

RÉPUBLIQUE ALGÉRIENNE DÉMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

Université Mentouri de Constantine

Faculté des Sciences Humaines et Sociales

Département de Psychologie et des Sciences de l'Education

Et d'Orthophonie

N° d'ordre :

N° de série :

**L'épuisement professionnel chez
les infirmiers urgentistes**

Mémoire présenté pour l'obtention du diplôme de Magister

En psychologie clinique

Option :

Psychologie traumatique

Réalisé par :

BENATIA Yacine

Dirigé par :

Mme le Professeur ROUAG Abla

Membres de jury :

Pr. Lifa N.

Président

Université de Constantine

Pr. Rouag A.

Rapporteur

Université de Constantine

Pr. Loukia H.

Examineur

Université de Constantine

Dr. Rouag H.

Examineur

Université de Constantine

Année universitaire : 2007-2008

Remerciements

Tout d'abord, je voudrais exprimer toute ma reconnaissance et ma gratitude à ma directrice de thèse, Madame Rouag Abla, Professeur au département de psychologie de l'Université Mentouri de Constantine, pour son aide compétente, son savoir partagé, ses conseils, sa patience, sa disponibilité et sa générosité qui m'ont permis d'avancer sur ce projet et grâce auxquels ce mémoire a pu aboutir. Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect

Je tiens à remercier vivement les membres de jury d'avoir accepté d'évaluer ce travail. Comme je remercie également tout ceux qui ont apporté leur aide de près ou de loin à l'élaboration de ce travail.

Table des matières

| | |
|-----------------------|---|
| Introduction | 1 |
| Problématique | 4 |
| Hypothèses de travail | 9 |

Première partie : Approche théorique

Chapitre I : Urgence et Trauma

| | |
|---|-----------|
| I. URGENCE | 12 |
| 1. Définition de l'urgence | 12 |
| 2. Définition des soins d'urgences | 13 |
| 3. Les spécificités d'un service d'urgence | 13 |
| 4. Les différentes formes d'urgences médicales | 14 |
| 5. l'organisation des urgences | 15 |
| 5.1. A l'étranger | 15 |
| 5.1.1. En Allemagne | 15 |
| 5.1.2. En France | 16 |
| 5.1.3. Aux U.S.A | 16 |
| 5.2. Les services d'urgences en Algérie | 16 |
| 5.2.1. La perception de l'urgence par le personnel soignant | 17 |
| 5.2.2. La perception de l'urgence par malades ou leur entourage | 17 |
| 5.2.3. Le problème des structures | 17 |
| 5.2.4. Le problème du personnel | 18 |
| 5.2.5. Les urgences pré-hospitalières et le transport des malades | 18 |
| 6. La disposition des urgences | 18 |
| 7. Le personnel soignant et les soins aux urgences | 19 |
| 8. Les infirmiers aux urgences | 20 |
| 8.1. Les compétences du soignant | 20 |
| 8.2. La prise en charge infirmière aux urgences | 21 |
| II. LE TRAUMA | 23 |
| 1. Historique | 23 |
| 2. Définition du psycho-trauma | 24 |
| 3. La clinique | 28 |

| | |
|---|----|
| 3.1. La phase immédiate ou « réaction émotionnelle immédiate » | 28 |
| 3.1.1. Le stress normal ou adapté | 28 |
| 3.1.2. Le stress dépassé | 28 |
| 3.2. La phase post- immédiate | 29 |
| 3.3. La phase différée ou chronicisée | 29 |
| 3.3.1. Les symptômes | 29 |
| 3.3.1.1 Les symptômes spécifiques | 29 |
| 3.3.1.2 Les symptômes non spécifiques | 30 |
| 3.3.1.3 Les modifications de la personnalité | 30 |
| 4. Cadre conceptuel des processus de traumatisation | 20 |
| 5. L'empathie | 31 |
| 6. Stress Traumatique Secondaire | 33 |
| 7. L'état de stress post-traumatique et l'état de stress traumatique secondaire | 34 |
| 8. Les événements à potentiels traumatisant dans le milieu des sapeurs pompiers et les acteurs de l'aide médicale urgente | 35 |
| 9. Processus de traumatisation indirecte des intervenants | 37 |

Chapitre II : LE STRESS

| | |
|--|----|
| I. Définition du stress | 40 |
| II. Les réactions face au stress | 41 |
| 1. Une réaction d'alarme | 41 |
| 2. Une phase de résistance | 42 |
| 3. Une phase d'épuisement | 43 |
| III. Stress et coping | 43 |
| 1. La notion de lieux de contrôle (Locus of control) | 47 |
| 2. Le support social parmi les stratégies de coping | 48 |
| IV. La physiologie du stress | 50 |
| V. Les sources du stress | 52 |
| 1. Le stress au travail | 52 |
| 1.1. Les sources liées à l'environnement de travail | 52 |
| 1.2. Les sources liées au travail posté | 53 |
| 1.3. Les sources liées à la surcharge et à l'insuffisance du travail | 54 |
| 1.4. Les sources liées à l'adéquation Personne/ Environnement | 55 |
| 2. Le stress et l'organisation du travail | 55 |

| | |
|---|----|
| 2.1. Conflit et ambiguïté du rôle, exercice de la responsabilité | 56 |
| 2.2. Le stress relationnel | 58 |
| 2.3. Le stress lié au déroulement de la carrière professionnelle | 59 |
| 1. La carrière professionnelle | 59 |
| 2. Le statut professionnel | 60 |
| 2.4. L'organisation comme source du stress | 60 |
| 2.5. Les sources de stress de la vie quotidienne : la vie familiale | 61 |
| 3. Le stress et les changements de société | 62 |
| 3.1. Les sources du stress sociétal | 62 |
| 3.2. Les sources du stress tenant à la vie personnelle | 64 |
| 4. Les facteurs individuels et sociaux de résistance au stress | 65 |
| 4.1. Les caractéristiques de la situation stressante | 65 |
| 4.2. Les caractéristiques psychiques et biologiques individuelles et l'environnement social | 66 |
| VI. Le stress dans certaines professions de santé | 67 |
| 1. Le stress des médecins | 67 |
| 2. Le stress des dentistes | 68 |
| 3. Le stress des infirmiers | 69 |
| VII. Les conséquences du stress au travail | 70 |
| 1. Les manifestations physiques | 70 |
| 2. Les manifestations psychologiques | 70 |

Chapitre III : L'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL

| | |
|---|----|
| I. Historique : naissance et émergence du concept de « burn out » | 73 |
| II. Définition de l'épuisement professionnel ou burn out | 75 |
| 1. Les principaux termes actuellement utilisés | 75 |
| 1.1. Burn out syndrome | 75 |
| 1.2. Karoshi | 76 |
| 1.3. Syndrome d'épuisement professionnel | 76 |
| 2. Définition | 76 |
| III. Symptômes et étapes d'installation du burn out | 79 |
| 1. Les symptômes du burn out | 79 |
| 2- Les étapes d'installation | 82 |

| | |
|---|-----|
| 2.1. L'enthousiasme | 82 |
| 2.2. La stagnation | 82 |
| 2.3. La frustration | 82 |
| 2.4. L'apathie | 83 |
| IV. Les causes de l'épuisement professionnel | 83 |
| 1. Les causes extérieures reliées au travail | 84 |
| 2. Les causes intérieures reliées à la personne | 84 |
| V. Epuisement professionnel et psychopathologie du travail | 85 |
| VI. Les professions à risques pour le burn out | 87 |
| VII. Psychopathologie et approches du burn out | 89 |
| 1. Les approches cognitivo-comportementalistes | 89 |
| 2. Les approches psychanalytiques | 91 |
| 3. Approche psycho-dynamique du burn out | 93 |
| VIII. Epuisement professionnel et stress | 94 |
| IX. Burn out et profession de santé | 95 |
| X. Un burn out spécifique du soignant | 98 |
| 1. L'impact et la répétition des traumatismes rencontrés en clientèle, la spécificité du métier de soignants | 98 |
| 2. La question du choix de la profession soignante | 96 |
| 3. L'isolement physique et psychoaffectif du soignant | 99 |
| 3.1. L'idéalisation du métier et le "choc de la réalité" | 100 |
| 3.2. Les enjeux du métier de relation | 100 |
| XI. La prévention | 102 |

Deuxième partie : Approche méthodologique et pratique

Chapitre IV : La méthodologie

| | |
|--|-----|
| I. Rappel des hypothèses de travail | 108 |
| II. La pré-enquête | 108 |
| 1. Définition | 108 |
| 2. L'objectif de la pré-enquête | 109 |
| 3. Le déroulement de la pré-enquête | 109 |
| 4. Résultats de la pré-enquête | 109 |
| III. L'enquête | 110 |
| 1. La méthode | 111 |
| 2. La population de l'enquête | 111 |
| IV. La technique du recueil des informations | 113 |
| 1. Description de l'échelle | 113 |
| V. La cotation et L'évaluation | 119 |
| VI. Le testing de l'échelle | 120 |
| 1. Les résultats du testing | 120 |
| 2. La passation de l'échelle | 120 |
| VII. Le dépouillement | 121 |
| VIII. Le codage | 121 |
| IX. Traitement des données | 123 |
| 1. Les tris à plat | 123 |
| 2. Les tris croisés | 123 |

Chapitre V : Présentation et analyse des résultats

| | |
|--|-----|
| I. Les premiers résultats de l'enquête | 124 |
| II. La présentation des résultats des tris à plat | 125 |
| III. Interprétation des résultats des tris à plat | 132 |
| IV. La présentation des résultats des tris croisés | 136 |
| V. Interprétation des résultats des tris croisés | 168 |
| VI. Analyse des résultats | 173 |
| VII. Discussion | 187 |
| Conclusion | 192 |

| | |
|------------------|-----|
| La bibliographie | 195 |
| Annexes | 202 |
| Annexe 1 | 203 |
| Annexe 2 | 204 |
| Annexe 3 | 206 |
| Résumés | |

Introduction

A l'heure actuelle, dans le domaine des pathologies, les maladies professionnelles les plus graves sont en perpétuelle régression, alors que de nouvelles formes ont occupé le terrain et suscité de nombreuses recherches dans différents domaines, notamment en psychologie, en sociologie et en ergonomie. Il est vrai que l'accroissement des exigences généré par un besoin grandissant de rentabilité, de performance, de rapidité et d'efficacité sont devenues une devise de référence dans le monde de travail, mais ces facteurs sont perçus par de nombreuses personnes comme étant une menace qui, à la longue, altère le bien être des individus se manifestant sous forme de pathologies physiques et psychologiques.

La littérature internationale met l'accent sur la présence de pathologies inhérentes aux conditions de travail dont la conséquence serait préjudiciable sur l'individu. Parmi elles, nous citons l'épuisement professionnel ou burn out comme une forme de stress spécialisé au travail. Le stress professionnel est un phénomène préoccupant qui prend de plus en plus une place importante dans la vie des individus ; s'il se prolonge, il entraîne, le plus souvent, une grande fatigue qui peut, à son tour, mener à l'épuisement professionnel.

En fait, dès son apparition sur le champ scientifique, l'épuisement professionnel a fait l'objet d'un intérêt croissant au cours des récentes décennies. Il a été décrit au début comme étant une pathologie qui touche principalement les personnes impliquées émotionnellement dans une relation d'aide, autrement dit, les professionnels engagés auprès d'autrui. Ce phénomène est apparu comme la conséquence d'un engagement trop intense dans une activité professionnelle trop exigeante (Delobbe, 2005) à titre d'exemple les intervenants psychosociaux, les professionnels de santé, notamment les infirmiers. Dès lors, une abondante littérature sur le sujet de l'épuisement professionnel des infirmières a été publiée faisant état d'une souffrance en milieu de travail qui se manifeste par la fatigue au plan émotionnel et mental induite par la conjugaison des effets stressants des conditions de travail et les prédispositions individuelles.

Compte tenu de l'aspect complexe de l'épuisement professionnel, la plupart des auteurs le considère comme un phénomène multidimensionnel qui trouve son origine dans l'interaction de plusieurs facteurs liés en partie aux conditions et l'organisation de travail, et d'autre part aux facteurs intrinsèques de l'individu.

De ce fait, nous avons mené une étude sur le phénomène de l'épuisement professionnel chez les infirmiers urgentistes qui affrontent lors de l'exercice de leur métier des conditions de

travail contraignantes, les classant parmi ceux qui sont exposés régulièrement au stress et par la suite à l'épuisement professionnel. Ces infirmiers sont amenés à oeuvrer auprès d'autrui non seulement dans des situations habituelles de travail mais aussi dans des contextes délicats tels que les catastrophes naturelles ou celles causées par l'homme, ceci les rend sujets aux atteintes somatiques et psychologiques de telle sorte que ces événements absorbent leur énergie émotionnelle et mentale, entraînant un état d'usure professionnelle.

Dans le but d'approcher le phénomène de l'épuisement professionnel, cette étude comporte deux grandes parties : la première partie comprend trois chapitres dans lesquels nous avons abordé l'aspect théorique des concepts suivants : l'urgence et le trauma, le stress et l'épuisement professionnel, et une deuxième partie dans laquelle nous avons présenté l'épuisement professionnel d'un point de vue méthodologique et pratique.

Le premier chapitre de ce travail est prolongé par deux thématiques qui sont : l'urgence et le trauma. Tout d'abord, nous passons en revue le système organisationnel des services des urgences et les conditions professionnelles dans lesquelles les infirmiers urgentistes travaillent dans le monde mais aussi dans notre pays, de même que les différentes tâches attribuées aux infirmiers urgentistes ainsi que les qualités professionnelles requises pour une prise en charge adéquate des patients. Ensuite, nous avons montré à travers le trauma à quel point ces professionnels de santé vivent des moments difficiles, surtout lors des interventions auprès des victimes dans des situations critiques comme les catastrophes naturelles ou autres, ce qui influe négativement sur leur état psychologique.

Dans le deuxième chapitre nous avons abordé la notion de stress, ses différentes sources et les stratégies individuelles et sociales pour y faire face, de plus, nous avons présenté ses conséquences néfastes sur la santé des individus et sa spécificité dans certaines professions comme celles des soignants, médecins, dentistes et infirmiers.

Le troisième chapitre est consacré au phénomène de l'épuisement professionnel d'un point de vue historique, conceptuel et théorique en vue d'expliquer l'impact de ce phénomène sur la santé des individus, ses phases évolutives, sa présence chez certains professionnels, notamment chez les professionnels de santé, ainsi que les mesures préventives afin de réduire ses conséquences sur le bien être des individus.

Dans la partie méthodologique et pratique, qui se répartit en deux grands chapitres, nous avons présenté :

1- La méthodologie de recherche, la population sur laquelle porte notre objet d'étude et l'outil d'investigation qui nous a permis d'atteindre les objectifs de notre étude (l'échelle d'auto-évaluation du burn out).

2- la présentation et l'analyse des résultats obtenus à l'aide du logiciel Statbox 6.6.

La problématique

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

Dans une dimension psychosociale, la conception de l'individu vis-à-vis du travail a été également sujette aux changements ces dernières années. Sans doute, le travail requiert chez nous tous une grande importance et constitue une priorité afin de garantir la continuité et le bien être individuel. En effet tout le monde lui attribue un rôle moteur et préventif quant à la construction de la santé mentale ; il peut être idéalement le lieu de structuration des savoirs et des pratiques, de valorisation personnelle ou sociale, un lieu d'épanouissement et/ou devient un lieu de concrétisations de déceptions. Les répercussions des conditions de travail sur la santé physique et psychologique des individus ont été soulevées par de nombreux chercheurs à savoir, l'exposition à toutes sortes de nuisances, l'organisation du travail, la communication, les horaires...etc. D'autant plus que les contraintes ressenties en milieu de travail influent aussi sur le bien être des individus, en altérant la qualité de l'environnement professionnel telles que la charge de travail, les cadences et la monotonie des tâches ainsi que le degré d'autonomie personnelle. D'ailleurs, les chercheurs tels que Estryng-Behar (1997), Karasek, Dejours (cités par Conne-Perréard & al., 2001) et d'autres ont démontré à travers leurs études le lien qui existe entre le rôle des facteurs de risque de santé et la nature et l'organisation de l'activité professionnelle en soulignant que certaines conditions de travail peuvent altérer le fonctionnement physique et psychologique des individus. Citons comme exemple : le travail posté, le manque de support social, l'autonomie, l'insécurité de l'emploi et le style de gestion des ressources humaines ...etc.

Ces études ont permis de dégager les aspects psychopathologiques du travail, mettant en cause les contraintes inhérentes aux conditions de travail, les réactions individuelles de stress qu'elles risquent de provoquer et leurs relations avec la fréquence de certaines maladies dans des populations actives. Parmi l'ensemble des pathologies somatiques induites par les conditions de

travail, nous pouvons mentionner les maladies cardio-vasculaires, les troubles musculo-squelettiques, les cancers...etc. alors que les atteintes psychologiques peuvent se manifester sous forme de détresse psychologique comme la dépression, l'anxiété,...etc. En Europe, les douleurs dorsales, le stress et la fatigue générale sont les atteintes d'origine professionnelle le plus souvent évoquées par les travailleurs interrogés lors des enquêtes (Merllié et Paoli ; Wasem et al cités par Conne-Perréard & al., 2001).

Au delà des conditions habituelles de travail, certains professionnels et notamment ceux de l'intervention tels que les policiers, les sapeurs-pompiers et les acteurs de la santé sont exposés à certains événements spécifiques au cours de l'exercice de leur métier tels que les catastrophes naturelles, les accidents de la route...etc., l'impact de telles circonstances sur le bien être des professionnels a été mis en exergue. En effet, au cours des dernières décennies, une cascade d'événements s'est produite dans notre pays et dans d'autres pays du monde, qui ont causé des dommages physiques et psychologiques auprès des victimes et des professionnels. Ces événements qui ébranlent l'humanité ont des conséquences plus ou moins graves sur la santé des individus. Ces répercussions que l'on nomme traumatismes psychiques existent depuis l'antiquité et suscitent jusqu'à nos jours un intérêt particulier des chercheurs et des professionnels. La notion de traumatisme est dès l'origine au cœur de la théorie psychanalytique. Elle occupe dans l'œuvre de Freud une place importante, Charcot déclare d'après ses leçons sur les maladies du système nerveux (1885-1887), portant sur les sept cas d'hystérie masculine que les symptômes hystériques sont le résultat d'un choc traumatique entraînant une dissociation de la conscience et dont le souvenir reste inconscient ou subconscient. Ce qui constitue la base de la théorie « traumatico-dissociative » des névroses qui sera développée ensuite par Janet, Breuer et Freud. Ces derniers ont enregistré des souvenirs traumatiques de leurs patients sous l'effet de l'hypnose.

Selon Freud, l'hystérie était la conséquence d'un traumatisme psychique, le plus souvent sexuel sous forme de « séduction » de la part d'un adulte envers un enfant, refoulant cet événement qui, à l'adolescence, manifestait une incidence sur la libido. L'événement primaire était rappelé par un autre événement « d'apparence banal » à l'adolescence (la théorie de l'après coup). Puis Freud abandonna cette théorie « sa neurotica » et donna un intérêt au pouvoir traumatogène du psychisme. On retrouve la notion du traumatisme dans son œuvre « Au-delà du principe de plaisir » (1920) où Freud parle de la névrose traumatique, des névroses de guerre et de la compulsion de répétition. C'est ainsi que le traumatisme est conçu comme faisant effraction sur le psychisme et débordant la capacité de liaison de l'appareil psychique qui élabore un symptôme sous l'emprise de la répétition dont le but est de maintenir l'équilibre psychique.

Rappelons que ces incidents dont les conséquences sont plus ou moins graves affectent non seulement les victimes impliquées directement dans les catastrophes mais aussi les intervenants oeuvrant auprès de ces victimes.

D'ailleurs, l'exposition de ces derniers aux incidents critiques et l'apparition des troubles post-traumatiques ont été évoquées dans la littérature internationale faisant état d'atteintes psychologiques bouleversant l'intégrité de l'individu lors de la confrontation aux situations traumatiques. Egalement, la réalité des troubles post-traumatiques chez les professionnels qui exercent des métiers où l'urgence et l'imprévu font partie du quotidien, n'est plus à démontrer, plusieurs chercheurs (Mitchell, Dyregrov, Taylor cités par Leclercq & Lebigot, 2001) ont mis l'accent sur l'impact des interventions stressantes sur la santé et la santé mentale des professionnels. Taylor a inséré dans ses études sur les traumatismes les intervenants parmi les individus susceptibles de développer des troubles post-traumatiques, du fait que ces derniers sont exposés à maints dangers psychiques présents sur le terrain. Il est vrai que la confrontation aux situations de crise, ainsi que l'assistance et les secours aux victimes peuvent devenir choquants, voire même traumatisants, un événement traumatique peut avoir des conséquences psychologiques chez des individus non-impliqués directement dans la catastrophe (Leclercq & Lebigot, 2001).

Compte tenu du rôle que ces derniers sont appelés à jouer et de l'intensité de leur engagement, certaines personnes peuvent parfois avoir un double statut de victime, passant de celui de victimes indirectes à celui de victimes directes, c'est notamment souvent le cas des ambulanciers urgentologues, policiers, sapeurs-pompiers, intervenants de la santé, etc.

Lors des incidents critiques, qu'ils soient des catastrophes d'origine naturelle ou humaine comme les tremblements de terre, les attentats terroristes, les urgences sanitaires, les intervenants sont amenés sur les lieux des catastrophes à travailler de longues heures afin d'aider les gens à prendre conscience, à gérer les réactions, émotions et problèmes nombreux que ces circonstances stressantes provoquent. Toutefois, il faut savoir que de tels efforts soutenus et stressants peuvent mener à des pathologies post-traumatiques. A certains moments, les victimes indirectes, lorsqu'elles sont épuisées au plan physique ou affectif doivent faire l'objet de la même attention que les victimes directes.

En abordant la notion de stress qui occupe une place spécifique dans le domaine du traumatisme psychique et qui peut en premier lieu affecter les victimes et ensuite les intervenants, notons que le stress traumatique n'a pas le même poids que le stress cumulatif, lui-même moins important que le stress de base. De plus les auteurs le distinguent du traumatisme ; Si le stress est une notion surtout bio-psycho-physiologique décrivant une réaction d'adaptation

temporaire visant à mettre en état de défense un organisme sujet à une agression ou à une menace, le traumatisme psychique caractérise une situation dans laquelle toute possibilité d'adaptation a justement été impossible : « La pathogénie du trauma est donc non seulement celle d'un corps étranger ou "parasite" ayant fait effraction dans le psychisme et y provoquant de vains efforts d'expulsion, mais aussi celle d'un court-circuit dans le signifiant, avec irruption d'une expérience de mort, de néant et de non-sens dans une existence jusqu'alors sensée »(Crocq cité par De Clerq & Lebigot, 2001).

Il paraît aussi évident de mettre l'accent sur l'évolution des conceptions du stress, en abandonnant le modèle stimulus/réponse de cause à effet, qui implique les réponses physiologiques d'un organisme face à un agent agresseur (Canon, Selye cités par Canoui, 2004) pour un modèle transactionnel entre l'individu et son environnement dont la cause est multidimensionnelle. L'introduction de la dimension psychique a changé la conception initiale du stress, qui montre que les réponses physiologiques aux agressions ne sont pas stéréotypées. Elles dépendent de plusieurs facteurs. Le stress ne réside ni dans la situation, ni dans la personne, mais dans la transaction entre l'environnement et la personne. Il peut avoir des conséquences positives, et d'autres négatives, qui ont pour résultat l'émergence de pathologies au plan physique et psychique.

