



Université Abderrahmane Mira Bejaïa

Faculté des Sciences Humaines et Sociales

Département de Psychologie et d'Orthophonie

Mémoire de fin de cycle

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

Option : Psychologie Clinique

Thème

L'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL CHEZ LES ÉDUCATEURS POUR ENFANTS HANDICAPÉS MENTAUX

**Étude clinique de huit (08) cas âgés entre 27 ans à 50 ans.
Réalisée au centre psychopédagogique de Timezrit à (Bejaïa)**

Réalisé par

BENIDIRI Karim
BENRADI Mohand Ameziane

Encadré par

Dr. FERGANI Louhab

Année universitaire : 2024 / 2025

Remerciements

Tout d'abord, nous aimerons remercier Dieu, dont la lumière et la guidance nous ont accompagnées tout au long de ce parcours.

Avant tout, nous tenons à remercier notre encadreur, Mr Fergani Louhab pour sa précieuse guidance et son accompagnement tout au long de notre projet. Sa disponibilité, ses conseils éclairés et sa bienveillance ont été des éléments déterminants dans l'aboutissement de notre recherche. Grâce à son expertise et à ses encouragements, nous avons pu approfondir nos réflexions et surmonter les obstacles rencontrés.

Nous souhaitons également exprimer notre reconnaissance envers le centre psychopédagogique de Timezrit, où nous avons eu l'opportunité d'effectuer notre stage. L'expérience que nous y avons vécue a été enrichissante à bien des égards. Nous remercions toute l'équipe pour leur accueil chaleureux, leur soutien et leur disponibilité, notamment la psychologue Mme Amara Tassadit.

Les échanges que nous avons eus avec nos collègues ont été d'une grande valeur et ont largement contribué à notre apprentissage. Nous avons pu mettre en pratique nos connaissances théoriques et acquérir de nouvelles compétences qui nous seront précieuses dans notre futur métier.

Enfin, nous tenons à remercier nos familles et amis pour leur soutien inconditionnel tout au long de notre parcours. Leur encouragement et leur compréhension ont été des sources de motivation qui nous ont permis de mener à bien ce projet.

À toutes les personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à la réalisation de ce mémoire, nous vous adressons nos plus sincères remerciements. Votre aide et votre soutien ont été inestimables, et nous en garderons un souvenir chaleureux.

Merci à tous

Dédicaces

À mes parents, dont le soutien inébranlable et l'amour inconditionnel m'ont permis de surmonter chaque obstacle. Merci d'avoir toujours cru en moi et d'avoir été ma source d'inspiration.

À mes frères. Votre présence à mes côtés m'a toujours donné la force de surmonter les défis. Je vous dédie ce travail, en espérant qu'il vous rendra fiers.

À ma grande sœur, ma confidente et mon modèle. Ta force et ta détermination m'ont toujours motivé à donner le meilleur de moi-même. Merci d'être à mes côtés dans cette aventure."

Xarim

Dédicaces

Je dédie ce modeste travail à :

À toute ma famille, en particulier à mes piliers, mes chers parents, à qui je tiens à témoigner ma profonde gratitude pour leur accompagnement, leurs sages conseils et l'éducation qu'ils m'ont transmise. Que Dieu les bénisse d'une longue vie en bonne santé.

À mes chers frères, Que le lien fraternel qui nous unit continue de s'épanouir et de perdurer.

Je remercie chaleureusement tous mes amis, sans exception, et plus particulièrement Lotfi, Lamine, Zinedine, Mehdi et Toufik ainsi que mon binôme Karim, pour leur soutien. Merci aussi à tous ceux qui ont, d'une manière ou d'une autre, contribué à la réussite de ce travail.

Meziane

Liste des abréviations

- **C.P.P.E.H.M** : Centre psychopédagogique pour enfants handicapés mentaux
- **CIH** : Classification internationale du handicap
- **DP** : Dépersonnalisation
- **DSM** : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
- **EP** : Épuisement professionnel
- **IDEA**: Individuals with Disabilities Education Act
- **IMC** : Infirmité motrice cérébrale
- **IME** : Institut médicoéducatif
- **IMOC** : Infirmité motrice d'origine cérébrale
- **ISRS** : Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine
- **MBI** : Maslach Burnout Inventory
- **OMS** : Organisation mondiale de la santé
- **QI** : Quotient intellectuel
- **SEP** : Syndrome d'épuisement professionnel
- **SGA** : Syndrome général d'adaptation
- **TSA** : Trouble du spectre autistique

Liste des tableaux

Tableau 1: synthèse des informations générales relatives à notre groupe de recherche.	68
Tableau 2: Résultats de l'échelle du MBI du 1er cas :	79
Tableau 3: Résultats de l'échelle du MBI du 2eme cas :	82
Tableau 4 : Résultats de l'échelle du MBI du 3eme cas :	85
Tableau 5: Résultats de l'échelle du MBI du 4eme cas :	89
Tableau 6 : Résultats de l'échelle du MBI du 5ème Cas :	91
Tableau 7 : Résultats de l'échelle du MBI du 6emecas :	94
Tableau 8: Résultats de l'échelle du MBI du 7eme cas :	97
Tableau 9: Résultats de l'échelle du MBI du 8eme cas :	101
Tableau 10: Récapitulation des résultats de l'échelle MBI pour l'ensemble des cas.....	104

Listes des annexes

Annexes 1 : Le guide d'entretien	116
Annexes 2: Echelle Maslach Burn-out Inventory (MBI)	118

Sommaire

Introduction	1
PROBLÉMATIQUE ET HYPOTHÈSE	
PARTIE THÉORIQUE	9
CHAPITRE I : L'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL	
Préambule	11
1. Aperçu historique	11
2. Les notions liées à l'épuisement professionnel.....	12
3. Différentes définitions de l'épuisement professionnel :	13
4. Les dimensions de l'épuisement professionnel :	14
5. Les causes de l'épuisement professionnel :	15
6. Les symptômes du syndrome d'épuisement professionnel	16
7. Les mécanismes d'installation du burn out	17
8. Les approches explicatives de l'épuisement professionnel :	19
9. Les modèles théoriques du burn out	20
10. L'épuisement professionnel et les troubles psychiatrique :	23
11. La prévention du burnout	25
12. La prise en charge de l'épuisement professionnel :	27
Synthèse	29
CHAPITRE II : ÉDUCATEURS SPÉCIALISÉS	
Préambule	31
1. Histoire de l'éducation spécialisée	31
2. Définition de l'éducation	32
3. Les objectifs de l'éducation spécialisée :	33
4. Les tâches et le rôle de l'éducateur spécialisé.....	34
5. La relation éducative	35
6. Programme éducatif et ses finalités	36
7. L'équipe de prise en charge et d'éducation spécialisée :	37
8. Les lieux et les conditions de travail de l'éducateur spécialisé :	38
9. L'éducateur spécialisé et les pathologies prises en charge.....	38
10. Grades et missions des éducateurs spécialisés en Algérie :	41
11. Les difficultés rencontrées des éducateurs spécialisés en Algérie :	42
Synthèse	43
CHAPITRE III : HANDICAP MENTAL	
Préambule	45

1. Étymologie du mot handicap	45
2. Définitions	46
3. Les types d'handicaps.....	47
4. La classification de l'handicap mental selon le DSM 4	48
5. La prévalence et l'évolution et les critères diagnostiques du retard mental :	49
6. Les causes de l'handicap mental :.....	50
7. Les difficultés d'un handicap mental :.....	51
8. L'évaluation d'un handicap mental :	52
9. Les données statistiques relatives aux personnes en situation de handicap en Algérie :	53
10. Stratégies de prise en charge médicaux-éducative du handicap mental :	53
Synthèse	55
PARTIE PRATIQUE	
CHAPITRE IV : MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE	
Préambule	58
1. La pré-enquête.....	58
2. La méthode de recherche	59
3. Le choix de l'échantillon :	60
4. Les outils de recherche	61
5. Présentation du guide d'entretien	61
6. Présentation de l'échelle.....	62
7. Lieu de recherche	64
8. Déroulement de la recherche	65
9. Les difficultés rencontrées.....	66
Chapitre V : Présentation des cas et analyse des résultats	
Préambule	68
Présentations et analyse des résultats	69
1. Premier cas : Mme L	69
2. Deuxième Cas Mr A.....	72
3. Troisième Cas Mme « Z »	76
4. Quatrième Cas Mme N.....	79
5. Cinquième cas : Mme « Y »	82
6. Sixième Cas : Mme F	85
7. Septième Cas Mme T	88
8. Huitième Cas Mlle « K ».....	91
DISCUSSION DES HYPOTHÈSES.....	95
Synthèse	97

Conclusion	99
Liste bibliographique.....	101
Annexes.....	106
Table des matières	112

INTRODUCTION

Introduction

L'épuisement professionnel, aussi connu sous le nom de burn out, se caractérise par un épuisement physique, émotionnel et mental résultant d'un investissement prolongé dans des situations de travail émotionnellement exigeantes. Cela englobe un épuisement émotionnel, une perception pessimiste ou cynique du travail, une réduction de l'épanouissement professionnel et une baisse de l'efficacité du ou de la salariée. Ce phénomène peut se développer sur plusieurs semaines, voire des années.

Ce syndrome touche de nombreux travailleurs, quel que soit leur secteur d'activité. Il se manifeste généralement dans les professions sociales, où l'individu est constamment en interaction directe avec autrui, comme c'est le cas pour les médecins, les psychologues, les policiers, les enseignants et les éducateurs.

Les éducateurs pour enfants handicapés mentaux professionnels se trouvent fréquemment confrontés à des situations émotionnelles intenses, nécessitant une attention soutenue et une empathie considérable.

Les défis quotidiens, tels que la gestion de comportements difficiles et le soutien aux familles, peuvent provoquer un stress chronique. Par ailleurs, l'insuffisance de ressources et le manque de reconnaissance de leur travail peuvent aggraver ce sentiment d'épuisement. Les éducateurs peuvent éprouver une pression accrue pour atteindre des objectifs éducatifs tout en gérant leurs propres émotions. Cette situation peut entraîner une fatigue émotionnelle, une dépersonnalisation et une diminution du sentiment d'accomplissement personnel.

Dans ce mémoire, nous avons l'intention les différentes dimensions de l'épuisement professionnel chez les éducateurs spécialisés. Nous commencerons par étudier les facteurs de risque qui participent à ce phénomène, tels que la surcharge de travail, l'absence de soutien institutionnel et les émotions négatives associées à la prise en charge d'enfants en situation de handicap. Par la suite, nous mettrons en évidence les répercussions de cet épuisement, tant sur le plan personnel que professionnel.

Ce travail est structuré en chapitres, répartis entre une partie méthodologique, une partie théorique et une partie pratique. La première partie inclut l'introduction, la problématique et les hypothèses de la recherche, ainsi que la définition et l'opérationnalisation des concepts clés, mais aussi les raisons de choix de thème et les objectifs de la recherche.

La deuxième partie se compose de deux chapitres : la première traite de l'épuisement professionnel (burnout), présentant un aperçu historique, les notions liées à l'épuisement professionnel, les différentes définitions, les dimensions, les causes et les symptômes, ainsi que les mécanismes d'installation du burnout, les approches explicatives, et pour terminer la prévention et la prise en charge du burnout.

Le second chapitre aborde l'histoire de l'éducation spécialisée, les définitions, les objectifs de l'éducation spécialisée, les tâches et les rôles de l'éducateur, la relation éducative,

le programme éducatif et ses finalité, l'équipe de prise en charge et d'éducation spécialisée, les lieux et les conditions de travail de l'éducateur spécialisé, l'éducateur spécialisé et les pathologies prises en charge, et pour finir ce chapitre nous parlerons des grades et missions des éducateurs spécialisés en Algérie ainsi que des difficultés rencontrées des éducateurs spécialisés en Algérie : en précisant les rôles et objectifs.

La troisième partie comprend également deux chapitres. Le premier chapitre décrit le contexte de recherche, la méthodologie employée, les outils de recherche, la population ciblée et le déroulement de la pratique. Le second chapitre offre une analyse des huit cas examinés, une discussion des hypothèses, ainsi qu'une synthèse globale des cas. Pour valider nos hypothèses, nous avons mené un entretien semi-directif structuré autour de quatre axes : le premier axe concerne les données personnelles de l'éducateur, le deuxième axe traite du climat de travail, des relations professionnelles et des conditions de travail. Le troisième axe aborde la surcharge professionnelle, le volume horaire et les activités réalisées au centre. Enfin, le quatrième axe se focalise sur le climat familial de l'éducateur.

PROBLÉMATIQUE ET HYPOTHÈSE

1. Problématique

Dans les classifications contemporaines des troubles mentaux, notamment le DSM-5 et la CIM-11, le burn out n'est pas officiellement reconnu comme une maladie à part entière. Ce dernier est souvent décrit comme un état d'épuisement émotionnel, physique et mental, généralement lié à un stress chronique au travail. Bien qu'il ne soit pas classé comme un trouble mental, il est important de reconnaître ses effets sur la santé et le bien-être des individus.

Pour l'OMS, le burn out se traduit par un épuisement professionnel et plus précisément un sentiment de fatigue intense, de perte de contrôle et d'incapacité à aboutir à des résultats concrets au travail. L'INRS (Institut National de Recherche et Statistique) quant à lui décrit un syndrome d'épuisement professionnel et un ensemble de réactions consécutives à des situations de stress professionnel chronique. (COUTANCEAUX. R, 2016, p8)

En 1980, Freudenberger et Richelson mettent l'accent sur « l'épuisement des ressources internes de l'individu et sur la diminution de son énergie, de sa vitalité et de sa capacité à fonctionner, qui résultent d'un effort soutenu déployé par cet individu pour atteindre un but irréalisable et ce, en contexte de travail, plus particulièrement dans les professions d'aide ». (CANOÛÏ. P, MAURANGES. A, 2015, p10)

Le travail, s'il peut être un lieu d'épanouissement, peut aussi être un lieu d'épuisement. Ceci justifie la place du syndrome d'épuisement professionnel en psychopathologie du travail.

Ce sont l'accumulation et la répétition à moyen terme (2 à 5 ans selon les auteurs) de stress émotionnels qui vont être responsables de l'épuisement physique et psychique et d'un désinvestissement professionnel.

Le burn out est la traduction de l'accumulation et de la sommation d'événements face auxquels l'individu n'arrive plus à faire face. Il représente la mise en échec d'une transaction équilibrée entre le sujet et son environnement. Les événements auxquels il est soumis sont le plus souvent mineurs mais répétés et émotionnellement difficiles à vivre.

L'épuisement professionnel est secondaire à une accumulation de stress au niveau de la personne. Il faut penser le burn out comme un phénomène long et évolutif. Il est donc secondaire à un stress prolongé, répété et de longue durée s'intégrant dans un processus de réactions inadaptées de l'individu.

Les recherches sur le burn out prennent donc leur origine dans des services d'aide sociale ou de soins, dont la caractéristique principale réside dans la relation entre un « aidant » et un usager. La nature spécifique de ces professions qui prescrit une relation interpersonnelle (soignant/soigné, aidant/aidé) place d'emblée le burn out comme une transaction relationnelle entre une personne et une autre plutôt que comme une réponse individuelle de stress. Mais la perspective clinique ou sociale des articles initiaux va influencer les premiers travaux sur le burn out. (BOUDOUKHA. A, 2009, p12)

Le burn out fut introduit par Bradley dès 1969 pour qualifier des personnes présentant un stress particulier et massif en raison de leur travail. Ensuite repris par Freudenberg (1974) et Maslach (1976), le burn out connaît une expansion que l'on peut qualifier de phénoménale puisqu'il est tour à tour identifié chez les infirmières, les médecins, les enseignants, les assistants sociaux et, de manière globale, les personnes dont l'activité implique un engagement relationnel. La puissance d'évocation du terme burn out, parce qu'il reflète la réalité des personnes qui expérimentent des souffrances en raison de « leur travail », en fait un champ de recherche à la fois important et controversé. (BOUDOUKHA. A, 2009, p8)

Herbert Freudenberg (1974), qui fut l'un des premiers à écrire un article sur le burn out. Psychologue dans une *free clinic*¹ accueillant des patients toxicomanes, il remarque qu'un nombre de soignants perdent rapidement, en quelques années, leur dynamisme, leur engagement et leur motivation. Ce qui est le plus frappant pour l'auteur, c'est que ce phénomène apparaît chez des professionnels qui, au départ, étaient très enthousiastes et qui, au bout d'une année parfois, se plaignent de douleurs physiques, de fatigue et d'épuisement

Avec le début des années quatre-vingt, les recherches sur le burn out prennent une dimension plus systématique, empirique et quantitative, en utilisant des questionnaires et des études méthodiques sur un grand nombre de sujets. Le problème de l'évaluation est donc posé et un grand nombre d'échelles mesurant le burn out sont testées. (BOUDOUKHA. A, 2009, p11)

Les différentes études utilisent le même instrument de mesure le *Maslach burn out inventory* (MBI, 1981). Présenté en annexe page 223 le MBI évalue des catégories de travailleurs engagés dans des « relations d'aide ». (CANOUI. P, MAURANGES. A, 2015, p10)

L'épuisement professionnel touche principalement les professionnels tels que : les médecins, les infirmiers, les enseignants, mais aussi les éducateurs qui sont notre thème de recherche.

La problématique de l'épuisement professionnel a été initialement posée en contexte médical et soignant où les salariés sont particulièrement exposés au sentiment d'impuissance face à la maladie, à la mort et à la surcharge de travail. C'est dans ce cadre que Maslach et Jackson (1981, 1986) ont développé leur conception du burnout, sur la base d'études empiriques donnant matière à la création d'un outil de mesure, le Maslach Burnout Inventory (MBI), désormais communément utilisé en contexte soignant pour évaluer l'épuisement professionnel éprouvé. Dans une perspective issue des modèles développés en psychologie de la santé, il a été montré que le recours à l'expression d'un sentiment de contrôle personnel ou « contrôle interne » jouerait un rôle protecteur sur la santé et le bien-être émotionnel en réduisant la portée des événements de vie stressants et en favorisant l'adoption de styles de vie sains et de comportements de prévention ou d'attitudes optimistes. Ces modèles s'appuient sur la notion de locus of control (LOC) élaborée par Rotter (1975) qui décrit le lien causal que les individus établissent (LOC interne) ou non (LOC externe) entre leurs actions

ou capacités et les renforcements qu'ils obtiennent. Le LOC relève de dispositions cognitives (croyances et représentations) ou traits de personnalité activés dans certaines situations spécifiques, et différencie les individus de façon stable et consistante dans la façon dont ils expliquent a priori les renforcements qu'ils obtiennent en fonction de leurs conduites. (Esnard. C, 2013, P 4)

Les éducateurs pour enfants handicapés mentaux jouent un rôle très essentiel, notamment dans le développement et le bien-être de ces enfants. Ils travaillent souvent dans des environnements exigeants, où ils doivent faire preuve de patience, de compréhension et d'empathie. Leur mission est d'accompagner ces enfants dans leur apprentissage et leur intégration sociale. Cependant, ce métier peut également entraîner un épuisement professionnel, souvent appelé "burn-out". Les éducateurs peuvent se sentir submergés par la charge émotionnelle de leur travail, les défis quotidiens et le manque de ressources. L'épuisement professionnel peut se manifester par une fatigue intense, une diminution de la motivation et un sentiment de détachement vis-à-vis de leur travail.

Cette profession qui est « l'éducation » est un enseignement des règles de conduites sociales, et formation des facultés physiques, morales et intellectuelles qui président à la formation de la personnalité. (Larousse, 2005, p160)

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'éducation des enfants en situation de handicap intellectuel a pour objectif de créer un environnement d'apprentissage adapté à leurs besoins particuliers. Cela implique des approches pédagogiques individualisées, des outils spécialisés et un accompagnement psychologique, dans le but de stimuler leur épanouissement cognitif, relationnel et affectif. L'enjeu est de les aider à développer leurs compétences, à renforcer leur autonomie et à favoriser leur inclusion sociale de manière optimale.

Le travail de l'éducateur dans un centre psychopédagogique pour enfants handicapés mentaux est souvent source de difficultés, il comporte plusieurs risques : le stress, la fatigue, l'épuisement, l'usure, le mal-être, les frustrations et l'insatisfaction. La spécificité de chaque handicap de ces enfants nécessite de sa part des efforts considérables.

Cette profession qui est l'éducation spécialisée est : « une éducation générale qui met l'accent sur les compétences pratiques et professionnelles pour les enfants souffrant de l'handicap mental et physique ainsi que des maladies psycho-neurologiques et de graves maladies somatiques » (Oecd, 2001, p. 141)

Dans le cadre de l'enseignement spécialisé, Eton, Anthony, Manel et Garrison (1990), Nicols et Sosnowsky(2000), Whitaken(2000), ont montré que cette catégorie de professionnels de l'enseignement sont particulièrement à risques de burn out, les autres parlant même d' « épidémie » de burn out et de décrochage professionnel (abandon de la profession). En effet, parmi les enseignants et enseignantes qui souffrent de burn out que ceux qui quittent la profession, il y a une surreprésentation de professionnels intervenant dans le contexte spécialisé.

C'est pourquoi nous avons entrepris une étude pour approfondir ce sujet et comprendre ce qui se cache derrière ce phénomène psychopathologique. Dans cette optique, nous avons jugé pertinent de répondre à toutes ces interrogations en formulant les questions suivantes :

Les éducateurs pour enfants handicapés mentaux souffrent-ils du syndrome d'épuisement professionnel ? Si c'est le cas, quel est le niveau de cet épuisement ?

2. Hypothèse de la recherche

Afin de répondre aux questions précédentes, nous pouvons aboutir aux hypothèses suivantes :

Oui, les éducateurs pour enfants handicapés mentaux souffrent d'épuisement professionnel. Cet épuisement se manifeste à des degrés variés :

- L'épuisement professionnel chez les éducateurs spécialisés pour enfants handicapés mentaux se traduit par un niveau élevé d'épuisement émotionnel.
- Cet épuisement professionnel se manifeste également par une forte dépersonnalisation chez ces éducateurs.

- De plus, les éducateurs pour enfants handicapés mentaux ressentent un important manque d'accomplissement personnel en raison de cet épuisement professionnel.

3. Définition et opérationnalisation des concepts clés

Le travail : Le travail est une activité organisée qui mobilise des efforts physiques ou mentaux afin de produire un résultat en réponse à un besoin. Par cette contribution, l'individu assume un rôle social reconnu.

L'épuisement professionnel : L'épuisement professionnel est un état psychologique causé par une accumulation de pressions et du stress durable dans le cadre du travail. Il se caractérise par une fatigue émotionnelle intense, une dépersonnalisation et une réduction de l'accomplissement personnel. Il se traduit par une baisse d'énergie et de motivation et des difficultés à se concentrer, à maintenir un équilibre émotionnel et à faire face correctement aux exigences du poste.

L'éducation : L'éducation est une démarche qui cherche à former l'individu dans toutes ses dimensions. Elle consiste à accompagner la personne dans sa croissance, sur le plan personnel et social, en mobilisant ses potentialités selon les valeurs et les normes de son milieu social.

L'éducateur spécialisé : L'éducateur spécialisé, un médiateur entre la personne en difficulté et la société, son rôle consiste à aider et accompagner les individus en situation de handicap dans leur développement en mettant en place des stratégies éducatives adaptées et spécifique à chaque individu. Son rôle inclut bien plus que cela il doit favoriser leur autonomie, leur insertion sociale et les guider pour qu'ils donnent le meilleur d'eux-mêmes.

L'handicap : C'est la situation dans laquelle une personne rencontre des difficultés réaliser certaines tâches de la vie quotidienne, en raison d'une déficience physique ou mentale ou bien psychique. Il s'agit d'une situation qui nécessite des mesures d'accompagnement pour permettre à ces personnes d'exercer leur autonomie et d'avoir les mêmes droits que les autres.

L'handicap mental : L'handicap mental est une altération du fonctionnement intellectuel qui limite les capacités cognitives et communicatives de l'individu. Ce qui peut affecter ses interactions sociales et sa capacité de à gérer de manière autonome ses tâches et ses responsabilités quotidiennes.

4. Les raisons du choix de thème

Le choix d'explorer le thème de l'épuisement professionnel chez les éducateurs d'enfants présentant des handicaps mentaux repose sur plusieurs considérations significatives.

En premier lieu, ce domaine de recherche revêt une importance capitale, car les éducateurs jouent un rôle essentiel dans le développement et le bien-être des enfants en situation de handicap. Leur engagement et leur dévouement sont primordiaux pour créer un environnement d'apprentissage et de soutien adapté, mais cette responsabilité peut également engendrer un stress considérable.

Par ailleurs, l'épuisement professionnel, ou burnout, est un phénomène de plus en plus reconnu dans le secteur de l'éducation spécialisée. Les éducateurs se trouvent souvent confrontés à des défis émotionnels et psychologiques intenses, tels que la gestion de comportements difficiles, le manque de ressources et un soutien insuffisant. En étudiant ce sujet, nous visons à mettre en lumière les facteurs qui contribuent à cet épuisement, afin de mieux appréhender les enjeux auxquels ces professionnels sont confrontés au quotidien.

En outre, la recherche sur l'épuisement professionnel dans ce contexte peut avoir des implications pratiques significatives. En identifiant les causes et les manifestations de cet épuisement, il devient possible de développer des stratégies de prévention et d'intervention appropriées. Cela pourrait non seulement améliorer la qualité de vie des éducateurs, mais également renforcer la qualité des services offerts aux enfants en situation de handicap mental.

Enfin, ce sujet présente une pertinence sociale indéniable. À une époque où la sensibilisation aux questions de santé mentale et de bien-être au travail est en pleine expansion, il est crucial de porter une attention particulière aux professionnels œuvrant dans des domaines aussi exigeants. En mettant en lumière l'épuisement professionnel chez les éducateurs d'enfants handicapés mentaux, nous espérons contribuer à une meilleure compréhension de cette problématique.

5. Les objectifs de la recherche

Tout d'abord, l'un des objectifs majeurs consiste à mesurer le degré d'épuisement professionnel chez les éducateurs, en se basant sur les dimensions évaluées par l'échelle MBI, à savoir l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et le sentiment d'accomplissement personnel.

Un autre objectif essentiel consiste à examiner les facteurs de risque liés à l'épuisement professionnel. Cela implique d'analyser les conditions de travail, les ressources à disposition, le soutien institutionnel, ainsi que les caractéristiques individuelles des éducateurs, telles que leur expérience, leur formation et leur résilience.

La recherche a également pour but d'étudier les répercussions de l'épuisement professionnel sur la qualité des soins et de l'éducation dispensés aux enfants ayant des troubles mentaux. Un éducateur souffrant d'épuisement peut rencontrer des difficultés à fournir un soutien adéquat, ce qui peut affecter le développement et le bien-être des enfants.

Enfin, un objectif fondamental de cette étude est de proposer des recommandations concrètes pour prévenir et gérer l'épuisement professionnel. Cela pourrait inclure des stratégies de soutien psychologique, des programmes de formation continue, ou encore des initiatives visant à améliorer les conditions de travail. En mettant en œuvre des mesures tangibles, nous souhaitons contribuer à un meilleur équilibre entre le bien-être des éducateurs et la qualité de l'accompagnement offert aux enfants ayant des troubles mentaux.

PARTIE THÉORIQUE

CHAPITRE I : L'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL

Préambule

L'épuisement professionnel, également connu sous le terme de burn-out, est un sujet de recherche qui a suscité un vif intérêt au cours des deux dernières décennies.

Dans le cadre de notre étude, nous nous sommes penchés sur l'épuisement professionnel chez les éducateurs travaillant dans un centre psychopédagogique pour enfants en situation de handicap mental. Ce chapitre vise à explorer ce phénomène en abordant son historique, ses définitions, ses dimensions, ses causes et les mécanismes de son installation. Nous présenterons également les principales approches explicatives, les modèles théoriques, ainsi que les stratégies de prévention et de prise en charge de ce syndrome.

1. Aperçu historique

L'origine du Burn Out est succincte, mais elle fournit un éclairage sur les problèmes liés à son acceptation par la communauté scientifique.

Suite à nos multiples lectures, nous avons constaté qu'il serait inexact de réduire la notion d'épuisement professionnel à ses origines dans les années 70 aux États-Unis. En France et ailleurs, on constate l'existence de pionniers qui proposent diverses interprétations, mais qui partagent une approche similaire concernant la fatigue au travail : surcharge cognitive, épuisement des dirigeants, syndrome subjectif partagé de la fatigue nerveuse, états d'épuisement.

Le psychiatre français Claude Veil écrit dans *Concours Médical*, intitulé "premium non nocer". L'état d'épuisement au travail 1959 : « Responsable des consultations de psychiatrie du travail, la notion d'état d'épuisement s'est révélée être un excellent outil intellectuel pour comprendre et traiter des cas inquiétants qui ne rentrent pas dans la nosologie classique.

