

République Algérienne Démocratique et Populaire
Ministère de l'enseignement supérieure et de la recherche scientifique
Université Abderrahmane Mira de Bejaïa
Faculté des Sciences Humaines et Sociales
Département des Sciences Sociales

MEMOIRE DE FIN DE CYCLE

En vue d'obtention du Diplôme de Master
En psychologie clinique

Thème

***Épuisement professionnel chez les infirmiers exerçant en
oncologie***

***Etude de sept (07) cas réalisés à IEPH d'Amizour de
Bejaïa***

Réalisé par : **Encadré par :** Mr Amrane.Lakhdar

Khalifi samiha

Maalem Kamilia

Année Universitaire : 2014/2015

Remerciements

Nous remercions tout d'abord Dieu tout puissant de nous avoir donné la force et la connaissance pour accomplir une action qui lui plaise.

Je désire exprimer ma profonde gratitude à mon encadreur Mr Amrane. L pour sa générosité, sa patience et sa grande contribution dans les étapes qui ont mené à la réalisation de ce mémoire.

Je remercie également tous la psychologue Katia qui exerce à l'établissement hospitalier d'Amizour qui nous ont permis de réaliser notre travail au sein de son bureau.

Ainsi que l'équipe médicale du service d'oncologie pour leur disponibilité et leurs conseils qui nous ont réellement servi.

Pour finir à nos familles qui ont toujours été la pour nous encourager tout au long de nos études

Merci

Dédicace :

Je dédie ce modeste travail

*A la mémoire de mon père et ma chère mère qui m'a toujours soutenue
dans tous mes choix*

A la mémoire de mes grands parents

A mes très chères sœurs

A mon très cher frère

A tout le reste de ma famille

A toutes mes amies

*Ainsi qu'à toutes les personnes qui ont pu contribuer de près ou de loin
à l'élaboration de ce mémoire.*

Maalam Kamilia

Dédicaces

C'est avec une grande émotion, que je dédie ce modeste travail

A ma famille

A mon père qui ma toujours soutenue dans tous mes choix

*A mes frères, Nadir, Faouzi, Fouad, mes sœurs, Hayette, Kahina,
Lina*

A ma chère sœur Naima si tu sais combien je t'aime

A toi maman qui me manque tant

A ma petite Haima que j'adore

A Tata Zahia

A mes cousins(es) A.Ghani, Mabrouk, Samir, Nacim, Farouk

,karima, mes amis(es) Radia, mounissa, fouzia, Souhila

Hassiba, Massi,, Mass K.Haled et Mass Nadir

A mes chères nièces Latifa & Malak

Samiha Khalifi

Liste des annexes :

Annexes	Titre
Annexe A	Echelle d'épuisement professionnel MBI (Maslash Burout Inventory).
Annexe B	Guide d'entretien.
Annexe C	Tableau récapitulatif des résultats de l'échelle d'épuisement professionnel.

Liste des tableaux :

Tableau	Titre	Pages
Tableau n°01	Les résultats obtenus de l'étude de Chakali : sur l'épuisement émotionnel	13
Tableau n°02	Les résultats obtenus de l'étude de Chakali : sur la dépersonnalisation.	13
Tableau n°03	Les résultats obtenus de l'étude de Chakali : sur la diminution de l'accomplissement personnel	14
Tableau n°04	Résultats de l'échelle d'épuisement professionnel (MBI) du cas n°01	77
Tableau n°05	Résultats de l'échelle d'épuisement professionnel (MBI) du cas n°02	79
Tableau n°06	Résultats de l'échelle d'épuisement professionnel (MBI) du cas n°03.	82
Tableau n°07	Résultats de l'échelle d'épuisement professionnel (MBI) du cas n°04.	86
Tableau n°08	Résultats de l'échelle d'épuisement professionnel (MBI) du cas n°05.	89
Tableau n°09	Résultats de l'échelle d'épuisement professionnel (MBI) du cas n°06.	93
Tableau n°10	Résultats de l'échelle d'épuisement professionnel (MBI) du cas n°07.	96
Tableau n°11	Tableau récapitulatif es résultats de l'échelle d'épuisement professionnel MBI :	100

Sommaire

Remerciement	
Dédicaces	
Sommaire	
Liste des tableaux	
Listes des annexes	
Introduction	

Problématique et Cadre générale de la problématique

1- Problématique	5
2- Questions et hypothèses de la recherche	8
3- La raison du choix du thème	9
4- Les objectifs de la recherche.....	9
5-L'intérêt de cette étude	10
5- Définition et opérationnalisations des concepts	12
6- Les études antérieures	16

Chapitre I : le syndrome de l'épuisement professionnel

-Préambule.....	19
1- définition de l'épuisement professionnel.....	19
2-Histoire et émergence du burnout	20
3- les différentes appellations de syndrome de burnout	21
4 les caractéristiques de l'épuisement professionnel	22
5 les signes cliniques non spécifiques du burnout	24
6-les causes / ou les facteurs de l'épuisement professionnel	25
7 Les facteurs spécifiques du burnout du soignant	28
8-Le burnout et ses manifestations chez les infirmiers	31
9-Epuisement professionnel et psychopathologie du travail.....	33
10- Burnout aux différents âges de la vie professionnelle	36
11- Diagnostique différentiel	38
12- la prise en charge du syndrome d'épuisement professionnel	42
13- la prévention du burnout	44
Résumé	47

Chapitre II : la profession Infirmière dans un service d'oncologie :

Préambule	49
1-Généralités sur l'oncologie	49
2-Définition de l'oncologie	50

3-Définition de l'infirmier.....	50
4- Définition de la profession de l'infirmier.....	51
5- Historique de la profession au XXème siècle.....	51
6 -Définition des soins infirmiers selon le conseil international des infirmiers (e) (CCI).....	53
7- Le rôle de l'infirmier	54
8-Démarche infirmière dans le service d'oncologie	55
9- Le concept de soins palliatifs.....	60
Résumé.....	60

Partie pratique

Chapitre III : méthodologie de la recherche

Préambule.....	63
1- Présentation du lieu de recherche	63
2-La méthode de la recherche	64
3-La pré enquête	64
4- La pratique	65
5- Les outils d'investigations	66
6- Choix de la population d'étude	70
7- les limites de la recherche	71
Résumé	71

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

Préambule	74
1-Présentation et analyse des résultats de l'entretien et du test (MBI) et de l'entretien	74
2-Analyse des résultats.....	92
3-Discussion des hypothèses	95
4-Résumé.....	96

- Conclusion
- Les Difficultés rencontrées
- Liste bibliographique
- Annexes

Introduction Générale

Introduction

De nos jours, dans notre société actuelle, nous évoluons dans des structures sociales complexes, et somme pratiquement tous soumis à des pressions temporelles et professionnelles. Aujourd'hui avec la mondialisation tout le monde est en quête de la perfection. Le professionnel est susceptible d'être plus performant, plus rapide, et plus efficace dans l'accomplissement des tâches qui lui sont attribuées. Il doit s'adapter à cette situation pour continuer à jouer son rôle moteur au sein de l'organisme dont il travaille mais aussi apporter un plus pour sa société.

L'accroissement de ces exigences peut être une menace qui peut altérer le bien être des individus qui se manifeste sous formes de pathologies physiques ou psychiques. La littérature internationale met l'accent sur un certain nombre de ces pathologies liées aux conditions de travail parmi elles nous citant le burn out, ou épuisement professionnel ce concept qui a émergé aux Etats-Unis pour la première fois par le psychiatre, H.Fredenberger puis par Ch.Maslach, ce syndrome a fait l'objet de nombreuses recherches.

Il a été décrit comme étant une pathologie qui touche principalement les personnes impliquées émotionnellement dans une relation d'aide, à titre d'exemple les intervenants psychosociaux, les professionnels de la santé notamment les infirmiers.

En Algérie le cancer est devenu un véritable problème de santé publique. On trouve environ 35000 nouveaux cas chaque année, et plus de 20000 décès dus au cancer chaque année, (M.Hamdis Cherif, 2010).

Par conséquent de plus en plus de professionnels de santé prennent en charge des patients cancéreux, et parmi ces professionnels, en particulier le personnel des soins infirmiers. Ces derniers risquent d'être confrontés aux tensions liées au cancer par exemple : la confrontation à la souffrance et à la mort.

L'infirmier en cancérologie doit faire face quotidiennement à la douleur des patients ; à leurs symptômes, au déni de la maladie, et à leurs demandes trop exigeantes.

Le déclin soudain des malades provoque chez l'infirmier une insatisfaction de son travail, et des doutes concernant ses performances, son oublier l'organisation institutionnelle, qui peut être parfois pas trop encourageante pour l'infirmier, la pression de temps, tout ça implique une charge secondaire sur l'infirmier.

Devant ces difficultés et exigences, rencontré durant l'exercice de la profession infirmière, tout ça favorise l'apparition d'un état d'épuisement professionnel.

Nous avons choisis l'étude de cas et la méthode descriptive pour essayer de répondre aux questions de la problématique, en utilisant un entretien Semi-directif et une échelle de (MBI).

Pour aborder notre thème nous avons réparti notre travail sous forme de deux parties, une partie théorique et une autre partie pratique. Chaque partie est composée de deux chapitres.

D'abord avant de présenter les deux parties qui constituent notre recherche, il est nécessaire de présenter la problématique et le cadre générale de la problématique.

Ensuite, nous avons présentés la partie théorique de notre recherche, qui se compose de deux chapitres : dans le premier chapitre, nous allons aborder l'aspect théorique du concept de l'épuisement professionnel, et dans le deuxième chapitre, nous allons présenter l'aspect général et la spécificité du métier de l'infirmier dans un service d'oncologie.

Quant à la partie pratique on note qu'elle se compose de deux chapitres : le premier chapitre intitulé, la méthodologie de la recherche, et le deuxième chapitre qui contient la présentation, l'analyse, l'interprétation et la discussion des résultats.

Enfin, on a clôturé notre travail par la présentation d'une conclusion, et les difficultés rencontrés ainsi que la liste bibliographique qui annonce tous les documents que nous avons utilisés afin d'élaborer notre travail, et enfin les annexes.

*Problématique et cadre
général de la
problématique*

Problématique

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

Ces formes actuelles de mal être que l'on appelle les maladies de civilisation découlent de la conjugaison des conditions environnementales et individuelles.

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

Le stress psychologique est défini par Lazarus et Folkman comme la perception d'un sujet d'un environnement menaçant excédent les ressources adaptatives de la personne et compromettant son bien être .depuis longtemps le travail est considéré comme une source de stress et de nombreux facteurs de stress professionnel sont connus comme la surcharge ou manque de travail conflits organisationnels ou interpersonnels contraintes professionnelles sur la famille n'en sont que quelques uns .(P.Cathébras et al .2004.P1570)

Le burnout résulte d'un stress professionnel persistant et de tensions continues. Il constitue le stade final d'une rupture d'adaptation qui résulte d'un déséquilibre à long terme entre les exigences professionnelles et les ressources des individus (E.Grebot.2008 P 104.)

Les individus qui se rendent au travail le font avec leur personnalité, avec leurs attentes et surtout avec leurs problèmes personnels et familiaux. Des facteurs de risque personnels et organisationnels ont été mis en évidence. Comme l'épuisement professionnel est une cause importante d'absentéisme, de

Problématique et cadre générale de la problématique

problèmes de santé mentale et de climat de travail malsain, il importe et il est possible de pouvoir reconnaître le problème avant d'en arriver à un arrêt de Travail.

D'ailleurs, les chercheurs tels que Estern-behar(1997, Karasek, Dejours(c.perrard & al, 2001,p12)ont démontré à travers leurs études le lien qui existe entre le rôle des facteurs de risque de santé et la nature de l'organisation de l'activité professionnelle en soulignant que certains conditions de travail peuvent altérer le fonctionnement physique et psychologique des individus.

Nous parlons du syndrome de l'épuisement professionnel qui est devenu un terme à la mode et depuis quelques années, il fleurit sur les « unes » des quotidiens ou des magazines consacré à la santé ou aux questions de société.

« Le burnout résulte d'un stress professionnel persistant et de tension continus il constitue le stade final d'une rupture d'adaptation qui résulte d'un déséquilibre à long terme entre les exigences professionnelles et les ressources de l'individu » (E.Grebot, 2008, p103)

Le burnout est devenu un terme d'actualité depuis son apparition dans les années 1970 par FREDENBERGER on Amérique plusieurs recherches ont été faite jusqu'a a nos jour.

Entre 1974 et1989 on compte plus de 2500 articles sur le sujet les deux cinquièmes sont consacré au professions d'aide et de santé un peu plus d'un tiers au professions d'enseignants et d'éducation (p.canoui et autre 2008 p7)

Le burn out n'apparait qu'a l'occasion d'une activité professionnelle.il vise spécifiquement le travail ce qui n'est pas le cas de stress. A L'origine il décrivait l'épuisement spécifique des professions sociales et médicales dont l'activité est tournée vers les autres.

Le terme de *burnout* ou d'épuisement professionnel est aujourd'hui largement employé jusqu'à être passé dans le langage courant. Pourtant, son existence en tant qu'entité clinique à part entière fait encore débat au sein de la communauté scientifique. Ainsi, il ne fait actuellement pas partie des diagnostics

Problématique et cadre générale de la problématique

officiels de maladie dans les classifications de référence, que ce soit dans la Classification internationale des maladies (CIM-10) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) où il figure en tant que facteur influençant l'état de santé, ou dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV).

Certaines catégories de profession sont plus exposées à l'épuisement professionnel que d'autres. Le personnel infirmier dont la mission implique un engagement personnel, ils accomplissent un travail d'aide et d'accompagnement tout le long du processus thérapeutique prendre soin et apaiser la souffrance de l'autre dont l'infirmier est le témoin et la douleur de l'autre peut être une source de stress et d'épuisement pour le sujet.

Il existe une littérature abondante sur l'épuisement professionnel du personnel infirmier. Plusieurs auteurs (Constable & Russel, 1986 ; Das, 1981 ; Paredes, 1982 ; Topf & Dillon, 1988) rapportent que l'épuisement professionnel chez le personnel infirmier serait associé à des conditions générales inhérentes au contexte de travail.

Un infirmier est un professionnel de la santé qui soigne les patients en s'assurant de leurs confort, leurs hygiène et leurs bien être, les infirmiers sont proches des patients et agissent selon les conseils des médecins .un infirmier peut travailler au sein d'un hôpital, d'une clinique, d'une structure mais aussi avoir des qualités humaines, être constamment vigilant et surtout être passionné.

L'infirmier en oncologie doit savoir communiquer avec les patients et s'adapter à chaque patient, il doit l'encourager le guider l'accompagner dans sa maladie et cela dans n'importe quelle situation.

Les malades douloureux sont parfois exigeant et agressif et l'infirmier doit toujours être présent avec eux si on peut schématiser cette relation et demande entre patient infirmier on peut dire qu'elle ressemble à un enfant qui demande un bonbon à sa mère mais en réalité il demande implicitement autre chose c'est l'amour et l'attention.

Problématique et cadre générale de la problématique

Étant en contact avec les infirmiers de service d'oncologie c'est dernier se plaint de la difficulté de prendre en charge des patient cancéreux. Alors L'infirmier doit avoir un esprit de guerrier ce qui nécessite une présence physique et psychique et doit accomplir tout ces responsabilité malgré la fatigue le dégoût l'épuisement c'est une lourde responsabilité à porté. Et vue aussi le manque de recherche concernant le burn out relatif a l'infirmier cela nous a poussé a posé les questions suivantes :

1-Le personnel infirmier du service d'oncologie soufre t-il d'épuisement professionnel ?

2- Le personnel infirmier touché par l'épuisement professionnel présent t-il des signes de dépersonnalisation ?

3-Le personnel infirmier qui soufre d'épuisement professionnel présent t-il des signes d'épuisement émotionnel ?

4- Le personnel infirmier qui exerce dans le service d'oncologie présente t-il des signes d'accomplissement personnel ?

Les hypothèses de la recherche :

1-Les infirmiers exerçant en oncologie soufre d'épuisement professionnel.

2- En remarque chez certain infirmier des signes de dépersonnalisation.

3-Les infirmiers qui exercent dans le service d'oncologie présentent des signes d'épuisement émotionnel.

4- les infirmiers qui travaillent dans le service d'oncologie présente des signes de manque d'accomplissement personnel.

La raison du choix de thème :

Suite aux changements et de l'évolution du monde du travail, les situations de travail se sont considérablement dégradées et contribuant à engendrés : stress épuisement mal être souffrances externe et interne des cadres et des salarié.

Le choix de ce sujet est venu suite à des rencontres avec le personnel infirmier. Qui se plaignait régulièrement de l'augmentation de la charge de travail, du manque de personnels qui pourrait faire face à une demande en hausse augmentation.

A nos connaissances, on a constaté un manque d'études concernant le burn out et plus précisément celui qui concerne l'infirmier en oncologie, soit en Algérie ou dans le monde. Cela nous a motivé à entamer cette recherche pour mieux cerner, et comprendre ce syndrome.

L'intérêt de cette étude :

Cette recherche vise à décrire le syndrome d'épuisement professionnel chez les infirmiers, qui exercent dans un service d'oncologie. Qui sont confrontés à des situations critiques, l'importance de cette recherche est aussi mettre en lumière les facteurs et les causes, de l'épuisement professionnel chez l'infirmier. Ainsi que de détecter les souffrances psychiques liées au travail et aider ces derniers à identifier leur épuisement professionnel.

L'objectif de la recherche :

L'objectif général de ce modeste travail, vise une meilleure compréhension des facteurs conduisant au burnout chez l'infirmier. Mais aussi pouvoir cerner les facteurs psychosociaux liés au travail, et qui peuvent être à l'origine de ce problème. Puisque le personnel infirmier exerçant en cancérologie, fait face chaque jour, à la douleur physique, et psychique des patients cancéreux. Qui

Problématique et cadre générale de la problématique

demande plus d'attention et de compréhension que d'autre. Cette recherche s'élabore dans le but d'atteindre les objectifs suivants :

- Comprendre le phénomène et l'origine de l'épuisement professionnel : les mécanismes de l'épuisement.
- Détecter les signaux d'alerte et les causes du burn out : les indicateurs de la souffrance au travail au niveau institutionnel, psychosomatique et psychologique.
- Expliquer les différentes dimensions du burnout : l'épuisement professionnel, la dépersonnalisation, la diminution de l'accomplissement personnel.
- Expliquer la spécificité du burn out de soignant, et plus particulièrement celui qui de l'infirmier exerçants dans un service d'oncologie.

Opérationnalisation des concepts :

Le burn out :

C'est le degré que va obtenir l'infirmier sur l'échelle de MBI, C'est un état de fatigue physique et psychique, qui touche beaucoup de travailleurs, à un moment de leurs carrières professionnelles ; qui s'exprime par un ensemble de caractéristiques :

- Absentéisme au travail.
- Perte de concentration dans l'accomplissement de son travail.
- Etat émotionnel négative.
- Se fermer sur soi même : prendre une distance par rapport à ces collègues infirmiers.
- Perte d'amour au travail.

Problématique et cadre générale de la problématique

- Basse de motivation par apport à ces débuts dans le service.
- Difficultés relationnelles et de communication avec les patients.
- Manque d'énergie physique et psychique.
- Incapacité d'empathie.

L'infirmier en oncologie :

L'infirmier en oncologie réalise, des soins particuliers suite à la spécificité de la maladie. L'infirmier en oncologie est celui qui :

- Accueille de malade.
- Installation du patient dans sa chambre.
- Préparation de la prémédication et des protocoles de la chimiothérapie prescrit par le médecin oncologue.
- Placer et injecter les produits au patient.
- Surveillances des paramètres vitaux.
- Administration d'analgésiques.
- Soins consécuteurs à la radiothérapie.

L'infirmier en oncologie joue aussi un rôle psychologique très important auprès des patients telle :

- La diminution de l'anxiété et le stress, apporter un soutien spirituelle pur les malades et leurs familles.

Les études antérieures :

De nombreuses recherches ont permis d'identifier que la profession d'infirmier comme d'autre profession basées sur les relations d'aide, est aussi exposée au syndrome d'épuisement professionnel.

