



UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI (UAC)

FACULTE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES (FASHS)

ECOLE DOCTORALE PLURIDISCIPLINAIRE
(EDP)

Option : Psychologie

Spécialité : Psychopathologie clinique

Mémoire de MASTER II RECHERCHE

Syndrome d'épuisement professionnel (burnout) et relation de soins à la Clinique Universitaire de Gynécologie Obstétrique (CUGO) du CNHU-HKM

Présenté et soutenu par :

ASSOGBA Elvis Roland

Directeur :

Dr GANSOU G. Magloire

Maître de Conférences Agrégé de Psychiatrie

Membres du jury :

Président : Dr Gabriel Coovi BOKO, Professeur titulaire, Université d'Abomey-Calavi

Rapporteur : Dr Magloire Grégoire GANSOU, Maître de Conférences Agrégé, Université d'Abomey-Calavi

Examineur : Dr Emilie FIOSSI-KPADONOU, Maître de Conférences Agrégée, Université d'Abomey-Calavi

Date de soutenance: 25 juillet 2017

Année académique : 2014-2015

DEDICACE

À

➤ JESUS-CHIST
Mon Sauveur

- Ma fiancée Laurette C. K. M. BOKO pour sa présence et ses encouragements à mes côtés.
- Ma mère chérie Eugénie GBANNAN, pour ton dévouement sans faille à la réussite et au bonheur de tes enfants ;
- Mon père Gilbert Z. ASSOGBA, pour avoir semé une partie de ta vie au profit de la mienne ;

REMERCIEMENTS

Dans l'exécution de ce travail, nous avons bénéficié du concours de nombreuses personnes bienveillantes qui nous ont permis de surmonter bien des difficultés. Que toutes ces personnes trouvent ici l'expression de notre profonde gratitude ; ce sont en particulier :

- Notre Directeur de recherche, Le professeur Magloire G. GANSOU, Maître Conférences Agrégé de Psychiatrie, Psychothérapeute cognitivo-comportementaliste, non seulement pour la richesse de vos enseignements mais aussi pour avoir accepté de diriger ce mémoire, Veuillez trouver ici l'expression de notre respect et de toute notre gratitude.
- Le Coordonnateur des Masters de Psychologie et des Sciences de l'éducation de l'Ecole Doctorale Pluridisciplinaire (EDP-FASHS/UAC), Professeur Gabriel C. BOKO psychopédagogue, Professeur Titulaire (CAMES) et tous les enseignants notamment ceux de la deuxième promotion de Master.
- Le Directeur du CNHU-HKM, M. Koffi Alexandre SOSSOU, pour nous avoir permis de réaliser notre recherche au CNHU-HKM.
- Le Personnel soignant du CNHU-HKM de Cotonou et plus particulièrement les surveillants de la CUGO et de la réanimation pour leur contribution à la réalisation de ce travail.
- Le professeur Denis AMOUSSOU-YEYE, pour votre aide précieuse et votre soutien moral, recevez par l'entremise de ce travail nos vifs remerciements et tout notre respect. Que le seigneur vous bénisse.
- Docteur Alphonse M. AFFO Socio-Anthropologue au Centre de Recherche et de Formation en matière de Population (CEFORP-UAC)

Pour votre soutien permanent et vos conseils avisés, Recevez ici nos sincères remerciements et notre profond respect.

- Monsieur Yves ANANI Kinésithérapeute pour son amour et son soutien constant en mon endroit

SIGLES

APA	:Américan Psychiatric of Association (Association Américaine de Psychiatrie)
AP	: Accomplissement Personnel (3ème dimension du MBI)
CARMF	: Caisse Autonome de Retraite des Médecins Libéraux Français
CIM	: Classification Internationale des Maladies
CNHU-HKM	: Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou Manga
CUGO	: Clinique Universitaire de Gynécologie Obstétrique
DSM IV	: Diagnostic and Statistic Manuel Mental Disorder (Manuel de diagnostic et de classification des troubles mentaux, 4 ^{ème} édition.)
DP	: Dépersonnalisation (2ème dimension du MBI)
EE	: Epuisement Emotionnel (1ère dimension du MBI)
EDP	: Ecole Doctorale Pluridisciplinaire
EP	: Epuisement Professionnel (burnout)
FASHS	: Faculté des Sciences Humaines et Sociales
MBI	: Maslach Burnout Inventory
ND	: Non Définis
NRP	: Non Réponse
NSP	: Ne Sais Pas
OMS	: Organisation Mondial de la Santé
REA	: Réanimation
SEP	: Syndrome d'Epuisement Professionnel
SEPS	: Syndrome d'Epuisement Professionnel du Soignant
TRC	: Théorie de Conservation des Ressources
URML	: Union Régionale des Médecins Libéraux

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAUX		PAGE
Tableau I :	Répartition des soignants selon le service.....	78
Tableau II :	répartition des soignants selon l'épuisement professionnel par service.....	79
Tableau III :	répartition des soignants selon la qualité de la relation de soin par service.....	79
Tableau IV :	répartition des soignants par service selon la qualité du sommeil	80

LISTE DES FIGURES

FIGURES		PAGE
Figure 1	répartition des soignants selon leur âge.....	69
Figure 2	répartition des soignants selon leur situation matrimoniale...	69
Figure 3	répartition des soignants selon leur statut professionnel.....	70
Figure4 :	répartition des soignants selon leur service.....	70
Figure 5 :	répartition des soignants selon leur ancienneté.....	71
Figure 6	répartition des soignants selon le moyen de transport.....	71
Figure7 :	prévalence du Burn-out par dimension de l'échelle MBI.....	72
Figure8 :	score obtenu par dimension du MBI.....	72
Figure9 :	Répartition des soignants ayant un burn out élevé.....	73
Figure10 :	Répartition des soignants selon les symptômes marquant leur Epuisement professionnel.....	73
Figure11 :	Réponse à la question « vous arrive-t-il d'avoir peur ou d'être stresser devant vos patients ».....	74

Figure12 :	Répartition des soignants selon les conséquences négatives des conditions de travail.....	75
Figure13 :	Répartition des soignants selon la qualité de leur sommeil.....	75
Figure 14 :	Répartition des soignants selon l'intensité du stress.....	76
Figure 15 :	Répartition des soignants selon la nature de la relation avec le supérieur hiérarchique.....	76
Figure 16 :	Répartition des soignants selon la stabilité familiale.....	77
Figure 17 :	Réponse à la question « Avez-vous des antécédents de consultation psychiatrique ? ».....	78
Figure 18 :	Répartition des soignants selon leur personnalité.....	80
Figure 19 :	Influence de l'épuisement professionnel sur la relation soignant-soigné.....	81
Figure 20 :	Influence de l'accomplissement personnel faible sur la relation soignant-soigné.....	81
Figure 21 :	Influence de la dépersonnalisation sur la qualité de soins.....	82

SOMMAIRE

INTRODUCTION :	.....	1
PREMIERE PARTIE :	Généralités.....	7
DEUXIEME PARTIE :	Cadre d'étude et Méthodologie.....	56
TROISIEME PARTIE:	Résultats	67
QUATRIEME PARTIE :	Discussion.....	84
CONCLUSION :	.....	94
SUGGESTIONS :	.....	95
REFERENCES :	.....	96
ANNEXES :	.....	102



INTRODUCTION

Tous les soignants en milieu hospitalier aspirent d'une façon générale à vivre dans un environnement paisible, stable et favorable pour un bon accomplissement de leur travail. Cet environnement sécurisant peut être remis en cause si des incidents critiques tels que la souffrance ou la mort des patients, les accidents de travail, l'atmosphère tendue avec les patients se produisent. Ces situations délétères stressantes voire traumatiques peuvent avoir des conséquences sur la santé somatique et mentale ou sur le bien-être psychologique des soignants qui y sont exposés. [7]

Or, l'OMS définit la santé mentale comme étant « un état complet de bien-être physique, mental et social qui ne constitue pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité ». [40]

De ce fait, la santé mentale se définit comme l'aptitude du psychisme à fonctionner de façon harmonieuse, agréable, efficace lorsque les circonstances le permettent, à faire face avec souplesse aux situations difficiles et rétablir après l'épreuve, son équilibre dynamique [40]. Ainsi la santé mentale traduit la faculté de s'adapter plus ou moins agréablement aux situations de vie quotidienne. Toute défaillance mentale pourrait être source de trouble du comportement et/ou du raisonnement ce qui entraîne chez l'entourage immédiat des conséquences tant médicales, sociales qu'économiques. [40]

Le concept de burnout date de très longtemps et se retrouve dans toutes les entreprises de soin dans le monde. [43]

C'est un concept forgé dans les années 70 à l'intention des soignants paramédicaux qui a cessé d'être un tabou pour les soignants depuis peu. [44]

Il désigne un syndrome touchant les personnes impliquées auprès d'autrui et tout particulièrement dans la relation de soin. [7]

L'intérêt accordé aujourd'hui aux études sur le syndrome d'épuisement professionnel aujourd'hui relève du fait qu'il est une réalité qui se trouve au croisement des domaines médical, psychologique, et sociologique. [40]

Le burnout représente la plus fréquente des affections psychologiques chez les soignants et est caractérisé par le stress, l'épuisement émotionnel (qui se traduit par une démotivation, une baisse d'énergie au travail, et un sentiment d'accablement qui fait que tout semble difficile), la dépersonnalisation (qui consiste à ne plus voir ses patients comme des êtres humains, mais comme des maladies, des objets sans vie ni intérêt, voire de problèmes) ; la réduction de l'accomplissement personnel (le soignant se dévalue lui-même, se jugeant incompetent et inutile pour ses patients) etc... Il a pour conséquence la détérioration de la relation entre le soignant ; les patients et les accompagnants souvent colorées par la mauvaise qualité de la relation de soin et la mauvaise manipulation des patients dans les services de soin. [44]

La présente recherche consiste à étudier le syndrome d'épuisement professionnel et la relation de soin aux services de la Clinique Universitaire de Gynécologie Obstétrique (CUGO) du Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert K. Manga (CNHU- HKM) de Cotonou (Bénin).

Après un bref rappel de la problématique, des objectifs et des hypothèses de ce travail, nous présenterons quelques généralités. Nous expliquerons ensuite la méthodologie utilisée, puis les résultats seront présentés en détail pour chaque hypothèse soulevée. Une dernière partie sera consacrée à la discussion, avec une analyse critique des résultats expérimentaux au regard d'éléments théoriques utiles sans oublier la conclusion générale.

PROBLEMATIQUE

Le terme de burnout n'est pas un syndrome nouveau. Il est désormais largement employé jusqu'à être passé dans le langage courant et, à l'heure actuelle, dans l'imaginaire collectif. Pourtant, le burn out est une notion dont les contours sont encore flous. Cette imprécision est à l'origine d'une utilisation largement galvaudée, liée à l'interprétation de chacun selon la perception qu'il en a et sa propre expérience. [41]

Mais cette absence de définition claire signe aussi la difficulté qu'a la communauté scientifique à nommer une réalité qui se trouve au croisement des domaines médical, psychologique, et sociologique. [44]

Dans le champ de la psychiatrie, le burn out, en tant qu'entité clinique à part entière, ne fait actuellement pas partie des diagnostics officiels de maladie dans les classifications de référence que ce soit dans la dixième Classification Internationale des Maladies, où il figure en tant que facteur influençant l'état de santé, ou dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-V) établi par l'Association Américaine de Psychiatrie. [43]

Le psychanalyste Herbert J. Freudenberger en 1974 décrit le syndrome comme une perte d'enthousiasme accompagnée de différents symptômes : fatigue, insomnie, maux de tête, troubles gastro-intestinaux. Il définit le burn out « comme un état de fatigue chronique, de dépression et de frustration causés par le dévouement à une cause, à un mode de vie ou à une relation, qui échoue à produire les récompenses attendues et conduit en fin de compte à diminuer l'implication au travail ». Pour l'auteur, le burn out est l'affection des « battants ». Il écrit : « les gens sont parfois victimes d'incendie, tout comme les immeubles, et sous la tension produite par un 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 »

C'est une affection qui touche toutes les couches socio-professionnelle et de plus en plus les travailleurs en sont victimes. Du plus simple stress au suicide, le burn out représente une véritable menace pour les professionnels et se développe de manière exponentielle dans notre société moderne. De plus, l'Agence Européenne pour la Santé au travail estime que le cout des troubles liés au stress au travail est de 20 milliard d'euro par an en Europe. Au Canada, le taux de burn out est estimé à 20% de la population active. Aussi, les troubles mentaux et du comportement sont depuis plusieurs années la 1ère cause d'invalidité chez les Médecins d'après la CARMF et augmentent d'année en année jusqu'à une stabilisation autour de 40% depuis 2007. (41% en 2007, 42% en 2008 et 40% en 2009). En France, l'estimation du risque relatif de suicide des médecins par la CARMF est de 1,8 par rapport à la population générale en 2009. [5]

Mais finalement, peu de recherche sont réalisées sur l'épuisement professionnel des soignants au Bénin. Le burn out est un risque psycho social pour les soignants en générale et mérite que nous nous intéressions à lui tant sur son impact sur la relation soignant-soignant que sur les soignants eux-mêmes.

HYPOTHESES DE RECHERCHE

Hypothèse générale

Le climat professionnel ambiant favorise une bonne qualité de relation soignant-soigné.

Hypothèses spécifiques

1- la Clinique Universitaire de Gynécologie Obstétrique (CUGO) du CNHU-HKM représente une unité où règne un environnement stressant et est donc associé à un taux élevé d'épuisement professionnel des membres de l'équipe soignante.

2- Le syndrome d'épuisement professionnel influence négativement la qualité de la relation de soin.

3- Certaines caractéristiques individuelles, sociodémographiques et professionnelles influent sur le syndrome d'épuisement professionnel.

OBJECTIFS DE LA RECHERCHE


Objectif général

L'objectif général est d'étudier le syndrome d'épuisement professionnel chez les soignants dans les services de la Clinique Universitaire de Gynécologie (CUGO) au CNHU-HKM.

Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques de ce travail sont:

1. Déterminer les causes du syndrome d'épuisement professionnel des soignants en milieu professionnel.
2. Décrire le syndrome d'épuisement professionnel chez les soignants dans les services de la Clinique Universitaire de Gynécologie (CUGO) au CNHU-HKM.
3. Relever le lien entre la mauvaise qualité de soins et le syndrome d'épuisement.



Première Partie :
GENERALITES

1 1.1. DEFINITION DE CONCEPTS

1.1.1. LE CONCEPT D'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL

Encore appelé Burnout, le syndrome d'épuisement professionnel, est un concept qui apparaît aux Etats Unis en 1974.

Aujourd'hui, trois (03) expressions, à tonalité différente sont utilisées dans le monde pour le désigner :

- *Burn out syndrome* Le verbe to burn out peut signifier : échouer, s'user, devenir épuisé devant une demande trop forte d'énergie, de forces, de ressources. Il évoque une combustion totale, la réduction en cendres d'un objet entièrement consumé dont toute la matière aurait disparu. L'image inspirée de l'industrie aérospatiale demeure la plus évocatrice : le terme de « burnout » désigne l'épuisement de carburant d'une fusée avec comme résultante la surchauffe et le risque de bris de la machine. [44]

- *Karoshi* C'est le terme japonais. C'est un terme à connotation violente qui signifie « mort par excès au travail » (Karo = mort, shi = fatigue au travail). Ce terme reflète la culture japonaise, gouvernée par la notion du bien collectif avec pour le salarié, la notion de sacrifice de soi élevé, pour satisfaire avant tout aux exigences des autres et de son entreprise. [44]

Il s'agit de 'Vivre et mourir' pour l'entreprise, tant la pression, le souci d'excellence, le profit et la rentabilité dominant. Ce terme s'éloigne de la relation d'aide et de son usure pour davantage prendre en compte les conséquences, parfois mortelles, des conditions de travail.

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

sont également utilisés et mettent l'accent sur la notion d'évolutivité et de progression du phénomène [44].

Les définitions sont multiples et variées

FREUDENBERGER (1974), Psychanalyste, utilise pour la première fois le terme burn out pour désigner « un état particulier de détresse observé chez les sujets ni névrotiques ni psychotiques au sens médical du terme ». Il va plus loin en disant que « c'est un état causé par l'utilisation excessive de son énergie et de ses ressources qui provoque un sentiment d'avoir échoué, d'être épuisé ou encore d'être exténué ». C'est un syndrome qu'il observe chez quelque membre de son équipe soignante et au sein d'une clinique psychiatrique. De cette observation, il conclut que le burnout est le fait de « s'épuiser en s'évertuant à atteindre un but irréalisable que l'on s'est fixé ou que la société impose. Quelqu'un qui en souffre, souffre de fatigue, ou de frustration aigue causée par sa dévotion envers une cause, un mode de vie ou une relation qui n'a pas produit la récompense attendue » [43]

Selon MASLACH (1976), l'épuisement professionnel se définit comme : « Une incapacité d'adaptation de l'intervenant à un niveau de stress émotionnel continu causé par l'environnement de travail ». MASLACH, après ces études sur le syndrome d'épuisement professionnel auprès d'une population de soignants, de travailleurs sociaux, des Enseignants et d'Avocats, ajoute que le burnout est « un syndrome d'épuisement physique et émotionnel qui conduit au développement d'une image de soi inadéquate, d'attitudes négatives au travail avec perte d'intérêts et de sentiments pour les clients ». Elle conçoit donc la première échelle d'évaluation du syndrome : la Maslach Burn Out Inventory (MBI) [43].

D'après l'OMS, le burnout se définit par « un sentiment de fatigue intense, de perte de contrôle et d'incapacité à aboutir à des résultats concrets au travail » [43].

Mais lorsqu'on se rapproche à la littérature scientifique, on remarque qu'il est difficile de délimiter ce phénomène complexe. Il peut être perçu comme un processus ou comme un état.

Ces deux théories (processus et état) sont assez distinctes l'une de l'autre. Les définitions sur l'état du syndrome nous donne plutôt une lumière sur les symptômes du burn out, tandis-que celles se référant au processus du syndrome nous montre la différence entre l'investissement au travail de l'individu et la réalité du travail. Ce concept de processus montre un déséquilibre entre les efforts et les récompenses professionnelles (différences entre attentes et résultats ou entre idéal et réalité) [43].

Le burn out apparait donc chez un travailleur quand une grande divergence est présente entre les ressources de l'individu et les demandes professionnelles. Pour d'autres auteurs, le burnout est le résultat d'une interaction entre un individu et son travail (au sens général) et plus les interactions avec autrui dans le monde professionnel sont directes, répétées, longues ; plus le risque de développer les symptômes du burnout augmente. Le burnout est donc la conséquence principale d'une réponse prolongée à un stress chronique dû à des agents stressants affectifs et interpersonnels au travail [43].

Pour certains auteurs, le burnout est une maladie, « une maladie de l'âme en deuil de son idéal »; « une maladie de la relation d'aide » ; « une maladie de la fonction professionnelle » ou encore « une maladie du battant » [43].

D'autres auteurs qualifient le burnout d'une crise et non d'une maladie [43] ; sinon, si nous nous référons à la définition de « maladie » selon le dictionnaire Larousse, la maladie est « une altération de la santé ou des fonctions des êtres

vivants, en particuliers quand la cause est connue (par opposition à un syndrome) et comportant une évolution »

Cependant, le terme burnout a été traduit par « syndrome d'épuisement professionnel » et non « maladie d'épuisement professionnel » [44].

Toujours selon le dictionnaire Larousse, un syndrome est un « ensemble de plusieurs symptômes ou signes en rapport avec un état pathologique donné et permettant par leur groupement, d'orienter « le diagnostic ». L'absence de cause spécifique permet souvent de différencier le syndrome de la maladie. Or, dans notre cas, il existe une cause principale : le stress chronique mais qui n'est pas obligatoirement spécifique au burnout. Nous sommes face à un problème de délimitation théorique du syndrome d'épuisement professionnel mais en pratique, la maladie et le syndrome se confondent souvent [43].

Pour les psychologues, le syndrome d'épuisement professionnel est le résultat de la conjonction d'éléments « stressseurs » objectifs (au travail) et subjectifs (paramètres individuels) [41].

Si l'on suppose le burnout comme une maladie, il peut être intéressant de le confronter aux trois termes anglo-saxons ; disease (maladie objectivable) ; illness (maladie ressentie par l'individu) et sickness (maladie interfère dans le milieu social). Le burn out pourrait être une « disease » car il peut être objectivable et diagnostiqué par le soignant (médecin) ; mais il n'est pas répertorié dans la Classification Internationale des Maladies CIM10. Il peut être une « illness » car il est peut être ressenti par le professionnel atteint mais il est souvent nié et ignoré (notamment chez les médecins et les soignants en général qui ne se reconnaissent pas comme malades). Il est en fait une « sickness », car il interfère dans le milieu organisationnel et dans les relations professionnelles (avec les clients ou patients) ; il est nuisible à la société [43].

Le syndrome d'épuisement professionnel peut être à la fois disease ; illness et sickness, en fonction de sa progression et de sa gravité.

1.1.2. LA RELATION DE SOIN

1.1.2.1. Le soignant

Etymologiquement, le mot " soignant" qui rejoint le mot " soigner" vient du latin " soniare" qui signifie : s'occuper de.

Selon de dictionnaire ROBERT verbe soigner signifie " s'occuper du bien-être et du contentement de quelqu'un " et " s'occuper de rétablir la santé ".selon le LAROUSSE, soigner c'est " consacrer son activité, son dévouement à la guérison de quelqu'un" et " s'occuper avec sollicitude de quelqu'un ". Ainsi le soignant effectue des soins définis comme étant « un ensemble de moyens hygiéniques, diététiques et thérapeutiques mis en œuvre pour conserver et rétablir la santé ». [] Un soignant est donc une personne qui s'occupe à la fois de rétablir la santé et d'apporter du bien être à une autre personne avec toute l'humanité possible. Être soignant, c'est prendre soin d'autrui. L'infirmier, l'aide-soignant, le médecin, le kinésithérapeute,..., sont considérés comme des soignants. Le soignant est avant tout un être humain fait d'une personnalité qui lui est propre de qualités et de défauts. Ceci signifie qu'un soignant peut être impatient, de mauvaise humeur, triste... Le soignant a aussi une vie privée. [40]

En tant qu'être humain prenant soin d'êtres humains, il doit respecter et être respecté. Cependant, du fait de sa profession, le soignant se doit de faire abstraction de ses émotions et **bien différencier les soucis personnels et la vie professionnelle**. Il doit être attentif à ne pas projeter sa mauvaise humeur sur ses patients. Il doit pouvoir détecter la souffrance du patient auprès duquel il intervient en étant à l'écoute de ce dernier. [40]

Le soin implique nécessairement d'endosser une identité professionnelle correctement élaborée et intégrée et de mettre de côté son identité personnelle.

Les avantages :

- Éviter que sa vie personnelle n'empiète sur les activités professionnelles,
- Ne pas vivre les « échecs » thérapeutiques comme des échecs personnels

1.1.2.2. Le soigné

Le terme "patient" vient du latin "patiens" qui signifie "souffrir", "supporter". "Un patient" est une personne qui fait l'objet d'un traitement médical ou chirurgical (LAROUSSE). Le soigné encore appelé patient est une personne en perte de santé qui se trouve par son état dans une situation de dépendance. L'univers personnel de l'être malade est un monde où la fatigue, la douleur, la souffrance et souvent l'anxiété prennent toute la place. L'hospitalisation tend à infantiliser le malade en oubliant qu'il est avant tout une personne au même titre que le soignant. [40]

Une personne est un être de raison, de conscience et de liberté ayant le sens de sa propre identité. Sous l'angle médico-social, on peut le définir comme un être respectable avec une capacité de se suffire à soi-même et de subvenir à ses propres besoins. [40] Chaque personne est un être humain :

- unique, c'est pourquoi chaque soin doit être adapté au patient et surtout individualisé,
- avec un sexe (homme ou femme), une couleur de peau, un physique différent d'où l'importance du respect des différences et de la tolérance du soignant,
- qui communique par différents langages : parole, écrit, signes non verbaux (toucher, mimiques, regard,...) avec une culture, des croyances,
- qui évolue dans un environnement : c'est pourquoi le soignant doit tenir compte de son milieu, de son entourage...

