



*Faculté des sciences humaines et sociales*

*Département des sciences sociales*

## Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention du diplôme de master en psychologie

Option : psychologie clinique

### THEME

# Le Burn out chez les chirurgiens

Etude de six cas dans l'EPH et la clinique privé Hamani d'Akbou

**Réalisé par**

AROUCHE Nassima

AMIR Ouassila

**Encadré par :**

M<sup>elle</sup> DJEDID Ratiba

Session Juin 2015

# *Remerciements*

*Avant tout, je remercie Allah le tous puissant qui m'a guidée dans le droit chemin, et qui m'a procurée courage et volonté, pour réaliser ce modeste travail.*

*Ce travail est réalisé grâce aux efforts partagés avec plusieurs personnes aux quelles je désire exprimer ma reconnaissance.*

*Tout d'abord, je voudrais remercie infiniment ma directrice de mémoire Melle Djedid Ratiba, dont la disponibilité, le savoir faire, la patience, la persévérance et le soutien dans le suivi ne m'ont jamais fait défaut, ainsi bien évidemment qu'au membre du jury.*

*Aussi, à tous le personnel de l'établissement hospitalier public « Akloul Ali » et la clinique privé « HAMANI ».*  
*je remercie spécialement ma soeur sophia (chirurgienne) qui m'a beaucoup orienté durant cette étude.*

*Pour finir, a toute ma famille qui a toujours été là pour m'encourager tout au long de mes études.*

# *Dédicaces*

*Je dédie ce modeste travail :*

*A mes très chers parents, Youcef et Zahoua qui étaient toujours présents pour m'encourager dans mes études et toute ma vie.*

*A mes sœurs et mon frère : Sandra, Sophia, Amel et Karim.  
qui ont œuvré pour ma réussite, leurs soutien, tous les sacrifices consentis et leurs précieux conseils, pour toute leurs assistance et leurs présence dans ma vie.*

*A ma cousine Hayat qui m'a beaucoup épaulé et aidé.*

*A mes cousins et cousines : Daoud, Idir, Sara, Lamis, Katia, Anaïs, Mhény, khali hakou, Syphax, Amina, Yacine, Rayane, Hmimi, Amira, Alice, Mimane, Lina, Amir, Loulous.*

*A mes grand parents et mes oncles qu'ils reposent en paix.*

*A mes oncles : Boualem, Samir, Hamza, Kafo, Athmane, Nadir, Taéb, Abd esslam, mokrane, Mourad.*

*A mes tantes: Messaad, Sadia, Kelthoum, khalti habou, Hadjira, Nora ,nadia, Salima, Hassina.*

*A ma meilleure amie Nassima.*

*A mes enseignants qui m'ont aidé.*

*A tous (es) mes collègues en sciences humaines et sociales.*

*Et à toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce mémoire.*

**OUASSILA**

# *Dédicaces*

*Je dédie ce modeste travail :*

*A ma sœur Samia qui a œuvré pour ma réussite, son soutien, tous les sacrifices consentis et ses précieux conseils, pour toute son assistance et sa présence dans ma vie.*

*A mes très chers parents, Ouali et Houa qui étaient toujours présents pour m'encourager dans mes études et toute ma vie.*

*A mes sœurs : Nabila, Ouahiba, Sabiha, Lamia.*

*A mes frères : Nabil, Nacer, Ghani, Abdelhak, Sofiane.*

*A mes nièces : Djamila et Aya.*

*A mes neveux : Hafid et Mehdi.*

*A mes belles sœurs : Kahina, Marie christine, ouahiba et Sabrina.*

*A mes beau frères : Yazid, Akli.*

*A mes meilleures amies Sila, Ouazna et Ania.*

*A mes enseignants qui m'ont aidé.*

*A tous (es) mes collègues en sciences humaines et sociales.*

*Et à toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce mémoire.*

**NASSIMA**

# SOMMAIRE

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS

DEDICACES

INTRODUCTION10

LE CHOIX DU THEME 18

DES CONCEPTS CLES -----19

## PARTIE THEORIQUE

### CHAPITRE-I : *Le Burn out*

I. Historique : naissance et émergence du concept de « Burn out » -----	24
II. Définition du Burn out -----	25
III. Les dimensions du Burn out-----	27
Les dimensions -----	27
1. L'épuisement émotionnel -----	28
2. La dépersonnalisation ou déshumanisation -----	28
3. La dimension ou le manque de l'accomplissement personnel-----	29
IV. Les étapes d'installation-----	30
1. L'enthousiasme-----	30
2. La stagnation -----	30
3. La frustration -----	31
4. L'apathie -----	31
V. Les facteurs du Burn out-----	32
Les facteurs individuels et organisationnels reliés aux conditions du travail. -----	32
1. L'âge -----	32

2. Le sexe-----	33
3. Statut sociale -----	33
4. Sentiment de contrôle-----	33
5. La charge de travail qualitative et quantitative -----	34
6. L’horaire de travail-----	34
7. Types de profession -----	35
8. Précarité et travail autonome-----	35
9. Reconnaissance au travail -----	36
VI. Psychopathologie et approches du burn out-----	36
1. Les approches cognitivo-comportementales -----	38
2. L’approche psychanalytique -----	38
3. L’approche sociologique -----	38
4. L’approche psychiatrique -----	39
VII. Prévention du Burn out -----	40
1. Prévention primaire-----	43
2. Prévention secondaire -----	43
3. Prévention tertiaire-----	44

## ***Chapitre II : chirurgie***

Préambule -----	45
1. Histoire de la chirurgie -----	47
2. Le rôle du chirurgien -----	47
3. Les conditions de travail des chirurgiens -----	48
4. Les différentes spécialités d’un chirurgien -----	49
5. La formation des chirurgiens -----	49

## ***Partie méthodologique***

### ***Chapitre III : Démarche méthodologique.***

Préambule

1. Méthode d'étude -----	53
2. Pré-enquête -----	53
3. Présentation du lieu -----	54
L'EPH « Akloul » d'Akbou -----	54
Clinique Hamani -----	55
4. L'échantillon -----	56
_ Les critères d'inclusion -----	56
_ Les critères d'exclusion -----	56/57
5. Présentation des outils de l'étude -----	58
• Guide d'entretien semi-directif -----	58
• Présentation et description du MBI -----	58
• La cotation -----	59
• L'évaluation -----	59

Synthèse

## ***Partie pratique***

### ***Chapitre IV : Présentation, analyse et discussion des résultats :***

Préambule

1. La passation de l'échelle -----	64
2. Présentation et interprétation des résultats -----	65
3. Discussion des hypothèses -----	79
Synthèse -----	81
Conclusion générale -----	82
La liste bibliographique	
Annexes	
La Liste des tableaux	

## Liste des tableaux

<b>Tableaux n°</b>	<b>Tire de tableau</b>	<b>Page</b>
<b>01</b>	Présentation des résultats de l'échelle MBI du cas MIL	<b>65-66</b>
<b>02</b>	Présentation des résultats de l'échelle (MBI) du cas L	<b>67-68</b>
<b>03</b>	Présentation des résultats de l'échelle (MBI) du cas F	<b>69-71</b>
<b>04</b>	Présentation des résultats de l'échelle (MBI) du cas H	<b>72-73</b>
<b>05</b>	Présentation des résultats de l'échelle (MBI) du cas A	<b>74-75</b>
<b>06</b>	Présentation des résultats de l'échelle (MBI) du cas M	<b>76-78</b>
<b>07</b>	Récapitulation des résultats de l'échelle (MBI) chez tous les cas	<b>79</b>



## ***Introduction***

A l'heure actuelle, dans le domaine des pathologies, les maladies professionnelles les plus graves sont en perpétuelle régression, alors que de nouvelles formes ont occupé le terrain et suscité de nombreuses recherches dans différents domaines, notamment en psychologie, et en sociologie. Il est vrai que l'accroissement des exigences généré par un besoin grandissant de rentabilité, de performance, de rapidité et d'efficacité sont devenues une devise de référence dans le monde du travail, mais ces facteurs sont perçus par de nombreuses personnes comme étant une menace qui, à la longue, altère le bien être des individus se manifestant sous forme de pathologies physiques et psychologiques.

La littérature internationale met l'accent sur la présence de pathologies inhérentes aux conditions de travail dont la conséquence serait préjudiciable sur l'individu. Parmi elles, nous citons le Burn out comme une forme de stress spécialisé au travail.

Le stress professionnel est un phénomène préoccupant qui prend de plus en plus une place importante dans la vie des individus ; s'il se prolonge, il entraîne, le plus souvent, une grande fatigue qui peut, à son tour, mener au Burn out.

En fait, dès son apparition sur le champ scientifique, le Burn out a fait l'objet d'un intérêt croissant au cours des récentes décennies. Il a été décrit au début comme étant une pathologie qui touche principalement les personnes impliquées émotionnellement dans une relation d'aide, autrement dit, les professionnels engagés auprès d'autrui. Ce phénomène est apparu comme la conséquence d'un engagement trop intense dans une activité professionnelle trop exigeante (**Delobbe, 2005**) à titre d'exemple les intervenants psychosociaux, les professionnels de santé, notamment les chirurgiens. Dès lors,

une abondante littérature sur le sujet du Burn out des chirurgiens a été publiée faisant état d'une souffrance en milieu de travail qui se manifeste par la fatigue au plan émotionnel et mental induite par la conjugaison des effets stressants des conditions de travail et les prédispositions individuelles.

Compte tenu de l'aspect complexe du Burn out, la plupart des auteurs le considère comme un phénomène multidimensionnel qui trouve son origine dans l'interaction de plusieurs facteurs liés en partie aux conditions et l'organisation de travail, et d'autre part aux facteurs intrinsèques de l'individu.

De ce fait, nous avons mené une étude sur le phénomène de Burn out chez les chirurgiens qui affrontent lors de l'exercice de leur métier des conditions de travail contraignantes, les classant parmi ceux qui sont exposés régulièrement au stress et par la suite au Burn out. Ces chirurgiens sont amenés à œuvrer auprès d'autrui non seulement dans des situations habituelles de travail mais aussi dans des contextes délicats tels que les catastrophes naturelles ou celles causées par l'homme, ceci les rend sujets aux atteintes somatiques et psychologiques de telle sorte que ces évènements absorbent leur énergie émotionnelle et mentale, entraînant un état d'usure professionnelle.

Dans le but d'approcher le phénomène de Burn out, cette étude comporte deux grandes parties : la première partie comprend trois chapitres dans lesquels nous avons abordé l'aspect théorique des concepts suivants : la chirurgie, le travail, le stress et le Burn out, et une deuxième partie dans laquelle nous avons présenté le Burn out d'un point pratique.

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 chirurgie : son histoire, le rôle et les conditions de travail des chirurgiens, ainsi que les différentes spécialités et la formation des chirurgiens.

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 entre l'établissement public et la clinique privé, et discussion des hypothèses.