Parmi les professionnels qui pourraient être exposés aux effets négatifs du stress durant l'exercice de leur métier : les policiers, les sapeurs-pompiers, les managers, les professionnels de santé (médecin et infirmier) et en particulier les infirmiers urgentistes. Il semble que ces derniers constituent une population à risque aux atteintes psychologiques au travail. Ces infirmiers censés œuvrer auprès d'une population en souffrance qui exige des actes de soins adéquats et immédiats pourraient rencontrer lors de l'exercice de leur métier des conditions de travail contraignantes. Le métier d'infirmier étant couramment décrit comme tiraillé entre trois grandes fonctions (Grosjean & Lacoste ; Dubet, cités par Loriol (n.d.) : les actes techniques et d'hygiène, le travail relationnel et la fonction d'organisation et d'administration. Ces fonctions s'entremêlent et se heurtent au cours du travail. En fait, la littérature internationale ne cesse de nous renseigner au sujet du mal être et de la souffrance induits par les situations stressantes que peuvent endurer les infirmiers en général et les infirmiers urgentistes en particulier dans leur environnement de travail, en essayant de mettre en valeur l'impact du stress ainsi que la mise en œuvre des stratégies d'adaptation pour y faire face.

De par l'aspect relationnel et curatif qui caractérise le métier infirmier en général, les infirmiers urgentistes sont exposés au cours de l'exercice de leur métier, outre les situations insolubles répétitives comme le manque de moyen et de personnel, à une surcharge de travail.

Celle-ci est occasionnée par le flux massif et irrégulier des patients qui génère une forte sollicitation physique et mentale. Les infirmiers déploient un double effort en effectuant plusieurs tâches en même temps, mettant en péril la vie des patients, la gestion du vide ou du remplissage massif du service de façon aléatoire, imprévisible, laissent le soignant en état d'alerte. De même que le contact avec les patients et leur famille semble parfois décevant vis-à-vis de la non reconnaissance, de la non-compliance et de l'agressivité du malade. S'ajoute à cela le contact avec la souffrance et la mort comme source accroissant le stress. Comme souligne Lorient (n.d.) : « En raison de ces responsabilités et du contact en permanence avec la souffrance, la mort et la saleté et d'une pratique professionnelle qui s'appuie sur des compétences difficiles à objectiver, l'activité infirmière est généralement perçue comme stressante et fatigante ». De ce fait les infirmiers urgentistes sont exposés continuellement au stress, car ils sont impliqués émotionnellement auprès de la souffrance et la mort face aux conditions de travail défavorables ce qui rend de plus en plus difficile leur travail.

En fait, de nombreuses études ont souligné les conséquences de l'implication aux situations stressantes dont leurs cumuls favorisent l'apparition de nouvelles formes de pathologies et en particulier l'épuisement professionnel appelé communément burn out. Ce concept est apparu tout d'abord en dehors de la problématique du stress, son intégration dans le champ théorique de ce dernier a été réalisée suite à plusieurs recherches. Se situant de plein pied dans la tradition des études sur le stress, Hans Selye disait : « le stress est le sel de la vie » (cité par De Clerq & Lebigot, 2001), lorsque ce stress se mue en détresse il débouche vers le burn out. Ce phénomène est massivement pris en compte dès les années 70 aux Etats Unis, il est considérablement présent dans les professions dites de « relation d'aide ». Ses causes sont multifactorielles et la plupart des auteurs (Bibeau, 1985 ; Delbrouck, 2003 ; Canoui & Mauranges, 2004) mettent l'accent sur le rapport existant entre l'épuisement professionnel et l'accumulation de stress professionnel, et reconnaissent que l'épuisement professionnel est une expérience psychologique interne négative.

De nombreuses études sur l'épuisement professionnel ont été réalisées ces dernières années (il existe plus de 2500 publications), mais concernant beaucoup plus le personnel de santé, de l'assistance et des intervenants dans des catastrophes que d'autres milieux professionnels.

En Algérie, comme ce thème est assez récent, nous ne retrouvons que deux études publiées, celle de Chakali (2000) sur l'épuisement professionnel chez le personnel du centre anticancéreux de Blida et celle de Boudarene (2004) chez les agents de police en exercice (une étude préliminaire). Egalement, une autre étude a été effectuée dans le cadre du projet de

magister par Ouchen (2004) à l'université de Constantine concernant l'épuisement professionnel chez les sapeurs pompiers.

Compte tenu de ce qui a été abordé à travers la littérature internationale concernant les professionnels de santé et notamment les infirmiers, et dans un contexte socio-culturel algérien en particulier qui se distinguent par rapport à celui des différentes études qui ont été faites où les valeurs attribuées au travail changent d'une société à une autre à savoir une vision idéaliste au travail caractérisée par de hautes espérances, un esprit concurrentiel, une glorification de travail, un engagement excessif,...etc. Donc, nous nous demandons si les infirmiers urgentistes de la wilaya de Constantine peuvent présenter un épuisement professionnel ? Dans quelle mesure ces infirmiers sont affectés par le burn out ? Est ce que les facteurs socio-professionnels peuvent contribuer au développement de l'épuisement professionnel ? Les spécificités des conditions de travail dans les établissements hospitaliers ou les services des urgences peuvent-elles être source de stress pour les infirmiers urgentistes entraînant à la longue le burn out ?

Nous tenterons, dans ce qui va suivre, d'apporter une réponse à toutes ces questions par l'élaboration des hypothèses suivantes :

Hypothèse générale :

Les facteurs socio-professionnels et les conditions d'exercice du métier conduisent au burn out chez les infirmiers urgentistes

Hypothèses partielles :

- 1/ le sexe influe sur l'apparition de l'épuisement professionnel chez les infirmiers urgentistes.
- 2/ L'âge favorise l'apparition de l'épuisement professionnel chez les infirmiers urgentistes
- 3/ La situation familiale contribue à l'émergence de l'épuisement professionnel chez les infirmiers urgentistes.
- 4/ Le nombre d'années d'expérience contribue à l'apparition de l'épuisement professionnel chez les infirmiers urgentistes.
- 5/ Le mode de travail « de jour » ou « de nuit » mène à l'apparition de l'épuisement professionnel chez les infirmiers urgentistes.
- 6/ les caractéristiques des établissements hospitaliers favorisent l'apparition de l'épuisement professionnel chez les infirmiers urgentistes.
- 7/ les caractéristiques des services d'urgences du centre hospitalier universitaire de Constantine influent sur l'émergence de l'épuisement professionnel chez les infirmiers urgentistes.

Première partie

Approche théorique

Le syndrome de l'épuisement professionnel ou burn out appliqué en milieu hospitalier renvoie à un ensemble de notions que nous devons présenter et développer.

Ce sont particulièrement les notions d'urgences hospitalières, de traumatisme psychique, de stress dont les différentes dimensions vont poser le cadre théorique de ce travail.

Ainsi le stress est un concept commun qui permet de réunir différents types de notions relatives aux situations contraignantes en jouant un rôle déterminant quant aux atteintes physiques et psychologiques, notamment en milieu de travail. En effet la plupart des chercheurs considèrent le traumatisme et l'épuisement professionnel comme résultante d'un stress important.

Les professionnels de santé et les infirmiers exerçant dans les services des urgences en particulier rencontrent au cours de leur pratique professionnelle des situations stressantes inhérentes en partie aux conditions de travail et aux situations difficiles d'interventions auprès des patients ou des victimes lors des incidents critiques, ce qui influe négativement sur leur bien être.

Parmi les atteintes physiques et psychologiques liées au stress, citons le traumatisme psychique et l'épuisement professionnel. De ce fait, le traumatisme psychique renvoie à un dysfonctionnement psychologique après l'exposition directe ou indirecte aux événements traumatiques tels que les catastrophes naturelles, les attentats terroristes, les accidents de la route,...etc. Autrement dit, ce phénomène affecte non seulement les victimes exposées directement à ces événements mais aussi les personnes qui exercent le métier d'intervenant et de secours auprès d'une population en détresse. L'épuisement professionnel relève d'une souffrance liée aux conditions de travail stressantes qui entraîne à court et à long terme un déséquilibre psychologique. Notant que ces deux phénomènes ont de répercussions graves sur la vie familiale et conjugale.

Chapitre I :

Urgence et Trauma

Partout dans le monde, le système d'urgence connaît actuellement une augmentation importante d'activité, liée à des facteurs sanitaires, économiques, socio-culturels et organisationnels. Il joue un rôle clé dans le système de santé.

En milieu hospitalier, le personnel soignant et plus particulièrement les infirmiers exerçant dans les services d'urgences rencontrent souvent au cours de leurs pratiques quotidiennes de multiples contraintes dans leur lutte sans répit contre la souffrance et la maladie des patients qu'ils prennent en charge.

D'autant plus, ces contraintes s'accroissent lorsqu'ils rencontrent des situations traumatiques qui exigent un important investissement physique et émotionnel croissant dans leur activité professionnelle. En effet, en matière d'urgences et de catastrophes les infirmiers urgentistes sont amenés à intervenir en premier lieu lors des situations critiques telles que les catastrophes naturelles, les accidents, les incendies, etc., afin d'aider les victimes. Ces situations stressantes : la détresse et la mort entraînent une vulnérabilité chez les infirmiers urgentistes oeuvrant auprès des victimes pouvant occasionner plus tard un traumatisme direct ou indirect.

I. URGENCE

En ce qui concerne ce volet, Nous allons aborder en premier lieu la notion d'urgence en milieu hospitalier, les soins d'urgences, les spécificités des services des urgences, l'organisation des urgences dans le monde et en Algérie, ainsi que les qualités requises chez les infirmiers urgentistes pour une prise en charge appropriée des patients en souffrance.

1. Définition de l'urgence

Le terme urgence provient du mot latin « URGERE » qui signifie « presser » ou se « presser » ou encore « pousser à agir ».

Selon le dictionnaire encyclopédique Larousse, le mot urgence se définit comme « situation particulière impliquant une procédure accélérée » (Larousse, 1979)

Pour les soignants de manière générale, l'urgence désigne toute affection ou lésion mettant en jeu le pronostic vital à brève échéance, ou susceptible d'entraîner des séquelles invalidantes sévères. Il s'agit là d'une définition de technicien qui nécessite une évaluation technique initiale, la mise en jeu rapide de moyens de réanimation et qui bien sûr obligera presque toujours à une hospitalisation.

On peut dire alors que l'urgence représente la qualité d'une situation qui commande le déploiement rapide de moyens efficaces pour y répondre.

Le terme urgence n'est pas utilisé exclusivement en médecine, il couvre des situations hétérogènes.

En pratique médicale, la définition de l'urgence est tout ce qui est à l'origine d'une situation clinique imprévue : une douleur aigue, une anxiété, un malaise, un traumatisme, une détresse médicale, sociale ou psychologique. Askenasi et Unger (cité par Ait Slimane, 2004) soulignent que « la médecine d'urgence est sans doute la seule spécialité définie par le lieu où elle se pratique. Ses fonctions particulières, les pressions qu'on y subit, l'imprévisible, l'imprévu et le chaos imminent qui y règnent façonnent la pratique de ceux qui y consacrent leur temps mais définit également le contenu de la spécialité. Le service des urgences est un creuset où se fondent une multitude de problèmes. ».

Les services des urgences sont des services où sont pratiqués des soins d'importance immédiate où l'on se pose comme objectif de pouvoir traiter des symptômes en un minimum de temps. De par l'aspect urgent qui les caractérise, la spécificité réside dans la rapidité de la prise en charge des patients que ce soit pour la participation à la démarche diagnostique, à la stratégie thérapeutique, pour la mise en œuvre des soins infirmiers ou l'orientation des patients vers des services ou des structures adéquates.

2. Définition des soins d'urgences

L'expression soin d'urgence désigne habituellement les soins accordés aux patients dont les besoins sont urgents et critiques, ces soins comportent la collecte des données concernant l'état psychologique et physiologique du patient.

Ces données qui sont recueillies auprès du patient sont d'ordre psychologique et physiologique, l'infirmier tient compte de l'évaluation de l'expression affective, du degré d'anxiété et du fonctionnement cognitif (la capacité de s'orienter dans le temps et dans l'espace, et de reconnaître ceux qui entourent le patient), quant aux aspects physiologiques, il doit effectuer rapidement un examen axé sur le problème clinique qui a motivé la visite.

Les soins d'urgence ne se limitent pas exclusivement aux soins techniques, c'est d'abord un rapport singulier entre le premier intervenant et le patient, puisque ce dernier est fragilisé par l'angoisse engendrée en premier lieu par l'évènement lui-même qui est brutal et soudain, mais aussi par l'inquiétude pour son état de santé ; un accueil froid, impersonnel, désintéressé ou blasé ne fera qu'augmenter son angoisse.

Ce sont les raisons pour lesquelles le soin relationnel est tout aussi primordial que le soin technique. Le soin relationnel désigne un ensemble de moyens et de gestes utilisés par les infirmiers afin de réduire au maximum la souffrance psychique en diminuant l'angoisse, les peurs et de faire émerger un sentiment de bien être pour renforcer l'espoir du malade quelle que soit sa pathologie. Etre en relation entre soignant-soigné ne signifie pas nécessairement prendre un temps spécifique pour discuter, c'est tout le travail du soignant qui prend sa place dans le processus de la relation. Celle-ci passe par le biais de différents médiateurs : la verbalisation, les mouvements, les attitudes, l'aspect extérieur de la personne, vêtements, accessoires, mais également les outils de travail (pinces, seringues, etc.). Ces éléments apportent une multitude de sources d'informations sur les différents protagonistes, en s'échangeant des paroles, des sourires, des regards, mais aussi des pleurs, des cris...etc.

Comme le service des urgences est très spécifique, pour travailler sereinement il faut allier rapidité, technicité et relationnel (Laurent, n.d.).

3. Les spécificités d'un service d'urgence

Le service des urgences d'un hôpital ou d'une clinique du secteur privé ou public a comme rôle d'être ouvert 24heures sur 24, 365 jours par an. Il doit accueillir toute personne s'y présentant, à tout moment et quel que soit son état pour la soigner ou la diriger vers la structure la mieux adaptée. Ce service est le plus souvent formé d'équipes médicales et paramédicales pluridisciplinaires (Laurent, n.d.).

En effet un service d'urgence est caractérisé par une adaptation permanente :

- A un flux irrégulier d'une heure à l'autre, d'un jour à l'autre, auquel il faut adapter un personnel d'accueil aux horaires fixes chez lequel alternent ainsi les périodes de calme et de surcharge.
- A des problèmes médicaux (urgence vraie ou urgence ressentie), et médico-sociaux (personnes âgées, drogués, sans abri...etc.)
- A des exigences techniques de qualité et de précocité des soins sur certaines détresses (traumatisés, intoxiqués, insuffisances cardiaques, syndrome psychiatrique...), qui ne représentent qu'un faible pourcentage des admissions.
- A la nécessité d'un plateau médico-technique de plus en plus élaboré, doté d'équipements de laboratoire et d'imagerie performants avec les personnes indispensables à son fonctionnement 24h/24.
- A une alternance de problèmes d'urgences graves, détresses vitales nécessitant précocité et qualité des soins et moins graves ; les services d'urgences aussi appelés porte d'entrée névralgique du système de santé, sont constamment confrontés au défi d'assurer l'accessibilité aux soins. L'organisation de ces services est flexible afin de répondre aux besoins de chaque patient.

4. Les différentes formes d'urgences médicales

Il existe plusieurs formes d'urgences médicales, dont la perception est différente aussi bien du point de vue médical que des usagers des services d'urgences et selon Bouhroum (n.d.) :

* Urgences médicales absolues : concernent les patients qui nécessitent des gestes de réanimation de survie ; ce sont des urgences lourdes avec pronostic vital mis en jeu ou risque fonctionnel grave patent ou latent dont le traitement ne souffre aucun retard c'est-à-dire l'extrême urgence.

* Urgences médicales potentielles : qui nécessitent une surveillance médicale continue.

* Urgences médicales différées : correspondent à des conditions médico-chirurgicales aiguës qui exigent un diagnostic d'où il s'ensuit un traitement différé, et les patients peuvent être évacués vers des lieux mieux équipés et moins précaires.

* Urgences médicales dépassées : pour lesquelles aucun geste utile ne peut être accompli dans l'immédiat, du moins sur les lieux de l'accident.

Si on se réfère aux usagers des services d'urgences (les patients et leur famille), l'urgence médicale est ressentie différemment et dans ce cas, nous pouvons parler :

* D'urgences médicales vraies : situation où un avis médical est indispensable immédiatement
ex : accident de la voie publique et lieux publics sans notion de gravité immédiate, mettant en jeu le pronostic vital ou fonctionnel.

* D'urgences médicales ressenties : états morbides susceptibles par leur intensité ou leur soudaineté d'apparaître comme un état d'urgence pour une personne ou un entourage non qualifié.

5. L'organisation des urgences

Le système des urgences en milieu hospitalier est organisé de différentes façons selon le pays dans lequel le personnel soignant exerce son activité professionnelle.

5.1 A l'étranger

Selon Bouhroum (n.d) Les urgences médicales dans les pays occidentaux sont organisées de différentes manières en fonction des systèmes de santé avec cependant la même finalité " une prise en charge optimale de l'urgence". Nous avons pris quelques exemples d'organisation :

5.1.1 En Allemagne

Il existe 237 centres de contrôle de secours, chacun contrôlant toutes les opérations de secours dans une région précise. Cette coordination des secours dirige toutes les missions d'urgence dans une région dans un rayon de 30 à 50 km Le centre de contrôle reçoit tous les messages, donne l'alarme, contrôle et régule les moyens d'intervention d'urgence sur le terrain et les hôpitaux de destination.

Les médecins de l'urgence doivent être spécialistes ou au moins à leur troisième année de spécialité en chirurgie, en anesthésie ou en Médecine Interne. Ils doivent également avoir travaillé au moins 6 mois dans une unité de soins intensifs.

Les connaissances théoriques sont régulièrement mises à jour à l'aide d'une formation continue obligatoire.

Les jeunes médecins sont accompagnés de collègues ayant plus d'expérience pendant les premiers mois de leurs activités:

Le personnel paramédical doit subir un enseignement d'urgence et doit être supervisé par des professionnels.

Les ambulanciers doivent avoir des qualifications en techniques de secourisme et de traitements médicaux d'urgence.

Le transport d'un patient stabilisé se fera non pas à l'hôpital le plus proche mais à l'hôpital approprié qui est déjà informé de l'arrivée du patient.

5.1.2 En France

Il existe une régulation médicale régionale (SAMU qui signifie service d'aide médicale urgente) qui dirige les urgences vers les centres spécialisés en s'assurant dès avant l'arrivée du patient de la mobilisation de l'hôpital pour son accueil.

Le SAMU (centre 15) est un organisme d'évaluation d'une détresse, et de répartition de moyens d'interventions quelle que soit leur origine (publique ou privée), leur qualification (paramédicaux, médecins, anesthésistes réanimateurs), les moyens mis en oeuvre (praticien libéral ou paramédical dans son véhicule personnel, ambulances de transport simple, ambulances de réanimation, moyens de transport aériens). Il comprend essentiellement un centre de réception et de régulation des appels. Cet appel peut provenir directement du public en composant le numéro 15 (Flaujat & maille, 1993).

Le SAMU (centre15) n'oriente pas tous les malades sur les hôpitaux, certains sont orientés vers le médecin de ville lorsqu'il s'agit d'urgences relevant de sa compétence, réduisant ainsi le nombre de patients s'adressant directement à l'hôpital avec pour effet de désengorger quelque peu les services d'urgence.

Les transports sanitaires sont assurés par les SMUR (service mobile d'urgence réanimation) et les sapeurs pompiers qui sont le plus souvent médicalisés.

L'accueil : il existe deux types d'accueil

- les S.A.U : services d'accueil d'urgence en mesure d'accueillir tous les types d'urgence
- Les ANACOR : Antennes d'accueil et d'orientation des urgences qui ont pour vocation d'accueillir les patients relevant de la médecine générale et de mettre en condition les patients relevant d'autres spécialités.

5.1.3 Aux U.S.A

Il existe une régulation régionale et des services d'accueil des urgences pluridisciplinaire, une différence avec les pays européens, les transports primaires sont le plus souvent non médicalisés obéissant à la théorie "**Scoop and Run**" (évacuation rapide) qui a toujours ses défenseurs (Bouhroum,n.d).

5.2 Les services d'urgences en Algérie

Le personnel des services d'urgences en Algérie affronte une multitude de contraintes d'ordres professionnels, matériels et organisationnels qui influent sur leur efficacité ainsi que sur la qualité des soins. Alors que ces services étaient initialement destinés à la prise en charge des malades les plus atteints, ils sont devenus, pour une part très importante des services de consultations non programmées ; le manque de moyens médicaux et humains pour apporter une

bonne prise en charge des patients se présentant dans les services d'urgences qui ne cessent de s'accroître de temps en temps, le manque de collaboration entre les différents acteurs et les différents services de santé. D'autres part, les personnes qui fréquentent ces lieux souffrent aussi des temps d'attente jugés parfois excessifs mais également la qualité des soins prodigués aux patients et le manque d'organisation. Tous ces facteurs sont une source d'insatisfaction et de frustration pour les patients ainsi que leur famille (Bouhroum, n.d.).

5.2.1 La perception de l'urgence par le personnel soignant

Dans notre pays le concept de médecine d'urgence n'est pas encore admis par tous les spécialistes traditionnels qui prétendent tous faire de la médecine d'urgence dans leurs services, alors qu'être confronté à l'urgence de temps en temps dans le cadre de la spécialité et vivre dans un service d'urgence sont deux choses diamétralement opposées.

Dans les services d'urgence, il ne s'agit pas de se pencher sur de "beaux cas" mais de manipuler le mieux possible un ensemble hétéroclite de patients. Il s'agit de soulager une douleur, de soigner une lésion, sans oublier que la solitude, la misère sociale, l'humeur suicidaire, l'inquiétude d'avoir un cancer sont des raisons de consultations ou d'admission qui nécessitent une réponse adéquate (Bouhroum, n.d.).

5.2.2 Perception de l'urgence par les malades ou leur entourage

Tous les professionnels de santé mettent l'accent sur des patients qui consultent pour des problèmes non urgents à des horaires inappropriés.

Or cette situation traduit en réalité la défaillance du système de consultation et les difficultés pour se faire hospitaliser ou hospitaliser un proche.

Beaucoup de patients ne peuvent avoir accès à l'hôpital que par le biais des urgences. Ainsi, les services d'urgence semblent être des consultations hors horaire car les personnes travaillant la journée ne peuvent consulter qu'aux urgences de l'hôpital.

En plus de cela, les patients ont l'impression d'être mieux pris en charge et bénéficier d'examen complémentaires rapidement et sans discussion (Bouhroum, n.d.).

5.2.3 Le problème des structures

Comme c'est mentionné précédemment, tous les établissements hospitaliers signalent qu'ils accueillent les urgences sans que pour autant, cette activité repose sur une obligation de moyens aussi bien matériels qu'humains.

Les structures des services d'urgences semblent être inadaptées, dépourvues de moyens et les patients qui consultent sont frappés par la vétusté et l'inconfort des locaux, le bruit et la promiscuité. En résumé, ils constatent une déshumanisation totale de la part de certains professionnels de la santé se traduisant par le manque de communication et d'affectivité

relationnelle dans leurs rapports avec les malades. Les soignants (médecin, infirmier...) dans l'ignorance complète « des dimensions individuelles et sociales » en somme du facteur humain du malade, l'insuffisance d'une formation psychologique adéquate, ainsi que la confrontation avec des malades de plus en plus exigeants, et parfois agressifs (Bouhroum, n.d).

5.2.4 Le problème du personnel

Ceux qui travaillent dans les services d'urgences ne sont pas forcément les meilleurs et ne sont pas ou peu formés pour cette mission. Ceci est à l'origine de situations conflictuelles parfois justifiées. Les patients désapprouvent l'accueil et le caractère désinvolte du personnel.

