

LINE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

**MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA
RECHERCHE SCIENTIFIQUE**

UNIVERSITÉ D'ORAN

FACULTE DES SCIENCES SOCIALES

**DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE ET DES SCIENCES DE
L'EDUCATION**

**MEMOIRE
DE MAGISTER EN PSYCHOLOGIE CLINIQUE
SPÉCIALITÉ PSYCHOPATHOLOGIE**

**L'ETUDE DU SYNDROME DU BURN OUT CHEZ UNE
POPULATION A RISQUE :
*CAS DES MEDECINS DES SAMU D'ALGER, BLIDA ET MEDEA,
INTERVENANTS DANS LE CADRE DE L'URGENCE MEDICALE
DANS UN CONTEXTE DE CATASTROPHE.***

PRÉSENTÉ ET SOUTENU PUBLIQUEMENT

Par

BENFERHAT AMIROUCHE

Sous la Direction du Professeur Mme B. MOUTASSEM -MIMOUNI

ANNEE : 2008

LINE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

**MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA
RECHERCHE SCIENTIFIQUE**

UNIVERSITÉ D'ORAN

FACULTE DES SCIENCES SOCIALES

**DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE ET DES SCIENCES DE
L'EDUCATION**

**MEMOIRE
DE MAGISTER EN PSYCHOLOGIE CLINIQUE
SPÉCIALITÉ PSYCHOPATHOLOGIE**

**L'ETUDE DU SYNDROME DU BURN OUT CHEZ UNE POPULATION A
RISQUE :**

***CAS DES MEDECINS SAMU D'ALGER, BLIDA ET MEDEA,
INTERVENANTS DANS LE CADRE DE L'URGENCE MEDICALE
DANS UN CONTEXTE DE CATASTROPHE.***

PRÉSENTÉ

Par

BENFERHAT AMIROUCHE

Composition du jury :

Monsieur le Professeur MEZIANE MOHAMED	Président
Madame le Professeur MOUTASSEM- MIMOUNI BADRA	Directrice de recherche
Madame CHERIF HALOUMA Maître de conférence	Examineur
Madame KAHLOULA SOUAD Maître de conférence	Examineur
Monsieur FESIANE HOUCINE Maître de conférence	Examineur

ANNEE : 2008

« Terrifiante est l'épreuve, intense est le supplice, quand l'oreille commence à entendre et quand l'œil commence à voir ». Frances Tustin : Le trou noir de la psyché, les barrières autistiques chez les névrosés. Edition le Seuil. p, 249.

« Mais Carthage, détruite, pillée, brûlée, le sel planté sur son territoire ; qui rendra justice aux femmes qui façonnèrent des cordages de leurs cheveux, aux hommes qui firent des navires des poutres de leurs maisons ? Et nous, nous participons à ce monde saccagé. Nous fûmes Numides, en chacun de nous un peu de Carthage brûle encore. » Mourad Bourboune

"Quel que soit le point de la course où le terme m'atteindra, je partirai avec la certitude chevillée que, quels que soient les obstacles que l'histoire lui apportera, c'est dans le sens de sa libération que mon peuple (et à travers lui les autres) ira. L'ignorance, les préjugés, l'inculture peuvent un instant entraver ce libre mouvement, mais il est sûr que le jour viendra où l'on distinguera la vérité de ses faux-semblants. Tout le reste est littérature".

Mouloud Mammeri Entretien avec Tahar Djaout, 1987.

A la mémoire de mon défunt père, qui vient de nous quitter en ce triste 1^{er} novembre 2008, pour m'avoir insufflé la combativité dans la sagesse et dans la dignité. Que son âme repose en paix !

A ma mère que sa nature réfractaire à toute domination, l'a conduite à se battre contre l'occupation de l'armée française...

A mon épouse et mes enfants qui ont supporté les interminables heures d'études, de préparation d'examens et de rédaction de ce mémoire, en étant toujours patients et tolérants face à ce perpétuel étudiant.

A toute ma famille ; mes frères et sœurs, mes neveux et nièces,

A mes beaux parents

Je dédie chaleureusement ce mémoire.

Je voudrais exprimer toute ma reconnaissance et profonde gratitude à mon directeur de recherche, Madame le Professeur BADRA MOUTASSEM-MIMOUNI, Professeur au département de psychologie et des sciences de l'éducation de l'Université d'Oran, pour sa disponibilité de tous les instants, la confiance qu'elle m'a très rapidement accordée et la justesse avec laquelle elle a su orienter et encadrer ce travail.

Et je tiens, très sincèrement, à remercier chaleureusement :

Tous les enseignants, qui m'ont apporté leurs aides et soutien. Qu'ils trouvent ici l'expression de ma très haute considération.

Mon cousin Ramdane pour son aide, ses encouragements et son soutien. Qu'il trouve ici mes vives reconnaissances.

Mes collègues et amis, pour leur aide et leur soutien. Qu'il trouve ici l'expression de mes vives reconnaissances.

Cette recherche n'aurait pas pu être réalisée sans la participation et la collaboration généreuse à cette étude ; des médecins chef, des coordinateurs et médecins intervenants des SAMU d'Alger, de Blida, Médéa et d'Oran. Et je tiens à leurs exprimer mes vives reconnaissances :

Au Docteur FELLOUH CHOUKRI Médecin chef de service du SAMU d'Alger et ses assistants les Docteurs ; BENS Aidane AZIZ, GASSEM MOHAMED, ABDOUN KAMEL, et à toute l'équipe du SAMU du CHU de Mustapha Bacha, et des unités SAMU de Bâb El Oued, de Béni-Messous et de Rouïba.

Au Docteur REKKABI YACINE Médecin chef de service du SAMU de Blida et à toute son équipe.

Au Docteur BOUAHMED Médecin chef de service du SAMU de Médéa et à toute son équipe.

Au Docteur LAHOUAL Médecin chef de service du SAMU d'Oran, son assistant le docteur KHAOUA ainsi qu'à toute l'équipe du SAMU.

Mes remerciements vont aussi au personnel administratif de ses différents SAMU, qui m'ont aidé de près ou de loin. Qu'ils trouvent dans ces quelques lignes le témoignage de ma profonde reconnaissance.

Je remercie chaleureusement les membres du jury qui m'ont fait l'honneur d'accepter d'évaluer ce modeste mémoire de magister et qu'il trouve ici l'expression de ma profonde gratitude :

A Monsieur le Professeur MEZIANE MOHAMED, Professeur à la faculté des sciences sociales, de l'Université d'Oran.

Vous avez accepté la présidence de ce jury,
Qu'il me soit permis à cette occasion de vous exprimer ma profonde
Gratitude et mon plus profond respect.

Au Docteur CHERIF HALOUMA, Maître de conférences à la faculté des sciences sociales, de l'Université d'Oran.

Vous me faites l'honneur de compter parmi les membres de ce jury,
Soyez assurés de mes sincères remerciements et de ma profonde gratitude.

Au Docteur KAHLOULA SOUAD, Maître de conférences à la faculté des sciences sociales, de l'Université d'Oran.

Vous m'honorer de siéger au sein de ce jury,
Recevez ici le témoignage de ma profonde gratitude.

Au Docteur FSIAN HOCINE, Maître de conférences à la faculté des sciences sociales, de l'Université d'Oran.

Vous m'honorer de compter parmi les membres de ce jury,
Recevez ici le témoignage de ma profonde gratitude.

DEDICACES	ii
REMERCIEMENTS	iii
SOMMAIRE	V
RÉSUMÉ	1
INTRODUCTION	5
PREMIERE PARTIE : LA PROBLEMATIQUE	
1. PROBLEMATIQUE	14
1.1. Enoncé du problème	14
1.2. Etat de la question	18
1.3. Le cadre théorique	21
1.4. Question d'étude	27
1.5. Méthodologie	29
DEUXIEME PARTIE : LA REVUE DE LA LITTERATURE	
Chapitre I : Histoire et définition du syndrome du Burn out	33
1.1. Naissance et émergence d'un nouveau concept : Le Burn out	33
1.2. Evolution et définition de la notion de burn out	37
1.2.1. Le burn out défini comme un processus	39
1.2.2. Le burn out défini comme un état	41
1.3. Les principaux termes utilisés actuellement	43
1.3.1. Le Burn out syndrome	43
1.3.2. Karoshi	43
1.3.3. Syndrome d'épuisement professionnel	44
Chapitre II. Sémiologie et étiologie du syndrome du burn out	46
2.1. La symptomatologie spécifique	46
2.2. La symptomatologie non spécifique	50
2.3. Les phases du burn out	51
Phase 1. L'enthousiasme idéaliste	51
Phase 2. La stagnation	52
Phase 3. La frustration	52
Phase 4. L'apathie	53
2.4. L'étiologie du syndrome du burn out	54
2.4.1. Les variables organisationnelles	56
2.4.2. Les variables interindividuelles	59
2.4.3. Les variables intra-individuelles	60
2.5. Les professions à risque	64
Chapitre III. Les facteurs influençant le syndrome du burn out	66
3.1. Le stress	66
3.1.1. L'Eustress ou stress normal	71
3.1.2. Le Distress ou stress pathologique	72
3.1.3. La taxonomie des syndromes de stress	76

ive	84
.....	84
.....	84
3.2.3. La réévaluation	84
3.3. Le coping et les stratégies d'ajustement face au stress	85
3.4. La relation entre coping et syndrome de burn out	88
Chapitre IV : Les modèles théoriques du stress professionnel	90
4.1. La théorie de la conservation des ressources	90
4.2. Le modèle Person- Environnement fit de French	91
4.3. Le modèle Déséquilibre- Effort-Récompense de Siegrist.....	92
4.4. Le modèle Exigence – Contrôle de Karasek.....	93
4.5. Le modèle Exigence – Ressources (E-R)	94
Chapitre V : Epidémiologie, prévalence et conséquence du burn out	97
5.1. Epidémiologie et prévalence du syndrome du burn out.....	97
5.2. Les conséquences du syndrome du burn out	101
5.3. Le syndrome du burn out et la dépression nerveuse.....	104
5.4. Le syndrome du burn out comme la maladie professionnelle.....	105
Chapitre VI : Approche thérapeutique et préventive du burn out	106
6.1. Aspect thérapeutique	106
6.2. Aspect préventif	107
6.2.1. Le soutien psychologique.....	107
6.2.1.1. Les groupes de parole.....	106
6.2.1.1.1. Les groupes Balint.....	108
6.2.1.2. Les techniques de débriefing.....	111
La technique du débriefing collectif	112
Comment se déroule un débriefing collectif	112
Phase 1: Introduction	113
Phase 2: Les faits	114
Phase 3: Les réflexions	114
Phase 4: Les émotions	114
Phase 5: Les symptômes.....	115
Phase 6: La normalisation.....	115
Phase 7: Le futur	116
6.2.1.3. La supervision clinique	116
6.3. Les actions de prévention mises en pratique en Europe.....	118
TROISIEME PARTIE : METHODE, MATERIEL ET RESULTATS	
Chapitre I : METHODOLOGIE	122
1.1. Type d'étude	122
1.2. Population de l'étude.....	122
1.3. Déroulement de l'enquête	122
Chapitre II : RECUEIL DES DONNEES	124
2.1. VOLET QUANTITATIF	124
2.1.1. Le questionnaire	124
2.1.2. Les variables susceptibles d'influencer le burn out.....	128

.....	130
.....	130
.....	130
2.2.2.1. Réalisation des entretiens	131
Chapitre III : ANALYSE DES RESULTATS	132
3.1. Le traitement des données	132
3.1.1. Analyse des données quantitatives.....	132
3.1.2. Analyse des données qualitatives.....	133
Chapitre IV: RESULTATS	134
4.1. VOLET QUANTITATIF	135
4.1.1. Participation.....	135
4.1.2. Caractéristiques sociodémographiques des médecins répondants	137
4.1.3. Evaluation du syndrome du burn out.....	141
4.1.3.1. Le score du burn out des médecins des SAMU au MBI	141
4.1.3.2. Comparaison des resultats au MBI des médecins des SAMU	144
4.1.3.3. La relation entre facteurs sociodémographiques et burn out.....	148
4.2. VOLET QUALITATIF.....	156
4.2.1. Participation.....	156
4.2.2. Objectif de l'entretien	156
4.2.3. Déroulement des entretiens	157
4.2.4. Résultats des entretiens	158
4.2.5. Synthèse des resultats des entretiens.....	165
Chapitre V : SYNTHESE DES RESULTATS	167
Chapitre VI : DISCUSSION DES RESULTATS	170
CONCLUSION.....	177
BIBLIOGRAPHIE	183
TABLE DES ILLUSTRATIONS	191
1. Table des tableaux.....	191
2. Table des Figures	193
ANNEXES.....	194
Liste des abréviations.....	208
ملخص للمذكرة باللغة العربية.....	209

Mots clés. Médecins des SAMU ; Urgence médicale ; Catastrophes ; Stress professionnel ; Burn out ; Épuisement professionnel ; Maslach Burnout Inventory (MBI) ; Variables sociodémographiques ; Soutien psychologique.

Pendant près d'une décennie, les médecins des SAMU de la région du centre : D'Alger, Blida et Médéa, ont intervenu dans le cadre de l'urgence médicale extrahospitalière, d'une manière continue dans un contexte de catastrophe, pour secourir les victimes des attentats terroristes, des inondations de Bâb El Oued et ceux du séisme de Boumerdès et d'Alger. Ces différentes catastrophes rythmèrent, tout au long de ces années, la pratique de la médecine d'urgence, soumettant ces intervenants des secours à un stress professionnel chronique et cumulatif important, exposant ainsi ces derniers à un risque élevé d'épuisement professionnel. En effet, les médecins des SAMU de cette région, ont été les plus exposés aux situations extrêmes comparativement à ceux des autres régions d'Algérie. Les facteurs liés au contexte de travail et les facteurs personnels peuvent contribuer au développement de l'épuisement professionnel ou burn out chez ces soignants. Et malgré la place importante qu'occupent désormais les acteurs des urgences collectives ; les SAMU, les sapeurs pompiers, les intervenants de l'assistance psychologique, peu de recherches se sont intéressées au phénomène d'épuisement professionnel et des facteurs qui lui sont associés chez ses intervenants. Ainsi notre problématique va donc s'articuler autour du syndrome d'épuisement professionnel ou burn out, généré par le stress professionnel chronique lié aux interventions médicales d'urgence dans un contexte de catastrophes.

se propose d'évaluer la prévalence du syndrome de burnout et d'explorer l'incidence des interventions médicales d'urgence qui renvoient au contexte et conditions de travail (la charge de travail et la pression au travail, liés au contexte de catastrophe, associées à l'absence de soutien psychologique en post-intervention), dans la survenue du syndrome d'épuisement professionnel, chez une population à risque en l'occurrence les médecins des SAMU de la région d'Alger, Blida et Médéa, en comparaison avec les médecins du SAMU de la région d'Oran, région qui a été la moins confrontée aux diverses catastrophes de cette dernière décennie. Dans un second temps, cette étude vise à étudier l'influence des caractéristiques sociodémographiques dont l'âge et l'ancienneté, qui peuvent constituer des facteurs de vulnérabilité ou de protection du risque de burnout professionnel chez cette population. Cette étude de type transversal combine de façon complémentaire, les approches quantitative et qualitative. Les données du volet quantitatif sont recueillies au moyen d'un questionnaire auto-administré auprès d'un échantillon de 106 médecins, majoritairement des femmes. L'épuisement professionnel est mesuré par une traduction française de l'inventaire d'épuisement professionnel (MBI) de Maslach et Jackson (1986). Un second volet de l'étude, complémentaire au premier, se propose d'explorer, à travers des entretiens, les différentes situations de stress que subissaient ces médecins dans leur travail, les difficultés et les émotions vécues en rapport avec ces expériences de l'horreur et des hécatombes. Ce volet est réalisé auprès d'un sous-échantillon de sept médecins qui ont accepté de participer à cet entretien, parmi les médecins présentant un degré élevé d'épuisement professionnel, tel qu'évalué à l'aide du Maslach Burnout Inventory.

urs de ces entretiens individuels de type semi-
de contenu. Le modèle théorique « exigences-
ressources » (E-R) de Maslach, Jackson et Leiter (1996), selon lequel
l'épuisement professionnel survient lorsque les exigences professionnelles sont
élevées et les ressources professionnelles limitées, a servi de cadre théorique de
référence à cette étude. Les résultats quantitatifs révèlent que le syndrome du
burn out ou de l'épuisement professionnel dans ses trois dimensions, augmente
chez les médecins des SAMU de la région centre « Alger, Blida et Médéa » et
diminue chez les médecins des SAMU d'Oran. En effet les résultats quantitatifs
de cette étude révèlent selon les critères du MBI, que le score le plus élevé
d'épuisement professionnel est recensé chez la population des médecins des
SAMU de la région du centre de l'Algérie « Alger-Blida-Médéa », enregistrant
le taux le plus important du nombre de médecin en burn out comparativement à
la population des médecins du SAMU de la région ouest, le SAMU d'Oran.
Cette prévalence augmentent aussi bien chez les médecins anciens et moins
anciens dans la profession ainsi que chez les médecins les plus jeunes et moins
jeunes. Sans toute fois mettre en doute le pouvoir immunogène initial que détient
l'ancienneté dans l'exercice de la profession, on pourrait dire que l'effet
salutogène de l'ancienneté s'effrite au passage du temps et fini par perdre son effet
immunogène devant une source de stress récurrente, liée à l'horreur d'une
décennie de violences meurtrières. Les résultats qualitatifs révèlent que les
principaux facteurs associés à l'épuisement professionnel relèvent de
l'environnement du travail, principalement de facteurs organisationnels et du
contexte de travail. Ainsi les éléments liés à un plus fort burnout sont : la charge
de travail importante dans un contexte de catastrophe. Et les résultats montrent
que les facteurs environnementaux du travail qui renvoient au contexte et
conditions de travail, exercent un effet direct significatif sur les trois variables
d'épuisement professionnel.

conclure que l'activité médicale d'urgence de catastrophe, quand elle revêt un caractère durable, associée au soutien psychologique déficient, devient source d'épuisement professionnel. Seuls, ces soignants ne pouvaient se prémunir, de se laisser anéantir par les images des massacres les plus cruels et abominables. Par contre les éléments liés à un moindre burnout sont : l'environnement global de vie et des conditions professionnelles à Oran plus favorables et d'autre part du fait que cette région a été la moins affecté par les hécatombes des cataclysmes et des horreurs des massacres terroristes.

Nous souhaitons que cette étude puisse contribuer à une meilleure compréhension des éléments intervenant dans le syndrome du burn out des soignants avec l'espoir d'améliorer les moyens permettant de le contrer.

décennie allant de 1993 à 2003 plusieurs catastrophes d'origines diverses, tant humaine que naturelle et technologique. Cependant la catastrophe d'origine humaine fut de loin et particulièrement la plus meurtrière avec un bilan estimé à plus de 100.000 morts ; un véritable génocide¹, œuvre de la horde sauvage !

Chaque jour, on assistait à une litanie de massacres : Les massacres de masse, les attentats balistiques, les attentats à la bombe, faisant à chaque fois des dizaines, voire des centaines de victimes. Et pendant toute cette décennie, la société algérienne avait vécu un véritable enfer ; les images de violence, de destruction, de tueries, de barbarie imprégnaient les mémoires, obstruaient l'horizon et amputaient la raison.

Les catastrophes naturelles, ont été elles aussi, meurtrières et ont charrié leur part de victimes : les inondations dévastatrices survenues le 10 novembre 2001 à Bâb El Oued ont fait 713 morts et 116 personnes disparues ; le séisme, d'une magnitude de 6,7 sur l'échelle de Richter a causé respectivement 1382 morts et 3442 blessés dans la wilaya de Boumerdès et 883 morts et 6787 blessés dans la wilaya d'Alger ; les accidents de la route, pendant cette période, (de 1996 à 2004), ont atteint un seuil critique, les services compétents y enregistrèrent 358.000 accidents avec un bilan de 43.888 morts et 496.000 blessés².

¹ Un carnage, une hécatombe.

² Chiffres rapportés par le journal Al Watan. Quotidien indépendant Algérien, du 1 mars 2005.

me avait nécessité la mobilisation immédiate
gences collectives. Ainsi, près d'une décennie

les médecins des SAMU « services d'aide médical d'urgence », au côté d'autres intervenants, ont eu le triste privilège de se retrouver en première ligne sur le front de l'horreur, confrontés à la vision apocalyptique du nombre de morts et de blessés et des multiples destructions. Ces différentes catastrophes rythmèrent, tout au long de ces années, la pratique de la médecine d'urgence soumettant ces intervenants des secours à un stress professionnel chronique et cumulatif important.

Il nous faut néanmoins préciser que c'est la région centre, - Alger, Blida et Médéa, - bien plus que d'autres, qui en était d'avantage touchée - d'où son appellation de triangle de la mort ! Les médecins de ses SAMU ont été par conséquent plus exposés aux situations extrêmes comparativement à ceux des autres régions d'Algérie. Leur vie professionnelle, - soumise à des violences intenses et répétées, émaillée de massacres au quotidien et de scènes horribles : décapitations, mutilations, corps déchiquetés et brûlés dans les attentats à la bombe, sévices moraux infamants etc., - était bouleversée par ces événements stressants et émotionnellement choquants.

Et c'est lors du séisme qui avait ébranlé Boumerdès, ou nous avons eu à intervenir en qualité de psychologue au coté des équipes de secours que nous nous sommes rendu compte, au cours des discussions et des échanges avec les médecins des SAMU pendant les heures de gardes au poste de coordination des opérations (abrégativement appelé P.C.O.) combien ils étaient marqués par les images de l'horreur et imprégnés par leurs souvenirs. Ils avaient la sensation de ne plus avoir d'énergie, d'être « usés », et de subir le travail ; ils se plaignaient d'une fatigue continue et d'épuisement mental généré par un stress professionnel chronique.

Le stress professionnel chronique et cumulatif est l'un des facteurs de l'épuisement professionnel ou burn out chez les professions d'aide. Ainsi pour B. Bierens de Haan: « *La phase ultime du stress cumulatif est le burn out. Un état d'épuisement physique, émotionnel et mental causé par un engagement prolongé dans un contexte à haute charge émotionnel. Ces personnes, victimes à la fois d'une fatigue dépassée, d'une hyperactivité stérile et d'une anosognosie, cèdent au découragement et au cynisme* »³.

De même pour Pierre Canoui et Aline Maurangues, l'épuisement est secondaire à une accumulation de stress au niveau de la personne. Ils diront qu'il faut penser le burn out comme un phénomène long et évolutif et qu'on parlera d'épuisement professionnel chez les intervenants, après des expositions à des stress professionnels durant des périodes allant de un à cinq ans⁴.

Noëlle Girault-Lidvan, de son côté, abonde dans le même sens, pour elle : « *Le syndrome du burn out apparaît clairement comme le résultat de l'expérience de stress professionnels inhérents aux relations sociales impliquées par la pratique d'une profession d'aide, et plus exactement comme le résultat de tentatives d'adaptation infructueuses face à ces stress* »⁵.

Et c'est le Docteur Freudenberger, médecin psychiatre psychanalyste Américain, qui le premier en (1974), constatant des symptômes d'épuisement professionnel auprès de son équipe médicale, a baptisé cet état de *burnout*.

³ Dr Bierens De Haan (B.): Le débriefing émotionnel collectif des intervenants humanitaires: l'expérience du CICR. Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale Tome VI, N°53, Février 2002.

⁴ Pierre Canoui & Aline Maurangues : Le syndrome d'épuisement des soignants, de l'analyse aux réponses. Edition Masson : 3eme édition 2004. p 25.

⁵ Noëlle Girault Lidvan : Le patient, un individu d'abord. Revue Sciences de l'association française pour l'avancement des sciences (l'AFAS) du 2 Avril 1996, p 64.

s'écrit également *burn out* ou encore *burn-out*

à la terminologie aérospatiale où il désigne, dans son acception première, l'épuisement du carburant d'une fusée qui entraîne la surchauffe et l'explosion du réacteur. Il désigne donc l'état de l'individu vidé de toute son énergie, comme s'il avait été victime d'un incendie intérieur. Il est traduit dans la terminologie française, par ***épuisement professionnel*** ou ***usure professionnelle***.

La majeure partie des études sur le syndrome d'épuisement professionnel ou burn out, ont été consacrées au personnel soignant infirmier. Et il existe très peu de recherches qui ont ciblé les acteurs des services de secours ou des urgences collectifs en situations de catastrophe ; il y a eu toutefois quelques études en France et en Belgique qui se sont intéressées à l'épuisement professionnel chez les sapeurs pompiers et les médecins humanitaires.

Mais très rares sont les études qui se sont intéressées à l'étude de ce phénomène chez des médecins des SAMU, intervenants de manière soutenue et continue pendant près d'une décennie dans un contexte de catastrophe.

En Algérie la seule étude sur le burn out, est celle réalisée par le médecin psychiatre Mahmoud Boudarene et qui a concerné les agents de police⁶.

⁶ Dr Mahmoud Boudarene : Souffrance au travail et Burn out chez des agents de Police en exercice. Une étude préliminaire. Le Journal International de Victimologie, Année 2, Numéro 2, Avril 2004.

ils s'accordent sur le potentiel avéré du risque chez les acteurs des secours et de l'urgence médicale, pendant les catastrophes. Les facteurs personnels et ceux liés à l'organisation du travail et à l'environnement y contribuent à son développement chez ces intervenants. Outre ces conséquences sur la santé des individus, le stress professionnel entraînerait aussi des conséquences sur l'organisation hospitalière: une élévation du taux d'absentéisme, une augmentation du roulement de personnel « Turn-over*», et un plus bas niveau de performance⁷.

De ce fait, il revient à la communauté médicale et aux décideurs, de se pencher sur la problématique de l'épuisement professionnel « burn out » des soignants et d'élaborer des stratégies de prévention au même titre que celles des risques physiques, chimiques et biologiques qui peuvent menacer la santé et le bien être des personnels soignants dans l'exercice de leur fonction.

Et ainsi, une meilleure compréhension des facteurs intervenants dans l'épuisement professionnel de ses soignants contribuerait à améliorer les actions de prévention et de lutte contre ce syndrome. Assurément, prévenir le burn out, c'est d'abord reconnaître ce syndrome afin d'en détecter les premiers signes pour utiliser les solutions idoines avant l'installation véritable de ce mal.

La présente étude vise à améliorer notre connaissance du syndrome d'épuisement professionnel chez les médecins des SAMU et d'examiner le rapport entre l'épuisement professionnel et le stress professionnel chronique induit par le contexte des interventions dans les situations extrêmes des diverses catastrophes.

*Changement fréquent de personnel dans une équipe. Quand il est excessif, cela souligne généralement: soit que le travail est particulièrement éprouvant, soit que le management est de mauvaise qualité, soit que l'atmosphère des rapports humains dans l'équipe est destructeur.

⁷ Pierre Canoui & Aline Maurangues: Le syndrome d'épuisement des soignants, de l'analyse aux réponses. Edition Masson : 3eme édition. Paris 2004. p77.

propose prioritairement d'évaluer le niveau des médecins des SAMU de la région dite triangle de la mort ; Alger, Blida et Médéa, comparés à ceux du SAMU d'Oran, qui eux, n'ont pas été confrontés aux mêmes situations extrêmes et aussi de vérifier l'influence des caractéristiques sociodémographiques, l'âge et l'ancienneté dans la profession, sur l'épuisement professionnel chez ses médecins.

Un second volet de l'étude, complémentaire au premier, se propose d'explorer, à travers des entretiens, les différentes situations de stress que subissaient ces médecins dans leur travail, les difficultés et les émotions vécues en rapport avec ces expériences de l'horreur et des hécatombes. Ce volet est réalisé auprès d'un sous-échantillon de sept médecins qui ont accepté de participer à cet entretien, présentant un degré élevé d'épuisement professionnel, tel qu'évalué à l'aide du Maslach Burnout Inventory.

La recherche consiste en une étude de type transversal qui combine, de façon complémentaire, les approches quantitative et qualitative. Les données du volet quantitatif sont recueillies au moyen d'un questionnaire (MBI) auto-administré auprès d'un échantillon de 106 médecins. L'épuisement professionnel est mesuré par une traduction française de l'inventaire d'épuisement professionnel (MBI) de Maslach et Jackson (1986).

Le présent document se divise en trois parties:

Dans la première partie nous exposons, la problématique de l'épuisement professionnel chez des médecins confrontés lors de leurs interventions médicale d'urgence pendant plus d'une décade à différentes catastrophes. Nous présentons aussi un modèle théorique de l'épuisement professionnel et l'énoncé de questions et hypothèses liées à la recherche que nous complétons par la présentation des objectifs et de la pertinence de cette recherche.

de la littérature consacrée au sujet, où l'on aborde la sémiologie, les différents facteurs personnels et environnementaux associés à l'épuisement professionnel, ses conséquences, les professions à risque et enfin les approches thérapeutiques et préventives de ce syndrome.

La troisième partie porte sur la méthodologie de la recherche, ses deux sections décrivent celle retenue pour le volet quantitatif et celle du volet qualitatif de l'étude se rapportant aux médecins des SAMU, et nous retrouvons dans chacune des ces deux sections des informations relatives à l'échantillon, à la procédure suivie, aux informations recueillies, aux instruments utilisés et au mode d'analyse des données.

Un premier chapitre rapportant les résultats quantitatifs de la recherche, comprend une présentation des données descriptives suivie de l'exposé des résultats de l'analyse statistique et de la vérification des hypothèses.

Un deuxième chapitre présentant les résultats qualitatifs des entrevues individuelles, traitants des sources du stress et de l'épuisement professionnel, des sentiments et émotions vécues et des difficultés rencontrées par les médecins dans l'exercice de leur fonction.

Un troisième chapitre discutant et commentant les résultats dégagés de la recherche. Nous y abordons d'abord ceux relatifs à l'épuisement professionnel des médecins des SAMU de la région centre « Alger, Blida et Médéa » comparés à ceux de la région ouest, les médecins du SAMU d'Oran. Nous proposons ensuite une discussion des résultats statistiques de l'épuisement professionnel commentant aussi ceux du volet qualitatif de l'étude qui vient compléter et enrichir les résultats quantitatifs.



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

un bref rappel de la recherche et présente les
un commentaire sur la portée et les limites de
l'étude et des suggestions pour des recherches futures.

Enfin, la conclusion contient un ensemble de recommandations ainsi qu'une
ouverture sur une recherche futur.



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

PREMIERE PARTIE : PROBLEMATIQUE

1.1. Enoncé du problème :

Dans l'histoire de l'Algérie indépendante, il n'y avait jamais eu autant de morts et de blessés que durant les années 1993 à 2003. Plusieurs catastrophes ; terrorisme, inondations et séisme ont été à l'origine d'une véritable hécatombe. Chaque jour et durant près de dix ans les massacres des populations n'avaient pas cessés : victimes d'attentats balistiques, d'attentats à la bombe, et de massacres de masse. Une véritable entreprise génocidaire avec un déferlement d'horreurs inouïes. Des hommes et des femmes, des enfants jusqu'aux nourrissons, ne furent pas seulement tués, mais suppliciés.

Devant cette situation apocalyptique, la mobilisation des différents professionnels de l'assistance médicale d'urgence, de la santé mentale, et de la protection civile, devenait une nécessité d'extrême urgence. Et c'est en effet, dans ce contexte particulièrement stressant que les services d'aide médical d'urgence dénommé SAMU ont été créés et mis au devant de la scène de l'horreur, dont la mission est d'assurer la médecine d'urgence extrahospitalière.

Ils ont occupé une place importante dans le champ des secours pendant les catastrophes, et particulièrement ceux de la région centre, Alger, Blida et Médéa. Les médecins de ses services ont été fortement ébranlés par l'ampleur des désastres. Ils étaient confrontés durant toutes ces années, aux victimes des différentes catastrophes ; séisme de Boumerdès et d'Alger, inondations de Bâb el Oued, massacres de masses et carnages, à Bentalha et Rais, dans les villes et villages de Blida et de Médéa. Au quotidien, ils intervenaient au secours des victimes. Et c'est à juste titre que cette région a été appelée ***triangle de la mort***.

l'aide médical médicale d'urgence en situation prioritaire de secourir, soigner et réanimer sur le site de la catastrophe, pratiquer les premiers soins et transporter à l'hôpital. Cependant l'ampleur de l'hécatombe et le manque de soutien psychologique apporté à ces équipes médicales, ne pouvaient que mettre à rude épreuve leurs efforts d'adaptations face à un contexte de stress et de haute charge émotionnelle.

Et du fait, les conditions de travail avaient tendance à se détériorer. De plus en plus et d'année en année, cette tâche de l'aide médicale d'urgence devenait très éprouvante, extrêmement stressante et émotionnellement choquante. Ces médecins avaient à faire face non seulement au grand nombre de victimes, morts et blessés mais aussi aux dessins et images de l'horreur le plus inqualifiable tels que les décapitations et mutilations, corps brûlées et déchiquetés.

Et beaucoup d'auteurs s'accordent à dire que lorsque le vécu du stress professionnel se situe dans un contexte particulièrement éprouvant sur le plan émotionnel, il peut en résulter une dégradation progressive de la motivation pour le travail, qui s'accompagne d'un sentiment de vide émotionnel intérieur, de réactions et attitudes cyniques envers les patients, avec un sentiment de perte de compétence professionnelle, on parle alors de syndrome d'épuisement professionnel ou de burnout. À cet effet, Anne Marie Pronost souligne, à juste titre, que « *Lorsque les facteurs de stress revêtent un caractère durable, continu et répétitif, l'urgence de la situation devient excessive par rapport aux ressources personnelles. Le soignant devient fatigué et irritable, le stress devenant chronique, l'amenant progressivement vers le développement du syndrome d'épuisement professionnel ou burn-out* ». ⁸

⁸ Anne Marie Pronost & Pierre Tap : Usure professionnelle et formation en soins palliatifs. Cahiers Internationaux de psychologie sociale N°33. 1997.

un état de souffrance extrême du soignant, mentale et physique, accompagnée de la dévalorisation de sa compétence.⁹

Pour Didier Truchot, le syndrome d'épuisement professionnel est défini comme : « *une réaction affective au stress permanent et dont le noyau central est la diminution graduelle, avec le temps, des ressources énergétiques individuelles, qui comprennent l'expression de l'épuisement émotionnel, de la fatigue physique et de la lassitude cognitive* ». ¹⁰

Et, souligne la différence entre stress et syndrome de burn out, en affirmant que : « *Le stress est un terme générique qui réfère au processus d'adaptation temporaire accompagné par des symptômes mentaux et physiques. En contraste, le burnout peut être considéré comme le stade final d'une rupture d'adaptation qui résulte d'un déséquilibre à long terme entre exigences et ressources, et ainsi d'un stress professionnel prolongé. Le stress serait donc le résultat d'une tension passagère, le burnout celui de tensions continues. Aujourd'hui, pour bien des auteurs le burnout est effectivement l'aboutissement d'un stress persistant (Cooper et al., 2001).* » ¹¹

⁹ Anne Marie Pronost & Pierre Tap : La prévention du burn out et ses incidences sur les stratégies de coping. Revue recherche en soins infirmiers N°67, Décembre 2001.

¹⁰ Ibid. p 19.

¹¹ Didier Truchot : Epuisement professionnel et burn out. Concepts, modèles, interventions. Editions Dunod, Paris, 2004. p 39.

liés sur ce syndrome fréquemment rencontré et sociales, notamment chez le personnel soignant ou on parle de l'occurrence du stress destructeur chez le personnel sauveteur. Pierre Canoui et Aline Maurangues, affirment que la confrontation à la souffrance et à la mort est aujourd'hui un des facteurs majeurs de l'épuisement professionnel surtout s'il se double d'une difficulté à être reconnue dans la dimension de l'accompagnement.¹²

Et face à ces difficultés professionnelles, le soutien psychologique apporté à ces intervenants serait l'une des principales ressources pour lutter efficacement contre le syndrome d'épuisement professionnel ou syndrome du burnout. Les intervenants devraient pouvoir s'appuyer sur un environnement professionnel sécurisant qui leurs permettrait de faire face aux difficultés et au stress qui en résulte. Contrairement à cela, tout le réseau des professionnels des secours, de l'assistance médicale d'urgence, et de l'assistance psychologique, qui a été mobilisé pour le secours et la prise en charge des victimes, des différentes catastrophes qu'avait connu la région du centre de l'Algérie avait manqué de soutien psychologique par l'absence d'un dispositif concret d'accompagnement psychologique des équipes intervenantes, ce qui les rendait vulnérables au stress professionnel chronique et les exposait à l'épuisement professionnel.

En effet l'efficacité des secours et le bien être des intervenants des urgences collectives lors des catastrophes dépendent pour une large mesure du soutien psychologique qui leurs est dispensé en post intervention.

¹² Pierre Canoui & Aline Maurangues: Le syndrome d'épuisement des soignants, de l'analyse aux réponses. Edition Masson : 3eme édition. Paris 2004. p 66.

aurait alors pour objectif de favoriser et de
uations du stress de se remettre en marche. Le

soutien psychologique vise donc tout simplement à remettre en service des
mécanismes qui viennent d'être saturés par le stress afin de permettre aux
victimes et aux sauveteurs d'éviter d'être frappés à plus ou moins long terme par
les effets néfastes du stress.¹³

1.2. Etat de la question :

Le syndrome du burn out est l'une des conséquences du stress professionnel qui
semble concerner essentiellement les professions d'aides qui supposent une forte
implication relationnelle. Il toucherait surtout les professionnels exposés à des
relations qui nécessitent une mobilisation constante des ressources cognitives et
émotionnelles.

La plupart des recherches ont été menées aux Etats-Unis et au Canada. Ils ont
inventé, puis adapté le concept de burn out pour décrire la vulnérabilité et la
singularité du stress qui affectent les personnels engagés dans une relation
d'aide : des études, en particulier, ont été faites au Canada auprès des personnels
infirmiers en 1998.¹⁴

Le taux d'épuisement professionnel est en constante progression dans les
professions d'aide, et sa prévalence serait de 10% à 15% chez les professionnels
de la santé et de l'éducation.¹⁵

¹³ Site Internet : www.saifossama.jerren.com

¹⁴ Bédard, Denise & Duquette, André : L'épuisement professionnel, un concept à préciser. Revue
l'infirmière du Québec, 1998.

¹⁵ Vézina, M., Cousineau, M., Mergler, D., Vinet, A. et Laurendeau, M.C : Pour donner un sens au
travail Bilan et orientations du Québec en santé mentale au travail, CSMQ. Editeur, Gaétan Morin,
Montréal. 1992

e et les contacts avec les clients sont au coeur professionnel chez les personnes travaillant en relation d'aide (Maslach, 1978; Maslach et Jackson, 1981a, 1986).¹⁶

Selon, J.P. Villeneuve, & A. Beaudouin ; plusieurs facteurs environnementaux et des facteurs personnels peuvent contribuer à l'épuisement professionnel des intervenants. Les caractéristiques du contexte de travail ou du milieu de pratique représentent des sources potentielles de tension et de stress.¹⁷

Pour M.Vézina et col ; la surcharge de travail, les difficultés liées au rôle, les relations interpersonnelles difficiles avec les collègues et l'administration et le manque de soutien social sont autant de facteurs qui peuvent accroître les risques de stress et d'épuisement.¹⁸

Maslach, Jackson et Leiter (1996) avaient décrit un modèle soutenant que la présence d'exigences spécifiques (la charge de travail et les conflits interpersonnels par exemple) et l'absence de ressources spécifiques (le soutien social, l'autonomie par exemple) détermine l'épuisement professionnel, qui a son tour mène à différentes conséquences négatives, telles que des maladies, des roulements de personnel, l'absentéisme et une moindre implication organisationnelle.¹⁹

¹⁶ Carole Vanier : Etude de l'épuisement professionnel et des facteurs associés chez des intervenantes et intervenants de ressources communautaires. Thèse de Doctorat en psychologie. Université du Québec à Montréal. Août 1999, p 41.

¹⁷ Villeneuve, Jean-Pierre & André Beaudouin: Le cadre de travail et l'épuisement professionnel des intervenants sociaux en Gaspésie. *Revue Service social*, vol. 42, N° 2, p 83-102. 1993.

¹⁸ Vézina, M., Cousineau, M., Mergler, D., Vinet, A. et Laurendeau, M.C : Pour donner un sens au travail Bilan et orientations du Québec en santé mentale au travail, CSMQ. Editeur, Gaétan Morin, Montréal. 1992

¹⁹ Claire Edey Gamassou : Les causes spécifiques de stress et d'implication chez les agents de la fonction publique territoriale. Actes de la journée de recherche du 27 mai 2005. [Site : iae-aix.com](http://iae-aix.com).

ressources (E-R), le développement de l'épuisement est un processus de stress qui est déterminé par les exigences professionnelles et qui résulte de la fatigue, et un processus motivationnel qui repose sur la disponibilité des ressources et qui a pour conséquences les sentiments de dévouement (Bakker & al., 2004. p. 98).²⁰

Leiter soutient que les exigences et les ressources de l'emploi sont liées de façons différentes aux trois dimensions de l'épuisement professionnel, les exigences étant liées à la fatigue tandis que les ressources seraient liées à la dépersonnalisation et au sentiment d'accomplissement réduit.²¹

Didier Truchot, souligne que des facteurs personnels peuvent accentuer la vulnérabilité individuelle aux effets négatifs du stress en milieu professionnel. Ainsi, des caractéristiques sociodémographiques, les attentes, les valeurs et les idéaux personnels et la perception du rôle d'aidant peuvent fragiliser la personne face à l'épuisement professionnel.²²

En effet, dans une étude sur le burnout des médecins libéraux, Bantegnie et Roncari montrent que les médecins de plus de 55 ans ont des niveaux d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation plus faibles que les plus jeunes.²³

²⁰ Claire Edey Gamassou : Les causes spécifiques de stress et d'implication chez les agents de la fonction publique territoriale. Actes de la journée de recherche du 27 mai 2005. Site : iae-aix.com.

²¹ Ibid.

²² Didier Truchot : Epuisement professionnel et burn out : Concepts, modèles, interventions. Editions Dunod, Paris, 2004 p.

²³ Bantegnie D. & Roncari N : Le burnout des médecins libéraux. Mémoire de maîtrise. Reims Champagne Ardenne. 2002.

intéressées à examiner la relation entre le stress et l'épuisement professionnel ou syndrome du burn out. Et de même peu de recherches touchant ce groupe d'intervenants ont exploré le rôle des caractéristiques sociodémographiques dans l'épuisement professionnel.

Et c'est en considérant la vulnérabilité au stress et à l'épuisement professionnel des médecins de l'aide médical d'urgence, l'accroissement du phénomène d'épuisement dans les professions d'aide et le peu de recherche sur ce thème en Algérie, que s'élabore la présente étude.

1.3. Le cadre théorique:

À la lumière des informations extraites de la documentation scientifique et des conclusions qui s'en dégagent, il est maintenant possible de proposer un modèle théorique de l'épuisement professionnel et de postuler des relations entre l'épuisement et différents facteurs. Les informations colligées permettent ainsi, pour le volet quantitatif de la recherche, d'identifier les variables de l'étude, de les présenter à l'aide d'un schéma et de formuler des hypothèses. Elles permettent en outre, pour le volet complémentaire de l'étude, de soumettre des questions de recherche qualitative.

Ainsi, le cadre théorique du syndrome du burn out adopté pour cette étude fut largement inspiré des travaux élaborés autour du modèle exigences-ressources (E-R) de Maslach, Jackson et Leiter (1996), selon lequel l'épuisement professionnel survient lorsque les exigences professionnelles sont élevées et les ressources professionnelles limitées. De mauvaises conditions de travail conduisent à l'épuisement d'énergie et à une baisse de motivation.²⁴

²⁴ Claire Edey Gamassou : Les causes spécifiques de stress et d'implication chez les agents de la fonction publique territoriale. Actes de la journée recherche du 27 mai 2005. Site : iae-aix.com

donc considéré selon ces auteurs davantage
des ressources personnelles.

Les résultats de la méta-analyse de Lee et Ashforth (1996) confirme que les trois dimensions de l'épuisement professionnel sont liées de façons distinctes aux exigences et aux ressources de l'emploi. Ainsi, ces résultats confirment que la fatigue émotionnelle est plus fortement associées aux variables d'exigences de l'emploi tandis que la dépersonnalisation et, surtout, l'accomplissement personnel sont plus fortement liés aux ressources, résultats jugés cohérents par les auteurs avec la théorie d'Hobfoll (Lee et Ashforth, 1996, p. 128, Janssen et al., 1999, p. 76).²⁵

Demerouti, E., Bakker, A.B., De Jonge, J., Janssen, P.P.M., & Schaufeli, W.B., (2001, p. 510) considèrent que ce modèle est une extension des modèles précédents de stress et d'épuisement professionnel, tel que le modèle exigences-contrôle de Karasek (*Job Demands-Control Model*, 1979) et le modèle exigences-soutien-contrôle (*Job Demands-Support-Control Model*).²⁶

En effet, ce modèle repose sur la théorie de préservation des ressources, et présente d'intéressantes perspectives, en raison de sa puissance explicative de l'épuisement professionnel, dans ses dimensions de fatigue et de désengagement, mais aussi grâce à son potentiel d'interventions pour la gestion préventive du stress et de ses conséquences (absentéisme) et pour la promotion de l'implication organisationnelle et de la performance.