Bien que les études concernant l'infirmier se comptent sur les doigts mais nous avons pu recenser ces deux recherches importantes :

Une étude Algérienne faite par le psychiatre Chakali ; cette étude s'est fixé comme objectifs :

Apprécier la présence du syndrome d'épuisement professionnel des soignants (seps) au CAC de Blida

Tenter de trouver des variables significatives :le sexe ,la catégorie professionnelle, l'âge et les différents services ou ce personnel exerce

La méthode utilisée : il a utilisé :

Questionnaire utilisé : MBI Distribué en juin 2000 au personnel du centre anticancéreux de Blida(CAC) qui fonctionne depuis Janvier 1991.Depuis cette date le nombre de malade ne cesse de s'accroître .sa vocation régionale (Sud et Centre –Ouest du pays) du début est très souvent débordée.

Il est composé de 4 services :

1-Oncologie médicale : 50 lits, 1500 cures chimiothérapique/an en moyenne (une cure en moyenne dure une vingtaine de jours)

2-Chirurgie : 60 lits, un milliers d'interventions chirurgicales par an.

3-Radiothérapie : 48 lits, cobalto et curiethérapie, en moyenne 70 actes radiothérapeutes par jour.

4-Hématologie : 24 lits.

Problématique et cadre générale de la problématique

Les résultats obtenus de cette étude :

Epuisement Emotionnel

(1-2-3-6-8-13-14-16-20 ;bas<17 ;modéré de 18 à 29 ;élevé<30)

Tableau des résultats N° 1 :

		Enquêtés	E.P élevé		P
			Effec.	%	
Sexe	Masculin	71	46	64.5	NS
	Féminin	54	36	66.6	
Catégorie professionnelle	Méd.	25	15	60.0	NS
	Paramédical	68	47	70.0	
	Autre	32	20	62.5	
Age	< 30ans	48	27	56.2	NS
	>30ans	77	55	71.5	

Dépersonnalisation

5-10-11-15-22 ; bas<5 ; modéré de9 à 11 ; élevé>12)

Tableau des résultats N° 2 :

		Enquêtés	E.P élevé		P
			Effec.	%	
Sexe	Masculin	71	22	31.0	NS
	Féminin	54	20	37.0	
Catégorie professionnelle	Méd.	25	10	40.0	NS
	Paramédical	68	20	30.0	
	Autre	32	12	37.5	
Age	< 30ans	48	18	37.5	NS
	>30ans	77	24	31.0	

Diminution de l'Accomplissement Personnel

(4-7-12-17-18-9-21 ;bas>40 ;modéré de 34 à 39 ;élevé>33)

Tableau des résultats N° 3 :

		Enquêtés	E.P élevé		P
			Effec.	%	
Sexe	Masculin	71	24	33.8	NS
	Féminin	54	12	22.0	
Catégorie professionnelle	Méd.	25	6	24.0	NS
	Paramédical	68	20	30.0	
	Autre	32	10	31.2	
Age	< 30ans	48	14	29.1	NS
	>30ans	77	22	28.5	

D'après ces résultats, nous remarquons que cette souffrance existe et que ni l'âge, ni le sexe, ni la catégorie professionnelle, ni l'exercice dans un service ou dans un autre ne sont significatifs de la fréquence du burn out.

F.kacha.2000.p

Didier Truchot, et Xavier Borteyrou ont réalisé une recherche auprès d'infirmières exerçant en cancérologie, est guidée par le modèle exigences-contrôle-soutien (Karasek & Theorell, 1990).

Un questionnaire a été distribué aux infirmières de deux Centres de Lutte Contre le Cancer. Des affiches annonçant la réalisation de cette enquête ont été placardées dans les salles réservées au personnel. Une urne permettait de retourner les questionnaires en garantissant l'anonymat. Au total, 144

questionnaires ont été retournés. Le taux de réponse est de 76.7%. L'échantillon est principalement féminin (96.5%). La moyenne d'âge est de 36.4 ans (e-t = 10.5). La moyenne d'ancienneté professionnelle est de 13.3 ans (e-t = 11.1) et la moyenne d'ancienneté en cancérologie est de 10.8 années (e-t = 9.7).

Un des objectifs de cette recherche est d'étudier le burnout d'un groupe professionnel homogène, les infirmières françaises exerçant en cancérologie, à partir du modèle de Karasek.

Parallèlement, un autre objectif était de vérifier si des variables spécifiques au contexte du travail infirmier en cancérologie ajoutent à la prédiction du modèle.

Les résultats de la recherche :

Les analyses factorielles révèlent quatre facteurs : « exigences organisationnelles », « exigences des patients », « soutien » et « contrôle ». Ensuite, les analyses de régression hiérarchiques indiquent que les exigences, le contrôle et le soutien prédisent de façon significative le burnout, en particulier l'épuisement émotionnel. On observe également un effet modérateur du soutien social. De leur côté, les stressseurs spécifiques (i.e., ceux relatifs aux relations difficiles avec les patients) contribuent au burnout, ce qui confirme la nécessité d'inclure dans les composants du modèle JDCA des stressseurs spécifiques au contexte de travail.

D'autre recherche, on était réalisé sur l'épuisement professionnel, mais qui ne concerne pas les infirmiers qui exercent dans u service d'oncologie, nous proposons :

1-Etude de Boudarene en 2004, sur l'épuisement professionnel chez les agents de police en exercice. Le docteur Mahmoud Boudaren a effectué une recherche sur 30 agents des services de police ont été vue on consultation durant deux ans tous sont de sexe masculin avec âge moyen de 33ans.

Problématique et cadre générale de la problématique

20 sujets sont encore célibataires.ils sont issue de familles nombreuses dont ils sont les soutiens matériels et financiers.

Quatre personnes sont anciennes dans le métier de policier les autres ont été recrutés durant les huit dernières années dans le cadre du renforcement da la lutte antiterroriste .aucune formation spécifique n'est exigée pour le recrutement. Certains sujets ont néanmoins subi une formation brève de six mois. Ce métier n'est pas le résultat d'un choix et n'est pas une vocation.il est pour tous les sujets une alternative au chômage imposée par les difficultés financières et matérielles rencontrées par leurs familles respectives.

Quatre principales plaintes sont observées :

- anxiété important avec insomnie et quelques fois de cauchemars
- instabilité émotionnelle et troubles du caractère avec irritabilité
- relations conflictuelle dans le travail avec les responsables notamment
- agressivité et comportements dangereux vis-à-vis des collègues et de la population
- conduite additives parfois multiples à l'alcool au cannabis et aux médicaments psychotropes

Les questions principales posées sont :

Est-ce que ces émeutes sont exclusivement à l'origine de l'émergence du désire de consulter ?

Quel est l'impact du terrorisme sur la vie psychique des sujets sur la démarche de consultation ?

Quel rôle réel faut-il attribuer à l'environnement professionnel et aux conditions d'exercice du métier dans l'apparition da la souffrance des sujets ?

Problématique et cadre générale de la problématique

Le résultat : les désordres psychique observés chez les policiers ne s'inscrivent pas dans le tableau de l'état de stress post traumatique tel décrit dans le DSM4 les symptômes rapporté évoquent le tableau d'un burn out ce tableau clinique qui témoigne d'un épuisement psychologique et émotionnel est d'autant plus probable qu'il est habituellement observé dans des emplois de proximité ou la relation d'aide .

2-la recherche de R.Wiertz, en 2012 intitulé « psychiatre et burn out ». C'est une étude de la prévalence du syndrome de l'épuisement professionnel auprès des psychiatres Hospitaliers du Nord pas de Calais.

Méthode : Etude descriptive quantitative transversale auprès de tous les Psychiatres Hospitaliers du Nord Pas de Calais (n=403). Outil de mesure utilisé : le MBI, *Maslach Burnout Inventory*. Objectif : Evaluer la prévalence et le degré du Syndrome d'EP (pour les 3 dimensions du MBI : EE, DP et AP) et rechercher une corrélation entre le burnout et quelques variables associées : l'âge, le sexe, le lieu (CH/EPISM) et type d'exercice. Analyses statistiques réalisées à la Plateforme d'Aide Méthodologique du CHRU de Lille.

Résultats : Forte participation : taux de réponse 57,6% (232/403). Parmi les Psychiatres répondants, 33,5% présentent des signes d'Épuisement professionnel, (26% épuisement professionnel faible, 5,3% épuisement professionnel modéré, 2,2% épuisement professionnel sévère). Les taux de scores du MBI : 19,5% d'épuisement émotionnel élevé, 8,5% de DP élevée, 16% d'accomplissement personnel bas. Atteinte dominante de l'épuisement émotionnel. 35% des Psychiatres « épuisés » affirment ne pas se sentir concerné par l'épuisement professionnel. Il n'y pas d'association statistiquement significative observée entre l'épuisement professionnel et les variables étudiées.

Conclusion : Les Psychiatres du Nord Pas de Calais ne sont pas épargnés par l'épuisement professionnel. Le Stress Professionnel spécifique aux

Problématique et cadre générale de la problématique

Psychiatres mérite une considération particulière. Leurs Coping est peut être plus élevé que pour les autres médecins.

L'étude faite par Benatia Yassine sur L'épuisement professionnel chez les infirmiers urgentistes, l'objectif de cette étude est d'évaluer le phénomène de l'épuisement professionnel chez les infirmiers urgentistes de la wilaya de Constantine et son lien avec certaines caractéristiques socioprofessionnelles et les conditions d'exercice du métier. Un auto-questionnaire incluant le Humberg Burnout Inventory (HBI) et des variables socioprofessionnelles, a été distribué à 526 infirmiers urgentistes ; 83% ont répondu.

Selon les critères du HBI, 33,56% d'infirmiers urgentistes ont un épuisement émotionnel important, 50% souffrent de sentiment d'impuissance, 30,80% éprouvent un vide intérieur, 35,86% expriment un ras-le-bol professionnel et 28,50% présentent une réaction agressive. Par ailleurs ces professionnels sont loin d'être insatisfait de leur performance, d'être distant vis-à-vis des patients, d'avoir une réaction dépressive, d'éprouver des difficultés à se détendre et d'être exigeant avec soi même. Le profil dégagé quant au candidat à l'épuisement professionnel chez cette population soit : une femme, jeune, célibataire, moins expérimentée. L'épuisement professionnel est un phénomène existentiel suscitant des réflexions sur la complexité de la relation d'aide, la souffrance et le sens de l'existence humaine.

Pour conclure ces études antérieures nous ont aidées à mieux cerner notre thème afin de mieux élaborer notre travail et aller de l'avant grâce a la collecte des données et des informations acquises.

Partie Théorique

Chapitre I
Le Syndrome
d'Épuisement
Professionnel

Préambule :

La burne out, aussi appelé syndrome d'épuisement professionnel touche la plus part des métiers, est en constante progression, il est désormais reconnue comme un important problème personnel et social. Il survient de manière très insidieuse sans apercevoir réellement. Dans ce premier chapitre en tente d'expliquer le burnout ces causes ses symptôme et comment il se manifeste chez les travailleurs. Est plus spécifiquement celui qui concerne les infirmiers qui exercent dans un service d'oncologie.

1-Définition de burn out : de nombreux auteurs ont tenté de donner plusieurs définitions à ce concept :

En 1974, Herbert J.Freudenberger, propose une première définition du burnout, fondé sur celle du dictionnaire Webster dont D.Bedard et A.Duquettee donnent la traduction suivante : « l'épuisement professionnel et 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 encor d'être exténué » (P.Canoui 2008 p10)

En 1976 Maslach décrit l'épuisement professionnel des professionnel d'aide comme « une incapacité d'adaptation de l'intervenant à un niveau de stress émotionnel continue causé par l'environnement de travail » (P.Canoui 2008 p10)

« L'épuisement professionnel ne se sur pose pas à un diagnostic psychiatrique, il peut mener à la dépression englobe et dépasse le stress professionnel et donne une perte de sens au travail ». (M.Delbrouk 2004 p39)

Cherniss (1981) décrit le Burnout comme : « un processus dans lequel un Professionnel précédemment engagé se désengage de son travail en réponse au stress et à la Tension ressentie » (N.Boulkroun 2008 P68)

Pour Pines, Aronson & 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 » (N.Boulkroun 2008 P68)

Quand à D.bédard et A.Duquette « l'épuisement professionnel est une expérience psychique négative vécue par un individu, qui est liée au stress émotionnel et chronique causé par travail ayant pour but d'aider les gens » (P.Canoui 2008 p 17)

2-Histoire et émergence de burn out :

A partir de multiples lectures, on a pu remarquer que c'est injuste de dire que la notion d'épuisement professionnel date de 1970 aux Etats-Unis .on retrouve en effet en France des précurseurs qui sous des descriptions divers variée mais assez proches vont envisager la fatigue au travail, surmenage intellectuel. (P.Canoui2008 P5)

C.VEIL écrit dans le concours médical sous le titre primum non nocer. Les états d'épuisement (au travail), en 1959 « ...chargé d'une consultation de psychiatrie du travail ...le concept d'états d'épuisement se révélait bon outil intellectuel » pour comprendre et traiter « ...des cas déconcertants qui n'entraient pas dans la nosographie classique ».

Plus loin encore « l'état d'épuisement est le fruit de la rencontre d'un individu et d'une situation .l'un et l'autre sont complexes, et l'on doit se garder des simplifications abusives... ». (P.Canoui 2008 P5)

Mais les recherches les plus importantes sur le burn out ont été faites aux Etats-Unis. En effet 1970 H.FREUDENBERGER, utilisera dans ses écrits le terme « burn out » pour caractériser l'état mental des jeunes volontaires travaillant auprès de toxicomanes (P.Canoui 2008.P 6)

Il suggère que les pressions et les exigences professionnelles exercées sur les ressources d'un individu finissent par le conduire à un important état de frustration et de fatigue. Le professionnel s'épuise alors en essayant de répondre à certaines obligations imposées, soit par son milieu de travail, ou par lui-même. (A.H.Boudouhka 2009 P11).

De son côté, ch.Maslach(1979), psychologue sociale, a découvert le burnout dans le cadre d'une recherche sur le « stress émotionnel » et les stratégies de coping développés par les employés de services sociaux face à leurs usagers. (A H.Boudoukha 2009 P 1-2)

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 scientifique et empirique sur un grand nombre de sujets (Cordes et Dougherty, 1993). Le problème de l'évaluation est donc posé et un grand nombre d'échelles mesurent le burnout son testées. (A H.Boudoukha 2009 p12)

3-Les différentes appellations de syndrome burn out : En trouve actuellement trois expression pour nommer se syndrome :

3-1-Burn out syndrome : en anglais le burn out signifie « s'user », « s'épuiser », devant une demande qui nécessite beaucoup de force et d'énergie. Burn out est un terme emprunté au vocabulaire aérospatial qui désigne épuisement de carburant d'une fusée avec comme résultante la surchauffe et le risque de bris de la machine. (P.Canouié 2008 P9)

3-2-Le karoshi : terme japonais signifie mort par excès de travail karo=mort shi=fatigue au travail. (P.Canouié 2008 P9)

3-3-Syndrome d'épuisement professionnel : le terme utilisé en français semble être vague et regroupe tout les effets négatif de travail sur l'individu, en rencontre

aussi des expressions telles que usure au travail, ou usure professionnelle mais c'est le terme d'épuisement professionnel qui s'est imposé en français. (P.Canoui 2008 P9)

4 Les caractéristiques de l'épuisement professionnel :

Le burn out se caractérise par l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation, l'échec de l'accomplissement personnel.

Ces signes caractéristiques ont été découverts par CH.Maslach, chercheuse américaine en psychologie sociale.

4-1 Epuisement émotionnel :

Intérieurement le sujet va se sentir épuisé sous la forme d'être « vidé ». Une fatigue inhabituelle et affective au travail, une difficulté à être en contact avec les émotions de l'autre.

Le sujet vit chaque journée de travail comme un enfer un seuil de saturation émotionnel est atteint et il n'y a plus de place pour une émotion nouvelle.

Cette situation de fatigue ne peut pas être améliorée par le repos en revanche l'absence d'affect bénéfique des congés sur le plan extérieur on observe des explosions émotionnelles comme des crises de larmes ou de colère .il s'associe aussi souvent à cet état une incapacité à exprimer toutes les émotions, l'expression de ses sentiments perçue comme une faiblesse. Cet épuisement émotionnel peut prendre l'aspect d'une froideur, d'un contrôle et d'une maîtrise absolue des émotions (P.Canoui 2008 p14-15)

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 : les élèves pour les enseignants, les malades pour les soignants, les clients pour les commerciaux, etc. 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'exprime à travers des actes de maltraitance, de stigmatisation, de rejet.

A ce stade, la dépersonnalisation joue un rôle positif, protecteur, car elle permet à la personne de se distancier psychologiquement de ses clients ou de ses patients dans le but de se protéger des effets négatifs de l'épuisement émotionnel dont elle est victime. À l'inverse, la dépersonnalisation joue un rôle négatif quand l'accomplissement personnel se réduit à l'extrême. (E.Grebot. 2008 p108)

4-3 La diminution de l'accomplissement personnel :

Cette dimension constitue la conséquence des autres dimensions. Elle s'exprime par un sentiment d'inefficacité, d'incapacité d'aider l'autre, de frustration dans son travail. En d'autres termes, le sentiment de ne plus faire du «bon travail ». La relation à l'autre est (ou était) le fondement du travail du soignant, et la motivation principale de son choix professionnel et personnel.

La prise de conscience de cette distanciation va être vécue comme un échec. Le sujet ne se sent plus à la hauteur, doute de ses compétences dans l'approche de l'autre et surviennent alors des sentiments de dévalorisation, de culpabilité et de démotivation.

Les conséquences de l'accomplissement personnel sont :

Des attitudes de fuite : absentéisme motivé ou non, abandon du travail, manque de rigueur. Le plus souvent, on observe un désinvestissement au travail car assumer son poste quotidiennement devient de plus en plus difficile.

C'est une attitude fréquemment retrouvée chez les infirmiers et aides soignants.

A l'inverse, un surinvestissement dans l'activité professionnelle a également été observé, et typiquement retrouvé chez les cadres supérieurs et les médecins séniors, avec une impossibilité de quitter son lieu de travail. (P.Canoui 2008 p16)

5-Les signes cliniques non spécifiques du burn out :

Ces signes ou symptômes ont été regroupés sous trois grandes catégories principales

5-1 Sur le plan physique :

En remarque des signes et des symptômes somatiques non spécifiques comme une fatigue ou une lassitude, des céphalées, des troubles digestifs variés, des troubles du sommeil, des infections rhinopharyngées, grippales. Les troubles fréquents du comportement alimentaire tiennent une place particulière dans une population jeune et essentiellement féminine. (P.Canoui 2008 P12)

5-2 Sur le plan psychique :

Il se traduit par un ensemble de symptômes qui sont irritabilité, cynisme, négation des échecs, oubli de soi, perte du sens de l'humour, indifférence, désintéressement, dépersonnalisation, manque d'assurance, insatisfaction impatience diminution de l'estime de soi, anxiété flottante sentiment d'impuissance sentiment de culpabilité distraction perte de mémoire confusion attitude négative distorsion des valeurs. (M.Delbrouk 2003p34)

5-3 Sur le plan comportemental :

Ce sont des manifestations inhabituelles pour le sujet ; une irritabilité trop fréquente une sensibilité accrue aux frustrations, une labilité émotionnelle une

méfiance ou une rigidité envers autrui. Il s'agit d'attitudes dites défensives, une rigidité le plus souvent acquise une résistance excessive aux changements des attitudes négatives ou pessimistes le sujet passant encore plus de temps sur les lieux de travail tout en devenant sans s'en rendre compte de moins en moins efficace. (P.Canoui 2008p12).

6 Les causes du burnout : Trois facteurs interviennent dans l'épuisement professionnel ; l'organisation, l'individu et les relations.