Cet état des urgences est la conséquence du fait que le service des urgences est dans la plupart des cas un service impersonnel ou très souvent il est l'appendice, l'annexe lointaine de quelque chose d'autre (un autre service) ou de quelqu'un d'autre (un autre chef de service) avec une structure floue où l'autorité s'exerce à distance et où la répartition des responsabilités est souvent diffuse et confuse. Parfois, c'est le personnel paramédical qui par son dévouement et son esprit d'initiative pallie les faiblesses de l'organisation (Bouhroum, n.d.).

5.2.5 Les urgences pré-hospitalières et le transport des malades

Cette forme de prise en charge des malades est nouvelle dans notre pays. La médicalisation des ambulances de la protection civile et la création des UMUR au niveau des grands centres urbains seront d'un apport certain pour les malades ; ça permet d'effectuer dans l'immédiat des gestes d'urgences et de réanimation sur les lieux des crises en apportant aux malades plus de chance de guérison, en d'autres termes, l'augmentation de l'espérance de vie et par conséquent la réduction du taux de mortalité.

Cependant, cette nouvelle forme de prise en charge nécessite une bonne coordination et une adhésion des praticiens privés, de l'ensemble des hôpitaux et des services d'un même hôpital pour l'accueil des patients ramenés de leur domicile ou du lieu de l'accident.

Pour ce qui est du transport des patients à l'intérieur d'un hôpital ou entre hôpitaux, il y a un retard considérable. Les transferts parfois injustifiés de malades non transportables dont l'état de santé est instable ou par la demande de leur famille et s'effectuant dans de très mauvaises conditions ce qui aggrave de plus l'état de santé du patient (Bouhroum, n.d.).

6. La disposition des urgences

Les services des urgences sont considérés comme l'une des « vitrines » de l'hôpital, ils présentent une disposition qui varie en fonction de leur implantation dans l'établissement.

Afin de garantir le bon fonctionnement du service, les urgences doivent disposer de locaux distribués en trois zones : accueil- examen/soins et surveillance sans lesquelles la prise en charge ne saurait être complète (Laurent, n.d.).

- *une zone d'accueil* : Elle assure l'orientation, le triage et l'admission des patients. Les différentes données administratives, personnelles, ainsi que celle en rapport avec le motif de consultation y sont recueillies. Elle est généralement située à l'entrée du service.
- *Une zone d'examens et de soins* : On y trouve les box, davantage concernés par les urgences pouvant être différées ou de gravité moindre, on y assure l'examen clinique et biologique de la personne ainsi que les soins permettant la disparition de ses symptômes. Dans un même cadre, une zone de décharge permet de prendre en charge les patients en détresse vitale ou dont la gravité de l'état nécessite une intervention et une surveillance plus importante qu'en box. Egalement un local de traumatologie permet la prise en charge des sutures, plâtres, etc.
- *Une zone de surveillance* : Un circuit long pour des états justifiant des investigations approfondies : l'hébergement de ces patients qui seront ou ne seront pas hospitalisés, mais dont l'attente pouvant se prolonger, implique des conditions de confort et de commodité acceptables.

L'architecture de ces services devrait permettre des conditions de travail optimales : bureaux, secrétariat, salle de soins infirmiers, mais aussi salle d'attente. Les hôpitaux importants peuvent disposer de lits de très court séjour (24 à 36 heures) et tous les établissements devraient réfléchir à l'aménagement de surfaces de dégagement pour faire face à un afflux temporaire de patients (accidents en chaîne...).

On ne saurait conclure sans insister sur certaines spécialités des membres du personnel qui assurent le fonctionnement des services d'urgences : polyvalence des connaissances techniques médicochirurgicales, pouvoir d'adaptation à des périodes d'intense activité, compétence administrative, rapports avec les patients et leur famille.

7. Le personnel soignant et les soins aux urgences

Les urgences sont un lieu où l'on peut parler très clairement d'équipes pluridisciplinaires, voire d'équipe multidisciplinaire, pour une prise en charge globale, avec un chef de service médecin, un cadre infirmier, des infirmier(e)s d'accueil et de soins, d'aides soignants (e) des brancardiers et du personnel administratif ([http : //www.infirmiers.com](http://www.infirmiers.com)).

Mis à part les acteurs habituels d'un service hospitalier évoqués ci-dessus, on retrouve associée une multitude d'autres professionnels :

- Personnels administratifs : secrétaires, agent chargé des admissions, assistantes sociales.
- Personnels paramédicaux : infirmiers de soins généraux, infirmiers de psychiatrie, infirmiers anesthésistes, manipulateurs en radiologie, aides soignants, brancardiers, ambulanciers.
- Personnels médicaux : médecins spécialistes (chirurgien, orthopédiste, cardiologue, pneumologue), médecins généralistes, radiologues, psychiatres.
- Professionnels extérieurs au centre hospitalier : Sapeurs-pompiers, gendarmes, policiers, ambulanciers privés.

8. Les infirmiers aux urgences

Afin de prendre en charge globalement les patients et pour un processus de triage efficace, la fonction d'infirmier constitue un rôle clé, à la fois d'accueil, de décision, d'orientation et de soins. Grâce à ses études, sa formation spécialisée et son expérience qui lui offre la possibilité d'aider les personnes qui sont en situation de crise et la capacité d'évaluer et de reconnaître les problèmes de santé des ces derniers, de participer et de manière efficace à la gestion du service quant à l'état des blessés et des patients dont l'état est critique, de soutenir les familles et de répondre à leurs besoins...etc. ([http : // www.infirmiers.com](http://www.infirmiers.com)).

8.1 Les compétences du soignant

La profession d'infirmier dans un service d'urgences requiert certaines qualités et compétences :

- Polyvalence des connaissances techniques médicochirurgicales.
- Qualité relationnelle.
- Compétences psychologiques afin de gérer des situations difficiles avec les familles, les patients, les mineurs...etc.
- Capacité à s'adapter rapidement à un milieu ou une situation.
- Compétences administratives.
- Sens de l'organisation.
- Automatismes vis-à-vis de certaines situations.
- Rapidité et efficacité.

8.2 La prise en charge infirmière aux urgences

L'infirmier intervient à différents niveaux dans la prise en charge de la personne soignée, au sein du service d'urgences.

- L'accueil: l'infirmier, après avoir pris connaissance de l'identité de la personne quand cela est possible et identifié le(s) motif(s) d'entrée et les priorités de soins, la guide vers un box afin qu'une consultation puisse avoir lieu, ou bien le fait de patienter en salle d'attente, en fonction du degré d'urgence. Il s'agit donc du 1^{er} contact, 1^{ère} approche du patient souvent vectrice suite aux évènements qui doit reconnaître la souffrance de la personne et lui permettre de la « poser ». L'infirmier a, dans cette situation, un véritable rôle d'expertise. Car l'accueil d'un patient aux urgences est toujours générateur d'un stress majeur pour le malade et sa famille. Devant cette situation, l'infirmier doit faire preuve de calme, de tolérance, il doit se montrer rassurant et avoir le sens de l'écoute et de la compréhension pour éviter les situations de violence de la part du malade ou de sa famille.
- Le recueil de données : Qui permet de déterminer les ressources de la personne, son statut social, son histoire de vie, ses antécédents, la nature de ses troubles, l'histoire de la maladie...etc. Tant à partir des observations de la personne, que des réponses données, le soignant va pouvoir formuler les diagnostics propres à la situation, selon les priorités du moment.
- La réalisation des soins : qu'ils fassent partie du rôle propre, ou qu'ils soient prescrits, ils occupent une place importante dans le schéma de la prise en charge infirmière. Il s'agit de faire apparaître toute la dimension technique, tout en restant profondément « relationnel », ainsi, le soignant ne doit pas imposer ses actes à la personne soignée, mais la faire participer de manière indirecte, en lui expliquant le but du soin, afin qu'elle ne perde pas toute la dimension humaine qui la caractérise.
- La surveillance : Elle intervient dans la continuité de la prise en charge, que ce soit avant les soins ou après. Les qualités du soignant doivent lui permettre de savoir évaluer les éléments importants par rapport à une situation donnée, il s'agit donc pour le soignant de savoir dans quel registre se situe le patient, de cibler ses investigations en fonction d'un problème cardiaque, respiratoire, etc. ([http : //www.infirmiers.com](http://www.infirmiers.com)).

Il va sans dire que les difficultés liées au travail dans les services des urgences constituent un problème majeur de santé publique dans le monde entier et notamment en Algérie. Ces difficultés sont liées d'une part à l'aspect organisationnel qui joue un rôle très important dans la création d'un climat favorable pour un bon fonctionnement des services des urgences et d'une autre part les contraintes que peuvent rencontrer les infirmiers urgentistes durant l'exercice de leur métier. La profession des infirmiers urgentistes en tant qu'un métier de relation exige une compétence et une qualité adaptative face aux situations extrêmes, dont l'objectif est de répondre à tout moment aux sollicitations et aux situations d'urgences de la part des patients et de leur famille ainsi que de la part des autres intervenants (la police, les sapeurs pompiers,...etc.).

Les infirmiers urgentistes affrontent souvent dans leur métier des contextes délicats : la brutalité de l'évènement, l'horreur du drame et le nombre des victimes, ils se retrouvent parfois impuissants d'accomplir leurs tâches. Les interventions auprès des victimes s'avèrent très stressantes et coûteuses du fait qu'elles engendrent chez ces infirmiers un déséquilibre sérieux au plan physique et psychique.

II. LE TRAUMA

Dans cette partie, nous allons présenter un bref historique de la notion de traumatisme psychique, l'évolution de ce dernier à travers les différentes définitions, la clinique du traumatisme psychique ainsi que le traumatisme indirecte subi par les professionnels d'urgence et de secours tels que les soignants, les sapeurs-pompiers,....

1. Historique

L'attention accordée aux événements traumatiques et leurs répercussions sur l'intégrité de l'individu était depuis plus d'un siècle au centre de l'intérêt de nombreux auteurs et de nombreuses publications.

Les traumatismes ont toujours fait partie de l'existence humaine, on en trouve les traces dans nos plus vieux récits historiques et scientifiques de l'antiquité tel que le cas de Epizelos cité par Hérodote, ce soldat qui a perdu la vue en plein combat : il s'agit d'une conversion hystérique après choc émotionnel, avec tous les critères de la conversion.

Hippocrate a mentionné des rêves traumatiques des sujets qui voient en rêve des hommes armés, des combats, ou croient même se battre dans son traité des songes.

Les blessures physiques jusqu'à une époque récente n'étaient pas qualifiées de traumatiques et l'intérêt pour les événements traumatiques et la vie interne de l'homme n'est devenu sujet d'études scientifiques qu'à la fin du XIXe siècle.

A partir des publications de plusieurs auteurs européens, comme celle d'Oppenheim qui a créé le terme de « névrose traumatique » en 1888 qui a été controversé par J.Charcot et repris ensuite par Freud et Pierre Janet, mettant en considération le rôle de la biographie personnelle de l'homme, Freud et Janet se sont doutés que les expériences traumatiques, surtout l'abus sexuel, étaient à la base des symptômes souvent bizarres de leurs patients. Avec son concept de la névrose traumatique constatée chez les soldats dans la première guerre mondiale, Freud se trouve tout près des conceptions modernes sur le traumatisme.

Les observations des psychologues et des psychiatres témoins des catastrophes inaugurent l'ère scientifique de l'étude des comportements collectifs, surtout à l'époque des guerres du XX siècle qui vont étayer l'existence de troubles névrotiques provoqués par un traumatisme psychique. Dans les décennies de l'après-guerre on montre un intérêt pour la prise en charge des victimes.

Les expériences de la médecine militaire vont s'étendre à la médecine civile avec la description de névroses traumatiques après des accidents du travail ou de la voie publique, des attentats terroristes, des agressions criminelles et des catastrophes naturelles.

Les années quatre-vingt ont marqué l'émergence d'un nouvel intérêt pour le dommage psychologique particulier occasionné par la deuxième guerre mondiale en Europe du Nord.

Dix ans après la guerre du Viêtnam, les Américains vont reprendre la question à leur manière en créant une entité appelée «Post-Traumatic Stress Disorder», la notion de stress étant venue remplacer celle de névrose. Le traumatisme est devenu un stress ayant certaines particularités et la clinique de l'affection est singulièrement appauvrie. Bien que ce concept ne couvre pas complètement les effets du dommage psychologique chez les victimes d'un traumatisme complexe et de longue durée, il a ouvert les yeux sur les troubles psychologiques chez beaucoup de gens, non seulement les victimes confrontées aux événements traumatiques mais aussi leurs partenaires et leurs enfants, quoi qu'ils n'aient pas nécessairement subi les mêmes événements.

Pendant les années quatre-vingt on a découvert les dommages psychologiques subis par une autre catégorie d'individus, et en particulier chez tous ceux qui aident des victimes telles que les psychologues, les psychiatres, les médecins, les infirmiers, les assistants sociaux, les volontaires, ces intervenants subissent la pression du traumatisme non-digéré de leurs patients, ce sont surtout Mitchell (1981 ;1983), Mitchell & Bray (1990) et Mitchell & Everly (1993), et en Australie, Raphaël (1986) qui ont mis en évidence ce genre de problème ainsi que des techniques d'intervention pour remédier aux séquelles psychotraumatiques des intervenants en temps de crise ou d'urgence collective. Les publications de Dyregrov (1989) et Dyregrov et. Al. (1996) furent les premières en Europe sur l'atteinte psycho-émotionnel des intervenants des services de secours. (De Soir, 2003)

L'étude du traumatisme dit secondaire existe depuis peu de temps. L'existence de cette forme de traumatisme est certaine, mais il n'y a pas encore un nom propre à ce phénomène (Stamm cité par Lansen, 2003). On trouve également dans la littérature les termes « compassion fatigue » (Figley cité par Lansen, 2003), « vicarious traumatization » (Mc Cann et Pearlman cité par Lansen, 2003), ainsi que « indirect trauma » et « inducted trauma » et qui sont jusqu'à présent mal définis dans la littérature spécialisée.

2. Définition du psycho-trauma

Le terme traumatisme vient du grec «traumatikos» qui signifie blessure. En psychopathologie, on utilise le terme «traumatisme psychique» ou «trauma» par emprunt à la pathologie chirurgicale, pour désigner un phénomène d'effraction et d'envahissement du psychisme par un afflux d'excitations violentes et agressives.

On constate que le trauma était inhérent à la pathologie physique par l'action d'un agent extérieur qu'il soit physique ou chimique qui engendre des dommages de la structure ou du fonctionnement du corps tel que le traumatisme crânien. Puis il a été utilisé en psychologie pour déterminer une atteinte et une transgression du psychisme de manière brutale, qui laisse l'individu dans un état de choc. Les deux concepts se conjuguent, du fait que lors des événements traumatiques, la blessure ne se limite pas au plan physique mais aussi au plan psychique.

Selon le vocabulaire de la psychanalyse le traumatisme est un « choc violent susceptible de déclencher des troubles somatiques et psychiques. Freud appelle traumatisme tout événement qui perturbe l'équilibre affectif d'une personne et provoque la mise en œuvre de mécanismes de défense. Il se caractérise par un afflux d'excitations excessif relatif à la tolérance du sujet et à sa capacité de maîtriser et d'élaborer psychiquement ces excitations.

C'est un événement de la vie du sujet qui se définit par son intensité, l'incapacité où se trouve le sujet d'y répondre adéquatement, le bouleversement et les effets pathogènes durables qu'il provoque dans l'organisation psychique » (Laplanche et Pontalis, 1994).

Le trauma se déroule donc au sein du psychisme, sous l'impact d'un événement potentiellement traumatisant. Il est vécu dans la frayeur, l'horreur, et les sentiments d'impuissance. Il implique une expérience soudaine de confrontation avec le réel de la mort, sans médiation du système signifiant (aperception du néant). Par là, l'expérience traumatique renvoie à l'originaire, avec fascination du retour des enfers.

La confrontation soudaine et brutale avec une situation potentiellement traumatisante menace la vie ou l'intégrité physique et mentale du sujet et provoque une peur intense, un sentiment d'impuissance et d'effroi.

Selon Freud (1920), le terme d'effroi représente un état que provoque un danger actuel, auquel on n'était pas préparé : ce qui le caractérise principalement, c'est la surprise. D'après Barrois (1998), cet effroi étant l'état d'impréparation, l'absence d'anticipation dans les syndromes psychotraumatiques ne sont généralement pas le fait d'une « déficience » d'un trait de caractère (comme l'impulsivité par exemple) mais elles sont liées à la brutalité de l'accident qui est susceptible de provoquer un état de détresse chez la plupart des gens. Ainsi dans les traumatismes psychiques le sujet est dans l'incapacité d'effectuer une attitude compensatrice à la mesure de l'agression. Le mourir de soi-même, n'ayant jamais été présent, ne peut être représenté que par des substituts et par le blocage « du présent des choses futures » (l'attente) et le sujet se survit dans un temps incommunicable, immobile et indicible.

Les auteurs comme Lacan, puis Briole et Lebigot (Crocq cité par Cario, 2002) ont évoqué un autre volet du trauma qu'est le court circuit du signifiant, dans la vie quotidienne, le psychisme reçoit les stimulations extérieures, et il à le temps de leur attribuer une signification, de les intégrer par avance dans le système signifiant de ses acquis expérimentiels antérieurs, de sa culture et de son langage. Dans ce cas là et selon Crocq (cité par Cario, 2002), on n'est jamais confronté directement avec la réalité brute, et on a affaire qu'à un réel « travesti par le fantasme et choyé par le rêve ». Or, au moment du trauma, et la surprise de l'événement violent, on confronte comme le dit Lebigot au réel de la mort (mort physique de l'autre, ou menace de mort physique ou psychique pour nous-même), sans que notre système signifiant puisse être protégé. L'intensité du choc est plus importante que l'appareil psychique qui ne dispose dans son système signifiant d'aucun élément préparé à travestir la mort réelle. Si on possède des significations qui se réfèrent au cadavre et aux rituels de deuil selon nos expériences et notre culture, l'appareil psychique ne dispose d'aucun élément se référant à l'expérience réelle de la mort. Selon Barrois (1998) : « Dans notre conscience, nous n'avons pas de « présentation mentale » de la mort, pour la bonne raison que nous n'en avons jamais eu de « présentation » préalable ». En outre, il y a le néant qui, dans le trauma, fait non sens absolu, ce néant dont nous avons la certitude sans en avoir la connaissance, dont nous sentons confusément que nous en sommes issus et que nous devrons un jour y retourner, et que nous nions désespérément à chaque affirmation de notre vie et de l'existence des choses. Or, il surgit devant nous de façon inattendue pour nous imposer son évidence et sa présence. Lebigot voit que le trauma renverrait donc au mystère des origines, faisant du traumatisé un homme différent des autres hommes, car initié dans la fulgurance de l'instant au secret de l'originaire, et se sentant coupable d'avoir entrevu ce qui est interdit de voir et impossible à dire, tant il est vrai que le trauma est aussi une expérience d'indicible. Le terme d'originaire (scène primitive) est créé par Freud en 1897 pour montrer certaines expériences infantiles traumatisantes, c'est un fantasme du rapport sexuel entre les parents dont l'enfant serait le produit. Elle est généralement décrite comme scène de violence et en conséquence, une barrière s'est constituée, interdisant le retour en arrière (vers le ventre de la mère). Au moment de la confrontation avec l'événement traumatique et la surprise de la rencontre avec le réel de la mort qui renvoie au retour à cette scène primitive où le sujet a vu ce qui est interdit de voir. La réapparition de l'image traumatique renvoie à cette scène de violence.

Damiani (1997) montre le risque de ce moment d'effroi, sans mots : « Avec le trauma, on entre dans le domaine terrible de l'irreprésentable, c'est-à-dire celui de l'effroi et de l'épouvante. La violence de la confrontation avec le réel provoque une véritable sidération du Moi. L'individu court le risque de la néantisation » (Cité par De Clercq & Lebigot, 2001).

L'image traumatique qui s'installe au cœur du psychisme de l'individu et avec une véritable « menace interne » qui produira ses effets dans l'immédiat mais aussi à long terme même en l'absence des effets du stress, cette image du réel de la mort ne trouve pas de représentation pour la porter.

Lebigot (1999) précise « qu'elle ne se comportera pas comme un souvenir » : elle restera intacte, au détail près et, lorsqu'elle surgira à la conscience, ce sera toujours au temps présent, comme un événement entrain de se produire (Cité par De Clercq & Lebigot, 2001).

Barrois (1988) définit le trauma comme rupture des liens avec le monde, envahissement par l'angoisse de la néantisation (Cité par De Clercq & Lebigot, 2001).

Crocq (1999) quant à lui estime qu'il faut dans une optique phénoménologique, réintroduire la question du sens et du non-sens ; le trauma n'est pas seulement effraction, invasion et dissociation de la conscience, il est aussi déni de tout ce qui était valeur et sens et il est surtout perception du néant mystérieux et redouté, ce néant dont nous avons l'entière certitude qu'il existe, inéluctablement, mais dont nous ne savons rien et que nous avons tout notre vie nié passionnément (Cité par De Clercq & Lebigot, 2001).

On peut dire alors, ce qui fait traumatisme psychique n'est pas la qualité de l'événement traumatique, mais la réalité de cette rencontre avec le réel de la mort. Par ailleurs, un même « événement » vécu par plusieurs personnes, pourra avoir des effets traumatiques très différents d'une personne à l'autre.

Pour avoir un effet potentiellement traumatique, l'événement doit représenter une menace pour l'intégrité de la personne, dépassant ses possibilités de réactions, survenant de manière soudaine et non anticipée, et s'accompagnant d'un sentiment de terreur, de détresse, d'effroi, de solitude et d'abandon. Pourtant, un événement unique et inattendu n'est pas le fait de toutes les situations traumatisantes, certaines peuvent concerner des événements prolongés ou répétitifs, comme dans le cas des sévices répétés, la maltraitance, la torture, et l'accumulation des combats et des bombardements des guerres, pendant des mois ou des années. La notion « potentiellement traumatisant » est mise pour bien spécifier que le caractère de soudaineté et de violence, l'événement ne suffit pas à lui seul pour faire naître le phénomène du trauma, mais que l'état constitutionnel et conjoncturel du sujet qui subit la situation a un rôle primordial dans la genèse du phénomène.

3. La clinique

Sur le plan clinique, on distingue trois phases dans la pathologie psycho-traumatique :

3.1 La phase immédiate ou « réaction émotionnelle immédiate »

Face à un tel événement qualifié de stressant, potentiellement traumatique, il est décrit une clinique de *réaction immédiate au stress*, elle dure de quelques heures à une journée. Certains stress apparemment adaptatifs sont secrètement traumatiques, il n'y a donc pas de correspondance étroite entre les deux oppositions stress adapté versus stress dépassé et absence de séquelles versus survenue de séquelles. Dans l'immédiat, on peut observer des pathologies non aiguës, et le chronique peut être émaillé de poussées aiguës.

3.1.1. Le stress normal ou adapté :

Le stress est une réaction biologique, physiologique et psychologique d'alarme de mobilisation et de défense, il est à priori une réaction d'adaptation du sujet à une situation dangereuse, il s'agit d'un stress utile favorisant l'action ; sur le plan psychologique, cette réaction est focalisatrice d'attention, mobilisatrice d'énergie et incitatrice à l'action ; il se manifeste aussi par des symptômes gênants tels que : pâleur, sudation, tachycardie, hypertension, tremblements etc. ces symptômes gênants ne durent que le temps de la réaction de stress, soit de quelques minutes à quelques heures, et disparaissent spontanément pour laisser place à la sensation de soulagement mêlée d'épuisement. Beaucoup de sujets s'adaptent très bien, éventuellement au prix de symptômes éprouvants, neurovégétatifs, mais ils arrivent à fixer leur attention, à élaborer la bonne décision et à aider leurs camarades.

