

Université Abderrahmane Mira de Bejaia



Faculté des sciences humaines et sociales

Département des sciences sociale

Mémoire de fin de cycle

**En vue de l'obtention du diplôme de Master
Option : Psychologie clinique**

Thème

**Le burn-out chez les infirmiers (es) qui travaillent au
services d'hémodialyse**

Etude de 06 vignettes cliniques au sein de EPH Kherrata

Réalisé par :

- NABET Dihia

Encadré par :

Dr. LAOUDJ M

Année universitaire : 2022/2023

SOMMAIRE

REMERCIEMENT

DEDICACES

LISTE DES TABLEAUX

LISTE DES FIGURES

LISTE DES ANNEXES

LISTE DES ABREVIATIONS

Introduction	02
---------------------------	----

Problématique et hypothèses

Problématique.....	06
--------------------	----

Partie théorique

Chapitre I : le Burn-out

Préambule	14
I-Aperçu historique.....	14
II-Définition.....	14
II-1-Selon Herbert Freudeberger.....	16
II-2-Selon Christina Maslach.....	17
II-3-Définition par l’AESST l’agence européenne pour la sécurité et la santé au travail... 18	
II-4-Selon l’OMS.....	18
II-5-Selon l’IPBO.....	18
III Les différentes appellations.....	20
III-1-Burn-out syndrome.....	20
III-2-Karoshi	21
III-3-Syndrome d’épuisement professionnel.....	21
IV-Les formes	21
V-Les démentions.....	21
V-1-Epuisement émotionnel	21
V-2-Dépersonnalisation.....	22
V-3-L’échec de l’accomplissement personnel	22

VI- Les symptômes.....	22
VI-1-Sur le plan physique	22
VI-2-Sur le plan psychique	22
VI-3-Sur le plan comportemental	22
VII -L'étiologie	23
VII-1-Cause organisationnel	23
VII-2-Cause individuelle	24
VII-3-Facteurs relationnel	25
VIII -Les étapes d'installation	25
VIII-1-Enthousiasme	25
VIII-2-Stagnation	26
VIII-3-Frustration.....	26
VIII-4-Apathie	26
IX-Les conséquences	27
IX-1-Au niveau du groupe	27
IX -2-Au niveau organisationnel	27
IX -3-Au niveau social	27
IX -4-Au niveau familial	27
X-Les approches explicatives.....	27
X-1-L'approche sociologique	27
X-2- L'approche psychiatrique	28
X-3-L'approche psychanalytique	28
X-4-L'approche par la théorie du stress.....	29
XI-B-o et troubles psychiatriques.....	29
XI-1-Epuisement professionnel et dépression.....	29
XI -2- Epuisement professionnel et troubles anxieux	30
XI -3-Epuisement professionnel et somatisation	30
XII-Diagnostic	31
XIII-Diagnostic différentiel.....	31

XIV-Prévention	32
XV-Traitement.....	34
XVI-Prise en charge thérapeutique	36
WVI-1-La thérapie des pensées	36
WVI -2-La thérapie d'affirmation de soi	38
Synthèse.....	39

Chapitre II : les infirmiers (es) au service d'hémodialyse

Préambule	41
I. L'historique de la profession d'infirmier	41
II. Définitions de la profession infirmier	43
III. Le rôle de l'infirmier	44
IV. Les devoirs de l'infirmier.....	44
V. Les droits de l'infirmier.....	45
VI. Le diagnostic de l'infirmier	45
VII. l'insuffisance rénale	46
VII-1-Définition.....	46
VII-2-Les types de l'insuffisance rénale.....	46
VIII. Le traitement :	46
VIII-1- La dialyse péritonéale	47
VIII-2-l'hémodialyse.....	47
IX. Le service d'hémodialyse	47
X. Les risques de contamination (les infections nosocomiales)	47
X-1-VHB.....	48
X-2-VHC.....	48
X-3-VIH.....	48
Synthèse	48

Chapitre III : l'entretien motivationnel

Préambule	51
I. La motivation	51
I-1-L'origine	51

I-2- La motivation vue comme comportement.....	51
II. Définition de l'entretien motivationnel.....	52
III. Les processus de l'entretien motivationnel	52
IV. Les techniques de l'entretien motivationnel	53
V. L'esprit de l'entretien motivationnel.....	56
VI. Les pièges à éviter	57
Synthèse.....	58

Partie pratique

Chapitre V : La méthodologie de la recherche

Préambule.....	62
I. La le terrain de la recherche :	62
II. La méthode utilisée :	62
III. Outils d'investigation :	63
III-1-L'auto-questionnaire :	63
III-2-Le Maslach MBI.....	64
III-3-L'entretien motivationnel	66
III-4-Le CGI.....	66
IV. La population d'étude	66
V. Le déroulement de la pratique	67
V-1 Pré-enquête :	67
V-2 L'enquête :	68
Synthèse :	68

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

Préambule :.....	70
Vignette N° 1 :.....	70
Vignette N° 2 :.....	77
Vignette N° 3 :.....	84
Vignette N° 4 :.....	91
Vignette N° 5 :.....	99
Vignette N° 6 :.....	107

Synthèse globale des vignettes	115
II- Discussion des hypothèses :	117
Synthèse :	121
Conclusion :.....	123

Liste des références

Annexe

Remerciement

Nous exprimons notre profonde gratitude à Dieu le tout-puissant pour nous avoir accordé la force, la santé, la volonté et le courage nécessaires pour mener à bien ce travail.

Nous tenons à adresser nos sincères remerciements à notre encadrant universitaire, le Dr. Laoudj, pour sa disponibilité et ses précieux conseils tout au long de cette étude. Sa guidance experte et son suivi attentif ont été d'une grande valeur pour notre réussite.

Nous souhaitons également exprimer notre reconnaissance envers les membres du jury qui ont accepté de consacrer leur temps pour examiner et évaluer notre travail. Leur expertise et leurs commentaires constructifs ont contribué à améliorer la qualité de notre mémoire.

Nos remerciements s'adressent également à tous les enseignants du département des sciences sociales, en particulier les enseignants de psychologie clinique, pour leur enseignement et leurs précieux conseils qui ont nourri notre réflexion et enrichi notre travail.

Nous tenons à exprimer notre profonde gratitude envers l'ensemble du personnel de l'EPH Kharrata pour leur collaboration et leur soutien tout au long de notre étude. Leur engagement envers les soins de santé et leur contribution à la recherche nous ont inspirés et motivés. En particulier, nous tenons à remercier chaleureusement le Dr M. Ouazen pour sa guidance et son encadrement tout au long de notre travail.

Un remerciement spécial est adressé à tous les infirmiers et infirmières qui ont participé à notre recherche, qui ont généreusement consacré de leur temps et accordé leur consentement éclairé. Leur contribution précieuse a été essentielle à la réalisation de cette étude.

Enfin, nous tenons à exprimer notre gratitude envers tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce travail. Leur soutien, leurs encouragements et leur collaboration ont été d'une importance capitale.

Nous sommes profondément reconnaissants envers tous ceux qui ont joué un rôle dans la réalisation de ce modeste travail.

Dédicace

C'est avec une émotion profonde que je dédie ce travail à chacun d'entre vous. À moi-même, pour avoir eu le courage et la détermination de mener à bien ce parcours académique malgré les obstacles. À mes parents, qui ont été mes piliers de force et mes guides tout au long de cette aventure. À mes grand-mères, sources de sagesse et d'amour inconditionnel, qui m'ont soutenu avec tendresse et bienveillance.

Et à la mémoire précieuse de ma petite sœur Alice, ce travail est un hommage à la lumière qu'elle a apportée à nos vies, même si son séjour parmi nous a été écourté. Sa présence éternelle continue de m'inspirer et de me rappeler l'importance de la persévérance et de la gratitude face aux défis de la vie.

Et enfin, je désire dédier ce travail à mon oncle qui m'a apporté un soutien précieux tout au long de sa réalisation. Sa présence et son assistance ont été d'une importance capitale pour moi, et je tiens à exprimer ma gratitude en lui offrant cette dédicace.

À travers cette dédicace, je souhaite exprimer ma profonde gratitude envers vous tous. Votre amour, votre soutien et votre présence ont été des fondations solides qui m'ont permis de franchir chaque étape de ce parcours académique. Vos encouragements et votre amour ont été des sources d'inspiration inépuisables.

Que cette dédicace soit le reflet de mon respect, de ma gratitude et de mon amour envers vous tous. Je suis honoré de vous avoir à mes côtés, et même si Alice n'est plus physiquement présente, elle reste une source d'inspiration et de force pour moi.

Avec une profonde reconnaissance,

dihia

Liste des tableaux

Tableau 1 : diagnostique différentiel du Burn-out et la dépression :	31
Tableau 2 : Les dimensions du burn out :	64
Tableau 3 : Les options de réponses au MBI :	65
Tableau 4 : Récapitulatif de la population d'étude :	66
Tableau 5 : Résultat de l'échelle MBI de la vignette clinique A* :	72
Tableau 6 : Résultat de l'échelle MBI de la vignette clinique S1 :	97
Tableau 7 : Résultat de l'échelle MBI de la vignette clinique K* :	86
Tableau 8 : Résultats de l'échelle MBI de la vignette clinique S* :	94
Tableau 9 : Résultats de l'échelle MBI de la vignette clinique N :	101
Tableau 10 : Résultats de l'échelle MBI de la vignette clinique S2 :	109
Tableau 11 : Analyse globale des vignettes cliniques :	115

La liste des figures représentant les résultats au MBI

Figure 1 : représentant les résultats au MBI de la vignette A* :	73
Figure 2 : représentant les résultats au MBI de la vignette S1 :	80
Figure 3 : représentant les résultats au MBI de la vignette k* :	87
Figure 4 : représente les résultats au MBI de la vignette S :	95
Figure 5 : représentant les résultats au MBI de la vignette N*	102
Figure 6 : représentant de la vignette S2 :	110

Liste des annexes

Annexe N°1	Le questionnaire
Annexe N°2	ÉCHELLE MBI
Annexe N°3	L'entretien motivationnel
Annexe N°4	Le CGI-amélioration

Liste des abréviations :

EPH : Etablissement public hospitalier.

EM : Entretien motivationnel

MBI : Maslach Burn-out Inventory

AP : Accomplissement personnel

D : Dépersonnalisation

EP : Epuisement professionnel

IR : Insuffisance rénale

IRCT : Insuffisance rénale chronique terminal

OMS : Organisation mondiale de la santé.

TCC : Thérapie Cognitivo-Comportement

Introduction Générale

Introduction Générale

La santé au travail est une discipline qui vise à optimiser l'environnement professionnel pour assurer le bien-être physique, mental et social des travailleurs. Cependant, la présence de risques professionnels peut nuire à la santé des travailleurs dans divers domaines sociaux, notamment dans les professions d'aide telles que les infirmiers travaillant au service hémodialyse. Ces professionnels sont particulièrement exposés aux risques liés à leur travail, tels que le stress émotionnel et physique, les horaires de travail irréguliers, la charge de travail élevée et l'épuisement professionnel.

Le burn-out né d'un constat de la souffrance au travail, il prend une place très importante dans le domaine de la santé. En dépit de nombreuses études publiées en Amérique du Nord et en Europe, l'épuisement professionnel provoque encore de nombreux débats et reste ainsi à ce jour un sujet très discuté.

Le burn-out ou épuisement professionnel est un syndrome d'épuisement professionnel qui se caractérise par un état de fatigue émotionnelle, de dépersonnalisation et de diminution de l'accomplissement personnel. Les professionnels de la santé, en particulier les infirmiers, sont exposés à ce syndrome en raison des exigences élevées liées à leur travail. Les infirmiers travaillant au service d'hémodialyse sont confrontés à des défis spécifiques liés aux soins des patients atteints d'insuffisance rénale chronique nécessitant une dialyse régulière. Ces défis peuvent inclure la charge de travail élevée, la complexité des soins, les interactions avec les patients et leur famille, ainsi que le stress lié aux situations d'urgence.

Le but de cette étude est d'examiner le phénomène du burn-out chez les infirmiers travaillant au service d'hémodialyse et ses conséquences sur leur bien-être professionnel et leur qualité de vie. Cette étude vise également à identifier les facteurs qui contribuent au développement du burn-out chez ces professionnels et à proposer des stratégies pour prévenir ou atténuer ce syndrome.

Notre travail consiste en une introduction, une problématique et des hypothèses de travail. Nous allons tenter de confirmer ou d'infirmer ces hypothèses tout au long de notre recherche.

Le plan de travail présenté vise à fournir une vue d'ensemble complète du burn-out. Le premier point abordé est la définition du burn-out, suivie d'un aperçu historique de son évolution. Nous examinons ensuite les différentes appellations utilisées pour décrire le burn-out et le trépied du B-O, qui comprend l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et la diminution de l'accomplissement personnel. Nous passons ensuite en revue les différentes

Introduction Générale

formes et dimensions du burn-out, ainsi que ses symptômes et son étiologie. Nous examinons également les étapes d'installation du burn-out et ses conséquences sur la santé physique et mentale des individus touchés. Les approches explicatives sont également discutées, ainsi que la relation entre le burn-out et les troubles psychiatriques. Nous abordons ensuite le diagnostic et le diagnostic différentiel, avant de passer à la prévention, au traitement et à la prise en charge thérapeutique du burn-out. Enfin, nous proposons une synthèse des points clés abordés dans ce plan de travail pour aider les professionnels de santé à mieux comprendre cette condition complexe.

Le deuxième chapitre commence par un préambule, suivi d'une discussion sur l'histoire de la profession d'infirmier. Nous définissons ensuite le rôle de l'infirmier, ainsi que ses devoirs et droits. Nous examinons également le diagnostic de l'infirmier et définissons l'insuffisance rénale, en discutant des différents types et des traitements disponibles, tels que la transplantation rénale et la dialyse (hémodialyse et dialyse péritonéale). Nous abordons également le service d'hémodialyse et les risques de contamination, y compris les infections nosocomiales. Enfin, nous proposons une synthèse des points clés abordés dans ce chapitre pour aider les professionnels de santé à mieux comprendre leur rôle dans la prise en charge des patients atteints d'insuffisance rénale.

Le troisième chapitre traite de l'entretien motivationnel. Nous commençons par un préambule, suivi par l'origine de la motivation et une discussion sur la motivation en tant que comportement. Nous définissons ensuite l'entretien motivationnel et examinons les processus impliqués dans cette approche. Les techniques de l'entretien motivationnel sont également discutées, ainsi que l'esprit qui sous-tend cette méthode. Nous abordons également les pièges à éviter lors de la mise en œuvre de l'entretien motivationnel. Enfin, nous proposons une synthèse des points clés abordés dans ce chapitre pour aider les professionnels de santé à mieux comprendre cette approche et à l'utiliser efficacement dans leur pratique clinique.

Le quatrième chapitre de notre travail est consacré à la méthodologie de recherche, qui comprend cinq éléments clés. Tout d'abord, nous avons décrit le terrain de la recherche, qui est l'endroit où nous avons mené notre étude. Ensuite, nous avons expliqué les deux méthodes que nous avons utilisées pour collecter et analyser nos données : la méthode clinique et l'étude de cas. Nous avons également présenté les outils d'investigation que nous avons utilisés pour collecter nos données, notamment l'auto-questionnaire, le MBI (Maslach Burnout Inventory), l'entretien motivationnel et le CGI-amélioration. Nous avons ensuite défini la population

Introduction Générale

d'étude en précisant les critères d'inclusion et d'exclusion. Enfin, nous avons décrit le déroulement de la pratique en présentant les étapes de la pré-enquête et de l'enquête. L'ensemble de ces éléments constitue une méthodologie rigoureuse qui nous a permis d'obtenir des résultats fiables et pertinents pour répondre à notre problématique de recherche.

Dans le cinquième chapitre, nous avons étudié six vignettes cliniques pour illustrer les différents aspects du burn-out chez les infirmiers travaillant au service d'hémodialyse.

Dans le sixième chapitre, nous avons discuté des hypothèses émergentes à partir de notre étude et proposé des recommandations pour la prévention et la prise en charge du burn-out chez les infirmiers travaillant au service d'hémodialyse. Nous terminons notre travail par une conclusion générale.

Problématique

L'être humain travaille pour plusieurs raisons telle que : gagner sa vie, exister socialement et faire des choses qu'il intéresse (permet la production de biens et services), d'une façon générale le travail est défini comme : « Une mission ayant pour objectif d'accomplir les activités et les tâches nécessaires à l'exercice de ces missions ». (Mayen, Métral, Tourmen, 2007).

Le travail est considéré comme une source de stress et de nombreux facteurs de stress professionnel sont connus comme la surcharge ou manque de travail conflits organisationnels ou interpersonnels contraintes professionnelles sur la famille n'en sont que quelques uns. (P.Cathébras et al 2004.P1570).

L'infirmier est une personne habilitée à donner des soins sur prescription médicale ou en fonction de son rôle propre. Il exerce sa fonction dans un établissement d'hospitalisation public ou privée dans des services médicaux du travail, écoles, prisons, laboratoires et à domicile. (Larousse, 2010).

L'OMS définit le rôle de l'infirmier ainsi : « *aider les individus, les familles et les groupes à déterminer et réaliser leur plein potentiel physique, mental et social...* »

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

L'existence d'une relation directe entre l'épuisement professionnel et la diminution de la motivation au travail. Les études affirment que l'épuisement professionnel se manifeste par un épuisement physique et psychologique mais aussi par des sentiments négatifs envers autrui et envers soi-même. Selon les études le burn-out touche différentes professions et principalement celles concernant les relations d'aide, tel que la profession des soignants : médecins, infirmiers, et aides soignants.

L'OMS définit le burn-out comme "un syndrome résultant d'un stress chronique au travail qui n'a pas été géré avec succès". En 2020, il a été défini comme un syndrome d'épuisement spécifiquement professionnel. Il touche toutes les professions, particulièrement celle des infirmiers.

Pour Canouï et Mauranges, le burn-out est « un phénomène d'ordre existentiel, puisque le soignant recherche l'épanouissement dans la relation avec un être en souffrance. Ce syndrome résulte alors de la relation d'aide qui « tombe malade ». Ces définitions se complètent plus. Elles révèlent la complexité du burn-out, qui peut effectivement s'expliquer par plusieurs modèles et résulter de nombreuses causes intriquées. Pour autant, la définition sur laquelle la très grande majorité des chercheurs s'accordent reste celle de Maslach et Jackson, qui conçoit le syndrome complet dans ses trois dimensions fondamentales. Elles définissent le burn-out comme « un syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de diminution de

l'accomplissement personnel qui apparaît chez les individus impliqués professionnellement auprès d'autrui ». (Khatri BEN MOUSSA M, 2016, P 44).

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

Le terme de burn-out ou d'épuisement professionnel est aujourd'hui largement employé jusqu'à être passé dans le langage courant. Pourtant, son existence en tant qu'entité clinique à part entière fait encore débat au sein de la communauté scientifique. Ainsi, il ne fait actuellement pas partie des diagnostics Problématique et cadre générale de la problématique 7 officiels de maladie dans les classifications de référence, que ce soit dans la Classification internationale des maladies (CIM-10) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) où il figure en tant que facteur influençant l'état de santé, ou dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV).

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).

Entre 1974 et 1989 on compte plus de 2500 articles sur le sujet les deux cinquièmes sont consacré au professions d'aide et de santé un peu plus d'un tiers au professions d'enseignants et d'éducation (p.canoui et autre 2008, p7).

Dans ce contexte, de nombreuses recherches menées dans différentes spécialités telles que la psychologie sociale, la psychologie du travail, la psychologie clinique et les spécialités paramédicales ont accordé une grande importance à l'étude du burn-out. Ces études ont utilisé diverses approches théoriques, notamment la Théorie Cognitivo-Comportementale (TCC), pour mieux comprendre ce phénomène complexe et ses implications.

Ces recherches ont permis de mettre en évidence les multiples facettes du burn-out, en examinant les facteurs individuels, professionnels et environnementaux qui contribuent à son développement. De plus, elles ont mis en lumière les conséquences néfastes du burn-out sur la santé mentale, le bien-être au travail et la qualité des soins prodigués aux patients.

Pasquier- Garnier (2012) explique que la personne qui souffre de burnout a l'impression d'être « vidée », d'avoir « brûlé ses réserves » il lui reste juste assez d'énergie pour tenter de mener à bien son travail, au risque de sacrifier sa vie extra-professionnelle. Cet état s'accompagne d'une forte dépersonnalisation. L'infirmier(e) s'isole de son entourage, se sent inutile et impuissant, il se dévalorise mentalement, il a l'impression de ne plus satisfaire aux attentes professionnelles. Tous ces symptômes s'aggravent insidieusement et graduellement au fil des mois: un cercle vicieux se met en place, qui entraîne une baisse de l'estime de soi,

un manque d'assurance et un fort pessimisme. Ce qui engendre une détérioration de l'accomplissement personnel au travail.

Les données statistiques de l'Association Canadienne de Santé Mentale ont révélé que 50% des personnes interrogées en 2001 indiquent que leur milieu de travail est une source majeure de stress contre seulement 39 % en 1997 (Poirier & Lafrenière, 2003, p 14.).

La majorité des études épidémiologiques avaient rapporté des syndromes du burnout sévères chez 25 à 60% des professionnels de santé des recherches sur le personnel infirmier au Canada, aux Etats Unis et en Angleterre avaient révélé que 38,3 à 48,1% des infirmiers avaient déclaré être insatisfaits au travail et que 32,9 à 54,2% avaient un burnout .Dans les pays arabes le concept d'épuisement professionnel n'est pas encore bien exploré. Toutefois, les études menées dans quelques pays comme l'Algérie et l'Arabie Saoudite avaient montré que les infirmiers, dans ces pays, souffraient bien de l'épuisement professionnel .Une étude réalisé en Jordanie sur 181 infirmiers en psychiatrie a trouvé 32.7% d'épuisement émotionnel, 27.7% de dépersonnalisation et 16.8% d'échec de l'accomplissement personnel. Une étude turque réalisée aux services des urgences incluant 76 infirmiers a trouvé 53% d'épuisement émotionnel, 39% de dépersonnalisation et 46% d'échec de l'accomplissement personnel sans relation avec l'état matrimonial travail, salaire satisfaction sauf pour la satisfaction professionnelle .En Tunisie, il y a eu peu d'études sur le burn-out. Les seuls résultats dont nous disposons sont celles publiés par Halayem, Dhouib et al. qui avaient trouvé un taux d'épuisement professionnel de 35,8%.

Pasquier- Garnier (2012) explique que la personne qui souffre de burnout a l'impression d'être « vidée », d'avoir « brûlé ses réserves » il lui reste juste assez d'énergie pour tenter de mener à bien son travail, au risque de sacrifier sa vie extra-professionnelle. Cet état s'accompagne d'une forte dépersonnalisation. L'infirmier(e) s'isole de son entourage, se sent inutile et impuissant, il se dévalorise mentalement, il a l'impression de ne plus satisfaire aux attentes professionnelles. Tous ces symptômes s'aggravent insidieusement et graduellement au fil des mois: un cercle vicieux se met en place, qui entraîne une baisse de l'estime de soi, un manque d'assurance et un fort pessimisme. Ce qui engendre une détérioration de l'accomplissement personnel au travail.

Un groupe d'expert de l'institut national de la santé et de la recherche médicale (2011) déclare que les prévalences d'épuisement professionnel varient beaucoup selon les études, de quelques pourcents à quelques dizaines de pourcents de 5% à 20% de la population d'étude. Les données statistiques de l'Association Canadienne de Santé Mentale ont révélé que 50% des personnes interrogées en 2001 indiquent que leur milieu de travail est une source majeure de stress contre seulement 39 % en 1997 (Poirier & Lafrenière, 2003, p 14.).

Dans cette recherche, nous avons choisi d'adopter l'approche Cognitivo-Comportementale (TCC). Son objectif est d'accompagner les infirmier(e)s souffrant de burn-out afin de retrouver leur indépendance et de développer des relations interpersonnelles harmonieuses. Elle les aide à faire face aux situations stressantes en adoptant une approche progressive pour s'habituer progressivement à celles-ci. De plus, elle favorise une meilleure acceptation de soi en encourageant une évaluation positive de leur image, en mettant l'accent sur leurs véritables

qualités et potentiels. La TCC aide également à surmonter les conflits internes et les croyances négatives, en proposant des moyens alternatifs pour identifier et corriger les pensées automatiques. Son objectif est d'aider les infirmier(e)s à acquérir de nouvelles compétences et à adopter des perspectives plus saines pour surmonter le burn-out et retrouver un bien-être psychologique.

En intégrant ces différentes perspectives et théories, les chercheurs ont pu développer des outils d'évaluation et des interventions ciblées pour prévenir et traiter le burn-out. Ces avancées scientifiques ont également contribué à sensibiliser les professionnels de la santé, y compris les infirmiers travaillant au service d'hémodialyse, sur l'importance de prendre en compte leur bien-être émotionnel et de mettre en place des mesures de prévention et de soutien appropriées.

Ainsi, la recherche sur le burn-out s'est avérée cruciale pour mieux comprendre ce phénomène et améliorer la qualité de vie au travail des professionnels de la santé. Elle constitue une base solide pour orienter les politiques de santé et les interventions visant à réduire la prévalence du burn-out et à promouvoir le bien-être des infirmiers et des autres travailleurs de la santé.

Dans le cadre de notre travail de recherche une question pertinente s'impose ; les infirmiers qui travaillent au service d'hémodialyse manifestent-ils les symptômes du burn-out ?

L'hypothèse de la recherche :

➤ **Hypothèse générale:**

Les infirmiers qui travaillent au service d'hémodialyse (EPH Kherrata) manifestent du Burn-out.

➤ **Hypothèse opératoire :**

L'entretien motivationnel permet de réduire le burn-out chez les infirmiers du service d'hémodialyse (EPH Kherrata).

Opérationnalisation des concepts :

Le Burn-out :

Est un syndrome psychologique, appelé aussi syndrome d'épuisement professionnel. Il touche toutes les professions des personnes travaillant dans le domaine social et de la santé ; particulièrement celle des infirmiers .Il est causé par un stress chronique, il résulte un déséquilibre entre les événements qui impliquent de l'usure et un manque de ressources pour retrouver de l'énergie, associé a une forte sollicitation physique, mentale et émotionnelle . Il se caractérise par un épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et l'échec de l'accomplissement personnel.

L'entretien motivationnel :

Est une méthode de communication centrée sur la personne. Utilisé dans nombreux champs de la santé (addictologie, maladie chronique, nutrition, santé mentale...) mais également dans le secteur social et éducatif.

Il se base sur 4 processus qui entre enjeux successivement, mais se superpose dans l'accompagnement de la personne, l'engagement dans la relation, la focalisation, évocation. Son but est d'aider l'individu à explorer et résoudre son ambivalence et renforcer sa propre motivation ainsi que son engagement vers le changement.

L'infirmier :

L'infirmier est un professionnel de santé responsable des soins comprennent la promotion de la santé, la prévention des maladies, les soins aux personnes malades, handicapées ou en fin de vie. Il soigne les malades et veille à leur bien-être.

Le service d'hémodialyse :

Est un service médical spécialisé qui fournit des traitements d'hémodialyse aux patients atteints d'IRCT. Ce service est géré par une équipe de professionnels de santé qualifiés notamment des néphrologues, infirmiers spécialisé en dialyse et des techniciens de dialyse.

Objectif de la recherche :

L'objectif de notre travail de recherche est de mesurer la prévalence du burn-out chez les infirmiers (es) au service d'hémodialyse, et comment l'entretien motivationnel peut réduire le burn-out.

Ce travail de recherche est développé pour but :

-De comprendre ce phénomène psychologique d'après son histoire, différentes définitions et appellations.

Problématique

- Découvrir les formes et l'ensemble des symptômes.
- Expliquer les dimensions, l'étiologie et les étapes d'installations.
- Déterminer les facteurs principaux qui favorise le burn-out.
- Evaluer empiriquement à l'aide d'une échelle MBI.
- Confirmer les hypothèses.
- Parler du traitement et de la prise en charge thérapeutique.
- Mener le questionnaire et le guide d'entretien motivationnel.