L'état d'épuisement est à rencontre entre l'individu et la situation. Les deux sont complexes et il faut se garder d'une simplification abusive. (Canoui. P, Mauranges. A, 2015, p5)

Le terme d'épuisement professionnel sera utiliser pour la première fois par H.B.Bradley en 1969 dans son article « community- basedtreatment for Young adulte offenders » pour desiner un stress particulier au travail. (Berclaz. M, 2013, p.8)

Le terme syndrome d'épuisement professionnel a été inventé presque simultanément sur les côtes est et ouest des États-Unis dans les années 1970. Il s'agit d'un problème social plutôt que d'un problème théorique. L'ubiquité des lieux de naissance est révélatrice du fait que du problème.

L'expression burn out fait son apparition dans le vocabulaire psychologique en 1970, lorsqu'Herbert Freuden berger l'emploie pour caractériser les manifestations de fatigue, d'épuisement, de frustration, de sentiment d'impuissance et de dévalorisation qu'il constate

parmi les jeunes volontaires travaillant dans une clinique dédiée aux toxicomanes. Freudenberg a observé une fréquence élevée parmi les personnes actives qui ont du mal à accepter les différences et un idéal trop marqué. Freudenberg considère le burn-out sous un angle clinique, le percevant comme une affection psychologique qui a des impacts au niveau somatique, comportemental et cognitif

Aux alentours de 1975 à San Francisco, Christina Maslach a également été exposée au terme syndrome d'épuisement professionnel, utilisé parmi les spécialistes du sauvetage et des urgentistes. On l'utilisait sur des collègues ayant développé une attitude cynique, insensible et pessimiste envers les personnes qu'ils supervisaient. Afin de mieux définir ce concept, Ch. Maslach et son équipe ont mis au point un outil d'évaluation, le Maslach Burnout Inventory (MBI, 1981), qui permet d'évaluer différentes catégories de travailleurs impliqués dans des relations d'aide. (Canoui. P, Mauranges. A, 2015, p5,6)

En conclusion l'épuisement professionnel, longtemps perçu comme une faiblesse individuelle, s'est imposé comme un phénomène sociétal et systémique au fil des décennies. Des premières observations cliniques du XX^e siècle, comme celles de Freudenberg ou Maslach, à sa reconnaissance par l'OMS en 2019 comme un phénomène lié au travail, son histoire reflète l'évolution des relations entre le travail et la santé mentale et les exigences économiques actuels.

2. Les notions liées à l'épuisement professionnel

Actuellement, 3 expressions, à tonalité différente sont utilisées au niveau mondial pour nommer le syndrome :

Burn out, syndrome : Le verbe to burn out peut signifier : échouer, s'user, devenir épuisé devant une demande trop forte d'énergie, de forces, de ressources. Il évoque une combustion totale, la réduction en cendres d'un objet entièrement consumé dont toute la matière aurait disparu. L'image inspirée de l'industrie aérospatiale demeure la plus évocatrice : le terme de « burnout » désigne l'épuisement de carburant d'une fusée avec comme résultante la surchauffe et le risque de bris de la machine.

Karoshi : C'est le terme japonais. C'est un terme à connotation violente qui signifie « mort par excès au travail » (Karo = mort, shi = fatigue au travail). Ce terme reflète la culture japonaise, gouvernée par la notion du bien collectif avec pour le salarié, la notion de sacrifice de soi élevé, pour satisfaire avant tout aux exigences des autres et de son entreprise. 20 Il s'agit de 'Vivre et mourir' pour l'entreprise, tant la pression, le souci d'excellence, le profit et la rentabilité dominant. Ce terme s'éloigne de la relation d'aide et de son usure pour davantage prendre en compte les conséquences, parfois mortelles, des conditions de travail.

Syndrome d'Epuisement Professionnel (SEP) : C'est le terme utilisé et qui s'est imposé en langue française malgré les critiques : terme vague, semblant couvrir tous les effets du travail sur l'individu, qui n'est qu'un pâle reflet du terme plus imagé de burnout. NB.

Usure professionnelle ou au travail sont également utilisés et mettent l'accent sur la notion d'évolutivité et de progression du phénomène. (Canoui. P, Mauranges A, 2015, p9)

3. Différentes définitions de l'épuisement professionnel :

Une définition pour éviter la confusion : Le risque de confusion peut être aussi grand que l'engouement que ce terme soulève. Les principaux risques de confusion sont :

- Faire du Syndrome d'épuisement professionnel un « fourre-tout » dans lequel viendront prendre place toutes les revendications professionnelles et/ou corporatistes.
- Méconnaître de réelles pathologies psychiatriques qui prendraient le masque du burn out.

- Confondre l'EP et l'Insatisfaction au travail alors qu'il est important de les distinguer en Psychopathologie du Travail. Le burn out : Un Enjeu économique considérable. L'importance du phénomène au sein des professionnels de santé permet d'extrapoler l'incidence de l'épuisement professionnel sur les soins et les conséquences socio-économiques et financières, et d'imaginer son impact à défaut de pouvoir l'évaluer.

Définitions

- En 1974, Herbert J. Freudenberger propose une première définition du burn out fondée sur celle du dictionnaire Webster, dont D. Bérard et A. Duquette donnent la traduction suivante : « *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.* ». (Canoui.P 2008 p10)
- D'après D. Bédard et A. Duquette pour eux : L'épuisement professionnel est une expérience psychique négative vécue par un individu, qui est liée au stress émotionnel et chronique causé par un travail ayant pour but d'aider les gens. (Canoui, P 2008 p15)
- Le burn out est un état d'esprit durable, négatif et lié au travail affectant des individus "normaux. Il est d'abord marqué par l'épuisement, accompagné d'anxiété et de stress dépassé (distress), d'un sentiment d'amoindrissement de l'efficacité, d'une chute de la motivation et de développement de comportement dysfonctionnel au travail. Cette condition physique est progressive et peut longtemps passer inaperçue du sujet lui-même. Elle résulte d'une inadéquation entre les intentions et la réalité professionnelle » (Schaufeli, W.B., &Enzmann, D, 1998, p. 36)
- Pour Pines, Aronson et Kafry (1981) Le Burnout est caractérisé par un épuisement Physique, par un sentiment d'impuissance et de désespoir, par un assèchement émotionnel et par un développement du concept de soi négatif et d'attitudes négatives envers son travail, la vie et les autres personnes (Boulkroun. M, 2003, P68)

- L'organisation mondiale de la santé L'OMS (2005) a défini l'épuisement professionnel comme un : « Sentiment de fatigue intense, de perte de contrôle et d'incapacité à aboutir à des résultats concrets au travail
- Selon le dictionnaire le petit Larousse Burn out syndrome d'épuisement professionnel caractérisé par une fatigue physique et psychique intense, généré par des sentiments d'impuissance et de désespoir. (Le petit Larousse illustré 2013 p. 151).
- La définition la plus connue est celle de Maslach et Jackson, selon laquelle le burn out est « un syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement personnel qui apparaît chez les individus impliqués professionnellement auprès d'autrui » (Truchot, D, 2004, p. 13)

4. Les dimensions de l'épuisement professionnel :

4.1. L'épuisement émotionnel :

C'est le premier volet de trépied du syndrome d'épuisement professionnel qui englobe des manifestations multiples. Dans cette phase la personne présente fréquemment une fatigue persistante et elle se sent vidée. Elle ressent un profond sentiment de faiblesse émotionnelle et physique marquée par la hantise de devoir aller au travail. Le repos n'apporte pas l'amélioration espérée. Chaque nouvelle journée de travail est vécue comme un calvaire qu'il faut pourtant supporter. La personne éprouve des difficultés importantes à entrer en relation émotionnelle avec les autres, les proches, l'entourage familial ou l'environnement professionnel. Ce qui frappe au premier abord, chez certains individus épuisés, c'est l'impression de froideur et de l'hypercontrôle.

4.2. La dépersonnalisation :

Elle représente la dimension interpersonnelle du burnout. Elle renvoie à des attitudes impersonnelles, négatives, détachées, cyniques, méprisantes envers les personnes dont on a la charge ou la responsabilité. La déshumanisation est diagnostiquée quand la personne devient négative envers ses collègues, ses clients ou ses patients. Ils sont perçus comme des éléments qui dérangent, ennui, dont on se passerait volontiers.

La dépersonnalisation peut prendre des formes très dures et s'exprimer à travers des actes de maltraitance, de stigmatisation, de rejet. Ce détachement excessif est fréquemment accompagné d'une perte d'idéalisme.

4.3. L'échec de l'accomplissement personnel :

La dévalorisation de ses compétences et de son travail est la troisième caractéristique du burnout. Un fort sentiment d'échec personnel, la croyance que les objectifs ne sont pas atteints, la diminution de l'estime de soi et du sentiment d'auto efficacité, la frustration au travail dominant.

Dans ce stade la personne a une vision très négative de sa vie professionnelle et personnelle qui apparaît comme un échec total. Elle pense avoir tout raté, aussi bien sa vie privée que son travail. Ce sentiment d'échec profond évoque fortement un état dépressif. Les idéaux qui présidaient au début de la carrière sont déçus, les illusions s'évanouissent, laissant la personne devant le gouffre vertigineux de la réalité et de son for intérieur. La culpabilité et la démotivation l'entraînent dans le cercle vicieux de l'absentéisme et du désinvestissement. (Grébot, É, 2008, P 108-109)

5. Les causes de l'épuisement professionnel :

Trois éléments participent dans l'épuisement professionnel : la structure organisationnelle, l'individu et les interactions relationnelles.

5.1. Les causes organisationnelles :

A ce niveau, les principaux facteurs incriminés dans l'apparition du Burnout sont les conditions de travail contraignantes un niveau de contrôle insuffisant de son activité, une mauvaise définition des rôles est un manque de soutien social.

La surcharge qualitative et quantitative de travail, le rythme des tâches à effectuer, la pression du temps, les horaires longs, imprévisible, un travail monotone, peu stimulant, avec des procédures standardisées, sont des exemples de variables reflétant le contenu de l'activité

Didier Truchot soutient qu'il existe un équilibre idéal entre les exigences psychologiques du travail et la latitude décisionnelle, c'est-à-dire la capacité d'exercer un contrôle sur son travail, ce qui inclut à la fois l'autonomie dans les prises de décision et le degré de compétence requis.

En effet, des exigences de travail élevées associées à un faible contrôle entraînent une grande tension, tandis que l'inverse génère une situation plus détendue, bien que cela puisse parfois mener à une démotivation. Truchot précise que les chercheurs ont constaté que certains facteurs, tels que le contenu du travail, des rôles mal définis ou contradictoires, l'isolement, le manque de soutien social, le conflit entre la vie familiale et professionnelle, ainsi que l'insécurité, sont liés à une ou plusieurs dimensions du burnout. D'après la même source, les nouvelles formes et menaces liées au travail, telles que la restructuration, la délocalisation, la réduction d'effectifs, ainsi que la surveillance électronique des employés, de même que certaines dérives managériales qui dévalorisent le sens du travail, entraînent un désintérêt pour celui-ci et peuvent provoquer des troubles physiques et psychologiques propres au burnout. (Boukroune, N, 2008, P 45)

5.2. Les facteurs individuels

Certains traits de personnalité sont plus ou moins propices au burnout. Certaines personnes sont plus à risque que d'autres il en est ainsi des personnalités ayant des idéaux de performance et de réussite élevés, des individus liant l'estime de soi à leurs performances

professionnelles, de ceux qui n'ont pas d'autre centre d'intérêt que leur travail et qui s'y réfugient en fuyant les autres domaines d'épanouissement.

Une tâche supplémentaire à réaliser sera évaluée par un salarié comme un défi à relever et par son collègue comme un piège tendu par son responsable. L'évaluation de l'enjeu varie d'un individu à un autre quand l'un estime un enjeu positif, l'autre évalue un enjeu négatif. Cette même tâche engendrera une réaction d'enthousiasme chez l'un persuadé d'être capable de relever le défi quand l'autre pensera ne pas avoir les compétences pour faire face à la situation.

Les caractéristiques individuelles agissent sur les capacités de faire face à des exigences professionnelles en termes de ressources que l'individu tente de mobiliser. Certains individus se sentent aptes à contrôler la situation, à chercher de l'aide auprès de collègues tandis que d'autres sont débordés, désespérés.

Les femmes sont plus exposées à l'épuisement professionnel en raison de la double charge du travail et des responsabilités domestiques, ce qui accentue leur stress quotidien. Cette répartition inéquitable favorise les conflits entre vie familiale et professionnelle, augmentant ainsi le risque de l'épuisement professionnel. Les études montrent que l'environnement familial influence fortement le burnout des femmes, surtout en cas de tensions professionnelles. En revanche, chez les hommes, l'épuisement est principalement lié aux contraintes du travail, indépendamment des tensions familiales. (Grebott, É. 2008. P. 125)

5.3. Les facteurs relationnels

Il s'agit soit de relations difficiles ou de conflits (agressions, violence), soit au contraire d'un manque de relations : solitude, absence de solidarité, soutien social déficient. Les interactions entre clients et professionnels, directes, fréquentes, répétitives contribuent au développement du burnout professionnel.

Les relations interpersonnelles au travail occupent une place centrale dans le bien-être des employés. Un climat relationnel sain, marqué par la communication et le soutien favorise un environnement de travail équilibré. À l'inverse, les tensions, les conflits et le manque de soutien peuvent accentuer le stress et la fatigue mentale, augmentant ainsi le risque de burnout. (Grebott, É. (2008). P 126)

6. Les symptômes du syndrome d'épuisement professionnel

Le burnout peut se manifester cumulativement de cinq façons sur l'individu à travers des :

6.1. Manifestations émotionnelles

L'épuisement ressenti par l'individu, entraînant un sentiment de perte de contrôle, peut se manifester émotionnellement par des peurs mal définies et des tensions nerveuses. Il se caractérise également par une humeur triste ou un manque d'entrain. L'individu peut être irritable, tendu, hypersensible, ou bien ne manifester aucune émotion.

6.2. Manifestations physiques

Les manifestations physiques sont les plus fréquentes. On note davantage de troubles du sommeil. Une fatigue chronique due à un sommeil qui n'est plus réparateur et des tensions musculaires avec des douleurs rachidiennes (dos, nuque), Il y a parfois une prise ou une perte soudaine de poids. Maux de tête, nausées, vertiges sont également observés.

6.3. Manifestations cognitives

En termes cognitifs, le burnout a un retentissement sur les capacités de traitement de L'information dont dispose l'individu : diminution de la concentration, difficultés à réaliser plusieurs tâches à la fois. À analyser les situations avec nuance et à prendre des décisions. Des erreurs, des fautes et des oublis peuvent également survenir

6.4. Manifestations comportementales ou Interpersonnelles

Sur le plan interpersonnel, l'individu peut se replier sur soi s'isoler socialement ou avoir un comportement agressif, parfois violent, traduisant une diminution de sa tolérance à la frustration qu'il ressent professionnellement Moins enclin à l'empathie l'individu est moins touché par les problèmes des autres et peut aller jusqu'à traiter ces derniers comme des objets. Se sentant dans une situation inextricable, il peut éprouver du ressentiment et de l'hostilité à l'égard des personnes qu'il côtoie dans son travail. Des comportements addictifs peuvent apparaître face à la tension ressentie : tabac, alcool, tranquillisants, drogues.

6.5. Manifestations motivationnelles ou liées à l'attitude

Se sentant déprécié dans son travail, l'individu peut se désengager progressivement. Baisse de motivation et moral en berne s'accompagnent d'un effritement des valeurs associées au travail. Ne pouvant changer la situation dans laquelle il se trouve, Il peut avoir l'impression d'être coincé et commencer à remettre Se en question ses compétences. Cela peut le conduire à douter de ses capacités professionnelles et à penser qu'il n'est plus aussi performant qu'auparavant, entraînant une perte d'estime de soi. (Dgt, Anact et Inrs, P, 9)

7. Les mécanismes d'installation du burn out

7.1. L'enthousiasme

Un salarié novice ou prenant un nouveau poste peut avoir tendance à idéaliser son travail et à s'y investir excessivement, lui accordant une importance disproportionnée. Cet excès d'enthousiasme conduit la personne se dévouer corps et âme, à se rendre disponible et à développer des attentes irréalistes par rapport à son travail. Elle est toujours prête à en faire plus d'heures de présence, plus de charge de travail, plus d'efforts. Le but conscient ou non est de se prouver et de prouver aux autres qu'elle est bien le professionnel qu'il fallait choisir. La personne s'oublie, ignore ses besoins et le travail est investi de toutes les vertus, c'est la lune

de miel. Mais cette période idéale ne dure qu'un temps, la réalité revient en force interroger l'optimisme des premiers temps. L'illusion crée la désillusion.

7.2. La stagnation

L'activité idéalisée perd de sa valeur et des sentiments négatifs tendent à émerger au niveau émotionnel. La personne commence à réaliser que son investissement professionnel exclusif n'est pas totalement gratifiant et elle ressent un certain mécontentement. Elle découvre que le travail n'est pas tout dans la vie et se rend compte que d'autres secteurs de sa vie (sentimentale, relationnelle, loisirs) sont délaissés.

À ce stade, les valeurs initiales s'effritent, et l'enthousiasme laisse place à une profonde désillusion. La perte des motivations premières génère frustration, rancœur et un sentiment d'injustice croissant. Bien que douloureuse, cette phase est déterminante, car elle peut permettre d'interrompre la progression vers le burnout en ouvrant la voie à un possible changement.

7.3. La frustration

Ce sentiment se caractérise par un retrait de plus en plus marqué devant les situations problématiques qui prennent une importance accrue. C'est typiquement le stade du débordement, où se manifestent une profonde remise en cause des compétences, une irritabilité marquée, entraînant de l'intolérance vis-à-vis des collègues ou des relations professionnelles.

À ce stade, l'irritabilité face aux exigences professionnelles s'accroît, tandis que la frustration engendre les premiers troubles physiques et émotionnels. La déception grandissante mène à un cynisme destructeur, une perte de motivation et un repli apathique, renforcé par une image de soi dévalorisée.

7.4. L'apathie

À ce stade, la personne risque de devenir dépressive, apparemment indifférente à son milieu professionnel, de se moquer de tout. Elle se trouve tellement démunie devant les innombrables frustrations quotidiennes qu'elle semble dépersonnalisée : elle ne se reconnaît plus, ne se comprend plus.

Elle se rend au travail pour faire de la présence. Le retrait, l'absence de réaction dans les situations professionnelles semblent être les solutions qui permettent d'éviter les conflits et les réflexions. Pour se protéger des autres, elle cherche à se faire oublier des collègues qui la jugent et la critiquent. Cette attitude apparaît temporairement protectrice alors qu'elle ne résout rien, car les difficultés subsistent et la situation peut même s'aggraver.

Lorsque le syndrome d'épuisement professionnel affecte un salarié, il peut entraîner, par effet de contagion, un climat de découragement au sein de l'équipe dans ce cas, le burnout devient un problème collectif. (Grebot, É. (2008 P, 119-121).

8. Les approches explicatives de l'épuisement professionnel :

Il existe plusieurs approches permettant d'analyser la psychopathologie du travail, chacune offrant une perspective spécifique sur les troubles psychiques liés au milieu professionnel.

8.1. L'approche sociologique

L'approche sociologique met en lumière l'impact des transformations du monde du travail sur la santé des individus. En effet, les organisations tendent de plus en plus à fonctionner selon une logique de rentabilité, imposant des conditions de travail toujours plus exigeantes et complexes. Cette course à la performance et au contrôle des coûts menace les valeurs de solidarité et de coopération, au profit de la concurrence et d'un individualisme croissant.

Ce phénomène entraîne une perte de repères collectifs, remplaçant progressivement les liens sociaux par un isolement délétère. Dans cette perspective, la souffrance au travail apparaît comme l'expression individuelle de tensions sociales plus larges. L'organisation du travail devient alors le symptôme d'une pathologie sociale, nécessitant une réflexion sur ses causes et les moyens d'y remédier. Comme l'explique Ch. Dejours, cette analyse s'inscrit dans une approche qui établit un lien direct entre les facteurs sociaux et politiques et l'émergence de troubles psychiques.

8.2. L'approche psychiatrique

L'approche psychiatrique met l'accent sur les facteurs individuels, biologiques, psychogénétiques et ontogénétiques dans l'apparition des maladies mentales. Elle considère le travail non comme une cause, mais comme un élément révélateur d'une pathologie préexistante chez la personne. Cependant, si dans cette approche, le travail peut être source de troubles d'adaptation, il peut devenir aussi un moyen thérapeutique permettant la réadaptation de l'homme malade par le biais de la revalorisation et la récupération de l'estime de soi.

L'aspect valorisant du travail dans le cadre de l'adaptation sociale est un aspect important dans le traitement des troubles mentaux. Au sein des institutions psychiatriques, l'ergothérapie a une place importante dans de nombreuses pathologies mentales. Le travail peut avoir un double impact. S'il peut être source de souffrance, il peut aussi être source d'équilibre.

8.3. L'approche psychanalytique

Selon cette approche, même si le travail semble être à l'origine d'une souffrance psychique, il n'en est en réalité que le révélateur. La détresse professionnelle mettrait en lumière une faille sous-jacente, ancrée dans les premières années de vie. Ainsi, la névrose infantile serait considérée comme la cause principale des troubles rencontrés.

L'hypothèse d'un Idéal du Moi est avancée pour expliquer, sur un plan intrapsychique, le choix d'une profession ainsi que l'engagement dans une démarche d'aide. Cette perspective met en avant la quête de reconnaissance, perçue comme une tentative de réparation visant à combler un manque fondamental. Dès lors, les structures hystériques ou obsessionnelles sont analysées à travers leur dynamique narcissique, souvent marquée par un sentiment de culpabilité sous-jacent.

Donc La psychanalyse interprète l'épuisement professionnel comme une atteinte profonde au narcissisme. Le choix d'un métier tourné vers l'aide aux autres pourrait être motivé par un mécanisme de défense, l'altruisme, où le dévouement devient un moyen pour l'individu d'éviter un conflit interne.

8.4. L'approche par la théorie du stress

En recourant à la notion de stress, il devient possible d'intégrer le travail dans une approche psychopathologique, en mettant en évidence les liens entre les exigences professionnelles et la souffrance psychique. Le stress occupe aujourd'hui une place centrale dans l'analyse de la fatigue au travail, car il permet d'expliquer comment les pressions organisationnelles, les contraintes relationnelles et la surcharge de tâches peuvent engendrer un épuisement progressif.

Dans cette perspective, le syndrome d'épuisement professionnel peut être compris à travers les mécanismes généraux du stress, en tenant compte de ses dimensions physiologiques, psychologiques et sociales. C'est pourquoi une étude approfondie de cette notion est nécessaire pour mieux cerner les processus menant à l'usure mentale et physique des travailleurs, ainsi que les facteurs de vulnérabilité et de résilience face à ces tensions professionnelles.

(Canoui, P. Mauranges, A. 2015. P 19-20)

9. Les modèles théoriques du burn out

9.1. Le modèle de Maslach et Leiter :

Dans le modèle de Maslach et Leiter, qui domine toute la littérature, le burn out est un syndrome tridimensionnel, résultant d'un stress cumulatif et associant constamment :

Un épuisement émotionnel (stress, absence d'énergie, fatigue, irritabilité, impulsivité), avec possible retentissement somatique, contre lequel le sujet développe diverses stratégies d'évitement tels que le désinvestissement, le retrait et l'hyperactivité.

La dépersonnalisation ou déshumanisation de la relation (désengagement relationnel, mise à distance, réification de l'entourage et des tiers, perte des idéaux, cynisme), facteur de rejet, de stigmatisation, d'agressivité et de maltraitance. Le cynisme joue un rôle central dans la traduction en actes de l'expérience que le salarié développe de sa vie professionnelle, le retrait psychologique suffit même à prédire son désengagement total (Maslach, C., et Leiter, M. 2011.)

La perte du sentiment d'accomplissement personnel (sentiment d'inefficacité et d'incompétence et de dévalorisation), marquée par une chute de la motivation intrinsèque et par l'impossibilité d'accéder dans et par le travail à une production de sens.

Dans ce modèle séquentiel, l'épuisement émotionnel représente la première étape et l'élément central du processus, conduisant à une réaction de déshumanisation. Parallèlement, le sentiment d'accomplissement personnel tend à diminuer, ce qui amène certains modèles alternatifs à considérer le burnout non pas comme un phénomène tridimensionnel, mais plutôt bidimensionnel, reposant sur l'épuisement émotionnel et la réduction du sentiment d'accomplissement personnel. (Zawieja, P.2021. P 56)

9.2. Le modèle de Lauderdale

Le modèle de Lauderdale distingue trois étapes dans le burn out, la confusion (sentiment vague que quelque chose ne va pas), la frustration (insatisfaction, colère, envie de changer de travail, etc.) et le désespoir (sentiment d'insuffisance et d'absurdité, cynisme, méfiance, apathie).

Le burnout découle ici d'une désillusion lorsque la réalité ne correspond plus aux attentes initiales de l'individu, qu'elles concernent son travail, sa carrière ou sa vie personnelle. Ce modèle est l'un des premiers à analyser le phénomène sous un prisme sociohistorique : si le burn out n'a émergé que récemment, c'est en grande partie à cause des transformations majeures survenues après la Seconde Guerre mondiale.

L'accélération des dynamiques sociales, qu'il s'agisse des relations internationales ou des rythmes de vie individuels, rend l'avenir plus incertain et fragilise les repères sociaux. L'individu peut alors avoir le sentiment d'être dépassé par les événements, emporté dans un tourbillon incontrôlable. (Zawieja, P. 2021, P 58)

9.3. Le modèle de Demerouti, Bakker et Schaufeli

Ce modèle est fondé sur la théorie de la préservation des ressources repose sur une conception bidimensionnelle de l'épuisement professionnel (fatigue et désengagement). Quoique chaque profession soit aux prises avec ses propres facteurs de risque, ce modèle postule que ceux-ci se répartissent en deux grandes catégories : les exigences et les ressources. L'exposition à la durée et à la fréquence des exigences, accompagnée d'un manque de ressources, mène au burn out.

Les exigences désignent ici les aspects physiques, psychologiques, sociaux ou organisationnels du travail qui requièrent un effort ou des capacités physiques et psychologiques (cognitives, émotionnelles) soutenues et sont donc associés à certains coûts physiologiques ou physiques. De leur côté, les ressources englobent les aspects physiques, psychologiques, sociaux ou organisationnels du travail qui sont fonctionnels dans la réalisation des objectifs de travail et ils réduisent les exigences du travail et les coûts

physiologiques et psychologiques associés ou qui stimulent la croissance, l'apprentissage et le développement personnels.

Ces ressources sont mobilisables au niveau de l'organisation (sécurité de l'emploi), des relations sociales (soutien des collègues), de l'organisation du travail (participation aux prises de décision) et de la tâche à effectuer (autonomie). (Zawieja, P. 2021, P 58)

9.4. Modèle de Siegrist :

Le modèle déséquilibre effort/récompense élaboré par Siegrist à la fin des années 1980 postule qu'une situation de travail qui sollicite des efforts élevés qui seront récompensés par de faibles marques de reconnaissance est susceptible d'entraîner des réactions pathologiques sur les plans émotionnel et physiologique. Les faibles reconnaissances peuvent être d'ordre économique (un salaire insuffisant), social (un manque d'estime et de respect au travail) ou organisationnel (l'insécurité d'emploi, de faibles perspectives ou sécurité d'emploi).

Selon ce modèle, l'individu accepte généralement d'investir des efforts dans son travail, notamment parce qu'il s'attend à recevoir en retour des récompenses « expressives », telles que la reconnaissance, un renforcement de l'estime de soi ou un sentiment d'auto-efficacité. Or, d'après Siegrist, lorsque cette réciprocité entre efforts fournis et bénéfices perçus est entravée, l'individu risque de voir son estime de soi fragilisée et de subir un stress émotionnel croissant, pouvant à terme évoluer vers diverses manifestations pathologiques, dont le burn-out. (Kirouac, L, 2012, p. 54)

9.5. Le modèle de Cary Cherniss :

Cette conception initiale du burnout de Cherniss se définit comme un processus en trois étapes.

La première étape est celle du stress perçu qui provient du déséquilibre entre les exigences du travail et les ressources de l'individu. Ceci conduit à la deuxième étape qui est celle de la tension en réponse émotionnelle à ce déséquilibre, constituée de fatigue physique, d'épuisement émotionnel, de tension et d'anxiété. La troisième étape marque des changements d'attitudes et de comportements.

