

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE E POPULAIRE
MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA
RECHERCHE SCIENTIFIQUE
UNIVERSITE ABEDERRAHMANE MIRA DE BEJAIA FACULTE
DES SCIENCES HUMAINES ET
SOCIALES
DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE ET DE
L'ORTHOPHONIE



Mémoire de fin de cycle

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

Thème

Le Burn-out chez les infirmiers

Etude de deux (02) cas réalisé au niveau de polyclinique d'Amizour

Réalisé par :

Mr MAHIDDINE Dalid

M^{lle} DABBAH Wassila

dirigé par :

Pr. IKARDOUCHENE

Zahia

Année universitaire 2021/2022

Remerciement

Nous voudrions exprimer toute notre reconnaissance et notre profonde gratitude à notre encadreur Madame la Professeure IKARDOUCHENE Zahia, pour sa disponibilité à tous instants, la confiance qu'elle a très rapidement accordée et la justesse avec laquelle elle a su orienter et encadrer ce travail.

DEDICACE

*Je dédie ce modeste travail
A ma cher famille, maman, frères, et mes sœurs pour
leurs encouragements et
soutien, et aussi à ma binôme DEBBAH wassila,
Que dieu les protège*

Dalid

DEDICACE

*Tout d'abord, je tiens à remercier DIEU
De m'avoir donné la force et le courage de mener
à bien ce modeste travail.*

Je tiens à dédier cet humble travail à :

A ma tendre mère

A ma sœur : Hanane

A mes frères : Yacine, Karim

A mon binôme : MAHIDDINE Dalid

A mes meilleurs amis :

Maisa , Dehia, Kahina , Sara,

A Tous mes amis d'enfance et du long parcours scolaire et universitaire.

A Toute ma famille

Tous ceux qui m'aiment et que j'aime

Wassila

Sommaire

REMERCIEMENT

DEDICACES

LISTE DES ABREVIATIONS

LISTE DES TABLEAUX

LISTE DES FIGURES

LISTE DES ANNEXES

INTRODUCTION.....	1
PROBLEMATIQUE	4
HYPOTHESES.....	7
L’OBJECTIF ET L’INTERET DU THEME D’ETUDE	8
LE CHOIX DU THEME.....	8

Partie I : partie théorique

CHAPITRE I : BURN OUT

PREAMBULE :	11
1 CADRE NOSOLOGIQUE.....	12
1.1 TERMES :	12
1.1.1 <i>Burnout</i>	12
1.1.2 <i>Syndrome d’épuisement professionnel</i>	12
1.1.3 <i>Karoshi</i>	13
1.2 DEFINITIONS DE BURNOUT :.....	13
2 LES DIMENSIONS DU BURNOUT	14
2.1 L’EPUISEMENT EMOTIONNEL.....	14
2.2 LA DEPERSONNALISATION	15
2.3 LA DIMINUTION DE L’ACCOMPLISSEMENT PERSONNEL	15
3 LES MANIFESTATIONS CLINIQUES DU BURNOUT	17
3.1 SUR LE PLAN PHYSIQUE	17
3.2 SUR LE PLAN AFFECTIF.....	17
3.3 SUR LE PLAN COGNITIF.....	18
3.4 SUR LE PLAN COMPORTEMENTAL	18
4 LES APPROCHES	18
4.1 L’APPROCHE SOCIOLOGIQUE.....	18

4.2	L'APPROCHE PSYCHIATRIQUE	19
4.3	L'APPROCHE PSYCHANALYTIQUE.....	19
4.4	L'APPROCHE PAVLOVIENNE.....	19
4.5	L'APPROCHE PAR LA THEORIE DE STRESS.....	20
5	LES ETAPES DU BURNOUT.....	22
5.1	L'ENTHOUSIASME IDEALISTE.....	22
5.2	LA STAGNATION INEFFICACE	22
5.3	LA DESILLUSION, LA FRUSTRATION	22
5.4	L'APATHIE, LA DEMORALISATION	23
6	LES FACTEURS ASSOCIES AU BURNOUT.....	23
6.1	FACTEURS INTERNES	23
6.2	FACTEURS EXTERNES.....	28

chapitre II: les infirmiers

PREAMBULE.....	34
1 LA NAISSANCE DE LA PROFESSION	34
2 DEFINITION DES CONCEPTS.....	35
3 LA PROFESSION D'INFIRMIER EN ALGERIE.....	36
3.2 DIPLOME OU BACCALAUREAT EN SCIENCES INFIRMIERES:.....	36
3.3 FORMATION D'INFIRMIER DANS UN HOPITAL	37
3.4 RYTHME DU TRAVAIL DE L'INFIRMIER.....	37
3.5 SPECIALITE DE METIER INFIRMIER.....	37
3.6 LES AVANTAGES ET LES INCONVENIENTS DE METIER INFIRMIER.....	38
3.7 LES INCONVENIENTS	38
4 LES OBJECTIFS DE DEVELOPPEMENT DURABLE ET LES SOINS INFIRMIERS.....	38
5 LES ROLES PROPRES DE L'INFIRMIER.....	40
6 LES DEVOIRS DE L'INFIRMIER.....	40
7 LES DROITS DE L'INFIRMIER	41
8 DIAGNOSTIC INFIRMIER.....	42
8.1 DEFINITION DU DIAGNOSTIC	42
8.2 CARACTERISTIQUES DU DIAGNOSTIC INFIRMIER	42

conclusion.....	47
------------------------	-----------

Partie II : partie pratique

CHAPITRE III METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

PREAMBULE.....	47
1 LA METHODE D'ETUDE :.....	47
2 PRE-ENQUETE:	48
3 L'ENQUETE:.....	48
4 PRESENTATION DU GROUPE DE RECHERCHE:	48
5 LES OUTILS D'INVESTIGATION.....	48

CHAPITRE IV : PRESENTATION, ANALYSE DES RESULTATS ET DISCUSSION DES HYPOTHESES

PREAMBULE :	53
PRESENTATION ET INTERPRETATION DES RESULTATS :.....	54
DISCUSSION DES HYPOTHESES :.....	57
CONCLUSION :	60
LA LISTE BIBLIOGRAPHIE	
ANNEXES	

La liste des abréviations :

AP = Accomplissement Personnel

DE = Dépersonnalisation

EE = Epuisement Emotionnel

MBI = Maslach Burn out Inventory

CII = conseil international des infirmiers

Liste des tableaux

N°	Titre	Page
01	récapitulatif des caractéristiques du groupe d'étude	
02	les dimensions du Burn-out	
03	les options de réponse au MBI	
04	Résultats de l'échelle de l'épuisement professionnel (MBI)	
05	Résultats de l'échelle de l'épuisement professionnel (MBI)	

Liste des figures

N°	Titre	Page
Figure 01	Les trois dimensions du Burn-out selon maslach et jackson	
Figure 02	Les différents approches de psychopathologie du travail	

Listes des annexes

Annexe	Titre
Annexe 01	Guide d'entretien
Annexe 02	L'échelle de MBI

Introduction

Introduction

A l'heure actuelle, dans le domaine des pathologies, certaines maladies professionnelles sont en perpétuelle régression alors que d'autres apparaissent progressivement. Tel est le cas de l'épuisement professionnel appelé aussi burn-out. Cette nouvelle forme de pathologie, quasi-récente, a suscité l'engouement de nombreux chercheurs qui ont tenté depuis des dizaines d'années de déceler son étiologie.

L'épuisement professionnel en tant qu'entité psychique nouvelle, n'appartenant à aucune catégorie de diagnostic connue, s'est imposé progressivement dans le champ scientifique comme étant une réalité individuelle et sociale.

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

D'après Krieger & Graf (2009), une enquête suisse sur la santé en (2007) indique que «40% des personnes actives déclarent subir au travail des tensions psychiques et nerveuses en moyenne fortes ou assez fortes ». Parmi les différents secteurs, les branches du social et de la santé sont celles dont les risques psychosociaux sont les plus élevés. De plus, cette étude montre que «les personnes travaillant en équipes témoignent plus souvent d'une charge physique lourde ou assez lourde, d'une tension psychique ou nerveuse forte ou assez forte que les personnes ayant des horaires de travail classiques».

Le burn-out ou épuisement professionnel est un syndrome qui concerne toutes les professions mais plus particulièrement les métiers de la relation d'aide comme les soins infirmiers. Le burn-out induit un épuisement émotionnel, une dépersonnalisation et une réduction de l'accomplissement de soi. Ce travail, basé sur une revue de la littérature, aborde les déterminants, les conséquences et les moyens de prévention secondaire du burn-out au sein d'une équipe infirmière.

De ce fait on a réalisé une étude sur le burn out chez les infirmiers de garde, on a choisi l'étude de cas et la méthode descriptive pour essayer de répondre aux questions de la problématique, en utilisant un entretien semi-directif et une échelle de (MBI).

Ainsi, notre travail est réalisé à partir de l'aménagement suivant: tout d'abord, la première partie sera consacrée à la théorie qui est subdivisée en deux chapitres,

Chapitre I: le burn-out,

Chapitre II : les infirmiers.

Ensuite dans la seconde partie on présentera la méthodologie de la recherche (chapitre III) et aussi la présentation des résultats et le (chapitre VI) : la discussion et analyse des résultats. Ensuite on va enfin clôturer notre recherche avec une conclusion générale qui va permettre d'ouvrir le champ à d'autres recherches plus approfondies.

Problématique et hypothèses

La problématique :

Depuis le début du siècle, surtout au cours des dernières décennies et notamment avec l'évolution rapide et les mutations dans différents domaines qu'ont connus nos sociétés, de nouvelles formes de mal être et de pathologies sont apparues et ne cessent d'entraîner à court et à long terme des dégâts importants aussi bien sur le plan physique que psychologique. Ces formes actuelles de mal être que l'on appelle les maladies de civilisation découlent de la conjugaison des conditions environnementales et individuelles.

Notre étude est qualitative basée sur l'étude de cas à partir de l'entretien semi-dirigé, nous avons pu obtenir des réponses auprès de 2 infirmier(e)s travaillants en garde. Nous avons essayé d'apporter un éclairage sur ce qui a fragilisé les infirmiers en situation de burn out, en tenant compte de leur situation professionnelle, personnelle etc.

Notre revue de lecture, nous montre qu'il n'existe pas une définition universelle pour décrire le concept du burn out, cependant, toutes les définitions mettent en relation l'épuisement professionnel au travail et l'accumulation de stress au travail. La majorité des études affirment que l'épuisement professionnel se manifeste par un épuisement physique et psychologique mais aussi par des sentiments négatifs envers autrui et envers soi-même. Selon la majorité des études le burn out touche différentes professions et principalement celles concernant les relations d'aide. Les voici une liste de professions citées par les études :

- Les soignants : médecins, et l'ensemble des professionnels paramédicaux (infirmiers, aides soignants etc.);
- Les assistantes sociales et ceux qui travaillent aux services sociaux en général ;
- Les éducateurs;
- Les enseignants;
- Les juges
- Le personnel pénitentiaire
- Le personnel de police;

Le milieu de travail est devenu un porteur de malaise pour le sujet, le stress est le signe marqué pratiquement chez un grand nombre de salariés .ce stress, vécu comme une expérience négative, génère à la fois du mal-être, c'est indéniable mais aussi, dans certains cas, de véritables maladies. (A.H.Boudoukha.p3)

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

Le burn out est un syndrome qui prend une place importante chez les soignants en général et les infirmiers en particulier. En effet aider, soigner engage beaucoup et pour ce fait, cela demande à ce que la personne soignante soit en bonne santé autrement prodiguer des

soins aux autres, ne sera rien d'autre qu'un surplus de stress et d'épuisement. L'on peut aussi dire que choisir une telle profession demande une grande motivation par rapport à l'amour du métier et aussi par rapport au salaire qui doit être attrayant.

En tant que cliniciens, on est en plein cœur de sérieuses questions relatives aux spécificités du vécu et du fonctionnement des infirmiers touchée par le burn out. Nous savons que les infirmiers étaient et sont toujours les premiers exposés aux risques d'attraper les infections et maladies à haute contagions comme c'est le cas ces dernières années avec la COVID19. Nulle doute que ces facteurs sont importants et jouent un rôle dans le vécu des individus et leur bien être, mais en tant que cliniciens, suffit-il de dire que ces facteurs justifient à eux seuls l'apparition du burn out ?

Bien sur que pour un clinicien, ce qui l'intéresse est plus ce qui relève des spécificités de fonctionnement des personnes atteintes par le burn out, quelles sont leur ressources psychologique et quel est la nature de leur fonctionnement. Nous, nous sommes intéressés à ce fonctionnement chez les infirmiers en situation de burn out

Le burn-out peut se définir comme une situation de mal être physique et mental lié au quotidien professionnel. Il ne doit pas être confondu avec la dépression ou le surmenage. Le terme burn-out provient de l'anglais. La traduction française est "syndrome d'épuisement professionnel". Mais dans la langue de Molière, le burn-out est entré dans le langage courant. Si les parents peuvent être touchés par le burn-out parental ou le burn-out familial, le syndrome est majoritairement lié au monde du travail. Le burn-out est un mal lié au monde du travail. Il peut toucher toutes les personnes qui exercent une activité professionnelle sans distinction de statut. Les cadres, les employés, techniciens et agents de maîtrise ou encore les cadres dirigeants peuvent tous être potentiellement touchés par le burn-out qui est présent aussi bien dans le secteur public que dans le secteur privé. .

Par exemple, En 2019, à l'apparition de la pandémie Covid-2019, un métier plus particulièrement a fait les frais du burn-out : " les infirmiers ". Pression, stress, surcharge sont autant de raisons qui ont accentuées le burn-out chez les infirmiers

En 2020, le burn-out a été défini par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme un syndrome d'épuisement spécifiquement professionnel. Il est observé dans tous les secteurs professionnels ; les soignants semblent particulièrement touchés

En 1969, le docteur Loretta Bradley est la première à désigner un stress particulier lié au travail sous le terme de burn-out. Ce terme est repris en 1974 par le psychanalyste Herbert J. Freudenberger puis par la psychologue Christina Maslach en 1976 dans leurs études des manifestations d'usure professionnelle.

Le burn-out ou épuisement professionnel est un état de détresse. Christina Maslach, chercheuse en psychologie, s'intéresse au sujet, il a été défini comme «un syndrome d'épuisement physique et émotionnel, qui conduit au développement d'une image de soi

inadéquate, d'attitudes négatives au travail avec perte d'intérêts et de sentiments pour les patients »

En 1976, Après de multiples entretiens avec des professionnels du champ médical, elle identifie trois thèmes principaux qui constitueront les dimensions du burnout. Selon Maslach ce syndrome commence par la première dimension, l'épuisement émotionnel, qui se traduit par le sentiment d'être vidé de ses ressources physiques et émotionnelles. Puis suit la deuxième dimension, la dépersonnalisation, qui représente la prise de distance dans la relation avec l'autre, une façon de se protéger en forgeant une sorte de « carapace » afin de préserver une certaine intégrité psychique lui permettant de réaliser le travail relationnel. La troisième dimension est la diminution de l'accomplissement personnel, qui correspond au sentiment d'incompétence et découle soit de la deuxième, soit directement de la première dimension.

Le syndrome d'épuisement professionnel vise principalement les personnes dont l'activité professionnelle implique un engagement relationnel important comme les travailleurs sociaux, les professions médicales et les enseignants.

Plusieurs chercheurs ont fourni une définition du syndrome ; B. Bierens de Haan souligne que : « La phase ultime du stress cumulatif est le Burn-out. Un état d'épuisement physique, émotionnel et mental causé par un engagement prolongé dans un contexte à haute charge émotionnel. Ces personnes, victimes à la fois, d'une fatigue dépassée, d'une hyperactivité stérile, et d'une anosognosie, cèdent au découragement et au cynisme ».

En Algérie, les études sur le burn out constituent un nouveau domaine si bien que très peu de recherche ont été réalisées sur le sujet, en dépit des quelques études dont celle de M. Chakali (2009) auprès du personnel soignant du centre anticancéreux de l'hôpital Frantz Fanon à Blida et celle réalisée par le médecin psychiatre M. Boudarene auprès des agents de polices dans la wilaya de Tizi- Ouzou (2004), celle de M. Ouchen (2005) sur les sapeurs pompiers de la wilaya de Constantine, celle de N. Boulkroune (2007) sur les enseignants Universitaires et également celle de Y. Benattia (2007) sur les infirmiers urgentistes du CHU de Constantine » (Benferhat. A, 2009, P. 36-37).