Le choix du thème :

Pendant notre période de stage en licence 3 au service d'hémodialyse, en tant qu'étudiants en psychologie clinique, nous avons eu l'opportunité de travailler sur la dépression chez les IRCT (les hémodialysés). Ce stage a été une expérience enrichissante qui nous a permis d'observer de près le travail des infirmiers et de développer notre curiosité quant à leur profession. En côtoyant ces professionnels de santé au quotidien, nous avons été témoins des multiples défis auxquels ils font face et de l'importance de leur rôle dans le bien-être des patients. Nous avons été intrigués par les possibles pathologies psychologiques qui peuvent affecter les infirmiers dans ce contexte spécifique de prise en charge des patients souffrant d'insuffisance rénale et nécessitant des séances d'hémodialyse. Ainsi, nous avons ressenti le besoin de mieux comprendre les implications psychologiques de cette profession et d'explorer les facteurs qui peuvent influencer leur santé mentale. Cette expérience de stage a été une étape décisive dans notre parcours académique, en nous ouvrant les portes vers une compréhension plus approfondie du lien entre la santé physique et mentale des infirmiers travaillant en hémodialyse.

Partie théorique

Chapitre I : le Burn-out

Préambule :

Le Burn-out appelé également épuisement professionnel, est un trouble psychique résultant d'un stress chronique dans le cadre de travail, il se caractérise par l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et l'échec de l'accomplissement personnel. Il se développe progressivement face à des conditions de travail frustrantes et démotivantes.

Dans ce chapitre nous allons tout d'abord commencé par un aperçu historique et les différentes définitions ensuite donner les différentes appellations du burn-out, la trépidation, les formes et les dimensions, puis nous allons citer les multiples symptômes, l'étiologie et les étapes d'installation, comme on a abordé les conséquences, les approches explicatives, burn-out et troubles psychiatriques, diagnostic et diagnostic différentiel, et prévention, à la fin le traitement et la prise en charge thérapeutique.

I-Aperçu historique :

Le burn-out était devenu un élément de la réalité sociale et c'est plus « par accident » que des cliniciens comme Herbert Freudenberger puis des chercheurs comme Christina Maslach s'y sont intéressés.

Herbert Freudenberger intervenait en tant que psychiatre et psychanalyste dans une *free clinic*. Les *free clinics* étaient des lieux de soins chargés de la prise en charge des toxicomanes. L'ouverture du lieu thérapeutique sur la ville ainsi que des horaires d'accueil différents des autres structures classiques exigeaient une grande disponibilité des soignants. En 1970, Herbert Freudenberger utilisera dans ses écrits le terme de «burn out» pour caractériser l'état mental des jeunes volontaires travaillant auprès de toxicomanes de cette *free clinic*. Justifiant ce terme métaphorique, il dira plus tard en 1980: «je me suis rendu compte au cours de mon exercice quotidien que les gens sont parfois victimes d'incendie tout comme les immeubles; sous l'effet de la tension produite par notre monde complexe, leurs ressources internes en viennent à se consumer comme sous l'action des flammes, ne laissant qu'un vide immense à l'intérieur, même si l'enveloppe externe semble plus ou moins intacte».

De nombreux auteurs en Amérique du Nord vont travailler sur le sujet en tentant de clarifier son contenu pour définir clairement le concept. La première grande revue de la littérature parue en 1982 (Perlman et Hartman) ne comptait pas moins de 48 définitions.

Vers 1975 à San Francisco, Christina Maslach avait elle aussi rencontré le terme «burn out syndrome» en usage auprès des professionnels du sauvetage et des urgentistes.

Devenu familier, on l'appliquait à des collègues ayant développé «une attitude cynique, insensible et négative» vis-à-vis des personnes qu'ils prenaient en charge. Pour une meilleure définition du terme, C. Maslach et son équipe élaborent un instrument de mesure, le *Maslachburn out inventory* (MBI, 1981). Présenté en annexe page 223 le MBI évalue des catégories de travailleurs engagés dans des «relations d'aide».

Pines, Aronson et Kafry (1981) élaborent aussi un instrument de mesure le *burn out measure* utilisé par de nombreux auteurs. Les travaux de C. Maslach marquent d'un sceau particulier l'approche du burn out. Ce sont eux qui permettent de développer au mieux une conception originale et surtout heuristique du concept.

Entre 1974 et 1989, on compte plus de 2500 articles parus sur le sujet; les deux cinquièmes sont consacrés aux professions d'aide et de santé, un peu plus d'un tiers aux professions d'enseignants et d'éducateurs.

Les différentes études utilisent le même instrument de mesure (souvent le MBI). Ceci permet des comparaisons et des échanges entre les différents pays européens et dans le monde. Ce fait est suffisamment rare en sciences humaines pour être remarqué. L'histoire montre comment le burn out, issu d'observations empiriques, est apparu sous deux aspects complémentaires: «en tant que problème social avec ses conséquences concrètes et en tant que champ d'études scientifiques avec sa portée théorique» (W. Schaufeli).

Si l'histoire raconte que dès son introduction le burn out devint très populaire, il est clair que la communauté scientifique reçut (et reçoit encore en Europe) l'idée de manière extrêmement soupçonneuse.

W. Schaufeli rapporte que les premiers textes adressés aux revues scientifiques furent retournés à leurs auteurs avec la mention: «... nous ne publions pas de pop-psychology». Si le burn-out a été considéré sans réserve comme problème social et même de santé publique, il a été et reste encore mal admis en tant que modèle théorique. Actuellement on constate le même phénomène en France. Le terme est largement utilisé par les soignants de service à risque émotionnel élevé (cancérologie, immuno-hématologie, gériatrie, Sida, réanimation, Samu, etc.), mais aussi par les bénévoles qui participent aux actions d'aide et d'accompagnement de sujets séropositifs et sidéens au sein d'associations. Sur le plan scientifique, hormis quelques auteurs, les termes «burn out», «syndrome d'épuisement professionnel des soignants» sont encore considérés avec prudence voire méfiance tant dans les milieux psychiatriques qu'en médecine du travail. Une des raisons réside peut-être dans la double origine du concept. Il est

d'une part issu de l'analyse de la relation d'aide, des difficultés et des enjeux qui y sont rattachés et d'autre part de l'étude du stress professionnel et de ses effets sur l'individu et l'organisation du travail.(canoui,Maurangue,2008 , p 6 .7).

II-Définition :

II-1-Selon Herbert J. Freudenberger en 1975, il décrit un état d'épuisement particulier dans lequel se trouvent ces soignants : Ceux-ci se plaignent de douleurs physiques, accompagnées d'émotions fortes, de colère, de sentiments de frustration et de méfiance vis-à-vis de leur entourage. Il décrit ce qu'il appellera plus tard le burn-out et comparera ces personnes comme des victimes d'incendie tout comme les immeubles, consumés de l'intérieur. Le burn-out, c'est le fait de s'user ou d'être épuisé après avoir sollicité de soi trop d'énergies ou de ressources. Il représente l'épuisement de nos ressources physiques, mentales et émotionnelles, et s'installe progressivement, même s'il donne l'impression de survenir tout d'un coup.

Le syndrome complet comprend un trépied de phases progressivement évolutives (Figure 1.1). La plupart des personnes (50 % de la population) présentent, heureusement, des signes liés uniquement à la première phase. Il s'agit d'un concept neuf, qui ne se superpose pas à un diagnostic psychiatrique et qui peut mener à la dépression. Considéré au départ comme une maladie spécifique de la relation d'aide, il englobe et dépasse le stress et donne une perte du sens du travail. Le burn-out révèle un malaise existentiel singulier et social. Il pose la question du sens de la vie.

II-1-1-Trépied des symptômes du syndrome d'épuisement professionnel :

1. L'épuisement émotionnel.
2. La déshumanisation de la relation à l'autre.
3. Le sentiment d'échec professionnel ou la diminution de l'accomplissement personnel.

Le burn-out se rencontre surtout chez la personne qui poursuit des idéaux élevés dans sa vie personnelle, familiale ou professionnelle, puisqu'elle consacre toute son énergie à atteindre un but irréaliste dans les conditions actuelles, mais il peut aussi être le résultat d'un travail au sein duquel l'individu a l'impression de répéter la même routine, de tourner en rond, jour après jour, semaine après semaine, de s'ennuyer, de sembler désorienté, de soupçonner les autres de ne pas l'apprécier... Certains ont parlé, pour ces derniers points, de bore-out⁴.

Comme le mentionne H. J. Freudenberger (1987, p. 67), « la vie ressemble à une balançoire à la seule différence que nos dépressions deviennent plus sévères à chaque descente et que nous devons payer un prix plus élevé pour nos expériences à chaque remontée ». Comme le travail ne présente plus de valeur aux yeux de ces personnes épuisées et qu'elles n'ont plus de motivation pour tenir, elles mettent en place un cynisme protecteur. C'est au sein de ces comportements que pourrait se créer une pathologie de la relation qui peut engendrer des situations de harcèlement moral au travail.

II-2-Selon Christina Maslach, psychologue américaine spécialisée dans les domaines de l'épuisement, du stress au travail et de l'influence sociale sur l'individuation, est professeur de psychologie à l'Université Berkeley. Elle a créé un outil de mesure le *Maslach Burnout Inventory (MBI)* qui est utilisé dans le monde entier pour diagnostiquer le burn-out. Michael P. Leiter, son co-auteur, est doyen de la faculté des sciences et professeur de psychologie à l'Université d'Acadie, au Canada. Burn-out : syndrome d'épuisement professionnel par ennui (cf. section 1.9, pp. 61 à 64). Alors que Herbert Freudenberger insiste sur les facteurs personnels, C. Maslach attribue davantage les raisons du burn-out à l'environnement et aux conditions de travail. Pour consolider cette piste, elle a mené des entretiens auprès de groupes de professionnels, autres que des soignants, mais dont les fonctions impliquent des relations importantes avec d'autres personnes. Elle constate comme résultats de son analyse : épuisement émotionnel, attitudes distantes, négatives envers les clients ou les patients. Elle conclut d'une part à la régularité de cette symptomatologie dans les différentes professions et d'autre part qu'il s'en suit une perte d'efficacité dans les services de santé et d'action sociale, d'un absentéisme et d'un turnover élevé. Il provoque aussi une détérioration du bien-être physique. C'est à Christina Maslach (2011), à **M. Leiter** et à **S. Jackson** (1982) que l'on doit d'avoir éclairci le syndrome en le décrivant en trois volets qui, ensemble, forment un syndrome à trois dimensions. On y trouve :

1. une dimension d'**épuisement émotionnel et physique** ;
2. une dimension de **dépersonnalisation** avec des attitudes détachées et même cyniques. Ces personnes gardent leurs distances avec leurs collègues et s'impliquent moins dans le travail ;
3. une dimension d'**inefficacité** qui a comme conséquence que tout nouveau projet paraît insurmontable, ce qui entraîne une diminution de l'accomplissement personnel.

Les premières études sur le MBI ont été publiées en 1996 par Susan Jackson, Michael Leiter et Christina Maslach. Cet outil est constitué de 22 items : 9 pour l'épuisement émotionnel, 5 pour la dépersonnalisation et 8 pour l'accomplissement personnel. Chaque item représente une facette de l'évaluation que le sujet peut faire de son travail. La personne interrogée indique la fréquence selon laquelle elle éprouve le sentiment en question. L'épuisement, la dépersonnalisation et la réduction de l'accomplissement personnel sont mesurés séparément.

II-3-Définition par l'Agence européenne pour la Sécurité et la Santé au travail :

Pour l'union européenne, environ 50 % des travailleurs européens estiment que le stress est courant sur leur lieu de travail et intervient dans près de la moitié de l'ensemble des jours de travail perdus. L'agence européenne pour la Sécurité et la Santé au travail a donné une définition du stress au travail (2019), que voici : « Un état de stress survient lorsqu'il y a déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face. Bien que le processus d'évaluation des contraintes et des ressources soit d'ordre psychologique, les effets du stress ne sont pas uniquement de nature psychologique. Il affecte également la santé physique, le bien-être et la productivité qui y est soumise. »

II-4-Définition de l'OMS : Le 20 mai 2019, le burn-out a fait son entrée dans la Classification internationale des Maladies de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) (CIM-10 ; ICD 10). Il est référencé dans la section consacrée aux « problèmes associés » à l'emploi ou au chômage. Il porte ainsi désormais le nom de code QD856. Voici sa définition : il s'agit d'« un syndrome [...] résultat d'un stress chronique au travail qui n'a pas été géré avec succès » et qui se caractérise par trois éléments : « un sentiment d'épuisement », « du cynisme ou des sentiments négativistes liés à son travail » et « une efficacité professionnelle réduite » (CIM-11). Les items repris par H. J. Freudenberger et C. Maslach y sont repris, ce qui est un notable avancé. Il aura fallu près de vingt ans pour que ce syndrome soit reconnu internationalement. Le registre de l'OMS précise que le burn-out « fait spécifiquement référence à des phénomènes relatifs au contexte professionnel et ne doit pas être utilisé pour décrire des expériences dans d'autres domaines de la vie », ce qui exclut le burn-out parental, du moins pour le moment.

II-5- Définition de l'Institut de Prévention et d'accompagnement du Burn-Out (IPBO) :

(IPBO) est une association de professionnels européens formés et actifs dans la prévention et l'accompagnement de personnes en stress au travail et confrontées au burn-out. Elle a redéfini à sa manière le concept du burn-out à partir de l'expérience clinique de ses membres depuis une vingtaine d'années.

Le burn-out ou épuisement professionnel se développe suite à un **désajustement prolongé** entre un organisme (une personne, une équipe) et un environnement (une institution, une association, une entreprise, une famille, un groupe social, etc.). Le syndrome est évolutif en quatre stades et multifactoriel. Il se traduit par un état de déséquilibre psychique, émotionnel, physiologique, pouvant entraîner une situation de rupture professionnelle ou personnelle et avoir des effets délétères sur la santé. Voici les 4 dimensions du burn-out :

- **B : Baisse d'énergie.** Il s'agit d'une fatigue pénétrante que le sommeil ne peut combler.
- **U : Usure émotionnelle.** Il s'agit d'un déséquilibre émotionnel (sécheresse ou débordement d'émotions).
- **R : Rupture du lien.** Il s'agit d'une mise à distance entre soi et l'autre pouvant se traduire par une forme de déshumanisation (cynisme, clivage, agressivité, fuite, retrait, évitement, etc.).
- **N : Sentiment de Nullité.** Ce sentiment découle d'une baisse de performance qui entraîne ou qui est consécutive à un sentiment de culpabilité et/ou à une perte d'estime de soi.

Pour cette association, le burn-out n'est pas un stress classique et il n'aboutit pas forcément à la dépression. En réponse à un stress émotionnel chronique, il représente un **désajustement prolongé entre un organisme** (une personne, une équipe) **et un environnement** (une institution, une association, une entreprise, etc.)

Le burn-out s'articule autour de 3 dimensions : tout d'abord un épuisement émotionnel qui entraîne une dépersonnalisation et qui affecte le sentiment d'accomplissement personnel. Il se déclenche plus favorablement chez les personnes passionnées, qui ont une forte volonté d'entreprendre, de réussir et de bien faire leur travail. Il est donc essentiel de prévenir la mise en place de ce syndrome en repensant le travail, en redonnant du sens et en proposant de nouvelles formes de coopération dans et en dehors du travail. Car le burn-out questionne la place du travail dans nos vies et dans notre fonctionnement psychique. Il soulève des questions identitaires, interroge le sens, les valeurs et interpelle notre être tout entier.

« Le burn out est un d'esprit durable, négatif et lié au travail affectant des individus "normaux". Il est d'abord marqué par l'épuisement, accompagné d'anxiété et de stress dépassé [*distress*], d'un sentiment d'amoindrissement de l'efficacité, d'une chute de la motivation et du développement de comportements dysfonctionnels au travail.

Cette condition psychique est progressive et peut longtemps passer inaperçue du sujet lui même. Elle résulte d'une inadéquation entre les intentions et la réalité professionnelle. Le

burn out s'installe en raison de mauvaises stratégies d'adaptation associées au syndrome, souvent auto entretenu » (Schaufeli et Enzmann, 1998, p. 36).

Le *burnout* 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, *burnout* signifie « s'user », « s'épuiser », « craquer en raison de demandes excessives d'énergie, de forces ou de ressources ». Le terme *burnout* qualifie l'état d'une bougie qui, après avoir éclairé de longues heures, n'offre qu'une flamme discrète et faible. Il implique donc l'idée de *combustion interne* des professionnels, particulièrement les soignants confrontés à la souffrance de l'autre. Cette métaphore de la combustion est parfois illustrée par l'image de l'incendie d'un immeuble qui aurait brûlé totalement l'intérieur de l'habitation tout en laissant intacte la façade. D. Bédard et A. Du quète en résumant les éléments dans la définition suivante:« *L'épuisement professionnel est une expérience psychique négative vécue par un individu, qui est liée au stress émotionnel et chronique causé par un travail ayant pour but d'aider les gens.*».(Canoui, Maurangue, 2008, p 10 .11).

III- Les différentes appellations :

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

III-1- Burn out syndrome: Le verbe *to burn out* a des significations évocatrices que traduit incomplètement le terme de syndrome d'épuisement professionnel des soignants. *To burn out* peut signifier: échouer, s'user, devenir épuisé devant une demande trop importante d'énergie, de force, de ressources. Il évoque une combustion totale, la réduction en cendres d'un objet entièrement consumé dont toute la matière aurait disparu.

Mais c'est l'image inspirée de l'industrie aérospatiale qui demeure la plus suggestive. Le terme «burn out» désigne l'épuisement de carburant d'une fusée avec comme résultante la surchauffe et le risque de bris de la machine.

III-2-Karoshi (ce prononce Kaloshi): Ce terme japonais signifie «mort par excès de travail». Karo = mort, shi = fatigue au travail.

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

qu'elle présente d'usure mentale et physique pour 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.

III-3-Syndrome d'épuisement professionnel:

Le terme maintenant consacré en français présente le défaut d'être vague et semble couvrir tous les effets du travail sur l'individu. Il n'est qu'un pâle reflet du terme plus imagé 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..

IV-Les formes : Le *burn out* se manifeste sous plusieurs formes sous plusieurs formes distinctes, les trois formes les plus fréquentes sont :

- La forme « *épuisement* », l'individu confronté à trop de stress et trop peu de gratifications peut réagir de deux manières « *il peut se désinvestir de son travail, soit devenir perfectionniste* ».
- La forme « *frénétique* », l'individu travaille de plus en plus, jusqu'à l'épuisement, dans une quête désespérée de gratifications ou d'accomplissement capables de compenser l'étendue de son stress.
- La troisième forme touche des professionnels dont les conditions de travail sont monotones et peu stimulantes. Cette forme contraste avec les burn out « *frénétique* ou *épuisement* », car elle n'est pas causée par des tensions excessives. (Grebot, 2008, p.122).

V- Les dimensions :

Christina Maslach caractérise l'épuisement professionnel par trois dimensions qui sont :

- l'épuisement émotionnel,
- la déshumanisation de la relation interpersonnelle, ou la dépersonnalisation
- la diminution de l'accomplissement personnel.

V- 1- L'épuisement émotionnel :

Physique et psychique, il entraîne un vide, une fatigue non rétrocedant au sommeil, un comportement inhabituel face à une émotion quelconque (crise de larmes par exemple)... « Mauranges A, 2002 ».

V- 2-La dépersonnalisation ou la déshumanisation :

Selon Élisabeth Grebot : la dépersonnalisation, « Représente la dimension interpersonnelle du burnout. Elle renvoie à des attitudes impersonnelles, négatives, détachées, cyniques, méprisantes envers les personnes dont on a la charge ou la responsabilité : les élèves pour les enseignants, les malades pour les soignants, les clients pour les commerciaux, etc. La déshumanisation est diagnostiquée quand la personne devient négative envers ses collègues, ses clients ou ses patients ». (Élisabeth Grebot, 2008, p.108)

V- 3- L'échec de l'accomplissement personnel :

Selon le même auteur : « La personne a une vision très négative de sa vie professionnelle et personnelle qui apparaît comme un échec total. Elle pense avoir tout raté, aussi bien sa vie privée que son travail. Ce sentiment d'échec profond évoque fortement un état dépressif. Les idéaux qui présidaient au début de la carrière sont déçus, les illusions s'évanouissent, laissant la personne devant le gouffre vertigineux de la réalité et de son fort intérieur. La culpabilité et la démotivation l'entraînent dans le cercle vicieux de l'absentéisme et du désinvestissement » (Élisabeth Grebot, 2008, p.109).

VI- Les symptômes :

VI-1- Sur le plan physique : Ce sont des signes et des symptômes somatiques non spécifiques comme une fatigue ou une lassitude, des céphalées, des troubles digestifs variés, des troubles du sommeil, des infections rhinopharyngées, grippales ou pseudo-grippales prolongées ou répétées. Les troubles fréquents du comportement alimentaire tiennent une place particulière dans une population jeune et essentiellement féminine . il s'agit de modes alimentaires aberrants tant dans les horaires. Les rythmes que les « régimes suivis », des troubles anorexiques, boulimiques, d'alternance anorexie/ boulimie.

VI-2- Sur le plan psychique : On trouve principalement des signes émotionnels tels que l'irritabilité, l'ennui, l'anxiété ou l'apathie. La labilité émotionnelle faisant passer du rire aux larmes est souvent présente. En outre, des troubles de l'attention, de la mémoire et même du jugement peuvent également se manifester. (Jullian. M, 2007, P13).

VI-3- Sur le plan comportemental : L'impact du burn-out se manifeste également au niveau de comportements inhabituels chez la personne. Elle note une modification ou une aggravation de ses conduites alimentaires, l'apparition de comportements violents et agressifs, des attitudes négatives, une perte ou une distorsion de ses valeurs, un isolement social (repli sur soi, difficultés à coopérer) et enfin des comportements addictifs comme la consommation

de produits calmants ou excitants (café, tabac, alcool, somnifères, anxiolytiques...) ou de la cyberaddiction, de l'addiction au sport, au sexe, etc.

Enfin, le désintérêt et même le dégoût pour le métier que la personne aimait tant va l'envahir et seront la porte ouverte à une aggravation de son état qui pourrait la mener vers un état dépressif majeur. L'épuisement professionnel s'accompagne souvent de sentiments pénibles. Une perte de vitalité et une sensation d'abattement apparaissent en premier lieu. Par la suite, une indifférence s'installe et, si elle persiste, l'ennui et le cynisme émergent, de même que de la désorientation et de la déconcentration. L'impatience et l'incapacité ressenties devant la tâche à accomplir et l'irritabilité qui en découle s'orientent alors vers l'entourage immédiat et ensuite vers les personnes au travail, considérées comme des « objets » et non plus comme des personnes. Pour certains, paradoxalement, un sentiment de toute-puissance les envahit avant que ne cède rapidement et intensément tout leur édifice personnel et professionnel. Cela signe un défaut important de la personnalité. Pour d'autres, la manifestation d'une tension interne qui grandit et d'un vide intérieur précédera la fatigue physique, émotionnelle ou mentale. (Delbrouk.M, 2003, P 34)

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)

VII- L'étiologie : Trois facteurs interviennent dans l'épuisement professionnel : l'organisation, l'individu et les relations

VII-1- Les causes organisationnelles : 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.

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

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

VII- 2- Les facteurs individuels :

Certains traits de personnalité sont plus ou moins propices au *burnout*. 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. L'évaluation de l'enjeu varie d'un individu à un autre : quand l'un estime un enjeu positif, l'autre évalue un enjeu négatif. Cette même tâche engendrera une réaction d'enthousiasme chez l'un persuadé d'être capable de relever le défi quand l'autre pensera ne pas avoir les compétences pour faire face à la situation. Les caractéristiques individuelles agissent sur les capacités de faire face à des exigences professionnelles en termes de ressources que l'individu tente de mobiliser.

Certains individus se sentent aptes à contrôler la situation, à chercher de l'aide auprès de collègues tandis que d'autres sont débordés, désespérés.

L'épuisement professionnel tend à être plus élevé chez les femmes qui portent davantage le poids des tâches domestiques et la charge quotidienne des enfants. Elles sont plus touchées par le conflit de rôle famille-travail qui est une source importante de *burnout*. Cette répartition inéquitable du travail domestique non rémunéré augmente le degré de stress quotidien. La Fondation européenne considère que cette double charge a des conséquences néfastes sur la santé des femmes qui travaillent¹. Les études² montrent que l'environnement familial joue un rôle déterminant dans l'apparition du *burn-out* :

Lorsque la vie familiale est source de problèmes, le niveau d'épuisement professionnel augmente significativement quand les tensions professionnelles s'intensifient. À l'inverse, chez les hommes, le niveau d'épuisement professionnel augmente quand les stresseurs professionnels augmentent mais indépendamment du niveau des stresseurs familiaux.

VII-3- 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 *burn-out* professionnel. (Grebot,2008 ,p122-1226).

VIII-Les étapes d'installation : Au début de la vie professionnelle, l'enthousiasme de l'individu est élevé mais il peut être déçu par la suite. La perte de la passion pour son travail constitue la première étape vers l'épuisement professionnel. Il est suivi par les étapes de stagnation, de frustration et d'apathie.

VIII -1- Enthousiasme : Le salarié débutant ou celui qui débute dans une nouvelle fonction peut idéaliser et surinvestir son travail en lui attribuant une place démesurée. Cet excès d'enthousiasme conduit la personne à se dévouer corps et âme, à se rendre disponible et à développer des attentes irréalistes par rapport à son travail. Elle est toujours prête à en faire plus : plus d'heures de présence, plus de charge de travail, plus d'efforts. Le but conscient ou non est de se prouver et de prouver aux autres qu'elle est bien le professionnel qu'il fallait choisir. La personne s'oublie, ignore ses besoins et le travail est investi de toutes les vertus, c'est la lune de miel. Mais cette période idéale ne dure qu'un temps, la réalité revient en force interroger l'optimisme des premiers temps. L'illusion crée la désillusion. (Edelwich, Brodsky, 2004, p.119).

VIII -2- Stagnation : L'activité idéalisée perd de sa valeur et des sentiments négatifs tendent à émerger au niveau émotionnel. La personne commence à réaliser que son investissement professionnel exclusif n'est pas totalement gratifiant et elle ressent un certain mécontentement. Elle découvre que le travail n'est pas tout dans la vie et se rend compte que d'autres secteurs de sa vie « *sentimentale, relationnelle, loisir* » sont délaissés. Un désinvestissement des valeurs de départ s'amorce. La dimension stimulante et mobilisatrice s'estompe peu à peu. Ce stade est douloureux, car l'illusion du métier idéal ou salvateur s'effrite. La déception est grande, la rancœur amère, le sentiment d'injustice grandissant, l'attente déçue et le sujet est désabusé. Cette phase a un rôle très important, car elle ouvre la voie à un changement possible, en interrompant l'escalade vers les autres étapes du *burnout*. (Edelwich, Brodsky, 2004, p.120).

VIII -3-Frustration : Ce sentiment se caractérise par un retrait de plus en plus marqué devant les situations problématiques qui prennent une importance accrue. C'est typiquement le stade du débordement, où se manifestent une profonde remise en cause des compétences, une irritabilité marquée, entraînant de l'intolérance vis-à-vis des collègues ou des relations professionnelles. À ce stade, la personne supporte de moins en moins les sollicitations auxquelles elle doit répondre, elle est de plus en plus irritée par les exigences de son rôle professionnel, qu'il s'agisse d'écouter autrui, de lui accorder du temps, etc. Le sentiment de frustration est souvent porteur des premiers troubles physiques, somatiques, émotionnels ou comportementaux. La personne s'interroge sur ses choix, le sens et la valeur qu'elle doit attribuer au travail, qui, par ailleurs procure si peu de reconnaissance, de gratitude. Quand le travail est source de déception et de frustration, émerge le cynisme destructeur. La personne n'a plus envie de travailler. L'image dévalorisée d'elle-même la pousse à l'immobilité, à l'apathie. (Edelwich, Brodsky, 2004, p.120).

VIII-4-Apathie : À ce stade, la personne risque de devenir dépressive, apparemment indifférente à son milieu professionnel, de se moquer de tout. Elle se trouve tellement démunie devant les innombrables frustrations quotidiennes qu'elle semble dépersonnalisée : elle ne se reconnaît plus, ne se comprend plus. Elle se rend au travail pour faire de la présence. Le retrait, l'absence de réaction dans les situations professionnelles semblent être les solutions qui permettent d'éviter les conflits et les réflexions. Pour se protéger des autres, elle cherche à se faire oublier des collègues qui la jugent et la critiquent. Cette attitude apparaît temporairement protectrice alors qu'elle ne résout rien, car les difficultés subsistent et la situation peut même s'aggraver. Souvent, quand le syndrome d'épuisement professionnel

touche un salarié, l'équipe de travail est susceptible de subir, par rebonds, la contagion du découragement. Dans ce cas, le *burn-out* devient un problème collectif. . (Edelwich, Brodsky, 2004, p.121)

IX-Les conséquences :

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

1- 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.