Pour Cherniss le burnout est un processus dans lequel un professionnel précédemment engagé se désengage de son travail en réponse au stress et à la tension ressentis. », modèle restreint car il ne se base que sur des professionnels débutants.

Les caractéristiques de l'environnement de travail affectent le burnout directement mais aussi indirectement à travers les sources de stress qui sont au nombre de huit une faible socialisation, une charge de travail élevée, un travail routinier, une étendue limitée des interactions due à la tâche demandée, un manque d'autonomie, un désaccord entre les objectifs institutionnels et les valeurs personnelles du professionnel, un type de leadership et

enfin un isolement social. Les caractéristiques personnelles du professionnel interviennent également dans le processus.

Le burn-out est donc influencé à la fois directement et indirectement par des agents stressants. Parmi les facteurs déterminants figurent l'âge, le genre, les contacts sociaux et les attentes professionnelles, qui conditionnent l'équilibre entre vie sociale et exigences extra-professionnelles. Des responsabilités familiales excessives ou un manque de soutien affectif peuvent ainsi aggraver le risque d'épuisement.

Pour Cherniss le stress découle du décalage entre les attentes initiales du travailleur façonnées notamment par la formation – et la réalité du travail quotidien, notamment en matière de réalisation personnelle, d'exercice des compétences et de climat professionnel. (Leroy-Fremont, N. 2013.p 43)

9.6. Le modèle d'Alaya Pines

Pines définit le burnout comme une « incapacité à trouver une signification existentielle dans son travail », Pour être consumé », dit-elle, il faut d'abord avoir été « enflammé ». Ce qui signifie que l'individu a d'abord été motivé et impliqué avant de se trouver désillusionné par sa surcharge, ses contraintes et surtout par son impossibilité d'utiliser ses compétences, ce qui le prive de la signification qu'il recherche dans son travail. Les tensions de l'individu proviennent alors de l'écart entre les attentes ou la motivation et la réalité. Les attentes sont situées à un niveau particulier celui de la quête existentielle. (Leroy-Fremont, 2013, p. 45).

Cette approche, d'ordre motivationnel, considère le travail comme une quête existentielle pour l'individu. Ainsi, lorsque cette quête échoue, le burn-out survient. Pour Pines, ce ne sont pas tant des facteurs de stress comme la surcharge de travail ou les contraintes administratives qui conduisent à l'épuisement, mais plutôt la perte de sens dans l'activité professionnelle. En effet, l'impossibilité de donner du sens à son travail constitue la cause profonde du burn-out. Plus un individu s'investit avec engagement dans sa profession, plus il risque de souffrir d'épuisement si les conditions de travail ne répondent pas à ses attentes. (Delobbe, al. 2005 P, 54)

10.L'épuisement professionnel et les troubles psychiatrique :

Le burn out est un état d'épuisement physique, émotionnel et mental résultant d'un stress chronique, principalement lié au travail. Il se traduit par une fatigue extrême, un désengagement progressif et une baisse de l'efficacité au travail. À long terme, il peut affecter la santé mentale et contribuer à l'émergence ou à l'intensification de divers troubles psychiatriques. Parmi ces troubles, on retrouve notamment :

10.1. Épuisement professionnel et dépression

La discussion diagnostique entre burn-out » et « dépression » repose sur les constats suivants :

- Il existe des sentiments dépressifs lors de l'épuisement professionnel, en particulier dans le sentiment de diminution de l'accomplissement personnel.
- Les diverses plaintes somatiques peuvent faire évoquer des diagnostics de dépression masquée ou de dépression essentielle.
- En 1984, Meier avait montré le recouvrement partiel des échelles d'évaluation du burn out avec les échelles de la dépression.

Ces raisons amènent un certain nombre de psychiatres à tenter de réduire le burn out à une forme clinique de la dépression.

Si l'épuisement professionnel ainsi que le stress chronique peuvent faire le lit d'une véritable dépression majeure, nous pensons cependant que l'on doit distinguer « dépression » et « burn out ».

En termes sémiologiques, le sentiment de perte d'accomplissement de soi, caractéristique de L'épuisement professionnel, se limite initialement au domaine professionnel. Lorsque des sentiments dépressifs sont présents, ils restent généralement circonscrits à la sphère professionnelle sans envahir les autres aspects de la vie. Contrairement à la dépression,

L'épuisement professionnel ne s'accompagne pas nécessairement d'un ralentissement psychique ou moteur. Si l'on se réfère strictement aux critères diagnostiques de la dépression, ceux-ci ne sont pas pleinement réunis dans ce cadre. Par ailleurs, un épuisement professionnel n'évolue pas systématiquement vers un trouble dépressif. Il ne peut être assimilé à une dépression réactionnelle, dans la mesure où il ne résulte pas d'un événement déclenchant précis, mais plutôt de l'accumulation progressive d'un stress chronique. (Canoui, P., & Mauranges, A. 2015, P 24).

10.2. Épuisement professionnel et troubles anxieux

Anxiété, stress et burn out semblent proches souvent, les mots sont employés les uns à la place des autres. Certes, on a bien l'impression qu'il existe des frontières et un territoire commun.

En psychiatrie, les troubles anxieux sont des troubles dont la sémiologie, l'évaluation et les modalités thérapeutiques sont bien délimitées. Bien qu'ayant des zones de recouvrement avec le stress, il faut retenir que le stress n'est pas une maladie. Les mécanismes physiologiques et biochimiques actuellement connus du stress sont différents de ceux de l'anxiété. Si le stress peut être générateur d'anxiété, il est clair qu'énoncer ce terme implique d'emblée un contexte extérieur ou environnemental que l'on tend à incriminer.

E. Albert et L. Chneiweiss écrivent à ce sujet : « on réalise qu'il en est du stress et de l'anxiété comme ces faux amis que l'on rencontre dans l'apprentissage d'une langue. Ils se ressemblent en apparence mais ils ont un sens différent, véritables faux-semblants de la psychologie du XXe siècle ».

Comme dans le cas de la dépression, le burn-out peut faire le lit d'un véritable trouble anxieux. Mais, dans la définition que nous avons retenue, il s'agit plus d'un processus que d'une maladie. Dans le cadre des réactions à un stress chronique que représente le burn out, des sujets différents vont ou non développer une anxiété en fonction de leur capacité à s'adapter aux contraintes qu'ils subissent et justifier une prise en charge spécifique.

10.3. Épuisement professionnel et somatisations

Parmi les signes cliniques, les somatisations ont une place particulière car elles représentent une très fréquente occasion de plaintes de la part des sujets épuisés. Aucun des signes cliniques n'est spécifique du burn out il est même possible de parler d'épuisement professionnel sans symptôme vrai, comme nous le verrons plus loin. Néanmoins, étant donné la fréquence des somatisations il est utile d'en rappeler ici la définition et les limites.

On appelle somatisation un ensemble de troubles représentés par des symptômes physiques multiples, variés, variables dans le temps, habituellement présents depuis plusieurs années pour lesquels le sujet a subi de nombreuses investigations, des bilans exploratoires, tous négatifs. Les symptômes peuvent toucher n'importe quel système ou partie du corps. Ils sont en dehors du contrôle de la volonté, les motifs en sont inconscients. Il n'existe pas de lésion somatique objectivable à la différence de la pathologie psychosomatique dans laquelle il existe une maladie somatique avec des lésions dont l'évolution est dépendante de facteurs psychologiques.

Les symptômes physiques peuvent concerner de très nombreux appareils et systèmes :

- L'appareil digestif est une cible privilégiée des somatisations, douleurs abdominales, éructations, vomissements, nausées, ballonnements, diarrhées, intolérances alimentaires diverses.
- La peau : démangeaison, prurit, sensation de brûlures, fourmillements, irritations cutanées.
- Symptôme cardiorespiratoire : hyperventilation, palpitation, douleur de poitrine,
- Douleurs : dorsales, articulaires.
- Appareil urogénital : mictions fréquentes psychogènes, dysurie psychogène, règles douloureuses.
- Troubles psychosexuels : désintérêt sexuel, dyspareunie.
- Symptomatologie neurovégétative variée : palpitations, sueurs, bouffées de chaleur,
- Tremblements, sensation de froid. (canouï, p., & mauranges, a. 2015, 27).

11. La prévention du burnout

On peut distinguer quatre niveaux d'intervention face au burn out :

Le premier niveau est d'ordre politique, consiste à ajuster, modifier ou remettre en question les conditions sociétales, sociales et économiques du travail, de la production et de la répartition des richesses. Il vise également à instaurer un cadre social et réglementaire favorable au bien-être au travail, à l'échelle internationale. Ce niveau dépasse largement le cadre de cette analyse.

Le deuxième est d'ordre organisationnel, il invite l'organisation à intégrer la santé psychique au travail parmi les nombreux paramètres influençant sa politique générale, quitte à engager des réformes de sa structure ou de ses procédures de production et de management.

Le troisième est d'essence psycho-organisationnelle. Il examine les interactions entre l'individu et l'organisation afin de réduire les contraintes liées au travail tout en renforçant les ressources du salarié pour mieux y faire face. (Boudoukha, A. H. 2009. P 95)

Le quatrième niveau sur le plan individuel, l'objectif est d'alléger la charge psychologique ressentie en fonction des situations, de renforcer les ressources personnelles et extérieures au travail, ainsi que de repenser et rééquilibrer la relation de l'individu avec son activité professionnelle.

En pratique, une vision relativement fruste conduit à considérer que les actions de prévention ou de réduction du burnout se déclinent à deux niveaux au niveau de l'organisation du travail dans une approche plutôt étiologique, en ciblant les stressors, dont il s'agit alors d'affecter la nature ou l'intensité ; au niveau de l'individu lui-même dans une approche plutôt symptomatique, en cherchant à réduire ou à limiter les effets du burn out sur le bien-être et la santé du sujet.

Si l'on s'inspire de la terminologie proposée par l'Organisation mondiale de la santé on distingue quatre formes de prévention pour lutter contre le phénomène de l'épuisement professionnel.

La prévention primaire vise à réduire l'apparition du burnout en agissant sur ses sources et auprès des individus considérés comme à risque, globalement, elle consiste à rendre les conditions de travail plus épanouissantes et moins stressantes.

La prévention secondaire vise à diminuer le nombre de personnes touchées dans une population en mettant en place des actions visant à prévenir la progression ou l'aggravation du burnout. Il est question par exemple d'aider les salariés souffrant de symptômes de burnout (formations, soutien psychologique) ou d'en organiser le dépistage précoce.

La prévention tertiaire englobe la prise en charge et le traitement psychothérapeutique ou médical des personnes atteintes d'un burnout sévère, afin d'en stopper le processus et d'éviter l'évolution vers des maladies plus graves ou des incapacités. Cette étape inclut la réadaptation au travail et le suivi des soins des salariés atteints.

Enfin, la prévention quaternaire, plus rarement invoquée, cherche à lutter contre les effets néfastes d'une médicalisation excessive ou d'une sur psychologisation du burnout. Elle cherche également à atténuer les peurs générées par une surinformation ou une désinformation, en tentant d'éviter une dérive hypocondriaque » et de favoriser une meilleure évaluation des risques encourus, ce qui conduit nécessairement à interroger sous l'angle éthique la légitimité des démarches de prévention et de sensibilisation des populations (Boudoukha, A. H. (2009). P 96-97)

12. La prise en charge de l'épuisement professionnel :

Le Docteur et le psychothérapeute Joachime Leupold, souligne que la réussite du traitement du syndrome d'épuisement professionnel repose sur l'engagement total du patient dans la relation thérapeutique. Le soutien et la compréhension de l'entourage, qu'il s'agisse des proches ou de l'employeur, sont également essentiels. Pour accompagner les personnes souffrant de burnout, il propose une approche basée sur quatre piliers fondamentaux :

12.1. Activité physique

On le sait depuis longtemps le mouvement est le meilleur antidépresseur Dans le traitement global d'un syndrome dépressif, l'activité par le mouvement joue un rôle déterminant. Plusieurs études, certaines très récentes confirment à nouveau l'influence positive d'une activité physique modérée si possible dans la nature, pour aérer les états dépressifs. Cela n'a rien de très étonnant lorsque nous devenons conscients du fait que l'être humain, avec sa constitution génétique actuelle, est conçu pour vivre dans la nature. Par le biais de la chasse et de la cueillette, donc des activités physiques dans la nature, il doit assurer sa survie.

Il est de même effarant de constater que nous sommes nombreux à passer notre vie en position assise pendant des heures, voir même à passer la plus grande partie de la journée cloîtrés le plus souvent avec la lumière artificielle et l'air conditionné.

C'est pourquoi une activité physique modérée, bien intégrée dans le processus thérapeutique, joue un rôle essentiel dans la prise en charge du burnout. Il ne s'agit pas de sport de compétition, mais d'un outil favorisant le maintien de la santé et du bien-être. Dans les différentes institutions spécialisées, les activités d'endurance comme la marche nordique, le vélo, la randonnée, le jogging, la gymnastique aquatique ou encore le fitness sont intégrées au programme quotidien. De plus, la musculation, lorsqu'elle est pratiquée avec modération et régularité, contribue à restaurer une image de soi positive et épanouissante. (Leupold, J, 2007, P. 29-30)

12.2. Détente :

Idéalement, les activités physiques mentionnées précédemment doivent être équilibrées par des moments de détente.

À l'image du va-et-vient incessant de l'océan sur la terre ferme, notre bien-être repose sur l'alternance entre effort et relâchement, entre activité et repos. C'est dans cet équilibre que réside la clé d'une bonne santé et d'une performance durable. Ainsi, la détente ciblée et une attention bienveillante envers soi-même et son environnement constituent le cœur d'une approche thérapeutique holistique.

L'étude de Kabat-Zinn souligne l'importance de la méditation et des exercices d'attention, en complément des activités sportives régulières, pour prévenir les rechutes en cas de troubles dépressifs ou psycho végétatifs.

Des pratiques comme l'hypnose médicale, le training autogène ou encore des techniques issues des médecines complémentaires, telles que le shiatsu, sont faciles à intégrer dans la vie quotidienne et apportent un soutien précieux. (Leupold, J, 2007, P. 30)

Enfin, de simples rituels de relaxation sur le lieu de travail ou l'application consciente de la relaxation progressive de Jacobson peuvent aider à prévenir les rechutes. Dans le cadre du traitement du burn out, ces méthodes favorisent un retour progressif vers un état d'équilibre et de bien-être durable.

12.3. Connaissance de soi

L'attention mentionnée plus haut, c'est-à-dire la perception consciente des objets nous entourant à l'aide de nos sens sans les juger, est en relation étroite avec notre perception de soi. C'est pourquoi une psychothérapie compétente est un élément central dans le traitement du burn out. S'agit d'appliquer de nouvelles stratégies découlant d'une analyse des conditions répondant en besoin en vue de corriger un dysfonctionnement de comportement peut être autodestructeur.

Le traitement du burn out nécessite un apprentissage conscient et personnalisé, favorisant des changements adaptés aux besoins du patient. Les thérapies comportementales, comme l'entraînement à l'autogestion, offrent des résultats rapides en psychothérapie brève. Il est essentiel d'identifier ce qui peut être modifié et ce qui doit être accepté, avec éventuellement un coaching professionnel et un dialogue entre le thérapeute et l'employeur pour adapter l'environnement de travail.

Les entretiens systémiques, impliquant la famille ou les collègues, facilitent la réintégration et soutiennent le processus thérapeutique. Une approche globale, intégrant une communication transparente et une collaboration avec le milieu professionnel, est essentielle pour un rétablissement efficace. (Leupold, J, 2007. P. 32)

12.4. Médicaments

Pour terminer, mentionnons également les médicaments, qui jouent un rôle important particulièrement dans la phase aiguë. Il est primordial de demander conseil à un médecin spécialisé en psychiatrie ou en psychothérapie.

Outre les benzodiazépines pouvant contribuer à calmer les états d'anxiété et d'agitation dans la phase aiguë, les antidépresseurs sont particulièrement importants pour le traitement du burnout sévère, qui est semblable à une dépression.

Les Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (ISRS), médicaments modernes et bien tolérés, sont certainement les médicaments à choisir en priorité et sont souvent prescrits en clinique. Ils peuvent offrir une plate-forme aux personnes touchées, leur permettant ainsi de retrouver l'énergie et la motivation nécessaire pour entreprendre le processus (activités physiques, détente et psychothérapie) (Leupold, J. 2007, P. 33)

Synthèse

En somme, le burn-out se manifeste à la suite d'une exposition prolongée à un stress intense lié à l'activité professionnelle. Il affecte principalement les individus soumis à des exigences élevées, qu'elles soient physiques, émotionnelles ou psychologiques, et confrontés à une charge de travail excessive nécessitant une mobilisation constante de leur énergie.

CHAPITRE II : ÉDUCATEURS SPÉCIALISÉS

Préambule

Ce chapitre s'attache dans un premier temps à retracer brièvement l'évolution historique de l'éducation spécialisée et à en préciser les objectifs. Nous aborderons par la suite le métier de l'éducateur spécialisé, son rôle et à ses principales tâches, ainsi que l'organisation du programme éducatif et le fonctionnement de l'équipe de prise en charge, en incluant les principales pathologies prises en charge. Enfin, nous terminerons par une analyse des difficultés rencontrées par les éducateurs en Algérie.

1. Histoire de l'éducation spécialisée

Toute chose prend racine dans une histoire et s'inscrit dans une évolution. L'éducation spécialisée n'échappe pas à cette logique. Cependant, elle s'entrelace avec trois histoires distinctes : celle de l'éducation, celle de l'éducation spéciale et celle des éducateurs spécialisés. Ces récits se rejoignent à certains moments et s'opposent à d'autres. Par ailleurs, l'impact des politiques sociales sur le positionnement des éducateurs spécialisés rend indispensable une analyse dans la durée.

L'éducation spécialisée s'inscrit dans une histoire plus large qui est celle de l'éducation. L'éducation apparaît comme un concept universel incontournable de l'espèce humaine dans le sens qu'aucune société ne peut en faire l'économie, autant pour ses enfants que pour elle-même, en revanche ses attentes, ses moyens, sa durée ainsi que ses systèmes sont régis par des valeurs, des règles et objectifs qui eux s'avèrent très dépendants des circonstances et font de l'éducation à travers le temps une donnée dont le sens évolue constamment ». Il en résulte une multiplicité de pratiques éducatives qui de toutes les manières ne réduisent pas le problème intrinsèque à chaque éducation à savoir le manque de références, de modèles et de recettes.

L'éducation spécialisée trouve ses origines au-delà du cadre domestique, dans le secours et l'instruction des enfants défavorisés. Elle s'est largement développée sous l'influence des institutions religieuses, qui, tout en s'appuyant sur l'Évangile, ont intégré les idées des philosophes humanistes et philanthropes des Lumières. Cependant, au-delà de son ancrage dans l'aide charitable, elle incarne également une dynamique de résistance et de créativité face à l'ordre établi.

Au XVII^e siècle, l'éducation se transmettait principalement de manière informelle, au sein du cadre familial. Les parents, les proches ainsi que les frères et sœurs aînés jouaient un rôle central dans la transmission des savoirs, des compétences et des valeurs essentielles à la vie en société.

À partir de la fin du XVIII^e siècle, un changement de regard s'opère sur certains enfants. Ceux issus de milieux familiaux défavorisés commencent à être perçus non seulement comme en difficulté scolaire, mais aussi comme profondément affectés dans leur capacité à nouer des liens affectifs. Leur situation, marquée par des conditions de vie

précaires et des carences affectives, suscite alors une attention particulière de la part des institutions éducatives et sociales émergentes.

La fin de la Première Guerre mondiale marque en France une période de renouveau et d'innovations majeures dans les domaines social, politique et éducatif. Face aux bouleversements causés par le conflit, la société cherche à reconstruire et à réinventer ses structures, notamment en matière d'éducation et de prise en charge des populations vulnérables.

Dans ce contexte, des figures emblématiques émergent et marquent durablement le paysage éducatif. Des penseurs et praticiens comme Fernand Deligny, Henri Joubrel ou encore André Bertrand, toujours étudiés et cités aujourd'hui, s'imposent comme les précurseurs d'une nouvelle approche de l'éducation spécialisée. Leur travail contribue à façonner des méthodes innovantes, centrées sur l'accompagnement individualisé et la prise en compte des besoins spécifiques des enfants en difficulté.

Les premiers éducateurs spécialisés proviennent en grande partie des mouvements de jeunesse, notamment du scoutisme, qui valorise l'engagement, l'autonomie et l'entraide. Ces expériences formatrices influencent profondément les premières pratiques éducatives spécialisées.

Aujourd'hui, l'éducation spécialisée occupe une place essentielle dans le champ de la formation professionnelle. Elle constitue une discipline à part entière, intégrant des connaissances théoriques et pratiques qui permettent aux éducateurs d'accompagner efficacement les personnes en difficulté. Son rôle ne cesse d'évoluer, s'adaptant aux nouveaux défis sociaux et éducatifs pour mieux répondre aux besoins des publics concernés. (Combon, L, 2006. P, 47-52).

2. Définition de l'éducation

- Etymologiquement le terme éducation signifie "conduire hors de".
- Pour Emmanuel Kant éduquer : « c'est donner une loi à la liberté ».
- D'après Claude Bernard Eduquer : « c'est élever de la nature à la culture ».

L'éducation est une conduite sociale universelle qui se manifeste par l'action d'une personne (ou d'un groupe) sur une personne (ou un autre groupe) en vue de son (ou de leur) transformation. (Clauzard, P. (2014, P 8)

« Le mot éducation est relativement récent. Tiré du latin, il a une double origine : educare veut dire nourrir, et educere : tirer hors de, conduire vers, en un mot : élever. Nourrir et élever. Ne sont-ce pas là les deux tendances séculaires et souvent en conflit d'une éducation tantôt préoccupée avant tout de nourrir l'enfant de connaissances, tantôt de l'élever pour en tirer toutes les possibilités ? » (Debesse. M, Mialaret. G, 1969, p10).

Selon Durkheim « l'éducation est l'action exercée par les générations adultes sur celles qui ne sont pas encore mûres pour la vie sociale. Elle a pour objet de susciter et de développer chez l'enfant un certain nombre d'états physiques, intellectuels et moraux que réclament de lui et la société politique dans son ensemble et le milieu spécial auquel il est particulièrement destiné. » (Cousinet, R, 1954, P 261-263).

2.1. Définition de l'éducation spécialisée :

L'éducation spécialisée est un ensemble de pratiques éducatives et pédagogiques destinées à des publics spécifiques, tels que les enfants ou les adultes en situation de handicap, en difficulté sociale ou en échec scolaire.

Elle s'appuie sur une approche à la fois individualisée et pluridisciplinaire, prenant en compte les spécificités de chaque individu. Son évolution est étroitement liée aux politiques publiques, les inégalités sociales et les stratégies des acteurs éducatifs. (Dictionnaire de l'éducation, 2008, P 17)

L'éducation spécialisée est l'ensemble des mesures qui organisent l'enseignement des jeunes éprouvants des difficultés psychologiques ou sociales, ou des handicapés. L'éducation spéciale est une éducation destinée aux personnes qui ne réussissent pas ou ne réussiront vraisemblablement pas à atteindre, dans le cadre de l'enseignement ordinaire, les niveaux éducatifs, social et autres qui correspondent à leurs âges. (Larousse, 2003, p 317)

L'éducation spécialisée vise tout un ensemble de « difficultés de l'enfance » aux contours flous et aux dénominations qui ont varié dans le temps. (Cthelana. G, Pelgrims. G, 2003, P 29)

2.2. Définition de l'éducateur spécialisé :

L'éducateur se distingue de l'éducation spéciale au sens d'une éducation portée vers des publics inadaptés ou en difficultés intellectuelles ou sociales.

L'éducateur se distingue de l'éducateur spécialisé, au sens qu'il est professionnel d'une activité universelle, celle de l'éducation, ou d'une activité traditionnellement tournée vers le bénévolat ou l'action religieuse. Il est spécialisé, c'est-à-dire formé à une éducation particulière dont il est le spécialiste.

Un éducateur se définit certes par sa formation sanctionnée par un diplôme d'état, mais aussi par la spécificité même du public qu'il accueille. Il y aurait autant d'éducateurs spécialisés que de spécialisations selon le type de publics, la commande sociale et l'orientation théorique de l'institution où il pratique. Autrement dit, sa spécialisation renseigne aussi sur les publics qu'il côtoie et les lieux où il exerce. (Cambon, L, 2006, P 21)

3. Les objectifs de l'éducation spécialisée :

L'enseignement spécialisé est conçu pour répondre aux besoins éducatifs spécifiques de certaines élèves en difficulté pouvant entraver considérablement leur développement et leur adaptation dans l'enseignement ordinaire.

Il vise, pour tous, l'épanouissement personnel et l'intégration sociale ainsi que, à l'âge adulte, l'insertion sociale et/ou professionnelle.

Ses objectifs, pour chaque élève, sont les suivants :

Acquisition des apprentissages de base : permettre à chaque élève, dans la mesure du possible, d'acquérir les apprentissages scolaires de base et une qualification professionnelle grâce à un accompagnement pédagogique, paramédical, psychologique et social adapté à ses besoins.

Développement des compétences fondamentales : Garantir une éducation de base adaptée à ses besoins et à son potentiel.

Observation et évaluation continue : L'observer et évaluer son évolution de façon continue.

Accompagnement et orientation : aider l'enfant à définir et à atteindre son projet personnel. (conseil supérieure de l'enseignement spécialisée, 2008, p 4).

4. Les tâches et le rôle de l'éducateur spécialisé

L'éducateur spécialisé doit s'adapter au public, qu'il accompagne : personnes handicapées, mineurs en danger, délinquants, personnes déficientes intellectuelles, en proie à des addictions, issues de l'immigration.

4.1. Assurer un cadre de vie

L'éducateur est le garant du respect des règles essentielles de la vie en société et au sein de l'établissement. En internat ou en milieu ouvert, il aide à structurer la vie des personnes accompagnées.

Des points importants sont abordés par l'éducateur comme le respect des horaires, l'usage de la politesse, la citoyenneté, les droits et les devoirs, le respect de soi-même et de l'autre.

4.2. Accompagner les actes et les gestes au quotidien :

Avec une aide à domicile ou un accompagnant éducatif et social, l'éducateur spécialisé veille aux besoins primaires de la personne : hygiène, alimentation, image de soi, apprentissage des tâches ménagères, cuisine, aménagement du cadre de vie.

Il est présent pour toutes les démarches administratives : suivi médical, gestion budgétaire et bancaire. L'éducateur orchestre les interventions des différents professionnels, pour une prise en charge globale de la personne.

4.3. Animer des activités

Avec des membres de l'équipe, l'éducateur peut mettre à disposition des compétences artistique, sportives, manuelles ou d'expression. Ces activités permettent une réelle stimulation des personnes accompagnées dans un contexte de loisirs.

4.4. Le travail en équipe pluridisciplinaire

En tant que référent, l'éducateur spécialisé participe au projet éducatif, social et de soins de chaque personne accompagnée. Il travaille en collaboration avec de nombreux professionnels, dont il coordonne leurs interventions.

Bien que leur finalité soit commune, leurs actions seront différentes selon les projets individuels des personnes accueillies ou prises en charge.

Dans le secteur de l'enfance et du handicap, le professionnel collabore avec des éducateurs de jeunes enfants, des moniteurs-éducateurs, des accompagnants éducatifs et sociaux et des éducateurs techniques spécialisés (<https://www.devenir-educateur.fr/metier.php>).

5. La relation éducative

La relation éducative n'est pas un processus de réparation ou de normalisation, une thérapie ou une action d'assimilation, une guérison ou une injonction à parler, la fabrication d'un éduqué par un éducateur ou la conformation à la demande d'autrui.

La relation éducative en est directement imprégnée : elle constitue un temps et un espace où une personne requise pour ses compétences accompagne une autre personne (enfant ou adulte) à passer du vivre à l'exister. Il s'agit de l'aider à s'accepter telle qu'elle est pour advenir à ce qu'elle veut devenir, de lui apprendre à faire ses propres choix au regard de ses capacités et à se transformer en actrice de sa propre vie, de favoriser l'appropriation de soi par soi. (Gabran. P, 2003, p 15)

Les relations éducatives doivent avoir certains critères qui sont :

5.1. L'attitude éducative

Latitude, comme autonomie, terme presque synonyme, est donc à comprendre comme un espace orienté et bien limité, à l'intérieur duquel l'éducateur est autorisé à faire des choix, à prendre des initiatives, des responsabilités dans le sens de la fonction qu'il a mission de servir.

5.2. La distance éducative

La distance éducative ou distance d'accompagnement. La bonne distance. Celle qu'on dit juste et mesurée, et théoriquement ni trop près, ni trop loin. Chaque personne, ou plutôt chaque relation mérite un réglage singulier, il se crée alors une situation d'authentique partagée.