²⁵ Claire Edey Gamassou : Les causes spécifiques de stress et d'implication chez les agents de la fonction publique territoriale. Actes de la journée recherche du 27 mai 2005. Site : iae-aix.com

²⁶ Ibid.

nsisté en la formation de paires entre les trois R : les exigences professionnelles (charge de travail, exigences émotionnelles,), les ressources professionnelles (soutien psychologique et social) et l'épuisement professionnel mesurés par le MBI.

Le modèle théorique postule que le burn out mesurés par le MBI, lié à l'environnement de travail comporte deux composantes qui agissent en facteurs protecteurs: les ressources professionnelles (soutien psychologique et social) et l'ancienneté dans la profession, et deux composantes qui agissent en facteurs de risque, les exigences professionnelles (charge de travail dans un contexte de catastrophe, exigences émotionnelles,), et le jeune âge de l'intervenant.

On considère comme partie intégrante du soutien social ; la cohésion des pairs et de soutien du supérieur, et du soutien psychologique ; les séances de débriefing en post-intervention, les groupes de parole type Balint et les séances de supervision clinique. Aussi les principales exigences du travail comprennent, la surcharge de travail et la pression au travail dans un contexte de catastrophe.

Les caractéristiques sociodémographiques dont l'âge et l'ancienneté dans l'exercice de la médecine sont considérées comme facteurs pouvant influencer sur l'épuisement professionnel des intervenants.

1. **Le premier groupe de variable:** est formé des trois dimensions de l'épuisement professionnel qui sont les conséquences prévues, soit l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation de la relation à l'autre et le manque d'accomplissement personnel au travail.

Maslach (1981, 1986) a donnée la définition la plus généralement admise de l'épuisement professionnel (*burnout*) en trois dimensions :

- **Epuisement émotionnel « un sentiment d'assèchement émotionnel » (emotional exhaustion) :** Désintérêt pour le travail, fatigue, nonchalance.
- **La dépersonnalisation de la relation à l'autre (depersonalization) :** Insensibilité au monde environnant, rupture par rapport aux collègues, aux clients, désinvestissement psychologique, repli sur soi, attitude négative par rapport aux autres
- **Un sentiment de non accomplissement personnel au travail (personal accomplishment) :** Insatisfaction, sentiment d'échec, de fatalité, d'incompétence, d'incapacité à répondre aux attentes de son entourage

L'échelle originelle de mesure de l'épuisement professionnel, le MBI (Maslach Burnout Inventory), conçu pour être utilisée auprès de populations de services sociaux, comprend trois sous-échelles qui mesurent les trois dimensions de la définition de Maslach de l'épuisement professionnel.

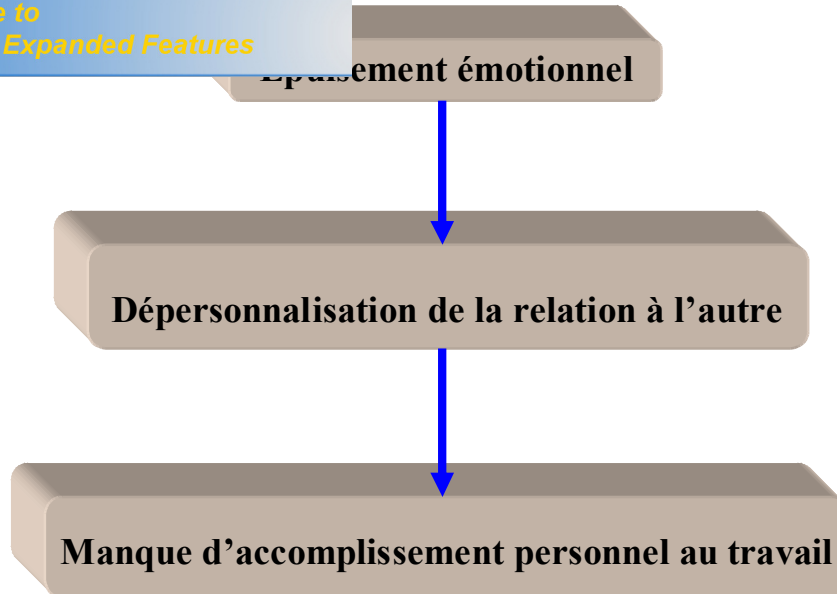


Figure 1: Les trois dimensions du syndrome du burn out d'après Maslach & Jackson (1981.)²⁷

- 2. Le deuxième groupe de variable :** fait référence à des facteurs qui peuvent influencer sur l'épuisement professionnel des intervenants ; la surcharge de travail et la pression au travail dans un contexte de catastrophe, le soutien social, et soutien psychologique en post intervention et les caractéristiques sociodémographiques.

²⁷ Maslach (C) & Jackson (S.E.). The Maslach Burn-out Inventory. Research edition. Palo Alto, CA.: Consulting Psychologists Press, 1981.

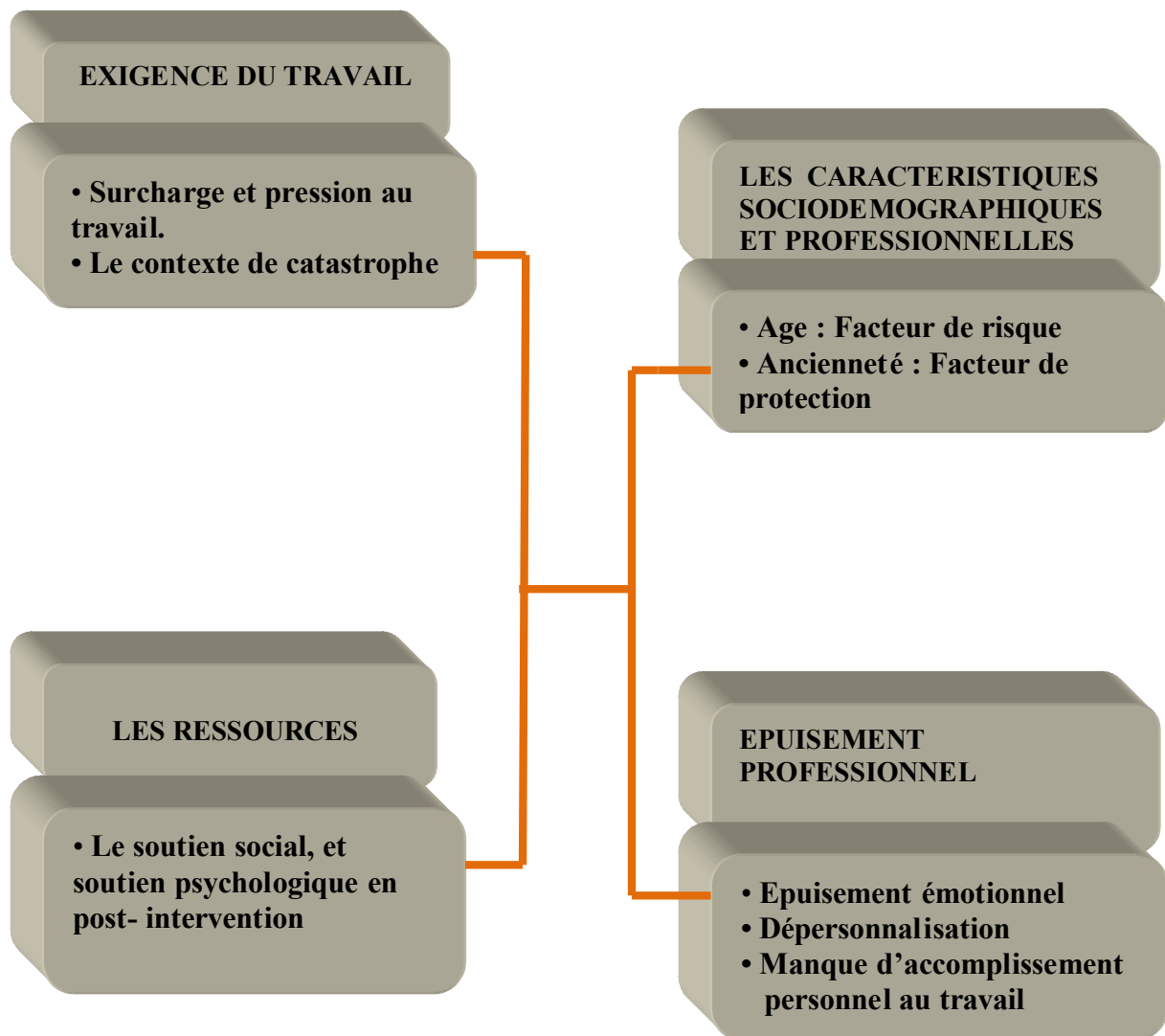


Figure 2 : Le schéma du modèle théorique de l'épuisement professionnel

? », le schéma comprend quatre groupes de formé des trois dimensions de l'épuisement professionnel qui sont les conséquences prévues, soit l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et le manque d'accomplissement personnel. Les trois autres groupes font référence à des facteurs qui peuvent influencer sur l'épuisement professionnel des intervenants, soit des facteurs environnementaux liés à l'exigence du travail, les ressources dont le soutien psychologique et social et les caractéristiques sociodémographiques dont l'âge et l'ancienneté dans l'exercice de la médecine.

1.4. Questions d'étude:

Notre problématique va s'articuler autour du syndrome d'épuisement professionnel ou burn out, généré par le stress professionnel chronique lié aux interventions médicales d'urgence dans un contexte de catastrophes.

A l'issue de la problématique, la question formulée est : Quel est l'impact du stress chronique et cumulatif sur la santé mentale et physique des médecins des SAMU de la région centre « Alger, Blida et Médéa », généré par les interventions médicales d'urgence dans un contexte de catastrophe pendant près d'une décennie?

Ce qui équivaut encore à dire d'une certaine manière : Est ce que les médecins des SAMU de la région centre « Alger, Blida et Médéa » constitue une population exposée au risque élevé d'épuisement professionnel, compte tenue du contexte et de l'environnement du travail? Et d'un autre coté, est ce que les caractéristiques sociodémographiques des intervenants ne constituent-elles pas des facteurs protecteurs ou de risque d'épuisement professionnel ?

Cette section présente les hypothèses de recherche générées par le contexte théorique exposé précédemment. Les hypothèses qui suivent reflètent donc des aspects identifiés dans les écrits scientifiques. Précisons que la relation postulée entre les différents facteurs et l'épuisement professionnel, tel qu'indiqué dans les hypothèses, signifie une relation significative avec chacune des trois dimensions de l'épuisement, soit l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et le sentiment d'un faible accomplissement personnel.

1^{ère} hypothèse : La majorité des médecins des SAMU de la région d'Alger, Blida et Médéa, intervenants avec un engagement prolongé dans un contexte de catastrophe et à haute charge émotionnel, sans un soutien psychologique en post-intervention, développeraient le syndrome du burn out ou d'épuisement professionnel comparativement aux médecins du SAMU de la région ouest, le SAMU d'Oran, qui eux n'ont pas été soumis au même contexte et événements traumatogènes.

2^{ème} hypothèse : les caractéristiques sociodémographiques peuvent exposer ou protéger les médecins contre le syndrome du burn out.

- a) les médecins les plus anciens seraient plus protégés contre le burn out.
- b) les médecins les plus jeunes seraient les plus exposés au burn out.

1.5.1. Population et procédure :

La population concernée par l'étude : Cette enquête concernait l'ensemble des médecins des SAMU de la région centre « Alger, Blida et Médéa » et les médecins du SAMU d'Oran, région ouest du pays.

La méthode d'étude comparative : Nous procédons par une comparaison du taux de burn out pathologique chez les médecins des SAMU des deux régions ; sachant que la région centre est celle qui a été la plus touchée par les différentes catastrophes précédemment citées, mais par contre, la région d'Oran a été la moins confrontée à ces événements et catastrophes.

Dans cette perspective, il nous est possible de développer une approche à deux volets : Dans un premier temps, l'examen de l'incidence des interventions médicales d'urgence dans un contexte de catastrophes, sur l'épuisement professionnel des médecins des SAMU de la région d'Alger, Blida et Médéa en comparaison avec les médecins du SAMU d'Oran. Dans un second temps, elle cherche à étudier l'influence des caractéristiques sociodémographiques aux fins de connaître leurs effets sur l'épuisement professionnel, comme facteurs protecteurs ou facteurs de risque.

La recherche consiste en une étude de type transversal qui combine, de façon complémentaire, les approches quantitative et qualitative. De façon plus spécifique, le volet quantitatif de l'étude poursuit les objectifs suivants:

1. Evaluer le niveau d'épuisement professionnel des médecins des SAMU de la région centre (Alger, Blida et Médéa) comparé aux médecins du SAMU d'Oran.
2. Vérifier l'influence des caractéristiques sociodémographiques et professionnelles sur l'épuisement professionnel.

est le modèle de Christina Maslach, le Test du (Inventory) qui développe trois axes d'étude : l'épuisement émotionnel, la déshumanisation de la relation à l'autre et la diminution du sentiment d'accomplissement personnel au travail. Elle se traduit par un questionnaire auto-administré qui est constitué de 22 items auxquelles les soignants concernés répondent eux-mêmes de façon anonyme, selon une fréquence quotidienne ou hebdomadaire. A ce test sont ajoutées des questions relatives aux caractéristiques sociodémographiques des répondants. Une version française du MBI validée fut utilisée dans la présente étude.

Elle propose également, dans un volet complémentaire, le volet qualitatif, d'explorer à travers des entretiens, les différentes situations de stress liée au contexte, que rencontraient ces soignants dans le cadre de leurs activités médicales d'urgence extrahospitalière ; les difficultés vécues, les émotions ressenties en rapport avec ces expériences d'horreurs et d'hécatombes, et les stratégies utilisées face à ces situations. La collecte des données s'effectue sous forme d'entretien individuel en profondeur de type semi-directif. Il s'agit d'entretiens focalisés, c'est-à-dire avec une grille qui se concentrent sur un segment précis de la vie des répondants, qui est celui de leur vie professionnelle.

1.6. Objectifs de recherche :

L'objectif de cette étude est d'évaluer l'ampleur du syndrome d'épuisement professionnel, et sa gravité. Ce qui nous permet d'éclairer le rôle des facteurs de stress et l'influence des caractéristiques sociodémographiques dans le processus de l'épuisement professionnel et en fin suggérer des approches préventives et thérapeutiques.

place en santé publique, médecine du travail, psychiatrie, psychologie sociale, psychologie du travail ; ergonomie et Gestion des ressources humaines, et en sociologie. Il s'agit en effet d'un thème qui se trouve à l'interface de plusieurs domaines d'activités humaines. Les résultats peuvent s'avérer essentiels pour les médecins des SAMU, d'une part, dans leur compréhension du syndrome du burn out, et d'autre part, dans la nécessité de la mise en place d'un cadre préventif.

Il y a une pertinence scientifique à démontrer l'impact de ses événements stressants et éprouvants sur la santé de ses intervenants et nous paraît comme la façon la plus efficace pour sensibiliser sur le phénomène de l'épuisement professionnel et des modes préventifs pour réduire l'effet nuisible du stress et favoriser le bien-être et promouvoir la qualité de vie au travail.

Notre intérêt a été grand pour ce sujet car c'est une pathologie qui peut toucher les soignants à tout moment et qui a de nombreuses conséquences, aussi bien physiques que psychologiques, personnelles et professionnelles. Et ainsi le but de cette étude serait d'être un plaidoyer pour la prise en compte de la souffrance des soignants.



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

**DEUXIEME PARTIE : REVUE
DE LA LITTERATURE**

1.1. Naissance et émergence d'un nouveau concept : le burn out.

En 1959, le psychiatre Français Claude Veil, décrivait des « états d'épuisement au travail ». Et il définit l'épuisement professionnel comme étant la conséquence d'un effort professionnel sous la contrainte externe ou interne : « *Il 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. (...) La prévention de l'état d'épuisement tient en trois termes : éducation du public, hygiène du travail, mesures sociales* ». ²⁸ Pour lui ce concept permettait de comprendre et de traiter « *des cas déconcertants qui n'entraient pas dans la nosographie classique* ».

En 1969 H.B. Bradley a évoqué pour la première fois le problème de la dépression psychologique due à un stress particulier lié au travail dans un article « *Community based treatment for young adult offenders* » publié dans *Crime and delinquency*, n°15, 1969, pp. 359-370.²⁹

Toutefois, la paternité de ce concept est classiquement attribuée au psychiatre psychanalyste Américain, Herbert North. J. Freudenberger, qui fut le premier à le nommer « *burn out* ». Et c'est au milieu des années 70 que sont parues les premières publications sur ce sujet dans le cadre de la désinstitutionnalisation des soins aux USA (Freudenberger 1974³⁰, Christina Maslach 1976³¹).

²⁸ Claude Veil : Les états d'épuisement. Concours médical. 1959, p. 2675-2681.

²⁹ Axel Hoffmann: Burn out. Biographie d'un concept. Revue santé conjugulée N° 32, Avril 2005.

³⁰ Freudenberger Hubert.N.J: Staff burn-out, Journal of social Issues 30, 1974, pp. 159-165.

³¹ Christina Maslach: Burned-out. Human behavior. Vol 5, 1976, p16-22.

que Freudenberger utilisa pour la première fois signifie s'user, brûler jusqu'à ce qu'il n'y ait plus rien, pour décrire cet état particulier de détresse psychologique, que lui-même, ainsi que son équipe composée de jeunes volontaires travaillant dans un hôpital de jour pour toxicomanes, ont vécu.³² Et il remarqua que ce sont surtout les personnes engagées, ambitieuses et idéalistes qui sont le plus sujets au burn out.

Cette équipe était constituée de jeunes volontaires enthousiastes, disponibles et idéalistes. En l'espace d'une année de travail, tous ces jeunes volontaires souffraient d'une perte d'enthousiasme accompagnée de divers symptômes physiques (Une fatigue excessive, insomnie, maux de tête, troubles gastro-intestinaux) et psychiques (Irritabilité, méfiance, frustration, attitude cynique). Et sur le plan professionnel, ils développaient des attitudes et réactions d'évitement face aux patients toxicomanes.

Freudenberger dans son livre la brûlure interne, disait dans un passage : « *En tant que psychanalyste et praticien, je me suis rendu compte au cours de mon exercice quotidien que les gens sont parfois victimes d'incendie tout comme les immeubles. Sous la tension produite par la vie dans notre monde complexe, leurs ressources internes en viennent à se consumer comme sous l'action des flammes, ne laissant qu'un vide immense à l'intérieur, même si l'enveloppe externe semble plus ou moins intacte.* ».³³

³² Freudenberger Hubert.N.J: Staff Burn-Out. Journal of social issues, 1974, 30, 1, p. 159-165

³³ Freudenberger Hubert. N. J: L'épuisement professionnel : la brûlure interne. Édition Gaétan Morin, Québec, 1987. p 3.

& A. Maurangues : « le terme *burn out* évoque
on en cendres d'un objet entièrement consumé
dont toute la matière aurait disparu et ce que traduit mal le terme syndrome
d'épuisement professionnel des soignants. »³⁴

En 1975, Christina Maslach, psychosociologue, rencontra le terme *burn out syndrome* en usage chez les professionnels du sauvetage et les urgentistes à San Francisco.³⁵ Et elle utilisa cette même terminologie *burnout syndrom*, à cette même époque, pour décrire les états d'épuisement et les attitudes cyniques observées chez les avocats commis d'office.

Didier Truchot relève que « depuis la fin les années 1970, le phénomène de *burnout* connaît une expansion que l'on peut qualifier de phénoménale puisqu'il est tour à tour identifié chez les infirmières, les médecins, les enseignants, les assistants sociaux et de manière globale, les personnes dont l'activité implique un engagement relationnel. »³⁶

En 1981, Après de multiples entretiens avec des professionnels du champ médical et du champ de la santé mentale, Christina Maslach et Susan Jackson, identifièrent trois composantes distinctes en interrelation qui constitueront les dimensions du *burn out*.

³⁴ Pierre Canoui & Aline Maurangues : Le syndrome d'épuisement des soignants. De l'analyse aux réponses. Edition Masson : 3eme édition. Paris, 2004. p 9

³⁵ Ibid. p 6

³⁶ Ibid.

ence par la première dimension, l'épuisement le sentiment d'être vidé de ses ressources physiques et émotionnelles. Puis suit la deuxième dimension, la dépersonnalisation de la relation à l'autre, qui représente la prise de distance dans la relation avec l'autre, une façon de se protéger de la source de l'épuisement. La troisième dimension est la diminution de l'accomplissement personnel au travail ou de l'efficacité professionnelle, qui correspond au sentiment d'incompétence et découle soit de la deuxième, soit directement de la première dimension.³⁷

Pour pouvoir ainsi rendre compte du burn out et établir des comparaisons entre les études. Elle élaborera un instrument de mesure de l'épuisement professionnel appelé, le Maslach burn out Inventory (MBI), qui constitua un tournant majeur pour le concept du burn out. Il mesure les trois dimensions du syndrome du burn out; *l'épuisement émotionnel*, *la dépersonnalisation* et le manque *d'accomplissement personnel au travail* (diminution de l'efficacité professionnelle), et chacune de ces dimensions étant indépendante.

Actuellement, Christina Maslach est considérée comme l'une des plus grandes spécialistes du syndrome du burn out et contribue grandement au développement des connaissances scientifiques et plus particulièrement dans la prévention organisationnelle. Et toutes les recherches actuelles sur le *burn out* se basent essentiellement sur la définition et l'instrument de mesure de l'épuisement professionnel, le « MBI » développés par Christina Maslach et Susan E Jackson.

³⁷ Didier Truchot, & Fisher G.N : Santé et travail. Traité de psychologie de la santé. Edition Dunod. Paris 2002, p 512.

Herbert Freudenberger (1974), utilisa le substantif de « burnout » pour désigner l'état d'épuisement psychologique qu'il observait auprès de son équipe médicale, dans une *free clinique*, un hôpital de jour pour toxicomanes qu'il dirigeait à New-York. Il voulait ainsi caractériser le « craquage », l'état d'épuisement des ressources internes résultant d'une lente combustion de l'énergie propre à chaque sujet. Il présentait alors cela comme un état de fatigue ou de frustration causé par le dévouement à une cause, à un mode de vie ou à une relation qui n'aurait pas répondu aux attentes propres. Il définit ainsi le burn out comme un état d'émotion intense venant d'un surplus de travail et résultant d'une incapacité progressive à y faire face.³⁸ Et depuis, l'usage du terme anglais « *burn out* » sert à désigner l'état d'une personne vidée de toute son énergie, comme si elle avait été victime d'un incendie intérieur.

Pierre Canoui & Aline Maurangues précisent que le terme « *burn out* » sert à désigner la situation d'une fusée dont l'épuisement de carburant a pour résultante la surchauffe et le risque de débris de la machine. Et les travailleurs épuiseraient leur énergie jusqu'à exploser "craquer" tels des machines.³⁹

En 1976, Maslach décrit l'épuisement professionnel des professions d'aide comme « *une incapacité d'adaptation de l'intervenant à un niveau de stress émotionnel continu causé par l'environnement de travail.* »⁴⁰

³⁸ Didier Truchot : Le burn out des médecins libéraux de Bourgogne. Rapport de recherche pour l'union professionnelle des médecins libéraux de Bourgogne. Dijon, UPMLB et Reims, département de psychologie 2001.

³⁹ Pierre Canoui & Aline Maurangues : Le syndrome d'épuisement des soignants. De l'analyse aux réponses. Edition Masson : 3eme édition 2004.

⁴⁰ Ibid p 10.

Jackson (1981), définissaient l'épuisement syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement professionnel au travail, impliquant le développement d'images de soi négatives, des attitudes défavorables envers le travail et une perte d'intérêt pour autrui.⁴¹

Elles caractérisèrent ainsi ce syndrome par trois composantes distinctes en interrelation :

- l'assèchement émotionnel, le cynisme et la diminution de l'efficacité professionnelle. Plus précisément, l'assèchement émotionnel « *emotional exhaustion* » apparaît d'abord lorsque les demandes excessives de travail drainent les ressources émotionnelles de l'individu. Ce tarissement des ressources individuelles provoque l'incapacité chez ces individus à « *donner d'eux-mêmes* » sur le plan psychologique, de sorte qu'ils ont le réel sentiment d'être « *au bout du rouleau* ».
- La surcharge émotionnelle incite le sujet à se détacher de son travail et prodiguer avec cynisme des services déshumanisés.
- Le désengagement conduit le sujet à vivre une situation d'échec au travail : il se sent coupable d'avoir maltraité les autres, il n'a plus l'énergie pour se reprendre, il se déprécie et devient déprimé (Maslach, 1982).⁴²

⁴¹ Didier Truchot & Fisher G.N: Santé et travail. Traité de psychologie de la santé. Edition Dunod, Paris. 2002. p. 512

⁴² Christina Maslach: Burn-out the cost of caring, New-Jersey, Prentice Hall, 1982.

te pour renvoyer à un concept désignant le premier élément renvoie au processus graduel qui conduit l'individu à ressentir les éléments du burnout. Le deuxième élément définit l'état dans lequel se trouve cet individu :

- le processus du burnout est défini : « *comme une réaction affective au stress permanent dont le noyau central est la diminution graduelle avec le temps des ressources énergétiques individuelles. Ceci résulterait de profondes désillusions engendrées par un déséquilibre entre les ressources, les idéaux de l'individu et la réalité du terrain.* »⁴³
- la phase d'état du burnout est défini: « *comme un syndrome à trois dimensions: l'épuisement émotionnel, la déshumanisation (ou dépersonnalisation) et la réduction de l'accomplissement personnel. Ces trois dimensions constituent le trépied d'un des outils de mesure du burnout le plus utilisés internationalement: le Maslach Burnout Inventory ou MBI.* »⁴⁴

1.2.1. Le burnout défini comme un processus :

Edelwitch et Brodsky (1980), ont élaboré un modèle développemental du burnout à partir d'entrevues réalisées auprès d'employés désillusionnés mais fonctionnels dans des professions de relation d'aide. Leur modèle décrit le burnout au travers de quatre stades bien définis : l'enthousiasme, la stagnation, la frustration et enfin l'apathie. Ce quatrième stade représente l'essence même du phénomène de burnout selon ces auteurs.

⁴³ Sabrina Chan Lin-chanteau: Le burnout des médecins généralistes libéraux de Tahiti. Thèse de doctorat en médecine. Université René Descartes Paris 5. Faculté de Médecine René Descartes. Avril 2006. p 14.

⁴⁴ Ibid.

out comme « un processus dans lequel un individu âgé se désengage de son travail en réponse au stress et aux tensions ressenties ».⁴⁵

Veninga R. & Jr. Spradley, (1981), à la même époque que Christina Maslach et Susan. E. Jackson, définissaient le burn out comme processus évoluant suivant cinq étapes.⁴⁶

1. Le premier est identifié sous l'appellation *honeymoon* (lune de miel) qui correspond à la première phase du modèle de Maslach et Jackson.
2. Une *baisse d'énergie* et une insatisfaction donnent naissance à la deuxième phase.
3. L'accentuation des stratégies d'évitement et de *symptômes d'épuisement* caractérise la troisième phase.
4. La quatrième étape apparaît avec des symptômes critiques. C'est *la crise* durant laquelle le sujet devient pessimiste et tente de fuir son travail.
5. L'étape finale, *le mur*, est atteinte lorsque le syndrome de burnout devient indissociable d'autres troubles (addictions aux drogues, à l'alcool, troubles cardiaques, etc.).

Ses auteurs proposent une vision transactionnelle du burnout. Ils considèrent le burnout comme étant le produit d'une relation où l'individu et l'environnement s'influencent mutuellement et continuellement. Et d'après Schaufeli et Enzmann, (1998); définir le burnout comme un processus revient à le considérer comme l'expression d'un stress extrême et chronique devant lequel aucun coping n'est adapté et qui va apparaître graduellement.⁴⁷

⁴⁵ Didier Truchot : Epuisement professionnel et burnout. Concepts, modèles, interventions. Edition, Dunod. Paris 2004.

⁴⁶ Abdel Halim Boudoukha : Etude conjointe du burnout et des troubles de stress traumatique dans une population à risques. Cas des professionnels en milieu carcéral. Thèse de Doctorat présentée le 12 décembre 2006. Université Lille 3 - Charles de Gaulle, UFR de Psychologie.

⁴⁷ Ibid.

La majorité des chercheurs définissent le burnout comme étant un état, se basant sur la définition donnée par Maslach et Jackson, qui considèrent le burnout comme « *un syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement personnel qui apparaît chez les individus impliqués professionnellement auprès d'autrui.* »⁴⁸.

Pines et Maslach en 1978, définissaient le Burnout comme : « *un syndrome de fatigue physique et émotionnelle qui amène chez l'individu concerné une perception négative de soi, des attitudes négatives au travail et une diminution importante de l'implication personnelle auprès des patient s* »⁴⁹

Pour 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 un travail ayant pour but d'aider les gens.* »⁵⁰

Léon M. Larouche, relève que la définition du syndrome de burn out, que la plupart des auteurs donnent, regroupe généralement les éléments suivants : « *Il s'agit d'un état d'épuisement général, à la fois physique, émotionnel et mental, avec dévalorisation massive de sa compétence et diminution importante du rendement, associé à des conditions difficiles de travail, sur de longues périodes* ». ⁵¹

⁴⁸ Daniel Truchot & Fisher G.N: Santé et travail. Traité de psychologie de la santé. Edition, Dunod, Paris 2002. p 512.

⁴⁹ Gilles Bibeau: Le burn-out: 10 ans après. Revue Santé mentale au Québec, Volume X, N°2, 1985, p 30.

⁵⁰ Pierre Canoui & Aline Maurangues : Le syndrome d'épuisement des soignants. De l'analyse aux réponses. Edition Masson : 3eme édition 2004. p 17.

⁵¹ Léon M. Larouche : Manifestations cliniques du burn out chez les médecins. Revue Santé mentale au Québec, Volume X, N° 2, 1985, p 145-150.

et ces deux éléments, dans la description qu'ils (...) un état d'esprit persistant, négatif, lié au travail. Il est d'abord caractérisé par un épuisement accompagné de détresse, de sentiments d'efficacité réduite, de chute de la motivation et du développement d'attitudes et de comportements dis-fonctionnels au travail. Cet état psychologique se développe graduellement, mais peut rester ignoré pendant une longue période. Il résulte d'une inadéquation entre les intentions de l'individu et les réalités du travail. (...) »⁵².

En effet plusieurs définitions ont été proposées pour le burnout, mais il faut remarquer, qu'elles se complètent car chacune-elles précisent un aspect particulier du syndrome. Et il n'en demeure pas moins que la définition la plus largement retenue est celle de Maslach et Jackson.

⁵² Christophe Zeter : Burnout, conditions de travail et reconversion professionnelle chez les médecins généralistes de la région Poitou-Charentes. Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en Médecine. Université de Poitiers Faculté de Médecine et de Pharmacie. Mai 2004, p 8.

Le phénomène d'épuisement au travail est décrit dans différentes régions du globe. Ainsi, les termes utilisés pour dénommer ce syndrome peuvent varier selon la langue et la culture du pays.

1.3.1. Burn out syndrome :

Le terme anglais « *to burn out* » signifie : échouer, s'user, s'épuiser face à une demande d'énergie trop importante. Il évoque une combustion totale, jusqu'à la réduction en cendres d'un objet entièrement consommé dont toute la matière aurait disparu.

1.3.2. Karoshi :

Le « *Karoshi* », est une expression japonaise qui signifie mort subite par excès de travail ou par épuisement nerveux. «*Karo*» signifie la mort et «*shi*» par la fatigue au travail. Le premier cas a été rapporté au Japon en 1969. Le Karoshi est essentiellement dû à une surcharge de travail extrême (longues heures de travail, travail intellectuel continu) qui touche principalement des employés japonais modèles aux horaires de travail illimités, dans un pays où l'employé modèle travaille 24 heures sur 24. Les causes de décès sont l'hypertension artérielle maligne, l'hémorragie cérébrale et sous arachnoïdienne, l'infarctus cérébral et l'infarctus du myocarde. Un conseil national de défense au Japon évalue le nombre de victimes à 10.000 par an.⁵³

⁵³ Michel Delbrouck : Le Burn out du soignant. Le syndrome d'épuisement professionnel. Edition, De Boeck, Collection Oxalis. Bruxelles, 2003.

comportements commandés par le système
nais entraînent auprès des travailleurs "une
*hyper-adaptation sociale mal compensée par un mode de vie stressant et
autodestructeur*".⁵⁴

1.3.3. Syndrome d'épuisement professionnel :

Dans la langue française, le terme « *Syndrome d'épuisement professionnel* » a le défaut d'être vague et paraît couvrir l'ensemble des effets néfastes du travail sur l'individu. D'autres expressions sont également rencontrées : « *usure professionnelle* » ou « *usure au travail* ». La traduction française du terme burn out par *épuisement professionnel* n'est pas totalement satisfaisante, car elle a tendance à mettre en exergue la dimension fatigue, qui si elle est souvent présente, n'est pas caractéristique du burnout. Et c'est pour cette raison que le terme « burnout » sera conservé dans les études françaises. Ainsi comme le souligne, Pierre Canoui et Aline Maurangues, la traduction en Français de burnout par *usure professionnelle* ou *épuisement professionnel* ne rend que partiellement compte du concept. Ces termes mettent l'accent sur le mécanisme progressif du syndrome.⁵⁵

⁵⁴ Sabrina Chan lin-chanteau : Le burnout des médecins généralistes libéraux de Tahiti. Thèse de doctorat en médecine. Université René Descartes Paris 5. Faculté de Médecine René Descartes. Avril 2006. p 14

⁵⁵ Pierre Canoui & Aline Maurangues : Le syndrome d'épuisement des soignants. De l'analyse aux réponses. Edition Masson : 3eme édition 2004. p 17.



PDF Complete
Your complimentary use period has ended.
Thank you for using PDF Complete.

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Le vécu chronique de stress peut effectivement
« *usure* » ou « *Épuisement* » qui renvoient à une
idée de temps.⁵⁶

Les termes retenus actuellement en français pour désigner le burn out sont :
Burnout, *usure professionnelle* ou *épuisement professionnel* ; on parle aussi de
syndrome de fatigue chronique, de *dépression d'épuisement*, et dans certaines
professions sociales, on parle de *fatigue de compassion*.⁵⁷

⁵⁶ Abdel Halim Boudoukha : Etude conjointe du burnout et des troubles de stress traumatique dans une population à risques. Cas des professionnels en milieu carcéral. Thèse de Doctorat présentée le 12 décembre 2006. Université Lille 3 - Charles de Gaulle, UFR de Psychologie. P 59

⁵⁷ Pierre Canoui & Aline Maurangues : Le syndrome d'épuisement des soignants. De l'analyse aux réponses. Edition Masson : 3eme édition 2004. p 17.

Ce syndrome est caractérisé par une symptomatologie spécifique et une symptomatologie non spécifique.

2.1. La symptomatologie spécifique

Christina Maslach et Susan Jackson ont décrit de façon précise la symptomatologie de cette affection qui se compose d'un trépied de phases progressivement évolutives :

1. L'épuisement émotionnel (*increased feelings of emotional exhaustion*),
2. La déshumanisation de la relation à l'autre (*development of depersonalization*),
3. La réduction de l'accomplissement personnel (*reduced personal accomplishment*).⁵⁸

L'épuisement émotionnel

L'épuisement émotionnel ou fatigue psychologique, se traduit par une fatigue excessive au travail, qui ne s'améliore pas au repos, s'accompagnant d'une sensation d'abattement qui rend irritable. Le sujet ressent un sentiment d'épuisement des ressources émotionnelles, et des difficultés à être en relation avec les émotions de l'autre. Ainsi, travailler avec certains malades, accueillir de nouvelles émotions, devient de plus en plus éprouvant, et la seule pensée d'avoir à affronter une nouvelle journée au travail dans ces conditions, lui est insupportable. Et dont les conséquences physiques sont les troubles somatiques non spécifiques (insomnie, hypertension artérielle, perte d'appétit, troubles digestifs, rhumes persistants et fréquents, douleurs diffuses,...).

⁵⁸ Sabrina Chan lin-chanteau : Le burnout des médecins généralistes libéraux de Tahiti. Thèse de doctorat en médecine. Université René Descartes Paris 5. Faculté de Médecine René Descartes. Avril 2006. p 15.

ent émotionnel est souvent lié au stress et à la
ons théoriques que les résultats empiriques
actuels lui donnent un rôle central dans le processus de burnout.⁵⁹

Maslach, considère que l'épuisement émotionnel serait la *composante-clé* du syndrome.

La dépersonnalisation ou la déshumanisation de la relation à l'autre :

C. Maslach et S. Jackson utilisaient le terme anglais « *depersonalization* » pour désigner la déshumanisation de la relation à l'autre. Cette deuxième dimension du syndrome du burn out, est une conséquence directe de l'épuisement émotionnel et représente la dimension interpersonnelle du burnout. Elle se traduit par une perte d'intérêt vis-à-vis des patients, par l'attitude négative de distance et de détachement, ou les patients finissent par être considérés comme des objets impersonnels ; un cas, un numéro de chambre ou un organe défectueux. Il s'agit d'une mise à distance, d'un mode de protection de soi et de son intégrité psychique. Cette attitude s'installe progressivement, à l'insu du soignant. Cette sécheresse relationnelle est le « *noyau dur* » du syndrome.

D'après Didier Truchot, cette dépersonnalisation de la relation à l'autre, peut prendre les formes plus dures et s'exprimer à travers des attitudes et des comportements de rejet, de stigmatisation et de maltraitance.⁶⁰

⁵⁹ Didier Truchot : Epuisement professionnel et burnout. Concepts, modèles, interventions. Edition Dunod, Paris, 2004. p14.

⁶⁰ Ibid.

personnel au travail :

ne conséquence des deux premières. Elle se caractérise par un sentiment de perte de compétences professionnelles au travail, qui se traduit par une diminution de l'estime de soi et du sentiment d'auto-efficacité, à l'origine d'un absentéisme accru ou d'un présentéisme souvent inefficace. Ce sentiment de perte d'efficacité, peut aboutir à long terme sur un verdict d'échec que le soignant s'imposera à lui-même et dont les conséquences peuvent être particulièrement graves tant pour lui que pour l'organisme professionnel dans lequel il travaille. L'accomplissement personnel représente la dimension *auto-évaluative* du burnout. Et tous les auteurs sont unanimes pour affirmer que le burnout commence avec l'épuisement émotionnel, celui-ci entraîne la déshumanisation de la relation à l'autre et réduit l'accomplissement personnel, soit directement soit à travers la déshumanisation.

Van Dierendonck D, Schaufeli WB, et Buunk (2001) ont étudié le processus causal entre les trois dimensions de l'épuisement professionnel. Et à l'appui de données issues de 5 études longitudinales mesurant l'épuisement professionnel à l'aide du MBI, ces auteurs ont cherché à tester les modèles causaux de Leiter et Maslach (1988) et Golembiewski et al, (1986). Ils ont constaté que c'est le modèle de Leiter et Maslach (1988) qui représente mieux la réalité du burn out : « *Explique la perte d'accomplissement personnel par la dépersonnalisation, qui serait elle-même la conséquence de la fatigue émotionnelle* ». ⁶¹

En effet, l'épuisement émotionnel est considéré comme la composante affective du burnout alors que les deux autres dimensions, la déshumanisation et la réduction de l'accomplissement personnel, constituent les composantes attitudinales. ⁶²

⁶¹ Actes de la journée recherche : Stress, Burnout et conflits de rôles. 27 mai 2005. Site : iae-aix.com.

⁶² Ibid.

l'accomplissement personnel soit directement, (figure. 3).

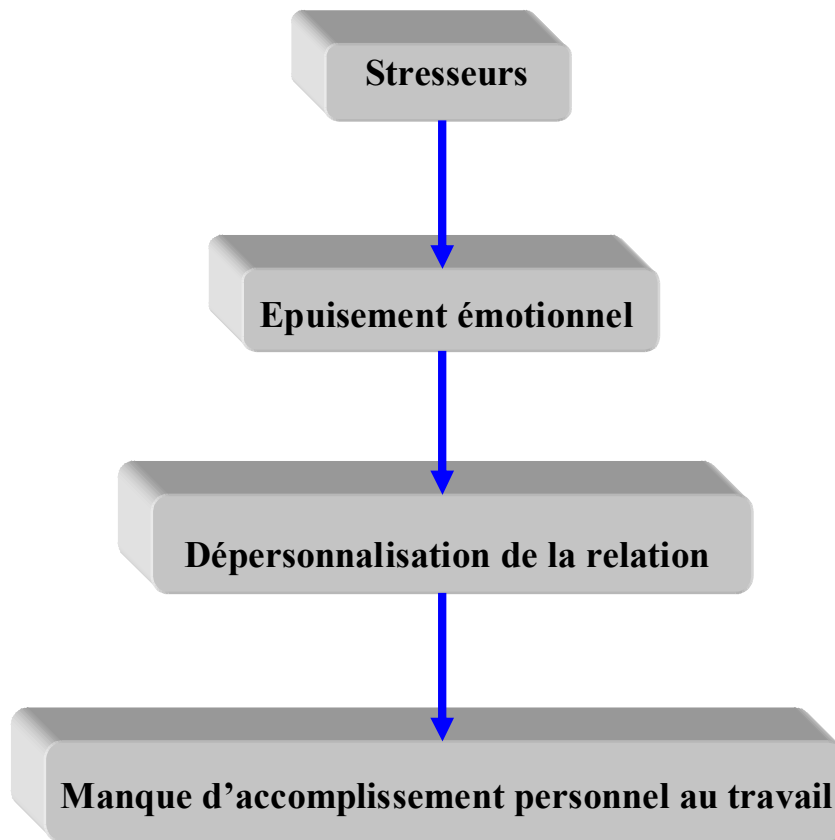


Figure 3 : le processus de burnout d'après le modèle tridimensionnel de Maslach et Jackson (1981).⁶³

⁶³ Maslach C & Jackson S.E. The Maslach Burn-out Inventory. Research Edition. Palo Alto, CA.: Consulting Psychologists Press, 1981.

A cote de ces trois dimensions spécifiques du burnout, il existe de nombreux symptômes non spécifiques. Ces symptômes sont regroupés en quatre catégories dans le tableau suivant.

Tableau 1 : Symptômes non spécifiques du syndrome du burn out

Signes physiques	Signes émotionnels	Signes cognitifs	Signes comportementaux
Fatigue chronique généralisée	Perte du sens de l'humour	Difficultés de concentration	Fuite du travail
Asthénie	Perte de confiance en soi	Pertes de mémoire	Retards répétés
Troubles du sommeil	Perte d'intérêt pour le travail et pour la vie	Diminution de la vigilance	Réduction des Contacts interpersonnels (collègues, patients)
Douleurs musculo-squelettiques	Indifférence affective Anxiété flottante Irritabilité	Difficultés de jugement	
Troubles digestifs (anorexie, nausées, gastralgies voire ulcères etc.)	Sentiment d'impuissance Sentiment de culpabilité Sentiment d'échec	Indécision	Cynisme,
Migraines	Excès de larmes	Résistance au changement Ennui	Manque de flexibilité
Hypertension	Attitude négative envers soi : sentiment d'incompétence, d'incapacité et d'infériorité	Ruminations anxieuses	Addictions
Rhumes persistants et fréquents	Attitude négative envers les autres : irritabilité, cynisme et impatience	Incapacité d'exécuter des opérations simples, comme le calcul mental par exemple	
Déséquilibres hormonaux			

peuvent suffire comme signaux d'alarme. Les symptômes sont généralement d'abord mentalement en une perte d'énergie et un sentiment d'abattement, suivis par l'ennui, la désillusion et le cynisme, ou même l'agressivité envers les proches et les collègues de travail. Certains troubles physiques persistants, comme un rhume ou un mal de dos, peuvent également constituer des signaux d'alarme.

2.3. Les phases du burnout

Edelwitch et Brodsky (1980), considèrent l'épuisement professionnel comme la phase ultime d'un processus de dégradation occasionné par le stress.⁶⁴ Et ils décrivent quatre phases successives, aboutissant à la désillusion du burnout : *l'enthousiasme, la stagnation, la frustration et l'apathie.*

Phase 1. L'enthousiasme idéaliste

- Énergie débordante
- Forte ambition et désir de s'affirmer
- Attentes et objectifs très élevés ou irréalistes
- Surinvestissement au travail qui va jusqu'à l'oubli de soi
- Dépense d'énergie excessive et inefficace

⁶⁴Claire Edey Gamassou : Prévenir le stress professionnel et promouvoir l'implication au travail, un enjeu de gestion des ressources humaines. Les cahiers du *CERGOR : N° 01/04 - février 2004. Université Paris 1 Panthéon Sorbonne. *Centre d'étude et de recherche en gestion des organisations et ressources humaines.

• Perte ou absence de motivation

- Indifférence et désintéressement
- Absence de perspectives et sentiment que sa carrière est dans une impasse
- Réactions émotionnelles et psychosomatiques
- Le travail n'apporte plus de compensation pour les besoins personnels insatisfaits : avoir un salaire décent, être reconnu pour son travail, avoir des relations familiales et sociales satisfaisantes et avoir suffisamment de temps libre pour en profiter.

Phase 3. La frustration

- Fatigue
- Déception
- Sentiments négatifs à l'égard des collègues et de la clientèle
- Distanciation avec les collègues et les clients
- Rejet de la faute sur les autres en cas de problème
- Intolérant et moins à l'écoute des autres
- Cynisme, irritabilité et impatience
- Conduites addictives, consommation accrue d'alcool, de drogue et/ou de médicaments sans prescription médicale
- Troubles physiques tels que maux de tête et douleurs d'estomac
- Pertes de mémoire et difficultés de concentration
- Anxiété
- Troubles du sommeil

et peut réagir de trois façons :

comme une source d'énergie positive ;

2. L'utiliser comme une source d'énergie négative ;

3. Se retirer de la situation, quitter la profession.

La frustration peut s'avérer un tournant majeur dans l'évolution du burnout car le sujet qui manque ce tournant risque de sombrer dans l'apathie.

