

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

**MEMOIRE DE FIN DE CYCLE**

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

**Thème**

**L'épuisement Professionnel chez les sages-femmes  
de la Wilaya de Bejaia.**

*Etude réalisée sur un échantillon de « 102 » cas*

**Préparé par :**

Melle BENOURET Sara

Melle BEZIOUN Fouzia

**Encadré par :**

Dr HATEM wahiba

Année universitaire : 2014-2015

## Remerciements

*Tout travail de recherche est une œuvre de longue haleine. Même si celui-ci est à notre actif, il est le fruit d'efforts collectifs.*

*A la fin de ce modeste travail, nous tenons à remercier le bon dieu qui nous a dotés de force et de courage durant tout notre cursus.*

*Nous adressons nos sincères remerciements à notre promotrice Mme HATEM Wahiba, qui, malgré ses multiples préoccupations, a accepté de nous prêter aide dans notre travail de recherche. Ses remarques pertinentes et ses conseils nous ont été d'une grande utilité. Qu'elle trouve ici nos sentiments de gratitude.*

*Nous tenons à remercier anticipativement les membres du jury que nous invitons à bien consulter notre mémoire et collaborer à son évaluation. Que notre profonde gratitude leur sera dédiée.*

*Nos sincères remerciements s'adressent également à tout le personnel de la maternité de Targua Ouzemour où nous avons effectué notre stage pratique; nos remerciements vont plus particulièrement à la psychologue, Mme LOUIBA .S. Sans oublier ceux qui travaillent aux hôpitaux, polycliniques, et cliniques privées de la wilaya de Bejaia auxquels on a trouvé un chaleureux accueil, en particulier les sages femmes.*

*Nous devons également une dette de reconnaissance à tous nos anciens éducateurs depuis l'école primaire jusqu'à l'université ABDERRAHMANE Mira de Bejaia, plus particulièrement à l'ensemble du département de sciences sociales pour la formation tant morale qu'intellectuelle qu'ils nous ont dispensées.*

*Enfin, nos sentiments de vive reconnaissance s'adressent à nos parents, que nous remercions énormément d'avoir financé nos études et répondu à tous nos besoins tant matériels que moraux. Que ce travail soit considéré comme le fruit de leurs efforts.*

*Et dans le souci de n'oublier personne, que tous ceux qui nous ont aidé de près ou de loin, que ce soit par leur amitié, leur conseils et leurs soutien moral.*

## Dédicaces

*Je dédie ce modeste travail :*

*Aux très chères êtres à mes yeux, mes parents « Rabah et Safia », qui m'ont soutenue et orientée durant mon parcours éducatif et scolaire.*

*A mes grands parents « Mouhamed et Taous », qui m'ont vivement encouragées.*

*A mes chers frères « Riad, Rahim et Raouf, et à tous mes oncles, tantes, cousins et cousines.*

*A mon cher fiancé « Momo » pour tout ce qu'il m'a apporté : amour, compréhension, encouragement et sacrifice.*

*A mes chers beaux parents « Kader et Nadia », mes belles sœurs « Chahra et Karima », et à mon beau frère « Dahmane »*

*A ma cousine Zahia, qui m'a vraiment aidée dans ce mémoire quant à son impression et à ses conseils fructueux.*

*A mes amis (sonia, sofia, nadia, mahmoud, toufik, rahima) et à ma binôme Bezioun Fouzia.*

*Je citerais plus particulièrement mon père pour tous ses efforts fournis dans la rédaction de ce mémoire quant à la bonne expression et l'application des règles d'orthographe, ainsi que Mme Chibane, qui a mis à ma disposition certains documents nécessaires à ma recherche.*

*A ma regrettée cousine et sœur « Samra » qui nous a quittés de si tôt, que dieu ait son âme et l'accueille en son vaste paradis.*

**SARA**

## Dédicaces

*Je dédie ce modeste travail :*

*A ma mère, Il est naturel que ma pensée la plus forte aille vers elle, à qui je dois la vie et une part essentielle de ma personnalité. Qu'elle sache que l'amour qu'elle me donne continue à m'animer et me permet d'envisager l'avenir comme un défi.*

*A mon père Rachid, qui ma toujours poussé et motivé dans mes études, et qui a accepté tout mes choix, j'espère qu'il apprécie cet humble geste comme preuve de reconnaissance de la part de sa fille qui l'aime beaucoup.*

*A mes sœurs : (Kika, Fadila, Nassima et Warda), pour leur affection, a leur enfants : (Billel, Aïmed, Lucy, Maroua, Baky, Mehdi et Dania), ainsi qu'à leur maries : (Akkel Mohamed, Akkilel Belkacem, Bacha Said et Keddjar Hocine), pour leur soutien.*

*A mes frères pour leur patience, et mes cousins et cousines pour leur compréhension.*

*A mes amis filles et garçons (Lydia, Nesrine, Sonia, yasmine, Sabrina, Rabia, Kamel, et Toufik), pour leur amour et patience. Et à ma binôme Benouaret Sara.*

*En fin, je tiens à remercier toutes les personnes de près ou de loin qui ont consacré de leur temps et de leur énergie pour la réussite de ce projet. Veuillez trouver dans ce modeste travail l'expression de mon affection.*

**FOUZIA**

# Sommaire

Introduction.....	01
Le cadre général de la recherche.....	03

## **Partie théorique**

### **Chapitre I : le syndrome d'épuisement professionnel**

Préambule.....	08
1. Origine et définition.....	08
2. Les grands modèles théoriques.....	11
2.1. Modèle de Freudenberger.....	12
2.2. Modèle de Cherniss.....	12
2.3. Modèle de Lauderdale.....	12
2.4. Modèle de Meier.....	12
2.5. Modèle de Pines et Aronson.....	13
2.6. Modèle de Maslach et Leiter.....	13
3. Les approches de l'épuisement professionnel.....	13
3.1. L'approche psychosociale.....	13
3.2. L'approche psycho dynamique.....	15
4. Les dimensions de l'épuisement professionnel.....	15
4.1. Epuisement émotionnel.....	15
4.2. Dépersonnalisation.....	15
4.3. Accomplissement personnel.....	16
5. Les mesures de l'épuisement professionnel.....	16
6. Les étapes d'installation d'épuisement professionnel.....	17
6.1. L'enthousiasme idéaliste.....	17
6.2. La stagnation inefficace.....	17
6.3. Le sentiment de frustration.....	17
6.4. L'apathie désabusée et la position de sécurité.....	17
7. Les symptômes d'épuisement professionnel.....	18
7.1. Sur le plan physique.....	18

7.2. Sur le plan psychique.....	18
7.3. Sur le plan comportemental.....	18
7.4. Symptômes d’alerte initiale.....	19
7.4.1. Consommation énergétique excessive.....	19
7.4.2. Epuisement.....	19
7.4.3. Réduction de l’engagement.....	19
7.4.4. Réaction émotionnel.....	20
7.4.5. Démotivation.....	21
7.4.6. Superficialité.....	21
7.4.7. Réaction psychosomatique.....	22
7.4.8. Désespoir.....	22
8. Les causes d’épuisement professionnel.....	22
8.1. Les variables professionnelles et organisationnelles.....	23
8.2. Les variables inter et intra-individuelles.....	23
9. Les moyens de prévention.....	24
9.1. La relaxation.....	25
9.2. La thérapie de l’affirmation de soi.....	25
Synthèse.....	25

## **Chapitre II : la profession sage femmes**

Préambule.....	26
1. Etymologie du mot sage femme.....	26
2. Définition de la sage femme.....	26
3. Historique de la sage femme.....	27
4. La formation de la sage femme en Europe.....	28
4.1. Sage femme au Canada.....	28
4.2. Sage femme en Suisse.....	28
4.3. Sage femme aux Etats-Unis.....	28
4.4. Sage femme en Irlande.....	29
4.5. Sage femme en France.....	29
5. Les compétences de la sage femme.....	29
5.1. Avant l’accouchement.....	29
5.2. Pendant l’accouchement.....	29
5.3. Après l’accouchement.....	30

6. Le rôle de la sage femme.....	30
7. Les différentes activités de la sage femme.....	30
7.1. En milieu hospitalier.....	30
7.2. En activité libérale.....	31
7.3. En protection maternel et infantile (PMI).....	31
8. L'entrée des hommes dans le métier des sages femmes.....	31
9. La sage femme en Algérie.....	32
Synthèse.....	33

## **Partie méthodologique**

### **Chapitre III : la méthodologie de recherche**

Préambule.....	34
<b>1. L'intérêt du choix du thème.....</b>	<b>34</b>
<b>1.1. Les raisons du choix du thème.....</b>	<b>34</b>
<b>1.2. Les objectifs du choix du thème.....</b>	<b>34</b>
<b>1.3. Les difficultés rencontrées.....</b>	<b>34</b>
<b>2. La démarche de la recherche.....</b>	<b>35</b>
<b>2.1. La pré enquête.....</b>	<b>35</b>
<b>2.2. La méthode utilisée.....</b>	<b>35</b>
<b>2.3. La présentation des lieux de la recherche.....</b>	<b>36</b>
<b>2.4. La population de la recherche.....</b>	<b>37</b>
<b>3. Les techniques d'investigations.....</b>	<b>40</b>
<b>3.1. Présentation et description de l'échelle du MBI.....</b>	<b>40</b>
<b>3.2. L'entretien clinique.....</b>	<b>42</b>
Synthèse .....	42

## **Partie pratique**

### **Chapitre IV : analyse des résultats et discussion des hypothèses**

Préambule.....	43
1. Présentation et analyse des résultats.....	43
2. La technique statistique utilisée.....	45
3. Présentation et analyse de l'entretien pour quatre cas.....	46
3.1. Cas d'Amina.....	48
3.1.1. Présentation du cas.....	48
3.1.2. Analyse de l'entretien.....	48
3.1.3. Présentation et analyse des résultats de l'échelle (MBI).....	49
Synthèse du cas.....	50
3.2. Cas de Dalila.....	51
3.2.1. Présentation du cas.....	51
3.2.2. Analyse de l'entretien.....	51
3.2.3. Présentation et analyse des résultats de l'échelle (MBI).....	52
Synthèse du cas.....	52
3.3. Cas de Fatiha.....	53
3.3.1. Présentation du cas.....	53
3.3.2. Analyse de l'entretien.....	53
3.3.3. Présentation et analyse des résultats de l'échelle (MBI).....	54
Synthèse du cas.....	54
3.4. Cas de Wafa.....	55
3.4.1. Présentation du cas.....	55
3.4.2. Analyse de l'entretien.....	55
3.4.3. Présentation et analyse des résultats de l'échelle (MBI).....	56
Synthèse du cas.....	57
4. Discussion des hypothèses.....	58
Synthèse.....	61
- Conclusion.....	62
- Bibliographie.....	64
Annexe	



## Liste des tableaux

<b>tableau</b>	<b>Titre</b>	<b>Page</b>
Tableau n°01	les critères de sélection de la population d'étude	37
Tableau n°02	représentatif de l'évaluation de l'échelle de l'épuisement professionnel	41
Tableau n°03	récapitulatif des résultats obtenus dans la population d'étude	43
Tableau n°04	Répartition des niveaux de scores de sages femmes de la wilaya de Bejaia sur les 3 dimensions du MBI	46
Tableau n°05	Résultats de l'échelle (MBI) d'Amina.	49
Tableau n°06	Résultats de l'échelle (MBI) de Dalila	51
Tableau n°07	Résultats de l'échelle (MBI) de Fatiha	54
Tableau n°08	Résultats de l'échelle (MBI) de Wafa	56

### **Introduction :**

Aujourd'hui, l'épuisement professionnel est entrain de devenir une véritable épidémie dans de nombreux pays du monde, il survient lorsque les demandes dépassent notre capacité à y répondre.

Bien que nul ne soit à l'abri de l'épuisement professionnel, les gens qui œuvrent en général en relation d'aide (soins de santé, éducation, milieu carcéral, etc.) sont plus à risque, puisqu'ils investissent une bonne part de leur énergie et de leurs ressources personnelles dans leur profession.

L'épuisement professionnel est un syndrome qui prend toute son importance dans le monde des soignants. Cette profession faisant partie des professions à relation d'aide est particulièrement touchée par le burn out. Comment voulez-vous que les soignants apportent à leurs patients des soins de qualité, quand eux-mêmes sont éreintés ?

Plusieurs facteurs sont susceptibles d'être à l'origine du développement de l'épuisement professionnel à s'avoir l'âge, l'expérience professionnelle, la situation familiale, et nombre d'enfant ainsi que les facteurs spécifiques à la profession elle-même de type surcharge de travail, climat relationnel, et condition de travail en général.

Ce syndrome d'épuisement professionnel peut avoir des répercussions néfastes sur la santé mentale, émotionnelle, physique et spirituelle, parmi les professionnels de santé exposés à ce syndrome, on cite les sages femmes.

Les sages femmes fournissent des soins obstétricaux continus à toutes les femmes d'une région géographique bien déterminée, agissant comme professionnelles en charge des femmes dont la grossesse et l'accouchement ne sont pas compliqués et poursuivant les soins aux femmes qui présentent des complications médicales et obstétricales en partenariat avec d'autres professionnels.

C'est pour cela que nous nous sommes intéressés de très près à ce phénomène dans notre thème intitulé « l'épuisement professionnel chez les sages femmes » cette étude a été menée dans différents centre hospitaliers (l'hôpital d'Amizour, Sidi Aich et la clinique de Targa ouzemour), polycliniques (lhaddaden, Daouadji, Sidi Ahmed, Amizour, El Kseur, timezrit), et les cliniques privées (Ben merrad, Belaid) de la wilaya de Bejaia, dans le but d'évaluer le degré de l'épuisement professionnel chez ces sages femmes.

L'approche cognitivo- comportementale, avait servi de cadre référentiel à notre étude qui avait porté sur (102) sages femmes exerçant leurs métiers aux seins de ces différentes maternités de la wilaya de Bejaia.

Pour atteindre notre objectif, nous avons adopté un plan de travail qui renferme les éléments suivants :

- ❖ L'introduction et le cadre général de la problématique qui comprend une problématique et la question de recherche ainsi que l'hypothèse principale et les hypothèses partielles plus l'opérationnalisation des concepts.
- ❖ La partie théorique divisée en deux chapitres : Le premier chapitre est consacré au « syndrome d'épuisement professionnel ou le burn-out », et le deuxième chapitre abordera « la profession sages femmes ».
- ❖ La partie méthodologique où nous avons abordé : les raisons et l'objectifs du choix du thème, la méthode appliquée, l'échantillon d'étude, ainsi que les outils utilisés.
- ❖ La partie pratique qui comprend une analyse des résultats et la discussion des hypothèses
- ❖ Nous terminerons notre étude par une conclusion générale et par une liste bibliographique qui contient toute la documentation utilisée dans l'élaboration de notre recherche, ainsi que les annexes.

### **Problématique :**

Le travail est un moyen de survie pour la personne. Il lui apporte un réconfort moral et physique, il permet aussi à l'individu de se développer intellectuellement, d'acquérir de bonnes habitudes au quotidien, s'intégrer à la vie collective, et avoir le respect des autres. Cependant, lorsque le malaise s'installe, il peut occasionner ; démotivation, fatigue nerveuse, stress, ennui, dépression, absentéisme, et dans les cas extrêmes des suicides.

L'environnement professionnel peut nuire à la santé des individus de façon direct en les exposant à des conditions du travail ou à des substances dangereuses et en augmentant le risque d'accidents, de traumatismes, de maladies cardiaux-vasculaires, et peut aussi avoir des conséquences indirectes en générant de l'insatisfaction, de la frustration, des stratégies d'ajustements inadaptées, des habitudes et des comportements à risques, de la détresse psychologique et de stress chronique. **(Gribot E., 2008, p.88)**

Le personnel de la santé en milieu hospitalier particulièrement les personnels soignants sont confrontés souvent a des contrainte multiples dans leur lutte sans répit contre la souffrance, et la maladie chez les patients dont ils ont la charge.

Ils peuvent ainsi être soumis à des contraintes physiques importantes de travail, et aussi à des contraintes mentales croissantes dans l'exercice de leur profession. Toutes ces contraintes peuvent entrainer une atteinte à la santé physique et mentale des personnels soignants lorsque les conditions de travail sont défavorables et mener à l'accumulation du stress au travail.

Toute personne engagée au quotidien dans une relation d'aide avec autrui est soumise à un stress professionnel chronique, est susceptible un jour d'être atteinte du syndrome d'épuisement professionnel, tel que, les enseignants, le personnel soignant, les infirmières, et notamment les sages-femmes. **(Manoukian.A, 2009, p.25).**

**Selon l'association canadienne** des sages femmes (canadian association of midwives) « Une sage-femme est une personne qui, ayant suivi régulièrement un programme d'enseignement spécialisé en obstétrique, dûment reconnu dans le pays où il a lieu, a terminé avec succès le programme d'études prescrites en obstétrique et a acquis les qualifications nécessaires pour avoir le droit de pratiquer légalement la profession de sage-femme.

La sage-femme est une personne professionnelle et responsable qui travaille conjointement avec les femmes pour leur donner de l'appui essentiel, ainsi que des conseils et des soins nécessaires au cours de la grossesse, lors de l'accouchement, et dans la période post partum. Elle doit être en mesure de prendre toute responsabilité lors d'un accouchement, et de prodiguer les soins nécessaires au nouveau-né et au nourrisson. Ces soins incluent des mesures préventives, la promotion de l'accouchement normal, le dépistage des signes de complications, tant chez la mère que chez le bébé, le recours à l'assistance médicale en cas de besoin, et l'exécution de certaines mesures d'urgence.

Selon Carayol Marion la sage femme exerce une profession médicale dont les compétences sont limitées à la pratique de l'obstétrique physiologique, la profession de sage femme est méconnue. La formation est basée sur l'alternance de l'enseignement théorique et clinique. Les compétences des sages femmes sont définies par le code de déontologie. Elles exercent dans différents secteurs d'activités : l'hospitalisation publique et privé (consultation périnatale, échographie, service de grossesses pathologique et de suite de couche, préparation à la naissance, salle de naissance), les écoles de sages femmes, la protection maternelle et infantile et le secteur libéral.

Leur rôle varie selon les structures, et notamment entre les secteurs publiques et privés. De part leur compétences et l'étendu de leur champ d'activité, les sages femmes sont des acteurs incontournables de la périnatalité. Elles peuvent suivre des enseignements complémentaires, notamment universitaires, qui leur permettent d'acquérir de nouvelles compétences (**Carayol M., 2004, P99.**)

Mais il semble que les sages femmes sont exposé au burn-out car elles exercent un métier extrêmement exigeant à cause de haut niveau d'interaction sociale. Elles requièrent des compétences et une initiative dans l'exécution de leurs travaux, et doivent en permanence gérer des relations et des interactions avec leurs patientes et leurs collègues, ainsi qu'avec l'administration et la hiérarchie médicale. Elles sont donc confrontées régulièrement à des situations conflictuelles qui ont inévitablement un impact sur leur bien-être. Autrement dit, les difficultés dans l'exercice de leur profession, et les diverses responsabilités et pression auxquelles elles sont soumises, favorise l'apparition du syndrome d'épuisement professionnel.

L'épuisement professionnel est également connu sous son terme anglophone de *burn-out*, selon l'organisation mondiale de la santé(**OMS**) il se caractérise par « un sentiment de fatigue intense, de perte de contrôle et d'incapacité à aboutir à des résultats concrets au travail ».

L'un des obstacles majeurs à la recherche sur le burnout est l'absence d'une définition opérante, convaincante et consensuelle. Il est d'usage de dire, dans la communauté scientifique, que le burn-out ne comporte pas moins de 50 définitions.