## **Problématique**

C'est sous la traduction de syndrome d'épuisement professionnel des soignants que le concept a été importé en France. Pourtant ce terme n'est pas le plus adapté. En effet, beaucoup moins imagé que le « Burn out », le SEPS ne reflète pas la notion d'usure totale véhiculée par le terme anglais. « L'épuisement professionnel » semble couvrir tous les effets du travail sur l'individu. On peut noter qu'un travail dit pénible conduit après des années à une fatigue physique, mais sans comporter l'épuisement psychique caractéristique du Burn out. Un terme comme « usure professionnelle » ou « usure au travail », mettant plus l'accent sur une évolution progressive du syndrome aurait sans doute été plus adapté.

Le Burn out qui se déclenche d'un jour à l'autre, mais il s'agit d'un processus cumulatif qui s'aggrave quand l'individu atteint ne peut pas retrouver un équilibre, lui permettant d'exercer son métier avec efficacité.

Le Burn out apparaît comme un véritable problème tant individuel qu'organisationnel. Le Burn out toucherait ainsi des « individus –fusées » hyperactifs, hyper-exigeants, en permanence contraints par une obligation de résultats et qui épuisent leurs énergie jusqu'à se faire exploser tels des machines **(Freudenberger, 1987, p 190)**.

Donc plusieurs auteurs ont travaillé sur ce syndrome, parmi eux : **(Gallois, Vallée, 2006)**, d'après lui, il apparaît préférentiellement que le « Burn out syndrome » survient chez les individus impliqués professionnellement auprès d'autrui. S'ils sont répétés et intenses, les événements stressants peuvent entraîner un syndrome de Burn out, caractérisé par un sentiment de fatigue extrême, de la dépression, un sentiment d'incapacité, un dégoût du travail, un désintérêt pour autrui, etc.

Défini en premier par **(Freudenberger)** en 1974, puis par **(Maslach)** en 1980, enfin par **(Canoui et Mauranges)** en 2001, il atteint de nombreuses

professions et particulièrement les personnes engagées dans les activités des relations d'aide. Des milliers de publications et d'études lui ont été et lui sont consacrées. De la définition ci-dessus se dégagent trois axes de réflexion : l'épuisement, l'existence d'un stress émotionnel et physique chronique, l'atteinte des professionnels de relation d'aide. Concrètement, ce syndrome se caractérise par des troubles somatiques, psychiques et comportementaux, chez des sujets sans psychopathologie antérieure et qui avaient toujours présenté un niveau acceptable de travail. **(B.Nancy, 2007. P, 371-396).**

Le Burn out se distingue de la dépression. En effet, les symptômes sont différents (cf. DSM IV) et l'extension de la maladie se limite à la sphère professionnelle. En revanche, le Burn out peut faire le lit d'une véritable dépression voir même conduire au suicide. **(Petit Larousse de la médecine 2003 p. 896.)**

En Algérie, le nombre de recherche effectuée sur l'épuisement professionnel est restreints. Nous retrouvons une étude effectuée dans le cadre du projet de magister par **(Ouchen)** (2004) à l'université de Constantine concernant l'épuisement professionnel chez les sapeurs pompiers, et deux autres études publiées, celle de **(Chakali)** (2000) sur l'épuisement professionnel chez le personnel du centre anticancéreux de Blida et celle de **Boudarene** (200) chez les agents de police en exercice, et en fin une étude menée à **Mentouri** de Constantine.

Plusieurs métiers provoque le brun-out parmi eux la chirurgie médicale. Les chirurgiens sont exposés continuellement au stress, car ils sont impliqués émotionnellement auprès de la souffrance et de la mort de leurs patients, ce qui exige d'eux une grande capacité d'adaptation aux situations traumatisantes aux quelles ils se mettent face. Lorsque leur stress se mue en détresse, ces dernières perdent leurs équilibres et leurs capacités d'adaptation, il entre dans le Burn out, alors leurs métiers devient insupportable.

On peut se demander dans quelle mesure il faut prendre en compte les facteurs individuels dans la survenue du Burn out. D'après **Maslach et Jackson**, le Burn out provient uniquement de l'environnement de travail, et est donc susceptible de toucher tous les individus. Cependant, de nombreuses recherches rejoignent l'idée que certains individus sont plus vulnérables au stress que d'autres.

D'après **Truchot**, le sentiment d'injustice est générateur de Burn out. Une étude qu'il a réalisé auprès de médecins français (**2001**) montre que 17,3% seulement ont le sentiment d'entretenir une relation équitable avec leurs patients. 55,3% se sentent sous-bénéficiaires, et 27,4% sur-bénéficiaires. **p20**

**Asspro** scientifique a mené une enquête auprès de 1204 praticiens assurés au cabinet Branchet (anesthésistes, chirurgiens, obstétriciens 30 % des chirurgiens, anesthésistes, obstétriciens exerçant en plateau technique lourd présentent un niveau de stress supérieur ou égal à 8 sur 10

Face au risque de Burn out et aux conséquences en termes d'accident opératoire, cette enquête souligne la nécessité de dépister les signes précurseurs du Burn out et de développer des solutions susceptibles d'aider les médecins à gérer ce stress afin d'accroître la sécurité au bloc opératoire. (**Asspro scientifique, 2012, p5**).

Le jeune praticien a souvent une vision idéaliste du métier, au travers duquel il recherche une valorisation : être apprécié et aimé. La réalité du travail le conduirait à revoir ses idéaux à la baisse, à changer son orientation de carrière, cela avec ressentiment. La pratique de l'art dentaire est une vocation pour certains. D'après un rapport du ministère de la santé, c'est en fait un choix par défaut pour un étudiant sur deux au terme du concours de médecine

Une étude faite par **Truchot, 2001** concernant l'orientation de carrière des médecins libéraux à l'entrée dans la profession et aujourd'hui, il a constaté qu'en début de carrière, la plupart des médecins (**80%**) sont artisans ou activistes, c'est

à dire qu'ils aspirent à atteindre une bonne qualité de soins, développer leur compétences et avoir un impact positif sur la profession. ce qui est le signe « normal » d'un engagement social et professionnel pour une activité aidante.

Mais aujourd'hui, la proportion entre activistes et égoïstes est inversée. Ce décalage entre aspirations et réalité est un facteur favorisant le Burn out.

**(Gautheron, 2012, p40)**

Le Burn out fait l'objet de nombreuses études et conférences, et, dans le monde de la santé, principalement chez les professionnels exerçant en milieu hospitalier.

Dans notre travail on va s'intéresser au facteur lié au Burn out, on va tenter à porter les réponses aux questions suivantes :

- Les chirurgiens de l'EPH et de l'établissement privé « Clinique Hamani » d'Akbou manifestent-ils le syndrome de Burn out ?
- L'âge favorise-t-il l'apparition du Burn out chez les chirurgiens de l'EPH et de l'établissement privé Hamani ?

## **Hypothèses**

Pour répondre aux questions ci-dessus, nous avons supposés les réponses suivantes :

Hypothèse générale:

Les chirurgiens de l'EPH et de l'établissement privé Hamani manifestent le syndrome de Burn out avec des degrés divers.

Hypothèse partielle:

L'âge contribue à l'apparition du Burn out chez les chirurgiens de l'EPH et de l'établissement privé Hamani.



## Choix du thème

D'après nos lectures, on a constaté un manque réel d'étude sur le phénomène de **Burn out** chez les chirurgiens sachant que cette profession représente l'une des plus stressante et fatigante à cause de son caractère engagé, cela nous a poussé à aborder ce thème en vue d'apporter de nouvelles connaissances.

A cela s'ajoute la disponibilité des cas grâce auxquels nous pouvons appliquer notre méthode de recherche et grâce auxquels nous pouvons infirmer ou confirmer nos hypothèses de recherche.

## L'objectif et l'intérêt du thème d'étude

L'objectif principal de cette recherche est d'analyser en quoi consiste le **Burn out** chez les chirurgiens de l'EPH et la Clinique Hamani d'Akbou, en Algérie ; en déterminant les caractéristiques démographiques, professionnelles et de la vie privée afin d'établir les corrélations entre ces paramètres et le burn out.

Elle vise en premier lieu, à évaluer empiriquement à l'aide d'une échelle (MBI), l'ampleur de la problématique du **Burn out** chez les chirurgiens de l'EPH, et la Clinique Hamani.

Dans un deuxième temps, grâce à un entretien semi-directif, elle essaye alors de déterminer les principaux facteurs menant au **Burn out**, ses conditions d'apparition, les situations professionnelles favorisant son émergence, ainsi que ces manifestations.

Cette étude permettra alors de démontrer les risques du **Burn out** chez les chirurgiens et la négligence de la société envers ce phénomène.

## **Définition des concepts Clés**

### **Burn out :**

Etat d'une personne de métier dont les forces physiques et le tonus nerveux se trouvent réduits suite d'une charge de travail excessive ou de conditions d'exercice éprouvantes. Il est le stade ultime de stress ; ce sentiment de découragement qui s'empare de beaucoup de travailleurs soucieux à un moment de leurs carrières et dont l'expression symptomatique la plus répandue est : le repli sur soi, le doute, l'absence d'engagement (**Larousse, 2003**).

### **Définition opérationnelle**

Le Burn out est un sentiment négatif intense lié au travail. Cette situation difficile risque de toucher beaucoup de travailleurs sociaux, comme les chirurgiens qui peuvent exprimer certains symptômes d'ordre physique et psychique.

Sentiment de fatigue physique et mentale, absentéisme au travail, l'ennui et le dégoût au travail, une surcharge imposée au travail et une pression permanente de la part des clients, le manque d'énergie et d'enthousiasme pour travailler.

### **La chirurgie :**

La chirurgie est une discipline médicale spécialisée dans le traitement des maladies et des traumatismes qui consiste à pratiquer manuellement et à l'aide d'instruments, des actes opératoires sur un corps vivant.

**(<http://www.larousse.fr/archives/medical/page/180#t11900>)**

**Définition opérationnelle :**

La chirurgie regroupe toutes les disciplines médicales qui nécessitent une incision ou une suture. La chirurgie est une spécialité de la médecine, pratiquée par un chirurgien. Il existe des spécialisations en chirurgie, notamment en pédiatrie, en cardiologie ou en orthopédie. . La chirurgie est pratiquée en bloc opératoire stérile, par une équipe composée d'un chirurgien, d'un médecin anesthésiste, d'une infirmière anesthésiste et d'autres professionnels de santé. Selon le type d'opération, l'opération chirurgicale est d'une durée très variable.

## *Partie théorique*

*Chapitre I*  
*Le Burn out*

## **Préambule**

- Historique : naissance et émergence du concept de « Burn out ».
- Définitions du « Burn out »
- Les dimensions du Burn out.
  1. L'épuisement émotionnel.
  2. La dépersonnalisation ou la déshumanisation.
  3. Le manque d'accomplissement personnel.
- Les étapes d'installation
  - L'enthousiasme
  - La stagnation
  - La frustration
  - L'apathie
- Les facteurs du Burn out :

Les facteurs individuels et organisationnels reliés aux conditions de travail

1. L'âge
2. Le sexe
3. Statut social
4. Sentiment de contrôle
5. La charge de travail
6. L'horaire de travail
7. Types de profession
8. Précarité et travail autonome
9. Reconnaissance au travail

## **VI. Prévention du Burn out**

- Prévention primaire
- Prévention secondaire
- Prévention tertiaire

## Préambule

Le **Burn out** n'apparaît qu'à l'occasion d'une activité professionnelle. Donc, le **Burn out** tire son origine du milieu de travail, et vise spécifiquement le travail de ce qui n'est pas le cas de stress. A l'origine, il décrivait l'épuisement spécifique de la profession sociale et médicale dont l'activité est tournée vers les autres. Il est reconnu aujourd'hui comme un grand problème social, un phénomène qui concerne toutes les professions.

