2020), *BurnOut des Médecins Français*. <https://français.medscape.com>

21. Franck, N. (2020), *Covid-19 et détresse psychologique*. ODILE JACOB, Paris, France.
22. Grebot, E. (2008), *Stress et burn out au travail*. Édition Eyrolles, Paris.
23. Gilles, O. et Dominic, R, et All.(2009),*Méthodes quantitatives en science humain*. Modulu, Québec, Canada.
24. Institut National Du Santé Public. (2021), *Fiche épidémiologique et clinique de la COVID-19 Québec*. N°2901.  
<https://mobile.inspq.ca>
25. Lecomte, J. (2010), *Empathie et ses effets*, Elsevier Masson, Paris. <http://www.psychologiepositive.net>
26. Maslach, C. et Michael, P. (2017), *Burnout des solutions pour se préserver et pour agir*. Paris, France.
27. Moyou, E. (2021), *Coronavirus Covid-19 faits et chiffres*. <https://fr.statista.com>
28. Organisation Internationale Du Travail. (2020), *Prévention et limitation de la propagation de la COVID-19 sur les lieux de travail des petites et moyennes entreprises*. 1<sup>er</sup> édition Genève, Suisse. [www.ilo.org/labadmin-osh](http://www.ilo.org/labadmin-osh)
29. Organisation Mondiale De La Santé. (2021), *COVID-19 Prise en charge clinique*.  
[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/338871/WHO-2019-nCoV-clinical-web\\_annex-2021.1-eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/338871/WHO-2019-nCoV-clinical-web_annex-2021.1-eng.pdf)
30. Organisation Mondiale De La Santé. (2021), coronavirus. <http://www.who.health-topic>
31. Paillé, P. (2006), *La méthodologie qualitative*. Armand Colin : Paris, France.
32. Pednielli, J. (2012), *Introduction à La Psychologie Clinique*. 3eme Édition, Armand Colin, Paris.
33. Sillamy, N. (2003), *Dictionnaire de la psychologie*. Édition Janine Faure, Québec, Canada.
34. Tavernier, C. (2012), *L' empathie , une compétence professionnelle au service de la thérapie langagière*, Lile, Paris. <http://docum.univ-lorraine.fr>

# **Annexe**

## Annexe N°1 : Guide d'entretien semi-directif

### Axe 1 : Identification personnelles

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

### Axe 2 : Information de l'activité professionnelle

1. Combien d'années d'exercice avez-vous jusqu'à présent ?  
.....
2. Combien d'heure de travail effectuez-vous par jours ?et combien de jours par semaine ?  
.....
3. Travaillez-vous les jours feries, les week end ?  
.....
4. Dans quel service travaillez-vous?  
.....  
.....
5. Votre charge de travail est elle resté stable depuis l'année dernier ? Si c'est non,.....  
.....
6. Quel est en moyenne votre congé annuel ? A votre avis est-il suffisant ?  
.....

### Axe 3 : information sur la vie privée :

1. Avez-vous des troubles de sommeil ?  
.....
2. Est-ce que vous vous sentez reposé après le congé ? Oui / non commentez  
.....  
.....
3. Rencontrez-vous des problèmes au sein de votre famille concernant votre travail ?  
.....  
.....
4. sentez-vous que vous êtes motivez comme avant ?  
.....  
.....
5. Est-ce que vous avez déjà senti le besoin de changer de service ?oui /non si oui vers quel service ?  
.....

6. vous avez le temps pour votre loisir ?

.....  
.....

7. vous sentez que votre comportement à changer ?

.....  
.....

8. vous avez déjà évité de consulter un patient a cause la fatigue ?

.....  
.....

Axe 4 : information sur le brun out :

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

.....  
.....

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

.....  
.....

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

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

?.....  
.....