Certaines restreignent le burn-out aux professions aidantes. Pour **Robert Kahn**, le burn-out est « un syndrome d'attitudes inadéquates à l'égard des clients et de soi-même, souvent lié à des symptômes physiques et émotionnels désagréables » (**Kahn, 1978**). Pour **Maslach**, c'est « un syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de perte du sentiment d'efficacité personnelle, susceptible de survenir chez des sujets travaillant, de quelque façon que ce soit, avec d'autres êtres humains. Il s'agit d'une réaction à la charge émotionnelle chronique naissant lorsque l'on s'occupe durablement d'autres personnes, en particulier lorsqu'elles sont dans le besoin ou ont des problèmes » (**Maslach, 1982**). L'équipe **de Berkeley** dut pourtant reconnaître qu'un phénomène similaire affecte d'autres types de professions, même si des causes différentes semblent à l'œuvre. Le burnout est alors réservé aux professions d'aide, tandis que l'ennui (*tedium*) s'applique aux professions non

soignantes (**Pines et Aronson, 1981**) – du moins provisoirement, car le terme « burnout » s'impose rapidement dans toute la littérature.

Plusieurs facteurs sont susceptibles d'être à l'origine du développement de l'épuisement professionnel a savoir l'âge, l'expérience professionnel, le statut familial, sans oublier les facteurs spécifiques à la profession elle même de type ; surcharge de travail, climat relationnel, et condition de travail en général, déséquilibre entre les efforts fournis et la reconnaissance obtenu de la part de l'employeur ou du supérieur immédiat (salaire, respect...); faible soutien sociale : avec le supérieur ou entre les collègues, communication insuffisante : de la direction aux employeurs concernant la vision et l'organisation de l'entreprise (**Lefebvre P., 2011, p16.**)

L'épuisement émotionnel ou professionnel peut affecter le bien-être du soignant, retentir sur la qualité de son rendement professionnel, sur son état de santé mentale et physique et même celle de son équipe via l'accentuation de la fréquence d'absentéisme et par le manque d'efficacité.

On remarque alors que les sages-femmes sont touchées par ce syndrome, c'est ce qui nous a poussés dans le cadre de notre recherche à nous interroger sur les questions suivantes :

- **Les sages femmes de la wilaya de Bejaia souffrent t'elles du syndrome de l'épuisement professionnel? Si oui à qu'elle degré ?**

### **Hypothèses :**

Face à l'interrogation que nous avons émise et que nous avons évoquée dans la problématique de recherche, nous tentons de proposer une réponse aux questions par l'élaboration des hypothèses suivantes :

### **L'hypothèse principale :**

Les sages femmes exerçant dans la wilaya de Bejaia souffrent d'épuisement professionnel.

### **Les hypothèses partielles :**

Les sages femmes de la wilaya de Bejaia souffrent d'épuisement professionnel avec des degrés différents :

- Le degré d'épuisement émotionnel est élevé
- Le degré de dépersonnalisation est faible
- Le degré d'accomplissement personnel est élevé.

### **L'opérationnalisation des concepts de la recherche :**

Le syndrome d'épuisement professionnel chez les sages femmes de la wilaya de Bejaia.

#### **Le syndrome d'épuisement professionnel :**

- Fatigue, asthénie physique et psychique.
- Irritabilité et nervosité.
- Incapacité à métriser les situations contraignantes.
- Le sentiment de découragement et de désespoir.
- Le sentiment inutilité professionnel.
- Une baisse estime de soi.
- Incapacité à se concentrer.
- Emousse la volonté et altère la motivation.
- Altération croissante des capacités à s'engager et à rebondir.
- Maux de tête ou des migraines.

#### **Les sages femmes de la wilaya de Bejaia :**

- Exercent leurs métiers dans les différentes maternités en suivant un ordre horaire déterminé.
- Dispensent les soins nécessaire pour les femmes; avant, pendant et après l'accouchement.
- Assistent les femmes pendant l'accouchement.
- Collaborent avec les praticiens de la santé.
- Gèrent en permanence des relations et des interactions avec leur patientes et leurs collègues, ainsi qu'avec l'administration et la hiérarchie médicale.
- Sont des praticiennes exerçant une profession médicale à compétence limitée au diagnostic.
- Surveillent la grossesse et pratiquent l'accouchement.
- Assurent la supervision et donnent les conseils nécessaires à la femme enceinte.
- Prodiguent les soins au nouveau né et au nourrisson.



**Préambule :**

Le burn-out ou le syndrome d'épuisement professionnel semble être « une maladie de la civilisation moderne » qui surgit de plus en plus, atteignant surtout les professionnels de santé. Malgré la fréquence de ce phénomène, le concept d'épuisement professionnel est peu clair, car il est lié à d'autres états psychiques.

Dans ce chapitre, nous avons tenté d'apprendre plus sur le burn-out ; en commençant par son origine, ses définitions, ses symptômes ainsi que ses dimensions et les étapes de son installation ; puis nous allons évoquer les différentes théories du burn-out et ses mesures et nous terminerons avec les meilleurs moyens de prévention.

**1- Origine et définitions de l'épuisement professionnel :**

Il y a 41 ans, l'américain Freudenberger (1974,1975) a introduit le terme « burn-out» qui est traduit en français par l'expression « épuisement professionnel ». Depuis, le concept d'épuisement professionnel n'a cessé d'attirer l'attention de nombreux chercheurs dans plusieurs pays. Toutefois, ce phénomène n'a pas été reconnu d'emblée par la communauté scientifique de l'époque.

En effet, Maslach, une autre pionnière dans le domaine, s'est vue retourner, par certains éditeurs de prestigieuses revues scientifiques, un article qu'elle avait écrit avec un collègue. Le dit article était accompagné d'une courte note des éditeurs disant qu'ils ne l'avaient pas lu parce qu'ils ne publiaient pas d'articles relevant de la psychologie populaire («pop» psychology). L'article en question portait sur le développement du Maslach Burnout Inventory (MBI) lequel, à ce jour, s'avère être l'instrument de mesure de l'épuisement professionnel le plus utilisé dans les recherches à travers le monde.

**(Louise G., 2004, p.7).**

Le terme « burnout » correspondant au concept d'épuisement professionnel a fait son apparition dans la littérature scientifique au milieu des années 70 aux États-Unis dans deux articles écrits par Freudenberger (1974, 1975). Psychanalyste de formation, Freudenberger a utilisé le terme burnout pour décrire son propre état d'épuisement physique et psychologique alors qu'il travaillait bénévolement dans des cliniques gratuites tout en maintenant sa pratique privée.

Freudenberger et ses collègues (travailleurs Sociaux, psychologues, médecins et personnes sans formation professionnelle) travaillaient à un rythme effréné afin d'aider un très grand nombre de jeunes qui avaient tout laissé tomber pour s'adonner à la drogue.

Après quelques mois de travail très intense, Freudenberger s'est mis à décrire ses émotions : épuisement, colère, dépression, arrogance et culpabilité face à sa famille (Freudenberger, 1987). C'est donc dans une perspective clinique que le phénomène d'épuisement professionnel a pris son essor. Suite à son expérience, Freudenberger cité dans **(Gold Y., &Roth R., 1993 p.10)** définit l'épuisement professionnel comme étant un syndrome dont les symptômes sont l'épuisement, une négligence de ces propres besoin,

un engagement et une dévotion à une cause, un travail très intense et sur une longue période de temps, une pression qui vient de l'extérieur et de l'intérieur de la personne et un don trop grand de soi à des clients dans le besoin.

Après la publication des deux articles de Freudenberger (1974, 1975), le sujet de l'épuisement professionnel a fait couler beaucoup d'encre d'où jaillirent diverses définitions de l'épuisement professionnel.

Parmi les premières définitions, on note celle de **Cherniss (1980)**. Pour lui l'épuisement professionnel est un processus qui commence par des niveaux excessifs et prolongés de tension au travail. Selon l'auteur, ce stress entraîne chez le travailleur des sentiments de tension, d'irritabilité et de fatigue. Le processus d'épuisement professionnel est complété lorsque le travailleur s'adapte de façon défensive à cette tension au travail en se détachant psychologiquement de son travail et en devenant apathique, cynique et rigide.

De leur côté, **Edelwich et Brodsky (1980)** insistent aussi sur le caractère progressif de l'épuisement professionnel. Pour ces derniers, l'épuisement professionnel renvoie à une perte progressive d'idéalisme, d'énergie et de but. Cette perte est ressentie par des individus qui œuvrent dans des professions d'aide et elle est tributaire de leurs conditions de travail.

Pour **Freudenberger et Richelson (1980)**, l'épuisement professionnel est un état de fatigue ou de frustration qui survient suite à une dévotion à une cause, à un style de vie ou à une relation qui n'ont pas réussi à produire les récompenses anticipées. Selon ces auteurs, l'individu épuise ses ressources physiques et mentales et il s'use en tentant désespérément d'atteindre des buts irréalistes qu'il s'impose ou qui lui sont imposés par les valeurs de la société.

Selon **Farber (1983, 1984)**, l'épuisement professionnel peut être considéré comme l'étape finale dans une progression de vaines tentatives visant à s'adapter à des conditions stressantes perçues comme négatives. Ainsi, l'épuisement professionnel ne serait pas une conséquence directe du stress. Il résulterait plutôt d'une difficulté à composer avec le stress qui est souvent inévitable dans les professions d'aide.

**Pines et Aronson (1988)** définissent l'épuisement professionnel comme étant un état d'épuisement physique, émotionnel et mental qui atteint les individus engagés sur une longue période de temps dans des situations exigeantes sur le plan émotionnel. Selon eux, l'épuisement professionnel comporte trois composantes. La première composante est l'épuisement physique dont les caractéristiques sont: un bas niveau d'énergie, une fatigue chronique et de la faiblesse. La seconde composante qui est l'épuisement émotionnel renvoie essentiellement à des sentiments d'impuissance, de désespoir et d'impression d'être coincé ou pris au piège. Enfin, la troisième composante a trait à l'épuisement mental qui se caractérise par le développement d'attitudes négatives envers soi, le travail et la vie.

Issue de nombreuses recherches empiriques, la conceptualisation tripartite de l'épuisement professionnel de Maslach et ses collègues (**Maslach & Jackson, 1981, 1981; Maslach, Jackson, & Leiter, 1996; Maslach, 1999**) est sans contredit celle la plus utilisée actuellement dans les recherches sur ce sujet. Ces auteurs définissent l'épuisement

professionnel comme étant une expérience de stress individuel inhérent à un contexte de relations sociales.

Selon eux, le concept d'épuisement professionnel comporte trois composantes: un stress, une évaluation des autres et une évaluation de soi. Plus spécifiquement, Maslach et ses collègues définissent l'épuisement professionnel comme étant un syndrome psychologique caractérisé par de l'épuisement émotionnel (composante stress), par de la dépersonnalisation (évaluation des autres) et par une diminution du sentiment d'accomplissement personnel (évaluation de soi). Ce syndrome pouvant se manifester chez des individus qui travaillent avec d'autres individus.

L'épuisement émotionnel fait référence au sentiment d'avoir épuisé ses ressources émotionnelles. L'individu se dit alors fatigué et en manque d'énergie. Quant à la dépersonnalisation, elle renvoie à une attitude négative, insensible, très détachée et déshumanisante envers les clients et leurs besoins. Enfin, la diminution du sentiment d'accomplissement personnel se réfère à un déclin du sentiment de compétence et de réalisation face au travail.

Dans le cadre de cette définition, le processus d'épuisement professionnel semble donc atteindre son apogée quand l'énergie se transforme en épuisement émotionnel, quand l'engagement se convertit en détachement et quand le sentiment d'accomplissement se métamorphose en image négative de soi, en cynisme et en amertume (**Brock B., & Grady M., 2000, p.13**).

De l'ensemble de ces définitions, il ressort quelques éléments importants qui caractérisent et contribuent à l'émergence chez un individu du syndrome d'épuisement professionnel.

Pour Robert Kahn, le burn-out est « un syndrome d'attitudes inadéquates à l'égard des clients et de soi-même, souvent lié à des symptômes physiques et émotionnels désagréables (**Kahn R., 1978, p.38**).

Pour Maslach, c'est « un syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de perte du sentiment d'efficacité personnelle, susceptible de survenir chez des sujets travaillant, de quelque façon que ce soit, avec d'autres êtres humains. Il s'agit d'une réaction à la charge émotionnelle chronique naissant lorsque l'on s'occupe durablement d'autres personnes, en particulier lorsqu'elles sont dans le besoin ou ont des problèmes » (**Maslach C., 1982, p.3**).

L'équipe de Berkeley dut pourtant reconnaître qu'un phénomène similaire affecte d'autres types de professions, même si des causes différentes semblent à l'œuvre. Le burn-out est alors réservé aux professions d'aide, tandis que l'ennui (*tedium*) s'applique aux professions non soignantes (**Pines A., & Aronson E., 1981, p.3**).

D'autres auteurs tentent de définir le burn-out comme un état, parfois comme la phase finale d'un processus, mais leurs propositions posent la question du seuil arbitraire à partir duquel l'individu est ou non en burn-out. Ainsi, le burn-out est-il défini comme « un état

d'épuisement physique, émotionnel et mental lié à une longue exposition à des situations exigeant une implication émotionnelle importante»

Ainsi pour (Pines et Aronson, 1988), le burn-out est « un état de fatigue ou de frustration, occasionné par un événement, un style de vie ou une relation qui ne produit pas le bénéfice escompté»

Pour (Freudenberger et Richelson, 1980), comme « un état dysphorique et dysfonctionnel, lié aux attentes professionnelles, d'un individu ne présentant pas de troubles psychopathologiques plus marqués, ayant fait preuve, dans des conditions professionnelles similaires, de performances et de réactions émotionnelles adaptées, et qui sans aide extérieure ou modification de ses conditions de travail, est dans l'incapacité de revenir à ses niveaux antérieurs » (*Brill P., 1984, p.4*).

À cette conception statique, certains auteurs préfèrent une approche dynamique, où le burnout est défini comme « un processus où se retranche un collaborateur jusqu'ici impliqué, en réaction aux exigences et au fardeau de son travail » (Cherniss, en 1980)

Ou comme « une diminution progressive de l'idéalisme, de l'énergie, de l'ambition et de la participation, résultant des conditions de travail » (Edelwich et Brodsky, en 1980).

Quoique plus larges, ces définitions continuent à confiner l'étiologie du burn-out à une sphère strictement professionnelle ; quant à la symptomatologie qu'elles mettent en avant, elle demeure relativement vague.

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

## 2- Les grands modèles théoriques de l'épuisement professionnel

Il existe de nombreux modèles du burn-out, dont nous ne présenterons ici sommairement que les principaux, dans leur chronologie d'apparition. Les approches de type psycho-social intègrent le burn-out dans des hypothèses étiologiques beaucoup plus larges, qui dominent actuellement la littérature.

**2.1- Le modèle de Freudenberger :**

Fait d'un engagement excessif, répondant à une demande trop intense, la cause du burn-out, désigné comme la « maladie du battant ». Les salariés les plus engagés sont aussi les plus exposés car, dictées par l'idéalisme et la recherche de buts tels que la reconnaissance et la gratitude, leurs attentes sont rapidement attaquées par la confrontation à la réalité et la routine (Freudenberger, 1974). De sorte que le burn-out est «un état de fatigue et de frustration, de dépression, provoqué par l'engagement dans une cause, un mode de vie ou une relation et qui échoue à produire les résultats escomptés»

**(Freudenberger H., & Richelson G., 1980, p.13).**

**2.2- Le modèle de Cherniss :**

Fait du burn-out un processus se déroulant en trois étapes : une étape de stress professionnel, où les exigences dépassent les ressources du sujet, fait place à une étape de tension (*strain*), réponse émotionnelle au stress dominée par l'accablement, l'anxiété et l'épuisement. La dernière phase, dite de « coping 3défensif », amène diverses modifications attitudinales et comportementales ne procurant qu'un soulagement passager (détachement, cynisme, demandes de gratifications<). Ce modèle transactionnel est l'un des premiers à envisager le burn-out comme un processus résultant des interactions entre huit facteurs liés au travail (charge de travail, autonomie, isolement social, etc.) et deux facteurs individuels (orientation de carrière et soutien extra professionnel). Le burn-out est ici considéré comme le résultat d'un « choc » entre la réalité du travail de terrain quotidien et la mystique ou la mythologie professionnelle **(Cherniss C., 1980, p.10).**

**2.3- Le modèle de Lauderdale:**

Distingue trois stades de burn-out : la confusion (sentiment vague que quelque chose ne va pas), la frustration (insatisfaction, colère, changement de travail, dorsalgies et migraines modérées, etc.) et le désespoir (sentiment d'insuffisance et d'absurdité, cynisme, méfiance, apathie). Le burn-out résulte ici de la déception lorsque la réalité ne répond pas ou plus aux attentes que le sujet avait placées dans son travail, sa carrière, sa vie personnelle, etc. Si le burn-out n'a émergé que récemment dans l'histoire (le galérien romain, le serf médiéval ne souffraient pas de burn-out), c'est en raison de bouleversements civilisation els, notamment après-guerre : l'accélération des temps sociaux, depuis les relations internationales jusqu'aux rythmes individuels, empêche ou limite toute prévisibilité sur l'avenir, affectant tous les rôles sociaux qu'endosse un individu, pouvant lui donner l'impression qu'il se trouve embarqué dans une voiture folle **(Lauderdale M., 1982, p.10).**

**2.4- Le modèle de Meier :**

Définit le burn-out comme « un état dans lequel les individus attendent du travail une faible récompense mais une forte punition, en raison du manque de renforcements auxquels ils attribuent de l'importance, de résultats contrôlables, ou de compétences personnelles». Meier distingue en effet quatre types d'attentes contribuant au burn-out : les attentes de renforcements positifs ; les attentes de punitions ; les attentes portant sur la contrôlabilité des renforcements, et celles portant sur leur contrôlabilité par le sujet lui-même. Lorsque les

attentes de punitions sont élevées et que les trois autres types sont faibles, le sujet développe un pronostic pessimiste de la situation, caractéristique du burn-out (**Meier S., 1983, p.11**).

### 2.5- Le modèle de Pines et Aronson :

Définit le burnout comme « un état d'épuisement physique, émotionnel et mental provoqué par une longue implication dans des situations émotionnellement exigeantes ». Il adopte une perspective existentialiste, considérant que la motivation à choisir une profession de la relation d'aide est liée à un besoin de croire que la vie fait sens et que chaque action est précieuse et utile à son prochain (ici, le soigné ou l'usager). (**Pines A., & Aronson E., 1988, p.11**).

### 2.6- Le modèle de Maslach et Leiter :

Le burnout est un syndrome tridimensionnel, résultant d'un stress cumulatif et associant constamment (Maslach et Leiter, 1997 ; Maslach et Leiter, 2008) : – l'épuisement émotionnel, – la déshumanisation de la relation (Leiter et Maslach, 2009), – la perte du sentiment d'accomplissement personnel

Dans ce modèle séquentiel, l'épuisement émotionnel constitue la première étape du processus et sa pierre angulaire, entraînant l'apparition réactionnelle d'un processus de déshumanisation. Le sentiment d'accomplissement personnel s'éteindrait en parallèle, de sorte que certains modèles alternatifs considèrent le burn-out comme un processus bi- et non tridimensionnel (épuisement émotionnel et baisse du sentiment d'accomplissement personnel).

L'étiologie du burn-out est ici organisationnelle, puisque sont identifiés six facteurs : la surcharge de travail, le manque de contrôle, l'insuffisance des rétributions, l'effondrement du sentiment collectif, les manquements à la justice et les conflits de valeurs (**Maslach C., & Leiter M., 1997, p. 11**).

