

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

Mémoire de fin de cycle

*En vue de l'obtention du Diplôme de Master
En Psychologie clinique*

Thème

*Le burn out chez les sages-femmes
Etude de (30) cas réalisée
A la maternité de Akbou et
Targua Ouzmour de Bejaia*

Réalisé par :

- Ait Arab Yassine*
- Bechir Katia*

Encadré par :

Mlle : Djedid Ratiba

Année universitaire : 2016-2017

Sommaire

-Remerciement

-Dédicace

-Sommaire

-Liste des tableaux

-Liste des figures

-Liste des annexes

Partie méthodologique

1-Problematic	9
2-Les hypotheses de la recherche.....	10
3-Les raisons du choix du thème.....	10
4-Linteret du thème de la recherche.....	10
5-Les objectifs de la recherche.....	11
6-Définition et opérationnalisation des concepts clés.....	11
7-Les difficultés rencontrées	12

PARTIE THEORIQUE

Chapitre I : Le Burn-out

-Préambule	13
1. Historique du « Burn out »	15
2. Définition du Burn out	20

3. Le Burn-out comme un processus	24
4. Du processus de stress à l'état de burn out.....	26
5. Les étapes d'installation :.....	28
6. Clinique du burn-out :.....	30
7. Les classifications internationales :.....	31
8. Facteurs associés et/ou causes du burn-out :.....	35
9. Psychopathologie et approches du Burn-out :.....	38
10- Prévention et traitement :.....	40

Chapitre II : la profession des sages-femmes

<i>Préambul.....</i>	<i>41</i>
<i>1. définition de la sage-femme.....</i>	<i>41</i>
2. Histoire de la profession de la sage-femm.....	43
3. Les compétences de la sage-femme.....	44
4. LE RÔLE DE LA SAGE-FEMME :.....	46
5. Les différents secteurs d'activités de sage femme.....	47
6. L'exercice de la profession de sage-femme.....	49
Conclusion:.....	50

Partie pratique

Chapitre III : méthodologie de la recherche

Préambule.....	51
1-La pré-enquête.....	51
2-La méthode de la recherche.....	51
3-presentation du lieu de recherche	52
4-outils d'investigations.....	54
4-1 L'échelle de maslach.....	55
4-2 Outils de statistique.....	56

Chapitre IV : présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

-préambule.....	57
1- analyse des résultats obtenus de l'échelle (MBI)	74
2-Analyse statistique.....	75
3-resulats.....	80
4-discussion des résultats.....	82
5-conclusion.....	82
6-conclusion général.....	83

Liste des tableaux :

tableau	titre	pages
Tableau n°1	Résultats des échelles de 30 cas	57-72
Tableau n°2	Caractéristiques des sages-femmes	75
Tableau n°3	<i>Epuisement professionnel des sages-femmes</i>	76
Tableau n°4	<i>Corrélation de l'épuisement professionnel à l'âge</i>	77
Tableau n°5	Epuisement professionnel des sages-femmes selon le statut marital	77
Tableau n°6	Corrélation de l'épuisement professionnel à l'ancienneté	78

Liste des figures :

figures	titre	page
Figures n°1	Degré de sévérité du burnout	73
Figures n°2	Résultats au sous démentions du MBI	74
Figures n°3	<i>Relation entre l'âge et l'épuisement émotionnel</i>	77
Figures n°4	Relation entre l'âge et la dépersonnalisation	78
Figures n°5	Relation entre l'âge et l'accomplissement personnel	79

Liste des annexes :

annexes	TITRE
Annexe a	Echelle d'épuisement professionnel MBI
Annexe b	Données individuelles recueillies

Abréviations:

MBI: Maslach Burn out Inventory

SEP: score d'épuisement professionnel

NEP: niveau d'épuisement professionnel

SD: score de dépersonnalisation

ND: score de dépersonnalisation

Q1 : premier quartile

Q3: troisième quartile

Remerciements

Nous remercions Dieu le tout puissant de nous avoir accordé la force, la patience, la volonté et le courage à accomplir ce travail.

A celles et ceux qui nous ont soutenu dans ce travail, nous aimerions en premier lieu s'adresser nos vifs remerciements à notre promoteur Madame djedid ratiba , qui nous a accompagné et suivi pendant la réalisation de notre recherche et qui grâce à ces conseils, ses encouragements, ses orientations et son soutien qu'en a pu achever ce travail.

Nos sincères remerciements s'adressent surtout à tous les éléments de cette Direction qui nous ont accueillis.

Un grand remerciement à tous les travailleurs de l'hôpital et surtout le service de maternité qui ont accepté de répondre à nos questions avec une grande compréhension et qui nous ont accueillis, aidé et facilité la réalisation de ce travail.

Nous tenons à remercier l'ensemble des enseignants de la formation ; de psychologie clinique, ainsi tout les enseignants de la faculté SHS.

Enfin nous tenons à remercier toute personne qui nous a aidés de près ou de loin dans la réalisation de ce travail.

Dédicace

Je dédie ce travail qui est le fruit de plusieurs années d'études à :

Mes chers parents en récompense à leurs sacrifices et encouragements.

A mes chers frères et mes chères sœurs et mes chères amies.

Tous mes amis de la promotion de psychologie clinique.

Tous les enseignants de la faculté SHS qui ont participé à ma formation durant mes cinq années de formation universitaire

Introduction :

L'évolution de l'être humain dans les domaines socio-économique à rapporter beaucoup de changement dans les conditions de vie et de travail, qui a donné naissance à un rythme de vie très compliqué même angoissant, ce développement qui a mené l'être humain à vivre dans l'épanouissement mais qui a causé en parallèle des difficultés dans l'adaptation dans la vie professionnelle telle que stress chronique, surmenage, irritabilité, fatigue, syndrome du burn-out.

Il est intéressant de remarquer que l'émergence de la notion de burn-out, décrit en tant que syndrome, se fait de manière presque simultanée au début des années 1970, sur la côte est et ouest des États-Unis, avec respectivement Herbert J. Freudenberger et Christina Maslach. Cela illustre le fait que le burn-out a d'abord émergé en tant que problème social. Il ne s'agissait donc pas d'une construction scolaire et abstraite. Apparemment, ces deux auteurs ont découvert quelque chose qui était « dans l'air du temps ». Cette origine sociale du *burnout* est essentielle pour comprendre l'évolution de ce concept.

Dans un premier temps, l'accent a été mis sur les descriptions cliniques. L'effort porte sur des tentatives pour définir le burn-out à travers des observations précises, et en particulier les symptômes qu'il occasionne. Suivant la tradition médicale, ces symptômes ont ensuite été regroupés pour identifier un syndrome. Cette approche clinique souligne l'importance des facteurs individuels sous-tendant le burn-out. Le passage à une approche plus empirique et rationnelle se fit rapidement avec Christina Maslach et Ayala Pines. Peu de temps après avoir identifié le syndrome, elles mirent en place des programmes de recherche. Les réserves des milieux académiques envers le burn-out furent nombreuses, au point d'entraver leurs travaux. Un premier article sur le développement de l'instrument psychométrique qui est désormais le plus largement utilisé, le *Maslach Burnout Inventory*, fut renvoyé par l'éditeur d'un

journal scientifique avec une courte note indiquant qu'il ne l'avait même pas lu « parce que nous ne publions pas de « pop-psychologie » ».

Malgré ces débuts difficiles, la notion de burn-out rencontre un succès croissant. La prévalence est en augmentation constante sur les dernières décennies. Ces dernières années, le stress au travail et plus particulièrement le burn-out sont devenus des sujets de société, que l'on retrouve en « une » des magazines. La question d'un phénomène essentiellement culturel reste donc pertinente : s'agit-il d'une mode ? A ce jour, les classifications psychiatriques internationales ne reconnaissent pas le burn-out en tant qu'entité nosographique pathologique. Il s'agit de plus d'un concept multidimensionnel, dont la robustesse reste discutée.

Quelles sont les causes du burn-out ? La littérature internationale insiste sur les causes objectives, l'organisation du travail, même si les facteurs personnels sont également interrogés, ainsi que la vulnérabilité individuelle, conduisant ainsi à un modèle intégratif biopsychosocial.

Le burn-out, initialement décrit dans les professions « d'aide », est aujourd'hui étudié dans toutes les professions. Constatant qu'il n'existe pas beaucoup d'étude en Algérie sur le burn-out et spécialement dans le domaine de santé, alors nous avons mené cette étude afin de dénoué ce phénomène.

Le premier chapitre de ce travail est consacré au phénomène de Burn out d'un point de vue historique, conceptuel et théorique en vue d'expliquer l'impact de ce phénomène sur la santé des individus, ses phases évolutives, sa présence chez certains professionnels, notamment chez les professionnels de santé, ainsi que les mesures préventives afin de réduire ses conséquences sur le bien être des individus.

Le deuxième chapitre est consacré à la maternité : son histoire, le rôle et les conditions de travail des sages-femmes.

Le troisième chapitre est consacré à la démarche méthodologique : La méthodologie de recherche, présentation du lieu de stage, la population sur

laquelle porte notre objet d'étude et l'outil d'investigation qui nous a permis d'atteindre les objectifs de notre étude.

La partie pratique est consacrée à la présentation et l'analyse des résultats obtenus, la comparaison des résultats et de la discussion des hypothèses.

1. La problématique :

Le burnout est un phénomène qui a pris de l'ampleur un peu partout dans le monde. Aujourd'hui cette pathologie pèse beaucoup sur notre société moderne par ses nuisances causées à l'échelle économique et sociale.

Usure professionnelle, fatigue professionnelle, ou syndrome d'épuisement des soignants, ne rend que partiellement compte du concept de Burn-out (Mauranges et Canui). Plusieurs études ont été consacrées pour expliquer, décrire et diagnostiquer ce phénomène en tant qu'entité pathologique. Une étude récente effectuée en Finlande indique que jusqu'à 50 pour cent des travailleurs éprouvent à des degrés divers ces sentiments de burn-out.

Cherniss (1980) le décrit comme un processus en trois étapes, comprenant d'abord un déséquilibre entre les ressources individuelles et organisationnelles par rapport aux exigences du travail, conduisant ensuite à des réponses de nature émotionnelle (anxiété, fatigue, vulnérabilité, épuisement) et provoquant enfin des changements dans l'attitude, le comportement du travailleur et son rapport au travail. Le burnout ne constitue évidemment qu'une des réponses possibles de l'individu, qui doit continuellement s'adapter à son milieu de travail. Ces réponses varient selon les personnes en raison de divers facteurs biologiques, psychologiques et sociaux (BERCLAZ, M, 2013, p7).

En 1991, 15 pour cent des réclamations d'assurance étaient liées à des troubles de santé psychologique. Dix ans plus tard ce même taux dépassait 40 pour cent. (Rémillard, G, 2006, p9).

Les recherches sur le burn-out prennent leur origine dans des services d'aide sociale ou de soins, la nature spécifique de ces professions qui prescrit une relation interpersonnelle (soignant/soigné, aidant/aidé).

En 2005, une enquête a interrogé 2290 professionnels soignants travaillant dans 5 hôpitaux de la province de Gérone (Espagne). On a retrouvé un taux

Problématique et cadre générale de la problématique

d'épuisement émotionnel élevé à 46,5% chez les médecins contre 41,6% des autres professionnels (infirmières, aides-soignantes). Une thèse fut présentée publiquement en 2013 par le Dr Hastroy Anita étudiant le burnout des soignants de l'hôpital Paul De Viguié en maternité de niveau 3. Il est relevé un niveau d'épuisement professionnel élevé chez 44% des médecins (interne en gynécologie, médecin gynécologues obstétriciens, pédiatres et réanimateurs) et 36% des sages-femmes. 11% présentes des scores élevés dans les 3 dimensions du burn-out, 25% dans 2 et 64% dans Aucune différence significative ne fut relevée entre les scores des sages-femmes et des médecins. **(Paitel, P, 2015, p19).**

Le métier de sages-femmes est parmi les professions qui sont très exposé à ce phénomène, les sages-femmes s'affrontent quotidiennement à des situations difficile et stressantes tel que (accouchement, fausse couche, avortement), et on contrepartie elles devraient maintenir leur émotions, et avoir la capacité de géré ses différentes événements à grande risque et beaucoup de responsabilité.

Leurs métier est soumis à des stimuli intense et permanent qui persiste dans le temps et l'espace, leur sante mental et physique pourrais être affecté et qui peut engendrais ensuite un stress permanent, le stress n'est pas une maladie mais une exposition prolongée au stress peut réduire l'efficacité au travail et peut causer des problèmes de santé et aboutir à un burn-out.

En 2011, une étude menée en Australie confirme cette tendance. Sur 152 sages-femmes, il fut analysé un épuisement émotionnel chez 60% d'entre elles, une dépersonnalisation chez 30% et un accomplissement personnel bas chez 30% également. **(Paitel, P, 2015, p19).**

Au tant que psychologues cliniciens on s'est intéresser à cette catégorie, et on à poser ces questions suivantes :

Es ce que les sages-femmes de l'hôpital d'Akbou souffrent elles du burn-out ?

Es ce que le facteur de l'ancienneté et l'avancement dans l'âge Joux un rôle dans l'apparition ou pas du burn-out ?

Es ce que la situation familiale (marier ou pas) peux favorise l'apparition du burn-out ?

2. Les hypothèses :

2.1 hypothèses général :

Les sages-femmes de l'hôpital d'Akbou sont exposés au risque de développer le syndrome du burn-out.

2.2 hypothèses partielle:

- Le statut marital Joux un rôle primordial dans l'apparition du Burn-out.
- L'ancienneté et l'âge avancé des sages-femmes peut engendrer le burn-out.

3. Les raisons du choix du thème :

Notre thème de recherche porte sur le Burn-out chez les sages-femmes à l'hôpital d'Akbou.

Les études qui ont été faite à propos de ce thème sont très peut par apport à l'importance de cette catégorie de travailleurs et vu la place qu'elle occupe à l'hôpital qui est le service de maternité.

On outre le service de maternité constitue le milieu le plus sensible par apport à la fragilité des nouveau-nées et à la sensibilité de leurs mamans.

4. Les objectifs de la recherche :

On premier point l'objectif crucial de cette recherche scientifique est :

- Etudier le phénomène du burn-out dans son aspect pratique c'est a dire observer et analysé le phénomène au temps real et dans milieux bien précis.

- Pouvoir qualifier le phénomène dans un contexte scientifique.
- Décrire et cerner les conditions qui le favorisent à se développer.

5. Définition et opérationnalisation des concepts clés :

5.1 Définition du burn-out :

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 burnout ne comporte pas moins de 50 définitions.

(*distress*), d'un sentiment d'amoindrissement de l'efficacité, d'une chute de la motivation et du développement de comportements inadaptés au travail. Cette condition psychique est progressive et peut longtemps passer inaperçue du sujet lui-même. Elle résulte d'une inadéquation entre les intentions et la réalité professionnelle. Le burnout s'installe en raison de mauvaises stratégies d'adaptation associées au syndrome, souvent auto-entretenu » (Schaufeli et Enzmann, 1998, p. 36).

6.2 Définition opérationnelle du burn-out :

C'est un état de santé mental et physique qui est dégradé au point de ne pas supporter son travail. Cette état peut se manifester on trois dimensions observable et mesurable qui est : épuisement émotionnel, dépersonnalisation et accomplissement personnel. Ces dimensions peut se manifestes par une fatigue physique avec un sentiment de dégoût, problèmes relationnel avec les collègues et avec ces patients et un manque d'empathie.

6.3 Définition de la sage-femme :

C'est une personne qui a suivi un programme de formation reconnu dans son pays, a réussi avec succès les études afférentes et acquis la qualification nécessaires pour être reconnue ou licenciée en tant que sage-femme, (oms).

6.4 Définition opérationnelle de la sage-femme :

Problématique et cadre générale de la problématique

C'est une personne qui a un savoir-faire et intellectuelle qui lui permet de s'occupe des accouchements normaux au sein des hôpitaux et des clinique et qu'elle s'occupe aussi de l'accompagnement des femmes enceinte et même après le post-partum.

7. Les difficultés rencontrées :

Au cours de la réalisation de notre projet de recherche nous avons rencontré des petites difficultés ont ce qui concerne le choix d'une méthode efficace pour notre thème choisie, car nous avons rencontré des obstacles pour accéder directement a certaines information qui sont indispensable pour notre étude par exemple certaine sages- femmes refusent de se soumettre à nos entretient cliniques et ce qui nous a pousser a changé carrément nos hypothèses.

Partie théorique

PARTIE THEORIQUE

Chapitre I : Le Burn-out

-Préambule

1. Historique du « Burn out »
2. Définition du Burn out
3. Le Burn-out comme un processus
4. Du processus de stress à l'état de burn out
5. Les étapes d'installation
6. Clinique du burn-out
7. Les classifications internationales
8. Facteurs associés et/ou causes du burn-out
9. Psychopathologie et approches du Burn-out
- 10- Prévention et traitement

Préambule :

Le burn-out a été identifié en 1980 et depuis le taux n'a pas cessé d'augmenter, car les mesures de prévention n'ont pas été prises au sérieux par les employeurs. Les individus qui sont exposés en permanence à ce phénomène redoutable. Mais l'évolution rapide de cette pathologie inquiétante a posé plusieurs chercheurs en sociologie, économie et surtout en psychologie a étudié le burn-out dans tous les domaines afin d'expliquer et de décrire les conditions de son apparition pour mieux prévenir ses causes et ses conséquences.

1. Histoire du burn-out :

Les premières recherches portant sur le burn-out étaient clairement exploratoires et avaient pour objectif de comprendre les personnes « souffrant de leur travail » (Truchot, 2004). Il est donc malaisé de définir un « découvreur » du burn-out, alors même que de nombreux auteurs au début des années soixante-dix ont commencé à publier leurs observations (Bradley, 1969 ; Freudenberg, 1974 ; Maslach, 1976). Ces publications portent dans un premier temps sur la description du phénomène, lui donnent un nom et démontrent qu'il ne s'agit pas d'un épiphénomène transitoire. Il est important de souligner que ces articles sont écrits par des chercheurs ou des cliniciens (ou les deux à la fois) qui sont personnellement impliqués dans un travail auprès de personnes qui nécessitent des soins psychiques ou somatiques.