2-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.

3- Au niveau sociétal

Dépenses de santé, indemnités de chômage, etc.

4-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).

X-Les approches explicatives

X-1-L'approche sociologique :

L'approche sociologique est de plus en plus évoquée et elle apparaitre 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).

X-2-L'approche psychiatrique :

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

X-3-L'approche psychanalytique : Dans cette approche, même si le travail semble avoir été déclencheur d'une souffrance psychique, on privilégie l'existence d'une 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.

Dans cette approche, même si le travail semble avoir été déclencheur d'une souffrance psychique, on privilégie l'existence d'une 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.

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.

X-4-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).

XI-B-o et troubles psychiatriques

XI-1-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 certain psychiatre 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 majeur, 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 localisé au secteur professionnel et n'envahissent pas les autres domaines de vie. Il n'ya 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 déclenchent 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)

XI-2-Epuisement 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-semblant 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) .

XI-3-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 lésions 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.

XII-Diagnostic

Une deuxième version a été élaborée à destination des enseignants, le MBI-ES « *Educators Survey* », puis le MBI-GS « *General Survey* », pour toute population. Chacune de ces versions explore trois dimensions : épuisement, dépersonnalisation, réduction du sentiment d'accomplissement de soi. Seule la version HSS a fait l'objet d'évaluation en langue française. Ces dimensions étant indépendantes entre elles, il est erroné, comme certains ont pu le faire, d'additionner les scores de chaque dimension pour évaluer globalement le burn out. (Chapelle, 2018, p.20).

Le MBI ne fournit pas de *cut-off* permettant de poser le diagnostic mais distingue, pour chacune des trois dimensions, des niveaux : *faible*, *moyen* ou *élevé*, définis par l'auteur lors de la construction de l'outil en séparant les scores en trois niveaux. Il est donc illusoire d'indiquer le pourcentage de cas de burn out au sein d'une population avec le MBI. Ils existent des questionnaires explorant les dimensions du burn out. Citons le OLBI « *Oldenbourg Burn out Inventory* », le CBI « *Copenhagen Burn out Inventory* », le SMBM « *ShiromMelamed Burn out Measure* ». Et le BM « *Burn out Measure* ». Mais aucun de ces outils n'est un outil diagnostique. (Chapelle, 2018, p.20).

XIV-Diagnostic différentiel

La pathologie la plus souvent associée et confondue avec le burn out est la dépression. Nous avons recensé dans le tableau ci-dessous différents éléments permettant de discriminer ces deux tableaux cliniques.

Tableau 1: Diagnostique différentiel du burn-out et la dépression

Burn out	Dépression
<ul style="list-style-type: none">- Epuisement émotionnel et humeur dysphorique.- Lié spécifiquement au travail.- Conservation du goût des choses dans les aspects de la vie autres que le travail.	<ul style="list-style-type: none">- Epuisement émotionnel et humeur dysphorique changeante, instable.- Etendue à tous les aspects de vie et pas seulement au travail.- Caractérisée par une perte du goût et de la

- Estime de soi et réalisme plus grands, vitalité plus forte, que pour la dépression. - Le burn out peut s'aggraver en dépression.	vie. - Plus faible estime de soi, défaitisme, moins grande vitalité. - Les antécédents de dépression peuvent favoriser l'apparition d'un syndrome d'épuisement professionnel.
---	---

(Marié-Soula, M-C. Collange, J. 2015, p.12).

XV-Prévention

Une fois le *burn-out* reconnu comme la conséquence de différents facteurs et comme un réel danger pour l'entreprise et l'individu, des mesures de prévention individuelles et collectives, professionnelles et psychologiques peuvent être impulsées. Paradoxalement, les efforts de prévention portent principalement sur l'individu et non sur l'environnement professionnel. Chaque catégorie de causes appelle des mesures spécifiques, organisationnelles, individuelles ou relationnelles.

XV-1- Mesures organisationnelles :

La prévention organisationnelle est centrée sur les domaines spécifiques à l'environnement professionnel dans lesquels l'interaction entre l'individu et le travail est disharmonieuse. Ces domaines sont au nombre de neuf : la charge de travail, le contrôle, le système de récompense et de reconnaissance ; le support social et cohésion d'équipe ; l'équité au travail et les conflits de valeur, la valeur perçue du travail ; la formation ; les interruptions¹ (*cf.* chapitre 7).

XV-2-Mesures individuelles : Deux catégories de stratégies de prévention sont centrées sur l'individu:

- les stratégies visant à modifier la relation entretenue par l'individu avec son travail (changement d'habitudes de travail ; utilisation du soutien social disponible au travail et en dehors, développement des techniques de gestion du stress) ;
- les stratégies visant à améliorer les ressources personnelles de l'individu afin de le rendre plus résistant aux effets néfastes du stress présent au travail (adoption d'un style de vie plus décontracté et psychothérapie).

Prévenir le *burn-out* uniquement par ces mesures de prévention individuelles présente le risque de renforcer le mythe du *burn-out* « associé à l'image de l'individu qui se surpasse » et décrit comme « le prix à payer pour la réussite, insinuant ainsi que seuls les employés

consciencieux et dévoués à l'extrême et qui donnent 100 % d'eux-mêmes risquent de faire l'expérience du *burnout*2 ». De telles valeurs incitent les professionnels à être fiers de leur épuisement physique et émotionnel et de leur habileté à endurer la souffrance et la détresse psychologique.

Le *burn-out* n'est pas une fatalité : il peut être évité ou diminué si la hiérarchie, dans le cadre d'une organisation humaine du travail qui tient compte des besoins d'évolution des personnes au travail, prend en compte les contraintes professionnelles. Face au malaise qui grandit de plus en plus, la personne tombe malade et est contrainte d'accepter un arrêt de travail. La maladie l'oblige à faire le point sur elle-même et sur son engagement professionnel.

Nombreux sont les salariés qui pensent qu'il s'agit d'une simple fatigue passagère et refusent d'admettre une dimension psychologique à l'épuisement. Or le changement passe par l'étape incontournable de l'acceptation et de la prise de conscience du problème :

- *reconnaître le problème* : c'est le point de départ de la prise de conscience de la nécessité d'initier un changement, une reconversion ou une reconstruction. Ce processus ne peut se mettre en place que si la personne parvient à reconnaître que sa situation est anormale;
- *prendre de la distance* : l'arrêt du travail permet une mise à distance essentielle sur le plan psychique : l'intérêt et le lien au monde du travail sont temporairement mis de côté. Un décrochage mental s'opère. Le diagnostic d'épuisement professionnel par un médecin aide le salarié à accepter sa souffrance et lui permet de prendre le temps de réfléchir et de faire le point sur sa carrière ;
- *se faire aider* : la mise à distance est propice à la détente émotionnelle, physique et mentale. Les personnes participent à diverses activités culturelles, sociales ou de développement personnel. Se faire aider par un psychologue ou un psychothérapeute est vivement conseillé, car il est difficile de trouver seul des réponses à ses angoisses, sans tourner en rond ou décompenser dans une dépression plus ou moins profonde. Cette période est douloureuse à cause de l'incertitude et du doute qui l'accompagnent, à cause aussi de la remise en question de la priorité des valeurs. Les personnes portent un regard critique sur leur intérêt pour certains engagements antérieurs jugés excessifs. La nouvelle valeur prioritaire concerne la vie personnelle et la nécessité de mettre des limites à l'activité de travail. Les relations et les intérêts personnels deviennent très importants. Une nouvelle hiérarchie des priorités se substitue à la précédente ;

- *s'orienter vers une reconversion* : l'exploration concerne la recherche d'un nouvel emploi qui s'effectue pour certains salariés après l'obtention de bonnes compensations financières au moment d'une transaction et, pour d'autres, sans cette assurance financière.

Malheureusement, la flexibilité de l'emploi aujourd'hui restreint le désir de rupture professionnelle. Certaines activités menées de manière bénévole servent parfois de tremplin à un changement professionnel. Pour d'autres, le retour à des valeurs fondatrices, à des plaisirs ou des joies cultivées dans l'enfance ou l'adolescence va servir de point de départ à une reconversion professionnelle.

Pour tous, le projet tend à se rapprocher d'une recherche d'expression authentique de soi, dans la vie sociale et de réalisation de soi au sens humaniste. (Grebot, 2008, p126-129).

XVI-Traitement

« La souffrance des soignants, souvent exprimée mieux comme aujourd'hui, grâce au travaux dans elle a fait l'objet, peut aller jusqu'à l'épuisement professionnel appelé burn-out, responsable des réponses en soi inadaptées mais aussi de nombreuse d'épart de la profession. On peut attendre une amélioration des conditions du travail et une prise en considération dela souffrance des soignants par l'institution :il reste que chacun de son côté devra trouver des ressources pour lutter contre ces difficultés. »(L'hôpitaux, et al, 2006, p. 18).

Hosdey disait : « Comme toute maladie, le burn out identifiable a des symptômes révélant que quelque chose ne tourne plus rond. Mais il ne faut pas croire que quelques minutes de discussion permettent à un médecin de poser un diagnostic indiscutable. Même les psychiatres les plus habituées que les généralistes à ce genre de maladie, reconnaissent que deux entrevues très foulées sont souvent nécessaires pour éliminer d'autres voies que le burn out, le traitement quant à lui est difficile et il est long sans le décrire précisément il se compose d'un cocktail combinant les interventions de plusieurs acteurs de différentes horizons. » (Hosdey,2014, p. 59).

Il existe plusieurs techniques et diverses formes de traitement du burn out, mais elles sont de manière générale, le même objectif et fonctionnent selon le même schéma. Pour être efficace la prise en charge du burn-out doit s'organiser en plusieurs étapes

➤ **Arrêt de travail :**

En cas d'épuisement professionnel, la première étape consiste à prescrire un arrêt de travail. Les arrêts pour le burn-out sont de duré variable, déterminée au cas par cas.

➤ **Les psychothérapies :**

La prise en charge du burn-out passe essentiellement par une psychothérapie, de type thérapie cognitive comportementale (TCC). Une telle thérapie permet de remplacer les idées négatives par des comportements en adéquation avec la réalité. Les objectifs d'une TCC sont la confrontation et l'habituation progressive aux situations stressantes, la lutte contre les sources internes d'anxiété, la restauration de l'image et la correction des pensées automatiques.

➤ **La relaxation :**

La relaxation est inadéquate dans la prise en charge du burn-out pour réduire le stress et l'anxiété. Il est possible d'avoir recours à des techniques telles que la sophrologie et de pratique des exercices de respiration. Des cures de thalassothérapie et d'hydrothérapie peuvent également s'avérer efficaces en cas du burn-out, en prévention ou dans le cadre d'un traitement.

➤ **Activités physique :**

La pratique régulière d'un sport peut s'avérer utile pour réduire les symptômes de stress et récupérer, au même titre que le repos ou la relaxation. Chacun peut choisir l'activité qui lui convient le mieux en fonction des préférences : sport collective, individuel, etc. En complément il est conseillé d'adopter une alimentation équilibrée.

➤ **Médicaments :**

Lorsque le burn-out est responsable de troubles dépressives, un traitement antidépresseur peut être temporairement prescrit. La prescription de médicaments antidépresseurs n'est pas systématiquement pour traiter un burn-out. Elle peut être envisagée dans les situations les plus grave, en association avec une psychothérapie.

➤ **Le soutien psychologique :**

« Il représente tout ce qui concerne la dimension psychologique de l'acte soignant. Il comporte d'une part l'approche de la relation d'aide au patients et sa famille et d'autre part tout ce qui atteint émotionnellement le soignant dans sa rencontre solitaire avec la maladie, la souffrance, la mort et l'ensemble des considérations humaines et éthiques qui s'y rapportent .»(Estryn-Bahar, 2004, p. 94).

➤ **Aide à la reprise du travail :**

Le retour au travail est envisagé de manière progressive, après une consultation de pré reprise avec le médecin de travail. Pour être effectuée dans les meilleures conditions, la reprise du travail doit être organisée avec la collaboration de l'entreprise : modification du cadre du travail, réorientation de l'activité, réaménagement de l'organisation etc.

L'objectif du traitement est de retrouver sa santé, de permettre la réintégration professionnelle et de concevoir une manière d'accomplir son travail de façon satisfaisante, sans s'épuiser.

XVII- Prise en charge thérapeutique

XVII-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).

XVII-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 dépréciatrices. Dans un troisième temps, la scène est jouée 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 état d'épuisement physique, émotionnel et mental qui résulte d'une exposition prolongée au stress, principalement lié au travail. Les symptômes du burn-out peuvent varier chez un même individu en fonction de la phase de son évolution. Il est important d'arrêter le processus d'épuisement tôt pour éviter le développement complet du syndrome et permettre une reconstruction psychologique plus facile.

Chapitre II : l'infirmier au service d'hémodialyse

Préambule

Les infirmiers sont considérés comme faisant partie des métiers les plus nobles, car ils font preuve de beaucoup de patience et de courage. Ils sont en première ligne pour prodiguer des soins centrés sur la personne, ce qui leur confère un rôle crucial dans le domaine de la santé. Leur travail est très gratifiant sur le plan humain et ils exercent dans différents services tels que la psychiatrie, les urgences ou encore l'hémodialyse...

Dans ce chapitre intitulé " Les infirmiers (es) au service d'hémodialyse ", nous allons aborder différents aspects de la profession infirmière ainsi que son rôle essentiel dans la prise en charge des patients. Nous commencerons par un préambule, suivi d'une exploration de l'histoire de la profession d'infirmier. Ensuite, nous définirons les termes clés liés à cette profession et mettrons en évidence le rôle et les devoirs de l'infirmier. Nous accorderons également une attention particulière aux droits dont bénéficie l'infirmier dans l'exercice de ses fonctions. Par la suite, nous examinerons le processus de diagnostic pratiqué par l'infirmier, en mettant l'accent sur la définition de l'insuffisance rénale et ses différents types. Nous explorerons ensuite les traitements disponibles, notamment la transplantation rénale et les différentes modalités de dialyse telles que la dialyse péritonéale et l'hémodialyse. Nous consacrerons une section spécifique au service d'hémodialyse, en soulignant son rôle crucial dans la prise en charge des patients atteints d'insuffisance rénale. Par ailleurs, nous aborderons les risques de contamination, notamment les infections nosocomiales, et nous examinerons les origines de ces infections. Enfin, nous clôturerons ce chapitre avec une synthèse qui récapitulera les points clés et les implications de ces différents aspects liés à la profession infirmière et à la gestion de l'insuffisance rénale.

I-Histoire de la profession infirmiers :

Les premières traces de la profession datent d'avant le christianisme, principalement en Inde et à Rome. Et il faut remonter à la Grèce antique pour trouver des soins donnés uniquement par les femmes. Dès lors, une assimilation instinctive associe la fonction soignante à la nature féminine.

Après le christianisme, une longue période voit apparaître différentes confréries qui accueillent les malades nécessiteux, les moribonds et les pèlerins. On parle alors de charité.

Les premières soignantes appartiennent à un ordre religieux, les Diaconesses.

Cette institution du IV^e siècle fait figure de repère historique et s'impose comme la première formule connue de consécration d'un personnel « Soignant-religieux ». Si ces « sœurs »

Chapitre II : l'infirmier au service d'hémodialyse

possèdent certaines notions du soin, il n'existe aucune précision quant à leur formation. Déjà, on remarque qu'une certaine sélection s'effectue, il est question alors de corps d'élite, de « sœurs soignantes ».

A cette époque, les notions de bénévolat et de dévouement sont très fortes dans les esprits et elles resteront lourdes à porter. Il faudra plusieurs siècles pour imposer une corporation d'infirmières formées et compétentes qui dynamiseront et feront évoluer la profession. La religieuse bénévole sera progressivement remplacée par une professionnelle avec tous les changements que cela entraîne.

C'est en Angleterre, à partir de 1860 qu'apparaît sous l'égide de Florence Nightingale la première école de formation d'infirmières.

En 1864, la création de la croix Rouge donne un nouvel essor à la profession, et à la même époque commencent des expériences hospitalières sous la direction de médecins et d'administrateurs, cependant qu'il n'est fait référence à aucun enseignement spécifique du personnel soignant.

En 1877, les premières formations apparaissent en France sous la forme de cours donnés par le corps médical, principalement sous la tutelle du docteur Auguste Duchaussoy (faculté de médecine de Paris) qui s'y consacre entièrement. Un an plus tard, la première école publique est créée. En 1881, les travaux de Louis Pasteur sensibilisent aux notions d'hygiène, encore aujourd'hui considérée comme la base de la lutte acharnée contre l'infection, ce qui suppose l'instruction des personnels de santé.

Le décret du 27 juin 1922 (Jo du 1er juillet 1922) reconnaît un brevet de capacité pour les infirmières. Il faut insister sur le fait qu'il s'agit du premier texte officiel concernant la réglementation de la profession d'infirmière.

En 1938, ce texte évolue et le diplôme d'état d'infirmière est créé, la religieuse bénévole sera progressivement remplacée par une professionnelle avec tous les changements que cela entraîne. Néanmoins, ce n'est pas une loi ; aucune obligation n'est faite aux hôpitaux d'employer du personnel formé. Cet état de fait contribue à ralentir l'évolution de la profession ; il faudra attendre encore cinq ans pour qu'une loi donne obligation aux directeurs hospitaliers de recruter un personnel qualifié.

Dès lors, la profession s'organise et se mobilise. Les infirmières en quête d'une identité et d'une reconnaissance luttent au fil des années. Les derniers mouvements de protestation de 1988 montrent qu'il existe toujours un décalage entre l'évolution de la profession et celle de la société. (UNAIBODE, 2004, p.5-6).

II- Définition

II- 1- Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) :

« Le terme infirmier doit être appliqué aux seules personnes qui dans un pays sont appelées à donner les genres de soins infirmiers qui requièrent au plus haut point du dévouement, les connaissances techniques, et le sens des responsabilités. »

II- 2- Selon le dictionnaire médical :

Personne qui, ayant suivi des études professionnelles de base, est apte et habilitée à assumer dans son pays la responsabilité de l'ensemble des soins que requièrent la promotion de la santé, la prévention de la maladie et les soins aux malades (Association internationale des infirmières, 1965). En France, la profession d'infirmier et d'infirmière fait partie des professions d'auxiliaires médicaux. (Manuila A. P. 235).

II- 3- Définition de l'art infirmier :

L'art infirmier se définit par l'ensemble des soins infirmiers (physiques et psychosociaux) réalisés de manière autonome ou en collaboration avec d'autres, aux individus de tous âges, familles, groupes ou communautés, à toutes les personnes malades ou en bonne santé, et dans tous les lieux de pratique professionnelle. L'art infirmier consiste à protéger, promouvoir et optimiser la santé et les capacités intrinsèques du patient/client, prévenir les maladies et les blessures et apaiser les souffrances. L'art infirmier se caractérise par le développement d'une relation de confiance avec le patient/client, centrée sur son expérience, la défense et la promotion de son autonomie, la stimulation d'un environnement sain, la réalisation des soins, la recherche et la participation au développement de la profession et de la politique de santé. L'art infirmier se fonde sur un jugement professionnel dans les domaines de la promotion de la santé, de l'éducation à la santé, de la prévention de la maladie, des soins urgents, des soins curatifs, des soins chroniques et palliatifs. (CFAI, 2015, p.04).

II- 4- Le Code de la santé publique :

Ce précise que « *relèvent du rôle propre de l'infirmier les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes. Dans ce cadre, l'infirmier a la compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaire* ».

III-Le rôle de l'infirmier :

L'infirmier est un membre important de l'équipe de soins et a un rôle spécifique et des tâches spécifiques qu'il doit effectuer, et il y a trois tâches de base :

1. Les infirmiers devront avoir une large culture générale ainsi qu'une formation professionnelle fondée sur des connaissances approfondies en matière de sciences physiques et sociales, de manière à posséder une base étendue et solide pour pratiquer efficacement les soins infirmiers et pour aborder l'enseignement infirmier supérieur. Ils devront se montrer capables d'administrer les soins infirmiers les plus délicats dans un service hospitalier ou au sein de la collectivité et d'exercer leur jugement pour prendre des décisions indépendantes, conformes aux principes scientifiques et cliniques ainsi qu'aux conditions du traitement ; en un mot, leur travail sera du niveau le plus qualifié.
2. Le personnel infirmier apte à donner aux malades des soins généraux de caractère plus simple, demandant à la fois la compétence technique et l'aptitude aux relations humaines. Le personnel de cette catégorie devra être capable d'appliquer les traitements préventifs, curatifs et de réadaptation en tenant compte des besoins psychologiques et sociaux de chacun des malades.
3. Le personnel infirmier chargé d'accomplir des travaux déterminés demandant beaucoup moins de discernement. Ce personnel devra être capable d'avoir de bons rapports avec les malades et d'exécuter fidèlement et sous surveillance les tâches pour lesquelles il a été formé. (Comité OMS d'expert des soins infirmiers, 1966, P.13).

IV-Les devoirs de l'infirmier :

- L'infirmier a le devoir de mettre en œuvre tous les moyens à sa disposition pour assurer à chacun une vie digne jusqu'à la mort.
- Il a notamment le devoir d'aider le patient dont l'état le requiert à accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement.
- Il s'efforce également, dans les circonstances mentionnées aux alinéas précédents, d'accompagner l'entourage du patient.
- L'infirmier a le devoir de mettre en œuvre tous les moyens à sa disposition pour assurer à chacun une vie digne jusqu'à la mort.

Chapitre II : l'infirmier au service d'hémodialyse

- Il s'efforce également, dans les circonstances mentionnées aux alinéas précédents, d'accompagner l'entourage du patient. (Le Code de la santé publique, Article 4312-19p13).
- L'infirmier doit écouter, examiner, conseiller, éduquer ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient, notamment, leur origine, leurs mœurs, leur situation sociale ou de famille, leur croyance ou leur religion, leur handicap, leur état de santé, leur âge, leur sexe, leur réputation, les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard ou leur situation vis-à-vis du système de protection sociale. «Il leur apporte son concours en toutes circonstances. « Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne prise en charge. (Le Code déontologie des infirmiers, Article R4312-11).

V- Les droits de l'infirmier :

- L'infirmier ou l'infirmière agit en toute circonstance dans l'intérêt du patient.
- L'infirmier ou l'infirmière applique et respecte la prescription médicale écrite, datée et signée par le médecin prescripteur, ainsi que les protocoles thérapeutiques et de soins d'urgence que celui-ci a déterminé.
- L'infirmier ou l'infirmière peut établir pour chaque patient un dossier de soins infirmiers contenant tous les éléments relatifs à son propre rôle et permettant le suivi du patient.
- L'infirmier ou l'infirmière ne doit avoir qu'un seul lieu d'exercice professionnel.
- La profession d'infirmier ou d'infirmière ne doit pas être pratiquée comme un commerce. Tous les procédés directs ou indirects de réclame ou publicité sont interdits aux infirmiers ou infirmières.
- L'exercice forain de la profession d'infirmier ou d'infirmière est interdit. (Droits de la personne 2007-2008. P. 1424).

VI- Le diagnostic d'infirmier :

Le diagnostic infirmier est l'énoncé d'un jugement clinique sur les réactions aux problèmes présents et potentiels aux processus de vie d'une personne, d'une famille ou d'une collectivité. Ils servent de base pour choisir les interventions de soins visant l'atteinte des résultats dont l'infirmier est responsable.

Chapitre II : l'infirmier au service d'hémodialyse

À la différence du diagnostic médical dont le but est un examen clinique de la personne afin de poser un diagnostic médical puis la description de la pathologie en vue d'une prescription médicale, la démarche du diagnostic infirmier est de s'intéresser avant tout au patient et notamment à son comportement quant aux symptômes et la maladie.

Le diagnostic infirmier s'effectue dès le début de la prise en charge du patient. Ce diagnostic permet de mettre en avant les besoins du malade.

VII - L'insuffisance rénale

VII - 1- la définition :

L'insuffisance rénale est une maladie grave qui entraîne une détérioration graduelle et définitive des fonctions rénales, Cette détérioration peut se produire sur une période de plusieurs mois ou de plusieurs années. Cette affection est silencieuse, lentement évolutive et responsable d'une augmentation du risque cardio-vasculaire (Simon, 2006. p283). Elle est la conséquence commune des lésions anatomiques du parenchyme rénal, Lorsque ses lésions touchent plus de 80% des néphrons, On constate des anomalies métaboliques, hormonales et cliniques définissant le syndrome urémique (Cambe *et al.*, 2014).

VII - 2-les types de l'insuffisance rénale :

Il existe 3 types d'insuffisance rénale : insuffisance rénale aigue (IRA), insuffisance rénale chronique (IRC), insuffisance rénale chronique terminale (IRCT)

VIII-Le traitement

Pour diminuer la souffrance des patients il existe deux solution la première est la plantation rénale dit aussi la greffe qui consiste à voir un don d'un organe (le rein) ou la dialyse définit comme suite : « une technique médicale thérapeutique définitive, permettant de purifier artificiellement le sang des personnes dont les reins ne fonctionnent plus correctement (cas d'insuffisance rénale). Une machine remplace alors l'activité des reins. Donc c'est un système particulier qui recueille le sang du malade, le filtre et le réinjecte dans le corps, Elle peut devenir nécessaire lorsque les taux d'urée et de créatinine sont trop élevés » (Bouisson *et al.*, 2016; Catizone,1999).

Les deux techniques utilisées en dialyse sont :

Chapitre II : l'infirmier au service d'hémodialyse

a) la dialyse péritonéale :

Est une méthode d'épuration extra-rénale qui peut être proposée en 1ère intention pour la prise en charge de l'insuffisance rénale. En Algérie, la dialyse péritonéale a débuté en 1980, elle s'est développée très lentement à travers le territoire national puisqu'elle ne prend en charge que 10% des dialysés (Boulahia, 2009).

La DP est pratiquée à domicile par le patient lui-même, éventuellement par un proche ou une infirmière (Lioussfiet *al.*, 2012).

b) L'hémodialyse :

Est un traitement médical largement utilisé en cas d'insuffisance rénale avancée qui permet d'éliminer les déchets toxiques du sang. Ce système est également connu sous le nom de "rein artificiel", qui se compose de 3 éléments: l'hémodialyseur, le dialysat, et une circulation extracorporelle (Harrak, 2014).

Le principe consiste, à travers une membrane semi-perméable, ne laissant que l'eau et les substances dissoutes de petit poids moléculaire (poids moléculaire inférieur à 70 000), à mettre en contact le sang du patient avec une solution de composition adaptée, appelée le dialysat. Il est possible, dans le but de favoriser les transferts de solutés de poids moléculaire élevé, d'augmenter l'importance de l'ultrafiltration : c'est l'hémodiafiltration (Dracon, 2009, p.25).

IX-Le service d'hémodialyse :

Le service assure la prise en charge des patients hémodialysés ; personnes dont l'état de santé nécessite la présence permanente d'un médecin néphrologue et des infirmiers en cours de séance.

X-Les risques de contamination (les infections nosocomiales) :

Selon le comité des ministres du conseil de l'Europe (25 octobre 1984) : les infections nosocomiales sont un problème majeur pour le système de santé, prenant l'exemple les patients au service d'hémodialyse sont source et cibles de ces infections. Donc le personnel du service est face cette menace." On appelle infection nosocomiale ou infection hospitalière toute maladie contractée à l'hôpital, due à des micro-organismes cliniquement et/ou microbiologiquement reconnaissables qui affectent :

Chapitre II : l'infirmier au service d'hémodialyse

- Soit le malade, du fait de son admission à l'hôpital ou des soins qu'il a reçus en tant que patient hospitalisé ou en traitement ambulatoire,
- Soit le personnel hospitalier du fait de son activité

Parmi les risques d'infections on trouve les infections bactériennes les plus fréquentes tel que les infections cutanées et les infections virales ; l'hépatite B (VHB) / l'hépatite C (VHC) / le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Selon l'OMS les infections cutanées peuvent se manifester par des rougeurs, une sensation de chaleur, une enflure, une sensibilité de la peau, des furoncles ou des ampoules.