### I. Historique : naissance et émergence du concept de « burn out »

C'est sous le terme de « **Burn out** » qu'apparaît la première fois ce syndrome. Même si le sujet est évoqué auparavant par certains auteurs sous la forme de « surmenage intellectuel » (**Desoile et Reynaud**), « surmenage des dirigeants » (**Bize et Guoguelin**) ou encore « état d'épuisement » (Veil). On attribue communément son apparition à **H. Freudenberger**. Ce psychiatre et psychanalyste travaillait dans les années 70 aux États-Unis dans ce qu'on appelait alors, « les free-clinics » où l'on traitait les toxicomanes.

En effet, lors de sa pratique médicale **Freudenberger** constatait un sentiment d'épuisement et de vide chez ces bénévoles œuvrant dans les services sociaux, résultant de demandes excessives d'énergie ou de ressources personnelles, en les comparant à un immeuble détruit par le feu, il dira plus tard en 1980 : « je me suis rendu compte au cours de mon exercice quotidien que les gens sont parfois victimes d'incendie tout comme les immeubles ; sous l'effet de la tension produite par notre monde complexe, leurs ressources internes en viennent à se consumer comme sous l'action des flammes, ne laissant qu'un vide immense à l'intérieur, même si l'enveloppe externe semble

plus ou moins intacte ». Il utilise le concept de **Burn out** dans le sens d'un déficit énergétique .

En 1975 à San Francisco, **Maslach** avait rencontré ce phénomène auprès des professionnels du sauvetage et des urgentistes. Elle appliqua le terme de « **Burn out syndrome** » à des collègues ayant développés « une attitude cynique ,insensible et négative » à l'égard des personnes qu'ils prenaient en charge .A cet effet ,elle a élaboré en 1981 avec son équipe un instrument de mesure « **le Maslach Burn out Inventory(MBI)** » qui évalue des catégories de travailleurs engagés dans les « relations d'aide ». Les travaux de **Maslach** sur le **Burn out** ont contribué au développement du concept de **Burn out** et de sa reconnaissance au plan scientifique. **(Canoui. P, Mauranges.A, 2008, p.15)**

A partir de ce moment et au Etat Unis d'Amérique le **Burn out** on devient rapidement populaire, et après un accueil sceptique de la communauté scientifique américaine, on rencontre de nombreuses publications de 1975 à 1990. En Europe, on observe la même évolution du phénomène : si le terme est couramment employé dans les couloirs des hôpitaux, les scientifiques restent encore frileux.

## **II. Définition du Burn out**

### **Concept utilisés :**

Actuellement le phénomène de Burn out est décrit sous trois appellations qui peuvent varier selon la langue et la culture du pays :

#### **Burn out :**



Le terme anglais « **Burn out** » peut avoir plusieurs significations : échouer, s'user, devenir épuisé face à une demande d'énergie, de force et de ressources trop importante. Il évoque une combustion totale, jusqu'à la réduction en cendres d'un objet entièrement consumé dont la conséquence est la métamorphose de la matière. **Canoui** précise que la métaphore empruntée à l'industrie aérospatiale ou « **Burn out** » désigne "la situation d'une fusée dont l'épuisement de carburant a pour résultante la surchauffe et le risque de bris de la machine ". Les travailleurs épuiseraient leurs énergies jusqu'à exploser (craquer) tels que des machines.

### **Karoshi :**

**Karoshi** (se prononce Kaloshi), cette expression japonaise de ce syndrome donne une connotation plus violente. « Karo » c'est la mort et « shi » désigne la fatigue au travail, donc le mot Karoshi signifie la mort par excès au travail. Ainsi, dans la culture japonaise, il semble que le syndrome d'épuisement professionnel puisse aboutir à la mort de l'individu. Le salarié possède une notion sacrificielle de soi-même pour subvenir aux exigences des autres et de l'entreprise en investissant son temps et ses forces jusqu'à l'épuisement. La charge de travail excessive et le stress professionnel sont susceptibles de causer la mort du travailleur. Selon **Canoui** et **Mauranges (2004)** « vivre et mourir pour l'entreprise, tel pourrait être le précepte nippon tant la pression et le souci d'excellence dominant ».

### **Syndrome d'épuisement professionnel :**

Le terme « **Syndrome d'épuisement professionnel** » est employé actuellement en français. Il a le défaut d'être vague et paraît englober tous les effets du travail sur l'individu. D'autres expressions sont également rencontrées : « usure professionnelle » ou « usure au travail ». Ces notions mettent l'accent sur l'évolution graduelle du syndrome.

### **Définition :**

Plusieurs définitions ont été proposées :

**Freudenberger (1974) proposait la définition suivante :** « le **Burn out** est un état causé par l'utilisation excessive de son énergie et de ses ressources, qui provoque un sentiment d'avoir échoué, d'être «épuisé ou encore d'être exténué ». **(Freudenberger .H Staff Burn out ,1974, page.159-165).**

**Freudenberger et Richelson cités par Canoui et Mauranges, (2004) :** « l'épuisement des ressources internes de l'individu et sur la diminution de son énergie, de sa vitalité et de sa capacité à fonctionner, qui résultent d'un effort soutenu déployé par cet individu pour atteindre un but irréalisable et ce, en contexte de travail, plus particulièrement dans les professions d'aide. »

**Maslach(1976) a décrit le Burn out des professions d'aides comme** « une incapacité d'adaptation de l'intervenant à un niveau de stress émotionnel continu causé par l'environnement de travail ». **(Maslach.C.Burn out. Human behaviour.1976, page.16-22).**

**Cary Cherniss (1981) :** décrit le **Burn out** comme : « un processus dans lequel un professionnel précédemment engagé se désengage de son travail en réponse au stress et à la tension ressentie » **(Cary Cherniss, Staff Burn out: Job**

in Human Services, p. 48).

**Pines, Aronson et Kafry (1981)** : Le **Burn out** est caractérisé par un épuisement physique, par un sentiment d'impuissance et de désespoir, par un assèchement émotionnel et par un développement du concept de soi négatif et d'attitudes négatives envers son travail, la vie et les autres personnes » (**Elliot Aronson, Dista Kafry, Ayala Pines, Le Burn out, p 48**).

### III. Les dimensions du Burn out :

C'est au début des années 1980 que les recherches empiriques systématiques ont été publiées, la notion de **Burn out** fut alors plus clairement définie et conceptualisée.

**Maslach** souhaitait entreprendre des investigations plus systémiques, méthodologiques, rigoureuses .Elle voulait aussi s'adresser à des échantillons plus larges à des fins de comparaison et tenir compte des contextes situationnels .A ce stade dit-elle : « La question clé était le développement d'une mesure standardisée ».

Elle a donc mené avec Kelly, Pines et Jackson (1993) des enquêtes par questionnaires et conduit un programme de recherche psychométrique pour aboutir à une définition plus opérationnelle et à une échelle de mesure valide.

Au cours de ses recherches préliminaires par entretiens, Maslach recueille un vaste registre d'émotions, d'attitudes exprimant l'usure ressentie .Jalonnant

ce phénomène qu'il fallait mieux cerner, elle regroupa l'ensemble de ces expressions sur une échelle.

Cette échelle représentant l'étendue des expériences associées au phénomène de **Burn out**, a été administrée à un échantillon de six cent personnes répartis dans plusieurs corps professionnels (services sociaux, santé, enseignement).

Les analyses statistiques confirmaient bien la présence des trois dimensions du syndrome à savoir l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation (déshumanisation) et la réduction de l'accomplissement personnel qui apparaissaient chez les individus impliqués professionnellement auprès d'autrui.

- **L'épuisement émotionnel :**

L'épuisement émotionnel renvoie au manque d'énergie, et au sentiment que les ressources émotionnelles sont épuisées ; la personne est vidée nerveusement, a perdu toute vitalité, n'est plus motivée par son travail, elle ne réalise plus le travail qu'elle effectuait auparavant, ressent frustration et tensions.

L'épuisement émotionnel est souvent lié au stress et à la dépression, autant les conceptions théoriques que les résultats empiriques actuels lui donnent un rôle central dans le processus de Burn out (**Larousse 1979**).

## **2. La dépersonnalisation ou déshumanisation**

La dépersonnalisation représente la dimension interpersonnelle du **Burn out**, c'est le noyau dur de ce syndrome .Elle renvoie au développement

d'attitudes impersonnelles, détachées, négatives, cyniques, envers les personnes dont s'occupe (étudiant, patients, clients etc.) (**Truchot, 2004**).

L'individu ne se sent plus concerné par son travail, dresse une barrière qui l'isole de ses collègues. Cet état s'installe progressivement et lentement, la distanciation à l'autre est parfois l'aboutissement d'un épuisement émotionnel, c'est un mode de protection de soi et de son travail psychique, seule attitude permettant de réaliser le travail relationnel.

Mais cet état est ressenti souvent douloureusement comme une forme d'échec personnel qui peut s'exprimer plus ou moins ouvertement dans la troisième dimension.

### **3. Le manque d'accomplissement personnel :**

Conséquence des deux premières dimensions, cette dimension est douloureusement vécue. Elle peut s'exprimer par un sentiment de ne pas être efficace, d'être frustré dans son travail en un mot de ne plus faire du bon travail (**Canoui et Mauranges, 2004**). En effet le manque d'accomplissement personnel concerne à la fois la dévalorisation de son travail et de ses compétences, la croyance que les objectifs ne sont pas atteints la diminution de l'estime de soi et du sentiment d'auto efficacité. La personne ne s'attribue aucune capacité à faire avancer les choses, convaincre de son inaptitude à répondre effectivement aux attentes de son entourage .L'accomplissement personnel représente donc la dimension auto évaluative du **Burn out**.

Quelques auteurs affirment que le **Burn out** démarre avec l'épuisement émotionnel, celui –ci entraîne la déshumanisation .L'épuisement émotionnel réduit l'accomplissement personnel soit directement, soit à travers la

déshumanisation.

On considère que l'épuisement émotionnel, représente le composant affectif du **Burn out**, tandis que les deux autres dimensions constituent les composants attitudinaux ou cognitifs du **Burn out (Shaufeli et Derendock, 1993)**.

#### **IV. Les étapes d'installation :**

Selon **Edelwich et 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 (**Truchot, D, et Rousselot-Marche, E2005**).

- **La stagnation :**

La stagnation s'installe en suite, cette phase 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

- **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 ou 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, **(Elisabeth Grebot,2008.p 121)**.