Ils travaillent en hôpital ou dans des services sociaux qui ont comme caractéristiques de générer de nombreux stressés émotionnels ou interpersonnels. L'environnement initial d'identification du burn-out jouera un rôle important dans sa définition, comme nous le montrerons plus tard.

(Boudoukha, A, 2009, p11).

C'est le cas d'Herbert Freudenberg (1974), qui fut l'un des premiers à écrire un article sur le burn-out. Psychologue dans une *freeclinic* accueillant des patients toxicomanes, il remarque qu'un grand nombre de soignants perdent rapidement, en

quelques années, leur dynamisme, leur engagement et leur motivation. Ce qui est le plus frappant pour l'auteur, c'est que ce phénomène apparaît chez des professionnels qui, au départ, étaient très enthousiastes et qui, au bout d'une année parfois, se plaignent de douleurs physiques, de fatigue et d'épuisement (Freudenberger, 1977).

L'auteur relève une variété d'expressions et de manifestations de ce qu'il nomme alors burn-out, métaphore de l'effet de la consommation de drogues. Il suggère que les pressions et les exigences professionnelles exercées sur les ressources d'un individu finissent par le conduire à un important état de frustration et de fatigue. Le professionnel s'épuise alors en essayant de répondre à certaines obligations imposées, soit par son milieu de travail, soit par lui-même.

De son côté, Christina Maslach (1976), psychologue sociale, a découvert le burn out dans le cadre d'une recherche sur le « stress émotionnel » et les stratégies de *coping*¹ développés par les employés de services sociaux face à leurs usagers. L'intérêt pour cette question des relations employés-usagers n'est pas anodin.

En effet, Maslach avait participé à l'expérience de la prison fictive de Stanford dans laquelle deux groupes d'étudiants étaient répartis aléatoirement dans des rôles de surveillants de prison ou de personnes détenues (Zimbardo, 1973). La violence des « gardiens » envers les « détenus », dans cette expérience, avait amené l'auteur à s'interroger sur les relations de pouvoir et sur leurs conséquences. Maslach avait abandonné immédiatement son rôle dans l'expérience, et s'était interrogée sur les comportements agressifs des professionnels envers leurs usagers.

(Boudoukha, A, 2009, p12).

C'est donc au cours des entretiens avec ces professionnels de service social qu'elle a identifié le burn-out sous trois caractéristiques que sont l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation-désinvestissement et la réduction du sentiment d'accomplissement personnel et professionnel. Cette première conception du burn-out donnera lieu à un modèle que nous présenterons dans le prochain point. Les recherches sur le burn-out prennent donc leur origine dans des services d'aide

sociale ou de soins, dont la caractéristique principale réside dans la relation entre un « aidant » et un usager. La nature spécifique de ces professions qui prescrit une relation interpersonnelle (soignant/soigné, aidant/aidé) place d'emblée le burn-out comme une transaction relationnelle entre une personne et une autre plutôt que comme une réponse individuelle de stress.

Mais la perspective clinique ou sociale des articles initiaux va influencer les premiers travaux sur le burn-out (Maslach et Schaufeli, 1993). D'un côté, les psychologues cliniciens se focaliseront sur la symptomatologie du burn-out et les questions de santé mentale. De l'autre, les psychologues sociaux s'intéresseront au contexte professionnel. De fait, la majorité des premières études sont descriptives et qualitatives, et utilisent des techniques comme l'entretien, les études de cas ou l'observation participante (Maslach, 2001). Les suivantes seront quantitatives et expérimentales. Elles porteront sur un grand nombre de sujets, s'attachant à la compréhension des causes du burn-out. Il en ressort quelques facteurs généraux qui suggèrent que le burn-out présente des éléments communs et identifiables. Premièrement, il apparaît que le fait de procurer une aide sociale ou des soins s'avère très coûteux en énergie et génère un épuisement émotionnel qui devient une réponse commune devant cette charge travail. Deuxièmement, une forme de désinvestissement, de dépersonnalisation¹ ou de cynisme émerge des recherches menées à l'aide d'entretiens auprès de sujets qui tentent de gérer leur stress professionnel. Enfin, pour diminuer leur compassion envers les patients, certains sujets présentent un détachement émotionnel afin de se protéger des émotions intenses qui les empêchent d'accomplir leur travail. **(Boudoukha, A, 2009, p11).**

Ce détachement peut aboutir à des attitudes négatives voire déshumanisées. Les caractéristiques de la situation dans laquelle a lieu cette relation aidant/aidé ne sont pas mises de côté et apportent un éclairage complémentaire au concept naissant de burn out. Ainsi, le nombre d'usagers, l'importance des échanges ou le manque de ressources sont des facteurs impliqués dans le développement du burn-out. Les relations avec les collègues, avec la famille des usagers sont également en

lien avec le burn-out. Devant ces découvertes « qualitatives », tout un corpus d'analyses et de recherches a été mené pour asseoir la valeur scientifique du concept. (A .Boudoukha, 2009.p, 11-13)

2. Définition du burn-out:

Ce concept a été défini à plusieurs reprises par les chercheurs qui ont abordés ce phénomène et parmi ces définitions on a : La majorité des chercheurs définissent le burn-out comme un épisode ou un état, même si ces conceptions varient en fonction de leur précision, de leurs dimensions ou de leur étendue (Truchot,2004).

En 1961, l'écrivain Graham Greene raconte, dans le roman intitulé la « Saison des Pluies », la triste histoire de Query, un architecte new-yorkais mondialement connu. L'édition originale est intitulée « *A Burnt-out case* » et décrit en détail ce syndrome. Malgré le succès de cet ouvrage, le terme de *burnout* ne sera pas popularisé.

Dans le passé, nombre d'autres notions ont été utilisées pour décrire des états similaires, comme le « *surmenage* » de Tuke en 1882, et l'« *industrial fatigue* » de Park en 1934(Schaufeli et al. 1998), mais aucun n'aura le succès rencontré par le terme *burnout* à partir des années 1970.

2.1. Freudenberger :

Le terme utilisé dans la littérature anglo-saxonne est *burn-out*. Il est d'abord employé pour évoquer l'épuisement professionnel de travailleurs sociaux dans des programmes de réinsertion de jeunes délinquants (Bradley, 1969). Il est ensuite conceptualisé par le psychiatre Freudenberger en 1974, à partir de son expérience auprès de professionnels et de bénévoles dans une structure d'aide aux toxicomanes (Freudenberger, 1974). Beaucoup des bénévoles qui y travaillent finissent, après un an d'activité, par perdre l'enthousiasme qui a départ suffisait à nourrir leur engagement. Des symptômes physiques caractéristiques accompagnent

ces changements : épuisement, fatigue, persistance de rhumes, de maux de tête, de troubles gastro-intestinaux, d'insomnies. Freudenberger souligne les symptômes comportementaux : colère, irritabilité, incapacité à faire face aux tensions et situations nouvelles, sont les premiers signes de ce qu'il nomme « craquage » ou « épuisement émotionnel et mental ». Cynisme et stratégies de surenchère, ou, à l'inverse, d'évitement peuvent compléter le tableau (Truchot, D, 2004.p19)

2.2. Maslach

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

A l'inverse de Freudenberger qui insistait sur les facteurs personnels, elle situe davantage les causes du *burn-out* dans l'environnement de travail. Jusqu'ici les travaux sur le *burn-out* s'appuient essentiellement sur l'expérience clinique. Maslach publie au début des années 1980 les premières recherches empiriques systématiques (Truchot, D, 2004, p20).

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

2.2.1. L'épuisement émotionnel :

L'épuisement émotionnel renvoie à l'appauvrissement des ressources du sujet. La personne est vidée nerveusement, a perdu tout entrain, n'est plus motivée par son travail qui devient une corvée. L'épuisement émotionnel s'accompagne de frustration et de tension dans la mesure où l'individu ne réalise plus le travail qu'il effectuait auparavant. Cette dimension est souvent liée au stress et à la dépression.

Les conceptions théoriques autant que les résultats empiriques lui donnent un rôle central dans le processus de *burn-out*. (Delbrouk, M, 2003, p.40)

2.2.2. La dépersonnalisation ou cynisme :

Il s'agit de la dimension interpersonnelle du *burn-out*. Celle-ci renvoie au développement d'attitudes détachées, négatives, cyniques envers les individus rencontrés dans le contexte de travail. Il ne s'agit donc pas d'un trouble dissociatif au sens de la dépersonnalisation décrite en psychiatrie, mais d'une déshumanisation de la relation à l'autre. (Paitel, CH, 2015, p13).

C'est la raison pour laquelle Maslach a finalement opté pour le terme de cynisme, qui prête moins à confusion que celui de dépersonnalisation. Ce détachement peut se transformer en une vision de la personne comme un adversaire ou un objet, et peut aller jusqu'à des conduites de maltraitance (Daloz et al. 2005). La dépersonnalisation peut parfois se traduire par le cynisme de l'humour grinçant des carabins.

2.2.3. L'efficacité professionnelle :

La diminution de l'efficacité professionnelle est la dimension d'auto-évaluation du *Burn-out*. Elle se caractérise par un sentiment d'incompétence professionnelle et de manque de réalisation personnelle dans le travail. Elle s'accompagne d'une diminution de l'estime de soi et du sentiment d'auto-efficacité. Le sujet a alors le sentiment de ne pas atteindre ses objectifs, ne s'attribue plus de capacité à faire avancer les choses, convaincu de son inaptitude à répondre effectivement aux attentes de son entourage.

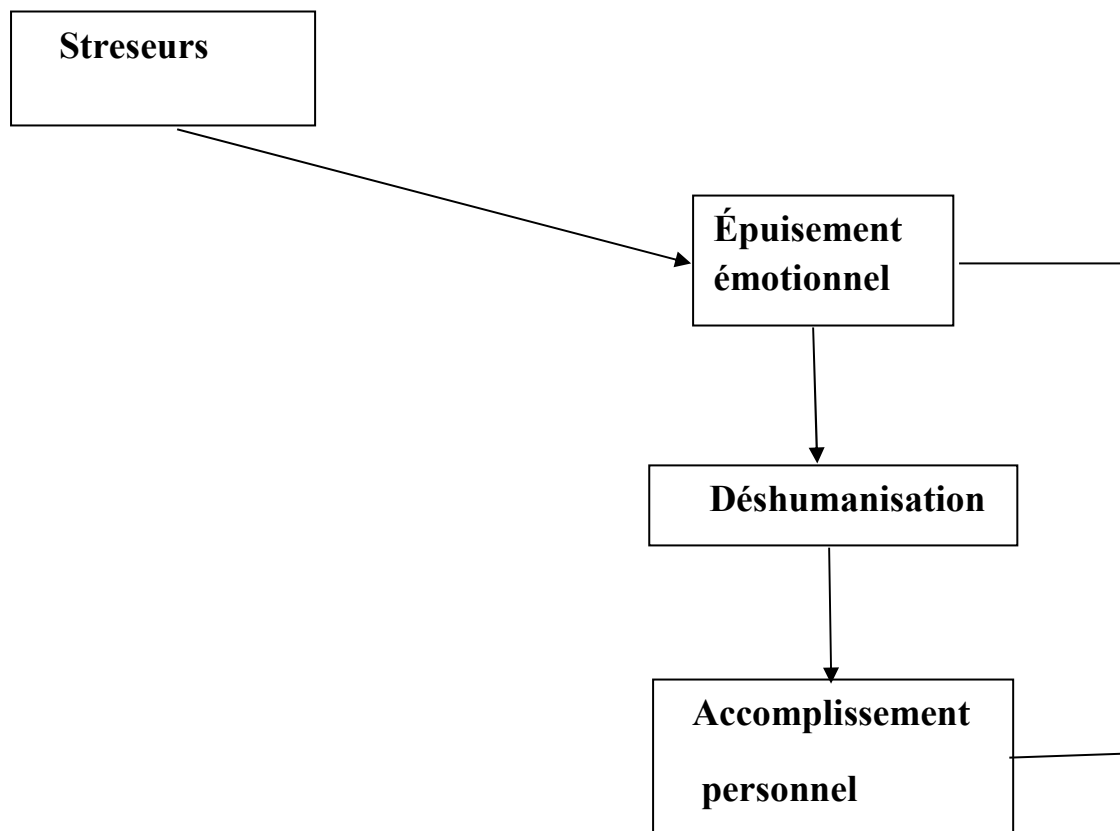
2.2.4. Evolution naturelle :

Considéré comme un processus qui se développe dans le temps, le *burn-out* débute avec l'épuisement émotionnel, et continue avec le cynisme et la diminution de l'efficacité professionnelle (Floru et al. 1998). L'épuisement émotionnel constitue une réaction aux tresseurs professionnels, notamment la charge de travail

et le conflit avec les personnes de l'environnement de travail. Par la suite, l'impact des stressseurs sur l'épuisement émotionnel influe sur le cynisme et l'efficacité professionnelle. L'individu se détache de son travail en réponse au stress. Il s'agirait donc d'un comportement défensif, d'une modalité adaptative.

Ce modèle évolutif permet d'envisager le dépistage des symptômes précoces (d'épuisement émotionnel) et ainsi d'avoir comme perspective une intervention de prévention du *burn-out*.

Figure n°01 schéma de l'épuisement professionnel d'après le modèle tridimensionnel de Maslach et Jakson.



Source :(grebot, E, 2008, p111).

2.3. Pines :

On l'a vu, le *burn-out* est conceptualisé par Maslach en s'appuyant sur la notion de stress, dans une vision pragmatique et symptomatique. A Yala Pines utilise une approche psycho dynamique pour comprendre et définir le *burnout*. Cox, cité par Pines écrit que « le concept de stress est insaisissable, car mal défini. Il n'en existe aucune définition communément admise. C'est un concept qui est familier aux profanes comme aux professionnels il est compris par tous lorsqu'il est utilisé dans un contexte général, mais par peu de monde quand des précisions sont nécessaires. » (Pines et al. 2005). Toch ajoute que le concept de stress serait utilisé de façon trop large, comme un terme général dans le quelles causes et les conséquences sont souvent confondues.

Afin de distinguer surmenage et *burn-out*, Pines cite une infirmière : « Les jours où j'apprécie le plus mon travail sont les jours où je travaille le plus dur. » Le *burn-out* survient« lorsqu'il n'y a rien que je puisse faire pour aider un patient ».

Pines s'appuie sur une perspective existentielle pour définir le *burn-out*. Elle affirme que ce dernier prend racine dans le besoin qu'ont les individus de croire que leur vie a un sens. **(Truchot, D, 2004.p.20).**

Elle met en évidence une corrélation négative entre le *burn-out* et le sentiment de trouver un sens à son travail (Pines, 2000).Par une analyse des coefficients de direction, Pines montre que le *burn-out* et les surmenages sont certes des conséquences du stress au travail, mais que si ce stress est plus fortement corrélé avec le surmenage qu'avec le *burn-out*, l'importance ressentie du travail est plus fortement corrélée avec l'épuisement professionnel .Ainsi, la surcharge de travail, les contraintes administratives, la résistance des clients ,n'engendrent pas le *burn-out* simplement parce qu'ils entravent l'utilisation des compétences, mais pour une raison plus profonde : l'impossibilité d'utiliser ses compétences prive l'individu de la signification qu'il recherche dans son travail. Ce modèle s'apparente à tout un ensemble de modèles pour lesquels les tensions de l'individu proviennent de l'écart entre attentes ou motivations et réalité. On pense notamment au premier modèle de Freudenbreger. Pines situe ces attentes à un niveau particulier, celui de

la quête existentielle .Ces attentes et motivations, bien qu'universelles, sont plus spécifiques de certaines professions « aidantes ». Elles peuvent également être le fait de problématiques plus personnelles, inspirées par une figure identificatoire. Qu'elles soient universelles, professionnelles ou personnelles, ces aspirations ne se réalisent que dans un environnement de travail propice, où l'individu bénéficie d'autonomie, de soutien social et d'activités diversifiées. Si l'individu doit se confronter à un environnement défavorable, avec une surcharge de travail quantitative et qualitative, des pressions bureaucratiques, des exigences contradictoires, il ne peut réaliser ses objectifs initiaux. Mais ce n'est pas l'échec en tant que tel qui provoque le *burn-out*, c'est plutôt la perception que, quels que soient les efforts, on ne peut avoir un impact significatif (Truchot, D, 2004.p.21).

La perspective existentielle de l'épuisement professionnel n'est cependant pas incompatible avec le modèle de Maslach. Le manque de sens donné au travail peut être considéré comme un facteur de stress, ou le reflet d'un déséquilibre entre les demandes du travail et la capacité de réponse des individus. Ce modèle permet cependant de s'intéresser à la subjectivité des travailleurs et à leur rapport au travail. Même si le *burn-out* est considéré comme une sous-catégorie du stress, la perspective existentielle a une importante application pratique : celle d'une proposition de traitement et de modalités de prévention.

L'auteur recommande de développer chez les individus le sentiment que leur travail est significatif et qu'ils participent à une action qui a un sens.

3. Le Burn-out comme un processus :

3.1 Le stade final du stress professionnel ?

Les tenants de cette conception n'envisagent que le burn out s'insinue avec l'apparition de tensions relatives au décalage entre les attentes ou les efforts du sujet et les exigences du travail (Cherniss, 1980, Edelwich et Brodsky, 1980). Un stress professionnel se développe donc progressivement qui peut provoquer un état de mal-être. Les stratégies que la personne va mettre en place face à ce stress seront déterminantes dans le développement éventuel du burn out. Cet état de mal être consécutif au stress professionnel s'exprime par un désengagement de

l'employé face à son travail. Ce dernier ne peut plus faire face au stress et aux tensions ressenties (Cherniss, 1980).

Ainsi, définir le burn out comme un processus revient à le considérer comme le stade final d'un mal-être qui se développe progressivement avec l'accumulation continue de stress chroniques devant lesquels aucun *coing* n'est adapté. Edelwich et Brodsky (1980) proposent donc d'identifier l'apparition du burn-out sous la forme d'un découpage en stades. Ils décrivent plus particulièrement le burn-out au travers de quatre stades distincts : l'enthousiasme, la stagnation, la frustration et enfin l'apathie.