- qui évolue dans le temps, d'où l'importance de connaître son passé (anamnèse), son présent, sa perception du futur. [45]

1.1.2.3. La relation soignant-soigné

"Une relation est une activité ou une situation dans laquelle plusieurs personnes sont susceptibles d'agir mutuellement **les unes sur les autres**. C'est **un lien de dépendance ou d'influence réciproque** dans quelque domaine que ce soit. Ce sont des modalités pratiques, concrètes par lesquelles deux ou plusieurs personnes communiquent ou se fréquentent...".[32]De plus, "L'histoire détermine le contenu des relations Humaines dans sa totalité et ces relations quelles qu'elles soient, si intimes ou si brèves qu'elles puissent être renvoient à tout. Mais ce n'est pas elle qui fait qu'il y ait des relations humaines en général... si la constitution d'un groupe ou d'une société ... doit être possible, c'est que la relation humaine (quel qu'en soit le contenu) est une réalité de fait permanente". (Jean-Paul SARTRE). [32]

Les différents types de relation soignant-soigné

- La relation sociale de civilité

Cette relation s'inscrit dans un rituel où il y a volonté individuelle d'un comportement agréable, sociable avec convivialité dans l'échange. Généralement, elle correspond à des propos banals sans réels intérêts ("parler de la pluie et du beau temps"). Ce mode de relation comporte une certaine distance relationnelle c'est à dire un degré de proximité avec l'autre dans lequel l'individu se sent le plus à l'aise (proximité sur le plan physique et sur le plan psychique). Cette distance relationnelle permet aux personnes en relation de se protéger de l'autre en évitant une trop grande implication. Elle permet de créer un climat de confiance dès l'accueil du patient. [40]

- La relation fonctionnelle

Réalisée dans le but d'effectuer un recueil de données (anamnèse), indispensables à la prise en charge. Ici, le soignant conduit la relation dans le but d'acquérir certaines informations concernant le patient et ses besoins et de mieux le connaître. [40]

- La relation d'aide

Elle permet d'apporter réconfort au patient. Elle passe par une écoute attentive de la part du soignant et par une attitude empathique c'est à dire compréhensive et sans jugement. Elle ne peut débuter sans la relation de confiance qui permet au patient d'exprimer ses affects (craintes, difficultés, émotions...). Cette relation fait partie du rôle propre des soignants en général et de l'infirmier en particulier. [40]

1.2. CLINIQUE DU SYNDROME D'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL ET SES MANIFESTATIONS

1.2.1. Description

Comme tout syndrome, l'épuisement professionnel se compose de signes cliniques mouvants, évolutifs selon le stade de l'usure mentale dans lequel se retrouve la personne. Le burnout peut se manifester de manières différentes d'une personne à une autre. Les symptômes peuvent être de trois sortes :

❖ Sur le plan physique :

Les signes sont totalement aspécifiques, multiples et variés tels qu'une fatigue, une lassitude, des troubles du sommeil, des céphalées, des troubles digestifs, des infections bénignes répétées ou prolongées ... A noter, que les troubles du comportement alimentaire sont fréquents et de nature diverse : une aberration dans les horaires, les rythmes, les régimes, des variations pondérales importantes, des alternances anorexie/boulimie. [41]

❖ Sur le plan psychique :

Ce sont des manifestations inhabituelles pour le sujet telles qu'une irritabilité trop importante, une sensibilité accrue aux frustrations ; une labilité émotionnelle marquée, reflet d'une surcharge émotionnelle ; une méfiance, une rigidité envers autrui, une attitude cynique ou de toute puissance. [41]

❖ Sur le plan comportemental :

On note l'installation d'attitudes dites défensives : une rigidité, une résistance excessive au changement, des attitudes négatives, pessimistes. On constate un pseudo-activisme : le sujet passe encore plus de temps sur son lieu de travail alors que, sans s'en rendre compte, son efficacité ne fait que décliner. L'évolution se fait vers un état de fatigue qui se chronicise et qui s'accroît avec le temps. Le sujet peut alors être amené à faire usage d'alcool ou recourir à l'automédication, de psychotropes en particulier, pour « tenir le coup ». Le cercle devient vicieux : l'état de fatigue s'aggrave, l'efficacité et la rigueur régressent. Pourtant le sujet ne cesse de multiplier ses efforts pour tenir son poste. Et parfois, il ne parvient paradoxalement plus à quitter son travail, pourtant source de sa souffrance, réalisant un tableau d'acharnement au travail. Ce comportement pathologique est marqué par un présentéisme anormal au travail. D'autres réactions sont possibles face à cet état d'épuisement : un désir de changement, parfois radical, voire un évitement, une fuite du travail qui devient intolérable. On observe alors un absentéisme progressif, répété et aggravant. [4]

L'absence de spécificité dans la présentation clinique est à l'origine des difficultés diagnostiques. Et peu d'éléments distinguent le burnout de la pathologie liée au stress. Ce tableau peut facilement être confondu avec le stade précoce d'un trouble psychiatrique tel qu'un trouble anxieux, anxio-dépressif, dépressif ou névrotique. Par ailleurs, pour les collègues, le sujet présente un état d'aspect dépressif débutant. [4]

La description clinique approfondie est due aux travaux de Maslach C. [26]

Christina Maslach distingue trois éléments centraux du syndrome à savoir :

- l'Épuisement Emotionnel (EE)
- la Dépersonnalisation ou la Déshumanisation de la relation à l'autre (DP)
- la Perte de l'Accomplissement Personnel (AP)

L'Épuisement Emotionnel (EE) qui se traduit par une fatigue psychologique, qui se traduit essentiellement par une absence quasi-totale d'énergie émotionnelle qui se répercute sur la vitalité physique de l'individu. Celui-ci, trop engagé dans ses activités professionnelles, épuise peu à peu sa capitale énergie. La seule pensée de devoir affronter une nouvelle journée au travail dans ces conditions lui est insupportable. Cette composante émotionnelle représente la dimension « stress » du burn out. Colère, crise de larmes, froideur, sont les manifestations émotionnelles les plus représentatives. Une incapacité à se contrôler chez certains ou à exprimer ses sentiments pourrait être perçue par l'équipe comme une preuve de faiblesse.

La Dépersonnalisation ou la Déshumanisation relationnelle (DP) : C'est le noyau dur du syndrome. Ce critère est marqué par un détachement, une sècheresse relationnelle s'apparentant au cynisme. Le malade est plus considéré comme un objet que comme une personne. En établissant des barrières émotionnelles entre lui et les personnes qui l'entourent et les situations susceptibles d'exiger trop d'énergie de sa part, l'individu met en place spontanément un mécanisme de défense personnel qui lui permet de ne plus « gaspiller » cette énergie qui lui fait défaut. Ce détachement excessif est souvent accompagné d'une perte d'idéalisme.

La Perte de l'Accomplissement Personnel (AP) : ici, l'individu va porter un regard particulièrement négatif et dévalorisant sur la plupart de ses réalisations et accomplissements personnels et professionnels. Il est démotivé, et son

estime de soi s'en ressent. La perte de confiance en soi résultant de ce type d'attitude est associée à des états dépressifs importants et à une incapacité à faire face aux obligations professionnelles. Cette dimension du MBI constitue la conséquence des autres dimensions. Autrement dit, Elle s'exprime par un sentiment d'inefficacité, d'incapacité d'aider l'autre, de frustration dans son travail. En d'autres termes, le sentiment de ne plus faire du « bon travail ». La relation à l'autre est (ou était) le fondement du travail du soignant, et la motivation principale de son choix professionnel et personnel. La prise de conscience de cette distanciation va être vécue comme un échec. Le sujet ne se sent plus à la hauteur, doute de ses compétences dans l'approche de l'autre et surviennent alors des sentiments de dévalorisation, de culpabilité et de démotivation. Les conséquences sont : Des attitudes de fuite : absentéisme motivé ou non, abandon du travail, manque de rigueur. Le plus souvent, on observe un désinvestissement au travail car assumer son poste quotidiennement devient de plus en plus difficile. C'est une attitude fréquemment retrouvée chez les infirmiers et aides-soignants. A l'inverse, un surinvestissement dans l'activité professionnelle a également été observé, et typiquement retrouvé chez les cadres supérieurs et les médecins seniors, avec une impossibilité de quitter son lieu de travail. On parle de « présentéisme » excessif et inefficace.

Le Burn-out est aujourd'hui, comme nous l'avons vu étendu, à toutes les professions. Néanmoins, il affecte tout particulièrement les professionnels de l'aide. En effet, si pour tous les professionnels, les composantes EE et la perte de l'AP sont retrouvées, c'est uniquement dans les professions de l'aide que la dépersonnalisation (DP) retentit fortement car la relation à l'autre est à la base de la profession. Le retentissement de la dépersonnalisation est plus grave encore lorsqu'il s'agit d'un Soignant face à un Patient, un Etre malade, en souffrance ou vulnérable de par son état physique ou psychique, dépendant du

professionnel. Les conséquences sur la prise en charge du patient sont inévitables. Cette atteinte est également une source de souffrance pour le Soignant car la relation à l'autre constitue le sens du travail de l'individu qui en a fait le choix. [26]

1.2.2. EPIDEMIOLOGIE

Les premières études sur le burnout ont été faites au début du 21^{ème} siècle en France. Ces Etudes sont, dans la majorité des cas, réalisées auprès des médecins libéraux, et principalement auprès de nos confrères médecins généralistes. Leur Objectif : déterminer la prévalence du burnout au niveau de la profession médicale en France. Toutes les études sur l'Épuisement Professionnel des médecins vont dans le même sens. Les résultats sont congruents et alarmants : Près de 50% des médecins libéraux (médecins généralistes essentiellement), sont concernés par l'épuisement professionnel. Les mêmes constatations sont retrouvées à l'Hôpital. Selon l'Agence Européenne pour la Santé au travail, l'estimation du cout des troubles liés au stress au travail est de 20 milliard d'euro par an en Europe. Au Canada, le taux de burnout est estimé à 20% de la population active. Aussi, les troubles mentaux et du comportement sont depuis plusieurs années la 1^{ère} cause d'invalidité chez les Médecins d'après la CARMF et augmentent d'année en année jusqu'à une stabilisation autour de 40% depuis 2007. (41% en 2007, 42% en 2008 et 40% en 2009). En France, l'estimation du risque relatif de suicide des médecins par la CARMF est de 1,8 par rapport à la population générale en 2009. [5]

1.2.3. LE CONCEPT DU STRESS

Les premiers travaux concernant le syndrome d'épuisement professionnel semblaient rejoindre des aspects connus en matière de psychopathologie du travail en accordant au stress une place privilégiée.[14] Nous ne pouvons donc

aborder la question du burnout en terme de pathologie due au stress sans détailler ce dernier.

1.2.3.1. Définitions du stress

D'usage fréquent dans le langage quotidien, le concept du stress n'est pourtant pas univoque. C'est une réaction d'adaptation normale avant d'être à l'origine de troubles psychopathologiques et somatiques variés. Les concepts du stress ont changé au fil des années. Elles sont passées d'un modèle biomédical à un modèle biophysicosocial.[4] Ainsi, on peut distinguer deux grandes orientations de la recherche sur le stress : une orientation de type biophysique et une autre de type psychologique.[2]

➤ L'approche biophysique du stress [2]

Cette approche a été initié par Hans Selye suite à une série d'expériences au cours desquelles il soumet des animaux à une grande variété d'agents nocifs (physiques, chimiques et /ou biologiques) La même symptomatologie était systématiquement retrouvée en résultat. Le stress correspond aux réponses non spécifiques de l'organisme, se produisant lorsque ce dernier est soumis à des agents non spécifiques. [16,34] Il s'agit d'une réaction « évolutive » que **SELYE** a défini sous le terme de « Syndrome Général d'Adaptation » SGA Ce syndrome comporte les trois phases suivantes : [6]

- La réaction d'alarme : elle se produit lorsque l'organisme est « mis en déséquilibre » par suite d'une stimulation brusque quelconque, entraînant une mobilisation des ressources et des forces défensives de l'organisme pour faire face à ce stress (phase en dessous du niveau de résistance normal, puis passage au-dessus)
- La phase de résistance : elle correspond à l'utilisation des ressources. C'est là où vont paraître des réactions non spécifiques de l'organisme pour s'adapter (phase au-dessus du niveau de résistance normal)

- La phase d'épuisement : c'est une phase de décompensation qui voit s'affaiblir les capacités de défenses et d'adaptation de l'organisme et qui peut se conclure par la mort (phase de déclin du niveau de résistance de la phase précédente au niveau normal) Selye a également présenté un certain nombre de propositions sur les bases biologiques, hormonales et neurologiques du stress avec une participation fondamentale des systèmes orthosympathique et parasympathique.

➤ L'approche psychologique du stress [2]

De nombreuses études développées plus récemment dans le champ de la psychologie ont exploré les mécanismes du stress dans des contextes très divers (catastrophes naturelles, événements tragiques collectifs ou personnels, situations de travail..) et leurs conséquences pour les personnes. L'une des définitions qui peut être retenue indique que le stress est une transaction (interaction) entre l'individu et son environnement, dans laquelle la situation vécue est perçue et évaluée par la personne comme excédant ses ressources, en mettant en danger son bien-être. [18] Le stress survient donc lorsqu'il y a déséquilibre ou discordance entre la perception que la personne a des contraintes ou des demandes de son environnement et la perception qu'elle a de ses propres ressources et moyens pour répondre à ces demandes. On s'éloigne ici d'une conception linéaire de type « cause-effets » car le même stresser n'a pas les mêmes répercussions sur les individus.

Des facteurs subjectifs et affectifs liés à l'histoire singulière, à des antécédents biologiques et sociaux, aux relations aux autres, aux styles de vie, etc., interviennent dans la manière dont les personnes « gèrent » les situations stressogènes et les conflits qui les caractérisent. C'est ainsi que chaque individu développe des « stratégies de faire face » à ces tensions, dites « Coping ». Ces stratégies peuvent être variées : confrontation, mise à distance,

contrôle de soi, recherche d'un support social, acceptation de responsabilité, fuite- évitement, résolution du problème, réévaluation positive... [14]

➤ La théorie de conservation du stress [14]

Il s'agit d'une autre approche du stress, de plus en plus employée dans les recherches sur le burnout. Les ressources en question renvoient principalement à trois sphères distinctes :

- Le locus de contrôle (un concept de psychologie qui décrit le fait que les individus diffèrent dans leurs appréciations et leurs croyances sur ce qui détermine leur réussite dans une activité particulière)
- Le soutien reçu d'autrui.
- L'autonomie au travail, avec la possibilité de participer aux prises de décision. Le stress apparaît quand les ressources des individus sont menacées ou perdues, ou quand les individus investissent des ressources et ne reçoivent pas les retours anticipés. Le Burn out correspondrait surtout à cette dernière situation.

1.2.3.2. Stress pathologique [6]

Le stress pathologique est un vécu caractérisé par un état de tension persistant et vécu négativement :

- Où l'individu n'est plus ou n'est pas ou ne se sent plus capable de répondre adéquatement à la tâche qu'il doit réaliser ;
- Où le fait de ne pas répondre adéquatement entraîne des conséquences significatives ;
- Où l'on peut mettre en évidence des retentissements de cet état sur le plan physique et mental.

1.2.4. LES LIMITES DU SYNDROME D'ÉPUISEMENT PROFESSION ET DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

❖ *L'EP et la Psychopathologie du travail*

La psychopathologie du travail est « l'étude du rapport psychique de l'homme au travail ». [33] C'est la branche de la psychologie qui a pour objet l'étude des processus psychiques pathologiques dans le rapport du psychisme au travail. La psychopathologie du travail analyse l'organisation du travail. Elle identifie les changements nécessaires à l'harmonisation de l'organisation du travail avec les aspirations professionnelles de l'individu. [33]

Il existe différentes approches de la psychopathologie au travail. [44]

■ L'approche sociologique

Ce sont essentiellement les conflits sociaux au travail (lutte des classes, rapports de pouvoir) qui sont à l'origine de la pathologie.

■ L'approche psychiatrique

En Psychiatrie, le travail a un double impact sur la santé mentale : source de souffrance ou facteur d'équilibre. Le travail peut être révélateur de la pathologie mentale ou être la source d'un trouble de l'adaptation. Mais le travail est également un moyen thérapeutique en psychiatrie permettant : la réinsertion sociale, la réadaptation du malade par le biais de la revalorisation narcissique et le renforcement de l'estime de soi. Dans les institutions, l'ergothérapie a par ailleurs de très larges indications.

■ L'approche psychanalytique

Le travail n'est pas responsable de la souffrance psychique mais n'est que le révélateur d'une faille sous-jacente préexistante depuis les premières années de vie. La Psychanalyse aborde le burnout comme une blessure narcissique profonde (ANDLAUER) [44]. Le choix de la profession médicale ou de la

profession d'aide au sens large, pourrait-être sous-tendu par un mécanisme de défense : l'altruisme, c'est à dire le dévouement à autrui qui permet au sujet d'échapper à un conflit. L'altruisme peut être un mode particulier de la formation réactionnelle, qui permet d'éviter l'agressivité ou l'hostilité refoulées. L'altruisme peut être une jouissance par procuration : le sujet aide les autres à obtenir un plaisir qu'il se refuse à lui-même, et en retire une satisfaction grâce à son identification aux personnes aidées. L'altruisme peut être aussi une manifestation du masochisme et le sujet recherche alors les sacrifices liés à l'altruisme. Dans l'approche psychanalytique, l'idéal du sujet serait mis à mal par la réalité professionnelle, et le burnout serait dû à l'échec ou à la rigidification des mécanismes de défense. A noter que pour C.DEJOURS, « le radicalisme psychanalytique » disqualifie la psychopathologie du travail. [44]

■ L'approche pavlovienne

C'est l'étude des stéréotypes comportementaux de « contamination » de la vie personnelle par des automatismes du travail. Pour illustrer cette approche, nous pouvons nous souvenir de Charlie Chaplin dans le film « Les Temps Modernes » dans lequel le célèbre acteur tente de dévisser 2 énormes boutons noirs de tailleur d'une dame forte, poursuivant les gestes stéréotypés qu'il faisait sur la chaîne de montage de boulons sur laquelle il travaillait quelques minutes auparavant. [44]

■ L'approche par la théorie du stress

Le stress occupe une place centrale en psychopathologie du travail et il est un facteur primordial dans la genèse de l'épuisement professionnel. De ce fait, un sous- chapitre entier sera consacré à l'EP et STRESS (cf. chapitre suivant). En résumé, le burnout apporte une dimension particulière à la

psychopathologie au travail. Et inversement les différentes approches servent à la compréhension des facteurs qui interviennent dans le burnout. []

❖ *L'EP et le stress*

Dans le cadre du syndrome d'épuisement professionnel, il ne s'agit pas d'un stress aigu mais de la répétition d'un stress chronique dans un cadre professionnel. Il est une forme de stress « spécialisé ». Les principales conceptions du stress dont se sont inspirées les recherches sur le burnout sont : le modèle transactionnel de LAZARUS et FOLKMAN et la théorie de conservation des ressources (TCR) de HOBFOLL. [18]

■ *Les MODELES PSYCHOLOGIQUES du STRESS : Les Modèles TRANSACTIONNELS*

Dans les modèles transactionnels, le stress réside dans une interaction dynamique entre l'individu et son environnement.

Pendant les années 60, les Psychologues ont cherché à comprendre Pourquoi est-ce que deux individus répondent différemment face à une situation ? La prise en considération de la dimension psychique montre que les réponses physiologiques au stress ne sont pas stéréotypées. Ces réponses dépendent de plusieurs facteurs de : l'aspect nouveau, inconnu de la situation ; l'appréhension (inquiétude) de la situation ; la possibilité de contrôler et de maîtriser la situation ; la capacité d'anticipation et de prévoir l'évolution des événements. [18]

La conception actuelle du stress est un phénomène bio-psycho-social. Et ce sont les modèles transactionnels qui dominent encore à ce jour les conceptions actuelles. Ce sont ces modèles qui ont inspiré les travaux sur le burnout.

EPICURE : « Ce qui trouble les hommes, ce ne sont pas les choses, mais les jugements que les hommes portent sur elles. » [44]

Pour expliquer le mécanisme du burnout, certains modèles inspirés des conceptions du stress ont été utilisés.

➤ *Le Modèle TRANSACTIONNEL de Référence : le Paradigme de LAZARUS et FOLKMAN (1984)*

Les recherches actuelles sur le stress et le burnout sont très nettement influencées par le modèle de LAZARUS et FOLKMAN. [18] « Un évènement n'est stressant que si l'individu l'évalue comme tel » Richard LAZARUS (1995) [19]

C'est le concept de l'EVALUATION COGNITIVE. L'individu ne répond pas passivement au monde extérieur. Il l'évalue et réagit en fonction de cette analyse. La notion d'évolutivité est associée et importante : au fur et à mesure que la relation « Situation/Individu » progresse, cette évaluation de la situation évoluera.

En 1984, LAZARUS et FOLKMAN [18] proposent une définition du Stress. Selon ces auteurs : « Le Stress est une relation particulière entre la personne et l'environnement. Cette relation évaluée par la personne comme éreintante ou excédant ses ressources et mettant en danger son bien-être ».

Ils considèrent qu'il y a 2 évaluations :

- Une évaluation primaire : c'est l'appréciation de la situation
- Une évaluation secondaire : c'est une évaluation de ce qui peut être entrepris pour faire face à la menace. Un élément important, c'est que la pertinence et l'efficacité des réactions potentielles sont également intégrées dans l'analyse.

Le résultat de ces évaluations déterminera la réponse face au stress.

La nature de l'évaluation influence le choix de la stratégie adoptée face à l'évènement. L'évaluation médiatise la façon d'y faire face : c'est le Coping. Le COPING (to cope with : faire face à)

La recherche sur le burnout intègre souvent ce processus dans les modèles théoriques. Pour FOLKMAN, le COPING représente « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux de la personne pour réduire, minimiser ou tolérer les exigences internes et externes de la transaction Personne/Environnement évaluée comme éreintante ou dépassant les ressources de la personne »

Il distingue 2 types de Coping :

- Le Coping ACTIF : Ce sont les stratégies centrées sur le problème. Ce sont tous les efforts, l'énergie déployée, l'acquisition de nouvelles compétences pour modifier la situation et l'adoption de nouveaux comportements.

- Le Coping d'ÉVITEMENT (Coping palliatif) : Ce sont les stratégies centrées sur les émotions. C'est la mise à distance, l'évitement et toutes les tentatives pour réguler ses réactions émotionnelles et se sentir mieux sans résoudre le problème.

Pour LAZARUS, le Coping fait partie d'un processus transactionnel, initié en réponse aux évaluations primaire et secondaire et dépend tout autant de la situation que de l'individu : Le coping est un processus changeant dans lequel une personne doit, à certains moments, faire davantage confiance à une forme de coping, disons des stratégies défensives, et à d'autres moments à des stratégies centrées sur le problème, au fur et à mesure que change le statut de la relation personne-environnement (LAZARUS et FOLKMAN, 1984) [18] En d'autres termes, le coping consiste en des efforts variés, qui peuvent changer au fur et à mesure qu'évolue la transaction. L'individu va changer de stratégie en fonction de l'efficacité des stratégies adoptées jusqu'à présent.

Pour d'autres, le coping est une disposition stable et fonction de la personnalité de l'individu. Nous pensons, comme LAZARUS, que le coping est un processus en constante évolution.

Stratégies de Coping et BURNOUT ?

Au Travail, l'importance du coping est considérable.

En 1991, LEITER va intégrer la notion de coping au processus de burnout auprès de 70 membres du personnel en hôpital psychiatrique. [21] Il va tester 2 stratégies de coping : le coping centré sur le problème d'une part et l'évitement-fuite d'autre part. Il va confronter ces stratégies aux dimensions du MBI. Les agents stressés de l'étude sont la charge de travail et les conflits interpersonnels.