## **V. Les facteurs du Burn out :**

Il existe plusieurs facteurs favorisant le Burn out, et on peut les classer en deux catégories, les facteurs individuels et les facteurs organisationnel liés aux conditions du travail :

### **Les facteurs individuels et organisationnels liés aux conditions du travail :**

#### **1. L'âge :**

Les gens débutant leur carrière auraient une plus grande tendance à être sujet au Burn out **(Maslach,Schaufeli et Leiter,2001,Truchot,2004)** et le burn out serait lié positivement à l'ancienneté professionnelle .C'est également ce qui est suggéré dans une étude de Cook et Banks(1993).

**Maslach, Schaufeli et Leiter** (2001) rapportent que les employés les plus scolarisés font plus souvent face à l'épuisement .Ceci peut s'expliquer par le niveau de responsabilité des postes qu'ils occupent.

Le contexte de travail doit donc aussi être considéré avec l'âge et l'ancienneté ou l'expérience professionnelle.

- **Le sexe :**

**Pines ,Aronson et Kafry (1981)** consacrent tout un chapitre intitulé L'épuisement et la lassitude chez les femmes insistant entre autre sur le dilemme de la femme professionnelle comme source d'épuisement **(Pines ;Aronson et Kafry ,1981)** vu le déchirement qui se produit entre le rôle de travailleuse et le rôle de mère au moment de fonder une famille **(Greenglass,1991)**.Toutefois ,cette « double charge de travail » **(Truchot,2004)** relevant des rôles de mères et de travailleuse a été étudiée et des conséquences sur la santé des femmes y sont associées .De même ,les problèmes reliés à l'environnement familial auraient un rôle à jouer dans **burn out** des femmes **(Truchot ,2004 :p.171)** si on les combine avec les tresseurs au travail.

Il est essentiel de mentionner que les études de départ ont davantage étudié des professions dans lesquelles les femmes étaient plus présentes,**(Greenglass,1991 ;Maslach,Schaufeli et Leiter,2001)** car on a directement associé « femme » et « **Burn out** » alors qu'en fait ,les hommes étaient pratiquement absents des échantillons.

- **Le statut social :**

Quant au statut social, les personnes seules, célibataires auraient des résultats plus élevés aux tests de d'EP (**Truchot, 2004**). De même les célibataires semblent présenter plus de risques de se retrouver en burn out que les personnes divorcées (**Maslach, Schaufeli et Leiter, 2001**).

- **Le sentiment de contrôle :**

Selon **Gervais (2001)** les besoins individuels en contexte de travail ne sont pas les mêmes. Chacun présente sa propre hiérarchie et ce, bien que nous ayons à la base un certain nombre de besoins à combler comme l'a proposé **Maslow** avec sa théorie de la motivation humaine (1943) et avec la pyramide des besoins. Gervais prétend ainsi que le seuil de tolérance à la frustration des besoins (en milieu de travail dans notre cas) n'est pas le même pour tous et qu'ainsi « ...il faut s'attendre à ce que chacun réagisse à sa façon. » (Gervais, 2001).

- **La charge de travail qualitative et quantitative :**

La surcharge quantitative est directement liée au rapport entre le nombre de tâches à accomplir et le temps dont l'employé dispose pour le faire (**Maslach, Schaufeli et Leiter, 2001 ; Truchot, 2004**). Un débordement continu ou une sous-occupation de l'individu sont des facteurs pouvant influencer sur l'émergence de Burn out. Avoir trop à faire dans un contexte stressant exerçant une pression mène à l'épuisement. Le nombre de clients suivis influence également sur la masse de travail à effectuer.

La surcharge qualitative rend compte des réalités dans lesquelles le travail s'exerce (**Truchot, 2004**). La sous-charge qualitative elle vient du fait qu'un

individu se retrouve dans un emploi où il est surqualifié et où ses compétences ne sont pas mises à l'avant-plan.

- **L'horaire de travail :**

Parallèlement à la charge de travail, l'évaluation de l'horaire de travail en tant que facteur de risque lié au burn out mérite une mise en relation avec d'autres facteurs tels que : le rythme du travail, le contenu de celui-ci ainsi que l'intérêt de la personne face à ses fonctions. Il importe aussi de considérer ses responsabilités personnelles et familiales (**Prévost et Messing, 2001, page 28**).

- **Types de professions :**

Certaines caractéristiques d'emploi semblent présenter un caractère plus stressant et ont été associées au **Burn out** (**Estryn-Behar, 1997 ; Maslach, Schaufeli et Leiter, 2001 ; Scott, 2001 ; Pines et al(1982) ; Schaufeli et Greenglass, 2000 ; Truchot, 2004**).

En communication-marketing, certains métiers se rapprochent des métiers de la vente et comportent une dimension pouvant relever de la manipulation. Ces métiers ont aussi souvent un objectif de performance régi par la pression du temps et donc, se posent comme niche potentielle du **burn out** (Ford, 1999). Pour Bénard(2006), les chargés de communication souffrent, en grande partie, à cause de leur emploi. Aussi dans certains emplois du domaine communication- marketing, la relation client vendeur est très présente et les demandes des clients de plus en plus exigeantes dans des délais plus courts et ce, avec moins de budget qu'auparavant (**CICQ, 2007**).

- **Précarité et travail autonome :**

En lien avec le type de profession, les récentes études sur le lien entre précarité et emploi présentent différentes conséquences sur la vie des travailleurs et travailleuses passant des effets néfastes sur la santé, ou encore par une dimension de relation de pouvoir « atypique » avec l'employeur (**Bourdhouxhe et al ,2003 ;Hirigoyen ,1998 et 2001,Marsan,2005 et 2007 ;Trembley 2003**)et l'insécurité est corrélée avec une ou plusieurs des trois dimensions du burn out (**Truchot ,2004**).

Selon une étude menée en 2005-2006 par Emploi-Québesco les travailleurs et les travailleuses autonomes vivent des situations changeantes selon leur milieu et selon leur situation financière propre. Cependant, ils risquent d'être face à des problèmes tel que : la précarité (des revenus), une lacune de protection sociale, des difficultés administratives (gestion, comptabilité, développement de marché) et de souffrir d'un manque total de reconnaissance .Par ailleurs, ni le gouvernement fédéral ni le gouvernement provincial, prévoit des lois véritablement adaptées aux réalités des travailleurs autonomes (**Marsan, 2005 et 2007**).

- **Reconnaissance au travail :**

Si le travail peut causer un problème de conciliation avec la vie personnelle, il importe alors d'autant plus de s'y sentir bien et reconnu .Au travail, la reconnaissance se manifeste par l'entremise d'un supérieur immédiat (homme ou femme), d'un client ou d'une cliente, d'un ou une collègue ou par

tout autre personne en lien avec le milieu de travail de l'individu. Cette reconnaissance peut prendre deux formes (**Dejours, 1993**), soit un constat (verbal ou écrit) ou encore une gratitude (boni salarial, cadeau, privilège, etc.). Il s'agit donc d'une rétroaction généralement et idéalement positive, sur le faire et non sur la personne elle-même.

## **VI. 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 contribue à l'explication des phénomènes liés à l'émergence des troubles psychiques en milieu professionnel. (**Dejours C, 1990 p 20.**)

- **Les approches cognitivo-comportementales :**

Quant à l'**approche pavlovienne**, elle a mis en exergue 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 ambigüités 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 ou seul le milieu extérieur établit les réactions de l'individu. Cette hostilité pour le mentalisme et l'introspection est l'une des caractéristiques des premières théories comportementales.

Actuellement, les conceptions environmentalistes 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'inclidence », la solitude la technicité et la désorganisation.

« **L'inclidence** » pour **Estryn-Behar** constitue une composante essentielle. Empruntée à Tellenbach qui a parlé de la « constellation d'inclidence » 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 de ses tâches (**Olie et Petit Jean cité par Franceschi-chaix, 1993**). Pour Estryn-Behar ce terme désigne « une situation qui paraît acquise, durable, sans possibilité d'y échapper »(**Estryn-B, M, 2008, p.382**).

- **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 du 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 .Thèse.2009).**

- **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.

- **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**).

## **VII . Prévention du Burn out :**

Trois types de prévention sont possibles : une prévention primaire avec modification de l'environnement de travail, une prévention secondaire avec soutien aux employés, une prévention tertiaire avec traitement des personnes atteintes.

- **La prévention primaire :**

Est destinée à diminuer les facteurs de stress de l'environnement de travail .Elle nécessite de connaître l'organisation à améliorer.

- **La prévention secondaire :**

Peut revêtir de nombreux aspects : l'hygiène de vie –exercice physique – repas équilibrés et réguliers –repos suffisant, etc.

- **La prévention tertiaire :**

Ne peut tendre qu'à éviter l'aggravation de l'état des personnes atteintes par le syndrome.

- Donc parmi les solutions de la prévention du syndrome de burn out :  
L'appréciation des cadres et des divers responsables pour les soignants, pour leurs compétences et pour le travail accompli.
- La reconnaissance du travail par leurs collègues.
- La prise en compte par les autorités des difficultés d'une profession d'aide soumise à la surcharge de travail, aux horaires difficiles, à la tension physique et affective.
- Une bonne communication dans le service et un travail d'équipe soutenant, motivant et ressourçant.
- L'offre de possibilités d'évolution et d'accomplissement personnel dans le cadre du travail.
- Autant que possible, un réaménagement des charges de travail plus conforme aux besoins du personnel.
- Aménagement du temps de travail : diminution des gardes, diminution du rythme des consultations, prévoir des phases de travail ou impossibilité d'interruption, prise de congés réguliers, aménager des périodes de loisirs dans la semaine.
- Améliorer les relations de travail : entre collègues : renforcer les échanges médicaux, favoriser les repas et loisirs communs de travail

permettra une évaluation plus complète de la situation, et de proposer des solutions d'amélioration plus pertinentes dans les situations complexes.

Il recommandera que l'organisation du travail préserve du temps pour la détente et les réseaux extra professionnels. Il orientera son confrère vers des groupes de paroles de pair

- La formation : il existe des formations pour « gérer le stress » et des formations techniques visant à renforcer l'auto-efficacité. **(Canoui P. et Mauranges A ; 2001, p-221).**

## *Chapitre II*

---

### *La chirurgie*

## **Préambule**

1. Histoire de la chirurgie.
2. Le rôle du chirurgien.
3. Les conditions de travail des chirurgiens.
4. Les différentes spécialités d'un chirurgien.
5. La formation des chirurgiens

## **Préambule**

Très habile de ses mains, précis, minutieux, le chirurgien est un super mécanicien qui connaît l'anatomie du corps humain sur le bout des doigts. De plus, il fait preuve d'une grande maîtrise émotionnelle. Tel un pilote d'avion, il peut compter sur une résistance physique et nerveuse hors du commun, une parfaite santé et une bonne vue.

À la fois rassurant et convaincant, le chirurgien doit prendre en compte le patient dans sa globalité. Sens du contact, empathie et charisme bienvenus.