Au cours du premier stade, le sujet fait l'expérience d'un fort enthousiasme qui se traduit par une tendance à se rendre disponible de façon excessive et d'avoir des attentes irréalistes concernant son travail. Dans le second stade, l'employé ressent une impression de stagnation durant laquelle ses attentes professionnelles deviennent plus réalistes. Un certain mécontentement personnel commence à faire surface, comme le sentiment que le travail ne peut pas compenser ce qui manque dans sa vie. Au cours du troisième stade, un sentiment de frustration apparaît. Les difficultés professionnelles semblent se multiplier et le sujet commence à remettre en question ses compétences. Il s'ennuie, devient intolérant, moins à l'écoute des autres et tente de faire face à ces situations en les fuyant et en évitant ses collègues. Finalement, il en arrive au stade de l'apathie. Elle se caractérise par un état de dépression et d'indifférence en réponse aux frustrations répétitives auxquelles il se trouve confronté. Ce quatrième stade représente l'essence même du phénomène de burn out pour Edelwich et Brodsky (1980).

Un processus équivalent est proposé par Veniga et Spradley (1981), qui identifient cinq étapes pour le burn out. Le premier est identifié sous l'appellation *honeymoon* (lune de miel), qui correspond à la première phase du modèle précédent. Une *baisse d'énergie* et une insatisfaction donnent naissance à la deuxième phase et l'accentuation des stratégies d'évitement et de *symptômes d'épuisement* caractérise la troisième phase. La quatrième étape apparaît avec des symptômes critiques. C'est *la crise* durant laquelle le sujet devient pessimiste et

tente de fuir son travail. L'étape finale, *le mur*, est atteinte lorsque le burn out est indissociable d'autres troubles (addiction aux drogues, à l'alcool, troubles cardiaques, etc.). L'intérêt majeur de cette conception réside dans le fait qu'elle propose une vision transactionnelle du burn out. En effet, le burn out est considéré comme le produit d'une relation où l'individu et l'environnement ne sont pas disjoints mais des composants qui s'influencent mutuellement et continuellement. Par ailleurs, elle donne une illustration visuelle très claire du burn out. Il est en effet aisé de se représenter une personne qui, au départ très enthousiaste par son nouvel emploi, finit au bout de quelques années par présenter un état d'apathie. Pour, le burn out apparaît-il systématiquement par stade ? Existe-t-il des stades distincts et identifiables qui mènent au burn out ? Peuvent-ils être mesurés ? Les études montrent qu'il est extrêmement difficile de trancher ces questions et ne pas y répondre comporte un grand risque. Le risque est de faire du burn out un concept vague, difficilement identifiable et qui perdrait sa spécificité puisqu'on en viendrait à en faire une forme de stress professionnel.

Il n'en demeure pas moins que l'idée de processus est intéressante pour le clinicien qui rencontre des personnes présentant un burn out (Côté *et al.* 2005). En effet, comme nous le verrons dans le chapitre sur les psychothérapies, ce découpage en stades permet une illustration simple du burn out. Qui plus est, en donnant aux patients des clés de repérage du développement de leur souffrance, il permet une identification des signes précurseurs du burn out.

(Guilbon, G, 2013.p.19)

3. Le burn-out comme état :

3.1. Un épisode psychopathologique ?

La majorité des chercheurs définissent le burn-out comme un épisode ou un état, même si ces conceptions varient en fonction de leur précision, de leurs dimensions ou de leur étendue (Truchot, 2004). Trois caractéristiques permettent de reconnaître le burn-out comme un état. La première concerne les éléments dysphoriques qui prédominent comme l'épuisement émotionnel, la fatigue, les cognitions dépressives (désespoir et impuissance) et les pensées négatives à l'égard

de soi (Maslach et Schaufeli, 1993). Les personnes manifestent des comportements négatifs voire hostiles vis-à-vis d'autrui et sont moins efficaces ou productives. La seconde est d'ordre étiologique, ce qui signifie que l'on peut attribuer le burn out à des attentes inappropriées ou des exigences émotionnelles excessives (Schaufeli et Enzmann, 1998). Enfin la troisième caractéristique concerne l'origine des symptômes : ils ne sont pas consécutifs à la présence d'une pathologie mentale chez le sujet mais sont causés par son environnement de travail (les relations qu'il y tisse notamment) ou la perception qu'il en a.

Le modèle prototypique de l'approche du burn out comme « état » le plus connu et le plus solide sur le plan expérimental est sans conteste l'*Attributional Environmental Model* (modèle attributionnel et environnemental), de Maslach (1982). Il s'est nettement démarqué des autres en devenant une référence pour la recherche sur le phénomène de burn out (Maslach, Schaufeli et Leiter, 2001). Dans ce modèle, dont les points forts tiennent dans ses excellentes bases théoriques et empiriques, le burn out est défini comme un syndrome multidimensionnel comprenant trois composantes principales. La première caractéristique du burn out est l'état d'épuisement émotionnel. Il s'agit d'une absence quasi totale d'énergie. Le sujet sent que ses réserves d'énergie sont complètement épuisées et qu'il n'est plus capable d'apporter son assistance à autrui sous quelque forme que ce soit. Ce manque d'énergie est d'autant plus fort que l'individu pense qu'il n'a aucun moyen à sa disposition pour « recharger ses batteries. » La seule pensée d'avoir à affronter une nouvelle journée au travail dans ces conditions lui est insupportable. Cette composante d'épuisement émotionnel représente la dimension stress du burn out. La deuxième caractéristique du burn out concerne un état de désinvestissement ou de désengagement de la relation à l'autre. Elle se traduit par une attitude négative et détachée de la part de la personne envers ses clients, patients ou collègues, qui finissent par être traités comme des objets. Ce détachement excessif est souvent accompagné d'une perte d'idéalisme. La composante de désinvestissement-dépersonnalisation correspond à la dimension interpersonnelle du phénomène de burn out. Finalement, la troisième caractéristique du burn out tient en une

diminution du sens de l'accomplissement et de la réalisation de soi ou en une forme de sentiment d'inefficacité personnelle. Le sujet va porter un regard particulièrement négatif et dévalorisant sur la plupart de ses accomplissements personnels et professionnels. Cette perte de confiance en soi résultant de ce type d'attitude est associée à des états dépressifs importants et à une incapacité à faire face aux obligations professionnelles. Cette forte sensation d'être inefficace peut aboutir à long terme sur un verdict d'échec que l'individu s'impose à lui-même et dont les conséquences peuvent être particulièrement graves tant pour l'employé que pour l'organisme professionnel dans lequel il travaille. La composante de diminution du sens d'accomplissement représente la dimension d'auto-évaluation du burn out. **(Guilbon, G, 2013, p.23)**

4. Du processus de stress à l'état de burn out :

Le modèle initial de Maslach et Jackson (1981) a connu des remaniements importants. L'idée de signification existentielle – en ce sens que le travail est une quête existentielle (Pines, Aronson et Kafry, 1981) – est intégrée comme facteurs générant le burn out. C'est cependant, de manière plus manifeste, avec l'utilisation des modèles cognitivo-émotionnels, notamment le modèle transactionnel du stress de Lazarus et Folkman (1984) que ce modèle du burn-out va acquérir une valeur explicative. Ainsi, dans l'approche transactionnelle, le stress est considéré comme une « transaction entre la personne et l'environnement que le sujet évalue comme débordant ses ressources et compromettant (mettant en danger) son bien-être ». Le stress ne peut donc naître que parce que le sujet évalue subjectivement la situation comme menaçante ou parce qu'il n'a pas de capacités (*coping*) pour la gérer. Pour faire le lien entre état et processus, Maslach et Schaufeli (1993) suggèrent que le burn out se développe au fur et à mesure que les obligations professionnelles deviennent plus fortes et plus lourdes. **(Boudoukha, A, 2009, p.18).**

Elles épuisent alors les ressources personnelles et l'énergie de l'individu. Le désinvestissement ou désengagement peut être considéré comme un *coping*

permettant à la personne de prendre une distance psychologique vis-à-vis des usagers. Le but consiste à se protéger des effets négatifs de l'épuisement émotionnel dont elle est victime. Pour finir, l'individu ressent une diminution de son sentiment d'accomplissement. Il prend conscience du décalage existant entre son attitude et ses comportements actuels ainsi qu'entre les attentes qu'il pouvait avoir en débutant sa carrière et les contributions positives qu'il aurait pu faire aussi bien pour lui-même que pour son entreprise (Cordes et Dougherty, 1993). Enfin, contrairement aux conceptions initiales qui restreignaient le burn out aux professions de la santé et de l'aide sociale, le burn out est identifié dans toutes les professions dans lesquelles les sujets sont engagés dans une relation avec autrui (Leiter et Schaufeli, 1996). C'est donc l'investissement psychologique qui va générer une réduction des ressources psychiques et physiques, puis un épuisement émotionnel, un désinvestissement et une réduction du sentiment d'accomplissement. En conséquence, si la conception tridimensionnelle du burn out est conservée, c'est avec Maslach et Leiter (1997) que sa définition connaît des changements. Si l'épuisement émotionnel demeure fidèle à la conception initiale, le désinvestissement est à présent à considérer comme une forme de désengagement de son travail générant des attitudes cyniques à l'égard de soi, d'autrui et de la sphère professionnelle. Enfin, la réduction de l'accomplissement est modifiée pour devenir la réduction de l'efficacité, qui reflète la diminution du sentiment d'efficacité personnelle, le manque d'accomplissement et le manque de productivité. Il n'est donc pas étonnant, avec cette nouvelle conceptualisation, qu'une extension des recherches sur des groupes non professionnels ait pu voir le jour. Le burn out a donc été étudié chez des sportifs (Cresswell et Eklund, 2004), des soldats (Osca, Gonzàles-Carmino, Bardera et Peiro, 2003) ou encore des couples (Westman et Eltzion, 1995) et des femmes au foyer (Kulik et Rayyan, 2003). Une question se pose donc : quelles sont les causes du burn out ?

(Boudoukha, A, 2009, p.19).

5. Les étapes d'installation :

Selon Edelwichet Brodsky (cités par Frances chi-chais ,1993), il existe quatre phrases consécutives, aboutissant à la désillusion du burn-out : la frustration, l'enthousiasme, la stagnation, et l'apathie.

- **L'enthousiasme :**

Le burn out commence par un enthousiasme idéaliste caractérisé par des grands espoirs ; la personne imagine de hautes espérances et conçoit des attentes irréalistes face au travail, elle se surinvestit professionnellement en dépensant excessivement son énergie et son dévouement au travail. La conception idéaliste au travail vient occulter les besoins et les intérêts personnels, de même que les insatisfactions de la vie privée peuvent conduire à une glorification du travail.

Cet engagement excessif se nourrit de lui-même, car plus la vie privée est négligée, plus elle se détériore. Quand le travail aura cessé d'apporter les satisfactions espérées, la personne risque de se retrouver dans une extrême vulnérabilité .Dans le cas des professionnels soignants, la personne risque une sur identification aux patients, elle dépense excessivement son énergie qui s'avère souvent inefficace .Ce mode de vie devient comme un cercle vicieux.

(Grebbot, E, 2008, p.19).

La stagnation :

La stagnation s'installe en suite, cette phrase se caractérise par une perte graduelle de satisfaction au travail, celui-ci n'est plus considéré comme intéressant ou motivant et n'est plus le substitut de tout dans la vie. La personne continue d'exercer son métier mais elle ne parvient plus à compenser le fait que les besoins personnels, tel que ses relations et ses loisirs, ne soient pas satisfaits ; les premiers signes d'épuisement professionnel apparaissent en conséquence. (Cité par Truchot ; D, e& Rousselot-Marche, 2005).

- **La frustration :**

C'est la phase de désillusion, la personne affectée se voit « brulée »et atteint un stade chronique, des symptômes permanent s'installent comme la fatigue, la mauvaise humeur et la déprime. La personne atteinte commence à se questionner

sur la valeur de son travail : « ça sert à quoi ? Est-ce que ça en vaut vraiment la peine ?, elle commence à douter d'elle-même, de son jugement et de ses capacités ,les patients deviennent de plus en plus lourds à tolérer et ils sont perçus comme ingrats et ennuyeux ,dans le cas du soignant, il se dévalorise de plus en plus ,et ça répercute sur la vie sociale et conjugale.

Cette perturbation altère son état de santé, il tente par la suite de se traiter de manière maladroite, il utilise souvent des médicaments ou de l'alcool pour s'auto-traiter (L'association médicale américaine estimait environ 10 p. cent des médecins ont des problèmes d'alcool),ce qui aggrave le processus qui suit la personne qui est en face de cette frustration réagit de la manière suivante :soit ,elle se sert de cette frustration comme une source d'énergie positive, soit elle l'utilise comme une source d'énergie négative ou elle se retire de la situation en quittant la profession. La frustration semble un tournant important dans l'évolution du Burn-out, en ratant ce tournant, la personne risque de sombrer dans l'apathie.

(Grebbot, E, 2008, p.120).

- **L'apathie :**

Au cours de cette phase, la personne se sent frustrée professionnellement, elle continue de travailler pour préserver son emploi en fournissant le minimum d'efforts et de temps afin d'éviter les défis ; elle tente de se protéger de son entourage et de ce qui pourrait mettre en péril cette pseudo situation de sécurité, elle arrive en retard, manque des rendez-vous, néglige des dossiers, etc. Cette conduite semble compenser ce mal être, mais elle s'avère inutile .Il semble que la phase d'apathie est plus difficile à surmonter, car elle mettra du temps pour s'installer, elle disparaîtra lentement .Dans le cas où elle se prolonge, elle peut sans doute conduire à une dépression majeure classique.

A cette phase, l'individu « brulé »a besoin de soins spécialisés. En résumé, le Burn out contient quatre étapes, la première est celle de l'enthousiasme idéaliste vis-à-vis du travail ou la personne déploie une énergie considérable pour atteindre ses hautes espérances en se retrouvant en fin de compte usé. La deuxième est celle de

la stagnation inefficace avec désinvestissement progressif en perdant tout intérêt pour le travail. Suivie par une phase dominée par le sentiment de frustration, enfin s'installe une apathie désabusée avec recherche d'une position de sécurité, (Grebot, E, 2008, p.121).

6. Clinique du burn-out :

Schaufeli et Enzmann recensent 132 symptômes qui ont été associés au burn-out (Schaufeli et al., 1998). La plupart de ces symptômes sont issus d'observations cliniques non contrôlées, plus que d'enquêtes rigoureuses. Ces symptômes peuvent être répartis en cinq grands types : affectifs, cognitifs, physiques, comportementaux et motivationnels. De plus, deux niveaux sont distingués, puisque le burn-out n'inclut pas seulement des symptômes individuels, mais aussi de symptômes interpersonnels

6.1. Symptômes affectifs :

On retrouve classiquement une humeur sombre, triste, dépressive. Les ressources émotionnelles de l'individu sont épuisées. De plus, le contrôle émotionnel peut être diminué, ce qui peut conduire à des peurs mal déterminées ou de l'anxiété.

Au niveau interpersonnel, on peut noter une irritabilité, hypersensibilité, mais aussi une froideur affective. Du fait de la diminution du contrôle émotionnel, des accès de colère peuvent survenir.

6.2. Symptômes cognitifs :

Les sentiments d'impuissance et de désespoir prédominent, parfois associés à la peur de « devenir fou ». Le travail perd son sens, et après avoir échoué à changer leur situation de travail, les individus se sentent « coincés ». Un sentiment d'échec est présent, comme celui d'insuffisance, ce qui peut conduire à une faible estime de soi, et à de la culpabilité. Des idées suicidaires peuvent alors apparaître, bien que cela soit rarement observé.

Les capacités cognitives peuvent être altérées : difficultés de concentration, d'attention et troubles mnésiques. Les pensées deviennent plus rigides,

schématiques, et conduisent à des mécanismes de clivage. La prise de décision devient difficile. La tolérance à la frustration peut également être diminuée.

Au niveau interpersonnel, le symptôme le plus caractéristique est une perception cynique, déshumanisée d'autrui. Cela se traduit par un pessimisme et une diminution de l'empathie, qui est d'autant plus frappante que les relations initiales avec autrui étaient initialement marquées par une forte implication. Les frustrations professionnelles, l'anxiété et les problèmes peuvent même être projetés sur les autres et des mécanismes de défenses paranoïaques peuvent alors se développer.

6.3. Symptômes physiques :

On peut les regrouper dans trois grandes catégories :

- Les plaintes physiques diffuses aspécifiques, telles que les céphalées, nausées, douleurs musculaires, etc. On peut également observer une hyperventilation, des palpitations, des sueurs. Des troubles sexuels, troubles du sommeil, variations de poids sont également rapportés par les individus souffrant de burn-out. Chez les femmes, des troubles du cycle menstruel sont rapportés. La fatigue chronique est le symptôme physique le plus commun du burn-out, et est mentionné par tous les auteurs qui ont décrit ce syndrome, Les troubles psychosomatiques, comme l'ulcère, et les pathologies coronariennes. Des recrudescences de pathologies chroniques sont également décrites : asthme, diabète ou polyarthrite rhumatoïde,
- Les réactions physiologiques : tachycardie, hypertension artérielle, hypercholestérolémie, et diminution de la résistance électrique de la peau (réponse électrodermale) sont des réactions physiologiques de réponse au stress.

6.4. Symptômes comportementaux :

On retrouve une hyperactivité stérile, une impulsivité, ou à l'inverse une procrastination et une indécision. Des consommations de substances psychoactives telles que l'alcool ou les médicaments sont également présentes. Des troubles alimentaires à type de diminution ou augmentation des apports peuvent

être présents. Au niveau des relations interpersonnelles, il existe deux tendances : soit l'agressivité envers autrui, soit le repli et l'isolement social.

6.5. Symptômes motivationnels :

Typiquement, la motivation professionnelle a disparue. Les individus sont résignés, et se sentent indifférents vis-à-vis de leurs collègues ou de leurs clients.