Selon Elisabeth Grebot le burn out touche 25% des soignants, 40% du personnel des services hospitaliers de pédiatrie et 48% du personnel hospitalier infirmier. Le mythe du soignant parfait, qui hante beaucoup d'entre eux, est relayé par l'institution qui demande toujours plus de dévouement et de don de soi, malgré des conditions de travail difficiles. Peu à peu, la personne ressent de la frustration, de la fatigue et de la dévalorisation. La perte de sens du travail aggrave de mal être des professionnels soignants. (Grebot. E, 2008, P.117-118).

De même pour Pierre Canoui et Aline Maurangues, l'épuisement serait le résultat d'une accumulation de stress au niveau de la personne, précisant qu'il faut penser le Burn-out en tant que phénomène long et évolutif qui affecte les intervenants, après des expositions à des stress professionnels durant des périodes allant de un à cinq ans.

Dans l'UE, le burnout n'est actuellement reconnu comme maladie professionnelle que dans deux pays. En Italie, l'Institut national d'assurance contre les accidents du travail

(Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro, INAIL) inclut le burnout dans sa liste des maladies professionnelles. L'INAIL a recensé 128 cas d'épuisement professionnel entre 2012 et 2016, sur un total de 1 555 cas signalés au cours de la même période.

A partir de l'entretien clinique et du test de Maslach sur le burn out, nous avons pu comprendre comment les infirmier(e)s gèrent leur surcharge d'excitation quotidienne. On peut dire que les techniques utilisées par les infirmiers pour gérer leur stress quotidien au lieu du travail et après le travail est important, mais c'est tout autant important d'être motivé pour le travail et d'être bien récompensé dans son travail pour prévenir le burn out .

Notre sujet de mémoire concerne le burn out chez les infirmiers, nous avons délibérément omis de préciser dans quel service travaillent les infirmiers dans le titre de cette présente étude, pour nous laisser le choix dans la pratique. En effet, quand nous avons choisi notre thème, nous n'avons pas encore une idée sur le terrain et sur les services qui allaient nous accorder de faire la pratique. Ceci dit, nous avons particulièrement un choix pour le service des urgences, compte tenu de la charge du travail dans ce service.

Après beaucoup de documentations et après un temps de réflexion, nous avons donc établi notre question de départ et qui est la suivante :

- Comment les infirmiers du service se préserve-t-il du stress quotidien?

Cette question de départ nous a permis de réfléchir autour de notre travail et de penser à d'autres questions concernant la problématique du burn out chez les infirmiers.

En Lettonie, l'épuisement professionnel a été reconnu comme une maladie professionnelle sur la base de la loi de 1997 sur l'assurance sociale obligatoire.

En France, la reconnaissance du burn-out comme une forme de stress lié au travail a fait l'objet de nombreuses polémiques ces dernières années. En février 2017, cependant, cette proposition législative a été rejetée.

En Algérie, Aucune enquête n'a été réalisée sur le sujet jusqu'à ce jour. Pas de données chiffrées ni de constat établi par les spécialistes pour l'instant.

C'est ce qui nous a incités à poser les questions suivantes :

1. Les infirmiers qui travaillent de garde souffrent t'ils d'épuisement professionnel ?
2. Les infirmiers touchés par le burn out présentent des signes de dépersonnalisation et/ou d'épuisement émotionnel et/ou de manque d'accomplissement personnel ?

A partir de nos données sus citées nous proposons les hypothèses suivantes :

1. Les infirmiers qui travaillent de garde souffrent t'ils d'épuisement professionnel
2. Les infirmiers touchés par le burn out présenteraient des signes de dépersonnalisation et/ou d'épuisement émotionnel et/ou de manque d'accomplissement personnel.

- **L'objectif de la recherche :**

L'objectif global de ce modeste travail, vise à mieux comprendre les factures qui entraînent des brûlures d'infirmière. Mais aussi de pouvoir identifier les factures psychosociales liées au travail, qui peuvent être à l'origine de ce problème. Puisque le personnel soignant fait face chaque jour à des douleurs physiques et psychologiques des patients. Qui accueille l'attention de chacun et la compréhension des autres. Cette recherche est développée dans le but d'atteindre les objectifs suivants :

- Comprendre le phénomène et l'origine de la fatigue
- -Découvrir les signes et les causes du burn-out : les indicateurs de détresse au travail.
- -Expliquer les différentes dimensions du burn-out : l'épuisement professionnel, dépersonnalisation et accomplissement personnel.
- Expliquer la spécificité du burn-out chez les infirmiers.
- **Le choix de thème :**

Les raisons qui nous ont motivés à travailler sur ce sujet de burn Out chez les infirmiers aux niveaux de la policlinique sont : d'après nous nous connaissons on a constaté que il ya un manque des recherches sur se phénomènes le burn out chez les infirmiers, dans le monde surtout en Algérie. Cella nous a poussé à entamer cette recherche pour mieux assiéger, et comprendre se syndrome d'épuisement professionnel et pour apporter des nouvelles informations sur ce sujet.

Partie théorique

Chapitre I
BURN OUT

Préambule :

On parle d'épuisement professionnel quand le problème majeur de la personne tire son origine du milieu de travail, quand ce domaine-là de sa vie est le plus atteint», précise Sylvie Boucher, psychologue. Distinction importante, car dans sa manifestation tant physique qu'émotionnelle, l'épuisement professionnel ressemble étrangement à la dépression.

Mêmes symptômes, quoique, souvent, moins prononcés. L'épuisement professionnel peut aussi verser parfois dans la dépression pure et simple.

La pression incroyable, l'importance que prend le travail dans la vie des gens, les demandes accrues au travail, le manque de temps pour s'occuper de soi, de ce qu'on aime, de sa famille, tout ce mode de vie concourt à créer de l'anxiété, de la dépression, de l'épuisement professionnel, précise la psychologue. Les gens arrivent à la maison épuisés, n'ont le goût de rien, même pas de se consacrer à ce qui leur a toujours plus.

Historique

L'historique du Burnout remonte à 1969 et le colloque de Loretta Bradley professeur à l'université du Texas). Première référence au stress lié au travail sous la dénomination «Burnout ». Cinq ans après, la première définition et utilisation du concept fut élaboré par Herbert Freudenberger. Elle fut exprimée par : «Le Burnout est un état de fatigue ou de frustration lié à l'engagement pour une cause, un type de vie ou une relation qui n'a pas apporté la gratification attendue» (Freudenberger, 1974, 1987). En 1969, un employé japonais décède à 29 ans en raison d'une surcharge de travail. Première manifestation du « Karoshi » nom créé par trois médecins japonais, Hosokawa, Tajiri et Uehata en 1982 signifiant littéralement la «mort par le travail». La mesure la plus populaire de cet aspect est celle de Maslash qui inventa le Maslash Burnout inventory (MBI). Christina Maslash si intéresse en 1980 avec Susan Jackson, sa première population est le monde médical. Son modèle est élaboré sous trois variables, l'épuisement professionnel, la dépersonnalisation et l'accomplissement personnel. Elle définit ainsi le Burnout par «un syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement personnel qui apparaît chez les individus impliqués professionnellement auprès d'autrui». Il existe donc selon Maslash 5 stades avant d'atteindre le Burnout. Tout d'abord, l'enthousiasme, puis la stagnation, la frustration, l'apathie et enfin le désespoir. Ainsi, le Burnout pensé au départ comme un simple stress dû à la relation avec autrui et à la gratification, se transforme en un trouble multifactoriel (individu, conditions de travail, public...) (Louis Bernez, P28,2016).

1 CADRE NOSOLOGIQUE

1.1 Termes :

1.1.1 Burnout

Ce terme s'origine dans l'aéronautique vers les années quarante, utilisé pour décrire une fusée ou un moteur à réaction cessant de fonctionner en raison de l'épuisement de l'approvisionnement en carburant à cause de la chaleur. La désignation a été adaptée à l'homme par Freudenberger, remplaçant ainsi des termes comme «dépression» et «dépression nerveuse» pour décrire ce phénomène. Et depuis, les dictionnaires anglais (Webster, Oxford, Cambridge...) donnent au mot burnout la signification de la fatigue et du stress chroniques au travail comme l'avait présentée Freudenberger en 1974.

1.1.2 Syndrome d'épuisement professionnel

Aussi vague qu'il peut paraître pour certains, du fait qu'il semble couvrir tous les effets néfastes du travail sur l'individu, le terme en français qui traduit le mieux « burnout » est certes «épuisement professionnel ». Pour C. Chazarin le terme « usure professionnelle » est préféré à celui d'épuisement.

1.1.3 Karoshi

Le terme japonais karoshi (prononcez kaloshi) signifie « mort par excès de travail », de karo «mort» et shi « fatigue au travail ». La connotation violente donnée au syndrome d'épuisement professionnel se conçoit à travers le prisme d'une culture gouvernée par la notion du bien collectif. Le salarié est élevé dans la notion sacrificielle de soi pour satisfaire avant tout aux exigences des autres et de son entreprise. Il donne sans compter de son temps et s'investit jusqu'à épuisement. Vivre et mourir pour l'entreprise, tel pourrait être le précepte nippon tant la pression et le souci d'excellence dominant. Avec le terme de karoshi, nous quittons la relation d'aide dans ce qu'elle présente d'usure mentale et physique pour davantage prendre en compte les conséquences parfois mortelles - des conditions de travail lorsque celles-ci sont mues essentiellement par le profit et la rentabilité. Ce terme est sans doute plus approprié de nos jours aux «cols blancs », alors que ce que nous décrivons ici est celui des «blouses blanches» (pierre canouï, 2015, P9).

1.2 Définitions de Burnout :

Au fil des années, plusieurs tentatives ont été faites pour définir le burnout.

- En 1974, Freudenberger propose une première définition : « L'épuisement professionnel 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 ».
- En 1976, Maslach décrit l'épuisement professionnel des professions d'aide comme «une incapacité d'adaptation de l'intervenant à un niveau de stress émotionnel continu causé par l'environnement de travail».
- En 1985, avec North, Freudenberger le présente comme un « processus évolutif ». Une notion importante qui sera par la suite développée par plusieurs auteurs pour dire que c'est un phénomène cyclique évoluant en quatre phases.
- En 1988, Pines et Aronson le définissent comme « un état d'épuisement physique, émotionnel et mental causé par l'implication à long terme dans des situations qui sont exigeantes émotionnellement ». D'après Pines, ces situations exigeantes ne se rencontrent pas seulement au travail, c'est pourquoi elle a également recherché le burnout dans les relations de couples et au cours de conflits politiques. Il peut alors être considéré comme le résultat d'un échec dans la quête existentielle (qui est la relation d'aide pour le soignant). Pour être « consommé », dit-elle, il faut d'abord avoir été enflammé.
- Pour Canouï et Mauranges, le burnout est aussi « un phénomène d'ordre existentiel, puisque le soignant recherche l'épanouissement dans la relation avec un être en souffrance. Ce syndrome résulte alors de la relation d'aide qui « tombe malade ». Ces définitions se complètent plus. Elles révèlent la complexité du burnout, qui peut effectivement s'expliquer par plusieurs modèles et résulter de nombreuses causes intriquées. Pour autant, la définition sur laquelle la très grande majorité des chercheurs s'accordent reste celle de Maslach et Jackson, qui conçoit le syndrome complet dans ses trois dimensions fondamentales. Elles définissent le burnout comme « un syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de diminution de l'accomplissement personnel qui apparait chez les individus impliqués professionnellement auprès d'autrui ». (Khatri BEN MOUSSA M. P44,2016).

- **Le Burnout dans les classifications internationales**

Malgré la trimballe de publications scientifiques sur le burnout depuis les années soixante-dix, il ne fait actuellement pas partie des diagnostics officiels dans les classifications de référence.

- **Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, DSM**

Le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders), dans sa cinquième révision « DSM-5 », publié par l'Association américaine de psychiatrie (American Psychiatric Association, APA), mentionne le burnout dans un chapitre intitulé : glossaire des concepts culturels de la détresse, sans pour autant, lui consacrer un chapitre.

- **Classification Internationales des Maladies, CIM**

Dans la dixième édition de la Classification Internationale des Maladies « CIM-10 » publiée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), il y a le code : « Z73 Difficultés liées à l'orientation de son mode de vie » où l'on trouve : « Z73.0 Surmenage : état d'épuisement ; 1 Difficulté(s) de(s) liées à l'épuisement (état de) ; 2 Difficulté(s) de(s) liées à surmenage ; Etat (de) épuisement : Surmenage sans précision ». Il existe aussi le code « Z56 Difficultés liées à l'emploi et au chômage » dans lequel sont décrits notamment : « Z56.3 Rythme de travail pénible ; Z56.4 Désaccord avec le supérieur et les collègues ; Z56.5 Mauvaise adaptation au travail ; Z56.6 Autres difficultés physiques et mentales liées à l'emploi ». Il existe aussi un code « Z57 Exposition professionnelle à des facteurs de risque ». Tous ces codes pourraient faire référence au burnout. (Khatri BEN MOUSSA M. P44, 45,2016).

2 LES DIMENSIONS DU BURNOUT

2.1 L'épuisement émotionnel

Il s'agit d'une fatigue, autant physique que psychique, qui se distingue des autres types de fatigue par le fait qu'elle ne s'améliore que peu ou pas par le repos. Cet épuisement est marqué par un manque de motivation et d'entrain au travail et une sensation que tout est difficile, voire insurmontable. Le sujet ressent qu'il est « vidé » intérieurement, comme si la source à laquelle il puise sa résistance émotionnelle est tarie, et trouve une difficulté à être en relation avec les émotions de l'autre si bien que travailler avec certains malades devient de plus en plus difficile.

Extérieurement, on va donc assister à des explosions émotionnelles (crises de larmes, de colère), à des difficultés cognitives (troubles de concentration, oublis, refus d'agir à des demandes même anodines), mais aussi à une véritable sensation d'abattement associé à des troubles somatiques divers et non spécifiques. Dans le monde médical, on sait que cet épuisement se heurte assez souvent à l'incapacité à exprimer toute souffrance. Le soignant

dénie alors ses émotions dans la crainte de leur interprétation en tant que « faiblesse » et tente de les dévier vers des comportements de contrôle (froideur, distanciation au patient).

2.2 La dépersonnalisation

Appelée aussi « déshumanisation » ; conséquence directe de la première dimension, c'est le « noyau dur » du syndrome, marqué par un détachement, une sécheresse relationnelle s'apparentant au cynisme. On observe alors une perte d'intérêt vis-à-vis des patients, considérés non plus comme des individus, mais comme des objets impersonnels (un cas, un organe, un numéro de chambre ou de lit). Le soignant peut faire un usage abusif et trop constant d'un humour grinçant et noir qui devient le mode d'échange journalier. C'est parfois une description tellement « scientifique » du corps du malade qu'elle ne tient plus compte de l'état de santé de la personne dans sa globalité «on soigne l'organe avant l'homme». Cette transformation en «look déshumanisé» représentant le point-clé du diagnostic, n'est pas toujours facile à observer, car elle s'installe insidieusement, à l'insu du soignant et pourrait en dire malgré lui. (Khatri BEN MOUSSA M. P46,2016).

2.3 La diminution de l'accomplissement personnel

Conséquence des deux autres, cette dimension est douloureusement vécue en tant que sentiment d'échec professionnel et personnel. Le soignant s'évalue négativement, se trouve incompetent et sans utilité pour ses patients, diminuant ainsi son estime de soi en tant que professionnel et déclinant son sentiment d'auto-efficacité. Cette dépréciation de ses propres prestations sera à l'origine d'un sentiment de culpabilité, de démotivation et de frustration à l'aune du sens que l'on donne à son métier. Les conséquences de ce sentiment peuvent prendre deux aspects opposés :

- Celui du « désinvestissement » du travail (absentéisme, fuite du travail, abandon de travail) ; une attitude observée plus fréquemment dans certaines catégories de personnel (aides-soignants, infirmiers).
- Ou paradoxalement, un comportement de «surinvestissement » (présentéisme) qui est observé plutôt chez les médecins seniors. (Khatri BEN MOUSSA M. P46, 2016).