3.1.2. Le stress dépassé :

Lorsque le sujet est vulnérable, que la situation est trop violente, ou trop prolongée, les capacités de défenses normales sont débordées, laissant place au stress dépassé. Il s'agit soit de la réaction de sidération (stupéfaction intellectuelle, stupeur affective,...etc.), soit une gesticulation, des mouvements désordonnés et inefficaces, soit de la réaction de fuite panique (éperdue, le propulsant même droit dans le danger) et la réaction d'action automatique (par laquelle le sujet paraît agir de façon cohérente, mais en réalité en état second, sans se rendre compte de ce qu'il fait, et sans s'en souvenir). Il est volontiers contagieux et en cas d'intervention sur un lieu d'accident, il faut penser à isoler les victimes de stress dépassé. Les réactions pathologiques au stress sont: des accidents conversifs, une agressivité, des délires aigus, etc.

3.2 La phase post- immédiate

Elle est une phase d'évolution et de surveillance. Voire une phase de latence précédant l'installation de la pathologie psycho-traumatique. Elle s'étend de quelques heures suivant la catastrophe à une semaine ou dix jours après, voire plusieurs années. Soit tout rentre dans l'ordre progressivement et le sujet n'est plus accaparé par le souvenir de l'accident et reprend ses occupations, ou bien il y a persistance des symptômes de dissociation ; le sujet reste obsédé par le souvenir de l'accident et on voit apparaître des reviviscences, des phobies, des troubles du sommeil, des cauchemars, etc... Charcot, Janet, puis Freud appelaient cela période de latence, d'incubation, de méditation, de contemplation et de rumination ; cette période qui n'est pas totalement silencieuse, sur le plan clinique : le rescapé peut se montrer anxieux, perplexe et renfermé, ou au contraire, expansif, volubile et anormalement jovial.

3.3 La phase différée ou chronicisée

C'est la période de la mise en place du syndrome psycho-traumatique. Ces pathologies peuvent encore rester transitoires, ou évoluer vers des syndromes durables telles que névrose traumatique ou l'Etat de Stress Post-Traumatique (ESPT).

3.3.1 Les symptômes

Lorsque le traumatisme psychique s'installe, des symptômes spécifiques et non spécifiques, ainsi que des modifications de la personnalité apparaissent.

3.3.1.1 Les symptômes spécifiques

Se caractérisent par le syndrome de répétition qui est pathognomonique des états psychotraumatiques (c'est-à-dire qu'il est nécessaire et suffisant pour poser le diagnostic de névrose traumatique ou d'état de stress post-traumatique).

Dans son volet nocturne, le syndrome de répétition se traduit par des rêves ou le plus souvent des cauchemars répétés. Les cauchemars reproduisent plus ou moins fidèlement la scène traumatique. Ils sont souvent vécus intensément, provoquant volontiers un sommeil agité (cris, gesticulations) ou un réveil. La fréquence de ces rêves est variable : plusieurs dans une même nuit, quotidiens, hebdomadaires parfois même plus espacés.

A l'état de veille, le sujet revit la scène traumatique avec plus ou moins d'intensité. Cela peut être une simple rumination mentale à propos de l'événement traumatique. L'évocation répétitive du souvenir peut s'accompagner d'images ou de perceptions plus ou moins vives (odeurs, bruits, etc.).

Parfois la reviviscence diurne de l'événement traumatique prend une allure quasi hallucinatoire, sous forme de "flash back" brefs.

3.3.1.2 Les symptômes non spécifiques

On peut observer aussi d'autres symptômes qui appartiennent à d'autres affections mentales, comme l'asthénie physique, psychique et sexuelle, l'anxiété, des superstructures phobiques, hystériques, voire obsessionnelles.

On retrouve également des troubles psychosomatiques tels que l'asthme, l'hypertension, etc..., et des troubles des conduites comme les fugues, les tentatives de suicide, l'alcoolisme et la toxicomanie.

3.3.1.3 Les modifications de la personnalité

Le patient perd sa capacité d'initiative, il devient dépendant de son entourage avec une perte de son autonomie, une perte des centres d'intérêt et un repli sur son univers familial et proche, il peut devenir aussi méfiant, isolé, agressif et revendicatif et se mobiliser pour des actions en rapport avec le traumatisme (démarches administratives ou judiciaires, etc...).

4. Cadre conceptuel des processus de traumatisation

Un événement catastrophique peut avoir des conséquences importantes sur les personnes impliquées directement dans la catastrophe; l'intervenant en situation de crise et de chaos collectif a pour rôle de stabiliser et restaurer l'équilibre « psychosocial » des victimes, cependant, l'événement critique atteindra non seulement les victimes directes mais toute une série d'autres personnes gravitant autour de l'accident critique, au vu de l'ampleur des destructions, l'intervenant est lui-même potentiellement en danger, si pas directement, du moins indirectement par la charge psychologique énorme que représente le travail de crise avec les victimes et le stress qui en résulte.

De fait, le concept de traumatisation, autre que primaire n'est pas défini de manière univoque dans la littérature spécialisée, et n'a pas de reconnaissance officielle dans les diverses nomenclatures de troubles psychologiques et psychiatriques. Le nœud de la problématique est constitué par le trauma, confrontation imprévue avec la réalité indicible de la mort, qui laisse une empreinte psychique d'effroi et d'horreur. La personne confrontée à une situation traumatique sera nommée victime ; Autour d'elle, sa famille, ses proches, ses collègues, les éventuels sauveteurs, policiers, intervenants psychosociaux et les spécialités en thérapie seront plus ou moins fortement touchés par le vécu traumatique de la victime.

Selon Serniclaes (2003), le point de départ de cette conception est constitué par la victime ayant vécu une situation à caractère traumatique et dont la vie en reste bouleversée. Cette victime initiale sera nommée *victime primaire*, elle subit une traumatisation directe et présentera notamment les symptômes spécifiques d'Etat de Stress Aigu et d'Etat de Stress Post-

Traumatique. Taylor (cité par De Clercq & Lebigot, 2001) a répertorié tous les individus susceptibles de développer des troubles post-traumatiques, en proposant une classification de la population à risque à six niveaux : les victimes, leurs familles, les amis de la victime, les personnes qui par hasard, ont échappé au désastre, les intervenants, les services d'aides.

D'après Serniclaes (2003), la première onde de choc traumatique viendra toucher l'entourage direct de la victime primaire et tous les professionnels (sauveteurs, intervenants psychosociaux) qui seront au contact de la victime en situation de crise (phase aiguë, intervenants de première ligne). Ces personnes seront considérées comme *des victimes secondaires potentielles*, elle vivront peut être *une traumatisation indirecte* qui provoquera des troubles spécifiques de *Stress Traumatique Secondaire*. A moyen et long terme, les professionnels de la prise en charge thérapeutique (deuxième ligne : psychologues, psychiatres et psychothérapeutes) qui travaillent avec des victimes sont potentiellement des *victimes tertiaires*, ces thérapeutes subiront éventuellement un processus de *traumatisation vicariante* (traumatisé par un autre) sur base de l'écoute empathique du récit traumatique de la victime primaire. Les troubles engendrés par la traumatisation vicariante seront repris sur le label de compassion fatigue, on note également dans le même contexte que l'intervenant peut être victime d'un traumatisme psychique et il est considéré comme étant une victime directe (voir annexe I).

Et selon le même auteur, un dernier niveau conceptuel est constitué par le cadre de la traumatisation, lequel cadre est constitué par les repères qui structurent l'univers des individus impliqués. Il peut être le lieu de vie ou de travail, les règles et lois implicites et explicites, les régulations contractuelles des interactions entre personnes... Pour la victime primaire, il y a effraction du réel traumatique avec perte des repères par suite de la rupture de son cadre de vie ou de travail. Pour les victimes secondaires, le cadre de vie de l'entourage est perturbé et bouleversé, il devient fluctuant et indéfini. Les sauveteurs (au sens large) peuvent vivre une inadaptation ou un décalage de leur cadre de travail. Quant aux intervenants psychosociaux, ils fonctionnent en l'absence de cadre où plutôt doivent réinventer un cadre adapté (puisque travaillant en situation de crise). Les thérapeutes par contre fonctionnent au départ dans un cadre défini (cadre thérapeutique contractualisé) qui se révèle plus ou moins adapté.

5. L'empathie

Lors des incidents critiques, les intervenants sont amenés sur les lieux des événements traumatiques à aider les victimes et soulager leurs souffrances. En effet, la rencontre avec une population touchée par ces événements et leurs conséquences dramatiques (deuils,

violences...etc.) suscitent des efforts ou des réactions de la part des intervenants que l'on nomme « l'empathie ».

Le terme empathie est une notion complexe désignant le mécanisme psychologique par lequel un individu peut comprendre les sentiments et les émotions d'une autre personne, sans les ressentir lui-même.

Dans les sciences humaines, l'empathie désigne une attitude envers autrui caractérisée par un effort objectif et rationnel de compréhension intellectuelle des ressentis de l'autre (en particulier de sa souffrance). Excluant particulièrement tout entraînement affectif personnel (sympathie, antipathie) et tout jugement moral. Cette capacité à se mettre à la place d'une autre personne et le partage de ses émotions nous distingue et nous rend si profondément humain (Decety, 2003).

Selon les théories qui proviennent de la psychologie du développement, de la psychologie sociale et des neurosciences cognitives, la réponse affective déclenchée par l'état émotionnel d'autrui ne suffit pas à elle seule à déterminer le concept d'empathie, elle nécessite une compréhension minimale des états mentaux de la personne. Elle est basée sur la capacité à reconnaître qu'autrui est semblable à soi mais distinct de l'autre. Cette distinction entre soi et l'autre fait appel à l'inhibition exécutive qui se développe chez l'enfant en parallèle avec la capacité de s'attribuer à soi-même ou à autrui des états mentaux (désirs, croyances, sentiments).

Selon Decety (2003), l'empathie est conçue de deux composants qui s'interfèrent : la résonance motrice dont le déclenchement est le plus souvent automatique et non intentionnel, il apparaît au cours du développement et tire ses origines à travers l'histoire évolutive de nos ancêtres les primates non humains, le deuxième composant étant la prise de perspective subjective de l'autre qui semblerait être propre à l'espèce humaine, ce composant est plus contrôlé et intentionnel.

L'empathie se différencie de la contagion émotionnelle dans laquelle une personne ressent le même état affectif qu'une autre sans qu'il y ait une conservation de distance que celle dans l'empathie. Elle se distingue également de la sympathie qui consiste aussi à comprendre les affections d'une autre personne mais comportant davantage une dimension affective, alors que l'empathie s'appuie sur la capacité d'imagination, la sympathie repose plus sur la proximité affective avec celui ou celle qui en est l'objet. Certains chercheurs optent pour l'empathie cognitive pour montrer que ce concept repose sur un mécanisme cognitif neutre sans lien avec la relation qu'on entretient avec la personne qui en est l'objet.

Le concept d'empathie est tout d'abord utilisé dans des situations thérapeutiques, selon Rogers (1991) « l'empathie... est nécessaire à la thérapie, le thérapeute éprouve une

compréhension exacte, "*empathique*" du monde de son client comme s'il était le vôtre, mais sans jamais oublier la qualité de "comme si" telle est l'empathie, et elle apparaît essentielle à la thérapie. Sentir les colères, les peurs et les confusions du client comme si elles étaient les vôtres, et cependant sans que votre propre colère, peur ou confusion ne retentissent sur elles; telle est la condition que nous essayons de décrire. Quand le monde intérieur du client est ainsi clair pour le thérapeute, et qu'il s'y meut aisément, alors il peut aussi bien communiquer sa compréhension de ce qui est clairement connu par le client, que proposer des significations de ce que celui-ci éprouve de façon à peine consciente ».

On rencontre aussi ce concept dans certaines circonstances jugées potentiellement traumatisantes, il est utilisé afin d'aider les personnes porteuses d'un trauma. Figley (1995) définit l'empathie comme une ressource majeure de traumatisation pour les intervenants censés donner une assistance aux victimes d'incidents critiques. Elle est importante en évaluant le problème et en formulant une approche de prise en charge des victimes et de leur famille. L'empathie est un facteur clé de l'exposition au matériel traumatique pour la victime primaire et secondaire. Ce processus aide à comprendre l'expérience de la personne traumatisée, mais à force d'être empathique, l'intervenant risque d'être également traumatisé. Autrement dit, le contact et la prise en charge des contenus traumatiques des victimes ainsi que la difficulté à contenir leur souffrance peuvent provoquer la réactivation d'affects pénibles ce qui peut expliquer le malaise de certains intervenants. Malgré Les biens faits de l'empathie sur le bien être individuel, le danger réside quand une personne dispose une plus grande facilité à entrer en connexion émotionnelle et à exprimer de l'empathie serait davantage à risque de développer des pathologies telles que les symptômes d'état de stress traumatique secondaire, de fatigue de compassion.

6. Stress Traumatique Secondaire

Le terme de Stress Traumatique Secondaire n'est pas repris dans une nomenclature officielle de classification des troubles psychologiques ou psychiatriques. Ainsi de nombreux auteurs y font référence sans pour autant obtenir de véritable consensus. Un article de Stamm paru en 1997 dans le PTSD Research Quarterly fait le point sur les publications. Il montre clairement que ce concept est encore en recherche, il recouvre plusieurs autres termes tels que Compassion Fatigue et Vicarious Traumatization voire ceux de contre-transfert ou de Burnout. Pourtant les termes de Stress traumatique secondaire, de traumatisation vicariante et de Compassion Fatigue font référence au travail spécifique avec des personnes traumatisées, ceux de burnout et de contre-transfert n'étant pas spécifiques au trauma. Cependant, leurs processus psychodynamiques peuvent être complémentaires voire cumulatifs (Serniclaes, 2003).

Selon Serniclaes (2003), le stress Traumatique secondaire se définit comme le résultat du stress provoqué par le fait d'aider ou de vouloir aider une personne traumatisée ou en souffrance, particulièrement si cette personne vous est chère ou proche. Le processus mis en jeu relève de la contagion empathique ou sympathique du vécu de la victime qui se caractérise par de l'impuissance et par une rupture des assomptions de base (croyances de bases). L'entourage (significant others) est naturellement touché, perturbé, voire traumatisé par les questions que soulève la victime. Les ondes de chocs selon les auteurs s'étendent progressivement aux proches, aux collègues, aux sauveteurs et aux spécialistes que la victime rencontre. Nous retiendrons que l'idée que le Stress Traumatique Secondaire correspond essentiellement aux conséquences du soutien offert aux victimes pour ceux qui les côtoient bien que non exposés directement à la source traumatique. L'apparition des symptômes peut être très rapide (par exemple au premier contact avec la victime directe) et perturbant pour la victime indirecte. Au niveau symptomatologique, l'Etat de Stress Traumatique Secondaire ne se différencie guère de l'Etat de Stress Post-Traumatique (voir le tableau de comparaison des symptômes de ESPT avec ceux de ESTS dans l'annexe II (PT=personne traumatisée/victime directe)).

7. L'état de stress post-traumatique et l'état de stress traumatique secondaire

Quelque soit sa nature et ses causes, le traumatisme est un événement stressant et potentiellement risqué qui produit à court et à long terme des effets préjudiciables sur la personne aussi bien sur le plan physique que psychologique. Le fait d'être exposé, témoin ou confronté à un événement traumatique présentent une menace sérieuse pour la vie et l'intégrité de l'individu. L'impact de telles circonstances affecte non seulement les sujets exposés directement au traumatisme (victimes primaires) mais aussi ceux qui viennent en aide auprès des victimes en détresse (victimes secondaires). Ces répercussions peuvent se manifester selon Serniclaes soit par un état de stress post-traumatique (ESPT) ou bien par un état de stress traumatique secondaire (ESTS).

Bien que ces deux entités cliniques partagent plusieurs symptômes et manifestations, la différence réside en premier lieu dans l'exposition directe ou indirecte aux incidents critiques, ceci dit, d'après le DSM-IV, L'état de stress post-traumatique est la conséquence d'une exposition préalable à un événement traumatique. On considère l'évènement comme traumatique dans le cas où l'individu est victime, témoin ou confronté à un ou à des événements qui représentent une menace sérieuse pour sa vie ou pour son intégrité physique, ou encore pour la vie ou l'intégrité physique d'autrui. Ces événements suscitent chez cet individu des réactions de crainte ou une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur (DSM-IV, 1992).

L'état de stress post-traumatique relève de l'exposition directe aux événements traumatiques qui se caractérise par sa soudaineté et sa brutalité, alors que l'état de stress traumatique secondaire est la conséquence de l'implication indirecte aux incidents critiques induite par la surcharge émotionnelle au contact des victimes.

Ainsi, l'état de stress post-traumatique est consécutif à l'exposition à un événement aigu ou répété, par ailleurs, l'état de stress traumatique secondaire est le résultat d'un envahissement émotionnel progressif, il se déclare brutalement à cause d'un stress cumulatif. Le fait d'entendre les récits des victimes, les témoignages émouvants de l'événement traumatique, ces récits sont constitués de paroles « actives » et « agissantes ». Ils ont la capacité de transmettre à celui qui les écoute de fortes émotions telles que l'angoisse, la tristesse, la colère... (Delbrouk, 2003). De plus, l'état de stress post-traumatique survient après un intervalle d'exposition aux incidents critiques dans lesquels l'individu est lui-même victime d'un événement traumatisant, tandis que l'état de stress traumatique secondaire et instantané, car indirectement lié à une situation traumatique lors de laquelle le soignant intervient personnellement.

8. Les événements à potentiels traumatisant dans le milieu des sapeurs pompiers et les acteurs de l'aide médicale urgente

Par un événement émotionnellement choquant, nous entendons donc : un événement, dans le sens large du terme qui fait violemment prendre peur, émeut et qui, par son comportement soudain ou inattendu, peut sérieusement troubler l'équilibre émotionnel et cognitif de l'individu concerné.

Comme souligne De Soir (2003), Un événement à potentiel traumatisant (traumatogène), en revanche, est un événement qui répond aux quatre critères suivants : (1) l'événement est soudain et inattendu ; (2) cela donne un sentiment d'extrême impuissance, d'effroi et /ou de colère ; (3) l'événement est lié à des émotions fortes (e.a. anxiété, honte, culpabilité, chagrin) et des sentiments de peur intense, voire même d'effroi ; (4) il confronte les victimes de façon directe avec le monde des morts (d'où : confrontation avec sa propre mort) ou une atteinte sérieuse à l'intégrité physique et psychique de soi-même et /ou de l'autre (d'où les sentiments de pénétration et d'intrusion dans son propre monde, et vécu comme un écrasement du moi) menant souvent à un état post de stress post-traumatique.

Selon le même auteur, un événement émotionnellement choquant peut donc également être traumatisant, mais ceci n'est pas nécessairement vrai. Les événements deviennent traumatisants quand ils impliquent un contact plus ou moins direct avec la mort, accompagnés par un écrasement de l'image de soi (et du moi de la victime) et ébranlent les fondements de

l'homme et de sa vie. Ils écartent des expériences habituelles de notre monde normé et causent chez tous ceux qui en sont victimes un dommage (biologique, psychologique, émotionnel, spirituel et cognitif) certain. Les événements (à potentiels) traumatisants sont donc des événements « hors catégories », parfois naturels et en fait personne ne peut vraiment se mesurer avec ceux-ci. Se remettre d'un événement traumatisant peut être un processus particulièrement douloureux et long.

En dehors du sentiment d'être troublé, blessé et pénétré dans sa propre sécurité, suivent des sentiments complexes et souvent destructifs d'incertitude, de faute, de culpabilité, de peur, de honte et de doute. Les événements traumatisants suscitent chez les victimes des questions et des suppositions de base concernant leur amour propre et l'ordre du monde.

Defares et De levita (De Soir cité par De Clercq & Lebigot, 2001) décrivent que les intervenants, ceux des services de secours, des services d'ordre et de l'aide médicale urgente, mettront incontestablement en question leur rôle de « sauveur » et ils commenceront sérieusement à douter de leur capacité et de leur efficacité et ce, sur la base de leurs réactions émotionnelles. Malgré cette aspiration à la quiétude qui peut souvent être trouvée dans la mesure où l'événement traumatisant, via une reconstruction détaillée, peut trouver une explication ou le départ d'une assimilation du trauma -, les victimes d'un événement traumatisant se remémorent souvent des souvenirs non désirés de l'événement en question. Les souvenirs sont alternativement présentés comme, d'un côté des pensées indésirables qui incitent à se tracasser ou à ruminer et de l'autre côté, des souvenirs obsessionnels, intrusivement profonds. Ces souvenirs spontanés, qui reviennent sous la forme de sensations et d'images préverbaux et non-intégrés, sont la conséquence de bon nombre d'événements péritraumatiques et de dissociation ; ils forment, en alternance avec les réactions d'évitement et de négation, la signature du traumatisme psychologique, appelé état du stress post-traumatique (post-traumatic stress disorder ou PTSD), tel qu'il a été exprimé pour la première fois en 1980 dans le Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders III (APA 1980, 1987, 1994) (De Soir, 2003).

Certaines études comparatives ont cherché s'il y a une différence entre les victimes « pures » et les intervenants. O'Neil également (De Clercq, 2001) a fait une comparaison concernant le niveau de syndrome de stress post-traumatique des infirmières et des soldats ayant servi au Vietnam, il a trouvé dans les deux cas, qu'il existe des symptômes identiques mais leurs fréquences sont différentes : 25% des infirmières présentaient des troubles de stress post-traumatique contre 50% des soldats : des symptômes d'intrusion, d'évitement, de sentiments dépressifs, de troubles psychosomatiques et d'irritabilité. Notons que cette dernière diffère entre

les deux groupes : la colère des infirmières était liée à leur sentiment d'impuissance face à leur travail, et celle des soldats était liée au sentiment qu'on leur mentait et qu'on les avait envoyés au combat pour une cause perdue, par conséquent ces soldats abusaient davantage des substances toxiques que les infirmières, car ils confrontaient directement et en permanence les situations de stress inhérentes à la brutalité de la guerre, la mort...de telles circonstances les rendent plus vulnérables et plus tard sujet à l'état de stress post traumatique ; pour fuir la reviviscence ou le souvenir de l'événement traumatique, ils recourent à la consommation des substances toxiques, par contre, et au-delà des interventions et la prise en charge des soldats blessés et aux situations difficiles que rencontrent les infirmières pour sauver ces victimes, elles n'étaient pas impliquées directement dans les situations de guerre, mais elle étaient affectées indirectement.

9. Processus de traumatisation indirecte des intervenants

Lors des situations critiques (traumatiques) les intervenants sont exposés à des facteurs qui sont source de traumatisation indirecte ; le contact avec la mort (qui renvoie ces intervenants à leur propre mortalité c'est-à-dire la vulnérabilité), le partage des angoisses des victimes primaires et de leurs familles (qui conduit à une identification empathique c'est-à-dire cela aurait pu être moi ou ma famille), l'ambiguïté de rôle et les conflits qui en résultent. ?

L'aide ou le soutien empathique que peuvent apporter les intervenants est nécessaire pour l'accompagnement et la prise en charge de la souffrance, mais parfois devant la victime, un sentiment d'impuissance surgit et atteint son paroxysme qui mène à un blocage ; vouloir créer un lien de confiance en montrant leurs empathies et leurs compassions les met en résonance avec le vécu de la victime, sachant que cette résonance empathique est pratiquement traumatogène par définition. Quoiqu'en réalité ce processus qui mène à la traumatisation indirecte ne conduit pas forcément tous les intervenants à la traumatisation.