### **1. Histoire de chirurgie :**

La chirurgie est une discipline médicale spécialisée dans le traitement des maladies et des traumatismes qui consiste à pratiquer manuellement et à l'aide d'instruments, des actes opératoires sur un corps vivant.

En général, la chirurgie est caractérisée par la gravité de la maladie, ou de l'état du sujet .Plus précisément, le cas ou une personne surestime la gravité de son état.

### **2. Le rôle du chirurgien :**

Le chirurgien est un spécialiste qui pratique des interventions chirurgicales (opérations) qui peuvent concerner toutes les parties du corps : tumeurs, fractures, organes défectueux, hémorragies, transplantations, etc.

Après avoir fait réaliser des examens préliminaires, le chirurgien décide, en accord avec le patient et les autres professionnels de santé (sauf en cas

d'urgence), s'il faut opérer ou non, à la suite de quoi il définit le mode d'intervention opératoire.

Le cœur du métier de chirurgien a pour cadre le bloc opératoire (ou « salle d'opération » aseptisé) d'un centre hospitalier ou d'une clinique. Durant l'intervention, qui peut durer plusieurs heures en fonction de l'opération, il est entouré de toute une équipe de spécialistes : anesthésistes, infirmières de bloc opératoire, réanimateurs.

Ses gestes opératoires exigent une immense minutie, une habileté minutie, une habileté manuelle, un sang froid et une résistance physique et nerveuse hors du commun. Après l'intervention, c'est encore le chirurgien qui prescrit les soins post- opératoires, les traitements et les médicaments à administrer à l'opéré. Sa responsabilité est donc considérable.

Dans la mesure où il peut avoir à faire face à des urgences, le chirurgien participe à un système d'astreinte afin d'être disponible immédiatement.

Compte tenu de l'extrême technicité du métier de chirurgien peut se spécialiser dans un domaine précis : neurochirurgie, urologie, obstétrique, chirurgie osseuse.

### **3. les conditions du travail du chirurgien :**

- Chaque jour de 08 heure à 16 heure.
- Une journée par semaine est consacrée à la consultation.
- Encadrement des internes et résidents.



- Une garde aux urgences de chirurgie par semaine.
- Les interventions chirurgicales se déroulent au bloc opératoire.

#### **4. les différentes spécialité d'un chirurgien :**

- Chirurgie viscérale.
- Traumatologie.
- Urologie.
- Neuro- chirurgie.
- Chirurgie maxillo-faciale.
- Chirurgie pédiatrique.
- Ophtalmologie.
- Chirurgie ORL : Oto-rhino-Laryngée.
- Chirurgie esthétique.
- Chirurgie plastique.

#### **5. la formation des chirurgiens :**

- 07 ans de médecine générale
- Passation du concours de résidanat
- 05 ans de spécialité en chirurgie
- Passation du concours de DEMS

- Obtention du titre de spécialiste.  
**semi-directif avec un chirurgien)**

**(Entretien**

## *Partie méthodologique*

*Chapitre III*  
*Démarche méthodologique*

## **Préambule**

- Méthode d'étude
- Pré-enquête
- L'échantillon
  - Les critères d'inclusion
  - Les critères d'exclusion
- Présentation du lieu
  - L'EPH « Akloul Ali » d'Akbou
  - Clinique Hamani
- Présentation des outils de l'étude
  - Guide d'entretien semi-directif
  - Présentation et description du MBI
    - La cotation
    - L'évaluation

## **Synthèse**

## **Préambule**

La présentation des deux chapitres constituant la partie théorique de notre étude, doit être complété par la partie méthodologique, donc dans notre démarche d'étude on va présenter notre méthode d'étude, la pré-enquête, notre population d'étude, les critères sur lesquelles on a basé pour sélectionner notre cas, et pour finir la présentation de lieu et les outils de notre étude

- **Méthode d'étude**

Chaque recherche en science sociale nécessite l'utilisation d'une méthode qui s'inscrit dans une démarche scientifique. C'est pour cela afin d'effectuer notre étude nous avons utilisé la méthode descriptive, qui est la méthode la plus appropriée pour la description du phénomène de Burn out, mais encore afin d'approcher la vie professionnelle de chaque chirurgien enquêté.

La méthode descriptive nous semble adéquate à notre thème et aux objectifs de notre recherche, car grâce à la méthode descriptive, on va essayer de décrire l'ensemble des sujets, et on va tenter de vérifier les hypothèses avancées grâce aux résultats de chaque échelle administré.

Pour ce qui concerne notre étude sur le burn out, il s'agit d'une étude de cas réalisée auprès de dix chirurgiens exerçant leur métier au sein de L'EPH et la clinique privé Hamani d'Akbou, en utilisant l'échelle de MBI (**Maslach Burnout Inventory**) et un entretien semi-directif.

- **Pré-enquête**

On note que la pré-enquête est la phase de préparation, une étape qui précède la phase de l'enquête. Elle a pour objet de recueillir le plus de connaissances et d'informations sur le sujet à étudier.

Notre Pré-enquête a été réalisée au niveau du service de chirurgie de L'EPH et la clinique privé Hamani d'Akbou à partir du 19 avril 2015 au 19 mai

2015, deux fois par semaine, cette dernière nous a permis de déterminer l'objet de notre étude, de préciser la problématique et les hypothèses et de mieux élaborer le questionnement de notre recherche.

#### **4. 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, willaya 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 chirurgie :**

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

- Un Bloc opératoire.
- 44 lits divisé comme suit : 22 lits femmes, et 22 lits hommes.
- 2 bureau d'infirmiers homme et femme.
- 2 salles de soin homme et femme.
- 2 chambre de garde homme et femme.
- D'un seul bureau de chirurgiens que la psychologue partage avec eux.
- Cuisine.
- 13 chirurgiens : 10 hommes, 3 femmes.
- 3 médecins réanimateur : 1 femme, 1 homme.

- 20 infirmiers : 11 infirmiers et 9 infirmières
- 1 psychologue.

## **2. Etablissement hospitalier privé « clinique Hamani » :**

Etablissement d'hospitalisation médico-chirurgicale, la clinique Hamani rassemble un grand nombre de compétences, lui permettant ainsi d'assurer aux patients une prise en charge globale et multidisciplinaire et la continuité de leurs soins.

La clinique Hamani est un établissement d'hospitalisation médico-chirurgical privé fondé en août 2002, par Dr Hamani, conventionné de 25 lits répartie de la façon suivante :

- Maternité : 08 lits.
- Gynécologie : 04 lits.
- Chirurgie : 13 lits repartis-en :
  - 08 lits chirurgie générale.
  - 03 lits orthopédie.
  - 02 lits urologie.
- Isolement : 01 lit.
- Réveil et réanimation : 03 lits.
- Urgence : 03 lits.

La clinique HAMANI dispose d'un plateau technique organisé autour de :

- Bloc opératoire composé de 03 salles d'opération.



- Un service de réanimation et sous continuus.
- Une salle de soins post-interventionnelle.
- Le personnel médical se compose de 02 chirurgiens qui travaillent à plein temps (Dr Hamani et Dr Baouz) et de 17 chirurgiens conventionnés.
- Ces activités sont diversifiées situés à Akbou dans la willaya de Bejaia.

- **L'échantillon**

Notre étude a été réalisée au prés de sept chirurgien, hommes et femmes âgés entre 30 à 59 ans, travaillant dans la journée ou la nuit à temps plein au service de chirurgie de L'EPH et la clinique Hamani d'Akbou.

Notre population répond aux critères suivants :

- **Les critères d'inclusion :**
  - Les chirurgiens qui travaillent la journée et la nuit.
  - Les chirurgiens qui sont âgés de 30 à 59 ans.
  - N'ayant pas un handicapé
  - Les chirurgiens qui pratiquent un travail appart.
- **Les critères d'exclusion :**
  - Le sexe (hommes ou femmes)
  - Le statut socioéconomique.

## **5. Présentation des outils de l'étude**

## 1. l'entretien clinique

L'entretien clinique utilisé par les psychologues cliniciens, vise à appréhender et à comprendre le fonctionnement psychologique d'un sujet en se concentrant sur son vécu et en mettant l'accent sur la relation. (**chahraoui, kh, et Bénony, B, 2003, p. 11**)

Donc, l'entretien semi-directif représente un outil indispensable et irremplaçable pour avoir accès aux informations subjectives des individus.

Dans le cadre de notre étude nous avons fait référence à l'entretien semi-directif, dans le but d'obtenir les informations recherchés au prés des chirurgiens.

Un guide d'entretien semi-directif, en vu d'apporter des réponses à la problématique et de confirmer ou d'infirmer les hypothèses de notre recherche.

Le guide de l'entretien de notre recherche est constitué de trois grands axes : le premier axe est réservé aux **caractéristiques démographiques**, le deuxième axe pour **les caractéristiques de la vie professionnelle**, le troisième axe pour **les caractéristiques de la vie privée** et le dernier axe est réservé pour **la prévention du Burn out**.

(Le guide d'entretien semi directif de notre recherche est présenté dans l'ANNEXE.A)

## 2. Présentation et description de l'échelle de (MBI) :

Le **Maslach Burn Inventory** ou le (MBI) est un outil de mesure développé par **Maslach** et **Jakson(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 encadrés qui représentent les réponses de l'enquêté aux items composant le MBI. Cette opération aboutit à 3 scores qui traduisent trois degrés des dimensions de **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 :**  $1+2+3+6+8+13+14+16+20=$  score.
- Score bas < à 17
- Score modéré de 18 à 29
- Score élevé < à 30
- **Score de la déshumanisation :**  $5+10+11+15+22=$  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= score
- Score bas < à 33
- Score modéré de 34 à 39
- Score élevé > à 40

L'évaluation de la présence de **Burn out** syndrome est révélé 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)

(L'échelle de (MBI) est présentée dans l'ANNEXE .B)

## **Synthèse**

Ce chapitre méthodologique , nous a orientés vers une démarche ordonnée et méthodique, pour le bon déroulement de notre travail, et cela grâce à plusieurs étapes suivies, pour arriver à des résultats qu'on peut analyser par la suite, afin de confirmé ou infirmé nos hypothèses déjà proposées au début de notre étude.

## *Partie pratique*

## *Chapitre IV*

*Présentation, analyse et discussion des résultats :*

## **Préambule**

- La passation de l'échelle
- Présentation et interprétation des résultats
- Discussion des hypothèses

## **Synthèse**



## **Préambule**

Après avoir présenté la méthodologie de la recherche qui nous a orientés dans l'élaboration de ce travail, ce dernier chapitre sera consacré à la présentation des cas, ainsi qu'à l'analyse des résultats obtenus, et enfin faire une discussion de nos hypothèses.

- **Passation de l'échelle**

Nous avons rencontré beaucoup de difficultés dans la passation de l'échelle et de l'entretien semi-directif; ces difficultés sont dues aux caractéristiques du service de chirurgie.

La passation a été effectuée au sein du service de chirurgie de l'EPH et la clinique Hamani pour 20 % de la population, et pour les 40 % restants de l'ensemble de la population, les réponses à l'échelle et au guide d'entretien ont été réalisées chez eux, pour leur indisponibilité en raison de la grande charge de travail.