## 3. Les approches de l'épuisement professionnel

### 3-1 L'approches psycho-sociale :

Elle permet d'étudier simultanément le développement psychologique d'un individu donné et son interaction dans un environnement social. En milieu de travail, il s'agit de confronter les caractéristiques individuelles du sujet (âge, sexe, ancienneté, formation, compétences, ressenti, etc.) et les dimensions collectives du travail (relations interpersonnelles, management, organisation, etc.), auxquelles s'ajoute parfois l'analyse de l'activité elle-même. Ces approches, qui ressortissent à la fois de la psychologie, de la sociologie et des sciences de gestion, sont nombreuses ; nous ne mentionnerons donc ici que les principales.

Bien qu'elle constitue une théorie générale du stress, la théorie de la préservation des ressources a rapidement été appliquée, par son auteur même, au burnout ; elle est

aujourd'hui très largement utilisée dans la recherche sur le burnout. Son hypothèse fondamentale est que tout individu cherche à acquérir, préserver, garantir et accroître un ensemble très vaste de ressources matérielles, sociales, économiques et psychologiques. Ces ressources sont valorisées pour elles-mêmes ou pour les autres ressources qu'elles permettent d'acquérir. Le stress survient lorsque les ressources sont effectivement diminuées ou simplement menacées, ou lorsque l'engagement de certaines ressources produit un surcroît de ressources inférieur au gain escompté. La théorie de la préservation des ressources repose sur deux principes : d'une part, la perte des ressources, à quantités égales, un impact disproportionné par rapport au gain de ressources ; d'autre part, les individus doivent nécessairement investir des ressources pour se protéger de la perte de ressources ou en acquérir de nouvelles (**Hobfoll S., 1989, Hobfoll S. & Freddy G., 1993, Hobfoll S., 2001 p.13**).

Comme la théorie de la préservation des ressources, d'autres courants de pensée sont communément utilisés pour expliquer le burn-out, bien qu'ils ne lui soient pas spécifiques. Sans prétendre à l'exhaustivité, citons par exemple les théories de l'équité et de la justice organisationnelle, fort influentes dans la recherche sur le burnout grâce au dynamisme de « l'école hollandaise » (W. Schaufeli, A. Bakker, E. Demerouti, etc.), selon les quelles tout sujet compare sa situation avec celle d'autres individus de référence. Le critère de comparaison est le ratio avantages / contributions, où les avantages englobent par exemple le salaire, le statut, la reconnaissance, etc., et où les contributions regroupent la formation détenue, l'ancienneté, les efforts fournis, etc. Un malaise est susceptible de s'instaurer dès lors que le sujet perçoit un déséquilibre en sa défaveur, mais aussi — paradoxalement — en sa faveur. Le burnout peut ainsi survenir lorsque le sujet estime qu'une situation ou une relation est moins équitable pour lui que pour les tiers de référence s'y trouvant également engagés (collègues, patients, clients, etc.).

Conceptuellement assez proche des théories de la justice organisationnelle, Le modèle efforts/récompenses ne considère que les besoins essentiels de l'individu (estime de soi, sentiment d'autoefficacité, etc.) soient renforcés par l'organisation pour laquelle il travaille à un triple niveau : l'argent, l'estime (respect, justice procédurale) et les opportunités de carrière. Un déséquilibre entre efforts perçus et récompenses attendues est générateur de tension psychique (**Siegrist J., 1996 p.13**).

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

### 3-2/L'approche psycho-dynamique:

Repose sur un retournement paradigmatique majeur : identifiant le conflit central opposant l'organisation du travail et le fonctionnement psychique du sujet, Christophe Dejours prend acte de ce que dans l'immense majorité des cas, les travailleurs réussissent « à



conjuger la folie, en dépit des contraintes délétères de l'organisation du travail » (*Dejours I., 1993, p.13*).

Du même coup, c'est la normalité qui s'érige en énigme, équilibre fondamentalement instable entre la souffrance et les défenses mises en place contre elle, à titre individuel ou collectif. La souffrance est ici définie comme cet état de lutte que vivent les travailleurs pour ne pas « tomber malades », constituant par conséquent un espace entre santé et maladie. Dejours démontre que le travailleur est soumis à des excitations endogènes ou exogènes engendrant une tension psychique inévitable, qui ne peut se décharger qu'en présence d'exutoires liés au travail ; en l'absence de tels exutoires, la souffrance s'installe. En d'autres termes, plus l'organisation du travail est rigide, moins le travailleur sera en mesure de faire coïncider sa façon de faire son travail et ses capacités ou ses désirs, ouvrant la voie à la souffrance (Alderson, 2004). Les activités de service ou de soin, par essence « immatérielles » ou « invisibles », présentent une particularité supplémentaire : le travail y est évalué par l'usager — *et parfois par lui seul*. La substitution de la reconnaissance (par exemple, par les pairs) par la gratitude de l'usager peut conduire à de véritables « dénis de reconnaissance », dont l'alimentation du narcissisme par le surinvestissement de la relation à l'usager peut tenter de protéger (*Dejours C., & Gernet I., 2012, p.14*).

#### 4. Les dimensions d'épuisement professionnel :

##### 4-1 L'épuisement émotionnel :

Ce premier volet du trépied du syndrome d'épuisement professionnel se caractérise par diverses manifestations. Le soignant présente des crises d'énervement et de colère et certaines difficultés d'ordre cognitif comme de la distraction et des difficultés à se concentrer. Il oublie de répondre aux demandes même anodines de ses clients et se retrouve dans l'incapacité à vivre tout sentiment. Incapable d'exprimer la moindre faiblesse, ni même une émotion, des comportements de contrôle amènent froideur et distance avec le patient. (*Delbrouck M., 2007, p.125*)

##### 4-2 La dépersonnalisation ou Déshumain :

La dépersonnalisation est caractérisée par une attitude négative et détaché de la part d'individus envers les personnes avec qui il interagit dans son contexte professionnel (collègues, clients, usagers, patient, etc....) qui finissent par être traités tels des objets. En établissant des barrières émotionnelles entre lui, les personnes qui l'entoure et les situations susceptibles d'exiger trop d'énergie de sa part, l'individu met en place spontanément un mécanisme de défense qui lui fait **si condition cruellement défaut**.

Ce détachement excessif est souvent accompagné d'une perte d'idéalisme. La composante de dépersonnalisation a la dimension inter personnel du phénomène du burn out.



#### 4-3 L'accomplissement personnel :

Dans ce stade l'individu va porter un regard particulièrement positif et valorisant sur la plupart de ces réalisations et accomplissement personnels et professionnel. Il est motivé, et son estime de soi s'en ressent. La confiance en soi résultant de ce type d'attitude est associée à une capacité à faire aux obligations professionnelles. **(Maslach C., & Leiter M., 2011, p12).**

#### 5. La mesure de l'épuisement professionnel :

De très nombreux instruments de mesure ont été utilisés pour évaluer l'épuisement professionnel et parmi ces instruments on a choisi certaines mesures qui sont comme suit :

- Burnout Questionnaire de Freudenberger et Richelson (1980),
- Individual Burnout Symptomatic Questionnaire d'Appelbaum (1980),
- Staff Burnout Scale de Jones (1980),
- Emener-Luck Burnout Scale d'Emener, Luck et Gohs (1982),
- Job Burnout Inventory de Ford, Murphy et Edwards (1983),
- Meier Burnout Assessment de Meier (1984),
- Energy Depletion Index de Garden (1985),
- Cherniss Burnout Measure de Burke et Deszca (1986),
- Matthews Burnout Scale for Employees de Matthews (1986),
- Teacher Burnout Scale de Seidman et Zager (1986-1987),
- Boudreau Burnout Questionnaire (2006),
- Bergen Burnout Inventory (2010).
- Le Spanish Burnout Inventory (ou Cuestionario para la evaluación de síndrome de quemarse por el trabajo, CESQT)

Mais la psychométrie du burn-out est dominée sans partage par le **Maslach Burnout Inventory** (MBI), qui était près de 90 % des publications scientifiques.

Un certain nombre d'autres échelles, parfois plus récentes, proposent des alternatives théoriques et pratiques intéressantes au MBI. Toutes sont auto administrées, c'est-à-dire remplies par le répondant lui-même.

Le Maslach Burnout Inventory est, dans sa version originale (dite Human Services Survey) (Maslach et Jackson, 1981), constitué de 22 questions qui explorent trois échelles :

- l'épuisement émotionnel (9 items) ;
- la dépersonnalisation (déshumanisation, ou cynisme) (5 items) ;
- le sentiment d'accomplissement personnel (8 items).

Le lien entre le MBI et le concept de burn-out est flou ; si l'on s'en tient à sa définition, le burn-out résulterait de la simultanéité de ses trois composantes. Maslach et Jackson insistent sur le fait que la cotation sur chacune des trois sous échelles est distincte des deux autres et que les trois scores ne peuvent pas être additionnés en un score total. Autrement dit, il existe un niveau distinct de burn-out pour chacune des trois dimensions, qui possède ses propres précurseurs et ses propres conséquences indépendantes des deux autres.

## 6. LES ÉTAPES d'installation de l'épuisement professionnel :

### 6-1/ L'enthousiasme idéaliste

Il s'agit d'une attitude qui caractérise plutôt le débutant, avec des attitudes chimériques, des espoirs irréalistes, une attente inadaptée à la gravité ou à la chronicité des troubles. Tout cela est associé à un surinvestissement dans sa fonction propre et à un très important niveau d'énergie consacré aux soins, d'où cette notion de "brûlure". L'individu qui s'essouffle a l'impression que le travail va remplir sa vie et combler toutes ses carences, ce qui explique une importante déperdition d'énergie qui contraste avec le peu d'efficacité constatée.

C'est là tout le problème de la relation d'aide : l'Homme est un être de dialogue et il doit, pour s'épanouir, aller au-devant d'autrui. Mais s'il se donne trop, il se brûle et risque d'être grignoté ou dévoré par celui dont les demandes sont intarissables à qui il faut enseigner l'acceptation de la frustration.

### 6-2/ La stagnation inefficace

Le travail perd son aspect primordial. Il se produit un désinvestissement progressif qui fait qu'il n'est plus vécu comme excitant. En revanche, les revendications personnelles prennent la première place (aménagement d'horaires, revenu, promotion), comme si l'individu avait la sensation qu'il s'était "fait avoir" et cherche une réparation externe. Le travail, d'excellent objet qu'il était, devient un objet qui nous a abusés. Le "Moi" s'est appauvri au cours de cette expérience qui a consisté pour lui à travailler à perte.

### 6-3/ Le sentiment de frustration

C'est à ce moment-là que se développent classiquement les troubles physiques, comportementaux et émotionnels décrits par la suite. Le sujet s'interroge sur le sens de son travail, remet en cause ses choix, se sent mal, n'a plus envie de travailler.

Il doute de son efficacité dans la relation d'aide. S'installe alors une période de questionnement sur la pertinence de ses choix professionnels. L'envie de mutation ou de reconversion survient, associée à l'impression qu'il ne pourra rien faire d'autre, qu'il est un bon à rien.

C'est à ce moment crucial que la réaction dépressive le guette.

### 6-4/ L'apathie désabusée et la position de sécurité

L'individu se sent presque chroniquement frustré au travail, tout en reconnaissant qu'il en a besoin pour des raisons purement économiques, ce qui est quelque peu réducteur et lui renvoie une image dévalorisée de lui-même.

Il cherche alors à éviter les conflits et les relations humaines, se met sur la touche, se protège de tout ce qui pourrait le mettre en danger. (*Grebot E., 2008, p.119, 120,121*)

## 7. Les symptômes de l'épuisement professionnel

L'individu souffrant peut présenter plusieurs signes cliniques comme la fatigue psychique, émotionnelle et physique.

### 7.1/ Sur le plan physique :

On remarque des signes et des symptômes somatiques non spécifiques comme une fatigue ou une lassitude, des troubles du sommeil, des infections rhinopharyngées, grippales ou pseudo-grippales prolongé ou répétées. Les troubles fréquents du comportement alimentaire tiennent une place particulière dans une population jeune et essentiellement féminine. **(Canoui P., & Mauranges A., 2008, p.9).**

### 7.2/ Sur le plan psychique :

On note des manifestations inhabituelles pour le sujet telles qu'une irritabilité trop importante, une sensibilité accrue aux frustrations, une labilité émotionnelle marquée, reflet d'une surcharge émotionnelle, une méfiance, une rigidité envers autrui, une attitude cynique ou de toute puissance. **(Wiertz R., 2012, p.21)**

### 7.3/ Sur le plan comportemental :

Sur ce plan, on observe des manifestations moins habituelles pour le sujet : en effet, on note l'installation d'attitudes dites défensives : une rigidité, une résistance excessive au changement, des attitudes négatives, pessimistes. On constate un pseudo-activisme : le sujet passe encore plus de temps sur son lieu de travail alors que, sans s'en rendre compte son efficacité ne fait que décliner.

L'évolution se fait vers un état de fatigue qui s'accroît avec le temps. Le sujet peut alors être amené à faire usage d'alcool ou recourir à l'automédication, de psychotropes pour tenir le coup.

Aux yeux de ses collègues le sujet paraît déprimé, cependant fait de grand effort pour tenir son poste dans un contexte peut-être gratifiant. Paradoxalement ne peut quitter un travail devenu source de souffrance, réalisant ainsi un tableau d'acharnement au travail, ce comportement pathologique est marqué par un présentisme anormal au travail.

D'autres réactions sont possibles face à cet état d'épuisement : un désir de changement, parfois radical, voire un évitement, une fuite du travail qui devient intolérable. On observe alors un absentéisme progressif, répété et aggravant. **(Canoui P., & Mauranges A., 2008, p.10)**

Les symptômes de l'épuisement professionnel sont trop nombreux c'est ce qui nous a poussés à rajouter d'autres. On a jugé nécessaire et essentiel d'intégrer ces différents symptômes :

### 7.4/ Symptômes d'alerte de la phase initiale :

#### 7.4.1. Consommation énergétique excessive :

- hyperactivité
- heures supplémentaires volontaires et non payées
- sentiment d'être indispensable
- sentiment de ne pas avoir le temps
- déni des échecs et des déceptions
- limitation des relations sociales aux seuls clients ou usagers

#### 7.4.2. Epuisement :

- impossibilité de s'arrêter, de marquer une coupure
- manque d'énergie
- sommeil non réparateur
- élévation du risque d'accident

#### 7.4.3. Réduction de l'engagement :

- **envers les clients, patients, usagers, etc.**
  - désillusionnement
  - perte des sentiments positifs à l'égard des clients
  - prise de distance évitement des relations avec les clients et/ou les collègues
  - troubles de l'attention au contact des clients
  - substitution de la relation d'aide par une relation de surveillance et de contrôle
  - imputation des problèmes aux clients
  - meilleure acceptation de moyens de contrôle comme les tranquillisants ou les punitions
  - catalogage des clients en stéréotypes
  - utilisation plus fréquente du jargon professionnel
  - déshumanisation
- **Envers autrui en général**
  - incapacité de donner
  - froideur
  - perte d'empathie
  - incompréhension
  - difficultés à écouter
  - cynisme
- **envers le travail**
  - perte de l'idéalisme
  - désillusionnement
  - disposition négative vis-à-vis du travail
  - réticence et ras-le-bol
  - perte de l'envie d'aller au travail

- surveillance constante de l'heure
- fantasmes d'évasion
- rêveries diurnes
- multiplication des pauses
- heures d'arrivée retardées
- heures de départ avancées
- absentéisme
- importance donnée au temps libre, renaissance durant le week-end
- importance accrue donnée aux conditions de travail Matérielles

- **Relèvement des exigences**

- recentrage sur ses exigences propres
- impression d'un manque de reconnaissance
- impression d'être exploité
- jalousie
- problèmes familiaux
- conflits avec ses enfants

#### 7.4.4. Réactions émotionnelles :

- **Dépression**

- sentiment de culpabilité
- affaiblissement de l'amour-propre
- sentiment d'insuffisance
- pensées vagabondes
- apitoiement sur soi
- perte du sens de l'humour
- peur, angoisse, nervosité diffuses
- labilité thymique
- instabilité émotionnelle
- amertume
- émoussement, impression de vacuité
- impression de faiblesse
- envies de pleurer
- agitation
- sentiment de désespoir, d'impuissance
- pessimisme, fatalisme
- apathie
- idées suicidaires

- **Agressivité**

- imputation de la situation aux autres et au « système »
- reproches adressés à autrui
- minimisation de sa propre part
- impatience
- humeur maussade

- intolérance
- inaptitude au compromis
- irritabilité
- négativité
- colère et ressentiment
- disposition défensive voire paranoïde
- méfiance
- conflits fréquents avec autrui

#### **7.4.5. Démobilisation :**

- **Diminution de l'efficacité cognitive**
  - troubles de la concentration et de la mémoire
  - inaptitude aux tâches complexes
  - inexactitude
  - désorganisation
  - indécision
- **Démotivation**
  - perte de la capacité d'initiative
  - perte de productivité
  - grève du zèle
- **Perte de créativité**
  - moindre fantaisie
  - moindre flexibilité
- **Dédifférenciation**
  - manichéisme
  - résistance au changement de toute nature

#### **7.4.6. Superficialité :**

- **De la vie émotionnelle**
  - superficialité des réactions émotionnelles
  - indifférence
- **De la vie sociale**
  - amoindrissement de la sympathie ressentie ou exagération du lien à certaines personnes
  - évitement des contacts informels
  - recherche de contacts plus intéressants
  - évitement des conversations relatives à son propre travail
  - excentricité
  - recentrage de la préoccupation sur soi-même
  - solitude

**- De la vie spirituelle**

- abandon des hobbies
- désintérêt
- ennui

**7.4.7. Réactions psychosomatiques :**

- affaiblissement immunitaire
- trouble de sommeil
- cauchemars
- troubles sexuels
- rougissements
- palpitations
- sentiment d'oppression thoracique
- respiration courte
- accélération du pouls
- hypertension artérielle
- tensions musculaires
- mal de dos
- migraines
- tics
- dérèglements digestifs
- nausées
- ulcères gastroduodénaux
- prise ou perte de poids
- modification des habitudes alimentaires
- augmentation de la consommation d'alcool, de café, de tabac ou d'autres drogues

**7.4.8. Désespoir :**

- rapport négatif à la vie
- nihilisme, perte de sens
- idées suicidaires
- désespoir existentiel

**(Burisch, 2010, p. 25-26)**

**8. Les causes de l'épuisement professionnel :**

Le burn-out a été identifié initialement dans un cadre professionnel, il est donc évident que des facteurs relatifs au travail et à l'organisation de l'entreprise vont jouer un rôle important dans la souffrance des employés. Toute fois deux personnes travaillant dans la même entreprise ayant les mêmes compétences et les mêmes tâches ne présenteront pas forcément un burn-out. Ce sont donc des variables inter et intra-individuelles qui donneront

une indication de l'expression possible de burn-out chez un sujet. Malheureusement peu d'études ont été menées sur les caractéristiques du burn-out dans un milieu professionnel. Cet aussi on peut considérer les variables organisationnelles comme une métaphore possible de variables familiales.

### **8-1 / Les variables professionnelles et organisationnelles :**

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

Par ailleurs, en raison d'une plus grande facilité d'opérationnalisation, ce sont les variables directes de l'activité, du contenu de la tâche et de son contexte qui ont été étudiées.

Le burn-out, notamment sa dimension « épuisement émotionnel », est corrélé avec la charge (la lourdeur des horaires) et le rythme de travail. Cependant, des analyses plus fines montrent que ce qui sous-tend l'expression du burn-out n'est pas tant la réalité objective des demandes du travail que le sentiment de les contrôler.

Un autre corps d'études sur les variables du travail a trait aux caractéristiques du contexte de travail. En premier lieu les conflits de rôle, c'est-à-dire, lorsque les informations requises pour effectuer une mission sont contradictoires. Ou encore l'ambiguïté de rôle, lorsque ces informations sont inadéquates ou insuffisantes, sont des facteurs médiateurs du burn-out. Mais c'est avec l'étude sur le support social que les relations ont été mieux spécifiées.