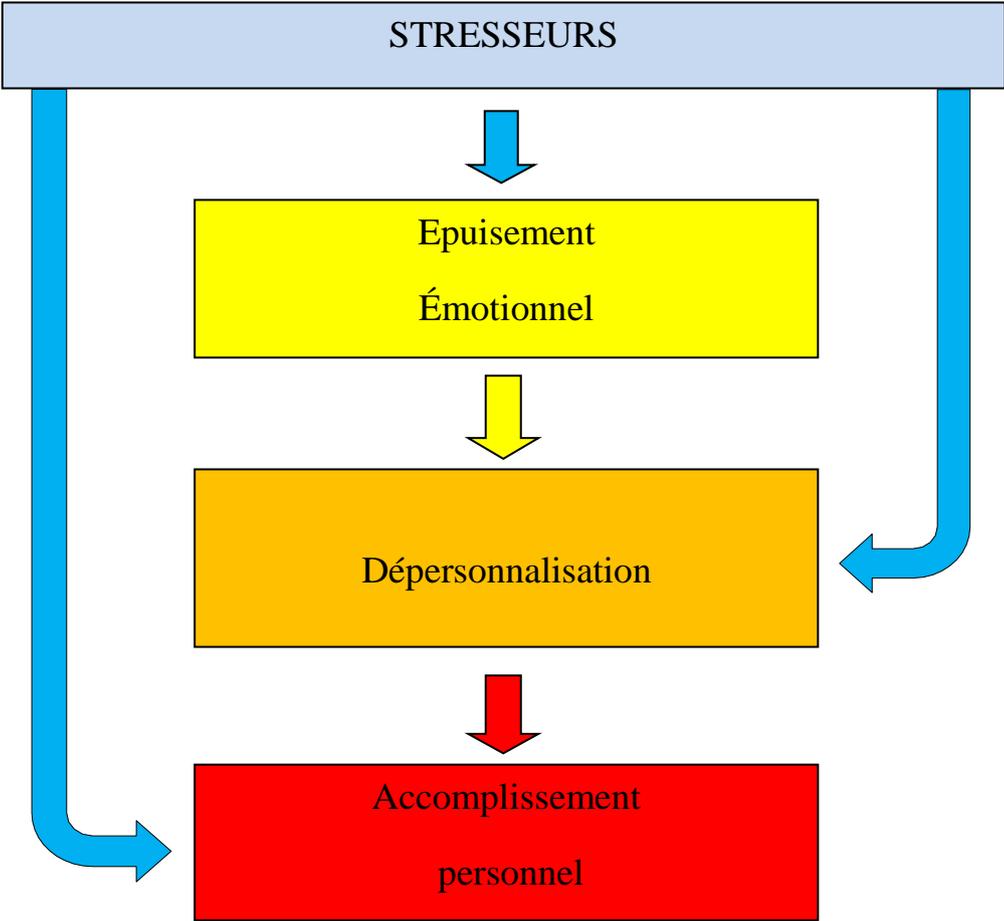


Schéma 1 : Les trois dimensions du burnout selon Maslach et Jackson (Khatri BEN MOUSSA M. P46, 2016).

3 LES MANIFESTATIONS CLINIQUES DU BURNOUT

La personne atteinte de burnout essaie d'y faire face. Ce « coping » s'exprime de façon polymorphe, à la fois par des manifestations physiques, comportementales, émotionnelles et cognitives.

En revanche, Il n'existe pas de symptomatologie spécifique au burnout, il n'entre pas dans des cadres nosographiques bien définis. Les troubles sont progressivement acquis s'installant de façon insidieuse.

3.1 Sur le plan physique

Une symptomatologie très diverse. Le burnout pourrait se manifester par une asthénie, des douleurs inexplicables: lombo-cervicalgies et arthro-myalgies sans oublier les troubles du sommeil qui sont très fréquents.

Aussi, selon ses prédispositions particulières, il pourrait présenter des signes affectant l'un ou plusieurs des sous-systèmes neurovégétatifs, tels :

- Signes digestifs: réactivation de douleur ulcéreuse, dyspepsies, vomissements, troubles du transit, douleurs abdominales, ballonnement, intolérances alimentaires diverses.
- Signes cardiovasculaires : palpitations, hypertension artérielle, douleur pseudo angineuse.
- Signes uro-génitaux: pollakiurie, dysurie psychogènes, dysménorrhées, troubles psychosexuels: dyspareunie, désintérêt sexuel.
- Signes cutanés: dermatoses de stress à type d'acné, de psoriasis, prurit, sensation de brûlures.
- Signes neurologiques : céphalées, migraine, bouffées de chaleur, tremblements.
- Signes infectieux : rhinopharyngites, syndrome pseudo-grippal, trainants ou récidivants.

3.2 Sur le plan affectif

Le sujet peut présenter :

- Une irritabilité, une colère, un profond sentiment d'insatisfaction et de douleur morale.
- Une humeur labile
- La tristesse allant même jusqu'au désespoir, avec des idées suicidaires.
- Des difficultés conjugales, familiales ou relationnelles avec appauvrissement affectif, tension et insatisfaction.
- Le conjoint passe aussi par des phases de désillusionnement devant le partenaire qui s'isole, qui est de moins en moins présent et qui devient moins aimant et moins aimable. Une situation pouvant facilement conduire à une séparation ou un divorce, si les mesures appropriées ne sont pas prises à temps.
- L'affect pourra prendre des colorations de méfiance, de distanciation interpersonnelle, de cynisme.
- Le soignant pourra aussi exprimer son profond sentiment de frustration en blâmant les autres, l'administration, le système. (Khatri BEN MOUSSA M. P51, 2016).

3.3 Sur le plan cognitif

Parmi les signes cognitifs, on retrouve :

- Des troubles d'attention, de concentration, de mémoire et même de jugement.
- Un fonctionnement mental globalement diminué, se répercutant directement sur son rendement professionnel. (Khatri BEN MOUSSA M. P52,2016).

3.4 Sur le plan comportemental

Il existe des troubles alimentaires, une irritabilité, une agressivité, des frustrations fréquentes, une labilité émotionnelle, une promptitude à la colère ou aux larmes, signes d'une surcharge émotionnelle. Toute cette souffrance ressentie a souvent comme conséquence le recours à des anesthésiants comme le tabac, l'alcool et les psychotropes. La personne souffrant de burnout adopte une attitude défensive, qui se manifeste sur le plan comportemental par une rigidité, une résistance excessive au changement (puisque tout changement signifie un effort supplémentaire d'adaptation), ou par un sentiment de tout puissance. La façon de travailler change également. Les rapports deviennent mécaniques, impersonnels. La personne peut se lancer dans un pseudo activisme avec acharnement au travail.

Le fait de travailler sans arrêt permet d'éviter de réfléchir sur les difficultés rencontrées au travail. L'acharnement au travail permet également de masquer le sentiment d'impuissance ou d'échec. La personne peut au contraire rechercher la distance, ce qui se manifeste par un absentéisme au travail ou le désir de changer de métier. Pour l'infirmier, une des conséquences les plus graves est qu'il risque de négliger les patients et de commettre des erreurs.

Cependant, les effets du burnout ne se limitent pas au domaine professionnel. Ils peuvent également déborder sur la vie privée et provoquer des conflits au niveau du couple ou avec les proches, pouvant mener au divorce et à l'isolement social. Lorsque le burnout est très élevé, il peut mener la personne atteinte au suicide.

4 Les approches

Il existe différentes approches de la psychopathologie du travail.

4.1 L'approche sociologique

L'approche sociologique est de plus en plus évoquée et elle apparait en effet pertinente lorsqu'on constate que tout établissement hospitalier tend à devenir une entreprise rentable qui impose des conditions d'exercices de plus en plus lourds et complexes. Les objectifs de contrôle des dépenses mettent en péril les valeurs du care. Mais encore, la course à la rentabilité et à l'excellence produit ses effets délétères en rompant le lien collectif au profit de la concurrence et d'un individualisme galopant. Les repères du collectif sont brouillés et progressivement remplacés par un vide relationnel pathogène. L'approche sociologique est une lecture de la maladie en tant qu'expression

individuelle des conflits sociaux. Les conditions du travail et son organisation sont les témoins d'une pathologie sociale. (Canoui. P, 2008, p 19)

4.2 L'approche psychiatrique

L'approche psychiatrique va privilégier les déterminations personnelles, biologiques, psychogénétiques des maladies mentales. Le travail est envisagé comme un révélateur de la pathologie de la personne. Cependant, si dans cette approche, le travail peu être source de troubles d'adaptation, il peut devenir aussi un moyen thérapeutique permettant la réadaptation de l'homme malade par le biais de revalorisation et la récupération de l'estime de soi. L'aspect valorisant du travail dans le cadre de l'adaptation social est un aspect important dans le traitement des troubles mentaux. Au sein des institutions psychiatriques, l'ergothérapie à une place importante dans de nombreuses pathologies mentales. Le travail peut avoir un double impact. S'il peut être source de souffrance, il peut aussi être source d'équilibre. Dans le cadre de l'épuisement professionnel, si cet état ne relève pas de la psychiatrie, en revanche ses conséquences peuvent l'être soit par des décompensations dépressives et anxieuses soit par des décompensations psychotiques. (Canoui. P, 2008, p 19)

4.3 L'approche psychanalytique

Le travail n'est pas responsable de la souffrance psychique, mais n'est que le révélateur d'une faille sous-jacente préexistante depuis les premières années de vie.

La psychanalyse aborde l'épuisement professionnel comme « une blessure narcissique profonde. Le choix de la profession d'aide au sens large, pourrait être sous-tendu 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 une jouissance par procuration: le sujet aide les autres à obtenir un plaisir qu'il se refuse à lui-même, et en retire une satisfaction grâce à son identification aux personnes aidées. Dans l'approche psychanalytique, l'idéal du sujet serait mis à mal par la réalité professionnelle, et l'épuisement professionnel serait dû à l'échec ou à la rigidification des mécanismes de défense » (Ruth. W, 2012, P25).

4.4 L'approche pavlovienne

L'approche pavlovienne semblait très féconde, mais elle n'a pas tenu ses promesses en matière de psychopathologie du travail. « Ainsi, dans les années cinquante, furent décrites les névroses des téléphonistes et des mécanographes. Les traits les plus marquants en étaient l'apparition chez les standardistes de lapsus ou actes manqués comme le « allo, j'écoute » déclenché par le déclic sonore des portillons automatiques du métropolitain. Malgré tout l'intérêt de cette approche, il est clair que la répétition de tâches peu qualifiées ne permet pas une approche psychopathologique du travail

suffisamment diversifié pour expliquer les troubles observés » (Canoui. P, 2008, P19-20)

4.5 L'approche par la théorie de stress

En recourant à la notion de stress, il est possible de «rattraper» le travail dans une psychopathologie du travail. C'est pourquoi le stress a actuellement une place si grande dans le cadre de la «fatigue au travail». Nous y consacrons plus loin une étude détaillée afin de positionner le syndrome d'épuisement professionnel dans la théorie générale du stress.

C'est à C. Dejours que revient le mérite d'avoir proposé une synthèse permettant une approche du retentissement du travail sur l'homme. Depuis la prise en compte de la fatigue au travail, l'étude des interactions entre l'homme et son travail a justifié l'élaboration d'un certain nombre d'outils d'analyse et de compréhension qui compose la psychopathologie du travail. Le burn out, en apportant une dimension particulière au retentissement du travail sur l'homme, sert la psychopathologie. Inversement les concepts de la psychopathologie du travail vont nous servir à l'analyser les facteurs intervenant dans le burn out » (Canoui. P, 2008, P22).

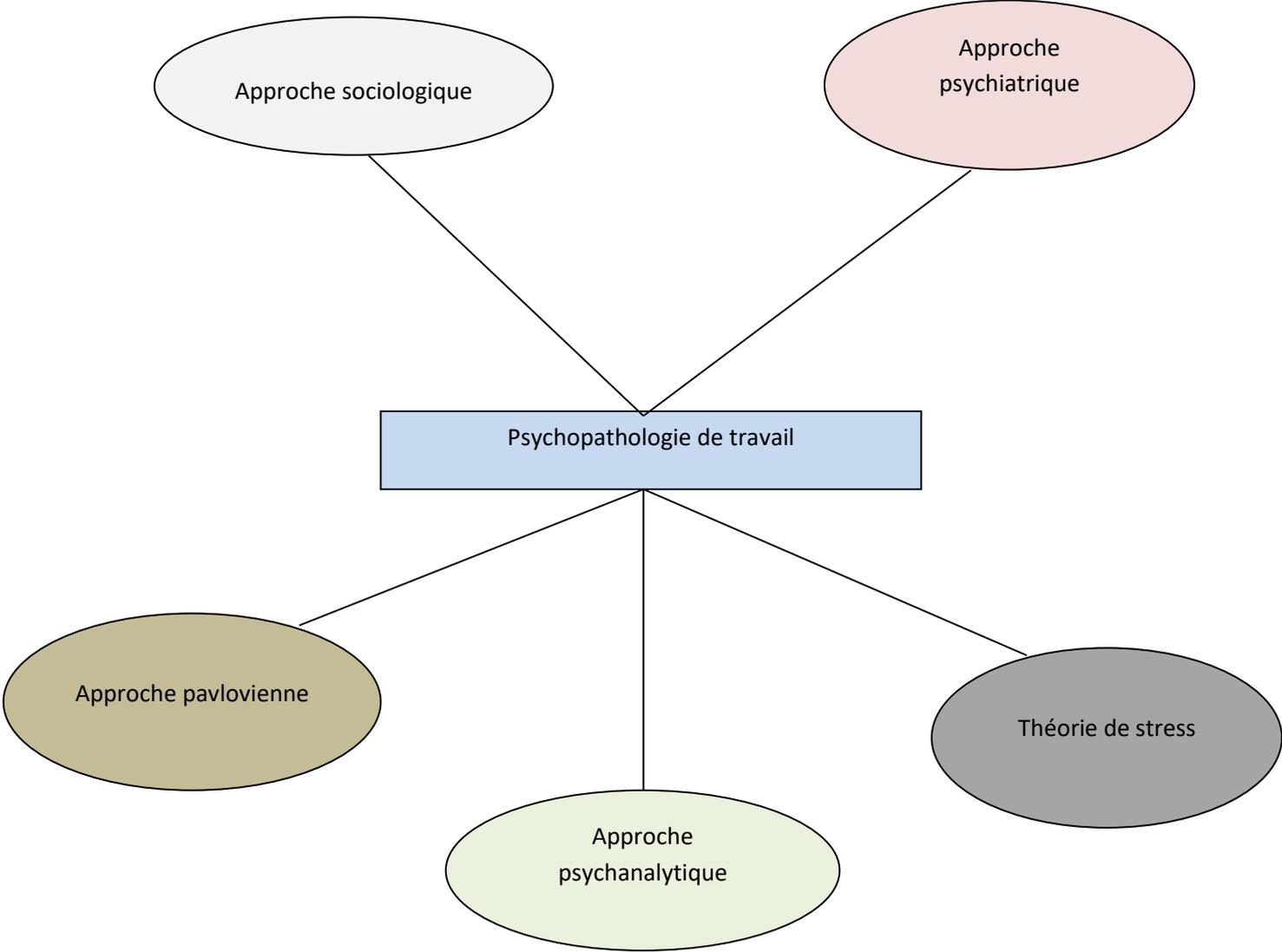


Figure N°2 : Les différentes approches de psychopathologie du travail (Canoui. P, Mauranges. A, 2008, P. 20).

5 LES ETAPES DU BURNOUT

Il est rare que le syndrome d'épuisement professionnel s'installe d'emblée d'un seul tenant. Comportant différents degrés d'intensité et suivant une progression étalée sur des mois ou même des années, l'épuisement est plutôt insidieux, si bien qu'il peut être, la plupart du temps, décrit en 4 phases successives:

5.1 L'enthousiasme idéaliste

Il s'agit d'une allure qui caractérise le débutant, avec des attitudes chimériques, des espoirs irréalistes et un optimisme démesuré, tout paraît beau. Le soignant est plein d'énergie, il a de grands idéaux, il va transformer le monde, il va changer les patients et en guérir plusieurs, sinon tous. Cela s'associe à un surinvestissement dans sa fonction propre: Il se donne presque entièrement à son travail qui constitue sa source de gratification première. Le professionnel se donne à l'impression que le travail va remplir sa vie et combler toutes ses carences. Il s'y investit pleinement, d'où cette notion de «brûlure».