VHB : selon l'OMS l'hépatite B est une infection virale qui altère le foie et peut entraîner une infection aiguë ou une infection chronique de cet organe. La plupart des personnes nouvellement infectées ne manifestent aucun symptôme.

VHC : selon l'OMS l'hépatite C est une inflammation du foie causée par le virus de l'hépatite C. Les manifestations de l'hépatite C peuvent aussi bien être aiguës que chroniques et être bénignes ou graves et irréversibles, comme la cirrhose et le cancer.

VIH : selon l'OMS le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est une infection qui attaque le système immunitaire de l'organisme, en particulier les globules blancs appelés cellules CD4+.

La synthèse

Les points abordés dans ce chapitre ont permis de comprendre les aspects du travail infirmier, et que cette profession est très épuisante physiquement et psychologiquement, car ils sont toujours en contact avec les souffrances et les douleurs des patients.

Le chapitre a permis de mettre en lumière les différents aspects du travail infirmier, notamment le fait que cette profession est très exigeante sur le plan physique et psychologique. Les infirmiers sont constamment en contact avec la souffrance et la douleur des patients, ce qui peut être épuisant à long terme. Le chapitre souligne ainsi l'importance de prendre en compte la dimension psychologique dans la formation des infirmiers, afin de leur permettre de mieux gérer les situations difficiles auxquelles ils sont confrontés au quotidien. En somme, ce chapitre offre une vision réaliste et complète du travail infirmier, en mettant en

Chapitre II : l'infirmier au service d'hémodialyse

avant les défis et les exigences de cette profession essentielle au bon fonctionnement des systèmes de santé.

Les éléments discutés dans ce chapitre ont permis de mettre en évidence les différentes facettes du travail infirmier, mettant en évidence le fait que cette profession est à la fois physiquement et psychologiquement éprouvante. Les infirmiers et infirmières sont constamment en contact avec les souffrances et les douleurs des patients, ce qui peut avoir un impact significatif sur leur bien-être.

Chapitre III : l'entretien motivationnel

Préambule

Parmi les méthodes efficaces et les plus recommandées pour aider les personnes à trouver la motivation nécessaire pour changer leur comportement on trouve l'entretien motivationnel. Cette approche est particulièrement utile dans le domaine de la santé mentale et de la prévention des comportements à risque, car elle permet aux professionnels d'engager les patients dans un processus de changement positif. En utilisant l'entretien motivationnel, les professionnels de santé peuvent améliorer les résultats en matière de santé et de bien-être des patients en les aidant à surmonter leur résistance au changement et à adopter des comportements plus sains.

Le chapitre sur l'entretien motivationnel commence par une présentation de la signification de la motivation, suivie d'une définition de l'entretien motivationnel. Ensuite, il aborde les processus et les différentes techniques utilisées dans l'entretien motivationnel, ainsi que l'esprit de cette approche. Enfin, le chapitre se termine en énumérant les pièges à éviter pour bien mener un entretien motivationnel.

I -La motivation:

I-1-l'origine :

L'origine latine de ce mot est *motivum*, dérivé à son tour du supin *motum* du verbe *movere*, qui signifie « mouvoir ». En français, le mot « motivation », de même que son équivalent anglais ayant le même sens, remonte au XIXe siècle. Il a été dérivé du verbe « motiver », attesté au XVIIIe siècle dans ses deux acceptions principales, à savoir « justifier par des motifs » et « servir de motif ». Le mot « motif », lui, est bien plus ancien. Il existait au XIVe siècle dans le sens de « raison d'agir » (Centre national de ressources textuelles et lexicales [CNRTL]).

Et l'utilisation moderne en psychothérapie, celle que nous adoptons dans le présent ouvrage, renoue avec le mouvement, c'est-à-dire avec l'action. La motivation est ainsi différente de la volonté ; ce n'est pas avoir l'envie ou vouloir quelque chose, mais c'est surtout se donner les moyens (et pour un thérapeute, accompagner son patient pour retrouver les moyens) d'agir.

I-2-La motivation vu comme comportement :

- La motivation peut être modélisée comme un comportement ou un ensemble de comportements.
- Elle est différente de la volonté (dont la définition est cognitive).

Chapitre III : l'entretien motivationnel

- Elle a ainsi des composantes facilement observables (action, parole) et d'autres plus discrètes, mais tout aussi observables (émotions, pensées, sensations corporelles).
- La particularité de la motivation en tant que comportement est qu'elle fait référence à un autre comportement : on est motivé (ou non) pour faire quelque chose.
- Une fois définie, la motivation peut devenir un objectif thérapeutique à part entière.

Cette approche a été mise au point par William Miller et Stephen Rollnick à partir des années 1980. C'est un style de communication collaboratif qui accorde un intérêt particulier au langage du changement. Il cherche à renforcer la motivation et l'engagement en explorant les raisons propres de la personne, ceci dans un climat d'acceptation et de compassion.

II-Définition de l'entretien motivationnel

L'EM implique de prêter attention au langage naturel sur le changement et en particulier sur la façon d'avoir une conversation plus efficace sur le sujet, notamment dans les contextes où une personne intervient à titre professionnel pour en aider une autre. Dans notre expérience, beaucoup de ces conversations ont tendance à être dysfonctionnelles en dépit des meilleures intentions. L'EM est conçu pour trouver une façon constructive de répondre aux difficultés qui surviennent souvent quand un aidant tente de modifier la motivation au changement. L'EM vise en particulier à conduire des conversations de telle façon que les personnes puissent évoquer un changement pour elles-mêmes, en se fondant sur leurs propres valeurs et leurs propres intérêts. Cela n'est pas seulement reflété par les attitudes, c'est aussi activement souligné dans le discours. (William, Stephen. 2019, P.5)

III-Les processus de l'entretien motivationnel

III-1-L'engagement dans la relation :

L'engagement dans la relation est le processus par lequel les deux parties établissent un contact utile et une relation de travail. Parfois cela prend quelques secondes; parfois plusieurs semaines n'y suffisent pas. On peut faire beaucoup au cours de cette rencontre pour augmenter l'engagement dans la relation. Des facteurs extérieurs peuvent aussi le faciliter ou le diminuer : le système de soins dans lequel le client et le praticien travaillent, l'état émotionnel du clinicien, la situation du client et son état d'esprit lorsqu'il entre dans la pièce. (William, Stephen. 2019, P.27).

III-2-la focalisation :

Le processus d'engagement dans la relation conduit à se centrer sur un ordre du jour particulier : ce sur quoi la personne est venue discuter. L'intervenant aussi peut avoir un ordre du jour qui comporte des sujets communs avec celui du client et d'autres qui ne le sont pas. Par exemple, quelqu'un peut venir consulter pour une affection respiratoire haute et des difficultés à respirer, en souhaitant au moins un soulagement de ses symptômes. Se rappelant que cette personne est fumeuse, l'intervenant aimerait suggérer un changement. De quoi vont-ils parler ? Ils vont certainement aborder les plaintes actuelles, mais l'intervenant peut aussi aborder le sujet du tabac. La focalisation est le processus par lequel on développe et maintient une direction précise dans la conversation sur le changement. (William, Stephen. 2019, P. 28).

III-3-L'évocation :

Une fois qu'on a un ou plusieurs objectifs de changement comme cap, le troisième processus de l'EM est l'évocation. Évoquer consiste à faire émerger les propres motivations au changement du client, et cela a toujours été au cœur de l'EM. Cela se passe lorsqu'il y a un cap sur un changement particulier et que vous exploitez les idées et les sentiments du client sur pourquoi et comment il pourrait l'effectuer. (William, Stephen. 2019, P. 29).

III -4-La planification :

La planification comprend à la fois le développement de l'engagement vers le changement et la formulation d'un plan d'action précis. C'est une conversation sur l'action qui peut recouvrir des sujets variés, conduite avec une oreille affûtée pour faire émerger les propres solutions du client, promouvoir son autonomie dans la prise de décision et continuer à faire émerger et renforcer le discours-changement à mesure que le plan se dessine. (William, Stephen. 2019, P. 31).

IV-Les techniques de l'entretien motivationnel

Miller et Rollnick ont mis au point quatre techniques qu'ils appellent « les compétences essentielles » (*coreskills*) de l'EM. Il nous semble d'emblée utile d'y ajouter une cinquième technique ou compétence que Miller et Rollnick appellent l'échange d'informations.

Les traducteurs du livre de Miller et Rollnick (Miller et Rollnick, 2019, afdem.org) proposent pour les quatre premières techniques l'acronyme OuVER : « Ou » pour « questions ouvertes », V pour « valoriser », E pour « écoute réflexive », R pour « résumer ».

IV-1- Poser des questions ouvertes :

Contrairement à une question fermée, une question ouverte appelle une réponse détaillée, qui ne se limite pas à dire oui ou non ou à donner une information brève.

Les questions fermées sont utiles à certains moments de l'entretien, lorsqu'on a besoin d'une information précise, alors que quand on arrive à un moment propice à évoquer la motivation au changement, ce sont les questions ouvertes qu'il faut privilégier.

Le style caractéristique de l'entretien motivationnel est d'alterner des questions ouvertes et des reflets. Il faudrait se méfier des questions faussement ouvertes, qui donnent un choix restreint.

IV -2- L'écoute active (ou réflexive) :

Technique spécifique à apprendre, c'est l'élément le plus typique de l'entretien motivationnel. La base de l'écoute réflexive est de formuler une supposition sur ce que le patient veut dire. On appelle reflets les phrases ou morceaux de discours énoncés par le thérapeute en réaction aux propos du patient. Ce sont des phrases déclaratives, dans lesquelles l'intonation descend à la fin de la phrase.

Les reflets (ou échos dans les écrits plus anciens) vont de la simple répétition de ce que le patient vient de dire jusqu'à des phrases complexes, qui reprennent des éléments du discours du patient et y ajoutent d'autres éléments dans le but de l'aider à parler davantage, à « passer au paragraphe suivant ».

Quand la relation thérapeutique n'est pas encore bien établie, il serait souhaitable de ne pas poser beaucoup de questions. Les questions, dont l'intonation est généralement montante (à la fin de la phrase), obligeraient la personne à prendre du recul par rapport à l'expérience vécue (on me pose une question et il faut que je réfléchisse pour trouver la réponse...) et pourraient déclencher une réaction défensive.

Le but de l'écoute réflexive au début de la construction de l'alliance thérapeutique serait de comprendre le dilemme du patient (changer ou ne pas changer), sans avoir de but précis, alors que quand on en est au processus de l'évocation (les processus seront décrits dans la fiche 9), l'écoute réflexive aide à accélérer le changement.

Ayant énoncé le reflet, le thérapeute attend de sa patiente la validation de son hypothèse. Il l'encourage par son attitude et par d'autres reflets à aller plus loin dans l'expression de ses émotions et de ses pensées.

IV -3-La valorisation :

La valorisation est à la fois un principe fondamental et une technique. Il s'agit de mettre en lumière ce qui va bien dans la vie du sujet, ce qu'il fait d'utile, ce qu'il a déjà accompli... La valorisation favorise la confiance du patient et son adhésion à la thérapie.

Il s'agit entre autres de voir le verre à moitié plein : lors d'une petite rechute, on rappellera au patient les progrès accomplis par rapport au point de départ.

La valorisation en EM doit répondre à trois principes « techniques » :

➤ **Elle doit être authentique :**

Il ne faut pas la comprendre comme le fait de combler d'éloges son patient sans raison évidente. Ainsi, une des tâches du thérapeute est de rechercher des éléments se prêtant facilement à la valorisation.

IV -4- Faire des résumés :

Un résumé est un reflet qui associe plusieurs informations données par le patient. Il permet à la personne d'entendre dire en même temps plusieurs aspects de son expérience.

IV -5-Donner des informations sous certaines conditions :

Les conseils directs, comme nous l'avons souligné, ne font souvent que pousser l'ambivalence dans le sens opposé ; ils sont à utiliser avec parcimonie. Pour donner des conseils et informations au patient, le thérapeute s'assure d'abord que l'engagement dans la relation thérapeutique est suffisant pour que le patient accepte le conseil ou l'information donnée. Le thérapeute sait, et montre ce savoir au patient, que c'est ce dernier qui a la liberté de choix, et qu'il existe toujours plusieurs choix (suivre telle thérapie, changer pour une autre thérapie, changer de thérapeute ou d'objectif thérapeutique, ne rien faire...).

Une technique particulière est ainsi préconisée pour donner des informations ou des conseils. Avant de donner l'information, le thérapeute demande la « permission » du patient ; puis, après l'avoir donnée, il aide le patient à formuler sa propre conclusion sur la pertinence de l'information donnée.

Ainsi, on ne donnera pas de conseil non sollicité ; tout l'art de l'entretien motivationnel consistant à arriver à ce que le patient demande le conseil lui-même.

(Ayman. M, Aurélie. F.2019, P.41-45)

V-L'esprit de l'entretien motivationnel

Les auteurs de l'entretien motivationnel insistent sur le fait que celui-ci ne se réduit pas à un ensemble de techniques qui viseraient à convaincre le patient, mais que c'est avant tout une vision de l'être humain, marquée par l'empathie et la collaboration.

Il diffère en cela de la manipulation, procédé dans lequel un individu tente d'influer sur le comportement d'un autre pour ses propres intérêts.

Voici les quatre piliers de cet esprit de l'entretien motivationnel :

V -1- La collaboration (partenariat) :

L'EM n'est pas pratiqué par un expert sur un patient passif. Il est pratiqué pour le patient et en collaboration avec le patient. Il n'est pas censé induire chez lui le changement souhaité par le thérapeute ou choisi sous pression de la société, mais aider l'individu à trouver la bonne direction de changement en fonction de sa vie et de ses valeurs, puis l'aider à trouver sa propre motivation et ses propres ressources pour changer.

V -2- L'acceptation (non-jugement) :

Il s'agit de l'acceptation totale de tout ce que le patient apporte. Elle repose sur les travaux de Carl Rogers, dont les écrits en psychologie humaniste nous amènent à croire en la valeur propre et au potentiel de chaque être humain, et que chaque homme mérite le respect.

L'acceptation nous aide à formuler des prophéties auto-réalisatrices dans le bon sens : la façon dont on regarde les gens peut avoir une influence sur leur évolution. L'entretien motivationnel adopte ici l'idée aristotélicienne du *télos*, qui signifie la fin (dans le sens de la finalité) : l'homme aurait pour fin immanente la perfection de la nature humaine pleinement réalisée par ses activités raisonnables. Une expression de l'acceptation est *l'empathie* ; celle-ci est définie, selon Carl Rogers, par le fait de *comprendre le monde intérieur et l'expérience privée de l'autre comme si on était à sa place (sans jamais oublier le « comme si »)*.

L'acceptation ne signifie pas que le thérapeute approuve tous les actes et propos du patient. Il lui appartient de souligner les points de désaccord, mais toujours en mettant en avant de la façon la plus authentique possible qu'il accepte l'existence de ces actes, et qu'il est prêt à travailler avec son patient à partir de l'expérience de celui-ci.

La notion d'empathie est notamment à distinguer de la sympathie et de l'identification (Où le thérapeute partage l'expérience émotionnelle du patient, sans recul), qui peuvent être momentanément des attitudes pertinentes en thérapie, mais ne doivent pas constituer l'essentiel de la relation thérapeutique.

V -3- La compassion (altruisme) :

Il s'agit d'œuvrer de façon active pour le bien-être de l'autre, de donner la priorité aux besoins du patient pendant le temps de la consultation, et de le montrer au patient.

V -4- L'évocation :

L'EM considérant que les gens ont déjà en eux ce dont ils ont besoin, le rôle du thérapeute serait de le mettre au jour : retrouver et renforcer la motivation au changement que le patient a déjà en lui. (Ayman. M, Aurélie. F. 2019, P.38-39).

VI -Les pièges à éviter

Nous regroupons ici l'essentiel des pièges évoqués par Miller et Rollnick (2012). Ces pièges concernent le style de l'entretien destiné à construire une relation thérapeutique. Ils nous aident par contraste, en comprenant ce qu'il ne faut pas faire, à comprendre ce qu'il faudrait faire.

Le piège de l'évaluation signifie que le thérapeute pose des questions précises, fermées, pour obtenir un maximum d'informations sur le problème. Cette attitude peut être adaptée dans certains contextes (urgence, besoin de répondre à un formulaire administratif, nécessité de construire un plan d'intervention en TCC...), mais elle est contre-productive dans la plupart des situations cliniques, où on privilégiera un va-et-vient conversationnel qui permet au patient de livrer des informations répondant à la fois à ses besoins propres du moment et aux questions du thérapeute.

Le piège de l'expert : le thérapeute se présente comme celui qui sait ce qu'il faut faire. Cette attitude peut rassurer certains patients à certains moments, mais elle ne contribue pas à internaliser la motivation.

Parfois c'est le patient qui sait ce qu'il faut faire, il serait l'expert de sa maladie. Le thérapeute sera alors attentif à nuancer cette attitude et à rechercher avec son patient un terrain d'entente. La position de l'expert, adoptée par le thérapeute ou par le patient, peut être assimilée à une conduite d'évitement car elle est plus confortable (sur le plan intellectuel et affectif) que d'appréhender la complexité de la situation et de reconnaître que des efforts seront nécessaires pour un résultat pas forcément parfait.

Piège de l'étiquetage : le thérapeute insiste pour que le patient accepte le diagnostic, pensant que cet « aveu » est indispensable pour des interventions profitables.

Bien sûr, l'adhésion au diagnostic aide le patient à mieux cerner ses propres difficultés, à s'identifier à un groupe d'individus souffrant de difficultés proches et à obtenir une thérapie plus appropriée.

Chapitre III : l'entretien motivationnel

Mais ceci n'est pas la seule réaction possible devant un nouveau diagnostic. Certains patients se sentent mal à l'aise lors de l'énonciation d'un diagnostic, celui-ci pouvant être vécu comme un jugement péjoratif, ou comme une case enfermant.

Il est souvent plus utile, quand le diagnostic offusque le patient (ou quand le diagnostic n'est pas certain), de ne pas y insister et de centrer la conversation sur la souffrance du patient et de son entourage. La psychothérapie est davantage fondée sur les processus psychologiques (par exemple, le renforcement, les schémas dépressifs, etc.) que sur un diagnostic médical.

VI -1- Le piège de fixer prématurément un axe de travail :

Nous y reviendrons dans les chapitres traitant de l'objectif thérapeutique ; la plainte principale affichée dans une situation clinique n'est pas forcément la cible thérapeutique la plus utile. Si le patient évoque d'autres sujets, le thérapeute doit commencer là où sont les préoccupations de son patient, écouter ce qu'il dit pour avoir une vision large de sa vie, puis revenir vers le thème du changement.(Ayman. M, Aurélie. F. 2019, P.30-40).

VI -2- Piège du reproche :

Le thérapeute doit éviter toute forme de reproche « Vous êtes en train de vous détruire la santé à force de boire, de fumer, etc. », « Il est temps de commencer une thérapie pour votre problème d'agoraphobie ». Le reproche ne fait qu'augmenter le stress du patient et risque de déclencher le cercle vicieux du modèle des deux facteurs dont nous parlerons plus loin (voir la fiche 13).

VI -3- Piège du bavardage :

Bavarder brièvement peut renforcer la relation thérapeutique au début, pour briser la glace et montrer au patient que le thérapeute est un être humain ordinaire comme lui. Le bavardage n'a cependant pas d'effet thérapeutique, et le thérapeute devrait y prendre garde pour ne pas faire perdre son temps au patient. Ici encore, passer beaucoup de temps au bavardage peut être considéré, d'un point de vue TCC, comme un comportement d'évitement car il est plus facile, aussi bien pour le patient que pour le thérapeute, de bavarder que de s'engager dans une thérapie active et exigeante.

Synthèse

L'entretien motivationnel est une approche centrée sur la personne, qui reconnaît que chaque individu est unique et possède ses propres ressources et compétences. Cette méthode encourage la personne à prendre en charge son propre changement, plutôt que de se sentir

Chapitre III : l'entretien motivationnel

forcée ou jugée par le professionnel. L'entretien motivationnel peut être utilisé dans divers contextes, tels que la santé mentale, la santé physique, l'éducation ou encore le travail social. En somme, l'entretien motivationnel est une approche efficace pour aider les personnes à trouver leur propre motivation pour changer leur comportement et améliorer leur qualité de vie.

Partie pratique

Chapitre IV : Méthodologie de recherche

Préambule:

Il est bien connu que la méthodologie de recherche est aperçue de la façon dont la recherche est effectuée, elle permet de guider et cerner le chercheur.

Ce chapitre de méthodologie consiste tout d'abord à la description du lieu de recherche, ensuite la présentation de la méthode utilisée, les outils d'investigation qui nous ont permis de recueillir les données, puis la population d'études, enfin le déroulement de la pratique (la pré-enquête et l'enquête), et conclure ce chapitre par une synthèse.

I -Le terrain de la recherche :

Notre thématique de recherche a été réalisée au sein de la nouvelle polyclinique EPLF Kherrata. Sachant que notre stage pratique a été effectuer au service d'hémodialyse, ce dernier se compose de :

- Un bureau des médecins
- Un bureau d'accueil
- Un bureau pour les techniciens
- Une salle d'attente
- 3 salles d'hémodialyse
- Une salle d'urgence
- Une chambre de garde
- Une chambre pour les agents
- 3 médecins généralistes
- 3 néphrologues
- 4 équipes d'infirmiers (ères) [femmes /homme]
- Un psychologue
- 2 techniciens [f/h]
- Un homme de ménage
- Agent de sécurité

II-La méthode utilisée :

Dans toute recherche scientifique il est nécessaire de se focaliser sur les méthodes les plus adéquates à la question de recherche.

Le terme méthodologie signifie le cadre de procédures dans laquelle conduit une recherche scientifique dans le but de produire des connaissances, elles désignent donc, un ensemble de formes d'investigations, de collectes, de traitement, d'analyses de données, ainsi

dans certains cas, de diffusion et d'implantation de résultat (Cecchini et Neuchatel, 2012, p. 11). C'est pour cela afin d'effectuer notre étude nous avons utilisé la méthode clinique (l'étude de cas + l'entretien motivationnel) car elle propose aux patients une offre de soins globale et pluridisciplinaire. Elle améliore continuellement la qualité et la sécurité des soins. Permettre des conditions optimales d'exercice aux praticiens et professionnels de santé.

La méthode clinique est un ensemble de techniques qui ont en commun de produire des informations concrètes sur la personne ou la situation posant un problème ou révélant l'existence d'une souffrance. La méthode clinique en se centrant sur le cas, est destinée à répondre à des situations concrètes souffrant c'est-à-dire l'individualité. Elle rapporte les faits observés à l'individu car le psychologue a pour objet l'individu et non, pas les populations. (J.L.Pedinielli, 2005, p32).

Pour D'Allonnes ; l'étude de cas sert à dégager la logique d'une histoire de vie singulière aux prises avec des situations complexes nécessitant des lectures à différents niveaux, et mettant en œuvre des outils conceptuels adaptés. De ce fait, elle n'est plus essentiellement référée à l'anamnèse et au diagnostic, et se dégage des contraintes d'une psychologie médicale, tout en restant clinique et psychopathologique. (Pedinielli J.L 2005, p59-63).

III -Les outils d'investigation :

Dans le cadre de notre recherche notamment en sciences humaines et sociales, l'utilisation des outils de mesures sont indispensables et efficace. Ils permettent d'atteindre l'objectif et la validation de l'étude. Concernant notre thème le burn-out chez les infirmiers (ères) qui travaillent au service d'hémodialyse, nous avons opté pour l'utilisation de plusieurs outils tel que ; le questionnaire, l'échelle de Maslach MBI, l'entretien motivationnel et le test CGI.

III -1-Le questionnaire :

Le questionnaire est un outil principal dans l'investigation, on peut le définir comme suite ;

- Un instrument de collecte de données construit en vue de soumettre des individus à un ensemble de questions. (Angers M, 1992, P : 198).
- Un outil rigoureusement standardisé pour pouvoir prétendre comparer les réponses des sujets (Abernot Y, Ravestein J, 2009, P : 112).

Chapitre IV : Méthodologie de recherche

- Un des outils les plus efficaces pour recueillir des données tant objectives que subjectives en s'adressant directement aux acteurs des faits sociaux que l'on étudie. Ceux-ci peuvent répondre aux questions qu'un enquêteur leur pose et note durant un entretien totalement directif ou répondre eux-mêmes à un questionnaire auto-administré (Montoussé M, 2006, P : 234).

III -2-Le MBI

III -2- 1- définition :

Le Maslach Burn-out Inventory est un instrument d'évaluation psychologique développé par Christine Maslach et Susan E. 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 allons de 0 à 6. (C. Maslach, S.E. Jackson et M.P. Leiter, 1996–2016)

III -2- 2- Le MBI mesure les trois dimensions du Burn-out :

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

Chaque dimension est explorée par un certain nombre d'items, dans l'ordre suivant :

Tableau 2: les dimensions du Burn-out

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

L'inventaire MBI se présente sous la forme d'un tableau à deux colonnes et d'un entête. La colonne gauche comprend les 22 items de l'MBI. La colonne droite comprend les fréquences allant de jamais jusqu'à chaque jour et chaque fréquence un chiffre allant de 0 jusqu'à 6. Qui sont illustrées comme suite :

- Jamais 0.
- Quelques fois par année au moins 1.
- Une fois par moins au moins 2.

Chapitre IV : Méthodologie de recherche

- Quelques fois par mois 3.
- Une fois par semaine 4.
- Une fois par semaine 5.
- Chaque jour 6.

À l'entête de la colonne gauche est citée la consigne de la manière suivante : (Indiquer la fréquence à laquelle vous ressentez ce qui est décrit à chaque item. Entourez le chiffre correspondant à votre réponse). 0 « *Jamais* » à 6 « *chaque jour* ». Il contient trois sous échelles qui mesurent respectivement l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et l'accomplissement personnel au travail. (Comeau, 2000, p.15).

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

III -2- 3- 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.

III-2-4- 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.

Chapitre IV : Méthodologie de recherche

- 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.

III-3- L'entretien motivationnel:

Miller & Rollnick proposent la définition suivante de l'entretien motivationnel : Méthode de communication, directive et centrée sur la personne à aider, utilisée pour augmenter la motivation intrinsèque au changement, par l'exploration et la résolution de l'ambivalence.

(<https://tcc.apprendre-la-psychologie.fr/l-entretien-motivationnel.html>)

III-4-Le CGI :

Il s'agit de 3 scores plutôt que d'échelles, présentant l'avantage de la simplicité d'emploi, et de leur adaptation à toutes les formes de pathologies avec ou sans comorbidité. Les deux premiers items sont cotés sur 7 paliers de réponse, le troisième item est un score composite qui tient compte à la fois de l'efficacité et des effets secondaires. On n'additionne pas les 3 scores qui peuvent être utilisés indépendamment les uns des autres.

([Http://www.cercle-d-excellence-psy.org/informations/echelles-cliniques/cgi/#](http://www.cercle-d-excellence-psy.org/informations/echelles-cliniques/cgi/#))

IV-La population d'étude :

Notre travail de recherche s'est effectué auprès des infirmiers (ères) au service d'hémodialyse. Il existe 2 types de critères de sélections ; le premier est les critères d'inclusion qui permettent aux infirmiers (ères) de faire partie de notre population de recherche. Le deuxième est les critères d'exclusions, ce sont des sujets non retenus qu'on ne peut pas intégrer dans notre recherche.

Tableau 4: récapitulatif de la population d'étude

Nom	Age	Années d'expériences
1-K*	42	12 ans
2-A*	35	10 ans
3-S2	36	7 mois
4-S1	32	1ans
5-S	30	8 ans
6-N*	30	8 ans

IV-1- Les critères d'inclusions:

- Pour les infirmiers qui travaillent au service d'hémodialyse
- Pour les infirmiers exerçant dans le secteur public
- Les infirmiers (agents technicien de la santé ATS)

IV-2- Les critères d'exclusions:(les critères non pertinents de sélection)

Nous n'avons pas sélectionné dans notre thématique de recherche :

- Les assistants médicaux.
- Les médecins.
- Les surveillants médicaux.
- Les servants de salle.
- Les secrétaires médicaux.