Phase 4. L'apathie

- Vide intérieur et fort sentiment de découragement
- Perte de tout intérêt envers le travail et son entourage
- Très faible estime de soi et sentiment de culpabilité
- Tendance à travailler le moins possible tout en conservant son emploi
- Très forte préoccupation envers la sécurité d'emploi
- Dépression
- Agressivité

Parmi toutes ces phases du burnout, l'apathie serait la plus difficile à surmonter. Ce quatrième stade représente l'essence même du phénomène de burnout pour Edelwitch et Brodsky (1980).⁶⁵

⁶⁵Léon M. Larouche : Manifestations cliniques du burn out chez les médecins. Revue Santé mentale au Québec, Vol. X, N° 2, 1985, p 145-150.

L'épuisement professionnel ou syndrome de burn out survient après des expositions à des stress prolongés, répétés, et de longue durée. Les périodes d'exposition peuvent aller de un à cinq ans. C'est une réponse à un stress chronique.⁶⁶

Il survient chez des sujets normaux, indemnes de toute pathologie psychologique antérieure. L'installation est progressive et due à de nombreux facteurs de stress professionnels. Les facteurs en cause sont multiples, variés, physiques et émotionnels. Ils sont étroitement liés aux conditions de travail.⁶⁷

Didier Truchot écrit que : « *Ce sont l'accumulation et la répétition à moyen terme de situations émotionnellement coûteuses qui vont être responsables de l'épuisement physique et psychique. Cet épuisement va être source d'un désinvestissement professionnel, ressenti par l'individu comme un échec personnel.* »⁶⁸.

Côté Lucie et col, considère pour sa part que : « *D'une part l'expérience de relations difficiles, harassantes et chroniques peut générer des symptômes dysphoriques, un épuisement émotionnel, une forme de dépersonnalisation, de désinvestissement et de cynisme à l'égard d'autrui et enfin un sentiment d'inefficacité personnel. Le sujet qui présente cette symptomatologie manifeste alors un burnout pathologique* ». ⁶⁹

⁶⁶Pierre Canoui & Aline Mauranges : Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants, de l'analyse du burnout aux réponses. 3e édition. Paris : Masson, 2004. p 25.

⁶⁷Ibid.

⁶⁸Didier Truchot: Epuisement professionnel et burnout. Concepts, modèles, interventions. Edition, Dunod, Paris, 2004.

⁶⁹Côté Lucie, Edwards Henry & Benoît Nathalie : S'épuiser et en guérir : Analyse de deux trajectoires selon le niveau d'emploi. Revue Internationale sur le travail et la société. Vol.3, N°2. Année 2005. Université du Québec.

laurangues ; la confrontation à la souffrance et à des facteurs majeurs de l'épuisement professionnel surtout s'il se double d'une difficulté à être reconnue dans la dimension de l'accompagnement.⁷⁰

Toutes les définitions associent en effet l'épuisement professionnel au milieu de travail et à l'accumulation de stress. Toutes reconnaissent également que l'épuisement professionnel est une expérience psychologique interne négative impliquant des sentiments, des attitudes, des motivations et des attentes (Maslach, 1982b).⁷¹

Noëlle Girault Lidvan rapporte que : *(Schaufeli, Maslach et Marek, 1993), ont confirmé la relation existant entre l'expérience de situations professionnelles affectivement pénibles ou douloureuses et les troubles psychologiques définissant le burnout, mettant peu à peu les «professionnels de l'aide» en situation de désinvestissement ou d'échec à l'égard de leur profession, et ce d'autant plus que leur motivation initiale était forte »*⁷².

La littérature distingue parmi les facteurs associés au burn out; les variables professionnelles, organisationnelles, inter et intra individuelles.

⁷⁰Pierre Canoui & Aline Maurangues: Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants. De l'analyse aux réponses. Edition Masson, 3eme édition 2004, p 66.

⁷¹ Carole Vanier : Etude de l'épuisement professionnel et des facteurs associés chez des intervenantes et intervenants de ressources communautaires. Thèse de Doctorat en psychologie. Université du Québec à Montréal. Août 1999 p 12.

⁷²Noëlle Girault Lidvan : Le patient, un individu d'abord. Revue Sciences de l'association française pour l'avancement des sciences (l'AFAS) du 2 Avril 1996, p 65.

ationnelles :

...ce du contenu de l'activité et celle du contexte dans lequel elle se déroule. La surcharge de travail, le rythme des tâches à effectuer, la pression du temps, les horaires longs, imprévisibles, un travail monotone, peu stimulant, avec des procédures standardisées, sont des exemples de variables reflétant le contenu de l'activité ». ⁷³

a) Le contenu de l'activité :

- *La surcharge de travail* : elle peut être quantitative ou qualitative.
- *La sous-charge de travail* : quantitative (travail monotone, répétitif) ou qualitative (Quand le sujet ne peut utiliser ses compétences, ni en développer de nouvelles).
- *La charge émotionnelle* : La charge émotionnelle est inhérente à de nombreuses professions, notamment celles où la perception des émotions des autres et la maîtrise des siennes sont essentielles pour mener à bien le travail. Cette charge peut perturber l'équilibre émotionnel de l'individu et se répercuter dans sa sphère privée. C'est souvent le cas dans les professions de soins.

b) Conditions de travail :

- *Le lieu de travail* : il se caractérise par l'espace, l'éclairage, l'intensité sonore, la température, l'aération.
- *L'interruption des tâches* : l'interruption permanente des consultations, par le téléphone par exemple, peut devenir une source de stress au travail.
- *L'interface travail /famille* : Exigences conflictuelles du travail et de la famille, faible soutien dans la famille, choix de carrière.

⁷³Didier Truchot: Epuisement professionnel et burnout. Concepts, modèles, interventions. Edition Dunod. Paris, 2004. p 26.

Le travail ou du milieu de pratique représentent un enjeu de santé et de stress. À cet égard, le type de milieu de pratique, les caractéristiques de la clientèle et le type de gestion sont susceptibles d'influencer le degré d'épuisement professionnel des intervenants.⁷⁴

Les données indiquent que le burnout est corrélé avec la charge de travail et le rythme de travail, son imprévisibilité et son importance, notamment avec la dimension épuisement émotionnel.⁷⁵

La littérature relate un consensus acceptable concernant les risques psychosociaux considérés comme stressants et/ou potentiellement nuisibles. Ceci est résumé dans le **tableau 2** qui présente dix catégories de caractéristiques professionnelles, milieux de travail et facteurs organisationnels pouvant représenter un risque. Ce tableau présente également les conditions dans lesquelles chaque point s'est avéré stressant et nuisible pour la santé.

⁷⁴Villeneuve, Jean-Pierre & André Beaudoin : Le cadre de travail et l'épuisement professionnel des intervenants sociaux en Gaspésie. Revue Service social, vol. 42, N°2, p.83 -102. Année 1993.

⁷⁵ Didier Truchot : Le burn out des médecins libéraux de Bourgogne. Rapport de recherche pour l'union professionnelle des médecins libéraux de Bourgogne. Dijon, UPMLB et Reims, département de psychologie, 2001.

Catégories des caractéristiques de l'emploi, de l'environnement et de l'organisation du travail qui peuvent être stressantes.		Conditions dans lesquelles ces caractéristiques sont stressantes et nuisibles à la santé.
Contexte du travail	Culture et fonctions organisationnelles.	Communication pauvre, faibles niveaux de soutien social pour résoudre les problèmes et aider au développement personnel, manque de définition des objectifs organisationnels.
	Rôle dans l'organisation.	Conflit et ambiguïté de rôle, avoir la responsabilité d'autres personnes.
	Développement de carrière.	Stagnation de la carrière et incertitudes, sous ou sur-promotion, salaire médiocre, insécurité de l'emploi, faible valeur sociale du travail.
	Latitudo de décision / contrôle	Manque de participation aux prises de décision, manque de contrôle sur son travail
	Relations interpersonnelles au travail.	Isolement physique ou social, relations pauvres avec les supérieurs, conflits interpersonnels, manque de soutien social.
	Interface travail /famille.	Exigences conflictuelles du travail et de la famille, faible soutien dans la famille, choix de carrière.
Contenu du travail	Environnement de travail et équipement de travail.	Problèmes concernant la fiabilité, la disponibilité, la pertinence et la maintenance des équipements et des installations.
	Conception des tâches.	Manque de variété ou travail impliquant des cycles courts d'activité, des tâches fragmentées et sans signification, sous utilisation des compétences, incertitude élevée.
	Charge de travail / rythme de travail	Surcharge ou sous charge de travail, absence de contrôle sur le rythme de travail, pression du temps élevée.
	Planifications du travail	Travail posté, emploi du temps inflexible, horaires imprévisibles, horaires longs ou sans contacts sociaux.

Tableau 2 : Les caractéristiques stressantes du travail (D'après Cox, Griffiths et Rial-Gonzalez, 2000).⁷⁶

⁷⁶ Didier Truchot. « Epuisement professionnel et burnout : Concept, modèles, interventions. Edition Dunod. Paris, 2004. p 74.

Dans les facteurs interindividuels qui génèrent ou contribuent à l'expression du burn out chez les soignants on retrouve les victimisations vécues au travail ; les situations d'agressions, de conflits avec les usagers, les collègues, le harcèlement, la sévérité et la gravité des pathologies traitées, etc....

Et dans ce sens, Vézina et coll., soulignera que la surcharge de travail, les difficultés liées au rôle, les relations interpersonnelles difficiles avec les collègues et l'administration ainsi que le manque de soutien social, sont autant de facteurs qui peuvent accroître les risques de stress et d'épuisement.⁷⁷

Didier Truchot atteste que personne ne conteste aujourd'hui l'impact des contacts interpersonnels sur l'apparition du burn out. Les professions tournées vers autrui sont particulièrement exposées au syndrome du burn out.⁷⁸

Et nous retiendrons parmi les causes qui exposent les soignants au syndrome du burn out :

- Les tensions émotionnelles engendrées par certaines maladies surtout chroniques, leur degré de gravité et par les décès de patients.
- L'idéalisation de la relation d'aide qui entraîne forcément à un moment donné une déception.
- L'échec de maintien de « bonne distance » entre le soignant et le malade.

⁷⁷ Vézina M., Cousineau M., Mergler D., Vinet A. & Lauren eau M.C : Pour donner un sens au travail Bilan et orientations du Québec en santé mentale au travail, CSMQ, Montréal. Editeur Gaétan Morin. 1992.

⁷⁸Didier Truchot : Epuisement professionnel et burnout. Concepts, modèles, interventions. Edition Dunod. Paris, 2004. p 7

(1998) : « le syndrome du burnout apparaît
llement avec des populations spéciales telles que
les personnes avec des handicaps, qui ont des maladies graves, ou les plus
pauvres ». ⁷⁹

Les professionnels qui consacrent beaucoup de temps aux patients pour lesquels le pronostic est mauvais ont des scores élevés de dépersonnalisation, comparativement à ceux qui ont des contacts limités. ⁸⁰

Mais par-delà les contacts avec les clients, d'autres modes de relations, avec les collègues, les supérieurs hiérarchiques et plus généralement avec l'organisation, usent aussi les ressources des personnes, écrit Truchot. ⁸¹

Le manque de soutien social des supérieurs hiérarchiques notamment, mais aussi des collègues augmente, la vulnérabilité devant le burn out. Il s'agirait d'un effet «tampon » qui modulerait la relation entre les stressseurs professionnels et le burnout. ⁸²

2.4.3. Les variables intra- individuelles.

Différentes études ont démontrées que certaines variables sociodémographiques jouaient un rôle dans le développement du burn out et parmi ces variables on notera l'âge et l'ancienneté dans la profession.

⁷⁹Didier Truchot : Epuisement professionnel et burnout. Concepts, modèles, interventions. Edition Dunod. Paris, 2004. p 108

⁸⁰Ibid. p 109.

⁸¹Ibid. p 108.

⁸²Ibid. p 70.

est un facteur de première importance dans le professionnel. Et certaines études ont démontrés que les jeunes travailleurs semblent en effet plus vulnérables à l'épuisement professionnel⁸³.

Pierre Canoui et Aline Maurangues considèrent qu'il n'y a pas de corrélation entre l'épuisement professionnel et les caractéristiques sociodémographiques comme le sexe, l'état civil, la situation familiale et le nombre d'enfants, cependant ils considèrent que l'âge constitue un facteur de vulnérabilité vis-à-vis de certaines dimensions de l'épuisement professionnel⁸⁴.

Delphine Bantégnie et Nathalie Roncari, ont constaté dans une étude sur le burnout des médecins libéraux de Champagne Ardenne, que les médecins de plus de 55 ans ont des niveaux d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation plus faibles que les plus jeunes.⁸⁵

Pour sa part Carole Vanier relève dans son étude sur l'épuisement professionnel chez les intervenants communautaires, que des résultats contradictoires se dégagent des études consultées en ce qui a trait à la relation entre l'expérience de travail et l'épuisement professionnel. Ainsi certaines études ont démontré que les personnes moins expérimentées se révélant plus vulnérables à l'épuisement professionnel.⁸⁶

⁸³Carole Vanier : Etude de l'épuisement professionnel et des facteurs associés chez des intervenantes et intervenants de ressources communautaires. Thèse de Doctorat en psychologie. Université du Québec à Montréal. Août 1999. p 39.

⁸⁴ Pierre Canoui & Aline Maurangues : Le syndrome d'épuisement des soignants. De l'analyse aux réponses. Edition Masson : 3eme édition 2004. p 55.

⁸⁵Bantégnie D. & Roncari N : Le burnout des médecins libéraux. Mémoire de maîtrise. Reims Champagne Ardenne. 2002.

⁸⁶Carole Vanier : Etude de l'épuisement professionnel et des facteurs associés chez des intervenantes et intervenants de ressources communautaires. Thèse de Doctorat en psychologie. Université du Québec à Montréal. Août 1999. p 41.

out est un processus débutant par un niveau au travail lequel ne peut être soulagé par les façons ordinaires et actives de résoudre les problèmes. En premier lieu, on observe un déséquilibre entre ressources et demandes. Ce stress produit une contrainte sur la personne au travail qui se manifeste par des sentiments de tension, d'irritabilité et de fatigue. Le travailleur gère alors son stress de façon défensive en se détachant progressivement de ce travail. Cette attitude l'aide au début, mais il retombera dans le cercle infernal. »⁸⁷.

Il existe des différences individuelles permettant d'expliquer qu'un sujet a plus de probabilité de rencontrer des stressseurs, d'être capable à faire face à des situations stressantes ou de ressentir le burn out. En effet, il existe des traits de personnalité plus ou moins susceptibles de conduire au burn out.

- *Le « big five »* : de nombreux travaux ont été menés pour pouvoir classer les personnalités. Ils font apparaître une constance de cinq facteurs, appelés le « big five ». Ce sont *l'extraversion* (être actif, sociable, optimiste), *le caractère agréable* (être sincère, chaleureux, franc), *le facteur consciencieux* (être organisé, ambitieux, scrupuleux, digne de confiance), *le névrosisme* (être inquiet, nerveux, émotif) et *l'ouverture* (être curieux, créatif, original). C'est surtout le trait du névrosisme qui est fortement lié à l'apparition du burn out.⁸⁸

⁸⁷Estryn-Behar. M : Stress et souffrance des soignants à l'hôpital. Reconnaissance, analyse et prévention. Edition Estem. Paris 2004. pp 27-28.

⁸⁸ Didier Truchot : Epuisement professionnel et burnout. Concepts, modèles, interventions. Edition Dunod. Paris, 2004.p 174.

el que défini par Kobosa (1979), l'endurance a *engagement* (tendance de la personne à s'impliquer pleinement dans les diverses situations rencontrées), *le défi* (croyance selon laquelle le changement, plutôt que la stabilité, est normal) et *le contrôle* (croyance selon laquelle la personne peut influencer les événements et faire évoluer les situations). Ainsi les personnes ayant une endurance élevée ressentent les situations stressantes comme un défi et non comme une menace et n'ont donc pas de stratégies d'évitement. Les changements de la vie font partie de la normalité. Ainsi l'endurance limite le risque de burn out.

Une étude réalisée par Truchot en 2003, sur la base de la classification de Cherniss (1980) qui identifie quatre orientations de carrière dans le travail, montre chez les médecins libéraux français que c'est le groupe des carriéristes et des égoïstes qui est le plus à risque de burn out, alors que les activistes et les artisans sont les plus protégés.⁸⁹

La classification de Cherniss des orientations de carrière dans le travail :

1. L'activiste social : soucieux d'amener un changement social à travers son travail, il est un idéaliste et son travail représente plus un engagement qu'un emploi.
2. Le carriériste : il recherche le succès, le prestige, la reconnaissance sociale et la respectabilité.
3. L'artisan : il essaie de développer ses compétences et veut acquérir de nouvelles connaissances. Son travail est un savoir-faire.
4. L'auto-centré ou l'égoïste : il veut surtout satisfaire sa vie privée. Le travail est un moyen de faire fructifier sa vie personnelle.

⁸⁹ Didier Truchot : Epuisement professionnel et burnout. Concepts, modèles, interventions. Edition Dunod. Paris, 2004. p 161.

Ce syndrome d'épuisement professionnel, ou burn out peut atteindre toutes les personnes engagées dans une relation d'aide : soignants, éducateurs, enseignants ou personnel des services sociaux. Et il est essentiellement observé chez les catégories professionnelles dont l'activité nécessite un investissement émotionnel. Initialement Maslach pensait que le burn out est spécifique de la profession médicale, mais l'étend par la suite aux professions sociales en général (enseignants, avocats, policiers...).

Selon Pierre Canoui & Aline Maurangues ; les catégories professionnelles les plus touchées sont : le personnel médico-social, les assistantes sociales et les personnels des services sociaux, les éducateurs, les enseignants, les juges et le personnel pénitentiaire ainsi que les personnels de police et du maintien de l'ordre public, mais aussi tous les auxiliaires de ces professionnels.⁹⁰

Chez les professionnels de la santé, l'importance du phénomène est surtout observée chez les soignants des services à risque émotionnel élevé. Les services de cancérologie, d'immuno-hématologie, de gériatrie, l'infectieux, la réanimation, les SAMU, ainsi que chez les bénévoles qui participent aux actions d'aide et d'accompagnement de sujets séropositifs et sidéens au sein d'associations.⁹¹

En Finlande, les taux les plus élevés de burn out sont enregistrés chez les médecins qui travaillent dans les *Municipal Health Center*, et les taux les plus bas sont retrouvés chez les médecins qui travaillent en pratique privée, dans les universités, les centres de recherche, les organisations publiques.

⁹⁰ Pierre Canoui & Aline Maurangues : Le syndrome d'épuisement des soignants. De l'analyse aux réponses. Edition Masson : 3eme édition 2004. p 32.

⁹¹ Ibid. p 17.

ant sur le burn-out des médecins-internistes-
t émotionnel était présent chez le 1/3 des
médecins, une dépersonnalisation chez 20% d'entre-deux et près des 2/3
présentaient une réduction d'accomplissement personnel au travail.⁹²

Chez cette catégorie professionnelle, il a été observé une attitude de fuite, de désinvestissement du travail et d'absentéisme répété, ou d'un surinvestissement l'activité professionnelle jusqu'à ne plus pouvoir quitter le travail, même si ce travail reste inefficace. Ce comportement de présentéisme est plus typiquement rencontré chez les cadres.

⁹²Jacqueline Torgler: Consommation de substances, stress et santé des médecins des hôpitaux universitaires de Genève. Thèse de doctorat en Médecine, Mention médecine clinique. Faculté de Médecine de l'Université de Genève. 2002.

Influençant le syndrome du burn out

Le burnout apparaît comme une réponse à un stress émotionnel chronique et répétitif. Maslach et Schaufeli (1993) suggèrent que le burnout est atteint au fur et à mesure que les obligations professionnelles deviennent plus fortes et plus lourdes. Elles épuisent alors les ressources personnelles et l'énergie de l'individu⁹³. Noëlle Girault-Lidvan, écrivait : « *Le syndrome du burn out apparaît clairement comme le résultat de l'expérience de stress professionnels inhérents aux relations sociales impliquées par la pratique d'une profession d'aide, et plus exactement comme le résultat de tentatives d'adaptation infructueuses face à ces stress.* »⁹⁴

3.1. Le Stress

Définition du stress : Le terme stress est une troncation du mot anglais *distress* qui provient du latin *stringere* signifiant, *mettre en tension, étreindre, serrer*. Le Professeur Hans Selye⁹⁵, a été le premier en 1936, à avoir introduit la notion de stress en médecine. En 1956, il définit le stress comme un syndrome général d'adaptation, qui désigne la réaction *non spécifique* d'un organisme, en réponse aux stimuli provenant d'un environnement perturbant.⁹⁶

⁹³ Sabrina Chan-lin chanteau : Le burnout des médecins généralistes libéraux de Tahiti. Thèse de doctorat en médecine. Université René Descartes Paris 5. Faculté de Médecine René Descartes. Avril 2006. p 20.

⁹⁴ Noëlle Girault Lidvan : Le patient, un individu d'abord. Revue Sciences de l'association française pour l'avancement des sciences (l'AFAS) du 2 Avril 1996, p 65.

⁹⁵ Hans Selye János, (1907-1982) : Était un endocrinologue Canadien, d'origine Autrichienne et Hongroise. Il a été directeur de l'institut de médecine et chirurgie expérimentale de l'Université de Montréal et un pionnier des études sur le Stress.

⁹⁶ Hans Selye : Le stress de la vie, Edition, Gallimard 2^e édition, Paris 1975.

pour but d'amener l'individu à se mobiliser et à l'environnement du milieu dans lequel il vit. La réaction de stress est donc une réponse d'alarme et de défense à une sollicitation de l'environnement. Le stress normal ne dépasse pas les possibilités adaptatives du sujet et il représente un apprentissage positif, mais le stress pathologique correspond à une rupture d'équilibre entre le sujet et son milieu, qui aboutit à une désadaptation.

Selye, décrit une évolution en trois phases du Syndrome Général d'Adaptation : la phase d'alerte, la phase de lutte et la phase d'épuisement.⁹⁷

- 1) **La phase d'alarme:** est « *l'ensemble des phénomènes généraux non spécifiques provoqués par l'exposition soudaine de l'organisme à un agent nocif, à un stimulus, à un stress, auquel cet organisme n'est adapté, ni qualitativement, ni quantitativement* »⁹⁸. Elle consiste en la mise en activité des forces défensives de l'organisme, et la mise en veille des organes non nécessaires à la survie. Selye scinde la réaction d'alarme en deux phases plus ou moins distinctes : la phase de choc et la phase de contre-choc.
 - *la phase de choc* : Correspond à l'état de surprise suscité par l'agression. Elle comprend un ensemble de « *symptômes d'altération passive de l'équilibre fonctionnel* », tels que la perte de tonus musculaire, la tachycardie, la pression artérielle, la fièvre, l'hypersécrétion gastrique, suivis d'effets psychiques, tel que l'euphorie, ou le sentiment de détresse, d'oppression, etc.

⁹⁷ Hans Selye : Du rêve à la découverte. Éditions La Presse, 1973, p 66-68.

⁹⁸ P. Lôo & H. Lôo : Le stress permanent. Masson « Médecine et Psychothérapie ». Paris 1986. p 17.

Intervient lorsque l'organisme s'est ressaisi de surprise. Elle met en jeu des moyens de défense actifs sur le plan physiologique, humoral et endocrinien. Si les stimuli qui ont provoqué la réaction d'alarme se prolongent, l'organisme entre dans la phase suivante dite de résistance.

- 2) **La phase de résistance** : Il s'agit de la phase où l'organisme s'adapte à l'agent stressant en mobilisant les ressources énergétiques nécessaires pour maîtriser la situation stressante. Une fois les premiers signes physiques de la réaction d'alarme ont disparu, le corps s'adapte et la résistance s'élève au-dessus de la normale. « Elle constitue l'ensemble des réactions non spécifiques provoquées par l'**exposition prolongée** de l'organisme à des stimuli nocifs, auxquels il s'est adapté au cours de la réaction d'alarme. »⁹⁹

Selon Altmann Laurence: « Cette phase met en jeu l'ensemble des systèmes hormonaux selon des modalités propres à chaque individu. C'est **l'état de stress**. Il correspond à une intensification de la mobilisation énergétique de l'organisme qui doit soutenir l'effort pour s'adapter à la situation nouvelle. Le niveau de fonctionnement y est plus élevé. C'est « l'hétérostasie », terme employé par H. Selye pour quantifier cet état par opposition avec le concept d'homéostasie. Des troubles psychiques et psychosomatiques apparaissent durant cette phase. Le stade de résistance varie en intensité, en modalité d'expression et en durée selon les situations et les individus. »¹⁰⁰

⁹⁹ P. Lôo & H. Lôo : Le stress permanent. Masson « Médecine et Psychothérapie ». Paris 1986. p 17.

¹⁰⁰ Altmann Laurence, Mallinger : Evaluation du stress chez le personnel de l'ANPE. Thèse présentée pour le diplôme de Docteur en médecine. Diplôme d'Etat. Mention Médecine du travail. Université Louis Pasteur, Faculté de Médecine de Strasbourg. 2000. p 25-26.

« Elle constitue l'ensemble des réactions non
nt le moment où l'organisme **cesse de pouvoir**
s'adapter au stimulus auquel il est soumis »¹⁰¹. Elle apparaît lorsque le
stresseur persiste, tout en étant relativement intense. La résistance ne peut
alors être maintenue et les mécanismes d'adaptation cèdent ce qui
entraînerait l'apparition de symptômes. Ainsi selon (Selye, 1956), des
sollicitations intenses, répétées ou prolongées de la réponse
physiologique entraînent la dégradation de l'organisme et conduisent aux
maladies de l'adaptation. « Si la réponse physiologique immédiate,
mobilisatrice, provoque d'abord une adaptation comportementale active,
sur le long terme, elle entraîne un épuisement et provoque des maladies
liées au stress (Selye, 1983). ».¹⁰²

Cette phase marque ainsi la fin de la période de résistance avec épuisement des
ressources et abandon de l'effort. Et dans les situations les plus graves le risque
vital est présent.¹⁰³

¹⁰¹ P. Lôo & H. Lôo : Le stress permanent. Masson « Médecine et Psychothérapie ». Paris 1986. p 18.

¹⁰² Didier Truchot: Epuisement professionnel et burn out. Concepts, modèles, interventions. Editions, Dunod, Paris, 2004. p 46.

¹⁰³ Altmann Laurence, Mallinger: Evaluation du stress chez le personnel de l'ANPE. Thèse présentée pour le diplôme de Docteur en médecine. Diplôme d'Etat. Mention Médecine du travail. Université Louis Pasteur, Faculté de Médecine de Strasbourg. 2000. p 27.

obilisation destinée à résister au stress.

Résistance : l'organisme fait face et résiste au stress.

Épuisement : si la résistance n'affaiblit pas le stress, l'organisme s'épuise.

Figure 4 : Les trois phases du syndrome général d'adaptation de Selye

Dans des développements ultérieurs, Hans Selye proposera une théorie du stress et établira une distinction entre un stress négatif et nuisible, nommé **distress**, et un stress positif sain et adaptatif, nommé **eustress**.

En effet le terme générique de stress va recouvrir deux catégories de réaction : d'une part les réactions normales, adaptatives, et d'autre part les réactions de stress dépassé inadéquates ou inadaptées.

adaptatif, qui mobilise les ressources et augmente les performances. L'être humain a besoin d'un niveau minimal de stress pour développer l'ensemble de ses fonctions vitales et en assurer la maintenance.

L. Crocq définit le stress normal comme « *la réaction immédiate, biologique, physiologique et psychologique d'alarme, de mobilisation des ressources et de défense de l'individu face à une agression ou une menace* ».¹⁰⁴

Cette réponse de l'organisme de l'organisme en situation difficile est donc un phénomène naturel, normal et utile à la survie. Et cet ensemble de réactions d'adaptation est appelé *stress protecteur* ou bien encore *stress adaptatif*. Ce stress normal est nécessaire car créateur d'émotions nécessaires à la vie.

Durant la phase du stress adaptatif :

- L'attention est focalisée sur la situation menaçante (vigilance).
- L'énergie nécessaire à l'évaluation de la situation et à la prise de décision est mobilisée (augmentation des facultés de perception et rapidité de leur intégration).
- Préparation à l'action adaptée à l'agression.

¹⁰⁴ L. Crocq : Les Traumatismes psychiques de guerre. Edition Odile Jacob. Paris, 1999.

pathologique :

Le stress négatif survient lorsque le stress dépasse le niveau optimum, devant des situations ressenties comme contraignantes ou menaçantes, devant de nombreuses demandes émanant de l'environnement simultanément ou durant une trop longue période. Ce stress négatif induit une diminution des performances et mène à l'épuisement.

Ainsi les états de stress de longue durée induisent et favorisent ; une diminution de la résistance aux infections, les maladies immuno-allergiques (asthme, polyarthrite rhumatoïde, lupus érythémateux, colite ulcéreuse), l'ulcère gastroduodéal, les désordres hormonaux (de la thyroïde ou des sécrétions androgènes ou œstrogènes), certaines pathologies de la grossesse (prématurité, infertilité) ou des affections dermatologiques¹⁰⁵.

Une étude réalisée en 2002 sur l'épuisement professionnel des médecins anglais, a démontré l'existence de corrélations entre le stress et les trois différents paramètres du Maslach Burnout Inventory¹⁰⁶ :

1. stress et épuisement émotionnel sont corrélés de façon réciproque.
2. la réduction de l'accomplissement personnel accroît le stress.
3. la déshumanisation diminue le stress.

¹⁰⁵ Thurin, J.M. & Baumann, N. : Stress, pathologies et immunité. Editions Flammarion Médecine Sciences. Paris, 2003.

¹⁰⁶ Sabrina Chan lin-chanteau : Le burnout des médecins généralistes libéraux de Tahiti. Thèse de doctorat en médecine. Université René Descartes Paris 5. Faculté de Médecine René Descartes. Avril 2006. p 20.

stress comme un « *état dynamique d'un nante d'adaptation, (...) puisque la vie elle-même exige une adaptation constante, si bien que toutes les créatures vivantes sont continuellement dans un état plus ou moins grand de stress* »¹⁰⁷.

La notion de stress a donc été très logiquement associée aux événements de vie ; situations de la vie quotidienne ou situations à fort potentiel émotionnel, exigeant des ressources adaptatives parfois inconnues. Et les auteurs en donnent cinq catégories d'événements stressants.¹⁰⁸

¹⁰⁷ Stora, J-B. : Le stress. Edition PUF. Paris. Année 2000. p. 78

¹⁰⁸ Brunel, O. : Les stratégies d'ajustement au risque alimentaire ; Modèle théorique et Test empirique. Thèse présentée pour l'obtention du titre de Docteur ès Sciences de Gestion. Université Jean Moulin Lyon 3. Décembre 2002.

ories d'événements stressants :

	Caractéristiques	Exemples	Universalité de l'évaluation
Cataclysme	Evènements soudains, tumultueux et irrémédiables qui imposent la mise en place d'une stratégie adaptative	Désastre naturels et technologiques.	Sévère pour une personne ne souffrant pas de pathologie mentale
Evènements de vie majeurs	Episodique et souvent irrémédiable. Il demande des efforts adaptatifs pour la personne moyenne.	Pertes sociales, mort, maladies graves	Sévère pour une personne ne souffrant pas de pathologie mentale
Stresseurs quotidiens	Ensemble de stresseurs passés et actuels.	Problèmes financiers, professionnels	Classés de mineur à majeur pour une personne ne souffrant pas de pathologie mentale
Stresseurs ambiants	Stresseurs issus de l'environnement physique de l'individu	Bruit, pollution, embouteillage.	Classés de relativement mineur ou insignifiant à sévère pour une personne ne souffrant pas de pathologie mentale
Stresseurs liés au rôle de l'individu	Difficultés actuelles liées à des obligations imposées par le rôle de l'individu dans la société.	Travail très excessif, responsabilités trop importantes	Sévère pour une personne ne souffrant pas de pathologie mentale (surtout pour les rôles jugés importants pour l'individu).

professionnelles de stress, Bruchon-Schweitzer
caractéristiques de la tâche (charge de travail,
aménagement du temps de travail, conditions de travail) ; *les caractéristiques
relationnelles* (conflits et ambiguïté de rôle, non reconnaissance du travail
accompli, harcèlement moral, excès ou absence de responsabilités) ; *les
caractéristiques de la carrière* (début de carrière, absence de promotion et de
débouchés, mobilité professionnelle, licenciement) ; *l'interface travail – famille*
(incompatibilité et/ou concurrence entre rôle familial et rôle professionnel).¹⁰⁹

¹⁰⁹ Bruchon-Schweitzer M. Psychologie de la santé. Modèles, concepts et méthodes. Edition: Dunod, Paris 2002.

syndromes de stress :

nnel amène inévitablement la question de la différenciation des états de stress aigus et chronique. La littérature mentionne traditionnellement trois syndromes : le stress aigu, le stress post-traumatique et le stress chronique.

- Le syndrome du stress Aigu

Le stress aigu désigne une réaction soudaine et rapide à un événement singulier, imprévue et brutal. Cela peut-être un conflit violent, une agression, un accident. Ce stress engendre des réponses physiologiques. Mais assez rapidement, le temps éloignant l'événement, on observe un retour à l'état physiologique et psychologique normal. Toutefois, l'intensité de l'événement et la réponse individuelle à celui-ci peuvent varier grandement. Dans le cas où cette réaction dure, elle peut alors constituer un syndrome de stress post-traumatique.

Le stress aigu peut entraîner, dans certains cas, des troubles psychosomatiques, des pathologies digestives aiguës, des accidents cardiovasculaires.¹¹⁰

Les critères diagnostiques actuels de *l'Etat de Stress Aigu* sont semblables à ceux de *l'Etat de Stress Post-traumatique*, quoique les critères pour l'ESA mettent davantage l'accent sur les symptômes dissociatifs et que ce diagnostic ne puisse être établi que dans le mois suivant l'événement traumatique et il se différencie du PTSD ou ESPT par sa durée inférieure à 6mois.

¹¹⁰ Altmann Laurence, Mallinger: Evaluation du stress chez le personnel de l'ANPE. Thèse de Doctorat en médecine, mention médecine du travail. Université Louis Pasteur. Faculté de médecine. Strasbourg. Année, 2000.

traumatique se développe comme une réponse retardée ou différée à un événement traumatisant qui présente une menace de mort physique et/ou psychique, avec le potentiel de provoquer une détresse envahissante chez presque toute personne (World Health Organisation, 1993).

▪ **Les critères diagnostic de PTSD selon le DSM-IV-TR¹¹¹ :**

Six critères permettent de poser un diagnostic de PTSD :

A. Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents :

1. Le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien être menacés de mort ou de grave blessure ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée;
2. La réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.

B. L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :

1. Souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement provoquant un sentiment de détresse et comprenant des images, des pensées ou des perceptions;
2. Rêves répétitifs de l'événement provoquant un sentiment de détresse;

¹¹¹ DSM IV: (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder), Washington D.C. American Psychiatric Association Press. (1994).

ents soudains « comme si » l'événement
roduire (incluant le sentiment de revivre
l'événement, des illusions, des hallucinations, et des épisodes dissociatifs
(flash-back), y compris ceux qui surviennent au réveil ou au cours d'une
intoxication);

4. Sentiment intense de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique en cause;
5. Réactivité physiologique lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect de l'événement traumatique en cause.

C. Évitement persistant des stimuli associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale (ne préexistant pas au traumatisme), comme en témoigne la présence d'au moins trois des manifestations suivantes :

1. Efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associés au traumatisme;
2. Efforts pour éviter les activités, les endroits ou les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme;
3. Incapacité de se rappeler d'un aspect important du traumatisme;
4. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités;
5. Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres;
6. Restriction des affects (Incapacité à éprouver des sentiments tendres);
7. Sentiment d'avenir « bouché ».

ersistants traduisant une activation neuro-
traumatisme) comme en témoigne la présence
d'au moins deux des manifestations suivantes :

1. Difficultés à s'endormir ou sommeil interrompu;
2. Irritabilité ou accès de colère;
3. Difficultés de concentration;
4. Hyper vigilance;
5. Réaction de sursaut exagérée.

E. La perturbation (symptômes des critères B, C et D) dure plus d'un mois.

F. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Pour Didier Truchot « *Le stress post-traumatique se rencontre chez les personnes qui éprouvent de la détresse en souvenir d'une expérience particulièrement traumatisante : un accident, une agression violente, un «braquage », la confrontation à la mort. Le stress éprouvé pendant l'événement, ou juste après, est un stress traumatique. Mais les effets ressentis longtemps après, constituent le stress post-traumatique. Il peut être aigu (les effets sont ressentis de un à trois mois après l'événement traumatisant), chronique (les effets s'observent au moins trois mois après l'événement traumatisant), ou différé : les effets surviennent plus de six mois après l'événement, voire des années après. Ce stress est composé d'un ensemble d'émotions et de comportements - conscients ou non - provoqués par les souvenirs de la catastrophe.* »¹¹²

¹¹² Didier Truchot: Epuisement professionnel et burnout. Concepts, modèles, interventions. Edition Dunod, Paris, 2004. p 42

ess chronique vient d'une exposition longue, lancinante, à des agents stressants, pas toujours clairement identifiés par l'individu. Au fil du temps, les tensions s'accroissent et leurs effets deviennent particulièrement nocifs : troubles du sommeil, maladies cardiovasculaires, symptômes dépressifs, problèmes cognitifs, etc. »¹¹³.

Il s'agit d'une réaction à des pressions continues et répétées, sur une longue période de temps. Il est aussi décrit comme un ensemble de réponses physiques et psychologiques douloureuses qui apparaissent quand les exigences de l'emploi ne correspondent pas aux capacités, aux ressources ou aux besoins de l'individu, donc comme une incompatibilité entre l'individu et son environnement.

Freudenberger souligne que toute personne engagée au quotidien dans une relation d'aide avec autrui et soumise à un stress professionnel chronique est susceptible un jour d'être atteinte du syndrome d'épuisement professionnel.¹¹⁴

Et à l'instar du burnout le stress chronique engendre des états pathologiques prolongés sans que la personne soit consciente de leur cause. Il entraîne un épuisement psychologique et glandulaire progressif responsable des maladies dites d'adaptation.¹¹⁵ Il est associé à la dépression, aux troubles du sommeil et de la concentration, à l'hypertension, aux maladies cardio-vasculaires, voir à un affaiblissement du système immunitaire¹¹⁶.

¹¹³ Didier Truchot: Epuisement professionnel et burnout. Concepts, modèles, interventions. Edition Dunod, Paris, 2004. p 43

¹¹⁴ Freudenberger H. L'épuisement professionnel: La Brûlure interne, Québec. Gaétan Morin Éditeur. 1987.

¹¹⁵ Didier Truchot: Epuisement professionnel et burnout. Concepts, modèles, interventions. Edition Dunod, Paris, 2004. p 17

¹¹⁶ Altmann Laurence, Mallinger: Evaluation du stress chez le personnel de l'ANPE. Thèse de Doctorat en médecine, mention médecine du travail. Université Louis Pasteur. Faculté de médecine. Strasbourg. Année 2000.

la première dimension du burnout qu'est la diminution physique qu'il peut engendrer.

Maslach et Schaufeli (1993), écrivaient : « *puisque le burnout est un « stress professionnel prolongé » provenant d'exigences qui dépassent les ressources individuelles, il est possible d'établir un parallèle avec le modèle de Selye, ces trois phases (alarme, résistance et épuisement) correspondant bien au processus de burnout. »*¹¹⁷.

Shirom (2003), pour sa part souligne que : « *Le burnout est [...] une réaction affective au stress permanent et dont le noyau central est la diminution graduelle, avec le temps, des ressources énergétiques individuelles, qui comprennent l'expression de l'épuisement émotionnel, de la fatigue physique et de la lassitude cognitive »*.¹¹⁸

En effet, il faut préciser que la notion de burn out englobe et dépasse celle de stress, mais celui-ci, au long cours, ne peut qu'accélérer l'apparition d'un épuisement physique et moral, ce que affirme Cooper et coll., (2001), en précisant que : « *Le stress est un terme générique qui réfère au processus d'adaptation temporaire accompagné par des symptômes mentaux et physiques. En contraste, le burnout peut être considéré comme le stade final d'une rupture d'adaptation qui résulte d'un déséquilibre à long terme entre exigences et ressources, et ainsi d'un stress professionnel prolongé. Le stress serait donc le résultat d'une tension passagère, le burnout celui de tensions continues. Aujourd'hui, pour bien des auteurs le burnout est effectivement l'aboutissement d'un stress persistant.*»¹¹⁹

¹¹⁷ Didier Truchot: Epuisement professionnel et burn out : Concepts, modèles, interventions. Editions Dunod, Paris, 2004. p 46

¹¹⁸ Ibid. p 19

¹¹⁹ Ibid. p 39.

d'être envisagé comme un processus linéaire de l'appréhension de l'adversité de l'événement stressant et l'étude des réactions de stress. Il apparaît donc que la réaction de stress ne dépend pas exclusivement de la gravité objective du stressor, mais qu'un ensemble de variables et de processus intervient pour en atténuer ou en amplifier l'effet.

Dans cette perspective dynamique, les caractéristiques de l'individu, les caractéristiques de l'environnement, et les mouvements perpétuels de leur interaction sont considérés.¹²⁰

Ainsi les modèles psychologiques du stress vont prendre en compte un aspect essentiel et jusque là ignoré du stress : *sa dimension cognitive*. Les variables cognitives y jouent un rôle de modérateur dans la relation stress-détresse en diminuant ou accentuant l'impact de la situation sur l'état émotionnel de l'individu.¹²¹

Le modèle transactionnel de Richard Lazarus est sans aucun doute le modèle le plus largement diffusé et le plus massivement utilisé dans les recherches sur le stress.¹²²

¹²⁰ Lazarus, R.S. & Folkman, S.: Stress, appraisal, and coping. New-York: Springer Publishing Company. Année 1984.

¹²¹ Paulhan, I. & Bourgeois, M.: Stress et coping. Les stratégies d'ajustement à l'adversité. Paris : P.U.F. Année 1995.

¹²² Rolland, J-P.: Modèles psychologiques du stress : analyses et suggestions. Pratiques Psychologiques, 4, 99-122. Année 1999.

nsidèrent le stress comme une « *transaction* une situation dans laquelle celle-ci est évaluée comme éreintante, débordant ses ressources et pouvant mettre en danger son bien être.»¹²³.

Et il correspondrait « *A la relation singulière existant entre la personne et son environnement. Elle consiste en une évaluation cognitive d'une demande vécue par elle comme la mettant à l'épreuve, comme excédant ses ressources ou une demande pour laquelle il n'y a pas de réponse possible, donc mettant en danger son bien-être* »¹²⁴.

La réponse de stress est donc le résultat d'un déséquilibre entre les exigences, réelles ou perçues, que génère l'environnement et les ressources dont dispose ou croit disposer l'individu pour y faire face.

Selon Lazarus & Folkman, deux processus gouvernent l'interaction entre l'environnement et l'individu ; amplifiant ou diminuant l'impact de l'agent stressant sur l'individu : ***l'évaluation cognitive et le coping.***

¹²³ Bruchon-Schweitzer M.L : le coping et les stratégies d'ajustement face au stress. Revue recherche en soins infirmiers N° 67. Décembre 2001.

¹²⁴ Rivolier, J. : L'homme stressé. Edition PUF. Paris. Année, 1989. P 89.

ognitive :

eur de la théorie de Lazarus et Folkman et constitue le lien essentiel entre le stress et le coping. Elle est l'étape qui donne le caractère individuel à l'expérience vécue et correspond à la première étape du processus de stress. Et ils en distinguent trois formes d'évaluation cognitive : évaluation primaire, évaluation secondaire et réévaluation.

3.2.1. L'évaluation primaire :

Lors de l'évaluation primaire l'individu évalue le type et l'enjeu de la situation pour son bien-être. Elle reflète la nature et le degré de risque qu'un événement peut comporter. Une évaluation menaçante de la situation génère des émotions négatives, telles que l'anxiété, la peur ou le ressentiment. Au contraire, l'évaluation d'un défi engendre des émotions positives, telles que l'enthousiasme et l'impatience. La connotation positive ou négative qu'il donne à cette évaluation détermine les stratégies d'ajustement au stress.

3.2.2. L'évaluation secondaire :

Cette seconde étape n'intervient que si la précédente a généré un stress pour le sujet. Le but est de mettre en place un certain nombre de stratégies dont dispose le sujet afin de minimiser l'impact physiologique et psychologique de l'événement stressant et de réévaluer la situation. On peut considérer que cette période perdure jusqu'au moment où le sujet ne perçoit plus la situation comme stressante.

3.2.3. La réévaluation

Concerne un changement dans l'évaluation initiale, cette modification est basée sur l'apport d'information nouvelle en provenance de l'environnement ou de la personne elle-même.

Le processus d'évaluation est influencé par des variables telles que les croyances, l'endurance ou l'anxiété de l'individu, ainsi que par des variables contextuelles telles que les caractéristiques de la situation ou les ressources sociales de l'individu.