5.2 La stagnation inefficace

Le soignant commence à s'essouffler, les choses ne se passent pas comme prévues, les patients ne changent pas vite, l'administration ne coopère pas assez et les demandes de soins ne diminuent pas. Même en décidant de consacrer plus de temps, d'énergie et d'efforts à son travail, ceci ne produit pas les résultats escomptés. Il a donc l'impression de « frapper contre un mur ». Le travail commence à perdre son aspect primordial et il se produit un désinvestissement progressif qui fait qu'il n'est plus vécu comme excitant. L'individu se replie ainsi dans sa « carapace ».

5.3 La désillusion, la frustration

C'est à ce moment-là que se développent classiquement les troubles physiques, comportementaux et émotionnels du syndrome. Le sujet s'interroge sur le sens de son travail, remet en cause ses choix, se sent mal et n'a plus envie de travailler. « Ça sert à quoi ? Est-ce que ça en vaut vraiment la peine ? » Il commence à douter de lui, de son jugement, de ses capacités et de son efficacité dans la relation d'aide.

Une période de questionnement sur la pertinence de ses choix professionnels s'installe alors. Les patients deviennent lourds à tolérer, le personnel n'offre pas l'appui désiré, les patients sont perçus comme ingrats et ennuyeux, même les confrères semblent manquer de respect professionnel. Le soignant, de plus en plus dévalorisé et ne jouissant plus de la considération d'antan, se sent mal à la maison Il dort moins bien, est plus tendu, se sent moins près des siens, de son conjoint et de ses enfants ; sa vie familiale ou intime s'en trouve appauvrie. Apparaissent ensuite les problèmes de santé que le soignant tente de s'auto-traiter, maladroitement, en utilisant des médicaments ou d'autres substances (alcool, drogue). Des mesures n'ayant souvent pour effet que d'accélérer le processus qui suit. L'envie de mutation ou de reconversion survient, associée à l'impression qu'il ne pourra rien faire d'autre, qu'il est un « bon à rien ». C'est à ce moment crucial que la réaction dépressive le guette. (Khatri BEN MOUSSA M. P48,49 ,2016).

5.4 L'apathie, la démoralisation

Le candidat sur la voie du burnout se sent alors nettement dépassé, incompetent et presque chroniquement frustré au travail. Tout en reconnaissant qu'il n'en a besoin que pour des raisons purement économiques, il ne croit plus aucunement en son travail ; ce qui est quelque peu réducteur et lui renvoie une image dévalorisée de lui-même. Une position de sécurité est recherchée en évitant les conflits et les relations humaines, il se met sur la touche et se protège de tout ce qui pourrait le mettre en danger. Le sujet vit alors comme « en sursis », déteste son travail, arrive en retard, manque des rendez-vous, néglige ses dossiers et sa formation professionnelle :

C'est l'impasse, le désespoir. Il veut tout lâcher et peut songer au suicide. A cette phase, l'individu « brûlé » a besoin de soins spécialisés car si cet état se prolonge, il conduit sans doute à une dépression majeure classique. Il est à signaler que, bien entendu, l'épuisement ne se développe pas toujours de façon univoque, progressive et linéaire.

Néanmoins, la description de ces quatre étapes illustre bien les processus dans leur dimension psycho-dynamique, notamment en décrivant les mécanismes de surinvestissement et de désinvestissement qui constituent les deux temps du narcissisme : le gonflement narcissique et la dévalorisation qui s'en suit.

6 LES FACTEURS ASSOCIES AU BURNOUT

6.1 Facteurs internes

- **Le genre :** Le rôle du genre dans la survenue de l'épuisement professionnel est controversé. Maslach a trouvé que le burnout touche les hommes plus que les femmes. Pour d'autres auteurs, les femmes seraient plus exposées. Ceci est probablement à cause de leur vulnérabilité physique et émotionnelle, ou auraient-elles une moindre maîtrise du travail à cause des autres contraintes sociales et le souci permanent de pouvoir concilier leur vie professionnelle avec leur vie familiale, aussi importante l'une que l'autre, ou encore serait-il tout simplement l'un des aspects de la féminisation, depuis toujours, du métier. Une étude multivariée américaine montre que les femmes ont 60% plus de risque d'être en burnout que les hommes. Or, une revue de littérature de 25 ans de recherche n'a pas pu trancher car les résultats n'étaient pas uniformes. (Khatri BEN MOUSSA M. P52,53,2016).
- **L'âge :** Le rôle de l'âge est encore très discuté dans la littérature. Pour certains, il pourrait influencer l'apparition du syndrome avec l'apanage des personnes les plus jeunes; tandis que pour d'autres, les personnes âgées entre 40 et 50 ans seraient plus menacées. (Khatri BEN MOUSSA M. P53,2016).
- **La situation familiale :** Certains auteurs pensent que la vie en famille ait un effet positif sur le moral et soit corrélé à la satisfaction au travail. En effet, le burnout touche plus les célibataires et les individus qui n'ont pas d'enfants à charge. D'autant plus que l'absence de support de la part de la famille pourrait impulser l'individu à plus d'implication dans le travail, augmentant ainsi le risque d'apparition du burn out. (Khatri BEN MOUSSA M. P53,2016).
- **L'ancienneté et le nombre d'années d'exercice :** Ce facteur pourrait avoir une influence sur l'apparition du burnout, dans la mesure où avoir autant d'années d'exercice aiderait à

surmonter le stress au travail. Les infirmiers expérimentés pourraient même jouer le rôle de mentorat pour aider les jeunes infirmiers, plus vulnérables au burnout.

- **Le profil du candidat au burnout :** Dans le burnout, comme dans la plupart des maladies de civilisation, les facteurs psychiques sont décisifs. Ils concernent notamment la conception et l'attitude par rapport au travail, le sens de la "vocation", la volonté de se maintenir à la hauteur d'une certaine image de soi et une trop grande recherche de réussite sociale ou de pouvoir personnel. Ces positions de vie et ces comportements apparaissent décisionnels dans le type de réponse au stress et par conséquent dans l'apparition de ce syndrome d'épuisement professionnel. C'est ainsi que le candidat au burnout contribue à créer son état de mal-être, le plus souvent à son insu. Bien qu'il soupçonne parfois être engagé par sa faute dans un processus irréversible. Mais il préfère ne pas en prendre vraiment conscience ; ce qui remettrait trop de choses en question. Voici quelques traits dont certains se retrouvent souvent chez la victime du burnout:
- **L'anxiété :** Le candidat au burnout vit souvent dans un état d'anxiété, avec l'impression qu'il n'y arrivera pas, qu'il devrait s'y prendre autrement, qu'il s'engage dans une impasse. Un type d'anxieux pourra par exemple se rendre au travail et se sentir trop agité pour fonctionner, n'accomplir pratiquement rien et pourtant se retrouver complètement épuisé en fin de journée
- **L'esprit d' « entreprise » poussé à outrance :** L'esprit d'entreprise est louable en soi. Mais il s'agit ici de ceux qui sont trop entreprenants: les compulsifs de l'action, les ambitieux excessifs, les hyperactifs. Ceux dont l'emploi du temps ne leur laisse pour ainsi dire aucun répit pour les mois à venir. L'idée de se relaxer ou simplement de se reposer leur apparaît comme une perte de temps, sous-tendue par la peur du vide. (Khatri BEN MOUSSA M. P54,2016).
- **Le désir de plaire à tout le monde:** Ceux qui ne savent pas dire non parce qu'ils ont besoin de plaire à tout le monde pour avoir le sentiment d'exister, sont aussi d'excellents candidats au burnout. C'est ainsi qu'on en vient à éprouver le sentiment d'être dépassé et de ne plus pouvoir plaire à personne. (Khatri BEN MOUSSA M. P54,2016).
- **Le sens d'autocritique trop poussé :** Ceux qui sont enclins à l'autocritique ressentent souvent de la nervosité ou entretiennent une certaine culpabilité si leur fonctionnement n'est pas optimal, Ils travaillent comme des forcenés, sans prendre le temps de jouir de ce qui a été accompli. Le résultat n'est jamais assez bon pour eux. (Khatri BEN MOUSSA M. P54,2016).
- **Le «vouloir tout faire soi-même»:** Certaines personnes ont tendance à ne pas faire confiance aux autres qu'elles estiment incapables de réaliser correctement la tâche. On retrouve derrière cette attitude la vieille pensée que «si on veut qu'une chose soit bien faite, on doit la faire soi-même». Curieusement, il arrive qu'elles s'entourent professionnellement de personnes peu rigoureuses ou peu fiables. En projetant leur méfiance sur les autres, ces candidats se retrouvent souvent dans l'obligation de tout faire eux mêmes. Et cet effort, accompli dans de telles conditions négatives, les pousse au burnout.
- **La mentalité de sauveur :** On trouve ce type surtout dans les professions de relation d'aide. Un besoin de réassurance se dissimule parfois derrière un sentiment altruiste. Ces professions exigent au départ un goût de servir les autres et un certain renoncement à soi. Dans ce cas, le plaisir de vivre dépend dans une grande mesure du bien-être, du plaisir, de la satisfaction qu'ils apportent aux autres au détriment de leur capacité à être et de leur identité propre. Globalement, c'est une situation paradoxale de constater que les candidats au burnout se recrutent parmi les éléments les plus valables de la société, tant au

niveau de leurs intérêts, que de leurs capacités professionnelles et leurs qualités personnelles. (Khatri BEN MOUSSA M. P55,2016).

- **Le choix de la profession**

Certaines motivations inconscientes ayant présidé au choix d'une profession d'aide sont également incriminées. En effet même si le besoin conscient d'aider autrui prime, il peut exister inconsciemment une problématique narcissique:

- Besoin de se sentir indispensable à quelqu'un;
- Besoin de se faire reconnaître ;
- Tentation de régler certains conflits personnels;
- Volonté d'emprise et de contrôle sur autrui.

- **Le manque de réalisme**

Le burnout serait une pathologie de l'idéal professionnel. Il semble alors que le jeune professionnel en cause a une vision idéaliste de son travail, mal adaptée aux dures réalités de la pratique. Le désir de « se donner » à la tâche, d'intervenir de façon déterminante dans la vie des patients, de croire à un soulagement immédiat pour des troubles évoluant depuis longtemps, a une fonction plutôt décourageante. Il y a lieu de se situer entre l'idéalisme rêveur désincarné et la désillusion mortifère. Il s'agirait probablement d'une forme d'« idéal du moi », acquise auprès de parents particulièrement exigeants pour leur enfant. Il est vrai que pour devenir soignant, il faut une bonne dose d'idéalisme et une sensibilité particulière à la misère humaine ; mais ces qualités poussées à l'excès pourraient devenir des handicaps à une carrière réussie et augmenter la propension à développer un épuisement professionnel. Ceci amène certains auteurs à énoncer l'idée selon laquelle le « BURN IN » est le lit du « BURN OUT » : «la flamme » motivationnelle du patient comporte donc, du point de vue préventif, son danger intrinsèque à savoir celui de l'obligatoire «extinction», à un moment ou l'autre de la carrière professionnelle: Le soignant idéal s'éteindra, l'idéal du soignant s'éteindra. D'où tout l'intérêt d'éteindre, à l'heure, l'idée du soignant idéal. (Khatri BEN MOUSSA M. P55,2016).

- **L'obsession du travail**

Devenant presque l'unique préoccupation de l'individu, ce dernier en devient obsédé comme « prisonnier du boulot ». Aussi les canadiens préfèrent-ils le terme « brûlure » : les sujets étant comme consumés par leur travail. (Khatri BEN MOUSSA M. P56,2016).

- **Les limites des capacités d'adaptation**

Le seuil de tolérance au stress varie d'un individu à l'autre : pour la même situation pénible, certains auront des réactions psychiques, émotionnelles et fonctionnelles, d'autres non. Il est donc important de reconnaître ses propres capacités d'adaptation et ses limites par rapport aux difficultés inhérentes au travail. (Khatri BEN MOUSSA M. P56,2016).

- **La notion de « *hardiness* »**

La "hardiness" que l'on peut traduire par «endurance, solidité, robustesse psychique voire hardiesse» aurait une influence sur l'apparition du burnout. En effet, les personnes répondant à ces traits de personnalité résisteraient mieux au stress.

- **Les croyances**

Avoir une croyance donne une direction dans la vie et peut être un moyen de faire face à une situation stressante.

- **Locus of control (LOC) :** D'après Rotter (1966), il existe des personnes qui pensent que ce qui arrive est la conséquence de ce qu'elles font, « une sorte de karma ». Elles ont un LOC interne. D'autres n'établissent pas ce lien. Elles ont un LOC externe. Avoir un LOC interne, donc croire que l'on contrôle les événements protège du burnout.
- **L'auto-efficacité :** D'après Bandura, l'auto-efficacité désigne la croyance en sa capacité à organiser et réaliser les conduites requises pour gérer les situations futures. La croyance d'être efficace influence la façon dont les individus pensent, se motivent eux-mêmes et agissent. Ceux qui croient en leur auto efficacité choisissent des buts plus défiants, s'engagent plus vers ces buts et sont plus motivés et plus performants. Ils sélectionnent un environnement plus défiant, leur laissant le choix de plus d'options de carrière, ce qui favorise leur développement personnel. L'expérience du succès apporte à son tour la validation empirique de l'auto-efficacité et du contrôle.
- **La religion :** La religion peut présenter un support pour l'individu, elle peut être un moyen d'adaptation face à une situation difficile (coping) et selon le type de religion, peut même apporter la relaxation. Elle peut ainsi être une ressource pour l'individu. Mais elle peut également être un médiateur de stress et l'accentuer, en renforçant par exemple le sentiment de devoir aider autrui et peut alors créer un sentiment de culpabilité, de honte ou de baisse de l'estime de soi ; si cette relation d'aide échoue.
- **L'absence de ressourcement affectif et social**

Comme autres causes reliées à la personne, notons l'absence en général d'un réseau affectif et social adéquat chez le professionnel épuisé. En effet, le soignant en voie d'épuisement ne s'accorde ni repos, ni loisirs, ni soins corporels. Il consacre peu de temps à l'affection de ses proches, de ses enfants ; il néglige de se recréer avec les amis, de prendre des vacances, etc.

On pourra arguer ici qu'il s'agit de l'effet plutôt que la cause ; or les choses ne sont pas si simples car comme le soulignent certains auteurs, la façon dont le soignant gère sa vie privée, sa vie familiale et sa vie sociale, contribue de façon significative à l'épuisement ou au ressourcement de ses énergies. Dans ce sens, le burnout pourrait être conçu quoique de façon partielle et incomplète, comme une faillite dans la gestion des énergies personnelles.

- **La vulnérabilité biologique :** S'agissant d'une pathologie associée au stress, la recherche d'éventuelles altérations biologiques chez les sujets manifestant des symptômes évocateurs de burnout s'est d'abord focalisée sur l'exploration de l'axe hypothalamo-hypophysé-adrénocorticotrope (HHA), dont l'activation sous-tend les réponses biologiques (en premier lieu la sécrétion de cortisol) aux agents stresseurs. Les psychopathologies qui mettent en jeu des anomalies fonctionnelles de l'axe HHA sont les troubles anxieux, la dépression et le syndrome de stress post-traumatique (SSPT). (Khatri BEN MOUSSA M. P57,2016).

De fait, l'exploration de l'axe HHA a conduit à la mise en évidence, chez au moins 50% des patients dépressifs, d'un déficit de son rétrocontrôle inhibiteur par le cortisol (test d'échappement à la dexaméthasone), en relation avec un contrôle épi-génétique négatif de l'expression de son récepteur (récepteur aux glucocorticoïdes) dans certaines structures cérébrales (hypothalamus, hippocampe, cortex frontal). Au contraire, chez les patients

souffrant de SSPT, l'anomalie fonctionnelle semble être davantage une exacerbation du rétrocontrôle inhibiteur de l'axe HHA. Bien que les dosages de cortisol dans la salive ou le sang confirment l'existence d'altérations fonctionnelles de l'axe HHA chez les sujets en burnout, les données publiées montrent une grande hétérogénéité, laissant à penser qu'elles pourraient s'apparenter en partie à la dépression, en partie au SSPT, voire correspondre à un état subclinique de l'une ou l'autre de ces psychopathologies. Le système immunitaire présente également des anomalies fonctionnelles majeures dans l'état de stress chronique, avec un particulier une augmentation de la production et de la sécrétion des cytokines pro-inflammatoires, notamment les interleukines IL-1, IL-6 et TNF alpha (Tumor Necrosis Factor). Cet état pro-inflammatoire, pourrait jouer un rôle dans la physiopathologie de la dépression et du SSPT puisqu'il a été montré que l'inhibition pharmacologique de la production de IL-1 et TNF alpha réduit certains de leurs symptômes. (Khatri BEN MOUSSA M. P58,2016).