V- Le déroulement de la pratique :

V- 1- La pré-enquête :

La pré-enquête est une étape primordiale dans toute recherche scientifique car : « *elle a pour but de déterminer les hypothèses de l'enquête et par voie de conséquence les objectifs* » (Mucchielli, 1985, P. 12).

Elle est définie aussi comme « Phase préliminaire d'un lancement d'une enquête. Le pré-enquête a pour but la recherche et la formulation des hypothèses en tant que phases préparatoire, elle comprend la prévision de tous les problèmes que posera l'enquête. » (Mucchielli, 1993, p84) E-Pro.

Dans ce cadre, nous avons réalisé notre pré-enquête à la nouvelle polyclinique EPLF kherrata. Au début de notre recherche, nous nous sommes présentées auprès des responsables de la polyclinique, particulièrement ceux chargés aux services d'hémodialyse« ... », auprès de qui nous nous sommes présentées étudiantes en Master 2 psychologie clinique, de qui nous nous sommes aussi entretenus et avons expliqué la nature de notre travail de recherche.

Après avoir pris connaissance, ils étaient curieux, ils ont trouvé notre thème très important et crucial, ils nous ont demandé de leur fournir plus d'informations pour mieux comprendre notre thème de recherche, et nous ont souhaité du courage et de bien mener ce travail modeste avec succès. Ainsi nous nous sommes rendues pour découvrir les lieux, connaître le service d'hémodialyse, avoir le consentement des infirmiers (ères), aussi de

Chapitre IV : Méthodologie de recherche

décider du maintien ou non de notre thème de recherche et par la même occasion les informer l'objectif de notre stage pratique, en raison de notre thème de recherche, qui devra se faire dans ce même service d'hémodialyse.

V-2- L'enquête :

Notre enquête a duré 45 jours de 15 /02/2023 au 30/03/2023 à la fréquence de deux fois par semaine, le questionnaire a pris environ 5 à 10 minutes et l'échelle une trentaine de minutes, nos questionnaires et la passation de tests ont été effectués dans le bureau des médecins.

Synthèse :

Dans ce chapitre, nous avons discuté de la partie méthodologique, qui est essentielle pour mener une recherche scientifique. Pour obtenir des résultats, nous avons utilisé plusieurs outils, notamment un auto-questionnaire pour recueillir des informations pertinentes, l'échelle de Maslach MBI pour mesurer le burn-out, un entretien motivationnel et le test CGI pour évaluer l'amélioration des participants. Ces outils ont été choisis pour leur validité et leur fiabilité dans la mesure des concepts étudiés. En utilisant ces outils, nous avons pu collecter des données précises et fiables pour répondre à nos questions de recherche.

Chapitre V : présentation et
analyse des vignettes cliniques
et discussion des hypothèses

Préambule

Dans ce passage, il est expliqué que le dernier chapitre de l'étude se concentrera sur trois éléments principaux : la présentation des vignettes cliniques, l'analyse des résultats obtenus et la discussion des hypothèses. Les vignettes cliniques sont des descriptions de cas concrets qui permettent d'illustrer les concepts étudiés. L'analyse des résultats obtenus se réfère à l'examen des données collectées à l'aide des outils de recherche décrits dans la méthodologie. Enfin, la discussion des hypothèses implique une réflexion sur les résultats obtenus et leur pertinence par rapport aux questions de recherche initiales. Ce dernier chapitre est donc crucial pour comprendre les conclusions de l'étude et leur signification pour la pratique clinique et la recherche future.

I -Présentation de la première vignette clinique : Madame A*

Madame A est âgée de 35 ans, elle travaille au service d'hémodialyse depuis 10 ans.

I-1- PRESENTATION D AUTO-QUESTIONNAIRE DE MADAME A*:

Consigne : cochez pour chaque question la case correspondante à votre réponse.

Prénom : A*

Age : 35 ans.

Sexe : femme.

1. Combien d'années d'exercices dans le service d'hémodialyse avez-vous jusqu'à présent ?
Plus de 10 ans.
2. Etes-vous stressé (e) quand c'est l'heure d'aller au service d'hémodialyse ?
Oui Non
3. Avez-vous des troubles de concentration ?
Oui Non
4. Avez-vous des problèmes de mémoire et d'oubli ?
Oui Non
5. Etes-vous fatigué (e) ?
Oui Non
6. Est-ce que vous vous ennuyez au service d'hémodialyse ?

Chapitre V : présentation et analyse des vignettes cliniques

Oui Non

7. A la fin de la journée sentez-vous épuisé (e)?

Oui Non

8. Avez-vous des difficultés à se reposer et à récupérer vos forces?

Oui Non

9. Lorsque vous vous dirigez au service d'hémodialyse est ce que vous ressentez de l'anxiété ?

Oui Non

10. Avez-vous de l'inquiétude lorsque vous pensez à partir au service d'hémodialyse ?

Oui Non

11. Avez-vous des difficultés d'endormissement ?

Oui Non

12. Souffrez-vous des réveils nocturnes ou précoces ?

Oui Non

13. Souffrez-vous des maux de tête ?

Oui Non

14. Souffrez-vous de dorsalgie?

Oui Non

15. Avez-vous des troubles digestifs ?

Oui Non

Si oui lesquelles ?

Colopathie

L'ulcère gastrique

Autre : R.A.S

16. Avez-vous des éruptions cutanées ?

Oui Non

17. Est-ce-que vous éprouvez de la colère ?

Oui Non

18. Est-ce-que vous êtes en nécessité de demander de l'aide d'un psy ?

Oui Non

Si oui lequel ?

Psychologue

Psychiatre

I -2- Analyse de l'auto- questionnaire de Madame A*:

Madame A* a répondu "oui" à 12 questions parmi les 18 de l'auto- questionnaire portant sur l'épuisement professionnel.

I -3 - Passation de « l'échelle de Maslach (MBI) »

Les résultats obtenus pendant la passation de l'échelle de Maslach(MBI) sont :

Tableau 5 : résultats de l'échelle MBI de la vignette clinique A*

Dimension d'épuisement	Score total de la dimension	Niveau de la dimension
EP	44	élevé
D	9	Modéré
AP	40	Élevé

Le tableau ci-dessus présente le niveau du burn-out chez A*.

Elle présente :

- Un niveau épuisement professionnel est élevé,
- Un niveau de dépersonnalisation est modéré,
- Un niveau d'accomplissement personnel est élevé.

Elle a obtenu les résultats suivants : EP=44 ; D=9 ; AP=40

I -4- Analyse des résultats obtenus:

L'analyse de l'échelle MBI indique que A* représente le risque d'un burn-out. Selon le score obtenu dans la première échelle qui est également à 44 signifie que A* ressent un épuisement professionnel important, dans l'item 1,2,3,6,13,16,20 elle a entouré (5) qui est (- Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail) (Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail) (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) (Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort) (Je me sens frustré(e) par mon travail) (Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop)(Je me sens au bout du rouleau). Pour les items 14 le score est (6), (Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail).

Chapitre V : présentation et analyse des vignettes cliniques

Dans la dépersonnalisation le score est modéré également à 9. Le résultat de l'item11 (Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement) est également à (4).

Enfin le score sur l'accomplissement professionnel également élevé à 40, dans l'item 4,7,9,17,21 (Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent) (Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades) (J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens) (J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades) (Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement) A* a entouré (6) qui signifie (chaque jour).

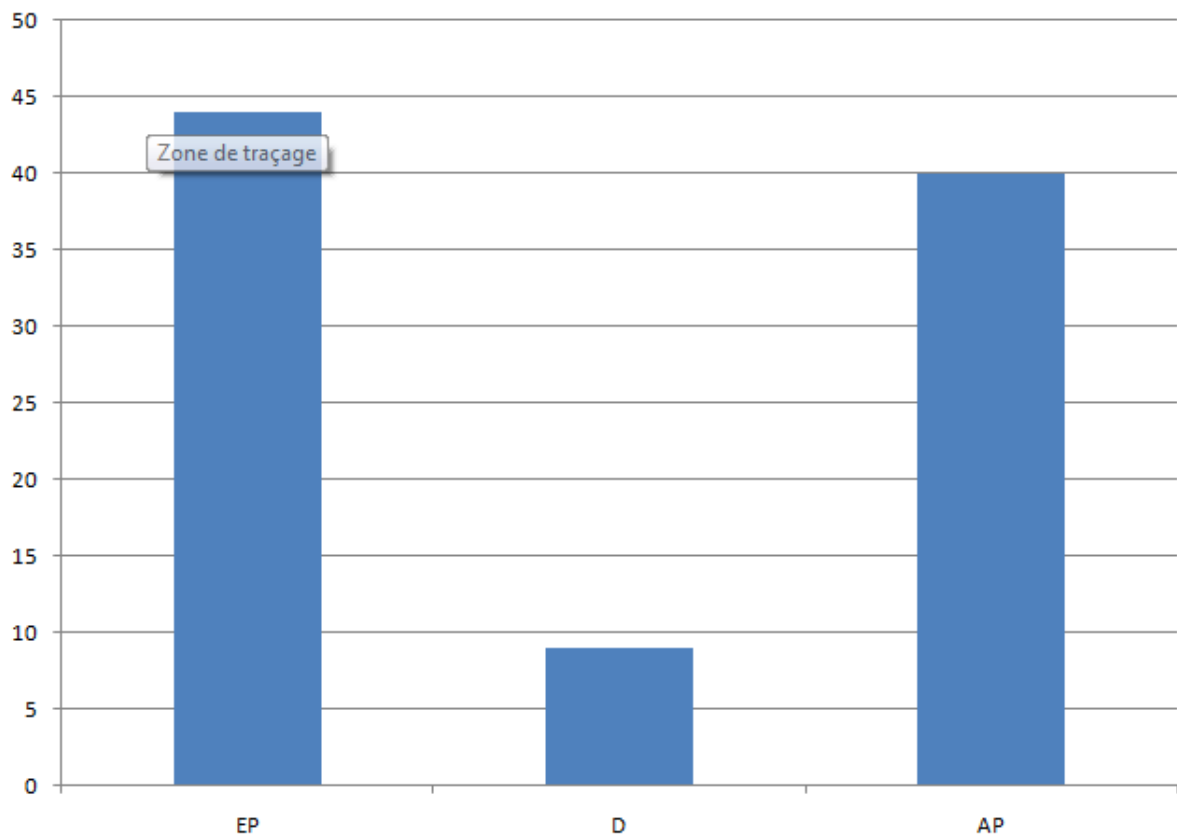


Figure I: représentant les résultats au MBI de la vignette clinique A*.

I-5- L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL :

Axe 1: le travail

1. Bonjour comment allez-vous ?

➤ *Je vais bien, merci*

(Je suis heureuse d'entendre cela)

2. Comment sentez-vous a propos de votre travail en générale ?

Chapitre V : présentation et analyse des vignettes cliniques

- *Je ressens la fatigue, l'épuisement et le sentiment de regret d'avoir choisi cette profession*

(Cela semble très difficile)

3. Pouvez-vous me dire ce qui vous a motivé à devenir infirmier au service d'hémodialyse ?

- *Hhhhhhh ce qui m'a motivé ! j'ai eu mon bac avec 13 de moyenne ce qui m'as permis de choisir cette spécialité, d'ailleurs j'étais très faible au lycée. J'ai un cousin médecin inayid c'est une spécialité très facile, seulement 3 ans d'étude, le poste de travail est garantie.*

(Votre cousin vous a orienté vers cette spécialité, dite moi...)

4. Est-ce que votre travail vous apporte de la satisfaction ?

- *... La satisfaction (elle a fait le geste de l'argent) ... non*

5. Quelles sont les avantages et les inconvénients de votre travail au service d'hémodialyse ?

- *Pour les avantages ; cette profession me permet d'aider les patients je suis toute la journée à leur disposition, pas seulement pour les soignes mais aussi pour l'accompagnement*
- *Pour les inconvénients ...ouuf la fatigue, le stress, la charge de travail, ces derniers temps quand je vois le sang je me perturbe j'ai vécu une mauvaise expérience si vous avez le temps les séances prochaines on discutera.*

(Vous avez raison il y'a des avantages et des inconvénients a votre travail, effectivement y'aura de bonnes et mauvaises expériences)

6. Pouvez-vous me dire ce qui vous stress le plus dans votre travail actuellement?

- *Ce qui me stress vraiment est la charge de travail, c'est un peu compliqué*

7. Comment gérez-vous cette charge de travail ?

- *Je gère rien hhhhhhhh amk itoussa mreha*

8. Comment votre travail affect -il votre vie personnelle ?

- *Ces derniers temps il influence négativement sur ma petite famille, c'est malheureux*

(Cela semble gênant pour vous)

Axe2 : le burn-out

1. Comment sentez-vous actuellement ?

- *Toura toura on dirai daboukhialhhh...*

(Je suis désolée d'entendre cela)

2. Pouvez-vous me dire ce qui vous a conduit à cette situation qu'est ce qui a fait que vous soyez dans cette situation ?
 - *Ce travail me rend trop fatigué, épuisé, des fois je ressens que je ne suis pas apte de cette responsabilité.*

(Je comprends parfaitement que votre de travail est épuisante)

3. Quels sont les signes du burn-out que vous avez ressentis chez vous-mêmes ?
 - *Personnellement je ne connais pas les signes du burn-out mais je vous dis ce que je ressens ; j'ai du stress tqelaqegh mliiiih, s7oussayegh triste iligh.*

(Je suis consciente que ce stress est perturbant)

4. Comment vous gérez cet épuisement?
 - *..... je ne gère rien hhh, une fois je suis à la maison je me repose et c'est tout.*

(Ce n'est pas grave).

Axe3 : la motivation

1. Quels sont les changements que vous aimerez voir dans votre environnement professionnel pour améliorer votre bien-être ?
 - *Parmi les changements que je souhaite vraiment voir c'est la modification de notre emploi de travail et de rajouter une autre équipe pour diminuer la charge. Je pense si j'avais plus de temps pour moi-même et si j'étais mieux soutenu par mon entourage je pourrais trouver ma passion pour mon travail et me sentir plus épanouie.*
2. Quels sont les aspects de votre profession que vous appréciez plus ?
 - *Les aspects que j'apprécie sont ; la possibilité d'aider les patients, leur fournir des soins de qualité et de rétablir une relation de confiance avec eux.*

(Très intéressant)

3. Comment pouvez-vous utiliser ces aspects pour vous aider à retrouver votre motivation ?
 - *Pour retrouver ma motivation je peux utiliser ses aspects positifs de ma profession et continuer à faire une différence dans la vie des patients.*

(Je comprends)

4. Comment vous pouvez utiliser vos forces et vos compétences pour faire face aux défis que vous rencontrez au travail ?

➤ *Je travaille en collaboration avec mes collègues pour trouver des solutions créatives aux problèmes qui se posent.*

(Donc vous essayez de trouver des moyens avec votre équipe pour dépasser les difficultés que vous rencontrés au travail)

➤ *Exactement*

5. Comment trouvez-vous l'équilibre entre votre profession et votre vie personnelle ?

➤ *J'essaie de prendre le temps nécessaire pour moi-même ! ça ne marche pas souvent, je suis dépassé, mais j'essaie.*

(Quand même vous faites des efforts)

6. Comment pourrions-nous travailler ensemble pour atteindre vos objectifs ?

➤ *Ma yelakraque vous me suggérer à faire je suis prête !*

(Parfait, vous êtes prête)

7. Avez-vous déjà pensé à des moyens supplémentaires pour gérer votre épuisement (avez-vous déjà cherché du soutien aux côtés de vos collègues ou d'un professionnel de santé mentale ?

➤ *Oui j'ai déjà cherché du soutien auprès de mes collègues et j'ai envisagée de consulter un psy pour m'aider à gérer mon épuisement.*

(Il est préférable)

8. Avez-vous pensé à prendre un congé pour vous reposer et récupérer vos forces ?

➤ *Oui j'ai déjà envisagé à prendre un congé pour me reposer et récupérer mes forces mais je préfère attendre la période des examens au moins je pourrais aider mes enfants dans leur révision.*

(Il est important de prendre soins de vous)

9. Pensez-vous que vous êtes prête à essayer des techniques simples tel que la relaxation, la respiration profonde ou la méditation pendant quelque minute chaque jour ?

➤ *Je suis prête à essayer ces techniques pour réduire mon stress et d'améliorer mon bien être.*

(C'est génial de l'entendre)

I-6- ECHELLE CGI-AMELIORATION de madame A*:

Selon les résultats obtenus de la CGI-amélioration., nous avons constaté une nette amélioration de l'état psychologique de notre patiente après avoir effectué l'entretien

Chapitre V : présentation et analyse des vignettes cliniques

motivationnel. Elle a obtenu un score de 2, ce qui indique une forte amélioration. Ces résultats témoignent des changements positifs qu'elle a pu opérer grâce à notre intervention thérapeutique appuyée à travers l'entretien motivationnel.

II- Présentation de la deuxième vignette clinique : Mme S1

Madame S1 est âgée de 34 ans, elle travaille au service d'hémodialyse depuis 2022. Elle a travaillé dans d'autres services avant. Madame S1 a accepté la passation du questionnaire, échelle de Maslach, l'entretien motivationnel.

II-1-PRESENTATION DU AUTO- QUESTIONNAIRE DE MADAME S1 :

Consigne : cochez pour chaque question la case correspondante à votre réponse.

Prénom : S1

Age : 32 ans

Sexe : femme

1-Combien d'années d'exercices dans le service d'hémodialyse avez-vous jusqu'à présent ?

Depuis 2022, mais j'ai déjà travaillé dans d'autres services...

2-Etes-vous stressé (e) quand c'est l'heure d'aller au service d'hémodialyse ?

Oui Non

3-Avez-vous des troubles de concentration ?

Oui Non

4-Avez-vous des problèmes de mémoire et d'oubli ?

Oui Non

5-Etes- vous fatigué (e) ?

Oui Non

6-Est-ce-que vous vous ennuyiez au service d'hémodialyse ?

Oui Non

7-A la fin de la journée sentez-vous épuisé (e)?

Chapitre V : présentation et analyse des vignettes cliniques

Oui Non

8-Avez-vous des difficultés à se reposer et à récupérer vos forces?

Oui Non

9-Lorsque vous vous dirigez au service d'hémodialyse est ce que vous ressentez de l'anxiété ?

Oui Non

10-Avez-vous de l'inquiétude lorsque vous pensez à partir au service d'hémodialyse ?

Oui Non

11-Avez-vous des difficultés d'endormissement ?

Oui Non

12-Souffrez-vous des réveils nocturnes ou précoces ?

Oui Non

13-Souffrez-vous des maux de tête ?

Oui Non

14-Souffrez-vous de dorsalgie?

Oui Non

15-Avez-vous des troubles digestifs ?

Oui Non

Si oui lesquelles ?

Colopathie

L'ulcère gastrique

Autre :.....

16-Avez-vous des éruptions cutanées ?

Oui Non

17-Est-ce-que vous éprouvez de la colère ?

Oui Non

18-Est-ce-que vous êtes en nécessité de demander de l'aide d'un psy ?

Oui Non

Si oui lequel ?

Psychologue

Psychiatre

II-2- Analyse De l'auto-questionnaire de Madame s1 :

Madame S1 a répondu "oui" à 13 des 18 questions du questionnaire portant sur l'épuisement professionnel.

Selon le choix de S1 à la dernière question elle est en nécessité d'aide psychologique.

II-3- Passation de« l'échelle de Maslach (MBI) »

Les résultats obtenus pendant la passation de l'échelle de Maslach (MBI) sont :

Tableau 6 : résultats de l'échelle MBI de la vignette clinique **S1***

Dimension d'épuisement	Score total de la dimension	Niveau de la dimension
EP	34	élevé
D	14	Élevé
AP	24	Élevé

Le tableau ci-dessus présente le niveau du burn-out chez S1.

S1 présente un l'épuisement professionnel très élevé,

- Le niveau de dépersonnalisation est élevé,
- Le niveau de l'accomplissement personnel est élevé.

Elle a obtenu les résultats suivants : EP=34, D=14, AP=24.

II-4- Analyse des résultats obtenus sur l'échelle MBI :

L'analyse de l'échelle MBI indique que S1 représente le risque d'un burn-out. Selon le score obtenu dans la première échelle qui est également à 34 signifie que S1 ressent un épuisement professionnel important, dans l'item 1 elle a entouré (5) (Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets). Pour les items 2, 14 et 20 elle a entouré (6) qui est (-Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail) (Je sens que je travaille trop dur dans mon travail) (Je me sens au bout du rouleau).

Dans la dépersonnalisation le score est élevé également à 12. Les résultats des items 10 et 22 (Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle, comme s'ils étaient des objets) (Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail) (Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement) est également à (2).et le score de l'item de (Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement) est (1).

Chapitre V : présentation et analyse des vignettes cliniques

Enfin le score sur l'accomplissement professionnel également élevé à 24, dans l'item 4 elle a mentionnée qu'elle peut chaque jour comprendre facilement ce que mes patients ressentent La sous-échelle (0) dans l'item 12 et dans l'item 17 et 21 par un (5) (J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades) (Dans mon travail je traite les problèmes émotionnels très calmement).

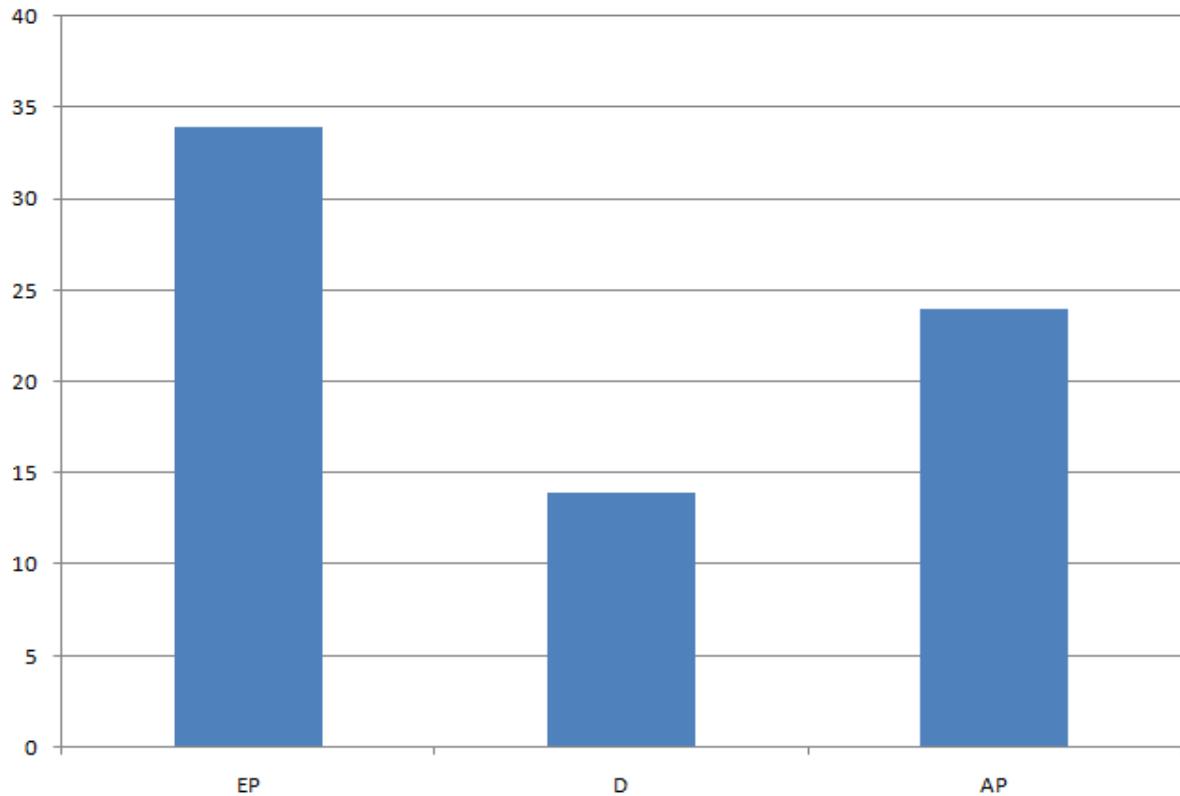


Figure II: représentant les résultats au MBI de la vignette clinique S1.

II-5- L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL :

Axe 1: le travail

9. Bonjour comment allez-vous ?

➤ *Je vais bien aqlagh*

(Je suis heureuse d'entendre cela)

10. Comment sentez-vous à propos de votre travail en générale ?

➤ *Mon travail est très gratifiant car je peux aider les patients atteints IRCT à améliorer leur qualité de vie et leur santé globale. Cependant, il est également stressant en raison des responsabilités professionnelles et des situations difficiles rencontrées dans ce domaine...*

(Vous faites un travail extrêmement important et valorisant en aidant les patients à traverser leur parcours de traitement).

11. Pouvez-vous me dire ce qui vous a motivé à devenir infirmier au service d'hémodialyse ?

- *Bon j'ai une licence en littérature française (malheureusement je n'ai pas pu poursuivre, car je maîtrise pas cette spécialité et ce n'est pas ce que voulais ... après l'obtention du deuxième bac j'ai fait l'école paramédical d'aokas.*

(Je peux imaginer à quel point cela doit être difficile pour vous)

12. Est-ce que votre travail vous apporte de la satisfaction ?

- *Honnêtement ... Oui, mon travail m'apporte beaucoup de satisfaction car je peux aider les patients à améliorer leur qualité de vie et leur santé globale. Et même satisfaire mes besoins.... T3almet ces derniers temps tout est cher donc je dois aider mon mari.*

13. Quelles sont les avantages et les inconvénients de votre travail au service d'hémodialyse ?

- *Les avantages de mon travail au service d'hémodialyse sont qu'on est là pour aider les patients.*
- *Les inconvénients sont le stress lié aux responsabilités professionnelles et aux situations difficiles rencontrées dans ce service.*

(Vous avez raison il y'a de avantages et des inconvénients a votre travail

14. Pouvez-vous me dire ce qui vous stress le plus dans votre travail actuellement?

- *Ce qui me stresse le plus dans mon travail actuellement est la charge de travail élevée due au nombre croissant de patients.*

15. Comment gérez-vous cette charge de travail ?

- *Pour gérer cette charge de travail, nous avons mis en place des protocoles stricts pour assurer la sécurité des patients tout en fournissant des soins efficaces et rapides*

16. Comment votre travail affecte-t-il votre vie personnelle ?

- *Mon travail affecte ma vie personnelle car c'est difficile d'équilibrer mes responsabilités professionnelles avec ma vie personnelle, mais j'essaie de trouver un équilibre en prenant soin de moi-même et en passant du temps avec ma famille et mes amis.*

(Cela semble difficile)

Axe2 : le burn-out

5. Comment sentez-vous actuellement ?

➤ *Actuellement je me sens fatigué !*

6. Pouvez-vous me dire ce qui vous a conduit à cette situation qu'est ce qui a fait que vous soyez dans cette situation ?

➤ *La charge du travail...*

(Cela semble dur)

7. Quels sont les signes du burn-out que vous avez ressentis chez vous-mêmes ?

➤ *...Fatigue, stress, l'oubli, épuisement, trouble du sommeil, des douleurs partout...je suis nerveuse et coléreuse.*

(Je suis consciente que cela peut être perturbant)

8. Comment vous gérez cet épuisement?

➤ *...j'essaie de passer de bons moments avec ma famille et modifier un peu mon comportement et limiter surtout mes réactions... j'ai des overreaction !*

(Ce n'est pas grave, soyez à l'aise)

Axe3 : la motivation

10. Quels sont les changements que vous aimerez voir dans votre environnement professionnel pour

➤ *Pour améliorer mon bien-être professionnel, j'aimerais voir une réduction de la charge de travail et une augmentation des ressources pour aider les hémodialysés. Je pense également que des programmes de soutien pour les professionnels de la santé seraient utiles pour gérer le stress et l'épuisement professionnel.*

11. Quels sont les aspects de votre profession que vous appréciez plus ?

➤ *J'aime travailler en équipe avec mes collègues pour fournir des soins efficaces et rapides.*

(Très intéressant)

12. Comment pouvez-vous utiliser ces aspects pour vous aider à retrouver votre motivation ?

- *Je trouve ma motivation quand je me concentre sur les aspects positifs de ma profession, comme aider les patients à améliorer leur qualité de vie et travailler en équipe avec mes collègues.*

(Parfait)

13. Comment vous pouvez utiliser vos forces et vos compétences pour faire face aux défis que vous rencontrez au travail ?