- **Présentation et interprétation des résultats :**

### **Le premier cas**

- **Présentation du cas de MIL :**

MIL, âgé de 40 ans, mère de 3 enfants. Elle pratique ce métier depuis 7 ans.

- **Analyse de l'entretien :**

Elle travaille quatre jours par semaine, c'est une femme qui ne dispose pas de beaucoup de temps pour sa famille, d'ailleurs elle reçoit tout le temps des remarques négatives de sa famille ainsi que ses amis. C'est un cas qui gère son métier selon sa propre vision, elle voit que sa méthode est efficace.

Elle souffre de troubles de sommeil, elle a déjà fait une psychothérapie ou une psychanalyse.

C'est un cas qui est sensible au phénomène de **Burn out** mais malheureusement dans l'hôpital où elle travaille n'existe pas une politique de prévention du **Burn out**.

- **Présentation et interprétation de l'échelle MBI :** La passation de l'échelle MBI a été effectuée chez lui suite à la charge de travail.

**Tableau n 01 : Présentation des résultats du test MBI du cas de MIL :**

Dimension de l'épuisement professionnel	score	Niveau de chaque dimension	Score moyen de l'épuisement	Niveau de l'épuisement professionnel
Épuisement émotionnel	33	élevé	26 ,33	modéré
Dépersonnalisation	10	modéré		
Accomplissement Personnel	36	modéré		

*D'après ce tableau, on constate que le sujet a un **Burn out** modéré*

- **analyse des résultats obtenus dans l'échelle MBI**

On constate après la lecture du tableau ci-dessus que le sujet présente un épuisement professionnel modéré, selon les trois dimensions elle présente un épuisement émotionnel élevé est bien apparu d'où elle l'a souligné dans la sous

échelle lorsque elle a coché le (6) qui signifie chaque jour « je me sens fatigué lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail ».

Un niveau de dépersonnalisation modéré et On constate aussi chez le cas de MIL que l'accomplissement personnel a un **Burn out** modéré. Elle voulait changer de travail ou bien de quitter d'où elle l'a mentionné dans la sous échelle d'où elle a coché le (6) qui signifie chaque jour « je me sens au bout du rouleau ». Ce qui explique que notre cas est touché par le **Burn out** modéré avec un score moyen de 26,33.

Les résultats de l'échelle de **Burn out** montrent que notre cas n'est plus motivé par son travail, ses ressources émotionnelles sont épuisées. La dimension de dépersonnalisation renvoie aux relations détachées et négatives envers les patients, enfin le niveau d'accomplissement personnel modéré que notre cas n'a pas vraiment un sentiment d'incapacité professionnelle.

### **Synthèse du premier cas**

Notre cas présente un **Burn out** modéré, l'analyse de ce cas nous a mené à découvrir les facteurs qui ont engendrés cet état et qui se résume : des facteurs relationnelles concernant les relations de notre cas avec les patients, et des facteurs liés au moyens de travail concernant les conditions défavorable du travail.

### **Deuxième cas**

- **Présentation du cas L :**

L, âgé de 51 ans, père de 2 enfants, il pratique ce métier depuis 19 ans.

- **Analyse de l'entretien :**

C'est un homme qui ne consacre pas assez de temps pour sa famille, d'ailleurs il reçoit toujours des remarques négatives de la part de sa famille.

Il veut changer de métier, là ou il n'ya pas de responsable, mais il espère le gérer selon sa propre vision mais ya pas trop d'influence.

Il n'est pas sensible au phénomène de **Burn out** mais il l'a identifié dans son équipe de travail et d'après lui la meilleure stratégie pour prévenir le **Burn out** est d'améliorer les conditions de travail.

- **Présentation et interprétation de l'échelle MBI :**

La

passation de l'échelle MBI a été effectuée chez lui suite à la charge du travail.

**Tableau n° 2 : Présentation des résultats du test MBI du cas de L**

Dimension de l'épuisement professionnel	score	Niveau de chaque dimension	Score moyen de l'épuisement	Niveau de l'épuisement professionnel
Epuisement émotionnel	33	élevé	29	modéré
Dépersonnalisation	6	modéré		
Accomplissement Personnel	48	élevé		

*D'après ce tableau, on constate que le sujet a un niveau de **Burn out** modéré*

- **Analyse des résultats obtenus dans l'échelle MBI**

Chez le cas de L, on a obtenu dans le premier score un résultat de 33 d'où le total supérieur à 30 représente **Burn out** élevé car il se sent stressé tout au long de la journée « travailler en contacte directe avec les gens le stresse » d'où il a coché (6) qui signifie chaque jour.

Dans le deuxième score, on a obtenu un résultat de 6 d'où le total compris entre 6 à 11 représente un **Burn out** modéré.

Dans le troisième score, on a obtenu un résultat de 48 d'où le total supérieur à 40 représente un **Burn out** élevé. Il l'a mentionné dans la sous échelle d'où il a coché (6) qui signifie chaque jour « je me sent au bout du rouleau »

L'analyse de ces résultats explique que notre cas n'as pas beaucoup d'émotion vers son travail, il est peu motivé pour son travail, concernant ses relations interpersonnelles, elles sont qualifiées de négatives envers ses patients, concernant l'accomplissement personnel qui renvoie à la diminution de l'efficacité professionnelle, et de l'estime de soi.

### **Synthèse du deuxième cas**

Notre cas présente un **Burn out** modéré, cet état est engendré par certains facteurs liés à la relation professionnelle négative envers ses patients, et aux conditions de travail.

## Le troisième cas

- **Présentation du cas de F :**

F est une mère de 03 enfants, elle pratique la chirurgie depuis 08 ans. Elle travaille 05 jours par semaine et une garde.

- **Analyse de l'entretien :**

Elle n'a pas l'intention de changer son travail mais faire un commerce pour assurer une belle vie à ses enfants (Elle présente des troubles somatiques).

Elle présente des troubles de sommeil et elle a déjà fait recours à des psychotropes.

C'est une femme qui est sensible au phénomène de **Burn out** et pour elle la meilleure solution pour se protéger de ce phénomène est d'organiser des sorties, des réceptions.

- **Présentation et interprétation de l'échelle BMI :**

la passation de l'échelle MBI a été effectuée chez elle suite à la charge du travail et son indisponibilité.

**Tableau n 03 : présentation des résultats du test MBI du cas de F:**

Dimension de l'épuisement professionnel	score	Niveau de chaque dimension	Score moyen de l'épuisement	Niveau de l'épuisement professionnel
Epuisement	37	élevé		

émotionnel				
Dépersonnalisation	12	élevé	26	modéré
Accomplissement	29	bas		
Personnel				

*D'après ce tableau, on constate que le sujet a un niveau de **Burn out** modéré*

- **Analyse des résultats obtenus dans l'échelle MBI**

Chez le cas de F, on a obtenu dans le premier score un résultat de 37 d'où le total supérieur à 30 représente un **Burn out** élevé. Donc on constate que le **Burn out** est bien apparue, d'ont elle a coché le (6) qui signifie chaque jour « je me sens fatigué lorsque je me lève et que j'ai à affronter une autre journée de travail ».

Dans le deuxième score, on a obtenu un résultat de 12, d'ou le total supérieur à 12 représente un **Burn out** élevé. Donc on constate que la dépersonnalisation a un résultat de **Burn out** élevée.

Dans le troisième score, on a obtenu un résultat de 29 d'on le totale supérieur a 40 représente un **Burn out** bas.

Les résultats de l'échelle du **Burn out** (MBI) expliquent que notre cas n'est plus motivé par son travail, qu'il manque d'énergie, ses ressources émotionnelles sont épuisés ce qui entraine des frustrations et des tentions. Dans la dimension de dépersonnalisation le niveau élevé est explique par l'attitude impersonnelle détaché et négative envers les patients et enfin le niveau bas de l'accomplissement personnel indique que notre cas n'a pas vraiment sentiment d'incapacité professionnelle.

### **Synthèse du troisième cas**

D'après les résultats obtenu grâce à l'entretien et l'échelle **MBI** qui indiquent que notre cas souffre d'un **Burn out** modéré. Les facteurs qui contribuent à l'apparition de cet état sont d'un coté la qualité du travail et la surcharge du métier, et de l'autre cotés les conditions de travail et la manque des moyens matériel, mais concernant les relations interpersonnelle qualifiées comme bonnes avec les collègues, et purement professionnelle avec les patients.



## Le Quatrième cas

- **Présentation du cas de H :**

H, âgé de 56 ans, marié. Il pratique ce métier depuis 33 ans, il travaille 7 jours par semaine.

- **Analyse de l'entretien :**

C'est un homme qui ne dispose pas de beaucoup de temps pour sa famille. D'ailleurs il reçoit des remarques négatives de la part de sa famille.

C'est un cas qui gère son travail. Il ne présente aucun trouble de sommeil.

- **Présentation et interprétation de l'échelle MBI :**

la passation de l'échelle MBI a été effectuée au sein de service de chirurgie de la clinique Hamani.

**Tableau n° 4 : présentation des résultats du test (MBI) du cas H :**

Dimension de l'épuisement professionnel	score	Niveau de chaque dimension	Score moyen de l'épuisement	Niveau de l'épuisement professionnel
Epuisement émotionnel	34	élevé		

Dépersonnalisation	9	modéré	26,33	modéré
Accomplissement Personnel	36	modéré		

*D'après ce tableau on constate que le sujet a un niveau du **Burn out** modéré.*

- **Analyse des résultats obtenus dans l'échelle MBI:**

Chez le cas H, on a obtenu dans son premier score un résultat d'où le total supérieur à 30 représente un **Burn out** élevé. Ce qui signifie que ce sujet ressent cet épuisement sous forme d'une fatigue affective au travail.

Dans le deuxième score, on a obtenu un résultat de 9 d'où le total inférieur à 12 représente un **Burn out** modéré.

Dans le troisième score, on a obtenu un résultat de 36, d'où le total compris en 34 et 39 signifie un **Burn out** modéré.

Enfin un score modéré aux deux dernières échelles et un score élevé à la première signe un **Burn out**.

Ce cas présente un **Burn out** car il se sent parfois fatigué après 8 heures de travail par jour, d'où il l'a mentionné dans la sous échelle(4) qui signifie une fois par semaine « je me sens à bout à la fin de ma journée de travail ». Il est toujours perturbé, son résultat dans la sous échelle d'où il a coché le(6) « je sens que je craque à cause de mon travail ».

### **Synthèse du quatrième cas**

Ainsi, on peut dire d'après les réponses de notre cas qu'il présente un **Burn out** modéré, cet état est engendré par certains facteurs liés à la relation

professionnelle négative envers ses patients, et à la diversité des tâches à accomplir dans la clinique mais aussi au condition de travail.

### **Le cinquième cas**

- **Présentation du cas A :**

A, âgé de 36 ans mère d'un enfant. Elle pratique ce métier depuis 11 ans, elle travaille 7 jours par semaine.

- **Analyse de l'entretien :**

C'est une femme qui ne dispose pas de beaucoup de temps pour sa famille, d'ailleurs elle reçoit toujours des remarques négatives.