Le burnout est, selon certains auteurs, également associé à une élévation des taux circulants de cytokines pro-inflammatoires. Or, d'autres auteurs n'ont rien trouvé de différence chez les patients et les témoins.

(Khatri BEN MOUSSA M. P58,2016).

Plusieurs facteurs trophiques comme le BDNF (Brain Derived Neurotrophic Factor), le EG (Vascular Endothelial Growth Factor) et l'EGF (Epidermal Growth Factor) ont été décrits comme présentant des taux circulants significativement différents chez des sujets en état de burnout comparativement à des sujets sains. En particulier, la baisse des taux sanguins de BDNF (au réveil) est intéressante parce qu'elle rappelle celle qui a été rapportée chez une proportion significative de patients déprimés ou souffrant de SSPT. Les données concernant le BDNF pourraient conforter l'idée que la physiopathologie du burnout s'apparente bien à celle de la dépression et/ou du SSPT. Il en est de même pour le VEGF puisque l'augmentation de ses taux circulants rapportée chez des sujets en burnout a déjà été signalée chez des déprimés sévères. Pour l'heure, peu d'investigations en neuroimagerie structurale ou fonctionnelle ont été mises en œuvre chez les sujets en burnout pour pouvoir établir une comparaison avec l'involution hippocampique et les autres observations rapportées à la fois chez les patients ayant présenté des épisodes dépressifs sévères répétés et chez ceux souffrant de SSPT. Le gène qui code le transporteur plasmique de la sérotonine (SERT) est particulièrement intéressant puisque ce transporteur est la cible moléculaire des antidépresseurs les plus prescrits en Occident:

- Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS). De fait, la diminution de la méthylation d'une région CPG du promoteur de ce gène qui a été rapportée dans les lymphocytes de sujets en burnout, pourrait entraîner une augmentation de l'expression du transporteur et de la recapture, et donc une baisse des taux extracellulaires de la sérotonine au niveau cérébral.
- De plus, Les chercheurs d'une étude menée auprès des femmes exposées au stress chronique, ont remarqué une sensibilité accrue au métabolite de la progestérone et gamma-aminobutyrique acide-A (GABA-A) du récepteur modulateur allopregnanolone. Et l'administration de flumazénil a conduit à une réponse inattendue agonistique plutôt que l'effet antagoniste sur l'allopregnanolone chez ces femmes-là ; mais pas chez les témoins. Les auteurs émettent l'hypothèse que les changements dans les sous-unités alpha 4 et delta du récepteur GABA-A ont eu lieu chez les femmes exposées à un stress chronique.
- Les études disponibles sur les mécanismes neurobiologiques indiquent donc la présence de changements structurels qui peuvent expliquer ce syndrome, mais de telles recherches, certes prometteuses, nécessitent une reproductibilité scientifique;

d'autant plus qu'il n'y a à ce jour aucun marqueur biologique capable de détecter ou affirmer le burnout.

En conclusion, le burnout reste une entité mal définie au plan biologique.

6.2 Facteurs externes

On admet qu'un certain nombre de facteurs ayant trait à l'individu et au milieu de travail semblent favoriser l'apparition du syndrome d'épuisement professionnel. On peut dire du burnout qu'il se définit au niveau de l'interaction de l'individu et de son environnement ; et plus précisément de l'interaction du fonctionnement psychosomatique de l'individu et de son environnement physique et psychosocial.

6.2.1 L'environnement physique

- **La spécialité**

Ce facteur est peu étudié. En fait, les recherches évaluent le burnout dans tel ou tel service, sans prendre en considération la spécialité initiale de l'infirmier.

- **Le service**

Toute personne engagée au quotidien dans une relation d'aide avec autrui et soumise à un stress professionnel chronique est susceptible un jour d'être atteinte du syndrome d'épuisement professionnel. Sont ainsi concernés, en première position, les infirmiers des urgences, de la réanimation et de soins intensifs. La plupart des études traitant le sujet de notre thèse sont menées auprès de cette catégorie d'infirmiers. Mais, est-ce que les infirmiers des autres services ne sont pas confrontés à des situations stressantes et à des patients difficiles à gérer ? En effet, Harkin et Melby n'ont trouvé aucune différence, dans les scores du burnout, entre les infirmiers dans les services médicaux et ceux des urgences.

Dans une étude évaluant le burnout chez les infirmiers des services pédiatriques, Sekol et Kim ont remarqué que le burnout était plus élevé chez les infirmiers de la chirurgie pédiatrique, plus que ceux exerçant dans les unités médicales, oncologique, de réanimation et des urgences.

- **L'horaire**

Certes, travailler la nuit aurait une influence plutôt négative sur le vécu du soignant. Mais c'est surtout l'aspect irrégulier des horaires qui épuise. En dehors de la fatigue consécutive au manque de sommeil, les gardes épuisent par leur caractère d'urgence et d'imprévisibilité.

- **La charge du travail**

Un volume de travail excessif peut être estimé à travers le nombre d'heures de travail par jour, le nombre de jours de travail par an, le nombre de patients par soignant ou le nombre de tâches journalières ou d'actes techniques à réaliser. La lourdeur des responsabilités attribuées, telle que la sollicitation pour l'enseignement et la recherche. Cependant, on signalera que cette notion de surcharge reste tout de même très subjective : «un soignant peut saturer à quinze patients par jours tandis qu'un autre peut en voir facilement trente».

- **L'organisation du travail**

Il ne s'agit donc plus du volume des tâches, mais de la manière dont elles sont exécutées ou envisagées. La défaillance peut être secondaire à :

- Un défaut de planification préalable des tâches ;
- Une mauvaise répartition des responsabilités ;
- Une ambiguïté voire un conflit des rôles, la notion d'esprit d'équipe faisant parfois défaut ;
- Une interruption des tâches ;
- Une mauvaise gestion du temps.

- **La demande continue de services**

Soigner des personnes atteintes de façon grave et/ou chronique constitue une source de stress continu et prolongé mettant à l'épreuve les mécanismes d'adaptation du professionnel concerné. Cette difficulté est encore plus accentuée par :

- L'absence de moyens permettant d'atteindre la qualité de travail exigé ;
- L'augmentation des attentes du public, à savoir des patients, de leurs familles mais aussi de la société.

6.2.2 L'environnement psychologique

La relation d'aide fait partie intégrante de la profession de l'infirmier. Cependant, une implication trop importante serait plutôt source de stress. Parmi ces aspects, on cite :

- Le contact permanent avec la mort, la morbidité, la peur et la souffrance ;
- La gestion de cas difficiles ou traumatisants ;
- L'impuissance face à certaines situations ;
- L'absence de guérison rapide, voire même l'absence de guérison
- L'incertitude des décisions thérapeutiques prises et la peur de l'erreur médicale;
- La confrontation quotidienne à des questionnements éthiques;
- Les situations conflictuelles entre les intervenants auprès d'un même patient alourdissent les journées de travail et génèrent du stress;
- Le manque d'échange, de communication, de soutien émotionnel et informatif.

6.2.3 L'environnement social

- **Le manque de reconnaissance**

Lorsque le soignant choisit de s'investir dans un métier purement relationnel et humain, il s'attend en premier lieu, à une appréciation positive de la part du malade mais aussi de la société. « Le merci d'un malade dont je me suis occupé est la plus belle récompense dans le métier, récompense à laquelle il s'attend est la reconnaissance du malade et de la société. » Or, entre cet idéal et la réalité, les écarts sont parfois cruels et la déception à l'égard des malades et de la société s'installe. L'acuité du soignant est ainsi mise en doute ou suscite méfiance et réprobation, des comptes lui sont même demandés.

- **Le sentiment d'insécurité**

- Physique et psychique :

Pouvant faire suite à un refus ou un reproche relatif à un geste, ou encore à l'état mental du patient. Les patients sont de plus en plus exigeants, leurs attentes ne sont plus modérées et l'erreur est inadmissible. Le nombre de procès intentés aux infirmiers est donc en nombre croissant ; la peur de la poursuite judiciaire ne fait que s'accroître par conséquent.

- Financière :

Lorsque l'on parle de salaire dans une profession aussi particulière où le soignant se donne en entier, l'attente doit être à la hauteur de cet engagement personnel et de l'amplitude des horaires. Or, à côté de la perte de la reconnaissance et du prestige de la profession, les infirmiers jugent que leur rémunération n'est plus à la hauteur de ces attentes.

- **Une situation professionnelle figée**

Les motivations dans le travail sont amoindries quand le soignant a l'impression d'être dans une impasse : celle de l'impossibilité d'avancement qui laisserait entrevoir de nouvelles responsabilités ou d'autres perspectives et de la stagnation dans le travail qui est alors vécu comme répétitif.

- **Les causes institutionnelles**

Dans ce cadre, on peut schématiquement distinguer les causes liées aux dysfonctionnements de la structure de soins elles-mêmes et celles liées au système de soins ou de formation.

- Dysfonctionnement de la structure de soins :
- La défaillance organisationnelle du service ;
- L'absence de communication horizontale (entre soignants) et verticale (avec les chefs de services)
- Les conflits internes et interprofessionnels;
- Le manque de soutien administratif pour fournir un système de valorisation efficace et un système de participation des professionnels aux destinées l'organisation et aux prises de décisions.
- Inadéquation du modèle hospitalier ;

L'image actuelle du premier contact des futurs infirmiers avec l'hôpital dans leurs stages hospitaliers est très loin d'une pratique personnalisée, faite d'écoute et de relation impliquant. En effet, le futur infirmier s'aperçoit de sa carrière d'avenir et du modèle de l'infirmier «Épuisé». L'impact ou le « transfert » de cet épuisement professionnel nécessite une étude à part. (Khatiri BEN MOUSSA M. P.52-62, 2016).

Conclusion :

Burn-out est trop souvent perçu comme un signe de faiblesse de la personne alors qu'il devrait aussi et surtout être perçu comme un point faible de fonctionnement de l'entreprise, un problème plus global. Ce qui engendre d'une part une stigmatisation totalement injustifiée de l'employé et d'autre part d'importants coûts qui doivent être pris en charge au final par la collectivité, que ce soit par l'augmentation des primes d'assurances ou des impôts.

Chapitre II :

Les infirmiers

Chapitre II : Les infirmiers**Introduction**

1. La naissance de la profession infirmière
2. Définition des concepts
3. La profession d'infirmier en Algérie.
4. Les objectifs de développement Durable et les soins infirmiers.
5. Les rôles propres de l'infirmier.
6. Les devoirs de l'infirmier.
7. Les droits de l'infirmier.
8. Diagnostic infirmiers

Conclusion

Préambule

La pratique infirmière tient à la fois de l'art et de la science; elle s'attache aux problèmes et besoins physiques, psychologique, sociologique, culturels et spirituels de l'être humain. L'infirmier(e) joue un rôle clé dans les structures de soins, puisqu'il est le relais entre le patient, le médecin et sa famille.

Dans ce chapitre on va voir comment le métier infirmier c'est évoluer a partir de son existence jusqu'aujourd'hui en essayant de comprendre son histoire et de connaître le sens du mot infirmier, la profession de l'infirmier, les objectifs, les rôles de l'infirmier, les droits, les devoirs, le diagnostic et on finalise avec une conclusion.

1 La naissance de la profession

Le mot « infirmier » vient du latin *in-firmus*, qui signifie « qui s'occupe des infirmes ». En effet, les « infirmiers/infirmières » s'occupaient principalement des lépreux, au moyen Âge. Les soins étaient considérés comme une activité sacrée, puisque dispensés par les ordres religieux, mais n'étaient pas plus reconnus. Ce n'est que de façon empirique, à la suite de guerres et conflits, en suivant l'évolution de la religion et des besoins de la société, que la discipline infirmière a petit à petit émergé et a pu s'affirmer. L'histoire de la profession infirmière a parcouru un chemin fascinant pour aboutir à la discipline que nous connaissons aujourd'hui.

Au XVII^e siècle, l'histoire des soins infirmiers connaît une baisse de régime. Avec l'augmentation de la popularité du protestantisme due à la réforme, les soins infirmiers se font plus rares à mesure que les monastères ferment leurs portes.

Bien qu'il y ait des infirmières et infirmiers remarquables, à l'instar de Stephen Girard qui, en 1793, soigne des malades pendant l'épidémie de fièvre jaune à Philadelphie, la pratique des soins infirmiers est surtout considérée comme une profession inappropriée et indécente, surtout pour les jeunes femmes célibataires. En raison du manque de personnel infirmier qualifié, ce sont souvent les femmes âgées de la famille ou les domestiques qui s'occupent des malades.

Grâce aux progrès rapides de la technologie au XX^e siècle et suite aux deux guerres mondiales, les soins infirmiers sont devenus plus importants que jamais et, par conséquent, le spectre de leurs fonctions s'est élargi. Dans les années 1920, les infirmières ont commencé à travailler avec les gouvernements pour fournir des soins aux femmes et aux enfants, en particulier au niveau de la nutrition, du soutien social et des soins médicaux. En 1951, la profession infirmière est devenue plus inclusive, les infirmiers étant autorisés à s'inscrire au

registre officiel, et dans les années 1960, le personnel infirmier s'est vu confier davantage de responsabilités avec l'apparition du personnel infirmier praticien. Dans les années 1970, il a été suggéré d'octroyer un diplôme en soins infirmiers et, en 1973, Jean Mc Farlane devient la première professeure en soins infirmiers en Angleterre.

Enfin, les soins infirmiers se sont à tel point développés qu'il existe une grande variété de personnel infirmier au sein du système de santé.¹

2 Définition des concepts

- **Infirmier selon l'OMS**

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS): « Le terme infirmier doit être appliqué aux seules personnes qui dans un pays sont appelées à donner les genres de soins infirmiers qui requièrent au plus haut point du dévouement, les connaissances techniques, et le sens des responsabilités.

- **Infirmier selon le dictionnaire médical**

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

- **Définition de l'art infirmier**

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

L'art infirmier se fonde sur un jugement professionnel dans les domaines de la promotion de la santé, de l'éducation à la santé, de la prévention de la maladie, des soins urgents, des soins curatifs, des soins chroniques et palliatifs. (CFAI, 2015, p.04).

- **L'exercice de La profession infirmière**

«Est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu. L'infirmière ou l'infirmier participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation de la santé et de formation ou d'encadrement... ». Code de la santé publique, Article L4311 La profession infirmiers signifie la science de la dotation et du prêt, et qu'elle concerne l'être humain dans son ensemble d'esprit, pour améliorer sa condition physique, psychologique et sociale, en lui fournissant les meilleurs services infirmiers en cas de maladie et en l'aidant à subvenir à ses besoins nécessaires, ce qui signifie que la profession infirmiers consistent à fournir des services de santé au patient et à l'aider à recevoir un traitement et à se rétablir de la maladie dont il souffre (Al-Tuwajri, 1428, P. 21).

3 La profession d'infirmier en Algérie

3.1 Conditions d'exercice de la profession d'infirmier en Algérie

- Première des choses il faut avoir des certificats scientifiques
- Certificat secondaire général:

C'est le certificat et la première étape de l'affiliation à toute profession, c'est une condition pour ceux qui souhaitent poursuivre une carrière en droit, en médecine et en ingénierie, Mais ce qui diffère, ce sont les notes que l'étudiant obtient, la branche qu'il étudie pour lui permettre d'aller au collège et la spécialisation qu'il désire. Tels que littéraires et industriels, ces branches ne leur permettent pas de se déplacer pour étudier les soins infirmiers, et la raison en est que cette profession exige que l'étudiant ait des connaissances en biologie, chimie et mathématiques, ce qui n'est pas disponible dans d'autres branches. Il exige également une certaine moyenne à des fins d'admission.

3.2 Diplôme ou Baccalauréat en sciences infirmières:

Cette étape comporte deux étapes: Affiliation au Collège des sciences infirmières d'une certaine université: elle donne droit à ses affiliés, après la période d'études, à un baccalauréat en sciences infirmières, et il est possible d'y étudier via le système d'heures, dans lequel

certaines heures sont fixées, Après cela, la personne qui l'a terminé avec succès obtient le certificat, et généralement le nombre de ces heures est d'environ 140-150 heures d'étude, et selon l'université, le système académique peut être basé sur le système des années. Dans lequel l'étudiant passe une période de quatre ans au sein de cette spécialisation, et il va sans dire que la plupart des cours d'études dans ces collèges sont en anglais et non en arabe, il est donc préférable que l'étudiant renforce cette langue et la maîtrise avant d'étudier cette spécialisation.