7. Les classifications internationales :

Le burn-out n'est pas un diagnostic officiel des classifications psychiatriques internationales. Certains auteurs considèrent le burn-out comme un trouble de l'adaptation tel qu'il est décrit dans le DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 1994): il s'agit d'une réaction pathologique inadaptée à un ou plusieurs facteurs de stress psychosociaux identifiables apparaissant au cours des trois mois suivant la survenue de ceux-ci. Il s'ensuit une altération du fonctionnement social ou professionnel (scolaire), et/ou une souffrance marquée, plus importante qu'il n'était attendu en réaction à ce facteur de stress.

D'autres auteurs considèrent le burn-out comme une forme de neurasthénie selon la CIM-10 (Classification Internationale des Maladies) (code F48.0) : « Il existe des variations culturelles importantes dans les manifestations de ce trouble, qui comporte deux type essentiels, ayant de nombreux points communs dans le premier type, la caractéristique essentielle est une plainte concernant une fatigue accrue après des efforts mentaux, souvent associée à une certaine diminution des performances professionnelles et des capacités à faire face aux tâches quotidiennes. La fatigabilité mentale est décrite typiquement comme une distractibilité due à une intrusion désagréable d'associations et de souvenirs, une difficulté de concentration ou une pensée globalement inefficace dans le deuxième type, l'accent est mis sur des sensations de faiblesse corporelle ou physique et un sentiment d'épuisement après des efforts minimes, associés à des courbatures, des douleurs musculaires et une difficulté à se détendre.

Les deux types comportent habituellement plusieurs autres sensations physiques désagréables, telles que des sensations vertigineuses, des céphalées de tension et une impression d'instabilité globale. Il existe par ailleurs souvent une inquiétude concernant une dégradation de la santé mentale et physique, une irritabilité, une anhédonie et des degrés variables de dépression et d'anxiété mineures. Il existe souvent une insomnie d'en dormisse ment, une insomnie du milieu de la nuit ou une hypersomnie. » (OMS, 1992).

A noter que le « surmenage » est **côté Z73.0 dans la CIM-10.**

8. Facteurs associés et/ou causes du burn-out :

Les facteurs de burn-out semblent bien identifiés, mais leur multiplicité et leur interdépendance ne permettent pas d'établir des relations causales. Ces facteurs peuvent être regroupés en trois catégories. La première catégorie concerne la charge de travail, et plus particulièrement, les exigences qualitatives et quantitatives spécifiques de la tâche (la nature et la fréquence des sollicitations...). La deuxième catégorie comprend les contraintes d'ordre organisationnel et les relations interprofessionnelles et avec le patient-bénéficiaire (responsabilité, autonomie, perspectives de carrière...). Et la troisième catégorie regroupe certaines caractéristiques individuelles (personnalité, stratégies d'adaptation).

8.1. La charge de travail :

La charge de travail est un facteur important du burn-out. Le stress le plus fréquemment évoqué par les travailleurs est en effet la surcharge de travail (Floru et al. 1998). Robinson et al. Retrouvent chez des infirmiers que la pression au travail, mesurée par la Work Environment Scale, est corrélée avec l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation, alors qu'elle est inversement corrélée avec l'efficacité professionnelle. **(BERCLAZ, M, 2013, p10).**

La pression au travail, facteur de surcharge de travail, est donc associée au burn-out. Vanier montre chez des travailleurs sociaux en santé mentale que la charge de travail est corrélée au burn-out (Vanier, 1999). Leiter montre chez des

professionnels d'un hôpital psychiatrique que la charge de travail est associée au burn-out (Leiter, 1991). La surcharge de travail est donc bien un facteur de burn-out.

Mais une surcharge de travail seule semble rarement être suffisante pour créer le burnout. D'autres facteurs liés à l'organisation et aux relations professionnelles peuvent exacerber ou alléger le stress potentiel de la surcharge de travail.

8.2. Organisation du travail et relations professionnelles :

Les doubles contraintes sont décrites comme un facteur de burn-out (Masclet et al. 1999). Les doubles contraintes peuvent venir du contenu du travail ou des conditions de travail. Ainsi, la profession de surveillant pénitentiaire est un subtil dosage entre aide et punition au détenu : c'est la double contrainte en termes de contenu du travail. Le surveillant pénitentiaire est coincé entre les règles qui régissent la prison, basées pour l'essentiel sur la sécurité, et le travail réel qu'il fournit avec une certaine souplesse pour garantir le calme dans l'établissement : c'est la double contrainte en termes de conditions de travail. Les doubles contraintes se retrouvent dans de nombreuses professions, comme par exemple le soignant en psychiatrie.

La qualité de l'encadrement, de la direction, est un facteur protecteur vis à vis du burn-out. C'est ce que montre une étude sur un échantillon de 8597 infirmiers canadiens, dont 4.1% d'infirmiers en psychiatrie (**Leiter et al. 2006, p.26**).

Le soutien social et professionnel est un facteur qui a été largement étudié dans la littérature. Le soutien social est décrit comme venant possiblement de quatre sources différentes : les supérieurs hiérarchiques, les collègues, le conjoint, et les proches. Une étude montre que parmi ces quatre sources de soutien, ce sont les supérieurs hiérarchiques qui, par leur soutien, ont une influence sur le burn-out (Ross et al. 1989). Un soutien par les supérieurs hiérarchiques diminue en effet les niveaux d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation, et augmente le niveau de sentiment d'efficacité professionnelle. Le soutien professionnel serait donc un facteur protecteur vis-à-vis du burn-out. La supervision clinique est souvent mise

en avant comme un facteur potentiellement protecteur vis-à-vis du burn-out. Une étude suédoise longitudinale auprès d'infirmiers en pédopsychiatrie cherche à mesurer l'impact d'une supervision d'inspiration psychodynamique (Hallberg, 1994). Le petit nombre de sujets (n=11) ne permet pas de conclure sur les résultats, mais tandis que le score de la satisfaction professionnelle augmente, les scores au Maslach Burnout Inventory (MBI) ne varient pas. L'influence de la supervision sur le burnout reste donc à démontrer.

La participation à une thérapie personnelle n'est pas toujours un facteur protecteur de burn-out. C'est ce que nous montre une étude auprès de psychologues qui ne retrouve pas de relation significative entre les niveaux des dimensions de burn-out et le fait de suivre une thérapie individuelle (Ackerley et al. 1988, p.70). Ces résultats demandent cependant à être confirmés.

8.3. Caractéristiques individuelles :

8.3.1. Caractéristiques sociodémographiques :

Plusieurs études retrouvent une dépersonnalisation plus importante chez les hommes.

L'âge est souvent relaté dans la littérature comme un facteur influençant le niveau de burn-out. Ainsi, il est mis en avant une relation entre le jeune âge et un burn-out plus important. Les auteurs supposent alors que les plus jeunes seraient soumis au choc initial de la réalité professionnelle, qu'ils manqueraient de capacités d'adaptation, qu'ils seraient plus soumis à l'insécurité professionnelle et à l'ambiguïté de rôle. De plus, les professionnels qui resteraient dans une profession et un poste seraient ceux qui n'ont pas été en burn-out. Les sujets en burn-out seraient mutés, démissionneraient ou seraient en arrêt de travail.

Le niveau élevé d'éducation est également retrouvé comme un facteur de risque de Burn-out (Descamps, F, 2008, p.53).

8.3.2. Personnalité :

L'endurance, ou hardiness est un trait de personnalité associé aux trois dimensions du burn-out : plus les individus sont endurants, moins ils sont sujets au burn-out. L'estime de soi est également corrélée négativement avec les trois dimensions du burn-out. De même, le style de coping face aux difficultés semble influencer le niveau de burn-out : le fait de réagir au stress de manière passive et défensive est un facteur de risque de burn-out, alors que les réactions actives et de confrontation sont associées avec un niveau moindre de burn-out (Schaufeli et al. 1998, ppp).

Le profil comportemental de type A serait associé positivement au burn-out, particulièrement à l'épuisement émotionnel (Schaufeli et al. 1998). Les individus de type A ont tendance à avoir un esprit de compétition, à préférer un style de vie rapide et à montrer un besoin excessif de contrôle. Pour mémoire, l'alexithymie, qui n'est pas un trait de personnalité à proprement parler, est citée dans une étude récente comme ayant un lien avec le risque de burn-out (Mattila et al., 2007).

Le modèle NEO, ou la théorie des « Big five », est le plus étudié dans le burnout. Ce modèle définit la personnalité au travers de cinq dimensions : l'extraversion, l'agréabilité, la conscience, le névrosisme et l'ouverture. Le concept de névrosisme met en contraste l'adaptation ou la stabilité émotionnelle avec l'inadaptation ou névrosisme. La tendance générale à éprouver des affects négatifs tels que la peur, la tristesse, la gêne, la colère, la culpabilité et le dégoût constituent l'essence même du névrosisme. Plusieurs enquêtes mettent en évidence le fait que le névrosisme agit comme un facteur de vulnérabilité qui prédispose au burn-out (Truchot, 2004). Les traits de personnalité semblent donc être des facteurs de l'épuisement Professionnel.

8.3.3. Vulnérabilité biologique

Quelques enquêtes explorent les mécanismes physiopathologiques du stress et du burn-out. Concernant le cortisol et l'axe hypothalamo-corticosurrénalien, les résultats divergent. Le BDNF (Brain-derived neurotrophic factor) est un régulateur de la formation et la plasticité des réseaux neuronaux impliqué dans les modèles de

stress. Des niveaux bas de BDNF pourraient contribuer à la neurobiologie du burnout (Sertoz et al. 2008). L'étude de taux circulants de cytokines pro- et anti-inflammatoires a montré que le burn-out était associé avec une augmentation des cytokines de l'inflammation (**Kanel, v et al. 2008**). Il s'agit cependant d'études dont les résultats doivent être interprétés prudemment, devant la spécificité de ces facteurs impliqués d'une manière générale dans le stress.

9. Psychopathologie et approches du Burn-out :

La psychopathologie du travail est : « l'étude du rapport psychique de l'homme au travail » (**Dejours, 1982**). Il existe différentes approches de la psychopathologie du travail qui contribuent à l'explication des phénomènes liés à l'émergence des troubles psychiques en milieu professionnel.

(Dejours C, 1990 p 20.)

1• Les approches cognitivo-comportementales :

Quant à l'**approche pavlovienne**, elle a mis en évidence l'existence d'un syndrome spécifique résultant d'une tâche spécifique telle les névroses des téléphonistes et des mécanographes. Les standardistes manifestent des lapsus ou actes manqués comme le « allo, j'écoute » déclenchés même en dehors de leur milieu professionnel (le déclic sonore des portillons automatiques du Métropolitain). Cette approche s'applique seulement à des tâches stéréotypées causées par des automatismes de travail.

Dans une optique comportementaliste et d'après **Maslach**, on doit chercher les causes du Burn-out dans les conditions propres du travail (conflits et ambiguïtés de rôles, surcharge qualitative) et non pas dans les caractéristiques individuelles. C'est à travers les modes de réponses du sujet au stress qu'on peut aborder son fonctionnement. Elle ne se limite pas au modèle réducteur initial où seul le milieu extérieur établit les réactions de l'individu. (**Paitel, C, 2015, p.36**)

Cette hostilité pour le mentalisme et l'introspection est l'une des caractéristiques des premières théories comportementales. Actuellement, les conceptions environnementalistes ont évolué, en s'orientant vers l'interaction entre

l'environnement et la personne. C'est l'approche cognitive présentée par Cottraux (**cité par Franceschi-chaix, 1993**).

Ce modèle fonctionne selon les théories de l'apprentissage avec imitation, attente d'efficacité et de résultats (rôle des renforcements), observation visuelle, comportement, autorégulation et liberté. La psychologie cognitive élargit le champ d'action du comportementalisme en étudiant les processus mentaux les plus composés, conscients et inconscients qui assurent à l'individu une adaptation aux stimuli internes.

Franceschi-chaix (1993) donne l'exemple de Meir qui démontre cet aspect par différentes questions mentalisées et qui concernent :

- Des attentes quant aux renforcements : « ce que je fais correspond-il à mes buts ? »
- Des attentes quant aux résultats : « est-ce que je sais ce qu'il faut faire pour obtenir des résultats ? »
- Des attentes quant à l'efficacité : « suis-je capable de faire ce qu'il faut pour parvenir à ces résultats ? ».

Tous ces paramètres peuvent être générateurs d'un **Burn out** en milieu professionnel.

De même, l'étude **d'Estryn-Behar** sur le travail des soignants en milieu hospitalier a montré ces dysfonctionnements comportementaux. Son intérêt porte généralement sur le contenu de la tâche et les sources de stress spécifique du métier d'infirmière afin de tirer des priorités d'une politique d'amélioration des conditions de travail. Après une enquête menée auprès de 1500 infirmières de l'assistance publique des hôpitaux de Paris, cet auteur a sélectionné 45 infirmières qui ont participé à des entretiens semi-directifs (**Debray et al ; 1988, Estryn-Behar ;1992**). Elle a constaté que 82 p .cent des infirmières éprouvent des sentiments négatifs par rapport à 8,5 p .cent manifestant des sentiments positifs. Les sentiments négatifs qui apparaissent fréquemment sont la fatigue, « l'includence », la solitude la technicité et la désorganisation. « **L'includence** » pour **Estryn-Behar** constitue une composante essentielle. Empruntée à Tellenbach qui a parlé de la « constellation d'includence » qui désigne une organisation psychique

caractérisant le plus souvent un patient unipolaire dépressif qui va s'enfermer dans des limites exigeantes pour réaliser ses activités, ces limites créant à leur tour des contraintes dans la réalisation des tâches (**Olie et Petit Jean cité par Franceschi-chaix, 1993**). Pour Estryin-Behar ce terme désigne « une situation qui paraît acquise, durable, sans possibilité d'y échapper » (**Estryin-B, M, 2008, p.382**).

9.2. L'approche psychanalytique :

L'approche psychanalytique aborde le Burn out narcissique profonde (**ANDLAUER**). Le choix de la profession médicale ou la profession d'aide au sens large, pourrait être sous-tendus par un mécanisme de défense : l'altruisme, c'est-à-dire le dévouement à autrui qui permet au sujet d'échapper à un conflit. L'altruisme peut être un mode particulier de la formation réactionnelle qui permet d'éviter l'agressivité ou l'hostilité refoulée. L'altruisme peut être une jouissance par procuration : le sujet aide les autres à obtenir un plaisir qu'il se refuse lui-même et en retire une satisfaction grâce à son identification aux personnes aidées. L'altruisme peut être aussi une manifestation du masochisme et le sujet recherche alors les sacrifices liés à l'altruisme. Dans l'approche psychanalytique, l'idéal du sujet serait mis à mal par la réalité professionnelle, et le Burn out serait dû à l'échec ou à la rigidifications des mécanismes de défense.

A noter que pour C. Dejours « le radicalisme psychanalytique » disqualifie la psychopathologie du travail. (**Andlauer O, Hanon, 2009, p.69**).

9.3 L'approche sociologique :

Ce sont essentiellement les conflits sociaux au travail (lutte des classes, rapports de pouvoir) qui sont à l'origine de la pathologie.

9.4 L'approche psychiatrique :

En psychiatrie, le travail a un double impact sur la santé mentale : source de souffrance ou facteur d'équilibre. Le travail peut être révélateur de la pathologie mentale ou être source d'un trouble de l'adaptation. Mais le travail est également un moyen thérapeutique en permettant : la réinsertion sociale, la réadaptation du

malade par le biais de la revalorisation narcissique et le renforcement de l'estime de soi. Dans les institutions, l'ergothérapie a par ailleurs de très larges indications. Ces différentes approches apportent chacune des éléments contribuant à la compréhension de la psychopathologie du travail qui va servir à analyser les facteurs contribuant à l'apparition du burn-out. L'impact du travail sur la santé de l'homme semble apporter au **Burn out** une dimension particulière en s'introduisant dans le cadre de la psychopathologie.

(Canoui, P, Maurange, A, 2008, p.31).

10- Prévention et traitement :

Les moyens proposés pour prévenir et atténuer le *burn-out* ou réduire ses conséquences sur l'organisation et l'individu sont de deux ordres : d'une part des actions centrées sur l'environnement de travail, d'autre part des actions centrées sur l'individu (Floruet al. 1998).

Les actions centrées sur l'environnement de travail ont pour but la réduction des stressseurs à la source. Ces actions peuvent être une augmentation du nombre du personnel, une répartition des tâches, le développement d'un soutien de la part de collègues plus expérimentés, l'amélioration d'une supervision, ou la création d'un groupe de parole.

Les actions centrées sur l'individu ont pour but d'améliorer les capacités d'adaptation de l'individu. Des techniques de relaxation, de gestion du temps, et de remédiassions cognitive ont été décrites, ainsi bien entendu que différents types de psychothérapie (analytique et cognitive et comportementale surtout). La pratique d'un sport est conseillée par certains auteurs.

La question de l'arrêt de travail se pose en cas de burn-out. Certains l'estiment indispensable. N'oublions pas toutefois que le burn-out n'est considéré ni comme une pathologie d'un point de vue nosographique, ni comme une maladie professionnelle (Pasquier de Franclieu-Descamps, 2008).

Une méta-analyse portant sur 48 études (n=3736) montre une efficacité des interventions sur le stress au travail (Van Der Klink et al. 2001). Elle distingue les interventions de type cognitivo-comportemental, les techniques de relaxations, les

programmes multimodaux (avec différentes techniques et cibles), et les interventions sur l'organisation du travail. Curieusement, ces dernières portant sur l'organisation du travail ne montrent pas d'effet sur la réduction du stress professionnel. Les auteurs de cette méta-analyse mettent en avant la difficulté de généraliser ces résultats au niveau clinique, car la plupart des études sont conduites sur le lieu professionnel avec des volontaires qui n'ont pas consulté pour une souffrance.

Mais, à notre connaissance, il n'existe pas d'interventions validées spécifiquement pour prévenir ou traiter l'épuisement professionnel.