5.3. L'identification

C'est un processus essentiellement conscient et tendu vers l'avenir, l'identification se fait sur des bases de réalité à travers lesquels on peut plus tard s'imaginer.

5.4. Le transfert :

C'est un phénomène fondamentalement inconscient, où l'éducateur s'il y est attentif, il peut saisir que tout mouvement vers lui de celui qu'il accompagne, qu'il soit agressif ou d'amour.

5.5. L'observation

L'observation est l'une des caractéristiques fondamentales dans la relation éducative, qui réaffirme le rapport interactif et intersubjectif de toute relation humaine, elle permet aux éducateurs de recueillir des renseignements nécessaires pour bien connaître les personnes dont il s'occupe.

5.6. La responsabilité

La responsabilité est une qualité primordiale dans la relation éducative, elle aide les éducateurs à faire face aux diverses difficultés qu'ils rencontrent dans leur travail. (Dréano. G, 2003, P 294-304)

6. Programme éducatif et ses finalités

L'objectif des programmes éducatifs est de permettre aux enfants ayant des déficiences intellectuelles d'acquérir des compétences liées à la connaissance, à la communication, la motricité et à la vie communautaire.

6.1. L'autonomie

Un programme éducatif adapté aux élèves déficients mentaux doit être orienté vers le développement de l'autonomie qui est selon Rocque « la capacité d'une personne à décider, à mettre en œuvre ses décisions et satisfaire ses besoins particuliers sans sujétion à autrui ».

6.2. Le pragmatisme

Axé un programme d'éducation sur la participation sociale implique que les compétences qu'il proposera de développer devront trouver des applications pratiques dans les différentes situations de vie.

6.3. La qualité de vie

L'acquisition des connaissances, d'habiletés et de stratégies permet aux enfants de devenir plus compétents à satisfaire leurs besoins et à faire respecter leurs décisions.

6.4. La valorisation du rôle social :

Conformément à l'objectif de participation sociale et compte tenu des besoins sociaux des élèves, le programme prévoit l'acquisition des aptitudes et des habilités qui leur seront nécessaires pour mieux évoluer dans multiples milieux.

6.5. Le respect de l'intégrité et de la globalité de la personne

Le programme pédagogique prévoit que, dans son application, les besoins, les caractéristiques personnelles et l'environnement des élèves seront pris en compte pour leur assurer un développement harmonieux dans le respect de la globalité de leur personne.

6.6. La valorisation de l'élève comme apprenant :

Valoriser l'élève comme apprenant équivaut à reconnaître l'importance qu'il faut accorder à sa participation active aux activités d'apprentissage. L'adoption de nouveaux comportements favorisant une plus grande prise en charge de sa personne ne peut être envisagée si on ne lui permet pas de jouer un rôle central dans ses propres apprentissages. (Bujold, E. 2004, P 14-16)

7. L'équipe de prise en charge et d'éducation spécialisée :

7.1. Le personnel éducatif :

Le personnel éducatif doit être motivé et formé pour s'occuper efficacement des enfants handicapés. Leur qualité de vie, ainsi que la joie de vivre et la sécurité de leurs parents les éducateurs travaillent collaboration avec les techniciens de la relation.

7.2. Les techniciens de la relation :

Ce sont des professionnels qui offrent un soutien approprié aux enfants, aux jeunes et aux familles qui font face à des difficultés sociales, émotionnelles ou comportementales. Ils sont formés pour intervenir dans la relation d'aide, ils doivent maîtriser une série de compétences qui leur permettent d'assumer différents rôles.

Le pédopsychiatre : il garantit la bonne exécution du projet médicoéducatif tout en soutenant l'ensemble de l'équipe.

Le responsable du service éducatif : secondée par un éducateur chef, éducateur spécialisé et expérimenté. Il est le responsable de l'établissement.

Le psychologue : il étudie le comportement humain et les processus mentaux. Recommande le traitement des problèmes de santé mentale dans les établissements médicaux, industriel et pédagogique. Le psychologue a une fonction de facilitateur de la communication, il assure,

sans contrôle, une prise en charge individuelle des enfants perturbés, ainsi il soutient plusieurs familles. (Charlotte, M. 2004, P19)

8. Les lieux et les conditions de travail de l'éducateur spécialisé :

L'éducateur spécialisé intervient selon des modalités diverses. Quand il travaille en internat, il partage le quotidien du groupe dont il s'occupe. En prévention spécialisée dans un quartier, il accompagne les habitants d'un territoire dans leurs difficultés diverses. En milieu ouvert, il peut travailler en faveur de la protection de l'enfance et du soutien de la personnalité.

Il est souvent salarié d'une association à but non lucratif, mais peut aussi être employé par les collectivités territoriales, la fonction publique et des structures privées.

L'éducateur spécialisé peut exercer dans de multiples structures :

Auprès d'enfants handicapés : en institut médicopédagogique, dans un service d'éducation et de soins à domicile, en établissement pour enfants et adolescents déficients sensoriels.

Auprès d'adultes handicapés : en établissement et service d'aide par le travail, en hôpital de jour, en foyer occupationnelle.

Auprès d'enfants en difficultés sociales : en pouponnière, dans un centre départemental de l'enfance, dans une maison d'enfants à caractère social, dans un service d'action éducative à domicile.

Auprès d'adultes en difficultés sociales : en centre d'hébergement et de réinsertion sociale, dans un centre d'accueil pour toxicomanes, en centre maternel, en foyer des jeunes travailleurs.

Après quelques années d'ancienneté, un éducateur spécialisé peut devenir chef de service éducatif. Dans la fonction publique, il peut accéder au grade de cadre ou conseiller éducatif. (Lebourdais. A. E, et Perche. O, 2016 p 28)

9. L'éducateur spécialisé et les pathologies prises en charge

9.1. Le retard mental

Ce trouble se caractérise par un fonctionnement intellectuel général significativement inférieur à la moyenne (QI d'environ ou au-dessous), un début avant l'âge de 18 ans, et l'existence de déficits ou d'altérations du fonctionnement adaptatif. (DSM4, P46)

Selon la classification du DSM IV quatre types de retard mental peuvent être distingués :

- Retard mental léger : niveau de QI de 50-55 à 70
- Retard mental moyen : niveau de QI de 35-40 à 50-55

- Retard mental grave : niveau de QI 20-25 à 35-40
- Retard mental profond : niveau de QI inférieure à 20-25

9.2. Retard mental léger

Le retard mental léger est à peu près équivalent à ce qui était habituellement désigné par la catégorie pédagogique « éduicable ». Ce groupe représente la plus grande partie (environ 85%) de la population ayant un retard mental.

En tant que groupes, les sujets atteints d'un retard mental de ce niveau développent habituellement des aptitudes à la socialisation et à la communication pendant la période préscolaire (de 0 à 5ans). Ils ont une altération minime des fonctions sensori-motrices et ne pouvant souvent être distingués des enfants sans retard mental qu'à un âge plus avancé. Vers la fin de l'adolescence

A l'âge adulte ils peuvent parvenir à une insertion sociale et professionnelle suffisante pour assurer une autonomie minimale, mais ils peuvent avoir besoin de supervision, d'assistance et de conseils quand ils subissent un stress social ou économique inhabituel. A l'aide de mesures de soutien appropriées, les individus ayant un retard mental léger peuvent réussir habituellement à vivre dans la société, soit de façon indépendante, soit au sein de structure protégées.

9.3. Retard mental moyen

Le retard mental moyen est à peu près équivalent à ce qui était habituellement désigné par la catégorie pédagogique « Dressable ». Ce groupe représente environ 10% de la population totale des individus atteints de retard mental. Les personnes ayant un retard mental moyen ne peuvent bénéficier de programme éducatif.

La plupart des sujets ayant ce niveau acquièrent des aptitudes à la communication pendant la première enfance. Ils peuvent bénéficier d'un apprentissage professionnel et acquérir une autonomie au pris d'une assistance modérée. Ils peuvent aussi bénéficier d'un apprentissage social et pratique, ils peuvent apprendre à se déplacer seuls dans des endroits connus.

9.4. Retard mental grave

Le retard mental grave représente de 3 % à 4 % des sujets atteints du retard mental. Pendant la première enfance, ils ne développent que peu ou pas de communication verbale, à l'âge scolaire, ils peuvent apprendre à parler et à prendre soins d'eux même de façon élémentaire.

9.5. Retard mental profond

Le groupe ayant un retard mental profond représente 1% à 2% des sujets atteints du retard mental. La plupart des sujets ayant ce diagnostic ont une pathologie neurologique définie, responsable de leur retard mental.

Pendant la première enfance, ils présentent des perturbations considérables des fonctions sensori-motrices. Un développement optimal peut survenir dans un environnement très structuré, comportant une assistance et une surveillance constante, Le développement moteur,

L'autonomie et les capacités de communication peuvent s'améliorer si un apprentissage adéquat est proposé. Certains sujets parviennent à effectuer des tâches simples dans des conditions très protégées, au prix d'une étroite supervision.

9.6. La psychose

Le terme « psychose » désigne des états psychiques caractérisés par une altération profonde de la conscience du sujet (troubles grave de l'identité) et de son rapport avec la réalité. On exclut de cette catégorie les sujets chez qui cette double altération paraît due essentiellement à un retard mental. Par contre, il peut exister des troubles psychotiques associés à un retard mental (par exemple, les psychoses déficitaires apparaissant chez l'enfant).

(Besançon, G.1993, p161)

Selon DSM5 les troubles psychotiques, la schizophrénie et la personnalité schizotypique sont définis par des anomalies dans au moins un des cinq domaines suivants : idées délirantes, hallucinations, pensée désorganisée (discours), comportement moteur grossièrement désorganisé ou anormal (incluant la catatonie) et symptômes négatifs. (DSM5, P 109)

9.7. Trisomie 21

Selon le grand dictionnaire de la psychologie, la trisomie 21 C'est une aberration chromosomique qui associe des anomalies morphologique, neuromatrices, métabiologique, immunologique, et une déficience intellectuelle. (H, Bloch et al grand dictionnaire, 2011, de la psychologie).

La trisomie 21 ou syndrome de down c'est une anomalie génétique due à la présence d'un troisième chromosome supplémentaire dans la vingt-et-unième paire chromosomique. La trisomie 21 est la cause génétique la plus fréquente de retard mental, elle représente en moyenne 22% des cas de retard mental d'origine connue. La prévalence de cette anomalie chromosomique est de l'ordre de 8 à 1 pour 1000 naissances vivantes.

9.8. L'autisme

Le trouble du spectre de l'autisme (TSA) est classé parmi les syndromes neurodéveloppementaux. Ce qui justifie naturellement une approche neuropsychologique. En référence aux données neurophysiologiques et neuroradiologiques mettant en évidence une fragilité du développement cérébral post-natal avec une construction qualifiée d'atypique de certains circuits neuronaux. (Biezet et al, 2018, P 4)

Le trouble du spectre de l'autisme est une atteinte sévère du développement Qui se révèle sous différents aspects, Généralement avant l'âge de trois ans. Ce trouble se caractérise par une altération de l'acquisition du langage, des difficultés dans les interactions sociales réciproques et par la présence de rigidités comportementales et de stéréotypies (Thommen et al, 2011, P 290)

10. Grades et missions des éducateurs spécialisés en Algérie :

Le corps des éducateurs est structuré en quatre grades, chacun ayant des missions spécifiques.

10.1. Aides-éducateurs (en voie d'extinction)

Participation à l'action éducative, à l'animation et à l'organisation de la vie collective des pensionnaires.

- Éducation ou rééducation spéciale adaptée aux populations prises en charge.
- Accompagnement et encadrement lors des activités de restauration, d'hygiène corporelle et vestimentaire.
- Encadrement et assistance lors des déplacements dans ou hors de l'établissement.
- Volume horaire hebdomadaire de 30 heures.

10.2. Éducateurs spécialisés

- Prise en charge des populations en situation de handicap, de vulnérabilité, de détresse sociale ou d'inadaptation.
- Prise en charge éducative et rééducative des mineurs placés en milieu fermé ou ouvert.
- Développement d'activités d'éveil pour les enfants en coordination avec le psychologue et le personnel d'encadrement.
- Stimulation de la créativité, favorisation de l'autonomie et amélioration de la socialisation des enfants.
- Participation à la préparation matérielle des activités éducatives, ludiques et récréatives.
- Veille à la sécurité des enfants et adolescents pris en charge.
- Développement de relations de confiance avec les parents et familles.
- Volume horaire hebdomadaire de 30 heures.

10.3. Éducateurs spécialisés principaux

- Organisation des activités de prise en charge résidentielle, en milieu ouvert, en milieu éducatif ou à domicile.
- Veille à l'insertion scolaire et familiale des mineurs pris en charge.
- Travail de proximité avec les enfants, adolescents et adultes handicapés ou en situation de détresse sociale.
- Aide à la restauration, préservation et développement de l'autonomie et des capacités d'insertion sociale.
- Participation à l'élaboration et à l'évaluation des projets individuels et institutionnels.
- Organisation des activités d'animation et de loisirs.
- Favorisation du développement de l'autonomie et des capacités d'apprentissage.
- Participation aux travaux de synthèse sur la situation des enfants et adolescents.
- Volume horaire hebdomadaire de 30 heures.

10.4. Éducateurs spécialisés en chef :

- Veille sur l'organisation des activités occupationnelles, physiques, sportives, d'animation et de loisirs.
- Participation à l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi des programmes d'éducation spécialisée.
- Élaboration et adaptation des programmes et moyens pédagogiques nécessaires.
- Confection d'outils didactiques spécifiques.
- Volume horaire hebdomadaire de 30 heures.

Ces grades et missions illustrent la structure hiérarchique et les responsabilités spécifiques au sein du corps des éducateurs en Algérie, visant à assurer une prise en charge éducative et sociale adaptée aux populations vulnérables. Journal officiel de la République Algérienne. (2009) www.joradp.dz

11. Les difficultés rencontrées des éducateurs spécialisés en Algérie :

11.1. Manque des ressources matérielles et pédagogique :

Le manque de moyens matériels et les infrastructures inadaptées compliquent considérablement le travail des éducateurs spécialisés dans les centres psychopédagogiques en Algérie. Sans équipements adaptés, ils doivent compenser avec des méthodes improvisées, limitant ainsi l'efficacité de leur accompagnement. L'absence d'ateliers variés réduit les activités pédagogiques, rendant l'apprentissage monotone et difficile à individualiser.

11.2. Manque de formation et approche rigide :

Bien que les éducateurs spécialisés fassent preuve de bonne volonté dans leur travail, ils restent souvent limités par une approche rigide et stéréotypée. Leur pratique repose sur des méthodes préétablies qui ne prennent pas suffisamment en compte les besoins individuels des enfants handicapés mentaux.

. En l'absence de formation continue et de sensibilisation aux nouvelles approches pédagogiques et thérapeutiques, ils se retrouvent prisonniers de techniques standardisées qui ne répondent pas toujours aux défis spécifiques du handicap mental. Cette rigidité limite leur capacité à innover et à ajuster leurs méthodes pour favoriser une meilleure intégration et un développement plus harmonieux des enfants qu'ils accompagnent. (Djellali, A. et Belaadi, B. 2010, P 07)

11.3. Manque de reconnaissance et de soutien institutionnel :

Les éducateurs spécialisés font face à un manque de reconnaissance marqué, se traduisant par une faible visibilité de leur travail complexe et essentiel, tant auprès du public que des institutions. Leurs rémunérations, souvent modestes, ne reflètent pas leurs responsabilités ni leur engagement émotionnel, alimentant un sentiment de dévalorisation. De plus, leur statut professionnel flou nuit à leur légitimité auprès d'autres acteurs du secteur social, comme les psychologues ou les travailleurs sociaux, et affaiblit leur place dans les équipes pluridisciplinaires. Ces difficultés contribuent à une sous-estimation de leur rôle pourtant crucial dans l'accompagnement des personnes en difficulté. (Dugué, P, 2020, P 40)

Synthèse

Pour faire court, L'éducateur spécialisé occupe une position essentielle dans l'accompagnement des publics en difficulté confrontés à des déficiences ou à des difficultés sociales. À travers un soutien individualisé, il aide les personnes fragilisées à grandir, à développer leur autonomie et à trouver leur place dans la société.

Ce métier, exigeant et profondément humain, demande patience, empathie, et une grande force physique et psychologique.

CHAPITRE III : HANDICAP MENTAL

Préambule

La notion de handicap mental a connu de profondes évolutions au fil de l'histoire. Les changements dans les conceptions scientifiques et les approches théoriques ont transformé les définitions, les modes de classification et les représentations sociales liées à cette forme de handicap.

Dans ce chapitre, on va s'intéresser aux différentes dimensions du handicap mental, ses définitions et son évolution historique, ses formes et classifications, sa prévalence, ses causes, ainsi que les difficultés qu'il engendre au quotidien. Il s'agira également d'aborder les outils et méthodes permettant une évaluation adaptée de cette réalité complexe, afin de mieux comprendre les besoins spécifiques des personnes concernées.

1. Étymologie du mot handicap

Le terme « handicap » (littéralement « hand in cap » en anglais signifie « la main dans le chapeau ») Apparaîtrait pour la première fois au XVI^e siècle en Grande-Bretagne pour désigner un jeu dans lequel les concurrents se disputent des objets dans la mise se trouve placée au fond d'un chapeau.

Il sera plus couramment employé ensuite sur les champs de courses : « handicaper un concurrent c'est diminuer ses chances de succès en le chargeant au départ d'un poids supplémentaire, ou en l'obligeant à parcourir une distance plus longue, le but étant en handicapant les plus forts d'égaliser les chances de tous les parents ».

Si les handicaps sont bien répartis, le résultat de la course devient si incertain que, pour parier, il est aussi simple de mettre les noms des chevaux sur des morceaux de papier au fond d'un chapeau et d'y tirer au sort le nom de vainqueur. L'explication du passage de la limitation des capacités des chevaux à celle des hommes est inconnue. (Guidetti, M et Tourette, C 2014, P 17)

En 1980, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) publie sa première classification des handicaps (CIH-1), dans laquelle elle distingue différents termes.

- Les déficiences : relatives à toute altération du corps ou de l'apparence physique, ainsi qu'à une anomalie organique ou fonctionnelle, quelle qu'en soit la cause, en principe les déficiences constituent des troubles manifestés au niveau de l'organe.
- Les incapacités : qui reflètent les conséquences de déficiences en termes d'activité fonctionnelle de l'individu, les incapacités représentent donc des perturbations au niveau de la personne elle-même.
- Les désavantages : se rapportent aux préjudices résultant pour l'individu de sa déficience ou de son incapacité, ils reflètent donc l'adaptation de l'individu et l'interaction entre lui et son milieu. (OMS. 1980)

2. Définitions

Afin de bien cerner les notions de l'handicap, l'handicapée et l'handicap mental, Nous avons opté pour des définitions simples et compréhensibles, car elles constituent une base solide pour aborder les thèmes que nous allons traiter.

2.1. Définition de l'handicap

D'après le *Dictionnaire fondamental de la psychologie*, le terme « handicap » désigne « la situation d'une personne qui se trouve désavantagée d'une manière ou d'une autre, par rapport à d'autres personnes (Hetall, B. 2005, P411).

Dans le cadre juridique français, la loi du 11 février 2005 précise que « un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitive ou psychique, d'un polyhandicapé ou d'un trouble de santé invalidant. ». (Romano, H. 2011, p 43)

2.2. Définition de l'handicapé

Comme l'indique l'Organisation mondiale de la santé « est appelé handicapé celui dont l'intégrité physique ou mentale est progressivement ou définitivement diminuée, soit congénitalement, soit sous l'effet de l'âge, d'une maladie ou d'un accident, en sorte que son autonomie, son aptitude à fréquenter l'école ou à occuper un emploi s'en trouve compromise ». (Guidetti, M. ET Tourrette. C. 1999, p7)

Une personne est dite handicapée lorsque « la personne qui, en raison de son incapacité physique ou mentale, de son comportement psychologique ou de son absence de formation, est incapable de pourvoir à ses besoins ou exige des soins constants ou se trouve ségrégée soit de son propre fait, soit de celui de la collectivité ». (Liberman, R. 1988, p, 38)

2.3. Définition de l'handicap mental

Dans le *Grand dictionnaire de la psychologie*, le handicap mental est décrit comme « un désavantage ou infériorité social et professionnelle résultant d'une maladie mentale. Une insuffisance congénitale du développement de l'intelligence, qui se manifeste précocement et ne peut, en principe, jamais être comblée. Tout insuffisance psychique, qu'elle soit acquise ou congénitale ». (Bloch, H. 2003, P 239)

3. Les types d'handicaps

3.1. Handicap moteur

Les troubles moteurs peuvent avoir des causes variées, mais partagent une atteinte de la motricité, parfois accompagnée de déficiences sensorielles ou mentales. Deux grandes classifications permettent de les regrouper :

- Handicaps moteurs d'origine cérébrale appelés infirmités motrices cérébrale (IMC-IMOC).
- Handicaps moteurs d'origine non cérébrale où l'on différencie les handicaps temporaires, définitifs et évolutifs.

3.2. Handicap visuel

Il existe de nombreux troubles visuels et de gravité variable. L'OMS distingue les déficiences de l'acuité visuelle, les déficiences du champ et les autres déficiences visuelles.

Le handicap visuel regroupe les personnes atteintes de troubles de la vision, qu'il s'agisse de malvoyance ou de cécité.

3.3. Handicap auditif

La déficience auditive correspond à une insuffisance de l'acuité auditive, elle se définit en fonction de sa profondeur, de sa nature et de son étiologie.

L'hypoacousie (insuffisance de l'acuité auditive correspondant à la surdité légère et moyenne) et la surdité sont des déficiences sensorielles « qui altèrent la qualité et l'intensité de la perception sonore et gênent par conséquent l'individu dans tous les domaines où l'audition joue un rôle et en particulier dans la vie relationnelle ». (Guidetti, M, Tourette, C. 2018, p 16)

3.4. Handicap psychique

Le handicap psychique est un trouble qui entraîne des difficultés notables dans plusieurs domaines, tels que la pensée, les sentiments, avec des impacts sur l'image de soi, la perception du monde, la communication et sur les relations sociales ce qui impactent fortement l'adaptation au quotidien. (Zribi, G et Beulné, T. 2009. p.15)

3.5. Polyhandicap

Le polyhandicap résulte de la combinaison de plusieurs déficiences graves qui a pour conséquence une restriction importante de l'autonomie et des possibilités de perception, d'expression et de relation. Certains travaux distinguent entre « sur handicap » Il se caractérise par une association de déficiences intellectuelle et psychique d'intensité équivalente, ce qui ne permet pas de déterminer laquelle prévaut sur l'autre. « pluri handicap » se caractérise par

l'association de déficiences d'intensité similaire, empêchant de déterminer une déficience principale (à l'exception de la surdi-mutité et de la surdi-cécité) et le polyhandicap qui associe une déficience motrice grave à une déficience mentale grave. (Guidetti, M. et Tourrette, C.1999, p10)

3.6. Handicap mental

L'organisation mondiale de la santé définit le handicap mental comme « un arrêt du développement mental ou un développement mental incomplet, caractérisé par une insuffisance des facultés et du niveau global d'intelligence, notamment au niveau des fonctions cognitives, du langage, de la motricité et des performances sociales ».

4. La classification de l'handicap mental selon le DSM 4

4.1. Retard mental léger

Le Retard mental léger est à peu près équivalent à ce qui était habituellement désigné par la catégorie pédagogique « éduable ». Ce groupe représente la plus grande partie (environ 85%) de la population ayant un Retard mental. En tant que groupe, les sujets atteints d'un retard mental de ce niveau développent habituellement des aptitudes à la socialisation et à la communication pendant la période préscolaire (de 0 à 5 ans). Ils ont une altération minimale des fonctions sensori-motrices et ne peuvent souvent être distingués des enfants sans Retard mental qu'à un âge plus avancé. Vers la fin de l'adolescence, ils peuvent faire des acquisitions scolaires jusqu'au niveau de la sixième environ.

À l'âge adulte, ils peuvent parvenir à une insertion sociale et professionnelle suffisante pour assurer une autonomie minimale, mais ils peuvent avoir besoin de supervision, d'assistance et de conseils quand ils subissent un stress social ou économique inhabituel. Avec l'aide de mesures de soutien appropriées, les individus ayant un Retard mental léger réussissent habituellement à vivre dans la société, soit de façon indépendante, soit au sein de structures protégées.

4.2. Retard mental moyen

Le Retard mental moyen est à peu près équivalent à ce qui était habituellement désigné par la catégorie pédagogique « dressable ». Ce terme démodé ne doit plus être employé car il implique, à tort, que les sujets atteints d'un Retard mental moyen ne peuvent bénéficier de programmes éducatifs.

Ce groupe représente environ 10 % de la population totale des individus atteints de Retard mental. La plupart des sujets ayant ce niveau de Retard mental acquièrent des aptitudes à la communication pendant la première enfance. Ils peuvent bénéficier d'un apprentissage professionnel et acquérir une autonomie au prix d'une assistance modérée. Ils peuvent aussi bénéficier d'un apprentissage social et pratique, mais ils ont peu de chances de poursuivre leur scolarité au-delà du cours élémentaire première année. Ils peuvent apprendre à se

déplacer seuls dans des endroits connus. Pendant l'adolescence, leurs difficultés à acquérir les conventions sociales peuvent gêner leurs relations avec leurs camarades.

A l'âge adulte, la plupart réussissent dans des travaux non qualifiés ou semi-qualifiés, sous supervision, que ce soit dans des ateliers protégés ou dans le monde du travail. Ils s'adaptent bien à la vie en communauté, généralement dans des structures protégées.

4.3. Retard mental grave

Le groupe ayant un Retard mental grave représente 3 % à 4 % des sujets atteints de Retard mental. Pendant la première enfance, ils ne développent que peu ou pas de communication verbale. A l'âge scolaire, ils peuvent apprendre à parler et à prendre soin d'eux-mêmes de façon élémentaire. Ils ne profitent que peu de l'instruction qui est donnée à l'école maternelle, comme se familiariser avec l'alphabet et apprendre à compter, mais ils peuvent parvenir à déchiffrer quelques mots essentiels à leur survie. A l'âge adulte, ils peuvent être capables d'effectuer des tâches simples sous surveillance étroite. La plupart s'adaptent bien à la vie en communauté, en foyer ou dans leur famille, à moins qu'ils ne présentent un handicap associé nécessitant des soins infirmiers spécialisés ou une autre forme de prise en charge.

4.4. Retard mental profond

Le groupe ayant un Retard mental profond représente 1 % à 2 % des sujets atteints de Retard mental. La plupart des individus ayant ce diagnostic ont une pathologie neurologique définie, responsable de leur Retard mental. Pendant la première enfance, ils présentent des perturbations considérables des fonctions sensori-motrices. Un développement optimal peut survenir dans un environnement très structuré, comportant une assistance et une surveillance constantes, ainsi qu'une relation individualisée avec un soignant. Le développement moteur, l'autonomie et les capacités de communication peuvent s'améliorer si un apprentissage adéquat est proposé. Certains sujets parviennent à effectuer des tâches simples dans des conditions très protégées, au prix d'une étroite supervision. (DSM4, p 49-50)

5. La prévalence et l'évolution et les critères diagnostiques du retard mental :

5.1. Prévalence

Le taux de prévalence du Retard mental est estimé aux alentours de 1 %. Cependant, diverses études ont rapporté des taux de prévalence différents, qui dépendent des définitions utilisées, des méthodes d'évaluation et des populations étudiées.

5.2. Évolution

Le diagnostic de Retard mental implique que le début du trouble survienne avant l'âge de 18 ans. L'âge et le mode de début dépendent de l'étiologie et de la sévérité du Retard

mental. Les retards les plus sévères, surtout s'ils sont associés à un syndrome ayant un phénotype caractéristique, tendent à être repérés tôt (p. ex., le syndrome de Down est généralement diagnostiqué dès la naissance). En revanche, un Retard mental léger, d'origine inconnue, sera généralement détecté plus tard. Dans les retards sévères d'étiologie acquise, l'altération intellectuelle s'installera plus brutalement (p. ex., retard mental secondaire à une encéphalite).

L'évolution du Retard mental sera influencée par l'évolution des affections médicales sous-jacentes et par les facteurs environnementaux (p. ex., opportunités éducatives ou autres, environnement stimulant, prise en charge appropriée). Si l'affection médicale sous-jacente est stabilisée, l'évolution sera variable et dépendra des facteurs environnementaux.