6-1 Les causes organisationnelles :

L'épuisement professionnel résulte de l'activité professionnelle et du contexte de travail .les antécédents professionnels du burnout comportent les caractéristiques du travail lui-même et les caractéristiques associées au rôle professionnel : Les facteurs d'épuisement concernant le contenu de l'activité sont les horaires illimités, imprévisibles, la monotonie, la standardisation, l'automatisation, etc. Le processus majeur responsable est ici l'impossibilité pour le professionnel de contrôler son activité ; (G.Elisabthe 2008 p.122).

Les facteurs propices a l'épuisement professionnel relevant du contexte de travail sont les rôles contradictoires ou confus ,l'isolement et le manque du soutien social ,le conflit entre vie professionnel et vie familiale ,les mutations technologiques, économique et politique ,le management par le stress ou la peur .

Tous les éléments participants au climat et à l'ambiance du travail contribuent au burnout.les styles managériaux jouent un rôle essentiel dans la violence sur le lieu de travail.

Le système de récompenses très important dans la mesure ou les employés peuvent juger de l'équité et de la loyauté de leurs hiérarchie a leur égard .ils évaluent dans quelle mesure les récompenses sont liées a la qualité des performance et quelle façon elles sont réparties parmi les salariés.

Cependant certaines professions sont plus à risque que d'autres : il s'agit, notamment, des métiers à fortes responsabilités vis-à-vis d'autres personnes et des activités où les objectifs sont difficiles, voire impossibles, ou il existe un fort déséquilibre entre les tâches à accomplir et les moyens mis en œuvre ainsi qu'une ambiguïté ou un conflit de rôles.

6-1-1 Les variables professionnelles et organisationnelles :

Il faut d'emblée noter qu'en majorité, les recherches sur la contribution de variables relatives au travail et à l'organisation sur le burnout se situent au niveau du rapport direct entre le sujet et son environnement. La structure hiérarchique, le style de management ou la structure de l'institution sont rarement pris en compte. Les entreprises étant particulièrement réticentes à laisser une liberté au chercheur d'interroger le lien entre le monde de management et santé des employés (Truchot, 2004).

Par ailleurs, en raison d'une plus grande facilité d'opérationnalisation, ce sont les variables directes de l'activité, du contenu de la tâche et de son contexte qui ont été étudiées. Le burnout, notamment sa dimension « épuisement émotionnel » est corrélé avec la charge (la lourdeur des horaires) et le rythme de travail (l'imprévisibilité et la fréquence, voir (Greenglass, Ronald et Moore, 2003 ; Maslach, Schaufeli, Leiter, 2001).

Cependant, des analyses plus fines montrent que ce qui sous-tend l'expression du burnout n'est pas tant la réalité objective des demandes du travail que le sentiment de ne pas les contrôler (Truchot et Badré, 2004). En effet, le sentiment de contrôle et d'autodétermination sur son travail se révèle un meilleur prédicteur du burnout. (Fernet, Guay et Senécal, 2004)

Un autre corps d'étude sur les variables du travail a trait aux caractéristiques du contexte du travail. En premier lieu, les conflits de rôle, c'est-à-dire lorsque les informations requises pour effectuer une mission sont

contradictoires, ou encore l'ambiguïté de rôle, lorsque ces informations sont inadéquates ou insuffisantes, sont des facteurs médiateurs du burnout. Mais c'est avec l'étude sur le support social des supérieurs hiérarchique notamment, mais aussi de la part des collègues, augmente la vulnérabilité devant le burnout, il s'agit d'un effet « tampon » qui module la relation entre les stressseurs professionnels et le burnout. (Schat et Kelloway, 2003)

Le contexte de travail, les demandes professionnels, le support social, le sentiment de contrôle sont donc des facteurs importants dans le développement du burnout .ils montrent que le sujet et la relation a l'autre sont au cœur du développement du burnout, d'où l'importance de l'étude des variables inter et intra- individuelles. (A.H Boudoukha 2009.p20)

6-2 Les facteurs individuels :

Certains traits de personnalité sont plus ou moins propices au burnout. Certains personnes sont plus à risque que d'autres .Il en est ainsi des personnalités ayant des idéaux de performances 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 tache supplémentaire à réaliser sera évalué 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 a l'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 a la situation.

Les caractéristiques individuelles agissent sur les capacités de faire face a des exigences professionnelles en termes de ressources que l'individu tente de

mobiliser .certains individus se sentent aptes a contrôler la situation, a chercher de l'aide auprès des collègues tandis que d'autre sont débordés, désespérés.

L'épuisement professionnel tend à être plus élevé chez les femmes qui portent d'avantage le poids des taches domestiques et la charge quotidienne des enfants. Elles sont plus touchées par le conflit de rôle, famille travail qui est une source importante du burnout. Cette répartition inéquitable du travail domestique non rémunéré augmente le degré de stress quotidien. La fondation européenne considère que cette double charge a des conséquences néfastes sur la santé des femmes qui travaillent. Les études montrent que l'environnement familial joue un rôle déterminant dans l'apparition du burnout : lorsque la vie familiale est source de problèmes, le niveau d'épuisement professionnel augmente significativement quand les tentions professionnelles s'intensifient .a l'inverse, chez les hommes, le niveau d'épuisement professionnel augmente quand les stresseurs professionnels augmentent mais indépendamment du niveau des stresseurs familiaux. (E.Grebot, 2008, p124-126)

6-3 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, soutiens social déficient.les interactions entres autre clients et professionnels, directes, fréquentes, répétitives contribuent au développement du burnout professionnel. (E.Grebot, 2008, p126)

7- Les facteurs spécifiques du burn out de soignant :

On distingue quatre facteurs essentielles qui caractérisent se syndrome lié ou soignant :

7-1 La spécificité du métier du soignant :

Tous les spécialistes du métier de soignant sont amenés à être confrontés aux aspects cachés sombres de l'âme humaine. Ils accompagnent parfois des personnalités à peine structurées, si ce n'est pas du tout. Les besoins et les demandes de ces patients sont fort parfois exigeants. (Delbrouk.M 2004 p44)

Chaque soignant dans sa pratique quotidienne est confronté à des situations critiques et sombres chaque jour représente pour lui une bataille à gagner des souffrances et vie est sauvée ce qui lui implique une responsabilité pas facile à porter. « Ce métier spécifique requiert une grande disponibilité de cœur, de la tolérance, de l'acceptation presque inconditionnelle de l'autre comme l'enfant en très bas âge pourrait l'attendre de sa mère ». (M.Delbrouk. 2004 p45)

7-2 L'impact et la répétition des traumatismes rencontrés en clientèle :

La répétition des traumatismes et leur intensité représente un impact psychologique et émotionnel important dans certaines situations en générale d'urgence comme pouvant vivre les soignants urgentistes chirurgiens responsables de soins palliatifs pourraient être les plus solides des professionnels soignant chaque soignant est confronté chacun dans sa pratique à des effets importants.(M.Delbrouk2004 p46)

Le soignant souvent malgré lui est projeté face à une multitude de questions métaphysiques, éthiques, morales, psychologiques émotionnelles qu'il n'aurait pas rencontrées s'il avait choisi une autre profession, de plus la question de la mort de la maladie de l'injustice des pulsions interdites tabouées (inceste viol meurtres malformation génétique...)

La répétition de ces impacts et la multitude de ces microtraumatismes émotionnels consume le soignant au plus profond de lui-même. (M.Delbrouk2004. p47)

7-3 La question du choix de la profession de soignant :

La question même du choix de la profession représente un autre facteur de fragilité ou de faille. Le candidat soignant a été souvent confronté assez jeune à la question de la maladie et des soins à y apporter. Soit qu'il y a été lui-même par le passé confronté dans sa propre chaire ou dans celle d'un membre de son entourage. La plus part des soignants présentent une personnalité riche et généreuse se dévouant Corps, et âme à la survie de leurs patients ils sont de mauvais gestionnaires du temps et de l'argent ils s'oublient au profit de leur patient et souvent à leur propre détriment et à ceux de leur famille et amis .tenter de résoudre de réparer ce qui l'a fait souffrir dans sa propre chair. (M.Delbrouk 2004p47-48)

Le choix de sa profession et sa personnalité sont important pour accomplir ses tâches, avec perfection. Mais ce choix est une épée à double tranchant, négative et positive négative ou la souffrance des autres peut lui remonté des expériences et mauvais souvenirs concernant la maladie d'un proche ou même une souffrance lié a lui même peut être aussi positive puisque il est plus sensible au mal des autre, plus que n'importe qui cela peut le motivée pour apportée la guérison ou le soulagement pour ces patient.

7-4 L'isolement physique et psychoaffectif du soignant :

Cependant même si d'autres professionnels subissent de pareils traumatismes, le soignant par sa position dans la société, et la spécificité du dialogue singulier avec son patient ; est placé dans une situation particulier à la fois privilégiée, et en même temps dans une contrainte liée au secret médicale. Il est sensé ne pas partager avec personne, les confidences qu'est venu lui disposer son patient. Dans certains cas la lourdeur des secret à porter au fil des jours et leurs impacts affectifs chez le soignant l'usant à petit feu. (M.Delbrouk 2004. p 48)

8-Le burn out et ses manifestations chez les infirmiers :

Il semble que le phénomène de l'épuisement professionnel, touche principalement les professions de type « relation d'aide ».le métier d'infirmier et au cœur de cette exigence d'aide envers autrui.son rôle dans l'institution hospitalière, et très important mais stressant. Les infirmiers suscitent un intérêt particulier, du fait des particularités du métier qu'ils accomplissent tant au plan relationnel que professionnel.

Selon Delbouck (2004) il existe trois Niveau d'analyse des manifestations du burnout chez les infirmiers :

8-1 Le niveau intra-personnel :

Afin d'expliquer ce niveau, Delbrouck fait recours a l'analyse donnée par Freudenberger sur le burn out. Fredenberger envisageait le burn out comme une maladie de l'idéalité « cette maladie atteint des gens qui s'engagent à fond dans tout ce qu'ils entreprennent, qui éprouvent d'ailleurs pendant longtemps une profonde satisfaction et qui ont témoigné jusque là d'une énergie à revendre ».

Le soignant dans sa pratique quotidienne, est toujours en quête de la perfection et de l'excellence. La relation d'aide « génère et entretient l'ambition de bien faire » renforçant le besoin d'être utile et même indispensable. Et ce sont ces mêmes soignants, dont l'engagement le dévouement relève d'un idéalisme sans compromis. Qui vont vivre un écart important entre leurs attentes irréalistes et le travail au quotidienne. (M.Delbrouk 2004P 166-167)

8-2 Le niveau professionnel et organisationnel :

Ce niveau met l'accent sur l'organisation ou travail l'infirmier, et comment encourage-elle et contrent-elle à la fois ces idéaux d'excellence ?

Delbrouck, propose la réponse suivante : dans les institutions de santé, en remarque un engagement intense émotionnellement puisqu'il s'agit de relation d'aide ; puisqu'on recherche une qualité des gestes professionnels donc l'hôpital a comme objectifs la satisfaction des clients et la rentabilité des prestations des soins. Mais le milieu hospitalier est un lieu de contradiction, puisque l'hôpital cherche la qualité des prestations de ces soignant, mais elle impose aussi des contraintes : surcharge du travail, difficultés de communication, charge psychique et affective. (M.Delbrouck. 2004 p167)

8-2-1 Surcharge au travail :

Au cours des deux dernières décennies, la profession infirmière a connu une forte mutation. Les normes ministérielles imposent des durées de séjours hospitaliers plus courts, et donc un turn-over important des patients. S'ensuit une intensification du rythme global du travail infirmier puisque les « actes » sont surtout pratiqués en début d'hospitalisation.

Ainsi, à côté de la charge physique, la charge mentale (gestion des interruptions, réorganisation du programme de travail) est un facteur important d'épuisement professionnel. Si 25% d'infirmiers soumis à une charge mentale « moyenne » présentent des symptômes de burn out, ce taux s'élève à 39% quand cette charge mentale est « lourde ». (Delbrouck.M 2004 p167)

8-2-2 Difficultés de communication et conflits de rôle :

Le personnel soignant, et c'est sans doute en partie lié à ce qui précède, paraît vivre un certain isolement. La quasi -absence de gratification en provenance des médecins et des supérieurs induit un réel sentiment d'abandons : la conséquence en est pour les infirmiers une dévalorisation chronique.

Manque de participation dans les prise de décision, faible autonomie dans le travail sont aussi des sources de stress .le conflit de rôle survient lorsque l'infirmier est confrontée à des attentes contradictoires. (M.Delbrouk 2004 P168)

8-3 Le niveau social :

Les processus organisationnels professionnel et personnel se situent dans un cadre social qu'on ne peut négliger. On ne peut d'abord relever que les idéaux d'excellence qui caractérisent notre société sont ici directement en cause : la nécessité de travailler énergiquement, de « jouer serré » de parvenir à l'exilence de tendre vers un plus grand succès, de s'accomplir toujours d'avantage de se y valorisée.

D'autre part, les contraintes imposées par l'hôpital, sont, elles aussi liées du contexte social, la conjoncture socioéconomique faible a des conséquences elle entraine notamment :

- des taches à accomplir qui deviennent plus lourdes et plus complexes.
- des moyens ne permettant pas d'attendre la qualité du travail exigée par ailleurs. (M.Delbrouk 2004 p 171-172)

9-Epuisement professionnel et psychopathologie du travail

Selon Dejours (cité par Canoui & Mauranges, 2008) la psychopathologie du travail « étudie le rapport psychique de l'homme au travail », au départ, l'intérêt apporté à la psychopathologie du travail portait sur les conséquences de la profession sur la santé mentale des travailleurs et sur les conditions de la transformation éventuelle du travail. Dans un autre sens, elle tente d'analyser les interactions existant entre l'organisation et les caractéristiques du travail avec l'organisation et le fonctionnement psychique de l'individu. Les contraintes psychiques inhérentes au travail furent décrites en termes de fatigue puis de charge psychique. Pour Dejours (cité par Canoui & Mauranges, 2008), la

souffrance causée par la charge de travail est le champ d'étude privilégié de la psychopathologie du travail. C'est dans ce domaine la qu'il faut situer le syndrome d'épuisement professionnel. La psychopathologie du travail se trouve en interaction avec l'ergonomie, la psychologie et la sociologie du travail mais aussi avec la psychiatrie dont plusieurs modèles théoriques découlent en conséquence, de même que l'interprétation des désordres psychiques et les solutions thérapeutiques et préventives seront influencées par les conceptions de l'interaction homme-travail.

Diverses approches de la psychopathologie du travail contribuent à l'explication des phénomènes liés à l'émergence des troubles psychiques en milieu professionnel qui vont être expliqués de façon succincte.

9-1 L'approche sociologique :

Voit essentiellement la maladie comme une expression individuelle des conflits sociaux. Elle met en avant les classes sociales et les cultures, des rapports de pouvoir dans l'entreprise et au sein du corps social qui seront à l'origine de la pathologie psychiatrique de la personne plutôt que le travail en tant que tel. Les conditions de travail et son organisation sont les indices d'une pathologie sociale.

De ce fait, la nécessité de trouver la cause et le remède de cette pathologie est importante. Comme l'écrit Dejours « cette position théorique va généralement de pair avec l'affirmation d'un lien de causalité qui va du social et du politique au pathologique ». (Canoui & Mauranges, 2008 p20)

9-2 L'approche psychiatrique :

Privilégie les déterminants personnels, psychogénétiques, ontogénétiques des maladies mentales. Le travail n'est pas la cause des maladies mentales. C'est un facteur réactionnaire qui entraîne des troubles d'adaptation. Si le travail semble être une source d'inadaptation, il peut devenir un lieu thérapeutique qui conduit à la réadaptation par le biais de la revalorisation et la récupération de l'estime de soi. L'ergothérapie se révèle importante dans de nombreuses

pathologies mentales. Si le travail paraît être source de souffrance, il peut également être source de bien-être. (Canoui & Mauranges, 2008 p20-21)

9-3 L'approche psychanalytique :

Estime que l'origine de la souffrance psychique se situe dans les premières années de la vie (la névrose infantile reste la cause principale). Le travail semble être un facteur déclenchant de cette souffrance dévoilant une faille sous-jacente préexistante. Il ne peut à lui seul être responsable du désordre. De ce fait Dejours a dit « le radicalisme psychanalytique disqualifie la psychopathologie du travail ». Freud a proposé quelques explications concernant la liaison entre l'appareil psychique et le champ social y compris le travail, et le rôle sublimatoire attribué à certaines activités en particulier. Ces activités sont celles qui sont choisies librement, créatrices, complexes, ce qui n'est pas évident pour la majorité des professions. (Canoui & Mauranges, 2008 p21)

9-3 l'approche par la théorie du stress :

A permis de mettre en évidence la possibilité d'inclure le travail dans une psychopathologie du travail. C'est la raison pour laquelle le stress occupe une place importante dans le cadre de la « fatigue au travail ».

Ces différentes approches apportent chacune des éléments contribuant à la compréhension de la psychopathologie du travail qui va servir à analyser les facteurs contribuant à l'apparition de l'épuisement professionnel. L'impact du travail sur la santé de l'homme semble apporter au burn out une dimension particulière en s'introduisant dans le cadre de la psychopathologie. (Canoui & Mauranges, 2008 p22)

10 -Burnout aux différents âges de la vie professionnelle :

Contrairement à une idée reçue l'épuisement professionnel n'augmente pas avec l'âge ou avec l'ancienneté professionnelle. Un pic existe aux cours des trois premières années d'activité professionnelle. chez les jeunes, l'écart entre leurs

attentes idéalisées et la réalité quotidienne joue un rôle essentiel dans l'apparition du burnout. Au début de la vie professionnelle, l'enthousiasme est élevé mais il peut être déçu. La perte de la passion pour son travail constitue la première étape vers l'épuisement professionnel. Il est suivi par les étapes de stagnation, de frustration et d'apathie.

10-1 L'enthousiasme :

Le salarié débutant ou celui qui débute dans une nouvelle fonction peut idéaliser et surinvestir son travail en lui attribuant une place démesurée. Cet excès d'enthousiasme conduit la personne à 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. (E. Grebot, 2008, p120)

10-2. 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.

Un désinvestissement des valeurs de départ s'amorce. La dimension stimulante et mobilisatrice s'estompe peu à peu. Ce stade est douloureux, car l'illusion du métier idéal ou salvateur s'effrite. La déception est grande, la rancœur

amère, le sentiment d'injustice grandissant, l'attente déçue et le sujet est désabusé. Cette phase a un rôle très important, car elle ouvre la voie à un changement possible, en interrompant l'escalade vers les autres étapes du *burnout*. (E.Grebot, 2008, p120)

10-3 La frustration :

Ce sentiment se caractérise par un retrait de plus en plus marqué devant les situations problématique 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.

A ce stade, la personne supporte de moins en moins les sollicitations auxquelles elle doit répondre, elle est de plus en plus irritée par les exigences de son rôle professionnel, qu'il s'agisse d'écouter autrui, de lui accorder du temps, etc.

Le sentiment de frustration est souvent porteur des premiers troubles physiques, somatiques, émotionnels ou comportementaux. La personne s'interroge sur ses choix, le sens et la valeur qu'elle doit attribuer au travail, qui, par ailleurs procure si peu de reconnaissance, de gratitude. Elle se pose de nombreuses questions : " Ai-je fait le bon choix en exerçant cette profession qui m'a demandé tant de sacrifices, qui ne répond pas à l'idée que j'en avais au départ? » ; "Je ne suis qu'un pion, sitôt parti je suis remplacé par un contractuel" ; "On peut parfaitement se passer de moi", etc.