Comme on l'a vu, bien que de nombreux travaux portent sur le burn-out, chaque domaine, que ce soit la définition, l'épidémiologie, la symptomatologie ou le traitement demande à être approfondi. L'enquête que nous présentons dans la deuxième partie a pour objectif d'améliorer les connaissances en matière d'épidémiologie et de prévention, par la recherche de facteurs qui influencent le niveau de burn-out. (BERCLAZ, M, 2013, p11).

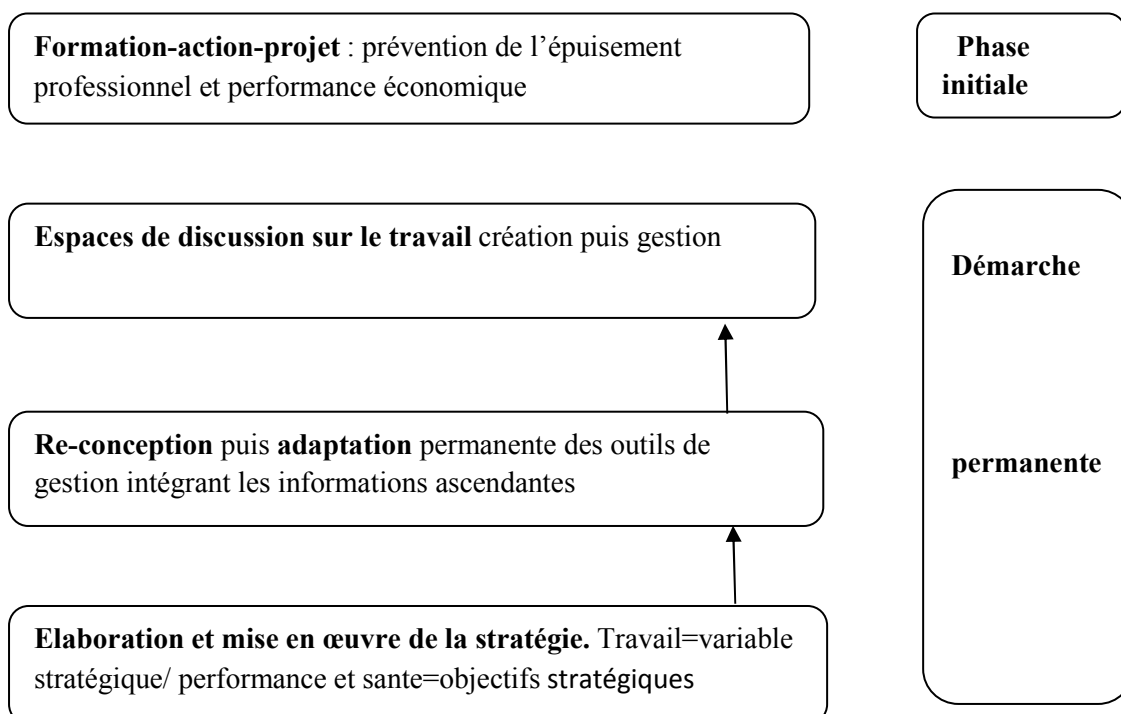


Figure 2.methode de prévention de l'épuisement professionnel et de la performance économique.

Chapitre II : la profession des sages-femmes

Préambul

- 1. définition de la sage-femme*
2. Histoire de la profession de la sage-femm
3. Les compétences de la sage-femme
4. LE RÔLE DE LA SAGE-FEMME
5. Les différents secteurs d'activités de sage-femme
6. L'exercice de la profession de sage-femme

Conclusion

Préambule :

La sage-femme s'occupe de la femme enceinte et la naissance "normales". En cas de grossesse ou d'accouchement pathologique, un médecin doit obligatoirement prendre le relais. Tout simplement le métier de sage-femme a pris une autre dimension de nos jours et pour découvrir tout cela nous allons détailler ça dans le chapitre ci-dessus.

1. Définition d'une sage-femme :

La sage-femme est une professionnelle de la santé formée pour être entièrement responsable des soins et des services durant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale pour la mère et le nouveau-né et ce, jusqu'à 6 semaines après la naissance.

La sage-femme est une professionnelle autonome détenant un contrat avec un CSSS. Les services des sages-femmes sont entièrement couverts si vous détenez une carte d'assurance maladie valide de la RAMQ. Les personnes assurées n'ont donc rien à déboursier lors d'un suivi. Dans le cas contraire, il faut se renseigner sur le coût des services, car ceux-ci vous seront facturés.

La sage-femme travaille au sein d'une maison de naissance ou d'un service de sages-femmes. Elle fait partie d'une équipe multidisciplinaire constituée par des professionnels du CSSS ou de l'hôpital de référence.

La sage-femme effectue les examens cliniques nécessaires et peut prescrire les échographies, les tests de dépistage prénatal ainsi que différentes analyses de laboratoire. Son approche est axée sur la normalité de la grossesse, de l'accouchement et de la période postnatale.(**Faniel, A, 2013, p.2**).

2. HISTOIRE DE LA PROFESSION DE LA SAGE FEMME :

Nous avons assez peu d'écrits témoignant de l'histoire de la profession de sage-femme jusqu'à l'époque moderne, voire jusqu'à nos jours. Pourtant, on trouve dès le néolithique des représentations qui nous renseignent sur l'importance de cette profession exclusivement féminine. Celle-ci est la plupart du temps placée devant la parturiente ce qui a donné plus tard le terme d'obstétrique. La sage-femme est celle qui donne la sagesse aux femmes, qui les aide à devenir mère.

Sage-femme ou matrone ?

La matrone a longtemps été présente aux côtés des femmes dans les campagnes. Elle était choisie par la communauté en fonction de la confiance qu'elle inspirait. La matrone ne bénéficiait pas de formation. Au mieux, elle possédait une connaissance empirique grâce à sa propre expérience. Lorsque l'Etat s'engage dans une politique d'accroissement de la population, les matrones seront mises à l'index en raison de leurs pratiques désastreuses pour la vie des parturientes et des nouveau-nés.

A contrario, les sages-femmes étaient formées dans les grandes villes. Au XVIII^e siècle, une sage-femme invente une très ingénieuse « machine » pédagogique : Mme Angélique Du Coudray crée un mannequin et se déplace dans les provinces afin de diffuser auprès des sages-femmes les différentes techniques de manœuvres obstétricales.

Au XX^e siècle, une succession de révolutions sociales et de progrès scientifiques va changer considérablement la maternité des femmes et bouleverser la profession de sage-femme. En quelques années, une très grande majorité de sages-femmes va passer d'un exercice libéral au domicile des patientes à un exercice salarié dans les maternités.**(micheline, R, 2009, p.20)**

En effet, au début du XXème siècle, les hôpitaux sont destinés aux femmes les plus pauvres qui ne pouvaient accoucher chez elles. Or, les conditions d'hygiène dans les chambres communes des hospices et des hôpitaux sont déplorables. La mortalité maternelle et infantile est importante en raison, notamment, de la fièvre puerpérale. Les pouvoirs publics se préoccupent du taux de la natalité et l'accouchement devient une affaire de santé publique.

Après la seconde guerre mondiale, grâce aux mesures de prophylaxie, à la création de la sécurité sociale et à l'extension des allocations familiales, les femmes sont incitées à accoucher dans les maternités. **Le mode d'exercice des sages-femmes devient majoritairement salarié** et les syndicats de défense des intérêts salariés émergent. Le statut de la sage-femme hospitalière de la fonction publique est créé par les décrets de 1989.

En 1984, La formation s'ouvre aux hommes, qui restent toutefois très minoritaires et représentent moins de 2% des sages-femmes actives.

Les techniques scientifiques et médicales progressent spectaculairement dans le dernier quart du XXème siècle. Diagnostic anténatal, monitoring, échographie, marqueurs sériques, suivi de grossesse et accouchement deviennent des actes techniques. S'ajoute l'arrivée en salle de naissance du médecin anesthésiste avec la pratique courante de la péridurale. .

Les sages-femmes gagnent en technicité mais perdent en autonomie. Les décrets de 1998 dits de périnatalité définissent les normes en matière de personnel et de locaux. **.(micheline, R, 2009, p.21).**

Petit à petit, les protocoles s'installent pour rationaliser le temps et les prises en charge. Même si les derniers plans de périnatalité évoquent largement cette question, les conditions de suivi et de la surveillance de la grossesse, de l'accouchement et du suivi post natal accentuent la surmédicalisation.

Aujourd'hui, 99% des accouchements ont lieu à l'hôpital et 75 % sous péridurale. Pourtant, 1 femme sur 4 n'est pas satisfaite de ces conditions et se sent dépossédée de son accouchement. Mais la logique sécuritaire peut-elle être compatible avec l'éthique ?

Les sages-femmes manifestent contre cette déshumanisation, contre l'idée de rentabilité et d'efficacité au détriment de l'affect, de l'émotion et parfois même de la bien traitance. C'est ce constat et le souhait des patientes de pouvoir mettre au monde leur enfant de manière naturelle qui a abouti, aujourd'hui, à l'expérimentation des **maisons de naissance**.

Au cours des dernières décennies, les sages-femmes françaises ne se sont pas résignées à devenir les auxiliaires des obstétriciens. Grâce à leurs combats pour leur statut ou pour leurs compétences, elles ont à cœur de rester toujours au plus près de la santé des femmes.

3. LES COMPÉTENCES DES SAGES-FEMMES :

Dotées d'un pouvoir de diagnostic et d'un droit de prescription, les sages-femmes forment une profession médicale à compétences définies. Ainsi, le champ d'intervention des sages-femmes auprès des femmes et des nouveau-nés en bonne santé est établi par le code de la santé publique.

La sage-femme assure la surveillance et le suivi médical de la grossesse et propose des séances de préparation à la naissance et à la parentalité. Elle assure, en toute autonomie, la surveillance du travail et de l'accouchement.

La sage-femme dispense les soins à la mère et à l'enfant après l'accouchement. Elle pratique la rééducation périe néo sphinctérienne liée à l'accouchement.(Carayol, M, 2004, p.99)

Au-delà de la période traditionnelle de la grossesse, la sage-femme accompagne également les femmes tout au long de leur vie en assurant leur suivi gynécologique de prévention et en prescrivant leur contraception.

Elle prescrit et pratique les vaccinations auprès de la femme et du nouveau-né dans les conditions définies par décret (liste des vaccins pouvant être prescrits : [lien fichier](#) et liste des vaccins pouvant être pratiqués : [lien fichier](#)).

La sage-femme pratique les actes d'échographie obstétricale et gynécologique systématiques ou de dépistage.

La sage-femme peut concourir aux activités d'assistance médicale à la procréation selon les conditions définies par décret ([lien fichier](#)).

Spécialiste de la physiologie, la sage-femme adresse ses patientes à un médecin lorsqu'elle décèle une pathologie. Elle peut pratiquer les soins prescrits par un médecin en cas de grossesse ou de suites de couche pathologiques.

Sous réserve d'obtention de diplômes complémentaires, la sage-femme peut pratiquer :

- Des actes d'acupuncture,
- Des examens échographiques. Des actes d'ostéopathie,

Dans l'exercice de l'ensemble de son activité professionnelle, la sage-femme, tient un rôle primordial de proximité dans la prévention et l'information auprès des femmes. A ce titre, elle contribue au repérage des situations de violences faites aux femmes (par exemple : par l'orientation de la patiente vers des structures de prise en charge spécialisées ou encore par la rédaction sur demande de la patiente de certificat médical descriptif ([lien interne site vers le certificat médical](#))). **.(Carayol, M, 2004, p.100).**

Conscient de l'importance de la place des sages-femmes dans le parcours de santé des femmes et soucieux de permettre à ces professionnels de santé d'assurer pleinement leur mission de santé publique, l'Ordre des sages-femmes mène des actions en faveur de l'élargissement des compétences des sages-femmes et veille au maintien et à la reconnaissance de ces dernières.

Après s'être emblématiquement engagé en 2009 pour l'élargissement des compétences des sages-femmes en matière de suivi gynécologique de prévention et de contraception, l'Ordre poursuit aujourd'hui sa mission. Le projet de loi de santé 2015 en constitue la démonstration s'agissant par exemple des propositions relatives à la pratique par les sages-femmes de l'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse.

4. LE RÔLE DE LA SAGE-FEMME :

4.1 Pendant la grossesse:

Au regard de la législation luxembourgeoise, une sage-femme est reconnue compétente pour assurer le suivi d'une grossesse normale. Pourtant, à ce jour, les caisses de maladie ne remboursent qu'une seule consultation, par une sage-femme, avant l'accouchement. Lorsqu'une sage-femme accompagne une femme enceinte, elle devient l'interlocutrice privilégiée, la personne de confiance qui écoute et:

- surveille la grossesse normale,
 - effectue les examens nécessaires,
 - détermine la position du bébé,
 - contrôle son rythme cardiaque,
 - informe sur tous les aspects physiques, psychiques, sur les droits et devoirs de la future maman, donne des conseils en matière d'éducation et d'hygiène de vie
- Certaines sages-femmes assurent également les cours de préparation à la naissance,

individuels ou collectifs, selon diverses méthodes (classiques, yoga, haptonomie, ..) au sein des maternités, des cabinets, des associations ou en libéral. **(Carayol, M, 2004, p.100)**

4.2 Pendant l'accouchement:

La sage-femme est habilitée à surveiller et pratiquer l'accouchement physiologique («normal») sous sa propre responsabilité.

A la maternité, elle:

- accueille la femme et le couple,
- constate l'avancement du travail,
- surveille l'état de la mère et du bébé,
- soutient et épaula la maman au cours de la phase de travail,
- crée une atmosphère sereine,
- rassure le papa,
- fait appel au médecin si elle décèle une anomalie et l'assiste le cas échéant,
- examine et soigne le nouveau-né.

L'accouchement à domicile est possible au Luxembourg, mais peu commun et non remboursé directement par les caisses de maladie.

Notre association dispose de toutes les informations nécessaires.

4.3 Après l'accouchement:

La sage-femme prend soin de la maman et du bébé. Elle prodigue tous les soins et les conseils utiles, **.(Carayol, M, 2004, p.100)**

notamment en matière d'allaitement maternel, de contraception. Elle peut aussi

intervenir en cas de baby-blues ou de deuil périnatal. Lorsqu'il s'agit d'un accouchement dit «ambulant» (quand le retour à la maison s'effectue au plus tard le 4ème jour après l'accouchement), une sage-femme peut venir à la maison jusqu'au 10ème jour de vie de l'enfant pour une ou plusieurs visites. Au-delà, de ce délai ou si le séjour en maternité a duré plus de 4 jours, une seule consultation sera remboursée. Certaines sages-femmes proposent des consultations d'aide à l'allaitement, de massages pour bébés ou de remise en forme.

5. Les différents secteurs d'activités de sage-femme

Le domaine d'intervention de la sage-femme est varié. Il lui permet ainsi de choisir un emploi dans le secteur hospitalier ou extra hospitalier selon le milieu professionnel élu.

5.1 En secteur hospitalier:

60 % des sages-femmes sont embauchées dans la fonction publique hospitalière et 10 % dans les hôpitaux privés ou cliniques. En unité de maternité, leur rôle est de s'occuper du suivi de la grossesse, de l'accouchement et des soins postnataux concernant la mère et son nouveau-né.

5.2 En secteur libéral :

20% des sage 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, la rééducation périnéale, etc...

En service de Protection Maternelle et Infantile 10% des sages-femmes sont employées par la fonction publique territoriale.(Devers, G, 2007, p.147).

En collaboration avec les travailleurs médico-sociaux, la sage-femme assure le suivi des grossesses difficiles dues à des soucis médicaux ou sociaux.

6. L'exercice de la profession de sage-femme

L'exercice de la profession de sage-femme peut comporter la participation aux consultations de planification familiale.

La sage-femme est donc présente sur toutes les facettes de la naissance et peut pratiquer son art sans l'intervention du médecin si tout se déroule normalement. Elle repère les risques et peut ainsi orienter la femme vers un médecin (spécialiste de la grossesse pathologique).

Ensuite, en pratique :

Elle exerce seule dans la limite de la physiologie et de ces compétences :

- En consultations prénatales : suivis, prescriptions d'examens et de thérapeutiques, échographies (si diplôme universitaire d'échographie).
- En salles d'accouchements : suivis du travail, pratiques des accouchements normaux, surveillance de la mère, et surveillance et examens des nouveau-nés, pratique de la réanimation si nécessaire en attente du pédiatre.
- En maternité : suivis des femmes et des nouveau-nés, aide à l'allaitement, aux soins de puériculture.

Elle collabore avec le médecin dans le cadre des grossesses à risques pendant la grossesse, l'accouchement ou les suites. Elle a donc un rôle privilégié de dépistage des pathologies.

Elle a divers cadres d'exercices :

- En hôpital
- En clinique privée ou semi-privée
- En libéral
- En PMI

Elle a donc énormément de possibilités et elle peut très bien évoluer au cours de son parcours professionnel.(www.algerie360.com/algerie/8-000-sages-femmes)

Les études (et là pour la plupart je ne leur apprends rien) sont accessibles par la première année de médecine. Les sages-femmes sont depuis 2002 ou 2003 (selon les facs) intégrées au numerus clausus de PCEM1. Auparavant (pour la petite histoire) les sages-femmes étaient recrutées sur concours regroupant une épreuve de français, une de biologie, une de physique et une de chimie, déterminées sur le programme de terminale S. Les concours étaient organisés par les DRASS des régions où les écoles se trouvaient.

Ensuite, 4 années d'écoles. Dès la première année, l'enseignement privilégie l'obstétrique et la pédiatrie en parallèle des stages (dès le mois de novembre en général selon les écoles) dans les services infirmiers (pour apprendre les gestes tels que les perfusions, les pansements, etc.) mais également en maternité, en salle d'accouchement et en consultation (selon les écoles toujours). On est très vite dans le bain et la pratique des premiers accouchements débute dès la fin de la première année en général.