Axe 4 : information sur la covid-19 :

1 .comment se passe votre quotidien depuis le début de l'épidémie et quelle organisation avez-vous mise en place pour les consultations afin de faire face à la crise sanitaire de la covid19 ?.....

.....

2. comment vivez-vous cette situation ?.....

.....

3. quelles éventuelles difficultés rencontrez-vous et quel est l'impact de cette situation sur vous ?

.....  
.....

4. sentez vous que tout les domaines de votre vie quotidien sont bouleversées ?.....  
.....

5. sentez vous que vous êtes épuisés et dépassés en période de covid-19 ?  
.....  
.....

Axe 5 : information su l'empathie

Ressentez vous la douleur et la tristessedes autre ?.....  
.....

1. Vous sentez tout le temps drainé, surtout en présence de certaines personnes ?.....  
.....

2. Vous avez toujours l'impression de voir la vie sous un angle différent de celui de votre entourage ?.....  
.....

3. Vous ressentez parfois que vous émotions changent soudainement sans jamais savoir pourquoi ? .....  
.....

4. avez-vous l'impression d'absorbé les symptômes des autre, en vous sentant comme eux ?.....  
.....

## Annexe N° 2 : échelle MBI

### Échelle MBI (MaslachBurn Out Inventory)

Les items	Jamais	Quelques fois par an	Une fois par mois	Quelques fois par mois	Une fois par semaine	Quelques fois par semaine	Chaque jour
01 – Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail							
02 - Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail							
03 - Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail							
04 - Je peux comprendre facilement ce que mes patients/clients/élèves ressentent							
05 - Je sens que je m'occupe de certains patients/clients/élèves de façon impersonnelle, comme s'ils étaient des objets							
06 - Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort							
07 - Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes patients/clients/élèves							
08 - Je sens que je craque à cause de mon travail							
09 - J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens							

10 - Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail							
11 - Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement							
12 - Je me sens plein(e) d'énergie							
13 - Je me sens frustré(e) par mon travail							
14 - Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail							
15 - Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes patients/clients/élèves							
16 - Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop							
17 - J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes patients/clients/élèves							
18 - Je me sens ragaillard(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de patients/clients/élève							
19 - J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail							
20 - Je me sens au bout du rouleau							
21 - Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement							
22 - J'ai l'impression que mes patients/clients/élèves me rendent responsable de certains de leurs problèmes							

## Annexe N° 3 : questionnaire EQ d'empathie

### Quotient empathique (EQ) de Simon baron Cohen

Numéro	Items	Tout à fait D'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas D'accord	Pas de tout D'accord
1	<b>Je peux facilement deviner quand quelqu'un veut entamer une conversation.</b>				
2	<b>Je trouve difficile d'expliquer aux autres des choses que j'ai comprises facilement et qu'eux n'ont pas comprises du premier coup.</b>				
3	<b>J'aime prendre soin des autres.</b>				
9	<b>Dans une conversation, j'ai tendance à me centrer sur mes propres pensées plutôt que sur celles de mon interlocuteur.</b>				
11	<b>Je détecte rapidement si quelqu'un dit une chose qui en signifie une autre.</b>				
13	<b>Il est pour moi facile de me mettre à la place de quelqu'un d'autre.</b>				
14	<b>Je prédis assez bien le ressenti des autres.</b>				
19	<b>Voir quelqu'un pleurer ne me touche pas vraiment.</b>				
34	<b>Je peux me mettre à l'écoute du ressenti des autres rapidement et intuitivement.</b>				
35	<b>je peux facilement comprendre ce que quelqu'un veut dire</b>				
36	<b>je peux deviner si quelqu'un masque ses émotions.</b>				