- *Pour faire face aux défis que je rencontre au travail, j'utilise mes forces et mes compétences en communication, organisation et résolution de problèmes pour fournir des soins efficaces aux patients tout en gérant le stress lié aux responsabilités professionnelles.*

(Donc vous essayez de trouver des moyens pour équilibrer, sinon ...)

14. Comment trouvez-vous l'équilibre entre votre profession et votre vie personnelle ?

- *J'essaie de planifier mon temps libre à l'avance et d'être conscient de mes limites physiques et émotionnelles.*

(C'est très important de le faire)

15. Comment pourrions-nous travailler ensemble pour atteindre vos objectifs ?

- *Ce qu'on fait actuellement est très efficace !... En discutant et communiquant ouvertement sur les défis que je rencontre au travail et en cherchant des solutions ensemble pour y faire face.*

(Parfait, donc vous cherchez de l'aide)

16. Avez-vous déjà pensé à des moyens supplémentaires pour gérer votre épuisement (avez-vous déjà cherché du soutien aux côtés de vos collègues ou d'un professionnel de santé mentale ?

- *Oui, ... ! Oui, j'ai déjà cherché du soutien auprès de mes collègues et de mes amis en dehors du travail pour gérer l'épuisement professionnel*

17. Avez-vous pensé à prendre un congé pour vous reposer et récupérer vos forces ?

- *Bien sûr ! Il est difficile de prendre un congé je dois respecter mon calendrier du travail Je cherche plutôt à trouver des moyens de gérer le stress et l'épuisement professionnel tout en travaillant.*

(Il est important de prendre soin de vous)

18. Pensez-vous que vous êtes prêt à essayer des techniques simples tel que la relaxation, la respiration profonde ou la méditation pendant quelque minute chaque jour ?

Chapitre V : présentation et analyse des vignettes cliniques

- *Bien sûr, je suis prêt(e) à essayer ces techniques. J'ai effectué des recherches sur le yoga j'ai constaté qu'elle est très efficace pour améliorer le bien-être émotionnel et physique.*

(C'est génial de l'entendre)

II-6- ECHELLE CGI-AMELIORATION :



The image shows a screenshot of a digital scale titled "CGI-amélioration" (CGI-Improvement). Below the title is the subtitle "Mesure de l'amélioration globale" (Global improvement measurement). The scale consists of seven numbered options, each with a radio button to its left. The second option, "2. Très fortement améliorée" (Very much improved), is selected, indicated by a small circle next to the number 2. The other options are: 0. Non évaluée (Not evaluated), 1. Fortement améliorée (Much improved), 3. Légèrement améliorée (Slightly improved), 4. Pas de changement (No change), 5. Légèrement aggravée (Slightly worsened), 6. Fortement aggravée (Much worsened), and 7. Très fortement aggravée (Very much worsened).

Selon les résultats obtenus, nous avons constaté une nette amélioration de l'état psychologique de notre patiente après la passation de l'entretien motivationnel. En effet, elle a obtenu un score de 2, ce qui indique une forte amélioration. Ces résultats témoignent des changements positifs qu'elle a pu opérer grâce à cet entretien.

III- Présentation de la troisième vignette clinique : Monsieur K

III- 1-PRESENTATION DU AUTO- QUESTIONNAIRE DE Monsieur K:

Consigne : cochez pour chaque question la case correspondante à votre réponse.

Prénom : K*

Age : 42 ans

Sexe : homme

Chapitre V : présentation et analyse des vignettes cliniques

1-Combien d'années d'exercices dans le service d'hémodialyse avez-vous jusqu'à présent ?

12 ans

2-Etes-vous stressé (e) quand c'est l'heure d'aller au service d'hémodialyse ?

Oui Non

3-Avez-vous des troubles de concentration ?

Oui Non

4-Avez-vous des problèmes de mémoire et d'oubli ?

Oui Non

5-Etes-vous fatigué (e) ?

Oui Non

6-Est-ce que vous vous ennuyez au service d'hémodialyse ?

Oui Non

7-A la fin de la journée sentez-vous épuisé (e) ?

Oui Non

8-Avez-vous des difficultés à se reposer et à récupérer vos forces ?

Oui Non

9-Lorsque vous vous dirigez au service d'hémodialyse est-ce que vous ressentez de l'anxiété ?

Oui Non

10-Avez-vous de l'inquiétude lorsque vous pensez à partir au service d'hémodialyse ?

Oui Non

11-Avez-vous des difficultés d'endormissement ?

Oui Non

12-Souffrez-vous des réveils nocturnes ou précoces ?

Oui Non

13-Souffrez-vous des maux de tête ?

Oui Non

14-Souffrez-vous de dorsalgie ?

Oui Non

15-Avez-vous des troubles digestifs ?

Oui Non

Si oui lesquelles ?

Colopathie

L'ulcère gastrique

Autre :.....

16-Avez-vous des éruptions cutanées ?

Oui Non

17-Est-ce-que vous éprouvez de la colère ?

Oui Non

18-Est-ce-que vous êtes en nécessité de demander de l'aide d'un psy ?

Oui Non

Si oui lequel ?

Psychologue

Psychiatre

III- 2- Analyse de l'auto-questionnaire de Monsieur K:

Monsieur K a répondu "oui" à 8 des 18 questions du questionnaire portant sur l'épuisement professionnel.

III- 3- passation de« l'échelle de Maslach (MBI) »

Les résultats obtenus pendant la passation de l'échelle de Maslach (MBI) sont :

Tableau 7: résultats de l'échelle MBI de la vignette clinique **k***

Dimension d'épuisement	Score total de la dimension	Niveau de la dimension
EP	25	Modéré
D	14	Elevé
AP	30	Élevé

Le tableau ci-dessus présente le niveau du burn-out chez K.

Elle présente :

- Un l'épuisement professionnel est modéré,

Chapitre V : présentation et analyse des vignettes cliniques

- Un niveau de dépersonnalisation est élevé,
- Un niveau d'accomplissement personnel est élevé.

Elle a obtenu les résultats suivants : EP=25 ; D=14 ; AP=30

III- 4- Analyse des résultats obtenus sur l'échelle MBI :

L'analyse de l'échelle MBI indique que K représente le risque d'un burn-out. Selon le score obtenu dans la première échelle qui est modéré également à 25 signifie que K ressent un épuisement professionnel important dans l'item, 6,14, 20 il a entouré (4) qui est (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) (Je me sens au bout du rouleau).

Dans la dépersonnalisation le score est élevé également à 14. Le résultat de l'item 15 et 22 (Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement) (J'ai l'impression que mes malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes) est également à (0).

Enfin le score sur l'accomplissement professionnel également élevé à 30, dans l'item 4, 9, (Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent) (J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens, K* a entouré (6) qui signifie (chaque jour).

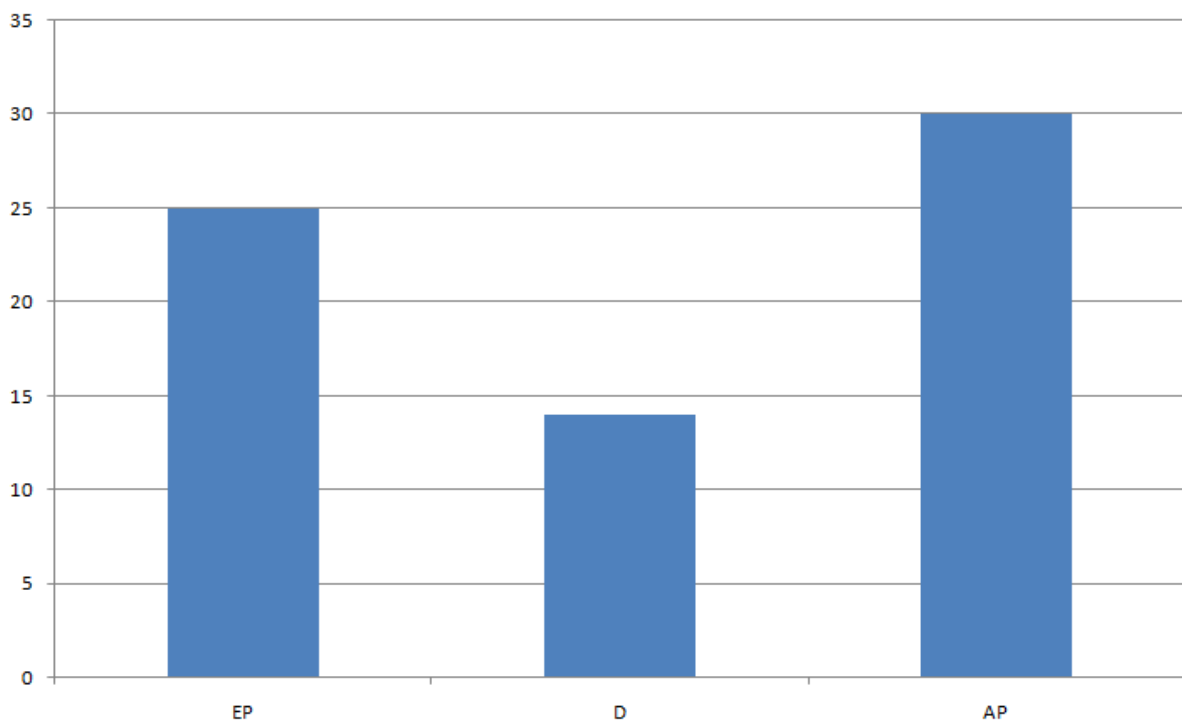


Figure III : représentant les résultats au MBI de la vignette clinique K.

III-5- L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL :

Axe 1: le travail

1-Bonjour comment allez-vous ?

- *Je vais bien*
(Je suis heureuse d'entendre cela)

2-Comment sentez-vous à propos de votre travail en générale ?

- *Je me sens bien*
(Contente d'entendre cela)

3-Pouvez-vous me dire ce qui vous a motivé à devenir infirmier au service d'hémodialyse ?

- *zik à mon époque les spécialités les plus connues s'étaient celle du secteur médical et l'enseignement donc j'ai choisi paramédical.*

(Vous avez eu votre choix)

4-Est-ce que votre travail vous apporte de la satisfaction ?

- *Oui, mon travail me procure beaucoup de satisfaction car je sais que je fais une différence dans la vie des patients que j'aide.*

5-Quelles sont les avantages et les inconvénients de votre travail au service d'hémodialyse ?

- *Les avantages de mon travail sont que je peux aider les patients à se sentir mieux et à améliorer leur qualité de vie. Les inconvénients sont que le travail peut être stressant et épuisant émotionnellement.*

(Vous avez raison il y'a des avantages et des inconvénients a votre travail)

6-Pouvez-vous me dire ce qui vous stress le plus dans votre travail actuellement?

- *Ce qui me stresse le plus dans mon travail actuellement est la charge de travail élevée et la pression pour fournir des soins de qualité aux patients.*

7-Comment gérez-vous cette charge de travail ?

- *Pour gérer cette charge de travail, j'essaie d'être organisé et efficace dans ma gestion du temps, tout en prenant soin de moi-même pour éviter l'épuisement professionnel.*

8-Comment votre travail affect -il votre vie personnelle ?

Chapitre V : présentation et analyse des vignettes cliniques

- Mon travail peut parfois affecter ma vie personnelle car il peut être difficile d'équilibrer mes responsabilités professionnelles avec mes obligations familiales et sociales.

(Cela semble gênant pour vous)

Axe2 : le burn-out

1. Comment sentez-vous actuellement ?

- *Je me sens bien mais il y a des moments où je peux me sentir stressé ou fatigué en raison des exigences du travail.*

(Je suis désolée d'entendre cela)

2. Pouvez-vous me dire ce qui vous a conduit à cette situation qu'est ce qui a fait que vous soyez dans cette situation ?

- *Le stress chronique au travail qui me conduit à cette situation*

(Je comprends parfaitement que votre de travail est épuisante)

3-Quels sont les signes du burn-out que vous avez ressentis chez vous-mêmes ?

- *Je n'ai pas d'idées sur les symptômes du burn-out ; mais je manifeste du stress, la fatigue, l'épuisement, l'anxiété, des douleurs physique, surtout je suis coléreux et nerveux.*

(Je suis consciente que ces symptômes sont perturbants pour vous)

4-Comment vous gérez cet épuisement?

- *J'essaie de faire le sport les jours de repos, et je partage les taches avec mes collègues.*

(Vous faites une bonne chose)

Axe3 : la motivation

1-Quels sont les changements que vous aimerez voir dans votre environnement professionnel pour améliorer votre bien-être ?

- *J'aimerais voir une meilleure communication et collaboration entre les différents membres de l'équipe de soins.*

2-Quels sont les aspects de votre profession que vous appréciez plus ?

- *Ce que j'apprécie le plus dans ma profession, c'est la possibilité d'aider les patients atteints de maladies rénales à améliorer leur qualité de vie grâce à la dialyse.*

(Très intéressant)

3-Comment pouvez-vous utiliser ces aspects pour vous aider à retrouver votre motivation ?

- *Pour retrouver ma motivation, je me concentre sur les résultats positifs que j'ai obtenus pour mes patients et sur l'impact positif que mon travail a sur leur vie. Je trouve également de la motivation en travaillant avec des collègues dévoués et passionnés.*

(Parfait)

4-Comment vous pouvez utiliser vos forces et vos compétences pour faire face aux défis que vous rencontrez au travail ?

- *Pour faire face aux défis que je rencontre au travail, j'utilise mes compétences en matière de résolution de problèmes et je collabore étroitement avec mes collègues pour trouver des solutions créatives aux problèmes qui se posent.*

(Donc vous essayez de trouver des moyens avec votre équipe pour dépasser les difficultés que vous rencontrez au travail)

5-Comment trouvez-vous l'équilibre entre votre profession et votre vie personnelle ?

- *Pour trouver l'équilibre entre ma profession et ma vie personnelle, je m'assure de prendre le temps nécessaire pour moi-même en pratiquant des activités qui me plaisent en dehors du travail, comme passer du temps avec ma famille ou faire du sport.*

(Vous faites des efforts pour équilibrer)

6-Comment pourrions-nous travailler ensemble pour atteindre vos objectifs ?

- *Je suis prête à partager avec vous mes objectifs et trouvons-nous un chemin pour que je puisse dépasser mon épuisement.*

(Très bonne idée)

7-Avez-vous déjà pensé à des moyens supplémentaires pour gérer votre épuisement (avez-vous déjà cherché du soutien aux côtés de vos collègues ou d'un professionnel de santé mental ?

- *Non je n'ai pas pensé à cela...*

(Il est préférable)

8-Avez-vous pensé à prendre un congé pour vous reposer et récupérer vos forces ?

Chapitre V : présentation et analyse des vignettes cliniques

- *Oui plusieurs fois... car il me permet de revenir au travail avec une énergie renouvelée et une perspective plus positive.*

(Évidemment Il est important de prendre soins de vous)

9-Pensez-vous que vous êtes prête a essayé des techniques simples tel que la relaxation, la respiration profonde ou la méditation pendant quelque minute chaque jour ?

- *Oui, je suis prêt à essayer des techniques simples telles que la relaxation, la respiration profonde ou la méditation pendant quelques minutes chaque jour pour aider à réduire mon stress et améliorer mon bien-être général. Je pense que ces techniques peuvent être très utiles.*

(C'est génial de l'entendre)

III- 6- ECHELLE CGI-AMELIORATION :



The image shows a screenshot of a scale titled "CGI-amélioration" (Global Clinical Improvement Scale). Below the title is the subtitle "Mesure de l'amélioration globale". The scale consists of seven numbered options:

- 0. Non évaluée
- 1. Très fortement améliorée
- 2. Fortement améliorée
- 3. Légèrement améliorée
- 4. Pas de changement
- 5. Légèrement aggravée
- 6. Fortement aggravée
- 7. Très fortement aggravée

The number 3 is circled in the original image, indicating the patient's score.

Selon les résultats obtenus, nous avons constaté une nette amélioration de l'état psychologique de notre patiente après la passation de l'entretien motivationnel. En effet, elle a obtenu un score de 3, ce qui indique une amélioration légère. Ces résultats témoignent des changements positifs qu'elle a pu opérer grâce à cet entretien.

IV-Présentation de la quatrième vignette clinique : Madame S

Madame S est âgée de 30 ans, elle travaille au service d'hémodialyse depuis 2015. Elle cumule une expérience professionnelle de 8 ans dans le service d'hémodialyse.

IV-1-PRESENTATION DU AUTO- QUESTIONNAIRE DE MADAME S :

Consigne : cochez pour chaque question la case correspondante à votre réponse.

Prénom : S

Age : 30 ans

Sexe : femme

1-Combien d'années d'exercices dans le service d'hémodialyse avez-vous jusqu'à présent ?

2015: 8 ans d'expériences

2-Etes-vous stressé (e) quand c'est l'heure d'aller au service d'hémodialyse ?

Oui Non

3-Avez-vous des troubles de concentration ?

Oui Non

4-Avez-vous des problèmes de mémoire et d'oubli ?

Oui Non

5-Etes- vous fatigué (e) ?

Oui Non

6-Est-ce-que vous vous ennuyiez au service d'hémodialyse ?

Oui Non

7-A la fin de la journée sentez-vous épuisé (e)?

Oui Non

8-Avez-vous des difficultés à se reposer et à récupérer vos forces?

Oui Non

9-Lorsque vous vous dirigez au service d'hémodialyse est ce que vous ressentez de l'anxiété ?

Oui Non

10-Avez-vous de l'inquiétude lorsque vous pensez à partir au service d'hémodialyse ?

Oui Non

11-Avez-vous des difficultés d'endormissement ?

Oui Non

12-Souffrez-vous des réveils nocturnes ou précoces ?

Oui Non

13-Souffrez-vous des maux de tête ?

Oui Non

14-Souffrez-vous de dorsalgie?

Oui Non

15-Avez-vous des troubles digestifs ?

Oui Non

Si oui lesquelles ?

Colopathie

L'ulcère gastrique

Autre :.....

16-Avez-vous des éruptions cutanées ?

Oui Non

17-Est-ce-que vous éprouvez de la colère ?

Oui Non

18-Est-ce-que vous êtes en nécessité de demander de l'aide d'un psy ?

Oui Non

Si oui lequel ?

Psychologue

Psychiatre

IV-2- Analyse de l'auto-questionnaire de Madame S* :

Madame S a répondu "oui" à 9 des 18 questions du questionnaire portant sur l'épuisement professionnel.

IV-3- passation de« l'échelle de Maslach(MBI) »

Les résultats obtenus pendant la passation de l'échelle de Maslach(MBI) sont :

Tableau 8 : résultats de l'échelle MBI de la vignette clinique S

Dimension d'épuisement	Score total de la dimension	Niveau de la dimension
EP	33	élevé
D	12	Élevé
AP	29	Élevé

Le tableau ci-dessus présente le niveau du burn-out chez **S***. Elle présente :

- Un l'épuisement professionnel très élevé,
- Un niveau de dépersonnalisation est élevé,
- Un niveau d'accomplissement personnel est élevé.

Elle a obtenu les résultats suivants : EP=33 ; D=12 ; AP=29

IV-4-Analyse des résultats obtenus sur l'échelle MBI :

L'analyse de l'échelle MBI indique que **S*** représente le risque d'un burn-out. Selon le score obtenu dans la première échelle qui est également à 33 signifie que **S*** ressent un épuisement professionnel important, dans l'item 2 elle a entouré (4) qui est (-Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail). Pour les items 6 et 16 le score est (6), (Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort) (Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop).

Dans la dépersonnalisation le score est élevé également à 12. Le résultat des items 5, 10,11 (Je sens que je m'occupe de certains patients de façon impersonnelle, comme s'ils étaient des objets) (Je suis devenue plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail) (Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement) est également à (3).

Enfin le score sur l'accomplissement professionnel également élevé à 29, dans l'item 4 elle a mentionné qu'elle se sent qu'elle peut comprendre facilement ce que ses patients ressentent. La sous-échelle 5 dans l'item et dans l'item 7 par un (6) (Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes patients).

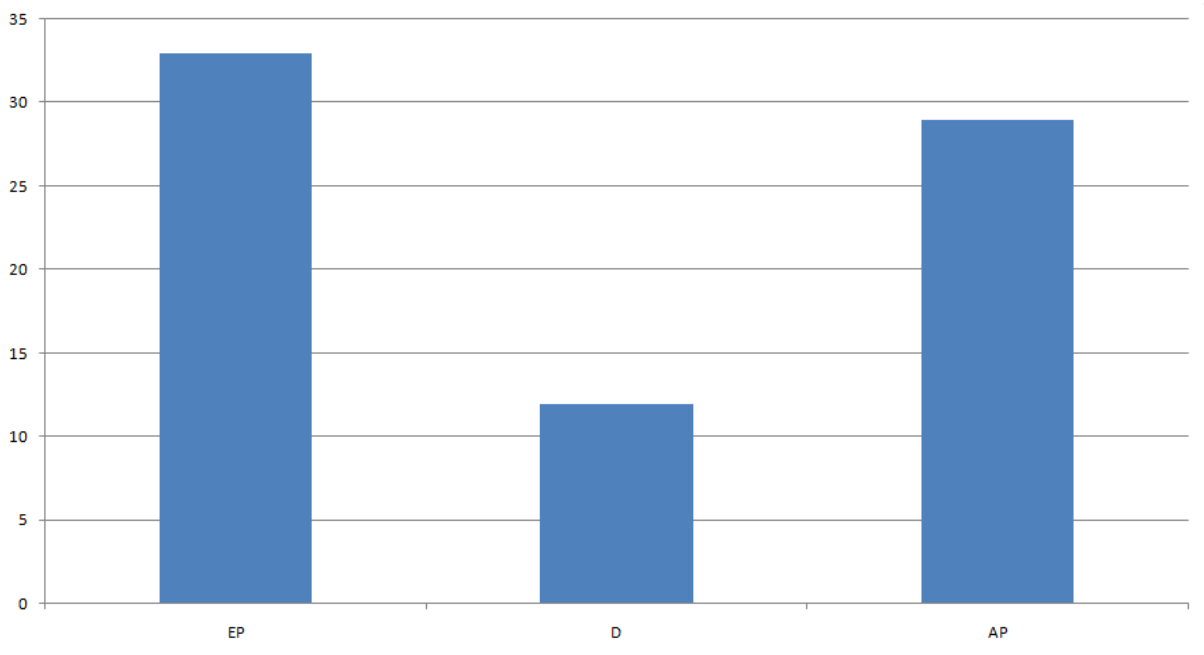


Figure IV: représentant les résultats au MBI de la vignette clinique S.

IV -5- L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL : L'entretien motivationnel

Axe 1: le travail

1-Bonjour comment allez-vous ?

- *Je vais bien, merci*
(Je suis heureuse d'entendre cela)

2-Comment sentez-vous à propos de votre travail en générale ?

- *Sincèrement je me sens dépassé par mon travail*
(Cela semble très difficile)

3-Pouvez-vous me dire ce qui vous a motivé à devenir infirmier au service d'hémodialyse ?

- *Ehhh oui c'est une histoire a raconté (... silence) toute ma vie je rêvais d'être un médecin, ... j'ai refait mon bac plusieurs fois, je n'ai pas eu la chance donc j'ai choisi une spécialité plus proche*

(Je peux imaginer à quel point cela doit être difficile pour vous)

4-Est-ce que votre travail vous apporte de la satisfaction ?

Chapitre V : présentation et analyse des vignettes cliniques

- *Honnêtement je ne sais pas ! hiya sur le côté financière je suis satisfaite, d'autre coté j'essaie de compléter le manque...*

5-Quelles sont les avantages et les inconvénients de votre travail au service d'hémodialyse ?

- *Hiya travailler au service d'hémodialyse me permet d'aider les patients et leur apporter le confort, mais j'ai l'impression que mes efforts ne sont pas reconnus et surtout je suis sous pression*

(Vous avez raison il y'a de avantages et des inconvénients a votre travail

6-Pouvez-vous me dire ce qui vous stress le plus dans votre travail actuellement?

- *La charge de travail, je commence le travail à 4h du matin jusqu'à 18h*

7-Comment gérez-vous cette charge de travail ?

- *Je partage les taches avec mes collègues ... on s'aide pour diminuer la charge*

8-Comment votre travail affect -il votre vie personnelle ?

- *En tant que maman mon travail influence sur ma relation avec mon bébé*

(Cela semble difficile)

Axe2 : le burn-out

1-Comment sentez-vous actuellement ?

- *Actuellement je me sens stressé... épuisée*

2-Pouvez-vous me dire ce qui vous a conduit à cette situation qu'est ce qui a fait que vous soyez dans cette situation ?

- *Bon hiya kayen plusieurs raisons, la routine, ces jours on doit faire attention on a un cas chakin fih mridh ... (c'est un peu confidentiel je peux pas partager d'autres informations)*

(Je comprends parfaitement que vous devez respecter le code déontologique et garder le secret professionnel)

3-Quels sont les signes du burn-out que vous avez ressentis chez vous-mêmes ?

Chapitre V : présentation et analyse des vignettes cliniques

- *Je manifeste du stress fatigue et l'épuisement, ces derniers jours je ressens des douleurs partout mdegdgua, et je ne dors pas bien.*

(Je suis consciente que cela peut être perturbant)

4-Comment vous gérez cet épuisement?

- *..... je ne sais pas ...je n'ai aucune idée.*
(Ce n'est pas grave, soyez à l'aise)

Axe3 : la motivation

1-Quels sont les changements que vous aimerez voir dans votre environnement professionnel pour améliorer votre bien-être ?

- *J'aimerais loukan yzidoulna d'autres équipes, ybadlou bezaf hwayej f service ... hiya notre service est déprimé ta3 sah, j'aimerais si on avait un endroit ou se reposer quelque minutes, naklou bien,*

2-Quels sont les aspects de votre profession que vous appréciez plus ?

- *J'apprécie que mon travail est très variés et stimulant, chaque jour je confronte différents défis qui me permet d'apprendre bezaf hwayej.*
(Très intéressant).

3-Comment pouvez-vous utiliser ces aspects pour vous aider à retrouver votre motivation ?

- *Je trouve que ça m'aide à développer mes capacités professionnelles, c'est une expérience enrichissante sur le plan personnel.*
(Je comprends)

4-Comment vous pouvez utiliser vos forces et vos compétences pour faire face aux défis que vous rencontrez au travail ?

- *... j'essaie d'accepter la situation et de s'adapter*
(Donc vous essayez de trouver des moyens pour équilibrer, sinon ...)

5-Comment trouvez-vous l'équilibre entre votre profession et votre vie personnelle ?

Chapitre V : présentation et analyse des vignettes cliniques

- *Honnêtement après la naissance de mon bébé je n'arrive pas à gérer ! j'ai perdu le contrôle... je fais des efforts pour séparer entre ma vie professionnelle et ma vie privée.*

(Il est préférable)

6-Comment pourrions-nous travailler ensemble pour atteindre vos objectifs ?

- *J'ai besoin d'une prise en charge immédiate pour dépasser cette fatigue chronique !*

(Parfait, donc vous cherchez de l'aide)

7-Avez-vous déjà pensé à des moyens supplémentaires pour gérer votre épuisement (avez-vous déjà cherché du soutien aux côtés de vos collègues ou d'un professionnel de santé mental ?

- *Honnêtement oui, mais c'était une mauvaise idée de partager ma souffrance avec ma collègue elle a trouvé que j'abuse... !*

8-Avez-vous pensé à prendre un congé pour vous reposer et récupérer vos forces ?

- *Non je n'ai pas pensé à cela*

(Il est important de prendre soins de vous)

9-Pensez-vous que vous êtes prêt à essayer des techniques simples tel que la relaxation, la respiration profonde ou la méditation pendant quelque minute chaque jour ?

- *Bien sûr je suis prête à faire tous ce qui peut m'aider*

(C'est génial de l'entendre)

IV -6- ECHELLE CGI-AMELIORATION :



Selon les résultats obtenus, nous avons constaté une nette amélioration de l'état psychologique de notre patiente après la passation de l'entretien motivationnel. En effet, elle a obtenu un score de 2, ce qui indique une forte amélioration. Ces résultats témoignent des changements positifs qu'elle a pu opérer grâce à cet entretien.

V - Présentation de la cinquième vignette clinique : Madame N*

Madame N* est âgée de 30 ans. Elle cumule une expérience professionnelle de 8 ans dans le service d'hémodialyse.

V-1- PRESENTATION DU AUTO- QUESTIONNAIRE DE MADAME N* :

Consigne : cochez pour chaque question la case correspondante à votre réponse.