Dans la littérature spécialisée certains états pathologiques ont été décrits, nous citons par exemple, l'épuisement par compassion, décrit par Figley (1995) dans son œuvre intitulée « compassion fatigue », qui est le résultat de la transmission du stress traumatique des victimes aux intervenants (acteurs de l'aide médicale urgente, services des secours, psychothérapeutes, etc.). Et par la suite il proposa le modèle de la transmission du trauma sur la base du besoin qu'éprouve l'intervenant d'exprimer sa compassion envers les victimes traumatisées et enfin il a introduit le concept de stress traumatique secondaire (secondary traumatic stress) ; dans ce même contexte, MC Can et Pearlman (1990) parlent de traumatisation vicariante (De Soir cité par De Clercq & Lebigot, 2001).

Des comportements de type d'évitement avec un retrait empathique ou une suridentification avec un investissement empathique incontrôlé sont observés chez des intervenants et qui se traduit entre autre par : un cynisme, humour noir, mise à distance, déshumanisation des victimes, fuite par le biais de la consommation de l'alcool, de la drogue..., hyperactivité non constructive, la toute puissance d'aide aux victimes (Serniclaes, 2003).

En somme, les évènements traumatiques qu'ils s'agissent des catastrophes naturelles ou autres ébranlent non seulement les victimes aux prises directes avec la détresse et la mort mais aussi ceux qui interviennent indirectement aux situations traumatiques. Nombreux sont les études qui portent sur les répercussions psychologiques des évènements traumatiques sur les victimes psychiques, mais peu de recherches explorent l'univers psychologique des impliqués indirects.

Certains auteurs mettent en évidence les similitudes des manifestations existant chez les impliqués indirects et les victimes directes d'un évènement traumatique en exprimant les mêmes besoins de réassurance, de réconfort et d'orientation après l'évènement traumatisant.

De ce fait, nous pouvons considérer les infirmiers urgentistes comme des victimes primaires vu qu'ils sont directement exposés d'une façon ou d'une autre à un évènement de nature traumatisant (expérience sensorielle et émotionnelle). Egalement, ils peuvent être des victimes secondaires puisqu'ils n'ont pas été témoins de l'évènement mais sont concernées par lui et/ou par ses conséquences du fait de leur proximité émotionnelle (expérience émotionnelle) des victimes directes et perturbés par l'expérience de ces derniers, ils sont affectés par l'écoute répétée des histoires chargées de souffrance des victimes (les collègues d'une victime directe et les membres de sa famille). Comme ils peuvent être des victimes tertiaires où ils sont touchés ou perturbés par un évènement majeur et ce qu'il soulève à titre d'exemple, le décès tragique ou une blessure grave d'un membre du personnel lors de l'exercice de son métier est susceptible d'ébranler toutes les personnes de l'organisation que celles-ci connaissent personnellement ou non la victime directe.

Chapitre II :

Le Stress

De nos jours, le stress est devenu un phénomène de la vie moderne reconnu chez l'homme comme un problème majeur de la santé qui affecte le bien être de l'individu que ce soit dans la vie personnelle ou professionnelle. Il semble que La notion de stress a été introduite progressivement dans le champ scientifique, car sa richesse sémantique s'est élargie au domaine de la métallurgie, de la psychologie, de la psychiatrie, de la neurophysiologie, de la neurochimie, de l'immunologie, de la psychosociologie, de la psychanalyse, de la psychosomatique, de la psychologie du travail ..., le stress est utilisé au début pour exprimer la souffrance, la privation, les épreuves, puis s'est introduit dans le domaine de la métallurgie c'est-à-dire la force, la pression produisant une tension qui agit sur la déformation de l'objet et par analogie ce terme qui peut déformer les métaux, peut également entraîner des pathologies aussi bien sur le plan somatique que psychologique. Cette notion a attiré l'attention des chercheurs et a inspiré de nombreuses publications mettant l'accent sur les vertus positives du stress comme facteur de croissance personnelle ainsi que ses répercussions négatives sur la santé. En effet le stress n'est pas anodin et doit être sérieusement pris en considération car il peut affecter notre santé à moyen et à long terme, lorsqu'il se répète, il entraîne inévitablement des dysfonctionnements physiques et psychiques.

De ce qui précède, nous allons aborder les réactions psycho-émotionnelles inhérentes au stress, les différentes sources du stress professionnel, les stratégies dont dispose l'individu pour y faire face et ses répercussions sur la santé et le bien être des individus.

I. Définition du stress

Lorsque l'individu subit une agression quelle que soit sa nature, son organisme répond immédiatement par une réaction que l'on nomme « stress ». Le mot stress vient du latin « stringere » qui signifie « étreindre », « serrer », « resserrer », « lier », entourer avec le corps, avec les membres, en serrant étroitement et mettre en tension.

Le dictionnaire encyclopédique Larousse (1979) le définit comme : « un ensemble de perturbations biologiques et psychiques provoquées par une agression quelconque sur un organisme et des réponses de celui-ci ».

Par stress, on entend ici la réaction de l'organisme par la mobilisation physiologique et psychologique de celui-ci face à une agression afin de maintenir son équilibre. Sur le plan physiologique cette réaction met l'organisme en état de se défendre (libération d'adrénaline, de sucre sanguin, fuite de la masse sanguine de la périphérie vers les organes, accélération du rythme cardiaque, tension musculaire, etc. Sur le plan psychologique et comportemental, elle élève le niveau de vigilance, focalise l'attention, mobilise l'énergie nécessaire à l'évaluation de la situation et à la prise de décision (augmentation des facultés de perception et rapidité de leur intégration) et il prépare à l'action adaptée à la situation.

Selon le dictionnaire de psychologie, le stress est un mot anglais utilisé depuis 1936, à la suite de Selye, pour désigner l'état dans lequel se trouve un organisme menacé de déséquilibre sous l'action d'agents ou de conditions qui mettent en danger ses mécanismes homéostatiques. (Sillamy, 1999).

Pour Selye, le stress est fondamentalement une réponse purement physiologique, comme on peut le constater, il accorde peu d'intérêt aux cognitions et à l'évaluation que le sujet fait de la situation stressante, la dimension psychologique et personnelle de la réaction au stress est absente dans sa conception. De même que les réactions de stress peuvent être rencontrées non seulement dans des situations stressantes mais aussi dans des situations non stressantes (lorsque l'individu effectue un effort physique, non stressant) en fonction de la présence de certains médiateurs chimiques par exemple : les catécholamines (adrénaline et noradrénaline) ou d'hormones corticoïdes (cortisol) et de certains symptômes tels que l'augmentation de la tension sanguine, du rythme cardiaque...etc. pourtant les significations des deux situations sont différentes. De plus, La perception de l'individu des réactions de stress n'a pas été évoquée aussi dans sa conception du stress.

Au départ le stress désignait des situations d'agression exceptionnelles. Par la suite il s'est étendu aux événements heureux exceptionnels (un mariage, un héritage, une promotion),

mais plus tard la conscience populaire a adopté ce concept en le réservant aux situations nuisibles, on peut parler du stress causé par les conditions de travail, les contraintes et les conflits de la vie quotidienne...etc. De ce qui précède on peut donc distinguer deux types de stress : le bon stress appelé aussi « eu stress », il nous incite à accomplir des tâches, à atteindre des objectifs et à créer des projets. Quant au mauvais stress ou « distress », c'est un stress normal qui devient chronique le seuil de tolérance étant dépassé, le stress devient handicapant et destructeur pour l'individu. Ce stress là provoque un sentiment d'échec et de découragement.

Le stress est nécessaire pour la vie si l'organisme peut retrouver son équilibre dans un laps de temps déterminé mais si ce stress est mal géré ou s'il est vécu à répétition, le mécanisme de rétroaction qui assure le retour de l'équilibre ne parvient pas à agir efficacement, engendre des problèmes physiques et psychiques.

A travers ces différentes définitions, nous pouvons tirer des points essentiels à la description du stress, ce concept définit autant la situation subie par l'organisme, que la réaction de ce dernier à cette situation :

- la situation entraînant le stress peut être due à un agent physique, chimique ou émotionnel ; elle peut être agréable ou non.
- la réaction à cette situation peut être biologique et psychologique.
- Cette réaction, ou syndrome d'adaptation est commune à tout facteur de sollicitation et en même temps propre à chaque individu.

II. Les réactions face au stress

Selye a consacré sa vie à l'étude de cette réaction non spécifique de l'organisme à toute demande qui lui est faite. Dès 1950, il l'appellera le « Syndrome Général d'Adaptation » (SGA) ou encore « stress ». Le SGA représente pour son auteur l'ensemble des réactions de défense de l'organisme qui est constant pour chaque individu. Ainsi chaque personne posséderait un SGA plus ou moins fort et ainsi aurait une capacité d'adaptation différente face à des situations banales ou complexes. En s'inspirant des observations de Canon, H.Selye distingue trois phases séquentielles d'adaptation de l'organisme à toute modification de l'environnement : une phase d'alarme, une phase de résistance et une phase d'épuisement.

1. Une réaction d'alarme :

Cette première phase est aussi appelée phase de choc. Lorsqu'on est en face d'un « agent stressant » (celui qui nous stresse un événement par exemple) notre corps est confronté à un choc

qui altère notre équilibre fonctionnel. Notre organisme va tout faire pour s'adapter à cette situation : Des moyens de défense sont mobilisés pour réagir rapidement à l'agent stressant. Le stress cause l'apparition de réactions physiques et psychologiques se traduisant par une manifestation de symptômes différents selon les personnes. Au niveau somatique le rythme cardiaque s'accélère, la respiration se fait plus rapide, les muscles se tendent. Les effets psychiques se traduisent par la vigilance, l'euphorie, un sentiment de détresse ou d'oppression.

Ces réactions ont pour but de mettre l'organisme en état de fuite ou d'attaque du stimulus stressant afin d'établir l'équilibre interne. Le physiologiste américain Cannon appelle cela la fight or flight response (c'est-à-dire la réponse de combat ou de fuite), elle peut durer de quelques minutes à 24 heures.

La résistance de l'organisme, selon Selye, était le résultat du métabolisme catabolique qui stimulait la décharge corticotrophique du lobe antérieur de l'hypophyse, induisant une sécrétion excessive des hormones cortico-surrénales. C'est cette sécrétion qui augmente la résistance de l'organisme.

2. Une phase de résistance :

Cette phase constitue l'ensemble des réactions non spécifiques provoquées par un agent stressant qui persiste et auquel notre organisme s'est adapté au cours de cette phase de contre-choc, qui entre dans une phase de résistance en essayant de rassembler des ressources pour trouver de l'équilibre en utilisant des stratégies d'adaptation ou « coping » : ressources mentales, émotionnelles, comportementales, afin de se soustraire au stimulus stressant.

Au niveau endocrinien et neurovégétatif, cette phase de résistance peut s'expliquer par l'accroissement de l'activité du système nerveux et endocrinien pour compenser les effets du stress. Le système endocrinien va sécréter au cours d'une période beaucoup plus lente (cinq à trente minutes) une autre hormone, le cortisol. Celle-ci est chargée de stimuler la synthèse des sucres (d'où le lien entre stress et prise de poids) afin d'aider l'organisme à résister, en attendant que passe le danger, sans épuiser les ressources internes. D'un côté l'adrénaline fournit de l'énergie en urgence. De l'autre, le cortisol, assure le renouvellement des réserves. C'est une phase d'endurance, l'organisme doit tenir le coup.

Le système nerveux et le système endocrinien jouent donc, dans les deux premières phases, le rôle de systèmes de défense. Ils contribuent tous les deux à maintenir l'équilibre biologique et la stabilité physiologique (homéostasie) du milieu intérieur de l'individu.

3. Une phase d'épuisement :

Si le stimulus stressant se prolonge ou s'intensifie, l'organisme ne peut plus faire face aux agressions, ses mécanismes d'adaptation et de résistance échouent, entraînant un affaiblissement des défenses immunitaires qui rendent l'individu plus sensible aux agressions externes, cet organisme peut donc entrer dans une phase d'épuisement :

En effet, l'épuisement provient du fait que l'organisme a dû fonctionner en sursis, menant à l'extinction des réserves neuro-endocriniennes et que par décompensation il dysfonctionne et peut donner naissance à des pathologies psychiques ou somatiques pouvant même aboutir à la mort.

Le stress va avoir des effets aussi bien sur le plan physiologique que psychologique. Lorsqu'une personne affronte une situation stressante, son comportement et sa perception de son environnement sont modifiés. Notons que la réaction de chaque individu face à une situation semblable est différente, ce qui peut être stressant pour les uns, peut être seulement gênant pour quelqu'un d'autre, C'est notre façon de voir, de ressentir un événement qui le rend plus ou moins stressant. Il y a des incidents, des situations qui sont considérées comme étant stressantes en général par la plupart des individus qu'il s'agisse d'événements heureux tels que le mariage, la réussite scolaire et professionnelle, la joie ou les événements malheureux tels que le décès du conjoint ou d'un proche de la famille, le divorce, la maladie ou un accident personnel grave...etc.

III. Stress et coping

Il existe un modèle théorique sur le stress et le *coping* élaboré par Lazarus et Folkman (Grazini & Swendsen, 2004). Dans une optique transactionnelle du stress, ce modèle s'intéresse aux « transactions actuelles » entre l'individu et son environnement, c'est-à-dire aux efforts cognitifs, émotionnels et comportementaux déployés par les individus pour s'ajuster aux situations aversives. Ces transactions entre l'individu et son environnement sont des processus médiateurs fondamentaux. Dans ce cadre, la réponse à un agent de stress passe par une évaluation cognitive par laquelle un individu confronté à un événement stressant évalue rapidement les enjeux (stress perçu) et ses capacités à contrôler cette confrontation (contrôle perçu) et les réponses disponibles ou coping.

L'évaluation cognitive de la transaction stressante s'effectue à deux niveaux (Folkman et Al. cités par Graziani & Swendsen, 2004) : une évaluation primaire par laquelle l'individu peut déterminer si l'événement est important ou pas, s'il représente pour lui une menace et une atteinte de l'estime de soi, de sa propre santé et de son propre bien être. Si la confrontation est jugée stressante, cela signifie qu'elle contient une menace ou un danger. Et quand le contrôle est

possible, le défi environnemental et la détresse associée peuvent potentiellement faciliter la fonction adaptative dans un laps de temps très court. Cette capacité de manipuler efficacement son propre environnement, spécialement en condition de stress, conduit à un développement sain (Barlow & Chorpita cités par Graziani & Swendsen, 2004). L'évaluation secondaire se fait une fois que la nature de la menace a été évaluée, l'individu mobilise ses ressources personnelles pour faire face à la situation stressante « elle sert au sujet pour déterminer ce qu'il faut faire pour prévenir des situations négatives ou bien pour tirer bénéfice de la situation, l'accepter, chercher à s'informer d'avantage, prendre du recul pour éviter d'agir impulsivement. Le sujet évalue ses capacités de contrôler la situation » (Folkman et Al., Graziani & Swendsen).

En effet le stress est une relation particulière, un processus orienté entre la personne et l'environnement, il se manifeste donc quand l'individu évalue la situation comme débordant ses ressources et menaçant son bien-être. Ce processus d'évaluation qui s'effectue inconsciemment est influencé par les caractéristiques personnelles et par les contraintes des variables environnementales (Folkman et Lazarus cités par Carton-Caron, 2004), on cite parmi les caractéristiques personnelles, les différentes formes de croyances, qu'il s'agisse de croyance religieuses ou de croyance en sa propre possibilité de contrôle (notion de locus of control de Rotter, 1966), le niveau d'endurance psychologique de l'individu (les capacités de résister aux exigences externes et la maîtrise personnelle des événements de vie). Les caractéristiques environnementales correspondent aux caractéristiques de l'événement comme l'imprévisibilité de l'événement, sa durée, son intensité, aux ressources sociales qui entourent ou non l'individu, etc. Chaque individu possède sa propre histoire (son milieu, son éducation, sa société, l'influence de son entourage, ses expériences personnelles.), qui détermine les réactions de l'individu face aux agents stressants. C'est notre perception d'une situation qui qualifie le niveau de stress mais non pas la situation elle-même. La réalité est perçue alors à travers des filtres teintés de croyances à propos de nous même et de l'environnement qui affectent la manière de réagir à diverses situations. Ces croyances sont des convictions personnelles, des idées reçues, des préjugés, des normes et des règles familiales morales ou sociales qui forment des principes sur le monde, les autres et nous-mêmes (<http://www.mosaiquesystemique.com>). Une situation perçue comme négative et stressante par une personne peut être perçue comme positive et stimulante par une autre. Cependant un stress prolongé ou celui vécu dans l'enfance échappe à notre conscience et déstabilise notre équilibre à notre insu, il fausse notre vision de la réalité et influence nos émotions et notre équilibre. Ces croyances déterminent aussi la capacité de résister aux effets négatifs de stress par la mise en œuvre de trois caractéristiques que l'on appelle la hardiesse (robustesse psychique ou l'endurance) et qui sont : le contrôle, le défi et l'engagement. Le

contrôle se caractérise par la maîtrise de soi, selon Kobasa (cité par Pronost, 1997) : « Il s'agit d'une habileté à décider, à réaliser le choix de ses actions, à développer des capacités d'interventions personnelles sur les événements. Le contrôle s'oppose à l'impuissance et à la manipulation ». Le défi se traduit selon le même auteur par un enthousiasme devant les événements porteurs de changements, de développement personnel. Le défi suppose la curiosité et la souplesse adaptative, par l'anticipation de réalisation pleine d'intérêts, le défi s'oppose à la méfiance mais aussi à la sécurité et à la stabilité. Quant à l'engagement, il renvoie à un sens général de volonté, de détermination, de valorisation des activités courantes et des relations interpersonnelles. Il est défini comme une implication totale à l'interaction personne et environnement. L'engagement se base sur un sens social (Antonovsky et Kobasa cités par Pronost, 1997). Selon Kobasa, l'engagement s'oppose à la dépendance sociale, à l'abandon et à la perte d'autonomie. C'est l'expression du développement des potentiels. Des études menées par Kobasa montrent une faible prévalence de la maladie et les caractéristiques de la personne hardie. Les sujets en bonne santé sont capables d'engagement, de contrôle et de défi.

Les caractéristiques de l'environnement exercent aussi une influence sur le stress. Tout d'abord, il est important de prendre en compte la nouveauté, l'imprévisibilité ou l'incertitude de l'évènement. Ces paramètres peuvent agir sur les inférences évaluatives basées sur des expériences passées ou sur des notions de connaissance générale. Le facteur de prédictibilité a beaucoup été étudié chez les animaux, les résultats montrent que ces derniers ont une préférence pour les stimuli prévisibles. Mais ce modèle est incommode pour cerner le stress chez les humains en le remplaçant par un concept analogue qui est l'incertitude d'apparition de l'évènement qui se traduit par la probabilité. Ce qui explique la complexité de la relation entre l'incertitude et l'évaluation de la situation, probablement à cause de biais subjectifs inhérents aux estimations basées sur des probabilités. Ensuite, il est important de prendre en considération les facteurs situationnels temporels : l'imminence ainsi que la durée de la situation de confrontation, et l'incertitude temporelle. De façon générale, plus un évènement est imminent, plus l'évaluation est urgente et intense, moins l'évaluation est imminente, plus les processus d'évaluations deviennent complexes. Bien que le passage du temps puisse augmenter la menace, cela peut aussi permettre à la personne de maîtriser celle-ci par des copings cognitifs. La durée se rapporte à l'intervalle de temps au cours duquel un évènement se produit. La plupart des recherches sur la durée ont été influencées par le concept du « Syndrome General Adaptation » de Selye évoqué ci-dessus incluant les trois phases de stress qui sont : une phase d'alarme, une phase de résistance et une phase d'épuisement. L'incertitude temporelle est le fait de ne pas savoir quand un évènement va se produire. Peu de recherches ont été menées pour étudier ce facteur temporel, mais les

connaissances actuelles suggèrent que l'incertitude temporelle génère une activité de coping qui réduit les réactions de stress. A ce niveau, d'autres éléments temporels que ceux développés par Lazarus et Folkman (1984) méritent quelque attention. Il s'agit de l'aspect répétitif d'une situation de confrontation dans le temps, pouvant entraîner notamment des stratégies de coping anticipé (Keyser & Hansez, 1996).

Les ressources sociales comme une partie intégrante des caractéristiques environnementales représentent le réseau social du sujet qui peut offrir des informations, une assistance et un support matériel tel que l'aide financière par exemple. Le support social est conçu comme un modérateur afin d'améliorer les effets du stress par la disponibilité du soutien dans le réseau social (une aide concrète et le support émotionnel par exemple). (Graziani & Swendsen, 2004).

Toutefois, l'objectif du processus (personne- environnement) est de mettre en oeuvre un certain nombre de stratégies dont dispose l'individu afin de réduire l'effet physiologique et psychologique de l'événement stressant et de réévaluer la situation. Les procédures sollicitées par le sujet sont appelées « *coping* ».

Le coping est défini comme étant l'ensemble des efforts variables et instables, cognitifs et comportementaux du sujet, pour aménager (réduire, minimiser, contrôler, dominer ou tolérer) la demande (interne ou externe) provoquée par son interaction avec l'environnement, évaluée par le sujet comme dépassant ses limites (Lazarus & Folkman cités par Grazini & Swendsen, 2004).

Les stratégies de *coping* développées par la personne pour lutter contre un événement stressant, ont fait l'objet de nombreuses classifications. Celle proposée par Lazarus et Folkman (cités par Bekkour, 2004) distingue le coping centré sur le problème et le coping centré sur l'émotion, le premier est un effort pour changer les circonstances stressantes provoquées par l'interaction individu/environnement ; le sujet recherche une solution au problème en effectuant des efforts nécessaires, en établissant un plan d'action afin de trouver des solutions, il accepte la meilleure solution en fonction de ce qu'il voulait, sort de la confrontation plus fort et découvre ce qui est important dans la vie ou il fait preuve de diplomatie en recherchant des compromis ou le dialogue ou en recherchant des informations, de l'aide morale et matérielle pour résoudre le problème, ce type d'individu utilisant le coping centré sur le problème veut en savoir plus sur la situation, il accepte la sympathie et la compréhension des proches. Par contre le coping centré sur l'émotion qui se réfère aux pensées et aux actions dont le but est de diminuer l'impact émotionnel du stress, il fait appel à divers mécanismes comme l'évasion par l'évitement de la situation stressante en espérant pouvoir modifier ce qui est en train de se passer et que la confrontation stressante se terminera vite, l'autocontrôle qui permet au sujet de se contrôler, de

se rassurer et de se remettre en question, il adopte des comportements de fuite par le sommeil, la nourriture, l'alcool, les médicaments et la drogue ; la déniégation de la situation stressante face à l'impuissance ou il montre des attitudes d'agressions vis-à-vis des responsables du problème.... L'appartenance d'une stratégie à l'un ou l'autre groupe est subjective : chaque action ou pensée peut avoir plusieurs fonction de coping selon le contexte psychologique dans lequel elle a lieu (Lazarus & Folkman cités par Grazini & Swendsen, 2004).

L'efficacité d'une stratégie de *coping* du sujet s'évalue par l'effet donc des conséquences fonctionnelles ou non, des réponses de coping du sujet sur des critères bien définis tels que le bien-être émotionnel, la santé physique (Piquemal-Vieu cité par Bakkour, 2004). Ainsi, une stratégie de *coping* est efficace ou fonctionnelle si elle permet à la personne de maîtriser ou de diminuer l'impact de l'agression sur son bien-être physique et psychologique. Ceci implique qu'elle arrive non seulement à contrôler ou à résoudre le problème, mais aussi qu'elle parvient à réguler ses émotions négatives notamment sa détresse psychologique (Lazarus & Folkman cités par Bakkour, 2004). Sinon, la stratégie de coping devient inefficace ou dysfonctionnelle, elle se manifeste alors par des réactions comportementales et physiologiques perturbées chez le sujet (Bruchon-Schweitzer; Pronost cités par Bakkour, 2004).