En effet, un manque de soutien social des supérieurs hiérarchiques notamment, mais aussi de la part des collègues, augmente la vulnérabilité devant le burn-out. Il s'agirait d'un effet « tampon » qui modulerait la relation entre les stressés professionnels et le burn-out.

Donc le contexte de travail, les demandes professionnelles, le support social, le sentiment de contrôle sont importants dans le développement du burn-out. Ils montrent que le sujet et la relation à l'autre sont au cœur du développement du burn-out, d'où l'importance de l'étude des variables inter et intra-individuelles.

### **8-2 / Les variables inter et intra-individuelles :**

Les personnes n'évoluent pas de manière robotisée sur leur lieu de travail; elles construisent psychiquement les situations et les relations avec autrui. Elles apportent donc leurs capacités, leurs qualités, leurs difficultés et leur vision du monde. Des facteurs interindividuels sont donc présents ainsi que des facteurs personnels. Ces derniers sont étudiés sous deux angles, les facteurs démographiques et ceux liés à la personnalité.



Les facteurs individuels qui génèrent un burn-out s'articulent autour des victimisations vécues au travail. Les situations d'agressions, de conflits avec les usagers, Les brimades de la part des collègues, Le harcèlement, etc., Contribuent à l'expression du burn-out.

L'âge, Le sexe, Le niveau d'éducation ou le statut marital montrent des relations inconstantes avec le burn-out. Ainsi, les recherches se sont orientées sur les facteurs de personnalité. On retrouve des résultats comparables à ceux effectués pour le stress. En effet, un niveau de hardiesse important, un lieu de contrôle interne et des *copings* centrés sur le problème sont associés à des niveaux faibles de burn-out.

Il est donc plausible que certaines personnes souffrant d'un burn-out pathologique ne participent pas à ces études. On peut l'imaginer dans la mesure où l'épuisement émotionnel et le désengagement provoquent des attitudes cyniques, une fatigue intense. Elles seraient donc démotivées, ne repéreraient aucun accomplissement dans leur travail et se sentiraient inefficaces. Elles sont parfois dans une souffrance telle qu'elles peuvent ne plus être en poste, ou sont en arrêt de travail pour cause de « maladies ».

On peut donc entrevoir une explication des résultats inconsistants des variables individuelles et surtout s'interroger sur l'évaluation du burnout. (**Boudoukha A., 2009, p.25**)

## 9/ Les moyens de prévention

### Selon les professionnels de la santé ;

Pour éviter de s'épuiser au travail, il faut avant tout adopter une attitude moins rigide, plus souple envers soi-même. Apprendre à dire « non » et à accepter des charges de travail qui correspondent à ses capacités n'est pas un signe de faiblesse; c'est signe qu'on connaît ses limites.

- À l'extérieur du milieu de travail, les experts suggèrent de s'adonner régulièrement à des activités qui aident à gérer le stress. Par exemple, le yoga, la méditation, un sport ou une activité qui met à l'épreuve la créativité.
- Différents programmes existent dans la communauté pour éduquer les gens sur le stress et le surmenage. Ils sont parfois même offerts par les employeurs. Ils aident, entre autres, à revoir sa définition du bonheur et de la réussite professionnelle.
- Enfin, changer sa philosophie, restructurer ses pensées et revoir son attitude à l'égard du travail n'est pas une solution facile. Elle demande du courage. Mais elle est la première étape vers la réussite, beaucoup moins pénible et plus profitable que d'endurer avec résignation cet état d'épuisement.

**9.1/ La relaxation :**

La relaxation est une méthode utilisée en psychologie, consiste en un relâchement et une détente volontaire du tonus musculaire s'accompagnant d'une sensation de repos.

La relaxation est utilisée dans le traitement des individus hypertendus, tend à obtenir un relâchement généralisé du corps afin de modifier indirectement le psychisme des sujets qui s'y soumettent, par la détente qu'elle provoque et ces biens-faits. **(Norbert S., 2003, p.226).**

**9.2/ La thérapie de l'affirmation de soi :**

La thérapie de l'affirmation de soi se déroule le plus souvent en groupe, mais peut également être proposée de manière individuelle. Prendre en charge individuellement le patient dans le cadre du volet « affirmation de soi » n'est pas seulement centré sur l'épuisement professionnel, mais a une large souffrance psychologique.

Ainsi, on met en œuvre des jeux de rôle visant à amener une élaboration, un travail et une amélioration de leur compétence dans les relations sociales.

Ce jeu de rôle va consister à 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. **(Boudoukha A., 2009, p.97)**

**Synthèse:**

Comme synthèse de ce premier chapitre, on peut dire que le burn-out ou l'épuisement professionnel touche surtout les professionnels de santé et d'assistance sociale. Il se manifeste par un état d'épuisement physique, affectif et mental, un comportement inadéquat (indifférent, cynique, brutal) avec les patients et par une perte de confiance dans la compétence et réussite du travail de la personne victime de burn-out.

Il se manifeste aussi par une fatigue physique, un sentiment d'être émotionnellement « vidé », le manque d'enthousiasme au travail, l'humeur dépressive, l'irritabilité, un sentiment pénétrant de frustration, un détachement avec négativisme et diminution du sentiment de responsabilité, une réduction du temps de travail ou au contraire un surinvestissement peu productif.

**Préambule :**

La grossesse et l'accouchement sont des évènements naturels dans la vie d'une femme, ces deux événements ont toujours été le domaine des femmes, La sage-femme est formée pour être entièrement responsable des soins et des services durant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale pour la mère et le nouveau-né et ce, jusqu'à 6 semaines après la naissance.

**1/ Étymologie du mot sage femme :**

En Grèce antique, on parlait de maïeutique, ou « l'art d'accoucher », qui avec le temps et sous l'influence de Socrate a fini par désigner par métaphore, un mode d'échange philosophique, l'accouchement des esprits.

Dans « sage-femme », le mot « sage » est dérivé de *sapiens* (la connaissance, l'expérience, sources de sagesse) et le mot « femme » fait référence à la femme qui est l'objet de cette connaissance et qui a besoin d'accoucher. Du fait de cette fonction, la sage-femme s'est distinguée de la « matrone », choisie dans le village sur des critères surtout moraux, religieux, judiciaire, en particulier pour des questions matrimoniales.

L'origine du mot composé reste mal connue. En effet, le mot femme se référerait non pas, comme beaucoup d'auteurs l'ont écrit, à la praticienne mais à la parturiente (*Kergoat D., Yvonne G-C., & Vilbrod A., 2008, p.240*).

La définition donnée dans la première édition (1694) du Dictionnaire de l'Académie Française est la suivante : « On appelle ainsi celle dont le métier, la profession est d'accoucher les femmes ».

**2/ Définition de la sage femme :**

Une sage femme est définie comme une praticienne exerçant une profession médicale à compétence limitée au diagnostic et à la surveillance de la grossesse, et à la pratique de l'accouchement.

La sage femme se définit aussi comme une « personne ayant pour rôle la surveillance, les soins et les conseils des femmes tout au long de leur grossesse, pendant l'accouchement et dans la suite de couches (*Giard A., et al, 2002, p.816*).

La sage femme exerce une profession médicale à compétence professionnelle définie qui se limite à la physiologie, dès que la pathologie s'installe, la sage femme doit obligatoirement faire appel au médecin (*Mead M., 2002, p.3*).

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la « sage-femme » ou « maïeuticien » comme suit :

« Une personne qui a suivi un programme de formation reconnu dans son pays, a réussi avec succès les études afférentes et a acquis les qualifications nécessaires pour être reconnue ou

licenciée en tant que sage-femme. Elle doit être en mesure de donner la supervision, les soins et les conseils à la femme enceinte, en travail (accouchement) et en période post-partum, d'aider lors d'accouchement sous sa responsabilité et prodiguer des soins aux nouveau-nés et aux nourrissons. Ses soins incluent des mesures préventives, le dépistage des conditions anormales chez la mère et l'enfant, le recours à l'assistance médicale en cas de besoin et l'exécution de certaines mesures d'urgence en l'absence d'un médecin. La sage femme joue un rôle important en éducation sanitaire, non seulement pour les patientes, mais pour la famille et la préparation au rôle de parents et doit s'étendre dans certaines sphères de la gynécologie, de la planification familiale et des soins à donner à l'enfant. La sage-femme peut pratiquer en milieu hospitalier, en clinique, à domicile ou en tout autre endroit où sa présence est requise. »

Il s'agit là de la définition reprise internationalement pour cette profession.

### **3/ L'historique de la sage femme :**

À la fin du XVIe siècle, l'accouchement appartient encore à la communauté féminine; c'est l'époque «des leveuses d'enfants», des matrones. C'est par la pression conjuguée de l'Église et de l'État que va s'effectuer la différenciation entre sages-femmes et matrones. La matrone, sans formation officielle, exerçant en libéral à la demande des familles, sera remplacée par la sage-femme, connue, contrôlée et assermentée par les autorités religieuses qui lui permettent de pratiquer l'ondolement.

Au début du XVIIIe siècle, face aux taux élevés de mortalité maternelle et néonatale, l'état met en place une formation sur l'ensemble du territoire. C'est à cette époque que Marguerite Le Boursier Du Coudray (1712-1792), sage-femme, se déplace de province en province pour enseigner aux sages femmes, aux chirurgiens et aux médecins un «art » que les hommes ne connaissent pas.

Des maternités-écoles sont créées. C'est en 1760 que les chirurgiens, ayant convaincu le pouvoir royal de la supériorité de leur compétence, obtiennent la responsabilité de la formation des sages-femmes.

Le XIXe siècle est une période plutôt favorable pour les sages-femmes, dont le nombre ne cesse d'augmenter.

Au début du XXe siècle, la profession connaît une grave crise. La concurrence des médecins (création du corps des médecins-accoucheurs en 1882) et la faiblesse des honoraires ont fragilisé la profession et conduit certaines sages-femmes à la pratique de l'avortement. En effet, on comptait 13 011 sages-femmes en 1906, elles n'étaient plus que 11 286 en 1936. Face à cette situation, la solution consista à améliorer leur formation et à diversifier leur activité en direction de la surveillance à domicile des grossesses et de la participation aux consultations maternelles et infantiles.

Intégrées en milieu hospitalier, en protection maternelle et infantile et dans le secteur libéral et disposant d'un ordre (1945), les sages-femmes forment désormais un corps

professionnel constitué, régi par un ensemble de textes réglementaires (*Carayol M., 2004, p.98*).

Au Maghreb la sage-femme est désignée sous le terme de kebla, pour **Ibn khaldoun**, la sage-femme met au monde le nouveau-né en le tirant doucement de la matrice, après avoir fait tous les préparatifs nécessaires, et avant de donner au bébé tous les soins qu'il faut, c'est en général un métier de femme parce que seule les femmes peuvent voir les parties sexuelles d'autre femmes.

La kabla nom arabe de la sage-femme, signifie qu'elle reçoit l'enfant que lui donne l'accouchée (*Rhissassi F., & Amiti K., 2006, p.72*)

#### **4/ La formation de sage femme en Europe:**

L'Ordre national des sages-femmes ont classé les Particularités universitaires selon leur pays :

##### **4.1. Sage-femme au Canada**

Il faut faire partie de l'ordre des sages-femmes du Québec pour avoir droit de porter le titre. Il est important de noter, cependant, que la sage-femme est une professionnelle limitée puisqu'elle est en mesure de pratiquer seulement quelques actes médicaux de base. Toute complication survenant durant la grossesse ou l'accouchement nécessite une intervention et un suivi par un médecin spécialisé en obstétrique ou en médecine de famille.

##### **4.2. Sage-femme en Suisse**

La profession reste cependant un métier paramédical au même titre que celui d'infirmier. En Suisse Romande il existe deux façons de devenir sage-femme. La première est d'intégrer la filière sage-femme de La Haute École de Santé de Genève (HEdS). Cette école accueille en moyenne 35 étudiantes par année. Ce cursus dure 3 ans et aboutit à un diplôme Bachelor. La seconde est d'intégrer l'école de Lausanne, pendant 2 ans, après avoir déjà acquis le diplôme d'infirmière.

##### **4.3. La sage femme aux Etats-Unis :**

Il existe deux voies pour devenir sage-femme aux États-Unis : celle des infirmières sages-femmes, et celle des sages-femmes.

Infirmière sage femme aux États-Unis, les « infirmières sages-femmes » sont des infirmières puéricultrices, ayant suivi une formation complémentaire pendant deux années supplémentaires en maîtrise, pour se spécialiser comme sages-femmes.

Les Sages femmes quant à leur formation, varie selon le mode d'obtention du diplôme : certaines sont diplômées directement d'une école de sage-femme, qui offre diverses formations de taille et de nature différentes. Certaines choisissent de s'inscrire au cursus des infirmières sages-femmes (American College of Nurse-Midwives ou ACNM) : toutes les sages-femmes qui empruntent cette voie doivent ensuite passer le même certificat d'aptitude, les autres acquièrent le statut de sage-femme à l'ancienneté.

#### 4.4. Sage-femme en Irlande

Certaines infirmières, après l'obtention de leur diplôme et une certaine expérience professionnelle, peuvent ensuite suivre une formation universitaire de spécialiste.

#### 4.5. Sage-femme en France

Cinq années d'études sont nécessaires pour accéder au diplôme de sage-femme. En effet, après la première année commune aux études de santé (PACES) sélectionnant le nombre d'étudiants admis à poursuivre leur formation, les études se déroulent ensuite en deux phases de deux ans chacune dans des Écoles rattachées aux UFR de la faculté de Médecine de la région.

### 5/ Les compétences de la sage femme:

#### 5.1/ Avant l'accouchement :

La sage femme doit montrer et expliquer aux femmes enceintes qu'elles ont la possibilité et le soutien nécessaire pour pouvoir vivre la grossesse et l'accouchement comme un acte dont elles sont considérées comme capables, et non comme des objets devant être délivrés de leur souffrance, surveillance médicale de la grossesse physiologique, la sage femme tient à jour un dossier obstétrical pour chaque cliente prise en charge.

La sage femme doit procéder au dépistage des grossesses à risque en effectuant les examens et actes suivants, ou en veillant qu'ils soient exécutés; examen des urines, vérification de la tension artérielle, mesure de la hauteur du fond utérin, palpation abdominale, auscultation des bruits du cœur fœtal, toucher vaginal et examen au spéculum, surveillance par cardiotocographie effectué par un médecin spécialiste et demande d'analyse du sang et autres examens complémentaires dans le cadre de l'exercice de l'obstétrique mais plus que cela la sage-femme se doit d'instaurer un climat de confiance entre elle et les futurs parents.

La sage-femme reconnaît les particularités socioculturelles de la femme et de sa famille, elle les respecte et essaye de répondre à leurs besoins, et aide les parents à comprendre le déroulement de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches ainsi que sur le développement du nouveau-né et son alimentation.

#### 5.2/ Pendant l'accouchement:

Pendant l'accouchement, la sage-femme aide la maman à mettre son enfant au monde en renforçant les compétences de cette maman et en l'entourant d'un savoir faire, elle doit aussi réaliser l'accouchement physiologique sous sa propre responsabilité en tenant compte des positions de la maman adoptées lors des efforts de poussée et de celles adoptées lors de la naissance, et en faisant appel à un médecin en cas de difficultés. **(Gasquet B., 2009, p.127).**

### 5.3/ Après l'accouchement :

Durant le séjour à la maternité la sage-femme prend en charge le duo mère enfant. Elle vérifie le bon déroulement des premiers jours du bébé, aide les mamans pour le bon déroulement de l'allaitement et veille au bon rétablissement de la femme. Elle assure la consultation post-natale, et peut prescrire une contraception en post-partum. **(Marion C., 2004, p.100)**

### 6/ Le rôle de la sage femme:

La sage femme accompagne et surveille de façon globale et autonome les femmes en bonne santé et les nouveau-nés à partir de leur conception, pendant et après la naissance et stimule l'intégration de la femme.

Dans les domaines médicaux-obstétricale et médicaux-néonatal, la sage femme accompagne la femme et l'enfant dans des situations à risque accru, en collaboration avec et en référant à des gynécologues, des néonatalogues et à d'autres spécialités. Dans le domaine de la médecine et de la reproduction elle exécute les actes médicaux qui lui sont confiés et s'implique activement dans le suivi prénatal de la mère et de l'enfant.

La sage-femme situe la femme dans son contexte familial et social, elle reconnaît les situations de crise psychosociale, elle accompagne les couples ayant des problèmes de fertilité au cours du traitement médical.

La sage femme a un rôle à jouer dans la formation sexuelle et relationnelle des jeunes, elle stimule la santé de la femme, de la mère, de l'enfant et de la famille, elle informe les couples ayant des problèmes de fertilité **(Painblanc S., 2005, p.4).**

### 7/ Les différentes activités de la sage-femme :

#### 7.1/ En milieu hospitalier:

L'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires, au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et de soin postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant. **(Gilles D., 2007, p.147)**

La particularité pour les sages-femmes dans le secteur hospitalier est de faire partie du personnel soignant et non du personnel médical, tout en conservant une responsabilité de type médical.

Dans l'exécution de son service, la sage-femme est astreinte à des obligations de neutralité, en dehors du service, la liberté d'expression est beaucoup plus grande mais comporte cependant des limites.

L'activité médicale et clinique de la sage-femme semble peu valorisée et peu rémunérée par rapport au niveau de responsabilité et au temps imparti. *(Carène P., et al, 2011, p.13)*

### **7.2/ En activité libérale :**

On remarque que certaines sages-femmes optent pour le métier de sage-femme libérale où le travail se fait en collaboration avec les réseaux d'une zone géographique. La sage-femme a pour fonction de prendre en charge les femmes enceintes avant et après l'accouchement avec, entre autre, les cours de préparation à l'accouchement, le suivi à domicile des grossesses difficiles ...etc.

### **7.3/ En protection maternelle et infantile (PMI) :**

Selon Association nationale des sages femmes territoriales, 2002. La sage-femme territoriale assure des consultations prénatales dans des centres médico-sociaux de proximité et au domicile des femmes enceintes en prévention primaire ainsi qu'en prévention secondaire suite à une hospitalisation. Elle pratique ainsi, selon la nécessité, l'échographie et la surveillance électronique de la grossesse. Elle agit également à titre d'intervenante en prévention auprès des adolescents dans les collèges et les lycées. Sa fonction se situe à l'interface entre le médical et le social, plus particulièrement auprès des populations vulnérables. *(Marion C., 2004, p.102)*

## **8/ L'entrée des hommes dans le métier de sage-femme : faire sa place dans un monde professionnel « ultraféminisé » :**

Si les femmes peuvent au regard de la loi accéder à tout type de profession, même celles étant occupées majoritairement par des hommes, aux compétences et qualifications considérées comme socialement masculines, les hommes peuvent de manière égale exercer des métiers et formations s'adressant habituellement aux femmes.

La profession de sage-femme est traditionnellement et historiquement considérée comme « féminine », et la présence des hommes en son sein viennent questionner les acteurs sur la capacité des individus de sexe masculin à l'exercer sur le même mode. La terminologie de la profession de sage-femme contient en elle-même l'intérêt d'une réflexion sur les hommes dans le métier, puisqu'elle les stigmatise de fait.

Partir de l'histoire nous permet de montrer de quelles manières la profession a trouvé un ancrage dans des rôles et des tâches très sexués. Pendant longtemps, ce n'étaient que des femmes qui accompagnaient d'autres femmes lors de leur accouchement à domicile. Les matrones, ou accompagnatrices de la naissance, devaient d'abord avoir été mère pour exercer cette tâche. L'univers de la naissance était donc un univers cloisonné au « féminin » où seules des femmes étaient en mesure de veiller sur la parturition. En avril 1755, l'arrêté qui exclut les femmes des fonctions avec des responsabilités équivalentes à celles des hommes stipule même explicitement que le domaine des accouchements est le seul où elles



peuvent exercer. Les matrones sont considérées comme dépossédées de connaissances objectives, mais munies de singularités féminines, d'intuition et d'altruisme).