Les résultats sont les suivants : les individus qui utilisent les stratégies pour y faire face présentent moins d'épuisement émotionnel élevé et leur accomplissement personnel est plus fort. Le coping de contrôle est associé à un faible degré du burnout. On trouve toutefois peu d'effets sur la dépersonnalisation. Pour LEITER puisque ce coping évite l'émergence d'un épuisement émotionnel, il influence les capacités à endurer les événements stressants. Et en étant associé à un meilleur accomplissement, il renforce l'évaluation positive des actions entreprises et de leur efficacité. Les stratégies d'évitement s'avèrent par contre inefficaces pour prévenir le burnout, même si l'on souligne qu'elles sont efficaces en l'absence de changement possible. Mais pour des professionnels de l'aide, en particulier des médecins, envisager que rien ne peut être fait (ou réagir comme si rien ne pouvait être fait) est sans doute en contradiction avec les valeurs qui les inspirent. D'autres études confirmeront les résultats de LEITER, avec un effet associé sur la dimension «dépersonnalisation ». L'engagement diminue la DP, la fuite augmente la DP. La LIMITE du Modèle de LAZARUS : C'est un

modèle particulièrement individualisant. Il n'est pas possible de prédire le comportement en se basant sur des mécanismes qui dépendent exclusivement de l'individu. Il est fort probable que le coping dépende aussi de facteurs collectifs, culturels ou organisationnels ; et ce d'autant plus au travail : style de management, modes de gestion, support disponible... Le coping est déterminé en partie par l'Organisation du travail. Aujourd'hui on aborde de plus en plus le coping, non pas en tant que processus réactif mais pro-actif.

Le COPING pro-actif

De plus en plus, l'intérêt est porté vers ce qui peut être fait en amont de l'apparition du stress à la différence du coping réactif qui s'amorce quand la menace est déjà présente et installée. Le Coping pro-actif est une anticipation des facteurs de stress potentiels et de l'action pour les prévenir.

➤ ***La THEORIE de la CONSERVATION des RESSOURCES***

La théorie de la conservation des ressources, élaborée par HOBFOLL en 1989, [44] présente une conception originale du stress. Elle sert de plus en plus de référence dans les recherches sur le burnout. C'est une conception du stress moins individualisant, que le modèle transactionnel de LAZARUS et FOLKMAN et une alternative à perspective plus sociale. Elle se décline en trois thématiques :

1- Protéger et développer ses ressources

Le postulat fondamental de la théorie : Les individus sont motivés à obtenir, protéger et développer ce qu'ils valorisent, c'est-à-dire leurs ressources. Face à un environnement changeant (changements aujourd'hui omniprésents) les individus dépendent de leurs ressources et de leur capacité à les mobiliser pour s'adapter aux conditions nouvelles. Le stress provient du défaut d'ajustement entre les ressources psychologiques, sociales, économiques de la

personne et les exigences de la situation. La notion de déséquilibre individu/environnement est retrouvée mais sous un angle différent.

Les ressources sont multiples et de natures diverses. En 1998, HOBFOLL va en énumérer 74 essentielles dans les pays occidentaux. [44] Ces ressources peuvent être :

- des Objets : vêtements, moyen de transport, matériel pour travailler, appareils ménagers, bijoux, argent de côté...
- des Conditions : santé personnelle ou de ses proches, vie de couple heureuse, enfants, soutien social et amical, emploi stable, revenus suffisants, sécurité financière pour la retraite, assurance, mais aussi temps suffisant pour dormir...
- des Caractéristiques personnelles : sens de l'humour, optimisme, autodiscipline, qualifications, sentiment positif vis-à-vis de soi-même, estime de soi, fierté personnelle mais aussi avoir des objectifs dans la vie...
- des Éléments qui favorisent le dynamisme : sentiment d'engagement, connaissances, reconnaissance, soutien de collègues, vigueur, endurance, capacités de communication, d'organisation... Un point essentiel de la théorie : les ressources sont liées entre elles. Le gain ou la perte d'une ressource dans une catégorie retentira sur d'autres catégories ; principe du cercle vicieux ou vertueux. Exemple. La perte d'un emploi : retentissement sur l'estime, le salaire, l'acquisition d'objets et d'éléments qui favorisent le dynamisme.

Pour HOBFOLL, le stress psychologique apparaît dans 3 cas :

- quand les ressources de l'individu sont menacées ;
- quand les ressources de l'individu sont effectivement perdues ;

- quand les individus investissent des ressources et ne reçoivent pas les retours anticipés. Selon HOBFOLL, c'est essentiellement dans cette dernière situation que survient le burnout.

2- La primauté des pertes

C'est le premier principe de la théorie : « La perte des ressources a un impact disproportionné comparativement au gain de ressources. » En considérant des quantités égales de pertes et de gains, les premières ont un impact (négatif) plus fort comparativement à l'impact (positif) des secondes. Plus que les récompenses, ce sont les pertes, ou la crainte de voir ses ressources diminuer qui influencent le comportement.

En 2001, HOBFOLL va citer plusieurs études qui accréditent ce principe de primauté de perte des ressources. Appliqué au burnout, ce principe prédit que les relations difficiles avec les collègues, des évaluations négatives de la part des supérieurs, une surcharge de travail, auront plus de retentissement psychologique que la cohésion d'équipe, le soutien du supérieur ou la possibilité d'exercer et de développer ses compétences.

3- La nécessité d'investir ses ressources

Le second principe : « Les individus doivent investir des ressources afin de se protéger de la perte et afin d'en acquérir des nouvelles »

La théorie de conservation des ressources est structurée par ces 2 principes et par 4 corollaires :

- 3.1. « Ceux qui ont de plus grandes ressources sont moins vulnérables face aux risques de pertes de ressources et plus capables d'orchestrer un gain de ressources. Inversement, ceux qui ont peu de ressources sont plus vulnérables face aux risques de perte et moins capables d'acquérir de nouvelles ressources. »

- 3.2. « Non seulement ceux qui manquent de ressources sont vulnérables à la perte d'autres ressources, mais cette perte engendre d'autres pertes. »
- 3.3. « Ceux qui possèdent des ressources sont plus à même d'obtenir des gains.»
- 3.4. « Ceux qui manquent de ressources adopteront une position défensive pour conserver leurs ressources. »

❖ *L'EP et la Dépression*

La dépression est une maladie psychosomatique, une affection chronique, évolutive, se manifestant surtout par des épisodes dépressifs majeurs récidivants; Avec des intervalles libres durant lesquels les symptômes résiduels sont fréquents.

Cet épisode dépend à la fois du fonctionnement psychologique et de facteurs neurochimiques. Il est diagnostiqué par les critères du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux dans sa 4ème révision « DSM IV » [44] et correspond à l'épisode dépressif de la classification internationale des maladies dans sa 10ème édition « CIM-10 »

En théorie, il est possible de retrouver le Burn-out de façon isolée. Il en va de même pour la dépression. Mais dans les faits, les deux sont reliés de très près. La discussion diagnostique entre «burnout» et « dépression » repose sur les constats suivants :

- Il existe des sentiments dépressifs lors de l'épuisement professionnel, en particulier dans le sentiment de diminution de l'accomplissement personnel.
- Les diverses plaintes somatiques peuvent faire évoquer des diagnostics de dépression masquée ou de dépression essentielle. Ces raisons amènent un certain nombre de psychiatres à tenter de réduire le burnout à une forme clinique de la dépression. Néanmoins, si l'épuisement professionnel ainsi que

le stress chronique peuvent faire le lit d'une véritable dépression majeure, il est tout de même possible de distinguer «burnout» et « dépression » :

● Si le burnout est généralement perçu comme un problème lié au stress dans le milieu de travail, la dépression est un phénomène plus complexe qui peut s'infiltrer dans toutes les sphères de la vie. (Même si là aussi certains psychiatres considèrent que le burnout n'est qu'une manifestation au travail d'une dépression affectant plusieurs aspects de la vie.) [15]

- Il n'y a pas de ralentissement psychique et/ou moteur dans le burnout.
- Enfin, tout épuisement professionnel ne débouche pas inmanquablement vers une maladie dépressive. L'épuisement professionnel n'est pas non plus assimilable à une dépression réactionnelle, car il n'y a pas de facteur déclenchant nettement identifié, mais l'accumulation d'un stress chronique déclenché par des facteurs multidimensionnels.

Selon Pierre CANOÛÏ, Psychiatre et Docteur en Ethique Médicale, l'épuisement professionnel se distingue bien de la dépression [4]:

- Sur un plan sémiologique, le sentiment de perte d'accomplissement couvre exclusivement le domaine professionnel. Les symptômes dépressifs présentés restent le plus souvent localisés et limités au secteur professionnel. La symptomatologie n'envahit pas les autres domaines de la vie.

- Il n'y a pas de ralentissement psychomoteur. Et de manière générale, si l'on respecte de manière rigoureuse les critères du DSM, tous les critères nécessaires et suffisants au diagnostic positif de dépression, ne sont pas réunis en cas de burn out.

- Enfin l'épuisement professionnel survient la plupart du temps chez des sujets indemnes de tout trouble mental et sans antécédent psychiatrique notable.

- CANOUI précise que lorsque le burnout se complique d'une véritable dépression, il n'est pas possible de parler de dépression réactionnelle car il n'y a pas de facteur déclenchant au sens strict, nettement identifié. La dépression est secondaire au burnout, lui-même le résultat d'un stress chronique.

❖ *L'EP et Troubles Anxieux*

Tout comme la dépression, les troubles anxieux sont définis par des critères bien précis en psychiatrie. Pourtant tout comme la dépression, les troubles anxieux présentent des zones de recouvrement et des similitudes avec le burnout. Mais l'épuisement professionnel n'est pas une maladie mais un processus. Il peut faire le lit d'un trouble anxieux et le stress peut générer de l'anxiété mais les mécanismes physiologiques et biochimiques sont différents. Extrapolé au langage, stress et anxiété, sont des « faux amis », une ressemblance dans l'apparence mais le sens est différent. [44]

❖ *L'EP et Somatisations*

Les somatisations sont très fréquentes en cas d'épuisement professionnel. Elles sont également très souvent rencontrées en pratique courante en psychiatrie. Aucun de ces signes cliniques n'est spécifique. Somatisation : ensemble de troubles représentés par des symptômes physiques multiples, variés, variables dans le temps, habituellement présents depuis des années, dont le bilan organique est négatif (aucune lésion objectivable). Ils ne sont pas volontaires et les motifs en sont inconscients. A distinguer de la maladie psychosomatique : maladie somatique avec lésions dont l'évolution est sous la dépendance de facteurs psychologiques. [44]

A la différence des somatisations en psychiatrie, il n'existe aucun trouble psychiatrique associé. Et pour exemple : à la différence de l'hypochondriaque, l'« épuisé » ne craint pas d'être atteint par une maladie ; et

à la différence du syndrome de conversion, il n'y a pas d'altération ou de perte d'une fonction physique. [44]

❖ **Eviter la confusion [4]**

L'engouement pour le concept du burnout risque d'amener à certaines confusions. 1° Il y a un risque à faire de l'épuisement professionnel « un fourre-tout » commode dans lequel viendront prendre place toutes les revendications professionnelles et/ou corporatistes. 2° Un deuxième risque est celui de méconnaître de réelles pathologies psychiatriques dépressives, anxieuses, paranoïaques qui prendraient le masque d'un burnout et prétendraient n'être que cela. 3° Un troisième risque, en élargissant à l'extrême le champ de ce que le syndrome d'épuisement professionnel peut couvrir, est de perdre l'intérêt d'une approche ergonomique et particulière de certains aspects en pathologie du travail : conditions matérielles en termes de locaux, de matériel, de pollution sonore, du respect de l'intimité des consultations... [4]

Il est donc particulièrement important de distinguer l'épuisement professionnel de l'insatisfaction au travail. 4

1.2.5. Autres concepts voisins et syndromes annexes au Burn out

Comme il n'est pas toujours aisé de codifier des concepts qui peuvent recouvrir des situations cliniques assez semblables, il serait indispensable de définir et étayer certains de ces concepts proches du burnout en mettant « des mots sur les maux »

La fatigue [6]

La fatigue est une réponse physiologique, naturelle et réversible à un effort spécifique identifiable. Dans la fatigue simple, la cause est toujours identifiable et physiologiquement explicable. Par ailleurs, cette réaction est

volontiers réversible : il suffit de dormir et se reposer suffisamment. Si ce n'est pas le cas après quelques jours de repos, probablement nous sommes en présence d'un autre syndrome.

La fatigue chronique ou Fibromyalgie [6]

[18] Bien que ce syndrome ne soit pas unanimement reconnu dans les milieux scientifiques et médicaux, il se caractérise par l'intensité de la fatigue qui est particulièrement invalidante et par les douleurs articulaires et musculaires intenses. Les fibromyalgiques parviennent rarement à avoir plus de quelques heures d'activités par jour et chroniquement paient très cher les jours suivants la moindre augmentation de leur activité. Il n'y a pas à l'heure actuelle, de traitement de la fatigue chronique à part la relaxation.

1.2.6. Les étapes du burn out

Il est rare que le syndrome d'épuisement professionnel s'installe d'emblée d'un seul tenant. Comportant différents degrés d'intensité et suivant une progression étalée sur des mois ou même des années, l'épuisement est plutôt insidieux, si bien qu'il peut être, la plupart du temps, décrit en 4 phases successives : [17,41]

➤ Phase d'enthousiasme idéaliste

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

- Phase de stagnation inefficace : Le soignant commence à s'essouffler, les choses ne se passent pas comme prévues, les patients ne changent pas vite, l'administration ne coopère pas assez et les demandes de soins ne diminuent pas. Même en décidant de consacrer plus de temps, d'énergie et d'efforts à son travail, ceci ne produit pas les résultats escomptés. Il a donc l'impression de « frapper contre un mur »

Le travail commence à perdre son aspect primordial et il se produit un désinvestissement progressif qui fait qu'il n'est plus vécu comme excitant. L'individu se replie ainsi dans sa « carapace »

- Phase de désillusion, de frustration : C'est à ce moment-là que se développent classiquement les troubles physiques, comportementaux et émotionnels du syndrome. Le sujet s'interroge sur le sens de son travail, remet en cause ses choix, se sent mal et n'a plus envie de travailler. « Ça sert à quoi ? Est-ce que ça en vaut vraiment la peine ? » Il commence à douter de lui, de son jugement, de ses capacités et de son efficacité dans la relation d'aide. Une période de questionnement sur la pertinence de ses choix professionnels s'installe alors. « Ce serait-il trompé, serait-il en train de faire fausse route ? » Les patients deviennent de plus en plus lourds à tolérer, le personnel n'offre pas l'appui désiré, les patients sont perçus comme ingrats et ennuyeux, même les confrères semblent manquer de respect professionnel. Le médecin, de plus en plus dévalorisé et ne jouissant plus de la considération d'antan, se sent mal à la maison : il dort moins bien, est plus tendu, se sent moins près des siens, de son conjoint et de ses enfants ; Sa vie familiale ou intime s'en trouve appauvrie. Apparaissent ensuite les problèmes de santé que le soignant tente de s'auto-traiter, maladroitement, en utilisant des médicaments ou d'autres substances (alcool, drogue). Des mesures n'ayant souvent pour effet que

d'accélérer le processus qui suit. L'envie de mutation ou de reconversion survient, associée à l'impression qu'il ne pourra rien faire d'autre, qu'il est un « bon à rien ».

C'est à ce moment crucial que la réaction dépressive le guette.

- Phase d'apathie, de démoralisation : Le candidat sur la voie du «burnout» se sent alors nettement dépassé, incompetent et presque chroniquement frustré au travail. Tout en reconnaissant qu'il n'en a besoin que pour des raisons purement économiques, il ne croit plus aucunement en son travail ; ce qui est quelque peu réducteur et lui renvoie une image dévalorisée de lui-même. Une position de sécurité est recherchée en évitant les conflits et les relations humaines, il se met sur la touche et se protège de tout ce qui pourrait le mettre en danger. Le sujet vit alors comme « en sursis », déteste son travail, arrive en retard, manque des rendez-vous, néglige ses dossiers et sa formation professionnelle : c'est l'impasse, le désespoir. Il veut tout lâcher et peut songer au suicide. A cette phase, l'individu « brûlé » a besoin de soins spécialisés car si cet état se prolonge, il conduit sans doute à une dépression majeure classique. Il est à signaler que, bien entendu, l'épuisement ne se développe pas toujours de façon univoque, progressive et linéaire. Néanmoins, la description de ces 4 étapes illustre bien les processus dans leur dimension psychodynamique, notamment en décrivant les mécanismes de surinvestissement et de désinvestissement qui constituent les deux temps du narcissisme : le gonflement narcissique et la dévalorisation qui s'en suit.

1.2.7. Présentation cliniques du burn out

Le vécu clinique de l'épuisement professionnel est complexe, impliquant diverses composantes. L'ensemble des symptômes du burnout, en phase plus ou moins installée, peuvent être regroupés sous 4 aspects :

comportemental, somatique, émotionnel et cognitif. Cependant, ces signes ne sont pas considérés comme étant propres à cet état d'épuisement. [4]

➤ **Sur le plan comportemental**

On pourrait noter chez le professionnel de santé :

- Un désintérêt de plus en plus accentué pour son travail.
- Une appréhension devant les responsabilités professionnelles, avec :
 - Evitement; ce comportement a été retrouvé chez 47% de nos soignants épuisés, avec des taux semblables en comparant les trois niveaux de burnout.
 - Retards.
 - Absences subites et non planifiées, repérées chez 8,4% des sujets en burnout.
- Une apparence négligée avec des signes évidents de relâchement vestimentaire et hygiénique.
- Un manque de professionnalisme.
- Une facilité de rentrer en conflit.
- Une aggravation des comportements d'addiction à des fins auto-thérapeutiques. Une surconsommation d'alcool, de tabac, d'aliments ou de psychotropes pour tenter de diminuer la charge anxieuse ;

Cependant, la réalité des choses fait que cette dépendance augmente l'anxiété à cause de l'effet biphasique de ce type de surconsommation.

➤ **Sur le plan somatique** [4]

Très diverses, les somatisations n'attirent pas d'attention particulière sur une cause précise, même si elles incitent le médecin traitant à des examens nombreux ou renouvelés. Elles sont donc de tout ordre :

- Une asthénie.
- Des algies variables et inexplicables, à type de lombalgies, de cervicalgies ou d'arthralgies.
- Des troubles du sommeil (chacune des phases du sommeil peut être affectée) ; plus que la moitié de nos soignants (59,6%) s'en plaignait. Aussi, selon ses prédispositions particulières, il pourra présenter des symptômes affectant l'un ou plusieurs des sous-systèmes neurovégétatifs, tels :
 - Le système digestif, cible privilégiée des somatisations : réactivation de douleur ulcéreuse, dyspepsies, vomissements, troubles du transit, douleurs abdominales, ballonnement, intolérances alimentaires diverses..
 - Le système cardiovasculaire : palpitations, hypertension artérielle, douleur pseudo angineuse..
 - Le système génito-urinaire : pollakiurie, dysuries psychogènes, dysménorrhées, troubles psychosexuels : dyspareunie, désintérêt sexuel
 - Le système cutané : dermatoses de stress à type d'acné, de psoriasis, prurit, sensation de brûlures..
 - Céphalées, migraine, bouffées de chaleur, tremblements..
 - Episodes infectieux trainants ou récidivants (rhinopharyngites, syndrome pseudo-grippal)

➤ **Sur le plan émotionnel et affectif** [4]

Le sujet peut présenter:

- Une irritabilité, une colère.
- Un profond sentiment d'insatisfaction et de douleur morale. Ces trois éléments se situaient en tête de série selon nos résultats descriptifs.
- Une humeur labile
- la tristesse allant même jusqu'au désespoir, avec des idées suicidaires
- De l'apathie
- Des difficultés conjugales, familiales ou relationnelles avec appauvrissement affectif, tension et insatisfaction Le conjoint passe aussi par des phases de désillusionnement devant le partenaire qui s'isole, qui est de moins en moins présent et qui devient moins aimant et moins aimable. Une situation pouvant facilement conduire à une séparation ou à un divorce, si les mesures appropriées ne sont pas prises à temps.
- L'affect pourra prendre des colorations de méfiance, de distanciation interpersonnelle, de cynisme
- Le soignant pourra aussi exprimer son profond sentiment de frustration en blâmant les autres, l'administration, le système..

➤ **Sur le plan cognitif** [4]

Parmi les signes cognitifs, on retrouve chez le professionnel :

- Des troubles d'attention, de concentration, de mémoire et même de jugement.
- Un fonctionnement mental globalement diminué, se répercutant directement sur son rendement professionnel.

➤ **Les mécanismes de défense** [41]

Tous ces signes montrent une méfiance et une surcharge émotionnelle que le sujet essaye de fuir en mettant en place des mécanismes de défenses. Ils sont de 4 types :

- La rigidité et la résistance au changement avec des attitudes négatives ou pessimistes.
- Un pseudo-activisme qui tente de masquer l'inefficacité du sujet qui se rend à peine compte de sa baisse de performance .Il tente de l'annuler en s'acharnant plus à son travail pour se maintenir à son poste, même s'il dit ne pas trouver de satisfaction au travail.
- Une fuite du travail, qui se caractérise à minima par un désir de changement de poste, au pire par un absentéisme progressif et répété, ou par un désir de mutation.
- A l'inverse, un équivalent a été décrit : le « présentéisme » paradoxal.

1.3. LES FACTEURS ASSOCIES AU BURN OUT

1.3.1. VARIABLES SOCIODEMOGRAPHIQUES

Il est difficile d'établir des conclusions quant au rôle des variables sociodémographiques sur l'apparition du burnout car les études ont des résultats divergents.

1.3.1.1. L'âge

Le rôle de l'âge est encore très discuté dans la littérature. Pour certains, il pourrait influencer l'apparition du syndrome, et donc les personnes les plus jeunes ont plus de risque de s'épuiser [4]; il serait plus fréquent chez les jeunes médecins [41] tandis que pour d'autres, les personnes entre 40 et 50 ans seraient plus menacées.[3]

1.3.1.2. Le sexe

Le rôle du sexe dans la survenue de l'épuisement professionnel est également controversé. Il ressort de quelques études [41] que les femmes sont plus touchées que les hommes. Ceci probablement à cause de leur vulnérabilité physique et émotionnelle, ou auraient elles une moindre maîtrise du travail à cause des autres contraintes sociales et ce souci permanent de pouvoir concilier leur vie professionnelle avec leur vie familiale, aussi importante l'une que l'autre, ou encore serait-il tout simplement l'un des aspects de la « féminisation » de la médecine.

1.3.1.3. La situation familiale

La situation familiale des soignants (statut matrimonial et enfants à charge) est souvent demandée dans les différentes études sur le sujet. Le résultat est malheureusement rarement exploité et le cas échéant il est le plus souvent non significatif ; bien qu'il ressort chez certains auteurs que la vie en famille ait un effet positif sur le moral et soit corrélé à la satisfaction au travail [41].

1.3.2. VARIABLES PROFESSIONNELLES

Plusieurs recherches ont été effectuées sur la relation entre la formation, la fonction, les titres, le nombre d'années d'expérience et le burnout. Les résultats ont conclu qu'il n'y a pas de lien direct [3].

1.3.2.1. L'ancienneté ou le nombre d'années d'exercice

Selon certains auteurs, le burnout diminuerait avec l'ancienneté professionnelle.[32] Il y aurait un pic d'incidence en début de carrière, précisé à moins de 5ans d'activité pour la plupart des études. [32] Il ne serait pas difficile non plus d'expliquer ce constat, puisque c'est bien à cet âge-là que la « flamme motivationnelle » atteint son apogée ; Ce n'est qu'avec la pratique quotidienne que cette « vision idéaliste » du jeune professionnel commence à

se dissiper peu à peu, laissant place à la désillusion, au désespoir et par conséquent au burnout.