3.3. Le coping ou stratégies d'ajustement face au stress :

L'étymologie du verbe anglais to cope (affronter, faire face). Le terme anglo-saxon coping strategy est traduit dans la littérature scientifique française par stratégie de faire face ou stratégie d'ajustement. Lazarus et Folkman (1984), définissent le coping comme *«l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeants, déployés pour gérer des exigences spécifiques internes et/ou externes qui sont évaluées comme consommant ou excédant les ressources de l'individu »*.¹²⁵

Le coping donc fait référence à l'ensemble des processus qu'un individu interpose entre lui et un événement éprouvant, afin d'en maîtriser ou diminuer l'impact sur son bien-être physique et psychique. Les individus ne subissent en effet pas passivement les situations difficiles qui s'imposent à eux, mais interviennent constamment pour établir des conditions qui leur soient propices. Et cette tentative de maîtrise, poursuit deux buts essentiels : éliminer ou réduire les conditions environnementales stressantes, ainsi que le sentiment de détresse qu'elles induisent.

¹²⁵ Bruchon-Schweitzer M.L : le coping et les stratégies d'ajustement face au stress. Revue recherche en soins infirmiers N° 67. Décembre 2001.

ve au coping, nous retrouvons deux approches. La première considère le coping comme un trait stable de la personnalité et de ce fait relativement indépendant des situations auxquelles il faut faire face. L'utilisation préférentielle de telles ou telles stratégies dépendrait de caractéristiques cognitives et conatives de chaque personne.¹²⁶

La deuxième approche quant à elle suggère que le coping est variable dans le temps, dépend du contexte et de l'évaluation qui est faite de la situation. Plus généralement, dans leur modèle transactionnel, ces deux auteurs considèrent qu'un style de coping existe mais que le coping est plus contextuel et change en fonction des conditions stressantes.¹²⁷

Le coping correspondrait alors en une réponse spécifique aux exigences psychologiques ou environnementales d'un contexte particulièrement stressant. Plus précisément, ce serait l'évaluation qui est faite de la situation qui déterminerait le choix des stratégies de coping à utiliser.

¹²⁶ Billings A.G. & Moos R.H.: The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events, *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 139-157. 1981.

¹²⁷ Lazarus R.S. & Folkman S.: *Stress, appraisal and coping*, New York, Springer. 1984.

Si l'on se réfère à la définition de Lazarus et Folkman (1984), le but de toutes formes de coping est de minimiser l'intensité du stress afin de la rendre tolérable, et contrôlable. Pour ces auteurs, le coping a pour but de changer un rapport difficile entre le sujet et l'environnement. Pour Lazarus, Folkman et Launier (1978), le coping a *deux fonctions principales* : il peut permettre de *modifier le problème* qui est à l'origine du stress, il peut permettre de *réguler les réponses émotionnelles* associées à ce problème.¹²⁸

1. **Le coping centré sur le problème** : les stratégies centrées sur le problème (stratégies agissant sur la situation) sont préférentiellement utilisés s'il est possible d'agir sur la situation, si elle est contrôlable. Ce sont des stratégies de coping actif. Le sujet s'oriente vers la tâche, il agit directement sur la situation stressante, par la résolution du problème.
2. **Le coping centré sur l'émotion** : C'est l'ensemble des tentatives effectuées pour contrôler la tension émotionnelle induite par la situation. L'utilisation des stratégies centrées sur l'émotion (stratégies régulant les tensions émotionnelles induites par l'événement) serait prédominante lorsque la situation n'est pas modifiable. Ce sont des stratégies de coping passif. Elles sont centrées sur le sujet lui-même qui tente de contenir les débordements émotionnels et de conserver un équilibre psychoaffectif acceptable.

D'autres modes de classification des stratégies d'adaptation sont aussi proposées par différents chercheurs. Ainsi Billings et Moos (1981) mettent en évidence, outre les catégories proposées par Lazarus et Folkman (1984), **une troisième** catégorie de stratégies se rapportant à **l'évitement**.¹²⁹

¹²⁸ Bruchon-Schweitzer M.L : le coping et les stratégies d'ajustement face au stress. Revue recherche en soins infirmiers N° 67. Décembre 2001.

¹²⁹ Carole Vanier : Etude de l'épuisement professionnel et des facteurs associés chez des intervenantes et intervenants de ressources communautaires. Thèse de Doctorat en psychologie. Université du Québec à Montréal. Août 1999. p 45.

Les études réalisées par Anne Marie Pronost et Pierre TAP, font apparaître chez les infirmières à fort taux d'épuisement professionnel des stratégies d'adaptation en termes de retrait, d'évitement et de fuite. Par contre, les infirmières à faible taux d'épuisement professionnel utilisent des stratégies de résolution de problème, d'évaluation, de recherche de soutien social.¹³⁰

En termes d'efficacité, il semblerait qu'un style de coping actif centré sur le problème se révèle plus efficace qu'un style de coping passif, centré sur l'émotion, pour réduire la tension émotionnelle induite par l'événement dans le cas où celui-ci apparaît comme contrôlable. (Paulhan 1992).¹³¹

Pour Bruchon-Schweitzer, il semble que les stratégies centrées sur le problème sont plus efficaces que les autres et ceci dans une variété de situations professionnelles¹³².

Selon Leiter, le coping a un effet direct sur le burnout, mais n'a pas d'effet modérateur, qui signifie qu'il bénéficie à tous les employés, quels que soient leur charge de travail et leur niveau de conflits interpersonnels, mais ne réduit pas particulièrement le burn out des individus les plus exposés à ces stressseurs. Autrement dit, ici, les stressseurs contribuent à augmenter l'épuisement émotionnel quel que soit le style de coping.¹³³

¹³⁰ Anne-Marie Pronost & Pierre Tap : La prévention du Burn-out et ses incidences sur les stratégies de coping. Revue recherche en soins infirmiers N° 67, Décembre 2001.

¹³¹ Roussin Malvina ; Usure professionnelle et stratégies d'adaptation des surveillants Centre Pénitentiaire de Marseille. Mémoire pour le DESS Psychologie Sociale de la Santé 2003. Université de Provence Aix-Marseille I13100 Aix en Provence.

¹³² Bruchon-Schweitzer M.L : Psychologie de la santé, modèles concepts et méthodes. Edition Dunod. Paris, 2002.

¹³³ Didier Truchot: Epuisement professionnel et burnout. Concepts, modèles, interventions. Edition Dunod, Paris, 2004. p 54.

individuelles concernent également les stratégies stressseurs. Certains adoptent des modalités actives pour résoudre les problèmes. D'autres adoptent des attitudes et des comportements négatifs. Alors au fil du temps, le burnout s'installera.¹³⁴

Dans leur ensemble, quelle que soit la façon d'opérationnaliser le coping centré sur le problème ou centré sur l'émotion, les recherches sur le burnout confirment que le premier est préférable.¹³⁵

¹³⁴Didier Truchot: Epuisement professionnel et burnout. Concepts, modèles, interventions. Edition Dunod, Paris, 2004. p 55.

¹³⁵ Ibid.

4.1. La théorie de la conservation des ressources :

Selon la théorie de préservation des ressources, quand des employés font l'expérience d'une perte de ressources, d'un échec de gain suite à un investissement de ressources, ou sentent que leurs ressources sont menacées, ils vont subir un stress (Hobfoll, 1989).¹³⁶

La théorie de la conservation des ressources, élaborée par Hobfoll (1989), présente une conception originale du stress. Elle sert de plus en plus de référence dans les recherches sur le burnout. *« Cette théorie considère à part égale les traits de l'environnement et ceux de l'individu. Critiquant les approches basées sur la notion d'évaluation, elle veut être une alternative moins individualisante, plus sociale du stress. Par exemple, dans cette optique, les évaluations ne sont pas le résultat de particularités individuelles, mais de processus collectifs. Face à une menace, les membres d'une collectivité produiront les mêmes évaluations et les mêmes réponses, liées à des modèles sociaux opératoires. »*¹³⁷

D'après Hobfoll, le stress psychologique apparaît dans les trois cas suivants :

1. Quand les ressources des individus sont menacées.
2. Quand les ressources des individus sont effectivement perdues.
3. Quand les individus investissent des ressources et ne reçoivent pas les retours anticipés. Pour lui, le burnout correspond principalement à la troisième situation.

¹³⁶ Actes de la journée recherche : Stress, Burnout et conflits de rôles. 27 mai 2005. Site iae-aix.com.

¹³⁷ Didier Truchot: Epuisement professionnel et burnout. Concepts, modèles, interventions. Edition Dunod, Paris, 2004.p 62.

Truchot « Si l'on applique ce principe au burnout, les ressources prédit que des relations difficiles avec des collègues, des évaluations négatives de la part des supérieurs, une surcharge de travail, auront plus de retentissement psychologique que la cohésion de l'équipe, le soutien du supérieur, ou la possibilité d'exercer et de développer ses compétences. La méta-analyse réalisée par Lee et Ashforth (1996) accrédite également la thèse de la primauté des pertes. »¹³⁸

4.2. Le modèle « Person-Environment fit » de French :

Le modèle « Person-Environment Fit » de French et al., (1974) de l'École de Michigan. Selon ce modèle, les variables environnementales objectives n'ont pas d'effet pathogène sur les travailleurs. Il y a stress professionnel dans le cas où les variables contextuelles (charge de travail, conflit de rôle) et individuelles (motivations, aptitudes) sont incompatibles entre elles. C'est l'écart entre ces dimensions qui constitue l'indice de stress.¹³⁹

Pour évaluer cet écart, on soumet généralement aux individus une liste de caractéristiques professionnelles (charges de travail, responsabilités, aptitudes, rôles...), liste devant être évaluée de deux façons par chacun (ce qu'attend l'organisation, d'une part, ce que souhaite ou fait l'employé, d'autre part). Un écart important entre ces deux évaluations P et E (P : personne, E : environnement) correspondrait à un stress professionnel élevé, se manifestant par une insatisfaction professionnelle et diverses pathologies somatiques et psychologiques.

¹³⁸ Didier Truchot : Epuisement professionnel et burnout. Concepts, modèles, interventions. Edition Dunod, Paris, 2004, p 63.

¹³⁹ Bruchon-Schweitzer, M., Rascle, N., Quitard, B., Nuissier, J., Cousson, F., Aguerre, C : Stress professionnel et santé. Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale, N° 33, p 61-74. 1997

comme le résultat d'une absence d'adéquation la personne.

Deux dimensions de l'adéquation sont identifiées :

1. Le degré selon lequel les attitudes, capacités, motivations et besoins du travailleur rencontrent les demandes, les ressources, les opportunités et les gratifications professionnelles.
2. Le degré selon lequel l'environnement professionnel rencontre les besoins des travailleurs, et en particulier la mesure dans laquelle l'individu est encouragé à utiliser ses connaissances et ses aptitudes dans le cadre de sa profession.

Selon French, le stress apparaît lorsqu'il y a un manque d'adéquation entre l'une de ces dimensions. Ce modèle s'inscrit dans l'approche des ressources.

4.3. Le modèle de « déséquilibre efforts/récompense » de Siegrist :

Le modèle déséquilibre-efforts-récompenses, «*Effort-Reward-Imbalance*» appelé aussi *E.R.I* a été développé par l'équipe de Siegrist en Allemagne, à partir de 1986. Et d'après ce modèle, l'état de stress survient lorsqu'il y a déséquilibre entre les efforts qu'une personne accepte de fournir dans son travail et les récompenses qu'elle reçoit en retour.

Les efforts, d'après ce modèle sont de deux types :

1. Les efforts extrinsèques qui correspondent aux exigences psychologiques développées dans le modèle de Karasek : contraintes de temps, interruptions, responsabilités, heures supplémentaires, charge physique du travail, augmentation de la demande.
2. Les efforts intrinsèques qui représentent des facettes de la personnalité : Besoin d'approbation, compétitivité et hostilité latente, impatience et irritabilité disproportionnées, incapacité à s'éloigner du travail.

vent être de trois sortes : les gains monétaires, ues et des supérieurs et le degré de contrôle sur

son statut professionnel.

En effet, selon ce modèle, si les efforts dépassent les récompenses obtenues au travail, l'individu souffrira de ressentiment et de stress.

4.4. Le modèle exigences-contrôle de Karasek :

Ce modèle avait pour objectif de fournir un cadre théorique au développement de recommandations pour l'amélioration de la qualité de vie au travail. Il repose sur le croisement de deux types de variables qui d'après Karasek (1979) permettent de mesurer objectivement le stress¹⁴⁰ :

1. La demande psychologique (*jobs demands*) : elle comprend les contraintes liées à l'exécution de la tâche (quantité, complexité, contraintes de temps, etc.).
2. La latitude décisionnelle : qui recouvre d'une part le contrôle que l'on a sur son travail, c'est-à-dire le degré d'autonomie dont on dispose dans l'organisation des tâches et la participation aux décisions, et d'autre part l'utilisation de ses compétences (ressources); la possibilité d'utiliser ses qualifications, sa capacité à développer de nouvelles compétences.

La situation qui expose le plus au stress est celle qui combine à la fois une demande psychologique élevée et une faible latitude décisionnelle.

¹⁴⁰Didier Truchot: Epuisement professionnel et burnout. Concepts, modèles, interventions. Edition Dunod, Paris, 2004. p 93.

roduite par J. V Johnson et E. M. Hall (1989) agit du soutien social au travail (soutien socio-émotionnel et technique) de la part des collègues et des supérieurs hiérarchiques, qui d'après Johnson module le déséquilibre demande-psychologique-latitude décisionnelle. Ainsi une situation combinant une demande psychologique élevée et une faible latitude décisionnelle "travail surchargé" est mieux supportée si la personne est soutenue par son entourage professionnel. Et avec l'introduction de cette dimension, le modèle de Karasek est devenu le modèle « exigences-contrôle-soutien » (Job-Demands-Control-Support Model). Il faut souligner que le modèle « demande-contrôle » est reconnu comme étant la perspective théorique dominante dans l'étude de l'épuisement professionnel.¹⁴¹

4.5. Le modèle exigences-ressources (E-R) :

Bien que le modèle de Karasek (1979) soit connu comme un modèle transactionnel du stress professionnel et que la théorie de préservation des ressources d'Hobfoll (Hobfoll, 1989, p.515) ait été conçue en référence à l'approche interactionniste de Lazarus et Folkman (1984), le développement du modèle exigences-ressources (ER. *Job Demands-Resources Model*, Maslach et al., 1996, Demerouti et al., 2001) fait références à ces deux apports.¹⁴²

¹⁴¹ Lourel M., Gana K., Prud'homme V., Cercle A.: Le Burn-out chez le personnel des maisons d'arrêt : test du modèle « demande - contrôle » de Karasek. *Revue l'Encéphale*, 2004; XXX: 557-563, Cahier1.

¹⁴² Claire Edey Gamassou : Les causes spécifiques de stress et d'implication chez les agents de la fonction publique territoriale. Actes de la journée de recherche du 27 mai 2005. [Site : iae-aix.com](http://iae-aix.com).

que ce modèle est une extension des modèles de Karasek (*Job Demands-Control Model*, 1979) et le modèle exigences-soutien-contrôle (*Job Demands-Support-Control Model*, Johnson et Hall, 1988).

Et il souligne que, le modèle Exigence-Ressources, suppose que l'épuisement professionnel se développe, indépendamment du type de profession exercée, quand les exigences professionnelles sont élevées et les ressources professionnelles limitées. De mauvaises conditions de travail conduisent à l'épuisement d'énergie et à une baisse de motivation.¹⁴⁴

Selon le modèle E-R, le développement de l'épuisement professionnel suit deux processus, un processus de stress qui est déterminé par les exigences professionnelles et qui résulte dans la fatigue, et un processus motivationnel qui repose sur la disponibilité des ressources et qui a pour conséquences les sentiments de dévouement (Bakker et al., 2004).¹⁴⁵

Leiter (1993) a proposé un modèle d'épuisement professionnel qui soutient que les exigences et les ressources de l'emploi sont liées de façons différentes aux trois dimensions de l'épuisement professionnel, les exigences étant liées à la fatigue tandis que les ressources seraient liées à la dépersonnalisation et au sentiment d'accomplissement réduit.

¹⁴³ Claire Edey Gamassou : Les causes spécifiques de stress et d'implication chez les agents de la fonction publique territoriale. Actes de la journée de recherche du 27 mai 2005. Site : iae-aix.com.

¹⁴⁴ Ibid.

¹⁴⁵ Ibid.



**PDF
Complete**

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Lee et Ashforth (1996) et Janssen et al. (1999),
ns de l'épuisement professionnel sont liées de
façons distinctes aux exigences et aux ressources de l'emploi. Ainsi, ces résultats
confirment que la fatigue émotionnelle est plus fortement associée aux variables
d'exigences de l'emploi tandis que la dépersonnalisation et, surtout,
l'accomplissement personnel sont plus fortement liés aux ressources, résultats
jugés cohérents par les auteurs avec la théorie d'Hobfoll.¹⁴⁶

¹⁴⁶ Claire Edey Gamassou : Les causes spécifiques de stress et d'implication chez les agents de la
fonction publique territoriale. Actes de la journée de recherche du 27 mai 2005. Site: iae-aix.com.

5.1. Épidémiologie et prévalence du burn out.

La prévalence de ce syndrome d'épuisement professionnel, le burn out, serait de 10 à 48% chez le personnel infirmier.¹⁴⁷

Dans ses premiers travaux Maslach (1982) rapporte que le syndrome du burnout apparaît après une année et demie d'exercice chez les infirmières psychiatriques, entre la deuxième et la quatrième chez les travailleurs sociaux.

Lors du congrès sur la médecine d'urgence à Dijon, il a été rapporté que les professionnels les plus touchés par ce syndrome seraient les psychiatres et les psychothérapeutes, ainsi que les médecins et les infirmier(e) s que leur pratique met quotidiennement en contact avec des personnes gravement atteintes, voire mourantes, face auxquelles toute compétence paraît vaine. A côté d'eux peuvent également être atteints les policiers, les avocats, les travailleurs sociaux, les éducateurs chargés de la protection de l'enfance, ceux chargés de personnes handicapées physiques ou mentales, les enseignants et les employés des services sociaux.¹⁴⁸

¹⁴⁷ Pierre Canoui & Aline Maurangues: Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants. De l'analyse aux réponses. Edition Masson, 3eme édition 2004. p 49

¹⁴⁸ Les 2èmes Journées Européennes de Médecine d'Urgence : Un congrès sur la médecine d'urgence. 22-24 novembre 2001 - Palais des Papes à Avignon. Site Internet : www.jemu.net

Le syndrome d'épuisement professionnel des médecins, *Le Syndrome du Médecin*, révèle que 50 % d'entre eux, en présentent partiellement les symptômes. Les médecins craquent, se disent épuisés émotionnellement, ont le sentiment d'une diminution de l'accomplissement professionnel.¹⁴⁹

Les études françaises et étrangères mettant en avant le taux de morbidité élevé des professions d'aide. Ils rapportent un taux d'épuisement en constante progression chez ces soignants professionnels.

L'étude menée par Didier Truchot révèle que 47 % des médecins libéraux de Bourgogne sont en état d'épuisement émotionnel, et 37 % sont dans un état de déshumanisation de la relation, selon les critères retenus par l'échelle MBI (Maslach Burn out Inventory).¹⁵⁰

Des études, comparatives, ont mis en exergue la fréquence du syndrome du burn out chez les médecins par rapport à d'autres catégories professionnelles cibles réputées du burn out. Et il ressort que les médecins sont bien plus touchés que les sapeurs-pompiers, les aides-soignants ou encore les travailleurs sociaux. Le taux de suicides est par ailleurs bien plus élevé chez les médecins que dans d'autres groupes professionnels à statut équivalent.¹⁵¹

¹⁴⁹ Michel Delbrouck : Le Burn out du soignant. Le syndrome d'épuisement professionnel. Edition, De Boeck, Collection Oxalis, Bruxelles 2003.

¹⁵⁰ Pierre Canoui & Aline Maurangues: Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants. De l'analyse aux réponses. Edition Masson, 3eme édition 2004, p 33.

¹⁵¹ Michel Delbrouck : Le Burn out du soignant. Le syndrome d'épuisement professionnel. Edition, De Boeck, Collection Oxalis, Bruxelles 2003.

recherches sur le syndrome de l'épuisement é menées à partir de la fin des années quatre vingt. L'une des premières grandes enquêtes sur ce syndrome est celle de Noëlle Lidvan-Girault, réalisée dans le cadre d'une thèse de doctorat de psychologie soutenue en 1989. Pour ce travail, elle est la première à avoir traduit et adapté en français l'échelle MBI, principal test utilisé dans les études sur le burn out. Sa recherche a porté sur une population de 52 médecins et 6 infirmières de services de médecine d'urgence. Elle arrive à un « score » de 41% de la population touchée par ce syndrome tel qu'il est défini par l'échelle MBI.¹⁵² Dans une thèse de médecine soutenue en 1992, Franceschi-Chaix a étudié une population de 95 infirmières du centre de santé spécialisé Esquirol. Elle conclut à l'existence d'un taux d'épuisement compris entre 15 et 21 %.¹⁵³

L'étude la plus souvent citée, en France, est celle menée par Chantal Rodary, biostatisticienne, et son équipe (composée de trois médecins du travail, une infirmière générale et une psychiatre) sur la comparaison entre deux hôpitaux de la région parisienne : l'institut Gustave Roussy, spécialisé sur le cancer, et l'hôpital Bicêtre. Cette recherche réalisée auprès de 520 infirmières permet aux auteurs de conclure que : « 25 % d'infirmières présentent un épuisement émotionnel élevé ; 25 % perçoivent leur accomplissement personnel comme insuffisant ; le retrait de l'investissement est significativement plus élevé à Bicêtre (16 %) qu'à l'institut Gustave Roussy (7 %). Ces résultats sont plus marqués dans les services où le temps d'échange avec le malade est court et les soins techniques nombreux (soins intensifs, par exemple) ». ¹⁵⁴

¹⁵² Noëlle Girault Lidvan : Burn out: émergence et stratégie d'adaptation. Le cas de la médecine d'urgence, Thèse pour le doctorat de psychologie, université René Descartes 1989.

¹⁵³ Franceschi-Chaix C. Le syndrome de burn out : étude clinique et implications en psychopathologie du travail. Thèse de médecine. Limoges. Octobre 1992.

¹⁵⁴ Madeleine Estry-Behar : Stress et souffrance des soignants à l'hôpital. Reconnaissance, analyse et prévention. Edition Estem. Paris 2004. pp 47-48.

on constate une quasi-absence de recherches é que ces pays souffrent aussi des problèmes liés au stress. Dans son ouvrage Didier Truchot dira : « *On peut regretter que les populations étudiées soient réparties exclusivement dans les pays développés, en grande majorité l'Europe et l'Amérique du Nord. Pour 2003, 55 % des recherches ont été menées en Europe (61 % si on inclut la Turquie et Israël). Mais c'est surtout l'Europe du nord qui est représentée : 40 % du nombre total des publications et 73 % des recherches européennes. L'Amérique du Nord représente 19 % des publications, l'Asie (Chine, Corée, Inde, Japon, Taiwan, Singapour) 11.5 %, l'Australie 7 % et l'Afrique du Sud 1,5 %. L'Afrique Noire, l'Amérique du Sud, le Moyen-Orient, une majorité des pays d'Asie, sont cruellement absents.* ».¹⁵⁵

Pour l'Algérie, l'unique étude sur ce sujet, est sans doute, celle du Médecin Psychiatre Mahmoud Boudarene et concernait le burn out des policiers intervenants dans la région de Tizi-ouzou confrontés à la fois au terrorisme et aux émeutes de septembre noir de Kabylie.¹⁵⁶

¹⁵⁵ Didier Truchot: Epuisement professionnel et burnout. Concepts, modèles, interventions. Edition Dunod, Paris, 2004.p 34.

¹⁵⁶ Dr Mahmoud Boudarene : Souffrance au travail et Burn out chez des agents de Police en exercice : Une étude préliminaire. Le Journal international de victimologie, Année 2, N°2, Avril 2004.

De nombreuses études montrent que les conséquences mentales du stress ne sont pas rares chez les médecins, et une étude publiée en 2000 estime que le stress est responsable de 27 % de la morbidité psychiatrique.¹⁵⁷

Sabrina Chan lin chanteau rapporte dans son étude, que le burn out est susceptible d'avoir un retentissement néfaste sur la santé mentale et physique des médecins et sur l'exercice professionnel médical.¹⁵⁸

Didier Truchot relève que certains résultats indiquent que le burnout, à l'instar du stress, réduit les défenses immunitaires et rend ainsi plus vulnérable aux infections virales (Nakamura, Nagase, Yoshida et Ogina, 1999; Kushnir et Melamed, 1992). Il est suivi, entre autres, de rhume prolongé (Paine, 1982; Hendrix, Steel, Leap et Summers, 1991).¹⁵⁹

Toujours dans le même sens, il ajoute que des études longitudinales récentes signalent, chez ceux qui ont un burnout sérieux, une élévation du niveau de cholestérol, de triglycéride, de l'acide urique et des anomalies de l'électrocardiogramme (Shirom, Westman, Shamai et Carel, 1997; Melamed, Kushnir et Shirom, 1992).¹⁶⁰

¹⁵⁷ Christophe Zeter : Burnout, conditions de travail et reconversion professionnelle chez les médecins généralistes de la région Poitou-Charentes. Thèse de doctorat en médecine. Université de Poitiers. Faculté de médecine et de pharmacie. Année 2004.

¹⁵⁸ Sabrina Chan lin-chanteau : Le burnout des médecins généralistes libéraux de Tahiti. Thèse de doctorat en médecine. Université René Descartes Paris 5. Faculté de Médecine René Descartes. Avril 2006.

¹⁵⁹ Didier Truchot: Epuisement professionnel et burnout. Concepts, modèles, interventions. Edition Dunod, Paris, 2004. p 28.

¹⁶⁰ Ibid.

ix de (Melamed *et al.*, 1999) que le burn out est plus élevés durant la journée de travail, qu'il provoque aussi des inflammations conduisant à l'athérosclérose d'après (Lerman, Melamed, Shargin, Kushnir, Rotgoltz, Shirom et Aronoson, 1999), qu'il conduit au diabète de type 2, une affection qui se répand actuellement de façon considérable dans les pays occidentaux selon (Melamed, Shirom, et Froom, 2003), que ces modifications biochimiques exposent aux risques cardio-vasculaires (Shirom et Melamed, sous presse).¹⁶¹

Les individus atteints d'un degré élevé de burn out ont davantage de troubles du sommeil et une plus grande fatigue au réveil, une fatigue chronique (Melamed, Ugarten, Shirom, Kahana, Lerman et Froom, 1999).¹⁶² Des désordres psychosomatiques tels qu'ulcère, troubles gastro-intestinaux ont été rapportés dans certains cas.

On trouve également des manifestations classiques du stress, par exemple la transpiration ou l'angoisse. Les individus atteints d'un degré élevé de burn out ont davantage de troubles du sommeil et une plus grande fatigue au réveil (Melamed, Ugarten, Shirom, Kahana, Lerman et Froom, 1999) ¹⁶³. Il faut préciser que la fatigue liée au burn out, est une fatigue chronique qui ne disparaît après une période de repos.

Le sujet en burn out tolère moins les frustrations, ce qui entraîne chez lui irritabilité, sensibilité exacerbée et comportements agressives et des conduites addictives.

¹⁶¹ Didier Truchot: Epuisement professionnel et burnout. Concepts, modèles, interventions. Edition Dunod, Paris, 2004. p 29.

¹⁶² Ibid. p 29

¹⁶³ Ibid. p 30

Burke, Shearer et Descza, (1984) cité par Didier Truchot ont une plus grande consommation de tabac, de café, d'alcool ou de tranquillisants.¹⁶⁴

Le syndrome du burn out a aussi des répercussions sur la sphère familiale et sociale. Dans une étude menée auprès de cent quarante-deux couples dont l'un des membres est policier, Jackson et Maslach (1982) trouvent que non seulement ceux atteints de burn out tendent à s'isoler de leurs amis, mais leur conjoint indique qu'ils ou elles se comportent avec leurs enfants de façon professionnelle.¹⁶⁵

En se référant au milieu paramédical hospitalier, des études montrent qu'il incite les infirmières à négliger leur travail, ce qui accroît l'absentéisme ou la rotation du personnel¹⁶⁶. Il contribue aussi à augmenter l'insatisfaction au travail et à diminuer l'engagement, ce qui risque aussi de compromettre la qualité des soins.

Le syndrome du burn out contribue à la détérioration des relations entre collègues, mais aussi avec les clients, élèves et patients. Les médecins au burnout élevé répondent moins aux questions des patients, les négligent davantage (par exemple, ils ne discutent pas des différentes options de traitement), ils ont habituellement un absentéisme très faible, cependant ils présentent des troubles de l'humeur, dénigrent leurs performances, se sentent coupables et craignent les erreurs. Ils perdent le sentiment de réalisation de soi. Ils se désengagent de leurs relations avec les patients, et sont insatisfaits de leur vie personnelle.¹⁶⁷

¹⁶⁴ Didier Truchot : Epuisement professionnel et burnout. Concepts, modèles, interventions. Edition Dunod. Paris, 2004. p 30.

¹⁶⁵ Ibid.

¹⁶⁶ Ibid

¹⁶⁷ Ibid.

Certains travaux ont montré que le burnout était souvent associé à un épisode dépressif majeur et qu'il pouvait succéder ou précéder un syndrome dépressif.¹⁶⁸

Certains auteurs, considèrent le burnout comme une forme clinique de dépression, considérant qu'il partage avec cette dernière de nombreuses analogies cliniques notamment au niveau de la symptomatologie non spécifique du burnout ; les plaintes psychosomatiques (troubles digestifs, douleurs musculaires...), troubles du sommeil, irritabilité, conduites addictives (drogues, alcool...) etc. Mais reste que, pour la majorité des auteurs, le burnout et la dépression ne devraient pas être confondus. Les principaux éléments permettant le diagnostic différentiel sont¹⁶⁹ :

1. Le burnout est généré par des stress émotionnels chroniques et des facteurs professionnels, externes à l'individu.
2. La dépression a des origines principalement internes, les facteurs externes étant essentiellement déclenchants ;
3. Le burnout se développe progressivement pendant cinq ans environ et n'est pas marqué par des alternances dysthymiques comme dans la dépression ;
4. Dans le burnout les manifestations cognitives négatives se limitent généralement au travail.
5. Dans la dépression, l'inhibition de l'action et de la pensée envahit presque simultanément la sphère professionnelle et personnelle ;
6. L'action sur des facteurs externes comme une prise de distance par rapport au travail par des arrêts de travail, peut réduire le burnout ; il n'est pas de même pour la dépression ;

¹⁶⁸ Sabrina Chan lin-chateau : Le burnout des médecins généralistes libéraux de Tahiti. Thèse de doctorat en médecine. Université René Descartes Paris 5. Faculté de Médecine René Descartes. Avril 2006.

¹⁶⁹ Pierre Canoui & Aline Mauranges : Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants, de l'analyse du burnout aux réponses. 3e édition. Paris : Masson, 2004.

is et d'autres traitements spécifiques peuvent
inverse, ces derniers sont souvent peu efficaces

dans le burnout.

5.4. Le syndrome du burn comme maladie professionnelle

Malgré que le syndrome du burn out est admis comme une entité et étudié comme tel, il n'est pas encore reconnu au regard des maladies professionnelles, parce qu'il ne fait pas encore partie des diagnostics officiels du DSM-IV publié par l'*American Psychiatric Association* (1994), qui est la référence médicale pour les troubles mentaux. Et il est reconnu tout au plus, seulement au Québec. Et au regard de la législation Française, ce syndrome de l'épuisement professionnel, n'a pas été encore admis dans la classification des maladies professionnelles et cela tient du fait que le burn out est une notion somme toute assez récente, mais aussi qu'il s'agit d'une entité, pour certains auteurs, qu'il est difficile d'objectiver rationnellement jusqu'à maintenant.

Mais la législation Algérienne depuis octobre 2002, à travers l'instruction ministérielle N° 18 du 27 Octobre 2002, relative à la protection des personnels de santé, reconnaît le syndrome du burn out comme maladie professionnelle à risque élevé chez les soignants, cependant elle reste assez limitée sur les modalités et dispositifs préventifs. (Annexe. 3).

Prévenir le burn out, c'est d'abord reconnaître ce syndrome afin d'en détecter les premiers signes pour utiliser des solutions avant l'implantation véritable du problème, en initiant des campagnes d'information et de sensibilisation des praticiens à la fréquence des pathologies liées au stress professionnel et dont la manifestation extrême est le syndrome d'épuisement professionnel ou burn out.

6.1. Aspect thérapeutique :

Une prise en charge en psychothérapie individuelle en ambulatoire, participer à des groupes de paroles de type Balint peut aussi permettre au moins dans un premier niveau de rompre la solitude et l'isolement professionnel.

La chimiothérapie est aussi recommandée pour le traitement de la symptomatologie d'allure dépressive et les conduites addictives. En effet selon Vézina, le burnout a des conséquences psychiatriques qui peuvent être handicapantes ou graves, notamment les angoisses, les syndromes dépressifs et les conduites addictives. Pour ceux qui sont sujets à ces symptômes, des traitements à visée anxiolytique et antidépressive sont préconisés.¹⁷⁰

Kahill dans sa recension des écrits sur les interventions thérapeutiques, recommande d'améliorer les éléments suivants : le soutien social, les relations interpersonnelles au travail, la variété et la flexibilité des tâches à accomplir et l'équilibre entre le travail et la vie personnelle.¹⁷¹

¹⁷⁰ Vézina, M. : Docteur, je crois que je fais un burnout. Revue de formation médicale, Le clinicien, volume 18, N° 1, janvier 2003.

¹⁷¹ Kahill, S.: Interventions for burnout in the helping professions. A review of the empirical evidence. Canadian Journal of Counselling, N°22, p162-169. 1988.

prévenir, c'est informer les praticiens de ce qu'ils risquent, et comment s'en prémunir du syndrome du burn out.

6.2.1. Le soutien psychologique :

Il représente tout ce qui concerne la dimension psychologique de l'acte soignant. Il comporte d'une part l'approche de la relation d'aide au patient et à sa famille et d'autre part tout ce qui atteint émotionnellement le soignant dans sa rencontre solitaire avec la maladie, la souffrance, la mort et l'ensemble des considérations humaines et éthiques qui s'y rapportent.¹⁷²

6.2.1.1. Les Groupes de paroles :

Le groupe de paroles a pour but d'aider et de soutenir le personnel soignant et/ou les bénévoles dans leur pratique quotidienne. Ils peuvent, sous la houlette d'un animateur, exposer leurs difficultés lors de réunions régulières. C'est un espace d'échange, un temps de partage destiné à permettre aux participants de réfléchir à leur pratique et de (r) établir entre eux une communication.

Il peut être à la fois :

1. Un groupe de soutien en prenant en compte la souffrance des soignants et en facilitant la régulation des dysfonctionnements internes ;
2. Et un groupe de formation en favorisant l'apprentissage de la prise de parole, l'écoute et donc un enrichissement réciproque des membres du groupe.¹⁷³

¹⁷² Madeleine Estryn-Behar : Stress et souffrance des soignants à l'hôpital. Reconnaissance, analyse et prévention. Edition Estem. Paris 2004. p 94

¹⁷³ Ibid. p 163.

redonner la parole aux soignants, “C’est leur reconnaître et à décoder les opérations défensives du malade, d’identifier leurs propres mécanismes de défense, et les admettre en tant que réponse légitime à leurs appréhensions et à leurs blessures, tout en acceptant de se défendre de l’angoisse sans s’alourdir de l’angoisse à devoir se défendre.”¹⁷⁴

6.2.1.1.1. Les groupes Balint

Les groupes de parole appelés **groupes Balint** est un outil de formation des médecins à la relation médecin-malade. Ils ont été introduits en Angleterre par le médecin et psychanalyste hongrois Michael Balint à partir de 1945. Les groupes ne dépassent pas quinze participants et sont animés par un psychiatre, psychanalyste ou un psychothérapeute. Le travail est principalement centré sur la relation médecin-malade. Balint trouve que dans cette relation, la personnalité du médecin agit comme un médicament. Il dira que le médecin doit apprendre à **se prescrire** à la bonne dose, sinon la survenue d’effets secondaires est possible (aggravation de la maladie, maladie devenant chronique). Les médecins participant à des groupes Balint acquièrent de l’assurance, ainsi qu’une capacité d’écoute et de compréhension très bénéfique pour leur exercice professionnel.

Ces groupes fonctionnent, comme un espace d’identification projective capable d’accueillir l’exaspération, les vécus émotionnels, aussi bien que comme un lieu où des restaurations du narcissisme peuvent être mises en œuvre à travers un travail de compréhensibilité, de lucidité, de mise en lumière des sentiments et des affects qui brouillent les faits.

¹⁷⁴Madeleine Estryn-Behar : Stress et souffrance des soignants à l’hôpital. Reconnaissance, analyse et prévention. Edition Estem. Paris 2004. p 163.

médecin se sentant inséré dans un appareil
comme le dirait Winnicott, y trouve le temps de
dire ce qu'il ne sait pas faire, ses doutes et ses bêtises, comme le disait Michael
Balint, et utilise l'appareil à penser de tous les membres du groupe pour rendre
moins inintelligible, ce qui entrave le rapport au malade. Et c'est ce qui permet
de passer de l'émotion non pensée à la pensée de l'émotion, et relier ce qui se
passe à l'intérieur de l'intervenant, avec ce qui se donne à voir à la surface.
Ainsi le praticien améliore son ressenti en entendant ses confrères parler de leurs
propres émotions et il améliore de même son écoute des patients en s'entraînant à
celle de ses confrères.

Cette démarche permet donc aux soignants d'affiner leurs soins en répondant de
façon plus juste à leurs malades. Il pourra éprouver ainsi plus de confort en
travaillant plus librement dans la tolérance de l'autre (le patient, le confrère) et la
réconciliation avec un soi-même médecin, reconnu comme une personne.¹⁷⁵

- Quelques règles de fonctionnement des groupes de parole :

Les conditions pour un bon fonctionnement des groupes de parole :

1. S'assurer de l'accord de principe du responsable hiérarchique, s'il n'est pas le demandeur.
2. Pour y participer, les soignants doivent en exprimer le désir eux-mêmes. Il ne peut exister d'obligation dans ce domaine.
3. La présence d'un animateur ayant une solide formation en psychologie est indispensable.
4. Choisir une plage horaire qui puisse, autant que faire se peut, convenir à tous.
5. Définir la durée et la périodicité du groupe, à raison généralement d'une heure ou deux par semaine ou par quinzaine.

¹⁷⁵ Madeleine Estryn-Behar : Stress et souffrance des soignants à l'hôpital. Reconnaissance, analyse et prévention. Edition Estem. Paris 2004. p 163.

ial possible.

tant que qu'homme et femmes aux prises avec

les mêmes difficultés.

8. Respect de la parole d'autrui, écoute, confidentialité et secret professionnel.
9. Permettre une libération, la parole de chacun, et arriver à une écoute de l'autre sans honte, ni crainte. Ce travail ne peut donner lieu à des comptes rendus à l'autorité médicale ou administrative, sinon il perd son authenticité.
10. Le groupe doit dépasser le stade de la fonction "déversoir" ou "soupape de sécurité" pour devenir une élaboration portant sur les aspects relationnels de la pratique soignante.

Des études sur le burn out et l'apport de ces groupes de parole se sont développées depuis plusieurs années aux U.S.A. Leur efficacité a pu être démontrée (Jacobson et Mac Grath, 1983).¹⁷⁶

- Qui anime un groupe de paroles :

Il s'agit le plus souvent d'un psychologue, d'un psychiatre psychothérapeute ou psychanalyste. La personne qui anime ce groupe est souvent cooptée par le groupe pour qu'une relation de confiance existe. Sans être indispensable, une expérience en milieu hospitalier est un atout appréciable. Cela lui permet d'apprécier davantage les difficultés des équipes, connaître assez concrètement la vie du service et la réalité du travail de l'équipe, mais aussi avoir une distance suffisante pour être capable d'écouter, de faire parler et d'intervenir.¹⁷⁷

¹⁷⁶ Madeleine Estryn-Behar : Stress et souffrance des soignants à l'hôpital. Reconnaissance, analyse et prévention. Edition Estem. Paris 2004. p 163.

¹⁷⁷ Ibid, p 164

Selon le Professeur L. CROCQ (1998)¹⁷⁸, le débriefing correspond au bilan psychologique d'événement, destiné à :

1. Permettre la verbalisation de l'expérience émotionnelle.
2. Remettre l'individu dans un espace.
3. Le remettre dans un temps.
4. Le remettre dans des valeurs normales.

En effet, face au même évènement tout le monde ne va pas développer un "Etat de stress post traumatique" chronique. Pascal Pannetier rappelle cette métaphore : 75% des traumatisés réagissent comme un ballon de baudruche sur lequel on aurait enfoncé le doigt. Une déformation s'est produite mais il y a un retour à l'équilibre antérieur. 25% des traumatisés se comportent comme un ballon de baudruche sur lequel on aurait appuyé une épingle. Une explosion se produit.¹⁷⁹

Un des objectifs du débriefing consiste à dégager un questionnement personnel à partir de la confrontation d'expériences difficiles et traumatogènes vécues et de favoriser un échange dans un espace qui autorise la verbalisation à l'abri de tout danger.

L'action du débriefing est avant tout préventive à condition d'être suivi par un travail plus approfondi pour les sujets les plus traumatisés ou les plus fragilisés.

¹⁷⁸ L. Crocq : La cellule d'urgence médico-psychologique. Sa création, son organisation, ses interventions, Annales. Med-Psychologiques, N°156, 1998. pp. 48-54.

¹⁷⁹ Ibid.

llectif :

efing de groupe ont été décrits par différents auteurs. Il s'agit, à peu de choses près, de la même technique, proposée aux sauveteurs et/ou aux survivants, chaque fois qu'ils sont affectés collectivement par un événement particulier, un incident critique ou un psychotraumatisme.

Le débriefing de groupe, tel qu'il a été défini par Mitchell, s'appelle *Critical Incident Stress Débriefing* ou CISD. Il est réservé aux sauveteurs, aux ambulanciers, aux policiers, aux agents du FBI ou autres membres de corps sociaux constitués.

Pour tous les auteurs, l'intervention doit avoir lieu dans les 72 heures qui suivent l'événement. Il s'agit d'une réunion structurée, conduite par un ou de préférence par deux animateurs, formés à la technique du débriefing collectif.

L'objectif consiste à amener les participants à exprimer progressivement leurs émotions liées à l'événement en reconstituant d'abord le récit des faits, puis en obtenant l'énoncé des pensées et le ressenti de chacun, pour progressivement se rapprocher du vécu émotionnel, l'énumération des symptômes résiduels et en souligner le côté normal de tous ces phénomènes.

Comment se déroule un débriefing collectif?

Il a lieu de préférence dans un local professionnel et réunit tous les protagonistes de l'événement (15 à 20 personnes au maximum), dans une pièce de petite taille (pour favoriser l'écoute). Les participants sont assis en cercle ou autour d'une table. Des boissons sont à disposition. Il n'y a pas de téléphone ni d'autres sources de dérangement.

... passe d'une étape à l'autre et se déroule en ... modèles de Mitchell et Dyregrov, quatre pour le modèle d'Armstrong et al. .

Ces phases permettent de s'approcher puis de s'éloigner, par étapes, du noyau émotionnel du psychisme de la personne, l'essentiel étant de l'aider à exprimer ses émotions (*catharsis*).

Phase 1: Introduction

Tous les auteurs s'accordent pour souligner que cette phase est un facteur de succès si elle est bien faite. Les animateurs se présentent et décrivent l'objectif: « *Il est arrivé un événement grave que nous souhaiterions partager avec vous. Nous aimerions nous concentrer sur les émotions de chacun.* »

L'introduction précise en outre quatre règles importantes: personne n'est obligé de parler, chacun gardera confidentiel ce qu'il a entendu et n'en parlera pas en dehors du groupe, chacun parle en son propre nom.

La réunion se déroule ensuite sans interruption, durant deux à trois heures. Il est souhaitable que chacun reste jusqu'au terme de la réunion et qu'il s'engage à revenir s'il doit sortir. De plus, on prévient que s'il la quitte en état de désarroi, il sera rejoint par quelqu'un du groupe ou par le co-animateur.

Participant, l'un après l'autre, on cherche à reconstituer l'événement tel que chacun l'a vécu. On s'en tient aux faits, brièvement décrits, afin de reconstituer une histoire commune cohérente. Pour lancer le groupe, on peut dire: « *Nous allons faire un tour de table et passer en revue les faits, tels qu'ils se sont déroulés pour chacun d'entre nous.* »

Phase 3: Les réflexions

On cherchera à faire exprimer, les réflexions faites et les sensations ressenties durant l'événement. D'abord en posant une simple question « *Lors de l'incident, quelle a été votre première pensée?* » cherchant à ce que chacun se remémore ses impressions sensorielles (bruits, odeurs, visions, impressions tactiles) qui souvent restent en mémoire et peuvent induire le déclenchement du souvenir intrusif.

Phase 4: Les émotions

C'est la phase la plus importante et la plus longue du processus. Il est essentiel que les animateurs aident chaque personne à exprimer complètement ses émotions en prenant le temps de s'y arrêter. C'est à la fois l'énoncé de la souffrance (sa mise à distance) et l'expérience de pouvoir la transmettre à autrui (le partage) qui apaise le participant. Pendant qu'elle s'exprime, la victime prend conscience de l'universalité des réactions émotionnelles et de leur normalité mais aussi de la sécurité qui peut se dégager du groupe. Pour animer cette phase du débriefing, des questions telles que: « *Qu'avez-vous éprouvé de plus pénible durant l'événement? D'autres ont-ils éprouvé les mêmes émotions? Comment vous sentez-vous ici et maintenant?* » peuvent aider chacun à s'exprimer.

et d'identifier ceux qui gardent le silence et qu'ils s'expriment.