1. La notion de lieux de contrôle (Locus of control)

La notion de lieu de contrôle tire son origine de la théorie de l'apprentissage social de Rotter (1966). Le lieu de contrôle (*locus of control*) renvoie aux croyances généralisées des individus en regard de l'influence qu'ils peuvent exercer sur leur vie. Ces croyances s'organisent autour de deux pôles : le lieu de contrôle interne et le lieu de contrôle externe. Le premier, le lieu de contrôle interne se caractérise par le sentiment qu'on a vis-à-vis de nos ressources et de nos capacités personnelles (ex. : les compétences, les efforts, la persévérance) qui nous permettent de faire face aux événements et d'y exercer un contrôle, il a un effet protecteur contre le stress et qui devient un facteur de réussite. Le second, le lieu de contrôle externe concerne le degré auquel un individu a tendance à attribuer ce qui lui arrive à des facteurs externes (le hasard, l'entourage, les forces divines) dont on ne peut rien y faire, et l'individu se sent plus facilement stressé, anxieux ou déprimé (Rousseau, Aubé, Morin, 2006).

Kobasa et ses collaborateurs (1982) suggèrent que le locus de contrôle interne serait une des composantes d'un trait de personnalité nommé hardiesse (*hardiness*) qui s'exprime à travers les stratégies de coping. Cette caractéristique individuelle agirait directement sur la perception de la situation. Selon Folkman (1984), face à une situation aversive, un sujet se caractérisant par un lieu de contrôle interne évalue davantage la situation comme contrôlable, à l'opposé de celui qui

possède un lieu de contrôle externe. L'ensemble des travaux qui portent sur l'étude de la contrôlabilité montre que lorsque l'événement est contrôlable, les sujets utilisent davantage de coping centré sur le problème, tandis que des événements incontrôlables engageraient les sujets plutôt vers des stratégies centrées sur l'émotion (Forsythe et Compas ; Conway et Terry; Vitaliano & coll ; Anderson cités par Carton– Caron, 2004).

2. Le support social parmi les stratégies de coping

Gentry et Kobasa (cités par Carton-Caron, 2004) définissent le support social comme étant une ressource psychologique qui définit les perceptions d'un individu eu égard à la qualité de ses relations sociales ». Lorsque l'individu se trouve dans une situation stressante, le besoin d'un soutien social semble être très important pour faire face aux événements. Considéré comme un élément protecteur contre l'apparition des maladies, son utilité a été souvent démontrée par plusieurs auteurs.

Dans le domaine de la psychologie de la santé, certains auteurs, comme Bruchon-Schweitzer, Dantzer, montrent que le support social permet de modérer les effets du stress sur le plan physique et psychologique. Selon House (cité par Grazini & Swendsen, 2004), le support social peut modérer les effets négatifs des conditions stressantes, augmente les bénéfices pour la santé et protège contre la maladie ; c'est un modérateur très important et complexe qui englobe l'ensemble des relations interpersonnelles d'un individu, lui procurant un lien affectif positif, une aide pratique (instrumentale, financière), et une aide informationnelle concernant la situation menaçante. Par conséquent, l'absence de support social intensifie les effets du stress. En effet, on peut constater qu'une bonne écoute, le soutien moral et matériel apporté aux individus constituent des paramètres importants pour faire face aux situations stressantes et faire réduire leurs répercussions sur l'individu.

De ce fait, on peut distinguer diverses façons dont l'expression du support social a eu lieu, selon son type : émotionnel (qui procure à l'individu un sentiment de protection, de partage émotionnel et de réassurance), estime (qui consiste à rassurer l'individu sur ses propres compétences, sa valeur afin de pouvoir retrouver un certain niveau de confiance et de l'auto-estimation), matériel (se réfère à une aide concrète telle que l'argent, les outils pour subvenir à ses besoins...) ou informatif (lié à un échange d'information, afin que l'individu puisse disposer des renseignements précis pour affronter la situation aversive) selon sa nature réelle (liens sociaux) ou perçue (disponibilité, satisfaction, efficacité). Cependant les questionnaires d'évaluation des stratégies de coping n'opèrent pas systématiquement cette distinction.

Certains auteurs, tels que Carver, Scheier et Weintraub (cités par Carton– Caron, 2004) distinguent entre un support de type émotionnel et un support social de type instrumental. Dans le premier cas, il s'agit d'un coping centré sur l'émotion et dans le second cas, le coping est centré sur le problème.

Etant donné la nécessité de l'existence d'un réseau social efficace pour affronter certaines situations. Hobfoll (cité par Carton– Caron, 2004) suggère que ce n'est pas un nombre élevé de relations qui est important pour un sujet mais plutôt le fait de pouvoir compter sur une ou deux relations intimes et cruciales. Certains chercheurs tels que Sarason et al (cité par Carton– Caron, 2004) ont dissocié deux aspects du soutien social : la disponibilité et la satisfaction. Un individu peut disposer dans son environnement d'un réseau social important avec un niveau de disponibilité élevé ou non. Cependant, l'évaluation faite par l'individu peut réduire ou augmenter le rôle de ce soutien social. Dans un contexte délicat, un sujet peut avoir des attentes affectives précises (besoin d'encouragement, paroles douces...) qui ne sont pas toujours comprises et satisfaites par son environnement humain. L'apport moral et affectif reste le plus souvent attendu dans des situations de détresse, dans d'autres circonstances le soutien attendu est matériel.

Dans un contexte différent, Carver et Scheier (1994) montrent que le sentiment de menace perçu lors d'un examen appelle de la part des sujets une recherche de support social quelles que soient les phases de la situation. Holahan et Moss (1987) concluent que les individus qui manquent d'appui social auraient tendance à déployer des stratégies d'évitement lorsqu'ils sont confrontés à une situation stressante.

L'écart entre les attentes du sujet et les réponses du réseau social sont parfois flagrantes. L'incapacité de répondre aux besoins psychologiques du sujet rend l'aide apportée, non adaptée et parfois même dommageable (Dunkel-Schetter et al, 1987). Il n'est pas évident que le soutien social apporté par la famille, et les amis soient congruents avec les stratégies perceptives, émotionnelles et comportementales attendues par le sujet pour affronter une situation stressante. Si le sujet cherche à recevoir davantage d'informations pour réévaluer éventuellement le problème et qu'il reçoit de la sympathie de son interlocuteur, l'aide qu'il a reçue risque ni de l'aider à faire face à la situation, ni à minimiser l'intensité du stress ressenti.

Beehr et Mc Grath (1996) montrent que les soutiens sociaux peuvent être nuisibles et renforcent les situations stressantes lorsqu'ils apportent des éléments qui ne permettent pas aux sujets de réévaluer la situation, ou lorsqu'ils mettent le sujet devant un sentiment d'incompétence (Cité par Carton– Caron, 2004, 2004).

IV. La physiologie du stress

L'être humain possède durant toute sa vie des capacités lui permettant de réagir plus ou moins efficacement à tout les changements qu'ils soient physiques, psychologiques ou social. Cette réaction induite sur le plan neuro-biologique la mobilisation de l'organisme afin de maintenir son équilibre interne (homéostasie) et le conduit à l'adaptation. L'homme vit en état permanent de stress ; il est stimulation. Selon Claude Bernard « le stress physiologique est nécessaire au rythme biologique, à la fixité du milieu intérieur » ; à l'inverse, la privation de stimulus ou l'absence de stress serait la mort. L'excès de stimulation est aussi dangereux lorsqu'il dépasse les capacités d'adaptation de l'individu, ce qui causera des maladies de stress et peut provoquer aussi la mort.

Les chercheurs ont découvert progressivement depuis les années trente et surtout au début des années quatre-vingt, les mécanismes utilisés par l'organisme pour faire face à un événement stressant ainsi que la relation stress-maladie qui a donné une nouvelle dimension à l'approche médicale classique.

Le stress déclenche une cascade de sécrétions hormonales et de réactions nerveuses complexes impliquant différentes structures du cerveau relié à l'hypophyse et aux glandes surrénales.

Au niveau de l'hypothalamus(région du cerveau situé en dessous du thalamus qui est le centre nerveux qui commande les fonctions vitales) et par le biais du système nerveux sympathique qui stimule la médullo-surrénale (les glande surrénales se situent au dessus de chaque rein, et les surrénales se divisent en deux parties : la partie centrale ou médullo-surrénale, et la partie périphérique ou cortico-surrénale), cette dernière provoque alors la sécrétion de catécholamines (l'adrénaline et la noradrénaline).

La médullo-surrénale peut être activée à différents niveaux autres que l'hypothalamus, la moelle épinière, la voie réflexe (zone sino-carotidienne, peau) ou encore le mécanisme humoral homéostatique (par la surveillance du taux d'adrénaline circulant dans le sang), sont aussi capables de stimuler la médullo-surrénale

La sécrétion des catécholamines correspond à une mobilisation immédiate et à court terme d'énergie lors de la survenue de l'événement stressant dont l'objectif est soit la lutte ou la fuite. Le taux d'adrénaline semble plus élevé dans la peur, les états dépressifs et l'anxiété, et le taux de noradrénaline dans la colère, et les états agressifs. Cette mobilisation est utile lors d'un événement réel de lutte ou de fuite, elle serait nocive si la situation émotionnelle est imaginaire, qui engendre la mise en circulation d'acides gras libre (qui conduit à l'athérome: infarctus du

myocarde). La sécrétion d'adrénaline de façon répétitive provoque de nombreuses pathologies physiques et psychologiques.

La cortico-surrénale décharge une série d'hormones de constitution stéroïde appelées corticoïdes ou « hormone du stress » : les gluco-corticoïdes, dont le cortisol et la cortisone qui agissent sur le métabolisme gluco-protéique sont directement impliqués dans le stress, et les minéralo-corticoïdes dont l'aldostérone et les corticostéroïdes.

Les gluco-corticoïdes ont une action antiallergique et antihistaminique ; une action de néoglucogénèse transformation en glucides des protéides et des lipides ; une inhibition des réactions inflammatoires allergiques. Les minérolocorticoïdes en excès ont une action défavorable sur le tissu conjonctif, accélèrent la vitesse de sédimentation, favorisent la production de maladies hypertensives et induisent par la vasoconstriction des vaisseaux, de l'hypertension ; à hautes doses ils provoquent des lésions articulaires de type rhumatismal.

La sécrétion de corticolibérine ou « corticotropin releasing factor » ou CRF par les noyaux antérieurs et latéraux de l'hypothalamus induisent une production de corticotropine (ACTH) par le lobe antérieur de l'hypophyse (adénohypophyse). La corticotropine qui, parvenant par le sang à la cortico-surrénale, déclenche l'émission de corticoïdes.

L'hypophyse est une glande située dans une cavité à la base du crâne, et composée de deux parties : l'hypophyse antérieure qui répond au stress par une sécrétion massive d'ACTH, et de somatotrophine ou STH (ou hormone de croissance ou GH) ; il y a inhibition des autres hormones antéhypophysaires (sécrétion accrue de prolactine lors de stress) ; l'hypophyse postérieure qui secrète la vasopressine, hormone diurétique et hypertensive. Le stress a donc un mécanisme hypophysosurrénal, et l'expérience démontre que certaines hormones (ACTH, gluco-corticoïdes) empêchent habituellement les dommages, et que d'autres telles les minéralo-corticoïdes les provoquent (Stora, 1993).

Les trois systèmes (la commande hypothalamique, le système sympathi-médullo-surrénal et le système de la cortico-surrénale) ne fonctionnent pas simultanément, ils interagissent entre eux en se modulant de manière réciproque. C'est ainsi que l'adaptation de l'individu face à une situation stressante se fait à la demande de l'environnement externe ou interne.

Dans des situations urgentes, l'adrénaline semble être l'agent le plus efficace pour déclencher les modifications biologiques capable de répondre au stress. Cependant, dans les situations moins urgentes, la noradrénaline suffit largement.

V. Les sources du stress

De nombreuses études ont été réalisées depuis les années cinquante et les efforts de recherches considérables qui ont été faites n'ont cependant pas abouti à élucider le concept de stress, à savoir montrer que les causes du stress sont clairement identifiables et ont des effets indiscutables.

Les sources du stress sont souvent multiples, celles qui sont liées aux conditions de vie des personnes telles que : les problèmes familiaux, les soucis financiers, les problèmes de santé...etc, et celles qui sont liées à certaines circonstances spécifiques et notamment aux conditions de travail. Le travail qui constitue pour l'individu un lieu d'épanouissement et un indice de santé mentale dans les conditions normales où la valeur individuelle et le respect de ses frontières sont prises en compte, par ailleurs il peut être générateur de dysfonctionnement physique et/ou psychologique.

1. Le stress au travail

Le stress professionnel est une réalité à laquelle la population active est de plus en plus souvent confronté, plusieurs études montrent que les facteurs liés à l'organisation jouent un rôle important dans les problèmes de santé psychologique au travail. Car les individus consacrent beaucoup de temps à leur travail et les critères de performances, d'efficacité et d'efficacité inhérents au travail ne cessent de s'accroître. Beehr et Newman (cités par Lecomte & Patesson, n.d.) proposent une définition du stress professionnel "Le stress au travail réfère à une situation où des facteurs reliés à l'emploi interagissent avec les travailleurs de manière à modifier (en augmentant ou en diminuant) les conditions physiologiques et/ou psychologiques telle que l'individu est forcé de dévier du fonctionnement normal.". Le stress professionnel s'inscrit donc dans une interaction entre l'individu et les conditions ou l'environnement de travail. Cette définition ne désigne pas le stress par les agents qui le provoquent mais par les réponses des individus aux différents facteurs qui y sont à l'origine.

On distingue plusieurs sources de stress professionnel qui sont relatives à l'environnement du travail, au travail posté, à l'excès ou à l'insuffisance de travail, au danger physique et à l'adéquation de l'individu à son environnement et à l'interface famille/travail :

1.1. Les sources liées à l'environnement de travail

L'environnement de travail désigne les conditions dans lesquelles vivent les individus sur leur lieu de travail telles que la mauvaise conception des lieux et/ou postes de travail (manque d'espace, éclairage, ...). Les sources de stress relatives à l'environnement de travail ont été

étudiées depuis plus d'un siècle et demi par les médecins et les ergonomes. Des études ont été faites aux Etats-Unis sur les centrales nucléaires, ont montré que l'aménagement des salles de contrôle était stressant et en particulier lors d'un incident grave de « Three Mile Islands », il y avait un nombre important des systèmes d'alarmes qui semble être à l'origine de la baisse d'attention des employés et ingénieurs chargés du suivi des opérations. D'autres agents stressants ont été aussi étudiés tels que le bruit, la température, l'émanation des fumées et l'exposition à des substances toxiques. Ainsi que les facteurs liés aux conséquences sociales et psychologiques des contraintes de travail. L'environnement de travail ne comprend pas uniquement des aspects matériels mais également l'aspect relationnel. (Stora, 1993)

L'environnement de travail influe sur la satisfaction rencontrée quotidiennement dans une activité et il a des conséquences plus ou moins graves sur la santé et le bien être de l'individu.

1.2. Les sources liées au travail posté

Il n'existe pas de consensus dans la littérature internationale sur la définition du travail posté. Il est généralement défini comme tout travail effectué en dehors des limites conventionnelles du jour (entre 06h00 et 22h00) et couvre ainsi le travail fixe le soir et la nuit ainsi que le travail en équipe avec alternance (3x8, 2x12, etc.).

Le travail posté est indispensable à certaines activités humaines comme celui des soins et de la surveillance, de production...etc., ces secteurs font appel à ce type de travail afin d'assurer les prestations qu'ils fournissent. Les exigences et la forte demande de certaines professions les obligent de s'orienter vers ce type de travail. Environ 18% de la population active en Europe passe au moins 25% de son travail durant les heures de nuit (Costa, 1997 ; Harrington, 1994 cités par Conne –Perréard & al, 2001) et une part au moins aussi large travaille en dehors des heures 'normales'. Cette caractéristique fait du travail posté un des risques au travail les plus répandus au monde (Boggild et Knutsson, 1999 cités par Conne –Perréard & al, 2001) avec des différences marquées en terme de 'dose'. Cela équivaut à environ 20 millions de travailleuses et travailleurs aux Etats-Unis et environ 18 millions dans l'Union Européenne (Harrington, 1994). L'enquête européenne sur les conditions de travail rapporte que le travail posté, y compris le travail de nuit, ne diminue que très lentement avec l'âge : en Europe, 24% des hommes et 12 % des femmes de plus de 45 ans sont occupés dans des systèmes de travail posté avec équipes de nuit (Härmä et Illmarinen cités par Conne –Perréard & al, 2001).

Le travail posté influe sur la santé physique et psychologique des individus. D'une part, il perturbe à moyens et à long terme l'horloge biologique en altérant particulièrement le rythme veille-sommeil, et d'autre part, il affecte les rythmes neurophysiologiques, tels que la

température, taux de glycémie, métabolisme, ainsi que l'efficacité mentale et la motivation au travail. Des études internationales et en particulier les études européennes mentionnent des risques de maladies cardio-vasculaires (les facteurs favorisant les maladies cardiovasculaires), des problèmes gastro-intestinaux, troubles du sommeil, problèmes liés à la grossesse (poids réduit à la naissance, prématurité, etc.), et de l'irritabilité. Ces symptômes sont couramment associés au travail posté.

1.3. Les sources liées à la surcharge et à l'insuffisance du travail

La surcharge de travail est le stresser le plus fréquemment rencontré chez les employés lorsqu'il sont dans des situations qui exigent une sur-sollicitation et en particulier quand la charge de travail augmente ; A l'inverse des autres professions dont la charge est relativement constante et donc prévisible, dans les professions médicales par exemple, où alterne des périodes de calme avec celles de fortes demandes. Les difficultés à faire face aux longues listes d'attentes et l'imprévisibilité du métier affectent les professionnels de santé à tous les niveaux ; ajouter également la pression du temps qui constitue même un facteur supplémentaire de charge et un facteur potentiel de stress (les risques d'erreurs médicales, voire même des accidents).

Plusieurs études ont mis en évidence un lien entre surcharge de travail et l'apparition d'un nombre de symptômes physiques et psychologiques ou indicateurs de stress (comme l'alcoolisme, l'absentéisme, prise de psychotropes...etc), surtout quand cette charge de travail est associée à des conditions d'exercices éprouvantes et à une carence de soutien de la part des responsables hiérarchiques notamment (Turnage & Spielberger ; Spielberger & Reheise cités par Boudarene, 2005).

French et Caplan (cités par Stora, 1993) montrent que la surcharge de travail comme agent stressant, est soit de nature quantitative ou de nature qualitative (la pénibilité du travail) et génère des comportements dysfonctionnels. D'autres recherches révèlent qu'il y a une forte corrélation entre l'excès de travail et l'hyperconsommation des cigarettes comme un des symptômes des maladies coronaires. La surcharge de travail entraîne une baisse de l'estime de soi, ou un refuge dans l'alcoolisme.

L'insuffisance de travail constitue un autre agent stressant, induit par un environnement où le travail prend un caractère monotone, répétitif et peu motivant, qui entraîne l'ennui et le désinvestissement psychique du travail et par la suite la diminution de la capacité de réactions des employés lorsqu'ils affrontent des situations d'urgence ou d'imprévu.

1.4. Les sources liées à l'adéquation Personne/ Environnement

La théorie de l'adéquation personne-environnement (PE) offre un cadre conceptuel pour évaluer et prédire comment les caractéristiques du travailleur et du milieu de travail se combinent pour déterminer son bien-être. Les caractéristiques de la personne (P) incluent ses besoins et ses capacités et les caractéristiques de l'environnement (E) englobent les apports et les possibilités de réponse aux besoins du travailleur ainsi que les exigences qui sollicitent ses capacités. Le concept personne/environnement désigne donc l'adéquation des caractéristiques psycho-sociales d'un individu aux conditions de travail de son environnement. De cette façon la satisfaction au travail peut être évaluée grâce à ce concept (Caplan cité par Sauter & al, n.d.). Les travaux français, notamment ceux de C.Dejours, C.Veil et A.Wisner portent soit sur la désadaptation de l'homme au travail soit sur l'hygiène mentale au travail, soit sur la psychopathologie de la souffrance au travail (Stora, 1993).

L'adéquation peut être mauvaise par rapport aux besoins de l'individu (*adéquation besoins-apports*) ou aux exigences du poste (*Adéquation exigences capacités*). La notion d'adéquation entre les besoins et les apports se réfère à la manière dont les moyens et opportunités du cadre professionnel répondent aux besoins du travailleur (désir de mettre à profit ses compétences et ses capacités, par exemple). La notion d'adéquation entre les exigences professionnelles et les capacités recouvre la manière dont les compétences et les capacités du travailleur lui permettent de répondre aux impératifs de l'emploi. Ces deux types d'adéquation peuvent même se chevaucher. Ainsi, une surcharge de travail peut entraîner une réponse incomplète aux exigences de l'employeur et compromettre également le besoin de l'employé d'en satisfaire d'autres (Caplan cité par Sauter & al, n.d.).

2. Le stress et l'organisation

On entend par organisation du travail, la manière dont les tâches et les systèmes de fonctionnement sont conçus et gérés avec efficacité. Selon Dejours «par organisation du travail, il faut entendre, d'une part la division des tâches (aboutissant à la définition du mode opératoire) qui engage directement la question de l'intérêt et de l'ennui au travail, et, d'autre part, la division des hommes (hiérarchie, commandement et surveillance) qui engage directement les relations que les travailleurs établissent entre eux sur le terrain même du travail ». Dans le cas contraire, cette forme d'organisation lorsqu'elle est mal conçue et mal gérées, peut être l'une des causes du stress professionnel qui influe négativement sur la santé psychique et physique des individus ainsi que sur leur motivation et leur efficacité.

En effet, l'organisation est primordiale pour améliorer les conditions de travail et par conséquent l'état de santé des individus. Elle peut prendre plusieurs aspects. Certaines professions attribuent aux individus des titres tels que docteur, maître, professeur...etc. ces attributs identificatoires permettent de reconnaître et d'identifier la place des individus dans la société. Dans ce cas, le travail est souvent assimilé à une vocation ou à une mission qui s'inscrit dans une dimension de rôle social (Quintard cité par Boudarene, 2005).

Egalement lorsque la structure de travail est élaborée sans tenir compte de l'avis et des préoccupations des travailleurs, ces derniers considèrent cette situation comme insécurisante et menaçante, se sentant ainsi marginalisés et sans utilité. Ce système d'organisation ne correspond pas avec la sensibilité des individus qui doivent adapter un modèle qui leur est différent au niveau de leurs aspirations et de leurs attentes, ces exigences professionnelles que subissent les individus les obligent à fournir plus d'effort et les mettent dans un état de tension. Cette forme de pression constitue une agression psychologique violente qui met en péril l'équilibre et la santé des individus (Boudarene, 2005).

Les préoccupations des chercheurs s'orientèrent de plus en plus du champ d'étude du stress au travail aux différentes sources de stress relatives au rôle joué par les individus sur le lieu de travail :

2.1. Conflit et ambiguïté du rôle, exercice de la responsabilité

Le conflit et l'ambiguïté de rôle constituent d'autres sources de stress. L'ambiguïté de rôle fait référence au manque de clarté des objectifs de travail et des responsabilités associés au rôle de l'individu. Celui-ci étant impliqué dans l'organisation est contraint d'assumer un rôle qui ne fait pas partie de la définition de son poste, il accumule une responsabilité ponctuelle à laquelle il n'est pas préparé, ce qui influe sur son activité et sur son statut mais aussi son identité puisque il est valorisé par le biais de son statut professionnel. Le centre de recherche de l'université de Michigan a publié en 1964 des travaux de certains auteurs (Kahn & al cités par Stora, 1993) dans un ouvrage consacré à l'étude du stress organisationnel et au conflit et l'ambiguïté du rôle, ils ont montré que les individus souffrant de cette situation (absence de définition de leur rôle) éprouvait une grande insatisfaction au travail, des tensions croissantes, un sentiment de futilité et d'une faible confiance en soi. La difficulté de faire face à cette situation génère du stress qui menace leur bien être physique et mental.