1.3.2.2. Le lieu d'exercice

Pour certains auteurs (enquêtes réalisées auprès des médecins généralistes), l'installation en milieu rural semble être une source particulière de stress [32] et favoriserait l'émergence du burnout [38][36], mais plusieurs autres études trouvent les résultats non significatifs.[32][37]

1.3.2.3. Le statut professionnel

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.[14]

1.3.3. LE BURN OUT : UN PHENOMENE MULTIFACTORIEL [17][38][12]

Il est vrai que les enquêtes épidémiologiques réalisées jusque-là n'ont pas mis en évidence de « personnalité pré-morbide » bien définie, ce qui laisse entendre que le burnout syndrome peut toucher chacun d'entre nous. Cependant, on admet qu'un certain nombre de facteurs ayant trait à l'individu et au milieu de travail semblent favoriser l'apparition du syndrome d'épuisement professionnel. On peut dire du burnout qu'il se définit au niveau de l'interaction de l'individu et de son environnement ; et plus précisément de l'interaction du fonctionnement psychosomatique de l'individu et de son environnement physique et psychosocial. Nous avons donc choisi de regrouper les facteurs en cause sous deux grandes catégories :

- Des causes extérieures reliées au travail : elles découlent de l'environnement physique et psychosocial mais aussi du cadre institutionnel.
- Des causes intérieures reliées à l'individu lui-même : elles se définissent au niveau du fonctionnement psychique de l'être.

1.3.3.1. Les causes externes

Il s'agit de l'ensemble des agents « stressseurs » au travail, que l'on peut englober sous le nom de « conditions de travail », incluant la présence de conditions négatives et l'absence de conditions positives. [14] Notre questionnaire met en évidence plusieurs points :

- La spécialité
- Le choix du service
- Le temps et le moyen de transport en milieu du travail
- Les conditions du travail
- Les horaires du travail
- La présence et le nombre de gardes de nuit
- L'évaluation des tâches quotidiennes
- Le climat avec les médecins, les infirmiers et le chef de service
- Les critiques du chef de service

L'environnement physique

C'est le « système des 5M » selon Canoui: [4]

- Le milieu : rassemblant tout ce qui contribue à l'ambiance dans le service, à savoir la température, les lumières, les sonneries, les alarmes ainsi que l'architecture du service.
- les matières premières et le matériel : une mauvaise organisation ou une insuffisance peut être source de déplacement et de perte de temps. La

manipulation de certaines substances dangereuses peut également induire un certain stress.

- les méthodes de travail : regroupant les protocoles, les règles du service, les rapports. Elles sont en constante évolution d'où l'obligation de pouvoir s'adapter rapidement aux changements.
- la main d'œuvre : un effectif insuffisant alourdit sans doute la charge de travail.

➤ La charge du travail [7][37]

Un volume de travail excessif peut être estimé à travers :

- le nombre d'heures de travail par jour - le nombre de jours de travail par an
 - le nombre de patients par soignant - le nombre de tâches journalières ou d'actes techniques à réaliser.
 - la lourdeur des responsabilités attribuées, telle que la sollicitation pour l'enseignement et la recherche. Cependant, on signalera que cette notion de surcharge reste tout de même très subjective : « un soignant peut saturer à quinze patients par jours tandis qu'un autre peut en voir facilement trente. » La surcharge du travail était mentionnée par 66,9% de nos praticiens ; Ceci pourrait aller dans le sens de l'idée que le burnout n'est pas synonyme de « quantité de travail ». Pour reprendre la vision « existentielle » de Pines, le burnout serait donc secondaire à une difficulté à trouver du sens à son travail.
- [7]

➤ L'organisation du travail [7][12]

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

- Un défaut de planification préalable des tâches.

- Une mauvaise répartition des responsabilités des individus
- Une ambiguïté voire un conflit des rôles, la notion d'esprit d'équipe faisant parfois défaut.
- Une interruption des tâches.
- Une mauvaise gestion du temps.
- Un manque de participation lors des prises de décision. On peut ainsi parler d'une « surcharge qualitative » du travail.

➤ La demande continue de services [7][17]

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

- L'absence de moyens permettant d'atteindre la qualité de travail exigé.
- L'augmentation des attentes du public, à savoir des patients, de leurs familles mais aussi de la société. Selon nos résultats, ce facteur augmenterait de façon non significative le niveau de burnout chez l'ensemble des médecins (comparaison du degré du burn out en réanimation, en spécialité médicale et chirurgicale avec $p=0,3$)

L'environnement psychologique [12][24]

- La relation d'aide fait partie intégrante de la profession du soignant. Cependant, une implication trop importante serait plutôt source de stress.
- Le contact permanent avec la mort, la morbidité, la peur et la souffrance.
- La gestion de cas difficiles ou traumatisants.

- L'impuissance face à certaines situations.
- L'absence de guérison rapide, voire même l'absence de guérison.
- L'incertitude des décisions thérapeutiques prises et la peur de l'erreur médicale.
- La confrontation quotidienne à des questionnements éthiques (exemple de l'acharnement thérapeutique).
- Les situations conflictuelles entre les intervenants auprès d'un même patient alourdissent les journées de travail et génèrent du stress.
- Le manque d'échange, de communication, de soutien émotionnel et informatif :
 - ❖ Le cloisonnement ou l'absence de communication dans une équipe liée à la hiérarchie ou au grade fait que chacun s'isole et se sent débordé.
 - ❖ La loi du silence : le soignant s'engage à tenir le secret professionnel et, de ce fait, n'a pas le droit de parler des situations rencontrées à d'autres personnes qu'à l'équipe soignante.
- A ce besoin informatif et matériel s'ajoutent, paradoxalement et de façon récente, deux nouveaux facteurs :
- Le premier est sans nul doute l'augmentation impressionnante des connaissances médicales au cours de ces dernières années. Les publications scientifiques évoluent à une vitesse telle que le praticien ne peut jamais être sûr d'être à la pointe.
- L'apparition de nouvelles technologies est également un facteur de stress important lorsqu'on est incapable de les maîtriser. Les « anciens » praticiens doivent alors se remettre au niveau demandé et s'adapter au milieu qui évolue. De ce fait, ils peuvent remettre en question leurs capacités professionnelles. Ces éléments aboutissant tous, d'une façon ou d'une autre, à la perte de la satisfaction au travail.

L'environnement social

➤ Le manque de reconnaissance [24]

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

➤ Le sentiment d'insécurité [25][12]

- Physique ou verbale : Pouvant faire suite à un refus de prescription, un reproche relatif à un traitement, une décision médicale contestée, ou encore à l'état mental du patient.
 - Psychique : Les patients sont de plus en plus exigeants vis-à-vis du corps médical, leurs attentes ne sont plus modérées et l'erreur est inadmissible. Le nombre de procès intentés aux médecins est donc en nombre croissant ; la peur de la poursuite judiciaire ne fait que s'accroître par conséquent. .
 - Financière : Lorsqu'on parle de salaire dans une profession aussi particulière ou le soignant se donne en entier, l'attente doit être à la hauteur de cet engagement personnel, de l'amplitude des horaires et du service de haute technique et morale offert. Or, à côté de la perte de la reconnaissance et du prestige de la profession, les médecins jugent que leur rémunération n'est plus à la hauteur de ces attentes.
- Une situation professionnelle figée [23] Ou encore, l'absence de possibilité de promotion.

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

1.3.3.2. Les causes institutionnelles [35]

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

➤ Le dysfonctionnement de la structure de soins

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

➤ L'inadéquation du système de formation : L'apprentissage de la prise en charge de la douleur, des soins palliatifs et l'enseignement de la relation soignant/soigné n'étant pas systématiquement ni encore suffisamment inclus dans tous les programmes d'études médicales ni de formation paramédicale.

➤ L'inadéquation du modèle hospitalier

De même, l'image actuelle du premier contact des futurs médecins avec l'hôpital dans leurs stages de services hospitalo-universitaires est très loin d'une médecine personnalisée, faite d'écoute et de relation impliquante.

➤ Les causes internes

Parmi les causes intérieures reliées à la personne, nous pouvons encore une fois distinguer entre la vulnérabilité personnelle au burnout, la conception du travail et l'absence de ressourcement affectif et du personnel adéquat. a) Profil du candidat au burnout:[7] Si l'environnement physique et psychosocial est à peu près le même pour tout le monde, comment se fait-il que tout le monde ne soit pas atteint ou également menacé par le burnout? La réponse à cette question est la même que pour tous les états de mal-être, comme pour toutes les maladies physiques ou psychiques. Dans le burnout, comme dans la plupart des maladies de civilisation, les facteurs psychiques sont décisifs. Ils concernent notamment la conception et l'attitude par rapport au travail, le sens de la "vocation", la volonté de se maintenir à la hauteur d'une certaine image de soi et une trop grande recherche de réussite sociale ou de pouvoir personnel. Ces positions de vie et ces comportements apparaissent décisionnels dans le type de réponse au stress et par conséquent dans l'apparition de ce syndrome d'épuisement professionnel. C'est ainsi que le candidat au burnout contribue à créer son état de mal-être, le plus souvent à son insu. Bien qu'il soupçonne parfois être engagé par sa faute dans un processus irréversible. Mais il préfère ne pas en prendre vraiment conscience - ce qui remettrait trop de choses en question. Voici quelques traits dont certains se retrouvent souvent chez la victime du burnout:

- L'anxiété

Le candidat au burnout vit souvent dans un état d'anxiété, avec l'impression qu'il n'y arrivera pas, qu'il devrait s'y prendre autrement, qu'il s'engage dans une impasse. Un type d'anxieux pourra par exemple se rendre au travail et se sentir trop agité pour fonctionner, n'accomplir pratiquement rien et pourtant se retrouver complètement épuisé en fin de journée. Un autre type d'anxieux accomplira au contraire beaucoup de travail, mais n'en continuera pas moins à

entretenir l'impression qu'il aurait pu faire mieux, qu'il devrait à l'avenir travailler d'avantage, obtenir de meilleurs résultats. Tout le monde souffre relativement d'anxiété. Mais ceux qui se définissent comme des anxieux, chez qui cet état prédomine, éprouvent un constant sentiment d'inquiétude, d'insécurité. Ce qui a pour effet à long terme de les rendre inefficaces, car les états anxieux drainent leur énergie.

- L'esprit d' « entreprise » poussé à outrance

L'esprit d'entreprise est louable en soi. Mais il s'agit ici de ceux qui sont trop entreprenants: les compulsifs de l'action, les ambitieux excessifs, les hyperactifs. Ceux dont l'emploi du temps ne leur laisse pour ainsi dire qu'aucun répit pour les six mois à venir. Ces candidats au burnout sont très exigeants pour eux-mêmes: ils entreprennent tout ce qui se présente à eux, tout ce qui offre le moindre intérêt. Cela tient souvent à ce que leur évaluation d'eux-mêmes dépend, non pas de ce qu'ils sont, mais de ce qu'ils parviennent à accomplir. Ils ont le sentiment de n'avoir aucune valeur s'ils ne sont pas en train d'accomplir quelque chose. L'idée de se relaxer ou simplement de se reposer leur apparaît comme une perte de temps, sous tendue par la peur du vide.

- Le désir de plaire à tout le monde

Ceux qui ne savent pas dire non parce qu'ils ont besoin de plaire à tout le monde pour avoir le sentiment d'exister, sont aussi d'excellents candidats au Burn-out. Nous avons pour la plupart été formés à penser qu'il n'est pas bien de s'occuper de soi et de satisfaire ses besoins. Alors qu'en fait s'occuper de soi et satisfaire ses besoins, parfois même en limitant relativement son ouverture au monde, est essentielle pour maintenir un certain équilibre. Sinon, la capacité de s'engager dans le monde s'en trouve de plus en plus réduite et on entretient l'impression d'effleurer seulement les êtres et les choses. C'est ainsi

qu'on en vient à éprouver le sentiment d'être dépassé et de ne plus pouvoir plaire à personne.

- Le sens d'autocritique trop poussé [23]

Ceux qui sont enclins à l'autocritique ressentent souvent de la nervosité ou entretiennent une certaine culpabilité si leur fonctionnement n'est pas optimal, car ils ont souvent une opinion négative d'eux-mêmes, dont ils sont rarement conscients. Ils estiment qu'ils doivent travailler avec opiniâtreté, comme pour se racheter à leurs propres yeux, sans tenir compte du travail déjà accompli. Ces candidats au Burn out n'ont pas le sens de l'équilibre: ils se vident de leur énergie sans se préoccuper d'en recevoir. Ils travaillent comme des forcenés, sans prendre le temps de jouir de ce qui a été accompli. Le résultat n'est jamais assez bon pour eux.

- Le « vouloir tout faire soi-même »

Certaines personnes ont tendance à ne pas faire confiance aux autres qu'elles estiment incapables de réaliser correctement la tâche ... On retrouve derrière cette attitude la vieille pensée que « si on veut qu'une chose soit bien faite, on doit la faire soi-même. » Curieusement, il arrive qu'elles s'entourent professionnellement de personnes peu rigoureuses ou peu fiables. En projetant leur méfiance sur les autres, ces candidats se retrouvent souvent dans l'obligation de tout faire eux-mêmes. Et cet effort, accompli dans de telles conditions négatives, les pousse au burnout.

- La mentalité de sauveur

On trouve ce type surtout dans les professions de relation d'aide.

Un besoin de réassurance se dissimule parfois derrière un sentiment altruiste. Ces professions exigent au départ un goût de servir les autres et un certain renoncement à soi. Dans ce cas, le plaisir de vivre dépend dans une trop

grande mesure du bien-être, du plaisir, de la satisfaction qu'ils apportent aux autres au détriment de leur capacité à être et de leur identité propre. Globalement, situation paradoxale que de constater que les candidats au burnout se recrutent parmi les éléments les plus valables de la société, tant au niveau de leurs intérêts, que de leurs capacités professionnelles et leurs qualités personnelles.

➤ Le choix de la profession [23]

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

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

➤ Le manque de réalisme [7][17][23]

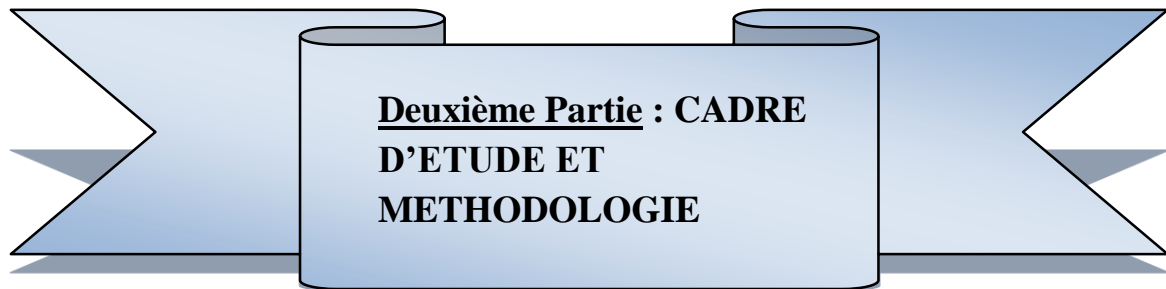
Certains cliniciens mettent en avant l'importance d'un excès d'idéalisation de la profession. En effet, le burnout serait une pathologie de l'idéal professionnel. Il semble alors que le jeune professionnel en cause a une vision idéaliste de son travail, mal adaptée aux dures réalités de la pratique. Le désir de guérir à tout prix, de « se donner » à la tâche, d'intervenir de façon déterminante dans la vie des patients, de croire à un soulagement immédiat pour des troubles évoluant depuis longtemps, a une fonction plutôt décourageante, avec en outre un manque tangible de succès pour de nombreux patients. Il y a lieu de se situer entre l'idéalisme rêveur désincarné et la désillusion mortifère. Il s'agirait probablement d'une forme d'« idéal du moi

», acquise auprès de parents particulièrement exigeants pour leur enfant. [11,31] Il est vrai que pour devenir médecin, il faut une bonne dose d'idéalisme, décompulsivité, une sensibilité particulière à la misère humaine ; mais ces qualités poussées à l'excès pourraient devenir des handicaps à une carrière réussie et augmenter la propension à développer un épuisement professionnel. Ceci amène certains auteurs à énoncer l'idée selon laquelle le « Burn in » est le lit du « burnout » : « la flamme » motivationnelle du patient comporte donc, du point de vue préventif, son danger intrinsèque à savoir celui de l'obligatoire « extinction », à un moment ou l'autre de la carrière professionnelle : le soignant idéal s'éteindra, l'idéal du soignant s'éteindra ; D'où tout l'intérêt d'éteindre, à l'heure, l'idée du soignant idéal

1.4. Outils d'évaluation

L'évaluation du Burn-out utilise des questionnaires et des échelles au nombre desquels on peut citer :

- **Le MBI-22** : Maslach Burnout Inventory, évaluer l'intensité du Burnout (22 items)
- **Le PSS** : Perceived Stress Scale (10 items) de S. Cohen (1983) évalue le stress en milieu professionnel
- **Le BCSQ-36** : Burn-out Clinical Subtype Questionnaire (36 items)
- **Le CBI** : Copenhagen Burn out Inventory, qui explore les dimensions épuisement personnel, épuisement professionnel et épuisement relationnel.



**Deuxième Partie : CADRE
D'ETUDE ET
METHODOLOGIE**

2.1. DEFINITION DU CADRE D'ETUDE

Le cadre d'étude de ce travail est la Clinique Universitaire de Gynécologie Obstétrique (CUGO) du Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou Manga de Cotonou (CNHU-HKM). Le CNHU-HKM de Cotonou est le premier centre de référence à Cotonou, dont la mission est:

- **Assurer en permanence l'accueil et les soins**
- **Assurer une Mission de Formation**
- **Assurer la Recherche**

2.1.1 Description de la CUGO

Le service Clinique Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique (CUGO) où nous sommes restés pour faire notre stage est situées au fond de l'Hôpital. Elle est composée de trois départements ou secteurs contigus.

Le premier est un immeuble à étage qui abrite en son rez-de-chaussée le secteur dénommé bloc technique abritant la salle d'accouchement et les trois blocs opératoires). La salle d'accouchement comporte trois tables d'accouchement.

Le deuxième, situé à l'étage est le secteur des consultations prénatales et d'explorations fonctionnelles en gynécologie obstétrique.

Le troisième département appelé secteur des soins-intensifs comporte deux salles de réception des urgences, et trois salles de soins permettant l'attente des gestantes, parturientes et autres patientes pour accéder soit à la salle d'accouchement, soit en salle d'opération, soit en salle d'hospitalisation.

En outre ce bloc abrite des bureaux pour les sages-femmes, infirmiers et infirmière ainsi que les Aides-soignants. Quant à la consultation elle abrite six cabines d'examen disponible en bataille, une salle d'exploration (échographie, colposcopie), une salle de consultation en planning familial et une salle de conseil et dépistage IST/VIH SIDA. En outre elle abrite une salle d'accueil et

de réception des clientes, une salle annexe des archives, une salle de réunion et les bureaux du chef de service, de son adjoint et du secrétariat. Le deuxième bloc est en un rez-de-chaussée en forme de grand « T » qui abrite les salles d'hospitalisation, et l'unité de soin intensif.

2.1.1.1. Les activités de la CUGO

➤ Le Bloc Technique

Il se pratique en moyenne 3551 accouchements par an soit en moyenne une dizaine d'accouchements par jour. Parmi ces accouchements 1998 ont été réalisées par césarienne en 2014, 117 autres interventions chirurgicales en gynécologie ont été pratiquées (myomes utérins, kystes ovariens, grossesses extra utérines, cœlioscopie, etc.)

➤ La consultation

La CUGO a effectué durant les trois trimestres de l'année 2016 :

- ✓ 5203 consultations prénatales
- ✓ 1589 consultations gynécologiques
- ✓ 702 consultations postnatales
- ✓ 435 consultations en planning familial
- ✓ 2782 consultations d'échographie
- ✓ 2689 accouchements
- ✓ 1531 interventions chirurgicales

➤ L'hospitalisation

Pour les 75 lits offerts on a noté :

- ✓ 19905 journées d'hospitalisation réalisées (jusqu'au troisième trimestre 2016)
- ✓ 74% d'occupation des lits
- ✓ 335 évasions de patientes en cours de soins

2.1.1.1.1. Les difficultés

Les difficultés sont de plusieurs ordres :

- **Infrastructure**

La vétusté de l'infrastructure et son exigüité crée l'inadéquation de la structure à la taille actuelle de la population cible. En effet, depuis 1997 la superficie construite n'a pas changé alors que la population cible est passée de 2,5 millions environ à l'époque à 10,5 millions actuellement.

- **Personnel**

Le personnel de la CUGO est composé de : 75 personnels techniques (médecins, sages-femmes etc...) et de 14 personnels non techniques répartis comme suit :

- ✓ 09 médecins dont 01 enseignant de rang magistral, 02 enseignants de rang non magistral et 06 praticiens hospitaliers. Ils sont tous spécialistes en gynécologie et obstétrique.
- ✓ 27 sages-femmes dont (01) une maîtresse sage-femme et 04 surveillantes sages-femmes.
- ✓ 25 infirmiers dont 02 surveillants infirmiers.
- ✓ 14 Aides-soignants.
- ✓ 14 personnels non techniques dont 02 archivistes, 01 secrétaire et 11 commis d'administration (col vert) chargés de la gestion de la clientèle.

- **Plateau technique**

Il est incomplet, souvent défaillant soit par la qualité défectueuse du matériel technique, soit par l'existence en quantité insuffisante. Tout ceci est lié à l'absence de maintenance préventive du matériel technique.

Toutes ces difficultés sont liées à l'absence d'un plan stratégique de développement dont le financement et la réalisation constituent la préoccupation majeure du staff dirigeant actuel.

2.2. METHODOLOGIE

2.2.1. TYPE ET POPULATION D'ETUDE

2.2.1.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude, transversale, descriptive et analytique du syndrome d'Épuisement professionnel chez les soignants de la Clinique Universitaire de Gynécologie Obstétrique (CUGO) au CNHU-HKM de Cotonou qui s'est déroulée du 1^{er} septembre au 30 décembre 2016.

2.2.1.2. Population d'étude

Elle porte sur 77 soignants dont 45 femmes et 32 hommes composés des médecins, infirmiers, sages-femmes et gardes malades ou aides-soignants de la Clinique Universitaire de Gynécologie Obstétrique (CUGO) au CNHU-HKM au cours de la période d'étude (03 mois).

- Les critères d'inclusion

Tout le personnel soignant (médecin, sage-femme, infirmier et garde malade/aide-soignant) exerçant dans les services de la Clinique Universitaire de Gynécologie Obstétrique (CUGO) au CNHU-HKM de Cotonou.

- Présent au cours de la période d'étude,
- Ayant donné son consentement libre et éclairé en toute anonymat

- Les critères de non inclusion

- Tous les soignants des deux services qui ne répondent pas aux critères d'inclusion ci-dessus définis.

2.2.2. Echantillonnage

Afin de recruter les répondants, nous avons utilisé la liste des soignants présents dans les services de la CUGO. La taille standard de l'échantillon est de 79 soignants à la CUGO. Pendant la période d'étude, nous avons enregistré 2 absents (en congés ou indisposés); soit un total de 77 soignants.

Nous avons pu recevoir les 77 soignants présents soit 97,5% de l'effectif enregistré.

2.2.3. Méthodes de collectes des données

Dans notre recherche nous avons utilisé la méthode d'enquête par les questionnaires et l'entretien.

2.2.3.1. Outils et technique de collecte des données

a) Outils

Il existe plusieurs catégories d'outils de collecte des données. Nous retenons :

- ❖ L'observation participante
- ❖ Les entrevues ou entretiens
- ❖ Un questionnaire élaboré spécialement à partir de documentation sur les avancées scientifiques concernant le sujet, afin d'explorer les variables sociodémographiques ; socio-professionnelles et autres facteurs éventuels responsable du Burn out chez les soignants des deux services. (confère annexe)
- ❖ Une échelle d'évaluation ; le Maslach Burnout Inventory (MBI). Il s'agit d'une échelle standard de mesure utilisé dans l'étude du Burn out au niveau international. Nous l'avons choisi pour ainsi évaluer la prévalence du burn out chez les soignants des deux services choisis. (confère annexe)

Le MBI est un outil simple d'utilisation, fiable et validé en français. Malgré l'apparition de nombreuses échelles. Il reste à ce jour l'outil et l'instrument de mesure de référence dans l'étude du burn out [43].