Quand le travail est source de déception et de frustration, émerge le cynisme destructeur. La personne n'a plus envie de travailler. L'image dévalorisée d'elle-même la pousse à l'immobilité, à l'apathie collective. (E.Grebot, 2008, p120)

10-3 L'apathie :

A 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 collectivement. (E.Grebot, 2008, p120)

Souvent, quand le syndrome d'épuisement professionnel touche un salarié, l'équipe de travail est susceptible de subir, par rebonds, la contagion du découragement. Dans ce cas, le *burnout* devient un problème collectif. (E.Grebot, 2008, p120)

11-Diagnostic différentielle :

Avant, de situer le Burnout il faut positionner le syndrome d'épuisement Professionnel par rapport aux :

1-stress

2-Troubles dépressifs

3-Troubles anxieux

4-Somatisations

11-1 Burnout et Stress :

Le burn out est le stade ultime du stress professionnel, car les facteurs psychosociaux de stress tirent leur origine de l'environnement de travail ; l'état de stress est le résultat de l'interférence entre les agents stressants et les tentatives de l'individu à y faire face. La distinction entre le burn out et le stress semble

délicate en termes de symptômes, mais par contre la possibilité de les différencier en termes de processus réside au niveau du défilement des stades qui doivent apparaître. En évidence, l'épuisement professionnel est un phénomène long et évolutif, il s'installe après des expositions à des stress professionnels prolongés. En revanche, il n'est pas consécutif à un évènement aigu.

Les points distinctifs du burn out proviennent d'une part des particularités des tâches, et de l'environnement professionnel du sujet atteint de burn out. Et d'autre part de l'impact de ce dernier sur les personnes censées être aidées; telles que les soignants qui sont soumis dans leur pratique quotidienne à de multitudes de facteurs stressants qui les poussent parfois à réagir de façon violente, alors que ce sont les petits débordements qui à la longue sont susceptibles de constituer le burn out. Chacun peut éprouver un stress, or le burn out peut être exclusivement ressenti par les personnes qui débutent leur carrière professionnelle avec enthousiasme et hautes espérances.....etc.

Le burn out est caractérisé par une attitude négative envers les clients et le travail, ce qui n'est pas nécessairement le cas dans le stress professionnel, peut être ressenti par tout un chacun, alors que le burn out semble être l'apanage des individus qui se sont donnés à fond dans leurs métiers dès le départ. (Y. Benatia 2007 P, 94-95)

11-2 Burnout et dépression :

La discussion diagnostique entre « Burnout » et « Dépression » repose sur les constats suivants :

Selon Canoui et Maurange (2004) 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 selon les même auteurs faire évoquer des diagnostics de dépression masquée ou de dépression essentielle. En 1984, Meier avait montré le recouvrement partiel des échelles d'évaluation du Burnout avec les échelles de la dépression. Ces raisons amènent un certain nombre de psychiatres à tenter de réduire le Burnout 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, Canoui et Maurange pensent cependant qu'il faut distinguer «dépression » et « Burnout ».

En effet, l'épuisement professionnel se distingue de la dépression par le domaine qu'il implique. Les manifestations ou symptômes de l'épuisement professionnel sont reliés Spécifiquement au milieu professionnel et n'envahissent pas les autres domaines de la vie personnelle.

A l'inverse, la dépression se caractérise par une généralisation des symptômes à toutes les sphères et à toutes les situations de la vie .En ce sens Maslach suggère que la dépression n'est pas reliée au contexte, alors que l'épuisement professionnel est relié au contexte de travail.

En fin tout épuisement professionnel ne débouche pas inmanquablement vers une maladie dépressive. Il est clair que l'épuisement professionnel n'est pas non plus assimilable à une dépression réactionnelle, car il n'y a pas de facteurs déclenchant nettement identifié, mais l'accumulation d'un stress chronique.

Les facteurs déclenchant sont le plus souvent multidimensionnels, cet état d'épuisement survient chez des sujets en dehors de tout trouble psychopathologiques antérieurs. (N.Boulkroun 2007 P81-82)

11-3 Burnout et troubles anxieux :

Tout comme la dépression, les troubles anxieux sont définis par des critères bien précis en psychiatrie.

Pourtant tout comme la dépression, les troubles anxieux présentent des zones de recouvrement et des similitudes avec le burnout.

Mais l'épuisement professionnel n'est pas une maladie mais un processus.

Il peut faire le lit d'un trouble anxieux et le stress peut générer de l'anxiété mais les mécanismes physiologiques et biochimiques sont différents.

Extrapolé au langage, stress et anxiété, sont des « *faux amis* », une ressemblance dans l'apparence mais le sens est différent. (W.Ruth 2012, P40)

11-4 Burnout et somatisations :

Parmi les signes cliniques, les somatisations ont une place particulière car elles représentent une fréquente occasion de plaintes de la part des sujets épuisés. Aucun des signes cliniques n'est spécifique du Burnout. Il est même possible de parler d'épuisement professionnel sans symptômes vrai, néanmoins, étant donné la fréquence des somatisations, il est utile d'en rappeler ici la définition et les limites.

On appelle somatisations un ensemble de troubles représentés par des symptômes physiques multiples, variés, variables dans le temps, habituellement présent depuis plusieurs années pour lesquels le sujet a subi de nombreuses investigations, des bilans exploratoires, tous négatifs. Les symptômes peuvent toucher n'importe quels systèmes 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 nombreux appareils et systèmes, comme l'appareil digestif, la peau, l'appareil respiratoire, ainsi que des symptômes neurovégétatifs. Le diagnostic positif repose sur la mise en évidence des plaintes somatiques multiples.

A la différence du syndrome hypochondriaque, le sujet ne craint pas d'être atteint d'une maladie précise. A la différence aussi des syndromes de conversion, il ne s'agit pas d'une altération ou d'une perte d'une fonction physique. En fin il n'existe pas de troubles psychiatriques évidents, les signes physiques ne sont pas dus exclusivement à l'anxiété et la dépression. (N.Boulkroun 2007 P83)

12-La prise en charge du syndrome d'épuisement professionnel :

Afin de réussir la thérapie, il est nécessaire que la personne touchée s'engage totalement dans la relation thérapeute patients, le soutien et la

compréhension de ses proches et de son employeur, est essentielle pour réussir la thérapie.

Pour cela docteur Joachime Leupold un psychothérapeute, propose quatre piliers de la thérapie des personnes souffrant du burn out :

12-1 Une activité physique (être actif) :

Une activité physique modérée bien comprise, non orientée sur le sport de compétition mais considérée comme un instrument propice à conserver la santé, joue un rôle déterminant également au cours de la thérapie. Dans les différentes institutions qui traitent des gens souffrant de maladies liées au burn out, les sports d'endurance tels que la marche nordique, le vélo, la randonnée, le jogging, la gym aquatique, le fitness et bien d'autres, font partie du programme quotidien. En outre, de la musculation, pratiquée avec modération et régulièrement, aide la personne touchée à revenir à une conscience de soi positive et satisfaisante. (J. Leupold.2007 P29 30)

12-2 La détente ciblée :

Entre l'activité et la détente, l'espace nous permettant de rester en bonne santé et performants. C'est pourquoi la détente ciblée, un comportement attentif envers soi-même et envers ce qui nous entoure, constituent le noyau central d'un concept thérapeutique holistique.

Un bref rituel de détente sur le lieu de travail ou l'utilisation consciente de la relaxation progressive selon Jacobson peuvent prévenir une rechute et, dans le cadre de la thérapie du burn out, soutenir le retour vers un \$ état équilibré et productif. (J. Leupold.2007 P30-31)

12-3 Connaissances de soi :

Une psychothérapie compétente est un élément central dans le traitement du burn out. Il s'agit d'appliquer de nouvelles stratégies découlant d'une analyse des conditions répondant en besoin en vue de corriger un dysfonctionnement du comportement peut-être autodestructeur.

Dans le processus thérapeutique, la question de savoir ce que nous pouvons changer nous-mêmes et ce que nous devons accepter, revient sans cesse. Il est fondamental de cerner si un changement de comportement apporte une amélioration pour nous-mêmes et pour notre entourage.

Dans le processus global, un coaching professionnel ciblé peut être indiqué, avec le soutien de spécialistes en la matière. En tous cas, le contact entre le thérapeute et l'employeur (après autorisation de la personne touchée bien sûr) est un instrument très utile et important pour aborder les aspects problématiques du lieu de travail et pour développer, en collaboration avec le supérieur hiérarchique, une solution constructive. Dans ce sens, les entretiens systémiques sont également à prendre en considération. On entend par là, des entretiens thérapeutiques avec des membres de la famille ou avec le supérieur et des collaborateurs, afin de préparer au mieux la réintégration de la personne touchée dans la vie quotidienne et de soutenir, au moyen d'une communication adaptée à la situation, au mieux le processus thérapeutique. (J. Leupold.2007 P, 32-33)

12-4 Médicaments (être soutenu) :

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

Outre les benzodiazépines (calmantes et somnifères) pouvant contribuer à calmer les états d'anxiété et d'agitation dans la phase aiguë, les antidépresseurs sont particulièrement importants pour le traitement du burn out 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, Leurs permettant ainsi de retrouver l'énergie et la motivation nécessaire pour entreprendre le processus

décrit plus haut (activités physiques, détente et psychothérapie). (J.Leupold.2007P33 34).

13- La prévention du burnout :

Pour l'organisation qui emploie des victimes du burnout et plus généralement pour la société, le burnout est couteux sur le plan moral et matériel.

En effet, un comportement inadéquat des employés à l'égard des personnes qui ont besoin d'aide a des effets indésirables sur le prestige de l'établissement ou de l'institution. L'altération des relations interpersonnelles au travail a des effets négatifs sur le moral des professionnels et, partant, sur leur efficacité. L'obligation de traiter les personnes victimes du burnout, leur absentéisme, la diminution de leur productivité et leurs changements fréquents de poste contribuent à augmenter les dépenses à tous les niveaux. Enfin, pour la victime du burnout, l'usure neuropsychique, l'épuisement émotionnel et l'insatisfaction au travail peuvent créer des conditions d'exclusion.

Malgré l'analogie avec le stade final du stress biologique décrit par Elye, l'épuisement professionnel n'est pas irréversible. De plus, le stress humain, n'est pas seulement constitué de réponses organiques à l'action non spécifique des stressseurs, d'autres dimensions interviennent.

Ainsi, l'évaluation cognitive de la situation et des ressources disponibles pour leur faire face, l'identification des facteurs potentiels de stress, le rôle positif joué par le soutien social permettent d'envisager la mise en œuvre de moyens de prévention, d'autant plus efficaces que le sujet prendra activement part à sa guérison. En règle générale, les moyens qui peuvent aider les professionnels de l'aide à se rétablir du burnout sont les mêmes que celles utilisées pour le prévenir, à savoir de nouvelles conditions de travail qui assurent plus d'autonomie, un soutien organisationnel et un travail intéressant.

Comme pour les autres formes de stress professionnel(19), il existe deux catégories de moyens pour prévenir et atténuer le burnout ou réduire ses conséquences sur l'organisation et l'individu : l'une consiste à modifier l'environnement de travail, l'autre s'adresse aux capacités de l'individu à faire face au stress.

La réduction des stresseurs à la source constitue la modalité la plus directe et la plus efficace pour atténuer le stress dans une organisation ; dans la littérature qui traite de la gestion du stress, cette catégorie d'interventions est dénommée "prévention primaire".

Les problèmes de stress professionnel, dont le burnout fait partie, ne peuvent être efficacement contrôlés que s'il existe une prise de conscience de l'existence du stress au travail et une volonté de s'attaquer aux causes premières. Les solutions suivantes (liste non limitative), peuvent être proposées pour prévenir le burnout au travail en modifiant l'environnement de travail :

1-Renforcer la participation des travailleurs aux décisions, accroître l'information lors des changements,

2-Faciliter le développement du soutien social de la part des collègues plus expérimentés,

3-Améliorer la supervision en précisant les objectifs du travail, les attributions, les responsabilités et les droits des différentes catégories de professionnels,

4-Organiser une rotation des activités, un élargissement de l'expérience par une formation adéquate,

5-Reconsidérer la charge de travail et l'organisation du travail afin de répartir les tâches de façon plus équitable, assurer une formation spécifique (pour traiter des patients violents, handicapés, difficiles),

6-Organiser des stages de formation dans de petits groupes pour faire face à la souffrance et à la mort,

7-Augmenter en nombre le personnel et les conseillers (professionnels) interventions pour améliorer les capacités d'adaptation de l'individu, en stimulant l'effort et en façonnant un style individuel de faire face ; il s'agit :

D'acquérir des habiletés cognitives, d'identifier et faire prendre conscience au sujet de sa manière de penser, de déceler les distorsions dans l'évaluation des situations, de proposer des modalités différentes de penser, de nouvelles attitudes et de mettre en jeu un style cognitif différent dans des situations considérées comme stressantes,

De mettre en application des techniques spécifiques de relaxation et de gestion du temps. De s'entraîner par "inoculation du stress". Le Stress Inoculation Training est une technique qui permet d'apprendre à affronter les situations stressantes en inoculant des "anticorps psychologiques"

Des résultats positifs ont ainsi été obtenus sur le changement d'attitudes telles que l'amour propre, la confiance en soi, la satisfaction au travail, l'évaluation des superviseurs, les collègues et la promotion.

Il existe, cependant, très peu d'études sur des programmes d'intervention au niveau des organisations pour gérer le stress et en évaluer les résultats. Selon Burke et Richardson, les insuffisances dans la validation des mesures proposées pour traiter le burnout sont dues principalement à l'absence d'une distinction claire entre les concepts de stress et burnout, l'absence d'un consensus sur un modèle étiologique.

Et la tendance à concentrer les interventions sur un nombre limité de facteurs. Si la littérature qui concerne la "gestion du burnout" est relativement fournie, il n'en est pas de même pour la prévention du burnout; en effet, en dehors

des principes évoqués ci-dessus (réduction du stress à la source), il n'existe ni prescriptions ni instructions validées pour prévenir le burnout. Le champ de l'expérimentation sur la prévention est donc largement ouvert. (R.FLORU, J.C.cnockaert.les cahiers de l'actifs n°264/265)

Résumé :

De façon globale dans ce chapitre on a vu que l'épuisement professionnel n'apparaît qu'à l'occasion d'une activité professionnelle. L'épuisement professionnel, est un risque professionnel pour les infirmiers qui exercent dans un service d'oncologie. Il est le résultat d'un stress persistant continu. On a vu aussi que le burn out est un syndrome composé de trois dimensions, la première dimension l'épuisement émotionnel, la deuxième dimension est la dépersonnalisation, et enfin la réduction de l'accomplissement personnel. On a mis l'accent sur certaines mesures et stratégies individuelles, et institutionnelles qui peuvent servir comme prévention de l'épuisement professionnel.

On a vu aussi dans les facteurs spécifiques, de l'épuisement professionnel du soignant. Afin de comprendre ses manifestations chez l'infirmier. Ce premier chapitre est consacré à décrire le syndrome de l'épuisement professionnel.

Chapitre II

La profession Infirmière dans un service d'oncologie

Préambule

Dans son travail à l'hôpital, le personnel infirmier en interaction avec des clients internes (d'autres professionnels) ou externes (les patients) est confronté à de multiples stressseurs, comme les contraintes du travail en équipe multidisciplinaire, la surcharge de travail, la complexité des soins aux patients, l'exigence constante de l'excellence, les difficultés de répondre aux demandes des familles ou le décès des patients (Gray- Toft & Anderson, 1981a, 1981 b). S'ils sont répétés et intenses, les évènements stressants peuvent entraîner un syndrome de burnout ou épuisement professionnel, caractérisé par un sentiment de fatigue extrême, de la dépression, un sentiment d'incapacité, un dégoût du travail, un désintéret pour autrui, etc. (Cordes & Dougherty, 1993 ; Firth, McKeown, McIntee, & Britton, 1987). L'épuisement professionnel nuit à l'individu tout autant qu'à l'organisation : il abaisse la performance et la satisfaction au travail, peut compromettre la qualité des soins, et accroît l'absentéisme et le turnover (Dugan, Lauer, Bouquot, Dutro, Smith, & Widmeyer, 1996 ; Firth- Cozens, 1993 ; Lee & Ashforth, 1996 ; Parasuraman, 1989).

1- Généralités sur l'oncologie :

Du fait de la fréquence relative des cancers en milieu médical, du fait des progrès thérapeutique qui font que beaucoup de cancéreux même sans être guéris survivent, il est devenu indispensable que les infirmiers et les infirmières puissent rassembler quelques données nécessaires, à la compréhension des cas qu'ils traitent et à la compréhension des nombreux problèmes de tous ordres que ses cas peuvent soulever. De ce fait, l'infirmier se trouvera confronté non seulement à des problèmes techniques, mais aussi à des problèmes psychologiques (avec le malade, ses parents, le médecin). (M.khiati. 2006 p. 196).

2- Définition de l'oncologie :

La cancérologie ou oncologie est la discipline médicale qui s'intéresse au cancer et aux tumeurs malignes, cela recouvre les aspects biologiques, et cliniques (diagnostique, bilan...). Le traitement, mais également la prévention des cancers et de leurs rechutes. (AA Epis De Fleurian)

3-Définition de l'infirmier :**3-1 L'infirmier :**

Personne qui ayant suivi des études professionnelles de base est apte et habilitée à assumer dans son payé la responsabilité de l'ensemble des soins que requièrent la promotion de la santé « la prévention de la maladie et les soins » (association international des infirmiers 1965).

2° adjectif la loi n°78-615 du 31 mai 1978 définit ainsi la profession d'infirmière « est considéré comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui en fonction du diplôme qui habilite donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médicale ou bien en application du rôle propre qui lui est dévolu .en autre , l'infirmière l'infirmier participe a déférentes action notamment en matière de prévention ,d'éducation de la santé et de la formation ou l'encadrement » .

Le décret N°84-689 du 17 juillet 1984 a actes professionnels et a l'exercice de la profession de l'infirmier délimite le rôle propre (art.3) et le rôle délégué a aides soignants et /ou aux auxiliaires de puériculture .V .acte de soins infirmiers anamnèse infirmière besoin de soins infirmiers cadre infirmiers, diagnostique infirmiers, évaluations, processus de soins infirmiers, protocole de soins infirmiers. (Barrier j-H et all 1992 p189)

3-2 Définition de l'infirmière par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) :

La mission des soins infirmiers dans la société est d'aider les individus Familles et les groupes à déterminer et réaliser leur plein potentiel physique, mental et social et à y parvenir dans le contexte de l'environnement dans lequel ils vivent et travail. Ceci exige que infirmières apprennent et assurent des fonctions ayant trait au maintien et à la promotion de la santé aussi bien qu'à la prévention de la maladie. Les soins infirmiers englobent également la planification et la mise en œuvre des soins curatifs et de réadaptation, et concernent les aspects physiques, mentaux et sociaux de la vie en ce qu'ils affectent la santé, la maladie, le handicap et la mort. Les infirmières permettent la participation active de l'individu, de sa famille et de ses amis, du groupe social et de la communauté, de façon appropriée dans tous les aspects des soins de santé, et encouragent ainsi l'indépendance et l'autodétermination. Les infirmières travaillent aussi comme partenaire des membres des autres professions impliquées dans la prestation des services de santé.

4-Définition de la profession de l'infirmier :

"Est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu. L'infirmière ou l'infirmier participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation de la santé et de formation ou d'encadrement...» - Code de la santé publique, Article L4311-1

5-Historique de la profession au XX^{ème} siècle : Pendant toute la première moitié du XX^{ème} siècle et jusqu'aux années 1970 :

Relation d'abord de dépendance très forte à la médecine. On ne parle pas encore de Soins infirmiers, mais de soins donnés par des infirmières qui ont alors un rôle purement d'exécutantes : soumission et obéissance aux médecins sont absolument requises pour exercer ce métier fortement marqué par le modèle religieux : abnégation et dévouement aux malades sont attendus sans réserve. Ce modèle rappelle d'ailleurs curieusement le modèle d'organisation patriarcale de la famille et de la société (soumission et obéissance au mari-chef de famille, abnégation et dévouement pour les enfants et la famille).

En psychiatrie, il y a d'avantage de personnel infirmier masculin et son rôle est parfois confondu avec celui de gardiens, faute de médicaments actifs pour calmer et soulager les malades mentaux.

La mission de l'hôpital reste encore marquée par l'accueil des pauvres et des marginaux comme aux siècles précédents, mais elle est en train de changer pour devenir mission thérapeutique grâce aux progrès de la médecine depuis la révolution pasteurienne, qui inaugure l'entrée massive du médecin à l'hôpital.