On retrouve généralement cette situation lorsqu'il y a un manque de personnel tel qu'un infirmier brancarde un malade parce que son collègue aide soignant est absent sur le champ et que l'urgence l'incite à agir vite. Intervenir dans des situations d'urgence exige une souplesse de la part des individus, mais lorsqu'elles se répètent elles deviennent vite stressantes.

Le conflit de rôles, quant à lui est défini sous l'angle de la compatibilité (ou de l'incompatibilité) des exigences du travail de l'employé. Il se réfère à la demande et aux attentes contradictoires, aux incompatibilités par lesquelles l'individu ne désire pas répondre vraiment à cette demande ou que la demande ne répond pas à la définition de ses tâches. Tout comme dans les résultats sur l'ambiguïté, les individus qui souffrent du conflit de rôles éprouvent aussi peu de satisfaction de leur travail ; d'autre part, il existe un lien entre les individus ayant un pouvoir ou une autorité dans l'organisation et la décision et l'insatisfaction au travail de leurs subordonnés ; plus le pouvoir ou l'autorité de l'individu envoyant des messages porteurs de conflits sont grands, plus le conflit de rôle entraîne d'insatisfaction. Ces conflits fragilisent les relations sociales et sont à l'origine de nombreux conflits. Comme le cas d'un ancien soignant qui devient chef de service : il conserve ses relations avec ses anciens amis et doit en même temps assumer un nouveau rôle par rapport à eux.

L'ambiguïté et le conflit de rôle sont associés à l'absentéisme, à un faible rendement au travail et à l'insatisfaction au travail.

L'exercice de la responsabilité comme agent stressant agit sur l'individu de la même manière que les autres agents stressants. La responsabilité vis-à-vis des humains et plus stressante que celle vis-à-vis des équipements, d'après Wardwell et coll (cité par Estry-Behar, 1997), la responsabilité à l'égard des gens conduit de façon plus significative aux maladies coronariennes que la responsabilité à l'égard des choses, du fait de l'interaction permanente avec autrui, et d'assumer d'autres activités telles que l'assistance à des réunions, à travailler seul et faire face aux délais de remises de rapports et/ou l'exécution des tâches. Plus grave encore lorsque l'individu se trouve dans l'obligation de se conformer à des standards de performances croissants et de faire face en permanence à des changements technologiques rapides, ce qui influe négativement sur son bien être.

D'autres recherches montrent l'existence d'un lien entre le stress et l'âge et le stress et le niveau de responsabilité dans l'organisation. Kay (cité par Estry-Behar, 1997) suggère que la « pression » est plus importante au niveaux intermédiaires de la direction (peu de réelle autorité, mais haut niveau de responsabilité), c'est ce qui a été prouvé par une récente étude suédoise. Une étude a été proposée par Lantz (cité par Estry-Behar, 1997) sur un échantillon représentatif de 02%, sur les conditions du leadership dans les organisations sanitaires chez des médecins membres de la confédération suédoise des associations professionnelles. Il a conclu qu'il existe des relations positives entre la perception de la manière d'être reçu par son supérieur immédiat et la perception de la manière d'être reçu par l'équipe. D'après Estry-Behar (1997), Elle constate

que les médecins de niveau senior ont une conception considérablement plus favorable de leurs conditions d'organisation du travail, par rapport à ceux de niveau intermédiaire ou basal.

Rappelons aussi que chaque individu adopte des réactions spécifiques aux conflits de rôles, French & Caplan (cités par Stora, 1993) signalent que les individus aux comportements plus souples résistent mieux au stress que les individus psychologiquement plus rigides.

2.2. Le stress relationnel

Le stress relationnel est lié à la qualité des rapports humains entretenus avec le supérieur hiérarchique, les subordonnés et les collègues de travail. Une bonne qualité des échanges relationnels et le maintien d'une communication permanente sont un facteur primordial pour le bien être de l'individu et de l'organisation.

Il est bien connu par tous que les relations peuvent nous confronter à des situations qui nous semble menaçantes pour notre bien être, et qui mène à des états de stress. La relation devient stressante lorsque l'autre, par ses actions et ses paroles provoque des émotions désagréables telles que la peur et l'insécurité.

En effet, Buck (cité par Stora, 1993) dans son enquête sur la personnalité du leader dans sa relation avec ses subordonnés, montrait que le manque ou la faible considération du supérieur influe sur le comportement des subordonnés qui se traduisait par un sentiment de plus grande tension sur le lieu de travail. La considération joue un rôle important dans l'amélioration des conditions de travail par le biais du respect mutuel et une certaine chaleur dans les relations humaines. Par ailleurs, la fonction la plus délicate d'un manager réside dans la façon dont il contrôle ses subordonnées. L'incapacité de déléguer est l'un des problèmes auquel il faut ajouter le management par participation. L'introduction de cette méthode de management a causé beaucoup d'anxiété et de ressentiment à nombre de managers incapables de déléguer et de participer. Le déséquilibre entre le pouvoir formel et le pouvoir réel, la perte de statut, l'érosion de son autorité, le refus des subordonnées de participer sont des sources potentielles de stress, surtout pour les managers ayant une formation scientifique et technique ; ceux-ci sont plus enclins à se consacrer aux tâches, problèmes, procédures et processus de décision qu'aux interactions humaines.

Les rapports entre collègues sont considérés aussi comme une autre source de stress, la proximité et la promiscuité quotidienne dans certains cas contribuent à l'émergence des conflits entre les individus qui proviennent des incompatibilités d'humeur et de caractère. Ils apparaissent souvent dans le milieu de travail, notamment lorsqu'il y a des désaccords concernant l'organisation et l'exercice des tâches que chacun peut assumer.

Plus grave encore, sont les conflits qui émergent de la compétition et la rivalité entre collègues pour la promotion ou l'accèsion à des postes de responsabilité, ils témoignent souvent de la présence d'un dysfonctionnement profond de l'entreprise et d'une mauvaise gestion par la hiérarchie de la reconnaissance des capacités et des mérites de chacun (De Meirleir & al cités par Boudarene, 2005).

Le manque de soutien comme facteur de risque influe également sur les rapports entre collègues de travail, notamment dans les situations difficiles, d'une part il correspond au fait de n'être pas suffisamment reconnu dans son travail, d'autre part au fait de ne pas pouvoir exprimer ouvertement les distorsions rythmant une pratique lorsque les conflits prennent le pas sur l'harmonie des liens et lorsque se cloisonnent les grades et les services. Toutes les enquêtes ergonomiques montrent les effets modérateurs du soutien sur le stress perçu. Le soutien de la part des collègues ou les supérieurs favorise le sentiment d'appartenance à un groupe et apporte du réconfort dans les moments difficiles.

2.3. Le stress lié au déroulement de la carrière professionnelle

Dans le domaine de la carrière professionnelle, on peut identifier deux sources potentielles de stress :

- 1- Le stress lié aux différentes étapes de la carrière.
- 2- Le stress causé par les frustrations induites par le statut professionnel.

1- La carrière professionnelle :

L'individu est soumis à des tensions et des expériences plus ou moins difficiles à chaque étape de sa carrière professionnelle. Dans les sociétés industrielles, au début de la carrière les individus sont poussés dans une compétition intense pour gagner rapidement plus d'argent et d'acquérir un statut social plus élevé ; tout ceux qui réussissent ou qui échouent dans leur carrière professionnelle paient un prix élevé. La carrière professionnelle est accompagnée d'une multitude de déceptions : ralentissement ou inhibition des progressions, minimisation des opportunités de peur d'avoir atteint le sommet, qui peut conduire l'individu à l'isolement. Aussi la fin de la carrière et la retraite c'est-à-dire la fin de la vie professionnelle active, la conversion de l'énergie de son travail vers d'autres activités est une éventuelle source de frustration plus ou moins surmontée par les individus ; notons que les décès sont fréquents dans les deux à trois années suivant la retraite (Stora, 1993).

2- Le statut professionnel :

Selon Stora (1993), le statut professionnel est lié aux procédures de promotions des organisations et des transformations socio-culturelles de la société. Une organisation peut favoriser les promotions exceptionnelles de certains de ses cadres, employés et ouvriers sans tenir compte des conséquences que peuvent engendrer au plan émotionnel et somatique de celle-ci : surcharge de travail, accroissement de sentiment d'insécurité...etc.

L'évolution de la technologie et les modifications de certains paramètres de la société, notamment dans le milieu de travail rendent l'individu en quête d'adaptation spécifique et permanente, ce qui influe sur le rythme de déroulement de sa carrière au sein d'une même organisation. Des études effectuées dans ce cadre révèlent que le décalage dans les promotions et par conséquent, toute frustration favorise l'apparition des désordres psychologiques et des troubles mentaux. Les maladies physiques apparaissent aussi chez des individus ayant acquis par eux mêmes, ou par leur mariage un statut social plus élevé que leur statut d'origine. Le stress causé par les modifications rapides du statut social est devenu un des problèmes cruciaux dans nos sociétés.

2.4. L'organisation comme source du stress

L'organisation du travail par elle-même peut causer du stress par son ambivalence ; de par sa nature, elle peut être une source de menace de la liberté, de l'autonomie et de l'identité individuelle comme elle peut être aussi une source de protection pour les individus. Si cette ambivalence crée un stress important, on peut observer des phénomènes de résistance au changement par des attitudes de manque de participation au processus de décision. D'autres problèmes liés à l'organisation surgissent comme les problèmes de communication...etc. Le professeur Kets de Vries de Mc Gill University (cité par Stora, 1993) , ajoute d'autres facteurs tels que l'exercice excessif de l'autorité, le cloisonnement de l'organisation, les systèmes de contrôle de gestion biaisés, etc.

Des recherches ont été faites en 1948 sur la participation des travailleurs dans les organisations avec pour but d'améliorer la productivité et de réduire le stress. Dans un article paru sur la manière de surmonter la résistance au changement, Coch & French (cités par Stora, 1993) ont trouvé que l'accroissement de la participation améliore la productivité et par conséquent la satisfaction du travailleur. Ceci dit la non-participation des individus aux tâches et aux décisions indique la présence de la tension et du stress en milieu de travail, c'est ce qui a été démontré par Margoles, Kroes & Quinn (cités par Stora, 1993). Outre ces variables qui sont liés à l'organisation, on peut ajouter l'absence de reconnaissance des tâches accomplies par les responsables.

Ces résultats pourraient conduire les organisations à adopter de nouvelles stratégies de prévention du stress afin d'améliorer les conditions de travail par la mise en valeur du savoir faire du personnel, faciliter l'intégration et la communication interne et externe appropriée et l'amélioration permanente de ses qualifications qui correspond aussi à un besoin social important.

2.5. Les sources de stress de la vie quotidienne : la vie familiale

L'individu en dehors de l'organisation endure d'autres sources de stress, éprouve de plus en plus de mal à concilier responsabilité personnelle et exigences professionnelles, il subit toute sortes de pressions liées aux exigences de productivité et de qualité, aux contraintes de temps et à la compétitivité. Il doit en même temps faire face aux pressions associées à la vie de famille. Toute étude sur le stress individuel ne peut ignorer à quel point les problèmes familiaux, les difficultés financières, le conflit des croyances personnelles et de la culture de l'organisation, le conflit des demandes de l'organisation et de celles de la famille agissent sur la santé et le bien être de l'individu.

Plusieurs études ont démontré que même si on peut éprouver un degré élevé de satisfaction vis-à-vis de son travail, la majorité des gens estiment que l'équilibre entre la vie professionnelle et la vie familiale est plus important que tout autre critère de satisfaction professionnelle. Les familles essaient tant bien que mal d'harmoniser les exigences reliées à leur travail et à leur vie personnelle. Elles doivent toutefois faire des choix difficiles entre leur bien-être ou leur sécurité financière qui leur permettra de payer les services, de garde d'enfant par exemple et dont elles ont besoin pour aller travailler. En effet, les pénalités économiques qui découlent de l'abandon du travail par un membre de la famille sont très sévères.

De nombreuses études montrent que le conflit entre le travail et la vie de famille a de graves répercussions sur la santé mentale et physique, les relations personnelles et familiales et le degré de satisfaction dans l'existence. Il aurait aussi un effet négatif sur la solidité des familles et des mariages et un impact sur le bien-être physique et social des enfants et leur rendement scolaire. La vie professionnelle peut aussi être touchée avec une baisse du rendement et de l'engagement envers l'entreprise et une augmentation du taux d'absentéisme.

Pour améliorer ce déséquilibre et réduire le stress, des recherches montrent que l'accès à des modalités de travail flexibles donne aux employés un plus grand contrôle sur leur vie professionnelle et familiale, leur permettant ainsi de diminuer le conflit entre ces deux exigences. Le travail à temps partiel et les horaires variables seraient particulièrement efficaces pour réduire le stress des pères et mères de famille. La semaine de quatre jours et le travail occasionnel à

domicile sont aussi des options valables. La garderie en milieu de travail est également une solution, mais elle semble moins appréciée par les travailleurs que les autres options.

Par ailleurs, la vie familiale comme elle peut être génératrice de stress, peut aussi par son soutien permanent et réconfortant réduire ses conséquences. Quelque soit le contexte dans lequel l'individu se trouve, en milieu professionnel ou lors de la confrontation avec des situations potentiellement stressantes telles que les événements traumatisants, voire le deuil... le soutien familial joue un rôle modérateur et protecteur favorisant la confrontation de l'individu aux situations aversives. L'impact du deuil (Benharkat, 2005) par exemple semble être atténué par le fait d'un soutien familial qui procure un réconfort important aux endeuillés afin d'apaiser leur souffrance et les sortir de leur solitude.

3. Le stress et les changements de société

Les changements profonds et rapides de la société dans différents domaines tant au niveau social et politique qu'individuel ont affecté toutes les couches de la société, ces changements ont un effet sur les conditions économiques et sociales des individus ; au niveau individuel des événements comme le deuil ou perte de travail peuvent avoir des conséquences négatives. Les problèmes divers que rencontre la société reflètent en partie le mal être et les difficultés des gens à s'adapter à autant de changements. Ainsi, tout individu, à tout moment peut céder aux pressions inhérentes aux changements et connaître des problèmes plus ou moins sévères de fonctionnement personnel, professionnel et social. L'altération de la santé physique et psychologique des individus, causée par l'incapacité à s'adapter à toutes ces transformations, est une menace réelle. Dans ce contexte, les mieux adaptés seront davantage à l'abri des problèmes de santé physique et mentale que les autres alors que les moins adaptés s'enfonceront dans la maladie.

3.1. Les sources du stress sociétal

Le concept de stress sociétal désigne l'impact des facteurs sociaux sur le comportement de l'individu et du groupe social. Les tensions environnementales altèrent indubitablement les relations personnelles et entraînent des effets préjudiciables au fonctionnement et à la santé du groupe, y compris la santé mentale. (Zayan & Dantzer, 1990).

D'après Stora (1993), les recherches sur le stress sociétal se sont centrées sur les différentes expositions et les réponses des stressés sociaux dans une société. La mobilité géographique et les migrations comme facteurs de stress engendrent des détériorations physiques et mentales. Dans ce domaine, les chercheurs tels que Cassel (1970), Graham et Reeder (1972)

démontrent que les populations émigrées sont touchées beaucoup plus par les maladies mentales et physiques que les autres groupes de la population. L'explication donnée à cette vulnérabilité psychique est liée aux écarts culturels (culture d'origine/culture du pays d'adoption), les conditions économiques et sociales de la nouvelle société et les pressions exercées pour l'assimilation des populations émigrées. De même que les émigrés qui s'installent dans un lieu où existent des populations de leurs pays d'origine s'adaptent facilement par rapport à ceux qui se retrouvent dans des populations différentes. Gilman (1993) et Murphy (1982) montrent par des statistiques qu'à partir de la moitié du 19^{ème} siècle jusqu'au début du 20^{ème} siècle la prépondérance des maladies mentales et en particulier les désordres affectifs comme l'hystérie et la neurasthénie chez les juifs européens en comparaison avec des populations environnantes, mais aussi la dépression qui a été évoquée antérieurement dans la littérature psychiatrique et qui a touché les juifs extradés de l'Europe de l'est (Hollingshead & Redlich, 1958). Ainsi Gilman (1993) et Murphy (1982) soulignent que les statistiques mentionnées ci-dessus ont été gonflées par la concentration disproportionnée des juifs dans les zones urbaines qui sont moins tolérants que ceux des zones rurales quant à la présence de maladies mentales au sein de la société. Il est également possible que les juifs urbains aient développé un réseau basé sur l'identification et le traitement de la maladie. Gilman (1993) identifie la douleur psychique par des pressions sociales et spécifiquement de la situation fâcheuse du déplacement et l'immigration comme déclenchement important à l'instabilité mentale (Tousignant, Michel & Al-Issa, 1997).

Les modifications de l'environnement dues à l'émergence de l'industrie, à l'urbanisme, ou à des changements économiques rapides ont contribué au changement de la société, l'impact de tels effets sur la population se traduit par une vulnérabilité des individus. Des études faites sur les premières générations de paysans qui s'engagent dans l'industrie montrent que ceux-ci souffraient de maladie somatiques par rapport à leurs descendants employés dans les mêmes usines. Le renouveau du tissu urbain a contribué à l'accroissement du stress psychosocial, l'urbanisation accélérée engendrée par le flux massif et la grande concentration des individus dans et autour des grandes villes, cette transformation semble accompagner une dégradation des conditions de vie, influant sur la sécurité, le travail, la distraction et les échanges sociaux, mais aussi la peur, la pollution, le bruit, la solitude et le vide social. Plusieurs analyses relient la vie en ville à une pathologie sociale importante par le fait de l'émergence de phénomènes sociaux tels que l'alcoolisme, la délinquance, la prostitution, le suicide, etc. Par ailleurs, d'autres ont essayé de décrire les particularités du comportement des citadins, en privilégiant l'incivilité des citadins comparée au comportement d'habitants de petites villes. Ceux-ci affectent l'ensemble des aspects du fonctionnement adaptatif de l'individu (compétence sociale, relations avec autrui,

performance, et le bien être physique et social) qui se manifeste par l'anxiété, la peur, la colère ou même de la dépression. D'autre part des études menées par Brenner (cité par Stora, 1993) portant sur les conséquences des conditions économiques sur la santé des individus montrent que lorsque celles-ci se déclinent, le stress sociétal s'accroît de paire avec l'hospitalisation mentale. Lorsque le stress se manifeste, l'union du groupe social joue un rôle important dans la prévention de l'hospitalisation psychiatrique (enquête sur les taux d'admission au New York State Hospital sur une période de 120ans).

La désorganisation sociale et la désintégration de communautés entières lors des catastrophes naturelles, des guerres civiles...etc, ont fait l'objet d'étude de la part des chercheurs qui ont mis en évidence l'impact de tels événements sur la santé des individus, et leur corrélation dans la survenue de pathologies diverses telles que la tuberculose, les attaques cardiaques et d'hypertension artérielle. Ce qui accroît la vulnérabilité des sujets et les rends moins résistants au stress.

3.2. Les sources du stress tenant à la vie personnelle

On entend par événement de la vie, toute situation qui se produit dans la vie de l'individu, le mettant dans un état émotionnel positif ou négatif citons par exemple : le mariage, la grossesse, la réussite dans la vie professionnelle ou à l'opposé, le décès, le divorce, le licenciement professionnel...

Des recherches entreprises dans les années quarante sur le rôle des événements de la vie dans l'étiologie des différentes maladies individuelles ont montré qu'ils jouent un rôle accélérateur dans l'apparition des pathologies mais ne sont pas déterminants du type de maladie. Une étude effectuée sur des employés de la marine américaine concernant les changements intervenus dans leur vie personnelle et familiale durant les dix dernières années et d'autres études qui suivirent, démontrèrent qu'il existe une corrélation positive entre le nombre et l'intensité des événements de vie individuelle et la probabilité de maladie pouvant survenir dans un futur proche. Aussi le stress quotidien intense a été relié aux conséquences somatiques suivantes : mort soudaine à la suite d'une attaque cardiaque, accidents divers, diabète et toute la gamme de plaintes somatiques mineures.

On peut conclure d'après les plus récentes recherches qu'il existe une certaine corrélation entre les événements modifiant la vie quotidienne des individus et l'éclosion de maladies mentales, somatiques, mais il est préférable d'approfondir la question en introduisant les circonstances dans lesquelles sont survenus ces changements : circonstances pouvant avoir des effets majeurs ou mineurs dans le déclenchement des maladies (Stora, 1993)

4. Les facteurs individuels et sociaux de résistance au stress

De façon générale, chaque individu possède un degré de réceptivité et de fragilité qui lui permet de faire face aux événements qui surviennent dans son milieu professionnel, dans la rue ou dans son milieu familial. Ses capacités d'évaluation et de contrôle déterminent l'adaptabilité ou non de l'individu aux événements et le risque aux atteintes physiques et psychiques selon son histoire personnelle, sa vie familiale et affective ainsi que l'état psychologique dans lequel il se trouve au moment de la confrontation avec les agents stressants. Stora (1993) souligne que les sources du stress ne sont pas les seules qui ont des conséquences graves sur le bien être des individus, d'autres facteurs doivent être pris en considération, à savoir les caractéristiques de la situation stressante, les qualités psychologiques et biologiques des individus, etc...

4.1. Les caractéristiques de la situation stressante

Stora (1993) montre que les caractéristiques des « stresseurs » ou « agents stressant » et l'apparition des maladies sont liées à leur intensité, à leur dimension, à leur durée, à leur « non-prédictabilité » et à leur « effet de nouveauté ».

L'intensité est mesurée par les variations des changements perçus dans sa situation personnelle ou dans l'environnement global de la société. Des études de la perception des changements par des étudiants d'université américaine établissent une corrélation positive entre le changement perçu dans l'environnement social et le niveau d'anxiété et de stress mesuré par l'échelle d'anxiété. Lorsque le changement perçu n'est pas désiré, le niveau d'anxiété est très élevé et il a des conséquences sur la vie individuelle. La dimension des événements stressants par leur grandeur influe (par sa durée) sur la santé physique et psychologique individuelle. Des études longitudinales sur les survivants des camps de concentration (Horowitz ; Eitinger cités par Stora, 1993) indiquent le rapport entre la dimension des stresseurs et l'émergence des maladies aiguës ou chroniques entraînées par cet environnement difficile. En Norvège également, et sur les survivants des camps de concentrations aussi, 15 ans après la fin de la deuxième guerre mondiale, on a trouvé que 33% de l'échantillon étudié ont des troubles mentaux. Les survivants d'Hiroshima présentaient aussi un vieillissement prématuré (conséquences biologiques).

La durée de l'événement stressant varie d'une situation à l'autre. Une expérience brève mais intense peut avoir des conséquences graves sur l'individu, semblable à une autre expérience de stress durable. L'imprévisibilité des événements a aussi des effets négatifs sur les personnes, comparé à celles qui sont anticipés mentalement (celles qui étaient préparées). Concernant L'effet de nouveauté, celui-ci amplifie également l'impact des situations stressantes (les expériences de privations sensorielles)

Si ces agents stressants agissent ensemble ou en séquence, dans ce cas là un effet de surcharge se produit quelle que soit la résistance de l'organisme, une faible surcharge peut avoir un impact négatif sur l'organisme.