Longtemps cloisonnée au domaine privé, la naissance a, au fur et à mesure, glissé dans le domaine public. C'est dans ce passage, avec la prise en considération croissante de la santé des femmes en couches, que peu à peu sont arrivés les premiers médecins accoucheurs hommes au siècle des Lumières. Jusque-là, la naissance était une affaire de « bonnes femmes », où la matrone détenait à elle seule des savoirs ancestraux transmis par ses paires et fournis par son propre expériences. La maternité, l'accouchement étaient des affaires privées) qui se déroulaient à l'abri du foyer, en retrait de la *republica*, apanage de la sphère masculine. (*Jacques B., & Purgues S., 2012, p.54, 56,57*)

### 9/ La sage femme en Algérie :

Depuis l'indépendance à nos jours, d'énormes moyens ont été consentis par l'Algérie dans le domaine de la santé, en général, et de la santé maternelle et infantile en particulier, à travers les programmes de périnatalité, d'allaitement maternel, d'espacement des naissances et de la vaccination élargie.

**Le Dr. Bah Keita**, a pour sa part, loué les efforts de l'Algérie dans la valorisation du travail et du rôle de la sage-femme. Il a relevé que l'Algérie a accompli des progrès significatifs et est en cours de réaliser les objectifs 4 et 5 du millénaire.

Il a par ailleurs souligné le rôle prépondérant de la sage-femme dans les différents niveaux du système de soins et ce à travers une collaboration étroite avec les différents dispensateurs de soins. Cette collaboration permettra l'accès à tout l'éventail de soins dont les femmes et les nouveau-nés peuvent avoir besoin, assurant ainsi la continuité nécessaire des soins. Toutefois, cette collaboration doit être basée sur un respect mutuel et la reconnaissance de la contribution spécifique de chacun à des soins de qualité. L'efficacité de cette collaboration reposera sur les structures de santé et la mobilisation sociale de la communauté.

En effet, les sages-femmes algériennes pratiquent leur profession avec beaucoup de stress, les pressions subies sont dues, au fait qu'une sage-femme assure jusqu'à 1000 accouchements par an, voire plus dans certaines zones. Tandis que les normes fixées par l'Organisation mondiale de la Santé (**OMS**) sont de 175 accouchements par sage femme.

Les sages femmes sont marginalisées dans la mesure où certains ne se rendent pas compte des lourdes tâches qu'elles accomplissent au sein des établissements hospitaliers, il lui arrive parfois de faire le travail de médecins ou d'infirmiers pour la prise en charge des femmes hospitalisées, elles sont submergées par la surcharge de travail et surtout par le manque d'encadrement. Cette surcharge est due au manque de médecins spécialistes en gynécologie obstétrique, c'est pour cela qu'elles ne bénéficient pas de programmes de formation, à l'instar des différents spécialistes de la santé, elles sont réellement dépassées, Il ressort des témoignages de certaines sages femmes que le métier est devenu une véritable source d'ennuis.

Le métier des sages-femmes est un métier à risque mais malgré ça elles font leur possible pour assurer un accouchement sans risque, elles accompagnent les femmes enceintes tout au long de leur grossesse, depuis l'établissement du diagnostic jusqu'à l'accouchement. Et font l'objet de toute les critiques.

### **Synthèse:**

Comme synthèse pour ce deuxième chapitre, on peut affirmer que le métier de sages femmes est éprouvant, il exige une forte capacité de concentration, une grande résistance à l'épuisement, une condition physique irréprochable et demande surtout un sang froid exemplaire.

La présence des sages femmes dans le champ de la naissance est indispensable car cette demande surgit au travers de leur implication dans des actions alternatives à la gestion de la naissance.

**Préambule :**

Dans une recherche scientifique il faut suivre une certaine démarche pour avoir des informations nécessaires pour la recherche

Dans ce chapitre nous allons présenter les différentes étapes et démarches à suivre dans le cadre de notre recherche afin d'arriver à la confirmation ou l'infirmité de nos hypothèses: le terrain de recherche et la population d'étude, la démarche et la méthode de recherche, les techniques d'investigation ainsi que les difficultés.

**1/ L'intérêt du choix du thème :****1.1/ Les raisons du choix du thème :**

Nous avons choisi un thème de recherche qui porte sur le syndrome d'épuisement professionnel chez les sages-femmes de la wilaya de Bejaia pour plusieurs raisons :

- Manque observable d'étude sur le phénomène de l'épuisement professionnel plus particulièrement chez les sages-femmes.
- Apporter de nouvelles idées et de nouvelles connaissances sur le syndrome d'épuisement professionnel d'une manière générale et l'épuisement professionnel des sages femmes en particulier.

**1.2/ Les objectifs du choix du thème :**

- Avoir une idée sur la problématique d'épuisement professionnel
- essayer de comprendre le syndrome de l'épuisement professionnel des sages femmes.
- Approcher la vie professionnelle des sages femmes.
- Evaluer et mesurer le degré de tension sur une échelle pour aboutir à une approximation de l'intensité de l'état d'épuisement qui caractérise les sages femmes.
- Donner un espace d'expression à ces sages femmes pour verbaliser leur souffrance.
- Décrire la réalité psychique que vit la sage femme dans son travail.
- Faire le lien entre le syndrome d'épuisement professionnel et les sages femmes.
- Déterminer les facteurs qui provoquent l'apparition du syndrome d'épuisement professionnel chez les sages femmes.
- Déterminer les causes et les conséquences négatives de l'épuisement professionnel chez les sages femmes de Bejaia.

**1.3/ Les difficultés rencontrées :**

A travers notre travail de recherche nous avons remarqué quelques difficultés qui sont :

- le manque de documentation concernant le métier des sages femmes.
- L'indisponibilité de certaines sages femmes pour répondre aux items de l'inventaire (MBI).

- La non restitution de certain inventaire, (soit par négligence, soit par oublie, soit elles n'ont pas le temps pour le faire).

## **2/ La démarche de la recherche :**

### **2.1/ la pré-enquête :**

La pré-enquête est une étape très importante dans toute recherche en science humaine et sociale, car elle nous permet de recueillir le maximum d'informations sur le thème de recherche.

La pré-enquête est la phase d'opérationnalisation de la recherche théorique, elle consiste à définir des liens entre les constructions théoriques et les faits observables. Son aboutissement est la mise en place de l'appareil d'observation. Cette phase comporte une observation préliminaire à l'aide d'entretiens généralement peu directifs ». (*Chauchat H., 1999, p.63*)

La pré-enquête que nous avons réalisée, a pour objectif la connaissance du terrain d'étude, de la population et des caractéristiques personnelles des sages femmes au sein des structures hospitalières, des centres de santé ainsi que des cliniques privés de la wilaya de Bejaïa.

Donc le but de notre pré-enquête était d'essayer de cibler un grand effectif de sages femmes, et connaître l'aspect organisationnel du terrain d'étude.

Après avoir fait connaissance avec ces sages femmes, nous les avons informé de nos objectifs et de la techniques de recherche qui consiste en l'échelle de MBI.

### **2.2/ La méthode utilisée :**

La méthode que nous avons utilisée dans notre recherche est déterminée par la nature du thème et les objectifs de notre recherche. Vu le nombre de la population d'étude, et la nature du thème qui nécessite la mesure nous avons opté pour la méthode descriptive quantitative.

- La méthode quantitative : est une méthode de mesure dans le test qui est un repérage sur une échelle, constituée par l'analyse des résultats d'un groupe d'individus, ce résultat permettra de repérer la position du sujet examiné et d'évaluer son comportement par rapport aux individus de l'autre groupe. (*Chahraoui K., & Hervé B., 2003, p.15*).

Cette méthode sert à une statistique descriptive, requise des mesures quantitatives qui peuvent être quantifiées, ainsi elle consiste principalement dans la réalisation des techniques complémentaires, tels que le questionnaire, l'entretien. (*Raymond B., 1998, p.31*)

### 2.3/ la présentation des lieux de la recherche :

Nous allons présenter le premier lieu de stage de façon plus détaillée car c'est la où nous avons passé le plus de temps, les autres lieux de la recherche vont être cités plus brièvement.

#### ➤ **présentation de la clinique d'accouchement TARGA OUZEMOUR (CHU)**

La clinique de **TARGUA OUZEMOUR** est une clinique qui prend en charge les femmes enceintes sur le point d'accoucher. Elle est située au centre de la commune de Bejaia, c'est la seule clinique publique implantée au centre de la ville dans le quartier de « Targa ouzemour », elle a ouvert ses portes en 1991 pour la toute première fois pour y accueillir les femmes enceintes et les faire accoucher et ce, jusqu'à l'année 2009, passée cette année elle a porté le nom de **CHU** qui veut dire « Centre Hospitalo Universitaire de Targa ouzemour ».

42 sages femmes exercent leur profession au sein de cette clinique, et 12 stagiaires

Le CHU de TARGA OUZEMOUR renferme les services suivants:

- **Service administratif** : est composé de :
  - La direction
  - La surveillance
  - L'archive
  - Le standard
- **Le service technique** : est composé de:
  - Urgences
  - Consultations pour le dépistage du col de l'utérus
  - Laboratoire
  - pharmacie
- **Les moyens généraux** : sont composés de :
  - Cuisine
  - Lingerie
  - Chambre de garde
  - Morgue
- **Le service gynécologie** : qui est composé d'un bloc opératoire et une salle de réanimation.
- **Le service maternité** : qui est composé d'un service destiné à la surveillance des grossesses à risque, d'un bloc d'accouchement où les femmes enceintes accouchent, et d'un post accouché qui est destiné à la surveillance des femmes après l'accouchement.

- **Le service néonatalogie** : qui est composé de box de couveuse, une pharmacie, et une salle de soin.
- **Etablissement public hospitalier d'AMIZOUR** : 18 sages femmes
- **Etablissement public hospitalier de SIDI AICH** : 12 sages femmes
- **La clinique privé BEN MERRAD** : 5 sages femmes
- **La clinique privé d'Alkseur « BEAID »** : 2 sages femmes
- **La policlinique SIDI AHMED** : 4 sages femmes
- **La polyclinique IHADDADEN** : 2 sages femmes
- **La polyclinique d'ALKSEUR** : 5 sages femmes
- **La polyclinique d'AMIZOUR** : 3 sages femmes
- **La polyclinique de TIMEZRIT** : 6 sages femmes

#### 2.4/ La population de la recherche et ses caractéristiques :

Les critères pris en considération dans la sélection de la population sont :

- L'âge
- La situation familiale
- Le nombre d'enfants
- L'expérience professionnelle

**Tableau n°01 : Les critères de sélection de la population d'étude dans un tableau:**

Echantillon d'étude	L'Age	Situation familiale	Nombre d'enfants	Expérience professionnelle
01	23 ans	Célibataire	/	2 ans
02	37 ans	Mariée	4 enfants	14 ans
03	42 ans	Mariée	2 enfants	20 ans
04	23 ans	Fiancé	/	18 Mois
05	29 ans	Célibataire	/	8 ans
06	26 ans	Célibataire	/	5 ans
07	25 ans	Célibataire	/	15M
08	24 ans	Célibataire	/	1 an
09	29 ans	Mariée	02 jumeaux	6 ans
10	26 ans	Mariée	1 enfant	5 ans

11	34 ans	Mariée	2 enfants	10 ans
12	42 ans	Mariée	3 enfants	16 ans
13	26 ans	Mariée	/	4 ans
14	47 ans	Mariée	2 enfants	8 ans
15	50 ans	Veuve	3 enfants	27 ans
16	24 ans	Célibataire	/	16 Mois
17	38 ans	Mariée	2 enfants	15 ans
18	30 ans	Mariée	2 enfants	6 ans
19	50 ans	Mariée	2 enfants	31 ans
20	27 ans	Célibataire	/	4 ans
21	26 ans	Mariée	2 enfants	2 ans
22	21 ans	Célibataire	/	Stagiaire
23	30 ans	Mariée	2 enfants	6 ans
24	21 ans	Célibataire	/	Stagiaire
25	38 ans	Mariée	1 enfants	15 ans
26	22 ans	Célibataire	/	Stagiaire
27	28 ans	Célibataire	/	1 an
28	36 ans	Mariée	2 enfants	10 ans
29	24 ans	Célibataire	/	2 ans
30	21 ans	Célibataire	/	Stagiaire
31	25 ans	Célibataire	/	4 ans
32	28 ans	Mariée	1 enfant	6 ans
33	24 ans	Célibataire	/	17 Mois
34	27 ans	Mariée	/	3 ans
35	32 ans	Mariée	2 enfants	10 ans
36	32 ans	Mariée	2 enfants	10 ans
37	24 ans	Fiancé	/	3 ans
38	48 ans	Mariée	2 enfants	25 ans
39	48 ans	Mariée	3 enfants	25 ans
40	45 ans	Mariée	3 enfants	23 ans
41	30 ans	Célibataire	/	5 ans
42	36 ans	Mariée	3 enfants	9 ans
43	42 ans	Mariée	2 enfants	20 ans
44	22 ans	Célibataire	/	Stagiaire
45	21 ans	Célibataire	/	Stagiaire
46	21 ans	Célibataire	/	Stagiaire
47	20 ans	Célibataire	/	Stagiaire
48	23 ans	Célibataire	/	Stagiaire
49	25 ans	Fiancé	/	Stagiaire
50	21 ans	Célibataire	/	Stagiaire
51	21 ans	Célibataire	/	Stagiaire
52	27 ans	Fiancé	/	4 ans
53	29 ans	Mariée	2 enfants	5 ans
54	30 ans	Fiancé	/	9 ans
55	31 ans	Célibataire	/	1 an
56	26 ans	Fiancé	/	1 an

57	53 ans	Mariée	4 enfants	34 ans
58	39 ans	Veuve	3 enfants	15 ans
59	40 ans	Mariée	2 enfants	20 ans
60	24 ans	Fiancé	/	4 ans
61	40 ans	Mariée	5 enfants	20 ans
62	40 ans	Célibataire	/	20 ans
63	54 ans	Mariée	4 enfants	33 ans
64	25 ans	Fiancé	/	3 ans
65	35 ans	Mariée	1 enfant	5 ans
66	39 ans	Mariée	3 enfants	10 ans
67	32 ans	Mariée	2 enfants	8 ans
68	45 ans	Mariée	3 enfants	23 ans
69	26 ans	Fiancé	/	4 ans
70	31 ans	Mariée	2 enfants	10 ans
71	34 ans	Célibataire	/	12 ans
72	43 ans	Mariée	3 enfants	21 ans
73	46 ans	Mariée	2 enfants	23 ans
74	24 ans	Fiancé	/	1 an
75	52 ans	Mariée	3 enfants	28 ans
76	25 ans	Célibataire	/	5 ans
77	47 ans	Mariée	2 enfants	25 ans
78	46 ans	Mariée	2 enfants	24 ans
79	56 ans	Mariée	3 enfants	30 ans
80	43 ans	Mariée	2 enfants	20 ans
81	50 ans	Mariée	1 enfant	28 ans
82	48 ans	Mariée	2 enfants	27 ans
83	28 ans	Mariée	/	7 ans
84	51 ans	Mariée	3 enfants	28 ans
85	29 ans	Célibataire	/	6 ans
86	54 ans	Mariée	3 enfants	28 ans
87	26 ans	Fiancé	/	5 ans
88	40 ans	Mariée	4 enfants	18 ans
89	35 ans	Célibataire	/	15 ans
90	36 ans	Mariée	3 enfants	13 ans
91	50 ans	Mariée	1 enfant	27 ans
92	32 ans	Mariée	2 enfants	8 ans
93	22 ans	Célibataire	/	3 ans
94	40 ans	Célibataire	/	15 ans
95	38 ans	Mariée	3 enfants	15 ans
96	32 ans	Mariée	/	9 ans
97	33 ans	Mariée	2 enfants	11 ans
98	28 ans	Mariée	1 enfant	4 ans
99	43 ans	Mariée	3 enfants	19 ans
100	42 ans	Mariée	2 enfants	20 ans
101	26 ans	Célibataire	/	3 ans
102	38 ans	Mariée	3 enfants	13 ans



### 3/ Les techniques d'investigations :

Toute démarche d'un projet de recherche nécessite au préalable une analyse de la situation qui consiste à définir les besoins de la population destinataire du projet et à identifier un problème afin d'en trouver les causes et les solutions possibles.

Dans notre recherche nous avons choisi deux techniques qui sont :

3.1/ Le test de MBI

3.2/ L'entretien clinique

#### 3.1/ Présentation et description de l'échelle de (MBI) :

Le Maslach Burn-out Inventory (MBI) est un outil qui est élaboré par Christina Maslach et Suzan Jackson en 1981, cet instrument à été choisi, car il représente actuellement l'outil de mesure de l'épuisement professionnel le plus fiable et le plus utilisé pour estimer la présence du syndrome de l'épuisement professionnel chez des personnes en situation de travail, cette mesure comprend 22 items regroupé sous trois(03) sous échelles qui sont mesurée séparément:

- L'épuisement émotionnel qui comprend 09 items
- La dépersonnalisation qui comprend 05 items
- L'accomplissement personnel qui comprend 08 items

Chaque item est coté de 0 à 6 :

- 0 (jamais)
- 1 (quelques fois par an)
- 2 (une fois par mois)
- 3 (quelques fois par mois)
- 4 (une fois par semaine)
- 5 (quelque fois par semaine)
- 6 (chaque jour)

L'inventaire MBI se présente sous forme d'un tableau à deux colonnes et d'un entête qui comprend la consigne d'utilisation et la façon de répondre.

Les personnes interrogées doivent Indiquer la fréquence à laquelle elles ressentent ce qui est décrit à chaque item, et entourer le chiffre correspondant à leurs réponses.

- **La colonne de gauche de l'échelle:**

Cette colonne comprend les différents Items de l'inventaire MBI qui sont au nombre de 22, leur conception se fait sur le mode de l'auto-évaluation que chacun des enquêtés apporte selon son tempérament et la situation contextuelle.

- **La colonne de droite de l'échelle:**

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

**Les trois volets de l'échelle :**

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

**Volet 1 :** L'épuisement émotionnel qui est évalué à l'aide de 9 items : 1-2-3-6-8-13-14-16-20

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

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

**-La cotation :**

Un protocole de cotation accompagne le (MBI) qui a pour principe le calcul des scores qu'on obtient par l'addition des chiffres encadrés qui représentent les réponses de l'enquêté aux items composant le (MBI), cette opération aboutit à 3 scores qui traduisent trois degrés des dimensions de l'épuisement professionnel.

**-L'évaluation :**

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

**Tableau n°02 : Représentatif de l'évaluation de l'échelle de l'épuisement professionnel :**

Dimension  niveau	Dimension du (MBI)		
	Epuisement Emotionnel	Déshumanisation	Accomplissement personnel
<b>Elevé</b>	> à 30	> à 12	> à 33
<b>Modéré</b>	de 18 à 29	de 6 à 11	de 34 à 39
<b>Bas</b>	< à 17	< à 5	< 40

L'évaluation de la présence du syndrome de burn-out est révélée par le score des ses trois composantes, il est classé en élevé, modéré ou bas.

### 3.2/ L'entretien clinique :

Notre deuxième technique que nous avons choisi et celle de l'entretien clinique semi directif pour objectif le recueil des données, ainsi que la recherche des informations.