Conclusion

Les sages-femmes assument aujourd'hui la pleine responsabilité du suivi d'une grossesse normale, de l'accouchement et de la période postnatale. Les sages-femmes que nous avons rencontrées militent contre la technicité et la comporte mentalisation croissantes des soins. Elles s'en distinguent et se définissent donc par un certain nombre de valeurs spécifiques qu'elles défendent et qui orientent leur pratique, notamment une approche holistique de la santé et un processus de soutien et de renforcement du pouvoir d'agir sur soi-même et sur son environnement.

Partie pratique

Chapitre IV : présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

-préambule

1- analyse des résultats obtenus de l'échelle (MBI)

2-Analyse statistique

3-résultats

4-discussion des résultats

5-conclusion

6-conclusion général

Préambule :

Après avoir fini le cadre théorique il est nécessaire de procéder à la présentation du cadre méthodologique afin de concrétiser notre travail de recherche et pour démontrer l'aspect pratique de cette requête, et qui consiste à se faire face avec la population ciblée afin de dégager des informations qui sont palpables et qui vont ensuite nous permettre de confirmer ou d'infirmer nos hypothèses.

1-la pré-enquête :

Afin de donner une crédibilité et une fiabilité pour notre requête, il faut procéder à une étape plus concrète et plus palpable. Cette étape constitue le côté pratique qui consiste à utiliser tous les outils qui vont nous permettre de collecter les données nécessaires à notre recherche.

La pré-enquête joue un rôle primordial dans la clarification et l'éclaircissement de certains concepts théoriques et elle nous permet de bien classer nos hypothèses et pour élaborer un guide d'entretien qui sera adéquate aux cas choisis. Nous avons examiné notre terrain de recherche afin de sélectionner les questions pertinentes et qui pourront nous servir dans notre recherche.

On a commencé notre pré-enquête le 02/05 au 09/05 pendant une semaine (en raison de deux fois par semaine).

Au début nous avons commencé par l'entretien semi-directif.

La deuxième fois c'est l'échelle de MBI et on a fait passer l'échelle pour 5 cas.

On a choisi 30 cas pour notre étude.

Notre pré-enquête nous a conduits à annuler l'utilisation de l'entretien clinique semi-directif par cause de non disponibilité de notre population d'étude et leur refus catégorique de participation. Ce qui nous a poussés à choisir l'entretien directif (l'échelle de MBI).

Concernant le test la pré-enquête nous a permis de valider notre choix.

2-la méthode de recherche :

Un bon travail nécessite une bonne méthode, ce qui veut dire que le chercheur devrait choisir une méthode qui sera adéquate à son thème de recherche et qui sera compatible sur le terrain. Angers (la méthode est un ensemble d'opérations en vue d'atteindre un objectif). (Angers, 1997, p.58).

Notre étude vise à quantifier ce phénomène du burn-out, donc il nous a fallu faire une étude descriptive, et on a choisi une technique statistique afin de mesurer le pourcentage du burn-out et de faire une corrélation entre les démentions d'épuisement chez sages-femmes novices dans leurs travaux et les sages-femmes qui ont une expérience professionnelle afin de comparer entre ses deux catégories de travailleuses.

Présentation du lieu de recherche :

1. L'EPH « Akloul Ali » d'Akbou :

La partie de notre étude a eu lieu au niveau de l'EPH « Akloul Ali » dans la ville d'Akbou, wilaya de Bejaia. Cet hôpital, était sous le nom de secteur sanitaire d'Akbou. Le début de la mise en service remonte à 1969, il a été créé en 1978.

• Description de service de maternité :

Notre stage a été effectué au sein de l'EPH d'Akbou, exactement au service de maternité, ce dernier se compose de :

- Un Bloc opératoire.
- 01 salle d'accouchement.
- 01 chambre de garde pour sages-femmes.
- 01 chambre de garde pour les infirmiers.
- 12 salle de poste accouché.
- un bureau de psychologue.
- 02 médecins spécialistes (gynécologue)
- 02 médecins généralistes.
- 17 sages-femmes.
- 07 infirmiers.
- 1 psychologue.

• **L'échantillon**

Notre étude a été réalisée auprès de trente sages-femmes, mariées et célibataires âgés entre 24 à 49 ans, travaillant dans la journée ou la nuit à temps plein au service de maternité de L'EPH et la clinique targa-ouzemour Bejaia.

Notre population répond aux critères suivants :

• **Les critères d'inclusion :**

- Les sages-femmes qui travaillent la journée et la nuit.
- Les sages-femmes qui sont âgés de 24 à 49 ans.
- N'ayant pas un handicap

• **Les critères d'exclusion :**

- Le sexe (homme)
- les sages-femmes qui ont moins d'un an d'expérience.

5. Présentation des outils de l'étude

Présentation et description de l'échelle de (MBI) :

Le **Maslach Burn Inventory** ou le **(MBI)** est un outil de mesure développé par **Maslach et Jackson(1981,1986)** ; c'est toujours l'instrument le plus utilisé pour mesurer l'épuisement professionnel. C'est une échelle d'autoévaluation qui

permet d'évaluer explore trois aspects du burn-out: l'épuisement émotionnel, la *dépersonnalisation* et la difficulté à gérer la relation aux autres.

Cette mesure comprend 22 items regroupés sous trois sous-échelles :

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

Chacune de ces sous -échelles est mesurée séparément .Pour les deux premières sous-échelles un score élevé correspond à un « **Burn out** » élevé, mais pour la troisième sous-échelle, un score élevé correspond à un accomplissement personnel élevé et en conséquence, à un faible « **Burn out** ».

• **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 encerclés 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 **Burn-out**.

• **L'évaluation :**

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

• **Scores de l'épuisement émotionnel :** $1+2+3+6+8+13+14+16+20=\text{score}$.

- Score bas < à 17
- Score modéré de 18 à 29
- Score élevé > à 30

• **Score de la déshumanisation :** $5+10+11+15+22= \text{score}$

- Score bas < à 5
- Score modéré de 6 à 11
- Score élevé > à 12

• **Score de manque de l'accomplissement personnel :**

$4+7+9+12+17+18+19+21= \text{score}$

- Score élevé < à 33
- Score modéré de 34 à 39
- Score bas > à 40

L'évaluation de la présence de **Burn out** syndrome est révélée par le score de ses trois composantes ; le **Burn out** est classé en élevé, modéré ou bas. On dit que le Burn out est élevé si le sujet obtient un niveau pathologique pour trois scores à l'échelle de MBI (c.à.d. pour toutes les dimensions). On dit que le Burn out est modéré si le sujet obtient un niveau pathologique pour deux scores à l'échelle de MBI (c.à.d. pour deux dimensions). On dit que le Burn out est faible si le sujet obtenait un niveau pathologique pour seulement un des trois scores à l'échelle MBI. On dit que le Burn out est nul si le sujet n'obtient aucun niveau pathologique pour les trois scores à l'échelle de MBI (c.à.d. pour toutes les dimensions).

outils statistiques :

Définitions

L'écart-type: sert à mesurer la dispersion, ou l'étalement, d'un ensemble de valeurs autour de leur moyenne. Plus l'écart-type est faible, plus la population est homogène.

Médiane: est une mesure de position; cette valeur médiane permet de couper l'ensemble des valeurs en deux parties égales : mettant d'un côté une moitié des valeurs, qui sont toutes inférieures ou égales à la médiane et de l'autre côté l'autre moitié des valeurs supérieures à la médiane

Q1: 25ème percentile, est une mesure de dispersion; cette valeur Q1 permet de couper l'ensemble des valeurs en deux parties : mettant d'un côté 25 % des valeurs, qui sont toutes inférieures ou égales à Q1 et de l'autre côté 75% des valeurs supérieures ou égales à Q1.

Q3: 75ème percentile, est une mesure de dispersion; cette valeur Q3 permet de couper l'ensemble des valeurs en deux parties : mettant d'un côté 75 % des valeurs, qui sont toutes inférieures ou égales à Q3 et de l'autre côté 25% des valeurs supérieures ou égales à Q1.

p : la valeur "p" (en anglais p-value) est la probabilité d'obtenir la même valeur (ou une valeur encore plus extrême) du test si l'hypothèse nulle était vraie. Communément les résultats des tests statistiques sont considérés comme significatifs si le degré de signification (p) est inférieur à 0.05.

Préambule :

Après avoir achevé le chapitre méthodologique nous allons procéder à la présentation de notre travail du côté pratique afin d'analyser les résultats obtenus sur notre population d'étude, qui constitue 30 cas de sages-femmes âgées de 24 ans à 49 ans (mariée et célibataire).

Ses résultats ont été collectés par le biais de la passation d'une échelle conçue pour mesurer le degré du burn-out et qui est MBI (Maslach burnout inventory).

Le cas 01 Madame H :

Madame H est une femme mariée avec 3 enfants, elle a 37 ans et elle a 12 ans de service.

Présentation et interprétation de l'échelle BMI : Tableau n 01 :

Dimension D'épuisement Professionnel	score	Niveau de Chaque dimension	Score moyen D'épuisement	Niveau d'épuisement
Epuisement Emotionnel	27	modéré	25,66	modéré
Dépersonnalisation	13	Elevé		
Accomplissement personnel	37	Modéré		

Madame H présente un niveau d'épuisement professionnel modéré.

Le cas Madame OD 02 :

C'est une jeune femme célibataire âgée de 31 ans avec une expérience de 4 ans

Présentation et interprétation de l'échelle BMI : Tableau n 02

Dimension D'épuisement Professionnel	score	Niveau de Chaque dimension	Score moyen D'épuisement	Niveau D'épuisement
Epuisement Emotionnel	47	élevé	30	Elevé
Dépersonnalisation	13	élevé		
Accomplissement Personnel	30	élevé		

Madame OD manifeste un niveau d'épuisement professionnel élevé.

Le cas 03 Madame F :

Madame fa est une femme mariée âgée de 42 ans avec 2 enfants a charge, elle a 18 ans de service.

Présentation et interprétation de l'échelle BMI : Tableau n 03

Dimension D'épuisement professionnel	score	Niveau de Chaque dimension	Score Moyen D'épuisement	Niveau D'épuisement
Epuisement Emotionnel	45	élevé	28,66	Elevé
Dépersonnalisation	20	élevé		
Accomplissement personnel	21	élevé		

Madame fa manifeste un niveau d'épuisement professionnel élevé.

Le cas 04 Madame ID :

Madame id est une femme mariée âgée de 45 ans avec 3 enfants a charge, elle a 24 ans de service.

Présentation et interprétation de l'échelle BMI : Tableau n 04

Dimension D'épuisement	score	Niveau de Chaque dimension	Score Moyen D'épuisement	Niveau D'épuisement
professionnel				
Epuisement émotionnel	54	élevé	32	modéré
Dépersonnalisation	6	modéré		
Accomplissement personnel	36	modéré		

Madame fa manifeste un niveau d'épuisement professionnel modéré.

Le cas 05 Madame HA :

Madame ha est une jeune femme célibataire âgée de 28 ans, elle a 4 de service.

Présentation et interprétation de l'échelle BMI : Tableau n 05

Dimension D'épuisement Professionnel	score	Niveau de Chaque Dimension	Score Moyen D'épuisement	Niveau D'épuisement
Epuisement Emotionnel	35	élevé	26	élevé
Dépersonnalisation	13	élevé		
Accomplissement personnel	30	élevé		

Madame ha manifeste un niveau d'épuisement professionnel élevé.

Le cas 06 Madame L :

C'est une jeune femme célibataire âgée de 30 ans, elle a 7 ans de service.

Présentation et interprétation de l'échelle BMI : Tableau n06

Dimension de L'épuisement professionnel	score	Niveau de Chaque Dimension	Score Moyen D'épuisement	Niveau D'épuisement
Epuisement émotionnel	19	modéré	13,66	bas
Dépersonnalisation	5	bas		
Accomplissement personnel	17	élevé		

Madame I présente un niveau d'épuisement professionnel bas.

Le cas 07 de madame D :

Présentation et interprétation de l'échelle BMI : Tableau n07

Dimension D'épuisement professionnel	Score	Niveau de chaque dimension	Score Moyen D'épuisement	Niveau D'épuisement
Epuisement émotionnel	29	modéré	18	modéré
Dépersonnalisation	2	bas		
Accomplissement personnel	23	modéré		

Madame D présente un niveau d'épuisement professionnel modéré.

Le cas 08 de madame MI :

C'est une jeune femme célibataire âgée de 24 ans, elle a 2 ans de service.

Présentation et interprétation de l'échelle BMI : Tableau n08

Dimension D'épuisement Professionnel	score	Niveau de Chaque Dimension	Score Moyen D'épuisement	Niveau D'épuisement
Epuisement Emotionnel	38	élevé	28,66	Elevé
Dépersonnalisation	19	élevé		
Accomplissement personnel	29	élevé		

Madame mi manifeste un niveau d'épuisement professionnel élevé.

Le cas 09 de madame RA :

Présentation et interprétation de l'échelle BMI : Tableau n09

C'est une jeune femme célibataire âgée de 28 ans, elle a 6 ans de service.

Dimension D'épuisement Professionnel	score	Niveau de Chaque dimension	Score Moyen D'épuisement	Niveau D'épuisement
Epuisement émotionnel	32	élevé	24	modéré
Dépersonnalisation	3	bas		
Accomplissement personnel	37	modéré		

Madame ra présente un niveau d'épuisement professionnel modéré.

Le cas 10 de madame CH :

Présentation et interprétation de l'échelle BMI : Tableau n10

Dimension D'épuisement professionnel	score	Niveau de Chaque dimension	Score Moyen D'épuisement	Niveau D'épuisement
Epuisement Emotionnel	42	élevé	27	élevé
Dépersonnalisation	20	élevé		
Accomplissement personnel	19	élevé		

Madame CH manifeste un niveau d'épuisement professionnel élevé.

Le cas 11 de madame K :

Madame K est une femme mariée, âge de 39ans avec une expérience professionnelle de 9ans

Présentation et interprétation de l'échelle BMI : Tableau n11

Dimension D'épuisements professionnel	score	Niveau de chaque dimension	Score moyen D'épuisements	Niveau D'épuisements
Epuisement émotionnel	52	élevé	29,66	Elevé
Dépersonnalisation	9	modéré		
Accomplissement personnel	28	élevé		

Madame k manifeste un niveau d'épuisements professionnel élevé.

Le cas 12 de madame AB :

Madame ab est une femme mariée âgée de 33 ans avec un enfant à charge, elle a 10 ans d'expérience professionnelle.

Présentation et interprétation de l'échelle BMI : Tableau n12

Dimension d'épuisements professionnel	Score	Niveau de Chaque dimension	Score Moyen D'épuisement	Niveau D'épuisement
Epuisement Emotionnel	33	Elevé	29	modéré
Dépersonnalisation	6	Modéré		
Accomplissement personnel	48	Bas		

Madame ab manifeste un niveau d'épuisement professionnel modéré.

Le cas 13 de madame FR :

Madame FR est une femme mariée âgée de 42 ans avec 4 enfants à charge, elle 16 d'expérience dans le service.

Présentation et interprétation de l'échelle BMI : Tableau n13

Dimension D'épuisement Professionnel	Score	Niveau de chaque dimension	Score moyen D'épuisement	Niveau D'épuisement
Epuisement émotionnel	35	Elevé	30	élevé
Dépersonnalisation	16	Elevé		
Accomplissement Personnel	39	Modéré		

Madame FR manifeste un niveau d'épuisement professionnel élevé.

Le cas 14 de madame HA :

Madame HANAN est une femme mariée, âgée de 30ans avec 02 enfants à charge, elle travaillé 06 ans dans le domaine.

Présentation et interprétation de l'échelle BMI : Tableau n14

Dimension d'épuisement	score	Niveau de Chaque dimension	Score Moyen D'épuisement	Niveau D'épuisement
professionnel				
Épuisement	21	modéré	19.33	modéré
émotionnel				
Dépersonnalisation	4	bas		
Accomplissement	33	modéré		
personnel				

Madame HA manifeste un niveau d'épuisement professionnel modéré.

Le cas 15 de madame SA :

Madame sa est une femme célibataire âgée de 28 ans et elle 5 ans dans le service.

Présentation et interprétation de l'échelle BMI : Tableau n15

Dimension D'épuisement	score	Niveau de Chaque dimension	Score Moyen D'épuisement	Niveau D'épuisement
professionnel				
Épuisement	28	modéré	23	Modéré
émotionnel				
Dépersonnalisation	5	bas		
Accomplissement	36	modéré		
personnel				

Madame SA manifeste un niveau d'épuisement professionnel modéré.

Le cas 16 madame FZ :

C'est une jeune femme célibataire âgée de 27 ans et elle a 3 ans de service.

Présentation et interprétation de l'échelle BMI : Tableau n16

Dimension D'épuisement	score	Niveau de chaque dimension	Score Moyen D'épuisement	Niveau D'épuisement
Professionnel				
Épuisement émotionnel	21	modéré	16	Modéré
Dépersonnalisation	4	bas		
Accomplissement personnel	23	élevé		

Madame FZ manifeste un niveau d'épuisement professionnel modéré.

Le cas 17 de madame DJ :

Madame dj est une femme mariée âgée de 47 ans 2 en enfants à charge et elle à 15 ans de service.

Présentation et interprétation de l'échelle BMI : Tableau n17

Dimension d'épuisement	score	Niveau de Chaque dimension	Score Moyen D'épuisement	Niveau D'épuisement
professionnel				
Épuisement émotionnel	25	modéré	23,33	Bas
Dépersonnalisation	5	bas		
Accomplissement personnel	40	bas		

Madame dj manifeste un niveau d'épuisement professionnel bas.

Le cas 18 de madame NA :

Présentation et interprétation de l'échelle BMI : Tableau n18

Dimension d'épuisement professionnel	score	Niveau de Chaque dimension	Score Moyen D'épuisement	Niveau D'épuisement
Épuisement émotionnel	16	bas	29,33	Bas
Dépersonnalisation	4	bas		
Accomplissement personnel	34	modéré		

Madame na manifeste un niveau d'épuisement professionnel bas.

Le cas 19 de madame KH :

Madame KH est une femme mariée âgée de 38 avec 3 enfants à charge et elle à 12 ans dans le service.