A partir des années 1970-1980 :

Evolution tendant à instaurer une relation de collaboration en partenariat avec la médecine et les autres disciplines de la santé, avec un modèle de pratique professionnelle moins traditionnel, plus rationnel et scientifique.

Evolution dans les textes de l'exercice professionnel avec la reconnaissance officielle du rôle propre infirmier (loi de 1978), puis du diagnostic infirmier comme support et témoin de la zone spécifique du rôle

propre.

Emergence des Soins Infirmiers comme discipline à part entière, pouvant enrichir d'une pratique et d'un savoir spécifiques les Sciences de la santé.

Evolution parallèle de la psychiatrie et des Soins Généraux jusqu'aux années 80, puis évolution convergente avec un tronc commun dans la formation, grâce au programme de 1979, et pour finir une unification entre les deux filières avec un programme unique d'études en 1992 conduisant à la formation et au diplôme unique.

Actuellement :

Reste le problème du statut ambigu des infirmières, avec d'une part un rôle propre spécifique proclamé dans les textes et dans les discours infirmier, et d'autre part une autonomie professionnelle très peu marquée dans la pratique, d'où un écart important déstabilisant pour des personnes découvrant la profession, écart douloureux pour les professionnelles en place.

6-Définition des soins infirmiers selon le Conseil International des Infirmier(e)s (CII) :

" On entend par soins infirmiers les soins prodigués, de manière autonome ou en collaboration, aux individus de tous âges, aux familles, aux groupes et aux communautés – malades ou bien-portants – quel que soit le cadre. Les soins infirmiers englobent la promotion de la santé, la prévention de la maladie, ainsi que les soins dispensés aux personnes malades, handicapées et mourantes. Parmi les rôles essentiels relevant du personnel

infirmier citons encore la défense, la promotion d'un environnement sain, la recherche, la participation à l'élaboration de la politique de santé et à la gestion des systèmes de santé et des patients, ainsi que l'éducation."(Ch. ETOC, Extrait **du site** : <http://www.ac-creteil.fr/SMS/idf/visites/ap-hp.htm>)

7-Le rôle de l'infirmier :

L'infirmier est un membre important dans une équipe soignante et il a un rôle spécifique et des tâches propres à lui qu'il doit accomplir on distingue trois tâches essentielles

7-1 L'infirmier doit avoir une large culture générale ainsi qu'une formation professionnelle fondée sur des connaissances en matière de science physique et sociale pour avoir une base solide qui lui permet de pratiquer efficacement les soins infirmiers les plus délicats dans un service hospitalier ou au sein de la collectivité et d'exercer leur jugement pour prendre des décisions scientifiques et cliniques ainsi qu'aux conditions de traitement.

7-2 Le personnel infirmier apte à donner aux malades des soins généraux de caractère plus simple demandant à la fois la compétence technique et l'aptitude aux relations humaines le personnel devra être capable d'appliquer les traitements préventifs curatifs et de réadaptation en tenant compte des besoins psychologiques et sociaux de chacun des malades.

7-3 Le personnel infirmier chargé d'accomplir des travaux déterminés demandant beaucoup moins de discernement ce personnel devra être capable d'avoir de bons rapports avec les malades et d'exécuter fidèlement et sous surveillance les tâches pour lesquelles il a été formé. (Comité OMS d'expert des soins infirmiers, 1966, p13)

8-Démarche infirmière dans le service de l'oncologie :**8-1 Rôles de l'infirmière pivot en oncologie :**

L'infirmière pivot en oncologie possède l'expertise nécessaire pour agir d'une façon significative auprès d'une personne atteinte de cancer et de ses proches. Elle est une personne ressource dès l'annonce du diagnostic et tout au long de la trajectoire de soins et de services, incluant l'ensemble des traitements. Elle exerce un leadership clinique et possède les habiletés relationnelles requises pour travailler en équipe, assurant ainsi un partage d'expertise et une coordination des soins pour le mieux-être de la personne atteinte et de ses proches. Son cadre de référence et d'intervention lui permet d'utiliser les données scientifiques, les résultats de recherche et les avis d'experts afin d'exercer une pratique fondée sur des données probantes. Pour le patient et sa famille, elle devient une personne clé qui assure, en collaboration avec les membres de l'équipe interdisciplinaire, une continuité de soins personnalisés interservices et interétablissements. Ainsi, le rôle de l'infirmière pivot en oncologie est axé, au sein des équipes de lutte contre le cancer autour de quatre grandes fonctions clés, à savoir :

8-1-1 Évaluer :

Évaluer les besoins biopsychosociaux des personnes nouvellement diagnostiquées et de leurs proches, et identifier avec eux les ressources disponibles, en accordant une attention particulière aux clientèles vulnérables, notamment les personnes âgées souffrant de comorbidité, ou les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale.

Poursuivre cette évaluation tout au long du continuum de soins de manière à fournir, en temps opportun, aux personnes atteintes et à leurs proches des services adéquats et personnalisés, par exemple des services de réhabilitation, des services post-traitement, des services de soins palliatifs .

Évaluer la capacité d'adaptation de la personne atteinte et de ses proches en identifiant leurs forces, leurs compétences et leur pouvoir d'agir « *empowerment* » et ajuster les interventions en conséquence.

Travailler en partenariat avec la personne atteinte d'un cancer et ses proches afin de favoriser les autos soins et d'anticiper les problèmes qui pourraient survenir tant sur les plans physique et psychologique que social, en vue de les éviter et d'en diminuer l'importance.

Procéder, en partenariat avec les intervenants du réseau, à l'évaluation des symptômes biopsychosociaux des personnes atteintes et de leurs proches, notamment lors des communications téléphoniques, etc.

Émettre une opinion clinique et partager les résultats de son évaluation avec l'équipe interdisciplinaire afin de personnaliser les soins et maximiser la sécurité des traitements.

Assurer, avec l'équipe, le suivi et l'évaluation des interventions réalisées (mise à jour du plan d'intervention individualisé).

8-1-2 Enseigner et informer :

Offrir, en collaboration avec les membres de l'équipe interdisciplinaire, à la personne atteinte et à ses proches l'information et l'enseignement ayant trait à sa maladie et à ses symptômes ainsi qu'aux traitements prévus et aux effets secondaires prévisibles tout au long de la trajectoire de soins

Offrir l'information et l'enseignement nécessaires à la personne et à ses proches afin de les soutenir et de les aider à faire des choix thérapeutiques de façon éclairée et à prendre des décisions tout au long des traitements.

Outils le patient et ses proches dans l'évaluation des symptômes et des autos soins associés (pouvoir d'agir).

Informar la persona atenta y sus cercanos sobre todas las recursos humanos y materiales ofrecidas, especialmente por el red de la salud y por los organismos comunitarios.

8-1-3 Soutenir :

Establecer, con la persona atenta y sus cercanos, una relación terapéutica significativa todo en ejerciendo una vigilancia clínica.

Adaptar sus intervenciones en función de las especificidades culturales (competencias transculturales)

Ofrecer, desde el inicio de la enfermedad, un entorno favorable a la adaptación y a la autonomía de la persona atenta y de los cercanos.

Sostener y valorar, en colaboración con los profesionales de la equipo interdisciplinario, las acciones emprendidas por la persona atenta y sus cercanos para una mejor calidad de vida. A esta fin, es a veces necesario de animarlo a investigar de la información sobre diversas enfoques complementarios y sobre todas las estrategias que pueden facilitar su adaptación.

Animar a la persona atenta a desarrollar sus capacidades para resolver los problemas que surgen de su enfermedad.

Facilitar una comunicación fluida y abierta entre la persona atenta, sus cercanos y todos los miembros de la equipo interdisciplinario.

8-1-4 Coordonner :

Participar activamente a la enfoque interdisciplinario y a la concertación para la elaboración y la realización del plan de intervención individualizado en el fin de asegurar la continuidad de los cuidados.

Actuar como persona de referencia tanto ante la persona y de su familia como ante los intervinientes preocupados por el plan de intervención interdisciplinario.

Transmettre l'information pertinente (évaluation initiale et continue, plan d'intervention) aux intervenants concernés afin d'assurer le suivi clinique approprié.

Orienter la personne et sa famille vers les professionnels de l'équipe interdisciplinaire selon les critères de référence établis.

Guider le patient au sein du réseau de la santé et des services sociaux (complexité organisationnelle et aide à la navigation).

Établir et maintenir des liens étroits avec toutes les infirmières du réseau de la santé et des services sociaux impliquées dans la lutte contre le cancer, notamment les infirmières au sein des salles de traitements de chimiothérapie et de radiothérapie, les infirmières en soins palliatifs et les infirmières de recherche. (D.Lévesque-Boudreau.2008, p7-8-9)

8-2 Le rôle de l'infirmier dans l'aspect psychologique :

Très souvent le cancer, connu du malade ou seulement soupçonné s'accompagne d'angoisse et de dépression .très souvent il se confie plus à l'infirmier qu'au médecin.la relation qui s'instaure entre le malade et l'infirmier est déterminante à tout point de vue.la plus grande attention doit être apportée à ce problème .ce qui veine car le malade doit être compris par ceux qu'ils entourent .ce que le malade demande souvent c'est sa sécurisation.

L'infirmier doit assurer la relation entre le médecin et la famille du malade (.M.khiati p.201.)

8-3 Soins infirmier spécifiques dans un service d'oncologie :

Les soins infirmiers appliqués dans un service d'oncologie concerne la plus part des patient qui vont recevoir une chimiothérapie en premiers intention ou sur plusieurs cycles. Cette prise en charge nécessite un entretien préalable avec l'infirmier afin de définir les besoins de connaissance et d'accompagnement du patient.

8-3-1 Soins technique : ces soins comportent toutes les tâches qu'un infirmier applique avec un patient cancéreux.

8-3-1-1 La chimiothérapie et usage de la chambre implantable : il est indispensable de souligner que l'infirmier (e) consigne toutes les réactions du patient dans le dossier de soins afin de garantir la traçabilité pour assurer la continuité des soins

8-3-1-2 Ponctions : elles sont diagnostique ou évacuatrice ; pleurale péritonéale lombaire biopsie

Ces gestes s'appréhendent par un aspect rigoureux, une mise en place d'antalgique adaptés une information de patient par le médecin en collaboration avec l'infirmier.

8-3-1-3 Préparation aux investigations radiologiques : l'infirmier utilise les protocoles de préparation liée à l'examen et la prévention du risque allergique.

8-3-1-4 Application technique des protocoles adaptés aux prescriptions médicales :

- Nutrition parentérale /entérale
- Prothèse respiratoire (trachéotomie) digestive urinaire (urétérostomies)
- Radiothérapie externe
- Radiothérapie métabolique
- Curiethérapie et irra thérapie

8-3-1-5 Prise en charge de la douleur : la démarche de prise en charge de la douleur au niveau infirmier reste globale et les compétences en matière de savoir faire et savoir être restant mobilisé. (Hoerni B et all p5-8 2005)

9- Le concept de soins palliatifs :

La SFAP (Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs) propose une définition des soins palliatifs. « Les soins palliatifs sont des soins actifs dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale. Leur objectif est de soulager les douleurs physiques ainsi que les autres symptômes et de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle. Les soins palliatifs et l'accompagnement sont interdisciplinaires. Ils s'adressent au malade en tant que personne, à sa famille et à ses proches, à domicile ou en institution. La formation et le soutien des soignants et des bénévoles font partie de cette démarche. Les soins palliatifs et l'accompagnement considèrent le malade comme un être vivant et la mort comme un processus naturel. Ceux qui les dispensent cherchent à éviter les investigations et les traitements déraisonnables. Ils se refusent à provoquer intentionnellement la mort. Ils s'efforcent de préserver la meilleure qualité de vie possible jusqu'au décès, et proposent un soutien aux proches en deuil. Ils s'emploient par leur pratique clinique, leur enseignement et leurs travaux de recherche, à ce que ces principes puissent être appliqués ». (P.Autret.2006, p29)

Résumé :

En somme, l'infirmier dans un service d'oncologie prend en charge globalement les patients atteints de cancer. Sa fonction constitue un rôle clé dans le service. Dès l'accueil du patient jusqu'à la fin de la séance de chimiothérapie. L'accompagnement des malades par l'application des soins techniques prescrits par le médecin spécialiste. Mais aussi l'infirmier offre une aide psychologique, par la rassurance du malade et l'encourager à affronter la maladie. En globe ce chapitre résume les tâches et les soins agréés à un infirmier en général soit dans un service d'oncologie.

Partie Pratique

Chapitre III
Méthodologie de la
recherche

Préambule :

Après avoir exposé les deux premier chapitre qui constitue la partie théorique de notre recherche .On va entamer la partie pratique, par ce chapitre intitulé Méthodologie de la recherche .Ce chapitre comporte la présentation des méthodes de recueil des données, des informations concernant la population sur laquelle va porter notre pratique .Aussi la méthode de traitement des résultats ,et leur analyse.

1-Présentation du lieu de recherche :

L'EPH BENMERAD EL MEKKI D'AMIZOUR, surplombant la ville d'AMIZOUR, est située au nord-est, à 25 km du chef lieu de la wilaya de BEJAIA.

La création de ce service d'oncologie à Amizour est une idée née lors de la réunion du conseil médical le 14 janvier 2003, et onze mois après, l'on avait même établi la fiche technique préalable à son fonctionnement.

Le service d'oncologie médicale a été inauguré le 27 janvier 2007 par le ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière.

La prise en charge des patients se fait en ambulatoire (hôpital du jour), le service a pour mission l'accueil, et la prise en charge des patients cancéreux (cures de chimiothérapie, phase aigue de leurs traitement : douleur, anémie, aplasie et en phase palliative)

1-1 Le service comprend :

-une salle de six lits

-deux de trois lits

-une salle de préparation des protocoles de chimiothérapie, comportant une hotte à flux laminaire.

-une salle de soins.

1-2 Le personnel exerçant dans le service comprend :

- cinq oncologues médicaux.
- deux médecins généralistes.
- un coordinateur paramédical.
- deux cadres paramédicaux.
- neuf infirmiers préparateurs.

2-La méthode de recherche :

Chaque chercheur dans sa démarche scientifique est obligé de choisir la méthode adéquate pour accéder aux informations mais aussi afin de vérifier ses hypothèses. Notre recherche s'agit d'une recherche descriptive du syndrome d'épuisement professionnel chez les infirmiers exerçant en oncologie.

La méthode descriptive nous semble conforme à notre thème de recherche et à nos objectifs. Car grâce à la méthode descriptive, nous pourrions essayer de décrire l'ensemble des sujets, et tenter de vérifier les hypothèses avancées grâce aux résultats obtenus de l'échelle MBI et de l'analyse de l'entretien mise en œuvre.

3-La pré-enquête :

Constitue l'étape qui précède l'enquête, elle représente le moyen par lequel le chercheur peut affirmer ou confirmer ses hypothèses de recherche. La pré-enquête permet aussi d'enrichir le questionnaire utilisé dans l'enquête, c'est une étape importante qui permet de recueillir les informations nécessaires sur le terrain d'étude. Et cela va nous aider à choisir la bonne méthode de recherche qui convient ce terrain.

Selon **Mucchielli** la pré-enquête est l'essentiel de la phase préparatoire de l'enquête : elle est une étape de recherche des hypothèses possible, mais des hypothèses vérifiables.

En principe, elle comprend aussi les problèmes d'établissement du budget du calendrier de l'enquête (planning de la recherche ultérieure) de l'étude, des conditions générales de l'enquête (autorisation éventuelles à demander, stratégie des opérations, prévision des besoins matérielles etc...). Mais tout cela n'a pas de sens que si l'enquête doit se faire, donc l'essentiel est de déterminer les hypothèses et les objectifs.

Les spécialistes, sur ce point, ont naturellement des préférences de méthodes, on a l'impression prudent de les énumérer toutes et de recommander l'utilisation convergente de toutes celles qui vous seront possibles ou accessibles dans le cadres de l'objet de l'enquête, particulier dont vous vous occuperez. (R.Mucchielli 1993 P13).

L'objectif de la pré-enquête est de faire une investigation d'état de lieu où va se dérouler l'enquête ; connaître notre groupe d'étude et le climat au sein du service d'oncologie et explorer le terrain permet de bien déterminer les objectifs de recherche.

4-La pratique :

Après avoir rassemblé les informations nécessaire concernant la population d'étude, et choisir les instruments efficaces pour effectués notre études, on passe à l'enquête qui va nous permettre de répondre à nos question posées ; elle va nous aidez aussi à confirmer ou infirmer nos hypothèses.

Selon CHaucht « l'enquête et la phase de vérification systématique des hypothèses » (N.Boulkroun 2008 P115)

5-Les outils d'investigations :

5-1 Description de l'inventaire (MBI) :

L'inventaire MBI se présente sous la forme d'un tableau à deux colonnes et d'un entête

Qui comprend la consigne d'utilisation et la façon de répondre.

Le MBI se compose de 22 items (affirmations renvoyant au travail) et de 3 sous-échelles qui représentent les **3 dimensions du syndrome de burnout** :

- l'Épuisement Emotionnel (EE) : 9 items
- la Dépersonnalisation (DP) : 5 items
- L'Accomplissement Personnel (AP) : 8 items

Ces affirmations sont suivies d'une **échelle de fréquence** en sept points (0 : Jamais, à 6 : tous les jours), évaluant la fréquence à laquelle la personne a ressenti l'expérience, l'émotion ou le sentiment en question. Pour chaque sous-échelle, on fait la somme des réponses aux items qui la composent. Exemple : pour l'EE : 9 items, et le score peut s'étendre de 0 à 54. A noter qu'à l'origine, il était demandé d'évaluer chaque item, non seulement en fonction de la fréquence mais également en fonction de l'intensité des émotions ou sentiments éprouvés (1 : très peu, à 7 : énormément). Les recherches ont montré que fréquence et intensité étaient fortement corrélées, alors seule l'échelle de fréquence a été retenue.

MBI évaluait les réactions éprouvées au cours des relations avec les clients, et en ce qui concerne le soignant, le patient. Le syndrome par la suite, a été étendu à toutes les professions.

L'utilisation du MBI a nécessité une adaptation. La dimension de soutien face à un individu en souffrance, physique ou psychique donne toute sa spécificité à la relation d'aide. La dépersonnalisation, ne prend de véritable sens, que dans la relation d'aide. Les items qui la composent ont de ce fait, été remplacés par des items évaluant des attitudes équivalentes non pas vis-à-vis des « patients » mais vis-à-vis de « clients » ou de « collègues » de travail. (WIERTZ Ruth 2012 P51)

La colonne de gauche :

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

La colonne de droite :

Celle des fréquences, elle contient des chiffres allant de 0 à 6 (de jamais à chaque jour) et Un code numérique expliqué dans la consigne, et qui traduit une échelle de fréquences graduelles. A l'origine il était demandé d'évaluer chaque Item en fonction de deux critères : un critère de fréquence et un critère d'intensité. Actuellement, compte tenu des fortes corrélations observées entre les deux évaluations, le critère d'intensité est abandonné par les chercheurs.

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

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

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

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

4-3- La cotation :

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

4-4- L'évaluation :

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

-Score à l'épuisement émotionnel : $1+2+3+6+8+13+14+16+20 = \text{score}$

Score bas < à 17

Score modéré de 18 à 29

Score élevé > à 30

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

Score bas < à 5

Score modéré de 6 à 11

Score élevé > à 12

Score au manque de l'accomplissement personnel :

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

Score bas < 40

Score modéré de 39 à 39

Score élevé > à 33

L'évaluation de la présence de burnout syndrome est révélée par un score élevé dans L'une de ses trois composantes.

Les limites du MBI

Malgré les qualités du MBI en termes de validité et fidélité, on se heurte à une lacune majeure : il n'est à ce jour pas possible de dire à partir de quel score un individu présente un profil critique.

A l'origine, MASLACH et JACKSON ont établi des bornes permettant de catégoriser les individus en burnout « élevé », « moyen » ou « faible » pour chacune des dimensions. Mais ces bornes ont été établies à partir de normes arbitraires. Elles ont séparé leur échantillon, certes conséquent (11067 personnes) en 3 groupes équivalents : les 33,3% qui ont des scores les plus élevés représentent la fourchette du niveau « élevé », les 33,3% suivant le niveau « moyen » et les 33,3% restant, le niveau « faible ».