L'entretien clinique est un outil de prédiction de la phase exploratoire d'une enquête, c'est un processus exploratoire qui contient une possibilité permanente de déplacement de questionnement et permet le processus de vérification continu et de reformulation d'hypothèse. **(Gotman A., 2007, p.39).**

L'entretien clinique se constitue de trois types qui sont : l'entretien directif, l'entretien non directif, et l'entretien semi directif.

- **L'entretien directif** : Fortement structuré, il correspond davantage au questionnaire dans lequel les questions sont préparées, ordonnées et posées de manière hiérarchisée. Il comporte un ensemble de questions ouvertes où le sujet ne répond qu'à la question posée sans développer sa réponse et l'entretien à questions fermées où le sujet coche la ou les bonnes réponses.
- **L'entretien semi-directif** : Dans ce type d'entretien, le chercheur dispose d'un guide d'entretien avec plusieurs questions préparées à l'avance mais non formulées d'avance ; elles sont posées à un moment opportun de l'entretien clinique. L'aspect spontané des associations est moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure où le clinicien chercheur propose un cadre et une trame qui permet au sujet de dérouler son récit. **(Chahraoui K., & Bénony H., 2003, p.143).**
- **L'entretien non directif** : Ce type d'entretien appelé encore non standardisé, non structuré ou libre d'atteindre des niveaux plus profonds d'opinions et d'attitudes car la technique laisse un maximum de liberté au sujet. **(Vilatt J., 2007, p.8).**

Nous avons opté dans notre travail de recherche pour l'entretien semi directif, Selon Angers M. l'entretien clinique semi-directif est « une technique directe scientifique auprès d'individu prés isolément, mais aussi, dans certains cas, aux prés de groupe qui permet de les interroger d'une façon semi-directive et de faire un prélèvement qualitatif en vue de connaitre en profondeurs les informations». **(Angers M., 1997, p.144)**

### **Synthèse :**

Pour conclure ce chapitre, on peut dire que cette partie méthodologique nous a beaucoup aidés à organiser notre travail de recherche, et ce qui nous permettra de nous conduire vers une meilleure pratique.

### Préambule :

Dans ce chapitre nous allons présenter les cas qu'on a étudiés, en suite nous allons analyser les résultats qu'on a obtenus lors de la passation de test de (MBI) et on va discuter de quelques cas.

### 1-Présentation et analyse des résultats

Notre stage pratique de recherche s'est déroulé au sein de la maternité de **TARGA OUZEMOUR**, ainsi que certaines polycliniques (sidi ahmed, iheddaden, al-kseur, amizour, timezrith), hôpitaux (centre hospitalier d'amizour, sidi aich) et cliniques privées (Ben merrad, belaid) de la wilaya de BEJAIA, auprès d'un échantillon de (113) sages-femmes qu'on a proposé l'échelle de (MBI), et on a récupéré (102). Dans le but de mesurer leur degré d'épuisement professionnel et les facteurs liés à ce dernier.

On a utilisé une échelle de mesure (MBI), la procédure était la même pour tous les cas, c'est-à-dire :

-distribuer l'échelle du MBI (Maslach Burnout Inventory), une fois avoir remis les résultats, - faire un entretien pour quelques sages femmes.

**Tableau n°03: récapitulatif des résultats obtenus de notre population d'étude :**

N.cas	L'âge	S.F	N. Enf	Ex. P	E. Emotionnel		Dép.		A. personnel		S.moy
					score	niveau	Score	niveau	score	niveau	
1	23	CELI	/	2	7	FAIBLE	2	FAIBLE	37	MODERE	15,33
2	37	MAR	4	14	11	FAIBLE	7	MODERE	46	ELEVE	21,33
3	42	MAR	2	20	13	FAIBLE	1	FAIBLE	44	ELEVE	19,33
4	23	FIAN	/	18M	45	ELEVE	15	ELEVE	41	ELEVE	33,67
5	29	CELI	/	8	45	ELEVE	11	MODERE	37	MODERE	31,00
6	26	CELI	/	5	26	MODERE	6	MODERE	40	ELEVE	24,00
7	25	CEL	/	15M	23	MODERE	1	FAIBLE	48	ELEVE	24,00
8	24	CELI	/	1	22	MODERE	9	MODERE	32	MODERE	21,00
9	29	MAR	2JU	6	31	ELEVE	6	MODERE	44	ELEVE	27,00
10	26	MAR	1	5	26	MODERE	11	MODERE	23	FAIBLE	20,00
11	34	MAR	2	10	51	ELEVE	20	ELEVE	38	MODERE	36,33
12	42	MAR	3	16	17	FAIBLE	7	MODERE	48	ELEVE	24,00
13	26	MAR	/	4	25	MODERE	3	FAIBLE	46	ELEVE	24,67
14	47	MAR	2	8	32	ELEVE	2	FAIBLE	38	MODERE	24,00
15	50	V	3	27	20	MODERE	0	FAIBLE	32	FAIBLE	17,33
16	24	CEL	/	16M	50	ELEVE	14	ELEVE	25	FAIBLE	29,67
17	38	MAR	2	15	50	ELEVE	6	MODERE	39	MODERE	31,67
18	30	MAR	2	6	52	ELEVE	19	ELEVE	42	ELEVE	37,67
19	50	MAR	2	31	32	ELEVE	10	MODERE	36	MODERE	26,00
20	27	CEL	/	4	35	ELEVE	2	FAIBLE	41	ELEVE	26,00
21	26	MAR	2	2	18	MODERE	1	FAIBLE	43	ELEVE	20,67

## Chapitre IV      Analyse des résultats et discussion des hypothèses

22	21	CEL	/	STAG	42	ELEVE	10	MODERE	28	FAIBLE	26,67
23	30	MAR	2	6	44	ELEVE	9	MODERE	42	ELEVE	31,67
24	21	CEL	/	STAG	20	MODERE	1	FAIBLE	46	ELEVE	22,33
25	38	MAR	1	15	28	MODERE	2	FAIBLE	44	ELEVE	24,67
26	22	CEL	/	STAG	19	MODERE	3	FAIBLE	38	MODERE	20,00
27	28	CEL	/	1	23	MODERE	16	ELEVE	30	MODERE	23,00
28	36	MAR	2	10	49	ELEVE	13	ELEVE	29	FAIBLE	30,33
29	24	CEL	/	2	50	ELEVE	11	MODERE	41	ELEVE	34,00
30	21	CEL	/	STAG	28	MODERE	4	FAIBLE	34	MODERE	22,00
31	25	CEL	/	4	13	FAIBLE	2	FAIBLE	28	FAIBLE	14,33
32	28	MAR	1	6	24	MODERE	3	FAIBLE	41	FAIBLE	22,67
33	24	CEL	/	17M	32	ELEVE	9	MODERE	39	MODERE	26,67
34	27	MAR	/	3	33	ELEVE	1	FAIBLE	42	ELEVE	25,33
35	32	MAR	2	10	22	MODERE	5	FAIBLE	43	ELEVE	23,33
36	32	MAR	2	10	40	ELEVE	7	MODERE	39	MODERE	28,67
37	24	FIAN	/	3	48	ELEVE	3	FAIBLE	35	MODERE	28,67
38	48	MAR	2	25	41	ELEVE	0	FAIBLE	42	ELEVE	27,67
39	48	MAR	3	25	44	ELEVE	1	FAIBLE	47	ELEVE	30,67
40	45	MAR	3	23	46	ELEVE	0	FAIBLE	32	MODERE	26,00
41	30	CEL	/	5	23	MODERE	6	MODERE	38	MODERE	22,33
42	36	MAR	3	9	27	MODERE	6	MODERE	42	ELEVE	25,00
43	42	MAR	2	20	24	MODERE	0	FAIBLE	42	ELEVE	22,00
44	22	CELI	/	STAG	49	ELEVE	7	MODERE	43	ELEVE	33,00
45	21	CEL	/	STAG	41	ELEVE	15	ELEVE	26	FAIBLE	27,33
46	21	CEL	/	STAG	30	ELEVE	10	MODERE	25	FAIBLE	21,67
47	20	CEL	/	STAG	14	FAIBLE	13	ELEVE	24	FAIBLE	17,00
48	23	CEL	/	STAG	20	MODERE	1	FAIBLE	46	ELEVE	22,33
49	25	FIAN	/	STAG	11	FAIBLE	5	FAIBLE	28	FAIBLE	14,67
50	21	CEL	/	STAG	24	MODERE	4	FAIBLE	38	MODERE	22,00
51	21	CEL	/	STAG	38	ELEVE	20	ELEVE	24	FAIBLE	27,33
52	27	FIAN	/	4	22	MODERE	8	MODERE	27	MODERE	19,00
53	29	MAR	2	5	28	MODERE	6	MODERE	37	MODERE	23,67
54	30	FIAN	/	9	36	ELEVE	6	MODERE	48	ELEVE	30,00
55	31	CEL	/	1	28	MODERE	9	MODERE	38	MODERE	25,00
56	26	FIAN	/	1	38	ELEVE	7	MODERE	38	MODERE	27,67
57	53	MAR	4	34	24	MODERE	3	FAIBLE	41	ELEVE	22,67
58	39	V	3	15	27	MODERE	8	MODERE	40	ELEVE	25,00
59	40	MAR	2	20	11	FAIBLE	0	FAIBLE	47	ELEVE	19,33
60	24	FIAN	/	4	35	ELEVE	16	ELEVE	38	MODERE	29,67
61	40	MAR	5	20	37	ELEVE	10	MODERE	31	FAIBLE	26,00
62	40	CELI	/	20	31	ELEVE	0	FAIBLE	32	FAIBLE	21,00
63	54	MAR	4	33	12	FAIBLE	0	FAIBLE	47	ELEVE	19,67
64	25	FIAN	/	3	20	MODERE	9	MODERE	36	MODERE	21,67
65	35	MAR	1	5	20	MODERE	8	MODERE	37	MODERE	21,67
66	39	MAR	3	10	11	FAIBLE	2	FAIBLE	36	FAIBLE	16,33
67	32	MAR	2	8	21	MODERE	7	MODERE	44	ELEVE	24,00

## Chapitre IV      Analyse des résultats et discussion des hypothèses

---

<b>68</b>	45	MAR	3	23	28	MODERE	0	FAIBLE	47	ELEVE	25,00
<b>69</b>	26	FIAN	/	4	47	ELEVE	12	ELEVE	41	ELEVE	33,33
<b>70</b>	31	MAR	2	10	12	FAIBLE	3	FAIBLE	43	ELEVE	19,33
<b>71</b>	34	CEL	/	12	21	MODERE	1	FAIBLE	41	ELEVE	21,00
<b>72</b>	43	MAR	3	21	23	MODERE	1	FAIBLE	45	ELEVE	23,00
<b>73</b>	46	MAR	2	23	20	MODERE	2	FAIBLE	40	ELEVE	20,67
<b>74</b>	24	FIAN	/	1	18	MODERE	3	FAIBLE	42	ELEVE	21,00
<b>75</b>	52	MAR	3	28	24	MODERE	4	FAIBLE	46	ELEVE	24,67
<b>76</b>	25	CEL	/	5	34	ELEVE	5	FAIBLE	45	ELEVE	28,00
<b>77</b>	47	MAR	2	25	26	MODERE	0	FAIBLE	45	ELEVE	23,67
<b>78</b>	46	MAR	2	24	45	ELEVE	1	FAIBLE	35	MODERE	27,00
<b>79</b>	56	MAR	3	30	33	ELEVE	8	MODERE	45	ELEVE	28,67
<b>80</b>	43	MAR	2	20	43	ELEVE	11	MODERE	39	MODERE	31,00
<b>81</b>	50	MAR	1	28	34	ELEVE	1	FAIBLE	41	ELEVE	25,33
<b>82</b>	48	MAR	2	27	6	FAIBLE	6	MODERE	45	ELEVE	19,00
<b>83</b>	28	MAR	/	7	18	MODERE	0	FAIBLE	47	ELEVE	21,67
<b>84</b>	51	MAR	3	28	31	ELEVE	1	FAIBLE	40	ELEVE	24,00
<b>85</b>	29	CEL	/	6	21	MODERE	1	FAIBLE	47	ELEVE	23,00
<b>86</b>	54	MAR	3	28	18	MODERE	0	FAIBLE	48	ELEVE	22,00
<b>87</b>	26	FIAN	/	5	24	MODERE	5	FAIBLE	43	ELEVE	24,00
<b>88</b>	40	MAR	4	18	18	MODERE	2	FAIBLE	40	ELEVE	20,00
<b>89</b>	35	CEL	/	15	48	ELEVE	5	FAIBLE	47	ELEVE	33,33
<b>90</b>	36	MAR	3	13	48	ELEVE	6	MODERE	45	ELEVE	33,00
<b>91</b>	50	MAR	1	27	37	ELEVE	12	ELEVE	42	ELEVE	30,33
<b>92</b>	32	MAR	2	8	28	MODERE	0	FAIBLE	47	ELEVE	25,00
<b>93</b>	22	CEL	/	3	33	ELEVE	7	MODERE	44	ELEVE	28,00
<b>94</b>	40	CEL	/	15	36	ELEVE	1	FAIBLE	42	ELEVE	26,33
<b>95</b>	38	MAR	3	15	28	MODERE	15	ELEVE	41	ELEVE	28,00
<b>96</b>	32	MAR	/	9	54	ELEVE	16	ELEVE	27	FAIBLE	32,33
<b>97</b>	33	MAR	2	11	39	ELEVE	13	ELEVE	36	MODERE	29,33
<b>98</b>	28	MAR	1	4	47	ELEVE	14	ELEVE	39	MODERE	33,33
<b>99</b>	43	MAR	3	19	50	ELEVE	20	ELEVE	45	ELEVE	38,33
<b>100</b>	42	MAR	2	20	29	MODERE	16	ELEVE	45	ELEVE	30,00
<b>101</b>	26	CEL	/	3	34	ELEVE	12	ELEVE	44	ELEVE	30,00
<b>102</b>	38	MAR	3	13	21	MODERE	9	MODERE	36	MODERE	22,00

Pour détecter la cause réel de l'épuisement professionnel chez les sages femmes de la wilaya de Bejaia, nous avons calculé la moyenne des trois dimensions de chacune d'entres elles, c'est pour cela que nous avons utilisé la technique statistique suivante :

$$x' = \frac{\sum xi}{N}$$

**Tableau n°04 : Répartition des niveaux de scores des sages femmes de la wilaya de Bejaia sur les trois (03) dimensions du MBI :**

<b>Dimension d'épuisement professionnel</b>	<b>Score</b>	<b>Niveau de chaque dimension</b>
<b>Épuisement émotionnel</b>	30 %	élevé
<b>Dépersonnalisation</b>	6.39 %	Modéré
<b>Accomplissement Personnel</b>	39.39 %	modéré

Le tableau ci-dessus résume les résultats des scores obtenus à l'échelle de (MBI) par notre échantillon d'étude « les sages femmes de la wilaya de Bejaia », il nous indique le niveau de l'épuisement professionnel dans les trois dimensions de cette échelle.

Nous avons constaté que le niveau d'épuisement émotionnel est élevé, avec un score de 30% ; cela est dû à un manque de volonté au travail, une profonde démotivation à l'égard de celui-ci, la surcharge du travail, ce qui vide et épuise les ressources émotionnelles.

Suivi d'un niveau modéré dans la dimension de dépersonnalisation, avec un score de 6.39%, cela renvoie à des relations assez froides et perturbées à l'égard de leur collègues et de leur patientes.

Et pour la dimension d'accomplissement personnel le niveau est modéré, avec un score de 39.39%, cela est lié à un manque de réalisation personnelle dans le domaine professionnel, et un sentiment de diminution de l'estime de soi

### **3/ Présentation et analyse de l'entretien pour quatre (04) cas :**

Suite aux résultats obtenus sur l'inventaire du MBI, après avoir bien analysé tous les cas, nous avons remarqué différents degrés d'épuisement, allant d'élevé à nul.

Cela nous a poussés à s'intéresser davantage aux vraies causes des différents scores résultant de notre étude.



## Chapitre IV Analyse des résultats et discussion des hypothèses

---

On se demandait d'ailleurs à quoi est dû cela. Peut être c'est relatif à l'âge de la sage femme, ou bien à sa situation familiale, comme ça peut être aussi le facteur de l'expérience professionnelle, la charge au travail...etc.

Ainsi nous avons pris l'initiative d'interroger quelques sages femmes à fin de découvrir exactement la source des différents scores relatifs à l'épuisement professionnel.

Bien évidemment nous avons utilisé un guide d'entretien qui comprend quelques questions qui seront posé pour le sujet de manière indirect, les axes thématiques à traiter dans notre entretien sont :

- **AXE I** : regroupe les informations personnelles.
- **AXE II** : correspond à un ensemble d'information liée aux temps de travail.
- **AXE III** : comprend des informations liées à la spécificité de l'activité professionnelle.
- **AXE IV** : comprend des informations liées à la spécificité de la relation professionnelle.

### 3.1. Cas 01 : Mme Amina

#### 3.1.1. Présentation du cas :

Amina âgé de 45ans, mariée avec 3enfants, elle a 23ans d'expérience professionnelle, travaille à la clinique de TARGA OUZEMOUR.

Elle travaille 2 à 3 jours par semaine, et effectue 8 heures de tâches par jour.

### 3.1.2 Analyse de l'entretien :

Amina c'est prêtée volontiers aux réponses de notre entretien, mais avant de l'entamer elle a voulu savoir dans quel but était cet entretien en nous disant « *si c'est pour une enquête ??* », bien évidemment on l'a rassurée que c'était pour un travail de recherche de fin d'étude relatif à notre mémoire. Une fois satisfaite, elle nous sourit, et nous dit : « *allez y j'ai pleins de choses à vous raconter* »

On a demandé à Amina de nous parler de son travail au sein de cette clinique et de ses horaires. À travers plusieurs questions, sa réponse était : « *actuellement je travaille le matin, d'un côté ça m'arrange bien car mes filles sont grandes, je peux compter sur elles, mais moi personnellement je préfère travailler la nuit, ya moins de pression, je gère mieux la situation, et je me sens bien psychologiquement, contrairement à la journée, mais malheureusement dans notre domaine on est tenue non seulement à faire des gardes, mais à travailler des fois pendant la journée, et même les jours fériés, les week-ends, cela dégrade complètement notre performance et notre état psychologique* ».

Selon elle le congé accordé au sein de la maternité est insuffisant par rapport au travail fourni, il est souhaitable d'accorder beaucoup plus de temps de repos aux sages-femmes. Le souci majeur que vivent les sages femmes est bien évidemment le manque de personnel auquel on peut y remédier par un éventuel recrutement.

Après nous avons proposé à Amina de nous raconter un peu de son activité et des difficultés rencontrées lors de son travail. Elle nous répond : « *le travail de sage femme consiste à prendre en charge la femme enceinte, la surveillance du post-partum, l'espacement de naissance en leur expliquant comment prendre la pilule, s'occuper des bébés en particulier leur vaccin, et de leur développement psychomoteur jusqu'à l'âge de 6ans, on prend en charge aussi des grossesses à haut risque tel que celles victimes d'une maladie chronique comme le diabète, tension, anémie, accouchement pré maturé plus les morts in utero et même faire le dépistage du cancer du col de l'utérus ...*»

Mais malheureusement cette dame remet en cause le mode de travail des sages femmes qu'elle juge non respecté par les visiteurs et mal vu par la société, elle cite aussi le manque de personnel au sein de la maternité, ce qui oblige les sages femmes à exercer d'autres

tâches qui ne sont pas les siennes comme le travail de puéricultrice, de gynécologues et mêmes celui de femmes de ménage. D'ailleurs elle nous dit : « *je suis complètement désespérée au point où je veux abandonner ce métier, je souhaite prendre immédiatement ma retraite. J'ai déjà exercé ce métier en France dans des conditions très favorables, il est bien respecté par la société, d'ailleurs j'exerçais mon travail avec beaucoup d'enthousiasme*

## Chapitre IV Analyse des résultats et discussion des hypothèses

*et de bonne volonté, contrairement maintenant où on est dépourvue de toute motivation. Sincèrement je déteste ce métier du moment qu'il commence à perdre de l'ampleur et ne bénéficie d'aucune considération».*

On a aussi demandé à Amina de nous parler de l'effectif de patientes qu'elle examine et qu'elle faisait accoucher, elle nous répond : « *vu le manque de personnel, j'assiste aux accouchements l'une derrière l'autre durant ma journée de travail, et que ça pouvait aller jusqu'à trente ou quarante patientes par semaine, surtout pendant la journée, Pour moi il est important que la sage-femme se fasse aider dans son travail, et que le travail se doit d'être fait à deux, car par moment les accouchements peuvent présenter des complications* ».