Présentation et interprétation de l'échelle BMI : Tableau n19

Dimension d'épuisement professionnel	score	Niveau de Chaque dimension	Score Moyen D'épuisement	Niveau D'épuisement
Épuisement émotionnel	29	modéré	22,33	Modéré
Dépersonnalisation	7	modéré		
Accomplissement personnel	31	élevé		

Madame KH manifeste un niveau d'épuisement professionnel modéré.

Le cas 20 de madame SO :

Madame SO est une femme mariée âgée de 39 ans avec 5 enfants charge et elle a 15 de service.

Présentation et interprétation de l'échelle BMI : Tableau n20

Dimension d'épuisement	score	Niveau de Chaque dimension	Score Moyen D'épuisement	Niveau D'épuisement
professionnel				
Épuisement	34	élevé	28,33	Elevé
émotionnel				
Dépersonnalisation	15	élevé		
Accomplissement	36	modéré		
personnel				

Madame SO manifeste un niveau d'épuisement professionnel élevé.

Le cas 21 de madame Wa :

Madame Wa est une femme mariée âgée de 43 ans avec 1 enfant à charge et elle a 14 de service.

Présentation et interprétation de l'échelle BMI : Tableau n21

Dimension d'épuisement	score	Niveau de Chaque dimension	Score Moyen D'épuisement	Niveau D'épuisement
professionnel				
Épuisement	17	bas	19	bas
émotionnel				
Dépersonnalisation	5	bas		
Accomplissement	35	modéré		
personnel				

Madame Wa manifeste un niveau d'épuisement professionnel bas.

Le cas 22 de madame BA :

Madame BA est une femme mariée âgée de 40 ans avec 3 enfants à charge et elle à 15 ans de service.

Présentation et interprétation de l'échelle BMI : Tableau n22

Dimension d'épuisement	score	Niveau de Chaque dimension	Score Moyen D'épuisement	Niveau D'épuisement
professionnel				
Épuisement	27	modéré	21,66	modéré
émotionnel				
Dépersonnalisation	4	bas		
Accomplissement	34	modéré		
personnel				

Madame BA manifeste un niveau d'épuisement professionnel modéré.

Le cas 23 de madame li :

Madame li est une femme mariée âgée de 49 ans avec 5 enfants à charge et elle à 17 ans de service.

Présentation et interprétation de l'échelle BMI : Tableau n23

Dimension d'épuisement	score	Niveau de Chaque dimension	Score Moyen D'épuisement	Niveau D'épuisement
professionnel				
Épuisement	15	bas	21,66	modéré
émotionnel				
Dépersonnalisation	11	modéré		
Accomplissement	39	modéré		
personnel				

Madame li manifeste un épuisement professionnel modéré.

Le cas 24 de ZA :

Madame ZA est une femme célibataire âgée de 29 ans elle a 3 ans de service.

Présentation et interprétation de l'échelle BMI : Tableau n24

Dimension d'épuisement professionnel	score	Niveau de Chaque dimension	Score Moyen D'épuisement	Niveau D'épuisement
Épuisement émotionnel	31	élevé	26,33	élevé
Dépersonnalisation	14	élevé		
Accomplissement personnel	34	modéré		

Madame ZA manifeste un niveau d'épuisement professionnel élevé.

Le cas 25 de madame AS :

Madame AS est une femme célibataire âgée de 25 ans et elle a 1 ans de service.

Présentation et interprétation de l'échelle BMI : Tableau n25

Dimension d'épuisement professionnel	score	Niveau de Chaque dimension	Score Moyen D'épuisement	Niveau D'épuisement
Épuisement émotionnel	30	modéré	26,66	modéré
Dépersonnalisation	9	modéré		
Accomplissement personnel	41	bas		

Madame AS manifeste un niveau d'épuisement professionnel modéré.

Le cas 26 de madame Y :

Madame Y est une femme célibataire âgée de 26 ans et elle a 2 ans de service.

Présentation et interprétation de l'échelle BMI : Tableau n26

Dimension d'épuisement professionnel	score	Niveau de Chaque dimension	Score Moyen D'épuisement	Niveau D'épuisement
Épuisement émotionnel	38	élevé	29,33	élevé
Dépersonnalisation	14	élevé		
Accomplissement personnel	36	modéré		

Madame Y manifeste un niveau d'épuisement professionnel élevé.

Le cas 27 de madame RA :

Madame y est une femme célibataire âgée de 32 ans elle a 5 ans de service.

Présentation et interprétation de l'échelle BMI : Tableau n27

Dimension d'épuisement professionnel	score	Niveau de Chaque dimension	Score Moyen D'épuisement	Niveau D'épuisement
Épuisement émotionnel	15	bas	19	bas
Dépersonnalisation	3	bas		
Accomplissement personnel	39	modéré		

Madame RA manifeste un niveau d'épuisement professionnel bas.

Le cas 28 de madame SA :

Madame SA est une femme célibataire âgée de 31 et elle à 4 ans de service.

Présentation et interprétation de l'échelle BMI : Tableau n28

Dimension d'épuisement	score	Niveau de Chaque dimension	Score Moyen D'épuisement	Niveau D'épuisement
professionnel				
Epuisement	22	modéré	25,33	modéré
émotionnel				
Dépersonnalisation	11	modéré		
Accomplissement	43	bas		
personnel				

Madame SA manifeste un niveau d'épuisement professionnel modéré.

Le cas 29 de madame IB :

Madame IB est une femme célibataire âgée de 24 ans et elle a 1 ans de service.

Présentation et interprétation de l'échelle BMI : Tableau n29

Dimension d'épuisement	score	Niveau de Chaque dimension	Score Moyen D'épuisement	Niveau D'épuisement
professionnel				
Epuisement	17	bas	21	bas
Emotionnel				
Dépersonnalisation	4	bas		
Accomplissement	42	bas		
personnel				

Madame IB manifeste un niveau d'épuisement professionnel bas.

Le cas 30 de madame TA :

Madame ta est une femme mariée âgée de 36 ans avec 2 enfants a charge et elle a 10 ans de service.

Présentation et interprétation de l'échelle BMI : Tableau n30

Dimension d'épuisement	score	Niveau de Chaque dimension	Score Moyen D'épuisement	Niveau D'épuisement
professionnel				
Epuisement Emotionnel	25	modéré	22,33	modéré
Dépersonnalisation	5	bas		
Accomplissement Personnel	37	modéré		

Madame TA manifeste un niveau d'épuisement modéré.

1. Analyse et interprétation des résultats obtenus dans les échelles

MBI:

Les résultats obtenus dans notre travail de recherche mené à l'hôpital d'Akbou on donne ses résultats suivants :

Analyse du SEP :

Epuisement émotionnel :

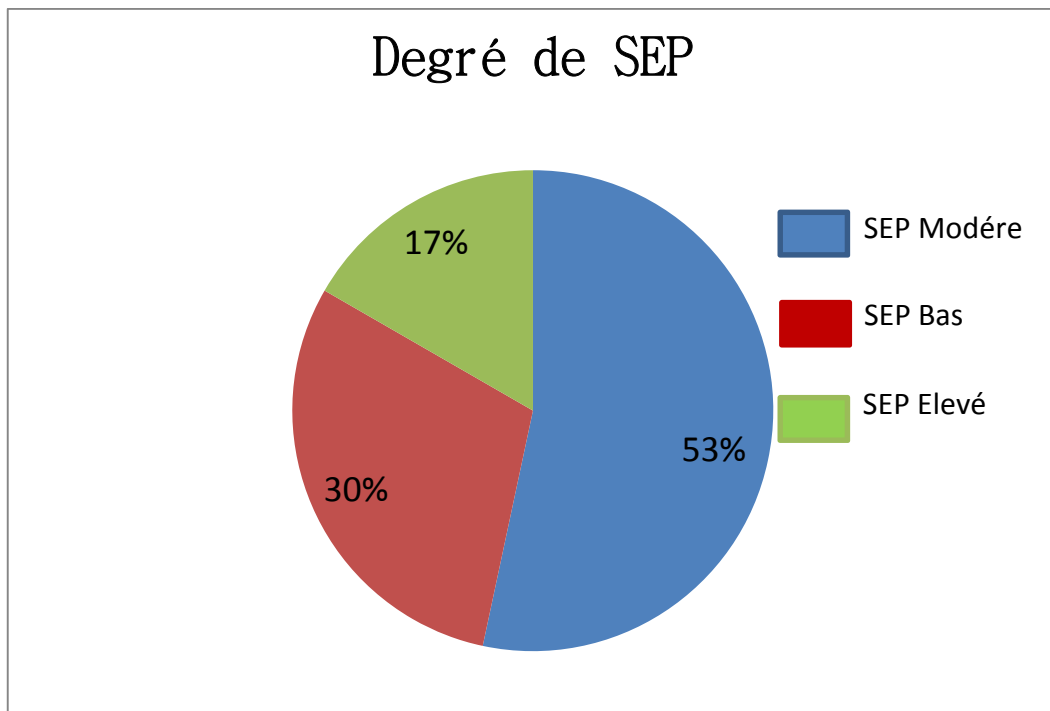
- 13 sages-femmes ont un niveau d'épuisement émotionnel élevé
- 12 sages-femmes ont un niveau d'épuisement émotionnel modéré
- 05 sage-femmes ont un niveau d'épuisement émotionnel bas

Dépersonnalisation :

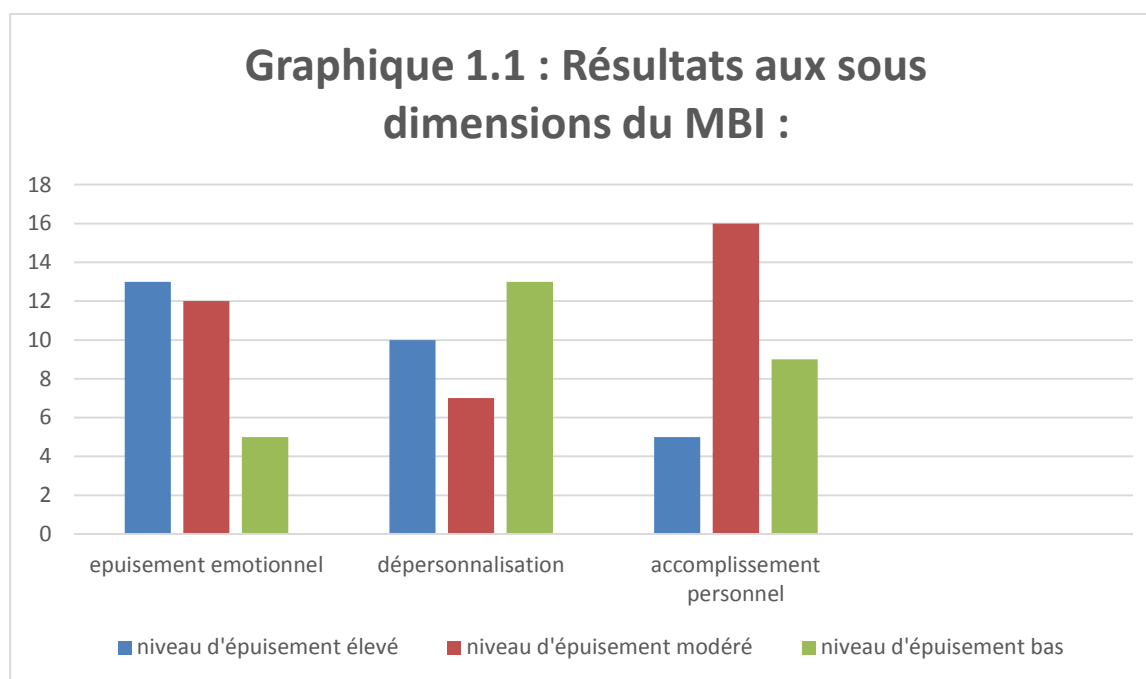
- 10 sages-femmes ont un niveau de dépersonnalisation élevé.
- 07 sages-femmes ont un niveau de dépersonnalisation modéré.
- 13 sages-femmes ont un niveau de dépersonnalisation bas.

Accomplissement personnel :

- 05 sages-femmes ont un niveau d'accomplissement personnel bas.
- 16 sages-femmes ont un niveau d'accomplissement personnel modéré.
- 09 sages-femmes ont un score d'accomplissement personnel élevé.



Les résultats dans cette figure montre que 53% des sages-femmes en manifestées un état de burnout avec un niveau élevé et 30% ont un niveau modéré ,ce qui signifie que la majorité des sages-femmes sont atteint d'un burnout pathologique.



En observe sur le graphique que le niveau de d'épuisement pour la dimension de l'accomplissement personnel est plus élevé par rapport à d'autres dimensions.

2. Analyse statistique

Les données ont été décrites par les paramètres statistiques de position et de dispersion suivant la nature de la variable :

- les variables qualitatives ou ordinales ont décrites par les effectifs et pourcentages les variables quantitatives parle minimum, maximum, médiane, moyenne, écart-type, et l'étendue Interquartile.

Les comparaisons des distributions des variables qualitatives ont été réalisées par le test Exact de Fisher. Tandis que les comparaisons des variables quantitatives ont été effectuées par une méthode non paramétrique de Kruskal-Wallis. Le test de coefficient de corrélation Spearman a été utilisé pour étudier la corrélation entre le niveau d'épuisement des sages-femmes et l'âge ou avec l'ancienneté. En raison de la nature de la distribution des variables étudiées (elles ne suivent pas une loi normal) et les relations ne sont pas linéaires, le coefficient de corrélation de Spearman a été préféré au test du coefficient de Pearson. Les résultats des tests

statistiques sont considérés comme significatifs si le degré de signification (p) est inférieur à 0.05.

3. Résultats

Les caractéristiques des sages-femmes interrogées sont présentées dans la table 1. Elles avaient un âge moyen de 34 ans, la plus jeune avait 24 ans et la plus âgée avait 49 ans. Elle avait une ancienneté qui varie entre 1 et 24 ans avec une médiane de 4 ans. Cinquante-deux pourcent d'entre elles étaient mariées et avaient en moyenne 3 enfants. Dans la table 2 nous avons présenté les résultats de l'évaluation du burn-out (épuiement professionnel) des sages-femmes. Un niveau de burn out élevé était observé chez plus d'un tiers des sages-femmes, un niveau modéré chez 46% et un niveau bas chez 20%. Le niveau d'épuiement le plus élevé concernant la dimension épuiement émotionnel 46.7%

Table 1. Caractéristiques des sages-femmes

variables	Total (N=30)
âge	
Moyenne±écart type	34.2±7.4
médiane(q1, q3)	28 (32, 39.5)
min, max	24, 49
Manquant	3
Statut marital--n (%)	
Célibataire	13/27 (48.1)
mariée	14/27 (51.9)
manquant	3
enfants	
Moyenne±écart type	2.8±1.3
médiane(q1, q3)	2 (3, 3)
min, max	1, 5
manquant	17
ancienneté	
Moyenne±écart type	8.9±6.2

variables	Total (N=30)
médiane(q1, q3)	4 (7, 14.5)
min, max	1, 24
manquant	3

Table 2. Epuisement professionnel des sages-femmes

-	Total (N=30)
SEP	
moyenne±écart type	30±10.7
médiane[q1, q3]	29[21.2, 35]
min, max	15, 54
SD	
moyenne±écart type	9±5.5
médiane[q1, q3]	6.5[4.2, 13]
min, max	2, 20
SAP	
moyenne±écart type	33.6±7.4
médiane[q1, q3]	35.5[30, 38.5]
min, max	17, 48
NEP	
élevé	14 (46.7%)
modéré	11 (36.7%)
bas	5 (16.7%)
ND	
élevé	10 (33.3%)
modéré	7 (23.3%)
bas	13 (43.3%)
NAP	
élevé	11 (36.7%)
modéré	14 (46.7%)
bas	5 (16.7%)
Score.global	
moyenne±écart type	24.5±4.7
médiane[q1, q3]	25.5[21.7, 28.6]
min, max	13.7, 32
Interprétation globale du niveau d'épuisement	
élevé	10 (33.3%)

-	Total (N=30)
modéré	14 (46.7%)
bas	6 (20%)