Le Retard mental n'est pas nécessairement un trouble qui dure toute la vie. Les sujets qui ont eu un Retard mental léger au début de leur vie, avec échec dans les acquisitions scolaires, pourront développer, avec un apprentissage adéquat et dans des conditions favorables, de bonnes capacités adaptatives dans d'autres domaines et ne plus présenter le niveau de perturbation requis pour le diagnostic de Retard mental. (DSM4. P 53)

5.3. Critères diagnostiques du Retard mental (DSM4) :

A. Fonctionnement intellectuel général significativement inférieur à la moyenne : niveau de QI d'environ 70 ou au-dessous, mesuré par un test de QI passé de façon individuelle (pour les enfants très jeunes, on se fonde sur un jugement clinique de fonctionnement intellectuel significativement inférieur à la moyenne).

B. Déficits concomitants ou altérations du fonctionnement adaptatif actuel (c.-à-d. de la capacité du sujet à se conformer aux normes escomptées à son âge dans son milieu culturel) concernant au moins deux des secteurs suivants : communication, autonomie, vie domestique, aptitudes sociales et interpersonnelles, mise à profit des ressources de l'environnement, responsabilité individuelle, utilisation des acquis scolaires, travail, loisirs, santé et sécurité.

C. Début avant l'âge de 18 ans. (DSM4. P 55)

6. Les causes de l'handicap mental :

6.1. Les facteurs génétiques

Plusieurs formes du handicap intellectuel moyen, grave ou profond sont dues à des aberrations chromosomique diverses repérables par l'étude du caryotype.

Les plus courant sont la trisomie 21(syndrome de down ou mongolisme, consistant dans la présence d'un chromosome 21 surnuméraire) et des anomalies liées au chromosome x (syndrome du x fragile).

6.2. Les facteurs environnementaux :

6.2.1. Les causes prénatales

Les atteintes prénatales comprennent la malnutrition, les intoxications par l'alcool, par la drogue ou par certains médicaments, il faut y ajouter certaines maladies maternelles comme l'hyperthermie, le diabète sucré, la varicelle et l'irradiation pendant la grossesse.

6.2.2. Les causes périnatales

Sont principalement ce que les médecins appellent des « souffrances » cérébrales du nourrisson lorsque l'accouchement est normal, long ou difficile, ce qui conduit à l'anoxie ou l'asphyxie néonatale (le cerveau est privé d'oxygène pendant une période plus ou moins longue).

6.2.3. Les causes postnatales

Les atteintes postnatales laissant des séquelles cérébrales responsables du handicap intellectuel comportent notamment les traumatismes crâniens, les infections (encéphalites ou méningite) ou les troubles convulsifs (épilepsie).

6.3. Les facteurs psychosociaux

Il est reconnu actuellement que les facteurs non organiques peuvent intervenir et conduire à un état similaire de déficiences mentale, il s'agit principalement des carences affectives et relationnels et des carences dans la stimulation verbale ou sociale. (Petot, D, 2003, P435-436).

7. Les difficultés d'un handicap mental :

Les difficultés peuvent apparaître à un ou plusieurs de ces niveaux :

7.1. L'apprentissage :

- Maintenir son attention.
- Comprendre, mémoriser et assimiler des informations.
- Faire des liens entre des situations identiques.

7.2. L'adaptation :

- Lenteur dans la réaction et dans l'exécution.
- Faire face aux changements imprévus.
- Analyser et apporter un jugement.
- Gérer plusieurs consignes en même temps.
- Se repérer dans le temps et dans l'espace.

7.3. La communication :

- Comprendre le discours de l'autre.
- Comprendre un message écrit.
- Prendre conscience des conventions tacites de la société.
- Exprimer clairement son point de vue, se faire comprendre.

7.4. Le contrôle de soi :

- Prendre du recul face à une situation.
- Gérer son stress.
- Adapter son comportement.
- Verbaliser ses émotions.

7.5. L'autonomie :

- Prise d'initiative.
- Le manque de confiance en soi freine les réalisations. (Jean, L, 2000, P 25-26)

8. L'évaluation d'un handicap mental :

L'évaluation d'une déficience intellectuelle chez les personnes présentant des troubles de santé mentale s'avère complexe, car les symptômes liés à leur état psychique, notamment les comportements problématiques, peuvent en perturber les résultats. De surcroît, la présence de difficultés de communication chez une bonne partie de cette clientèle et la tendance à l'acquiescement peuvent compliquer encore davantage le processus diagnostique. En 1989 Griffiths nous fournit des indicateurs soutenant l'hypothèse d'un trouble mental chez les personnes ayant un retard mental :

- Escalade et exagération inexplicables des comportements problématiques comparativement à ceux observés au niveau de base.
- Apparition subite et inattendue de comportements problématiques sans qu'il n'y ait d'antécédent connu.
- Changements dans les routines comportementales (sommeil, nourriture, hygiène).
- Changements dans le niveau d'activité.
- Changements dans les contacts sociaux ou la sociabilité de la personne.
- Désorganisation de la pensée ou du comportement.
- Perte des acquisitions.
- Comportements problématiques se produisant de façon cyclique.

Les outils diagnostiques disponibles facilitent le repérage des troubles mentaux chez les personnes avec un retard mental, mais ne suffisent pas à établir un diagnostic psychologique, qui doit s'appuyer sur une évaluation plus globale. (Ordre des psychologues du Québec, 2007 p 26)

9. Les données statistiques relatives aux personnes en situation de handicap en Algérie :

Dans ce cadre, nous citons les résultats de l'enquête réalisée par l'office national des statistiques à la demande du ministère de la solidarité et qui ont été présentés en décembre 2010. L'ONS a rapporté le chiffre de 1 945 707 handicapés, dont 131 966 étaient âgés de moins de cinq ans, 319 946 étaient âgés de 5 à 19 ans, et 1 493 795 avaient 20 ans et plus.

L'handicap mental représente 167 280, et il est en troisième position. Les données de l'office national des statistiques en 2012 font état de plus de 2 millions (2.047.690) d'handicapés en Algérie soit 5,6% de la population Algérienne. Massaouden, déclare selon les résultats de sa recherche, que le nombre des handicapés en Algérie était déjà de trois millions, ce qui représentait 10% de la population Algérienne.

Le nombre réel de personnes en situation de handicap en Algérie serait proche de 6 millions. Cette estimation dépasse largement les chiffres officiels, car les statistiques actuelles ne prennent en compte que les personnes enregistrées auprès des institutions sociales et bénéficiant d'allocations.

De nombreuses personnes handicapées ne sont donc pas recensées, ce qui explique cette sous-évaluation. Cette situation met en évidence la croissance continue du nombre de personnes handicapées dans le pays et souligne l'urgence de renforcer leur accompagnement et leur prise en charge. (Attik, M.2015, P 264.)

10.Stratégies de prise en charge médicaux-éducative du handicap mental :

Le traitement et les besoins en soutien dépendent des compétences sociales et intellectuelles. Le recours à un programme d'intervention précoce au cours de la première année peut prévenir ou diminuer la gravité d'un handicap dû à une pathologie périnatale. On doit établir des méthodes réalistes pour la prise en charge de l'enfant.

Le soutien et les conseils à la famille sont d'une importance cruciale. Dès que le diagnostic de handicap intellectuel est confirmé ou fortement suspecté, les parents doivent en être informés et bénéficier d'un temps suffisant pour discuter des causes, des conséquences, du pronostic, de l'éducation et de la prise en charge de leur enfant; il est important aussi qu'ils tiennent compte des risques pronostiques connus pour contrebalancer des prophéties auto-réalisatrices trop pessimistes qui risqueraient, en n'attendant pas assez de l'enfant, d'obérer davantage son avenir fonctionnel.

Un accompagnement attentif est essentiel pour une bonne adaptation familiale. Lorsque le médecin de famille ne peut assurer le rôle de coordinateur et de conseiller, l'enfant et sa famille doivent être adressés à un centre comportant une équipe pluridisciplinaire qui évalue et prend en charge les enfants atteints de handicap intellectuel, cependant, le médecin de famille doit fournir des soins médicaux et conseils continus.

Un programme complet et personnalisé est élaboré avec l'aide de spécialistes compétents, y compris les éducateurs.

- Une équipe pluridisciplinaire comprend
- Neurologues ou pédiatres du développement comportemental
- Orthopédistes
- Kinésithérapeutes et ergothérapeutes (qui participent à la prise en charge des comorbidités chez l'enfant qui souffre de déficits moteurs)
- Orthophoniste et oto-rhino-laryngologiste (apportent leur contribution en cas de retard de langage ou de suspicion d'hypoacousie)
- Nutritionnistes (qui aident au traitement d'une dénutrition)
- Ophtalmologistes ou optométristes (qui aident à assurer une vision optimale)
- Assistants sociaux (qui contribuent à réduire les carences de l'environnement et à identifier les ressources clés)
- Psychologues (qui supervisent la planification des interventions comportementales)

Les enfants atteints qui souffrent de troubles mentaux associés tels qu'une dépression doit bénéficier de médicaments psychotropes appropriés, administrés à des posologies similaires à celles utilisées chez l'enfant indemne de handicap intellectuel. La prise de médicaments psycho actifs sans thérapie comportementale ni modifications environnementales est rarement efficace.

Tout doit être fait pour que l'enfant vive à domicile ou dans une maison d'enfants intégrée dans la ville. Vivre à la maison avec la famille est généralement meilleur pour l'enfant que d'autres solutions de placement, à moins que les difficultés de comportement marquées ne nécessitent un niveau d'implication plus élevé que celui que la famille peut fournir. La famille tire bénéfice d'un soutien psychologique et d'aide pour les soins quotidiens assurés par les crèches et garderies, des aides à domicile et des services assurant des répit aux parents. L'environnement quotidien doit encourager l'accès à l'autonomie et doit renforcer l'apprentissage des compétences nécessaires pour atteindre cet objectif.

Chaque fois que possible, un enfant atteint de handicap intellectuel doit fréquenter une crèche ou une école adaptée aux côtés de camarades ne présentant pas de troubles cognitifs.

L'Individuals with Disabilities Education Act (IDEA), la loi américaine sur l'éducation des personnes handicapées, une loi américaine sur l'éducation, stipule que tous les enfants souffrant de handicap doivent recevoir une éducation appropriée et suivre des programmes scolaires adaptés dans un environnement ouvert et assurant la plus grande intégration possible. L'Americans with Disability Act et la Section 504 of the Rehabilitation Act fournissent également des logements dans les écoles et autres lieux publics.

Lorsque le patient souffrant de handicap intellectuel atteint l'âge adulte, différents moyens de soutien pour sa vie quotidienne et le travail sont disponibles. Les grands centres d'établissement de soins d'accueil sont en cours de remplacement par des centres accueillant

de petits groupes ou des résidences individuelles subventionnées adaptées aux capacités fonctionnelles et aux besoins du patient

https://www.msmanuals.com/fr/professional/p%C3%A9diatrie/troubles-du-d%C3%A9veloppement-et-des-apprentissages/handicap-intellectuel#Traitement_v1105231_fr

Synthèse

En somme, la déficience intellectuelle ne doit pas être réduite à une simple incapacité, mais comprise comme un trouble complexe nécessitant une réponse globale et précoce. Seule une prise en charge concertée, mobilisant les ressources médicales, éducatives, sociales et familiales, Accordera la chance à l'enfant de s'épanouir pleinement et de trouver sa place dans la société, tout en préservant sa dignité et en garantissant le respect de ses droits.

PARTIE PRATIQUE

CHAPITRE IV : MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

Préambule

Le cadre théorique que nous avons développé dans les chapitres antérieurs, ainsi que les deux questions de recherche que nous avons formulées, seront approfondis dans ce chapitre. Nous y aborderons la méthodologie que nous avons choisie pour mener à bien notre étude. La méthode clinique est d'une importance capitale, car elle constitue le fil conducteur de notre démarche, depuis les premières investigations jusqu'à la conclusion finale. Elle est principalement conçue pour répondre à des situations concrètes rencontrées par des sujets en souffrance et doit se concentrer sur le cas individuel, tout en tenant compte de la globalité de l'individu.

La « méthode clinique » s'inscrit dans une pratique visant à identifier et à nommer certains états, compétences et comportements, dans le but de proposer une approche thérapeutique (comme la psychothérapie), une intervention sociale ou éducative, ou encore un conseil visant à apporter une aide et à favoriser une évolution positive de l'individu.

La particularité de cette méthode réside dans son refus d'isoler les informations, cherchant plutôt à les intégrer dans la dynamique individuelle. Les éléments qui seront présentés dans ce chapitre porteront sur la méthode de recherche, la description du cadre de recherche, la population étudiée et les critères de sélection, l'échelle utilisée, les techniques de recherche, ainsi que la méthode adoptée pour la présentation des cas.

1. La pré-enquête

Il est plus que nécessaire de réaliser une pré-enquête afin de dresser un état des lieux du dispositif. Il est notamment difficile d'évaluer un dispositif sans en avoir une bonne connaissance préalable. Le travail évaluatif exige en effet une compréhension globale du dispositif.

La pré-enquête devra idéalement être rédigée dans un laps de temps court et porter sur les forces, les faiblesses, les contraintes et les ressources, les stratégies mises en place et le public du dispositif. Cette pré-enquête doit permettre à l'évaluateur de mieux cerner les objectifs du dispositif, de révéler le socle théorique et s'assurer de l'utilité et de la disponibilité des données.

La plupart des démarches évaluatives sont conçues autour de la mise en perspective des objectifs d'un dispositif. L'évaluateur cherchera tantôt à s'assurer de l'adéquation entre les actions du dispositif et les objectifs, tantôt à identifier les éventuels effets inattendus, c'est-à-dire non anticipés lors de la formulation des objectifs, tantôt à interroger leur pertinence.

L'identification des objectifs, qui, rappelons-le, peuvent aussi bien être affichés que masqués, constitue un enjeu fondamental. Le travail évaluatif étant plus difficile à mener lorsqu'on ignore les objectifs que lorsqu'on peut spécifiquement les nommer, il est recommandé de ne pas se contenter d'objectifs pauvrement définis. Pour que l'évaluateur

sache sur quoi se focaliser, il est important de centrer la pré-enquête sur la formulation d'objectifs (Olivier. B, 2018, P.134)

Nous avons réalisé une pré-enquête au sein du centre psychopédagogique pour enfants présentant des handicaps mentaux, situé à Timezrit. Cette pré-enquête vise à vérifier la faisabilité de notre recherche, ainsi qu'à élaborer les hypothèses et le guide d'entretien, et à définir les conditions d'étude. De plus, elle permet d'évaluer la possibilité d'obtenir le consentement des éducateurs de ce centre afin de constituer notre échantillon pour l'étude, avant de commencer notre recherche sur les deux problématiques soulevées dans notre thème.

Notre objectif dans cette pré-enquête que nous avons réalisée est principalement de mieux comprendre notre groupe de recherche, composé d'éducateurs, ainsi que les spécificités de leurs tâches et des conditions de travail au sein de ce centre. Au cours de cette pré-enquête, nous avons observé que certains éducateurs rencontrent des contraintes liées à l'environnement de travail et à l'organisation, ce qui impacte leurs compétences et rend leur rôle de plus en plus complexe. Parmi ces contraintes figurent : le manque de ressources, les difficultés d'apprentissage rencontrées par certains enfants, les comportements d'indiscipline et d'inadaptation chez certains d'entre eux, ainsi qu'un planning qui ne s'adapte pas à tous les enfants, chacun ayant un handicap particulier.

2. La méthode de recherche

La méthode clinique se divise en deux niveaux complémentaires. Le premier niveau implique l'utilisation de techniques telles que des tests, des échelles et des entretiens pour recueillir des informations *in vivo*, en minimisant l'isolement de la situation « naturelle » et en respectant le contexte. Le second niveau, quant à lui, se concentre sur une étude approfondie et exhaustive du cas. La distinction entre ces deux niveaux ne réside pas dans les outils ou les démarches, mais plutôt dans les objectifs et les résultats : le premier niveau permet d'obtenir des informations sur un problème, tandis que le second cherche à comprendre un sujet, ce qui n'est pas nécessairement le cas dans toutes les situations cliniques, notamment celles liées à la recherche sur des faits psychopathologiques ou d'adaptation. L'étude de cas choisie pour notre recherche a pour but d'explorer des phénomènes complexes dans des contextes réels ou d'approfondir les connaissances sur des phénomènes déjà étudiés.

Les études de cas offrent ainsi une analyse détaillée et approfondie d'un nombre restreint de sujets. Cela nous permet d'obtenir une description plus précise du problème actuel d'un individu, facilitant ainsi notre compréhension dans le cadre de notre recherche sur l'épuisement professionnel chez les éducateurs d'enfants ayant des handicaps mentaux.

L'objectif est de décrire la situation particulière de cette catégorie de personnes, en examinant les causes et les conséquences, afin d'atteindre nos objectifs et de valider nos hypothèses.

3. Le choix de l'échantillon :

L'échantillon de notre étude se compose des éducateurs spécialisés dans l'accompagnement des enfants présentant des handicaps mentaux, travaillant au sein du Centre psychopédagogique de Timezrit.

Nous avons opté pour un échantillonnage raisonné afin de sélectionner nos enquêtés.

3.1. Les critères d'inclusion

Tous les cas doivent :

- Donner leur consentement éclairé.
- Répondre à l'objet de notre recherche.
- Être âgés entre 27 à 50 ans.
- Avoir une expérience professionnelle de 02 ans et plus.

3.2. Les critères d'exclusion :

- Les cas âgés de moins de 27 ans.
- Les cas dont l'expérience professionnelle est moins de 02 ans.
- Les stagiaires.
- Non-consentement

Tableau 1: synthèse des informations générales relatives à notre groupe de recherche.

Cas	Sexe	Âge	Expérience professionnelle	Situation matrimoniale
01	Féminin	39 ans	15 ans	Célibataire
02	Masculin	49 ans	23	Marié
03	Féminin	37 ans	10 ans	Mariée
04	Féminin	32 ans	5 ans	Mariée
05	Féminin	50 ans	21 ans	Mariée
06	Féminin	33 ans	6 ans	Célibataire
07	Féminin	39 ans	5 ans	Mariée
08	Féminin	27 ans	2 ans	Célibataire

Le tableau présenté ci-dessus constitue un résumé des cas analysés, incluant le sexe, l'âge, l'expérience professionnelle et la situation matrimoniale. En ce qui concerne les noms des participants à l'enquête, nous avons pris soin de les modifier par souci déontologique, afin de garantir l'anonymat total de ces individus.

4. Les outils de recherche

Ensemble de techniques spéciales que le chercheur devra le plus souvent élaborer pour répondre aux besoins spécifiques de sa recherche en termes d'informations dont le traitement conduira aux objectifs qu'il s'est fixé. (AKTOUF. O, 1987, p 81)

Afin de rassembler le plus d'informations possible sur notre sujet de recherche, nous avons opté pour l'utilisation de deux méthodes

- Un entretien clinique
- Un outil d'évaluation : l'échelle de MBI (Maslach Burnout Inventory).

4.1. L'entretien clinique :

Est une méthode de recherche qui vise à obtenir d'une personne des renseignements, des représentations, des perceptions ou des motivations qui sont en lien avec le phénomène à l'étude. Elle s'appuie sur un échange, c'est-à-dire sur une relation interpersonnelle entre un ou des intervieweurs et une ou plusieurs personnes interviewées. (Blanc & al, 2015, P. 94)

4.2. L'entretien semi-directif :

L'entretien clinique dans le cadre de la recherche est systématiquement lié à un guide d'entretien, qu'il soit plus ou moins structuré. Ce guide constitue un ensemble organisé de fonctions d'opérateurs et d'indicateurs, qui encadre l'activité d'écoute et d'intervention de l'intervieweur.

Ces questions ne sont pas posées de manière hiérarchisée ni ordonnée, mais au moment opportun de l'entretien clinique. (IBID, p 16)

Ce genre d'entretien est, comme son nom l'indique, à mi-chemin entre la non directivité et la directivité. Dans la pratique, c'est souvent une combinaison de ces deux formes que l'on utilise. (AKTOUF, 1987, p 88)

5. Présentation du guide d'entretien

L'entretien clinique de recherche est toujours associé à un « guide d'entretien » plus ou moins structuré : il s'agit d'un « ensemble organisé de fonctions, d'opérateurs et d'indicateurs qui structure l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer ». (Bénony. Et Chahraoui, 1993, P. 68)

Notre guide d'entretien se compose d'un ensemble de questions qui incluent des informations personnelles ainsi que trois axes regroupant un total de 25 questions. Le premier axe aborde les informations générales relatives à la profession d'éducateur, le second se concentre sur les conditions de travail et les relations avec les collègues, et enfin, le troisième axe traite des aspects liés à l'épuisement professionnel. Axe I : Les premières questions visent à recueillir des informations personnelles sur les éducateurs, telles que leurs prénoms, leur âge, leur situation personnelle, leur niveau d'instruction, ainsi que les classes dont ils ont la charge.

- Axe I : concerne les informations générales sur la profession d'éducateur.
- Axe II : aborde les conditions de travail et les relations avec les collègues.
- Axe III : traite des informations relatives à l'épuisement

6. Présentation de l'échelle

L'inventaire MBI (Maslach Burnout Inventory) est un instrument de mesure élaboré par C. Maslach et Jackson entre 1981 et 1986. Il est reconnu comme l'outil le plus couramment utilisé pour évaluer l'épuisement professionnel. Le MBI se compose de 22 items répartis en trois sous-échelles :

- 9 items pour évaluer l'épuisement émotionnel ;
- 5 items pour mesurer la dépersonnalisation ou la déshumanisation ;
- 8 items pour apprécier l'accomplissement personnel.

Le MBI se présente sous la forme d'un tableau à deux colonnes, accompagné d'un en-tête contenant les instructions d'utilisation et les modalités de réponse.

La colonne de gauche : On trouve les 22 items de l'inventaire MBI, conçus pour être auto-évalués par chaque participant en fonction de son contexte personnel.

La colonne de droite : Indique les fréquences, avec des valeurs allant de 0 à 6 (de jamais à chaque jour), accompagnées d'un code numérique explicité dans les instructions, représentant une échelle de fréquences graduées.

Les 22 items décrivent des états émotionnels, des impressions et des sentiments, alternant entre positifs et négatifs, répartis sur trois dimensions correspondant au syndrome d'épuisement professionnel :

- Dimension 1 : L'épuisement émotionnel, évalué à l'aide de 9 items : 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20.
- Dimension 2 : La déshumanisation et/ou la dépersonnalisation, évaluée à l'aide de 5 items : 5, 10, 11, 15, 22
- Dimension 3 : Le manque d'accomplissement personnel, évalué à l'aide de 8 items : 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21. Concernant la cotation, un protocole est associé au MBI, basé sur le calcul des scores obtenus par l'addition des chiffres

encadrés, représentant les réponses des participants aux items de l'inventaire. Cette démarche permet d'aboutir à une évaluation précise.

La cotation : Un protocole de cotation est associé au MBI, reposant sur le calcul des scores obtenus par l'addition des réponses encadrées de l'examiner aux différents items du MBI. Ce processus permet d'obtenir trois scores représentant les trois niveaux des dimensions de l'épuisement professionnel

L'évaluation : L'évaluation des scores se fait en les comparants aux normes établies par C. Maslach en 1981, selon le schéma suivant :

- Score d'épuisement émotionnel :

$$1+2+3+6+8+13+14+16+20 = \text{score}$$

Score faible < 17

Score modéré ; de 18 à 29

Score élevé à 30.

- **Score de déshumanisation et/ou dépersonnalisation :**

$$5+10+11+15+22 = \text{score}$$

Score bas < 5

Score modéré ; De 6 à 11

Score élevé à 12.

- **Score de manque d'accomplissement personnel :**

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

Score bas < 40

Score modéré ; de 34 à 39

Score élevé à 33.

L'évaluation de la présence du syndrome d'épuisement professionnel est déterminée par les scores des trois composantes. Le burnout est classé comme suit : élevé, modéré ou faible ; - Le burnout est considéré comme élevé si le sujet présente un niveau pathologique pour les trois scores sur l'échelle MBI (pour toutes les dimensions) ; - Il est modéré si le sujet affiche un niveau pathologique pour deux scores sur l'échelle MBI (pour deux dimensions) ; - Il est faible si le sujet montre un niveau pathologique pour seulement un des trois scores sur

l'échelle MBI ; - Enfin, le burnout est jugé nul si le sujet ne présente aucun niveau pathologique pour les trois scores sur l'échelle MBI (pour toutes les dimensions).

7. Lieu de recherche

Le **C.P.P.E.H.M** de Timezrit prend en charge des enfants inadaptés mentaux, dont l'âge varie entre 03 et 18 ans. La population accueillie est hétérogène en ce sens le centre prend en charge toute la gamme des inadaptés mentaux, débilité légère et moyenne et les enfants présentant des difficultés d'adaptation scolaire dû à une insuffisance mentale.

Pour répondre aux besoins spécifiques de la prise en charge de cet ensemble hétérogène et optimiser l'intervention de l'équipe pluridisciplinaire, un programme a été élaboré et fixant les axes psychopédagogiques à suivre à chaque enfant ou groupe d'enfants et orienter l'action de chaque intervenant, et ce pour :

- Favoriser une socialisation.
- Permettre une intégration sociale par une éducation adaptée et une stabilité de caractère.

LE Centre Psycho -Pédagogique pour Enfants Handicapés Mentaux de TIMEZRIT est un établissement étatique à caractère **Socio - Educatif**. Il a été créé par le **décret exécutif N° 04-203 du 19 juillet 2004**.

Mission

- Accueillir des enfants inadaptés mentaux, dont l'âge varie entre 03 et 18 ans.
- Veiller sur la santé physique et mentale de l'enfant.
- Assurer une éducation et une formation en vue d'une insertion sociale.

L'établissement a ouvert ses portes le **1^{er} octobre 2005** et les enfants sont pris en charge sous le régime de la demi-pension.

Sa capacité d'accueil est de **120 enfants**.

Le **C.P.P.E.H.M** est un établissement public à caractère administratif et socio – éducatif, doté d'une personnalité morale.

Le directeur : Il est chargé d'assurer le bon fonctionnement de l'établissement, il exerce le pouvoir hiérarchique sur l'ensemble du personnel placé sous son autorité, dans le cadre de la réglementation en vigueur. Il veille à la réalisation des objectifs assignés à son établissement.

Les fonctions spécifiques :

Psychologue pédagogue : Élabore les programmes pédagogiques ainsi que les emplois du temps, il concorde le mouvement des éducateurs et les orientes. Il évalue aussi périodiquement les résultats obtenus et de proposer les corrections nécessaires.

5 psychologues cliniciennes :

- Appliquent périodiquement les tests psychologiques, de les interpréter et d'apporter un diagnostic psychologique et un jugement clinique selon le cas.
- Assurer le suivi individuel, ou en groupe des enfants.
- Assurer les consultations externes.
- Assurer la guidance parentale.

2 orthophonistes

- Procéder à la rééducation du langage et évaluer au moyen des tests spécifiques les résultats obtenus.
- Participer à la mise en œuvre des programmes pédagogiques.
- Assurer les consultations externes.

14 éducateurs spécialisés

- Mener toute action d'observation d'un groupe d'enfants.
- Organiser et contrôler les activités d'animation et de loisirs.
- Participer à l'encadrement des élèves stagiaires.
- D'appliquer les programmes qui lui sont chargés.
- Veiller à l'hygiène corporelle et vestimentaire ainsi que l'alimentation.

L'infirmier

- Assure les premiers soins.
- Mettre à jour le fichier médical des pensionnaires.
- Administration des médicaments.
- Assure le contrôle de l'hygiène de cuisine.
- Participe à la préparation des menus

8. Déroulement de la recherche

Le déroulement de notre recherche s'est étalé sur une période de 45 jours, allant du 1er mars au 15 avril, au sein du centre psychopédagogique pour enfants handicapés mentaux de Timezrit. Durant cette période, On a adopté une approche qualitative combinant les observations participantes, la passation de l'échelle de MBI et des entretiens semi-directifs.

Les premiers jours ont été consacrés à la prise de contact avec l'équipe éducative, à la présentation de la démarche de recherche ainsi qu'à la récolte des consentements éclairés. Par

la suite, on a progressivement intégré le quotidien des éducateurs afin d'observer les dynamiques professionnelles, ainsi que les manifestations potentielles de l'épuisement professionnel. Les temps d'observation ont été répartis sur différentes plages horaires, incluant l'accueil, les activités éducatives et les repas, afin de mieux comprendre la complexité et la charge mentale du travail. Parallèlement, des questionnaires ont été distribués pour évaluer les dimensions du burnout selon le modèle de Maslach, et des entretiens individuels ont permis d'explorer en profondeur le vécu des éducateurs face aux exigences de leur métier.

Après, l'analyse préliminaire des résultats, enrichie par les retours partiels des éducateurs il ressort une réelle surcharge émotionnelle à cause de la complexité de leur profession. Les témoignages des éducateurs confirment l'importance d'une réflexion sur leurs conditions de travail.