Phase 5: Les symptômes

Durant cette phase, on se concentre sur les effets physiques, émotionnels, cognitifs ou comportementaux des réactions de stress, au moment de l'événement, dans les heures qui suivent et durant le débriefing. En orientant la discussion par des questions du type: « *De quoi souffrez-vous, maintenant, de troubles du sommeil, d'une mémoire ou d'une attention défectueuse, de souvenirs et de pensées intrusifs?* », les participants réalisent qu'ils ne sont pas les seuls à éprouver de tels symptômes.

Phase 6: La normalisation

Cette partie du débriefing permet à l'animateur de faire la synthèse des réactions exprimées en montrant qu'elles sont communément partagées. L'idée essentielle de cette phase est de *montrer l'aspect normal* des réactions émotionnelles et d'anticiper leur devenir en soulignant qu'avec le temps elles vont s'atténuer. Il importe d'évoquer aussi la possible évolution vers le PTSD, après un temps de latence plus ou moins long, mais surtout d'insister sur le fait que les souvenirs, les pensées intrusives, les troubles du sommeil, l'état d'éveil et de menaces permanentes (être sur le qui vive alors qu'il n'y a plus de danger) ou au contraire le sentiment de tristesse, de désarroi et le besoin de se protéger de toutes émotions peuvent durer deux à trois mois.

ite de l'action, pour tout le groupe. On peut prévoir un second débriefing émotionnel, une période de repos, mais toujours en gardant la possibilité de partager ses émotions avec ses proches ou ses collègues. Les participants doivent repartir apaisés même s'il a pu exister une " hémorragie émotionnelle " au cours de la séance et le rétablissement d'une situation de bien être est un des objectifs essentiel à atteindre. Il est possible d'organiser, quelques semaines plus tard, un débriefing de suivi afin de vérifier si certaines personnes ont besoin d'un accompagnement individuel.

6.2.1.3. La supervision clinique :

Elle est pratiquée en groupe, par un superviseur formé aux techniques analytiques de groupe, elle favorise les apports mutuels, le partage d'expériences, l'analyse des répétitions et des impasses, elle suscite la mise à jour de voies de dégagement.

Un superviseur extérieur à l'équipe et à l'institution :

1. Une écoute extérieure à l'institution garantit l'objectivité dans l'analyse des difficultés rencontrées par l'équipe.
2. Le superviseur de part sa grande expérience professionnelle ouvre des pistes de réflexions nouvelles pour l'équipe.
3. Il gère la réunion et le temps de parole afin que chacun puisse s'exprimer librement.
4. De par sa présence extérieure, il joue un rôle de tiers régulateur et permet une lecture différente des problématiques de l'équipe, et sa finalité est toujours l'amélioration de la relation soignant-soigné par l'atténuation de la souffrance des soignants.

inique :

ffrant un espace spécifique.

2. Restaurer la dimension subjective des soins et de la relation à son patient, en identifiant leurs ressentis et les aider à les mettre en mots.
3. Identifier les mécanismes relationnels et les intégrer dans une démarche globale de soins.
4. Instaurer à nouveau une « bonne » distance.
5. Diminuer l'épuisement émotionnel, le désinvestissement relationnel et la dépréciation professionnelle.
6. Améliorer le bien-être du soignant supervisé, permet l'amélioration de la prestation de soins pour le patient.

Ainsi l'objectif de la supervision est d'accueillir les émotions des professionnels et tenter d'accompagner la remise en circulation de la pensée. La supervision stimule le développement professionnel et personnel et amène le supervisé à s'interroger sur ses attitudes, ses paroles, ses perceptions, ses émotions et ses actions. Elle vise à développer la lucidité ; elle aide à prendre de la distance et donc à mieux gérer des situations complexes. Elle favorise l'intégration de l'expérience et l'intégration des apports théoriques.

La prise en charge médicale des médecins, et en particulier psychologique et psychiatrique, est très délicate, ce qui a rendu nécessaire la mise en place de programmes d'aide spécifiques :

L'entraide ordinale espagnole : Elle a créé le Programme d'attention intégrale au Médecin malade du collège médical de Barcelone (PAIMM) en 1998. Ce programme est actuellement en cours d'extension à d'autres professions de santé et à d'autres régions d'Espagne. Il est financé par le Gouvernement et le collège des médecins de Barcelone. Il s'agit d'une aide à la fois confraternelle, sociale (accompagnement pour les démarches de la vie quotidienne), financière et médicale¹⁸⁰. Cette aide médicale s'organise autour d'une unité clinique proposant des activités physiques, sportives et de détente, avec présence d'une équipe médicale dont un psychiatre et un alcoologue, et équipe paramédicale. Les principes du PAIMM sont :

1. une campagne d'information pour sensibiliser les praticiens à la fréquence des pathologies psychiatriques et des conduites addictives rencontrées dans la profession.
2. la confidentialité absolue (changement de nom du patient à l'entrée dans le programme...).
3. des services de soins gratuits spécifiques (prise en charge psychiatrique et des pratiques addictives).
4. un engagement réciproque par la signature de contrats thérapeutiques.
5. une étroite relation avec le thérapeute qui juge de l'aptitude du médecin à exercer.

¹⁸⁰ Montane F. L'entraide ordinale en Europe. Rapport de la Commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil national de l'ordre des Médecins. 19 juin 2004.

emploi médical offrant les possibilités de reprise
possibilités du praticien et la supervision des cas
difficiles par une Commission d'aide au médecin malade.

En Belgique : Un médecin sur deux est en burnout¹⁸¹, des associations de soutien, de groupes de parole et de Self-Help se sont développées et proposent aux professionnels de la santé des formations sur «l'accompagnement thérapeutique du patient » et les sensibilisent au problème du burnout.

En France : Plusieurs études¹⁸² ont montré que 47% des médecins libéraux en France présentent les symptômes du syndrome d'épuisement professionnel ou Burn out syndrom. Et en Ile-de-France, plus d'un médecin sur deux menacé par le « burn out ». Et devant l'ampleur de ce problème, en 2007, l'union régionale des médecins libéraux « L'URML IDF » élaborera un ensemble de mesures qu'elle proposa aux pouvoirs publics et aux médecins.

¹⁸¹ Résultats de l'enquête. Burn-out: un médecin sur deux en zone dangereuse. Journal du médecin. 2001; 1344.

¹⁸² 1 Truchot Didier. Le Burn out des médecins libéraux de Bourgogne. Rapport de recherche URML Bourgogne. Dijon, UPMLB et Reims. Département de Psychologie ; 2001.

2 Truchot Didier. Le Burn out des médecins généralistes de Poitou-Charentes - Rapport de Recherche pour l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Poitou-Charentes. Avril 2004.

3 Truchot Didier. Rapport de recherche pour l'URML Champagne-Ardenne ; 2002.

4 Conseil National de l'Ordre des médecins. Observatoire pour la sécurité des médecins. Résultats année 2006.

5 Nature des affections des bénéficiaires de l'indemnité journalière et de la pension d'invalidité. Informations de la CARMF; N° 53; décembre 2006.

6 Démographie médicale Les spécialités en crise Rapport de l'Ordre des médecins Etude N°38-2 Décembre 2005.

7 Galam Eric. Stress professionnel des médecins : Comment y remédier ? Revue du Praticien MG Tome 19. N° 704/705 10 Octobre 2005.

8 Galam Eric. Le burn out des médecins libéraux. Revue Le Généraliste ; N°2400 ; 23 Février 2007 cahier central 1 à 4.

9 Galam Eric. SOS médecine générale. Journal Libération 11 Janvier 2007.

ons psychiatriques déclarées par les médecins à la CARMF¹⁸³. Étude de la possibilité d'une diminution du délai de carence. Inciter les médecins à souscrire des assurances complémentaires.

2. Reconnaître le burn out comme maladie professionnelle.
3. Limiter la judiciarisation de la relation médecin-patient.
4. Intégrer à la formation des étudiants en médecine un module présentant le statut libéral, ses spécificités, avantages et difficultés de ce mode d'exercice.
5. Développer les formations des médecins à la prise en charge de leurs confrères en souffrance.
6. Assouplir les règles du remplacement.
7. Inciter les praticiens au développement d'une hygiène de vie professionnelle.
8. Rechercher et activer la mise en œuvre de moyens visant à améliorer la vie professionnelle des médecins.

En Ile-de-France, l'association d'aide professionnelle aux médecins libéraux (AAPML) a instaurée le premier juin 2005 l'assistance téléphonique comme un service téléphonique anonyme et gratuit d'accompagnement et de soutien psychologique pour les médecins libéraux en souffrance. Elle est animée par une dizaine de psychologues cliniciens, qui orientent le cas échéant le médecin vers un psychologue proche de son domicile, puisqu'aucune psychothérapie ne peut être débutée par téléphone. L'assistance est opérationnelle 24 heures sur 24. Elle permet au médecin de trouver des moyens de faire face aux problèmes.

Au Canada : L'organisation *Renew* a été créée en 1998 pour aider les professionnels à prévenir ou à gérer le burn out à l'aide de groupes de discussion et de conférences.

¹⁸³ Caisse autonome de retraite des médecins de France.



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

**TROISIEME PARTIE :
METHODE, MATERIEL ET
RESULTATS**

Il s'agit d'une étude comparative transversale.

1.2. Population de l'étude

L'enquête a été réalisée :

- Auprès de l'ensemble des médecins des SAMU de la région centre « Alger, Blida et Médéa », zone très touchée par les diverses catastrophes d'origines humaines, naturelles et technologiques.
- Auprès de l'ensemble des médecins du SAMU d'Oran, région ouest, qui à l'inverse, n'a pas été touché par tous ces désastres.

Les SAMU de ces deux régions sont constitués de 106 médecins ; 30 médecins au niveau du SAMU d'Oran et 76 médecins dans les SAMU du centre « Alger, Blida et Médéa ».

1.3. Déroulement de l'enquête

Entre le 15/05/06 et le 25/06/06, avec le concours des médecins chef de ses quatre SAMU, après réunions d'explicitation du projet de recherche et de ses objectifs, un questionnaire auto administré d'évaluation du burnout le MBI a été remis aux 106 médecins des SAMU des deux régions. Les médecins ont reçu : un questionnaire le MBI¹⁸⁴, de deux pages (Annexe 1). Des enveloppes réponses numérotée ont été jointes au pli.

¹⁸⁴ Tiré de l'ouvrage de : Pierre Canoui & Aline Mauranges : Le burn out. Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants de l'analyse aux réponses. 3eme édition Masson. Paris 2004. p 223-225.



Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

é numérotées dans le but de contacter les
ondu au questionnaire et aussi pour pouvoir
identifier et joindre les médecins répondants acceptant de participer à un
entretien individuel en deuxième partie de la recherche. La confidentialité des
informations recueillies a été assurée. Au début du mois d'août, les 40 médecins
qui n'ont pas répondu ont été contactés, et un questionnaire leurs a été adressé
de nouveau, et ce n'est que vers la fin du mois de septembre 2006, que le recueil
des réponses a pris fin.

2.1.1. Le questionnaire :

Le questionnaire d'évaluation du burnout comprend :

- ***Le Maslach Burnout Inventory (MBI)*** (Maslach et Jackson, 1986) auquel est ajouté, des questions sur les caractéristiques sociodémographiques des répondants, telles qu'âge des médecins, statut matrimonial, nombre d'enfants et l'ancienneté dans l'exercice de la médecine. Cette échelle « *Burnout Inventory-Human Services Survey* » proposée par Maslach et Jackson (1986)¹⁸⁵ pour les professions d'aide et de santé, mesure le *syndrome d'épuisement professionnel*. Elle est fréquemment utilisée dans les travaux scientifiques, et présente des qualités psychométriques de validité et de fidélité constantes d'une étude à l'autre. Elle constituée de 22 items permettant d'évaluer les trois dimensions du Burn-out :
 - ***l'épuisement émotionnel***, évalué par 9 items.
 - ***la dépersonnalisation – déshumanisation de la relation***- évaluée par 5 items.
 - ***le manque d'accomplissement personnel au travail***, évalué par 8 items.

À partir d'items à six ancrages sur l'échelle de Likert (0 = jamais / 6 = chaque jour), le répondant doit indiquer de façon anonyme, la fréquence du sentiment qu'évoque chacun des énoncés. Ce test évalue le syndrome du burnout dans ses trois dimensions, soit l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation de la relation et la perte d'accomplissement personnel au travail.

¹⁸⁵ Maslach. C, Jackson. S.E.: The Maslach Burn-out Inventory. Manual, 2 nd ed. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1986.

utilisée dans la présente étude, version dont la le Girault Lidvan (1989)¹⁸⁶. Cette version ne retient qu'une unique évaluation en terme de fréquence. Toutefois, à l'origine, dans la version mise au point et validée par Christina Maslach en 1981, il était demandé d'évaluer les items en fonction de deux critères, la fréquence (cotée de 0 à 6 : de *jamais à chaque jour*) et l'intensité (cotée de 0 à 7 : de *très peu à énormément*). Mais en raison des fortes corrélations observées entre les deux critères, le critère d'intensité a été abandonné pour ne garder que le critère de fréquence.

Les niveaux de burnout

Niveau élevé : se manifeste par des scores élevés sur les sous échelles *épuisement émotionnel* et *déshumanisation*, associés à un score faible sur la sous échelle *accomplissement personnel au travail*.

Niveau modéré : se manifeste par de scores modérés aux trois sous échelles.

Niveau faible : se manifeste par des scores faibles sur les sous échelles *épuisement émotionnel* et *déshumanisation de la relation*, associés à un score élevé sur la sous-échelle *accomplissement personnel au travail*.

¹⁸⁶ Noëlle Girault Lidvan : Burnout : émergence et stratégies d'adaptation.- Le cas de la médecine d'urgence. Thèse de Doctorat en psychologie, Université René Descartes, Paris 5. 1989.

mmant les valeurs attribuées à chaque item
composant la sous échelle considérée.

- « **Épuisement émotionnel** » (items 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20)
- « **Déshumanisation de la relation** » (items 5, 10, 11, 15, 22)
- « **Accomplissement personnel au travail** » (items 4, 7, 9, 12, 17, 18,19, 21)

Tableau 4 : Score faible, moyen et élevé aux trois dimensions du MBI¹⁸⁷

Dimensions du Burn out	Bas	Modéré	Elevé
Épuisement émotionnel (items 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20)	Score inférieur à 17	Score entre 18 et 29	Score supérieur à 30
Déshumanisation (items 5, 10, 11, 15, 22)	Score inférieur à 5	Score entre 6 et 11	Score supérieur à 12
Accomplissement personnel au travail (items 4, 7, 9, 12, 17, 18,19, 21)	Score supérieur à 40	Score entre 34 et 39	Score inférieur à 36

¹⁸⁷ Pierre Canoui & Aline Mauranges : Le burn out. Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants de l'analyse aux réponses. 3eme édition Masson. Paris 2004. pp 223-225.

Les trois dimensions du burnout ne sont pas les mêmes. Leur présence simultanée n'est pas nécessaire au diagnostic. L'analyse du MBI doit être réalisée en tenant compte de l'aspect dynamique du burnout. A un stade précoce, l'épuisement émotionnel est souvent important, la déshumanisation modérée et l'accomplissement personnel généralement élevé. Et à un autre stade, l'individu utilise un mécanisme de défense en déshumanisant et le MBI peut montrer une forte déshumanisation avec un épuisement émotionnel modéré et un accomplissement personnel modéré. La somme des réponses aux items d'une sous échelle indique le score du sujet à la dimension correspondante. Le score constitue une variable continue.

Les personnes que **l'on déclare en burn out** obtiennent des scores élevés aux sous échelles *Epuisement Emotionnel* et *Dépersonnalisation ou perte d'empathie*, associés à un score *faible en Accomplissement personnel au travail*. En revanche les personnes **que l'on déclare en Accomplissement personnel au travail** obtiennent des scores faibles aux sous échelles *Epuisement Emotionnel* et *Dépersonnalisation ou perte d'empathie*, associés à un score élevé en *Accomplissement personnel au travail*. Notons que des scores élevés sur des échelles *Epuisement Emotionnel* et *Dépersonnalisation ou perte d'empathie* sans abaissement considérable du score en *Accomplissement personnel au travail*, peuvent témoigner d'un processus en cours d'installation.

Les variables dépendantes :

Les trois dimensions de l'épuisement professionnel constituent les variables dépendantes

- **La première dimension** : *l'épuisement émotionnel*, évaluée par neuf items qui rendent compte de l'état d'épuisement, d'usure et de fatigue psychologique de l'intervenant dans son travail, une sensation de ne plus avoir d'énergie, d'être « vidé », de subir le travail et de considérer ce dernier comme une corvée insupportable sur le plan comportemental et affectif. Un des items se lit comme suit : « Je me sens émotionnellement vidé (e) par mon travail ».
- **La deuxième dimension** : la *dépersonnalisation de la relation*, (ou *perte d'empathie*) évaluée par cinq items qui reflètent des attitudes déshumanisantes dans les rapports interpersonnels. La notion de détachement est excessive, conduisant au cynisme avec attitudes négatives à l'égard des patients, qui sont apparentés à un simple élément issu d'une globalité, appréhendée dans un cadre relationnel déshumanisé et indifférencié. Un des items se lit comme suit : « Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets ».
- **La troisième dimension** : *L'accomplissement personnel au travail*, évaluée par huit items ayant trait au sentiment de compétence et de réalisation de soi au travail. Un de ces items se lit comme suit : « J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens ». La réduction de *l'accomplissement personnel au travail*, conséquence des deux premières, est douloureusement vécue. Elle peut s'exprimer par un sentiment de ne pas être efficace, et de ne plus savoir aider les gens, d'être frustré dans son travail. Cette dimension représente les effets démotivants d'une situation difficile, répétitive, conduisant à l'échec malgré les efforts. La personne commence à douter de ses réelles capacités d'accomplissement.

nement du travail : « l'intervention médicale d'urgence dans un contexte de catastrophe ».

- les caractéristiques sociodémographiques des médecins comprenant l'âge, et le nombre d'années d'ancienneté dans l'exercice de la médecine.

*« Pour des spécialistes aussi réputés que Maslach ou Leiter (1997), les causes du Burn-out résident essentiellement dans l'environnement de travail et non dans l'individu. Nous en savons beaucoup aujourd'hui sur la façon dont les stressors liés au contenu et à l'environnement du travail agissent sur chacune des dimensions du Burn-out. Ils ont été étudiés selon qu'ils ont des effets directs ou indirects. Au niveau du contexte professionnel, on connaît par exemple l'impact du conflit et de l'ambiguïté de rôle, du manque de participation aux prises de décision, du manque de support social ou encore des nouvelles formes d'insécurité. »*¹⁸⁸

¹⁸⁸ Truchot, Didier : Le burn out des médecins libéraux de Bourgogne. Rapport de recherche pour l'union professionnelle des médecins libéraux de Bourgogne. Dijon, UPMLB et Reims, département de psychologie, 2001.

2.2.1. L'échantillon :

La constitution de l'échantillon du volet qualitatif de la recherche s'appuie sur la collaboration volontaire des intervenants présentant un degré de burn out élevé. La recherche qualitative a été effectuée auprès de 07 médecins répondants dont les scores aux trois sous-échelles se situent dans la catégorie niveau élevé de burn out, tel que défini par Maslach et Jackson (1986). Et compte tenu du caractère complémentaire de ce volet de l'étude, le nombre de 7 répondants paraît adéquat.

2.2.2. Méthodologie qualitative :

L'enquête par entretien à usage complémentaire postérieure à un questionnaire peut avoir plusieurs fonctions. Dans notre cas il s'agissait plutôt de contextualiser les résultats obtenus préalablement par questionnaire. La méthode de la collecte des données utilisée est l'entretien semi-directif.

Les entretiens complémentaires permettent alors l'interprétation de données déjà produites, d'enrichir la compréhension des régularités mises en évidence.¹⁸⁹

¹⁸⁹ Blanchet A., Gottman A : L'enquête et ses méthodes : Entretien, Nathan. Paris.1992

Un guide d'entretien a été élaboré, qui porte sur un segment précis, celui de la vie professionnelle des médecins répondants, présentant un niveau de burn out élevé. Un entretien individuel semi-directif leur est proposé avec pour trame principale le vécu du travail ; la présentation des différents événements professionnels stressants et les stratégies utilisées pour répondre à ces circonstances. Dans ce volet qualitatif les médecins étaient invités à indiquer les causes de l'épuisement professionnel et conséquences éventuelles de l'épuisement professionnel, telles qu'ils les percevaient.

L'expression est libre quant au ressenti par rapport au vécu et à l'interprétation que font les sujets des circonstances, des faits, des affects. Ces entretiens font l'objet d'une analyse de contenu. Et en introduction, nous explicitons l'objectif de l'étude, les principes déontologiques auxquels elle répond, et de même nous sollicitons la permission de prendre des notes dans le respect de l'anonymat, puisqu'un refus nous a été opposé quand à la possibilité d'enregistrement audiovisuel.

Au cours de l'entretien le répondant explore avec l'aide de l'enquêteur, la question de départ, l'enquêteur induit de façon privilégiée l'auto-exploration au niveau des thèmes du guide évoqués spontanément par le sujet. Chaque thème induit est à nouveau exploré comme l'a été la question de départ.¹⁹⁰

¹⁹⁰ Berthier N : Les techniques d'enquête : Méthode et exercices corrigés. Armand Colin. Paris, 1998.

3.1. LE TRAITEMENT DES DONNEES :

3.1.1. Analyse des données quantitatives

L'analyse des données quantitatives des réponses des médecins au questionnaire du MBI, s'est faite de manière anonyme. Pour chacune des trois dimensions du burnout: Epuisement émotionnel, déshumanisation de la relation et manque d'accomplissement personnel au travail, le score de chaque médecin a été calculé, comme expliqué précédemment. Et les données issues du questionnaire ont été saisies sur Microsoft Excel. Cette base de données a ensuite été transférée sur le logiciel SPSS 10.0. Ce dernier a été utilisé pour réaliser l'analyse statistique des données.

Des analyses descriptives à tendance centrale telles que les moyennes et les analyses de dispersion telles que les écart-types et des analyses statistiques incluant des tests paramétriques et non paramétriques ont été utilisées. Pour les tests non paramétriques nous avons utilisé le test de Khi-2, pour les tests paramétriques nous avons utilisé le test de student (T.Test). Le seuil de $p = .05$ a été retenu pour l'ensemble des tests.

Les trois SAMU de la région centre « Alger, Blida et Boumerdes » sont le seul SAMU. Il faut ajouter aussi que le SAMU d'Alger regroupe l'ensemble des SAMU des différents hôpitaux d'Alger : SAMU de l'hôpital Mustapha auquel sont rattachés ceux des hôpitaux ; de Bâb el Oued, de Beni Messous et de Rouïba. Les médecins des SAMU de cette région étaient soumis au stress chronique induit par les interventions médicales d'urgence dans un contexte de catastrophe pendant près d'une décennie, comparativement aux médecins du SAMU d'Oran, région ouest, qui n'a pas été touchée par ces catastrophes. La vérification des objectifs et des hypothèses de la recherche fait principalement appel à des analyses statistiques descriptives. En regard du premier objectif de recherche, les statistiques descriptives s'avèrent appropriées pour évaluer le niveau d'épuisement professionnel des intervenants. Le deuxième objectif a trait à la vérification d'un modèle de relations entre l'épuisement professionnel et des caractéristiques sociodémographiques.

Concernant le premier objectif de la recherche : les variables quantitatives ont été comparées par le test de Student. Pour le deuxième objectif de la recherche : nous avons eu recours au test non paramétrique, le Khi-2, pour examiner les relations entre les différentes variables de l'étude en regard de l'hypothèse de recherche. Un risque de première espèce de 5 % a été choisi pour la réalisation des tests statistiques. Les tests statistiques ont été considérés comme significatifs si le niveau critique observé était inférieur à 5 %. Donc, si cette probabilité « p » est inférieure à 0,05, la différence observée entre les groupes est dite « statistiquement significative ». Si « p » est supérieur à 0,05, la différence observée est dite « non statistiquement significative ».

3.1.2. Analyse des données qualitatives :

Les données qualitatives ont fait l'objet d'une analyse de contenu.

L'analyse quantitative des données nous permet d'appréhender deux dimensions. D'une part ; nous étudierons la structure de l'échantillon interrogé ainsi que le rapport entre contexte et environnement du travail et le syndrome du burn out ou usure professionnelle chez les intervenants. Et d'autre part, nous nous attacherons aux relations entre burnout et caractéristiques sociodémographiques et professionnelles chez ces intervenants.

Le volet qualitatif de la recherche s'inscrit en continuité avec ces résultats quantitatifs et explore, suivant la perspective des intervenants, les sources de stress au travail, et les différents événements professionnels stressants auxquels ils étaient confrontés, le vécu émotif qui y est associé et les stratégies d'adaptation utilisées pour répondre à ces circonstances. Le modèle quantitatif rend compte également des atteintes personnelles qui marquent l'aboutissement du processus d'épuisement aux plans des émotions, des attitudes et du sentiment de manque d'accomplissement personnel au travail.

4.1.1. Participation

Sur les 106 questionnaires remis, 73 médecins ont répondu, soit un taux de réponse de 69%. Notons que le questionnaire a été accueilli chaleureusement et que beaucoup de médecins nous ont fait des remarques encourageantes. Et comme le montre le *tableau 5*, tous les SAMU des deux régions étaient représentés par plus de 50% des médecins répondants. Toutefois le SAMU d'Alger était sur-représenté avec un taux de participation de 78,72%.

Tableau 5 : Répartition de l'effectif totale et du nombre de médecins répondants aux tests MBI.

<i>N°</i>	<i>SAMU DE</i>	<i>Genre</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Nombre de répondant (e) s</i>	
1	ALGER	Féminin	29	23	
		Masculin	18	14	
2	BLIDA	Féminin	9	6	
		Masculin	10	6	
3	MEDEA	Féminin	7	7	
		Masculin	3	0	
4	ORAN	Féminin	14	8	
		Masculin	16	9	
	Total		106	73	69%

*ectif de 47 Médecins, composés de 29Médecins
femme et 18 Médecins homme ; 37 Médecins ont répondu à l'enquête, soit
23Médecins femme et 14 Médecins homme.*

Le SAMU de Blida : *Sur un effectif de 19 Médecins, composés de 9Médecins
femme et 10 Médecins homme ; 12 Médecins ont répondu à l'enquête, soit 6
Médecins femme et 6 Médecins homme.*

Le SAMU de Médéa : *Sur un effectif de 10 Médecins, composés de 7Médecins
femme et 3Médecins homme ; 7Médecins ont répondu à l'enquête, soit 7 Médecins
femme et 0 Médecins homme.*

Le nombre total de répondant pour la région centre : *Est de 56 médecins, sur un
effectif de 76 médecins soit 73,69% de répondants.*

Le SAMU de la région ouest :

Le SAMU d'Oran : *Sur un effectif de 30 Médecins, composés de 14 Médecins
femme et 16 Médecins homme ; 17 Médecins ont répondu à l'enquête, soit 8
Médecins femme et 9 Médecins homme.*

Le nombre total de répondant pour la région ouest : *Est de 17 médecins, sur un
effectif de 30 médecins soit 56,67% de répondants.*

Répartition des médecins répondants selon leur genre

Tableau 6: Répartition des médecins selon leur genre

Genre	Fréquence	(%)
Féminin	44	(60,71 %)
Masculin	29	(39,29 %)
Total	73	(100,0 %)

Sur les 73 médecins répondants des SAMU des deux régions « Alger, Blida, Médéa » et « Oran », les médecins femmes sont majoritaires : 44 femmes (60,71 %) et 29 hommes (39,29 %). (Tableau 6)

Répartition des médecins répondants selon leur classe âge

Tableau 7 : Répartition des médecins selon la classe d'âge

Classe d'âge	Fréquence	Pourcentage
Moins de 37 ans	27	37%
Entre 37 et 47 ans	42	57,50%
Plus de 48 ans	04	5,50%
Total	73	100%

Les médecins ont entre 28 ans et 57 ans.

L'âge moyen est de 39,7 ans avec un écart-type de 5,64 :

27 médecins (37%) ont moins de 37 ans ; 42 médecins (57,50%) ont entre 37 et 47 ans ; 4 médecins (5,50 %) ont plus de 48 ans. (Tableau 7)

Tableau 8: Répartition des médecins par classe d'âge et par région.

Classe d'âge	SAMU Région d'Alger, Blida, Médéa		SAMU Région Oran		Total
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage	
Moins de 40 ans	34	61%	11	65%	45
Plus de 40 ans	22	39%	6	35%	28
Total	56	100%	17	100%	73

34 médecins (61%) des SAMU de la région «Alger, Blida, Médéa » ont moins de 40 ans et 22 médecins (39%) ont plus de 40 ans.

11 médecins (65%) du SAMU de la région ouest «Oran » ont moins de 40 ans et 6 médecins (35%) ont plus de 40 ans. (Tableau 8)

	SAMU -Région « Alger, Blida, Médéa »			SAMU -Région d'Oran			Total
	Effectif (n = 56) Fréquence (%)	Hommes (n = 20) (%)	Femmes (n = 36) (%)	Effectif (n = 17) (%)	Hommes (n = 9) (%)	Femmes (n = 8) (%)	
M	35 (62,50 %)	13 (23,22%)	22 (39,28%)	10 (58,82%)	5 (29,41%)	5 (29,41%)	45
D	1 (1,78 %)		1 (1,78 %)				1
C	20 (35,72 %)	7 (12,50 %)	13 (23,22%)	7 (41,18%)	4 (23,53%)	3 (17,65%)	27
Total	56 (100%)	20 (35,72 %)	36 (64,28 %)	17 (100%)	9 (52,94%)	8 (47,06%)	73

N.B : M (Marié). C (Célibataire). D (Divorcée).

Nombre de médecins marié (e) s des SAMU de la région centre « Alger, Blida, Médéa »: 35 Médecins étaient marié (e) s (62,50 %); dont 13 Médecins Hommes (23,22%) et 22 médecins femmes (39,28%). 01 Médecin femme (1,78 %) était mariée divorcée.

Nombre de médecins célibataires des SAMU de la région centre « Alger, Blida, Médéa »: 20 Médecins (35,72 %) était célibataire ; dont 7 Médecins Hommes (12,50%) et 13 médecins femmes (23,22%).

Nombre de médecins marié(e) s du SAMU d'Oran, de la région ouest :

10 Médecins étaient marié (e) s (58,82%); dont 5 Médecins Hommes (29,41%) et 5 médecins femmes (29,41%).

Nombre de médecins célibataires du SAMU d'Oran, de la région ouest :

7 Médecins soit (41,18%) était célibataire ; dont 4 Médecins Hommes (23,53%) et 3 médecins femmes (17,65%). (Tableau 9).

Tableau 10 : Répartition selon l'ancienneté dans l'exercice de la médecine.

Le nombre d'année d'ancienneté dans la profession	SAMU Région « Alger, Blida, Médéa		SAMU Région Oran		Total
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage	
Moins de 10 ans	35	62,5 %	10	59%	45
10 ans et plus	21	37,5 %	7	41%	28
Total	56	100%	17	100%	73

Les médecins ont entre 2 ans et 15 ans d'ancienneté dans la profession médicale. L'ancienneté moyenne dans la profession était de 8,5 ans avec un écart-type de 2,60:

35 médecins des SAMU de la région centre «Alger, Blida, Médéa » soit (62,5%) ont moins de 10 ans d'ancienneté et 21 médecins (37,5%) ont plus de 10 ans d'ancienneté dans la profession médicale.

10 médecins du SAMU d'Oran, région ouest, soit (59%) ont moins de 10 ans d'ancienneté et 7 médecins (41%) ont plus de 10 ans d'ancienneté dans la profession médicale. (Tableau 10).

SYNDROME DU BURN OUT :

LES TROIS DIMENSIONS CONSTITUANT le syndrome du burnout sont : l'épuisement émotionnel, la déshumanisation de la relation et l'accomplissement personnel. Chacune de ces dimensions est évaluée par un score dans le Maslach Burnout Inventory (MBI). Un burnout important est caractérisé par des scores d'épuisement émotionnel et de déshumanisation élevés et un score d'accomplissement personnel bas.

4.1.3.1. Le scores du burn out des médecins des SAMU au MBI

Répartition des différents degrés de burnout parmi les médecins des deux régions.

Tableau 11: *Effectif et pourcentage des répondants qui ont des scores faibles, moyens et élevés aux trois dimensions du MBI.*

Dimension du burnout	SAMU Région « Alger, Blida, Médéa			SAMU Région Oran		
	Faible	Modéré	Elevé	Faible	Modéré	Elevé
Epuisement émotionnel	14 (25 %)	13 (23 %)	29 (52 %)	10 (59 %)	3 (18 %)	4 (23 %)
Déshumanisation	15 (27 %)	13 (23 %)	28 (50 %)	11 (65 %)	3 (18 %)	3 (18 %)
Manque d'accomplissement personnel	13 (23 %)	17 (30 %)	26 (47 %)	11 (64 %)	3 (18 %)	3 (18 %)

Le pourcentage des médecins en burnout des SAMU de la région centre au moment de l'enquête était :

Pour le premier score du MBI : 52% des médecins présentaient un niveau élevé de burn out dit « pathologique ».

Pour le deuxième score du MBI : 50% des médecins présentaient un niveau élevé de burn out dit « pathologique ».

Pour le troisième score du MBI : 47% des médecins présentaient un niveau élevé de burn out dit « pathologique ». (Tableau 7).

Le pourcentage des médecins en burnout du SAMU d'Oran, région ouest, au moment de l'enquête était :

Pour le premier score du MBI : 23 % des médecins présentaient un niveau élevé de burn out dit « pathologique ».

Pour le deuxième score du MBI : 18 % des médecins présentaient un niveau élevé de burn out dit « pathologique ».

Pour le troisième score du MBI : 18 % des médecins présentaient un niveau élevé de burn out dit « pathologique ». (Tableau 11).

Degré de Burnout Modéré :

Le pourcentage des médecins des SAMU de la région centre qui présentaient un degré de burn out modéré au moment de l'enquête était :

23% des médecins des SAMU de la région centre ont obtenu au MBI un niveau modéré, pour les deux premiers scores et 30% pour le troisième score, donc dans un burn out en cours.

- 23% ont obtenus un degré d'Epuisement Emotionnel Modéré
 - 23% ont obtenus un degré de Dépersonnalisation Modéré
 - 30% ont obtenus un degré de manque d'Accomplissement Personnel Modéré.
- (Tableau 11).

*du SAMU d'Oran « région ouest » qui
modéré au moment de l'enquête était :*

18% des médecins du SAMU d'Oran ont obtenu au MBI un niveau modéré pour les trois scores. Ils présentent un burn out en cours d'installation.

- 18% ont obtenus un degré EE Modéré
- 18% ont obtenus un degré de DP Modéré
- 18% ont obtenus un degré de manque AP Modéré. (Tableau 11).

Degré de Burnout Faible :

Le pourcentage des médecins des SAMU de la région centre qui présentaient un degré de burn out faible au moment de l'enquête était :

25% des médecins des SAMU de la région centre ont obtenu au MBI un niveau bas, non pathologique pour le premier score et 27 % et 23% pour les deuxièmes et troisièmes scores, soit environ le tiers de l'effectif ne présentant pas de syndrome de burn out

- 25% ont obtenus un degré d'Épuisement Emotionnel Bas
- 27% ont obtenus un degré de Dépersonnalisation Bas
- 23% ont obtenus un degré de manque d'Accomplissement Personnel Bas.

(Tableau 11).

Le pourcentage des médecins du SAMU d'Oran « région ouest » qui présentait un degré de burn out faible au moment de l'enquête était :

59% des médecins du SAMU d'Oran ont obtenu au MBI un niveau bas au premier score et 65% et 64% respectivement au deuxième et troisième score, soit environ presque les deux tiers de l'effectif ne présentant pas de syndrome de burn out

- 59% ont obtenus un degré d'Épuisement Emotionnel Bas
- 65% ont obtenus un degré de Dépersonnalisation Bas
- 64% ont obtenus un manque d'Accomplissement Personnel Bas. (Tableau 11).

ivement différent entre ces deux populations. En totalité des médecins des SAMU de la région centre présentent un degré élevé d'épuisement professionnel alors que 20% seulement des médecins du SAMU d'Oran qui présentent un degré d'épuisement professionnel élevé aux trois scores.

4.1.3.2. Comparaison des résultats au MBI des médecins des SAMU de la région centre avec ceux du SAMU d'Oran:

Tableau 12 : *Burn out selon le contexte d'exercice (contexte de catastrophe et de situations extrêmes) et (contexte normal) chez deux populations d'intervenants.*

Dimensions du syndrome du burn out	SAMU de la région centre Alger-Blida-Médéa		SAMU de la région ouest Oran					
	N= 56		N=17					
	Moyenne	Ecart type	Moyenne	Ecart type	DDL	T	Significativité	
Épuisement émotionnel	29,23	14,28	17,35	15,23	71	2,95	P=0,01	Sg
Déshumanisation	11,32	7,82	4,59	5,55	71	3,29	P=0,001	Sg
Manque d'accomplissement personnel	32,32	9,54	40,29	7,82	71	3,13	P= 0,001	Sg

des associations positives entre l'épuisement SAMU de la région centre « Alger-Blida et

Médéa » et les conditions de travail défavorables associées à un soutien psychologique et social déficient. Ainsi donc, les médecins des SAMU de cette région étaient largement plus à même de présenter un syndrome d'épuisement professionnel que leurs collègues du SAMU d'Oran, qui eux n'ont pas été soumis aux mêmes situations et évènements traumatogènes.

La différence entre les deux groupes est statistiquement significative dans les trois dimensions du burn out :

Epuisement émotionnel ($p = 0,01$).

Déshumanisation de la relation ($p = 0,001$)

Manque d'accomplissement personnel au travail ($p = 0,001$). (Tableau 12).

Les résultats montrent que les facteurs environnementaux du travail qui renvoient au contexte et conditions de travail (la charge de travail et la pression au travail, liés au contexte de catastrophe, associées à l'absence de soutien psychologique en post-intervention), exercent un effet direct significatif sur les trois variables d'épuisement professionnel. **Ce qui confirme la première hypothèse selon laquelle** : La majorité des médecins des SAMU de la région centre « Alger, Blida et Médéa » intervenants avec un engagement prolongé dans un contexte de catastrophe et à haute charge émotionnel et sans soutien psychologique, développeraient le syndrome du burnout. Ce qui nous amène à conclure que l'activité médicale d'urgence extrahospitalière dans un contexte de catastrophe, quand elle revêt un caractère durable, associée au manque de soutien psychologique, devient source d'épuisement professionnel.

avec les travaux de plusieurs auteurs. A.M. que : « *Lorsque les facteurs de stress revêtent un caractère durable, continu et répétitif, l'urgence de la situation devient excessive par rapport aux ressources personnelles. Le soignant devient fatigué et irritable, le stress devenant chronique, l'amenant progressivement vers le développement du syndrome d'épuisement professionnel ou Burn-out.* »¹⁹¹

Ce que soutient également Noëlle Girault-Lidvan, en affirmant que : « *Le syndrome du burn out apparaît clairement comme le résultat de l'expérience de stress professionnels inhérents aux relations sociales impliquées par la pratique d'une profession d'aide, et plus exactement comme le résultat de tentatives d'adaptation infructueuses face à ces stress.* »¹⁹² Dans le même sens, Vézina, et coll., soulignera que la surcharge de travail, les difficultés liées au rôle, les relations interpersonnelles difficiles avec les collègues et l'administration et le manque de soutien social sont autant de facteurs qui peuvent accroître les risques de stress et d'épuisement.¹⁹³

Pierre Canoui et Aline Maurangues admettent que : « *La confrontation à la souffrance et à la mort est aujourd'hui un des facteurs majeurs de l'épuisement professionnel surtout s'il se double d'une difficulté à être reconnue dans la dimension de l'accompagnement.* »¹⁹⁴

¹⁹¹ Anne Marie Pronost & Pierre Tap : Usure professionnelle et formation en soins palliatifs. Cahiers Internationaux de psychologie sociale N°33, 1997.

¹⁹² Noëlle Girault Lidvan : Le patient, un individu d'abord. Revue Sciences de l'association française pour l'avancement des sciences (l'AFAS) du 2 Avril 1996, p 64.

¹⁹³ Vézina, M., Cousineau, M., Mergler, D., Vinet, A. & Laurendeau, M.C : Pour donner un sens au travail Bilan et orientations du Québec en santé mentale au travail, CSMQ. Editeur Gaétan Morin. Montréal 1992.

¹⁹⁴ Pierre Canoui & Aline Maurangues : Le syndrome d'épuisement des soignants. De l'analyse aux réponses. Edition Masson : 3eme édition 2004. p 66.

rapporte que « *Les caractéristiques de la clientèle ont au coeur de la définition de l'épuisement professionnel chez les personnes travaillant en relation d'aide (Maslach, 1978; Maslach et Jackson, 1981a, 1986).* »¹⁹⁵ Elle soulignera en outre, que les résultats rapportés, dans son étude, montrent que le soutien social reçu en milieu de travail, peut être un élément efficace pour contrer le développement de l'épuisement professionnel, les principales sources de soutien étant le supérieur et les collègues de travail.¹⁹⁶

Pour sa part Madeleine Estry-Behar, dira que le manque de soutien social des supérieurs hiérarchiques notamment, mais aussi des collègues, augmente la vulnérabilité devant le burnout. Il s'agirait d'un effet «tampon » qui modulerait la relation entre les stressseurs professionnels et le burnout.¹⁹⁷

Côté Lucie et coll., concluent que : « *D'une part l'expérience de relations difficiles, harassantes et chroniques peut générer des symptômes dysphoriques, un épuisement émotionnel, une forme de dépersonnalisation, de désinvestissement et de cynisme à l'égard d'autrui et enfin un sentiment d'inefficacité personnel. Le sujet qui présente cette symptomatologie manifeste alors un burnout pathologique.* »¹⁹⁸

¹⁹⁵ Carole Vanier : Etude de l'épuisement professionnel et des facteurs associés chez des intervenantes et intervenants de ressources communautaires. Thèse de Doctorat en psychologie. Université du Québec à Montréal. Août 1999 p 28.

¹⁹⁶ Ibid.

¹⁹⁷ Madeleine Estry-Behar : Stress et souffrance des soignants à l'hôpital. Reconnaissance, analyse et prévention. Édition Estem. Paris 2004. p 70.

¹⁹⁸ Côté Lucie, Edwards Henry & Benoît Nathalie : S'épuiser et en guérir : Analyse de deux trajectoires selon le niveau d'emploi. Revue Internationale sur le travail et la société. Vol.3, N°2. Année 2005. Université du Québec.

Le facteur âge :

Score de burnout en fonction de l'âge :

Tableau 13 : *Score de burnout dans la dimension épuisement émotionnel selon l'âge.*

Age	Degré de Burn out			Total
	Dimension de l'Épuisement Émotionnel			
	Bas	Modéré	Elevé	
Moins de 40 ans	15	8	22	45
Plus de 40 ans	9	8	11	28
Total	24	16	33	73

$\text{Khi}^2 = 1,27$; ddl = 2. Significativité = N.S

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre l'âge et le burn out dans sa dimension épuisement émotionnel.

	Degré de Burn out			Total
	Dimension de la Dépersonnalisation			
	Bas	Modéré	Elevé	
Moins de 40 ans	16	8	21	45
Plus de 40 ans	10	8	10	28
Total	26	16	31	73

$\text{Khi}^2 = 1,40$; ddl = 2. Significativité = N.S

Ce résultat révèle une absence de différence statistiquement significative entre l'âge et le burn out dans sa dimension dépersonnalisation.

Tableau 15 : Score de burnout dans la dimension du manque d'accomplissement personnel au travail selon l'âge.

Age	Degré de Burn out			Total
	Dimension du Manque d'Accomplissement Personnel au travail			
	Bas	Modéré	Elevé	
	Moins de 40 ans	14	12	
Plus de 40 ans	10	8	10	28
Total	24	20	29	73

$\text{Khi}^2 = 0,31$; ddl = 2. Significativité = N.S

Ce résultat montre qu'il n'y a pas de différence statistiquement significative entre l'âge et le burn out dans sa dimension de manque d'accomplissement personnel au travail.

que l'âge n'exerce aucun effet direct significatif sur les dimensions du syndrome d'épuisement professionnel ou burn out. **Ce qui infirme la deuxième hypothèse**, portant sur les relations entre caractéristiques sociodémographiques et l'épuisement professionnel et qui postule l'existence de relations entre l'âge et la propension à l'épuisement professionnel, a savoir que les médecins, les plus jeunes seraient les plus vulnérables à l'épuisement professionnel ou burn out par rapport aux médecins plus âgés. Et c'est ce que confirment les études citées par Carole Vanier ; « *Selon plusieurs auteurs, l'âge est un facteur de première importance dans le développement de l'épuisement professionnel (Maslach, 1982a; Maslach et Jackson, 1981b). Par contre, d'autres recherches n'obtiennent pas de relation significative entre l'âge et l'épuisement professionnel (Gévry et Alain, 1988; Raquepaw et Miller, 1989; Wykes, Stevens et Everitt, 1997; Yiu-kee et Tang, 1995).* »¹⁹⁹

Didier Truchot souligne que : « *Contrairement à une conception assez répandue dans le public, le burnout ne progresse pas nécessairement avec l'âge ou avec l'ancienneté professionnelle. Les années accumulées n'aboutissent pas obligatoirement à un burnout élevé. Tout dépend des conditions de travail que l'on rencontre.* »²⁰⁰

¹⁹⁹ Carole Vanier : Etude de l'épuisement professionnel et des facteurs associés chez des intervenantes et intervenants de ressources communautaires. Thèse de Doctorat en psychologie. Université du Québec à Montréal. Août 1999

²⁰⁰ Didier Truchot : Epuisement professionnel et burnout. Concepts, modèles, interventions. Edition Dunod, Paris, 2004. p 173.

l'ancienneté dans l'exercice de la profession

médicale :

Tableau 16 : *Score de burnout dans la dimension épuisement émotionnel en fonction de l'ancienneté.*

Ancienneté	Degré de Burn out			Total
	Dimension d'Épuisement Emotionnel			
	Bas	Modéré	Elevé	
Moins de 10 ans	14	9	22	45
Plus de 10 ans	10	7	11	28
Total	24	16	33	73

$\text{Khi}^2 = 0,66$; $\text{ddl} = 2$. Significativité = N.S

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre l'ancienneté dans l'exercice de la profession médicale et le burn out dans sa dimension épuisement émotionnel.