C'est un cas qui ne gère pas son travail selon sa propre vision, et veut changer ce métier vers le métier de décoratrice. C'est un cas qui présente des troubles de sommeil.

- **Présentation et interprétation de l'échelle MBI :**

La passation de l'échelle MBI a été effectuée chez elle suite à son indisponibilité.

**Tableau n°5 : présentation des résultats du test MBI du cas A :**

Dimension de l'épuisement professionnel	Score	Niveau de chaque dimension	Score moyen de l'épuisement	Niveau de l'épuisement professionnel
Epuisement émotionnel	9	Bas	17	Bas
Dépersonnalisation	8	modéré		
Accomplissement Personnel	34	modéré		

*D'après ce tableau, on constate que le sujet a un niveau du **Burn out** bas .*

- **Analyse des résultats obtenus dans l'échelle MBI:**

Chez le cas A, on a obtenu dans son premier score un résultat de 9 d'où le total inférieur à 17 représente un Burn out bas.

Dans le deuxième score, on a obtenu un résultat de 8 d'où le total compris de 6 à 11 représente un **Burn out** modéré.

Dans le troisième score, on a obtenu un résultat de, 34 d'où le total compris de 34 à 39 représente un **Burn out** modéré. Donc, on constate que l'accomplissement personnel à un **Burn out** modéré.

Enfin, un score élevé aux deux dernières échelles et un score faible à la première signe un **Burn out** modéré.

Notre cas présente un **Burn out** bas car elle se sent fatigué après 8 heures de travail par jour, d'où elle l'a mentionné dans la sous échelle par (3) qui signifie quelque fois par moi « je me sens à bout à la fin de ma journée de

travail », c'est une personne qui veut changer de métier d'où elle a coché (3) qui signifie une foi par moi « je me sens vidé par mon travail ».

D'après ces résultats, notre cas présente un **Burn out** bas avec un score de 17, d'après les trois dimensions indiquent que notre cas est un peu motivé par son travail, elle ne présente pas un épuisement émotionnel très grave, elle présente une attitude détachée et froide envers ses patients, un degré modéré de sentiment de diminution de l'estime de soi et du sentiment d'auto-efficacité.

### **Synthèse du cinquième cas**

Enfin pour terminer, notre cas présente un **Burn out** bas, d'après l'analyse de ce cas les facteurs qui contribuent à cet état sont la qualité de travail : la qualité des tâches professionnelles et la surcharge du métier.

### **Le sixième cas**

- **Présentation du cas de M :**

M, femme âgée de 34 ans célibataire. Elle pratique ce métier depuis 2 ans, elle travaille 5 fois par semaine.

- **Analyse de l'entretien :**

Elle ne dispose pas de beaucoup de temps pour sa famille, d'ailleurs elle reçoit toujours des remarques négatives

C'est un cas qui gère son travail selon sa vision, c'est un cas qui a des troubles de sommeil.

- **Présentation et interprétation de l'échelle MBI :**

la passation de l'échelle MBI a été effectuée au sein du service de chirurgie de la clinique Hamani.

**Tableau n° 6 : Présentation et résumé du cas de M:**

Dimension de l'épuisement professionnel	Score	Niveau de chaque dimension	Score moyen de l'épuisement	Niveau de l'épuisement professionnel
Épuisement émotionnel	35	élevé	29,66	élevé
Dépersonnalisation	6	modéré		
Accomplissement Personnel	48	élevé		

*D'après ce tableau, on constate que le sujet a un niveau du **Burn out** élevé.*

- **Analyse des résultats obtenus dans l'échelle MBI:**

Chez le cas M, on a obtenu dans son premier score un résultat de 35 d'où le total supérieur à 30 représente un **Burn out** élevé.

Ce qui signifie que ce sujet représente un épuisement émotionnel sous forme d'une fatigue affective au travail, et d'un sentiment d'être vidé.

Dans le deuxième score, on a obtenu un résultat de 6 d'où le total supérieur compris un **Burn out** modéré.

Dans le troisième score on a obtenu un résultat de 48, d'où le total supérieur à 40 représente un **Burn out** élevé.

Ce cas présente un **Burn out** élevé car elle se sent fatigué après 8 heures de travail, d'où il l'a mentionné dans la sous échelle par (6) qui signifie chaque jour « je me sens à bout à la fin de ma journée de travail ». C'est une personne qui veut changer de travail d'où elle l'a mentionné dans la sous échelle par (5) qui signifie chaque jour « je me sens à bout à la fin de ma journée de travail ». Elle est toujours perturbée, d'où elle a coché le (6) « je sens que je craque à cause de mon travail »

Les résultats de l'échelle du **Burn out** (MBI) explique que notre cas n'est plus motivé par son travail, qu'elle manque d'énergie, ses ressources émotionnelles sont épuisés ce qui entraîne des frustrations et des tensions. Dans la dimension de dépersonnalisation le niveau modéré est expliqué par l'attitude impersonnelle détaché et négative envers la patients et enfin le niveau élevé de l'accomplissement personnel renvoie à la diminution du sentiment d'auto-efficacité, et l'absence de sentiment de capacité de faire avancer les choses.

### **Synthèse du sixième cas**

On note chez notre cas la présence d'un **Burn out** avec un niveau élevé à un score de 29,66, par la présence de certains facteurs qui ont contribué à l'apparition de cet état à savoir : les facteurs liés aux relations professionnelles et les facteurs liés à la qualité de travail, mais aussi aux conditions de travail.

- **Discussion des hypothèses**

Après avoir présenté les (06) cas de notre étude, dans cette partie nous allons faire une discussion des hypothèses relatives aux deux variables de notre étude (le Burn out chez les chirurgiens de l'EPH d'akbou et la clinique privé Hamani) à partir de leurs vérification par l'utilisation de l'entretien semi directif et l'échelle de MBI (Maslch Burnout Inventory).

L'objectif de notre étude étant de tenter de mesurer le niveau du Burn out chez les chirurgiens et de mettre en valeur les facteurs qui incitent l'apparition de ce syndrome. Nous rappelons que les hypothèses que nous avons supposées au début de notre étude sont de nombre de deux et sont les suivantes :

**Hypothèse générale :**

- Les chirurgiens manifestent le syndrome de Burn out avec des degrés divers.

**Hypothèse partielle :**

- L'âge contribue à l'apparition du Burn out chez les chirurgiens.

**Tableau : récapitulation des résultats de l'échelle MBI de tout les cas**

Les cas	Epuisement émotionnel	Dépersonnalisation	Accomplissement personnel	Score moyen de l'épuisement professionnel	Résultat
<b>MIL</b>	élevé	modéré	modéré	26,33	modéré



<b>L</b>	élevé	modéré	élevé	29	modéré
<b>F</b>	élevé	modéré	modéré	26	modéré
<b>H</b>	élevé	modéré	modéré	26,33	modéré
<b>A</b>	bas	modéré	modéré	17	bas
<b>M</b>	élevé	modéré	élevé	29,66	élevé

L'analyse et l'interprétation des résultats de ce tableau montre que les résultats sont répartie en trois catégorie (élevé, modéré et bas).

- Quatre (04) cas (Mil, L, F, H, ) ont un burn out modéré.
- Un (01) cas ( A) qui ont un burn out bas.
- Un (01) cas (M) qui a un burn out élevé.

D'après les résultats de notre étude, nous avons pu relever un profil spécifique concernant la présence du Burn out chez la population des chirurgiens, qui se rapproche à celui décrit dans la littérature scientifique comme nous le verrons dans ce qui suit :

- Les chirurgiens manifestes le syndrome de Burn out avec des degrés divers :

On a enregistré d'après les résultats de l'échelle de MBI les différents niveaux du Burn out chez les chirurgiens qui que ce soit dans le secteur public ou privé. On trouve quatre (04) cas qui manifestent le Burn out avec un degré modéré, un (01) cas qui manifestent un Burn out bas, et un (01) cas qui est touché par un Burn out élevé. On remarque l'absence d'un niveau nul cela indique effectivement que notre population d'étude présente réellement un

Burn out avec des degrés divers, une chose qui devrait pas rester inaperçue et négligé cela explique qu'il y a vraiment un problème lié au travail. Donc d'après les résultats relevés notre hypothèse générale est confirmée.

- L'âge contribue à l'apparition du Burn out chez les chirurgiens : concernant notre hypothèse partielle, d'après la comparaison des résultats obtenus à partir de l'échelle MBI et les réponses des entretiens avec les chirurgiens de l'hôpital « akoul Ali » et la clinique privé « Hamani » de différentes tranches d'âge, on a remarqué que le Burn out touche toutes les tranches d'âge avec des degrés différents. Donc l'âge ne contribue pas à l'apparition du Burn out chez les chirurgiens, cela indique que notre hypothèse est infirmée.

## **Synthèse**

En somme, les résultats de notre étude ont pu mettre en évidence l'ampleur du syndrome de Burn out chez les chirurgiens de l'établissement hospitalier public « Akoul Ali » et la clinique privé Hamani et aussi décrire les

facteurs qui contribuent à l'apparition du syndrome d'épuisement professionnel chez notre population d'étude, effectivement il s'avère que les chirurgiens manifestent un Burn out à des degrés divers. Et les facteurs qui sont en relation directe à l'apparition du Burn out sont liés au milieu de travail dont la surcharge de travail, le climat de travail à l'hôpital ou à la clinique.

## **Conclusion générale**

L'étude que nous avons menée, nous a permis de décrire certaines dimensions liées aux caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des chirurgiens de l'établissement public hospitalier et la clinique privé HAMANI d'akbou de la wilaya de Bejaia quant à leur situation par rapport au « Burn out ». Nous avons présenté par la même occasion certaines spécificités de la profession où les contraintes causées par les conditions de travail et l'organisation du métier se mêlent face à une implication quasi régulière dans une relation d'aide envers autrui dont la souffrance marque leur quotidien. Les répercussions de telle implication pourraient être préjudiciables entraînant à plus ou moins long terme un dysfonctionnement somatique et psychologique. Le taux d'épuisement émotionnel enregistré montre en réalité à quel point cette catégorie de professionnels rencontre des situations stressantes qui à la longue, engendrent des souffrances au travail menant à un désinvestissement professionnel et conduisant à l'épuisement de l'individu.