9. Les difficultés rencontrées

Tout au long de la construction de notre projet de recherche sur l'épuisement professionnel des éducateurs travaillant avec des enfants handicapés mentaux, nous avons rencontré plusieurs obstacles, tant méthodologiques qu'humains.

Sur le plan théorique, la principale difficulté rencontrée a été liée à l'accès à une documentation suffisante. En effet, les études locales et internationales portant spécifiquement sur l'épuisement professionnel chez les éducateurs travaillant auprès d'enfants handicapés mentaux restent très limitées. Cette lacune documentaire a rendu plus complexe la structuration du cadre théorique.

En raison d'une charge de travail particulièrement élevée, plusieurs éducateurs n'étaient pas disponibles pour participer pleinement à la recherche. Le manque d'effectif au sein de l'établissement a amplifié cette difficulté.

De plus, un certain nombre des éducateurs étaient absents en raison de formations professionnelles en cours, ce qui a limité le nombre de personnes accessibles pour les entretiens ou la passation des outils d'évaluation. Ces contraintes ont parfois conduit à des annulations, des reports ou à des entretiens écourtés, ce qui a affecté le rythme de la collecte des données et la représentativité de l'échantillon initialement envisagé.

Chapitre V : Présentation des cas et analyse des résultats

Préambule

Le burn-out, ou épuisement professionnel, est un phénomène de plus en plus reconnu dans le secteur de l'éducation spécialisée, notamment chez les éducateurs qui accompagnent des enfants ayant des handicaps mentaux. Ce milieu de travail, souvent éprouvant tant sur le plan émotionnel que physique, peut provoquer un stress chronique, une fatigue extrême et un sentiment d'impuissance.

Les éducateurs, qui sont en première ligne pour soutenir ces enfants dans leur développement et leur intégration, font face à des défis spécifiques qui peuvent nuire à leur bien-être personnel et professionnel.

Dans cette étude, nous examinerons les différentes facettes de l'épuisement professionnel chez ces éducateurs, en mettant en avant les facteurs de risque, les signes précurseurs et les répercussions sur leur santé mentale et physique.

Il est crucial de reconnaître et de valoriser le travail des éducateurs, tout en leur fournissant les ressources nécessaires pour maintenir leur bien-être et leur engagement dans cette mission si précieuse.

Présentations et analyse des résultats

1. Premier cas : Mme L

Mme « L » est une femme célibataire de 39 ans, diplômée en éducation préscolaire. Elle occupe un poste dans ce domaine depuis 15 ans au sein d'un centre psychopédagogique dédié aux enfants ayant des handicaps mentaux. Dans le cadre de ses fonctions, elle encadre une classe composée de 5 enfants âgés de 8 à 17 ans, dont 4 souffrent de retard mental et 1 est atteint de trisomie.

Analyse de l'entretien : Lors de l'entretien, Mme « L » a exprimé sa satisfaction concernant notre visite. Elle s'est montrée ouverte d'esprit et compréhensive, comme en témoigne son discours sur sa profession, qu'elle a choisie par amour pour les enfants dans le besoin : « **J'aurais pu opter pour un autre métier, mais je préfère largement celui-ci.** »¹

Mme « L » ayant une expérience de plus de 15 ans, trouve tout d'abord que le programme pédagogique n'est pas adapté à tous les enfants, ce qui demande notamment beaucoup d'efforts de sa part, la conduisant ainsi à une saturation et un épuisement insupportable, elle est obligée de s'adapter à chaque enfant dont le handicap mental est spécifique. Nous répétons ainsi à chaque fois qu'elle se sent épuisée et fatiguée de répéter les mêmes choses tous les jours « **c'est très fatigant pour moi surtout de voir aucune amélioration pour certains enfants** »² de plus, cette éducatrice nous affirme qu'elle a déjà pensée à démissionner au début de son travail « **au début je voulais arrêter, parce que j'imaginais autrement ce travail** »³, aussi, parfois elle a du mal à se concentrer, pour cause le bruit et les comportements agressifs, notamment de l'un de ces enfants souffrant d'un retard mental sévère.

En discutant avec elle des horaires et du rythme de travail, elle nous affirme que travailler 30 heures par semaine est assez épuisant pour « **si je pouvais diminuer un peu les horaires je le ferais, mais ce n'est pas de mon ressort** »⁴ Et ainsi sentir le stress l'envahir jusqu'à ne plus avoir le goût à travailler « **des fois je leurs donne un travail et un dessin à faire et je**

¹ Zemregħ ad khthiragh akhedim naten, nekk d wayi iyi3jven

² Dayen iyisfchalen mara waligh udivan kra felassen malgré l3thaviw

³ G tazwara vghigh ad hvssegh akhatar machi aka inwigh

⁴ Lukan g ufuss-iw ilaq senqsagh g swye3

m'arrête »⁵. Le plus stressant pour elle c'est quand elle se trouve incapable de gérer quelques situations.

En parlant du sujet des principales difficultés rencontrées lors de la pratique de sa profession. Tout d'abord, l'autonomie qui selon elle est la plus difficile, mais aussi l'agressivité notamment les coups quelle reçoit de la part de l'enfant sévère « **j'ai plusieurs fois reçu des coups de sa part, et je vous laisse imaginer les aller retours aussi aux toilettes concernant leur autonomie** »⁶ pour finir elle nous explique que ses principales tâches quotidiennes se résument à leurs apprendre l'autonomie et certains exercices de motricités

En ce qui concerne la disponibilité des moyens, elle est déçue de voir un tel manque, puisque pour elle c'est l'essentielle pour mener à bien son travail « **je suis obligée de faire avec ce que j'ai** »⁷ pour elle aussi le fait qu'elle ne soit aucunement reconnue ni par son travail, sa hiérarchie, ses collègues ou les familles des enfants handicapés mentaux. Ce qui l'amène à nous parler de sa relation avec ses collègues et les familles de ces derniers « **pour les collègues notre relation est purement professionnel, je préfère garder mes distances avec eux. Concernant les parents certains sont malheureusement incompréhensifs et ne veulent pas comprendre** »⁸

Quant au congé annuel, elle nous affirme que de ce côté tout va bien pour elle, puisqu'il est pareil à celui du système scolaire « **je ne peux pas me plaindre de ce côté** »⁹

Elle nous affirme également que seulement au début elle avait des troubles de sommeil, mais que maintenant avec la fatigue liée à ce travail, la nuit elle n'a aucun problème à s'endormir.

Parlant du sentiment de découragement et le doute de ses capacités à réussir, elle nous avoue que souvent elle a l'impression de ne rien accomplir avec certains de ces enfants, ce qui la mène à un sentiment de découragement et d'incompétence « **quand je regarde le cas de cette enfant qui port un handicap sévère, je me demande si ce n'est pas pour rien tout ça** »¹⁰

⁵ Tiswi3in tajagh-ten ad uraren negh ad resmen nekk tghimagh

⁶ Achehal d abrid iyd yiwet, bla ma hkighag-d f rwah d tughalin ar les toilettes

⁷ Yhtem felli ad khedmegh s wayen i yellan

⁸ Nekk d lchyoukh naten anagar f lkhedma i nhder aka iyisu3-d, Ma d imawlan lwachul ayi kra zeg-sen ur vghin ara ad fhmen

⁹ G anecht ayi ur zemiregh ara ad chektigh

¹⁰ Asma ara waligh lhala uqcic ayi iyis3an likhsas amuqran, inyid ma macci d l3tav kan

Hormis la surcharge et l'épuisement lié à ce travail, Mme. L. Nous affirme qu'elle n'a jamais pris de psychotropes, mais seulement des somnifères pour calmer les maux de tête.

Après la discussion sur sa vie privée, elle dit mes proches savent que c'est un travail très fatigant donc ils comprennent mes réactions face à certaines choses, et surtout que je ne sois pas toujours à la maison »

1.1. Présentation et analyse de l'échelle de MBI

Tableau 2: Résultats de l'échelle du MBI du 1er cas :

Dimensions d'épuisement professionnel	Score	Niveau de chaque dimension	Niveau d'épuisement professionnel
Épuisement émotionnel	39	Élevé	Élevé
Dépersonnalisation	6	Modéré	
Accomplissement personnel	28	Bas	

Les résultats de l'échelle de MBI pour Mme L sont illustrés dans le tableau ci-dessus. Il est évident que ce cas révèle un niveau élevé d'épuisement émotionnel, un niveau modéré de dépersonnalisation et un niveau bas d'accomplissement personnel. Les données recueillies à partir des trois dimensions indiquent que Mme L présente un épuisement professionnel élevé.

En résumé, Mme L. manifeste un état d'épuisement professionnel élevé, comme l'indiquent les résultats de l'échelle MBI. Tout d'abord, elle souffre d'un épuisement émotionnel élevé, se sentant constamment fatiguée à la fin de chaque journée. Ensuite, ses relations interpersonnelles sont jugées moyennes. Enfin, Mme L. a une perception négative de son travail et des conditions dans lesquelles elle exerce sa profession, ce qui affecte sa motivation.

1.2. Synthèse du premier cas

Ce cas révèle un épuisement professionnel à un niveau élevé. Nous avons observé un degré élevé d'épuisement émotionnel chez cette personne, qui ne ressent plus la même motivation qu'auparavant. Elle se sent dépourvue d'énergie et exprime des plaintes occasionnelles,

notamment concernant son volume horaire de 30 heures par semaine. De plus, elle ne s'engage dans aucune autre activité en rentrant chez elle.

2. Deuxième Cas Mr A

Présentation : Monsieur A, âgé de 49 ans, est marié et père de deux filles. Il possède un baccalauréat et a suivi une formation en éducation spécialisée. Il exerce ce métier depuis 23 ans, dont les cinq dernières années au sein d'un centre psychopédagogique pour enfants ayant des handicaps mentaux à Timezrit. Actuellement, il encadre un groupe de sept adolescents âgés de 12 à 18 ans, parmi lesquels trois présentent un retard mental léger, deux souffrent d'épilepsie et deux autres sont atteints du syndrome de Down.

Analyse de l'entretien : Monsieur A. semblait épuisé, mais cela ne l'a pas empêché de nous consacrer un moment pour cet entretien. Après avoir clarifié l'objectif de notre recherche, il a donné son accord sans la moindre hésitation. Ainsi, nous avons entamé notre discussion. Nous avons d'abord examiné la spécificité du métier d'éducateur spécialisé et ses responsabilités auprès d'enfants en situation de handicap mental. Il a déclaré : « **Mon rôle est d'aider les enfants à acquérir des compétences essentielles, telles que l'autonomie et la socialisation, tout en veillant à leur sécurité tout au long de la journée, que ce soit pendant les repas ou les récréations.** »

Concernant les horaires, le rythme de travail et le programme pédagogique, Monsieur A a exprimé une résignation teintée de frustration en affirmant : « **Le rythme est ce qu'il est...**

On s'adapte, car nous n'avons pas vraiment le choix. »

En ce qui concerne le programme pédagogique, il a noté qu'il est porteur de bonnes intentions, mais qu'en pratique, ils doivent souvent bricoler pour répondre aux besoins réels des enfants. En abordant les difficultés liées à son métier, l'éducateur a expliqué que la routine quotidienne est éprouvante, marquée par des crises répétées des enfants. Chaque jour, il doit faire preuve de patience pour gérer ces situations, ce qui accentue sa fatigue physique et mentale. De plus, Monsieur A, a exprimé son mécontentement face au manque de matériel et de personnel adéquat : « **Nous sommes censés répondre aux besoins de chaque enfant, mais avec quel matériel ? Et avec quel personnel ? Nous manquons de tout. »**

En discutant de ses relations professionnelles, nous avons appris que M. A entretient des rapports tendus avec la direction du centre. Il a déclaré : « **La communication avec la**

direction est complexe. Nos avis ne sont pas pris en considération. Au lieu de nous apporter de l'aide, il arrive que la direction complique davantage les situations. »

En revanche, il souligne qu'il entretient de bonnes relations avec ses collègues et les enfants : **« Heureusement, nous nous soutenons entre collègues, sinon cela deviendrait intenable. De plus, la spontanéité des enfants et les liens que nous tissons avec eux donnent un sens à notre métier. »**

Nous avons également sollicité son avis sur la durée et l'accessibilité des congés annuels dans ce centre. Il a indiqué que les congés annuels sont suffisants, mais que les congés maladie sont souvent refusés par la direction, qui justifie cela par un manque d'effectifs. Il a exprimé son mécontentement envers l'administration, qu'il juge chaotique et partielle, en affirmant : **« Certains éducateurs obtiennent leurs congés sans problème, tandis que d'autres doivent insister ou même travailler en étant malades. »**

Il a souligné que cette situation illustre un système inéquitable qui favorise le favoritisme et l'absence de reconnaissance. M. A a également mentionné qu'il souffre parfois de maux de tête insupportables en raison des crises des enfants et du bruit incessant. De plus, des douleurs dorsales récurrentes aggravent une fatigue déjà bien présente, rendant ses journées de travail encore plus éprouvantes.

Il reconnaît également que sa capacité à se concentrer sur ses tâches diminue avec le temps. Entre les difficultés de concentration et la pression quotidienne, il se sent parfois perdu et désorienté, malgré ses efforts pour répondre aux attentes. **« J'ai l'impression que le temps me fait toujours défaut, peu importe mes tentatives pour tout gérer. »** Monsieur A a partagé qu'il avait effectivement envisagé de quitter son emploi en raison de la fatigue accumulée. Cependant, il est toujours présent dans son poste. Bien que cela l'épuise, il continue de se battre. Lors des moments les plus difficiles, il envisage de recourir à des médicaments pour mieux gérer la pression et retrouver un peu de sérénité.

À la fin de notre entretien, nous avons abordé sa vie personnelle et sa disponibilité pour sa famille. Il a répondu en disant : **« Je fais de mon mieux pour dissocier le travail de ma vie personnelle. Je m'efforce d'être présent pour ma femme et mes deux filles autant que possible. »**

2.1. Présentation et analyse de l'échelle de MBI

Tableau 3: Résultats de l'échelle du MBI du 2eme cas :

Dimensions d'épuisement professionnel	Score	Niveau de chaque dimension	Niveau d'épuisement professionnel
Épuisement émotionnel	30	Modéré	Modéré
Dépersonnalisation	09	Modéré	
Accomplissement personnel	35	Modéré	

L'échelle du MBI fait apparaître, chez Monsieur A un épuisement professionnel globalement modéré.

Le niveau d'épuisement émotionnel, évalué à 30, situe Monsieur A. à la frontière entre le niveau modéré et le niveau élevé. Cela indique un épuisement émotionnel et physique significatif lié à son activité professionnelle.

Donc on peut dire que Monsieur A vit un épuisement émotionnel et physique notable, nourri par une fatigue quotidienne, des difficultés de concentration et une impression de courir sans cesse après le temps. Cette accumulation de signes indique un état de fragilité avancée, avec un risque réel de glissement vers un épuisement sévère.

Un score modéré avec un score de 09 dans la dimension de la dépersonnalisation suggère que Monsieur A semble mettre en place une forme de distance relationnelle, non pas par désintérêt, mais comme réponse défensive à l'intensité de sa profession. Malgré son engagement auprès des jeunes, Monsieur A semble affecté par les tensions hiérarchiques, ce qui le pousse parfois à se mettre à distance.

Notre participant présente un niveau modéré d'accomplissement personnel avec un score de 35, ce qui traduit un niveau modéré de valorisation de son travail et de reconnaissance de ses compétences professionnelles.

Monsieur A trouve encore du sens à son métier, notamment à travers les liens avec les enfants et la solidarité entre collègues. Mais il partage aussi une forme de désillusion face à l'institution, ainsi qu'une fatigue liée à la lourdeur des tâches ce qui contribue à une baisse progressive de sa satisfaction professionnelle.

2.2. Synthèse du deuxième cas

Monsieur A évolué dans un état de burnout modéré, à la frontière du seuil critique, Les résultats obtenus mettent en évidence une fatigue marquée, une reconnaissance professionnelle modérée et une mise à distance relationnelle qui semble avoir une fonction protectrice. Malgré son attachement à sa mission éducative, la surcharge de travail et les tensions institutionnelles auxquelles il est confronté accentuent le risque de progression vers un épuisement professionnel sévère.

3. Troisième Cas Mme « Z »

Présentation : Mme « Z » est une femme de 32 ans, mariée et mère de deux enfants. Elle possède un diplôme en psychologie clinique ainsi qu'une formation en éducation spécialisée. Depuis cinq ans, elle travaille dans un centre psychopédagogique qui se consacre aux enfants présentant des handicaps mentaux. Dans le cadre de son travail, elle supervise une classe de cinq enfants âgés de 8 à 17 ans, tous présentant un retard mental.

Analyse de l'entretien : L'entretien avec Mme Z s'est déroulé de manière positive, dans une atmosphère agréable. Elle a fait preuve d'ouverture d'esprit et d'extraversion, s'exprimant avec sincérité et sérénité.

Lorsqu'elle a abordé le sujet du programme pédagogique, Mme Z a d'abord exprimé son opinion selon laquelle celui-ci manque de richesse. Elle a également souligné qu'elle doit s'adapter à cette situation, en déclarant : « **Comment peut-on travailler avec un tel programme compte tenu de leur niveau de retard ?** »,

Concernant les défis associés à l'exercice de cette profession, il a été observé que ce métier implique de nombreuses tâches et responsabilités envers les enfants, nécessitant une vigilance constante. Selon ses propos, la principale difficulté réside dans le fait que ce type de retard requiert un travail répétitif afin de prévenir les oublis. Elle souligne « **il est essentiel d'être très attentif et de répéter fréquemment les mêmes actions pour éviter toute omission** ».

En dépit des défis rencontrés tout au long de sa carrière, Mme Z n'a jamais envisagé de démissionner. De plus, elle ne souffre pas de problèmes de concentration, mais seulement de quelques troubles du sommeil, comme elle le mentionne : « j'ai seulement quelques troubles de sommeil ». En ce qui concerne son emploi du temps, il a été observé que Mme N exprime une certaine insatisfaction à l'égard de son horaire de travail, déclarant que « **cela aurait été préférable de réduire le nombre d'heures, surtout pour ces enfants** ».

Concernant ses interactions avec ses collègues, il a été observé qu'elle éprouve des tensions avec certains d'entre eux, ce qui donne lieu à des relations plutôt distantes et restreintes. Selon ses propres mots : « **Je pense que, comme tout le monde, nous nous concentrons sur l'essentiel de notre travail.** »

Mme Z éprouve également un sentiment de manque de reconnaissance, tant de la part de ses collègues que des familles des enfants présentant des handicaps mentaux. À ce propos, elle exprime ses pensées sur ses interactions avec ses collègues et les familles : « **En ce qui**

concerne les parents, je trouve cela regrettable qu'ils ne saisissent pas la portée de mon travail, surtout lorsqu'ils se rendent ici dans ce centre avec des intentions conflictuelles. »

En ce qui concerne ses congés annuels, elle précise que tout se passe bien à ce niveau, en déclarant : « **Je suis très contente de mes vacances, surtout que nous avons un fonctionnement similaire à celui du système scolaire.** »

Mme Z reconnaît éprouver rarement un sentiment de découragement ainsi que des doutes concernant ses compétences, ces quelque fois sont principalement liées aux des cris et la difficulté d'adaptation de certains des enfants dont elle s'occupe, ainsi que de la tâche qu'elle refuse d'assumer, à savoir l'autonomie. Elle déclare : « **Je ne pense pas être désorganisée, seulement que je refuse cette tâche, car elle ne relève pas de ma responsabilité.** »

Malgré la surcharge de travail et l'épuisement qu'elle ressent, Mme L. affirme n'avoir jamais eu recours à des psychotropes. ».

Bien qu'elle éprouve une surcharge de travail et un sentiment d'épuisement, Mme L. déclare n'avoir jamais eu recours à des médicaments psychotropes.

Nous avons conclu notre entretien en lui demandant de partager des éléments de sa vie personnelle en dehors de son emploi. Elle a répondu : « **Lorsque je rentre chez moi épuisée, je m'occupe de la maison, sans oublier mon bébé aussi.** » Nous avons également remarqué qu'elle ne pratique aucune activité en dehors de son travail, précisant : « **j'ai du travail à la maison donc pas besoin de sport.** »

3.1. Présentation et analyse de l'échelle de MBI :

Tableau 4 : Résultats de l'échelle du MBI du 3eme cas :

Dimensions d'épuisement professionnel	Score	Niveau de chaque dimension	Niveau d'épuisement professionnel
Épuisement émotionnel	28	Modéré	Modéré
Dépersonnalisation	06	Modéré	
Accomplissement personnel	38	Modéré	

Les résultats de l'échelle MBI pour Madame « Z » sont résumés dans le tableau ci-dessus. Il en ressort que son niveau d'épuisement professionnel est modéré, elle présente un

épuisement émotionnel modéré (28), un niveau de dépersonnalisation modéré (06) et un niveau d'accomplissement personnel modéré (38).

En conclusion, Madame D. montre un épuisement professionnel modéré, comme l'indiquent clairement les résultats de l'échelle MBI.

Tout d'abord, elle éprouve un épuisement émotionnel notable, se sentant parfois épuisée à la fin de la journée. En outre, elle doit équilibrer la responsabilité de s'occuper d'un enfant avec les tâches domestiques, sans que cela n'affecte sa qualité de sommeil.

Ensuite, ses relations avec autrui sont de nature modérée, ponctuées par des conflits limités avec certains de ses collègues.

En somme, notre étude indique un épuisement professionnel modéré chez cette personne, qui ne se situe pas à un niveau pathologique.

3.2. Synthèse du troisième cas

Ce cas met en lumière un épuisement professionnel de niveau modéré, elle éprouve parfois une fatigue face à certaines situations. En dépit des difficultés qu'elle rencontre et de son absence d'engagement dans d'autres activités à son retour à domicile, elle parvient à gérer la situation.

4. Quatrième Cas Mme N

Présentation : Mme N, âgée de 37 ans et mère de trois enfants, détient un master en psychologie clinique ainsi qu'une formation en éducation spécialisée. Forte de dix années d'expérience au sein du centre, elle s'occupe de sept enfants, dont trois sont atteints du syndrome de Down et quatre présentent un retard mental léger. Elle travaille avec un emploi du temps de 22 heures par semaine.

Analyse de l'entretien : Au début de notre échange l'éducatrice manifestait une certaine réserve mais Après avoir pris le temps de lui expliquer l'intérêt de et la portée de notre étude, elle a fini par être plus à l'aise et elle s'est investie avec engagement dans notre démarche.

Lorsqu'on l'a interrogé sur son métier elle nous a répondu que sa profession n'était pas son premier choix, mais au fil du temps, elle a développé une véritable passion pour son travail qu'elle considère comme indispensable pour accompagner les enfants « **Mon métier, c'est avant tout d'être là pour eux, Les soutenir, les protéger, les encourager à sortir leur meilleur et leur faire sentir qu'ils sont entourés.** »

En discutant du programme et le rythme de travail madame N trouve que le programme ne tient pas assez compte des différentes formes de handicap. « **C'est le même programme pour toutes les classes Il y a un manque d'adaptation du programme face à la variété des situations de handicap qu'on rencontre au sein du centre, ce qui complique notre travail.** » Et au niveau des horaires et rythme de travail elle a précisé qu'il est soutenu. « **Je ressens de la fatigue par moments, mais je gère, parce que j'ai l'habitude** »

Parlant sur la disponibilité du matériel et des conditions de travail, Mme N estime que les classes sont bien structurées, mais qu'il existe un manque important en matériel éducatif ainsi qu'en personnel spécialisé. Elle affirme : « **Le centre souffre d'un manque du matériel au point que c'est nous, les éducateurs, qui devons fabriquer des jouets ou bien ramener des trucs de la maison, et aussi comme il n'y a pas de psychomotricien ici, c'est nous qui devons gérer les activités motrices de certaines enfants** »

Concernant les difficultés rencontrées dans l'exercice de cette profession, elle évoque une charge de travail importante et des responsabilités multiples envers les enfants « **On doit toujours être vigilant, et attentif** ». Le principal défi est lié à la diversité des enfants suivis elle souligne que chaque enfant nécessite une méthode d'accompagnement adaptée ce qui

complicque la tâche et la rend particulièrement exigeante en raison des besoins spécifiques de chaque enfant

À propos des relations professionnelles de notre cas elle reconnaît avoir des relations restreintes, tant avec l'administration qu'avec ses collègues mais elle indique que cela ne l'empêche pas de travailler ensemble quand la situation exige. Elle a exprimé le manque de contact entre les parents et le centre, en précisant que la plupart des parents sont absents « **La grande majorité des parents ne fréquente pas le centre, leur présence y étant occasionnelle** ».

En prenant comme sujet la reconnaissance par la hiérarchie et les collègues, elle a souri avant de nous dire « **Je n'attends pas de reconnaissance. Si les enfants sont heureux et progressent, c'est ça qui compte. Leur sourire me récompense plus que tout** ».

Dans le cadre de discussion sur sa vie privée elle a mentionné qu'elle est asthmatique et qu'elle prenait des médicaments pour le gérer, Et même des troubles du sommeil persistants, combinés à des douleurs somatiques au niveau du bassin, pouvant aller jusqu'à entraver sa mobilité. Lors des épisodes de grande fatigue elle se sent dépassée et découragée. Malgré cela, elle réussit à retrouver rapidement son équilibre et sa motivation. « **Quand la fatigue s'accumule, il m'arrive de se sentir débordée. Mais je sais toujours comment me recentrer et pour continuer.** »

En traitant la confiance en soi et du sentiment d'avoir bien accompli sa mission Mme N déclare « **Il m'arrive parfois de me demander si je suis vraiment à la hauteur, mais ce qui compte, c'est l'intention et cela suffit** ».

En se penchant sur la question de L'équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle. Mme N confie « **Ce métier est tellement fatigant, parfois je rentre tellement exténuée que je ne fais même pas à manger** ». Bien qu'elle ne soit pas aussi présente qu'elle le souhaiterait, ses proches restent compréhensifs et font preuve du soutien.

4.1. Présentation et analyse de l'échelle de MBI :

Tableau 5: Résultats de l'échelle du MBI du 4eme cas :

Dimensions d'épuisement professionnel	Score	Niveau de chaque dimension	Niveau d'épuisement professionnel
Épuisement émotionnel	29	Modéré	Modéré
Dépersonnalisation	07	Modéré	
Accomplissement personnel	34	Modéré	

Les résultats obtenus à l'échelle du Maslach Burnout Inventory (MBI) indiquent chez Madame N un niveau global d'épuisement professionnel modéré.

En analysant les sous-dimensions, on observe un épuisement émotionnel également modéré avec un score de 30, traduisant une certaine fatigue mentale liée à la surcharge de sa profession, Sans parvenir à un stade grave. « Je ressens de la fatigue par moments, mais je gère, parce que j'ai l'habitude ».

Son score de dépersonnalisation est modéré (7), suggérant une certaine prise de distance dans la relation professionnelle, cela l'aide à préserver son engagement tout en restant objectif et pleinement engagé envers les enfants.

Enfin, son sentiment d'accomplissement personnel est lui aussi modéré (34), Elle éprouve des moments de remise en question par rapport à son efficacité, « **Il m'arrive parfois de me demander si je suis vraiment à la hauteur** » mais elle trouve une grande satisfaction dans les progrès des enfants, ce qui lui permet de surmonter les obstacles et de rester motivée « **Si les enfants sont heureux et progressent, c'est ça qui compte** ».

4.2. Synthèse du quatrième cas

D'après l'analyse de l'entretien et les résultats de l'échelle MBI Mme N Affiche un épuisement professionnel d'intensité modérée. Ces résultats montrent un équilibre fragile où la fatigue et de détachement se mélangent à une motivation encore présente. La surcharge et la complexité des tâches professionnelles sont des éléments susceptibles d'éroder sa motivation si les facteurs de stress continuent à s'accumuler.

5. Cinquième cas : Mme « Y »

Présentation du cas : Mme Y, âgé de 50 ans est une femme mariée, maman de 3 enfants, deux filles et un garçon Titulaire d'une licence en psychologie clinique et d'une formation d'éducatrice spécialisée, elle a 21 ans d'expérience dans ce métier, 5 ans au sein de ce centre et elle s'occupe d'une classe de 06 enfants âgés entre 6 et 16 en situation d'handicap profond.

Analyse de l'entretien : L'entretien avec madame Y s'est déroulé dans sa salle de classe. Après lui avoir expliqué les objectifs de notre recherche, elle a manifesté une réelle satisfaction quant à notre visite et a accepté sans hésitation de participer à cet entretien.