3.3 Formation d'infirmier dans un hôpital

Au cours de la période d'étude, les étudiants passeront en revue les hôpitaux dans le but de se former à cette profession dans la pratique.

Deuxièmement, les exigences éthiques:

- Bienveillance et gentillesse;
- Sincérité et dévouement au travail;
- L'honnêteté;
- Patience;
- L'endurance.

3.4 Rythme du travail de l'infirmier

Il ya différentes système chaque système différent a l'autre.

- Système surface : se fonctionne 40 heures par semaine.
- Système Brigade la nuit : du travail d'un travailleur de nuit ne peut accéder 8heures consécutives. Néanmoins, il peut être dérogé à cette durée maximale dans la limite de 12 heurs.

3.5 Spécialité de métier infirmier

- Préparateur en pharmacie
- Soins généraux.
- Biologie
- Assistant bloc opératoire.
- anesthésiste.
- sage femme.

3.6 Les avantages et les inconvénients de métier infirmier

6.2.4 Les avantages

- Le principal avantage c'est la relation humaine
- C'est un métier foncièrement humain;
- Il invite non seulement à partager une vie d'équipe, mais permet aussi de créer des liens forts avec les patients;
- L'aide et l'écoute;
- Crée une relation privilégiée bien avec les collègues;
- C'est un travail particulièrement diversifié, aucune journée ne ressemble à une autre;
- Le métier infirmier offre aussi une grande diversité de sa carrière.

3.7 Les inconvénients

- Le premier inconvénient est les horaires: En effet, un infirmier ou infirmière doit s'attendre à travailler les week-ends et les jours fériés.
- Cela demande aussi de travailler à des horaires décalés, de nuit comme de jour.
- Demande un grand sens des responsabilités.
- Demande une grande charge administrative.
- Doit sans arrête remplir des dossiers de soins par écrit.
- Accepter une certaine usure physique et psychologique plus qu'on doit supporter les patients autant mentalement que physiquement.

4 Les objectifs de développement durable et les soins infirmiers

Les Objectifs de développement durable ont été adoptés par les Nations Unies en 2015 pour prendre le relais des objectifs du Millénaire pour le développement (2000-2015). Ils consistent en 17 objectifs relatifs aux grands enjeux actuels de développement, notamment mettre un terme à la pauvreté et à la faim, améliorer la santé et l'éducation et combattre les effets des changements climatiques. Les 191 États membres des Nations Unies ont décidé

d'atteindre ces objectifs d'ici à 2030. La santé est au cœur du troisième objectif: «Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge».

Les soins infirmiers ont clairement un rôle essentiel à jouer pour atteindre cet objectif. Mais le travail des infirmières a aussi un impact majeur sur la réalisation d'autres objectifs, notamment l'éducation et la pauvreté, ce que l'on appelle souvent les «déterminants sociaux de la santé». Les déterminants sociaux de la santé sont les conditions dans lesquelles les individus naissent, grandissent, travaillent et vivent, et qui influencent leur état de santé et leur vie quotidienne. Si les infirmières améliorent la santé, leur travail influence aussi, bien souvent, les déterminants sociaux de la santé. Les infirmières comprennent le lien qui existe entre les conditions de vie en général et la santé des populations et des individus. La documentation que vous lisez en ce moment, et les études de cas qu'elle contient, exposent au grand jour ce lien et expliquent pourquoi les infirmières sont importantes non seulement pour améliorer la santé individuelle mais aussi pour réaliser les Objectifs de développement durable. (F. Hughes, J. Shemian. 2017, P.05)

- **Définition des soins infirmiers selon le Conseil international des Infirmiers (CII)**

"On entend par soins infirmiers les soins prodigués, de manière autonome ou en collaboration, aux individus de tous âges, aux familles, aux groupes et aux communautés - malades ou bien-portants – quel que soit le cadre. Les soins infirmiers englobent la promotion de la santé, la prévention de la maladie, ainsi que les soins dispensés aux personnes malades, handicapées et mourantes. Parmi les rôles essentiels relevant du personnel infirmier citons encore la défense, la promotion d'un environnement sain, la recherche, la participation à l'élaboration de la politique de santé et à la gestion des systèmes de santé et des patients, ainsi que l'éducation". (Ch. ETOC, Extrait du site : <http://www.ac-creteil.fr/SMS/idf/visite/ap-hp.htm>).

- **La démarche de soin infirmier**

La démarche de soins correspond à un processus intellectuel dynamique, continu et évolutif, structuré selon des étapes ordonnées, permettant d'analyser une situation de soins afin de déceler et de résoudre les problèmes d'une personne.

Elle comprend une analyse de la situation du patient et de sa symptomatologie et s'appuie sur un recueil de données (actuelles, passées, familiales, etc.) effectué par l'infirmier. Celui-ci va à la recherche d'informations significatives pour mieux comprendre la problématique du patient et fait des observations qui contribuent à l'élaboration de diagnostics infirmiers adaptés. C'est l'ensemble des données et observations recueillies qui permet l'élaboration d'un projet de soins individualisé.

- **Étapes de la démarche de soins**

La démarche de soins repose sur cinq grandes étapes: Le recueil de données, l'analyse des informations et l'identification des problèmes et besoins, la formulation des objectifs et des buts de soins, la détermination des interventions de soin, l'évaluation et le réajustement. Ces cinq étapes s'articulent en deux phases: la démarche clinique et le projet de soins.(fiche de soins infirmier en psychiatrie,(2019).).

5 Les rôles propres de l'infirmier

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

1. Les infirmières répondant à la définition donnée plus haut, Elles devront avoir une large culture générale ainsi qu'une formation professionnelle fondée sur des connaissances approfondies en matière de sciences physiques et sociales, de manière à posséder une base étendue et solide pour pratiquer efficacement les soins infirmiers et pour aborder l'enseignement infirmier supérieur. Elles devront se montrer capables d'administrer les soins infirmiers les plus délicats dans un service hospitalier ou au sein de la collectivité et d'exercer leur jugement pour prendre des décisions indépendantes, conformes aux principes scientifiques et cliniques ainsi qu'aux conditions du traitement ; en un mot, leur travail sera du niveau le plus qualifié.

2. le personnel infirmier apte à donner aux malades des soins généraux de caractère plus simple, demandant à la fois la compétence technique et l'aptitude aux relations humaines. Le personnel de cette catégorie devra être capable d'appliquer les traitements préventifs, curatifs et de réadaptation en tenant compte des besoins psychologiques et sociaux de chacun des malades.

3. le personnel infirmier chargé d'accomplir des travaux déterminés demandant beaucoup moins de discernement. Ce personnel devra être capable d'avoir de bons rapports avec les malades et d'exécuter fidèlement et sous surveillance les tâches pour lesquelles il a été formé. (Comité OMS d'expert des soins infirmiers, 1966, P.13).

6 Les devoirs de l'infirmier

- L'infirmier a le devoir de mettre en œuvre tous les moyens à sa disposition pour assurer à chacun une vie digne jusqu'à la mort.
- Il a notamment le devoir d'aider le patient dont l'état le requiert à accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement.

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

7 Les droits de l'infirmier

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

8 Diagnostic infirmier

8.1 Définition du diagnostic

L'énoncé d'un jugement clinique sur les réactions humaines physiques et/ou psychologiques/comportementales d'une personne, d'un groupe ou d'une collectivité.

8.2 Caractéristiques du diagnostic infirmier

Un diagnostic infirmier n'est correct que dans la mesure où les données recueillies sont fiables, précises et suffisamment complètes. Il s'énonce en 3 parties :

– Problème.

– Cause.

– Signes.

Pour poser un problème, il faut un minimum de 3 signes qui correspondent à/aux :

– Données objectives et subjectives ;

– Manifestations de dépendance ;

– L'existence d'une perturbation dans la satisfaction des besoins de la personne soignée.

• Causes

– Correspond à la source de difficulté ;

– Peut-être en lien avec un manque de connaissance, de volonté, de force physique et/ou psychologique, d'origine sociale ou culturelle ;

– L'infirmier en collaboration avec les autres professionnels de santé, va agir sur la cause pour enrayer le problème ;

– On ne met pas une cause médicale.

• Signes

– Sont identifiés par l'infirmier de préférence en équipe avec la collaboration d'autres professionnels de santé lors de l'analyse des données ;

– Indiquent ce qui doit être changé chez la personne soignée ;

– Déterminent l'objectif pour évaluer l'action.

- **Les infirmier(e)s son des diagnosticiens(ne)s**

Avec l'utilisation du terme «diagnostic infirmier», il est devenu manifeste que les infirmier(e)s sont des diagnosticiens(ne)s. Avant cette époque, le jugement clinique utilisé en pratique clinique pour décider de ce qui relevait des soins infirmiers était invisible ou non nommé. Aujourd'hui, dans les services de soins où les infirmier(e)s n'utilisent pas les diagnostics infirmiers, ou les utilisent, sans souci d'exactitude, l'invisibilité du rôle de l'infirmier(e) comme diagnosticien(ne) persiste. Avec l'initiation de cette classification formelle des diagnostics infirmiers, il est largement accepté que les infirmier(e)s sont des diagnosticiens(ne)s qui utilisent le raisonnement diagnostique en collaboration avec les patients afin d'identifier les meilleurs diagnostics pour choisir les interventions visant l'atteinte de résultats attendus par le patient (Nanda, international. 2009-2010.p, 06)

La démarche diagnostique en soins infirmiers diffère de la démarche diagnostique médicale en ce que, dans les situations où c'est possible, la personne ou les personnes qui sont la cible des soins infirmiers seront intimement associées comme partenaires des infirmier(e)s durant la collecte des données/bilan et la démarche diagnostique. C'est dû au fait que la cible des soins infirmiers est le bien-être et l'actualisation de soi de la personne. Les expériences de problèmes de santé ainsi que les réponses à ceux-ci et aux processus de vie des gens ont des significations différentes pour chacun d'eux et ces significations sont identifiées avec l'aide des infirmier(e)s. Il est aussi établi que les infirmier(e)s ne peuvent pas traiter la santé avec leurs diagnostics et interventions; ce sont les gens eux-mêmes qui adoptent des comportements de santé dans ce sens. Ainsi, afin d'atteindre des changements dans les comportements qui affectent la santé, c'est ensemble que les personnes et les infirmier(e)s doivent identifier les diagnostics les plus exacts, capables de guider les soins infirmiers pour parvenir à des résultats de santé positifs. Les interventions infirmières face aux diagnostics des réponses humaines offrent des voies complémentaires, à côté des problèmes traités médicalement, pour que la santé des gens soit promue, protégée et restaurée.

La cible des soins infirmiers est la «< santé >> des « êtres humains », deux des préoccupations scientifiques les plus complexes; plus complexes, par exemple, que la chimie ou l'astronomie. Les phénomènes reliés à la santé, tels que le sommeil, le bien-être ou la nutrition, sont complexes parce qu'ils impliquent des expériences humaines. Nous ne pouvons jamais savoir de façon certaine ce que les autres êtres humains vivent comme expérience;

néanmoins, le but des soins infirmiers est d'identifier les expériences ou les réponses des gens afin de les soutenir. En ce qui concerne les réponses humaines, il existe un très important chevauchement des signes associés aux diagnostics et beaucoup de facteurs contextuels, comme la culture, qui peuvent changer la perspective au sujet de « quel est le diagnostic ? ». Beaucoup d'études ont vérifié que les interprétations de cas cliniques sont potentiellement moins exactes que ce qui est indiqué par les données (Lunney, 2008).

Avec les diagnostics infirmiers comme fondement des soins infirmiers, les infirmier(e)s ont besoin de développer des compétences pour devenir des diagnosticiens(ne)s performant(e)s. Les diagnosticiens sont des personnes qui interprètent des données en lien avec leur champ d'expertise pour fournir des services appropriés; par exemple, un mécanicien automobile doit être capable de diagnostiquer pourquoi la voiture ne démarre pas et de la réparer. Un élément clé des interprétations des données est qu'elles sont sujettes à l'erreur. Un bon diagnosticien doit être attentif au fait qu'il y a toujours un risque concernant l'exactitude des interprétations de données. Par conséquent, devenir un(e) infirmier(e) diagnosticien(ne) requiert le développement de compétences et de caractéristiques personnelles et professionnelles.

Les deux propositions suivantes sont à la base du développement des compétences diagnostiques :

1. La capacité de diagnostiquer en soins infirmiers requiert des compétences dans les domaines intellectuel, interpersonnel et technique.
2. La capacité de diagnostiquer en soins infirmiers exige le développement de potentialités personnelles dans les domaines de la tolérance à l'ambiguïté et l'utilisation de la pratique réflexive. (Nanda, international.2009-2011.p, 08)

Conclusion

Les soins infirmier est un sujet vaste et complexe qui ne peut être isolé de l'ensemble encore plus vaste auquel il appartient, celui de la pratique soignante pluri professionnelle. Cette dernière relève d'une démarche soignante interdisciplinaire qui consiste à prendre soin d'une personne, c'est-à-dire aller à sa rencontre et l'accompagner en vue de déployer la santé. Par cette démarche, les infirmiers exercent la subtile mission de venir en aide à une personne en son existence. La qualité du soin est le fruit d'une intention, celle qui permet de penser et d'agir dans une perspective soignante.

Chapitre III :

Méthodologie de la recherche

Préambule

Dans ce chapitre, nous discuterons des procédures de terrain que nous avons suivies, sur la base de certains des Détails pour décrire la méthodologie et la conception de la recherche, et pour présenter les outils de recherche et leurs caractéristiques Psychométrie, en plus des procédures d'application sur le terrain et une description de l'endroit où la recherche est menée et la méthode utilisée à cet égard, et l'adressage de l'échantillon et la méthode de sélection de ses membres et de ses caractéristiques, Enfin, une description des différents traitements statistiques utilisés pour analyser les résultats

1 La méthode d'étude :

Afin d'effectuer notre étude, on a utilisé l'étude de cas qui est la méthode la plus appropriée pour répondre aux exigences de notre étude et pour mieux appréhender les différentes réalités qui s'y trouvent.

« La psychologie clinique désigne à la fois un domaine (celui de la psychopathologie) et une méthode (clinique) qui s'incère dans une activité pratique visant la reconnaissance et la nomination de certains états aptitudes, comportements dans le but de proposer une thérapeutique, une mesure d'ordre social ou éducatif ou une forme de conseil permettant une aide, une modification positive de l'individu. Les domaines d'intervention se composent de multiples champs qui ne se limitent ni aux sujets atteints de troubles mentaux ni à la stricte référence à la dimension individuelle. L'évolution de la discipline a entraîné l'apparition de nouvelles pratiques, de nouveaux lieux, de nouveaux objets : aide aux mourants, handicap, marginalité, souffrance sociale... institutions non psychiatriques (crèche hospital général, prison...), moments du développement normal (nourrisson, adolescent, sujet âgé ...). Quatre types de recherche existent; la recherche en clinique ; la recherche clinique, la recherche action et la recherche évaluative. Les méthodes et les techniques sont : l'observation clinique, l'entretien clinique, les tests et les échelles et enfin les questionnaires » (Fernandez L. Pedinielli J-L., 2006, P.41)

La méthode clinique comporte deux niveaux complémentaires: « le premier correspond au recours à des techniques (tests, échelles, entretiens...) de recueil in vivo des informations (en les isolant le moins possible de la situation « naturelle » dans laquelle elles sont recueillies et en respectant le contexte) alors que le second niveau se définit par l'étude approfondie et exhaustive du cas. La différence entre le premier et le second niveau ne tient pas aux outils ou aux démarches mais aux buts et aux résultats: le premier niveau fournit des informations sur un problème, le second vise à comprendre un sujet, ce que n'impliquent pas toutes les situations cliniques, notamment celles qui concernent la recherche sur des faits psychopathologiques ou d'adaptation » (Fernandez L. Pedinielli J-L., 2006, P.41).

Notre étude est donc clinique basée sur le cas. L'étude de cas qui fait partie de la méthode descriptive, selon Martyn Shuttleworth La conception descriptive de la recherche est une méthode scientifique consistant à observer et à décrire le comportement d'un sujet sans l'influencer d'aucune façon.