Prénom : N*

Age : 30

Sexe : femme

1-Combien d'années d'exercices dans le service d'hémodialyse avez-vous jusqu'à présent ?

8 ans d'expériences

2-Etes-vous stressé (e) quand c'est l'heur d'aller au service d'hémodialyse ?

Oui Non

Chapitre V : présentation et analyse des vignettes cliniques

3-Avez-vous des troubles de concentration ?

Oui Non

4-Avez-vous des problèmes de mémoire et d'oubli ?

Oui Non

5-Etes- vous fatigué (e) ?

Oui Non

6-Est-ce-que vous vous ennuyez au service d'hémodialyse ?

Oui Non

7-A la fin de la journée sentez-vous épuisé (e)?

Oui Non

8-Avez-vous des difficultés à se reposer et à récupérer vos forces?

Oui Non

9-Lorsque vous vous dirigez au service d'hémodialyse est ce que vous ressentez de l'anxiété ?

Oui Non

10-Avez-vous de l'inquiétude lorsque vous pensez à partir au service d'hémodialyse ?

Oui Non

11-Avez-vous des difficultés d'endormissement ?

Oui Non

12-Souffrez-vous des réveilles nocturnes ou précoces ?

Oui Non

13-Souffrez-vous des maux de tête ?

Oui Non

14-Souffrez-vous de dorsalgie?

Oui Non

15-Avez-vous des troubles digestifs ?

Oui Non

Si oui lesquelles ?

Chapitre V : présentation et analyse des vignettes cliniques

Colopathie
L'ulcère gastrique
Autre :.....

16-Avez-vous des éruptions cutanées ?

Oui Non

17-Est-ce-que vous éprouvez de la colère ?

Oui Non

18-Est-ce-que vous êtes en nécessité de demander de l'aide d'un psy ?

Oui Non

Si oui lequel ?

Psychologue

Psychiatre

V-2- Analyse de l'auto-questionnaire de Madame N*:

Madame N* a répondu "oui" à 9 des 18 questions du questionnaire portant sur l'épuisement professionnel.

V-3 - Passation de « l'échelle de Maslach (MBI) »

Les résultats obtenus pendant la passation de l'échelle de Maslach (MBI) sont :

Tableau 9: résultats de l'échelle MBI de la vignette clinique N*

Dimension d'épuisement	Score total de la dimension	Niveau de la dimension
EP	33	élevé
D	14	Élevé
AP	30	Élevé

Le tableau ci-dessus présente le niveau du burn-out chez Nμ. Elle présente :

- Un l'épuisement professionnel très élevé,
- Un niveau de dépersonnalisation est élevé,
- Un niveau d'accomplissement personnel est élevé.

Elle a obtenu les résultats suivants : EP= 33; D= 14 ; AP=30

V-4 - Analyse des résultats obtenus sur l'échelle MBI :

Chapitre V : présentation et analyse des vignettes cliniques

L'analyse de l'échelle MBI indique que N* représente le risque d'un burn-out. Selon le score obtenu dans la première échelle qui est également à 33 signifie que N* ressent un épuisement professionnel important, dans l'item 2 et 14 elle a entouré (5) qui est (Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail) (Je sens que je travaille trop dur dans mon travail). Pour l'item 3 le score est (6), (Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort).

Dans la dépersonnalisation le score est élevé également à 14. Le résultat des items 5, (Je sens que je m'occupe de certains patients de façon impersonnelle, comme s'ils étaient des objets) est également à (4), dans les items 10 et 22 le score est 3 (Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail) (J'ai l'impression que mes malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes). Pour les items 11 et 15 (Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement) (Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades) le score est 2.

Enfin le score sur l'accomplissement professionnel également élevé à 30, dans l'item 4 elle a mentionné qu'elle se sent qu'elle peut comprendre facilement ce que ses patients ressentent avec un score également à 6. La sous-échelle 5 dans l'item et dans l'item 9 et 17 par un (J'ai l'impression à travers mon travail d'avoir une influence positive sur les gens) (J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades).

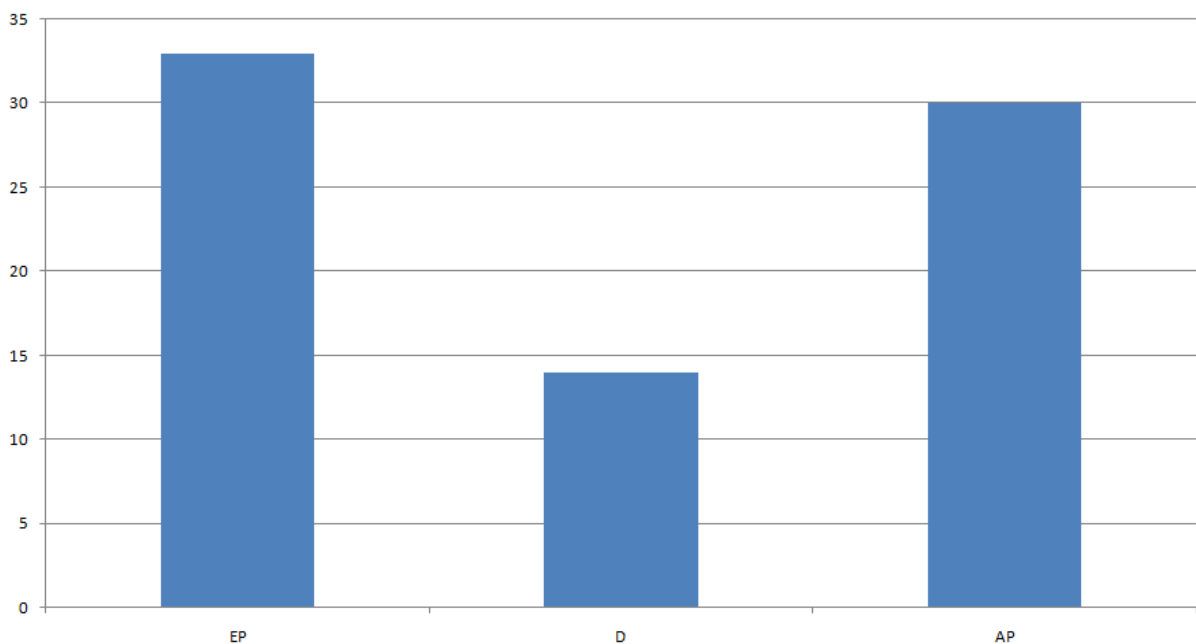


Figure V : représentant les résultats au MBI de la vignette clinique N*.

V-5- L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL : L'entretien motivationnel

Axe 1: le travail

1-Bonjour comment allez-vous ?

- *Bonjour, je vais bien, merci.*
(Je suis heureuse d'entendre cela)

2-Comment sentez-vous à propos de votre travail en générale ?

- *Dans l'ensemble, j'aime mon travail en tant qu'infirmière au service d'hémodialyse.*
(Cela semble très difficile)

3-Pouvez-vous me dire ce qui vous a motivé à devenir infirmier au service d'hémodialyse ?

- *J'ai été motivée à devenir infirmière au service d'hémodialyse parce que j'aime aider les gens et j'ai toujours été intéressée par la médecine et les soins de santé.*
- **(Votre expertise en tant qu'infirmier spécialisé en hémodialyse est inestimable et fait une réelle différence dans la vie des patients).**

4-Est-ce que votre travail vous apporte de la satisfaction ?

- *Honnêtement ...Oui, mon travail me procure beaucoup de satisfaction*

5-Quelles sont les avantages et les inconvénients de votre travail au service d'hémodialyse ?

- *Les avantages de mon travail sont que je peux aider les gens et faire une différence dans leur vie, ainsi que travailler avec une équipe formidable d'autres professionnels de la santé.*
- *Les inconvénients sont que le travail peut être stressant et exigeant physiquement et émotionnellement.*
(Vous avez raison il y'a de avantages et des inconvénients a votre travail)

6-Pouvez-vous me dire ce qui vous stress le plus dans votre travail actuellement?

- *Ce qui me stresse le plus dans mon travail actuellement est le manque de personnel et la charge de travail accrue qui en résulte.*

7-Comment gérez-vous cette charge de travail ?

- *Pour gérer cette charge de travail, nous essayons d'être organisés et efficaces dans notre travail quotidien, tout en travaillant ensemble en tant qu'équipe pour nous soutenir mutuellement.*

(Vous avez toutes les capacités nécessaires pour gérer votre travail réussir)

8-Comment votre travail affecte-t-il votre vie personnelle ?

- *Mon travail affecte ma vie personnelle car il est difficile d'équilibrer le temps passé au travail avec le temps passé avec ma famille et mes amis. Cependant, j'essaie toujours de trouver un équilibre sain entre les deux pour maintenir ma propre santé mentale et physique.*

(Cela semble difficile)

Axe2 : le burn-out

1-Comment sentez-vous actuellement ?

- *Actuellement je me sens fatigué ! aujourd'hui c'est un peu spécial on a reçu un nouveau patient...*

(Cela doit être frustrant)

2-Pouvez-vous me dire ce qui vous a conduit à cette situation qu'est-ce qui a fait que vous soyez dans cette situation ?

- *Bon hiya c'est claire la pression et la charge de travail.*

(je peux imaginer à quel point cela doit être fatiguant)

3-Quels sont les signes du burn-out que vous avez ressentis chez vous-mêmes ?

- *Je manifeste du stress, épuisement, fatigue...*

(Je suis consciente que cela peut être perturbant)

4-Comment vous gérez cet épuisement ?

- *..... j'essaie de me reposer, prendre soins de moi.*

(Ce n'est pas grave, soyez à l'aise)

Axe3 : la motivation

1-Quels sont les changements que vous aimerez voir dans votre environnement professionnel pour améliorer votre bien-être ?

- *J'aimerais voir des changements tels que l'amélioration de l'équipement et des installations pour offrir les meilleurs soins possibles aux patients, une formation continue pour améliorer mes compétences et une reconnaissance accrue de notre travail par la direction.*

2- Quels sont les aspects de votre profession que vous appréciez plus ?

Chapitre V : présentation et analyse des vignettes cliniques

- *J'apprécie particulièrement le fait de travailler avec des patients et de leur apporter un soutien dans leur traitement. J'aime aussi travailler en équipe avec mes collègues pour offrir les meilleurs soins possibles.*

(Très intéressant)

3-Comment pouvez-vous utiliser ces aspects pour vous aider à retrouver votre motivation ?

- *Pour retrouver ma motivation, je peux utiliser ces aspects positifs de ma profession en me concentrant sur les interactions positives que j'ai avec les patients et en travaillant en étroite collaboration avec mes collègues pour offrir les meilleurs soins possibles.*

(Je comprends)

4-Comment vous pouvez utiliser vos forces et vos compétences pour faire face aux défis que vous rencontrez au travail ?

- *... Je peux utiliser mes forces et compétences telles que la communication efficace, la résolution de problèmes et la gestion du temps pour faire face aux défis que je rencontre au travail. Je peux également chercher à améliorer mes compétences en suivant des formations ou en demandant l'aide de mes collègues expérimentés.*

(Donc vous essayez de trouver des moyens pour équilibrer, sinon ...)

5-Comment trouvez-vous l'équilibre entre votre profession et votre vie personnelle ?

- *Pour trouver l'équilibre entre ma profession et ma vie personnelle, je m'efforce de planifier mon temps libre à l'avance et d'être réaliste quant à ce que je peux accomplir dans une journée donnée. Je m'assure également de prendre soin de moi-même en faisant régulièrement de l'exercice physique, en mangeant sainement et en passant du temps avec ma famille surtout avec mes enfants adorés.*

(Il est préférable)

6-Comment pourrions-nous travailler ensemble pour atteindre vos objectifs ?

- *Nous pouvons travailler à améliorer les conditions de travail pour tous les membres de l'équipe afin d'améliorer notre bien-être professionnel collectif.*

(Parfait, donc vous cherchez de l'aide)

Chapitre V : présentation et analyse des vignettes cliniques

7-Avez-vous déjà pensé à des moyens supplémentaires pour gérer votre épuisement (avez-vous déjà cherché du soutien aux près de vos collègues ou d'un professionnel de santé mental ?

➤ *Honnêtement ... ! J'ai cherché du soutien auprès de mes collègues*

8-Avez-vous pensé à prendre un congé pour vous reposer et récupérer vos forces ?

➤ *Prendre un congé pour me reposer et récupérer mes forces est quelque chose que j'ai envisagé à plusieurs reprises mais ce n'est pas possible car c'est difficile*

(Il est important de prendre soins de vous)

9-Pensez-vous que vous êtes prêt a essayé des techniques simples tel que la relaxation, la respiration profonde ou la méditation pendant quelque minute chaque jour ?

➤ *Je trouve que ces techniques sont très utiles pour réduire le stress et améliorer mon bien-être mental et physique. Je suis prêt à continuer à utiliser ces techniques simples dans ma vie quotidienne pour maintenir un équilibre sain entre ma vie professionnelle et personnelle.*

(C'est génial de l'entendre)

V- 6- ECHELLE CGI-AMELIORATION :



The image shows a screenshot of the CGI-Improvement scale. The scale is titled "CGI-amélioration" and "Mesure de l'amélioration globale". It lists seven options from 0 to 7. Option 2, "Fortement améliorée", is selected with a radio button. The options are:

- 0. Non évaluée
- 1. Très fortement améliorée
- 2. Fortement améliorée
- 3. Légèrement améliorée
- 4. Pas de changement
- 5. Légèrement aggravée
- 6. Fortement aggravée
- 7. Très fortement aggravée

Selon les résultats obtenus, nous avons constaté une nette amélioration de l'état psychologique de notre patiente après la passation de l'entretien motivationnel. En effet, elle a obtenu un score de 2, ce qui indique une forte amélioration. Ces résultats témoignent des changements positifs qu'elle a pu opérer grâce à cet entretien.

VI- Présentation de la sixième vignette clinique : Madame S2

Madame S est âgée de 30 ans, elle travaille au service d'hémodialyse depuis 2015. Elle cumule une expérience professionnelle de 8 ans dans le service d'hémodialyse.

VI-1- PRESENTATION DU AUTO- QUESTIONNAIRE DE MADAME S2 :

Consigne : cochez pour chaque question la case correspondante à votre réponse.

Prénom : S2

Age : 36

Sexe : femme

1-Combien d'années d'exercices dans le service d'hémodialyse avez-vous jusqu'à présent ?

7 mois au service d'hémodialyse et 10ans dans d'autres services.

2-Etes-vous stressé (e) quand c'est l'heur d'aller au service d'hémodialyse ?

Oui Non

3-Avez-vous des troubles de concentration ?

Oui Non

4-Avez-vous des problèmes de mémoire et d'oubli ?

Oui Non

5-Etes- vous fatigué (e) ?

Oui Non

6-Est-ce-que vous vous ennuyiez au service d'hémodialyse ?

Oui Non

7-A la fin de la journée sentez-vous épuisé (e)?

Oui Non

8-Avez-vous des difficultés à se reposer et à récupérer vos forces?

Oui
Non

Chapitre V : présentation et analyse des vignettes cliniques

9-Lorsque vous vous dirigez au service d'hémodialyse est ce que vous ressentez de l'anxiété ?

Oui Non

10-Avez-vous de l'inquiétude lorsque vous pensez à partir au service d'hémodialyse ?

Oui Non

11-Avez-vous des difficultés d'endormissement ?

Oui Non

12-Souffrez-vous des réveils nocturnes ou précoces ?

Oui Non

13-Souffrez-vous des maux de tête ?

Oui Non

14-Souffrez-vous de dorsalgie?

Oui Non

15-Avez-vous des troubles digestifs ?

Oui Non

Si oui lesquelles ?

Colopathie

L'ulcère gastrique

Autre :.....

16-Avez-vous des éruptions cutanées ?

Oui Non

17-Est-ce-que vous éprouvez de la colère ?

Oui Non

18-Est-ce-que vous êtes en nécessité de demander de l'aide d'un psy ?

Oui Non

Si oui lequel ?

Psychologue

Psychiatre

VI-2- Analyse de l'auto-questionnaire de Madame S2:

Madame Souad a répondu "oui" à 7 des 18 questions du questionnaire portant sur l'épuisement professionnel.

VI-3- Passation de « l'échelle de Maslach(MBI) »

Les résultats obtenus pendant la passation de l'échelle de Maslach(MBI) sont :

Tableau 10 : résultats de l'échelle MBI de la vignette clinique **S2**

Dimension d'épuisement	Score total de la dimension	Niveau de la dimension
EP	15	bas
D	8	modéré
AP	39	modéré

Le tableau ci-dessus présente le niveau du burn-out chez S2. Elle présente :

- Un l'épuisement professionnel très bas,
- Un niveau de dépersonnalisation est modéré,
- Un niveau d'accomplissement personnel est modéré.

Elle a obtenu les résultats suivants : EP=15; D= 8; AP=39

VI-4- Analyse des résultats obtenus sur l'échelle MBI :

L'analyse de l'échelle MBI indique que Souad ne représente pas le risque du burn-out. Selon le score obtenu dans la première échelle qui est également à 15 signifie que S2 ressent un épuisement professionnel important, dans l'item 2 elle a entouré (4) qui est (-Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail). Pour les items 6 et 16 le score est (6),(Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort) (Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop).

Dans la dépersonnalisation le score est modéré également à 8. Le résultat des items 5, 10,11 (Je sens que je m'occupe de certains patients de façon impersonnelle, comme s'ils étaient des objets) (Je suis devenue plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail) (Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement) est également à (3).

Enfin le score sur l'accomplissement professionnel également modéré à 39, dans l'item 4 elle a mentionné qu'elle se sent qu'elle peut comprendre facilement ce que ses patients

ressentent. La sous-échelle 5 dans l'item 5 et dans l'item 7 par un (6) (Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes patients).

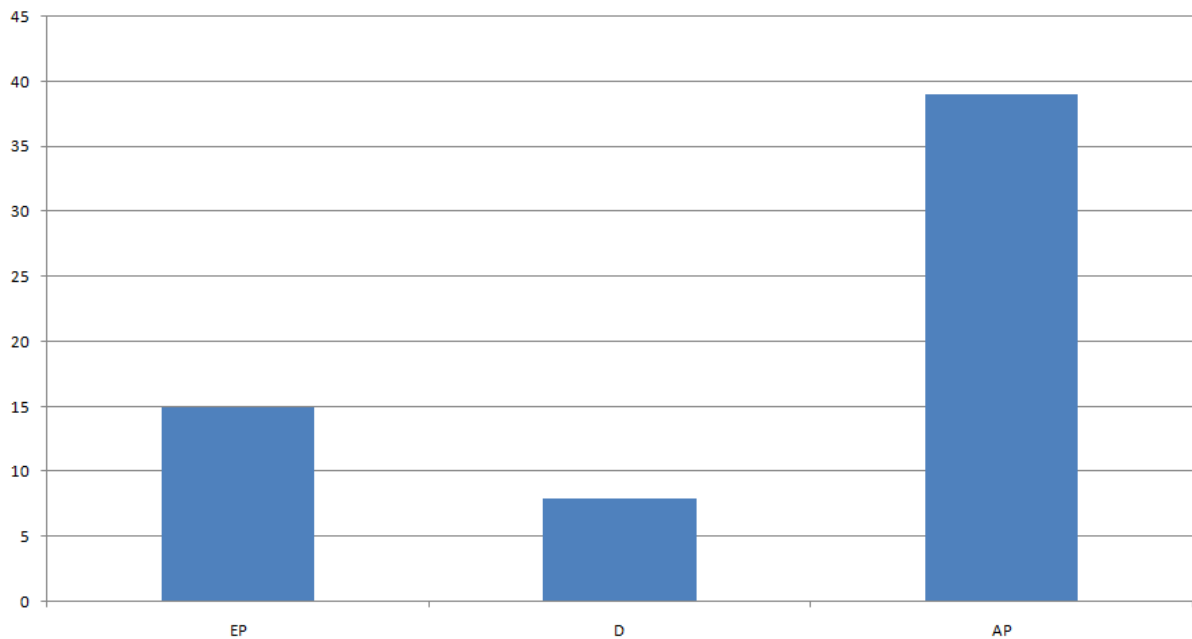


Figure VI: représentant les résultats au MBI de la vignette clinique S2.

VI-5- L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL :

Axe 1: le travail

1-Bonjour comment allez-vous ?

- *Je vais bien, merci*
(Je suis heureuse d'entendre cela)

2-Comment sentez-vous à propos de votre travail en générale ?

- *Dans l'ensemble, j'aime mon travail en tant qu'infirmier au service d'hémodialyse. C'est un travail très gratifiant car je sais que je fais une différence positive dans la vie des patients.*

(Vous avez l'air d'avoir beaucoup d'amour pour votre profession)

- *Evidement*

3-Pouvez-vous me dire ce qui vous a motivé à devenir infirmier au service d'hémodialyse ?

Chapitre V : présentation et analyse des vignettes cliniques

- *J'ai choisi de devenir infirmière au service d'hémodialyse parce que j'aime aider les gens et faire une différence positive dans leur vie. Je trouve également fascinant le fonctionnement du système rénal et comment nous pouvons aider les patients atteints de maladies rénales à vivre une vie plus saine.*

(Je tiens à vous féliciter pour votre dévouement et votre engagement envers les patients.")

4-Est-ce que votre travail vous apporte de la satisfaction ?

- *Oui, mon travail m'apporte beaucoup de satisfaction car je sais que je fais une différence positive dans la vie des patients en leur fournissant des soins de qualité.*

(Très intéressant)

5-Quelles sont les avantages et les inconvénients de votre travail au service d'hémodialyse ?

- *Les avantages de travailler au service d'hémodialyse sont que c'est un travail très gratifiant, où vous pouvez faire une différence positive dans la vie des patients atteints de maladies rénales. Les inconvénients peuvent inclure une charge de travail élevée et le stress associé à la gestion des patients atteints de maladies chroniques.*

(Vous avez raison il y'a de avantages et des inconvénients a votre travail)

6-Pouvez-vous me dire ce qui vous stress le plus dans votre travail actuellement?

- *Ce qui me stresse le plus dans mon travail actuellement est la charge de travail élevée et les demandes constantes des patients.*

(Je comprends que cela puisse être difficile pour vous)

7-Comment gérez-vous cette charge de travail ?

- *Pour gérer cette charge de travail, j'essaie d'être organisé et efficace dans ma gestion du temps, en priorisant les tâches importantes et en déléguant lorsque cela est possible.*

8-Comment votre travail affect -il votre vie personnelle ?

- *Mon travail des parfois affecte ma vie personnelle en raison des horaires de travail irréguliers et de la charge de travail élevée. Cependant, j'essaie d'établir des limites*

claires entre ma vie professionnelle et ma vie personnelle pour me détendre et me ressourcer en dehors du travail.

Axe2 : le burn-out

1-Comment sentez-vous actuellement ?

➤ *Je suis actuellement en bonne santé et prête à aider mes patients.*

2-Pouvez-vous me dire ce qui vous a conduit à cette situation qu'est ce qui a fait que vous soyez dans cette situation ?

➤ *Je suis dans cette situation car j'ai choisi de travailler dans le domaine de la santé pour aider les patients à guérir et à se rétablir.*

(Je comprends parfaitement)

3-Quels sont les signes du burn-out que vous avez ressentis chez vous-mêmes ?

➤ *Des fois je manifeste une fatigue constante, une perte d'intérêt pour le travail...j'ai ressenti ces signes par le passé lorsque j'étais surchargée de travail ou que je ne prenais pas suffisamment soin de moi-même.*

(Cela peut être perturbant)

4-Comment vous gérez cet épuisement?

➤ *..... Il est également important d'établir des limites claires entre le travail et la vie personnelle pour éviter la surcharge mentale et émotionnelle.*

Axe3 : la motivation

1-Quels sont les changements que vous aimerez voir dans votre environnement professionnel pour améliorer votre bien-être ?

➤ *J'aimerais voir des changements dans mon environnement professionnel tels que des horaires de travail plus flexibles, une charge de travail plus équilibrée et un soutien accru de la part de mes collègues et de mes supérieurs hiérarchiques pour améliorer mon bien-être.*

2-Quels sont les aspects de votre profession que vous appréciez plus ?

- *J'apprécie particulièrement le fait d'aider les patients à guérir et à se rétablir, ainsi que le sentiment de satisfaction que je ressens lorsque je vois les résultats positifs de mon travail.*

(Très intéressant)

3-Comment pouvez-vous utiliser ces aspects pour vous aider à retrouver votre motivation ?

- *Pour retrouver ma motivation, je peux utiliser ces aspects positifs de ma profession en me concentrant sur les résultats positifs que j'ai obtenus dans le passé et en me rappelant pourquoi j'ai choisi cette profession en premier lieu. Je peux également chercher des opportunités pour aider des patients qui ont besoin d'une assistance supplémentaire ou pour travailler sur des projets qui me passionnent.*

(Je comprends)

4-Comment vous pouvez utiliser vos forces et vos compétences pour faire face aux défis que vous rencontrez au travail ?

- *... Pour faire face aux défis que je rencontre au travail, je peux utiliser mes forces et compétences telles que ma capacité à communiquer efficacement avec les patients et mes collègues, ma capacité à résoudre les problèmes rapidement et efficacement, ainsi que ma capacité à travailler sous pression tout en maintenant un haut niveau de qualité dans mon travail.*

(Donc vous essayez de trouver des moyens pour équilibrer, sinon ...)

5-Comment trouvez-vous l'équilibre entre votre profession et votre vie personnelle ?

- *Pour trouver l'équilibre entre ma profession et ma vie personnelle, je peux établir des limites claires entre le travail et la vie personnelle en prenant du temps pour moi-même chaque jour pour faire des activités qui m'apportent du plaisir et me détendent. Je peux également chercher un soutien auprès de mon mari et ma mère pour m'aider à gérer le stress et l'anxiété liés à mon travail.*

(Il est préférable)

6-Comment pourrions-nous travailler ensemble pour atteindre vos objectifs ?

- *Je suis prêt à travailler avec vous pour atteindre mes objectifs en vous fournissant des informations et des ressources pertinentes pour améliorer mon bien-être professionnel.*

(Parfait)

7-Avez-vous déjà pensé à des moyens supplémentaires pour gérer votre épuisement (avez-vous déjà cherché du soutien aux prés de vos collègues ou d'un professionnel de santé mental ?

- *Honnêtement...oui j'ai déjà cherché du soutien aux prés de mes collègues quand j'avais des problèmes.*

8-Avez-vous pensé à prendre un congé pour vous reposer et récupérer vos forces ?

- *Non je n'ai pas pensé à cela*

(Il est important de prendre soins de vous)

9-Pensez-vous que vous êtes prêt a essayé des techniques simples tel que la relaxation, la respiration profonde ou la méditation pendant quelque minute chaque jour ?

- *Bien sûr je suis prête.*

(C'est génial de l'entendre)

VI-6- ECHELLE CGI-AMELIORATION :



Selon les résultats obtenus, nous avons constaté une nette amélioration de l'état psychologique de notre patiente après la passation de l'entretien motivationnel. En effet, elle a obtenu un score de 3, ce qui indique une amélioration légère. Ces résultats témoignent des changements positifs qu'elle a pu opérer grâce à cet entretien.

VII- ANALYSE GLOBALE DES VIGNETTES CLINIQUES :

Tableau 11 : l'analyse globale des vignettes cliniques

Vignette clinique	sexe	questionnaire	MBI		CGI
			EP	D	
S	F	9/18	33	12	2
			29		
S1	F	13/18	34	14	2
			24		
S2	F	7/18	17	8	3
			39		
A	F	12/18	44	9	2
			40		
K	H	8/18	25	14	3
			30		
N	F	9/18	33	14	2
			30		
Total	6	58/108	186	71	14
			192		

Synthèse globale des vignettes clinique :

Dans l'ensemble des six vignettes cliniques, nous avons identifié des similitudes et des différences significatives dans la manifestation du burn-out. Tous les cas présentent des symptômes courants tels que l'épuisement physique et émotionnel, l'épuisement, la fatigue, stress, trouble de concentration, trouble de mémoire et d'oubli, difficultés d'endormissement, la perte d'intérêt pour le travail...

Les facteurs contributifs au burn-out varient d'un cas à l'autre.. La vignette 6 met en évidence l'impact des pressions et la charge du travail sur le développement du burn-out.