5-2 L'entretien semi directif :

Le chercheur dispose ici d'un guide d'entretien avec plusieurs questions préparés à l'avance mais non formulés d'avance ; elles sont posées à un moment opportun de l'entretien clinique, par exemple à la fin d'une séquence d'associations. Comme dans l'entretien non directif le chercheur pose une question puis laisse le sujet associé sur le thème proposé sans l'interrompre. (Kh.Chahraoui & H. Bénony.2003.p143)

L'entretien semi directif est toujours associé à un guide d'entretien qui est plus ou moins structuré ; ce guide représente un premier travail de traduction des hypothèses de recherche en indicateurs concrets et de reformulation des questions de recherche (pour soi) en question d'enquête (pour les interviewées) .

La réalisation d'un guide d'entretien suppose une démarche itérative entre la conceptualisation des questions et leurs mises à l'épreuve dans l'entretien. Il suppose la préparation des deux éléments : la formulation d'une consigne et la préfiguration d'axe thématique (A. Blanchet et A. Gotman 2007.p.58-59).

Description du guide d'entretien :

Pour mener en pratique notre entretien, on a utilisé un guide d'entretien composé de cinq axes.

Axe I : Comprend des informations sur exerçant en oncologie telle que : Sexe : Age, Situation familiale, Niveau d'instruction, Profession.

Axe II : Regroupe des questions sur les informations liées à la profession de l'infirmier : on a essayé d'aborder avec les sujets la spécificité du métier de l'infirmier, ce qu'elle représente pour eux, leurs tâches dans le service oncologie, avoir leurs avis sur l'état du service concernant les équipements matériel et humain.

Axe III : Regroupe les questions sur le climat et le déroulement du travail.

Axe IV : Comprend des questions sur les relations socioprofessionnelles des infirmiers en oncologie.

Axe V : Comprend des questions sur le burnout .

Pour tous les entretiens, nous avons présenté le thème de notre étude qui est «l'épuisement professionnel chez les l'infirmier exerçant en oncologie.

La durée des entretiens a été de 30 à 45 minutes. Ils ont été enregistrés par un magnétophone. Ce moyen nous a paru être celui qui reste le plus fidèle au contenu, permettant aussi plus de disponibilité et une meilleure écoute. Il permet, entre autre, de repérer les hésitations, les silences, leur durée, les modifications dans le débit de paroles, dans l'intensité de la voix.

Ces entretiens ont ensuite été retranscrits mot à mot pour en faire l'analyse. Chaque personne a été informée de ce que les entretiens resteraient totalement anonymes et que ne figurerait dans le travail aucun moyen indirect d'identification.

Les personnes se sont rendues disponibles pour le temps de l'entretien. Nous avons pu nous isoler dans une pièce de manière à n'être pas dérangées. Ce travail nous a fait prendre conscience de l'intérêt manifeste pour le thème de cette étude. Les interlocutrices ont montré un certain plaisir à parler sur ce sujet, voire même un besoin.

6-Choix de la population d'étude :

La population est l'ensemble des individus auxquels s'applique l'étude. Le choix et caractéristique de cette population, sont définie en fonction des objectifs de notre études et des hypothèses de notre étude.

Nous souhaitions rencontrer des infirmiers susceptibles d'être confrontés au phénomène d'épuisement professionnel.

Ce groupe comprend six (6) infirmières et un (1) infirmier, d'une tranche d'âge qui varie entre 28 à 36 ans, et d'une expérience professionnelle d'une moyenne de 3 ans a 8 ans

Nous avons choisi de réaliser une pratique sous forme d'entretien semi directif, et d'échelle MBI avec les infirmiers qui exercent dans un service de l'oncologie.

Nous avons rencontré individuellement sept (07) infirmiers après avoir, obtenu l'accord de ces derniers et celui du chef du service et le directeur de l'établissement concernés.

7-Les limites de la recherche :

Notre thème de recherche se focalise sur la mesure de l'épuisement professionnel et la description des facteurs qui provoque cet état chez les infirmiers qui exercent dans le service de l'établissement public hospitalier Ben Merad EL Meki d' Amizour.

Nous avons décidé de réaliser huit entretiens auprès des infirmiers(e) Notre étude a été effectuée durant la période du 22/03/2015 au 01/05/2015. nous avons limité notre recherche à sept(07) cas six(06) infirmières et un (01) infirmier.

On a utilisé l'échelle de MBI (Maslach Burnout Inventory) pour mesurer le niveau d'épuisement professionnel et l'entretien semi-directif pour vérifier les hypothèses avancées .

Résumé :

Ce chapitre nous a servi de présenter la démarche utilisée pour une meilleure organisation de notre projet de recherche, et de recueil de données. Cela à travers certaines règles et étapes bien précise dans le déroulement de cette recherche.

On a exposée dans cette partie, le cadre de la recherche, la population d'étude, les outils de la recherche, et les étapes de la recherche pour arriver à des résultats qu'on peut analyser et interpréter dans le but de confirmer ou infirmer nos hypothèses.

Chapitre IV

*Présentation, analyse et
discussion des hypothèses*

Préambule :

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

1-Présentation et analyse des résultats :

Nous avons effectués les entretiens et administrer l'échelle du MBI auprès des infirmiers qui exerce en oncologie qui constituent notre population d'étude des sept (07) cas.

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

1-1 Cas 01 : Mme « N »

Présentation du 1^{er} cas :

Mme « N » âgée de 29 ans, mariée, infirmière diplômée d'état, elle à trois ans d'expérience professionnelle dans le service d'oncologie .Elle travaille six heures par jour du dimanche jusqu'à jeudi.

Analyse de l'entretien :

L'entretien avec Mme « N » à eu lieu dans le bureau des médecins, elle à immédiatement acceptée de répondre a nos questions, elle a été trop coopérative.

En premier lieu nous avons entamé la discussion sur la signification de la profession « infirmier » pour elle et comment elle s'est retrouvée dans ce métier.

Chapitre IV Analyse des résultats et discussions des hypothèses

Elle déclare : *« parce que j'aime le secteur de la santé depuis que j'étais petite, et s'il ya un malade dans la famille, je pourrai au moins l'aider ».*

Parlant de ses tâches au sein du service, elle dit : *« notre tâche se divise en deux volets : premièrement, les soins et la prise en charge des malades (faire le bilan pour les malades, préparer les produits de la chimiothérapie et les injecter) encourager les malades, et les aider moralement ».*

Discutant de l'état général du service où elle disait : *« certes, il ya un manque de certains matériels mais aussi de ressources humaines qui nous permettent pas d'accomplir notre travail d'une manière plus adéquate ».*

En second lieu , le déroulement du travail et plus précisément son emploi du temps hebdomadaire ainsi que son volume horaire, on a conclu qu'elle est parmi celles qui travaillent tout les jours de la semaine sauf les weekend, cela perturbe son sommeil et son rythme de vie et elle veut travailler au moins trois jours par semaine pour avoir un rythme normal. Elle dit : *« d'un coté mon emploi du temps me convient parce que je sors à 14h. D'un autre coté, sa ne m'arrange pas parce que je travaille tout les jours, du dimanche jusqu'à jeudi ce qui m'empêche de faire d'autres activités »* .concernant son salaire, elle dit : *« moi personnellement, ça me convient, mais lorsqu'on compare nos tâches à celles des infirmiers des autres services, je trouve que ce n'est pas logique ; on a plus de charges mais bon sa reste un point d'interrogation ».*

En troisième lieu , on a voulu savoir quelles peuvent être ses relations avec le personnel de l'oncologie et ses patients elle nous affirme qu'elle entretient de bonnes relations avec tout le monde qu'en règle générale c'est une personne qui est gentille et qui n'a pas du mal à s'intégrer et aider les autres et qu'elle pratique le métier d'infirmier qu'elle aime beaucoup et qu'elle se doit de le faire dans les règles de l'art. Elle affirme : *« avec mes collègues j'ai de bonnes relations avec mes collègues, mais strictement professionnelles »*, un

Chapitre IV Analyse des résultats et discussions des hypothèses

bref silence, elle ajoute : « *c'est vrai qu'on rencontre quelques problèmes liés aux manque de moyens* »

A propos de ses relations avec les patients elle affirme : « *si le patient pleure, moi aussi je pleure et quoi qu'il fait, je ne dis rien, il ya des malades pour lesquels je m'attache trop, et quant ils meurent c'est un évènement choquant pour moi* ».

Nous avons également discuté sur l'équilibre entre son travail et ses obligations personnelles : elle déclare : « *j'ai abandonné ma maison et je n'arrive pas à gérer ma vie personnelle et professionnelle* ».

En dernier lieu nous avons clôturé notre entretien par une discussion sur le burnout

Parlant de ses capacités au travail et du stress de notre cas de Mme « N », elle dit : « *ma capacité s'est affaiblie par rapport a ma première année, je suis tout le temps stressée, j'ai même pris un traitement pour le diminuer, mais ça n'a rien donné. Alors je pleure, peut être que ça va me soulager un peu* » elle ajoute aussi : « *ma motivation à beaucoup diminuée, je sens que je me fatigue pour rien puisque les malades ne guérissent pas, ce qui me pousse à trop me culpabiliser .elle affirme qu'elle est vraiment épuisée* ».

Présentation et analyse des résultats de l'échelle de MBI :

Tableau N°04 : résultat de l'échelle d'épuisement professionnel (MBI) du cas N°1 :

Dimension d'épuisement professionnel	Score	Niveau de chaque dimension	score moyen d'épuisement	Niveau d'épuisement
Epuisement émotionnel	39	Elevé	28	Bas
Dépersonnalisation	5	Bas		
Accomplissement	40	Elevé		

Les résultats de l'échelle MBI qui sont présentés dans le tableau ci-dessus indiquent que notre cas de Mme « N » présente un épuisement professionnel bas avec un score moyen de 28. Un épuisement émotionnel élevé d'un score de 39 ; signe d'un manque d'énergie et de force au travail ce qui vide et épuise les ressources émotionnelles ; un niveau de dépersonnalisation bas avec un score de 5, cela indique par conséquent que Mme N a certaines réserves et limites quant à ses relations avec ses collègues et ses patients, elle se contrôle au niveau relationnel dans le but de ne pas trop s'attacher par peur d'être déçu. Et un niveau d'accomplissement personnel élevé avec un score de 40, ce qui renvoie probablement à un manque de confiance en soi, vis-à-vis des exigences des malades car ceux-ci ont une confiance en leurs infirmiers et quand les choses ne se déroulent pas comme prévu, la confiance disparaît et l'estime de soi s'installe.

Synthèse sur le 1^{er} cas :

On peut conclure l'idée suivante : notre cas présente un épuisement professionnel avec un degré Bas, selon les résultats de l'échelle, et l'analyse de l'entretien, il nous semble que cet état est dû à certains facteurs qui se résume

aux : conditions de travail par rapport au manque du matériel performant, ainsi que la nature des relations professionnelles avec les patients.

1-2 Cas 02 : M^{elle} « H »

Présentation de 2^{ème} cas :

M^{elle} « H » âgée de 27 ans célibataire, titulaire d'un diplôme universitaire « licence en biologie » infirmière diplômée d'état, elle exerce dans le service depuis (03) trois ans.

Melle « H » travaille cinq jours par semaine, de huit heures jusqu'à quatorze heures

Analyse de l'entretien :

L'entretien M^{elle} « H » s'est déroulé dans le bureau des médecins. Elle était très enthousiaste à l'idée de nous parler de son travail, et des différentes tâches qu'elle exécute.

Nous avons remarqué que M^{elle} «H » souffre pendant l'exercice de ses tâches dans le service, vue son emploi du temps qui est trop chargé M^{elle} «H » nous a montré un pessimisme concernant l'organisation du service. En disant : *« notre travail est trop chargé, et surtout avec le manque de matériels on souffre pour satisfaire nos malades »*

En continuant nos questions M^{elle} «H » nous a dit que ce métier ne signifie pour elle qu'une étape qui va lui permettre d'accéder a un autre projet qu'elle souhaitait toujours avoir. a ce moment la l'expression faciale change en montrant un sourire qui est tout a fait différente de la première puisque il viendra un jour où elle va quitter ce travail qu'elle considère comme un enfer. Parlant a propos de son salaire M^{elle} «H » montre son insatisfaction en comparant ses tâches a celles des infirmiers des autres services de l'hôpital en

Chapitre IV Analyse des résultats et discussions des hypothèses

disant : « *normalement celui qui travail dix ans dans ce service doit avoir sa retraite et il doit être payé comme les médecins spécialiste de ce service* ».

On a également discuté de ses relations avec ses collègues nous avons remarqué qu'elle n'entretient pas de bonnes relations avec ces derniers et que ces tensions là influencent sur la qualité de son travail en disant : « *il ya des mal entendus, surtout le matin ce qu'il nous fait perdre beaucoup de temps* ». Avec les patients, elle exprime une empathie envers eux elle dit : « *je suis bien avec eux le problème c'est que je m'attache trop a mes patients et si on perd l'un d'entre eux c'est un drame pour moi* ».

Passant a la dernière étape, on abordant avec elle certaines questions concernant le burnout .premièrement, nous avons pu déceler qu'elle a un tonus lâché et les yeux cernés ce qui révèle en elle un épuisement physique. M^{elle} « H » exprime en disant : « *je suis tout le temps stressée, je passe des nuits blanches et je dors presque deux ou trois heures, et le reste de la nuit je pense à mes malades, ce stress persistant* ». Cette insomnie et la lourdeur des tâches peuvent être l'origine de son épuisement.

Présentation et analyse des résultats de l'échelle de MBI :

Tableau N°05 : résultat de l'échelle d'épuisement professionnel (MBI) du cas N°2.

Dimension d'épuisement professionnel	Score	Niveau de chaque dimension	score moyen d'épuisement	Niveau d'épuisement
Epuisement émotionnel	45	Elevé	30	Elevé
Dépersonnalisation	13	Elevé		
Accomplissement	32	Bas		

Chapitre IV Analyse des résultats et discussions des hypothèses

Le tableau ci-dessus affiche les résultats suivants : M^{elle} « H » présente un épuisement professionnel **élevé** avec un score de 30 dans les trois dimensions d'épuisement professionnel (épuisement émotionnel avec un score de 45 , dépersonnalisation avec un score de 13 et accomplissement personnel d'un score de 32). Les niveaux indiquent que M^{elle} « H » est touchée par un syndrome d'épuisement professionnel avec un niveau pathologique .

Les résultats des trois dimensions de l'échelle d'épuisement professionnel montrent que M^{elle} « H » vit une situation de fatigue et une perte de motivation pour son travail qui devient une corvée.

L'épuisement émotionnel s'accompagne de frustrations et de tensions. Le niveau élevé dans la dimension de la dépersonnalisation renvoie au développement d'attitudes détachées, négatives, envers ses collègues, patients. Le niveau élevé dans la dimension d'accomplissement personnelle renvoie à la diminution de l'efficacité professionnelle, absence de sentiment de capacité à faire avancer les choses.

Synthèse du cas

L'analyse de l'entretien et les résultats de l'échelle MBI indique que Mlle « H » présente le syndrome d'épuisement à un niveau élevé. Premièrement, les facteurs personnels. Deuxièmement, les facteurs liés au travail et à la qualité des tâches professionnelles. Troisièmement, les facteurs liés à l'environnement du travail .

1-3 Cas 03 : M^{elle} « YS »

Présentation du 3^{eme} cas :

M^{elle} « YS » âgée de 29 ans, célibataire, infirmière d'état, elle exerce dans le service depuis sept ans.

Analyse de l'entretien :

L'entretien avec M^{elle} « YS » s'est déroulé dans le bureau des médecins dans de très bonnes conditions .elle a acceptée de s'entretenir avec nous sans poser trop de questions.

Abordant le sujet de la spécificité et la qualité de travail dans le service d'oncologie, nous avons constaté que son métier d'infirmière est un métier chargé de tâches et de responsabilités, elle dit à ce propos : « *Je suis chargé d'accueillir les malades ; préparer les produits de la chimiothérapie ; puis l'injecter à ces derniers et les surveiller jusqu'à la fin de la science de la chimiothérapie.* »

Nous avons constaté à partir de notre question sur l'état du service, M^{elle} «YS » n'est pas satisfaite de la situation, elle déclare : « *Le manque de certains matériels et de certains médicaments me perturbe surtout avec les patients, mais il faut travailler avec les moyens de bord* »

Parlant de son emploi du temps, elle dit : « *Mon emploi du temps ne me convient pas, s'il y' avait plus du personnel, on aura plus le temps libre* »

Discutant sur son salaire elle dit « *ben, il me convient pas, s'ils me payent dix (10) millions cela ne suffit pas surtout avec le stress* ».

Concernant les relations avec ses collègues, elle dit « *ça va, très bien pour l'instant* » .au sujet des patients, elle déclare : « *Au début, je m'attache beaucoup trop aux malades surtout s'ils sont jeunes, je parle beaucoup avec*

Chapitre IV Analyse des résultats et discussions des hypothèses

eux, et c'est quelqu'un rechute, c'est le choc total. J'ai même fait une dépression alors maintenant, je garde des limites, c'est vrai, je discute avec eux, mais pas comme avant ».

Après la discussion sur tous ces points, on a posé des questions liées à l'épuisement professionnel, on a parlé sur sa motivation et sa capacité au travail. Elle intervient : « *Ma capacité n'a pas diminué surtout avec l'expérience, je sens que je maîtrise mieux mes devoirs ici ».*

Puis elle ajoute « *mais quand je vois le mal organisation du système et la surcharge, ma motivation pend un coup. ».*

Parlant du stress et de son état physique et émotionnel, elle respire profondément et elle dit : « *Je suis stressée ce travail est tellement fatigant que ce soit physiquement ou psychologiquement »* un bref silence et elle enchaîne « *il y a des journées où venir ici est comme un cauchemar ».*

Présentation et analyse des résultats de l'échelle de MBI :

Tableau N°06 : résultat de l'échelle d'épuisement professionnel (MBI) du cas N°3 :

Dimension d'épuisement professionnel	Score	Niveau de chaque dimension	score moyen d'épuisement	Niveau d'épuisement
Epuisement émotionnel	39	Elevé	28	Elevé
Dépersonnalisation	16	Elevé		
Accomplissement	29	Bas		

D'après les résultats de l'échelle de MBI, qui sont présentés dans le tableau ci-dessus. Il nous semble que M^{elle} « YS » manifeste un épuisement

Chapitre IV Analyse des résultats et discussions des hypothèses

professionnel élevé, on note tout d'abord que l'épuisement émotionnel chez cette infirmière est élevé cela est dû à un manque d'énergie quant à l'application de ses tâches, à cela s'ajoute une profonde démotivation de son travail, cet épuisement s'accompagne dans son état actuel d'une frustration qui la pousse à ne pas réaliser le travail de la même façon qu'auparavant.

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

Pour finir, on constate que le niveau est aussi élevé dans la dimension de l'accomplissement personnel causé par une incessante dévalorisation de son métier ; d'elle-même et du travail qu'elle effectue.

Synthèse sur le cas :

On note la présence d'un épuisement professionnel avec un niveau Elevé chez notre cas, par la présence de certains facteurs qui ont contribué à l'apparition de cet état selon l'entretien et l'analyse de l'échelle MBI, à savoir : les facteurs liés aux relations professionnelles et les facteurs liés à la qualité de travail comme la charge de travail, mais aussi aux conditions de travail et au manque de matériel.

1-4 Cas 04 : Mme « HD »

Présentation du 4^{ème} cas :

Mme « HD », âgée de 31 ans, mariée, mère d'une petite fille titulaire d'un diplôme d'infirmier d'état. Elle travaille dans le service d'oncologie depuis 3 ans.

Analyse de l'entretien :

Mme « HD », infirmier plein d'énergie, l'entretien s'est déroulé dans le bureau des médecins, ses réponses sont rapides et directes, elle ne cesse de sourire tout le temps. Elle a accepté notre demande à l'entretien en disant : « *Je ne suis pas vraiment épuisé hamdallah* ».