Il est vrai que le service de chirurgie génère ses propres formes de stress, de par la gestion du flux massif des patients et le rythme de travail qui ne cesse d'augmenter, l'exposition à la souffrance et à la mort et les responsabilités encourues renforce cet état de stress chez les Chirurgiens. De plus, le manque de moyens humains et matériels ne permet guère d'améliorer les conditions de travail. Ces difficultés perçues négativement, conduisent inconsciemment les chirurgiens à mettre en œuvre des stratégies d'adaptation en vue de se protéger des effets néfastes de l'implication émotionnelle et d'améliorer la résilience face au stress prolongé au travail qui, lorsqu'il s'accumule dans le temps et devient chronique, débouche alors vers un burn out. Cette entité clinique nouvellement apparue dans la littérature internationale ne laisse pas indifférent nombre de chercheurs qui ont tenté de l'étudier afin de déceler ses propres spécificités tant au plan symptomatique que psychopathologique. Le burn out varie en fonction

de toute une série de facteurs qu'ils soient environnementaux ou individuels. Certains facteurs semblent être contrôlables de façon partielle comme la charge de travail que l'on pourrait réduire, le soutien professionnel que l'on pourrait augmenter par les supervisions, la formation mais aussi par un espace d'écoute plus important...etc. par contre, d'autres facteurs sont pratiquement incontrôlables tels que le sexe, l'âge, le nombre d'années d'expériences...etc. Il est important également de rappeler que le métier de chirurgie en particulier requiert des compétences compte tenu de la diversité des interventions qu'il propose et les responsabilités qu'il engendre. Etre chirurgien relève d'une intention humaine profonde et généreuse basée sur le souci et l'aide d'autrui. Cet élan d'optimisme ne doit pas être ébranlé par les répercussions des interventions émotionnellement stressantes. D'où la nécessité de mettre en place des actions préventives afin de minimiser les effets néfastes du burn out.

Dans la perspective d'une meilleure démarche préventive, la littérature internationale ne cesse de nous orienter vers divers moyens thérapeutiques axés principalement tant sur l'environnement que sur l'individu. Bien que préserver l'équilibre psychologique est primordial pour les chirurgiens pour une prise en charge adéquate des patients, vu que l'altération de cet équilibre pèse lourdement non seulement sur la santé psychique et physique des chirurgiens mais également sur l'efficacité de prodiguer des soins de qualité et la relation chirurgien-patient. Etant donné les difficultés liées à la prise en charge du burn out qui s'avère plus lourde qu'un stress pathologique, tant par la durée, par la fréquence des écartements du travail que par les traitements pharmacologiques. Cela ne nous empêche pas de songer sur les éventuelles démarches préventives allant de pair avec la situation actuelle vécue par les chirurgiens.

Cette étude nous a permis de nous orienter vers une piste qui serait de prévenir les méfaits de Burn out en mettant en place des moyens de lutte contre ce fléau.

Le Burn out apparaît en premier lieu comme lié à des conditions de travail spécifiques d'une part, et d'autre part à des facteurs particuliers de vulnérabilité individuelle, tels que l'âge, le sexe et la situation familiale. Compte tenu de l'aspect évolutif de cette pathologie qui se fait progressivement chez les chirurgiens, nous pouvons suggérer des mesures préventives qui pourraient aider cette catégorie professionnelle à mieux gérer les situations stressantes et de continuer à exercer sereinement leur métier en s'appuyant principalement sur la formation de groupe de libre échange supervisé par un psychologue ou un psychiatre dans le but d'assurer la prise en charge psychologique des chirurgiens et de leur permettre de décharger les tensions induites par les situations pénibles de travail telles que les incidents difficilement vécus au plan émotionnel, la charge de travail, les conflits de rôle, l'anxiété des patients et de leur famille...etc. et de leur offrir un espace d'écoute plus important.

Finalement, il faut reconnaître que le burn out est un phénomène existentiel qui révèle un malaise singulier et social incitant à des réflexions pluridisciplinaires à savoir psychologiques, sociologiques, psychanalytiques et philosophiques sur l'individu en relation avec son environnement professionnel. Car, le burn out est multidimensionnel résultant de la conjugaison de plusieurs facteurs individuels et environnementaux. Outre les facteurs sociodémographiques et la spécificité des établissements ou des services qui pourraient élucider partiellement la problématique du burn out, d'autres facteurs interviennent comme les conditions et l'organisation de travail, le soutien social, la vulnérabilité de l'individu face à l'exposition aux situations émotionnellement épuisantes...etc.

Donc, notre étude doit être considérée comme une approche limitée à certaines variables associées à la phase précoce de burn out. Alors que nous pensons qu'il serait très intéressant d'ouvrir d'autres pistes de recherches sur les

divers facteurs de risques susceptibles de déterminer le sens de causalité entre le burn out et ces différents facteurs chez les chirurgiens.

# **Bibliographie**

## **Les ouvrages:**

1. Canoui, P., & Mauranges, A. (2004). Le burn out : le syndrome d'épuisement professionnel des soignants, de l'analyse aux réponses. Paris : Masson
2. Cary Cherniss, Staff Burn out: Job in Human Services.
3. Chahraoui. kh, et Bénony. B. Methodes, evaluations et recherche en psychologie clinique. Dunod , paris, 2003.
4. Dejours C, " Itinéraire théorique en psychopathologie du travail" prévenir travail et santé mentale, 1990.
5. De Clercq. M., & Lebigot, F. (2001). *Les traumatismes psychiques*. Paris : Masson
6. Estryn, M, (2008), Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en europe.
7. Elliot Aronson, Dista Kafry, Ayala Pines, Le Burn out.
8. Freudenberger Hj. L'épuisement professionnel : la brûlure interne. Québec, Gaëtan Morin Editeur, 1987.
9. Freudenberger H,J, "staff burn out , journal of social issues", 1974.
10. Grebot . E, Stress et Burn out au travail, Eyrolles, Paris, 2008.



11. Maslach C., Schaufeli Wb., Leiter mp. Job Burnout. Annual Review of Psychology, 2001.

12. Maslach C, Jackson SE, "the measurement of experienced burn out" journal of occupational behavior, 1981, .

13. Maslach C, "burn out, Human behavior ", 1976.

14. Truchot, D. (2004). Epuisement professionnel et burnout, concepts, modèles, intervention. Paris : Dunod.

### **Articles et revues :**

1. Delobbe, N. (2005). *Comportement organisationnel, justice organisationnelle, enjeux de carrière et épuisement professionnel*. Vol 2. Bruxelles : De Boeck Université

2. Prévost J., Messing Karen, « Stratégies de conciliation d'un horaire de travail variable avec des responsabilités familiales », *Le travail humain* 2/2001 (Vol. 64).

3. Viviane, R, et Brunette, N, (2001), *Revue d'intervention social et communautaire*.

### **Thèse de Magister :**

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'orthophonie, 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).
4. Ouchen, M. (2004). *Contribution à l'étude de l'épuisement professionnel chez les sapeurs pompiers*, mémoire de magister non publié en psychologie clinique. Université Mentouri de Constantine .

### **Dictionnaires :**

1. Dictionnaire encyclopédique Larousse. (1979). Paris : librairie Larousse
2. Le petit Larousse de la médecine, 2003.
3. Norbert. Sillamy.(2003),"Dictionnaire de psychologie", France, Larousse.
4. Sillamy, N. (1999). *Dictionnaire de psychologie*. Paris : Larousse

### **Références électronique :**

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. [bu.umc.ed.dz /thèses/psychologie/Bou976.pdf](http://bu.umc.ed.dz/thèses/psychologie/Bou976.pdf) (consulté le 20 avril 2015 à 23h09).

3. <http://www.santé.fr> (consulté le 29 avril 2015 à 15h44).

## *Annexes*

---

## **Annexe A :**

### **Le guide d'entretien**

- **Caractéristiques démographiques :**

1. Surnom :.....
2. Sexe : féminin                      masculin
3. Age :.....
4. Statut marital : marié(e)      / divorcé(e)      /séparé(e)      célibataire  
/veuf ou veuve
5. Nombre d'enfants à charge ?.....

- **Caractéristiques de l'activité professionnelle :**

1. Nombre d'année d'exercice ?.....
2. Nombre de jours de travail par semaine ?.....
3. Nombre d'heures de travail en moyenne par semaine ?.....
4. Combien de garde de nuit faites- vous par semaine ?.....
5. Combien de patient vous examinez par jour, en moyen ?.....
6. Depuis l'année dernière, votre charge de travail est-elle restée stable      , a-t-elle augmenté      ou diminué      ?
7. Nombre de semaines de vacances par an en moyenne ?.....
8. Est-ce que vous vous sentez reposé(e) après les vacances ? oui      non  
commentez :.....  
.....

9. Est-ce que vous avez l'impression de gérer votre travail selon votre propre vision ? oui non  
commentez :.....  
.....
10. Est-ce que vous participez à une association de formation médicale continue ?  
oui non si oui, combien de fois par an ?.....
11. Est-ce que vous recevez du soutien en cas de besoin ? oui non si oui, de la part de vos collègues, de votre famille, des amis autres.....  
.....

• **Caractéristiques de la vie privée :**

1. Nombre d'heures de sommeil en moyenne par nuit ?.....
2. Avez-vous des troubles de sommeil ? oui non
3. Est-ce que vous fumez ? oui non
4. Avez-vous déjà fait recours à des psychotropes depuis que vous êtes installé ? oui non
5. Avez-vous déjà des idées suicidaires ? oui non
6. Est-ce que vous avez déjà ressenti le besoin de changer votre travail ? oui non . si oui vers quel métier ?.....
7. Avez-vous déjà fait une psychothérapie ou une psychanalyse ? oui non si oui celle-ci à-t-elle modifié votre façon de travailler ? oui non
8. Est-ce que vous consacrez régulièrement du temps à des activités en dehors du travail ? oui non , si oui, combien de fois par semaine ?.....
9. Est-ce que vous estimez que vous consacrez assez de temps à votre famille ? oui non , votre conjoint oui non , vos amis oui non , vos enfants oui non

10. Est-ce que vous recevez des remarques négatives de la famille ou des amis sur votre disponibilité ? oui non

11. Avez-vous des plaintes somatiques ? oui non ,si oui  
lesquelles .....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

• **Prévention de Burn out :**

1. Pense vous que la reconnaissance au travail est un élément important qui augment votre satisfaction ? oui non

2. Est-ce que vous vous senti le manque de reconnaissance au travail ? oui non ,si oui décrive comment vous vous réagissez face à la non reconnaissance dans votre travail :  
.....  
.....  
.....

3. Etes-vous sensibilisé au phénomène de Burn out ? oui non

4. Existe t-il une politique de prévention du burn out dans votre hôpital ? oui non

5. Avez-vous identifié l'épuisement professionnel dans votre équipe au travail ?  
oui    non
  
6. Existe-t-il un programme d'action spécifique au burn out à l'hôpital là où vous travaillez ? oui    non
  
7. Si l'établissement là où vous travaillez, décidé de mettre en place une stratégie pour prévenir et lutter contre le syndrome de l'épuisement professionnel, qu'est ce que vous lui suggérez comme solutions possibles ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



## Annexe B :

### Le MBI: MASLACH

#### BURNOUT INVENTORY

#### Echelle de mesure de l'Épuisement Professionnel

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

9. J'ai l'impression à travers mon travail d'avoir une influence positive sur les gens	0	1	2	3	4	5	6
10. Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail	0	1	2	3	4	5	6
11. Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	0	1	2	3	4	5	6
12. Je me sens plein(e) d'énergie	0	1	2	3	4	5	6
13. Je me sens frustré(e) par mon travail	0	1	2	3	4	5	6
14. Je sens que je travaille trop dur dans mon travail	0	1	2	3	4	5	6
15. Je ne me soucis 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