De nombreuses disciplines scientifiques utilisent cette méthode pour obtenir une vue d'ensemble du sujet, en particulier les sciences sociales et la psychologie. Certains sujets ne peuvent pas être observés autrement. Par exemple, l'étude de cas sociale d'un individu est une conception descriptive de la recherche et permet l'observation sans affecter le comportement normal.

C'est également utile lorsqu'il n'est pas possible de tester et de mesurer le grand nombre d'échantillons dont on a besoin les expériences de type plus quantitatif. Les anthropologues, les psychologues et les sociologues se servent souvent de ce type d'expériences pour observer les comportements naturels sans les influencer d'aucune façon.

2 Pré-enquête:

Nous n'avons pas effectué un pré enquête au sens stricte du terme mais juste une vérification au niveau de policlinique de Amizour dans le service psychiatrique, pour vérifier surtout la disponibilité des cas.

3 L'enquête:

Notre enquête a duré a peut près 31 jours, du 17/04/2022 au 17/05/2022, à une fréquence de 2 fois par semaine. L'entretien prend environ 45 minutes, et l'échelle une trentaine de minutes. Nos entretiens et la passation du test ont été effectués dans le bureau de la psychologue.

4 Présentation du groupe de recherche:

Notre recherche se focalise sur l'évaluation de burn-out chez les infirmiers de policlinique d'Amizour, On a limité notre recherche à deux (02) cas.

On a constitué une population composée de deux (02) cas.

Tableau N°01 : récapitulatif des caractéristiques du groupe d'étude.

Nom	Sexe	Age	L'état matrimonial
S	Féminin	41ans	Marié
M	Homme	55ans	Marié

5 Les outils d'investigation

5.1 L'entretien clinique:

- **L'entretien semi-directif:**

Dans la présente étude, un certain nombre de méthodes de mesure ont été utilisées dans le but de recueillir informations et données sur le personnel de recherche. Ces données ont été représentées dans un entretien aux fins de Collecte d'informations personnelles et professionnelles des cas. Nous avons également utilisé une échelle MBI pour vérifier existence de burn out ou non chez nos cas.

• **L’entretien clinique :**

Notre guide d’entretien est composé de six axes, chaque axe est constitué de questions en relation avec notre thème de recherche:

Axe 1 : information sur la vie privée et les relations familiales de l’infirmier.

Axe 2 : Etat de santé de l’infirmier et de sa famille.

Axe 3 : vie professionnelle de l’infirmier.

Axe 4 : le sommeil et la récupération de l’infirmier.

Axe 5 : les activités de l’infirmier en dehors des heures de travail

Axe 6 : la projection de l’infirmier dans l’avenir

• **Présentation de l’échelle MBI :**

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

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

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

Tableau N°02 : les dimensions du Burn-out

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

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

Tableau N°03 : les options de réponse au MBI

Cotation	Fréquence correspondante
0	Jamais
1	Quelque fois par ans
2	Une fois par mois

3	Quelque fois par mois
4	Une fois par semaine
5	Quelque fois par semaine
6	Chaque jour

- **La cotation :**

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

- **L'évaluation :**

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

- **Epuisement professionnel :**

Degré de Burn out

Total inférieur à 17 = bas

Total compris entre 18 et 29 = modéré

Total supérieure à 30 = élevé

- **Dépersonnalisation:**

Degré de Burn out

Total inférieure à 5 = bas

Total compris entre 6 à 11 = modéré

Total supérieur à 12 = élevé

- **Accomplissement personnel:**

Degré de Burn-out.

Total supérieur à 40 = bas

Total compris entre 34 et 39 = modéré

Total inférieur à 33 = élevé

Résumé du chapitre

Nous avons abordé dans ce chapitre la partie méthodologique de notre étude et où nous avons justifié la méthode adoptée et son adéquation avec notre thème de recherche et aussi les moyens utilisés à savoir : l'entretien clinique semi directif et le test MBI pour mesurer le burn out.

Cette étape est importante pour initier le chapitre suivant et qui concerne l'analyse des données.

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

Préambule

Après avoir présenté la méthodologie de 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.

- **Présentation et analyse des résultats**

Nous avons effectués les entretiens et administrer l'échelle du MBI auprès des infirmiers exerçants en différents services qui constituent notre groupe de recherche (2cas).

On s'est présenté en tant que psychologues, en stage pratique dans le cadre d'une recherche pour préparer un mémoire de fin de cycle. Puis nous informons les sujets de notre démarche (effectuer l'entretien et administrer l'échelle MBI), en soulignant les consignes à respecter, à savoir le respect de leurs anonymats et l'utilisation des résultats à des fins de recherche.

Cas 01 : Madame « S »

Présentation du 1^{er} cas

Mme « S » âgé de 41 ans, l'inné d'une famille de 3 frères et sœur. Marié, mère de trois enfants, ayant un bon niveau socioéconomique, son conjoint à un niveau scolaire secondaire, elle à 10 ans d'expérience professionnelle, elle travaille huit heures par jours et cinq jours par semaine.

Analyse de l'entretien

L'entretien avec Mme « S » à eu lieu dans le bureau des médecins, elle était accueillante et elle à facilement accepté de répondre à nos questions, elle était coopérative avec nous.

En première étape, nous avons abordé la discussion sur la signification de la profession « infirmier » selon elle et comment elle s'est retrouvée dans ce métier. Elle témoigne : « c'est un métier très sensible et intéressant, dans le milieu médicale, en plus on peut aider beaucoup de gens qui sont en besoin »

Nous avons commencé l'entretien sur sa conception sur le métier d'infirmier, elle dit qu'elle à choisie ce métier en sachant qu'il est fatiguant et charger, mais elle ne regrette pas ce quelle a fait, elle déclare « si je devrai refaire ma carrière, je choisirai de nouveau d'être infirmière parce que j'aime mon métier ».

Concernant, son service de vaccination, elle dit quelle est souvent en forme et elle aime bien l'ambiance au sein du service. On à remarquer qu'elle n'a pas donné des commentaires négatifs sur la nature de ces tâches et elle dit qu'elle ne trouve pas de difficulté a effectué toutes ces activités. Notamment, quand on a abordé ce que le service offre pour les infirmiers, madame « S » témoigne avec tristesse « malgré tout, mais le service ma beaucoup

déçu, on nous a pas fournit toutes les préventions nécessaires, pendant l'épidémie on nous a pas récompensés...etc.

A propos de ces relations socioprofessionnelles avec ces collègues et même les patients Mme « S » éprouve beaucoup d'affection, elle déclare « au travail je me sens toujours en forme, y a de l'ambiance avec mes collègues, on ce respects, les patient son gentilles, des fois stressants mais sa n'influence pas sur notre travail ».

La dernière partie de l'entretien, on la clôturé par des questions sur le burn out, on a constaté que Mme « S » et bien motivé pour son travail, mais ce dernier l'influence négativement sur le plan psychologique, elle témoigne « c'est vrai que je suis forte physiquement car je pratique le sport deux fois par semaines mais, moralement je suis fatigué, j'ai juste envie de prendre ma retraite et vivre paisiblement parce que les soins infirmiers est un métier fatigant »

L'essentiel de l'entretien qu'on a mené avec Mme « S » est sa satisfaction concernant son métier et sa confiance en ses capacités et sa confiance en soi, elle clôture son discours avec cette phrase et elle dit « je peux gérer toute sorte de situation, faut avoir la confiance en soi, si on veut on peut »

Enfin, selon l'entretien le seul conflit de Mme « S » est le stress chronique, mais malgré ce dernier elle garde toujours sa positivité et sa dynamique dans le service.

Présentation et analyse des résultats de l'échelle MBI :

Tableau du cas de Mme « S » : Résultats de l'échelle de l'épuisement professionnel (MBI)

Dimension d'épuisement Professionnel	Score	Niveau de chaque dimension	Score moyen de l'épuisement	Niveau d'épuisement Professionnel
Epuisement émotionnel	36	Degré élevé	30,66	Elevé
Dépersonnalisation	15	Degré élevé		
Accomplissement personnel	41	Degré élevé		

Le tableau ci-dessus présent, les résultats de l'échelle du MBI du Mme « S », d'après ces résultats, on remarque que Mme « S » manifeste un niveau d'épuisement professionnel élevé avec un score moyen de 30,66.

On démontre que notre cas a présenté un niveau d'épuisement émotionnel élevé avec un score de 36, un niveau de dépersonnalisation élevé avec un score de 15 et un niveau d'accomplissement personnel aussi élevé avec un score de 41.

En conclusion, notre cas présente un épuisement professionnel élevé, cela est bien aisé à partir des résultats obtenus de l'échelle MBI, ce qui indique que notre cas n'est pas motivé pour son travail, et a propos de la dépersonnalisation Mme « S », arrive à garder de bonnes relations, mais qui reste dans le cadre professionnel soit avec les collègues ou les patient. Concernant l'accomplissement personnel le score obtenu indique que notre cas à un sentiment de sécurité a propos de ses relations professionnelles.

Synthèse du cas de « S » :

L'analyse de l'entretien et les résultats de l'échelle MBI indique que notre cas souffre d'un niveau d'épuisement professionnel élevé, ce niveau est pathologique causé par les facteurs liés à la profession en elle-même et les facteurs liés à la qualité des tâches professionnelles et les déceptions reçu dans le service.

Cas 01:Mr « M »

Mr « M » est un homme âgée de 55ans, marié, père de 4enfants, il exerce le travaille d'infirmier, il a 36 ans d'expérience professionnelle dans le service, il travaille sept heure par jour de dimanche jusqu'à la fin de la semaine.

Analyse de l'entretien :

L'entretien avec Mr « M » s'est dérouler dans le bureau des médecins, il a accepté de répondre à nous questions, ses réponses sont rapide et claire, il parait très coopérante et se donne volontiers aux réponses à nos questions. Tout d'abord, nous avons abordé la discussion sur ce que la profession « infirmier »signifiait pour lui et il s'est retrouvé dans ce métier. Il a dit : « parce que j'adore travailler dans le domaine de la sante depuis que j'étais jeune, c'est mon rêve ! ».

Nous avons également parlé du type de service qu'il avait rendu, et qu'il est un spécialiste de tels services, nous il nous fait remarquer qu'il souffre pendant l'exercice de ses taches a cause de la pression et la charge du travail.

Le déroulement du travail est pénible il travaille tous les jours sauf le week-end il n'a pas le temps de se reposer pendant le travail, cela perturbe son sommeil et son rythme quotidien surtout sa vie privé.

Pour la nature de ses relations avec ses amis au travail et ses patients il nous dit qu'il a de bonnes relations avec tout le monde en général il essaie de paraitre sympas et bon, il aide les autres, parce que il aime son travail et aider les autres et qu'il doit faire son travail dans la règles et des bonnes conditions.

En ce qui concerne sa relation avec ses patients, c'est une relation forte et attachée, il les traite avec bienveillance et compassion, et comprend leur situation sociale comment c'était, et aidant le patient à se rétablir.

Il a également abordé comment il gère la situation du travail en parlant de la pandémie de corona: il déclare: « je n'avais pas la capacité et la force de travailler comme avant, mon humeur a changé et je suis devenu rapidement irritable et anxieux à cause des pressions au travail et de la gravité de cette maladie ».

Mr « M » dit : « j'ai 36 ans de service, je suis toujours au travail malgré plusieurs pathologies, je ne suis pas bien. Tout ce qui nous reste d'énergie est partie. Dans n'importe quel lieu de travail on trouve toujours trop de pression. Je veux juste ma retraite pour pouvoir continuer ce peu de temps qui me reste tranquillement ».

Présentation et analyse des résultats de l'échelle MBI :

Tableau du cas de Mr « M » : Résultats de l'échelle de l'épuisement professionnel (MBI)

Dimension d'épuisement Professionnel	Score	Niveau de chaque dimension	Score moyen de l'épuisement	Niveau d'épuisement Professionnel
Epuisement émotionnel	35	Degré élevé	24.66	élevé
Dépersonnalisation	12	Degré élevé		
Accomplissement personnel	27	Degré élevé		

Le tableau ci-dessus présente, les résultats à l'échelle du MBI de Mr « M », d'après ces résultats, on remarque que Mr « M » manifeste un niveau d'épuisement professionnel élevé avec un score moyen de 24.66.

Ceci montre que notre cas a présenté un niveau d'épuisement émotionnel élevé avec un score de 35, un niveau de dépersonnalisation élevé avec un score de 12 et un niveau d'accomplissement personnel aussi élevé avec un score de 27.

En conclusion, notre cas présente un épuisement professionnel élevé, cela est bien aisé à partir des résultats obtenus de l'échelle MBI, ce qui indique que notre cas est épuisé et fatigué dans son travail, et à propos de la dépersonnalisation Mr « M », arrive à garder de bonnes relations, soit avec les collègues ou les patients. Concernant l'accomplissement personnel le score obtenu indique que notre cas ne se sent pas en sécurité dans ses relations professionnelles.

Synthèse du cas de Mr « M » :

L'analyse de l'entretien et les résultats de l'échelle MBI indique que notre cas souffre de burn out à un degré élevé avec un score de 24.66, ce niveau pathologique est dû, selon les données de l'entretien et du test MBI, aux conditions de travail, les facteurs liés à la profession elle-même, les facteurs liés à la qualité des tâches professionnelles.

• Discussion des hypothèses :

On reprend dans ce chapitre, nos hypothèses pour pouvoir les discuter, selon les résultats obtenus dans la partie pratique. On rappelle que notre recherche concerne une population restreinte à savoir deux cas.

Discussion de la première hypothèse :

Les infirmiers qui travaillent de garde souffriraient d'épuisement professionnel

Les résultats de nos deux cas sont comme suit :

Cas de Mme « S » :

On a constaté que Mme « S » est bien motivé pour son travail, mais ce dernier l'influence négativement sur le plan psychologique, elle témoigne « c'est vrai que je suis forte physiquement car je pratique le sport deux fois par semaines mais, moralement je suis fatigué, j'ai juste envie de prendre ma retraite et vivre paisiblement parce que les soins infirmiers est un métier fatiguant ». Notamment, quand on a abordé ce que le service offre pour les infirmiers, madame « S » témoigne avec tristesse « malgré tout, mais le service m'a beaucoup déçu, on nous a pas fournit toutes les préventions nécessaires, pendant l'épidémie on nous a pas récompensés...etc. Enfin, selon l'entretien Mme « S » parle du stress chronique, néanmoins, elle dit que malgré ce dernier elle essaie de garder toujours sa positivité et sa dynamique dans le service.

Cas de Mr « M » :

Concernant le déroulement du travail est d'après ce qu'il a dit, il travaille tous les jours sauf le week-end il n'a pas le temps de se reposer pendant le travail, cela perturbe son sommeil et son rythme quotidien surtout sa vie privée. Nous avons remarqué aussi qu'il souffre pendant l'exercice de ses tâches à cause de la pression et la charge du travail.

Nous avons également discuté sur la façon dans laquelle il gère la situation du travail pendant la pandémie de corona : il déclare : « je n'avais pas la capacité et la force de travailler comme avant, mon humeur a changé et je suis devenu rapidement irritable et anxieux à cause des pressions au travail et de la gravité de cette maladie ».

Finalement, nous avons clôturé notre entretien avec le discours de Mr « M », il dit : « j'ai 36 ans de service, je suis toujours au travail malgré plusieurs pathologies, je ne suis pas bien. Tout ce qui nous reste comme énergie est partie, dans n'importe quel lieu de travail on

trouve toujours trop de pression. Je veux juste ma retraite pour pouvoir continuer ce peu de temps qui me reste tranquillement ».

On remarque que Mme S tout comme Mer M, souffrent de stress au travail et tout les deux parlent d'épuisement professionnelle et que la seule chose qu'ils attendent est la retraite. On peut dire que compte tenu du contenu du discours des deux cas au cours de l'entretien, Mme S et Mer M, souffrent du burn out. Compte tenu des données précédentes notre première hypothèse, stipulant que les infirmiers qui travaillent de garde souffriraient d'épuisement professionnel, est confirmée.

Discussion de la deuxième hypothèse :

Cas de Mme « S » :

Notre cas présente un épuisement professionnel élevé, cela est bien aisé à partir des résultats obtenus de l'échelle MBI, ce qui indique que notre cas n'est pas motivé pour son travail, et a propos de la dépersonnalisation Mme « S », arrive à garder de bonnes relations, mais qui reste dans le carde professionnel soi avec les collègues ou les patient. Concernent l'accomplissement personnel le score obtenu indique que notre cas à un sentiment de sécurité a propos de ses relations professionnelles.