Le « *Maslach Burnout Inventory (MBI)* » est composé de 22 items qui explorent les 3 dimensions qui définissent le burn out : **l'Épuisement (EE)**, la **dépersonnalisation (DP)**, **l'accomplissement personnel (AP)**.

Chaque dimension est explorée par un certain nombre d'items, dans le désordre :

<i>Dimension du MBI</i>	<i>Nombre d'Items</i>	<i>Questions</i>
EE	9 items	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 18
DP	5 items	5, 10, 11, 15, 22
AP	8 items	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21

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

<i>cotation</i>	<i>Fréquence correspondante</i>
0	Jamais
1	Quelques fois par an
2	Tous les mois
3	Quelques fois par mois
4	Chaque semaine
5	Quelques fois par semaines
6	Chaque jour

Interprétation des Résultats du MBI

- Il ne s'exprime *pas sous forme d'un score global mais sous forme d'un score dans chacune des 3 dimensions* (EE, DP, AP).
- Chaque score est exprimé *en « bas/modéré/élevé »* selon la Version Originale du MBI (Manual de MASLACH et JACKSON). [11]

« Un score ELEVE d'Épuisement Emotionnel (EE) OU de Dépersonnalisation (DP) OU un score BAS d'Accomplissement Personnel (AP) suffisent à définir le burn out. »

- Et en cas de Burn-out, le degré de gravité peut être déterminé.

Le Burn-out est dit Faible, Moyen ou Sévère en fonction du nombre de dimensions atteintes:

- Burn out Faible : si atteinte de l'une des 3 dimensions.
- Burn out Moyen : atteinte de 2 des 3 dimensions
- Burn out Sévère : atteinte des 3 dimensions

(Une dimension atteinte = score EE OU DP élevé OU score AP bas.)

Autrement dit

<i>Score de Burn-out</i>	<i>Dimensions du MBI- Version Française</i>		
	EE	DP	AP
Elevé	≥ 30	≥ 12	≤ 33
Modéré	18-29	6-11	34-39
Bas	≤ 17	≤ 5	≥ 40

b) Les techniques utilisées

Nous avons d'abord procédé à un pré-test en administrant l'échelle MBI et l'auto-questionnaire anonyme à 2 soignants dans chaque service anonyme afin de tester nos outils et apprécier leur sensibilités. S'agissant des techniques utilisées nous retenons :

- La technique d'entretien semi-directif. Cette technique est spécialement utilisée pour l'administration du questionnaire général à chaque soignants et nous a permis de recueillir toutes les données dont nous avons besoin. Ainsi, 77 questionnaires ont été administrés au bout des trois (03) mois de recherches
- L'auto-questionnaire **anonyme** de MBI a été distribué à tous les soignants (77 soignants) de la CUGO. Avant l'envoi, pour accentuer le taux de réponse nous avons présenté le projet aux principaux responsables des services à savoir les chefs services et les surveillants. Un délai

limite de réception des questionnaires « retours » a été fixé à 1 mois.

- L'Observation participante; à l'aide d'une grille d'observation, nous avons enregistré certains faits et gestes sur le terrain qui sont susceptibles d'illustrer certaines réalités liées aux conditions de travail.

c) Diffusion du questionnaire et disposition éthique

Après obtention de l'accord mentionné par une note de service (confère annexe II) du directeur du CNHU-HKM, des chefs services et surveillants concernés, sous une introduction de la lettre de recommandation du coordonnateur des MASTERS de psychologie de l'Ecole Doctorale de la FASHS-UAC, les échelles d'évaluation ont été distribuées (dans l'anonymat) aux soignants toutes catégories confondues des différents services à avoir reçu leur consentement libre et éclairé, en leur demandant de les remplir. Quant au questionnaire général, nous l'avons administré par entretien individuel.

d) Recueil des réponses

L'anonymat des réponses est garanti par le recueil de l'ensemble des questionnaires, préférablement dans des enveloppes, à distance du temps de distribution.

e) Mode de traitement des données

Les données recueillies sont codifiées, puis saisie sous le logiciel CsPRO avant d'exporter sur la plateforme SPSS (Statistical Package for Social Science) pour son traitement. Les résultats produits sont obtenus avec une marge d'erreur inférieure 5%. Les logiciels Excel 2010 et Microsoft Word 2010 sont utilisées pour la réalisation des tableaux, et des figures.

f) Difficultés rencontrées

Elles sont de plusieurs types notamment :

- La coïncidence de notre période d'étude avec les périodes de congés de beaucoup de soignants
- La faible existence d'étude sur le Burn out des soignants d'où la rareté d'ouvrage sur la question.
- La mauvaise répartition des soignants surtout concernant ceux intervenant à la fois au bloc opératoire de la CUGO et à la réanimation en tant qu'anesthésiste.
- La non disponibilité de la plupart des soignants à nous recevoir surtout en temps de travail ce qui a fait que nous étions obligés de faire de garde afin de les croiser et d'avoir d'entretien avec eux. Néanmoins nous avons veillé à ce que les échelles MBI leur soit administré tôt les matins avant qu'ils ne commencent leur journée (de 06 à 8h).

g) Limites de l'étude

➤ *Limites liées aux outils d'évaluation*

Le questionnaire général (confère annexe 2) a été réalisé à partir de nos recherches documentaires et n'est donc ni validé ni reconnu scientifiquement. La comparaison à d'autres études peut être limitée et la formulation des questions ainsi que l'étude de la prévalence du Burn-out à partir de ce questionnaire peut être discutable raison pour laquelle nous avons ajouté l'échelle MBI (confère annexe 1) qui demeure une échelle internationalement validée et efficace dans les études sur le Burnout.

Cette échelle MBI reste néanmoins non validée dans le contexte culturel africain

➤ *Limites liées à l'interprétation du MBI*

L'absence de corrélation entre la clinique et les limites des scores fixés du MBI pose un réel problème d'interprétation puisque le MBI ne permet pas de poser un diagnostic ni de déterminer la prévalence du burnout. En effet le résultat du MBI se présente sous forme d'un résultat pour chacune des dimensions. Pour faciliter la compréhension et mieux assimiler le concept, le résultat est exprimé en burn-out « faible », « moyen » et « sévère » en fonction du nombre de dimensions atteintes mais ces degrés de Burn-out ne sont pas non plus corrélés à la gravité clinique.

➤ *L'Interférence possible avec les troubles psychiatriques*

Les soignants qui présenteraient des troubles anxieux ou dépressifs mais non épuisés sur un plan professionnel pourraient entraîner une surestimation de la prévalence par interaction avec l'échelle MBI. En effet, 70% des individus qui font partie des 5% qui ont les scores les plus élevés d'EE et de DP du MBI sont identifiés comme souffrant d'un trouble psychiatrique. Pour le sentiment d'efficacité professionnelle, cela ne concerne que 14% des individus. [44] A noter que les patients dépressifs compris dans ces 5% peuvent l'être à cause du burn-out.

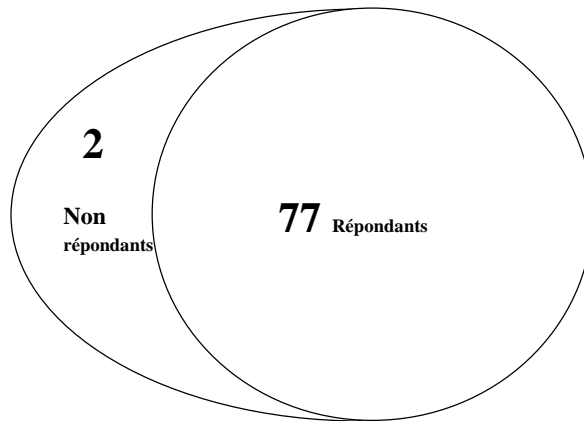
Enfin, signalons que 2 des 22 items du MBI semblent avoir été moins bien compris car une dizaine de soignants se sont abstenus d'y répondre. Ce sont les items 4 et 20. (4. Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent) et (20. Je me sens au bout du rouleau).



Troisième partie :
RESULTATS

3.1. ORGANIGRAMME DE L'ÉTUDE

Cohorte : 79 soignants des services



3.2. TAUX DE REPONSES

Sur les 79 répondants présents pendant notre étude, nous avons pu recevoir 77 soignants ainsi que leur réponse à l'échelle MBI et au questionnaire général.

Le taux de réponses exploitables est donc de 97,5% au total.

3.3. STATISTIQUES DESCRIPTIVES

3.3.1. CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES

3.3.1.1. Age des soignants

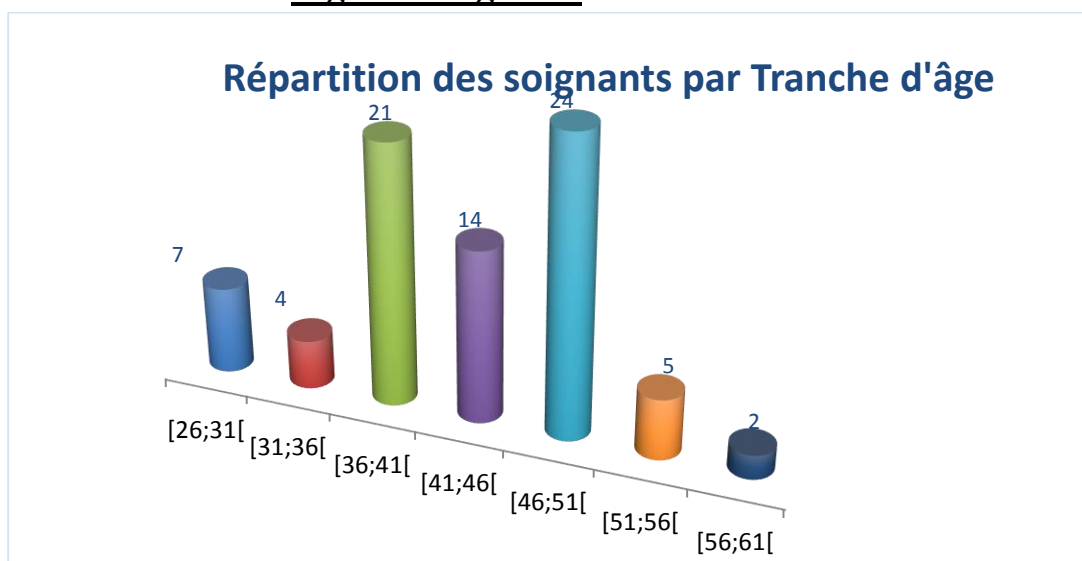


Figure 1 : Répartition des soignants par tranche d'âge

Source : données de l'étude

3.3.1.2. Sexe des soignants

Les résultats révèlent une prédominance féminine soit 58% avec un sex-ratio de 1,4 soit 45/32.

3.3.1.3. La situation matrimoniale des soignants

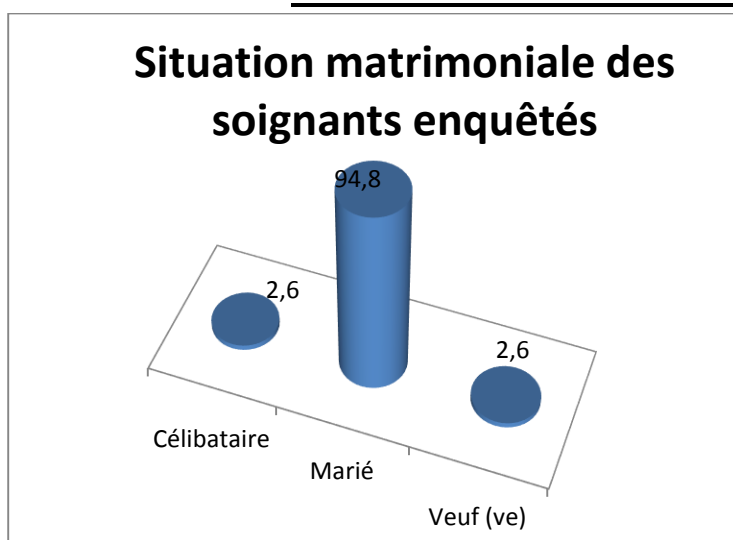


Figure 2 : Répartition des soignants selon leur situation matrimoniale

Source : données de l'étude

3.3.2. CARACTERISTIQUES PROFESSIONNELLES

3.3.2.1. Statut professionnel des soignants

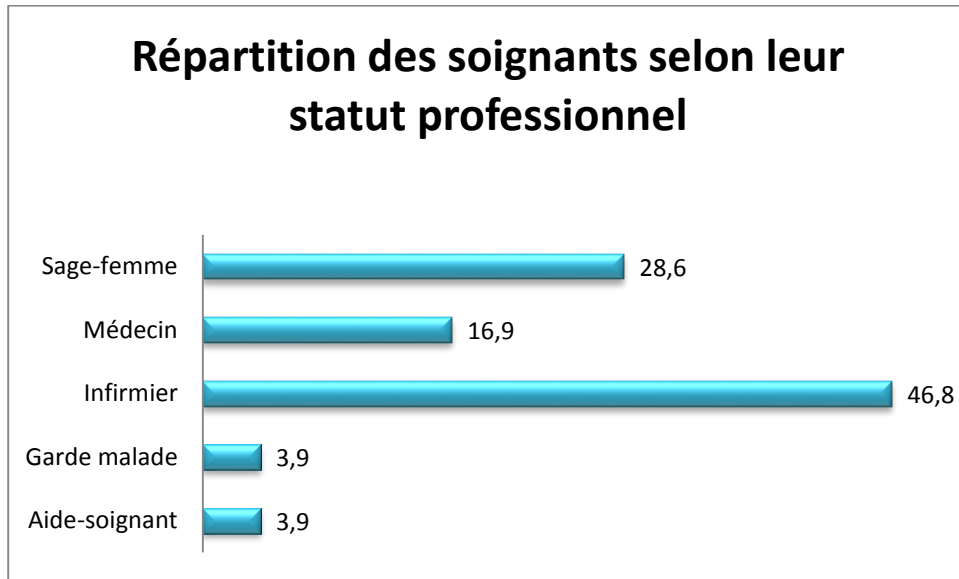


Figure 3 : Répartition des soignants selon le statut professionnel

Source : données de l'étude

3.3.2.2. Spécialités ou services des soignants

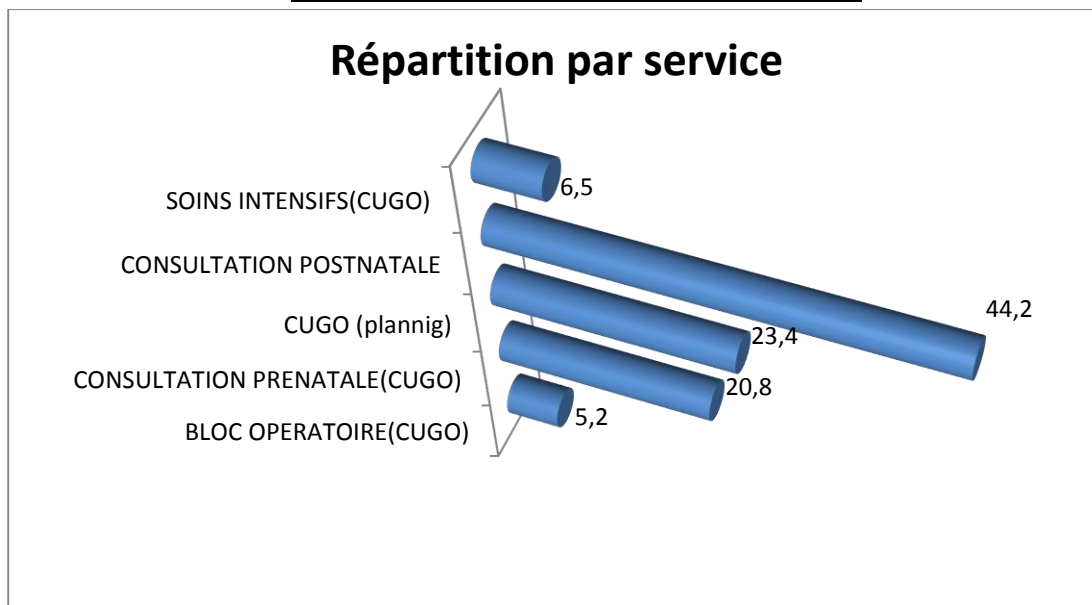


Figure 4 : Répartition des soignants selon leur service

Source : données de l'étude

3.3.2.3. Choix du service

Le service n'est pas choisi selon les règlements établis par le CNHU-HKM ; nous notons donc un choix obligatoire chez 96% des soignants.

3.3.2.4. Ancienneté dans le service

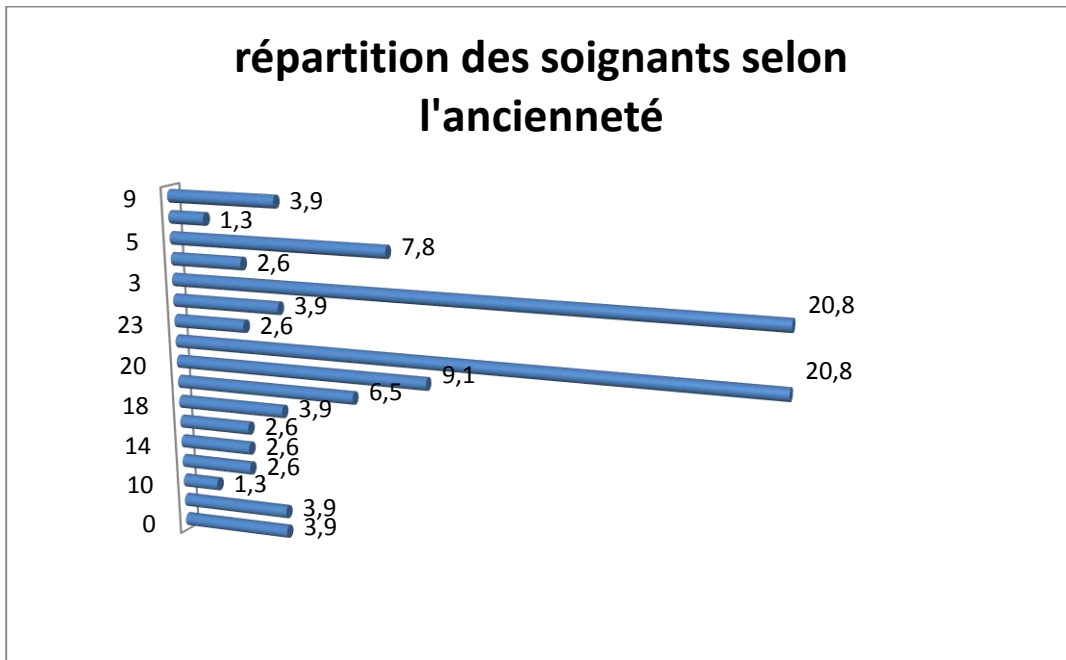


Figure 5 : Répartition des soignants selon leur ancienneté dans le service

Source : données de l'étude

3.3.2.5. Moyens de transport des soignants

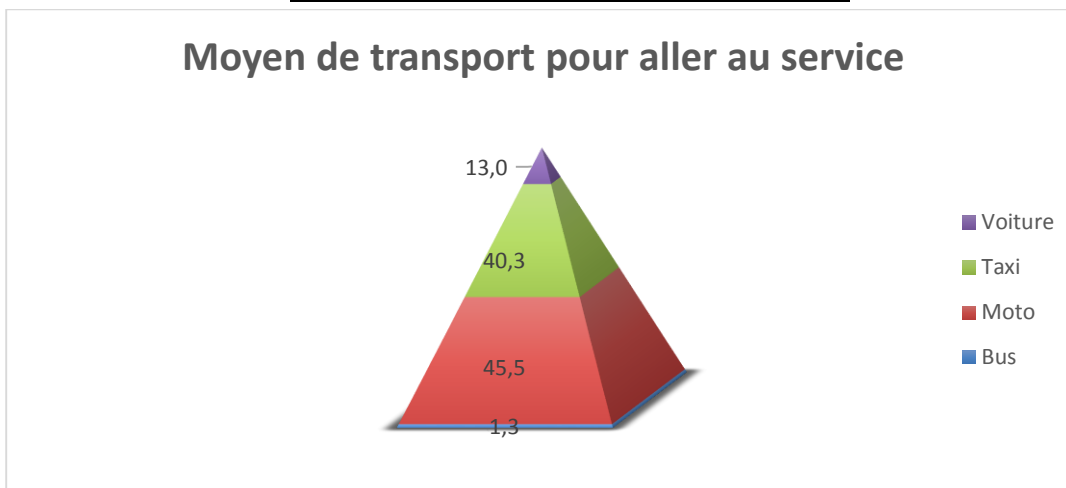


Figure 6 : Répartition des soignants selon leur moyen de transport pour aller au service

Source : données de l'étude

3.3.3. **LES RESULTATS DU MBI**

3.3.3.1. **Les dimensions du MBI**

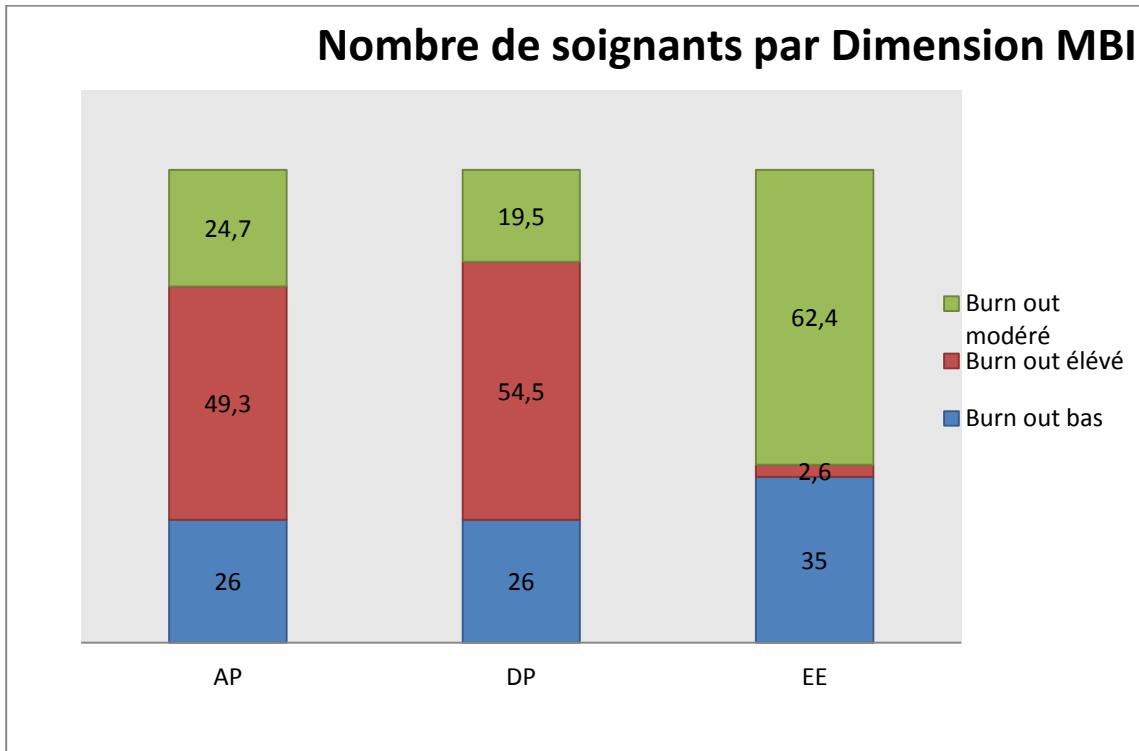


Figure 7 : prévalence du Burn-out par dimension de l'échelle MBI

Source : données de l'étude

3.3.3.2. **Répartition des soignants selon le score obtenu par dimension du Burn out**