Figure 1. Relation entre l'âge et l'épuisement émotionnel

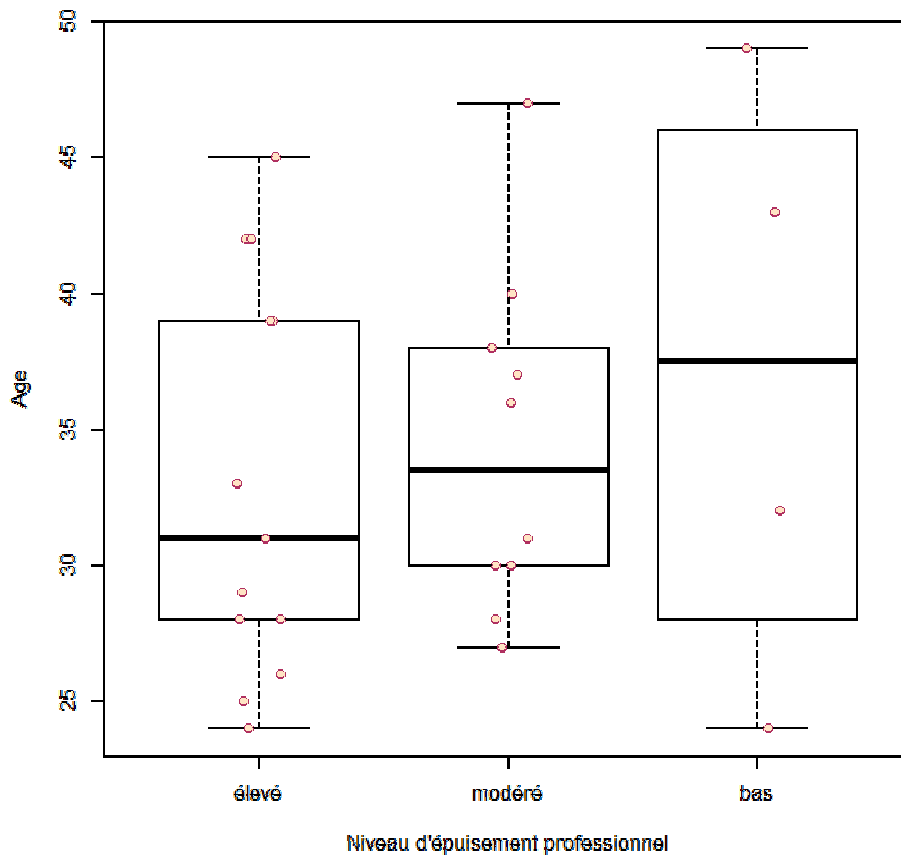


Figure 2. Relation entre l'âge et la dépersonnalisation

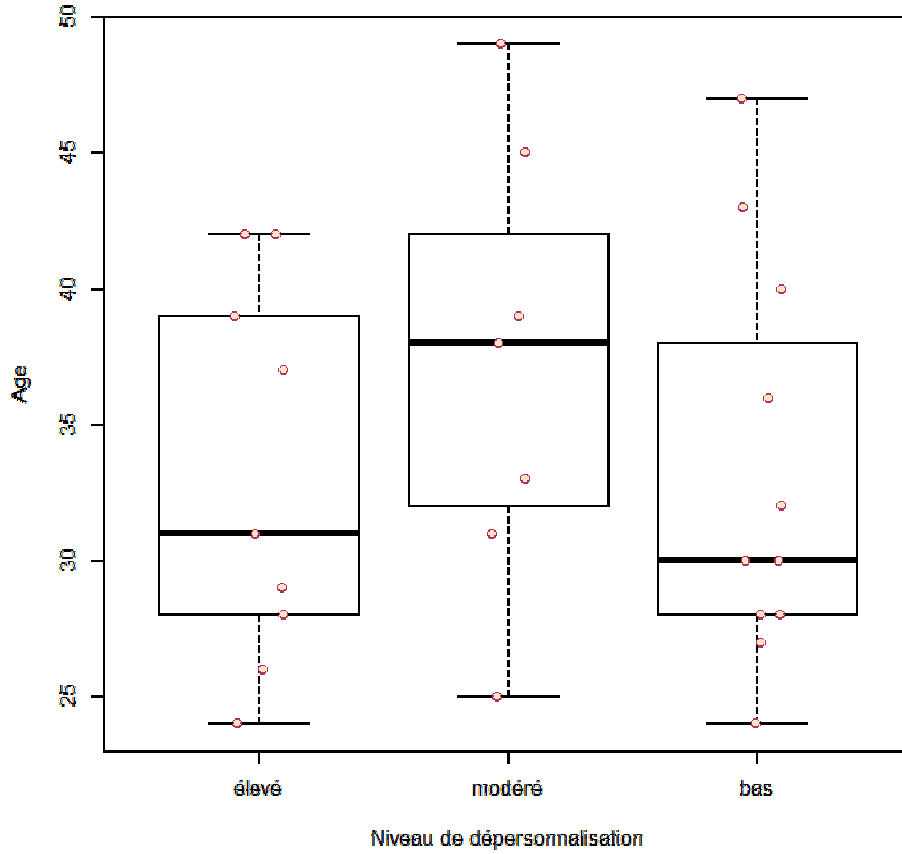


Figure 3. Relation entre l'âge et l'accomplissement personnel

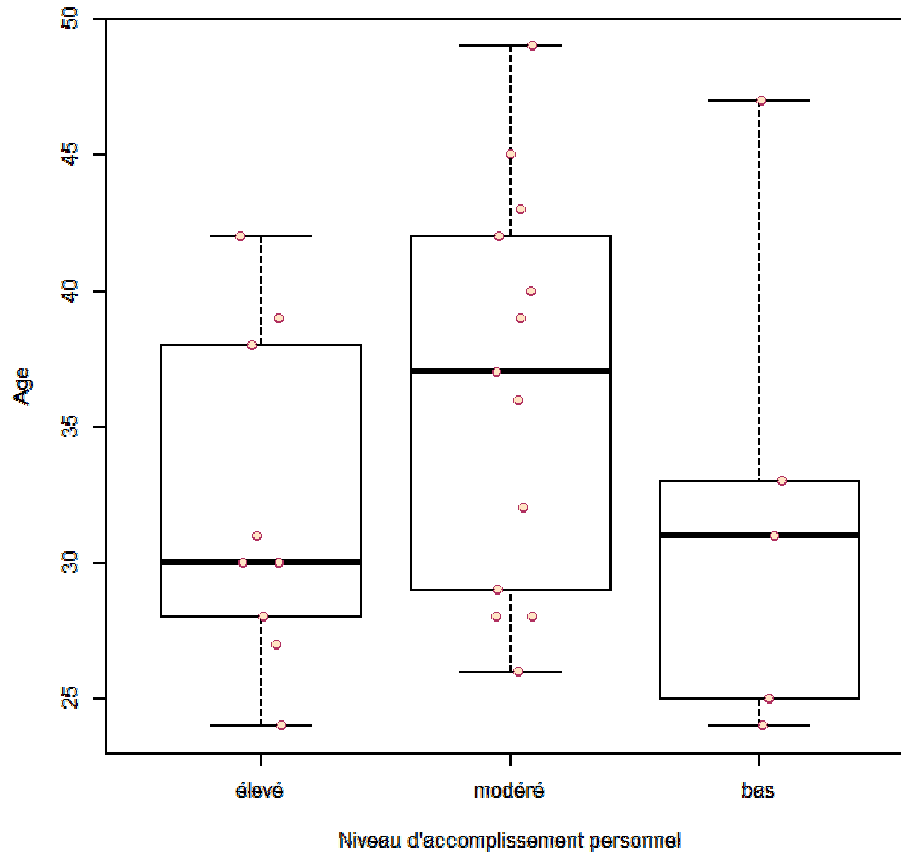


Table 3. Corrélation de l'épuisement professionnel à l'âge

-	stats	P
sep	0	0.994
sd	0.09	0.64
sap	0.08	0.697
sep.niveau	0.16	0.435
sd.niveau	-0.01	0.95
sap.niveau	0.07	0.739
score.global	0.09	0.652
niveau.global	0.09	0.64

Table 4. Epuisement professionnel des sages-femmes selon le statut marital

-	mariée (N=14)	célibataire (N=13)	P
sep			
moyenne±écart type	31.4±11.9	28.7±9.5	0.526
médiane[q1, q3]	28[25, 34.8]	30[21, 35]	
min, max	15, 54	15, 47	
sd			
moyenne±écart type	9±5.2	9±5.3	1
médiane[q1, q3]	6.5[5, 12.5]	9[4, 13]	
min, max	4, 20	3, 19	
sap			
moyenne±écart type	35.3±6.2	33.6±7.6	0.541
médiane[q1, q3]	36[33.2, 38.5]	36[30, 39]	
min, max	21, 48	17, 43	
sep.niveau			
élevé	6 (42.9%)	7 (53.8%)	*0.87 1
modéré	6 (42.9%)	4 (30.8%)	
bas	2 (14.3%)	2 (15.4%)	
sd.niveau			
élevé	4 (28.6%)	5 (38.5%)	*0.55 5
modéré	5 (35.7%)	2 (15.4%)	
bas	5 (35.7%)	6 (46.2%)	
sap.niveau			
élevé	4 (28.6%)	5 (38.5%)	*0.67 7
modéré	8 (57.1%)	5 (38.5%)	
bas	2 (14.3%)	3 (23.1%)	
score.global			
moyenne±écart type	25.2±4.3	23.7±5.1	0.431
médiane[q1, q3]	24.5[21.8, 28.9]	25.3[21, 26.3]	
min, max	19, 32	13.7, 30	
niveau.global			
élevé	4 (28.6%)	5 (38.5%)	*0.67 7
modéré	8 (57.1%)	5 (38.5%)	
bas	2 (14.3%)	3 (23.1%)	

Table 5. Corrélation de l'épuisement professionnel à l'ancienneté

-	stats	P
sep	0.07	0.741
sd	0.08	0.701
sap	0.01	0.97
sep.niveau	0.07	0.714
sd.niveau	0	0.994
sap.niveau	-0.01	0.949
score.global	0.09	0.672
niveau.global	0.06	0.748

4. Discussion des hypothèses :

Nombre de sages-femmes 30

Nombre de sages-femmes qui ont un niveau d'épuisement élevé est de 09.

Nombre de sages-femmes qui ont un niveau d'épuisement modéré est de 15.

Nombre de sages-femmes qui ont un niveau d'épuisement bas est de 06.

4.1 Hypothèse générale :

Les sages-femmes de l'hôpital d'akbou sont exposées au risque de développer le syndrome du burn-out :

Les résultats obtenus lors de la passation des échelles indiquent bien que 24 sages-femmes de 30 à l'hôpital d'akbou et de targua ouzamour ont manifesté le syndrome du burn-out pathologique ce qui signifie qu'elles sont exposées au risque du syndrome du burn-out, donc notre hypothèse est confirmée.

4.2 Hypothèses partielles :

Les sages-femmes mariées sont moins exposées au syndrome du burn-out par rapport aux sages-femmes célibataires.

Dans l'analyse statistique elle nous montre que le degré de (p) est supérieur à 0,05 ce qui signifie qu'il n'y a pas de relation entre le statut marital.

En déduit que la situation familiale des sages-femmes ne joue pas un rôle important dans l'apparition ou pas du syndrome du burn-out et dans cette étude elle nous montre que les femmes mariées et les femmes célibataires sont exposées au phénomène du burn-out et ce qui infirme notre hypothèse.

Les sages-femmes qui sont jeunes de l'âge sont moins exposées au syndrome du burn-out. Les sages-femmes âgées de 24 ans à 49 ans ont toutes manifesté des degrés de burn-out différents (élevé, modéré et bas) ce qui signifie que l'âge ne joue pas un rôle important qui pourrait favoriser l'apparition du syndrome du burn-out, donc notre hypothèse est infirmée.

5. Conclusion :

Enfin notre étude nous a permis de mesurer le degré du burn-out chez les sages-femmes de l'hôpital d'Akbou et de Targa-Ouzamour ainsi que d'avoir les informations nécessaires pour expliquer ce phénomène qui pèse beaucoup sur notre société moderne. Outre notre travail de recherche nous avons donné d'autres perspectives afin de proposer des solutions et de stratégies pour réduire les conséquences lourdes de ce syndrome. Et par le biais du test de Maslach inventé

nous avons pu rendre ce phénomène plus real en donnant des chiffres statistique qui reflète le degré de l'ampleur de ce syndrome.

6. Conclusion général :

Le stress est inhérent à toute activité professionnelle. Il est indispensable que chacun puisse selon ses capacités faire face à ce stress qui est un élément moteur. Lorsque ce stress se chronicise, que les défenses de l'individu sont débordées, et que l'environnement devient défavorable le stress devient néfaste et ses répercussions délétères au plan psychosomatique se manifestent. Les sages-femmes, de par leur exercice professionnel sont particulièrement soumises au stress qui se développe vers un burn-out. Et pour pouvoir lutter contre cette pathologie, il convient en premier lieu de l'identifier. À partir d'une échelle (maslach) validés permettant de recueillir des indices sur les trois aspects qui pourrait être altéré par ce syndrome. En général, nous proposons une échelle spécifiquement adapté à la mesure du burn-out chez les professionnel de soins et spécialement les sages-femmes. Il a été construit en utilisant une analyse statistique du contenu d'un questionnaire réalisé auprès de sages-femmes d'expériences et de modes d'exercices variés. L'analyse statistique permet de donner une justification statistique au contenu de ce questionnaire. Ce questionnaire mérite d'être validé, avant de pouvoir être utilisé, pour l'évaluation objective du burn-out ressenti par les sages-femmes. Ainsi nous pourrons mieux apporter des solutions simples à des facteurs du burn-out qui ne sont pas tous irrémédiables.

Présentation, analyse et discussions des résultats

Même si l'accouchement est, et restera, un événement imprévisible, avec le stress que cela comporte, faisons de cette naissance une activité plus sereine pour le bien-être de chacun !

Annexe A :

Indiquez la fréquence à laquelle vous ressentez ce qui est décrit à chaque item. Entourer le chiffre correspondant à votre réponse	Jamais	Quelquefois par année au moins	Une fois par mois au moins	Quelques fois par mois	Une fois par semaine	Quelques fois par semaine	Chaque jour
1. Je me sens émotionnellement vidé par mon travail	0	1	2	3	4	5	6
2. Je me sens « à bout » à la fin de ma journée de travail	0	1	2	3	4	5	6
3. Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail	0	1	2	3	4	5	6
4. Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent	0	1	2	3	4	5	6
5. Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets	0	1	2	3	4	5	6
6. Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort	0	1	2	3	4	5	6
7. Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades	0	1	2	3	4	5	6

Présentation, analyse et discussions des résultats

8. Je sens que je craque à cause de mon travail	0	1	2	3	4	5	6
9. J'ai l'impression à travers mon travail d'avoir une influence positive sur les gens	0	1	2	3	4	5	6
10. Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail	0	1	2	3	4	5	6
11. Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	0	1	2	3	4	5	6
12. Je me sens plein(e) d'énergie	0	1	2	3	4	5	6
13. Je me sens frustré(e) par mon travail	0	1	2	3	4	5	6
14. Je sens que je travaille trop dur dans mon travail	0	1	2	3	4	5	6
15. Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades	0	1	2	3	4	5	6
16. Travailler au contact direct avec les gens me stresse trop	0	1	2	3	4	5	6
17. J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades	0	1	2	3	4	5	6
18. Je me sens ragaillard(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes malades	0	1	2	3	4	5	6
19. J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail	0	1	2	3	4	5	6
20. Je me sens au bout du rouleau	0	1	2	3	4	5	6
21. Dans mon travail je traite les problèmes émotionnels très calmement	0	1	2	3	4	5	6
22. J'ai l'impression que mes malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes	0	1	2	3	4	5	6

Annexes2 : Données individuelles recueillies

Éventuellement mettre à la place tes tableaux.

cas	statutmarital	enfants	age	ancienneté	sep	sd	sap	score.global	niveau.global
1	mariée	3	37	12	27	13	37	25,6	modéré
2	célibataire		31	4	47	13	30	30	élevé
3	mariée	2	42	18	45	20	21	28,6	élevé
4	mariée	3	45	24	54	6	36	32	modéré
5	célibataire		28	4	35	13	30	26	élevé
6	célibataire		30	7	19	5	17	13,66	bas
7					29	2	23	18	modéré
8	célibataire		24	2	38	19	29	28,66	élevé
9	célibataire		28	6	32	3	37	24	modéré
10					42	20	19	27	élevé
11	mariée		39	9	52	9	28	29,66	élevé
12	mariée	1	33	10	33	6	48	29	modéré
13	mariée	4	42	16	35	16	39	30	élevé
14	mariée	2	30	6	21	4	33	19,33	modéré
15	célibataire		28	5	28	5	36	23	modéré
16	célibataire		27	3	21	4	23	16	modéré
17	mariée	2	47	15	25	5	40	23,3	bas
18					16	4	34	29,33	bas
19	mariée	3	38	12	29	7	31	22,33	modéré
20	mariée	5	39	15	34	15	36	28,33	élevé
21	mariée	1	43	14	17	5	35	19	bas
22	mariée	3	40	15	27	4	34	21,66	modéré
23	mariée	5	49	17	15	11	39	21,66	modéré
24	célibataire		29	3	31	14	34	26,33	élevé
25	célibataire		25	1	30	9	41	26,33	modéré
26	célibataire		26	2	38	14	36	29,33	élevé
27	célibataire		32	5	15	3	39	19	bas
28	célibataire		31	4	22	11	43	25,33	modéré
29	célibataire		24	1	17	4	42	21	bas
30	mariée	2	36	10	25	5	37	22,3	modéré

Liste bibliographique

La liste bibliographique

Les ouvrages

1. Zawieja p. et guarnieri f, l'épuisement professionnel, dunod, Paris, 2015.
2. Wilkerson. B, burnout et depression, Gibraltar, Quebec, 2006.
3. Boudoukha.a.h, burnout et traumatisme psychologique, dunod, Paris, 2009.
4. chahraoui kh .et benony b, methodes, evaluation et recherche en psychologie clinique, dunod, Paris, 2003.
5. Chauchat. H, l'enquete en psychologie, 2^{ème} éd : PUF, Paris, 1991.
6. Choque.J, Soignants : stress, apprendre à le gérer, 2^{ème} éd, Lamarre, Paris, 2000.
7. Delbrouk.M, le burn-out du soignant. Le syndrome d'épuisement professionnel, 1^{ère} éd : de boeck université, Bruxelles, 2003.
8. Grawitz. M, Methodes des sciences sociales, Dalloz, Paris, 2008.
9. Truchot. D, Rapport de recherche pour l'URML Champagne, Ardenne, 2002.
11. Grebot. E, stresse et burnout au travail, group Eyrolles, Paris, 2008.

Les these de magister et doctorat :

1. Guilbon. G, Impact des régulations émotionnelles au travail sur l'épuisement professionnel des soignants en gériatrie, 2013.
2. Paitel. CH, etude no burnout, 2015.
1. Andlauer O, Hanon .Le Burn out chez les internes en psychiatrie français .Thèse.2009.
2. Belkroune. N, le syndrome d'épuisement professionnel chez enseignant du supérieur, Université Mentouri de Constantine, faculté des science humaines et sociales, Département de psychologie, des sciences de l'éducation et d'orthophonique, spécialité psychologie clinique. (2007-2008).
3. Benatiya Yacine, le syndrome d'épuisement professionnel chez les infirmiers urgentiste, université Mentouri de Constantine, faculté des sciences humaines et sociales, département de psychologie, des sciences de l'éducation et

d'orthophonie, spécialité psychologie clinique. (2007 – 2008).

Les referance electronique :

1. [www.urps-corse-ml.org/enquete/burnout/these-burnout .pdf](http://www.urps-corse-ml.org/enquete/burnout/these-burnout.pdf) (consulté le 11 avril 2015 à 20h14).
2. www.urps-corse-ml.org/enquete/burnout/these-burnout.pdf.
3. www.canadianmidwives.org/definition-sages-femmes.html.