Et quand on a demandé à Amina de nous expliquer comment elle réagit face aux difficultés qu'elle rencontre, elle nous répond : « *Durant mon expérience j'essaye toujours d'assurer mon travail et de le gérer seule, mais quand une difficulté survient et qui nécessite l'aide du gynécologue bien évidemment, je garde mon sang froid et je fais appel à lui, et ça se termine toujours bien grâce à Dieu* »

Et pour finir nous voulions savoir la nature de ses relations avec ses collègues et ses patientes. Elle nous a répondu qu'elle entretient de bonnes relations avec ses collègues et qu'il ya vraiment une collaboration entre elles, chacune maîtrise son travail, et elle nous déclare aussi que même si elle veut abandonner ce métier vu qu'elle est vraiment épuisée, cela ne l'empêche pas d'avoir aussi de bonnes relations avec ses patientes, parce que après tout elle est sensible et humaine.

### 3.1.3. Présentation et analyse des résultats de l'échelle MBI :

**Tableau N°05 : Résultats de l'échelle d'épuisement professionnel (MBI) d'Amina.**

**CAS : 01**

<b>Dimension d'épuisement professionnel</b>	<b>Score</b>	<b>Niveau de chaque dimension</b>	<b>Niveau d'épuisement</b>	<b>Score moyen d'épuisement</b>
<b>Épuisement émotionnel</b>	49 %	Elevé	élevé	30.33
<b>Dépersonnalisation</b>	13 %	Elevé		
<b>Accomplissement personnel</b>	29 %	Faible		

Le tableau ci-dessus représente le niveau de l'épuisement professionnel chez Amina, on note tout d'abord que l'épuisement émotionnel chez cette personne est élevé, cela est dû à l'énorme manque d'énergie quant à l'application de ses tâches, s'ajoute une profonde démotivation à l'égard de celui-ci, cet épuisement s'accompagne dans son état actuel d'une frustration qui la pousse à ne pas réaliser le travail de la même façon qu'auparavant.

Nous avons noté aussi un niveau élevé dans la dimension de dépersonnalisation, cela renvoie au développement d'attitude détachée et négative à l'égard des personnes qu'elle côtoie durant son travail, que se soit collègues ou bien patientes, ceci dresse des barrières qui l'isole des autres et par la suite qui rend son travail contraignant.

Pour finir on constate un niveau faible dans la dimension de l'accomplissement personnel causé par une incessante dévalorisation de son métier et de se faite d'elle-même et du travail qu'elle effectue.

### **Synthèse sur le cas N°01 :**

A travers l'analyse du résultat de l'échelle MBI de Amina, et de cet entretien, nous pouvons affirmer qu'Amina présente un état d'épuisement professionnel élevé. Les facteurs déterminants cet état peuvent être lié principalement à la surcharge de travail, au métier de sage-femme lui-même ainsi qu'à l'environnement de travail dans la maternité.

## **3.2. Le Cas 02 : Melle Dalila**

### **3.2.1. Présentation du cas :**

Dalila est âgée de 26ans, célibataire, elle a 1an d'expérience dans la profession en tant que sage femme à l'hôpital de BOUKHALFA (AMIZOUR).

Dalila travaille 2 à 3gardes par semaine, et effectue 16 heures de tâches par garde.

### 3.2.2. Analyse de l'entretien :

Après avoir obtenu son consentement, on l'a interrogée sur les horaires variés de son activité, et nous avons constaté qu'elle fait partie de celles qui travaillent parfois le matin et d'autres le soir en assurant 2 à 3 gardes par semaine, cela influe négativement quant à sa récupération vu manque de sommeil, et un rythme de vie perturbé. Selon elle le congé accordé n'est pas suffisant, vu sa courte durée.

Ensuite nous avons abordé la spécificité de son activité en tant que sage-femme, elle affirme: *«le métier de sage femme est un travail noble mais d'un autre coté c'est un métier qui est très difficile à cause de la responsabilité qu'il requiert. C'est l'un des métiers les plus compliqués au monde, car donner la vie n'est toujours pas chose facile à faire »*

Dalila nous révèle être très ennuyée à l'hôpital de BOUKHALFA (AMIZOUR) où elle travaille en tant que sage femme, sous prétexte qu'elle a l'impression de ne pas exercer son métier, vu le manque de femmes enceintes qui viennent accoucher. Pour cela elle déclare : *«ça m'arrive des fois d'examiner jusqu'à 4 à 5 femmes par jour, je me sens tellement dégoûtée que je me retrouve le plus souvent sans rien faire ».*

Dalila souhaite vraiment être transférée à la clinique de Targa ouzemour où elle ne risque pas de chômer, vu le flux de femmes enceintes qui viennent accoucher dans cette clinique, et retrouver ses collègues de sa promotion, ce qui l'a motivera davantage à pratiquer sa profession et se perfectionner.

Malheureusement elle est condamnée à rester à l'hôpital de BOUKHALFA pour des raisons familiales; tel que le rapprochement de sa résidence.

Pour conclure nous avons demandé a Dalila de nous faire part de ses relations professionnelles au sein de l'hôpital, elle déclare : *« dans l'ensemble j'ai de bonnes relations avec mes collègues, ainsi que mes patientes, néanmoins des malentendus peuvent surgir parfois entre nous et entraînent une influence négative sur notre rendement, et cela au détriment malheureusement des patientes ».*

### 3.2.3. Présentation et analyse des résultats de l'échelle (MBI)

**Tableau N°06 : Résultats de l'échelle d'épuisement professionnel (MBI) de Dalila.**

### CAS : 02

Dimension d'épuisement professionnel	Score	Niveau de chaque dimension	Niveau d'épuisement	Score moyen d'épuisement
Épuisement émotionnel	50 %	Elevé	élevé	29.66
Dépersonnalisation	14 %	Elevé		
Accomplissement personnel	25 %	faible		

Le tableau ci-dessus représente les résultats de l'échelle du (MBI) de Dalila, il nous indique un niveau élevé dans la dimension de l'épuisement émotionnel lié à un manque de volonté au travail causé par une lassitude envers celui-ci, ce qui épuise les ressources émotionnelles.

À cela s'ajoute un niveau élevé dans la dimension de dépersonnalisation, étant donné le manque d'investissement de Dalila envers ses collègues et ses patientes, ce qui fait qu'elle se base sur le côté professionnel au détriment du relationnel.

En ce qui concerne la dimension de l'accomplissement personnel, le niveau faible de celui-ci reflète un réel doute au niveau de ses capacités à assumer le travail et à être sûre de pouvoir le faire.

### Synthèse sur le cas n°02 :

Notre cas présente un niveau d'épuisement professionnel élevé, causé principalement par des facteurs liés à la spécificité de son activité professionnelle, et au métier lui-même, qui auparavant était source de bonheur et qui se rétrograde au fur et à mesure dans l'estime de Dalila, surtout dans l'hôpital où elle exerce le métier en tant que sage-femme.

### 3.3. Le cas N°: 03 : Mme. Fatiha

#### 3.3.1. Présentation du cas :

Fatiha, âgée de 45 ans, est une femme mariée, maman de 2 enfants, elle a 10 ans de service en tant que sage femme.

Fatiha, travaille 5 jours par semaine, et effectue 8h de tâches par jour.

### 3.3.2. Analyse de l'entretien :

Quand on a proposé l'entretien à Fatiha, on a remarqué qu'elle n'a pas été très emballée à l'idée de le faire, mais par respect pour nous, elle nous a répondu « *qu'est ce que tu veux que je chante* », on a remarqué chez elle le manque de dialogue entre elle et ses collègues et même durant l'entretien elle était peu bavarde.

On a commencé l'entretien avec Fatiha, en posant diverses questions sur le moment et les horaires du travail, et sur son congé annuel, sa réponse a été comme suite : « *moi je travaille 5 jours par semaine et surface de (8h/16h) plus les gardes de (16h/8h) 2 fois par semaine. Et je préfère travailler la nuit car je suis dans l'obligation par rapport à mes enfants ; c'est pour récupérer aussi. Et un mois de congé c'est très insuffisant.* »

En suite nos questions se sont dirigées particulièrement sur son travail en tant que sage femme, Fatiha, nous explique alors que : « *le travail de la sage femme consiste à la prise en charge des femmes enceintes et elles reçoivent les premiers soins ici au service des urgences, les diabétiques aussi ainsi notre travail consiste à l'orientation des parturientes* ».

On a demandé à Fatiha, de nous parler sur l'effectif de patientes qu'elle examine et fait accoucher et elle dit : « *En dehors de la période estivale de 30 à 40 patientes, mais en été on arrive à 100 patientes. Et à propos de l'accouchement moi je ne pratique pas les accouchements parce-que je travaille au service des urgences* ». Et on a demandé aussi à Fatiha, est-ce-que elle préfère pratiquer l'accouchement seule ou accompagnée ?, elle répond : « *Accompagnée bien- sur car l'accouchement ne se fait pas tout seul il faut de l'aide.* »

Nous avons orienté notre entretien avec Fatiha de façon à ce qu'elle nous parle de ses relations au sein de la clinique avec ses collègues et avec les patientes. Alors Fatiha, a pris un souffle et répond : « *Bien- ça va- ça va, avec mes collègues ça va pas du tout, pas tous, quelque unes mais avec mes patientes il se fait juste leur parler, parce-qu'elles comprennent* ». Nous avons demandé à Fatiha, si il y'avait une coopération entre les autres sages femmes, elle répond : « *oui* » et on a demandé aussi à Fatiha, est ce qu'une mauvaise ambiance au sein de son service peut avoir des répercussions négatives sur son travail, elle dit : « *Non, le travail c'est le travail* ».

Pour clôturer notre entretien, Nous avons demandé à Fatiha, de nous parler sur l'autorité au sein de la maternité, elle répond : « *ça dépend des services, si non chacun fait ce qu'il veut, l'autorité pour moi elle est obligatoire.* »

### 3.3.3. Présentation et analyse des résultats de l'échelle (MBI)

Tableau n° 07 : résultats de l'échelle d'épuisement professionnel (MBI) de Fatiha.

Cas : n°03

Dimension d'épuisement professionnel	Score	Niveau de chaque dimension	Niveau d'épuisement	Score moyen d'épuisement
Epuisement émotionnel	49%	Elevé	Elevé	30,33%
Dépersonnalisation	13%	Elevé		
Accomplissement personnel	29%	Faible		

Le tableau ci-dessus représente le niveau de l'épuisement professionnel chez Fatiha, on constate en premier lieu que l'épuisement émotionnel est élevé chez cette sage femme et cela renvoie au manque de motivation vis-à-vis de son travail et à la fatigue ressentie lors de l'exercice de son travail.

Et la deuxième dimension indique que le niveau est élevé par rapport à la dépersonnalisation, il reflète un manque d'investissement de Fatiha, avec ses collègues et ses patientes, ce qui fait qu'elle se base sur le coté professionnel et elle néglige le coté relationnel.

En ce qui concerne la dimension de l'accomplissement personnel, le niveau est faible, ce qui renvoie probablement à un manque de confiance en soi, vis-à-vis des exigences des patientes et au sentiment d'infériorité.

### Synthèse sur le cas N° :03

Comme synthèse finale de notre cas, il est important de mentionner que cette sage femme présente un degré élevé d'épuisement professionnel lié spécifiquement aux exigences et à l'environnement du travail de la sage femme dans la maternité.

## 3.4. Le cas n°04 : Mme Wafa

### 3.4.1. Présentation de cas :



Wafa, est une femme fiancée âgée de 24 ans, elle a 16 mois de service en tant que sage femme.

Elle travaille sur face (5jours) et des fois le soir (3 gardes par semaine), et effectue 8h de tâche par jour.

### 3.4.2. Analyse de l'entretien :

Wafa, était la dernière à qui nous avons sollicité pour un entretien, sa réaction ne s'est pas faite attendre « *bien-sur je vais répondre à vos questions* » donc elle accepte avec un très grand plaisir, et une très grande joie, d'être choisie parmi ses collègues pour figurer en tant que cas dans notre étude de recherche.

Dans cette bonne ambiance nous avons entamé notre entretien en discutant sur les heures de travail et on a demandé à Wafa, si elle travaille les jours fériés et les week-end, nous l'avons aussi interrogé sur ses gardes et si elle préfère ou pas travailler la nuit, alors elle répond « *mais je travaille de temps en temps la nuit et de temps en temps la journée, mais dès fois on fait des gardes payantes, pour les week-ends oui je travaille j'ai pas le choix et je préfère travailler le soir parce -que la nuit c'est plus calme et il n'ya pas beaucoup de monde par contre la journée c'est catastrophique* ». Pour son congé annuel, elle dit : « pas de congé mazel, je n'ouvre pas droit du moment que je viens juste de débiter en tant que sage femme dans la clinique de Targa ouzemou, en plus j'en ai vraiment besoin car ma petite sœur est victime d'une tumeur cérébrale qui a entraîné une cécité, je me fais toujours du souci pour elle, et je suis aussi chargée des préparatifs de mon mariage, franchement je suis vraiment débordée ».

Par la suite on a voulu l'interroger sur les informations liées à la spécificité de l'activité professionnelle, en commençant par lui demander le nombre des patientes à qui elle devait faire la consultation ensuite les faire accoucher puis on a parlé de la durée d'un accouchement et est ce que elle rencontre des complications lors de la pratique de celui-ci et enfin est ce que elle a déjà pensé à changer son métier, sa réponse était : « *nous ici à ce service on fait la consultation plus la prise en charge des femmes enceintes de 28 semaines, elle ajoute, (la prise en charge totale maman plus bébé) et pour l'accouchement généralement de 20 à 30 par jour et de 70 à 80 par semaine mais en été ce chiffre augmente trois (3) fois plus, pour les complications bien sur qu'il y'en a par exemple : état de choc, hémorragie grande abondance, souffrance du nouveau né, ...etc. La durée d'un accouchement normal est généralement de 45 minutes* ». Et pour le changement de métier elle répond : « *oui j'ai déjà pensée à changé mon métier pour l'enseignement mais malheureusement je ne peux pas* ».

Puis nous avons orienté notre entretien vers la relation professionnelle avec les patientes ainsi qu'avec les autres sages femmes, et nous avons aussi abordé la coopération avec les autres sages femmes dans l'exécution des tâches ensuite sur l'influence d'une mauvaise

ambiance au sein de la maternité et en fin sur la nécessité de l'autorité au sein du service. Sa réponse était comme suite : « *Mes relations ça va, ça va, ça va* », et sur la relation avec les patientes elle dit : « *relation sage femme/ patientes* » et sur la relation avec les autres sages femmes elle répond : « *ça va, ça va,*», pour la coopération elle dit : « *chaque sage femme a son travail dans un service* », sur l'influence d'une mauvaise ambiance dans le service elle dit : « *oui ça me perturbe énormément parce que tu peux pas être à l'aise* », et sur l'autorité elle dit : « *bien-sur elle est nécessaire, a fin d'éviter le détournement de médicament qui est sensé d'être au profit des patientes que l'administration y veille* ».

Wafa, nous confie que sa petite sœur à été hospitalisée pendant six mois et qu'elle a perdue la vision a cause d'une tumeur cérébrale et qu'elle prépare son mariage toute seule. Et en plus de ça, elle a demandé un congé, malheureusement l'administration n'a pas accepté.

### 3.4.3. Présentation et analyse des résultats de l'échelle (MBI).

**Tableau N° 08 : Résultat de l'échelle d'épuisement professionnel de Wafa :**

**Cas n° : 04**

Dimension d'épuisement professionnel	score	Niveau de chaque dimension	Niveau d'épuisement	Score moyen d'épuisement
<b>Epuisement émotionnel</b>	50 %	Elevé	Elevé	29.67
<b>Dépersonnalisation</b>	14 %	Elevé		
<b>Accomplissement personnel</b>	25 %	Faible		

Le tableau ci-dessus représente le résultat de l'échelle (MBI), après sa lecture on remarque que le niveau d'épuisement émotionnel chez cette sage femme est **élevé**, cela est dû probablement au manque de motivation vis-à-vis de son travail, qui est devenu avec le temps épuisant.

Et en deuxième lieu on constate que le niveau de la dépersonnalisation est aussi **élevé**, et cela peut être expliqué par une certaine froideur vis-à-vis de ses patientes et à l'égard de ses collègues aussi.

Et enfin, la troisième dimension celle de l'accomplissement personnel est marquée par un niveau **élevé**, ce qui renvoie à une incessante dévalorisation de son métier et du travail qu'elle effectue.

### **Synthèse sur le cas N° : 04**

Comme synthèse finale, il est nécessaire de mentionner que cette sage femme présente un niveau d'épuisement professionnel élevé lié principalement aux exigences quotidiennes liées au travail, à la famille et à tout le reste qui ont fini par éroder son énergie et son enthousiasme.

### La discussion des hypothèses :

Après avoir analysé et interprété les données recueillies dans notre partie pratique par l'utilisation de l'échelle de l'épuisement professionnel (MBI), et les entretiens semi directifs, que nous avons eu avec les quatre sages femmes de la wilaya de Bejaia, afin de confirmer ou infirmer nos hypothèses posées au départ.

Nous sommes à la fin de ce chapitre qui a pour but la vérification des hypothèses que nous avons émises au départ, nous allons commencer par la discussion de la première hypothèse principale qui supposait :

« Que les sages femmes de la wilaya de Bejaia souffrent d'épuisement professionnel ».

D'après les résultats obtenus dans l'échelle du MBI (Maslach Burnout Inventory), nous sommes dans la mesure de dire que notre population d'étude est entièrement touchée par le syndrome d'épuisement professionnel.

La souffrance que nous avons remarqué chez ces sages femmes vient toucher un certain désengagement, une perte de l'estime de soi manifeste, et une démotivation profonde vis-à-vis de leur travail, ce résultat est en accord avec les études qui ont démontré que le burn-out est retrouvé dans les métiers à forte implication interpersonnelle affective. Ce qui cause pour ces sages femmes, une complication grave de l'épuisement professionnel et de la perte d'équilibre motivationnel. Il peut s'accompagner d'une fatigue intense avec des douleurs diffuses (exemple migraines...) et des troubles du sommeil, de sentiments de déshumanisation avec détachement émotionnel de plus en plus marqué, jusqu'à la totale indifférence à la souffrance des autres. Un désenchantement croissant vis-à-vis de leur métier et le sentiment de plus en plus prégnant d'inutilité. C'est la raison pour laquelle le *burnout* se voit paradoxalement volontiers chez les « professions donneuses ». Les relations aux collègues, aux malades peuvent se teinter d'hostilité, ce qui ne facilite pas l'engagement d'un partage des difficultés avec recours à l'entraide. Il n'est pas inutile de rappeler que chaque sage femme susceptible de développer un *burnout* est aussi un aidant professionnel à risque dans la mesure où il a fréquemment vécu initialement une phase dite d'enthousiasme idéaliste ou de sur motivation non réellement ajustée à l'acquisition d'une réelle maturité personnelle. Le désir « sage femme » est souvent au départ un désir non averti d'identification à la souffrance du patient et empreint d'un excès de bonne volonté ou d'attitudes « comblantes » tous azimuts des besoins d'autrui, avant d'être un désir finalement désorienté par l'ampleur de la tâche puis de l'ennui, voire un non-désir de poursuivre en l'état, jusqu'à l'apathie.