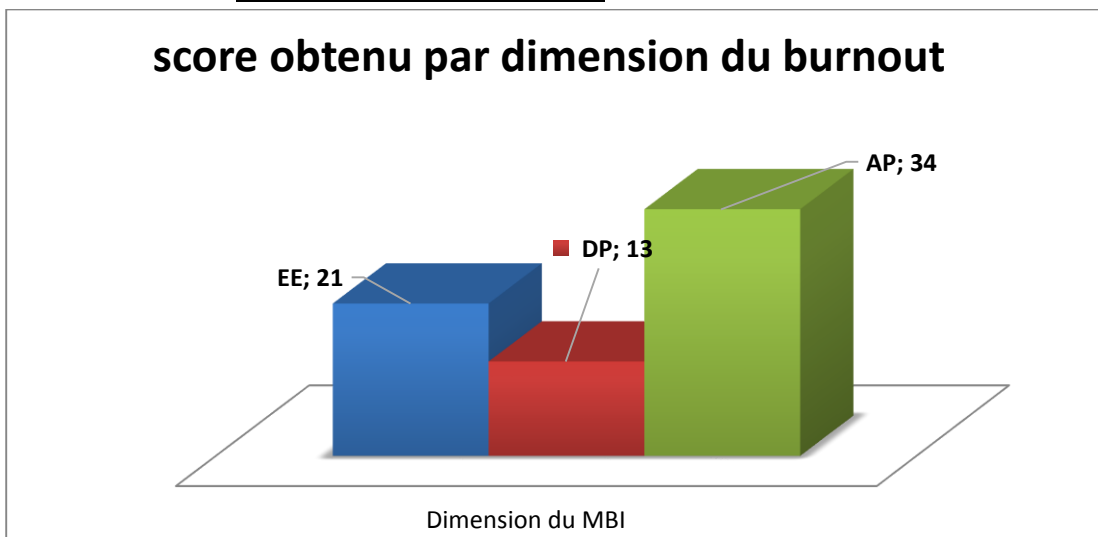


Figure 8 : score obtenu par dimension du Burn out

Source : données de l'étude

3.3.3.3. **Répartition des soignants ayant un burn out élevé**

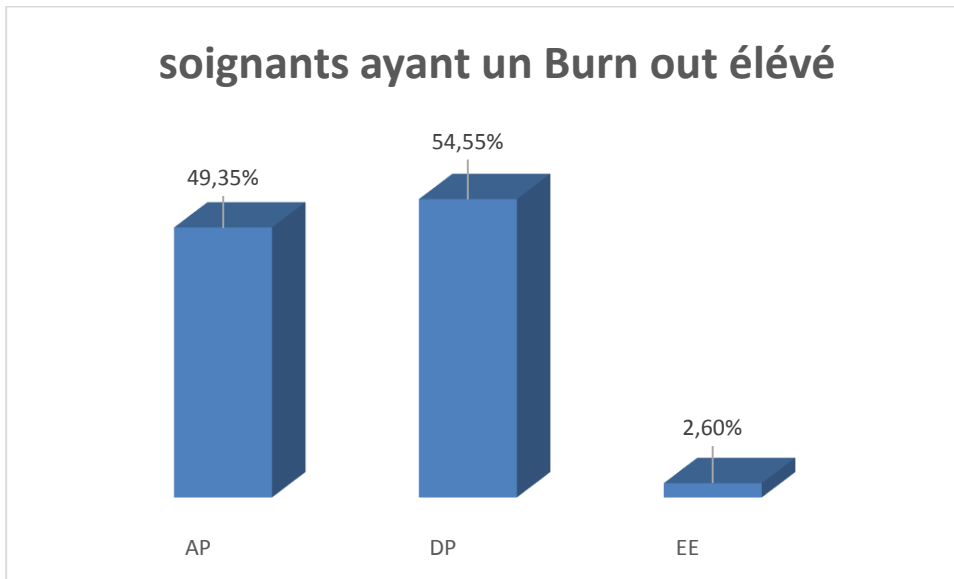


Figure 9 : Répartition des soignants ayant un burn out élevé
Source : données de l'étude

3.3.3.4. **Répartition des soignants selon la réponse à la question : « Pensez-vous être concerné personnellement par l'épuisement professionnel ? »**

84% des soignants ont avoués être concerné par le burnout

3.3.4. **LE BURN OUT ET LA RELATION DE SOIN**

3.3.4.1. **- Répartition des soignants selon les symptômes marquants leur Epuisement professionnel**

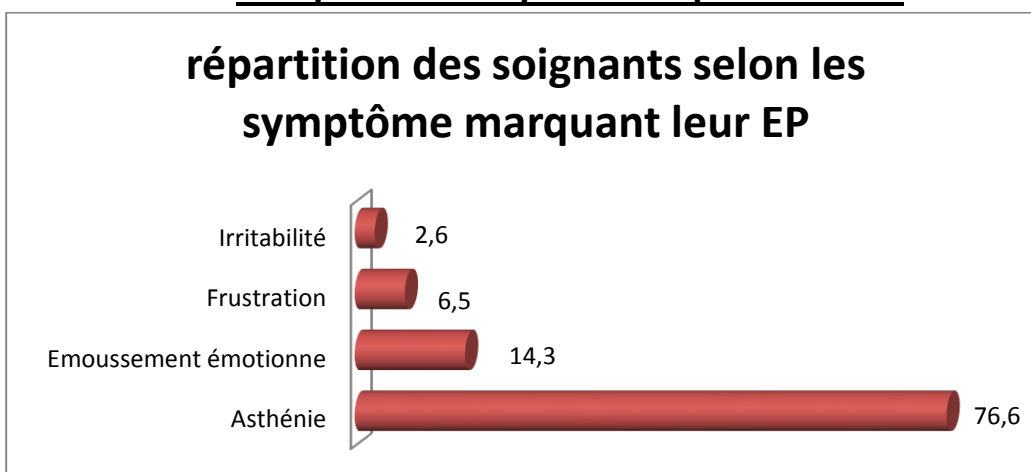


Figure 10: Répartition des soignants selon les symptômes marquants leur Epuisement professionnel
Source : données de l'étude

3.3.4.2. **Répartition des soignants selon la réponse à la question : « vous arrive-t-il d'avoir peur ou d'être stressé devant vos patients »**

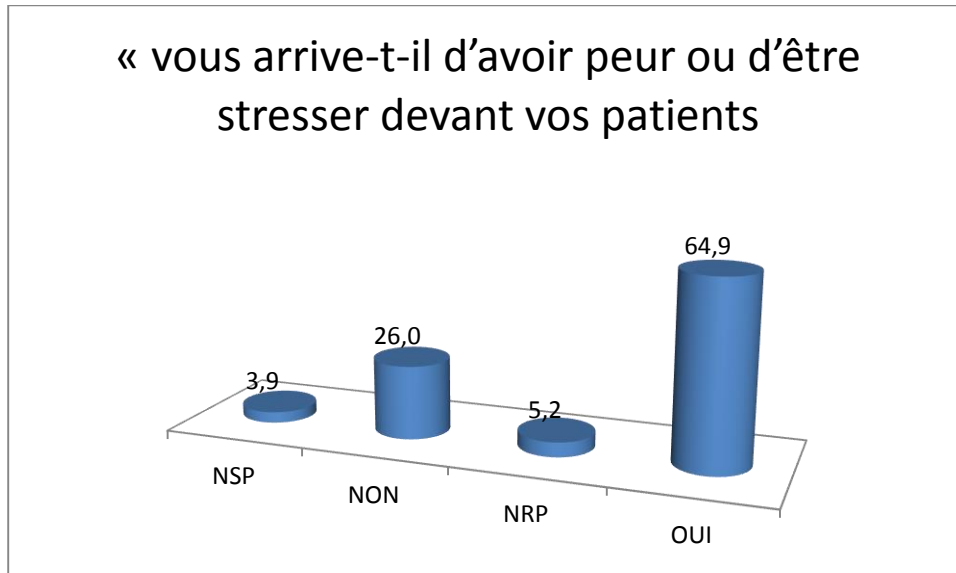


Figure 11 : Réponse à la question « vous arrive-t-il d'avoir peur ou d'être stressé devant vos patients »

Source : données de l'étude

3.3.5. **ORGANISATION DU TRAVAIL**

3.3.5.1. **Conditions de travail**

la moitié des soignants a déclaré que les conditions de travail sont défavorable soit 49% des cas.

3.3.5.2. **Garde de nuit**

Seul 45% des soignants font de garde de nuit.

3.3.5.3. **Prime**

Aucun soignant n'a déclaré bénéficié de prime

3.3.5.4. **Critique du chef**

34% des soignants enquêtés ont déclaré avoir été critiqué voir humilié par leur supérieur hiérarchique.

3.3.6. IMPACT DE CONDITION DE TRAVAIL

3.3.6.1. Conséquence négative du travail

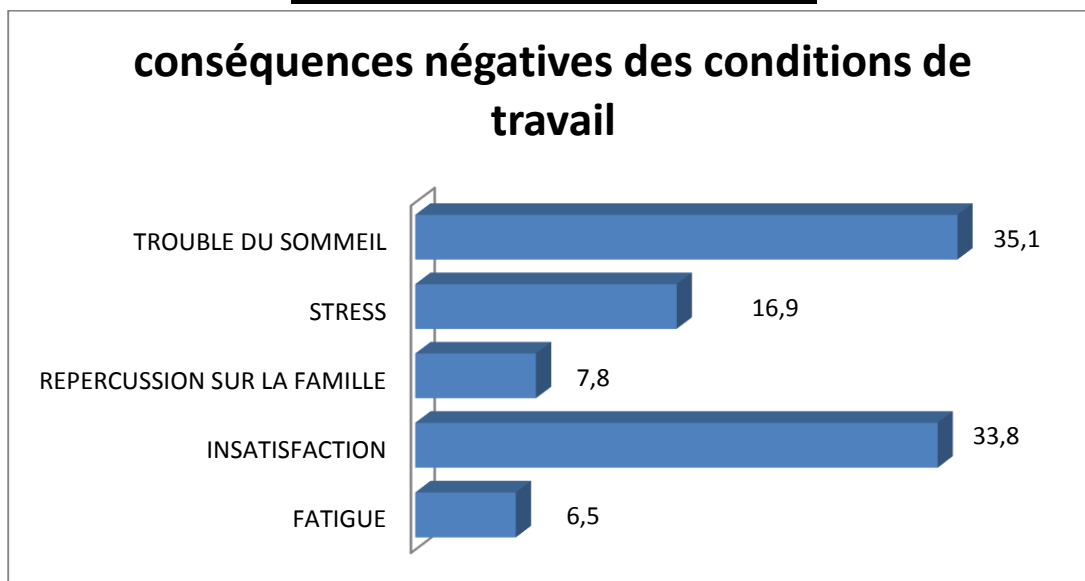


Figure 12 : Répartition des soignants selon les conséquences négatives des conditions de travail

Source : données de l'étude

3.3.6.2. Qualité du sommeil

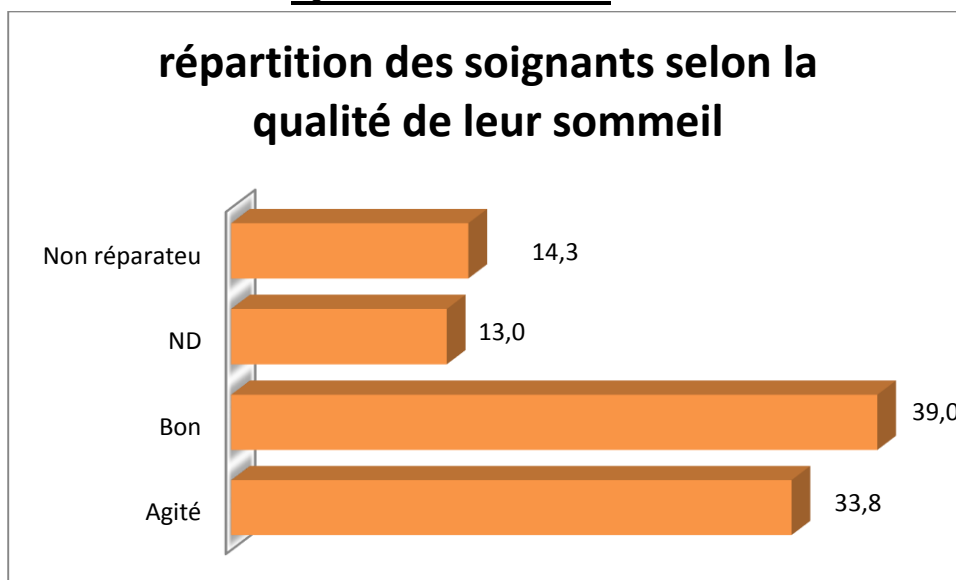


Figure 13 : Répartition des soignants selon la qualité de leur sommeil

Source : données de l'étude

3.3.6.3. Stress professionnel

84% des soignants enquêtés ont déclaré être stressés par le métier

3.3.6.4. Intensité du stress professionnel

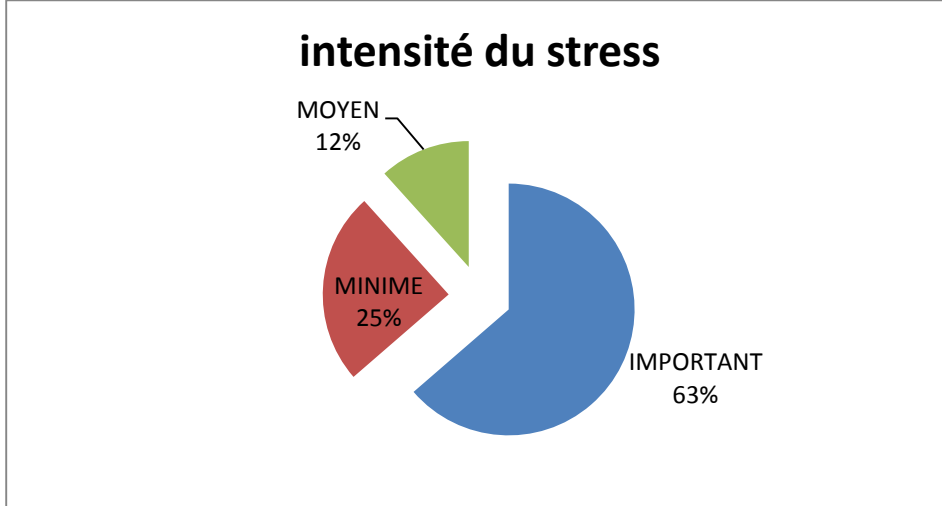


Figure 14 : Répartition des soignants selon l'intensité du stress

Source : données de l'étude

3.3.6.5. Relation avec le chef

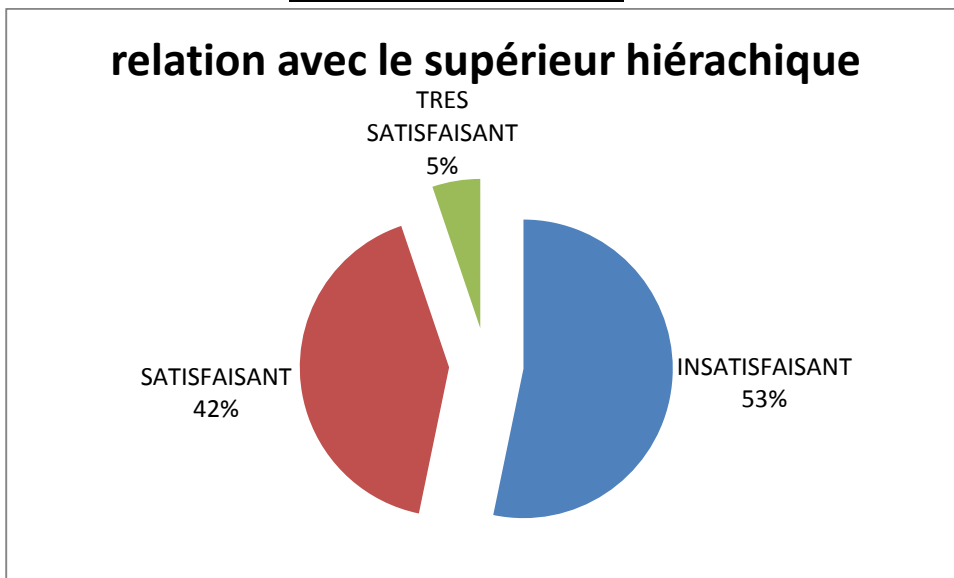


Figure 15 : Répartition des soignants selon la nature de la relation avec le supérieur hiérarchique

Source : données de l'étude

3.3.6.6. Changement de service

62% des soignants enquêtés ont déclaré être prêt pour changer de service si l'occasion leur serait présentée

3.3.7. AUTRE FACTEURS

3.3.7.1. Stabilité familiale

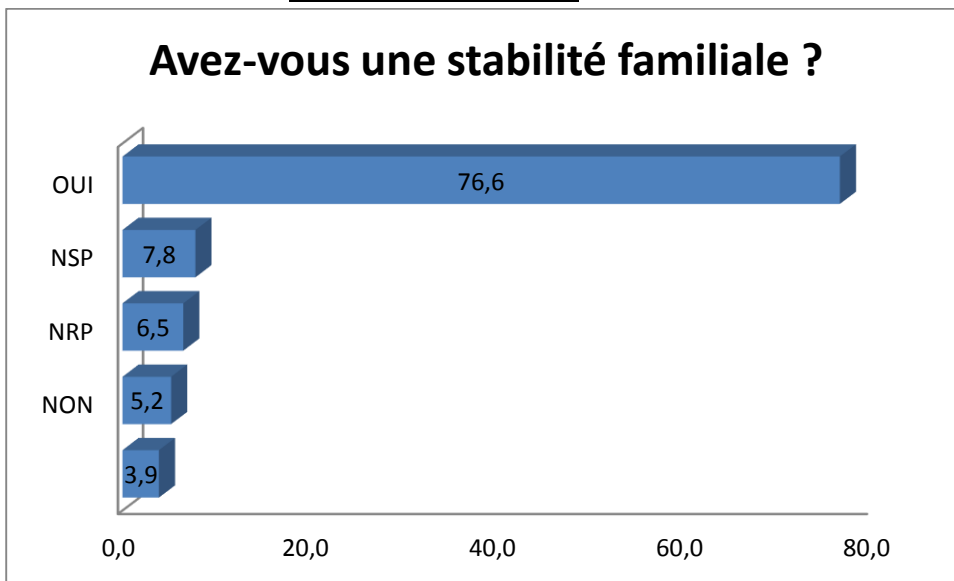


Figure 16 : Répartition des soignants selon la stabilité familiale

Source : données de l'étude

3.3.7.2. Antécédents de consultation psychiatrique

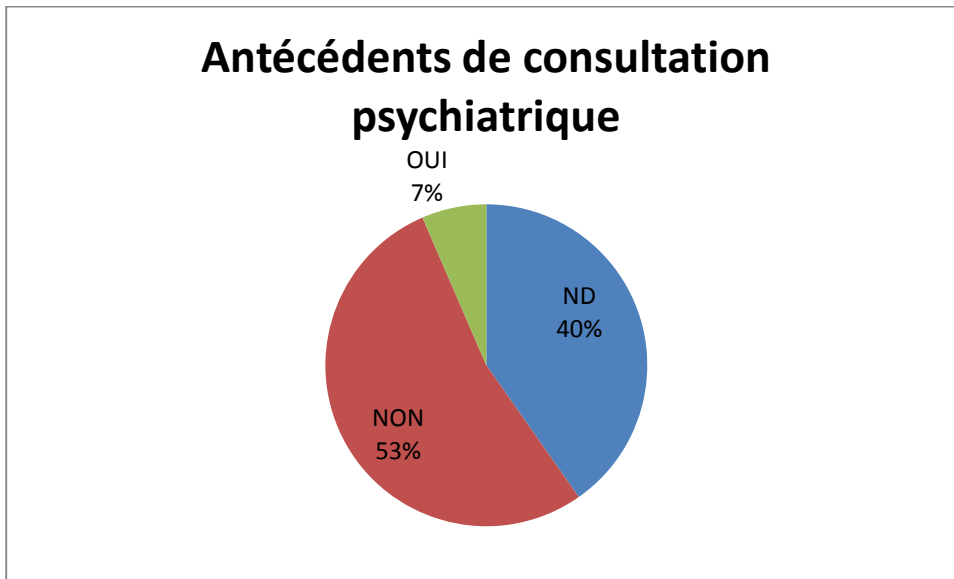


Figure 17 : Réponse à la question « Avez-vous des antécédents de consultation psychiatrique ? »

Source : données de l'étude

3.4. STATISTIQUES COMPARATIVES

3.4.1. Sexe des soignants selon le service

Tableau I : répartition des soignants selon le service.

	SEXE	
	Femme (%)	Homme (%)
BLOC OPERATOIRE(CUGO)	3 (75,0%)	1 (25,0%)
CONSULTATION PRENATALE(CUGO)	16 (100,0%)	0 (0,0%)
CUGO (planning)	11 (61,1%)	7 (38,9%)
CONSULTATION POSTNATALE	10 (29,4%)	24 (70,6%)
SOINS INTENSIFS(CUGO)	5 (100,0%)	0 (0,0%)

3.4.2. Épuisement professionnel selon le service

Tableau II : répartition des soignants selon l'épuisement professionnel par service

	Vous arrive-t-il d'être épuisé professionnellement ?	
	NON	OUI
BLOC OPERATOIRE(CUGO)	0 (0,00%)	4 (100,00%)
CONSULTATION PRENATALE(CUGO)	1 (6,30%)	15 (93,80%)
CUGO (planning)	2 (11,10%)	16 (88,90%)
CONSULTATION POSTNATALE	0 (0,00%)	34 (100,00%)
SOINS INTENSIFS(CUGO)	0 (0,00%)	5 (100,00%)

3.4.3. Qualité de la relation soignant-soigné selon les services

Tableau III : répartition des soignants selon la qualité de la relation de soin par service.

	Quel est alors la qualité de la relation soignant-soigné ?		
	La compréhension des patients est difficile	Peu satisfaisant	Tendue
BLOC OPERATOIRE(CUGO)	0 (0,0%)	4 (100,0%)	0 (0,0%)
CONSULTATION PRENATALE(CUGO)	9 (56,3%)	4 (25,0%)	3 (18,8%)
CUGO (planning)	11 (61,1%)	3 (16,7%)	0 (0,0%)
CONSULTATION POSTNATALE	20 (58,8%)	10 (29,4%)	0 (0,0%)
SOINS INTENSIFS(CUGO)	2 (40,0%)	3 (60,0%)	0 (0,0%)

3.4.4. Qualité du sommeil des soignants selon les services

Tableau IV : répartition des soignants par service selon la qualité du sommeil.