L'analyse de l'entretien et les résultats de l'échelle MBI indiquent que notre cas souffre d'un niveau d'épuisement professionnel élevé, ce niveau est pathologique causé par les facteurs liés à la profession en elle-même et les facteurs liés à la qualité des tâches professionnelles et les déceptions reçu dans le service.

Cas de Mr « M » :

Notre cas présente un épuisement professionnel élevé, cela est bien aisé à partir des résultats obtenus de l'échelle MBI, ce qui indique que notre cas est épuisé et fatigué dans son travail, et a propos de la dépersonnalisation Mr « M », arrive à garder de bonnes relations, soit avec les collègues ou avec les patient. Concernent l'accomplissement personnel le score obtenu indique que notre cas ne se sent pas en sécurité dans ses relations professionnelles.

L'analyse de l'entretien et les résultats de l'échelle MBI indique que notre cas souffre de burn out à un degré élevé avec un score de 24.66, ce niveau est pathologique dû aux conditions de travail, les facteurs liés à la profession, les facteurs liés à la qualité des tâches professionnelles.

Compte tenu des résultats précédents notre deuxième hypothèse stipulant que les infirmiers touchés par le burn out présenteraient des signes de dépersonnalisation et/ou d'épuisement émotionnel et/ou de manque d'accomplissement personnel, est confirmée.

Conclusion générale

Conclusion

L'épuisement professionnel des infirmières reste l'un des sujets de recherche que nous pouvons voir participer non seulement à la recherche de psychiatres, mais aussi à la recherche de psychologues et des infirmiers. C'est un excellent sujet qui comprend les opinions et le travail de trois entités différentes scientifiques visent tous à améliorer la compréhension du syndrome.

Dans le cadre de notre recherche sur le burnout chez les infirmières à l'hôpital clinique de Béjaïa, nous avons réalisé cette recherche afin de voir si les infirmiers souffrent du burnout avec ces trois dimensions, c'est-à-dire le burnout passionné, dépersonnalisation et manque de satisfaction personnelle.

Confirmation du syndrome d'épuisement professionnel des infirmières notre étude s'est limitée à (02) cas, nous avons utilisé deux outils pour vérifier nos hypothèses, qui est l'échelle de Maslach (MBI) qui mesure le degré de l'épuisement et un entretien semi-directif pour recueillir les données nécessaires.

D'après les résultats de notre recherche, on a constaté que notre population d'étude affiche l'épuisement de degré élevé. Il a été observé que les infirmières les plus âgées dans la pratique de la profession est la plus touchée par le syndrome d'épuisement professionnel, et cela a été enregistré, le syndrome est causé par de nombreux facteurs qui favorisent son apparition dans des conditions de travail défavorables (manque d'équipement et de personnel, surcharge, taille de l'horaire) et facteurs relationnels (conflits personnels, manque de communications).

Enfin, nous avons conclu que le burnout est un risque pour la personne soignant dans le cadre médical.

Enfin, il convient de souligner que cette recherche demeure une expérience dans des conditions d'apprentissage à travers lesquelles nous avons beaucoup découvert et appris des choses, sur le plan personnel, humain, comme c'est une contribution positive sur le plan méthodologique. Nous nous sommes donc autorisés à toucher à l'un des problèmes de santé publique, puis comprendre leur vécu psychologique et leur souffrance. De plus, cette recherche a été une grande opportunité pour nous familiariser avec le terrain et l'univers de la recherche scientifique.

Liste bibliographique

Liste bibliographie

Les Ouvrages:

- 1) Boudoukha. A.h.(2009), traumatism psychologique, dound. Paris.
- 2) CANOUI, P et MAURANGES A, 2015, le burn out a l'hôpital, Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants, 5eme édition, Masson, Paris,
- 3) CANOUI, P et MAURANGES, A.2008, le burn out a l'hôpital, Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants, 4eme édition, Masson, Paris
- 4) Code de la santé public -Document généré le 09 juillet 2012- Copyright (C) 2007-2008 Legurance.
- 5) Document généré le 09 juillet 2012- Copyright (C) 2007 2008 Legurance
- 6) kinshasa.2016, loi n16-015.portant création organisation et fonctionnement des l'ordre des infirmiers en République démocratique du Congo.
- 7) Manuila.A.L, (2004). Dictionnaire médicale manuila, édition : Masson. Paris
- 8) Nanda international.(2009-2011). Diagnostics infirmier. :ND.
- 9) Pdf Profil professionnel et de compétences de l'infirmier responsable de soins généraux * Approuvé par le Conseil Fédéral de l'Art Infirmier en sa séance du 1er avril 2015 * Les dictionnaires

Theses:

M. Moulay Khatri BEN MOUSSA, Le burnout chez les infirmiers du centrehospitalier universitaire de Marrakech, université de Marrakech, 2016

Les sites

- Linda lowen .(2020).the story and définition of wet Nurs.repéré à : <http://www.thoghtco.com.history- and , définition- of – wet-murs3134000>.
- Gail Thomas.B,(2016).the History of nursing in the u.k. repéré :<https://www.memoriesofnursing.uk/ articles/a-breif-history-of-nursing-in- the- Uk>
- <http://www.ac-creteil.fr/SMS/idf/visites Ap-htm>.
- (A Brief Look at the History of Nursing), Advent Health University, 13 avril 2017, source: <https://online.ahu.edu/blog/brief-look-history nursing/> « History of Nursing », sans contributeur symbolique, 8 mai 2014,
- source: <https://www.nursingtimes.net/opinion/history-of nursing-08-05-2014/> «History of Nursing », Yolanda Smith, 27 février 2019, source: <https://www.news-medical.net/health/History-of Nursing.aspx>

Dictionnaire:

- Dictionnaire, petit Larousse de la médecine. Édition : La rousse. Les articles

Annexes

Annexe N°01

Un guide d'entretien

Bonjour monsieur (...), je vous remercie d'avoir bien voulu nous accorder de temps pour cet entretien.

Voilà, je suis étudiant(e) stagiaire en psychologie clinique, je prépare un mémoire académique pour comprendre le vécu des infirmiers(e) dans leur travail. Si vous êtes d'accord de participer à cette étude, en acceptant de répondre à certaines questions, qui sont dans le but de mieux comprendre cette catégorie de professionnels et surtout mieux les aider dans l'avenir en cas de besoins. Je vous affirme que tout ce que vous allez me dire, restera en secret et ne sera utilisé que d'une manière anonyme et dans le but de la recherche.

- Les informations personnelles :
- Prénom
- Age
- Le sexe : masculin/féminin
- Situation familial : marié/divorcé/célibataire
- Nombre d'enfant à charge
- Niveau socioéconomique :
- Niveau scolaire du conjoint/ ou de la conjointe :
- La profession du conjoint (e) :

Axe 01 : informations sur la vie privée et les relations familiales de l'infirmier:

1. Parlez-moi de vous
2. Parlez-moi de vos conditions de vie sur le plan matériel
3. Parlez-moi de votre vécu à la maison, avez-vous des plaisirs ?
4. Au cours de la pandémie, avez-vous des difficultés à gérer votre quotidien ?
5. devant des problèmes importants à qui vous vous adressez le plus souvent?
6. Quel type de problèmes que vous avez le plus souvent et auxquels vous aimeriez avoir un soutien?
7. Avez-vous le sentiment que vous êtes soutenu profondément?

Axe 02 : Etat de santé de l'infirmier et de sa famille :

1. Parlez-moi de votre santé
2. Parlez-moi de la santé des membres de votre famille, avez-vous des malades à votre charge ?
3. Parlez-moi de vos relations dans votre famille, avez-vous de bons échanges?

4. Parlez-moi de vos habitudes alimentaires
5. Faites vous du sport? Si oui, lequel ?

Axe 03 : vie professionnelle de l'infirmier

1. Parlez-moi de votre travail, comment vous l'avez choisi ?
2. Êtes-vous souvent en forme quand vous partez au travail ?
3. Sinon, comment vous sentez vous le plus souvent quand c'est l'heure d'aller au travail ?
4. Si vous devez refaire votre carrière, quel serait votre choix ?
5. Parlez-moi de vos relations au travail, avez-vous des collègues amis ?
6. Comment décririez-vous l'ambiance générale dans votre travail ?
7. Selon vous, serait –il mieux, si votre service fonctionnait autrement? Si oui, comment ?
8. Vous êtes accueillis dans quel service ?
9. Pendant la semaine combien de jours et de gardes travaillez-vous?
10. Combien d'heurs travaillez-vous et Comment jugez-vous votre horaire?
11. Prenez vous le temps de vous reposer pendant le travail ?
12. Avec l'épidémie, pourriez-vous me dire qu'est ce qui a changé dans votre travail?
13. Pensez-vous avoir de pression dans votre travail?
14. Pensez-vous qu'on vous a fournit toutes les préventions nécessaires
15. Avez-vous vécu des choses qui vous ont choqué dans votre travail ? si oui, lesquelles ?
16. Avez-vous reçu des récompenses pendant l'épidémie ? si oui, lesquelles ?

Axe 04 : le sommeil et la récupération de l'infirmier(e)

17. Parler moi de votre sommeil ? pensez-vous récupérer suffisamment après le travail?

Axe 05 : les activités de l'infirmier en dehors des heures de travail

1. En dehors de travail que faites-vous ?
2. Partagez vous des moments de distraction en famille ? (si oui, dites moi lesquels).
3. Pratiquez-vous régulièrement du sport ?
4. Avez-vous d'autres loisirs ?
5. Pensez -vous que l'épidémie a changé votre rythme quotidien ? si oui, comment ?

Axe 06 : La projection de l'infirmier dans l'avenir

1. Quelles sont vos projets en future ?
 - Nous avons terminé notre entretien je vous remercie pour votre collaboration, si vous avez des choses à rajouter, je vous écoute.

Maslach Burnout Inventory MBI

***. Cochez la proposition correspondant à votre réponse**

1) Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail

- Jamais
- Quelques fois par an
- Une fois par mois
- Quelques fois par mois
- Une fois par semaine
- Quelques fois par semaine
- Tous les jours

2) Je me sens à bout à la fin d'une journée de travail

- Jamais
- Quelques fois par an
- Une fois par mois
- Quelques fois par mois
- Une fois par semaine
- Quelques fois par semaine
- Tous les jours

3) Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail

- Jamais
- Quelques fois par an
- Une fois par mois
- Quelques fois par mois
- Une fois par semaine

- Quelques fois par semaine
- Tous les jours

4) Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort

- Jamais
- Quelques fois par an
- Une fois par mois
- Quelques fois par mois
- Une fois par semaine
- Quelques fois par semaine
- Tous les jours

5) Je sens que je m'effondre nerveusement à cause de mon travail

- Jamais
- Quelques fois par an
- Une fois par mois
- Quelques fois par mois
- Une fois par semaine
- Quelques fois par semaine
- Tous les jours

6) Je me sens frustré(e) par mon travail

- Jamais
- Quelques fois par an
- Une fois par mois
- Quelques fois par mois
- Une fois par semaine
- Quelques fois par semaine
- Tous les jours

7) Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail

- Jamais
- Quelques fois par an
- Une fois par mois
- Quelques fois par mois
- Une fois par semaine
- Quelques fois par semaine
- Tous les jours

8) Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop

- Jamais
- Quelques fois par an
- Une fois par mois
- Quelques fois par mois
- Une fois par semaine
- Quelques fois par semaine
- Tous les jours

9) Je me sens moralement épuisé et découragé

- Jamais
- Quelques fois par an
- Une fois par mois
- Quelques fois par mois
- Une fois par semaine
- Quelques fois par semaine
- Tous les jours

10) Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets

- Jamais
- Quelques fois par an
- Une fois par mois
- Quelques fois par mois

- Une fois par semaine
- Quelques fois par semaine
- Tous les jours

11) Je suis devenu(e) plus « insensible » aux gens depuis que j'ai ce travail

- Jamais
- Quelques fois par an
- Une fois par mois
- Quelques fois par mois
- Une fois par semaine
- Quelques fois par semaine
- Tous les jours

12) Je crains que ce travail m'endurcisse émotionnellement

- Jamais
- Quelques fois par an
- Une fois par mois
- Quelques fois par mois
- Une fois par semaine
- Quelques fois par semaine
- Tous les jours

13) Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades

- Jamais
- Quelques fois par an
- Une fois par mois
- Quelques fois par mois
- Une fois par semaine
- Quelques fois par semaine
- Tous les jours

14) J'ai l'impression que mes malades me rendent responsable de

certains de leurs problèmes

- Jamais
- Quelques fois par an
- Une fois par mois
- Quelques fois par mois
- Une fois par semaine
- Quelques fois par semaine
- Tous les jours

15) Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent

- Jamais
- Quelques fois par an
- Une fois par mois
- Quelques fois par mois
- Une fois par semaine
- Quelques fois par semaine
- Tous les jours

16) Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades

- Jamais
- Quelques fois par an
- Une fois par mois
- Quelques fois par mois
- Une fois par semaine
- Quelques fois par semaine
- Tous les jours

17) J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens

- Jamais
- Quelques fois par an
- Une fois par mois
- Quelques fois par mois

- Une fois par semaine
- Quelques fois par semaine
- Tous les jours

18) Je me sens plein(e) d'énergie

- Jamais
- Quelques fois par an
- Une fois par mois
- Quelques fois par mois
- Une fois par semaine
- Quelques fois par semaine
- Tous les jours

19) J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades

- Jamais
- Quelques fois par an
- Une fois par mois
- Quelques fois par mois
- Une fois par semaine
- Quelques fois par semaine
- Tous les jours

20) Je me sens stimulé(e) lorsque je travaille en contact étroit avec mes patients

- Jamais
- Quelques fois par an
- Une fois par mois
- Quelques fois par mois
- Une fois par semaine
- Quelques fois par semaine
- Tous les jours

21) J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail

- Jamais
- Quelques fois par an
- Une fois par mois
- Quelques fois par mois
- Une fois par semaine
- Quelques fois par semaine
- Tous les jours

22) Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement

- Jamais
- Quelques fois par an
- Une fois par mois
- Quelques fois par mois
- Une fois par semaine
- Quelques fois par semaine
- Tous les jours

Résumé :

Le burn-out ou épuisement professionnel est un syndrome qui concerne toutes les professions mais plus particulièrement les métiers de la relation d'aide comme les soins infirmiers. Le burn-out induit un épuisement émotionnel, une dépersonnalisation et une réduction de l'accomplissement de soi. Ce travail, basé sur une revue de la littérature, aborde le burn-out chez deux cas d'infirmiers.

Le stress est la source de la problématique. La surcharge de travail, la rupture de l'idéal, le manque de soutien, la confrontation à la souffrance et à la mort, le manque de reconnaissance au travail sont les principaux déterminants collectifs du burn-out. Les aspects individuels comme l'âge, les années d'expérience et la personnalité sont également des facteurs influençants.

Dans cette présente étude, nous avons étudié le burn out chez deux cas d'infirmiers et nous avons essayé de comprendre quel sont leur moyens de faire face à l'excès de stress.

Notre étude s'est basée sur l'entretien clinique et le test de Maslach (MBI). Nos résultats révèlent la présence du burne out chez nos cas et a révélé un ensemble de facteurs relatifs à chacun des deux cas que nous avons vu.

Mots clés : Burn out, infirmier, coping, MBI, entretien clinique semi directif

Summary :

Burn-out or professional exhaustion is a syndrome that affects all professions, but more particularly helping relationship professions such as nursing. Burnout induces emotional exhaustion, depersonalization and reduced self-fulfillment. This work, based on a review of the literature, addresses burn-out in two cases of nurses.

Stress is the source of the problem. Work overload, loss of ideals, lack of support, confrontation with suffering and death, lack of recognition at work are the main collective determinants of burnout. Individual aspects such as age, years of experience and personality are also influencing factors.

In this present study, we studied the burn out in two cases of nurses and we tried to understand what are their strategies to face the excess of stress.

Our study was based on the clinical interview and the Maslach test (MBI). Our results reveal the presence of burnout in our cases and revealed a set of factors relating to each of the two cases we saw.

Keywords: Burn out, nurse, coping, MBI, semi-directive clinical interview