Ancienneté	Degré de Burn out			Total
	Dimension de la Dépersonnalisation			
	Bas	Modéré	Elevé	
Moins de 10 ans	17	9	19	45
Plus de 10 ans	9	7	12	28
Total	26	16	31	73

$\text{Khi}^2 = 0,35$; ddl = 2. Significativité = N.S

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre l'ancienneté dans l'exercice de la profession médicale et le burn out dans sa dimension dépersonnalisation.

Tableau 18 : Score de burnout dans la dimension de manque d'accomplissement personnel au travail en fonction de l'ancienneté.

Ancienneté	Degré de Burn out			Total
	Dimension du Manque d'Accomplissement Personnel au travail			
	Bas	Modéré	Elevé	
Moins de 10 ans	16	12	17	45
Plus de 10 ans	8	8	12	28
Total	24	20	29	73

$\text{Khi}^2 = 0,39$; ddl = 2. Significativité = N.S

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre l'ancienneté dans l'exercice de la profession médicale et le burn out dans sa dimension de manque d'accomplissement personnel au travail.

ancienneté dans l'exercice de la profession et significatif sur l'une ou l'autre des variables du syndrome d'épuisement professionnel ou burn out. **Ce qui infirme la deuxième hypothèse** portant sur les relations entre caractéristiques sociodémographiques et l'épuisement professionnel, qui postule l'existence d'effet salutogène de l'ancienneté dans l'exercice de la profession médicale sur la propension à l'épuisement professionnel, a savoir que les médecins, les plus anciens seraient plus protégés du syndrome d'épuisement professionnel ou burn out.

Dans le même sens, Didier Truchot dans son étude sur le syndrome du burn out chez les médecins libéraux de Champagne Ardenne, affirmait que les facteurs âge et ancienneté professionnelle n'exerce aucun effet direct significatif sur l'une ou l'autre des variables du syndrome du burn out, il n'a constaté qu'une simple tendance à la baisse du burnout après 50 ans, chez ces soignants.²⁰¹

²⁰¹ Didier Truchot : Le burnout des médecins libéraux de Champagne Ardenne. Rapport de recherche pour l'Union Régionale des médecins Libéraux de Champagne Ardenne. Université de Reims-Champagne Ardenne 2002.

angues affirment qu'on ne peut retenir de professionnelles ; les titres, la formation, la fonction et le nombre d'années d'expérience et le burn out.»²⁰² Par contre Carole Vanier, dans son étude sur le burn out des intervenants des ressources communautaires, relève dans les études consultées des résultats contradictoires en ce qui concerne la relation entre l'ancienneté dans la profession et l'épuisement professionnel. Certaines rapportent une relation négative, les personnes moins expérimentées se révélant plus vulnérables à l'épuisement professionnel, mais d'autres études soutiennent que l'expérience est reliée positivement à l'épuisement professionnel, alors que d'autres font part de relations non significatives.²⁰³

²⁰² Pierre Canoui & Aline Maurangues : Le syndrome d'épuisement des soignants. De l'analyse aux réponses. Edition Masson : 3eme édition 2004 p 55.

²⁰³ Carole Vanier : Etude de l'épuisement professionnel et des facteurs associés chez des intervenantes et intervenants de ressources communautaires. Thèse de Doctorat en psychologie. Université du Québec à Montréal. Août 1999. p 41.

aucune association statistiquement significative
biologiques et l'épuisement professionnel dans ses
trois composantes, chez les médecins des SAMU interrogés, n'a été mis en
évidence. Plus précisément, ni l'âge, ni l'ancienneté ne modèrent d'une façon ou
d'une autre, le lien entre le stress professionnel et la propension à l'épuisement.
Ainsi médecins plus jeunes et moins jeunes, plus anciens et moins anciens, sont
tous autant, atteint par le syndrome du burn out ou d'épuisement professionnel. Ce
qui suppose que l'effet salutogène de l'ancienneté s'effrite au passage du temps et
fini par perdre son effet immunogène devant une source de stress récurrente ;
devant l'horreur d'une décennie de violences meurtrières.



PDF Complete
Your complimentary use period has ended.
Thank you for using PDF Complete.

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

4.2.1. Participation:

Ce volet est réalisé auprès d'un sous-échantillon de 07 médecins des SAMU de la région centre « Alger, Blida et Médéa », composé de 04 Médecins Femmes et de 03 Médecins Hommes, qui au cours de la passation du questionnaire, avaient préalablement accepté de participer à la seconde phase de l'étude.

4.2.2. Objectif de l'entretien :

Cet entretien constitue le deuxième volet de la recherche portant sur les facteurs liés à l'épuisement professionnel chez les intervenants des SAMU de la région centre. Il s'agit de l'approche qualitative dont l'objectif est d'examiner le vécu professionnelle de sept intervenantes et intervenants, et connaître ce que vit le sujet en état d'épuisement professionnel. Et en conséquence de questionner la validité clinique des signes proposés par Maslach, servant de base au test princeps du burnout (le M.B.I.).

- Les circonstances :

Parmi le nombre de médecins de la région centre présentant un degré élevé de burn out, seulement sept médecins, ont bien voulu accepter de nous entretenir sur leurs vécus. Certains entretiens ont eu lieu en individuel et d'autres ont préféré être en binôme.

- Le cadre :

Les entretiens se sont déroulés dans un bureau. La durée était variable, entre vingt minutes et trois quarts d'heure. La disponibilité des personnes a été tenue en compte afin de s'assurer de leur disponibilité totale durant la séance. Et le fait que nous connaissions déjà un grand nombre de ses médecins pour avoir intervenu déjà avec eux pendant le tremblement de terre de Boumerdès, a fait qu'il n'y a pas eu de réticence de leur part dans la séance.

- Le style des entretiens :

Un entretien semi-directif, basé sur un guide d'entretien. Et il faut rappeler que l'entretien semi directif est une des techniques qualitatives les plus fréquemment utilisées. Il permet de centrer le discours des personnes interrogées autour de différents thèmes définis au préalable par les enquêteurs et consignés dans un guide d'entretien. Ce type d'entretien permet ainsi de compléter les résultats obtenus par l'approche quantitative en apportant une richesse et une précision plus grandes dans les informations recueillies.

- La grille d'entretien :

La grille d'entretien a été conçue pour être utilisée avec souplesse. Il s'agit d'une suite logique et organisée de questions précises et concrètes, qui servent de guide à l'entretien.

- La transcription :

Les entretiens ne pouvant être enregistrés, nous avons ainsi dû nous restreindre uniquement à la prise de notes tout en respectant l'anonymat des interviewés.

- Les thèmes abordés :

Les facteurs de pénibilité au travail comme sources d'épuisement professionnel.

Parmi les facteurs cités par les médecins, on compte :

1. Les conditions générales de travail difficiles.
2. La surcharge de travail.
3. Le manque de personnel.
4. Le nombre important de blessés graves.
5. Le nombre de morts impressionnant au quotidien ; des décapités, des corps brûlés, déchiquetés, et massacres à grande échelle.
6. Le manque de soutien psychologique.
7. Les relations conflictuelles dans l'équipe.
8. Le manque de reconnaissance professionnelle de la part de la tutelle.
9. L'insécurité durant les interventions.
10. Le caractère imprévisible des urgences.

Sur les facteurs de pénibilité au travail et d'épuisement professionnel, les médecins font références à leurs conditions de travail : la pression due aux urgences, et le caractère imprévisible de ses urgences ; confrontations répétées aux victimes des attentats terroristes, aux victimes des catastrophes naturelles, inondations de Bâb El Oued, séisme de Boumerdes et d'Alger. Et concernant les facteurs organisationnels, les médecins font références aux relations conflictuelles dans les équipes de travail, au manque de personnel, la surcharge de travail, l'absence de soutien psychologique en post intervention, et le manque de reconnaissance de la part de la tutelle illustrant parfaitement les facteurs de risques d'épuisement professionnel. Seuls, ces soignants ne pouvaient se prémunir, de se laisser anéantir par les images des massacres les plus cruels et abominables.

à des situations hautement stressantes ; les interventions pendant le couvre feu avec tous les risques que cela suppose, les interventions dans les grands carnages, le nombre impressionnant de morts et de blessés, par balles, à la voiture piégée, des décapités, corps brûlés dans les explosions de bombes».

« Ma première expérience professionnelle au service des urgences était assez stressante et même à un certains degré traumatisante, et c'était là ma première rencontre avec l'horreur. Au SAMU c'est encore plus risqué et plus éprouvant, du fait des interventions sur les lieux des drames et des catastrophes ».

« Tellement j'en ai vu, maintenant je me met toujours au premier rang, rien ne me fait plus peur, à titre d'exemple, il y a eu suspicion de SRAS (syndrome respiratoire aigu sévère)²⁰⁴ chez un jeune homme, qui est resté pendant près de dix heures dans un commissariat de police à attendre à ce qu'on intervienne pour examiner son cas et aucun médecin ne voulait s'engager, il n'y avait que moi qui s'est porté volontaire pour l'examiner et quand je l'ai approché, il s'est mis en sanglots enfin quelqu'un... ».

« Le manque de considération et de valorisation de la part de notre tutelle, c'est ce qui a été pour nous le plus traumatisant, de tous ce que nous avons vécu d'horrible sur le terrain de l'intervention ».

« Pour ce qui est du soutien psychologique, à notre retour d'intervention du site du grand carnage à RAIS, les psychologues censés nous debriefer, ne pouvaient s'arrêter de pleurer en écoutant nos récits relatifs à nos interventions ».

²⁰⁴ Le SRAS : Est une maladie respiratoire mieux connue comme la pneumonie atypique. Selon les experts, la maladie est causée par un nouveau virus lié au rhume. La maladie a été rapportée chez des personnes en Asie, en Amérique du Nord et en Europe. Présentement, les experts des maladies infectieuses croient qu'un contact étroit avec une personne infectée est nécessaire pour que le virus se transmette d'une personne à une autre. La voie de transmission la plus probable est par des gouttelettes expirées et le contact avec des sécrétions corporelles d'une personne infectée. Jusqu'à maintenant, la majorité des cas professionnels déclarés l'ont été chez le personnel des soins de santé et le personnel hospitalier qui soigne des malades atteints du SRAS.

des prisonniers nous avons essayé des tirs
ih. Dans beaucoup de ces situations on luttait
pour éviter de craquer, mais il faut dire qu'un grand nombre de médecins n'ont
pas pu tenir le coup au SAMU, ils sont partis avec des traces indélébiles ».

« Au secours des victimes du carnage de Rais nous avons roulés feu éteint à une
vitesse de 120 km/h. Il y a des choses insupportables, difficiles à dire et à
porter».

« Pendant notre intervention à Hussein-dey lors d'un attentat à la voiture piégé,
une personne brûlait vif devant mes yeux, et je ne pouvais rien faire, c'était trop
tard, il était en plein milieu du feu, cette image me hante toujours ».

« Une autre scène qui m'a aussi complètement bouleversée, est le cas d'un
enfant décapité et mis au milieu de la route à Rais, je suis descendu de
l'ambulance pour le déplacer vers un autre lieu afin qu'il soit identifier par les
survivants parmi les membres de sa famille. Et vous les psychologues, peut être
que vous allez me dire que c'est rien, non c'est horrible ».

Les manifestations personnelles observées, dans la pratique professionnelle :

- Sentiment d'être moins efficace dans le travail, malgré tout l'effort déployé. Le sentiment d'avoir perdu toute l'énergie (travailler en pilotage automatique).
- Sentiment d'inutilité et de malaise dans le travail, accompagné par une appréhension à reprendre son travail (perte de satisfaction dans le travail).
- L'envie de rester à la maison plutôt que d'aller au travail.
- L'impression de porter un fardeau "surcharge émotionnelle".
- La relation envers les collègues se manifeste souvent par des difficultés relationnelles.
- Les images des atrocités et du nombre important de victimes au quotidien.
- Tendance à adopter une attitude distante et à s'isoler.

minution des performances techniques ou professionnelle et relationnelle des médecins.

L'épuisement professionnel chez ces médecins s'exprime à travers la sensation négative de travailler en pilotage automatique. Et les difficultés relationnelles rencontrées au sein de l'équipe et auprès de certains patients, poussaient ces médecins à prendre des distances avec une tendance à s'isoler.

Quelques récits :

« On devient insensible depuis qu'on avait été témoin des images de l'horreur : des corps brûlés, calcinés ; des corps décapité, égorgé, mutilé ; des corps réduit en lambeaux, odeurs de chaire rôtie dans les attentats à la bombes. Des villages étaient saccagés et les habitants massacrés, assassinats collectifs, ou les cris de victimes remplissaient les âmes d'épouvante. Le test MBI ne rend pas compte de tout notre vécu de souffrance indicible ».

Les manifestations somatiques :

La majorité des ces soignants, présentaient des symptômes physiques liés à l'épuisement professionnel tel : l'irritabilité, les troubles du sommeil, une fatigue physique et morale, des céphalées, lombalgies, dorsalgies, des névralgies, des troubles digestifs et quelques cas de stérilités secondaires.

Travailler et se ressourcer face à l'épuisement :

garder la télévision, se raconter des blagues avec des amis, échanger avec son binôme « une sorte de Co-Counseling », prendre de la distance ou s'isoler.

Quelques récits :

« Au retour de nos interventions sur site, on blague, on est pris par des fou rires, parfois des pleurs et sanglots, et parfois on passe par des périodes d'insomnies rebelles mêmes aux somnifères. On devient très irritable ce qui interfère négativement sur nos relations professionnelles et sur notre vie de famille ».

« Pour gérer ma détresse psychologique, je vois des films comiques, j'écoute de la musique orientale, andalouse et quelques fois c'est carrément l'isolement ».

« J'ai développé depuis une tendance à m'isoler parce que mes collègues et mes amis ne me comprennent pas, alors je me protège en m'isolant ».

« Le seul moyens de continuer à travailler, c'est de faire toujours équipe avec le médecin avec qui nous avons le plus d'affinité, pour pouvoir se soutenir mutuellement. Et malgré cela, à chaque garde, nous avons des symptômes ; des céphalées, des lombalgies, des dorsalgies, des névralgies...on somatise et on reprend difficilement le rythme, il y a même parmi nous certains médecins qui ont développé une stérilité secondaire psychogène. On travaille toujours dans l'inconfort....»

« Au retour de mission l'humour noir est notre seul moyen de ventilation des émotions vécu : Se raconter des blagues, commenter les évènements de manière ironique».

ous apercevons que les médecins déploient deux r. En effet, certaines réponses sont en rapport avec des moyens personnels (visites de famille, discuter et échanger avec des amis, le repos, regarder la télévision...) et d'autres sont en relation avec des moyens institutionnels (échanger avec son binôme, se soutenir mutuellement). Les services ne mettant pas en place des groupes de paroles, ainsi il devient difficile pour le médecin d'extérioriser son vécu et ses ressentis par rapport à l'épuisement professionnel et aux événements traumatogènes sauf que pour quelques médecins, la pratique du co-counselling²⁰⁵ informel avec son binôme constituait une soupape de sécurité.

Les moyens de prévention du syndrome d'épuisement professionnel existants au sein du service :

Tous les médecins interrogés, affirment qu'il n'existe aucun moyen de prévention, sauf quelque peu, les journées de récupérations.

Les attentes des médecins vis-à-vis du syndrome d'épuisement professionnel :

Ces attentes concernent médecins et services :

Souhais relatifs au service :

Effectif supplémentaire.

Favoriser la communication et solidarité dans l'équipe.

Institutionnaliser des réunions d'équipe avec des psychologues formés au groupe Balint et au débriefing.

²⁰⁵ Technique de prise en charge de type psychologique issue des pays anglo-saxons, le counselling a pour but de permettre à un individu de trouver en lui-même les ressources pour faire face à une situation donnée.

lus de communication dénouerait les tensions et ment professionnel. Nous pouvons aussi noter, que le manque de personnel pèse sur les services, ils font tous appellent aux besoins d'effectifs. Ils expriment aussi le souhait d'institutionnaliser la pratique de réunions d'équipe avec des psychologues formés aux groupes Balint « Groupes de paroles », et aux techniques de débriefing. Il devient donc pour eux primordial de créer des espaces de paroles dans les services SAMU, au moins pour parler des difficultés rencontrées lors de certaines interventions.

Souhaits relatifs aux médecins :

Tous souhaiteraient des confrontations et des échanges d'expériences avec des professionnels de la médecine des catastrophes et des urgences collectives. Organiser des journées d'études pour sensibiliser les différents intervenants sur les risques d'épuisement professionnel.

Ils axent la prévention du syndrome d'épuisement professionnel sur le dialogue, le soutien, la pratique des groupes de parole de type Balint, des séances de débriefings, l'échange d'expérience et formation. Ce qui permet de dire que c'est en prévenant et en offrant des moyens de prévention qu'il serait possible de mieux gérer le syndrome d'épuisement professionnel des soignants.

Les apports reçus sur le syndrome d'épuisement professionnel des soignants:

Sur les sept Médecins, cinq ont répondu n'avoir reçu aucun apport sur le syndrome d'épuisement professionnel. La méconnaissance de ce syndrome peut constituer un facteur de risque. Et en effet, selon eux, on ne peut pas prévenir quelque chose qu'on ne connaît pas. Et deux médecins seulement ont reçu quelques informations sur ce sujet. Et il faut souligner ici que même si des apports sur le sujet ont été reçus, ils n'ont pas permis d'éviter l'épuisement. En effet, sur les 7 médecins interrogés, tous sont et se sentent épuisés.

Leurs récits lors des entretiens ont révélé un ressenti commun quant au sentiment de vide, d'harassement et d'effondrement succédant à l'expérience d'épuisement professionnel. L'examen de leurs situations respectives après plus d'une décennie d'urgence médicale extrahospitalière dans les catastrophes les plus diverses, a illustré la grande souffrance de ses intervenants.

Le recueil, l'examen, et l'analyse des facteurs personnels, organisationnels, à l'origine du développement du syndrome d'épuisement professionnel chez ces médecins, ont permis d'identifier les facteurs communs suivants :

- Le rôle particulier joué par les événements traumatogènes et les situations extrêmes, dans le vécu de souffrance et d'épuisement professionnel chez ses soignants.
- La présence d'un niveau de stress professionnel intense chez ses soignants au cours de la période précédant l'émergence du syndrome, qui est lié aux horreurs des hécatombes, au manque de soutien psychologique, aux rythmes et charge de travail combinée à un sentiment de dépassement, et à l'érosion de leurs ressources.
- Le contexte d'imprévisibilité des interventions de ces médecins ajouter à des conditions de travail exigeantes sur les plans physique et psychique, vécues dans un climat de terreur et de catastrophe d'origine humaine, alourdie par les cataclysmes entre inondation à Bâb El Oued et séisme de Boumerdès et d'Alger et où le potentiel de soutien psychologique était déficient.
- Le sentiment croissant d'insécurité et d'isolement, le manque de reconnaissance et de compensations de la part de la tutelle.

on du syndrome d'épuisement professionnel des
des SAMU, contraint les médecins, à mettre en
place des moyens personnels qui se révèlent inefficaces, pour lutter contre le
syndrome d'épuisement professionnel.

- Au sein de ces structures, les médecins sont soumis à une forte charge de travail et souffrent de ne pas pouvoir disposer d'une écoute psychologique suffisante pour décharger les émotions et les ressentis.

Le taux de reponse a ete de 69% et l'échantillon se compose de 106 médecins. Les résultats montrent la prévalence élevée de burn out dans la population des médecins des SAMU de la région centre « Alger-Blida-Médéa »:

- 52% pour l'épuisement émotionnel ;
- 50% pour la déshumanisation;
- 47% pour le manque d'accomplissement personnel au travail;

Par contre ce score de burn out aux trois dimensions chez les médecins du SAMU d'Oran, de la région ouest étaient de :

- 23% pour l'épuisement émotionnel ;
- 18% pour la déshumanisation;
- 18% pour le manque d'accomplissement personnel au travail;

Ces résultats vont dans le sens du modèle de Maslach qui attribue le burn out à un décalage grandissant et persistant entre la personne et les conditions de travail. Selon le modèle « *Exigence-Ressources* » qui s'inscrit dans l'approche des ressources, le burn out apparaît lorsque les ressources nécessaires manquent au sujet pour faire face aux demandes formulées dans son univers professionnel.

Maslach et Schaufeli (1993) suggèrent que le burnout est atteint au fur et à mesure que les obligations professionnelles deviennent plus fortes et plus lourdes. Elles épuisent alors les ressources personnelles et l'énergie de l'individu.²⁰⁶

²⁰⁶ Sabrina Chan-lin chanteau : Le burnout des médecins généralistes libéraux de Tahiti. Thèse de doctorat en médecine. Université René Descartes Paris 5. Faculté de Médecine René Descartes. Avril 2006. p 20.

onnelles sont élevées et les ressources
mauvaises conditions de travail conduisent à
l'épuisement d'énergie et à une baisse de motivation.²⁰⁷

La fatigue émotionnelle est plus fortement associée aux variables d'exigences de l'emploi tandis que la dépersonnalisation et, surtout l'accomplissement personnel sont plus fortement liés aux ressources, résultats jugés cohérents par les auteurs avec la théorie d'Hobfoll.²⁰⁸

Les résultats de notre étude confirment en partie le modèle théorique tel qu'il a été présenté au début du travail. Les facteurs de stress professionnel ont montré des associations positives avec le burn out. Les récits lors des entretiens ont révélé aussi un ressenti commun, de vide, d'harassement et d'effondrement succédant à l'expérience d'épuisement professionnel.

Les variables associées au burnout :

Au niveau intra-individuel, les variables liées au burnout sont :

- l'âge et l'ancienneté dans l'exercice de la profession médicale : Cette étude ne révèle pas d'association statistiquement significative entre les variables sociodémographiques et l'épuisement professionnel dans ses trois composantes, chez les médecins des SAMU interrogés. En effet, il ressort que les facteurs de l'âge et d'ancienneté ne possèdent pas de qualités modératrices sur la relation postulée. Et la prévalence élevée de burn out semble concerner autant les médecins anciens et moins anciens dans la profession ainsi que les médecins moins jeunes et plus jeunes.

²⁰⁷ Claire Edey Gamassou : Les causes spécifiques de stress et d'implication chez les agents de la fonction publique territoriale. Actes de la journée de recherche du 27 mai 2005.site ; iae-aix.com.

²⁰⁸ Ibid.



Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

ait conclu dans son étude sur le syndrome du
x de Champagne Ardenne, en affirmant que les
facteurs âge et ancienneté professionnelle n'exerce aucun effet direct significatif
sur l'une ou l'autre des variables du syndrome du burn out, il n'a constaté qu'une
simple tendance à la baisse du burnout après 50 ans, chez ces soignants.²⁰⁹

²⁰⁹ Didier Truchot : Le burnout des médecins libéraux de Champagne Ardenne. Rapport de recherche pour l'Union Régionale des médecins Libéraux de Champagne Ardenne. Université de Reims - Champagne Ardenne 2002.

Choix du sujet : le burnout des médecins des SAMU.

Limitation de l'enquête à la population des médecins des SAMU :

Les raisons de la limitation de l'enquête aux médecins des deux régions sont :

- Les médecins des SAMU appartiennent aux catégories de soignant les plus à risque de développer le syndrome de burnout.²¹⁰
- L'intervention médicale d'urgence dans un contexte de catastrophe est soumise à des contraintes spécifiques : exposition directe aux images les plus émotionnellement choquantes, et à l'ampleur des désastres qui sont assez stressants et source de burn out.
- La comparaison avec les médecins du SAMU d'Oran, parce qu'il se trouve que c'est l'une des régions qui a été la moins touchée par les hécatombes et violences meurtrières de cette dernière décennie.
- Ce travail s'effectue dans le cadre d'un mémoire de magister en psychologie clinique et psychopathologie.

Les modalités de l'enquête

Les questionnaires ont été remis soit directement aux médecins, c'est le cas de la majorité, soit aux médecins chefs qui se sont chargés de les remettre aux quelques médecins que nous n'avons pas pu rencontrer, parce qu'ils étaient en congé.

Le taux de participation est de 69%. Les hypothèses émises pour expliquer ce taux de réponse sont :

- L'enquête s'est effectuée entre Mai et septembre. C'est la période des vacances d'été, se caractérisant par une discontinuité dans l'exercice professionnel.
- En outre, les questions de l'enquête ont pu sembler trop intimes.

²¹⁰ Pierre Canoui & Aline Maurangues : Le syndrome d'épuisement des soignants. De l'analyse aux réponses. Edition Masson : 3eme édition 2004. p 7.

éponse de 69% peut être considéré comme é par les médecins à ce thème.

Les outils utilisés pour établir le questionnaire

La première partie du questionnaire utilise le Maslach Burnout Inventory ou MBI, qui demeure l'instrument le mieux adapté et le plus utilisé pour l'étude du syndrome du burn out. Selon Didier Truchot : « Pour l'année 2003, 94% des publications sur le sujet ont eu recours au MBI ». ²¹¹ Toutefois cette évaluation du burnout se heurte aux difficultés pour quantifier un vécu psychologique qualitatif, d'où l'utilité de recourir aussi à l'évaluation qualitative.

Dans la seconde partie du questionnaire sur les variables sociodémographiques, nous nous sommes intéressés uniquement à deux variables soit, l'âge et l'ancienneté, parce qu'il est démontré que seules ces deux variables qui influent sur l'épuisement professionnel. Pierre Canoui et Aline Maurangues relèvent l'absence de corrélation entre l'épuisement professionnel et les caractéristiques sociodémographiques comme le sexe, l'état civil, la situation familiale et le nombre d'enfants et considèrent que l'âge constitue un facteur de vulnérabilité vis-à-vis de certaines dimensions de l'épuisement professionnel. ²¹²

²¹¹ Didier Truchot : Epuisement professionnel et burnout. Concepts, modèles, interventions. Edition Dunod, Paris, 2004.

²¹² Pierre Canoui & Aline Maurangues : Le syndrome d'épuisement des soignants. De l'analyse aux réponses. Edition Masson : 3eme édition 2004. p 55.

des limites.

D'une part, comme toutes les données sont recueillies au même moment, une étude transversale ne permet que relativement de présumer du sens de la causalité entre les variables. Une étude longitudinale permettrait d'éclaircir mieux les liens de causalité entre les différents paramètres. D'autre part, le burnout est déterminé par de nombreux facteurs qui ne peuvent être étudiés de manière exhaustive.

Des paramètres non étudiés peuvent influencer les résultats ou former des variables confondantes comme par exemples :

- les traumatismes ou chocs émotionnels vécus par les praticiens (maladies graves de proches, décès...).²¹³
- la qualité du soutien social.

L'interprétation des résultats de notre enquête devra être nuancée, compte tenu des effectifs des SAMU, des deux régions qui sont hétérogènes. Cette enquête, est la première sur le territoire national à s'intéresser à l'étude du syndrome du burn out chez la population des médecins des SAMU, et par conséquent elle pourrait servir de base pour de futures enquêtes de plus grande ampleur.

L'analyse statistique de cette étude s'est appuyée sur des tests validés et adaptés à la taille de l'échantillon. Ainsi, selon le type de variable analysée, des tests différents sont employés dans l'approche quantitative.

1. le test de Student est utilisé pour comparer deux moyennes et celui-ci est ajusté en fonction de l'égalité ou non des variances (test de Levene).
2. Le test du χ^2 est utilisé si les effectifs sont supérieurs à 5.

²¹³ Didier. Truchot : Le burnout des médecins libéraux de Champagne Ardenne. Rapport de recherche pour l'Union Régionale des médecins Libéraux de Champagne Ardenne. Université de Reims-Champagne Ardenne 2002.

ue α de première espèce ou la probabilité « p » alors qu'elle n'existe pas, est fixé à 5% (valeur seuil du risque communément admise). Ainsi, lorsque « p » est inférieur à 0,05, la différence observée entre les groupes est dite « statistiquement significative ». Quand « p » est supérieur à 0,05 la différence observée est dite « non statistiquement significative ». Et pour l'approche qualitative, on s'est limité seulement à l'analyse du contenu.

Dans cette discussion des résultats, nous allons nous centrer sur les points suivants:

1. Le stress professionnel chronique généré par les interventions médicales urgentes extrahospitalières des médecins des SAMU de la région centre « Alger, Blida et Médéa », dans un contexte de catastrophe et l'absence de soutien psychologique seraient à l'origine du syndrome du burn out chez ces soignants. Ce qui nous amène à dire que l'activité médicale des SAMU dans un contexte de catastrophe, serait elle une profession à risque ?
2. Le rôle et l'influence des caractéristiques sociodémographique tel l'âge et l'ancienneté dans l'exercice de la médecine sur la propension à l'épuisement professionnel chez les médecins du SAMU de la région centre ?

Les résultats présentés ci-dessus portent sur 69% de l'échantillon. Et pour les 31% de médecins non répondants ; s'agit-il de sujets moins intéressés et concernés par le thème de cette étude ? Ou au contraire, les plus atteints par ce syndrome ? La question reste en suspens. Pouvoir comparer les participants des non participations, à partir des données disponibles dans le fichier des SAMU, nécessiterait une levée au moins partielle de l'anonymat, chose que nous n'avons pas souhaitée dans cette première étude.

nettent en évidence des associations positives des médecins des SAMU de la région centre « Alger-Blida et Médéa » et les conditions de travail défavorables associées à un soutien psychologique et social déficient. Par conséquent, les médecins des SAMU de cette région seraient largement plus à même de présenter un syndrome d'épuisement professionnel que ceux du SAMU d'Oran « région la moins touchée par ces catastrophes ».

Ainsi on peut considérer davantage l'épuisement professionnel chez les médecins des SAMU de la région centre comme résultant d'une attrition des ressources personnelles, associé à des stress émotionnels intenses et chroniques dans l'activité professionnelle qui suit un ordre chronologique précis : épuisement émotionnel, dépersonnalisation de la relation et sentiment de dévalorisation de soi-même et du travail. Et en effet nous **pouvons constater que ces résultats s'accordent avec notre première hypothèse** à savoir que : les médecins des SAMU de la région centre de l'Algérie ; « Alger, Blida et Médéa » intervenants dans le cadre des urgences médicales extrahospitalières dans un contexte de catastrophe, ayant une charge de travail élevée et un manque de soutien psychologique seraient plus exposés au risque d'épuisement professionnel.

étude semble supportée par les résultats, il en a été formulé une hypothèse qui visait principalement à connaître l'effet salutogène de l'ancienneté sur la relation unissant le stress à l'épuisement professionnel, et l'effet délétère de l'âge sur la relation unissant le stress à l'épuisement professionnel. Tel qu'attendu, plus les médecins des SAMU sont anciens dans la profession moins ils sont exposés au risque du burn out et que les jeunes médecins par contre présenteraient plus de risque. Cependant les résultats démontrent que la prévalence élevée de burn out semble concerner autant les médecins anciens et moins anciens dans la profession ainsi que les médecins les moins âgés et les plus âgés.

Et si on part du postulat qu'il n'y a pas de doute sur le pouvoir immunogène initial que détient l'ancienneté dans l'exercice de la profession, on pourrait supposer que l'effet salutogène de l'ancienneté s'effrite au passage du temps et fini par perdre son effet immunogène devant une source de stress récurrente, liée à l'horreur d'une décennie de violences meurtrières. Ainsi, la détérioration des conditions socio-économiques, le climat d'insécurité et de terreur et de violence, les prises de décisions difficiles dans des conditions incertaines, une disponibilité permanente avec des implications émotionnelles, les interférences des conditions de travail difficiles sur la vie de famille, sont autant de facteurs qui peuvent être à l'origine de l'annulation des effets protecteurs du facteur de l'ancienneté dans l'exercice de la profession médicale. Notre deuxième hypothèse de recherche est donc infirmée.

ionné plus haut, un certain nombre d'études ont le médicale d'urgence, tout comme les services de cancérologie, d'immuno-hématologie, de gériatrie, et de réanimation, sont les plus réputés pour le risque d'épuisement professionnel.²¹⁴

Nous pouvons constater que 50% des Médecins des SAMU de la région centre « Alger, Blida et Médéa » souffrent d'un épuisement professionnel élevé comparé aux médecins du SAMU d'Oran. Et la variabilité de ses résultats mentionnés peut s'expliquer d'une part par un «environnement global de vie » et des conditions professionnelles à Oran plus favorables et d'autre part du fait que cette région a été moins affecté par les hécatombes des cataclysmes et les horreurs des massacres terroristes de la dernière décennie.

Les résultats de notre enquête en 2006, montrent un niveau de burnout très élevé chez les médecins des SAMU de la région centre, ou un médecin sur deux souffrirait du syndrome du burnout. Mais pour les médecins qui présentent un niveau bas de burn out parmi cette population, l'hypothèse logique serait de supposer qu'ils ont certainement pu développés au cours de ses années des capacités de résilience.

²¹⁴ Pierre Canoui & Aline Maurangues : Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants. De l'analyse aux réponses. Edition Masson, 3eme édition 2004, p 7.

La prévalence du syndrome d'épuisement professionnel dans les services des SAMU de la région centre « Alger-Blida –Médéa » est très élevée. Les résultats de cette étude mettent en évidence des associations positives entre l'épuisement professionnel, les conditions de travail défavorables, et un soutien psychologique et social déficient. Ce qui nous amène à conclure que l'activité médicale d'urgence extrahospitalière dans un contexte de catastrophe, quand elle revêt un caractère durable, associée au manque de soutien psychologique en post-intervention, devient source d'épuisement professionnel. Seuls, ces soignants ne pouvaient se prémunir, de se laisser anéantir par les images des massacres les plus cruels et abominables.

En effet l'épuisement professionnel des médecins des SAMU de la région centre apparaît comme une réalité. La qualité de vie des praticiens qui en sont victimes semble significativement altérée et la littérature indique que des conséquences néfastes sur la santé de leurs patients pourraient en découler. Didier Truchot souligne que le burn out des médecins a des conséquences néfastes à la fois sur la santé mentale et physique du soignant et sur la société (altération de la qualité des soins, augmentation des arrêts de travail et des interruptions de carrière).²¹⁵

Et ce qui se dégage encore de cette étude, est la reconnaissance de l'importance des émotions, celles éprouvées par le soignant comme étant le passage obligé vers l'autre, mais en même temps elle "ne va pas de soi" et présente des risques. C'est de ces risques dont il faut prévenir les soignants afin qu'ils ne se "brûlent" pas. On ne peut vivre et à fortiori soigner en occultant de sa vie ses émotions, les échanges et le ressourcement personnel.

²¹⁵ Didier. Truchot : Le burnout des médecins libéraux de Champagne Ardenne. Rapport de recherche pour l'Union Régionale des médecins Libéraux de Champagne Ardenne. Université de Reims-Champagne Ardenne 2002.

un poids économique important. Il est source d'une rotation de personnel, d'un nombre important d'arrêts de travail et d'un retentissement sur la santé des soignants et ces constats doivent interpeller les pouvoirs publics.

Des actions peuvent donc être suggérées pour prévenir le syndrome d'épuisement professionnel ou y répondre :

1. L'augmentation des effectifs améliorerait les conditions de travail et la qualité des soins.
2. La prévention du syndrome d'épuisement professionnel des soignants passe par une bonne communication entre les différentes équipes et un soutien psychologique. Il est donc primordial d'améliorer les relations entre ces équipes, car elles contribuent à un meilleur climat de travail.
3. La solidarité entre les membres d'une équipe est également primordiale. Lorsque la charge de travail est importante et que les tensions sont fortes au sein du service, il est salutaire de pouvoir compter sur les autres et de passer le relais.
4. En l'absence de groupe de parole qui permet l'extériorisation des tensions et des émotions, le syndrome d'épuisement professionnel des soignants se manifeste plus ou moins intensément et peut se répercuter sur plusieurs domaines : le patient, le soin et la vie personnelle du soignant. Ce dernier, fatigué, irritable et impatient, appréhende les retours au travail, son comportement se retentit sur ses proches et sur les personnes qu'il côtoie : collègues, patients.
5. Si le syndrome d'épuisement professionnel des soignants était abordé dans un contexte de prévention, la population se sentirait peut être plus impliquée et prompte à se protéger.
6. Permettre aux soignants de reconnaître le burnout ; en organisant des journées d'étude sur le thème.

e, le soutien social ; apprendre à garder une attitude respectueuse envers les patients en restant respectueux de la personne.

8. Réduire les facteurs de stress environnementaux : amélioration des conditions de travail, favoriser l'entente entre tous les membres des équipes soignantes et les pouvoirs administratifs.

Comme le syndrome de burnout est une psychopathologie de la relation d'aide à autrui, il est donc important que la souffrance des soignants soit reconnue et prise en charge via les groupes de parole, les supervisions cliniques, avec un professionnel extérieur (psychologue, psychiatre psychothérapeute ou psychanalyste). Ainsi le soutien psychologique des professionnels pourrait être effectif, de sorte que l'épuisement émotionnel, le désinvestissement relationnel et la dépréciation professionnelle diminuent. Il serait également souhaitable que les groupes de paroles, les techniques de débriefing, les formations à la supervision-intervision soient initiées ou envisagées en partenariat avec Handicap International, installé en Algérie depuis quelques années, et qui soutient des formations de ce type.

Face au risque potentiel ou avéré du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout chez un grand nombre de soignants : médecins, psychologues, psychiatres, infirmiers ayant intervenu pendant toute cette période - on serait tenté de dire que l'avenir de toutes ces compétences repose essentiellement sur tout un système ou dispositif à la fois préventif, curatif, économique et social ; engageant chaque employeur et collaborateur du système de santé à s'interroger sur la meilleure façon de combiner charge de travail et soutien professionnel et social des soignants de manière à aboutir à un stress acceptable. Et l'instruction Ministérielle du MSPRH N°18 du 27 octobre 2002 - relative à la protection de la santé des personnels de la santé, reconnaissant le syndrome du burn out des soignants comme maladie professionnelle - restera cependant sans effet si elle n'est pas

d'un dispositif concret d'accompagnement des soins qui interviennent dans des conditions de travail difficiles et pénibles. Il est indéniable que pour limiter le syndrome du burn-out chez les soignants et les différents intervenants exposés à ce risque, le développement du soutien psychologique, serait un moyen à privilégier, en même temps que l'amélioration des conditions de travail. En effet une action de prévention aurait plus d'impact qu'une simple circulaire, ou le recours au soin curatif. L'institutionnalisation des groupes de parole de type Balint ou de la supervision clinique au niveau des institutions de soins serait nécessaire et pourrait favoriser les capacités de résilience chez les soignants.

Il faut dire aussi, que l'impact de cette triste période a eu des effets délétères sur une grande frange de la population et dont on observe actuellement les conséquences dramatiques. C'est à ce titre que Daïkha Dridi souligne : *« Epuisée, laminée, la société feuilletonnante des chroniques quotidiennes des suicides, des policiers qui tuent leurs familles et se tuent ensuite, des adolescents qui se pendent, des vieillards qui avalent de l'acide. Chacun est retourné dans son histoire et la porte dans une solitude effroyable, blindant les portes de sa conscience à un extérieur qui n'est porteur que d'agressions supplémentaires. Les Algériens n'ont encore rien exprimé de ce qui leur est arrivé, cloîtrés en eux-mêmes avec des strates de souffrances muettes que leur histoire cruelle a additionnées dans une mémoire collective malade, verrouillée. »*²¹⁶.

²¹⁶ Daïkha Dridi : Journal, le Quotidien d'Oran en date du 1 mars 2001

onde qui vole en éclats et qui impose au pas répétition insue, le devoir de mémoire s'impose comme un impératif thérapeutique, incontournable dans la psychothérapie collective, qui nécessite la participation des experts en sciences humaines, de psychiatres, d'hommes de lettres et des medias etc. Et à cet effet Fadhila Choutri souligne que : « *Pour les héritiers de ces généalogies abîmés, de leurs pères torturés, invalidés, tués ou disparus, de leurs mères endeuillées, de leurs grands-pères et arrières grands-pères spoliés, humiliés, quelles possibilité de dégagement et de subjectivation hors de ce lieu de la déchéance psychique, de ce lieu souffrant : celui de la filiation, que par l'urgence de la recherche. Une recherche qui permettrait de trouver les voies d'arrachement à une mémoire traumatique en créant les conditions psychiques individuelles et collectives de sa métabolisation* »²¹⁷.

Freud dans les dernières pages de son livre *Totem et tabou*, s'est interrogé sur les processus de la transmission de la vie psychique entre les générations. Il y soutient l'idée ; qu'il n'y a pas de processus psychique plus ou moins important qu'une génération soit en mesure de cacher à celle qui la suit.

L'enjeu est de la mémoire d'une décennie de violence sanglante ; du sens à donner à ces événements qui ont laissé des traces profondes dans la conscience de ceux qui les ont vécus, mais aussi de ceux qui en éprouve encore aujourd'hui les conséquences. Il s'agit d'affirmer, de parler d'une place, d'un lieu, qui ne soit pas un lieu sans mémoire, sans passé, sans présent, sans responsabilité, sans réalité. Puissions-nous, avec l'humilité qu'exige un travail de recherche, contribuer avec notre modeste part, à l'élargissement de cette question.

²¹⁷ Choutri (F.), Altounian (J.), Kaes (R.), Mansuy (A.M.), Moussa (F.), O'Dwyer de Macedo (H.), Puget (J.), Samai-Haddadi (D.). Violence trauma et mémoire. Edition Casbah, Alger, 2001.



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Références Bibliographiques

1. American Psychiatric Association (1994), “DSM IV” (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder), Washington D.C. American Psychiatric Press.
2. Berthier (N.) : Les techniques d’enquête : Méthode et exercices corrigés. Armand Colin. Paris, 1998.
3. Billings A.G. & Moos (R.H.): The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events, *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 139-157.1981.
4. Blanchet (A.), & Gottman (A.) : L’enquête et ses méthodes : Entretien. Edition Nathan, Paris. 1992.
5. Bruchon-Schweitzer (M.L.): *Psychologie de la santé, modèles, concepts et méthodes*. Edition, Dunod. Paris, 2002.
6. Brunel, (O.) : *Les stratégies d’ajustement au risque alimentaire ; Modèle théorique et Test empirique*. Thèse présentée pour l’obtention du titre de Docteur ès Sciences de Gestion. Université Jean Moulin Lyon3. Décembre 2002.
7. Canoui (P.), & Maurangues (A.) : *Le syndrome d’épuisement des soignants, de l’analyse aux réponses*. Edition Masson : 3eme édition 2004.
8. Choutri (F.), Altounian (J.), Kaes (R.), Mansuy (A.M.), Moussa (F.), O’Dwyer de Macedo (H.), Puget (J.), Samai-Haddadi (D.) : *Violence trauma et mémoire*. Edition Casbah, Alger, 2001.
9. Crocq (L.) : *Les Traumatismes psychiques de guerre*. Edition Odile Jacob, Paris, 1999.
10. Delbrouck (M.) : *Le Burn-out du soignant : le syndrome d’épuisement professionnel*. Edition De Boeck. Collection Oxalis. Bruxelles 2003.

- ss et souffrance des soignants à l'hôpital.
prévention. Edition Estem. Paris 2004.
12. Freudenberger (H.N.) : L'épuisement professionnel : La Brûlure interne : Éditeur, Gaétan Morin Québec.1987.
 13. Lazarus, (R.S.) & Folkman, (S.) : Stress, appraisal, and coping. New-York: Springer Publishing Company.1984.
 14. Lôo (P.) & Lôo (H.) : Le stress permanent. Edition, Masson « Médecine et Psychothérapie ». Paris 1986.
 15. Maslach (C.): Burned-out. Human behaviors. Volume 5, 1976.
 16. Maslach (C), Jackson (SE.). The Maslach Burn-out Inventory. Research edition. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1981.
 17. Maslach (C.): Burn-out the cost of caring, New-Jersey, Prentice Hall, 1982.
 18. Maslach (C), Jackson (SE.): The Maslach Burn-out Inventory. Manual, 2 nd ed. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1986.
 19. Paulhan, (I.) & Bourgeois, (M.): Stress et coping. Les stratégies d'ajustement à l'adversité. Paris : P.U.F. Année 1995.
 20. Rivolier, J. : L'homme stressé. Edition PUF. Paris Année. 1989. P.89.
 21. Rolland (J-P.) : Modèles psychologiques du stress : Analyses et suggestions. Pratiques Psychologiques, 4, 99-122. Année 1999.
 22. Selye (H.) : Du rêve à la découverte. Éditions de La Presse, 1973.
 23. Selye (H.) : Le stress de la vie, Edition, Gallimard 2^e édition, Paris 1975.
 24. Stora (J-B.) : *Le stress*. Edition PUF. Paris. Année 2000.
 25. Thurin (J.M.), & Baumann (N.) : Stress, pathologies et immunité. Editions Flammarion, Médecine-Sciences, Paris 2003.
 26. Truchot (D.), & Fisher (G.N.) : Santé et travail. Traité de psychologie de la santé. Editions, Dunod. Paris, 2002.
 27. Truchot (D.) : Epuisement professionnel et burn out : Concepts, modèles, interventions. Editions, Dunod. Paris, 2004.