Nous avons commencé l'entretien sur sa conception sur le métier d'infirmier, elle dit : « *Nous avons plusieurs tâches comme la préparation et l'installation des médicaments et la surveillance des malades* ». En remarque qu'elle ne donne aucun commentaire négatif sur la nature de ces tâches et elle dit qu'elle ne trouve pas de difficulté à effectuer toutes ces activités.

Parlant de l'état du service le sourire de Mme « HD » disparaît et elle éprouve une tristesse est-elle dit : « *Le manque de matérielle plus précisément la hôte pour préparer la chimiothérapie avec une seul hôte, on doit être rapide pour gagner de temps, c'est un peu stressant* »

Il s'avère que l'état du service est une cause de stress pour Mme « HD », bien qu'elle affirme qu'elle aime bien son travail. Parlant du salaire et de son emploi de temps Mme « HD » semble être satisfaite de son salaire, et ne constitue pas un élément décourageant ou dévalorisant de son effort et elle dit sur ce point : « *Il me convient et je n'ai pas de problèmes soit pour le salaire ou l'emploi de temps* »

Chapitre IV Analyse des résultats et discussions des hypothèses

Discutant de ses relations socioprofessionnelles avec ses collègues et les patients Mme H, n'éprouve pas de gêne de travailler dans un groupe, elle dit : « Avec la plupart des infirmiers, ma relation est bonne ». Avec les patients, on a remarqué une grande sensibilité avec eux en disant : « *J'aime parler avec mes patients pour les encourager, ils ont besoin d'une personne qui les écoutent* ».

En ne remarque pas des signes de dépersonnalisation d'après ses paroles puisqu'elle garde des relations empathiques avec les patients et ses collègues.

La dernière phase de l'entretien, on l'a clôturé par des questions sur le burn out, on a constaté que Mme « HD » est bien motivé pour son travail, et il a une influence positive sur sa personnalité, elle dit : « *Je suis devenu plus forte émotionnellement (dobzegh) et je suis plus fragile comme avant* ». Mais elle affirme que physiquement, c'est un travail fatigant.

Le plus important de ce qu'on a pu repérer de son discours et sa confiance en soi et sa satisfaction concernant son travail dans le service, elle dit : « *Je gère la situation avec l'expérience, je suis devenu plus compétente je fais mon boulot convenablement* ».

Selon l'entretien, la seule source de stress pour elle, c'est le manque de moyens dans le service, malgré ça elle garde une dynamique positive dans le travail.

Présentation et analyse des résultats de l'échelle MBI :

Tableau N°07 : Résultats de l'échelle d'épuisement professionnel(MBI) du cas N°4 :

Dimension d'épuisement Professionnel	score	Niveau de chaque dimension	Score moyen de l'épuisement	Niveau d'épuisement Professionnel
Epuisement émotionnel	38	Elevé	29.66	Bas
Dépersonnalisation	8	Modéré		
Accomplissement personnel	43	Elevé		

Le tableau ci-dessus présente, les résultats de l'échelle du MBI du Mme « HD », d'après ces résultats, on remarque que Mm « HD », manifestent un niveau d'épuisement professionnel bas avec un score moyen de 29.66.

On constate que notre cas a présenté un niveau d'épuisement émotionnel élevé avec un score de 38, un niveau de dépersonnalisation modéré d'un score de 8, et niveau d'accomplissement personnel élevé avec un score de 43.

En conclusion, notre cas présente un épuisement professionnel bas, cela est bien clair à partir des résultats obtenus de l'échelle MBI, qui indiquent que notre cas est motivé pour son travail, et concernant la dépersonnalisation Mme H, arrive à garder de bon relation, mais qui reste dans un cadre professionnel soi avec les patients ou les collègues. Et concernant l'accomplissement personnel le score obtenu indique que notre cas à un sentiment de sécurité concernant ses réalisations professionnelles.

Synthèse sur le cas :

Notre cas présente un niveau d'épuisement professionnel bas, ce niveau est loin d'être pathologique, malgré les facteurs qui peuvent engendrer cet état, qui sont résumés selon ces dires par les facteurs liés à la surcharge au travail, le manque de matérielle dans le service.

En peu justifier l'absence d'un état d'épuisement pathologique, par le volume horaire qu'elle trouve adéquat, et même sa satisfaction concernant le salaire et les relations sympathiques qu'elle garde avec le personnel, mais surtout avec les malades.

1-5 Cas 05 : Mme « S »

Présentation de 5^{ème} cas :

Mme « S », âgé de 30 ans, infirmière d'état dans le service d'oncologie depuis huit ans, mariée, avec un seul enfant. Son volume horaire est de 6 heures par jour, cinq jours par semaines.

Analyse de l'entretien :

Il fallait attendre quatre heures pour qu'elle puisse trouver un creux pour parler avec nous, en lui expliquant le sujet de notre recherche, elle sourit et elle dit : « *Je suis-ce que vous cherchez* ». Elle a essayé d'expliquer le métier.

Au départ, on a parlé avec elle de la spécificité de métier d'infirmier et sa signification pour elle, il nous semble qu'elle aime bien cette profession puisqu'elle dit : « *C'ait un métier noble je l'ai choisi moi-même* ». Après elle avoue que les tâches sont difficiles et multiples, on a compris de ses paroles que parfois, elle n'arrive pas à gérer sa fatigue et cette surcharge, elle dit : « *Je dors par tout même dans le bus il y a des moments mon Corps ne supporte plus après huit ans dans ce service, c'est vraiment fatigant* ». On peut comprendre que

plus le temps passe dans le service, elles se sont de plus en plus épuisées surtout physiquement.

Ce qui dérange de plus notre cas, c'est l'état catastrophique, elle dit sur ce sujet : « *Il y a un manque d'espace, surtout, sans parler de matériel, on se retrouver avec 28 malades, par jours alors que c'est un service d'une capacité seulement de 12 lits imagine la panique et le stress* ». Il s'avère que si l'état de service s'améliore l'espace s'agrandit son stress peut se développer.

Parlant de salaire, elle exprime son malaise total, elle dit : « *Le salaire n'est pas encourageant* ». Le salaire, qu'elle juge comme minable peut être un facteur dévalorisant de la part des dirigeants de la santé pour les efforts quelle fournit et il peut être un des facteurs qui favorisent l'apparition du burn out chez notre cas. Et c'est le pareil pour son emploi de tempe chargé où elle exprime son insatisfaction.

En ce qui concerne sa relation avec les collègues, elle dit : « *Il y a certaines nombre, je dispute avec eux puisqu'ils ne font pas leur travail convenablement* ». Les conflits avec les collègues contribuent à l'expression de burn out.

Avec les patients, avant qu'elle ne s'exprime on a remarqué que pendant l'entretien plusieurs malades réclament sa présence et ils veulent que ce soit elle qui applique les soins pour eux. Elle confirme ça modestement en disant « *je m'attache à mes patientes et je ne supporte pas le décès d'un d'entre eux* ».

La dernière étape de notre entretien est consacrée sur le burn out, il faut mentionner qu'avant même d'arriver à cette étape de l'entretien, elle ne cesse d'exprimer sa fatigue et son stress qui s'est engendré après son début dans le service, elle dit : « *C'est un travail stressant et fatiguent* ». Elle prend un grand souffle puis elle ajoute : « *Ma capacité a beaucoup diminué par apport au début physiquement et émotionnel, c'est de l'extrême à l'extrême* ».

Chapitre IV Analyse des résultats et discussions des hypothèses

Un passage très important de son discours qui exprime son état émotionnel dégradé depuis qu'elle occupe son poste : « *Avant de commencer mon travail ici, j'avais un esprit vivant, je porte les couleurs, j'écoute des autres, je me dis à quoi sert tout ça* ».

D'après son discours on remarque chez notre cas, une fatigue intense, un dégoût de la vie, elle est donc démotivée, ne repèrerait aucun accomplissement personnel. D'après l'analyse de l'entretien, ils nous semblent que Mme « S » présente des signes d'épuisement professionnel qui reste à vérifier à partir de l'échelle MBI.

Présentation et analyse des résultats de l'échelle MBI :

Tableau N°8 : Résultats de l'échelle d'épuisement professionnel(MBI) du cas N°5 :

Dimension d'épuisement Professionnel	Score	Niveau de chaque dimension	Score moyen de l'épuisement	Niveau d'épuisement professionnel
Epuisement émotionnel	50	Elevé	31	Elevé
Dépersonnalisation	13	Elevé		
Accomplissement personnel	30	Bas		

Les résultats de l'échelle MBI de Mme « S », sont présentés dans le tableau ci-dessus, on constate visiblement que notre cas présente un niveau d'épuisement professionnel avec un niveau élevé avec un score total d'un 31, un niveau d'épuisement émotionnel élevé d'un score de 50, un niveau élevé de dépersonnalisation d'un score de 13, un niveau élevé de la dimension d'accomplissement personnel d'un score de 30.

En conclusion selon les résultats de l'échelle MBI Mme « S », manifeste un état d'épuisement professionnel pathologique, cela est bien clair à partir des résultats obtenus de l'échelle de MBI. Le niveau élevé dans la dimension d'épuisement émotionnel renvoie à un rapport avec le travail vécu comme stressant et difficile au manque d'énergie et de motivation pour son travail. Quand au niveau élevé de la dimension de la dépersonnalisation, on constate que Mme « S », a des relations détachées et limites envers ses collègues. Le niveau élevé de la dimension d'accomplissement personnel indique que Mme « S » a un sentiment d'incapacité vis-à-vis de son travail.

Synthèse sur le cas :

À partir de l'analyse de l'entretien et l'échelle MBI, il semble que Mme « S », souffre d'un un épuisement professionnel élevé, c'est un niveau pathologique causé par les facteurs liés à la profession en elle-même, la surcharge du travail le nombre de patients qui augmentes chaque année, et l'impact des facteurs liées a l'environnement aux conditions matérielle ainsi qu'aux relations interpersonnels au sein du service. Et c'est pour cette raison qu'o peut dire que le climat de travail, et la nature de la maladie soignée dans le service est forcément des facteurs qui conduisant au burn out chez notre cas.

1-6 Cas 06 : M^{elle} « YM »

Présentation du 6^{eme} cas :

M^{elle} « YM », âgée de 28ans licencié en science Gestion. Et un diplôme d'infirmière d'état de l'école paramédicale. Elle a trois ans d'expérience professionnelle dans le service d'oncologie. Elle travaille cinq jours par semaine sauf les weekends. Avec une moyenne de six heurs par jour.

Analyse de l'entretien :

Chapitre IV Analyse des résultats et discussions des hypothèses

L'entretien s'est déroulé dans le bureau des médecins, après avoir eu son accord, elle a accepté sans hésitation de participer à notre recherche « *il n'y a aucun problème* ».

L'entretien avec M^{elle} « YM » n'a pas pris beaucoup de temps vu ses réponses brèves et directes.

Parlant de la lourdeur de ses tâches, on a remarqué qu'elle aime bien son travail et qu'elle n'éprouve pas de difficultés d'exercer avec les malades. Elle dit sur ce point : « *c'est un métier noble, notre travail consiste à aider des malades cancéreux par l'application des soins nécessaires, mais on les aide moralement* ».

En ce qui est de l'état du service, elle a éprouvé sa déception, puisque pour elle le service manque de certains produits nécessaires pour effectuer leurs tâches convenablement et avec plus d'efficacité.

En vu, le nombre de patients qui est en hausse, M^{elle} « YM » semble pouvoir gérer la situation et qu'il n'a pas une influence négative sur elle. Elle dit sur ce point : « *Dans les jours ordinaires, je travaille avec trois patients, c'est un peu fatigant, mais je gère la situation. Le problème, c'est lors du manque du personnel infirmier : la charge du travail devient pesante et c'est épuisant* ».

Elle a exprimé son dégoût par rapport à son salaire qu'elle juge comme insuffisant et des fois démotivant et c'est le même cas pour son volume horaire en disant : « *Travailler du dimanche au jeudi, c'est une catastrophe* ». Mais malgré ce malaise qu'elle éprouve pour son emploi du temps, elle montre un grand sens de responsabilité lorsque elle dit : « *Puisque j'ai accepté et j'ai choisi ce métier moi-même, je dois assumer mes responsabilités surtout vis-à-vis des patients* ».

Quant à ses relations socioprofessionnelles avec le personnel soignant, on a remarqué avec son esprit calme qu'elle n'a pas de problème avec eux et elle les juge comme très bonnes et elle dit sur ce point : « *Au début ont ma beaucoup aidé à s'intégrer facilement dans le groupe et surtout les infirmières plus expérimentées que moi* », et même sa relation avec les patients est très empathique et elle ne cesse de dire que l'expérience des autres infirmiers lui a permis de mieux s'épanouir.

Avant de terminer l'entretien avec M^{elle} « YM », on a discuté sur l'épuisement professionnel et elle a vraiment répondu d'une façon qui donne l'impression qu'elle n'est pas épuisée et qu'elle arrive à gérer son stress, à ce propos, elle dit : « *C'est un métier stressant certes, mais avec l'expérience, je me sens mieux, et même ma motivation s'est améliorée par apport au début* »

À la fin, il nous semble que la seule contrainte qui dérange M^{elle} « YM » est le manque de matériel et pour elle le métier d'infirmier lui permet de donner à son travail une utilité sociale ce qui peut être une raison pour ne pas détecter un épuisement professionnelle qui reste une hypothèse à confirmer à travers l'échelle MBI.

Présentation et analyse des résultats de l'échelle (MBI) :

Tableau N°9 : Résultats de l'échelle d'épuisement professionnel(MBI) de cas N°5 :

Dimension d'épuisement Professionnel	Score	Niveau de chaque dimension	Score moyen de l'épuisement	Niveau d'épuisement Professionnel
Epuisement émotionnel	27	Modéré	19	Bas
Dépersonnalisation	1	Bas		
Accomplissement personnel	29	Modéré		

Les résultats de l'échelle MBI présentés dans le tableau ci-dessus, montrent que M^{elle} « YM » présente un épuisement professionnel bas avec un score moyen de 19. On remarque un niveau modéré dans la dimension de l'épuisement émotionnel avec un score de 27 ; un degré faible de la dépersonnalisation avec un score de 1, et un niveau modéré dans la dimension de l'accomplissement personnel avec un score de 29.

L'interprétation des résultats de l'échelle indique que M^{elle} « YM » présente une fatigue affective par rapport à son travail, elle est un peu plus motivée à son travail qu'auparavant. Concernant la dépersonnalisation, elle garde de bonnes relations à l'égard de ses collègues et une empathie avec les patients. Pour l'accomplissement personnel, elle a un sentiment de manque de réalisation de soi, mais elle garde un regard positif sur la réalisation professionnelle.

Synthèse du cas :

Notre cas présente un épuisement professionnel avec un niveau Bas, ce degré est encore loin d'être pathologique. Les facteurs déterminants de cet état selon ces dires sont la qualité de travail (surcharge et diversité des tâches). Les conditions matérielles au travail et un facteur important. Chez notre sujet, il semble que le degré du burn out bas semble être en relations avec la durée de son expérience professionnelle d'un côté, et du soutien que ces collègues lui procurent.

1-7 Cas 07 : Mr « A »

Présentation de 7^{ème} cas :

Mr « A », âgée de 36 ans, célibataire titulaire d'un diplôme d'infirmier de santé publique, il travaille dans le service d'oncologie depuis 3 ans. Son volume horaire est de 6 heures par jour de dimanche au jeudi.

Analyse de l'entretien :

L'entretien avec Mr « A », c'est déroulé dans le bureau des médecins. On a remarqué que ses réponses sont brèves, après avoir expliqué la raison de notre présence dans le service et le motif de l'entretien ; il a accepté de nous répondre.

On a commencé l'entretien par une discussion, sur sa conception du métier d'infirmier dans un service d'oncologie. On à remarquer qu'il admet qu'il ya une surcharge en disant : *« accueillir les malades, préparé les protocoles et placé les médicaments il ya de différentes tache a effectué mais je n'ai pas de difficulté a la fin de la journée je suis presque satisfait de mes prestation »*. En remarque clairement que le travail pour Mr « A » n'est pas vécu comme étant difficile.

Chapitre IV Analyse des résultats et discussions des hypothèses

Discutant de la disponibilité des outils matérielle il affirme que le manque de certain produits et matérielles le panique un peu et le stress. En peut dire Alor que si le service se développe la capacité de Mr « A » serai meilleures et ne va sentir un stress.

Parlant de l'emploi de temps et du salaire Mr « A » semble ne pas être satisfait, il dit : « *Ça ne convient pas, mais ALLAH GHALEB* ». Puisqu'il n'a pas de solution, il est obligé d'accepter, mais il souhaite avoir des changements.

En ce qui concerne le climat de travail est ces relations socioprofessionnels avec ces collègues, il dit : « *Avec mes collègues, c'est une bonne relation, ils m'ont aidé a mon arriver dans le service, je n'ai pas de problèmes hamdallah.* »

L'aide qu'il a trouvée de la part de ces collègues de travail lui à faciliter l'intégration, la bonne relation au sein d'un organisme est une cause qui peut prévenir l'émergence d'un épuisement professionnel.

Avec les patients, il dit : « *Je fais de mon mieux pour les soulager avec la parole* ».

D'après, ces paroles n'en remarquent pas des signes de dépersonnalisations, puisqu'il garde une bonne considération positive à l'égard des autres (patients, collègues).

On a clôturé notre entretien par une discussion concernant l'épuisement professionnel Mr « A » dit « *au début, je sentais un épuisement, mais avec les jours et l'aides des autres infirmiers, je gère mieux la situation* » et puis il ajout : « *Même ma motivation n'a pas diminué* ».

On remarque que les facteurs relatifs au travail comme la surcharge le salaire qu'il considère comme insuffisant n'ont pas d'influences négatives sur Mr « A ».

Chapitre IV Analyse des résultats et discussions des hypothèses

Un brèves moment puis il ajoute « *quand je sors d'ici, j'oublie tout ce qu'est en relations avec le service, je m'intéresse à d'autre activité comme le sport* ».

La seule contrainte qui dérange Mr « A » dans sa pratique, c'est le manque de matériel, mais l'aide qu'il a retrouvée auprès de ses collègues a joué un rôle positif qui n'a pas permis d'engendrer un épuisement professionnel pathologique. Mais elle reste une hypothèse à vérifier a travers l'échelle MBI.

Présentation et analyse des résultats de l'échelle MBI :

Tableau N°10 : Résultats de l'échelle d'épuisement professionnel(MBI) de cas N°7 :

Dimension d'épuisement	score	Niveau de chaque dimension	Score moyen de l'épuisement	Niveau d'épuisement professionnel
Professionnel				
Epuisement émotionnel	4	Bas	19	Bas
Dépersonnalisation	6	Modéré		
Accomplissement personnel	47	Elever		

Les résultats de l'échelle MBI présenter dans le tableau montre que Mr A présente un épuisement professionnel avec un niveau Bas avec un score de 19, on trouve un niveau bas dans la dimension d'épuisement émotionnel avec un score de 4, un niveau modéré de la dépersonnalisation avec un score de 6 et un niveau élevé de la dimension d'accomplissement personnel avec un score de 47.

Le niveau bas d'épuisement émotionnel, indique que Mr A est toujours motivé par son travail. Et garde une dynamique positive, malgré le stress le

Chapitre IV Analyse des résultats et discussions des hypothèses

niveau modéré de la dépersonnalisation, montre que ces relations avec les collègues et les patients restent empathiques, mais dépassent pas le statut professionnel et il garde un regard positif sur les réalisations professionnelles.

Synthèse sur le cas :

Notre cas semble présenter un épuisement professionnel bas, ce degré est loin d'être pathologique. On peut argumenter, et expliquer, le niveau bas d'épuisement professionnel de Mr A par l'expérience de notre cas dans le service d'oncologie qui ne dépasse pas trois ans et sa relation avec les patients qui reste très empathique, et le soutien de ces collègues.