	Comment jugez-vous votre sommeil ?			
	Agité	Bon	ND	Non réparateur
BLOC OPERATOIRE(CUGO)	1 (25,0%)	2 (50,0%)	1(25,0%)	0 (0,0%)
CONSULTATION PRENATALE(CUGO)	9 (56,3%)	7 (43,8%)	0(0,0%)	0 (0,0%)
CUGO (planning)	6 (33,3%)	7 (38,9%)	3(16,7%)	2 (11,1%)
CONSULTATION POSTNATALE	8 (23,5%)	14 (41,2%)	6 (17,6%)	6 (17,6%)
SOINS INTENSIFS(CUGO)	2 (40,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (60,0%)

3.4.5. Personnalité des soignants

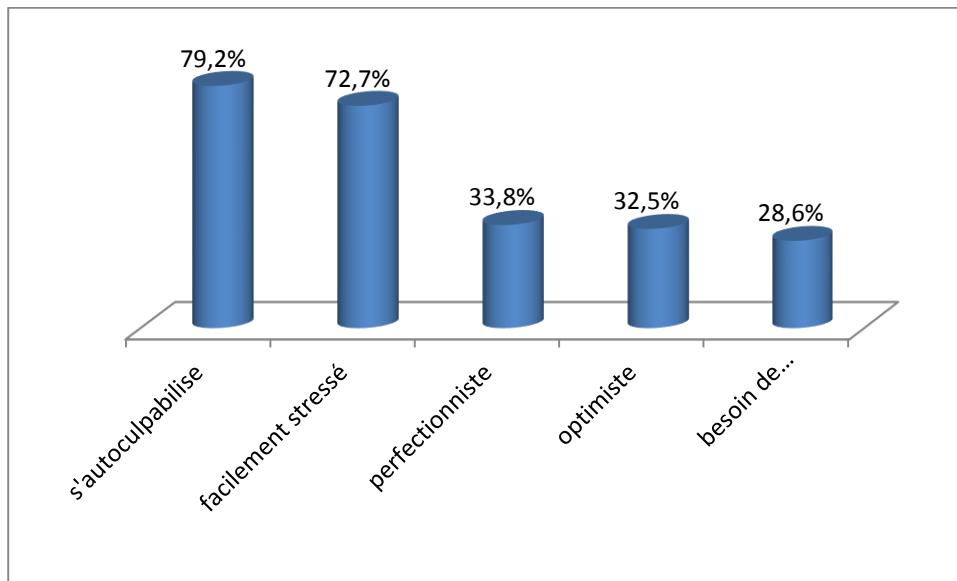
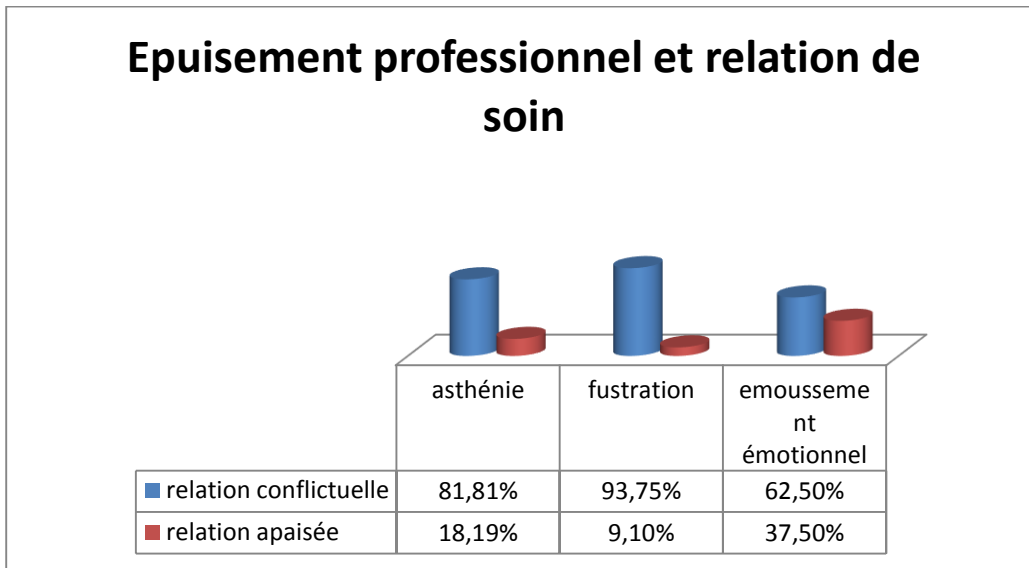


Figure 18 : Répartition des soignants selon leur personnalité

Source : données de l'étude

3.4.6. **Épuisement émotionnel et la relation soignant-soigné**

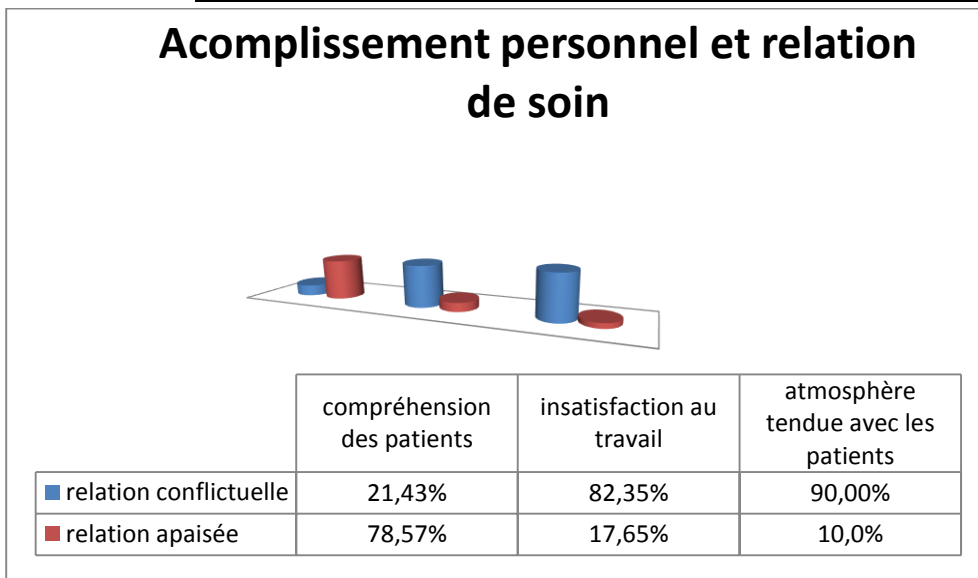


soigné $\chi^2 = 7,295$; $C = 0,25$; $ddl = 2$; $P = 0,01$ $C = 0,25$ indique une relation moyenne entre ces variables

Figure 19: Influence de l'épuisement émotionnel sur la relation soignant-soigné

Source : données de l'étude

3.4.7. **Accomplissement personnel et la relation soignant-soigné**

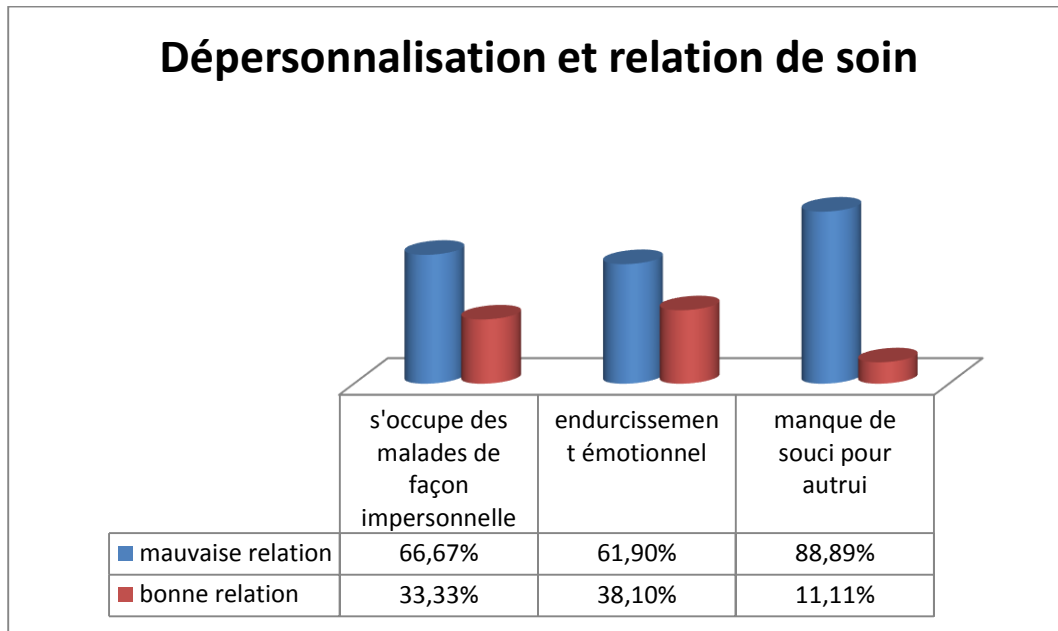


$\chi^2 = 44,516$; $C = 0,54$; $ddl = 2$; $p = 0,01$ $C = 0,54$ signifie que la relation est forte entre les deux

Figure 20: Influence de l'accomplissement personnel faible sur la relation soignant-soigné

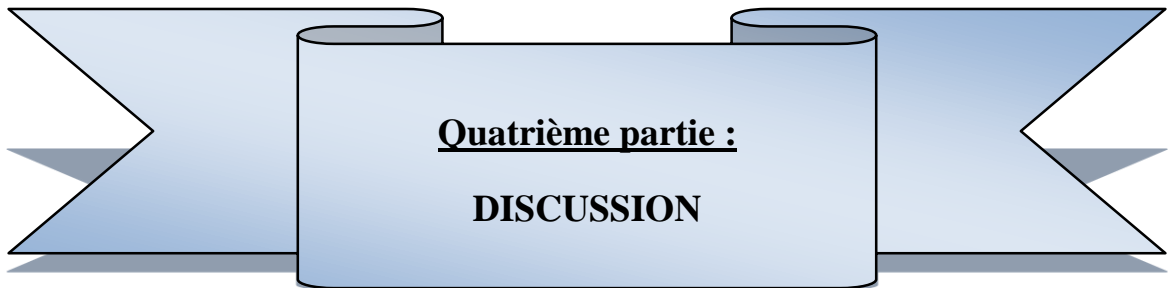
Source : données de l'étude

3.4.8. Dépersonnalisation et la qualité des soins



$\chi^2 = 8,858$; $C = 0,27$; $ddl = 2$; $p = 0,01$ $C = 0,27$ signifie que la relation est moyenne entre ces deux variables

Figure 21: Influence de la dépersonnalisation sur la qualité des soins



Quatrième partie :
DISCUSSION

4.1. DISCUSSION DES RESULTATS

4.1.1. Aspects Sociodémographiques

❖ Sexe des soignants

Les résultats de l'étude révèlent une prédominance féminine (58%) avec un sex-ratio de 1,4 soit 45/32. Ce résultat est au-dessus de celui de l'URML (Union régionale des Médecins Libéraux) en 2007 sur Ile de France qui est de 0.58 soit 810/1391 avec une prédominance masculine. [38]

Cette différence pourrait s'expliquer par la taille plus importante de la population d'étude en France. Il ressort de quelques études [5,36] que les femmes sont plus touchées par le burn out que les hommes. Ceci probablement à cause de leur vulnérabilité physique et émotionnelle, ou auraient elles une moindre maîtrise du travail à cause des autres contraintes sociales et ce souci permanent de pouvoir concilier leur vie professionnelle avec leur vie familiale, aussi importante l'une que l'autre, ou encore serait-il tout simplement l'un des aspects de la « féminisation » de la médecine. Une étude multi-variée américaine montre que les femmes ont 60% plus de risque d'être en burnout que les hommes, précisant que les femmes sont plus « intensément » atteintes que les hommes (26% des femmes ont un degré élevé de burnout dans ses trois dimensions contre 21% des hommes).

Massou et al., dans une étude sur l'épuisement professionnel chez le personnel d'anesthésie réanimation dans 4 hôpitaux au Maroc (étude portant sur les 31 sujets présentant un niveau élevé de Burn out, 20 (64,5%) étaient des femmes et 11(soit 35,5%) étaient des hommes) avait trouvé une prédominance féminine avec un sexe ratio de 1,8 en 2012. [41].

Dusmesnil Hélène et al dans une étude sur l'épuisement professionnel chez 511 médecins généraliste a trouvé une prédominance masculine de 75,7% en France en 2009. [50]

❖ Age des soignants

La classe d'âge la plus atteinte a été celle comprise entre 41 et 51ans (cf. figure 1) avec une moyenne d'âge de 42,34 ans avec des extrêmes de 26 ans et 61 ans.

Ce résultat rejoint celui de Dusmesnil Hélène et al dans une étude sur l'épuisement professionnel chez 511 médecins généraliste qui a trouvé une classe d'âge plus atteinte comprise entre 43 et 52 ans en France en 2009 ; et sensiblement proche des résultats de l'URML (Union régionale des Médecins Libéraux en 2007 sur Ile de France qui a trouvé une classe d'âge comprise entre 50 et 60 ans et une moyenne d'âge de 52,2 ans avec des extrêmes de 32 ans et 79 ans. [50]

Fatima Lahlou, dans une étude portant sur les médecins dans la ville de FES au Maroc a trouvé un âge moyen de $32,73 \pm 6,18$ ans, avec des extrêmes de 24 et 59 ans en 2013. Ce qui rejoint nos résultats.

Nous pensons que ces résultats sont dus à la différence liée au critère d'inclusion en ce qui concerne la différence d'écart entre l'âge des patients comparativement à celui trouvé par ces auteurs [41].

❖ Situation matrimoniale

94,8% de nos soignants déclarent vivre en couple. Ce résultat corrobore avec celui de l'URML (Union régionale des Médecins Libéraux en 2007 sur Ile de France qui a trouvé 80% de soignants vivant en couple.

Notons que Toutes les différences entre les résultats des données sociodémographiques s'expliquent par le fait que notre échantillon en majorité d'infirmiers (46,8%), le plus en contact permanent avec les patients par contre l'étude de l'URML n'a concerné que les médecins [38]

4.1.2. Prévalence du Burn out

Sur les 77 répondants, 64 soignants (83%) présentent des signes d'épuisement, c'est-à-dire au moins une atteinte des 3 dimensions du MBI. Ce résultat est largement supérieur à celui de Ruth Wiertz qui a trouvé Sur 227 répondants, un taux de 41% en France. [44]

Nous avons comparé les résultats de prévalence de l'Épuisement professionnel à ceux d'autres études sur les médecins généralistes. Nous avons retenu que les enquêtes récentes ayant utilisées les mêmes outils d'évaluation de l'Épuisement professionnel (le MBI) et le même seuil de catégorisation des trois dimensions en trois classes.

En effet de nos résultats, nous observons un score élevé d'EE chez 2,6% des soignants, un score de DP élevé chez 54,4% et un score d'AP faible chez 26% (figure 9). Un syndrome complet d'épuisement professionnel (c'est-à-dire scores élevés d'EE et de DP et score faible d'AP) était présent chez 83%% (risque de 5%) des soignants. A l'inverse, chez 17% des soignants, aucun signe d'épuisement professionnel n'était observé (scores faibles d'EE et de DP et score élevé d'AP).

Ces résultats sont différents de ceux de Dusmesnil Hélène et al qui ont trouvé sur échantillon de 511 médecins en France, un score d'EE élevé chez 23% des cas, un score de DP élevé chez 19,6% des cas et un score d'AP faible chez 10,6 % des cas ; avec un syndrome complet d'épuisement professionnel présent chez 1% (IC95% [0,3-2,3]) des médecins. Et à l'inverse, n'a observé aucun signe d'épuisement professionnel chez 25 % des médecins. [50]

Ruth Wiertz a trouvé un score d'EE élevé chez 19,5%, un score d'AP bas chez 16% et un score de DP élevé chez 8,5% sur une population de 227 médecins au Nord pas de Calais (France). [44]

Toutes différences entre ces résultats s'expliquent par le fait que notre échantillon en majorité d'infirmiers.

Concernant les facteurs associés aux trois dimensions de l'épuisement professionnel, nos résultats concorde globalement avec ceux de la littérature et notamment avec le modèle de Leiter et Maslach [...] (surtout concernant les dimensions AP et DP). Celui-ci postule que le risque d'épuisement professionnel est d'autant plus élevé qu'il existe des déséquilibres importants entre la personne et son environnement de travail. Ces déséquilibres sont particulièrement importants s'il porte sur l'un des domaines suivants :

- a) La charge de travail : 62% des soignants souhaitent quitter leurs services à cause des difficultés liées au planning. Selon Maslach et Leiter, un excès de charge de travail dépassant les ressources est corrélé avec l'EE comme nous l'observons dans notre étude.
- b) La latitude décisionnelle : un déséquilibre dans ce domaine est corrélé avec l'AP faible. Par exemple au bloc opératoire des soignants disent que les autorités ne leurs écoutent pas car ils souffrent de manque de matériel tel que le fils de suture etc...dans le bloc opératoire ; ce qui contribue à leur AP faible.
- c) La reconnaissance : un manque de reconnaissance social est corrélé avec l'inefficacité ; en effet dans notre étude beaucoup de soignants déclarent ne pas être apprécié par leur supérieur hiérarchique soit 53% des cas. Ceci est corrélé avec l'EE.
- d) La communauté : un déséquilibre dans ce domaine se traduit par une perte du sens des liens positifs avec les autres et une perte de chance du support social ; ce domaine est négativement corrélé avec l'AP faible.
- e) Le respect : un déséquilibre dans ce domaine est corrélé avec la dimension DP comme nous l'observons dans notre étude ou 33,7% des

soignants déclarent être humiliés par leur supérieur hiérarchique (cf. figure 19)

- f) Les valeurs : un déséquilibre dans ce domaine peut être lié à des conflits d'ordre éthique par exemple. Nous notons toutefois que ce domaine n'a pas été pris en compte dans notre étude.

4.1.3. Les conditions de travail

Les conditions de travail des soignants sont souvent difficiles et marquées par des difficultés de planification devant les tâches qui s'accroissent et les craintes de l'erreur médicale. Face à ces conditions, ils peuvent manquer de ressources (isolement dans le travail...) pouvant déclencher l'apparition d'un épuisement émotionnel.

Par ailleurs, certains résultats de notre étude méritent une discussion particulière. Ainsi nous observons que le fait d'avoir à s'occuper plus souvent de patients en fin de vie est associée à un épuisement professionnel avec un EE élevé ; c'est le cas des soignants du service consultation postnatale (100%) et des soins intensifs (100%) qui déclarent être professionnellement épuisés. Ce taux observé chez les soignants de ces deux services serait due au fait que la prise en charge de ces patients en fin de vie peut constituer un facteur de stress car elle nécessite des connaissances spécifiques que les soignants n'ont pas forcément.

4.1.4. L'Épuisement professionnel et qualité de la relation soignant-soigné

Dans notre étude nous avons observé une dégradation de la relation soignant-soigné en général. En effet 54,6% des soignants déclarent l'existence de difficulté à bien écouter les patients ou leurs accompagnés. Ce résultat corrobore celui de URML qui a 85,00% en 2007 en Ile de France. En effet on

note un grand écart entre ce qu'on peut faire et ce que l'on devrait faire à cause des contraintes physiques et psychiques et autres toujours présentes.

Plus spécifiquement, nous avons noté un épuisement émotionnel chez 68,83% des soignants. Ce résultat corrobore celui de SOEDJE K. et al qui est de 68,57% au Togo en 2012 et est largement supérieur à celui de URML en 2007 sur l'île de France qui est 53% et de ceux de Truchot en France de 2001, 2002 et 2004 qui se situent entre 40,30% et 47,20%.

La dépersonnalisation, quant à elle est de 51,94% pour le manque de souci pour autrui. Ces résultats corroborent ceux de SOEDJE K. et al qui sont de 51,43% au Togo en 2012 et sont au dessus de ceux de Truchot qui sont compris entre 32,80% en 2001 et 44,50% en 2004.

Tout ceci s'explique par le fait de l'insatisfaction professionnelle éprouvée par les soignants (62% des soignants souhaitent quitter leurs services). Cet état de chose peut entraîner d'une manière indirecte ou directe un sentiment de « désamour » de la part des soignants et par conséquent une dépersonnalisation et donc, afin de faire face à ces complications relationnelles et se protéger contre le burnout, les soignants mettent en place une stratégie de coping : ils mettent à distance leur patients ; ils s'en détachent. Cette position montre de plus que les relations transférentielles et surtout les contres transfères (ensemble des idées ou représentations (haine, mépris ou amour...) que le soignant transpose sur le soigné) seraient négatifs ; alors que *« le personnel soignant a pour rôle de contribuer au maintien et à la promotion des capacités de vie de l'individu en aidant le malade à retrouver la santé et l'individu sain au maintien de sa santé »*.

4.1.5. Activités et sommeil

Contrairement à l'étude de Natacha Hautefeuille où 82% des soignants pratiquent une activité physique et sportive, seulement 37,7% des soignants de notre étude pratiquent une activité physique et sportive. (Cf. figure 2)

Les sports les plus pratiqués sont la marche et la gym. Concernant les loisirs culturels, près de la moitié des soignants (soit 45,6% des cas) pratiquent une activité culturelle. (cf. Tableau IV)

Nous n'avons pas étudié dans notre étude, la corrélation entre le temps passé à une activité culturelle et le niveau de burnout.

Sur le plan de leur sommeil, nous avons observé chez 48% des soignants une présence de trouble de sommeil (sommeil de moins bonne qualité). Ce résultat rejoint celui de Natacha H. qui conclue que les troubles de sommeil des soignants sont liés au stress au travail. (cf. figure 21)

Nous notons donc qu'un manque ou un excès d'activité physique, culturelle ou de détente et un manque ou un excès de sommeil influent sur le syndrome d'épuisement professionnel des soignants de la CUGO et peuvent être une cause ou un des symptômes du burnout.

4.1.6. Personnalité des soignants

Dans notre étude, les soignants ont un sentiment prononcé de culpabilité (soit 79,2% des cas) ; un besoin important de reconnaissance (soit 31% des cas), hyperactifs (84,4% des cas), perfectionnistes ou plutôt perfectionnistes (dans 35% des cas). (cf. Tableau V à VIII)

Comme dans la littérature, ces traits de personnalité sont des facteurs de risques d'épuisement professionnel confirmés par nos résultats. Aussi, le caractère stressé, perfectionnisme et le pessimisme peuvent être alors considérés comme des éléments de la personnalité déclencheurs du burnout.

4.1.7. Santé physique des soignants

Tous les soignants de notre étude seraient fatigués (87% des cas) après leur journée de travail. Ces douleurs peuvent être une des conséquences d'un éventuel épuisement professionnel à cause de l'hyperactivité et des positions régulièrement adoptées par les soignants à la fin de leur journée de travail.

4.1.8. Résultats des études et difficultés

Plusieurs études internationales répertoriées se sont déroulées depuis 1985 et ont cherché à évaluer la prévalence du syndrome d'épuisement professionnel chez les soignants. Notons que les résultats de ces études divergent, les outils sont différents, la taille des cohortes souvent restreintes ou grandes rend difficile l'interprétation des données.

En France, Truchot et Galam (2001) ont trouvé sur un total de 394 Médecins Libéraux de bourgogne un taux d'EP de 47% avec un EE élevé de 47,2%, un DP élevé de 32,8% et un AP bas de 29,2%. [46]

Albane LACOUTURE avait réalisé en 2010, un travail similaire au nôtre auprès de 145 Psychiatres de Haute- Normandie (France) et a trouvé une prévalence de l'EP des Psychiatres de Haute-Normandie de 36,7%. [44]

Fatima L. dans une enquête a porté sur 158 médecins en milieu hospitalier au Maroc a trouvé un EP élevé chez 37,7%, un EP modéré chez 53,2% et un EP bas chez 9,1%. [41]

Les différentes études montrent que le syndrome d'épuisement professionnel est en pleine expansion, particulièrement dans la profession médicale. Mais cette reconnaissance n'est que partielle et il persiste des zones d'ombre dont une principale.

Alors qu'il existe aujourd'hui un outil d'évaluation reconnu pour ses qualités psychométriques et ses performances en termes de validité et de fiabilité, il

n'existe pas de corrélation clinique avec les bornes établies du MBI, ce qui constitue un problème réel pour le diagnostic de l'épuisement professionnel. Par ailleurs sa valeur discriminative, notamment avec la dépression n'est pas totalement satisfaisante et la place de la 3ème dimension (AP) est très discutée. Il reste donc à établir des bornes, des scores limites basés sur des études cliniques solides pour diagnostiquer le burnout ou l'absence de burnout, ainsi que des degrés de gravité en congruence avec la gravité clinique de l'état d'épuisement.



CONCLUSION

Au terme de cette recherche intitulé « syndrome d'épuisement professionnel et relation de soin au CNHU», nous pouvons retenir ce qui suit :

- Les soignants de sexe féminin sont les plus représentées avec un sexe ratio de 1.4.
- Quel que soit le sexe, les soignants de 41 à 51 ans restent majoritairement atteints du burnout et la moyenne d'âge est de 42,34 ans (figure 1)
- un score élevé d'EE chez 2,6% des soignants, un score de DP élevé chez 54,4% et un score d'AP faible chez 26% (figure 9). Un syndrome complet d'épuisement professionnel (c'est-à-dire scores élevés d'EE et de DP et score faible d'AP) était présent chez 83%% (risque de 5%) des soignants. A l'inverse, chez 17% des soignants, aucun signe d'épuisement professionnel n'était observé (scores faibles d'EE et de DP et score élevé d'AP,
- 96% des soignants de la CUGO sont touchés par le burnout,
- La qualité de soin est mauvaise soit 54,6% des cas,
- 84% des soignants sont stressés à cause des conditions de travail mauvaises
- 62% des soignants souhaitent changer de service

Somme toute, cette étude nous permet de retenir une forte prévalence du syndrome d'épuisement professionnel dans les services de la CUGO du CNHU-HKM de Cotonou ; ce qui entraîne une dégradation de la qualité de soin. Ces résultats alarmants doivent amener à entreprendre une véritable démarche d'amélioration des pratiques, avec la mise en place de stratégies préventives propres à chaque service, tout en insistant sur l'intérêt de l'organisation du travail et de la valorisation du soignant.