Les mécanismes de coping varient également selon les cas. Certains individus adoptent des stratégies de coping adaptatives telles que la recherche de soutien social, la prise de pauses régulières et la pratique de techniques de relaxation. Cependant, d'autres utilisent des mécanismes de coping maladaptatifs tels que l'évitement ou le repli sur soi.

Chapitre V : présentation et analyse des vignettes cliniques

En synthèse, il est clair que le burn-out est un problème complexe et multifactoriel. La combinaison de charges de travail excessives, de conflits interpersonnels, de manque de soutien et d'un déséquilibre entre vie professionnelle et vie personnelle contribue à la manifestation du burn-out. Il est essentiel de mettre en place des stratégies de prévention et de soutien adaptées à chaque cas, en tenant compte des facteurs spécifiques qui influencent l'épuisement professionnel.

Discussion des hypothèses

La discussion des hypothèses est la dernière partie de notre cinquième chapitre. Nous discutons nos hypothèses afin de répondre à la question posée dans notre problématique : les infirmiers travaillant au service d'hémodialyse manifestent-ils des symptômes de burn-out ? Notre objectif est de confirmer ou d'infirmer les hypothèses que nous avons formulées dans notre problématique et ainsi clarifier la situation du burn-out chez les infirmiers qui travaillent au service d'hémodialyse à travers l'analyse des résultats des 4 outils de recherche ; questionnaire, échelle MBI, l'entretien motivationnel, le CGI-amélioration pour les 6 vignettes cliniques.

Hypothèse générale:

- Les infirmiers qui travaillent au service d'hémodialyse (EPH de Kherrata) manifestent le burn-out.

Hypothèse opératoire :

- L'entretien motivationnel réduit le burn-out chez les infirmiers qui travaillent au service d'hémodialyse. (EPH de Kherrata)

Pour vérifier cette hypothèse nous nous sommes basé sur les résultats de l'analyse du questionnaire et l'échelle MBI, l'entretien motivationnel et le CGI-amélioration.

La vignette de A* :

En s'appuyant sur les informations récoltées par le questionnaire on trouve que A* manifeste ; du stress, les troubles de concentration, problèmes de mémoire et d'oubli, la fatigue, l'épuisement la fin de la journée, l'anxiété, les difficultés d'endormissement, les maux de tête, les troubles digestifs, des éruptions cutanées et la colère.

Sur l'échelle MBI A* a obtenu un score de 44 pour l'épuisement professionnel également élevé, 9 pour la dépersonnalisation également modéré et 40 pour l'accomplissement personnel également élevé.

D'après les résultats obtenus nous pouvons dire que notre première hypothèse est confirmée pour cette vignette.

En se référant aux données rassemblées par l'entretien motivationnel ; nous pouvons dire que la motivation de A* est affectée. Elle ressent la tristesse, l'épuisement, le stress...

Ce qui motive A* est d'utiliser les aspects positifs de sa profession et continuer à faire une différence dans la vie des patients, leur fournir des soins de qualité et de rétablir une relation de confiance avec eux.

Dans le CGI-amélioration elle a obtenu un score égal à 2. Ce qui indique une forte amélioration.

Discussion des hypothèses

Les résultats obtenus par l'entretien motivationnel et le résultat de la CGI-amélioration confirment la deuxième hypothèse vue de cette vignette clinique.

La vignette de S1:

En s'appuyant sur les informations récoltées par le questionnaire on trouve que **S1** manifeste ; du stress, les troubles de concentration, problèmes de mémoire et d'oubli, la fatigue, difficultés de récupérer ces forces, l'inquiétude, les difficultés d'endormissement, les maux de tête, des éruptions cutanées et la colère.

Sur l'échelle MBI **S1** obtenu un score de 34 pour l'épuisement professionnel (élevé), 14 pour la dépersonnalisation (modéré) et 24 pour l'accomplissement personnel (élevé).

D'après les résultats obtenus nous pouvons dire que notre hypothèse est confirmée pour cette vignette.

En se référant aux données rassemblées par l'entretien motivationnel ; nous pouvons dire que la motivation de **S1** est affectée. Elle ressent le stress, fatigue, colère et l'épuisement.

Ce qui motive **S1** est son travail est très gratifiant car elle peut aider les patients atteints IRCT à améliorer leur qualité de vie et leur santé globale. Elle trouve sa motivation quand elle se concentre sur les aspects positifs de sa profession, comme aider les patients à améliorer leur qualité de vie et travailler en équipe avec mes collègues.

Dans le CGI-amélioration elle a obtenu un score égal à 2. Ce qui indique une forte amélioration.

Les résultats obtenus par l'entretien motivationnel et le résultat de la CGI-amélioration confirment l'amélioration clinique de cette première vignette clinique.

Les résultats obtenus par l'entretien motivationnel et le résultat de la CGI-amélioration confirment la deuxième hypothèse vue de cette vignette clinique.

La vignette de K*:

En s'appuyant sur les informations récoltées par le questionnaire on trouve que **K*** manifeste ; du stress, l'ennuie, la fatigue, l'épuisement la fin de la journée, difficultés à se reposer et récupérer ses forces, l'anxiété, souffrance dorsale et la colère.

Sur l'échelle MBI **K*** a obtenu un score de 25 pour l'épuisement professionnel (élevé), 14 pour la dépersonnalisation (modéré) et 30 pour l'accomplissement personnel (élevé).

D'après les résultats obtenus nous pouvons dire que notre hypothèse est confirmée pour cette vignette.

En se référant aux données rassemblées par l'entretien motivationnel ; nous pouvons dire que la motivation de **K*** est affectée. Elle ressent le stress, la pression, l'anxiété, colère, l'épuisement...

Discussion des hypothèses

Ce qui motive **K*** est son travail lui procure beaucoup de satisfaction car il sait qu'il fait une différence dans la vie des patients qu'il aide. Ce qu'il apprécie le plus dans sa profession, c'est la possibilité d'aider les patients atteints de maladies rénales à améliorer leur qualité de vie grâce à la dialyse. Pour retrouver sa motivation, il se concentre sur les résultats positifs qu'il a obtenus pour ses patients et sur l'impact positif que son travail a sur leur vie. Il trouve également de la motivation en travaillant avec des collègues dévoués et passionnés.

Dans le CGI-amélioration elle a obtenu un score égal à 3. Ce qui indique une amélioration légère.

Les résultats obtenus par l'entretien motivationnel et le résultat de la CGI-amélioration confirment l'amélioration clinique de cette troisième vignette clinique.

Les résultats obtenus par l'entretien motivationnel et le résultat de la CGI-amélioration confirment la deuxième hypothèse vue de cette vignette clinique.

La vignette de S*

En s'appuyant sur les informations récoltées par le questionnaire on trouve que **S** manifeste ; du stress, les troubles de concentration, problèmes de mémoire et d'oubli, la fatigue, l'inquiétude, l'épuisement, des éruptions cutanées et la colère.

Sur l'échelle MBI **S*** obtenu un score de 33 pour l'épuisement professionnel (élevé), 12 pour la dépersonnalisation (élevé) et 29 pour l'accomplissement personnel (élevé).

D'après les résultats obtenus nous pouvons dire que notre hypothèse est confirmée pour cette vignette.

En se référant aux données rassemblées par l'entretien motivationnel ; nous pouvons dire que la motivation de **S*** est affectée. Elle ressent la fatigue, l'épuisement, le stress, pression...elle se sent dépassé par son travail.

Ce qui motive **S*** est d'utiliser les aspects positifs de sa profession et continuer à faire une différence dans la vie des patients, leur fournir des soins de qualité et de rétablir une relation de confiance avec eux. Elle trouve que ça l'aide à développer ses capacités professionnelles, pour elle c'est une expérience enrichissante sur le plan personnel.

Travailler au service d'hémodialyse permet d'aider les patients et leur apporter le confort. Elle apprécie que son travail est très varié et stimulant, chaque jour elle confronte différents défis qui lui permet d'apprendre beaucoup de choses.

Dans le CGI-amélioration elle a obtenu un score égal à 2. Ce qui indique une forte amélioration.

Les résultats obtenus par l'entretien motivationnel et le résultat de la CGI-amélioration confirment la deuxième hypothèse vue de cette vignette clinique.

La vignette de N*:

En s'appuyant sur les informations récoltées par le questionnaire on trouve que **N*** manifeste ; les troubles de concentration, problèmes de mémoire et d'oubli, la fatigue, l'épuisement la fin de la journée, l'anxiété, difficultés à se reposer et récupérer ses forces, les difficultés d'endormissement, souffre des réveils nocturnes / précoces, les maux de tête et de dos, des éruptions cutanées et la colère.

Sur l'échelle MBI **N*** a obtenu un score de 33 pour l'épuisement professionnel (élevé), 14 pour la dépersonnalisation (élevé) et 30 pour l'accomplissement personnel (élevé).

D'après les résultats obtenus nous pouvons dire que notre hypothèse est confirmée pour cette vignette.

En se référant aux données rassemblées par l'entretien motivationnel ; nous pouvons dire que la motivation de **N*** est affectée. Elle ressent la fatigue, l'épuisement et le stress...

Ce qui motive **N*** est d'utiliser les aspects positifs de sa profession et continuer à faire une différence dans la vie des patients, leur fournir des soins de qualité et de rétablir une relation de confiance avec eux.

Dans le CGI-amélioration elle a obtenu un score égal à 2. Ce qui indique une forte amélioration.

Les résultats obtenus par l'entretien motivationnel et le résultat de la CGI-amélioration confirment la deuxième hypothèse vue de cette vignette clinique.

La vignette de S2:

En s'appuyant sur les informations récoltées par le questionnaire on trouve que **S2** manifeste ; les troubles de concentration, problèmes de mémoire et d'oubli, la fatigue, réveils nocturne/précoces, les maux de tête, les troubles digestifs, des éruptions cutanées et la colère.

Sur l'échelle MBI **S2** a obtenu un score de 15 pour l'épuisement professionnel (bas), 8 pour la dépersonnalisation également modéré) et 39 pour l'accomplissement personnel (Modéré).

D'après les résultats obtenus nous pouvons dire que notre hypothèse est infirmée pour cette vignette.

En se référant aux données rassemblées par l'entretien motivationnel ; nous pouvons dire que la motivation de **S2** n'est pas affectée. Au paravent elle ressentait une perte d'intérêt au travail, une fatigue constante ...

Ce qui motive Souad est de se concentrer sur les résultats positifs qu'elle a obtenus dans le passé et en se rappelant pourquoi elle a choisi cette profession en premier lieu. Elle peut également chercher des opportunités pour aider des patients qui ont besoin d'une assistance supplémentaire ou pour travailler sur des projets qui me passionnent.

Discussion des hypothèses

le CGI-amélioration elle a obtenu un score égal à 3. Ce qui indique une amélioration légère.

Les résultats obtenus par l'entretien motivationnel et le résultat de la CGI-amélioration infirment la deuxième hypothèse vue de cette vignette clinique.

« Pour les infirmiers qui ne manifeste pas du burn-out on a aussi utilisé l'entretien motivationnel ; pour but d'encourager à réfléchir sur leur propre situation professionnelle, identifier les sources de stress, d'épuisement, frustration et trouver des moyens efficaces pour améliorer leur bien-être professionnel »

Synthèse des hypothèses

En somme, les résultats de notre étude ont mis en évidence l'ampleur du syndrome du burn-out chez les infirmiers travaillant au service d'hémodialyse de l'établissement hospitalier public de Kherrata. Nos résultats ont également permis de décrire les facteurs contribuant à l'apparition du burn-out au sein de cette population. Les infirmiers ont manifesté différents degrés de burn-out, confirmant ainsi notre hypothèse de recherche. Les facteurs directement liés à l'apparition du burn-out sont principalement liés au milieu de travail, tels que la surcharge de travail et le climat au sein du service.

De plus, l'analyse des vignettes cliniques a renforcé nos conclusions. Sur les cinq vignettes cliniques étudiées, toutes ont confirmé la présence du burn-out chez les infirmiers. Ces vignettes ont mis en évidence les différents aspects et manifestations du burn-out, soulignant ainsi son impact significatif sur la santé et le bien-être des infirmiers. Toutefois, il convient de noter qu'une seule vignette a mis en évidence les expériences spécifiques d'une infirmière, apportant ainsi une perspective individuelle et personnalisée à notre étude.

Ces résultats globaux, combinés à l'analyse approfondie des vignettes cliniques, renforcent l'importance d'aborder le problème du burn-out chez les infirmiers (es) travaillant au service d'hémodialyse. Ces informations fournissent des éléments concrets pour la mise en place de mesures préventives et de soutien adaptées visant à réduire l'incidence du burn-out et à promouvoir le bien-être des professionnels de la santé.

Il est essentiel de souligner que notre étude présente certaines limites, telles que la taille de l'échantillon et le caractère spécifique à un établissement hospitalier donné.

Conclusion générale

Conclusion générale

Charge de travail excessive, Manque de soutien et de reconnaissance, Déséquilibre entre vie professionnelle et la vie personnelle, Environnement de travail toxique, les conditions, économiques et sociales plus larges joue un rôle dans le développement du burn-out. En définitive, ce syndrome résulte souvent d'un stress chronique et prolongé lié au travail, qui épuise progressivement les ressources physiques et émotionnelles d'une personne.

En effet le burn-out est un syndrome qui peut toucher tout professionnel, que ce soit dans un cadre professionnel spécifique ou toute personne ayant des responsabilités importantes ou travaillant dans des domaines axés sur l'aide et les relations humaines. Parmi ces professions, on retrouve notamment les policiers, les enseignants, les pompiers, les formateurs, les psychologues, les sociologues, les soignants et bien d'autres. Toutes les professions où la relation joue un rôle primordial peuvent être susceptibles d'entraîner ce type de réactions liées au burn-out.

Dans le cadre de notre recherche sur le burn-out chez les infirmiers (es) à l'EPH de kherrata, nous avons réalisé cette recherche afin de voir si les infirmiers (es) manifestent du burn out avec ces trois dimensions, c'est-à-dire l'épuisement professionnel, dépersonnalisation et l'accomplissement personnel.

Nous avons mené une étude pour confirmer le burn-out (syndrome d'épuisement professionnel) chez les infirmiers (es). Notre étude a porté sur six cas, et nous avons utilisé deux outils pour vérifier notre première hypothèse. Le premier outil était un auto-questionnaire pour recueillir les données nécessaires, et le deuxième était l'échelle de Maslach (MBI), qui mesure le degré d'épuisement. En outre, Nous avons utilisé l'entretien motivationnel et CGI-amélioration pour vérifier notre deuxième hypothèse.

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), facteurs relationnels (conflits personnel, manque de communications).

Enfin, nous avons constaté que le burn-out représente un risque significatif pour les infirmiers (es) qui travaillent au service d'hémodialyse.

En conclusion, il est important de souligner que cette recherche a été une expérience d'apprentissage enrichissante à plusieurs niveaux. Sur le plan personnel et humain, nous avons acquis de nouvelles connaissances et avons été témoins de situations qui ont contribué à notre

Conclusion générale

développement. Sur le plan méthodologique, cette recherche représente une contribution positive, nous permettant de mieux comprendre les problèmes de santé publique et d'explorer le vécu psychologique et la souffrance des individus concernés. De plus, cette étude nous a offert une précieuse occasion de nous familiariser avec le terrain de la recherche scientifique et de développer nos compétences dans ce domaine.

Liste bibliographique

1. ANGERS. Maurice,(1997), *Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines*, éd Casbah, Alger.
2. Boudoukha, A. H. (2020). *Burn-out et stress post-traumatique*, Dunod (2e éd.), Paris.
3. BOUDOUKHA, A H, 2009, *Burn-out et traumatismes psychologiques*, Ed DUNOD, Paris.
4. Canoui.P, Mauranges. A, 2008, *Le burn out à l'hôpital. Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants*. 4eme édition, Masson, Paris.
5. Canoui, P. &Mauranges, A. (2015). *Le burn-out à l'hôpital : Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants*, Elsevier Masson SAS (5e éd.), Pologne.
6. Canoui.P, Mauranges. A, 2008, *Le burn out à l'hôpital. Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants*. 4eme édition, Masson, Paris.
7. Canaoui, P. et Mauranges, A. (2015), *Le burn out à l'hopitale*. elsevier Masson, Paris.
8. Chahraoui, Kh. &Bénony, H. (1999). *L'entretien clinique*, Dunod, Paris.
9. Chahraoui. Kh.et Bénony. B. *Méthode, évaluations et recherche en psychologie clinique*. Dunod, Paris, 2003.
10. Cathébras, P., Begon, A., Laporte, S., Bois, C., & Truchot, D. (2004). *Épuisement professionnel chez les médecins généralistes. La presse médicale*, 33(22), 1569-1574.
11. Chapelle, F. (2018). *Aide-mémoire-Risques psychosociaux et qualité de vie au travail*. Paris, France : Dunod.
12. Comeau, Y. (2000). *Cahier du RQRP-ÉS Cahier No RQ-01-2007 «Data Collection and Categorization Grid for Studying Social Economy Activities, »*.
13. La CIM-10
14. DELBROUCK, M. *le burn out du soignant*, Edition DE BOECK, collection OXALIS , 2008.
15. Dictionnaire, *petit Larousse de la médecine*. Édition : La rousse. Les articles
16. . Estryne-Béhar, M. (1997). *Stress et souffrance des soignants à l'hôpital: Reconnaissance, analyse et prévention*. De Boeck Supérieur.
17. GREBOT Elisabeth, 2008, stress et burn-out au travail, identifier, prévenir, guérir, Ed *d'organisation*, EYROLLES.
18. Benbassa, E., Attias, J. C., Laithier, S., & Vilmain, V. (2010). *Dictionnaire des racismes, de l'exclusion et des discriminations*. Larousse.
19. KHiaty.M, *Guide des soins infirmiers, 5eme édition, éd Office des publications universitaires*, 2006.
20. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5e édition)
21. Maslach, C. & Jackson, S-E. (1986). *Maslach Burnout Inventory: Manual*, 2nd édition. Palo Alto : CA.
22. Maslach, C & col. (2006). *Burn-out : l'épuisement professionnel. Test d'Inventaire de Burnout de Maslach – MBI*, pp. 1-2. Presses du Belvédère.
23. Manuila. A.L, (2004). *Dictionnaire médicale manuila*, édition : Masson. Paris
24. Nanda international.(2009-2011). *Diagnostics infirmier*. :ND.

25. MAURANGES A, 2002, *Stress et syndrome d'épuisement professionnel Soins*.
26. Poirier, M., & Lafrenière A. (2003). *la santé mentale des travailleurs : les perceptions des psychologues travaillant dans les PEA*. Psychologie Québec, 14.
27. Mayen, P., Métral, J. F., & Tourmen, C. (2010). *Les situations de travail. Références pour les référentiels. Recherche et formation*, (64), 31-46.
28. Manuila. A.L, (2004). *Dictionnaire médicale manuila*, édition : Masson. Paris
29. Nathalie LELIEVRE, *Les obligations de l'infirmier: responsabilités juridiques et professionnelles*, heures de France, paris, 2003, P.P. 34-35.
30. Poirier, M., & Lafrenière A. (2003). *la santé mentale des travailleurs : les perceptions des psychologues travaillant dans les PEA*. Psychologie Québec, 14.
31. Telelaz, G. (2018). *L'efficacité D'un Programme Therapeutique Cognitivo Comportemental Dans La Diminution Du Burn-Out Chez Les Infirmiers De L'hospital De Sfax (Etude Descriptive-Experimentale)*. European Scientific Journal, ESJ, 14, 15.
32. Unaibode. (2005). *Le métier d'infirmier (e) de bloc opératoire*. (2ème éd). Ed Masson, France.
33. Zawieja, P.Guarnieri, F. (2015). *Epuisement professionnel : approches innovantes et pluridisciplinaires*. Paris, France : Armand Colin.
34. Zawieja, P. Franck,G. (2013).*L'Epuisement professionnel (Diagnostic, analyse, prévention*, Edition Armand Colin.,

Site :

1. (https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/56748194/12,libre.pdf?1528376009=&responscontentdisposition=inline%3B+filename%3DL'efficacite_Dun_Programme_Therapeutique.pdf&Expires=1686213002&Signature=DxtgVacbGCh41DxSqcGJvf8EggG3NiDNwxazTB7Laz8ItkVzFTrIFpaxPHBYyrxijlyg9K5xmzIHkWG9tqp4vTX2BMxa3wAH9534~fYCbxqW2yvqIQx8vmgSHpEOQhoSlj~nVxX1giw90f0xKcpdSpu0dNQ5FYyIt1ZwDpzxKaEzVla2xXsIl2Fc~ffRdhMwzxYffWfMOi6OuQGktTN~69nZR0c3QjFGn0o6rTmSwfmReIsnieKC7KOaRegKoS84t6UJ~E6qeYGUkdF3dbXgoQ8wrpIuXUzhyDMS7j7ESHgqvTvTOUniAPHKVac8KQq5MpkeGGaV64joSVbEfRA_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA)
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4286216/#CIT0007>
3. (<Http://www.cercle-d-excellence-psy.org/informations/echelles-cliniques/cgi/#>)
4. (<https://tcc.apprendre-la-psychologie.fr/l-entretien-motivationnel.html>)

Thèse :

1. JULLIAN, M. Mémoire de l'école nationale de la santé publique, 2007. (thèse)

Le questionnaire sur le Burn-Out chez les infirmiers qui travaille au service d'hémodialyse

Prénom :

Age :

Sexe :

1. Combien d'années d'exercices dans le service d'hémodialyse avez-vous jusqu'à présent ?
.....
2. Etes-vous stressé(e) quand c'est l'heur d'allez au service d'hémodialyse ?
Oui Non
3. Avez-vous des troubles de concentration ?
Oui Non
4. Avez-vous des problèmes de mémoire et d'oubli ?
Oui Non
5. Etes- vous fatigué(e) ?
Oui Non
6. Est-ce-que vous vous ennuyiez au service d'hémodialyse ?
Oui Non
7. A la fin de la journée sentez-vous épuisé (e)?
Oui Non
8. Avez-vous des difficultés à se reposer et à récupérer vos forces?
Oui Non
9. Lorsque vous vous dirigez au service d'hémodialyse est ce que vous ressentez de l'anxiété ?
Oui Non
10. Avez-vous de l'inquiétude lorsque vous pensez à partir au service d'hémodialyse ?
Oui Non
11. Avez-vous des difficultés d'endormissement ?
Oui Non

12.Souffrez-vous des réveilles nocturnes ou précoces ?

Oui Non

13.Souffrez-vous des maux de tête ?

Oui Non

14.Souffrez-vous de dorsalgie?

Oui Non

15.Avez-vous des troubles digestifs ?

Oui Non

Si oui lesquelles ?

Colopathie

L'ulcère gastrique

Autre :.....

16.Avez-vous des éruptions cutanées?

Oui Non

17.Est-ce-que vous éprouvez de la colère ?

Oui Non

18.Est-ce-que vous êtes en nécessité de demander de l'aide d'un psy ?

Oui Non

Si oui lequel ?

Psychologue

Psychiatre

Annexe 2

Echelle de MASLACH

Evaluation du niveau d'épuisement professionnel

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

Instructions pour le calcul des indices de l'échelle de Maslach

Épuisement professionnel

Questions 1.2.3.6.8.13.14.16.20

Degré de burn out

- Total inférieur à 17 = bas
- Total compris entre 18 et 29 = modéré
- Total supérieur à 30 = élevé

Dépersonnalisation

Questions 5.10.11.15.22

Degré de burn out

- Total inférieur à 5 = bas
- Total compris entre 6 à 11 = modéré
- Total supérieur à 12 = élevé

Accomplissement professionnelle

Questions : 4.7.9.12.17.18.19.21

Degré de burn out

- Total supérieur à 40 = bas
- Total compris entre 34 et 39 = modéré
- Total inférieur à 33 = élevé

➤ Des scores modérés, voire élevés, sont le signe d'un épuisement professionnel latent, en train de s'installer.

➤ Si vous avez obtenu :

Un score élevé aux deux premières échelles et un score faible à la dernière : vous sentez vous épuisé(e) professionnellement en ce moment

➤ Si vous avez obtenu :

Un score faible aux deux premières échelles et un score élevé à la dernière : vous êtes loin d'être épuisé(e).

La consigne :

- Indiquez la fréquence à laquelle vous ressentez ce qui est décrit à chaque item.
- Entourer le chiffre correspondant à votre réponse.

Guide d'entretien motivationnel :

Répondez aux questions suivantes :

Axe 1: le travail

1. Bonjour comment allez-vous ?
2. Comment sentez-vous a propos de votre travail en générale ?
3. Qu'est ce qui vous a motivé à devenir infirmier au service d'hémodialyse ?
4. Est-ce que votre travail vous apporte de la satisfaction ?
5. Quelles sont les avantages et les inconvénients de votre travail au service d'hémodialyse ?
6. Pouvez-vous me dire ce qui vous stress le plus dans votre travail actuellement?
7. comment gérez-vous cette charge de travail ?
8. comment votre travail affect t-il votre vie personnel ?

Axe2 : le burn-out

1. comment sentez-vous actuellement ?
2. pouvez-vous me dire ce qui vous a conduit à cette situation qu'estce qui a fait que vous soyez dans cette situation ?
3. quels sont les signes du burn-out que vous avez ressentis chez vous-mêmes ?
4. comment vous gérez cet épuisement?

Axe3 : la motivation

1. quels sont les changements que vous aimerez voir dans votre environnement professionnel pour améliorer votre bien-être ?
2. quels sont les aspects de votre profession que vous appréciez plus ?
3. Comment pouvez vous utilisé ces aspects pour vous aidez a retrouver votre motivation ?
4. Commentvous pouvez utiliser vos forces et vos compétences pour faire face aux défis que vous rencontrez au travail ?
5. Comment trouvez-vous l'équilibre entre votre profession et votre vie personnelle ?
6. Comment pourrions- nous travailler ensemble pour atteindre vos objectifs ?
7. avez-vous déjà pensé à des moyens supplémentaires pour gérer votre épuisement (avez-vous déjà cherché du soutiens au prés de vos collègues ou d'un professionnel de santé mental ?
8. avez-vous pensé à prendre un congé pour vous reposer et récupérer vos forces ?
9. Pensez-vous que vous êtes prêt a essayé des techniques simples tel que la relaxation, la respiration profonde ou la méditation pendant quelque minute chaque jour ?

CGI-amélioration

Mesure de l'amélioration globale

0. Non évaluée
1. Très fortement améliorée
2. Fortement améliorée
3. Légèrement améliorée
4. Pas de changement
5. Légèrement aggravée
6. Fortement aggravée
7. Très fortement aggravée

Résumé

Cette recherche se concentre sur le burn-out chez les infirmiers travaillant au service d'hémodialyse dans le secteur public. Son objectif principal est d'évaluer le degré de burn-out chez ces infirmiers et d'explorer son impact sur leur état psychologique. L'étude a été menée auprès de six infirmiers exerçant à l'EPH de Kharrata. Pour mener cette recherche, nous avons utilisé un questionnaire fermé ainsi que l'échelle du Maslach Burnout Inventory (MBI) pour mesurer le niveau de burn-out. De plus, des entretiens motivationnels et le CGI-amélioration ont été utilisés. Les résultats ont révélé que les infirmiers présentaient des niveaux variables de burn-out, soulignant la nécessité d'une prise en charge immédiate étant donné leur rôle crucial dans l'apport de soutien et de réconfort. Par ailleurs, nos résultats ont également mis en évidence une baisse de leur motivation. En outre, nous avons constaté que les entretiens motivationnels contribuaient à réduire le burn-out et à aider les infirmiers.

Mots-clés : Burn-out ; épuisement émotionnel ; l'EM ; les infirmiers au service d'hémodialyse ; CGI.

This study focuses on examining burnout among nurses working in the hemodialysis department within the public sector. Its primary aim is to evaluate the extent of burnout experienced by these nurses and investigate its impact on their psychological well-being. The research sample comprised six nurses employed at the EPH of Kharrata. The assessment employed a closed-ended questionnaire and the Maslach Burnout Inventory (MBI) to measure burnout levels. Additionally, motivational interviews and the CGI-improvement scale were utilized. The findings underscored that nurses exhibited varying degrees of burnout, underscoring the urgent need for intervention due to their vital role in providing support and solace. Moreover, the results indicated a decline in their motivation levels. Notably, the study revealed that motivational interviews were effective in alleviating burnout and supporting nurses in managing its repercussions.