Mme Y prend en charge six enfants dont deux qui souffrent d'une déficience intellectuelle sévère et deux autres enfants diagnostiqués avec un trouble du spectre autistique, un enfant atteint syndrome de Rett et également un cas trisomique. Elle dit que en tant qu'éducatrice spécialisée son rôle en gros est « **accompagner, garder, faire manger les enfants et les aider à développer leur autonomie,** » elle affirme que c'est un métier noble mais très ingrat et trop chargé même si elle travaille 22 heures par semaine car la réalité sur le terrain est bien différente si on compte les réunions et la préparation des activités. Pour le programme elle voit que ses objectifs ne correspondent pas aux réalités et aux besoins des enfants.

En ce qui concerne la disponibilité des moyens elle a dit « **on travaille avec les ressources qui sont à notre disposition, les moyens sont souvent limités on essaie de maximiser ce qui disponible** ».

Parlant des difficultés qu'elle rencontre dans l'exercice de sa profession elle a exprimé un sentiment d'épuisement profond vu le nombre de tâches qu'elle assure et la charge de responsabilité car elle doit préparer des activités éducatives et veiller au bien-être des enfants et gérer des situations complexe, Elle mentionne notamment un cas particulièrement difficile, celui d'un enfant agressif qui l'a agressée physiquement à plusieurs reprises.

Concernant la durée moyenne des congés annuels elle a dit qu'elles sont alignées sur celle du secteur de l'éducation, elle a montré directement son insatisfaction en disant « **il est injuste qu'un métier aussi difficile et exigeant ne soit pas mieux reconnu en termes de conditions de travail et de congé** ».

A propos des relations professionnelles, Mme Y souligné que ses relations se limitent principalement au cadre professionnel et leurs échanges restent souvent centrés sur les tâches à accomplir qui s'inscrivent dans une collaboration essentielle pour le développement de l'enfant.

Discutant sur la reconnaissance pour leur engagement physique et morale dans cette profession, Mme Y partagé son ressenti : « **Malgré les efforts constants que je fournis, il y a un manque criant de considération, les familles certaines sont reconnaissantes Pour la hiérarchie on est juste des numéros ils veulent juste les résultats mais ils ne voient pas tout ce qu'il y a derrière, les nuits sans sommeil, les courbatures, les coup qu'on encaisse les larmes qu'on retient c'est usant et ça finit par nous découragé** » selon ses dites ça lui a poussé d'envisager de quitter cette profession plusieurs fois malgré l'amour qu'elle porte pour ce métier et pour les enfants

Parlant du sentiment du bien faire et de doute de réussir on a constaté chez Mme Y une grande confiance en ses qualités car elle sait qu'elle est bien formée et expérimentée, ce qui lui permet de comprendre parfaitement les besoins de l'enfant et de gérer avec assurance les situations difficiles ce qui renforce son sentiment de bien faire « **le sentiment de bien faire découle naturellement des efforts sincères que je fournis aux enfants** »

On a conclu notre entretien en interrogeant notre cas sur sa vie privée et sa disponibilité pour sa famille elle répondait « **je me sens tellement fatiguée en ce moment même quand je suis à la maison, j'ai du mal à être vraiment présente pour ma famille, j'essaie toujours de retrouver l'énergie pour eux** ».

5.1. Présentation et analyse de l'échelle de MBI :

Tableau 6 : Résultats de l'échelle du MBI du 5ème Cas :

Dimensions d'épuisement professionnel	Score	Niveau de chaque dimension	Niveau d'épuisement professionnel
Épuisement émotionnel	38	Élevé	Élevé
Dépersonnalisation	11	Modéré	
Accomplissement personnel	34	Modéré	

Le score de 38 obtenu par Mme Y à l'échelle d'épuisement émotionnel qui reflète un niveau élevé d'épuisement émotionnel, Vu qu'elle rapporte un état de fatigue persistant : « **Je me sens tellement fatiguée en ce moment même quand je suis à la maison** ». Elle mentionne la surcharge de travail : « **C'est un métier noble, mais très ingrat et trop chargé** » ainsi que la lassitude morale : « **C'est usant et ça fini par nous décourager** ». Ces déclarations traduisent un **épuisement émotionnel sévère**, élément central du syndrome de burn out, où les limites personnelles sont dépassées et où la fatigue devient omniprésente, tant au travail qu'à la maison affectant durablement la santé mentale et physique de notre cas

Son score de dépersonnalisation est modéré, évalué à 11 sur l'échelle du MBI. Ce niveau indique une certaine prise de distance émotionnelle dans le cadre professionnel. Mme Y maintient une proximité affective avec les enfants dont elle s'occupe, témoignant d'une implication sincère et bienveillante. Cependant, elle exprime un retrait émotionnel vis-à-vis de l'institution « **Pour la hiérarchie, on est juste des numéros** ». Ce désengagement semble être une stratégie de protection émotionnelle, lui permettant de préserver son implication auprès des enfants tout en se protégeant du manque de reconnaissance au sein de son environnement professionnel.

Mme Y présente un score modéré d'accomplissement personnel à l'échelle du MBI, ce qui équivaut à dire que malgré des contraintes et de l'épuisement engendrés par son travail, elle éprouve toujours une satisfaction intrinsèque liée à l'exercice de sa profession. Elle valorise son rôle d'éducatrice spécialisée et se sent utile, ce niveau intermédiaire suggère une certaine fragilité : si les conditions professionnelles ne s'améliorent pas, son sentiment d'accomplissement personnel pourrait diminuer, augmentant ainsi le risque de burn out.

5.2. Synthèse du cinquième cas

Les conclusions tirées de l'entretien et de l'évaluation de l'échelle MBI révèlent que Mme Y présente un niveau élevé de burnout. Cette condition est attribuable à une accumulation de facteurs tels qu'une charge de travail excessive, la gestion d'enfants aux besoins complexes, un manque de reconnaissance professionnelle et des relations professionnelles limitées. Ces éléments combinés contribuent à l'épuisement professionnel observé chez notre cas.

6. Sixième Cas : Mme F

Présentation : Mme « F » est une femme de 33 ans, actuellement célibataire. Elle possède un diplôme en ingénierie ainsi qu'une formation en éducation spécialisée. Depuis six ans, elle travaille dans un centre psychopédagogique qui se consacre aux enfants présentant des handicaps mentaux. Dans le cadre de son travail, elle supervise une classe de cinq enfants âgés de 8 à 17 ans, dont un présente un retard mental et cinq sont atteints de trisomie.

Analyse de l'entretien : Suite à notre présentation, Mme F a exprimé son accord sans hésitation. En ce qui concerne le programme pédagogique, elle considère qu'il manque de richesse et qu'elle doit s'y adapter, en précisant que « **même si ce programme ne me convient pas vraiment, je suis obligée de m'y conformer** », ce qui nécessite une adaptation de sa part à chaque type de handicap. Pour elle, le principal facteur de fatigue réside dans le manque de ressources, ce qui exige un investissement considérable de sa part, entraînant une saturation et un épuisement difficile à supporter. Elle fait régulièrement état de son épuisement et de sa fatigue face aux comportements de certains enfants dont elle s'occupe, notamment en ce qui concerne l'autonomie, se sentant obligée de s'en occuper quotidiennement : « **chaque jour, je dois m'en charger** ». De plus, cette éducatrice confie avoir envisagé de démissionner, mais par crainte de ne pas trouver un autre emploi, elle préfère conserver celui-ci malgré les difficultés inhérentes à ce domaine : « **je sais que c'est difficile pour moi, mais où aller ?** ».

Elle éprouve peu, voire rarement, des problèmes de concentration. Elle précise également que travailler 30 heures par semaine ne lui pose pas de souci, mais que cela dépend de la journée, en soulignant que « **le problème réside dans le déroulement de la journée, surtout si je dois m'occuper de certaines tâches toute la journée, comme l'autonomie** ». Elle ressent alors le stress l'envahir, au point de vouloir abandonner : « **ajoutez à cela que certains de ces enfants nécessitent un travail répétitif pour ne pas oublier** ».

Elle termine en précisant que ses activités quotidiennes se concentrent principalement sur l'application du programme éducatif et l'enseignement de l'autonomie aux enfants, tout en veillant sur eux. Mme F ressent également un manque de reconnaissance, que ce soit de la part de son employeur, de ses collègues ou des familles des enfants ayant des handicaps mentaux. À ce sujet, elle partage ses réflexions sur ses relations avec ses collègues et les familles : « **je me consacre uniquement à mon travail, c'est ce qui compte pour moi. Face**

au comportement de certaines personnes ici, je préfère garder mes distances, et il en va de même pour les parents, qui viennent souvent pour critiquer ». Concernant ses congés annuels, elle indique que tout se déroule bien de ce côté-là, en affirmant : « **heureusement que le congé existe** ». Elle ajoute qu'elle souffre rarement de troubles du sommeil, la fatigue accumulée à la fin de la journée l'aidant à mieux dormir.

En ce qui concerne le sentiment de découragement et le doute sur ses compétences, elle confie qu'elle éprouve souvent cette sensation, surtout en raison du manque de ressources, ce qui engendre un sentiment d'impuissance et d'inadéquation. Elle déclare : « **c'est le manque de moyens qui pèse le plus sur moi, sans oublier l'autonomie** ».

Malgré la surcharge de travail et l'épuisement qu'elle ressent, Mme F. affirme n'avoir jamais eu recours à des psychotropes. Lors de la discussion sur sa vie personnelle, elle mentionne : « **à la maison, tout va bien, maintenant ils comprennent que ce travail peut être très difficile, donc ils me soutiennent mieux** ».

6.1. Présentation et analyse de l'échelle de MBI

Tableau 7 : Résultats de l'échelle du MBI du 6emecas :

Dimensions d'épuisement professionnel	Score	Niveau de chaque dimension	Niveau d'épuisement professionnel
Épuisement émotionnel	30	Élevé	Modéré
Dépersonnalisation	04	Bas	
Accomplissement personnel	34	Modéré	

Les résultats de l'échelle MBI pour Mme F sont présentés dans le tableau ci-dessus. Il est clair que ce cas met en évidence un niveau élevé d'épuisement émotionnel, un niveau bas de dépersonnalisation et un niveau modéré d'accomplissement personnel. Les données issues des trois dimensions montrent que Mme F affiche un épuisement professionnel modéré.

En conclusion, Mme F manifeste un état d'épuisement professionnel modéré, comme le révèlent les résultats de l'échelle MBI. Tout d'abord, elle éprouve un épuisement émotionnel important, se sentant souvent accablée par ses tâches quotidiennes, notamment en raison de son autonomie, du manque de ressources et de ses relations avec certains collègues. De plus, ses interactions interpersonnelles sont évaluées comme moyennes. Enfin, Mme F a une vision

négative de son travail et des conditions dans lesquelles elle exerce, ce qui impacte parfois sa motivation.

6.2. Synthèse du sixième cas

Ce cas révèle un niveau modéré d'épuisement professionnel. Nous avons observé un degré significatif d'épuisement émotionnel chez cette personne, souvent associé à la charge de travail et à certaines tâches qu'elle doit accomplir. Elle se sent parfois submergée et formule des plaintes occasionnelles, en particulier concernant sa tâche principale, qui consiste à favoriser l'autonomie de ses enfants, ainsi que l'organisation de son emploi du temps, qui la préoccupe. Par ailleurs, elle ne participe à aucune autre activité une fois rentrée chez elle.

7. Septième Cas Mme T

Présentation : Mme « T » est une femme de 39 ans, mariée et mère d'un enfant unique. Elle détient un diplôme en psychologie clinique ainsi qu'une formation en éducation spécialisée. Depuis cinq ans, elle exerce au sein d'un centre psychopédagogique dédié aux enfants ayant des handicaps mentaux. Dans le cadre de ses fonctions, elle encadre une classe composée de cinq enfants âgés de 8 à 17 ans, dont trois souffrent de retard mental et deux sont atteints de trisomie.

Analyse de l'entretien : Après avoir exposé notre sujet de recherche à Mme L., celle-ci a immédiatement donné son accord en affirmant : « **ici, ce n'est pas ce qui manque** ». Forte de plus de cinq ans d'expérience, Mme T. considère que le programme éducatif est peu enrichissant et mal adapté aux divers types de handicaps. Cela requiert de sa part un investissement considérable, entraînant une saturation et un épuisement difficilement supportables. Elle se voit obligée de s'ajuster à chaque enfant, dont le handicap mental est particulier. Elle fait régulièrement part de son épuisement et de sa fatigue face à l'absence de progrès chez les enfants dont elle s'occupe, soulignant que « **c'est très fatigant pour moi, surtout de constater qu'il n'y a aucune progression, car leurs capacités mentales ne le permettent pas** ». De plus, cette éducatrice confie qu'elle envisage parfois de quitter son poste en raison de l'atmosphère de travail : « **Quand je vois ce qui se passe ici et ces pauvres enfants qui ne s'améliorent pas à cause de la gravité de leur handicap, je me demande ce que je fais ici** ». Elle rencontre également des difficultés de concentration, en raison du bruit et des comportements agressifs de certains enfants, notamment deux d'entre eux souffrant d'un retard mental sévère.

En abordant les horaires et le rythme de travail, elle précise que travailler 30 heures par semaine ne pose pas de problème, mais que la répartition du temps est problématique : « **Je pense qu'il aurait été préférable de commencer le matin après 9h, cela serait plus bénéfique pour eux et pour moi** ». Elle ressent alors le stress l'envahir, au point de perdre l'envie de travailler : « **Malheureusement, je pense que pour ce type de handicap, leur place n'est pas ici** ».

En examinant les principales difficultés rencontrées dans l'exercice de sa profession, elle met en avant que l'autonomie représente le défi majeur. Elle évoque également l'agressivité, notamment les griffures qu'elle subit, en précisant que « **cet enfant que vous voyez ici manifeste des comportements difficiles lorsque je suis à ses côtés** ». Elle conclut

en indiquant que ses activités quotidiennes se concentrent principalement sur l'enseignement de l'autonomie aux enfants et sur leur surveillance.

Concernant la disponibilité des ressources, elle souligne qu'il n'est pas nécessaire de disposer de nombreux moyens pour ce type de handicap. Elle précise que l'enfant trisomique est le seul avec qui elle collabore de manière significative, affirmant : **« le seul avec qui je travaille est l'enfant trisomique, donc je ne perçois pas l'utilité de ressources supplémentaires, même si le manque est manifeste »**. Elle exprime également son sentiment de ne pas être reconnue, que ce soit par rapport à son travail, sa hiérarchie, ses collègues ou les familles des enfants ayant des handicaps mentaux. À ce sujet, elle aborde ses relations avec ses collègues et les familles : **« pour ce qui est des collègues, cela varie selon la personne ; certains, je les évite, tandis qu'avec d'autres, j'ai de bonnes relations. En ce qui concerne les parents, ils ne saisissent pas vraiment la nature de mon travail »**.

En ce qui concerne ses congés annuels, elle déclare que tout se déroule bien de ce côté-là, affirmant : **« le congé est un aspect positif pour moi »**. Elle mentionne également qu'elle souffre parfois de troubles du sommeil et de douleurs dorsales, précisant que ses problèmes de sommeil sont parfois liés à son travail, mais pas systématiquement.

En ce qui concerne le sentiment de découragement et le doute quant à ses capacités, elle confie qu'elle a souvent l'impression de ne rien accomplir avec certains de ces enfants, ce qui engendre un sentiment de découragement et d'incompétence. Elle déclare : **« ce que je fais ici n'est qu'un accompagnement ; travailler avec ce type de handicap est malheureusement difficile et complexe »**.

En dehors de la surcharge de travail et de l'épuisement qu'elle ressent, Mme T. déclare qu'elle n'a jamais consommé de psychotropes. Lors de l'échange concernant sa vie personnelle, elle mentionne : **« En tant que mère d'un enfant, cela représente une seconde responsabilité. Mon mari est compréhensif et mes relations avec mes proches sont satisfaisantes »**.

7.1. Présentation et analyse de l'échelle de MBI :

Tableau 8: Résultats de l'échelle du MBI du 7eme cas :

Dimensions d'épuisement professionnel	Score	Niveau de chaque dimension	Niveau d'épuisement professionnel
Épuisement émotionnel	33	Élevé	Élevé

Dépersonnalisation	06	Modéré	
Accomplissement personnel	19	Bas	

Les résultats de l'échelle MBI pour Mme T sont présentés dans le tableau ci-dessus. Il est clair que ce cas met en évidence un niveau élevé d'épuisement émotionnel, un niveau modéré de dépersonnalisation et un niveau bas d'accomplissement personnel. Les données issues des trois dimensions montrent que Mme T affiche un épuisement professionnel élevé.

En conclusion, Mme T manifeste un état d'épuisement professionnel élevé, comme le révèlent les résultats de l'échelle MBI. Tout d'abord, elle éprouve un épuisement émotionnel important, se sentant constamment absorbée par son travail, en particulier en raison du manque de ressources et de l'agressivité de certains enfants. Ensuite, ses relations interpersonnelles sont évaluées comme moyennes. Enfin, Mme T a une perception négative de son travail et des conditions dans lesquelles elle exerce, ce qui impacte sa motivation.

7.2. Synthèse du septième cas

Ce cas indique un épuisement professionnel élevé, nous avons noté un degré élevé d'épuisement émotionnel chez cette personne, qui ne ressent plus la même motivation qu'auparavant. Elle se sent dépourvue d'énergie et exprime des plaintes occasionnelles, notamment au sujet des retards importants dont souffrent ces enfants, ainsi que de l'organisation des horaires qui la touche. De plus, elle ne s'engage dans aucune autre activité en rentrant chez elle.

8. Huitième Cas Mlle « K »

Présentation : Mademoiselle K, âgée de 27 ans et célibataire, est la benjamine d'une fratrie de trois enfants. Titulaire d'une licence en langue arabe, elle travaille depuis deux ans comme éducatrice spécialisée dans ce centre. Elle encadre une classe composée de six enfants, dont les âges oscillent entre 6 et 11 ans.

Analyse de l'entretien : L'entretien avec Mademoiselle K s'est tenu dans une ambiance chaleureuse. Elle a fait preuve de sincérité, de calme et d'une grande ouverture d'esprit. Son discours a révélé une personnalité à la fois confiante et passionnée par son métier, qu'elle décrit ainsi : « **J'aime mon travail, c'est moi qui l'ai choisi parce que j'apprécie les enfants, en particulier ceux qui nécessitent une attention particulière. Nous sommes là pour eux et nous donnons tout ce que nous pouvons.** »¹¹

En ce qui concerne ses horaires, Mademoiselle K a précisé : « **Je commence à 8h et je termine vers 15h30, c'est régulier.** »¹² Le programme est structuré autour de diverses activités éducatives, de concentration, de motricité et de moments d'échange avec les enfants, ainsi que des temps de pause. Elle a mentionné que le travail peut être intense par moments, mais reste gérable. Lorsque nous lui avons demandé de parler des défis qu'elle rencontre dans sa profession, elle a répondu clairement : « **Au début, il m'était difficile de comprendre les besoins des enfants et de gérer leurs crises. Cependant, avec l'expérience, j'ai progressivement acquis une meilleure compréhension de leurs besoins. Maintenant, je les connais par cœur.** »¹³

Concernant la disponibilité du matériel et les conditions de travail, Mademoiselle K a souligné que le centre fait de son mieux avec les ressources à sa disposition. Toutefois, elle a exprimé de manière explicite le manque de soutien pour les enfants en situation de handicap : « **Il faut reconnaître que ces enfants sont souvent marginalisés par les institutions publiques et les autorités locales. Malheureusement, il n'y a pas de personnes pour défendre leurs intérêts.** »¹⁴

¹¹ Thibigh ixeddim-iw d nekk i-th yekhtharen akhatar thibigh lwachul imezzyanen surtout wiyak ayi hwjen atveddet gur-sen, meme nekk aqlin yid-sen ntaq-d akk ayen inezmer

¹² Vdugh hef 8h tfakagh f 15h30 aka kulass

¹³ Ussan imezwura yu3er-iyi ad fhmegh likhsas-nsen surtout ma ara khdmn les crises, mais wahi tanumi chwi chwia ughalegh fhmeght-n tura

¹⁴ Ilaq aneqne3 bli arac ayi ttwahqren s iwssawen ayen itghiten ulach manhu ad yazzlen fellasn

En ce qui concerne ses relations professionnelles, elle a avoué que ses interactions avec l'ensemble du personnel du centre sont très positives, notamment avec les collègues plus expérimentés qui ont pris le temps de l'accompagner durant ses premiers mois au sein du Centre.

Elle met en avant que l'esprit d'équipe et la solidarité ont joué un rôle crucial dans son parcours.

Ses interactions avec ses parents, elle mentionne un manque de communication, en déclarant : « **malheureusement, il y a peu de contact direct, ce qui rend les relations un peu difficiles à établir.** »¹⁵ Mlle K admet éprouver parfois des troubles du sommeil, surtout lorsqu'elle a beaucoup de pensées en tête. Elle ressent également des douleurs au dos et aux pieds, résultant de longues heures passées debout.

Concernant sa concentration, elle se sent à l'aise et déclare : « **je reste concentrée quand il le faut** »¹⁶, même durant les périodes les plus chargées. Elle ne se sent ni débordée ni désorganisée, comme elle l'exprime : « **Il y a des journées plus difficiles que d'autres, bien sûr, mais j'arrive à maintenir ma motivation.** »¹⁷

En ce qui concerne la désorganisation, elle précise : « **au contraire, j'ai ce côté un peu maniaque où tout doit être parfaitement en ordre.** »¹⁸ Mlle K fait preuve d'adaptabilité et de motivation malgré les défis rencontrés dans son métier, affirmant : « **Malgré les obstacles et le manque d'expérience, étant donné que c'est ma deuxième année en tant qu'éducatrice spécialisée, je n'ai aucun doute sur mes capacités à réussir dans ce métier, surtout lorsque je constate les progrès réalisés avec mes enfants.** »¹⁹ Elle a également souligné que l'épuisement existe, mais cela ne l'incite ni à envisager de quitter son métier ni à recourir aux psychotropes.

En conclusion, nous avons demandé à Mlle K comment elle parvient à gérer sa disponibilité pour sa famille tout en préservant la qualité de ses relations familiales malgré les

¹⁵ Ur skidivegh ara fellak, ulach aka timlilith d imawlan-nsen, Yu3ar umsfham yid-sen

¹⁶ Ttajah lbal-iw dima ghur-sen ayweq ilaq

¹⁷ Llan w ussan iyu3ren ktar wiyat, dachu aqlagh mazal nved ghur-sen

¹⁸ Ala dayen naten akk nekk s3igh chwia le coté maniaque ilaq kulech g umkan-is

¹⁹ Tikwal aka tilin-t lmachakil, Nekk daghen d assegass-iw wis ssin g lkhedma ayi, Zerigh d akken zemreggh-as i lkhdma ayi w zemreggh ad 3awnegh lwacul ayi

exigences de son travail. Elle a répondu : « **J'habite juste à côté de ce centre, donc je suis très proche de ma famille, qui me soutient énormément dans ce que je fais.** »²⁰

8.1. Présentation et analyse de l'échelle de MBI

Tableau 9: Résultats de l'échelle du MBI du 8eme cas :

Dimensions d'épuisement professionnel	Score	Niveau de chaque dimension	Niveau d'épuisement professionnel
Épuisement émotionnel	15	Bas	Bas
Dépersonnalisation	03	Bas	
Accomplissement personnel	41	Élevé	

Les scores issus de l'échelle MBI indiquent que notre participante manifeste un faible niveau d'épuisement émotionnel 15, un faible niveau de dépersonnalisation 3, ainsi qu'un niveau élevé d'accomplissement personnel 41, ce qui reflète un faible niveau d'épuisement professionnel.

Le niveau d'épuisement émotionnel est faible avec un score de 15 chez Mlle k. Elle ne présente pas de signes marquants de fatigue liés à son travail et semble réussir à bien à gérer l'intensité de ses tâches sans ressentir de détresse psychologique importante.

Le score de dépersonnalisation est faible 3, ce qui reflète l'engagement et l'empathie de Mlle K envers les enfants. Elle garde une forte connexion émotionnelle avec eux, comme en témoigne sa déclaration : « **On est là pour eux, et on donne tout ce qu'on peut** ».

Avec un score de 41, le sentiment d'accomplissement personnel de Mlle K est élevé. Elle affirme sans hésitation : « **J'aime mon travail, c'est moi qui l'ai choisi** ». Mlle K se sent valorisée dans son rôle et Soutenue par ses collègues. Ce sentiment de reconnaissance nourrit son équilibre et sa satisfaction professionnelle.

²⁰ Zdghegh zat le centre ayi, qerbagh mlih f imawlan-iw i yvedden ghur-i

8.2. Synthèse du huitième cas

Les données issues de l'échelle MBI associés à l'analyse de l'entretien montrent que Mlle K est une professionnelle motivée qui tire une grande satisfaction de son travail, son empathie naturelle et la valeur qu'elle accorde à son rôle apparaissent comme des ressources protectrices face au risque d'épuisement professionnel.

DISCUSSION DES HYPOTHÈSES

À la suite de la présentation des huit cas étudiés, cette section se consacre à la discussion des hypothèses initialement posées. Il s'agira de déterminer si ces hypothèses peuvent être confirmées ou non, à partir des données recueillies lors des entretiens réalisés durant notre stage au Centre psychopédagogique pour enfants en situation de handicap mental de Timezrit, ainsi que des résultats issus de l'échelle du burnout professionnel MBI (MaslachBurnoutInventory).

Nous avons émis l'hypothèse que :

- Oui, les éducateurs pour enfants handicapés mentaux souffrent d'épuisement professionnel.
- Cet épuisement se manifeste à des degrés variés :
- L'épuisement professionnel chez les éducateurs spécialisés pour enfants handicapés mentaux se traduit par un niveau élevé d'épuisement émotionnel.
- Cet épuisement professionnel se manifeste également par une forte dépersonnalisation chez ces éducateurs.

De plus, les éducateurs pour enfants handicapés mentaux ressentent un important manque d'accomplissement personnel en raison de cet épuisement professionnel

Tableau 10: Récapitulation des résultats de l'échelle MBI pour l'ensemble des cas

Cas	Épuisement émotionnelle	Dépersonnalisation	Accomplissement personnel	Niveau d'épuisement
Mme « L »	Élevé	Modéré	Bas	Élevé
Mr « A »	Modéré	Modéré	Modéré	Modéré
Mme « Z »	Modéré	Modéré	Modéré	Modéré
Mme « N »	Modéré	Modéré	Modéré	Modéré
Mme « Y »	Élevé	Modéré	Modéré	Élevé
Mme « F »	Élevé	Bas	Modéré	Modéré
Mme « T »	Élevé	Modéré	Bas	Élevé
Mlle « K »	Bas	Bas	Élevé	Bas

À la lumière des scores obtenus à l'échelle MBI, nous sommes dans la mesure de dire que l'ensemble des participants à notre recherche présente des signes de burnout, bien que l'intensité des symptômes varie d'un individu à l'autre.

L'analyse des résultats de l'échelle MBI montre des niveaux variés d'épuisement professionnel chez les éducateurs travaillant dans le CPPEHM de Timezrit. Trois présentent un épuisement professionnel sévère, quatre montrent un niveau modéré, et une seule éducatrice affiche un degré faible d'épuisement. Ces données confirment que l'épuisement professionnel est bel et bien présent dans notre population d'étude à des degrés variables.

De même les dimensions évaluées par l'échelle MBI, les résultats obtenus montrent des niveaux variables d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et d'accomplissement personnel.

Pour la dimension de l'épuisement émotionnel on a un (01) niveau bas chez le cas de (Mlle « K »), et trois cas (03) avec un niveau modéré les cas de (Mr « A », Mme « Z », Mme « N » et quatre (04) niveau élevé les cas de (Mme « L », Mme « Y », Mme « F », Mme « T »)

L'épuisement professionnel se traduit fortement par un niveau élevé d'épuisement émotionnel chez plusieurs éducateurs, témoignant d'une fatigue mentale intense liée à leur engagement quotidien

Concernant la dimension de la dépersonnalisation, les résultats montrent que deux (02) cas, à savoir Mme « F » et Mlle « K », présentent un niveau bas. Par ailleurs, six (06) autres cas (Mme « L », Mme « Y », Mme « T », M. « A », Mme « Z » et Mme « N ») affichent un niveau modéré. Il est à noter qu'aucun cas ne présente un niveau élevé de dépersonnalisation dans notre échantillon.

La dépersonnalisation apparaît de manière modérée dans la majorité des cas. Elle se traduit par une prise de distance affective vis-à-vis des enfants.

Sur le plan de l'accomplissement personnel, deux éducatrices (Mme « L » et Mme « T ») montrent un niveau bas, cinq autres (M. « A », Mme « Z », Mme « N », Mme « Y » et Mme « F ») présentent un niveau modéré, tandis qu'un seul cas (Mlle « K ») atteint un niveau élevé.