2- Analyse des résultats :

L'épuisement professionnel tire ses origines non seulement de l'influence des caractéristiques individuelles mais aussi des caractéristiques de l'environnement qui agissent en interaction. Le personnel de la santé et plus précisément celui des infirmiers exerçant dans un service d'oncologie rencontrent diverses contraintes lors de l'exercice de leur métier, liées en partie aux conditions et à l'organisation de travail et d'autre part au contact avec la clientèle dont la gestion du stress s'avère difficile.

Nous avons vu précédemment que la mesure du burn out la plus utilisée, de Maslach et Jackson, se base sur une évaluation de trois dimensions (épuisement émotionnel, dépersonnalisation et accomplissement personnel) dont les scores s'évaluent de façon indépendante.

Dans cette étape nous allons tenter d'analyser les résultats obtenus, après l'analyse des résultats de l'échelle MBI et de l'entretien semi directif.

Chapitre IV Analyse des résultats et discussions des hypothèses

Il est important de signaler que ce sont les résultats de nos 07 cas, âgées entre 28ans et 35ans, dont deux sont maries, et cinq célibataires.

Les résultats obtenus dans notre étude nous ont permis de déceler un ensemble de données. Nous avons relevé a travers l'entretien semi directif et l'échelle de MBI des constats concernant en partie les différentes fréquences des trois dimensions de l'épuisement professionnel en termes d'intensité, ce qui nous a permet de mesurer le niveau de burn out de chaque sujet et de l'ensemble de la population puis de le comparer au variable de nos hypothèses.

De ce fait, l'épuisement professionnel est présent, avec différents niveaux chez les infirmiers qui exercent dans un service d'oncologie de l'EPH d'Amizour. Le score moyen de l'épuisement professionnel est de 26.38.

Le score moyen de l'épuisement émotionnel est de 34.14, celui de la dépersonnalisation est de 8.85, et celui de l'accomplissement personnel est de 35.71.

D'après les résultats qu'on a obtenu durant notre pratique et l'assistance aux entretiens, effectuer on a pu mesurer le degré de l'épuisement professionnel chez ces infirmiers on traitant trois dimension d'épuisement professionnel

Chez nos cas nous avons 1/7 infirmier qui a un score d'épuisement émotionnel bas, ; 1/7 infirmier a le score de l'épuisement émotionnel modéré(27) et 5/7 infirmiers ont le score d'épuisement émotionnel élevé.

On a aussi 2/7 infirmiers ont le score de dépersonnalisation bas ; 2/7 infirmiers ont le score de dépersonnalisation modéré et 3/7 infirmiers ont le score de dépersonnalisation élevé.

On a également 3/7 infirmiers ont le score d'accomplissement personnel bas ; 1/7 infirmier a le score d'accomplissement personnel modéré et 3/7 infirmiers ont le score d'accomplissement personnel élevé.

Chapitre IV Analyse des résultats et discussions des hypothèses

Les données de nos sujets seront présentées et analysées de la manière suivantes :

Nos sujets expriment un épuisement professionnel élevé, sont en nombre de trois. Qui sont les cas(S-H-Y) : le score moyen d'épuisement professionnel et de 29.66. L'échelle MBI indique clairement que ces trois cas souffrent d'un épuisement professionnel pathologique, et cela et du selon l'entretien a des causes purement organisationnelles lié a la nature de métier d'infirmier dans un service d'oncologie (la charge de travail, la nature de la maladie soignée qu'est le cancer, ainsi que la perturbation des relations entre collègues, et la mauvaise gestion de la part des dérangeant de service).

Nos sujets expriment un épuisement professionnel bas, sont en nombre de quatre. Qui sont les cas (YS-HD-N-A) : le score moyen d'épuisement professionnel et de 19.13. En peut justifier l'absence d'un état d'épuisement professionnel pathologique, toujours selon l'entretien est lié au manque d'expériences constaté chez les sujet interrogé, ainsi l'absence de perte d'accomplissement personnel.

Donc d'après ses résultats en a remarqué que l'épuisement professionnel, existe chez les personnes pratiquant une profession de soin, et qui émette une relation d'aide avec les autres.

Tableau récapitulatif des résultats de l'échelle d'épuisement professionnel MBI N°11 :

Dimension Cas	Epuisement émotionnel		Dépersonnalisation		Accomplissement personnel		Score moyen d'épuisement professionnel	Niveau d'épuisement professionnel
	Score	Niveau	score	niveau	Score	niveau		
Cas n°01	39	Elevé	5	bas	40	Elevé	28	Bas
Cas n°02	45	Elevé	13	Elevé	32	Elevé	30	Elevé
Cas n°03	39	Elevé	16	Elevé	29	Elevé	28	Elevé
Cas n°04	38	Elevé	8	Modéré	43	Bas	29.66	Bas
Cas n°05	50	Elevé	13	Elevé	30	Elevé	31	Elevé
Cas n°06	27	Modéré	1	Bas	25	Modéré	19	Bas
Cas n°07	4	Bas	6	Modéré	47	Elevé	19	Bas

3- Discussion des hypothèses :

Cette partie nous permet de procéder à une discussion des hypothèses, celles émises au départ, et sur l'éventuelle possibilité d'être confirmé ou infirmé à travers l'analyse de l'entretien qui a été passé durant notre stage à l'hôpital d'Amizour de Bejaïa, ainsi que les résultats obtenus lors de l'administration de l'échelle de l'épuisement professionnel MBI (Maslach Burnout Inventory).

Les hypothèses émises au départ sont au nombre de trois, nous allons commencer par la première hypothèse, qui suppose que les infirmiers de l'oncologie manifestent un épuisement professionnel.

Les infirmiers qui manifestent l'épuisement professionnel avec un degré bas sont au nombre de quatre, ceux qui le manifestent avec un degré élevé d'un score de 29.22 sont au nombre de trois, on remarque l'absence d'épuisement professionnel avec un degré modéré ainsi l'absence d'un niveau nul dans notre population d'étude signe que les infirmiers de l'oncologie doivent prévenir ce mal être au travail.

De ce fait les résultats obtenus à l'échelle du (MBI), ainsi que les confidences recueillies auprès des infirmiers durant notre entretien nous permettent d'**infirmier** notre première hypothèse.

La deuxième hypothèse suppose que les infirmiers touchés par le burnout présentent des signes de dépersonnalisation, selon notre entretien et selon les résultats de l'échelle MBI, il s'avère que tous les infirmiers présentent les signes de dépersonnalisation avec des degrés différents.

Selon les résultats de l'échelle MBI, ceux qui manifestent les signes de dépersonnalisation avec un degré élevé d'un score de 14, sont au nombre de trois ; deux infirmiers manifestent les signes de dépersonnalisation avec un

Chapitre IV Analyse des résultats et discussions des hypothèses

degré modéré d'un score de 7 ainsi que deux autres infirmières qui le manifestent avec un degré bas d'un score de 3.

Selon les résultats de MBI et l'analyse de l'entretien il apparait que les infirmiers ayant plus d'années d'expérience ont un degré de dépersonnalisation élevé par rapport à celles qui n'ont que quelques années d'expérience à peine, par conséquent notre deuxième hypothèse est **confirmée**.

Notre troisième hypothèse suppose que les infirmiers touchés par l'épuisement professionnel manifeste des signes d'épuisement émotionnel.

Selon les résultats de MBI, on a constaté que le degré d'épuisement émotionnel varie d'un infirmier à un autre, dont cinq avec un degré élevé ; une seule infirmière avec un degré modéré et notre dernier cas qui le manifeste avec un degré bas.

D'après les dires de certains infirmiers et l'analyse de l'entretien, il semble que le niveau élevé de l'épuisement émotionnel est lié à la surcharge du travail, les horaires qui perturbent la majorité de ces infirmiers, et les difficultés de leurs métiers. De ce fait notre troisième hypothèse est aussi **confirmée**.

Notre quatrième hypothèse suppose que les infirmiers touchés par l'épuisement professionnel manifestent des signes de manque d'accomplissement personnel.

Suite aux résultats obtenus à partir de l'échelle MBI, on a pu déceler que quatre infirmiers manifestent un manque d'accomplissement personnel avec un niveau bas. Alors que chez les trois autres infirmiers on a pas trouvé des signes de manque d'accomplissement personnel et cela a été confirmé à travers le score élevé obtenus de l'échelle MBI.

Selon les résultats obtenus il s'avère que notre quatrième hypothèse est **confirmée**.

Résumé :

L'étude faite sur l'épuisement professionnel chez nos sept cas d'infirmiers de l'oncologie nous a permis d'avoir des résultats, ces derniers nous ont permis de répondre à nos hypothèses de départ et de ce fait, les infirmer ou les confirmer dans la discussion des hypothèses.

Conclusion Générale

Conclusion

Le burn out, définit comme une brulure interne. C'est un concept neuf, il est une caractéristique de la relation d'aide qui englobe, et dépasse le stress. Le burn out affecte des professionnels impliqués dans leurs métiers et plus particulièrement les professionnels qui sont engagé dans une relation d'aide tel que les infirmiers qui exerce dans un service d'oncologie.

La profession d'infirmier comme toute profession sociale, nécessite beaucoup de travail et d'énergie mais aussi avoir des compétences adéquates, est une forte interaction avec autrui. C'est une profession très lourde pleine de challenges, de contraintes et de responsabilité envers les patients.

Les activités de l'infirmier dans un service d'oncologie, peuvent engendrer chez ces derniers un risque d'épuisement professionnel. On se demandant si les infirmiers de service d'oncologie subissent un épuisement professionnel avec ces trois dimensions à savoir, l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation (déshumanisation), et le manque d'accomplissement personnel.

Pour vérifier la présence de ce syndrome chez les infirmiers du service d'oncologie, nous avons utilisé deux instruments afin de vérifier nos hypothèses avancées dans la problématique, à savoir l'échelle de Maslach (MBI) qui mesure le niveau d'épuisement professionnel en plus d'un entretien semi-directif, pour rassembler les données nécessaire qui nous permet de décrire les facteurs le syndrome d'épuisement professionnel.

Nous avons vu, grâce aux résultats de notre étude que notre population d'étude enquêtée qui est les infirmiers de service d'oncologie présente un épuisement professionnel avec des degrés différents d'un infirmier à un autre.

Donc ce qui résulte de notre recherche, c'est que les infirmiers manifestent le syndrome d'épuisement professionnel avec des niveaux différents.

Nous avons aussi enregistré que notre population d'étude, comportent plusieurs sources de stress et d'épuisement professionnel appartenant surtout aux contraintes liées aux conditions de travail à savoir le manque de matériels performants ainsi qu'au milieu de travail défavorable, sans oublier le volume de travail et les tâches à accomplir.

Malgré que les résultats de notre étude ont pu relever un profil spécifique concernant la présence de l'épuisement professionnel chez la population des infirmiers de service d'oncologie, qui se rapproche à celui décrit dans la littérature scientifique, ces derniers restent des résultats liés aux infirmiers de service d'oncologie de l'hôpital publique d'Amizour, et ne peuvent pas être généralisés à l'ensemble des infirmiers qui travaillent dans différents services d'oncologie au niveau de la Wilaya, ou au niveau national, ou international.

Nous pensons que la situation d'épuisement professionnel peut être améliorée par la mise en œuvre de certaines mesures afin de faire face à cet état d'épuisement professionnel qui sont les suivantes :

- 1-L'amélioration de la qualité des relations entre le personnel du service en générale et entre les infirmiers en particulier.
- 2-La mise en place d'intervention d'un psychologue de travail dans le service afin d'aborder les difficultés professionnelles.
- 3-La proposition des techniques de relaxation dans le but de diminuer la pression du travail, et encourager les activités loisirs et les divertissements comme le sport.

Enfin, nous avons vu que l'épuisement professionnel est reconnu comme un risque professionnel pour les infirmiers du service d'oncologie. De ce fait nous encourageons d'autres chercheurs à s'élargir encore plus sur ce thème.

Les difficultés rencontrées

Dans l'élaboration de notre projet de recherche sur l'épuisement professionnel chez les infirmiers de l'oncologie, on a été confronté de part et d'autre à plusieurs difficultés.

D'abord sur le plan théorique, la plus grande contrainte qui a été constatée est nul doute au niveau de la documentation, le manque d'étude locale et étrangère sur l'épuisement professionnel en générale et sur l'épuisement professionnel des infirmiers exerçant en oncologie en particulier a été un frein pour l'avancement de notre recherche.

A cela s'ajoute plusieurs complications au niveau de la pratique, car lors de notre stage au sein de **L'EPH D'AMIZOUR**, on a constaté un manque d'investissement.

Sur le plan pratique, on a plutôt eu du mal à prendre en charge l'entretien dans un endroit adéquat et approprié.

ANNEXES

ANNEXE A :

Guide d'entretien

AXE I : Identification personnelles

1-Nom et prénom :

2-Sexe :

3-Age :

4-Situation familiale :

5-Niveau d'instruction :

6-Profession :

AXE II : information liée a la profession de l'infirmier :

1-Comment vous vous êtes retrouvé dans cette profession d'infirmier ?

2-Pouvez vous me parlez de la signification de métier d'infirmier pour vous ?

3-Pouvez –vous nous parles de vous tache dans se service ?comment trouvez- vous ces activités ?

4-Dans quelle état se trouve le service est ce qu'il est équipées ?

5-Quelle sont les ressources humain et matérielle qui manque ?

AXE III : Information lié au déroulement du travail :

- 1-Pouvez vous nous parlez de votre volume horaire ?
- 2-Est-vous satisfait de votre emploi de temps hebdomadaire ?
- 3-Estimez-vous qu'il y a une surcharge au travail ?
- 4 : Pouvez vous me parlez de votre perception concernant votre salaire ?

AXE IV : Information lié aux relations socioprofessionnelles :

- 1-Pouvez-vous nous parler de vos relations avec vos collègues ?
- 2-Pouvez-vous nous parler de la qualité de vos relations avec les patients ?
- 3-Comment qualifier vous le climat d'ambiance dans le service ?
- 4-Comment vous arrivez à faire l'équilibre entre votre travail et vos obligations personnelles ?

AXE V: Le burn out :

- 1-Votre capacité au travail a-t-elle été réduite suite à des préoccupations professionnelles stressantes ?
- 2-Comment vous arrivez à gérer ce stress lié au travail ?
- 3-Comment est votre motivation au travail aujourd'hui ?
- 4-Comment vous qualifier votre état physique et émotionnel depuis le début de votre carrière ?
- 5-Vous sentez qu'il y a un manque d'énergie physique et psychique et une perte d'amour au travail ?
- 6-Si vous devez définir votre état général que direz-vous ?

Annexe B :

Echelle d'épuisement professionnelle MBI (Maslach Burn out Inventory)

Fréquences Items	jamais	Quelque fois par An au moins	Une fois par Mois au moins	Quelque fois par mois	Une fois par mois	Quelque fois par semaine	Chaque jour
1-je me sens émotionnellement vidé par mon travail							
2-je me sens à bout a 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 ressentent							
5-je sens que je m'occupe de certains patients de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets							
6-travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort							
7-je m'occupe très efficacement des problèmes de mes patients							
8-je sens que je craque à cause de mon travail							
9-j'ai l'impression a 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 travail « trop dur » ans mon travail							
15-je me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certain de mes patients							
16-travailler en contacte direct avec les gens me stresse trop							
17-j'arrive facilement a créer une atmosphère détendue avec mes patients							
18-je me sens ragaillardie(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes patients							
19-j'ai accompli beaucoup de chose qui 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 me rendent responsable de certains de leurs problèmes							

Annexe : C

Tableau récapitulatif des résultats de l'échelle d'épuisement professionnel(MBI)

Dimension Cas	Epuisement émotionnel		Dépersonnalisation		Accomplissement personnel		Score moyen d'épuisement professionnel	Niveau d'épuisement professionnel
	Score	Niveau	score	niveau	Score	niveau		
Cas n°01	39	Elevé	5	bas	40	Elevé	28	bas
Cas n°02	45	Elevé	13	Elevé	32	Bas	30	Elevé
Cas n°03	39	Elevé	16	Elevé	29	Bas	28	Elevé
Cas n°04	38	Elevé	8	Modéré	43	Elevé	29.66	Bas
Cas n°05	50	Elevé	13	Elevé	30	Bas	31	Elevé
Cas n°06	27	Modéré	1	Bas	29	Bas	19	bas
Cas n°07	4	Bas	6	Modéré	47	Elevé	19	Bas

Liste bibliographique

-les ouvrages :

1-Boudoukha.A.H, burn out et traumatismes psychologique, Dunod ; Paris, 2009.

2-Canoui.P, Mauranges. A, Le burn out à l'hôpital. Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants. 4^{ème} édition, Masson, Paris, 2008.

3-Chahraoui. Kh.et Bénony. B. Méthode, évaluations et recherche en psychologie clinique. Dunod, Paris, 2003.

4-Chauchat.H, L'enquete en psychosociologie, 2^{ème} éd., édition : PUF.1999

5-Delbrouk.M, Le burn out du soignant, 1^{er} édition, De Boeck, 2004.

6-Grebot.E, Stress et burn out au travail, édition Eyrolles. Paris, 2008.

7-Gotman.A ET Blanchet.A. L'enquête et ses méthodes « l'entretien », 2^{ème} édition, édition Armand Colin, 2007

8-KHiati.M, Guide des soins infirmiers, 5^{ème} édition, éd Office des publications universitaires, 2006.

9-Muchielli.R, Le questionnaire dans l'enquête psycho-sociale, éd N°10, ESF édition, 1993.

10-Hoerni.B, et all.Cancérologie et hymophathie : soins infirmiers. 4eme édition, Masson, 2005.

11-Société Algérienne De la Psychiatrie, Troubles psychiques post-traumatiques, Unicef ,2000.

-Les revues :

1-.Autre.P t, soins palliatifs en équipe, rôles infirmière, 2006

2-Boudaren, « Souffrance au travail et Burn out chez des agents de Police en exercice : Une étude préliminaire », 2004, N°2.

3- Berkouche.F, « l'épuisement professionnel, ou burn out », N°20, Santé-MAG ,2003.

4- Comité OMS d'experts des soins infirmiers, Cinquième rapport, N°347 ,1966.

5- Leupold.J, « burn out : informations destinées aux personnes touchées et leurs proches ».édition Lundbeck, 2007.

6-Cathébras.P et all « épuisement professionnel chez les médecins généralistes ».édition Masson, 2004.

7-Chazarin.C. « L'usure professionnelle est-elle un risque pour l'infirmière », N°27 ,1991.

8-Hamdi Cherif.M ET Mahnane.A. « Épidémiologie du cancer du sein en Algérie » SAOM ,2012.

9-. Horde P, oncologie- définition, santé médecine.net 2014

10- Introduction des Normes de pratique et compétences pour l'infirmière spécialisée en oncologie, 2006.

11-Comité consultatif des infirmières en oncologie

12-Rôle de l'infirmière pivot en oncologie, Québec, 2008

13-.Truchot.D et al, Epuisement professionnel chez les médecins généralistes n°33, Masson, paris, 2004.

14- Truchot.D et Boteyrou.X, « Le burn out chez les infirmiers en cancérologie : une approche contextuelle du modèle exigences-contrôle-soutien, vol 16,N°1, laboratoire de psychologie, France,

-les dictionnaires :

1-Barrier.JH ET all, l'infirmier (termes médicaux, soin infirmier).Ellipses, 1992.

Les thèses

1-Boulkroune.N, le syndrome de burn out chez les enseignants du supérieur, université Mentouri de Constantine, Faculté des sciences humaine et sociale, d'partement de psychologie ? Des sciences de l'éducation n et d'orthophonique, spécialité psychologie clinique. (2007-2008).

2-Wiertz.R, Psychiatres et burnout ? etude de la prévalence du syndrome d'épuisement professionnel auprès des psychiatres hospitaliers du Nord Pas de Calais, DES de médecine générale. Lille.2012.

3-Benatia.Y, L'épuisement professionnel chez les infirmiers urgentiste, université de Constantine, 2007-2008.

-Site internet :

1-<http://www.ac-creteil.fr/SMS/idf/visites/ap-hp.htm> 15/05/2015 21h23mn

2-<http://www.doctissimo.fr/html/santé/medecins-spécialistes/concérologie-oncologie.htm>.03/04/2015 14h25mn