- (A.) : l'épuisement professionnel, un concept à préciser. *Revue l'infirmière du Québec*, 1998.
2. Bibeau (G.) : Le burn-out : 10 ans après. *Revue Santé mentale au Québec*, Volume X, N° 2, 1985.
 3. Bierens De Haan (B.) : Le débriefing émotionnel collectif des intervenants humanitaires: l'expérience du CICR. *Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale* Février 2002-Tome VI - N°53.
 4. Boudarène (M.) : Souffrance au travail et burn out chez des agents de Police en exercice: Une étude préliminaire. *Journal international de victimologie*. Année 2, N°2, Avril 2004.
 5. Bruchon-Schweitzer (M.L.), Rascle (N.), Quitard (B.), Nuissier (J.), Cousson (F.), Aguerre (C.) : Stress professionnel et santé. *Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, N°33, Année 1997.
 6. Bruchon-Schweitzer (M.L.): Le coping et les stratégies d'ajustement face au stress. *Revue recherche en soins infirmiers* N° 67. Décembre 2001.
 7. Côté (L.), Edwards (H.), Benoît (N.) : S'épuiser et en guérir : Analyse de deux trajectoires selon le niveau d'emploi. *Revue Internationale sur le travail et la société*. Volume 3, N°2. Année 2005. Université du Québec.
 8. Crocq (L.) : La cellule d'urgence médico-psychologique. Sa création, son organisation, ses interventions, *Annales. Med-Psychologiques* N°156, Année 1998.
 9. Delbrouck (M.) : Comment faire face au burnout. *Panorama du médecin* N°4914, mars 2003.
 10. De Soir (E.) : Le soutien psychologique aux intervenants. *Le journal international de victimologie*. Année 1, N°2, Janvier 2003. JIDV.COM.

- e syndrome de burn-out : Etude clinique et
hologie du travail. Revue Recherche en soins
infirmiers N°32. Mars 1993.
12. Freudenberger (H.N.): Staff burn-out, Journal of Social Issues 30, 1974.
 13. Galam (E.) : Stress professionnel des médecins. Comment y remédier ?
Revue du Praticien Médecin Généraliste, Tome 19. N° 704/705, du 10
Octobre 2005.
 14. Galam (E.) : Le burn out des médecins libéraux. Le Généraliste, N°2400,
Cahier central 1 à 4, du 23 Février 2007.
 15. Gamassou (C.E.) : Prévenir le stress professionnel et promouvoir
l'implication au travail, un enjeu de gestion des ressources humaines.
Les cahiers du CERGOR : N° 01/04 - février 2004. Université Paris 1,
Panthéon Sorbonne.
 16. Hoffmann (A.) : Burn out : Biographie d'un concept. Revue santé
conjuguée N° 32, Avril 2005.
 17. Kahill (S.): Interventions for burnout in the helping professions: A
review of the empirical evidence. Canadian Journal of Counselling, N°
22, 162-169. 1988.
 18. Larouche (L.M.) : Manifestations cliniques du burn out chez les
médecins. Revue Santé mentale au Québec, Volume X, N° 2, Année
1985.
 19. Lidvan (N.G.) : Le patient, un individu d'abord. Revue Sciences de
l'association française pour l'avancement des sciences (l'AFAS) du 2
Avril 1996.
 20. Lourel (M.), Gana (K.), Prud'homme (V.), Cercle (A.): Le Burn-out chez
le personnel des maisons d'arrêt : test du modèle «demande - contrôle »
de Karasek. Revue l'Encéphale, 2004; XXX: 557-563, cahier 1.
 21. Pronost (A. M.), & Tap (P.) : Usure professionnelle et formation en soins
palliatifs. Cahiers Internationaux de psychologie sociale, N°33, 1997.

.) : La prévention du burn out et ses incidences

g. Revue recherche en soins infirmiers N°67,

Décembre 2001.

23. Truchot (D.), Bantégny (D.), Roncari (N.): Burnout et prise de décisions, le burnout des médecins libéraux de Champagne Ardenne 2003.
24. Veil (C.) : Les états d'épuisement. Le concours médical, 1959, p.2675-2681.
25. Vézina (M.), Cousineau (M.), Mergler (D.), Vinet (A.), Laurendeau (M.C.) : Pour donner un sens au travail : Bilan et orientations du Québec en santé mentale au travail, CSMQ. Editeur Gaétan Morin. Montréal 1992.
26. Vézina (M.) : Docteur, je crois que je fais un burnout. Revue de formation médicale, Le clinicien, volume 18, N° 1, janvier 2003.
27. Villeneuve (J.P.) & Beaudouin (A.) : Le cadre de travail et l'épuisement professionnel des intervenants sociaux en Gaspésie. Revue Service social, vol. 42, N° 2. 1993.

Thèses :

1. Altmann-Mallinger (L.) : Evaluation du stress chez le personnel de l'ANPE. Thèse présentée pour le diplôme de Docteur en médecine. Diplôme d'Etat. Mention Médecine du travail. Université Louis Pasteur, Faculté de Médecine de Strasbourg. 2000.
2. Bantégny (D.) & Roncari (N.): Le burnout des médecins libéraux. Mémoire de maîtrise. Reims Champagne - Ardenne. 2002.
3. Brunel (O.) : Les stratégies d'ajustement au risque alimentaire ; Modèle théorique et Test empirique. Thèse présentée pour l'obtention du titre de Docteur ès Sciences de Gestion. Université Jean Moulin Lyon 3. Décembre 2002.

- Le burnout des médecins généralistes libéraux de
- en médecine. Université René Descartes PARIS
5. Faculté de Médecine René Descartes PARIS 5. Avril 2006.
5. Franceschi-Chaix (C.): Le syndrome de burn-out : étude clinique et implications en psychopathologie du travail. Thèse de médecine. Limoges. Octobre 1992.
 6. Lidvan (N.G.) : Burn out : Emergence et stratégie d'adaptation. Le cas de la médecine d'urgence. Thèse de Doctorat en psychologie. Université René Descartes. Paris 5, 1989.
 7. Roussin (M.) : Usure professionnelle et stratégies d'adaptation des surveillants Centre Pénitentiaire de Marseille. Mémoire pour le DESS Psychologie Sociale de la santé. Université de Provence Aix-Marseille I13100 Aix en Provence. 2003.
 8. Vanier (C.) : Etude de l'épuisement professionnel et des facteurs associés chez des intervenantes et intervenants de ressources communautaires. Thèse de Doctorat en psychologie. Université du Québec à Montréal. Août 1999.
 9. Zeter (C.) : Burnout, conditions de travail et reconversion professionnelle chez les médecins généralistes de la région Poitou-Charentes. Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en Médecine. Université de Poitiers Faculté de Médecine et de Pharmacie. 2004.

re des médecins. Observatoire pour la sécurité

des médecins. Résultats année 2006.

2. Démographie médicale : Les spécialités en crise. Rapport de l'Ordre des médecins Etude N°38-2 Décembre 2005.
3. Le Burn out des médecins généralistes de Poitou-Charentes - Rapport de Recherche pour l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Poitou-Charentes. Avril 2004.
4. Montane (F.) : L'entraide ordinale en Europe. Rapport de la Commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil national de l'ordre des Médecins. 19 juin 2004.
5. Truchot (D.) : Le burn out des médecins libéraux de Bourgogne : Rapport de recherche pour l'union professionnelle des médecins libéraux de Bourgogne. Dijon, UPMLB et Reims, département de psychologie, 2001.
6. Truchot (D.) : Le burnout des médecins libéraux de Champagne Ardenne : Rapport de recherche pour l'Union Régionale des médecins Libéraux de Champagne Ardenne. Université de Reims-Champagne Ardenne 2002.

Journaux :

1. Daïkha Dridi : Journal le Quotidien d'Oran. Quotidien indépendant Algérien, du 1 mars 2001.
2. Galam (E.) : SOS médecine générale. Journal, Libération du 11 Janvier 2007.
3. Gautier (I.) : Bulletin du conseil départemental de l'ordre des médecins de la ville de Paris. Mars 2003.
4. Le journal Al Watan. Quotidien indépendant Algérien, du 1 mars 2005.
5. Résultats de l'enquête. Burn-out: Un médecin sur deux en zone dangereuse. Journal du médecin N°1344.2001.

beneficiaires de l'indemnité journalière et de la pension d'invalidité. Informations de la CARMF, N° 53, décembre 2006.

Documents électroniques :

1. Actes de la journée recherche : Stress, Burnout et conflits de rôles. 27 mai 2005. Site Internet: www.iae-aix.com.
2. Gamassou (C.E.) : Les causes spécifiques de stress et d'implication chez les agents de la fonction publique territoriale. Actes de la journée de recherche du 27 mai 2005. site Internet. www.iae-aix.com.
3. Les 2èmes Journées Européennes de Médecine d'Urgence. Un congrès sur la médecine d'urgence, du 22 au 24 novembre 2001, au Palais des Papes à Avignon. Site Internet : www.jemu.net.
4. Site Internet : www.saaifossama.jerran.com
5. Tjeka (R.), Tordeurs (S.), Vanderberghe (C.), D'Hoore (W.) : Que savent et que perçoivent les médecins des relations entre le burnout et la performance clinique ? Journées Scientifiques de l'Association latine pour l'Analyse des systèmes de santé (ALASS). 2000. Site web HEC Montréal : www.hec.ca

1. Table des tableaux

Tableau 1 : Symptômes non spécifiques du syndrome du burn out	48
Tableau 2 : Caractéristiques stressantes du travail	54
Tableau 3 : Les différentes catégories d'événements stressants	70
Tableau 4 : Score faible, moyen et élevé aux trois dimensions du MBI	120
Tableau 5: Répartition de l'effectif totale et du nombre de médecins répondants au MBI	128
Tableau 6: Répartition des médecins selon leur genre	130
Tableau 7: Répartition des médecins selon la classe d'âge	130
Tableau 8: Répartition des médecins par classe d'âge et par région	131
Tableau 9: Répartition des médecins selon statut matrimonial	132
Tableau 10: Répartition selon l'ancienneté dans l'exercice de la médecine	133
Tableau 11: Effectif et pourcentage des répondants qui ont des scores faibles, moyens et élevés aux trois dimensions du MBI	134
Tableau 12: Burn out selon le contexte d'exercice (contexte de catastrophe et de situations extrêmes) et (contexte normal) chez deux populations d'intervenants	137
Tableau 13: Score de burnout dans la dimension épuisement émotionnel selon l'âge	141
Tableau 14: Score de burnout dans la dimension dépersonnalisation selon l'âge	142
Tableau 15: Score de burnout dans la dimension du manque d'accomplissement personnel au travail selon l'âge	142
Tableau 16: Score de burnout dans la dimension épuisement émotionnel en fonction de l'ancienneté	144



PDF Complete

Your complimentary use period has ended. Thank you for using PDF Complete.

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

ns la dimension dépersonnalisation en fonction

..... 144

Tableau 18: Score de burnout dans la dimension de manque d’accomplissement

personnel au travail en fonction de l’ancienneté 145

du syndrome du burn out d'après Maslach

&Jackson (1981).....26

Figure 2 : Le schéma du modèle théorique de l'épuisement professionnel.....27

Figure 3 : Le processus du syndrome du burn out d'après le modèle tridimensionnel de Maslach & Jackson.....47

Figure 4 : Les trois phases du syndrome général d'adaptation de Selye.....61

Maslach Burnout Inventory (MBI)

Le questionnaire est **anonyme** et les informations recueillies sont strictement **Confidentielles**.

Le « Maslach Burnout Inventory » (MBI) est actuellement l'échelle internationale pour quantifier l'épuisement professionnel des soignants. Pour chaque item, entourez le chiffre correspondant à ce que vous ressentez ou pensez.

Les variables dépendantes du MBI représentent les trois dimensions du burnout: neuf *item* se rapportent à l'épuisement émotionnel (questions 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20), cinq autres rendent compte de la dépersonnalisation de la relation (questions 5, 10, 11, 15, 22), et enfin huit *item* sont relatifs à l'accomplissement personnel (questions 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21).

Si vous n'avez jamais éprouvé l'impression décrite dans une phrase, entourez "0". Si vous l'avez déjà éprouvée entourez (de 1 à 6), selon quelle fréquence, à l'aide de l'échelle suivante :

0. Jamais
1. Quelques fois par an
2. Une fois par mois
3. Quelques fois par mois
4. Une fois par semaine
5. Quelques fois par semaine
6. Tous les jours

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

²¹⁸ Tiré de l'ouvrage de : Pierre Canoui et Aline Mauranges : Le burn out : Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants de l'analyse aux réponses. 3eme édition Masson. Paris2004. Pp 223-225.



Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

... 2. 3. 6. 8. 13. 14. 16. 20.

- total inférieur à 17 : bas
- total compris entre 18 et 29 : modéré
- total supérieur à 30 : élevé

Dépersonnalisation de la relation : Item : 5. 10. 11. 15. 22.

Degré de Burn-out :

- total inférieur à 5 : bas
- total compris entre 6 et 11 : modéré
- total supérieur à 12 : élevé

Accomplissement personnel au travail : Item : 4. 7. 9. 12. 17. 18. 19. 21.

Degré de Burn-out :

- total supérieur à 40 : bas
- total compris entre 34 et 39 : modéré
- total inférieur à 33 : élevé



graphiques et professionnelles des médecins

Lieu d'exercice :

Age :

Sexe : F ou M

Situation matrimoniale : Célibataire, marié (e), divorcé (e).

Nombre d'enfant(s) :

Nombre d'années d'exercice:

Fin du questionnaire, merci d'avoir pris le temps d'y répondre.

**Guide d'entretien avec les médecins des SAMU.
Sur le thème du syndrome d'épuisement professionnel des médecins des
SAMU.**

Cet entretien est anonyme. Et je vous remercie d'avance de votre participation.

1. Les intérêts personnels et les aspirations professionnelles.

Ce qui vous a amené (e) à choisir ce domaine d'activité.

Comment voyez-vous l'avenir dans votre vie professionnelle?

2. Lors de votre arrivée dans ce service avez-vous connu une période d'intégration ?

Comment cela s'est-il déroulé ?

Cela vous a-t-il aidé dans votre pratique quotidienne ?

3. L'expérience actuelle au travail

Description du climat de travail

Comment ça se passe, dans votre milieu de travail ?

Description des relations avec les collègues et avec la tutelle

Eprouvez-vous des difficultés à établir une communication?

▪ Au sein de l'équipe ?

▪ Avec les responsables hiérarchiques ?

Description des relations avec les usagers et usagères

Situations vécues dans le travail

Quelles sont les situations difficiles rencontrées dans votre travail

Comment y remédiez-vous ?

4. Le syndrome d'épuisement professionnel.

Les manifestations personnelles observées, dans sa pratique professionnelle.

Quelles manifestations personnelles observez-vous dans votre pratique professionnelle lorsque vous êtes stressé (e) et épuisé(e) ?

au travail

importance les facteurs qui, pour vous, engendrent
travail:

- **Facteurs comportementaux.**

Pression des autorités

Manque de soutien

Relations conflictuelles (équipe)

Confronté à chaque intervention aux risques d'être la cible de la violence meurtrière

Décès et blessés multiple

Les horreurs des carnages

- **Facteurs organisationnels.**

La charge physique de travail

La charge émotionnelle

Manque de personnel

Manque de communication

Multiplicité des interventions

L'imprévisibilité des urgences

6. L'évaluation personnelle dans le travail et l'identité professionnelle :

Degré perçu d'accomplissement professionnel et de réalisation personnelle dans ce travail.

Comment vous vous évaluez dans votre travail: compétence ou impuissance, efficacité, inutilité, qualité du travail ?

Quel est votre implication personnelle envers les usagers et usagères, envers vos collègues?

Qu'est-ce pour vous intervenir dans un contexte de catastrophe?

Pensez-vous que l'épuisement professionnel puisse avoir des conséquences négatives sur la qualité des soins que vous prodiguez aux patients ?

7. Les moyens de lutte

Les moyens utilisés pour se préserver et se ressourcer face à l'épuisement.

Lorsqu'il vous arrive d'être épuisé(e), débordé(e) dans votre travail, quels moyens utilisez-vous pour vous ressourcer ?

8. Les moyens de prévention du syndrome d'épuisement professionnel

Les moyens existants au sein du service.

Quelles activités ou stratégies existe-t-il au sein de votre service pour prévenir le syndrome d'épuisement professionnel ?

syndrome d'épuisement professionnel des

on, avez-vous reçu des enseignements sur le syndrome d'épuisement professionnel ?

Avez-vous participé à des formations sur ce sujet, des congrès, des conférences ?

Cela vous a-t-il aidé dans votre pratique au sein du service SAMU?

Cela vous manque-t-il de ne pas avoir reçu d'apports sur ce sujet?

Seriez-vous intéressé par des formations ?

10. Les attentes des médecins vis-à-vis du syndrome d'épuisement professionnel :

Ces attentes concernent médecins et services.

Qu'elles seraient vos attentes concernant l'organisation du service ?

Quelles activités ou stratégies souhaiteriez-vous voir développer ou instaurer dans votre service afin de limiter l'épuisement professionnel ?

Quel type d'information pensez-vous qu'il serait utile de proposer au sein des SAMU ?

Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

Merci.

Faculté des sciences sociales.
Département de psychologie et des sciences de l'éducation

Oran le 10 Mai 2006

Chères consoeurs, Chers confrères

Je suis étudiant en post graduation en psychologie clinique à l'université d'Oran et je réalise actuellement un travail de recherche pour mon mémoire de magister en psychologie clinique dans la spécialité psychopathologie.

Mon directeur de mémoire est le professeur Mme B. Mimouni, professeur au département de psychologie de l'Université d'Oran. Ma recherche est portée sur le syndrome du burn out chez les médecins des SAMU de la région centre : Alger, Blida et Médéa, intervenants pendant près de dix ans dans un contexte de catastrophe, en comparaison avec les médecins du SAMU d'Oran de la région ouest de l'Algérie, région qui, quand à elle, était plus ou moins épargnée. Elle n'a pas connu et subi l'ampleur de ses désastres.

Ainsi, je vous demande de bien vouloir répondre au questionnaire ci-joint et de me le remettre à moi ou au médecin chef dans l'enveloppe fourni. Les réponses seront traitées de manière anonyme. Toutefois les enveloppes-réponses sont numérotées afin de pouvoir contacter ceux qui n'auraient pas répondu. Par ailleurs, je suis à votre disposition pour tout renseignement concernant mon travail.

Je vous remercie d'avance pour votre aide.

Bien confraternellement,

Mr Benferhat Amirouche : Psychologue clinicien.

le N° 18 du 27 octobre 2002 relative à la
santé des personnels de santé.

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTRE DE LA SANTE DE LA POPULATION
ET DE LA REFORME HOSPITALIERE

LE MINISTRE

**INSTRUCTION MINISTERIELLE N° 18 DU 27 OCTOBRE 2002 RELATIVE
A LA PROTECTION DE LA SANTE DES PERSONNELS DE SANTE**

DESTINATAIRES :

Mesdames et Messieurs les Directeurs de la Santé et de la Population.
En communication à Mesdames et Messieurs les Directeurs des Secteurs
Sanitaires.

Messieurs les Directeurs Généraux des Centres Hospitalo-Universitaires.
Messieurs les Directeurs des Etablissements Hospitaliers Spécialisés.

Les personnels de santé toutes catégories confondues, et particulièrement les
personnels soignants, au contact des malades, surtout dans les unités et services
d'urgences, de soins intensifs et de prise en charge de pathologies lourdes sont
confrontés souvent à des situations extrêmes dans leur lutte constante contre la
souffrance et la maladie chez les patients dont ils ont la charge.

Ils peuvent ainsi être soumis à des contraintes physiques de travail importantes
mais aussi à des contraintes mentales croissantes dans les services à activité
intensive, du fait de problèmes représentés par des contraintes organisationnelles
et relationnelles ou bien relatif à leur vécu de leur travail où peuvent se mêler
insatisfaction, manque de participation à la prise de décision et même sentiment
d'insécurité et de danger au travail.

Toutes ces contraintes peuvent entraîner une souffrance psychique chez les
personnels soignants lorsque les conditions de travail sont défavorables et mener
au stress au travail dont la manifestation extrême est le syndrome d'épuisement
professionnel ou " Burn Out ".

C'est sous le vocable générique de risques psychosociaux que sont désignées
toutes ces contraintes dont il est important de prendre conscience de la
possibilité d'impact sur la détérioration de l'état de santé des personnels de
santé.

impose au même titre que celle des risques physiques auxquels peuvent être exposés les agents de travail.

Aussi et à l'effet de mieux évaluer l'ensemble des risques y compris les risques psychosociaux dans les différents établissements sanitaires, de prévenir leurs effets et de prendre en charge, précocement les travailleurs de la santé en situation de stress, il y a lieu de mettre en œuvre dans les meilleurs délais et dans tous les établissements une démarche préventive basée sur l'analyse des activités et conditions de travail, et sur la surveillance médico-environnementale en milieu de soins. Dans ce cadre les solutions à apporter aux problèmes identifiés pourront alors être envisagées tant au plan individuel qu'au plan collectif et organisationnel.

Une telle démarche préventive doit être initiée et parrainée par les organes de direction et consultatifs des établissements en liaison avec les représentants des travailleurs pour réunir les conditions nécessaires à sa réussite et s'appuyer sur les services de médecine du travail des établissements d'une part et les Commissions d'hygiène et de sécurité qui ont fait l'objet de l'instruction n° 10 du 6 mai 2002 portant sur leur mise en place. Cette démarche doit s'inscrire dans le cadre des efforts déployés pour améliorer la qualité des soins et devra faire l'objet d'une évaluation régulière.

Ainsi, les services de médecine du travail doivent orienter leurs activités davantage vers l'évaluation des risques et leur prévention en :

Procédant régulièrement et de façon soutenue à l'analyse des postes, des activités et conditions de travail dans tous les services et unités de soins et accordant une attention particulière à la charge mentale de travail en prenant en considération l'ensemble des paramètres, à savoir l'organisation du temps de travail, les contraintes de rythme de travail, l'autonomie et les marges d'initiative, le collectif de travail et les contacts avec les malades et le public.
Evaluant les effets psychopathologiques.

Formulant les avis d'aptitude appropriés tenant compte aussi bien des contraintes physiques que psychiques des postes de travail, en fonction des aptitudes des agents de la santé concernés, et ce avant tout nouveau recrutement ou nouvelle affectation et lors des visites médicales périodiques ou de reprise prévues par la réglementation relative à la médecine du travail.

Proposant les aménagements de postes nécessaires à la préservation de la santé physique et mentale des personnels, en tenant compte de la nécessité d'assurer la disponibilité et la continuité des soins.

nécessaires lorsque l'aménagement des postes et le fonctionnement normal du service.

Proposant à la Direction et aux Chefs de service concernés les modifications et améliorations à apporter au fonctionnement des services et unités de soins lorsque des dysfonctionnements importants sont notés et sont susceptibles de détériorer l'état de santé des personnels.

Les Commissions d'hygiène et de sécurité devront fonctionner régulièrement et prendre en charge les avis et recommandations des médecins du travail, en liaison avec les chefs de service concernés, en vue d'une amélioration constante des conditions de travail des personnels hospitaliers.

Elles doivent représenter le cadre privilégié dans lequel les doléances des personnels relatives à leurs conditions de travail et les propositions des services de médecine du travail doivent trouver une solution en terme de prévention collective aussi bien des risques physiques, biologiques, chimiques que ceux liés à des contraintes organisationnelles et relationnelles.

Aussi et au sein de chaque établissement de santé un Plan d'activité pour la protection de la santé des travailleurs doit être arrêté avec des échéances et des indicateurs concernant les différentes actions menées pour l'amélioration des conditions de travail des personnels de santé. Le plan d'activité doit engager aussi bien les gestionnaires que les représentants des travailleurs. La réalisation des plans d'activité et leurs niveaux de mise en oeuvre occupera une place importante dans l'évaluation des établissements de santé.

J'insiste particulièrement sur la mise en oeuvre de ce dispositif et son fonctionnement optimal qui requiert une attention particulière de la part des Conseils d'administration, des Directions et des Conseils scientifiques et médicaux des établissements de santé. Un rapport sur sa mise en oeuvre devra être établi à l'échéance du mois de Décembre 2002.

Le Ministre de la Santé, de la Population et de la Réforme

publique créée officiellement par le Ministère de la Santé et de la Population, au mois de Février de l'année 1994. Son siège central se trouve au CHU Alger Centre (CHU Mustapha) dont il est administrativement rattaché.

Déploie son activité sur tout le territoire de la Wilaya d'Alger grâce à 04 unités d'intervention disposées et réparties d'une façon étudiée, au niveau des autres structures hospitalières, et cela dans le souci de diminuer le délai d'exécution afin de prendre en charge le malade dans les plus brefs délais.

Unité du CHU Mustapha

Unité du CHU Bâb El Oued

Unité du CHU de Beni Messous

Unité de l'hôpital de Rouïba

Missions : Le SAMU a pour mission d'assurer la médecine d'urgence extrahospitalière. Dans ce cadre, le SAMU a notamment pour tâches :

- De déterminer et de déclencher, dans un délai la plus rapide, la réponse la mieux adaptée à la nature des appels de détresse.
- D'assurer une écoute médicale permanente et de prodiguer des conseils et des orientations d'urgence,
- De fournir tout renseignement utile, notamment sur les lits d'hospitalisation disponibles et les programmes des services de garde des professions médicales,
- De faciliter et de préparer l'admission des malades dans les établissements sanitaires publics ou privés, de s'assurer de la disponibilité des moyens d'hospitalisation adaptée à leur état, compte tenu du respect de leur libre choix et de faire préparer leur accueil,
- De participer à la mise en œuvre du plan ORSEC,
- De participer aux tâches d'éducation sanitaire, de prévention et de recherche concernant son objet,
- De participer à l'enseignement et à la formation des secouristes et des professionnels de la santé et du transport sanitaire,

Moyens Humains :

- 47 Médecins généralistes
- 36 Infirmiers brevetés et diplômés d'état
- 04 Sages femmes
- 34 Ambulanciers secouristes
- 05 Agents polyvalents
- 02 Secrétaires médicales

- 04 Boxers
- 01 Renault "Master" (Samu néonatalogie)

Chaque ambulance est médicalisée et comporte :

1. Source d'O2 : Obus de différentes contenances
2. Respirateur et accessoires : type (OSIRIS)
3. Aspirateur de mucosités (manuel et électrique)
4. Moniteur (scope, PNI, SPO2, t°...)
5. Defi - scope - ECG
6. Valise grise contenant le nécessaire pour le diagnostic
7. Valise de réanimation
 - * 1 Obus d'O2
 - * Nécessaires pour intubation (laryngoscope avec différentes lames.
 - * Masques de différentes tailles + ballons rigides et souples
- 8. Valise bleue (infirmiers) contenant :
 - * Solutés (sérums glucosé, salé, bicarbonaté, plasma gel)
 - * Consommable (seringues, sondes...)
 - * Boite de petite chirurgie
- 9. Les moyens de contention
 - * Minerves de différentes tailles
 - * Attelles pneumatiques
 - * Matelas à coquille
- 10. Les moyens de brancardage
 - * 2 Brancards
 - * 1 Brancard à lames
- 11. Une couverture de survie
- 12. Poches d'hydrogel
- 13. 01 Glacière (de transport)
- 14. Des projecteurs
- 15. Triangles de signalisation

Locaux :

1. Bureau du médecin chef de service
2. Centre de régulation :
 - * Bureau
 - * Moyens de communication :
 - Téléphone avec 05 lignes groupées (06 chiffres): 67-16-16
 - Téléphone lignes spécialisées (03 et 04 chiffres) 19.99
 - Dispositif radio, assurant le contact permanent avec les équipes intervenantes et les responsables.



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

ite pour la saisie des données et l'évaluation.
matériel médical

- * Salle de détente avec télé
 - * Chambres de garde
 - * Cuisine et sanitaires
5. Parc auto couvert

CARMF : Caisse autonome de retraite des médecins de France.

CERGOR : Centre d'étude et de recherche en gestion des organisations et ressources humaines.

Counselling : Technique de prise en charge de type psychologique issue des pays anglo-saxons, le counselling a pour but de permettre à un individu de trouver en lui-même les ressources pour faire face à une situation donnée.

ddl : degré de liberté

F : valeur du Fisher.

MBI : Maslach Burnout Inventory

p : probabilité ou signification bilatérale ou risque de première espace de conclure à tort à une différence

PCO : Poste de coordination des opérations.

SAMU : Service d'aide médicale urgente

SRAS : est une maladie respiratoire mieux connue comme la pneumonie atypique. Selon les experts, la maladie est causée par un nouveau virus lié au rhume. La maladie a été rapportée chez des personnes en Asie, en Amérique du Nord et en Europe. Présentement, les experts des maladies infectieuses croient qu'un contact étroit avec une personne infectée est nécessaire pour que le virus se transmette d'une personne à une autre. La voie de transmission la plus probable est par des gouttelettes expirées et le contact avec des sécrétions corporelles d'une personne infectée. Jusqu'à maintenant, la majorité des cas professionnels déclarés l'ont été chez le personnel des soins de santé et le personnel hospitalier qui soigne des malades atteints du SRAS.

t : valeur du Student

Turn-over : Changement fréquent de personnel dans une équipe. Quand il est excessif, cela souligne généralement: soit que le travail est particulièrement éprouvant, soit que le management est de mauvaise qualité, soit que l'atmosphère des rapports humains dans l'équipe est destructeur.

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة وهران

قسم علم النفس و علوم التربية

ملخص باللغة العربية لمذكرة ماجستير في علم النفس العيادي
اختصاص علم النفس المرضي

دراسة متلازمة الإنهاك المهني عند فئة معرضة:
أطباء المصالح الإعانة الطبية الإستعجالية لمنطقة الجزائر العاصمة,
البلدية و المدينة, الذين تدخلوا في إطار الطب الإستعجالي في الظروف
المأساوية التي عرفتها هاته المناطق في العشرية الأخيرة.

مقدمة و مناقشة من طرف السيد بن فرحات عميروش

تحت إشراف الأستاذة معتصم ميموني بدرة

السنة : 2008

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة وهران

قسم علم النفس و علوم التربية

ملخص باللغة العربية لمذكرة ماجستير في علم النفس العيادي

اختصاص علم النفس المرضي

دراسة متلازمة الإنهاك المهني عند فئة معرضة:
أطباء المصالح الإعانة الطبية الإستعجالية لمنطقة الجزائر العاصمة،
البلدية و المدية، الذين تدخلوا في إطار الطب الإستعجالي في الظروف
المأساوية التي عرفت هاته المناطق في العشرية الأخيرة.

مقدمة و مناقشة من طرف السيد بن فرحات عميروش
تحت إشراف الأستاذة معتصم ميموني بدرة

اعضاء لجنة المناقشة :

رئيس اللجنة	الأستاذ مزيان محمد
مديرة البحث	الأستاذة معتصم ميموني بدرة
أستاذة محاضرة	الدكتورة شريف حلومة
أستاذة محاضرة	الدكتورة كحلولة سعاد
أستاذ محاضر	الدكتور فسيان حسين

السنة : 2008

عرفت الجزائر خلال العشرية (1993-2003) كو الكوارث ذات المصدر الطبيعي، التكنولوجي والبشر

ودموية نظرا لما خلفته من ضحايا، والمقدر عددهم بأكثر من 100.000 قتيل. إنها إبادة جماعية ذات الطابع الوحشي.

فيوميا يرتكب عددا كبير من المجازر: مذابح جماعية، أموات و جرحى نيران الرصاص والمتفجرات، حيث كان يصل تعداد الضحايا إلى المئات بين قتيل و جريح في اليوم الواحد. فقد عاش المجتمع الجزائري خلال هذه العشرية السوداء، الولايات، حيث صور العنف، من دمار وقتل رسخت في الذهون، وسدت الآفاق وبترت العقول وقوة الإدراك.

الكوارث الطبيعية كانت هي الأخرى مدمرة وقاتلة، ففيضانات العاشر من شهر نوفمبر 2001 بباب ألواد خلقت حصيلة من الضحايا تقدر بي: 713 قتيل و 116 شخص مفقود. وأما زلزال بومرداس، بدرجة 6,7 على سلم ريشتر، خلف 1382 قتيل و 3442 جريح بالولاية ذاتها و 883 قتيل و 6787 جريح بالولاية المجاورة "الجزائر العاصمة". وفيما يخص حوادث المرور، فقد سجلت خلال الفترة ما بين "1996 و 2004" عدد يقدر بي : 358.000 حادث بحصيلة "43.888" قتيل و "496.000" جريح.²¹⁹

إن قوة الدمار وضخامة الإبادة الجماعية تطلبت تجنيد فوري لمختلف فرق الإعانة و التدخلات الاستعجالية الطبية. فهكذا ولقرابة عشرية كاملة، فان أطباء مصالح الإعانة الطبية الإستعجالية المعروفين بأطباء " S.A.M.U " تدخلوا في الأماكن الأكثر فظاعة، حيث واجهتهم صور القتلى والجرحى والدمار. وتوازت ممارسة الطب الإستعجالي مع الكوارث الواقعة. فأصبح الأطباء وفرق الإنقاذ يعيشون دوما في إجهاد مهني مزمن وتراكمي "stress professionnel". ويجدر بنا التحديد بأن منطقة الوسط الجزائري " الجزائر- البلدية- المدينة"، هي التي كانت أكثر المناطق تضررا ولذا أطلق عليها اسم " مثلث الموت". فأطباء مصالح الإعانة الطبية الاستعجالية التابعين لهذه المنطقة، كانوا أكثر عرضة لحالات ومخالفات العنف الدموي مقارنة بأطباء المناطق الأخرى للوطن.

²¹⁹ أرقام نشرتها صحيفة الوطن اليومية الجزائرية المستقلة، المؤرخة في 1 مارس 2005..

فحياتهم المهنية كانت تخضع لمشاهد العنف الشديد والبعثت أطرافها وحرقت، نتيجة الانفجارات – والذي

قد أدركنا أثناء أحداث زلزال بومرداس، أين تدخلنا بصفة أخصائي نفساني بجانب فرق الإنقاذ، مدى تأثير أطباء المصالح الإعانة الطبية الاستعجالية بهذه الصور العنيفة والبشعة ومدى رسوخها في دهنهم وذكرياتهم، مخلفة فيهم أعراض الإنهاك المهني الذي تمثل في الإحساس بفقدان الطاقة والقدرة على الاستمرار في العمل، التعب المستمر، والإرهاق الذهني الناجم عن الإجهاد المهني التراكمي والمزمن.

فبالنسبة لمعظم الباحثين، إن الإنهاك المهني ينجم عن الإجهاد المهني المزمن و المتراكم عند وظائف الخدمات المساعدة و الإسعاف. و يرى ب بيرانس دي هان Bierens De Haan ومساعدته : " أن الإنهاك المهني هو المرحلة النهائية من عملية تراكم الإجهاد المهني عند موظفي هيئات المساعدة الإنسانية. و هو حالة من النفاذ البدني والعاطفي والذهني الناجم عن التزام طويل في بيئة عمل سيئة. فيصبحون على حد سواء ضحايا الإعياء المرهق والإفراط في النشاط الغير مجدي و المؤدى بهم لليأس و اللجوء إلى الوسائل الدفاعية كالسخرية و الاستهزاء أثناء أداء عملهم " .²²⁰

بيار كنووي والين مورنغ يرونا أيضا أن الإنهاك المهني هو نتيجة لتراكم الإجهاد في الشخص. ويصفونه بظاهرة تتطور عند المهنيين حين تعرضهم للإجهاد خلال فترات تتراوح ما بين سنة إلى خمس سنوات.²²¹

وعلى نفس المنوال تؤكد ناول ليدفان جيرولت " N Lidvan Girault " قائلة :

" لقد أصبح واضحا أن الإنهاك المهني هو نتيجة للخبرة الفنية المجهدة و المتصلة بممارسة مهنة المساعدة و الخدمات الاجتماعية. وبشكل أكثر تحديدا فهو ينتج عن المحاولات الفاشلة في التكيف أمام الضغوط و الإجهاد المهني " .²²²

²²⁰ الدكتور ب. بيرانس دي هان ومساعدته. Le débriefing émotionnel collectif des intervenants humanitaires: تجربة اللجنة الدولية للصليب الأحمر. المجلة الفرنسية لطب النفسي وعلم النفس الطبي. المجلد السادس، رقم 53، المؤرخة في شهر فبراير 2002.
²²¹ بيار كنووي و الين مورنغ: متلازمة الإنهاك المهني. تحاليل و أجوبة. دار النشر ماسو، الطبعة الثالثة. باريس عام 2004، ص 25.
²²² نوال جيرولت و ليدفان: المريض، هو فرد قبل كل شيء. مجلة العلوم لرابطة الفرنسية لتطوير العلوم المؤرخ في ابريل 1996. ص 64.

و أول من أدرك أعراض الإنهاك المهني هو الدكتور المحلل النفسي الأمريكي، عند فريقه الطبي عام الاحتراق المهني "Burn out syndrom" .

كلمة "البرنوت Burnout" مشتقة من اللغة إنجليزية و مستعارة من مصطلح الطيران الجوى "aérospatiale" والتي تدل حسب معناها الأولي، إلى نفاذ الوقود من الصاروخ والمتسبب في التشحين الزائد للمفاعل و انفجاره. و انطلاقا من هذا المعني، أصبح المصطلح يدل على حالة الإستنفاد لطاقة لدى الفرد، حيث يصير كأنه ضحية حريق داخلي. و ترجم هذا المصطلح إلى

اللغة الفرنسية بالإنهاك المهني أو الاستنفاد المهني. **Epuisement ou usure professionnelle.** فمعظم الدراسات التي تطرقت لمتلازمة الإستنفاد المهني خصت الممرضين، و قليل منها من اهتمت بمصالح الإنقاذ والمساعدة الطبية الاستعجالية المتدخلة في الظروف الاستثنائية. فبعض الباحثين الفرنسيين والبلجيكين اهتموا بدراسة هذه الظاهرة عند رجال الحماية المدنية والأطباء التابعين لهيئات المساعدة الإنسانية. أما على صعيد الجزائر، فيعد الدكتور محمود بودران²²³ الوحيد من قام بدراسة هذه الظاهرة عند أعوان الأمن الوطني وبالتحديد عند قسم الشرطة²²⁴. والعديد من الباحثين يتفقون على أن مهن الإنقاذ والاستعجالات الطبية هم الأكثر عرضة لمخاطر الإنهاك المهني ولاسيما في حالات التدخل أثناء حدوث الكوارث. فمن العوامل المساعدة في تطور هذا الداء هو عامل الشخصية، و عامل التنظيمي للعمل والبيئة المحيطة به.

يقول بيار كنووي و ألين مورنغ : " إن من مخلفات الإجهاد المهني **professionnel stress** زيادة عن الأضرار الصحية، إعاقة حركية العمل في المستشفيات حيث تزداد نسبة العيادات، مما يتسبب في زيادة الضغط في العمل بفعل ظاهرة **Turn over** المؤدية إلى النقص من الفاعلية في الأداء المهني"²²⁵.

²²³ طبيب مختص في الأمراض العقلية.

²²⁴ الدكتور محمود بودران: المعاناة في العمل، والإنهاك المهني لدى رجال الشرطة. دراسة أولية. المجلة الدولية للضحايا. السنة 2، العدد 2،

ابريل 2004.

²²⁵ بيار كنووي و ألين مورنغ: متلازمة الإنهاك المهني. تحاليل و أجوبة. دار النشر ماسو، الطبعة الثالثة. باريس عام 2004، ص 77.

و لذا فانه يترتب على الهيئات الطبية و أصحاب القر
لدى الأطباء و متدخلي الإنقاذ , بوضع خطط وبرامج
الأخطار العضوية والكيمائية التي يمكن أن تضر بصحة العمال أثناء أداءهم لمهامهم.
وللمساهمة في اقتراح خطط وقائية ضد هذا الداء, فيجب أولا التعريف بحقيقة وجود هذا
المرض.

هذه الدراسة تهدف إلى تحسين معرفتنا بهذا المرض عند فئة أطباء المصالح الإعانة الطبية
الاستعجالية وعلاقته بالإجهاد المهني المزمن الناتج عن التدخلات الطبية الاستعجالية في
الظروف القصوى والعنف أثناء الكوارث.

فالباب الأول من هذا البحث, يقترح دراسة تقييميه لمستوى الإنهاك المهني عند أطباء
المصالح الإعانة الطبية الاستعجالية التابعين للمنطقة المعروفة " **بمثلث الموت**" أي **الجزائر
العاصمة, البلدة والمدية**, بمقارنة مع أطباء مصلحة المساعدة الطبية الاستعجالية لمدينة
وهران لكونهم لم يعيشوا نفس المواقف والظروف القاسية المأساوية التي عاشها أطباء"
مثلث الموت" وإبراز مدى تأثير عوامل السن والأقدمية في المهنة على الإنهاك المهني عند
الأطباء.

الباب الثاني من البحث, هو مكمل للباب الأول, يقترح دراسة استكشافية عن طريق
المقابلات, لمختلف حالات الإجهاد, القلق والصعوبات الناجمة عن التجارب الرهيبة التي
عاشها هؤلاء الأطباء أثناء تدخلاتهم الاستعجالية. عمدنا باستجواب عينة صغيرة من بين
الأطباء الذين وافقوا على المقابلات والمكونة من سبعة (07) أطباء, جميعهم يعانون من
متلازمة الإنهاك المهني حسب تقويم قياس "Maslach Burnout Inventory".

هذا البحث يقوم على دراسة عارضيه transversale والتي تنسق بين المناهج الكمية
والنوعية. فالبيانات الكمية خصت عينة من الأطباء متكونة من 106 طبيب مستعملين بذلك
قياس "MBI 1986" المترجم إلى اللغة الفرنسية.

وينقسم هذا البحث إلى ثلاثة أجزاء:

في الجزء الأول: نطرح إشكالية متلازمة الإنهاك الم

الطب الإستعجالي طوال عشرية، للإنفاذ و إسعاف ضحايا الكوارث و الإحداث المأساوية التي عرفتها الجزائر، مع تقديم دراسة نظرية حول الإنهاك المهني. و يتضمن هذا القسم، طرح مجموعة من الأسئلة والأجوبة المحتملة المتعلقة بموضوع الدراسة و عرض أهدافها.

أما القسم الثاني: يتضمن مجموعة من التعارف الخاصة بالموضوع. دراسة للأعراض ومختلف العوامل الشخصية والبيئية المتعلقة بالإنهاك المهني، و دراسة ابيدميولوجية، وكذا تأثيراته ونتائجه على مهني الخدمات المساعدة والإسعاف مع التطرق الى النماذج النظرية التفسيرية لهذه المتلازمة وذكر بعض الطرق العلاجية والوقائية من هذا الداء.

و القسم الثالث من البحث: يتضمن المنهجية المتبعة، و المتضمنة وصفا كاملا للباين الكمي والكيفي المتعلق بدراسة متلازمة الإنهاك المهني عند أطباء المصالح الاستعجالية. ويتضمن أيضا المعلومات الخاصة بالعينة المدروسة، والمعلومات التي تم جمعها والوسائل المستعملة، وكذا الطريقة المتبعة لتحليل المعطيات والبيانات.

الفصل الأول من هذا القسم يحتوي على: النتائج الكمية للبحث، من خلال عرض نتائج الدراسة الإحصائية والكشف عن صحة الفرضيات المقترحة، وبيانات وصفية.

الفصل الثاني: يعرض النتائج النوعية للمقابلات الفردية التي تمحورت على مصادر الإجهاد والإنهاك المهني، من مشاعر، والأحاسيس المعاشة، فالصعوبات والمشاكل التي تلقاها هؤلاء الأطباء أثناء تدخلاتهم الاستعجالية طوال تلك العشرية.

الفصل الثالث: يحتوي على مناقشة وتحليل النتائج المتحصل عليها أثناء البحث، حيث نتطرق إلى مقارنة النتائج المتعلقة بالإنهاك المهني لدى أطباء مصالح الإعانة الطبية الاستعجالية الخاصة بمنطقتي الوسط و الغرب الجزائري المقنصرة على فئة أطباء مصلحة مدينة وهران، ثم نعد إلى مناقشة للنتائج الإحصائية للإنهاك المهني المتحصل عليها وكذا التعليق عن نتائج الدراسة النوعية والمكملة للنتائج الكمية. ونهي هذا الجزء من البحث بالتعليق على حدود الدراسة مع إعطاء بعض الاقتراحات التي يمكن أن تكون مواضيع أو إشكالية لبحوث مستقبلية.