SUGGESTIONS

Au terme de ce travail, nous faisons les suggestions et recommandations suivantes:

A l'endroit des Autorités Politico-administratives :

- Recruter des psychologues cliniciens compétents en vue de l'organisation de prise en charge psychothérapeutique du personnel soignant
- Elaborer des textes de protection des patients avec les possibilités de leur application

A l'endroit des responsables des institutions :

- Solliciter le concours de psychologues cliniciens en vue d'une organisation de la prise en charge psychothérapeutique du personnel soignant
- Créer des partenariats avec les organisations ou institutions internationales pour des possibilités de doter les formations sanitaires en générales et le CNHU-HKM en particulier de psychologues
- Augmenter l'effectif du personnel soignant ainsi que leurs rémunérations
- Motiver le personnel soignant à travers les primes

A l'endroit du personnel :

- Créer l'association des consommateurs du CNHU-HKM pour défendre les patients

Références bibliographiques

Ouvrages consultés

1. Bandura A. (1997). Self-Efficacy: The Exercise of Control. New York: Freeman, p 183
2. Bimes-Arbus S.,Lazorthes Y.,Rougé D. (2003) Sciences humaines et sociales, PCEM1, MASSON, p 91-143
3. Bugel P., Le Burn out, Cahier du Burn out, Santé conjugquée (2005, Avril) - n° 32, p33-36 (Article paru dans la revue Patient care de juillet 2003)
4. Canoui P.,Mauranges A. (2008). Le Burn out à l'hôpital : le syndrome d'épuisement professionnel des soignants, 4ème édition, Masson, p149-160
5. CARMF Statistiques. Nature des affections des bénéficiaires de l'indemnité journalière et de la pension d'invalidité. Informations de la CARMF. Consulté le janvier 5, 2017, sur www.carmf.fr,p3-7
6. Corten P. (2005). « Mettre les mots sur mes maux », Le Burn out, Santé conjugquée –n°32, p12
7. Delbrouck M. (2008). Le Burn out du soignant - Le syndrome d'épuisement professionnel, 2ème édition, de Boeck, p144-170
8. Ekblom A. (2002). Do anesthesiologists die younger? ActaAnesthesiolScand ; 46: 1185-6, p83
9. Folkman S, Lazarus RS, Gruen RJ, Delongis A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. Journal of Personality and Social Psychology. 50:571-579.

10. Freudenberg H. (1987). L'épuisement professionnel : la brûlure interne, Québec: Gaëtan Morin Éditeur, p159-165
11. Feudenberg H., Staff Burn out , Journal of Social Issues, 1974; 30(1): 159- 165.
12. Galam E. (2008, janvier) Burn out des médecins libéraux : des conséquences pour le médecin, mais aussi pour ses patients (3ème partie) Médecine, Volume 4, Numéro 1, 443-6.
13. Hawton K, Malmberg A, Simkin S. (2004) Suicide in doctors. A psychological autopsy study. J Psychosom Res. 57 (1):1-4.
14. Hoffman A. (2005, avril) Burn out : biographie d'un concept, Cahier du Burn out, Santé conjugée – n°32, p37-38
15. Karasek R, Theorell T. (1990) Healthy Work: Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life. New York: Basic Books, p34-70
16. Laraqui O., S. Laraqui S., Tripodi D ., Caubet A., Verger C., Laraqui C.H. (2008, décembre). Evaluation du stress chez le personnel de santé au Maroc : à propos d'une étude multicentrique « Stress assessment among health care workers in Morocco », Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement, Volume 69, Issues 5-6, Pages 672-682
17. Larouch Léon M. (1985). Manifestations cliniques du Burn out chez les médecins, Santé mentale au Québec, X, 2, 145-150
18. Lazarus RS, Folkman S. (1984). Stress, Appraisal and Coping, New York: Springer Publishing Compagny; p232
19. Lazarus RS. (1995). Psychological stress in workplace. Occupational Stress: A Handbook. Bristol, Taylor & Francis.
20. Leiter MP, Schaufeli WB. (1996). Consistency of the burnout construct across occupations. Stress and Coping ; 9: 229-43.

21. Leiter MP. (1992). Burnout as a crisis in self-efficiency: Conceptual and practical implications. *Work and Stress*. 6: 107-115.
22. Leiter MP, Maslach C. (2004). Areas of worklife: A structured approach to organizational predictors of job burnout. In: *Research in occupational stress and well being: Vol. 3. Emotional and physiological processes and positive intervention strategies*. Oxford, UK: JAI Press/Elsevier. p 91-134.
23. Letonturier P. (2004, mars 27). Le syndrome d'épuisement professionnel du soignant, une nouvelle maladie professionnelle, *La presse médicale* ; 33:393 , tome 33,n°6
24. Loriol M. (2005, Avril) La fatigue, le stress et le travail émotionnel de l'infirmière, *Cahier Burn out, Santé conjugulée -n°32*, p 39-43
25. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. (1996). *Maslach Burnout Inventory Manual, Third Edition*. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press, Inc, p147-150
26. Maslach C. and Jackson S.E. (1982). Burn out in health professions: a social psychological analysis, In SANDERS G.S. and SULLS J.(Eds), *Social Psychology of Health and Illness*, London, Laurence Erlbaum Associates, 370
27. Maslow A. (1943). A Theory of human motivation. *Psychological Review*. 50(4): 370-96
28. Mérat F. ,Mérat S. (2008). Risques professionnels liés à la pratique de l'anesthésie, *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation* 27 ; 63-73
29. Mion G., Ricouard S. (2007). Repos de sécurité : quels enjeux ? , *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, volume 26 638-648

30. Nyssen AS., Hansez I., Baele P., Lamy M., De Keyser V. (2003). Occupational stress and Burn out in anaesthesia . Br J Anaesth ; 90:333-7
31. Pines A., Kanner A.D. (1982). Nurses' burnout: lack of positive conditions and presence of negative positions as two independent sources of stress, Journal of Psychosoc. Nurs. Mental Health Serv., 20, n°8, 30-35
32. Robert E. (2002). L'épuisement professionnel : enquête auprès des médecins de l'arrondissement de Dinan (22). Thèse de Médecine, Université Rennes 1, p37-48
33. Selye H. (1975). Confusion and controversy in the stress field. Journal of Human Stress. 1(1): 37-44.
34. Selye H. (1956). The Stress of Life. New York: McGraw-Hill, p48
35. Truchot D. (2012). Epuisement Professionnel et burn out. Concepts, modèles, interventions. Paris: Edition Dunod, p400-420
36. Truchot D. (August 2009). Le burnout des médecins généralistes : intérêt de l'iniquité perçue et de l'orientation communautaire. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. 167(6):422-428
37. Truchot D. (2004). Epuisement professionnel et Burn out : concepts, modèles, interventions. Paris :Dunod , p380
38. Truchot D. (2003). Le burnout des médecins libéraux de Champagne-Ardenne. Rapport de recherche pour l'URML de Champagne-Ardenne, Université de Reims, département de psychologie, p477-489

Mémoires et thèses

39. Canoui P. (1996). Approche de la souffrance des soignants par l'analyse du concept de l'épuisement professionnel, le Burn out-Considérations

psychologiques et éthiques en réanimation pédiatrique, Thèse (Paris)
<http://www.carnetpsy.com/Archives/Recherches/Items/p37.htm>

40. Assogba Elwis R. (2013). Intérêt des Thérapies Comportementale et Cognitive dans la prise en charge des déprimés au CNHP de Cotonou. Mémoire de maitrise en psychopathologie clinique ; FLASH-UAC
41. Fatima Lahlou. (2013, juin). « Le burnout en milieu hospitalier dans la ville de FES : enquête auprès des médecins » ; mémoire pour l'obtention du CES de psychiatrie, faculté de médecine et de pharmacie/ université sidi mohammed ben abdellah (Maroc).
42. Lamarche K. (2011). Suicide chez les Médecins Enquête descriptive auprès des Psychiatres de Loire Atlantique. Thèse (France)
43. Natacha Hautefeuille (2013) Syndrome d'épuisement professionnel (burnout) du chirurgien dentiste ; -179 f ; ill. ; tabl. ; 120 ref. ; 30cm. (thèse : chir. Dent. ; Nantes)
44. Ruth Wiertz. (2012, Juin). PSYCHIATRES et BURNOUT ? Etude de la Prévalence du Syndrome d'Épuisement Professionnel auprès des Psychiatres Hospitaliers du Nord Pas de Calais. Thèse de doctorat en médecine (France).
45. SOEDJE KMA, DASSA KS, SAMA DH, TEBYE E. (2012). Syndrome d'épuisement professionnel et relation de soin: services de réanimations du CHU-Sylvanus OLYMPIO de Lomé (Togo).

Rapports

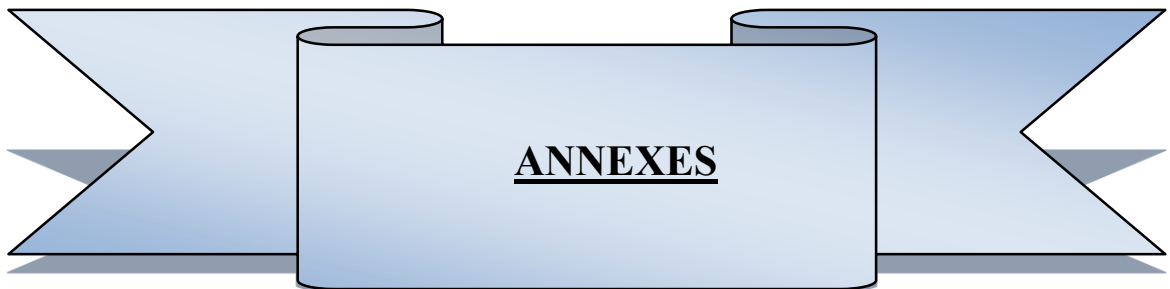
46. Truchot D. (2001). Le Burnout des médecins libéraux de Bourgogne, rapport de recherche de l'UPMLB, Dijon (France).
47. Truchot D. (2004). Le burn out des médecins généraliste de Poitou-Charentes. Rapport de recherche pour l'URML Poitou-Charentes (France).
48. Truchot D. (2002). Le Burn out des médecins libéraux de Champagnes-Ardenne, Rapport de recherche pour l'URML Champagne-Ardenne,

(consulté le 3 Mars 2017), sur: http://urml-ca.org/rapport_burn_t_medecine_ca.pdf

49. Van Dierendonck D, Schaufel WB, Buunk BP. (1998). The evaluation of an individual burnout intervention program: The role of equity and social support. *Journal of Applied Psychology*. 83: 392-407.

Revue et magazines

50. Dusmesnil Hélène ; Saliba Bérenger ; Régi Jean-claude ; Leopold Yves et Coll. (2009, Avril). « Epuisement professionnel chez les médecins de ville : prévalence et déterminant » *santé publique* ; (vol 21), P 355-364.
51. Guartite A., Kamoun H., Maaroufi A., Louardi H., Tahiti S. (2004, Mars). Le syndrome d'épuisement professionnel en Anesthésie Réanimation et en Médecine d'Urgences, *Journal Européen des Urgences*, vol 17 – N°HS 1 – P.5-149



Annexe I

Introduction

Nous sommes en train de faire une enquête qui a pour objectif d'étudier le syndrome d'épuisement professionnel et la relation des soins chez les soignants au CNHU-HKM. Cette enquête est anonyme et nous vous assurons de la confidentialité des déclarations.

MBI : Maslach Burn out Inventory

Echelle de mesure de l'Épuisement Professionnel du Soignant.

**(Traduit
par Fontaine)**

Entourez le chiffre correspondant à votre réponse.

- 0 Jamais
- 1 Quelques fois par année, au moins
- 2 Une fois par mois, au moins
- 3 Quelques fois par mois
- 4 Une fois par semaine
- 5 Quelques fois par semaine
- 6 Chaque jour

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

Religion :

Ethnie :

Spécialité :

Service ou vous travaillez

Ce service était-il: choisi par vous-même /_/ ou obligatoire /_/

Quand avez-vous commencé votre exercice professionnel ? IL Y A MOIS

2- Vie professionnelle

Ancienneté dans ce service : ans

Temps approximatif du domicile au lieu de travail : min

Moyen régulier de transport : Bus /_/ taxi /_/ voiture/_/ A pied /_/

Pourquoi avez-vous choisi ce service ?

:

3- CONNAISSANCE OU VECU DE L' EP

Pensez-vous que les soignants (médecins, infirmiers, aides-soignants) soient concernés par l'épuisement professionnel ? OUI /_/ NON /_/

Pensez-vous être concerné personnellement par l'épuisement professionnel ? OUI/_/
NON/_/

Pensez-vous avoir été personnellement concerné par l'épuisement professionnel ? OUI/_
NON /_/

4- Epuisement professionnel et relation soignant-soigné :

Vous arrive-t-il d'être épuisé professionnellement ? OUI /_/ NON /_/

Si oui ; lequel des symptômes suivants avez-vous le plus souvent ?

Asthénie /__/ Frustration /__/ Émoussement émotionnel /__/
Irritabilité /__/

5- Accomplissement personnel et relation soignant-soigné :

Pensez-vous parfois que vous avez une faible ou forte productivité ?

OUI NON

Quel est alors la qualité de la relation soignant-soigné ?

Tendue ?

Peu satisfaisant ?

La compréhension des patients est difficile ?

Conflictuelle ou apaisée

La nature de cette relation a-t-elle un impact sur votre productivité ?

OUI /__/ NON /__/

6- Dépersonnalisation et qualité des soins

Vous est-t-il arrivé de vous déprécier ou dépersonnaliser à cause de votre travail ?

OUI /__/ NON /__/

A quelles occasions ?

.....

7- Gestion des émotions des soignants

Avez-vous déjà identifié chez vous ou chez vos collègues de mécanisme de défense ?

OUI /__/ NON /__/

Parmi cette liste, lequel retrouvez-vous le plus souvent ?

Les années d'expériences facilitent-elles l'acceptation des problèmes liés à votre travail dans le service ? (EX : la mort ; surexploitation) OUI /__/ NON /__/

Comment gérez-vous vos émotions ?

.....

En cas d'émotions fortes, discutez-vous avec vos collègues ou autres professionnelles du service ou de l'établissement ? OUI /__/ NON /__/

Vos émotions dues aux situations professionnelles sont-elles mises de côté quand on revient dans sa vie professionnelle? OUI /__/ NON /__/

8- Condition de travail

1. Etes-vous seul /__/ en collaboration libéral; salarié ou autre /__/ (nombre de collaborateur) ? /__/

2. Avez-vous une assistante ? OUI /__/ NON /__/

3. Avez-vous une fonction d'enseignement ou autre ? OUI /__/ NON /__/

4. Comment jugez-vous votre condition de travail au sein de votre service ?

TRES FAVORABLE /__/ FAVORABLE /__/ DEFAVORABLE /__/

5. Quelles sont les conséquences négatives issues de votre condition de travail ?

INSATISFACTION /__/ STRESS /__/ TROUBLE DU SOMMEIL /__/

FATIGUE /__/ REPERCUSSION SUR LA FAMILLE /__/

AUTRES A PRECISER

6. Etes-vous stressé dans votre vie professionnelle ? OUI /__/ NON /__/

7. SI OUI comment jugez-vous l'intensité de ce stress ? IMPORTANT /__/

MOYEN /__/ MINIME /__/

8. Comment décrivez-vous le relationnel avec votre supérieur hiérarchique? TRES

SATISFAISANT /__/ SATISFAISANT /__/ INSATISFAISANT /__/

COMMENTEZ

.....

.....

.....

9. SI vous avez la possibilité de changer de service, êtes-vous prêt à quitter le vôtre ?

OUI /__/ NON /__/

POURQUOI ?.....

.....

10. Quelles seraient vos suggestions à proposer à votre chef en vue d'améliorer les conditions de travail du personnel soignant ?

.....
.....
.....
.....
.....

9- Temps de travail

11. Combien de jours travaillez-vous par semaines ? JOURS
12. Combien d'heure travaillez-vous par jour ?HEURES
13. Combien recevez-vous de patients par jour ? FOIS ENVIRON
14. Faites-vous des gardes la nuit ? OUI /_/ NON /_/
15. SI OUI Combien d'heure travaillez-vous par garde ?HEURES
16. Combien de garde de nuit par mois ?
17. Combien faites-vous de journées de formation par an ?
18. Existe-il un système de motivation (prime) particulier pour avoir accompli un travail avec un effort particulier ? OUI /_/ NON /_/

COMMENTEZ.....
.....

19. Les tâches quotidiennes que vous effectuez correspondent elles à vos attentes ?
OUI /_/ NON /_/

COMMENTEZ.....
.....

20. Comment jugez-vous le l'ambiance de travail avec les médecins ?

TRES BIEN /_/ BIEN /_/ MAUVAIS /_/

21. Comment jugez-vous le l'ambiance (climat) de travail avec les Infirmiers ; aides-soignants etc...?

TRES BIEN /_/ BIEN /_/ MAUVAIS /_/

22. Vous arrive-t-il d'être critiqué ou humilié par le supérieur hiérarchique ?

OUI /_/ NON /_/

SI OUI en présence de qui ? des malades/___/, des autres médecins/___/ ou des infirmiers /___/

10- Vos loisirs

Pratiquez-vous une activité sportive, culturelle ou autre ? OUI /___/ NON /___/

Laquelle ? Lesquelles ? (si sport en loisir ou en compétition)

.....

23. Prenez-vous le temps de pratiquer des activités de détente comme ?

lire un roman /___/ regarder la télévision /___/ écouter la musique /___/ combien de temps par semaine /___/ AUTRES.....

11- Vie sociale

24. Combien de fois sortez-vous avec votre conjoint, votre famille ou vos amis par mois ?FOIS

25. Avez-vous des travaux associatifs aussi ? OUI /___/ NON /___/

12- Votre sommeil

26. Combien d'heure dormez-vous par nuit ?HEURES

27. Comment jugez-vous votre sommeil Bon /___/ Agité /___/ non réparateur /___/

NB

NSP :(Ne Sais Pas)

NRP :(Non Réponse)

13- Votre personnalité : en règle générale

Réponses	Oui 1	Non 2	NSP 3	NRP 4
Questions				
28. Etes-vous une personne facilement stressée ?				
29. Etes-vous quelqu'un de perfectionniste ?				
30. Etes-vous de nature optimiste ?				
31. Avez-vous le sentiment d'avoir besoin de reconnaissance ?				
32. Pouvez-vous rester assis€ sans rien faire ?				
33. Culpabilisez-vous facilement ?				
34. Avez-vous un bon contact relationnel ?				
35. Aimez-vous votre profession ?				

14- Vos relations ; avec vos patients, vos confrères et votre entourage

Réponses	Oui 1	Non 2	NSP 3	NRP 4
Questions				
36. Devant certains patients, vous arrive-t-il d'avoir peur ou d'être stressé ?				
37. Avez-vous une stabilité familiale ?				
38. Vos patients vous disent-ils « qu'ils n'aiment pas le docteur ou qu'il ne vous aime pas ? »				
39. Vos patients se permettent-ils de vous faire des réflexions désagréables ?				
40. Avez-vous des contacts avec des institutions ? (syndicat, association des medecins etc...)				

15- Votre santé physique : épuisement physique (trouble musculo-squelettique)

Questions	Réponses			
	Oui 1	Non 2	NSP 3	NRP 4
41. Ressentez-vous une fatigue physique, lassitude en fin de journée ?				
42. Ressentez-vous des raideurs ou douleurs en fin de journée (lombaire ; cervicales ; dorsales etc...) ?				
43. Avez-vous des maux de têtes et/ou des troubles gastro-intestinaux (estomac noué ...) ?				
44. Vous arrive-t-il de vous sentir inefficace ?				
45. Supportez-vous facilement les bruits du cabinet (téléphones etc...) ?				

16- Dans votre service

Questions	Réponses			
	Oui 1	Non 2	NSP 3	NRP 4
46. Vous sentez-vous débordée ?				
47. Pensez-vous être assez payé (e) pour ce que l'on exige de vous ?				
48. Avez-vous le sentiment d'arriver à gérer parfaitement à la fois le côté médicale et le côté administratif ?				
49. Voyez-vous une différence entre la qualité de travail que vous souhaitez et celle que vous obtenez ?				
50. Pensez-vous avoir droit à l'erreur ?				
51. Pensez-vous recevoir assez de respect et d'estime ?				

52. Êtes-vous enthousiaste à venir travailler ?				
53. Finissez-vous votre journée plus tard que prévu et êtes-vous en retard ?				
54. Pensez-vous accomplir beaucoup de chose qui en valent la peine dans votre travail ?				

17- Au niveau de votre comportement

Réponses	Oui	Non	NSP	NRP
Questions	1	2	3	4
55. Faites-vous attention à votre posture lorsque vous pratiquez ?				
56. Prenez-vous le temps de faire des pauses dans votre journée de travail ? (déjeuner, sieste, café ou autre)				
57. Respectez-vous le temps de sommeil nécessaire et dormez-vous correctement ?				
58. Faites-vous attention à votre équilibre hydro-alimentaire ? (chaque fois que vous mangez et buvez)				
59. Consommez-vous de l'alcool ?				
Du tabac ?				
De tranquillisants ?				

18- Epuisement émotionnel

Réponses	Oui 1	Non 2	NSP 3	NRP 4
Questions				
60. Vous arrive-t-il d'être triste sans raison ?				
61. Vous arrive-t-il d'éprouver des sentiments de peur ?				
62. Vous sentez-vous heureux ?				
63. Pensez-vous que vous pouvez comprendre facilement ce que vos patients ressentent ?				
64. Avez-vous le sentiment de vous « détacher » de vos patients ?				
65. Votre exercice professionnel a-t-il une influence négative sur votre vie privée ?				
66. Perdez-vous le contrôle de vos émotions ?				
67. Vous plaignez-vous de votre travail à votre famille, à vos amis ?				
68. Avez-vous déjà pensé au suicide ?				

69. Pour vous, quel est le principal facteur de stress dans votre profession ?

.....

70. Comment voyez-vous votre avenir ou celui de la profession ?

71. Avez-vous des antécédents de consultation psychiatrique ? OUI / / NON
/ /

Avez-vous d'éventuelles remarques ou suggestion dont vous souhaitez me faire part ?.....

2. Table des matières

Dédicaces	ii
Remerciement	iv
Sigles et Abréviations.....	vi
Liste des tableaux	vii
Liste des figures.....	vii
Résumé.....	
SOMMAIRE	ix
INTRODUCTION.....	1
HYPOTHESES DE RECHERCHE.....	5
OBJECTIFS DE LA RECHERCHE.....	6
Première Partie : GENERALITES	7
<i>1.1. DEFINITION DE CONCEPTS</i>	<i>8</i>
1.1.1-LE CONCEPT D'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL	8
1.1.2-LA RELATION DE SOIN	12
1.1.2.1- Le soignant.....	12
1.1.2.2- Le soigné.....	13
1.1.2.3- La relation soignant-soigné	14
<i>1.2- Clinique du syndrome d'épuisement professionnel et ses manifestations.....</i>	<i>15</i>
1.2.1- DESCRIPTION	15
Les limites du Syndrome d'Épuisement profession et diagnostic différentiel	23
1.3- LES FACTEURS ASSOCIES AU BURN OUT	42
<i>1.4- Outils d'évaluation.....</i>	<i>55</i>
Deuxième Partie : CADRE D'ÉTUDE ET METHODOLOGIE.....	56
2.1- DEFINITION DU CADRE D'ÉTUDE	57
2.1.1 Description de la CUGO	57
2.2- METHODOLOGIE.....	60
2.2.1. TYPE ET POPULATION D'ÉTUDE.....	60
.....	67
3.1- ORGANIGRAMME DE L'ÉTUDE.....	68
4-DISCUSSION DES RESULTATS.....	84

CONCLUSION	94
SUGGESTIONS.....	95
ANNEXES	96