Enfin, l'épuisement professionnel se manifeste aussi à travers un sentiment d'accomplissement personnel affaibli. Certains éducateurs présentent en effet des résultats bas dans cette dimension.

Synthèse

En somme, l'analyse globale confirme les hypothèses avancées : l'épuisement professionnel est bien présent chez certains éducateurs spécialisés du centre psychopédagogique de Timezrit, et il s'exprime à travers les trois dimensions évaluées par le MBI, avec une intensité variable d'un cas à l'autre.

CONCLUSION

Conclusion

L'épuisement professionnel peut être décrit comme une forme de brûlure intérieure. Il constitue une caractéristique propre aux métiers de la relation d'aide, en dépassant la notion de stress son intensité et sa profondeur. Le burnout touche particulièrement les professionnels investis dans leur travail, notamment ceux engagés dans des relations d'aide, tel que les éducateurs qui travaillent avec les enfants handicapés mentaux.

Être éducateur spécialisé, c'est exercer un métier exigeant, où l'engagement émotionnel est fort et la relation humaine au cœur du quotidien. Ce rôle, de travailler auprès d'enfants porteurs de handicap mental, implique des responsabilités importantes une charge de travail et une fatigue psychique progressive.

Pour lutter contre le burn-out, il est indispensable de commencer par le reconnaître. L'échelle de Maslach (MBI), nous a permis d'identifier les signes de ce syndrome à travers les trois dimensions. L'épuisement émotionnelle, la dépersonnalisation et le manque d'accomplissement personnel.

Les résultats montrent que les éducateurs interrogés présentent des signes d'épuisement professionnel, avec des intensités variables Ceci peut être expliqué par beaucoup de facteurs, des conditions de travail peu favorables, une charge de travail excessive, et surtout l'ancienneté dans la profession car notre étude montre clairement que le facteur le plus influent est lié à l'âge professionnel. Les éducateurs ayant de longues années d'expérience sont les plus touchés, notamment lorsqu'ils exercent avec les mêmes méthodes, les mêmes programmes et dans une routine quotidienne répétitive.

Cette réalité met en évidence les limites de leur environnement de travail, marqué par des effectifs insuffisants et une absence de moyens matériels, ce qui rend l'exercice de leur métier particulièrement difficile.

Nos résultats ont permis de démontrer que l'épuisement professionnel touche le secteur de l'éducation spécialisée. Il affecte directement la santé physique et psychique des éducateurs, Plus spécifiquement, ceux qui exercent leur métier dans le centre psychopédagogique pour enfants handicapés mentaux de Timezrit.

LISTE BIBLIOGRAPHIQUE

Liste bibliographique

Ouvrages

1. **Aktouf, O.** (1987). *Méthodologie des sciences sociales et approche qualitative des organisations : Une introduction à la démarche classique et une critique*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
2. **American Psychiatric Association.** (1995). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4^e éd.). Masson Elsevier.
3. **American Psychiatric Association.** (2013). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5^e éd.). Masson Elsevier.
4. **Berclaz, M.** (2013). *Faire avec le stress : Psychologie d'urgence et aide aux victimes*. Klondesign.
5. **Besançon, G.** (1993). *Manuel de la psychopathologie*. Dunod.
6. **Bénony, H., & Chahraoui, K.** (2003). *Méthodes, évaluation et recherches en psychologie clinique*. Dunod.
7. **Bizet, É., Brethière, M., & Gillet, P.** (2018). *Neuropsychologie et remédiations des troubles du spectre de l'autisme : Enfants d'âge scolaire, adolescents et adultes*. De Boeck Supérieur.
8. **Blanc, V., et al.** (2015). *IPMSH : Une approche multidisciplinaire de la recherche en sciences humaines* (2^e éd.). Montréal : Chenelière Éducation.
9. **Boudoukha, A. H.** (2009). *Burn-out et traumatismes psychologiques* (p. 96). Dunod.
10. **Bujold, E.** (2004, octobre). *Programme éducatif adapté aux élèves handicapés par une déficience intellectuelle profonde*.
11. **Canouï, P., & Mauranges, A.** (2008). *Le burn out à l'hôpital : Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants* (4^e éd.). Elsevier Masson.
12. **Canaoui, P., & Mauranges, A.** (2015). *Le burnout à l'hôpital : Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants* (5^e éd.). Elsevier Masson.
13. **Clauzard, P.** (2014, janvier). *Concepts en sciences de l'éducation*. Université de La Réunion ESPE.
14. **Cousinet, R.** (1954). Qu'est-ce que l'éducation ? *Bulletin de psychologie*, 7(5).
15. **Coutanceaux, R.** (2016). *Violences et souffrances au travail : Identifier, prévenir, accompagner*. Toulouse : Érès.
16. **Coutanceaux, R., & Bennegadi, R.** (2016). *Stress, burn-out, harcèlement moral : De la souffrance au travail au management qualitatif*. Paris : Dunod.

17. **Cthatelana, G., &Pelgrims, G.** (2003). *Education et enseignement spécialisés: ruptures et intégrations*. De Boeck Supérieur.
18. **Debesse, M., &Mialaret, G.** (1969). *Traité des sciences pédagogiques : fonction et formation des enseignants*.
19. **Delobbe, N., et al.** (2005). *Comportement organisationnel. Volume 1 : Contrat psychologique, émotions au travail, socialisation organisationnelle*. De Boeck Supérieur.
20. **Dreano, G.** (2003). *Guide de l'éducation spécialisée* (2^e éd.). Dunod.
21. **Gaberan, P.** (2003). *La relation éducative : Un outil professionnel pour un projet humaniste*. Érés.
22. **Grebot, É.** (2008). *Stress et burnout au travail : identifier, prévenir, guérir*. Éditions d'Organisation.
23. **Guidetti, M., &Tourette, C.** (1999). *Handicaps et développement psychologique de l'enfant* (2^e éd.). Armand Colin.
24. **Guidetti, M., &Tourette, C.** (2014). *Handicaps et développement psychologique de l'enfant* (3^e éd.). Dunod.
25. **Guidetti, M., &Tourette, C.** (2018). *Handicaps et développement psychologique de l'enfant* (4^e éd.). Dunod.
26. **Hamonet, C.** (2016). *Les personnes en situation de handicap* (8^e éd.).
27. **Jean, L.** (2000). *Handicap mental, Handicap psychique, De quoi parle-on ?*
28. **Liberman, R.** (1988). *Handicap et maladie mentale* (3^e éd.).
29. **Maslach, C., &Leiter, M.** (2011). *Burn out : Le syndrome d'épuisement professionnel*. Éditions des Arènes.
30. **Petot, D.** (2003). *L'évaluation clinique en psychopathologie de l'enfant*. Dunod.
31. **Romano, H.** (2011). *La maladie et le handicap à hauteur d'enfant : perspectives de prise en charge pour les proches et les intervenants*. Fabert.
32. **Schaufeli, W. B., &Enzmann, D.** (1998). *The burnoutcompanion to study and practice: A criticalanalysis*. Taylor & Francis.
33. **Truchot, D.** (2004). *Épuisement professionnel et burnout : Concepts, modèles, interventions*. Dunod.
34. **Zawieja, P.** (2021). *Le burn-out* (2^e éd.). Presses Universitaires de France.
35. **Zribi, G., &Beulné, T. (Dir.).** (2009). *Les handicaps psychiques : Concepts, approches, pratiques*. Rennes : Presses de l'EHESP.

Thèses et mémoires

1. **Attik, M.** (2015). *L'insertion socioprofessionnelle des handicapés mentaux en Algérie* [Faculté sciences humaines et sociales, Département de psychologie, Université Baji Mokhtar - Annaba].
2. **Boulkroune, N.** (2008). *Le syndrome du burn-out chez les enseignants du supérieur* (Thèse de doctorat, Université Mentouri de Constantine, Faculté des sciences humaines et sociales, Département de psychologie et des sciences de l'éducation et d'orthophonie).
3. **Cambon, L.** (2006). *L'éducateur spécialisé à travers ses discours : une question d'identité* (Thèse de doctorat, Université de Haute Bretagne).
4. **Djellali, A., & Belaadi, B.** (s.d.). Les obstacles à l'intégration des enfants handicapés mentaux. *Annales des Sciences Sociales et Humaines de l'Université de Guelma*, 7.
5. **Kirouac, L.** (2012). *De l'épuisement du corps à l'affaissement du soi. Effets des transformations des freins et contrepoids du travail sur la vie des individus* (Thèse de doctorat, Université du Québec à Montréal).
6. **Leroy-Fremont, N.** (2013). *Quels facteurs explicatifs du burnout et du bien-être subjectif ? Déterminants psychologiques, sociaux et organisationnels auprès des cadres à responsabilités et élaboration d'un modèle* (Thèse de doctorat, Université Lille 3).

Dictionnaires

1. **Bloch, H., Dépret, É., Gallo, A., Garnier, P., Leconte, P., Le Ny, J.-F., Postel, J., Reuchlin, M., & Gineste, M.-D. (Dir.).** (2002). *Dictionnaire fondamental de la psychologie* (2 vol.). Paris : Larousse/VUEF.
2. **Bloch, H., et al.** (2003). *Le grand dictionnaire de la psychologie*. Éditions Larousse.
3. **Bloch, H., et al.** (2011). *Le grand dictionnaire de la psychologie*. Éditions Larousse.
4. **Dictionnaire de l'éducation** (sous la direction d'Agnès van Zanten). (2008). Presses Universitaires de France (PUF).
5. **Larousse.** (2003). *Dictionnaire Larousse*. Larousse.
6. **Larousse.** (2005). *Le Petit Larousse illustré 2005*. Paris : Larousse.
7. **Larousse.** (2013). *Le Petit Larousse illustré 2013*. Larousse

Articles et revues

1. **Bujold, E.** (2004, octobre). *Programme éducatif adapté aux élèves handicapés par une déficience intellectuelle profonde.*
2. **Conseil supérieur de l'Enseignement spécialisé & Conseil supérieur de la Guidance P.M.S.** (2010). *L'enseignement spécialisé et sa guidance en Communauté française : Guide à l'intention des parents.* Ministère de la Communauté française.
3. **Direction générale du travail, Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail, & Institut national de recherche et de sécurité.** (s.d.). *Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout : Mieux comprendre pour mieux agir.* Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social. ISBN 978-2-11-129981-8.
4. **Dugué, P.** (2020). Le malaise professionnel des éducateurs spécialisés, entre mal-être et mal à être. *Phronèse.*
5. **Esnard, C.** (2018). L'expression de l'épuisement professionnel en contexte soignant : une question de normativité sociale ? *Revue québécoise de psychologie*, 39(1), 161–179.
6. **Jean, L.** (2000). Handicap mental, Handicap psychique, De quoi parle-on ?
7. **Leupold, J.** (2007). *Burn out : Informations destinées aux personnes touchées et leurs proches.* Lundbeck (Suisse) SA.
8. **Organisation mondiale de la santé (OMS).** (1980). *Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités, désavantages.* Genève : INSERM.
9. **Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE).** (2001). *Regards sur l'éducation : Les indicateurs de l'OCDE – Édition 2001.* Paris : Éditions OCDE.
10. **Ordre des psychologues du Québec.** (2007). *Lignes directrices pour l'évaluation du retard.*
11. **Perché, O., & Lebourdais, A. E.** (2016). *Le méga guide* (Concours ASS-ES-EJE). Éditions Elsevier.
12. **Thommen, E., Cartier-Nelles, A., Guidoux, A., & Wiesendanger, S.** (2011). Aspects typiques et atypiques du développement de la théorie de l'esprit. *A.N.A.E.*, 112-113, 145-151.

Sites d'internet

1. **Devenir Éducateur.** *Métier d'éducateur spécialisé.* Consulté le 13 avril 2025, à 19h37, sur https://www.devenir-educateur.fr/metier.php#google_vignette
2. **Fedecardio.** *Burn-out : prévenir l'épuisement professionnel.* Consulté le 25 février 2025, à 15h33, sur <https://www.fedecardio.org/je-m-informe/burn-out-prevenir-l-epuisement-professionnel/>
3. **Journal officiel de la République Algérienne.** (2009, 8 novembre). Décret exécutif n° 09-353 du 20 Dhou El Kaada 1430 portant statuts particuliers des fonctionnaires appartenant aux corps spécifiques de l'administration chargée de la solidarité nationale. *Journal officiel de la République Algérienne*, n° 64. Consulté le 19 mars 2025, à 21h08, sur www.joradp.dz
4. **Manuels MSD.** *Handicap intellectuel.* Consulté le 1er mai 2025, à 11h25, sur https://www.msmanuals.com/fr/professional/p%C3%A9diatrie/troubles-du-d%C3%A9veloppement-et-des-apprentissages/handicap-intellectuel#Traitement_v1105231_fr
5. **Ordre des Psychologues du Québec.** *Lignes directrices pour l'évaluation du retard mental.* Consulté sur <https://www.ordrepsy.qc.ca/documents/26707/63191/Lignes+directrices+pour+l%27%C3%A9valuation+du+retard+mental/f20a2002-4535-4070-8a03-15889a9d5450>

Annexes

Annexes 1 : Le guide d'entretien

Informations personnelles

- Vous avez quel âge ?
- Êtes-vous marié(e) ? Si c'est le cas, combien d'enfants avez-vous ?
- Quel est votre niveau d'instruction ?
- Vous vous occupé de quelle type d'handicap mental ? Et combien sont-ils ?
- Depuis combien de temps exercez-vous ce métier ?

Axe 1 : Informations générales sur la profession de l'éducateur

- Que pensez-vous du programme pédagogique ?
- Les horaires et le rythme sont-ils suffisants ?
- Quelles sont les principales difficultés rencontrées lors de la pratique de votre profession ?
- Pouvez-vous décrire les tâches quotidiennes que vous menez auprès des enfants dans votre pratique personnelle ?

Axe 2 : Conditions et relations avec les collègues

- Tout les moyens nécessaires sont-ils fournis, pour une bonne conduite et un bon accompagnement éducatif pour les enfants ?
- Vous sentez vous reconnu (e) pour votre travail par votre hiérarchie, vos collègues ou les familles ?
- Comment sont elles vous relations avec vous collègues ?
- Avez-vous des contacts avec les parents des enfants ? Et comment sont elles vous relations ?
- Quelle est la durée moyenne des congés annuels accordés pour vous et est-ce que il est suffisant ?

Axe 3 : Informations sur l'épuisement

- Avez-vous des troubles de sommeil ?
- Avez-vous des plaintes somatiques ?

- Avez-vous des problèmes de concentration ?
- Vous sentez-vous désorganiser ou déborder ?
- Avez-vous le sentiment de découragement ?
- Doutez-vous de vos capacités à réussir ?
- Avez-vous le sentiment de bien faire ?
- Avez-vous déjà envisagé de quitter ce métier en raison de l'épuisement accumulé ?
- Avez-vous eu recours à un soutien pharmacologique (psychotropes) pour gérer des périodes de stress ou de fatigue liées à votre métier ?
- Vos proches ont-ils exprimé des inquiétudes ou des frustrations concernant votre disponibilité ?

Annexes 2: Echelle Maslach Burn-out Inventory (MBI)

ECHELLE MBI (Maslach Burn-out Inventory)

Le test MBI (du nom de Christina Maslach qui en est à l'origine) comporte 22 questions qui permettent d'explorer trois dimensions : l'épuisement, la déshumanisation (ou détachement) et son degré d'accomplissement personnel au travail. Ce questionnaire est le plus utilisé, mais il faut noter que les résultats de ce diagnostic n'ont aucune valeur clinique ou juridique. Ils permettent une prise de conscience sur son rapport au travail et les actions correctives à mettre en oeuvre.

	Questions	Jamais 0	Quelques fois par an 1	Une fois par mois 2	Quelques fois par mois 3	Une fois par semaine 4	Quelques fois par semaine 5	Chaque jour 6
1	Je me sens émotionnellement vidé.e par mon travail							
2	Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail							
3	Je me sens fatigué.e lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail							
4	Je peux comprendre facilement ce que mes patients/clients/élèves ressentent							
5	Je sens que je m'occupe de certains patients/clients/élèves comme s'ils étaient des objets							
6	Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'efforts							
7	Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes patients/clients/élèves							
8	Je sens que je craque à cause de mon travail							
9	J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens							
10	Je suis devenu.e plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail							
11	Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement							
12	Je me sens plein.e d'énergie							
13	Je me sens frustré.e par mon travail							
14	Je sens que je travaille "trop dur" dans mon travail							
15	Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes patients/clients/élèves							
16	Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop							
17	J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes patients/clients/élèves							
18	Je me sens ragaillardé.e lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes patients/clients/élèves							
19	J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail							
20	Je me sens au bout du rouleau							
21	Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement							
22	J'ai l'impression que mes patients/clients/élèves me rendent responsables de certains de leurs problèmes							

GRILLE D'ANALYSE

Épuisement professionnel

Questions	Score
1	
2	
3	
6	
8	
13	
14	
16	
20	
TOTAL	

Dépersonnalisation

Questions	Score
5	
10	
11	
15	
22	
TOTAL	

Accomplissement personnel

Questions	Score
4	
7	
9	
12	
17	
18	
19	
21	
TOTAL	

RESULTATS

Épuisement professionnel

Total inférieur à 17 : burn-out bas
 Total entre 18 et 29 : burn-out modéré
 Total supérieur à 30 : burn-out élevé

Dépersonnalisation

Total inférieur à 5 : burn-out bas
 Total entre 6 et 11 : burn-out modéré
 Total supérieur à 12 : burn-out élevé

Accomplissement personnel

Total supérieur à 40 : burn-out bas
 Total entre 34 et 39 : burn-out modéré
 Total inférieur à 33 : burn-out élevé

Un score élevé des deux premières échelles et un score faible de la dernière signe un épuisement professionnel

Table des matières

Table des matières

Remerciements	I
<i>Dédicaces</i>	II
<i>Dédicaces</i>	III
Liste des abréviations	IV
Liste des tableaux	V
Listes des annexes	VI
Sommaire	VII
Introduction	1
PROBLÉMATIQUE ET HYPOTHÈSE	3
1. Problématique.....	4
2. Hypothèse de la recherche.....	8
3. Définition et opérationnalisation des concepts clés	9
4. Les raisons du choix de thème.....	10
5. Les objectifs de la recherche	11
PARTIE THÉORIQUE	12
CHAPITRE I : L'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL	13
Préambule	14
1. Aperçu historique	14
2. Les notions liées à l'épuisement professionnel	15
3. Différentes définitions de l'épuisement professionnel :	16
4. Les dimensions de l'épuisement professionnel :	17
4.1. L'épuisement émotionnel :	17
4.2. La dépersonnalisation :	17
4.3. L'échec de l'accomplissement personnel :	17
5. Les causes de l'épuisement professionnel :	18
5.1. Les causes organisationnelles :	18
5.2. Les facteurs individuels.....	18
5.3. Les facteurs relationnels.....	19
6. Les symptômes du syndrome d'épuisement professionnel.....	19
6.1. Manifestations émotionnelles	19
6.2. Manifestations physiques.....	21
6.3. Manifestations cognitives.....	21

6.4.	Manifestations comportementales ou Interpersonnelles	21
6.5.	Manifestations motivationnelles ou liées à l'attitude	21
7.	Les mécanismes d'installation du burn out	21
7.1.	L'enthousiasme.....	21
7.2.	La stagnation	22
7.3.	La frustration	22
7.4.	L'apathie	22
8.	Les approches explicatives de l'épuisement professionnel :	24
8.1.	L'approche sociologique.....	24
8.2.	L'approche psychiatrique	24
8.3.	L'approche psychanalytique	24
8.4.	L'approche par la théorie du stress	25
9.	Les modèles théoriques du burn out.....	25
9.1.	Le modèle de Malasch et Leiter :.....	25
9.2.	Le modèle de Lauderdale	26
9.3.	Le modèle de Demerouti, Bakker et Schaufeli	26
9.4.	Modèle de Siegrist :	27
9.5.	Le modèle de Cary Cherniss :	27
9.6.	Le modèle d'Alaya Pines	28
10.	L'épuisement professionnel et les troubles psychiatrique :	28
10.1.	Épuisement professionnel et dépression.....	28
10.2.	Épuisement professionnel et troubles anxieux.....	29
10.3.	Épuisement professionnel et somatisations	30
11.	La prévention du burnout.....	30
12.	La prise en charge de l'épuisement professionnel :	32
12.1.	Activité physique	32
12.2.	Détente :	32
12.3.	Connaissance de soi.....	33
12.4.	Médicaments	33
	Synthèse.....	34
	CHAPITRE II : ÉDUCATEURS SPÉCIALISÉS	35
	Préambule	36
1.	Histoire de l'éducation spécialisée	36
2.	Définition de l'éducation	37

2.1.	Définition de l'éducation spécialisée :	38
2.2.	Définition de l'éducateur spécialisée :	38
3.	Les objectifs de l'éducation spécialisée :	38
4.	Les tâches et le rôle de l'éducateur spécialisé	39
4.1.	Assurer un cadre de vie	39
4.2.	Accompagner les actes et les gestes au quotidien :	39
4.3.	Animer des activités	40
4.4.	Le travail en équipe pluridisciplinaire	41
5.	La relation éducative	41
5.1.	L'attitude éducative	41
5.2.	La distance éducative	41
5.3.	L'identification	41
5.4.	Le transfert :	43
5.5.	L'observation	43
5.6.	La responsabilité	43
6.	Programme éducatif et ses finalités	43
6.1.	L'autonomie	43
6.2.	Le pragmatisme	43
6.3.	La qualité de vie	43
6.4.	La valorisation du rôle social :	44
6.5.	Le respect de l'intégrité et de la globalité de la personne	44
6.6.	La valorisation de l'élève comme apprenant :	44
7.	L'équipe de prise en charge et d'éducation spécialisée :	44
7.1.	Le personnel éducatif :	44
7.2.	Les techniciens de la relation :	44
8.	Les lieux et les conditions de travail de l'éducateur spécialisé :	45
9.	L'éducateur spécialisé et les pathologies prises en charge	45
9.1.	Le retard mental	45
9.2.	Retard mental léger	46
9.3.	Retard mental moyen	46
9.4.	Retard mental grave	46
9.5.	Retard mental profond	46
9.6.	La psychose	47
9.7.	Trisomie 21	47

9.8.	L'autisme	47
10.	Grades et missions des éducateurs spécialisés en Algérie :	48
10.1.	Aides-éducateurs (en voie d'extinction)	48
10.2.	Éducateurs spécialisés	48
10.3.	Éducateurs spécialisés principaux.....	49
10.4.	Éducateurs spécialisés en chef :	49
11.	Les difficultés rencontrées des éducateurs spécialisés en Algérie :	49
11.1.	Manque des ressources matérielles et pédagogique :	49
11.2.	Manque de formation et approche rigide :	49
11.3.	Manque de reconnaissance et de soutien institutionnel :	50
	Synthèse	50
	CHAPITRE III : HANDICAP MENTAL	52
	Préambule	53
1.	Étymologie du mot handicap	53
2.	Définitions	54
2.1.	Définition de l'handicap	54
2.2.	Définition de l'handicapé	54
2.3.	Définition de l'handicap mental	54
3.	Les types d'handicaps	55
3.1.	Handicap moteur	55
3.2.	Handicap visuel	55
3.3.	Handicap auditif	55
3.4.	Handicap psychique	55
3.5.	Polyhandicap	55
3.6.	Handicap mental	56
4.	La classification de l'handicap mental selon le DSM 4	56
4.1.	Retard mental léger	56
4.2.	Retard mental moyen	56
4.3.	Retard mental grave	57
4.4.	Retard mental profond	57
5.	La prévalence et l'évolution et les critères diagnostiques du retard mental :	57
5.1.	Prévalence	57
5.2.	Évolution	57
5.3.	Critères diagnostiques du Retard mental (DSM4) :	58

6. Les causes de l'handicap mental :	58
6.1. Les facteurs génétiques	58
6.2. Les facteurs environnementaux :	59
6.3. Les facteurs psychosociaux	59
7. Les difficultés d'un handicap mental :	59
7.1. L'apprentissage :	59
7.2. L'adaptation :	59
7.3. La communication :	60
7.4. Le contrôle de soi :	60
7.5. 7.5. L'autonomie :	60
8. L'évaluation d'un handicap mental :	60
9. Les données statistiques relatives aux personnes en situation de handicap en Algérie :	61
10. Stratégies de prise en charge médicaux-éducative du handicap mental :	61
Synthèse	63
PARTIE PRATIQUE	64
CHAPITRE IV : MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE	65
Préambule	66
1. La pré-enquête	66
2. La méthode de recherche	67
3. Le choix de l'échantillon :	68
3.1. Les critères d'inclusion	68
3.2. Les critères d'exclusion :	68
4. Les outils de recherche	69
4.1. L'entretien clinique :	69
4.2. L'entretien semi-directif :	69
5. Présentation du guide d'entretien	69
6. Présentation de l'échelle	70
7. Lieu de recherche	72
8. Déroulement de la recherche	73
9. Les difficultés rencontrées	74
Chapitre V : Présentation des cas et analyse des résultats	75
Préambule	76
Présentations et analyse des résultats	77
1. Premier cas : Mme L	77

1.1.	Présentation et analyse de l'échelle de MBI.....	79
1.2.	Synthèse du premier cas.....	79
2.	Deuxième Cas Mr A	80
2.1.	Présentation et analyse de l'échelle de MBI.....	82
2.2.	Synthèse du deuxième cas.....	83
3.	Troisième Cas Mme « Z »	84
3.1.	Présentation et analyse de l'échelle de MBI :	85
3.2.	Synthèse du troisième cas	86
4.	Quatrième Cas Mme N	87
4.1.	Présentation et analyse de l'échelle de MBI :	89
4.2.	Synthèse du quatrième cas.....	89
5.	Cinquième cas : Mme « Y »	90
5.1.	Présentation et analyse de l'échelle de MBI :	91
5.2.	Synthèse du cinquième cas.....	92
6.	Sixième Cas : Mme F.....	93
6.1.	Présentation et analyse de l'échelle de MBI.....	94
6.2.	Synthèse du sixième cas	95
7.	Septième Cas Mme T	96
7.1.	Présentation et analyse de l'échelle de MBI :	97
7.2.	Synthèse du septième cas	98
8.	Huitième Cas Mlle « K ».....	99
8.1.	Présentation et analyse de l'échelle de MBI.....	101
8.2.	Synthèse du huitième cas	102
	DISCUSSION DES HYPOTHÈSES	103
	Synthèse.....	105
	Conclusion.....	107
	Liste bibliographique.....	109
	Annexes.....	115
	Annexes 1 : Le guide d'entretien	116
	Annexes 2: Echelle Maslach Burn-out Inventory (MBI)	118
	Table des matières	121

Résumé

Cette étude a pour but d'évaluer l'intensité de l'épuisement professionnel vécu par les éducateurs et éducatrices du Centre psychopédagogique pour handicapés mentaux de Timezrit, ainsi que d'en analyser les répercussions sur leur santé globale et leur quotidien.

Il s'agit également de comprendre comment cet épuisement influe sur leur engagement professionnel et la qualité de l'accompagnement proposé aux enfants handicapés mentaux.

Les données recueillies au sein du Centre psychopédagogique de Timezrit ont permis de confirmer que plusieurs éducateurs souffrent d'un épuisement professionnel marqué.

Cela s'explique notamment par la difficulté et la lourdeur du travail auprès de personnes en situation de handicap mental, ainsi que par le manque de moyens adaptés et de soutien institutionnel.

Dans le cadre de notre étude, nous avons adopté une méthodologie combinée incluant la méthode clinique, l'entretien semi-directif et le test d'inventaire de l'épuisement professionnel de Malash (MBI). Afin de recueillir des données à la fois qualitatives et quantitatives permettant de mieux comprendre l'expérience vécue des éducateurs, tout en évaluant de manière fiable l'intensité de leur épuisement professionnel.

Mots clés : L'épuisement professionnel, Les éducateurs, Le test d'inventaire de l'épuisement professionnel de Malash (MBI).

Abstract:

The aim of this study was to assess the severity of burnout experienced by educator sat the Timezrit Psychopedagogical Center for the Mentally Disabled, and to analyze its impact on the iroverall health and daily lives.

The goal was also to understand how this burnout affects their professional commitment and the quality of support provided to children with intellectual disabilities.

The data collected at the Timezrit Psychopedagogical Center confirmed that several educators suffer from significant burnout.

This is due in particular to the difficulty and burden of working with people with Intellectual disabilities, as well as the lack of appropriate resources and institutional support. In our study, we adopted a combined methodology including clinical methods, semi-structured interviews, and the Malash Burnout Inventory (MBI) to collect both qualitative and quantitative data to better understand the lived experience of educator's while reliably assessing the intensity of their burnout.

Keywords: Burnout, Educators, Malash Burnout Inventory (MBI).