## Résumé :

Cette recherche porte sur « le syndrome du burn out chez les psychologues cliniciens praticiens pendant la covid-19 », elle a pour objectif d'évaluer le degré du burn out chez les psychologues cliniciens praticiens travaillant dans le secteur public, et de décrire et d'explorer l'impact de la covid-19 sur l'état psychologique de nos sujets. Cette étude a concerné 32 psychologues cliniciens praticiens exerçant dans différents lieux de recherche : CHU de Bejaia, EPH d'Akbou et EPH de KHarrata, EPSP de Tazmalt, EPH M'chedallah, CHU D'Alger et CHU de Tizi-Ouzou. Pour réaliser cette étude, nous avons utilisé un entretien de type semi-directif, l'échelle du MBI, qui mesure le degré de burn out et le questionnaire EQ d'empathie qui décrit l'état d'empathie chez nos sujets. Nos résultats ont montré que 59.375% des psychologues cliniciens praticiens présentent un épuisement émotionnel élevé qui nécessite une prise en charge immédiate parce que ces personnes sont censées apporter soutien et réconfort, et nos résultats montrent que aussi l'empathie de la majorité de nos cas a été affectée pendant cette crise de covid-19.

-Il est important d'intervenir auprès de ces psychologues cliniciens praticiens, par ce que les psychologues vidés émotionnellement ne peuvent pas prendre en charge et aider les patients.

**Mots-clés :** Burn-out ; épuisement émotionnel ; covid-19 ; Psychologues cliniciens ; secteur public ; empathie.

### Abstract:

This research focuses on the burn out syndrome in clinical psychologists working in the public sector, and to describe and explore the impact of covid-19 on the psychological state of our subjects. This study concerned 32 clinical psychologists practicing in different research locations: CHU de Bejaia, EPH d'Akbou and EPH de KHarrata, EPSP de Tazmalt, EPH M'chedallah, CHU D'Alger and CHU de Tizi-Ouzou. To carry out this study, we used a semi-directive type of interview, the MBI scale, which measures the degree of burnt out and the EQ empathy questionnaire which describes the state of empathy in our subject. Our results showed that 59.375% of practising clinical psychologists had high emotional exhaustion that required immediate attention because these people are supposed to provide support and comfort, and also our results show that the empathy of the majority of our cases was affected during this crisis of covid-19.

-it is important to intervene with these clinical psychologist's practitioners, because emotionally drained psychologists cannot take charge and help patients.

Key words: Burn out emotional exhaustion; covid-19; clinical psychologists; public sector; empathy.

## ملخص

يركز هذا البحث على متلازمة الاحتراق النفسي بين الاخصائيين النفسيين خلال كوفيد-19. ويهدف الى تقييم درجة الإرهاق بين الاخصائيين النفسيين في الاقطاع العام، ووصف واستكشاف تأثير كوفيد-19 على الحالة النفسية للمبجوثيين. تضمنت هذه الدراسة 32 من الاخصائيين النفسيين العاملين في أماكن مختلفة: مستشفى بجاية الجامعي، المؤسسة العمومية الاستشفائية لأقبو وخراطة و تازمالت ومشداله ، والمستشفى الجامعي للجزائر العاصمة وتيزي وزو. لإجراء هذه الدراسة استخدمنا مقابلة شبيهة موجهة. مقياس MBI الذي يقيس درجة الانهك واستبيان التعاطف EQ الي يصف حالة التعاطف عند المبجوثيين . أظهرت نتائجنا ان 59.375 من الأخصائيين النفسيين يظهران إنهماك انفعالي شديد يتطلب تدخل فوري لان المطلوب من هؤلاء النفسيين تقديم الدعم وراحة النفسية للمرضى كما تظهر نتائجنا ان تعاطف غالبية حالاتنا قد تأثر خلال أزمة كوفيد 19

-من المهم تدخل مع هؤلاء الممارسين النفسيين لأنهم منهكين انفعاليا لا يمكنهم تحمل المسؤوليات الملقاة على عاتقهم

الكلمات المفتاحية: الاحتراق النفسي، الإرهاق الانفعالي، كوفيد19، الاخصائيين الممارسين. الاقطاع العام التعاطف.