وفي الخاتمة، نتطرق إلى أهم نقاط البحث مع تقديم أهم الوقائية و العلاجية التي يجب أن نعمل عليها لتجنب تفشي الكلمات الرئيسية: أطباء المساعدة الطبية الاستعجالية، الاستعجالات الطبية، الكوارث، الإنهاك أو الاستنفاد المهني، Burnout، الدعم النفسي، الخصائص السوسيوديمغرافية، قياس الإنهاك أو الاستنفاد المهني. (MBI) Maslach Burnout Inventory. الإشكالية تتضمن طرح المشكل وهو فيما يلي:

لم يعرف تاريخ الجزائر منذ الاستقلال عدد من الأموات والجرحى أكثر من ما عرفه في هذه العشرية من 1993 إلى غاية 2003، من جراء الفيضانات والزلازل الأرضية و العنف الدموي الإرهابي. فيوميا قرابة عشر سنوات، لم تتوقف ممارسة المجازر ضد الشعب، مخلفة بذلك عدادا كبيرا من ضحايا المذابح الجماعية، العبوات الناسفة والسيارات المفخخة. قتلت رجالا ونساء ولم تعتق صغيرا ولا رضيعا. و أمام هذه الكوارث، أضحي من الضرورة القصوى، تدخل جميع مختص الإعانة الطبية الاستعجالية، ومختص الصحة العقلية وكذا مصالح الحماية المدنية. ففي هذه الظروف العويصة والمقلقة أنت فرق المصالح الإعانة الطبية الاستعجالية وتصدرت الصفوف من أجل الإنقاذ والإسعاف الاستعجالي في عين المكان. وحينئذ واجهت فرق الإغاثة والإسعاف لمنطقة الوسط الجزائري " الجزائر العاصمة، البلدية و المدينة" العدد الهائل من الموتى والجرحى. فطوال عشرية وهم في تأهب مستمر لإسعاف ضحايا زلزال بومرداس والعاصمة، فياضان باب ألواد، و مجازر بن طلحة ورايس، البلدية والمدينة. وتدخل هؤلاء المصالح يهدف إلى الإنقاذ والإسعاف في مكان حدوث الكوارث، ثم نقل الضحايا إلى المستشفى بعد تلقيهم الإسعافات الأولية. غير أن سعة المجازر وصورها البشعة والمرعبة - من رؤوس مقطوعة، أجسام مشوهة ومحرقة- مع قلة الدعم النفسي لهاته الفرق الطبية لم يكن من المسهل لتكيفهم مع هذا الوضع المعبئ بالصدمات، والمستنزف للانفعالات والمسبب في النفاذ العاطفي والذهني، لدرجة انه تدهورت ظروف العمل وأصبحت مرهقة ومستنفذة للطاقات.

فالتحمس للعمل يقل ويتدهور عندما يعيش المسعف
بالنفاذ العاطفي الوجداني وسلوكيات عدوانية تجاه

المهنية وهذا ما يعرف بمتلازمة الإنهاك أو الاستنفاد المهني "Burnout".

عرفت آن ماري أبرونوست "Anne Marie Pronost" الإنهاك المهني بأنه حالة من المعاناة
الشديدة التي قد يصاب بها الطبيب، والمتمثلة في النفاذ الحسي (عاطفي) الذهني والجسدي
ويليه إحساس بفقدان الكفاءة المهنية.²²⁶

ومن جهته ديدي تريكو Didier Truchot يؤكد على أن الإجهاد "Stress" هو مصطلح يشير
إلى عملية التكيف المؤقتة التي تصاحبها أعراض نفسية وجسدية. أما الإنهاك المهني يمكن
اعتباره المرحلة النهائية للفشل في التكيف والنتيجة عن اختلال في التوازن بين المتطلبات
المهنية والموارد الطاقوية الفردية "Ressources" وبمعنى آخر فإن الإجهاد "Stress" ناتج عن
ضغط مؤقت وأما الإنهاك فإنه ينتج عن ضغوطات مستمرة وهذا ما يراه أيضا كوبر و
مساعدته "Cooper & coll. 2001"²²⁷.

و هناك بحوث أخرى اهتمت بدراسة هذه المتلازمة وأكدت انتشارها بكثرة عند المهن الطبية
والاجتماعية. يؤكد بيار كنوي و ألين مورنغ Aline Maurangues & Pierre Canoui على أن
مواجهة الموت والمعاناة تعتبر اليوم عاملا من العوامل المسببة للإنهاك المهني خاصة إذا ما
اقتترنت بالصعوبات المهنية المتزايدة وعدم توفر الدعم النفسي²²⁸. فالدعم النفسي من شأنه
أن يكون أحد الموارد الرئيسية لمكافحة بصورة فعلية متلازمة الإنهاك المهني، مع توفير
بيئة مهنية يعم فيها جو الترابط المساعد لمواجهة مصاعب المهنة والقلق الناجم عنها. و واقع
فرق الإغاثة والإعانة الطبية وفرق الدعم النفسي التي حشدت للإنقاذ والتكفل بضحايا
الكوارث المختلفة التي عرفتتها منطقة الوسط الجزائري، أنها لم تتلقى الدعم النفسي
الضروري، وذلك لعدم توفر إطار كفيل بالتكفل بهذه الفرق المتدخلة أثناء حدوث الكوارث،
وهذا مما يجعلها عرضة للإجهاد المزمن والمسبب للإنهاك المهني.

²²⁶ ان ماري برنوست و بيار تاب: الإنهاك المهني و التكوين في العلاج والرعاية الملطفة كراسات الدولية لعلم النفس الاجتماعي، العدد
33، 1997. « Soins palliatifs ».

²²⁷ ديدي تريكو: الإنهاك المهني و الاحترق المهني. مفاهيم، نماذج و تدخلات. دار النشر دينو، باريس عام 2004. ص 39.

²²⁸ بيار كنوي و ألين مورنغ: متلازمة الإنهاك المهني. تحاليل و أجوبة. دار النشر ماسو، الطبعة الثالثة. باريس عام 2004، ص 66.

وعلى هذا فالسؤال الذي يطرح نفسه : هل الاستنفاد

المتعلق أساسا بالمهن المساعدة و التي تستنزف دوما

البحوث التي أجريت حول هذا الموضوع, أكدت في دراساتها التي أجريت بكندا على

المرمضين في سنة 1998, مدى تأثير الإجهاد على موظفي مهن المساعدة.²²⁹

ويعتبر **بيزينا و مساعده** أن حالات الإنهاك المهني في تصاعد مستمر لدى المهن المساعدة

حيث تتراوح هذه النسبة بين 10% إلى 15% عند موظفي الصحة والتربية.²³⁰

وإن من أسباب الإنهاك المهني لدى العاملين في وظائف المساعدة حسب **كرول بائي** يكمن

في خصوصيات الزبائن و آثار العلاقات القائمة معهم.²³¹ وأما **بينناف و جان بيار و أندري**

بدوان يؤكدوا على إن العوامل المحيطة والشخصية يمكن أن تؤدي إلى الإنهاك المهني,

بحيث ظروف العمل و الجو المهني يمثلان مصادر لضغط والإجهاد.²³²

و يقول **بيزينا** إن أسبابا تصاعد الإجهاد والتعرض إلى الإنهاك المهني راجع لضغط المهني

والصعوبات المتعلقة بالمهنة و العلاقات المتوترة في العمل بين الزملاء و الإدارة ونقص في

الدعم الاجتماعي.²³³

أما العوامل الشخصية التي يمكنها تصعيد ضعف الفرد أمام الآثار السلبية للإجهاد في ميدان

العمل و التسبب في الإنهاك المهني حسب **ديدي تريكو** هي :

الخصائص السوسيوديموغرافية, الآمال والطموح المعلقة, التشبع بالقيم و المثل العليا و

التصور المثالي لوظيفة المساعدة.²³⁴

و في دراسة قام بها **بانتيني و روكاري** حول الإنهاك المهني عند الأطباء الخواص, وضحى

أن الأطباء الذين يزيد سنهم عن الخمسين سنة, يعانون من الاستنفاد العاطفي وفقدان

التعاطف مع المرضى بنسبة اقل مما هو عند الأطباء الشباب.²³⁵

²²⁹ بيدار دونيز و ديكات اوندرى: الإنهاك المهني, مفهوم يحتاج إلى تحديد. مجلة ممرضة كيبك, المؤرخة عام 1998.
²³⁰ بيزينا. م, كوزينو. م, مرقالارد, بيني. ا و لورندو: لإعطاء معنا للعمل. التقييم والتوجيه بكيبك في مجال الصحة النفسية في العمل. دار النشر قيتان موران. مونتريال عام 1992.

²³¹ كروول بائي: دراسة للإنهاك المهني والعوامل المرتبطة به لدى عاملي مصلحة الموارد الاجتماعية « communautaires ». رسالة دكتوراه في علم النفس. جامعة كيبك, مونتريال. بشهر أوت 1999. ص 41.
²³² بينناف, جان بيار و اندري بدوان : بيئة العمل و الإنهاك المهني لدى عاملي الخدمات الاجتماعية في كيبك. المجلد 42, رقم 2, ص 83-102, بتاريخ 1993.

²³³ بيزينا. م, كوزينو. م, مرقالارد, بيني. ا و لورندو: لإعطاء معنا للعمل. التقييم والتوجيه بكيبك في مجال الصحة النفسية في العمل. دار النشر قيتان موران. مونتريال عام 1992.

²³⁴ ديدي تريكو: الإنهاك المهني و الاحتراق المهني. مفاهيم, نماذج و تدخلات. دار النشر دينو, باريس عام 2004.

²³⁵ بينيني. د و روكاري. ن: الإنهاك المهني لدى الأطباء الخواص. اوطروحة ماستر. ريس شامانيا أوردان. عام 2002.

مسلاش, جاكسون و ليتر عام 1996 "Leiter et al"

هذا المرض, توصلوا إلى وصف نموذج نظري, يؤ
(كثرة العمل و توتر العلاقات بين الموظفين) وغياب الموارد النوعية (الدعم الاجتماعي و
حرية المبادرة) يؤدي للإرهاك المهني الذي يترتب عنه نتائج وخيمة من أمراض و كثرة
الغياب مع اضطراب في نظام العمل.²³⁶

حسب هذا النموذج " **متطلبات الوظيفة - والموارد** " "Exigences-Ressources" فإن تطور
الإرهاك المهني هو ناتجة للإجهاد المترتب عن المتطلبات المهنية المتعبة و العامل التحفيزي
القائم على مدى توفر الموارد التي تثير مشاعر الإخلاق في العمل.²³⁷

ليتر "Leiter" عام 1993 أكد بأن متطلبات الوظيفة والموارد مرتبطة بصفة مختلفة بالأبعاد
الثلاثة لمتلازمة الإرهاك المهني, حيث ترتبط المتطلبات المهنية **بالتعب** بينما ترتبط الموارد
"بفقدان التعاطف" "dépersonnalisation ou perte d'empathie," والشعور **بفقدان الكفاءة**
في العمل **Perte de l'accomplissement personnel au travail**. و قليل هي البحوث التي أولت
اهتماما بدراسة العلاقة الموجودة بين الإجهاد المهني و متلازمة الإرهاك المهني الناجم عن
التدخلات الطبية الاستعجالية لمصالح الإغاثة الطبية الاستعجالية "SAMU" أثناء حدوث
الكوارث, وكذا تأثير الخصائص السوسيوديموغرافية على الإرهاك المهني. و من منطلق أن
مهن المساعدة معرضة للإرهاك المهني الناتج عن الإجهاد المهني وبالأخص في الحالات
الاستثنائية حين حدوث الكوارث وندرة هذه الأبحاث في الجزائر برغم ما عرفته من كوارث
عدة وإجهاد للفرق المتدخلة رأينا بأنه أصبح من الضروري القيام بدراسة حول هذا
الموضوع.

²³⁶ كلار ايدي قامسو : تحديد أسباب الإجهاد والتفاني في العمل لدى موظفي الخدمة العامة الاقليمية. وقائع اليوم الدراسي بتاريخ 27 مايو 2005. الموقع الإلكتروني : www.iae.aix.com
²³⁷ المرجع نفسه.

الإطار النظري المعتمد عليه في هذه الدراسة لـ
"المتطلبات المهنية و الموارد " agences-Ressources

1996" والذي من خلاله يتبين أن الإنهاك المهني يظهر عند تصاعد متطلبات العمل و تقلص الموارد الطاقوية الفردية و المهنية. و في هذا الصدد تقول كلار أيدي غامسو بان ظروف العمل المزرية تؤدي إلى استنفاد الطاقة و انخفاض في التحفيز.²³⁸ و من هذا يتبين أن الإنهاك المهني ينتج عن نفاذ الموارد الطاقوية عند المهني.

واستنادا على هذا النموذج, يمكننا تطبيق علاقات بين الإنهاك المهني و العوامل التالية:

1. المتطلبات الرئيسية للعمل الطبي, والتي تكمن في الأعباء و الضغوطات المحيطة بالعمل الطبي الاستعجالي أثناء حدوث الكوارث.

2. الموارد الطاقوية المتمثلة في الدعم الاجتماعي و النفسي في مرحلة ما بعد التدخل.

والمقصود بالدعم الاجتماعي هو الترابط و التآزر فيما بين الزملاء *peires* مع توفير

الدعم من طرف المسؤولين. وأما الدعم النفسي فهو يكمن في الدعم من قبل

الأخصائيين النفسانيين لهؤلاء الفرق عن طريق تخصيص دورات "الديبيريفينغ"

في مرحلة ما بعد التدخل أو في إطار مجموعة بالينت "Balint" أو ضمن ما يعرف

بالإشراف النفسي الجمعي. *la supervision clinique des équipes de soins.*

3. الخصائص السوسيوديموغرافية بما في ذلك السن و الأقدمية في مزاولة مهنة الطب

تعتبر من العوامل التي قد تؤثر على إنهاك أطباء مصلحة المساعدة الطبية

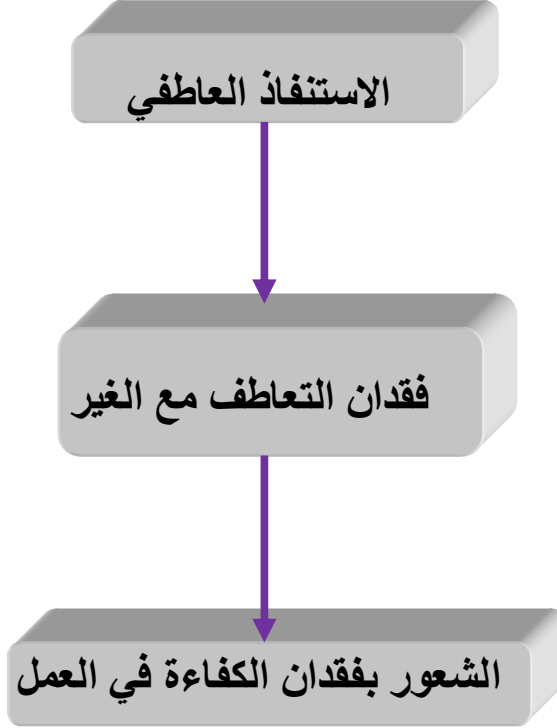
الإستعجالية.

²³⁸ كلار ايدي قامسو: تحديد أسباب الإجهاد والتفاني في العمل لدى موظفي الخدمة العامة الاقليمية. وقائع اليوم الدراسي بتاريخ 27 ماي 2005. الموقع الإلكتروني: www.iae.aix.com

مخطط المتغيرات للنموذج النظري للإرهاك المهني يت

المجموعة الأولى من المتغيرات: تتكون من الأبعاد
العاطفي, فقدان التعاطف, و الشعور بفقدان الكفاءة في العمل.

الشكل 1: نموذج ثلاثي الأبعاد لملازمة الاستنفاد المهني

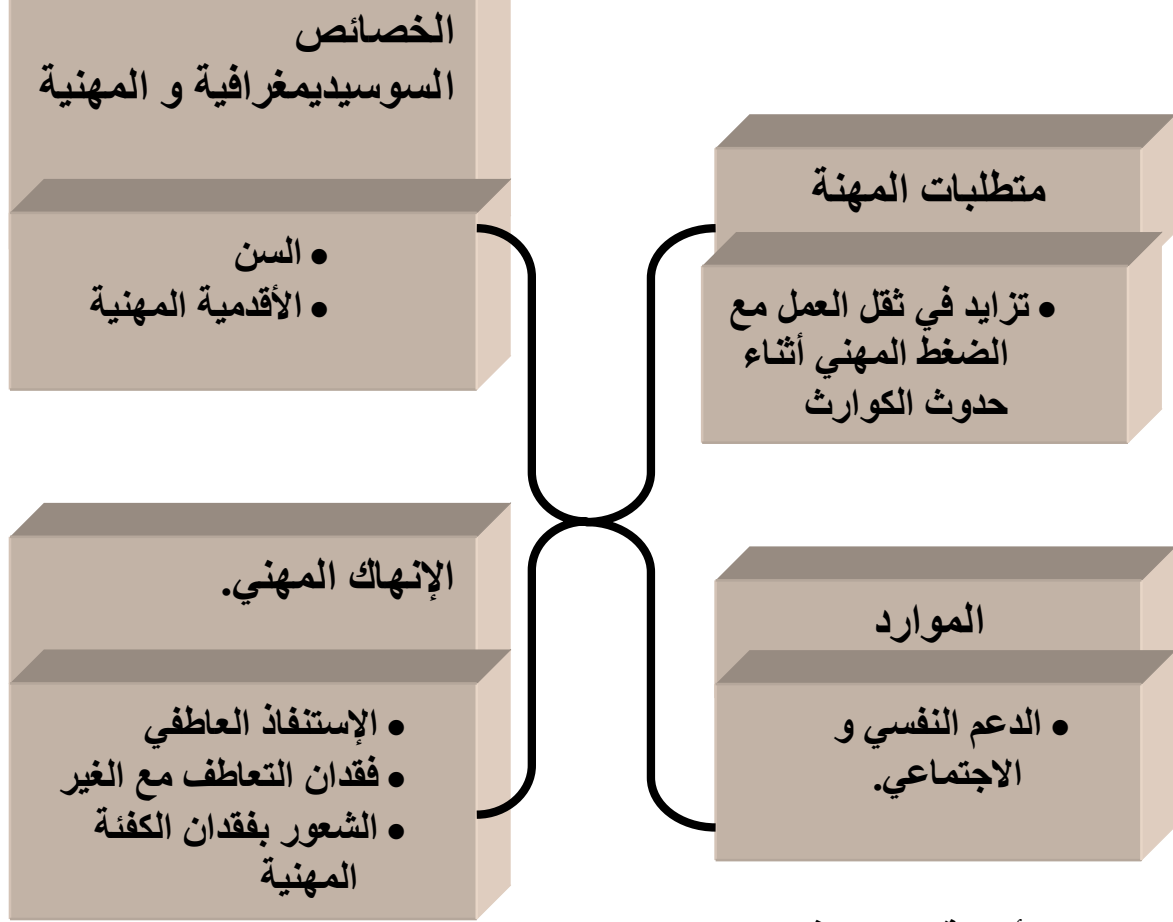


أما المجموعة الثانية من المتغيرات فهي تدل:

على عوامل يمكنها التأثير على الإنهاك المهني لدى الأطباء المتدخلين:

1. الأعباء و الضغوطات المحيطة بالعمل الطبي الاستعجالي أثناء حدوث الكوارث.
2. الدعم الاجتماعي و النفسي في مرحلة ما بعد التدخل.
3. الخصائص السوسيوديموغرافية بما في ذلك السن والأقدمية في مزاولة مهنة الطب.

شكل 2: مخطط النموذج النظري لملازمة الاستنفاد



وتمثلت أسئلة البحث فيما يلي:

- الإشكالية المطروحة في هذه الدراسة تدور حول متلازمة الإنهاك المهني الذي يعرف بي "burn-out" و الناجم عن الإجهاد المهني المزمن، المترتب عن التدخلات الطبية الاستعجالية أثناء الكوارث العديدة والظروف المأساوية التي مرت بها البلاد. وعليه فإن الإشكال المطروح هو كالتالي: ما تأثير الإجهاد المهني المزمن على الصحة العقلية والجسدية لأطباء التابعين لمنطقة الوسط الجزائري "الجزائر العاصمة- البليدة - المدينة" الناتج عن التدخلات الطبية الاستعجالية أثناء الكوارث التي تعرضت لها هاته المنطقة و التي دامت حوالي عشرية من الزمن ؟ بمعنى آخر، هل هؤلاء الأطباء يشكلون الفئة الأكثر عرضة للإنهاك المهني، أخذين بعين الاعتبار بيئة العمل ؟

و هل لخصائص السوسيوديمغرافية لهؤلاء الأطباء تأثير وقائي تخفيفي أو مرضي على العلاقة الرابطة بين الإجهاد و الإنهاك المهني ؟

و للإجابة على هذه الأسئلة اقترحنا فرضيتين :

الفرضية الأولى: إن أغلبية أطباء مصالح الإعانة الط

الجزائري "الجزائر- البلدية- المدينة" معرضون للإرهاك المهني من جراء تدخلاتهم الطبية الإستعجالية مدة عشرية من الزمن, في الظروف المأساوية المجهدة والمستنفذة لطاقت, التي عرفتها هاته المنطقة مع نقص في الدعم النفسي لهم, مقارنة بأطباء مصالح الإعانة الطبية الاستعجالية التابعين لمنطقة وهران, المنطقة الأقل تعرضا لتلك الأحداث المأسوية.

الفرضية الثانية: الخصائص السوسيوديموغرافية يمكن ان تعرض او تحمي الأطباء من أعراض الإنهاك المهني.

أ- الأقدمية في ممارسة الطب تمثل عامل وقائي من الإنهاك المهني.

ب- الأطباء الجدد هم الفئة الأكثر عرضة للإرهاك المهني.

في منهجية البحث, الفئة المعنية بالدراسة تخص:

أطباء مصلحة الإعانة الطبية الاستعجالية لمنطقتي: الوسط الجزائري (الجزائر- البلدية – المدينة) وأطباء مصلحة الإعانة الطبية الاستعجالية لمنطقة الغرب الجزائري (بوهران).
و نوع الدراسة: هي دراسة مقارنة بين مجاميع الإنهاك المهني الشديد عند أطباء مصلحة الإعانة الطبية الاستعجالية لمنطقتي الوسط الجزائري والتي هي الأكثر تضررا من جراء مختلف الكوارث المذكورة سلفا, بالمقارنة مع منطقة وهران التي كانت الأقل عرضة لهذه الكوارث والحوادث المأسوية.

وعلى هذا النطاق, يمكننا أولا: معرفة الانعكاسات السلبية الناجمة عن التداخلات الطبية المستعجلة أثناء الكوارث وأثارها المتمثل في الإنهاك المهني عند أطباء مصلحة الإعانة الطبية الاستعجالية لمنطقة الوسط الجزائري مقارنة بأطباء مصلحة وهران.

ثانيا: دراسة تأثير الخصائص السوسيوديموغرافية على الإنهاك المهني من حيث المقاومة والوقاية أو الخطورة.

في هذه الدراسة المقارنة يتم ربط بطريقة متكاملة بين
منها تتضمن الأهداف التالية:

1. تقييم مستوى الإنهاك المهني لدى أطباء مصلحة الإعانة الطبية الإستعجالية لمنطقة الوسط الجزائري (الجزائر – البليدة – المدينة) مقارنة بأطباء مصلحة وهران, لمنطقة الغرب الجزائري. واستخدام لتقييم مستوى الإنهاك المهني قياس كرستنا ماسلاش, المسمى بفحص MBI. ويتطرق هذا الفحص إلى ثلاثة محاور:

- الاستنفاد العاطفي.
- فقدان التعاطف والحس الإنساني في العلاقات.
- الشعور بفقدان الكفاءة المهنية.

و يتضمن هذا القياس 22 سؤال يجيب عليهم الأطباء المعنيين مع التكتم على أسمائهم, وذلك حسب وتيرة يومية أو أسبوعية. كما أضيف لهذا الفحص, أسئلة لها صلة بالميزات السوسيوديموغرافية للمجيبين. إن هذا القياس MBI المستعمل في هذه الدراسة الحالية هو نسخة لترجمة فرنسية.

2. التأكد من تأثير الخصائص السوسيوديموغرافية و المهنية على الإنهاك المهني. والدراسة النوعية: فهي تستكشف بصفة تكملية, من خلال المقابلات الفردية عن طريق أسئلة شبه موجهة, مختلف حالات القلق والمعاناة والتجارب المروعة التي واجهها هؤلاء المعالجون في إطار نشاطهم الطبي الإستعجالي خلال العشرية المأساوية و المؤلمة. استهدف البحث إلى تقييم مدى تزامن أعراض متلازمة الإنهاك المهني و خطورته مما يسمح لنا بتوضيح الأثر الضار لعامل الإجهاد المهني *stress professionnel* وتأثيرات الخصائص السوسيوديموغرافية على هذه المتلازمة مع اقتراح طرق وقائية وعلاجية. أما فيما يخص الصلة بالموضوع: فإن لهذا الأخير مكانته في الصحة العمومية, في طب العمل, طب الأمراض العقلية, علم النفس العيادي, الاجتماعي, علم النفس العمل و تنظيم الشغل وتسيير الموارد البشرية”.

ونائج هذا البحث قد تكون مهمة, بحيث يمكن هؤلاء
المرض, و على الطرق الوقائية و العلاجية. وتوضح
صحة المتدخلين لها أهمية علمية.

وكان اهتمامنا كبيرا بهذا الموضوع لأن هذا المرض يمكن أن يصب المعالجين في أي وقت,
وله عواقب سلبية على الصحة العضوية والعقلية للفرد, و على حياته العائلية و المهنية. و
تعتبر هذه الدراسة, أمثل طريقة للتحسيس بظاهرة الإنهاك المهني و بالطرق العلاجية
والوقائية لتقليل الأثر الضار للإجهاد, ومرافعة من أجل التحسس بمعامات المعالجين, و أخذ
ها بعين الاعتبار من طرف المسؤولين على القطاع.

في الدراسات النظرية قد تطرقنا إلى مجموعة من التعارف الخاصة بمتلازمة الإنهاك
المهني, إلى الأعراض و العوامل المتسببة, الشخصية منها والبيئية وكذا أثرها ونتائجها
على مهن المساعدة والإسعافات, ثم إلى دراسة إبيدميولوجية والنماذج النظرية التفسيرية
لهذه المتلازمة مع ذكر بعض الأساليب العلاجية والوقائية.

والنتائج المتحصل عليها هي :

إن نسبة الإجابات تقدر بي : 69%. ونسبة الإنهاك المهني الشديد كان متزايد بأبعاده الثلاثة
عند أطباء مصالح الإعانة الطبية الاستعجالية لمنطقة الوسط الجزائري (الجزائر العاصمة –
البلدية – المدينة) و التي كانت كالآتي :

الإستنفاد العاطفي Epuisement émotionnel : 52%

50%: Dépersonnalisation ou perte d'empathie الإحساس بفقدان التعاطف مع الغير

Sentiment de manque d'accomplissement au travail الإحساس بفقدان الكفاءة المهنية

: 47%

هذه النتائج تحذو بنفس اتجاه نموذج مسلاش ومساعدتها Maslach "متطلبات المهنة- الموارد
الطاقوية للفرد" "Exigence-Ressources" الذي يعتبر الإنهاك المهني هو كنتيجة لتفاوت
المتزايد بين الموارد الطاقوية للفرد وظروف العمل. أي إن الإنهاك المهني يظهر عندما
تنقص وتقل الموارد الطاقوية اللازمة للعامل لمواجهة المتطلبات الخاصة بالمهنة.

قترى مسلاش و شوفولي Maslach & Schaufeli 93)

عندما يزداد ثقل الواجبات المهنية والتي تستنفذ تدريجياً

وتقول كلار ايدي غامسو , عندما تكون المتطلبات المهنية كبيرة والموارد المهنية ضئيلة، فظروف العمل السيئة تؤدي إلى نفاذ الطاقة ونقص في التحفيز. وتشير إلى أن الاستنفاد العاطفي مرتبط بمتغيرات متطلبات العمل وأما فقدان التعاطف مع الغير وخاصة الإحساس بفقدان الكفاءة مرتبطين أكثر بالموارد الطاقوية، وهذا ما يتوافق مع نظرية الموارد الطاقوية لي هوب فول²⁴⁰.Hobfoll.

وهذه النتائج المتحصل عليها في هذا البحث, تؤكد من جهة النموذج النظري الذي تم عرضه في بداية البحث, حيث أبرز وجود روابط إيجابية بين عامل التوتر و الإجهاد المهني مع الإنهاك المهني. ومن جهة أخرى فالمقابلات التي أجريت مع الفئة المدروسة, كشفت أيضاً عن وجود إحساس موحد والمتمثل في التجربة المؤلمة للإنهاك المهني عند هؤلاء الأطباء والمتمثل في الشعور بالنفاذ العاطفي, المعانات, فقدان التعاطف مع الآخرين و الإحساس بالإنهيار, الناجمة عن التدخلات الطبية المستعجلة أثناء العشرية السوداء .

المتغيرات المرتبطة بالإنهاك المهني من الناحية الشخصية intra individuel نجد :

- السن والأقدمية في مهنة الطب: إن نتائج هذا البحث لم تبرز عن روابط إحصائية ذات دلالة بين هاتاه المتغيرات السوسيوديمغرافية والإنهاك المهني في عناصره الثلاثة عند أطباء المصالح الإعانة الطبية الاستعجالية التابعين للمنطقة المتضررة. و نستنتج من هذا أن عوامل السن والأقدمية لا يمتلكون الصفة التخفيفية والوقائية Qualité Modératrice من ذلك الداء. و ديدي تريكو " Didier Truchot " في دراسته لملازمة الإنهاك المهني عند الأطباء الخواص بمنطقة شمباني أردين Champagne Ardenne يؤكد على أن عوامل السن والأقدمية المهنية لا يملكون تأثير مباشر ذي

²³⁹ صبرينا شانلين شانتنو: الإنهاك المهني لدى الأطباء الخواص بتاهيتي. رسالة دكتوراه في الطب. جامعة روني ديكارت بباريس 5. كلية الطب بباريس 5. ابريل 2006. ص 20.

²⁴⁰ كلار ايدي قامسو: تحديد أسباب الإجهاد والتفاني في العمل لدى موظفي الخدمة العامة الإقليمية. وقائع اليوم الدراسي بتاريخ 27 مايو 2005. الموقع الإلكتروني: www.iae.aix.com

دلالة على متغيرات متلازمة الإنهاك المهني،

تناقص بعد سن الخمسين عند هؤلاء المعالجين

مناقشة النتائج :

اقتصرت الدراسة على:

▪ أهداف وحدود الدراسة.

▪ اختيار موضوع الإنهاك المهني الخاص بأطباء مصالح الإعاقة الطبية الإستعجالية.

أسباب اقتصار الدراسة على فئة أطباء مصلحة الإعاقة الطبية الاستعجالية التابعين

للمنطقين هي:

▪ لأنهم ينتمون لفئة المعالجون الأكثر عرضة لمتلازمة الإنهاك المهني.

▪ التدخل الطبي الاستعجالي أثناء حدوث الكوارث يعرض للحالات النفسية

المقلقة منها: التعرض المباشر للصور البشعة، والحالات النفسية والشعورية

المفزعة، بمقدار درجة الكوارث والتمسبية في الإنهاك المهني.

▪ المقارنة بأطباء مصلحة الإعاقة الطبية التابعين لوهران لكونها

إحدى المناطق الأقل تعرضاً للعنف الدموي أثناء العشرية الأخيرة.

▪ ويتم هذا البحث في إطار رسالة الماجستير في علم النفس الإكلينيكي.

الطريقة المتبعة في التحقيق تتمثل في استخدام قياس وفحص الإنهاك المهني « MBI »

وتقديمه مباشرة لمعظم الأطباء ماعدا القليل منهم، حيث كانوا في عطلة فتكفل بتسليمهم

إياها رؤساء المصالح.

وعن نسبة المشاركة المقدرة بي 69%، فالفرضيات المقترحة لتفسير هذه النسبة هي :

1. تم تحقيق البحث من شهر مايو إلى غاية شهر سبتمبر، وهذه الفترة تعتبر فترة

العطل الصيفية والتي تتميز بالانقطاعات المهنية.

²⁴¹ ديدى تريكو: الإنهاك المهني لدى الأطباء الخواص بشمبانيا أردنين. تقرير بحث للاتحاد الإقليمي للأطباء الخواص بشمبانيا اردنين. جامعة ريس شامبانيا - اردنين 2002.

2. كون أسئلة البحث يكسوا عليها طابع شخصي

الامتناع عن المشاركة, وبالتالي نسبة 9%

اهتمام الأطباء بهذا الموضوع.

تم قياس و فحص الإنهاك المهني باستعمال قياس **مسلاش** للإنهاك المهني المعروف باسم «**MBI**», حيث أنه يعتبر القياس الأكثر استعمالا في دراسة متلازمة الإنهاك المهني.

حسب **ديدي تريكو** **Didier Truchot** ، في سنة 2003 94% من البحوث التي تطرقت لهذا الموضوع استعملوا قياس **مسلاش**.²⁴²

واستعن أيضا بالتقويم النوعي لكون هذا القياس لا يمكنه التحديد الكمي للحالة النفسية للمهنيك مهنيا. ومن بين الخصائص السوسيوديمغرافية التي عمدنا إليها هما السن والأقدمية المهنية, وللان الدراسات أكدت على أن هذين المتغيرين لهم تأثير على الإنهاك المهني. **فبيار كنووي** و **ألين مورنغ** **Pierre Canoui & Aline Mauranges** يوكداني في دراستهم عدم وجود صلة بين التعب المهني والمميزات السوسيوديمغرافية مثل: الجنس- الحالة المدنية- الحالة العائلية وعدد الأولاد. في حين يعتبرون أن السن يشكل عامل ضعف, معرض للإنهاك المهني.²⁴³

عند تحليل المعطيات نجد أن لدراسة العرضية «**Transversale**» نتائج محدودة, لان كل المعطيات تجمع في وقت واحد وبالتالي لن تسمح إلا بوضع فرضية نسبية عن الأسباب المؤدية للإنهاك المهني. فالدراسة الأفقية «**Longitudinale**» تسمح بتوضيح السببية الموجودة بين مختلف المتغيرات. فالإنهاك يحدد بعوامل عدة لا يمكن دراستها بطريقة دقيقة وإمعان إلا ضمن الدراسة المطولة. فان العوامل الغير مدروسة مثل صدمة عاطفية عاشها الطبيب (إصابة أحد أفراد العائلة بمرض خطير, موت) ونوعية المساندة أو الدعم الاجتماعي, يمكن أن تؤثر على النتائج.²⁴⁴

²⁴² ديدي تريكو: الإنهاك المهني و الاحتراق المهني. مفاهيم, نماذج و تدخلات. دار النشر دينو، باريس عام 2004.

²⁴³ بيار كنووي و ألين مورنغ: متلازمة الانهك المهني. تحاليل و أجوبة. دار النشر ماسو، الطبعة الثالثة. باريس عام 2004, ص 55.

²⁴⁴ ديدي تريكو: الإنهاك المهني لدى الأطباء الخواص بشمبانيا أردين. تقرير بحث للاتحاد الإقليمي للأطباء الخواص بشمبانيا اردين. جامعة ريس شامبانيا - اردين 2002.

نتائج بحثنا تكون نسبية نظرا لفرق النسب بين فرق للمنطقتين. ولكون هذا البحث, الأول على أرض الوط

الإعانة الطبية الاستعجالية يمكن أن يستعمل كمدخل لبحوث مستقبلية ذات أبعاد أكبر. والتحليل الإحصائي لهذه الدراسة يستند على اختبارات إحصائية صادقة تتوافق وحجم العينة أو الشريحة، أما بالنسبة للتحليل النوعي فاقصرنا على تحليل المحتوى.

في مناقشة النتائج المحصل عليها يتم التركيز على النقاط التالية:

1. إن الإجهاد المهني المزمن, الناتج عن التدخلات الطبية لأطباء مصلحة الإعانة الطبية الاستعجالية أثناء الكوارث , والتي تعرضت لها منطقة الوسط الجزائري, وغياب الدعم النفسي, يمثلان أهم الأسباب المؤدية إلى تعرض هؤلاء الأطباء للإصابة بمتلازمة الإنهاك المهني. وهذا ما يجعلنا نتساءل عن ما إذا كانت مهنة الإعانة الطبية الاستعجالية أثناء حدوث الكوارث تعرض لخطر الإنهاك المهني؟

2. ما دور وأثر الخصائص السوسيوديمغرافية كالسن والأقدمية المهنية على الإنهاك المهني عند أطباء مصلحة الإعانة الطبية الاستعجالية لمنطقة الوسط الجزائري؟

3. نسبة مشاركة الأطباء في هذه الدراسة تقدر بي 69% من العينة المدروسة, في حين تقدر نسبة الامتناع 31%. فما سبب ذلك؟ هل سبب الامتناع يكمن في أن هذا الموضوع بعيد عن اهتمامات هذه الفئة؟ أم هو عكس ذلك, بل لأنهم الأكثر إصابة بهذه المتلازمة؟ فالسؤال يبقى مطروح.

و مقارنة الأطباء المشاركين بغير المشاركين كان يستدعي منا الكشف عن بعض المعلومات السرية والخاصة, وهذا ما لم نرد القيام به في هذه الدراسة الأولية. و أما نتائج قياس الإنهاك (MBI) فإنها تبين أن الإنهاك المهني مرتفع جدا عند أطباء مصلحة الإعانة الطبية الاستعجالية التابعين لمنطقة الوسط مقارنة بأطباء مصلحة المساعدة الطبية الاستعجالية التابعين لمنطقة وهران " المنطقة الأقل تعرضا لهذه الكوارث ".

وبهذا يمكننا اعتبار الإنهاك المهني عند أطباء مصلحة الإعانة الطبية الاستعجالية لمنطقة الوسط الجزائري ناتج عن استنفاد الموارد الطاقوية الفردية.

وهذا ما يبين بأن هذا المرض ينتج عن الضغط و الإ
المزرية (تزايد في ثقل العمل, مع نقص في الدعم

الأولى القائلة بأن: " أطباء مصلحة الإعانة الطبية الاستعجالية التابعين لمنطقة الوسط
الجزائري (الجزائر العاصمة - البليدة - المدينة) المتدخلين في إطار الاستعجالات الطبية
أثناء الكوارث طوال عشرية من الزمن, تحت وطأة الضغط والإجهاد المهني مع نقص في
الدعم النفسي, هم عرضة للإرهاك المهني."

وبالنسبة للفرضية الثانية التي تهدف إلى معرفة الأثر الوقائي Salutogène للأقدمية المهنية
على العلاقة التي تربط الضغط والإجهاد المهني بالإرهاك مع معرفة الأثر السلبي للسن على
العلاقة المذكورة". فمن خلال هذه الدراسة نستنتج أن عامل السن والأقدمية لا يملكون الصفة
التخفيفية الوقائية Qualité Modératrice على العلاقات الموجودة بين الإجهاد المهني
والإرهاك. فلم يستثنى من الإصابة بهذا الداء, الأطباء الأكبر سنا ولا ذوي الأقدمية المهنية.
وهذا يعني أن الأثر الوقائي Salutogène للأقدمية يتلاشى و يزول مع مرور الوقت و يفقد
آثره المناعي أمام منبع لتوتر وضغط مستمر, والمرتبب بعشرية مروعة ودامية, مليئة
بضحايا المجازر و الكوارث الطبيعية. فجميع هذه العوامل - تدهور الأوضاع الأمنية و
الاجتماعية و الاقتصادية, تأثير الحيات المهنية على الحياة الشخصية, واتخاذ القرارات
الصعبة في ظروف الاستثنائية, والعمل في حالة التأهب المستمر, الاستنزاف الانفعالي-
يمكن اعتبارها سبب في تلاشي الأثر الوقائي للأقدمية المهنية. و يجب القول بأنه لا يوجد
شك في الدور الوقائي الأولي للأقدمية المهنية, فمن المنطق اعتبار انه أمام مصدر قلق
متكرر فان الأثر الوقائي يتلاشى و يزول مع مرور الزمن.

وعن السؤال : هل يشكل أطباء مصلحة المساعدة الطبية الاستعجالية فئة معرضة لخطر
الإرهاك المهني ؟ فلقد بينت معظم الدراسات أن مصلحة الإعانة الطبية الاستعجالية, مصلحة
أمراض السرطان و مصلحة الإنعاش يعتبرون الأكثر عرضة لخطر الإرهاك المهني.²⁴⁵
أما عن السؤال : لماذا أطباء مصلحة الإعانة الطبية الاستعجالية التابعين لمنطقة الوسط هم
الفئة الأكثر عرضة لهذا الخطر مقارنة بأطباء مصلحة وهران ؟

²⁴⁵ بيار كنوي و الين مورنغ: متلازمة الإرهاك المهني. تحاليل و أجوبة. دار النشر ماسو، الطبعة الثالثة. باريس عام 2004, ص.

فنسبة الإنهاك المهني عند أطباء منطقة الوسط عالي الطبية الاستعجالية لوهراڤ و ذلك راجع للأسباب التالبا أوالا: يوجد بوهران أسلوب معيشي أفضل و أوضاع عمل مريحة.

ثانيا: لم تعاني منطقة وهران من الكوارث و مجازر الإرهاب التي عرفتها منطقة الوسط الجزائري. ولقد بينت نتائج دراستنا لسنة 2006 أن عددا كبيرا من أطباء مصلحة الإعانة الطبية الاستعجالية التابعين لمنطقة الوسط الجزائري (الجزائر العاصمة – البليدة – المدينة) مصابون بمتلازمة الإنهاك المهني, حيث تبلغ نسبة المصابين %50 من الأطباء. وعن الأطباء المعافون من هذا المرض, فقد نفترض أنهم قد اكتسبوا مناعة "Résilience" ضد الصدمات خلال هذه السنوات.

و في الأخير نستخلص بان الإنهاك يمثل خسارة يصعب تقديرها. إذ يمكن تقدير الغيابات والاستقالات المهنية في حين يصعب تقدير الأضرار الناجمة عن فقدان الكفاءات. وإن حالة الإنهاك المهني المشخصة عند الأطباء تترتب عليها آثار سلبية على صحة النفسية والجسدية للمعالج, وأخرى على المجتمع (تكمين في تدهور نوعية العلاج, وتزايد في الغيابات والعطل المرضية, والاستقالات). و إن هذه الملاحظات والاستطلاعات يجب أن تعنى باهتمام السلطات المعنية. ويمكن اقتراح بعض الحلول و الإجراءات الوقائية من هذه المتلازمة و من بينها:

- 1- الزيادة من عدد الأطباء يساعد في تحسين ظروف العمل و نوعية العلاج.
- 2- تحسين العلاقات بين الأفراد في العمل بخلق جو مهني أفضل ومحفز, مع خلق روح التضامن حيث يمكن المساعدة لبعضهم البعض في حالات التعب.
- 3- تعزيز العلاقات بين العمال بتخصيص ما يسمى "حصص الإشراف الإكلينيكي الجمعي" "Supervision-intervision". تساعد المعالج على التخلص من القلق.
- 4- الحديث عن متلازمة الإنهاك المهني في إطار الوقاية يزيد في اهتمام الأطباء ويدفعهم إلى البحث عن طرق لتفادي هذا المرض.
- 5- تخصيص أيام دراسية حول المتلازمة والتعريف بها, لتسهيل عملية تشخيصه من طرف المعالجين.

6- تخصيص أوقات الراحة والدعم الاجتماع

الطبيب والمريض.

7- التقليل والتقليص من عوامل التوتر بتحسين ظروف العمل.

إن الإنهاك المهني **Burn out** مرض نفسي متقشي في المهن المساعدة. وأصبح أخذه بعين الاعتبار مهم جدا وكذا معاناة الأطباء و المعالجين, مع تخصيص حصص تقام فيها المجموعات الكلامية أي **مجموعة بالينت "Balint Groupe"**, أو حصص الإشراف الإكلينيكي الجمعي, **Supervision-intervision** او تقنيات الديبريفنج **débriefing**. و يمكن للدعم النفسي أن يكون فعالا بحيث يقلل من النفاذ العاطفي و تدهور العلاقات بفعل فقدان حاسة التعطف مع الغير, بتكوين أخصائيين في هاته التقنيات بالتعاون مع هيئة **Handicap International** الموجودة بالجزائر منذ سنوات والتي تساند التكوينات من هذا النوع. فان جل الأطباء, النفسانيين و الممرضين الذين تدخلوا في تلك الظروف المأساوية لتكفل بضحايا العشرية السوداء, معرضون لخطر هذه المتلازمة. و لا يسعنا إلا القول بأن مستقبل هذه الكفاءات يعتمد على نظام وقائي, علاجي, اقتصادي و اجتماعي.

ويستوجب من مسؤولي قطاع الصحة البحث عن الطريقة الأفضل للتوفيق بين ثقل العمل و الدعم المهني و الاجتماعي و الحد أو التقليل من التوتر الناتج عن ذلك. فالتعليمة الوزارية الصادرة عن وزارة الصحة العمومية وإصلاح المستشفيات, تحت رقم 18 بتاريخ 27 أكتوبر من عام 2002, المعنية بحماية صحة عمال قطاع الصحة, برغم من إنها تعترف بمتلازمة الإنهاك المهني كمرض مهني, فقد تكون بلا فائدة إن لم تتبع بتوصيات تنص على المساندة والدعم النفسي للفرق الطبية المتدخلة في حالات الكوارث. فإن الدعم النفسي هو الوسيلة التي يجدر الاهتمام بها للحد من انتشار هذا الداء عند المعالجين و مختلف المهنيين المعرضون له, مع تحسين ظروف العمل و اظفاء الطابع المؤسستي للإشراف الإكلينيكي الجمعي و لمجموعات بالينت " **Balint** " المنمي لقدرات المعالجين على المقاومة "**Résilience**".