Un consensus se dégage de quelques auteurs pour affirmer que le syndrome d'épuisement professionnel démarre avec l'épuisement émotionnel. Celui-ci entraîne par la suite la dépersonnalisation. L'épuisement émotionnel réduit l'accomplissement personnel soit directement, soit à travers de la dépersonnalisation.

## Chapitre IV Analyse des résultats et discussion des hypothèses

---

Les sages femmes qui prennent en charge des patientes surtout celles qui sont atteintes de maladie chronique devraient avoir une triple compétence psychologique, mais malheureusement d'après les résultats obtenus à l'échelle du (MBI), ainsi que les confidences recueillies auprès des sages-femmes durant notre entretien montrent que ce n'est pas le cas, c'est ce qui nous a permis de **confirmer** notre hypothèse principale.

-Notre deuxième hypothèse partielle suppose que « les sages femmes de la wilaya de Bejaia souffrent d'épuisement professionnel avec des degrés différents » :

- Le degré d'épuisement émotionnel est élevé
- Le degré de dépersonnalisation est faible
- Le degré d'accomplissement personnel est élevé.

Le taux de réponses était de 102/113, les sujets répondants représentaient donc beaucoup plus que la moitié de la population cible. On peut expliquer les non réponses par le fait que le questionnaire de MBI (Maslach burn-out inventory) peut susciter de la culpabilité, en particulier au travers de la dimension de dépersonnalisation, ce qui a pu influencer cette décision secondaire de ne pas répondre.

Nous avons constaté en effet, que le niveau de la première dimension ; celle de l'épuisement émotionnel est élevée avec un score de 30 %, ce degré est associé à des comportements potentiellement à risque pour les sages femmes et pour les patientes, ainsi qu'à une insatisfaction au travail entraînant un désir de reconversion, même si la plupart des sages femmes gardent un niveau élevé d'accomplissement personnel dans leurs métiers.

Cet épuisement émotionnel renvoie aussi au manque d'énergie, au sentiment que leurs ressources émotionnelles sont épuisées. Ces sages femmes sont « vidées nerveusement » et ont perdu tout leur entrain ; elles ne sont plus motivées par leur travail qui devient dès lors une corvée. Elles ne réalisent plus les tâches qu'elles effectuaient auparavant et en ressentent frustrations et tensions.

Les causes de cet épuisement perçues par ces sages femmes sont organisationnelles et administratives (charge de travail élevée, manque de personnel, le rythme des tâches à effectuer, la pression du temps, les horaires longs, imprévisibles, un travail monotone, peu stimulant, avec des procédures standardisées, ), relationnelles (demandes jugées excessives des patientes et de leur familles, conflits avec les collègues et le directeur), et personnels (conflits entre la vie professionnelle et la vie familiale).

Des auteurs comme (Maslach, Jackson,...) ont défini opérationnellement le burn-out comme un score élevé sur l'échelle d'épuisement émotionnel, ce qui aboutit à une prévalence élevée de 30 % de notre population d'étude, ce résultat indique que les sages femmes de la wilaya de Bejaia souffrent d'un épuisement élevé, ayant vraisemblablement des conséquences dramatiques sur leur qualité de vie. Ce qui démontre que la première hypothèse partielle est **confirmée**

Ce résultat est suivi d'un niveau modéré pour ces sages femmes dans la deuxième dimension celle de la dépersonnalisation avec un score de 6.39 %, cela renvoie au

développement d'attitudes négatives et impersonnelles envers leur collègues et plus particulièrement envers les patientes, ces sages femmes commencent à sentir qu'elles ne sont plus concernées par leur travail et dressent une barrière qui les isolent de leur patientes et de leur collègues, et si ce degré de dépersonnalisation augmente il peut prendre des formes plus dures et s'exprimer à travers des attitudes et des comportements de rejet, de stigmatisation, de maltraitance. Il s'agit d'une stratégie mal adaptée, destinée à faire face à l'épuisement des ressources internes en mettant à distance les bénéficiaires de l'aide, ou en rendant leurs demandes illégitimes.

Cette attitude permet de s'adapter à l'effondrement de l'énergie et de la motivation. Les patientes étant perçus sur un mode négatif, leurs demandes, leurs besoins apparaissent moins pressants, moins urgents à résoudre.

Notre étude confirme en partie que le sentiment des sages femmes dans cette deuxième dimension est le rôle protecteur de l'expérience professionnelle qui a été retrouvé dans de nombreuses études puisque le score de dépersonnalisation est le facteur essentiel de la prise en charge, par conséquent notre deuxième hypothèse partielle est **infirmé**.

Nous avons remarqué que l'accomplissement personnel dans le travail reste bon pour une majorité de sages femmes, avec un score de 39.39%. Cela nous indique que ce score est loin d'être un signe pathologique par rapport aux sages femmes de la wilaya de Bejaia, et qu'elles ne présentent pas le sentiment d'incapacité ou de frustration dans leur travail., mais puisque ce niveau est modéré, sa explique qu'il ya certain sages femmes qui ont un manque ou une réduction de l'accomplissement personnel concerne à la fois la dévalorisation de leur travail et de leur compétences, la croyance que les objectifs ne sont pas atteints, la diminution de l'estime de soi et du sentiment d'auto-efficacité. Autrement dit ces sages femmes n'attribuent aucune capacité à faire avancer les choses, convaincues de leur inaptitude à répondre efficacement aux attentes de leur entourage.

L'accomplissement personnel représente la dimension auto-évaluative du syndrome d'épuisement professionnel, D'ailleurs plusieurs études ont démontré que la satisfaction au travail jouait un rôle protecteur dans la relation entre le stress et l'épuisement professionnel, ainsi que certains auteurs ont considéré que l'accomplissement personnel constituent les éléments attitudeux ou cognitifs.

Donc il est nécessaire de dire que cette troisième hypothèse partielle **est infirmée**.

Comparativement aux résultats obtenus dans la thèse élaborée par Boulkroun, qui a effectuée une recherche en 2008, sur « le syndrome d'épuisement professionnel chez les enseignants du supérieur », il s'est avéré qu'il ya une incompatibilité.

Il y'a lieu de signaler qu'elle a utilisé deux outils d'investigations relativement aux 322 enseignants étudiés dans sa recherche, portant sur l'échelle du MBI et un questionnaire sur les conditions du travail, qui ont emmené à déduire que les enseignants subissent un épuisement professionnel considérable.

Elle a signalé un taux de 40% des enseignants qui présentent un épuisement émotionnel, 18% manifestent une dépersonnalisation, et enfin 47% accusent un manque d'accomplissement personnel. Elle a conclu que les vraies causes de cet épuisement professionnel sont les conditions de travail.

## Chapitre IV Analyse des résultats et discussion des hypothèses

---

Les résultats que nous avons obtenue dans cette étude indiquent que les facteurs qui cause l'apparition du syndrome d'épuisement professionnel sont nombreux et variés, ils sont surtout relatifs aux conditions d'exercice de la profession « sage femme », et les plus souvent mentionnés sont les difficultés dans les relations avec les collègues, la charge au travail, et le peu de soutien offert par la direction. Le contexte social et la faible valorisation de la profession ont aussi été mentionnés.

### **Synthèse :**

Après avoir obtenue les résultats de notre étude sur l'épuisement professionnel chez les sages femmes de la wilaya de Bejaia, ça nous a permis d'infirmer et de confirmer nos hypothèses, donc notre problématique construite tout au long de notre recherche est vérifiée. Et je tiens a conclure que les vrais causes de l'épuisement chez ces sages femmes est relatif aux horaires de travail qui ne sont toujours pas compatibles avec une vie sociale et familiale, le nombre insuffisant de personnels comme les puéricultrices et les biberonneuses, nombre insuffisant des sages –femmes, l'absence du soutien psychologique pour surmonter le moral des parturientes, la privation des moyens telle que l'échographie pour une meilleur prise en charge dans le but de prédire, évaluer, dépister, diagnostiquer la moindre anomalie pour éviter qu'une situation ne devienne une urgence vitale pour la mère ou pour le bébé.

### **Conclusion :**

La profession « sage-femme » endosse un rôle de protection sociale, à travers des actions de prévention et de soins auprès des femmes enceintes. Elle exige une forte capacité de concentration, une grande résistance au stress, une condition physique irréprochable et demande surtout un sang froid exemplaire

La sage-femme fait alors face à des conséquences négatives sur le plan physique ainsi que sur le plan psychologique, et se trouve entraîné dans un état d'épuisement professionnel intense qui est le plus souvent le problème le plus répondu dans cette profession.

Dans le cadre de notre recherche fondée sur le syndrome d'épuisement professionnel chez les sages femmes de la wilaya de Bejaia, nous avons essayé de démontrer l'existence de ce syndrome chez elles, on utilisant deux techniques d'investigations qui sont l'échelle d'épuisement professionnel (MBI), et l'entretien clinique semi-directif, dans le but de nous apporter des informations sur ce métier, et de bien déterminer le degré d'épuisement professionnel chez ces sages femmes.

Durant notre stage pratique effectué dans la clinique de Targa-ouzemour ainsi que d'autre polyclinique, centre hospitalier et clinique privé de la wilaya de Bejaia, et à travers l'échelle du MBI (Maslach Burn-out Inventory) que nous avons appliqué sur (102) sages femmes pour situer chacune dans son degré éprouvé de l'épuisement professionnel qu'il soit faible, modéré, ou élevé, et des entretiens qu'on a eu avec quatre d'entre elles, nous avons pu récolter les informations nécessaires pour établir une analyse, ainsi que la vérification de nos hypothèses.

A partir de l'analyse des données, nous avons constaté que l'épuisement professionnel des sages femmes est lié à la difficulté de la tâche qui se réfère au manque de médecins spécialistes en gynécologie obstétrique exerçant dans le service maternité qui impose des rythmes d'horaires et de travail fatiguant et anti-physiologiques, puisqu'il comporte une alternance de gardes de jour et de nuit, ces horaires de travail ne sont pas toujours compatibles avec une vie sociale et familiale.

Au terme de notre travail, nous constatons que les sages femmes font face au stress quotidiennement dans leur travail, ce qui nécessite vraiment une prise en charge psychologique.

Comme étude ultérieure, nous pensons qu'il serait intéressant de se pencher sérieusement sur les relations qui peuvent exister entre le burn-out et les facteurs suivants : l'âge, situation familiale, nombre d'enfants, et expérience professionnel, que nous n'avons pas pu malheureusement inclure dans notre recherche, et cela suite à la courte durée de la période qui nous a été accordée.



En conclusion, nous espérons avoir contribué à la connaissance de la problématique de l'épuisement professionnel chez les sages femmes, et avoir bien éclairé les différentes faces caractérisant ce thème ô combien intéressant.

## La liste bibliographique :

### Les ouvrages :

- 1- Angers M., « Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines », Dunod, Paris, 1997.
- 2- Barbier D., « Le syndrome d'épuisement professionnel du soignant », Masson, Paris, 2004.
- 3- Ben Béchir M. & al. « Burnout en psychiatrie une expérience tunisienne », Elsevier Masson SAS, Paris, 2010.
- 4- Boudoukha A.H., « Burn-out et traumatismes psychologique », Dunod, Paris, 2009.
- 5- Canaoui P. & Maurangers A., « Le burn out des soignants à l'hôpital, Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants ». 4<sup>ème</sup> édition, Masson, Paris, 2008
- 6- Chahraoui KH. & Bénony H., « Méthode, évaluation et recherche en psychologie clinique », Dunod, Paris, 2003.
- 7- Chakroun W. & al. « Evaluation du stress chez le personnel des urgences : enquête dans un service d'urgences tunisien ». Elsevier Masson SAS, Paris 2013.
- 8- Chauchat. H., « L'enquête en psychologie ». PUF, 2<sup>ème</sup> édition, Paris, 1999.
- 9- Chiland C., « l'entretien clinique », paris, PUF, 1983.
- 10- Devers .G, « Droit et pratique du soin », 2ème éd, Lamarre, paris, 2007.
- 11- Estryn B. & al. « Enquête comparative sur le syndrome d'épuisement professionnel chez les anesthésistes réanimateurs et les autres praticiens des hôpitaux publics en France », Elsevier Masson SAS, Paris, 2011.
- 12- Gasquet B., « bien être et maternité », Albin Michel, 2009.

- 13- Grebot .E, « Stress et burn-out au travail », Groupe Eyrolles, Paris, 2008.
- 14- Hazif C., & Thomas P., « Burn-out et soignants : un risque inépuisable » ? Elsevier Masson SAS, paris 2011.
- 15- Hazif C., & Thomas. P., « Épuisement des soignants et dépersonnalisation : un piège motivationnel », Elsevier Masson SAS, Paris, 2011.
- 16- Lefebvre B., Poirot M., « Stress et risque psychosociaux au travail », Masson, Paris, 2011.
- 17- Manoukian. A., La souffrance au travail. Les soignants face au burn out. Lamarre, Paris, 2009.
- 18- Maslach C. & Leiter M., « Burn out : Le syndrome d'épuisement professionnel ». Edition, des Arènes, Paris, 2011.
- 19- Mead M « la sage femme au sein de l'union européenne en changement » in les dossiers de l'obstétriques, volume 11, n°311.
- 20- Ponte C. et al, « 50 questions sur le métier de sage femme, 2ème édition, paris, 2011.
- 21- Raymond B., « les méthodes en sociologie », 11ème édition, paris, 1998.
- 22- Rhissassi F., & Amitti K., « Image de la femme et regard de société ». Edition dar el qualam, Rabat, 2006.
- 23- Truchot D. & al. « Épuisement professionnel chez les médecins généralistes », Masson, Paris, 2004.
- 24- Vilatt J., « L'entretien comme outil d'évaluation ». Dunod, Lyon, 2007.
- 25- Zawieja P., & Guarnieri F., « Épuisement professionnel : principales approches conceptuelles, cliniques et psychométriques ». , éd Armond colin, 2013.

## Les revues :

- 1- Carayol. M., « La sage-femme : acteur incontournable de la périnatalité en France », Revue santé, société et solidarité, n°1, 2004.
- 2- Delbrouck M., « Burn-out et médecine. Le syndrome d'épuisement professionnel », Cahiers de psychologie clinique, n° 28, 2007
- 3- Hatem M. et al. « Comparaison des modèles de soins obstétricaux dirigés par les sages femmes à d'autres modèles de soins offerts aux femmes enceintes », revue systématique Cochrane, n°4, 2009.
- 4- Jacques B., & Purgues S, « l'entrée des hommes dans le métier des sages femmes », revue française des affaires sociales, n° 2-3, 2012.

## Les thèses :

- 1- Boulkroune. N. (2008), « les Le syndrome du burn out chez enseignants du supérieur », université Mentouri de Constantine, faculté des sciences humaines et sociales, département de psychologie et des sciences de l'éducation et d'orthophonie.
- 2- Louise. G., « L'épuisement professionnel chez les enseignants », Essai présenté à l'université du Québec à Trois-Rivières. Mars-2004.
- 3- Painblanc S., « l'accompagnement global de la maternité par la sage femme libérale », département paramédicale saint Elisabeth, 2004, 2005, P108.
- 4- Wirtz R., « Psychiatre et Burn out. Etude de la prévalence du syndrome d'épuisement professionnel auprès des psychiatres hospitaliers du Nord pas de calais », thèse de médecine, Lille, 2012.

## Les mémoires :

- 1- Lakhdari S., (2012), « L'état psychologique des sages femmes au cour de leur activité professionnelle », université A. Mira de Bejaia, faculté des sciences humaines et sociales, département de sciences sociales, spécialités psychologie clinique.
- 2- Moussane S. (2013), « le syndrome d'épuisement professionnel (le burn-out) chez les enseignants du moyen », université A. Mira de Bejaia, faculté des sciences humaines et sociales, département de sciences sociales, spécialités psychologie clinique.

## Les dictionnaires :

- 1- Giard A. et al. (sous direction), « le petit larousse compact, paris, larousse, 2002
- 2- Norbert. Sillamy, *Dictionnaire de psychologie*, Larousse-VUEF, 2003

## Annexe : A

### Echelle d'épuisement professionnel

#### MBI (Maslach Burnout Inventory)

Dans le cadre d'une recherche universitaire portant sur « le syndrome de l'épuisement professionnel chez les sages-femmes de la wilaya de Bejaia », cette échelle ci-dessus représente l'outil de mesure que nous allons utiliser à des fins de recherche et qui doit être remplis par votre soin.

Nous vous prions de bien vouloir nous consacrer quelques minutes de votre temps pour répondre aux items ci-après. Pour nous aider à mener cette étude, veuillez indiquer la fréquence à laquelle vous ressentez ce qui est décrit à chaque item.

Nous vous garantissons l'anonymat pour un objectif scientifique.

Veuillez encercler le chiffre correspondant avec :

- 0 = Jamais
- 1 = Quelques fois par an, au moins
- 2 = Une fois par mois au moins
- 3 = Quelques fois par mois
- 4 = Une fois par semaine
- 5 = Quelques fois par semaine
- 6 = Chaque jour

item	La fréquence
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 patientes ressentent	0 1 2 3 4 5 6
5. Je sens que je m'occupe de certaines patientes 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 patients	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 patientes	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 patientes	0 1 2 3 4 5 6
18. Je me sens ragillardie lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes patientes	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 patientes me rendent responsable de certains de leurs problèmes	0 1 2 3 4 5 6

## **Annexe B**

### **Guide d'entretien**

#### **AXE I : Identifications personnelles**

- 1-Nom
- 2-Age
- 3-Situation familiale
- 4-Nombre d'enfant a charge
- 5-Expérience professionnelle

#### **AXE II : Informations liées aux moments de travail.**

- 1-Combien d'heure de travail effectuez- vous par jour et combien de jour par semaine ?
- 2- Travaillez-vous les jours fériés, les week-ends ?
- 3-Quel est le nombre de garde de nuit que vous effectuez par semaine ?
- 4-Préférez-vous travailler le matin ou le soir ? Pourquoi ?
- 5-Quel est en moyenne votre congé annuel ? À votre avis est-il suffisant ?
- 6-Est-ce que votre emploi du temps vous convient? Justifiez votre réponse ?

#### **AXE III : Informations liées à la spécificité de l'activité professionnelle :**

- 1-En quoi consiste le travail de sage femme ? Qualifiez-le ?
- 2-Combien de patient examinez-vous par jour ?
- 3-Combien d'accouchement pratiquez-vous par semaine ?
- 4-Quel est en moyenne la durée d'un accouchement ? Préférez-vous le pratiquer seule ou accompagnée ? Justifiez votre réponse ?
- 5-Rencontre-t-on des complications lors de certains accouchements ? Comment réagissez-vous ?
- 6-En quoi consiste la difficulté du métier de sage femme ? Avez-vous déjà pensé à un arrêt définitif ou une reconversion éventuelle ?

#### **AXE IV : Informations liées à la qualité de la relation professionnelle :**

- 1-Comment sont vos relations professionnelles avec vos collègues ?
- 2-Quel genre de relation entretenez-vous avec vos patientes ?
- 3-Comment qualifiez-vous votre relation avec les autres sages femmes ?
- 4-Selon vous ya t'il une coopération avec les autres sages femmes dans l'exécution des tâches ?
- 5-Pensez-vous qu'une mauvaise ambiance au sein de votre service peut avoir des répercussions négative sur votre travail ?
- 6- A votre avis l'autorité au sein de votre service est-elle nécessaire? Justifiez votre réponse?