4.2. Les caractéristiques psychiques et biologiques individuelles et l'environnement social

Concernant les caractéristiques de l'événement stressant, les chercheurs étudièrent les caractéristiques de l'individu en tenant compte des traits de caractère de la personne afin de prévoir l'impact de cet événement. Dohrenwend et Dohrenwend (Stora, 1993) montrent que la perception du stress par les individus dépendait de deux grandes catégories de variables, les premiers ont trait avec les facteurs personnels comme le seuil de sensations biologiques et psychologiques, l'intelligence, la capacité verbale, le type de personnalité, les dépenses psychologiques, l'expérience passée, et un certain sens de maîtrise de son destin ; en second viendront les facteurs externes tels que l'âge, le niveau scolaire, le revenu, l'occupation professionnelle...

Pour ces comportementalistes, les individus possédant plus de qualités, de qualifications et de ressources peuvent faire face à des événements stressants, plus que les autres n'ayant pas les mêmes qualités.

Les recherches se sont orientées vers les caractéristiques de la personnalité qui sont susceptibles d'être affectées à long terme de certaines maladies somatiques. La personnalité dite de type «A» qui se caractérise par l'agressivité, l'ambition, l'esprit de compétition, droguée par le travail, pressée par le temps, etc. Ces caractéristiques ont été retrouvées chez des individus atteints de maladies cardiaques.

D'autres recherches ont mis l'accent sur des variables critiques de résistance au stress et plus précisément la capacité de réponse émotionnelle. D'après une étude, les prisonniers américains ayant une certaine « distance émotionnelle » avec leurs vécu quotidien, avaient mieux résisté que leurs camarades de détention. Le seuil de l'angoisse se distingue selon la vulnérabilité des individus, et par conséquent, les plus vulnérables seront ceux ayant un niveau très faible de résistance. Cette vulnérabilité au stress peut changer selon les sources de stress.

La position sociale qu'occupe l'individu dans une communauté influence sa résistance au stress. Lorsque la personne est impliquée dans un réseau social protecteur, le niveau de stress sera réduit. Toute rupture de liens avec ce dernier ouvre la porte à la vulnérabilité personnelle : l'isolement social, la marginalité sociale et l'absence de statut engendrent l'apparition de maladies physiques et psychologiques.

On peut dire que les changements sociaux majeurs peuvent amplifier la vulnérabilité au stress. Toutes les recherches qui ont été faites ont permis de déterminer, grâce à un certain nombre de variables, quelles étaient les populations à risque, mais par contre ils n'ont pas précisé les risques encourus individuellement sauf dans la cas de la personnalité de type « A » (Stora, 1993).

VI. Le stress dans certaines professions de santé

Dans le domaine de la santé, les médecins, le personnel infirmier et les travailleurs sociaux, figurent en «bonne» position sur la liste des professions qui génèrent des niveaux de stress élevés. L'accès du public aux soins de santé est menacé dès lors que les travailleurs de la santé sont mis à rude épreuve dans leurs activités professionnelles, caractérisées par des pénuries de personnel, un faible niveau des salaires, le travail posté, des déplacements à destination et en provenance du lieu de travail et d'autres circonstances, qui les rendent particulièrement vulnérables au stress. Autant de raisons qui conduisent souvent les travailleurs de la santé à abandonner leur métier.

1. Le stress des médecins

Les médecins sont une catégorie professionnelle particulièrement vulnérable, dans une récente recherche Vidal & al (2004) révèlent que 10% des médecins rapportent un stress important, 50% notent des réactions de stress fréquentes ou très fréquentes inhérentes au travail. Le score moyen de stress des médecins est surtout les généralistes, que ce soit en France ou à l'étranger est significativement plus important que celui de la population générale.

Les facteurs de stress chez la population des médecins sont multiples ; la perturbation de la vie privée par le travail est la première cause de stress. La disponibilité permanente attendue du médecin peut amener à un sentiment de culpabilité à "dire non". Refuser des demandes cependant excessives ou mal venues, est vécu comme un échec. Ce sentiment de culpabilité peut s'étendre à la famille et en particulier aux enfants dont les demandes sont parfois, sinon souvent, négligées au détriment de l'action professionnelle.

En deuxième lieu, les contraintes administratives et financières : les médecins ont mal intégré ces aspects dans leur bagage professionnel du fait que ces notions sont peu abordées au cours des études médicales. Ces contraintes sont vécues comme perturbatrices de la vie professionnelle, ces médecins sont mal préparés et peu disposés à la gestion administrative.

La charge de travail constitue également une source potentielle de stress chez les médecins, elle dépend du nombre d'heures travaillées et du nombre d'actes. « La culture de

l'urgence » les mène à vouloir toujours faire plus, sans savoir ou pouvoir limiter l'activité professionnelle, dans une spirale sans fin où s'installe une confusion entre « l'être » et le « faire ».

La prise en charge de la souffrance engendre aussi des réactions de stress chez la moitié des médecins. Ils sont incités quasi quotidiennement à aider les patients en souffrance, souvent vécue comme un échec de l'art médical. Elle implique une dépense émotionnelle importante.

Les conséquences pathologiques du stress sont connues : suicides, perturbations mentales, utilisation de drogue, d'alcool, mais aussi fatigue importante, irritabilité, colère, sentiment d'être débordé ou accablé, manque de concentration et de résistance aux changements. Près de la moitié des médecins souffrent d'anxiété modérée à sévère.

2. Le stress des dentistes

Des études élaborées aux Etats-Unis dans les années 70 et 80 par l'association des dentistes américains (ADA) ont montré que les causes provoquant la mort chez cette population sont dues aux maladies cardiaques ; les maladies respiratoires et le suicide figurent aussi dans la liste des pathologies. Les sources de stress relatives à cette population sont désignées par le fait que le dentiste se considère comme une personne qui inflige des souffrances, ce rôle de persécuteur sadique est mal vécu. Ainsi qu'une enquête fut réalisée sur 150 dentistes âgés entre 27 à 73 ans a indiqué que les aspects les plus stressants de cette profession sont les relations difficiles avec les patients, et les tensions d'un emploi du temps chargé. Les dentistes les plus touchés par le stress sont ceux ayant un caractère anxieux, instables émotionnellement ce qui leur rend vulnérables quand ils sont en face de patients difficiles ou traversent des périodes de faible activité. Ces découvertes concernant la faiblesse de certains dentistes semblent ne pas être acceptée consciemment par cette catégorie, ils ne se rendent pas compte des tensions émotionnelles causées par leurs relations avec les patients et par leur rôle de dispensateur de douleur en général. Par ailleurs, Friedman et Rosenman affirmèrent à propos des caractéristiques du comportement de type « A » que cet échantillon de dentistes ne semblaient pas suivre ce modèle, montrant plutôt des personnalités anxieuses et instables émotionnellement.

D'autre part, l'activité professionnelle cyclique des dentistes, constitue une autre source de stress qui à pour conséquence un impact négatif sur le revenu personnel et familial induit par la phase de baisse du chiffre d'affaire dans certaines périodes de leur activité professionnelle (Stora, 1993).

3. Le stress des infirmiers

La population infirmière est particulièrement affectée par le stress, la difficulté d'approche du problème réside dans l'hétérogénéité des situations de stress. Etant donné la spécificité de chaque service (charge de travail, type de pathologie...), Les infirmiers ne vivent pas le stress de la même manière ou avec la même intensité. La littérature infirmière nous oriente vers des services de soins particulièrement stressants comme les services de soins intensifs (Leino-Kilpi & Suominen cités par Bakkour, 2004), les services des urgences...etc. En effet, les sources de stress sont diverses, les infirmiers de ces unités deviendront plus susceptibles aux effets néfastes du stress. L'exercice de leur profession provoque chez cette catégorie une crise d'angoisse ce qui la mène à diminuer leur service aux patients.

L'activité infirmière est la première source de stress, de par la charge de travail qui augmente, induisant une accélération du rythme ; la nature des tâches en elle-même désagréable, car les infirmier s'occupent du corps des patients : l'urine, le sang, les odeurs...etc, ils sont confrontés aussi à des cas complexes, à des malades gravement atteints et à des machines hautement sophistiquées, ce qui exige d'eux une bonne base de connaissances spécifiques et une rapidité d'intervention. L'infirmier intervient en urgence lorsqu'il y a une complication avant l'arrivée du médecin et se trouve responsable de mettre en application des décisions dont dépend la survie du patient (Greenglass & Burke cités par Bakkour, 2004) tout ceci est à l'origine d'un taux élevé d'absentéisme et génère chez eux une tension.

L'insuffisance d'équipements de certains services et un faible stock de médicaments peuvent aussi être source de tension, mais aussi les heures de travail qui isolent l'infirmier du rythme de la vie de la société, ainsi que la rotation des équipes et la faible rémunération.

Le contact avec le malade et sa famille accroît également l'anxiété des infirmiers. En outre ils éprouvent un sentiment de frustration face à leur incapacité à répondre aux besoins psychologiques des patients et de leurs familles qui recherchent constamment le support de l'infirmier. De même que le contact avec la souffrance et la mort, parfois difficile à gérer, affecte l'infirmier et le rend impuissant devant sa tâche qui perçoit sa pratique médicale totalement remise en cause. Le problème se complique lorsqu'ils introduisent les différentes étapes de la maladie et plus particulièrement la phase finale : la mort. Selon Kubler-Ross (cité par Stora, 1993), les 5 étapes que traverse les malades : le déni et l'isolement, la colère, la négociation, la dépression et l'acceptation ; chaque étape est une source potentielle de stress pour les infirmiers.

Toutes ces sources ont des conséquences de diverses natures sur les infirmiers : physique, psychique, social et organisationnel. Physiquement, les infirmiers souffrent de céphalées, de problèmes digestifs et présentant une insomnie et de la fatigue (Sawatsky cité par Bakkour,

2004). Les conséquences psychiques sont présentes aussi sous forme d'anxiété et de dépression pouvant être la cause d'abus d'alcool, de tabac ou de médicaments (Wong, Leung & Christopher cité par Bakkour, 2004). Sur le plan social, le stress se manifeste par les difficultés relationnelles telles que l'irritabilité et par des conflits avec les collègues (Sawatsky, 1996). Du point de vue organisationnel, le stress influe directement sur l'organisation du travail car il accroît l'insatisfaction des infirmiers au travail, le turnover et l'absentéisme (Matrunola cité par Bakkour, 2004). De plus il affecte le niveau de performance de l'infirmier et agit négativement sur sa motivation et sur sa productivité. Et par conséquent, ceci retentit sur la qualité des soins (Sawatsky cité par Bakkour, 2004).

VII. Les conséquences du stress au travail

Le stress et ses conséquences sur le plan de la santé physique et mentale ont suscité un vif intérêt chez les chercheurs au cours des deux dernières décennies. Celui-ci s'est traduit par une quantité appréciable de publications. La recherche a apporté des explications sur certains problèmes de santé physique tels que l'hypertension, l'augmentation du taux de cholestérol sanguin, les troubles gastro-intestinaux et les problèmes cardiaques (Pépin cité par Dionne-Proulx, 1995). Le stress a également un impact déterminant sur la santé mentale. La plupart des études portant sur la santé mentale ont, en fait, mentionné des dimensions variées de la détresse psychologique comme l'anxiété, la dépression (Cooper et Roden; Van Ameringen et Arsenault cités par Dionne-Proulx, 1995), l'irritation (Van Ameringen et Arsenault cités par Dionne-Proulx, 1995) et la diminution de l'estime de soi (French, Caplan et Van Harrison cités par Dionne-Proulx, 1995). Des relations significatives ont aussi été établies entre les stressés occupationnels et d'autres symptômes psychologiques tels que l'ennui, la fatigue psychologique, le manque de confiance en soi et l'aliénation (Van Ameringen et Arsenault, 1990). Karasek, Gardell et Lindell (cités par Dionne-Proulx, 1995) ont trouvé des liens entre la surcharge de travail et l'indice global de détresse psychologique.

On peut donc distinguer un grand nombre de manifestations de ce stress :

1. Les manifestations physiques : troubles du sommeil, fatigue, sueurs froides, transpiration, mains moites, perte d'appétit, bouche sèche, difficultés pour avaler, palpitations, tachycardie, visage crispé, céphalées, dyspnée, gorge serrée, troubles digestifs, tremblements, mal de dos, douleurs gastriques, douleurs multiples...

2. Les manifestations psychologiques : comprennent les manifestations intellectuelles telles que: perte d'attention, difficultés de concentration, perte de mémoire, préoccupations, rumination,..., des manifestations émotives comme : culpabilité, honte, tristesse, agressivité,

irritabilité, impatience..., ainsi que sociales (isolement, intolérance à l'entourage...), enfin des manifestations comportementales (éviter les lieux ou situations, colères, rituels, mutisme...).

En somme, nous pouvons dire que le stress est un véritable problème de santé publique qui semble envahir nos sociétés modernes. Son accroissement est inévitable étant donné les contraintes personnelles et professionnelles qui s'imposent à l'homme pour le développement.

Le stress peut survenir dans des contextes professionnels très différents, il affecte toutes sortes de professionnels notamment ceux de la santé ; médecins et infirmiers. Ses conséquences peuvent à plus ou moins long terme entraîner des altérations sur le bien être des individus tant sur le plan physique que psychologique. Ces altérations apparaissent lorsque les individus deviennent plus vulnérables en face des stressseurs, du fait de l'épuisement de leurs ressources mentales et affectives engendré par le déséquilibre ou le décalage entre les demandes et les pressions exercées sur une personne, et de l'échec des différentes stratégies d'adaptation, et la on peut voir apparaître de formes diverses de maladies et de nouvelles formes de mal être, le burn out ou épuisement professionnel constitue une forme sévère de stress qui touche surtout les professionnels de santé.

Chapitre III :

L'épuisement professionnel

À l'heure où l'on compte une proportion croissante de travailleurs souffrant de stress, mais dans une dimension culturelle où le travail occupe une place importante au plan individuel et social comme étant un lieu d'épanouissement, d'intégration et de constitution de l'identité sociale. La notion de l'épuisement professionnel en tant que nouvelle entité psychique n'entrant dans aucune catégorie diagnostique connue, s'est imposée progressivement pour élucider le lien qui existe entre le travail et la santé des individus qu'il s'agisse de la santé physique ou psychologique.

Le phénomène de l'épuisement professionnel a été constaté pour la première fois chez les professionnels impliqués émotionnellement dans une relation d'aide auprès d'autrui et notamment chez les professionnels de santé : les infirmiers et les médecins.

Cette catégorie de professionnels dont l'exercice du métier semble être compliqué, étant associé d'une part à des conditions de travail difficiles comme la demande accrue de services, le manque de moyens, le manque de soutien et de gratification...et d'une autre part aux caractéristiques personnelles de vulnérabilité liées à une vision idéaliste voire irréaliste du travail. Cette implication quotidienne pourrait devenir une source de stress et entraîner à plus ou moins long terme des troubles physiques et psychiques. Ces signes se regroupent sous le nom de « l'épuisement professionnel des soignants » ou en anglais « burn out ».

Né d'un constat de la souffrance au travail, l'épuisement professionnel prend dans le domaine de la santé une place préoccupante. Il suscite un intérêt particulier de la part des chercheurs du fait des ses conséquences nuisibles au plan physique et psychologique, ainsi qu'au plan social : les coûts sont considérables en terme d'absentéisme, de perte de productivité et de dépenses de santé.

I. Historique : naissance et émergence du concept de « burn out »

Le concept de burn out ou épuisement professionnel est relativement récent dans la psychopathologie du travail lié à une situation professionnelle difficile. Il a été massivement pris en compte dès les années 70 aux Etats-Unis.

Il va sans dire que le phénomène de «burn out» existe depuis que l'homme travaille, et qu'il a reçu diverses appellations à travers les époques. En effet, notamment en France, on retrouve des précurseurs qui ont donné des appellations sous des descriptions diverses mais assez proches de l'épuisement professionnel comme la fatigue au travail qui comprend le surmenage intellectuel (Desoille & Raynaud cités par Canoui & Mauranges, 2004), le surmenage des dirigeants (Bize & Goguelin, cités par Canoui & Mauranges, 2004), le syndrome subjectif commun de la fatigue nerveuse (Bégoïn cité par Canoui & Mauranges, 2004), et les états d'épuisement (Veil cité par Canoui & Mauranges, 2004).

En 1959, le psychiatre Veil, décrivait des « états d'épuisement professionnel » dans le Concours Médical, sous le titre «Primum non nocere» : «...chargé d'une consultation de psychiatrie du travail...Le concept d'état d'épuisement se révélait un bon outil intellectuel » pour comprendre et traiter «...des cas déconcertants qui n'entraient pas dans la nosographie classique ». Selon son avis : « L'état d'épuisement est le fruit de la rencontre d'un individu et d'une situation. L'un et l'autre sont complexes, et l'on doit se garder des simplifications abusives... ». Ces états d'épuisement sont généralement observés chez les professionnels oeuvrant dans le cadre d'une relation à l'autre, comme les soignants.

Toutefois, la paternité de ce concept est classiquement attribuée au psychanalyste et psychiatre Freudenberger, qui fut le premier à le nommer «burn out» en 1970. En effet, lors de sa pratique médicale dans les Free Clinics , structures médicales chargées de la prise en charge des toxicomanes qui se caractérisent par l'ouverture du lieu thérapeutique sur la ville, des horaires d'accueil différents des structures classiques, nécessitant une grande disponibilité des soignants, Freudenberger constatait un sentiment d'épuisement et de vide chez ces bénévoles oeuvrant dans les services sociaux, résultant de demandes excessives d'énergie ou de ressources personnelles, en les comparant à un immeuble détruit par le feu, il dira plus tard en 1980 : « je me suis rendu compte au cours de mon exercice quotidien que les gens sont parfois victimes d'incendie tout comme les immeubles ; sous l'effet de la tension produite par notre monde complexe, leurs ressources internes en viennent à se consumer comme sous l'action des flammes, ne laissant qu'un vide immense à l'intérieur, même si l'enveloppe externe semble plus ou moins intacte. ». Il utilise le concept de burn out dans le sens d'un déficit énergétique.

Le terme de « burn out syndrome » est né quasi simultanément sur les côtes Est et Ouest des Etats-Unis en tant que problème social et non pas comme problème théorique, il est devenu un élément de la réalité sociale « par accident » grâce aux cliniciens comme Freudenberger et Maslach.

En 1975, à San Francisco, Maslach avait rencontré ce phénomène auprès des professionnels du sauvetage et des urgentistes. Elle appliqua le terme de « burn out syndrome » à des collègues ayant développé « une attitude cynique, insensible et négative » à l'égard des personnes qu'ils prenaient en charge. À cette effet, elle a élaboré en 1981 avec son équipe un instrument de mesure « le Maslach burn out inventory (MBI) » qui évalue des catégories de travailleurs engagés dans les « relations d'aide ». Les travaux de Maslach sur l'épuisement professionnel ont contribué au développement du concept de burn out et de sa reconnaissance au plan scientifique. Le MBI a été utilisé par de nombreux chercheurs afin de mesurer le burn out dans différents pays. L'intérêt pour le phénomène de l'épuisement professionnel ne cesse de s'accroître comme en témoignent les nombreux écrits et recherches empiriques publiés sur le sujet au cours des récentes décennies.

Aux Etats-Unis, Shanafelt a montré grâce au MBI la présence du burn out chez les internes de médecine. Au Japon par le travail de Kitaoka-Higaschiguchi et de son équipe qui ont permis de valider la version japonaise du MBI. A Taiwan, à l'aide de cette échelle, « l'endurance ou la persévérance » au travail des infirmières d'unités psychiatriques était associée à un plus faible burn out. En Australie, fut retrouvée une corrélation entre la morbidité psychiatrique et le burn out chez des internes de médecine de l'université de Sidney. En Espagne, Sobresques et son équipe utilisèrent le MBI pour démontrer le lien entre la satisfaction professionnelle et le burn out chez des médecins généralistes de Barcelone et en France par Truchot qui a utilisé également le MBI afin d'évaluer le burn out des médecins libéraux généralistes et spécialistes de Champagne Ardenne.

En 1981, Pines, Aronson et Kafry ont mis au point un instrument de mesure nommé le burn out measure (BM). Celui-ci évalue principalement une dimension du syndrome; l'épuisement émotionnel. Ce test est utilisé par de nombreux auteurs aussi.

Entre 1974 et 1989, il existe plus de 2500 articles publiés concernant le sujet de burn out; les deux cinquième sont consacrés aux professions d'aide et de santé, un peu plus d'un tiers aux professions d'enseignants et d'éducateurs.

Comme Schaufeli l'indique, l'histoire montre que le burn out est apparu sous deux aspects complémentaires : « en tant que problème social avec ses conséquences concrètes et en tant que champ d'études scientifiques avec sa portée théorique » (Canoui & Mauranges, 2004).

Ce phénomène est devenu très populaire, après avoir été reçu au début par la communauté scientifique de manière extrêmement soupçonneuse. Les premiers textes adressés aux revues scientifiques furent refusés avec mention «...nous ne publions pas de pop-psychology».

Actuellement, le concept de l'épuisement professionnel (burn out) est largement utilisé par les soignants de service à risque émotionnel élevé (cancérologie, immuno-hématologie, gériatrie, réanimation, SAMU, etc.), mais également par les bénévoles oeuvrant aux actions d'aide et d'accompagnement des sujets séropositifs et sidéens au sein d'associations.

Sur le plan scientifique, les termes « burn out », « syndrome d'épuisement professionnel des soignants » rencontrent une certaine prudence voire méfiance en milieu psychiatrique et en médecine du travail. Ce concept est issu d'une part de l'analyse de la relation d'aide, des difficultés et des enjeux qui y sont rattachés et d'une autre part de l'étude du stress professionnel et de ses effets sur l'individu et l'organisation du travail.

II. Définition de l'épuisement professionnel ou burn out

Antérieurement aux termes utilisés actuellement dans la littérature internationale, l'usure liée au travail fut retrouvée à travers des contextes différents que nous allons présenter dans ce qui suit.

1. Les principaux termes actuellement utilisés

Le phénomène de l'épuisement professionnel fut décrit sous d'autres appellations. Durant les deux guerres mondiales, on cite « la fatigue du combat » qui, sous plusieurs aspects, correspondait avec le tableau clinique du « burn out ». La neurasthénie, telle que décrite par Beard en 1869, chez les névrosés chroniques, ressemble, sous bien des points, au syndrome du « burn out ». Plus tard, le monde des affaires adoptait un terme élégant pour cerner à sa façon le phénomène du burn out ; on parle de « executive stress syndrome », qui correspond fidèlement au « syndrome du cadre stressé ». D'autres appellations sont utilisées, telles que « syndrome de démoralisation » ou « dépression occupationnelle », mais l'expression qui semble faire vraiment l'unanimité est celle de « syndrome d'épuisement professionnel ».

Actuellement le phénomène d'épuisement professionnel est décrit sous trois appellations qui peuvent varier selon la langue et la culture du pays :

1.1 Burn out syndrome :

Le terme anglais « to burn out » peut avoir plusieurs significations : échouer, s'user, devenir épuisé face à une demande d'énergie, de force et de ressources trop importantes. Il

évoque une combustion totale, jusqu'à la réduction en cendres d'un objet entièrement consumé dont la conséquence est la métamorphose de la matière. Canoui précise que la métaphore empruntée à l'industrie aérospatiale où « *burn out* » désigne " la situation d'une fusée dont l'épuisement de carburant a pour résultante la surchauffe et le risque de bris de la machine". Les travailleurs épuiseraient leur énergie jusqu'à exploser ("craquer") tels des machines.

1.2. Karoshi :

Karoshi (se prononce Kaloshi), cette expression japonaise de ce syndrome donne une connotation plus violente. « Karo » c'est la mort et « shi » désigne la fatigue au travail, donc le mot Karoshi signifie la mort par excès au travail. Ainsi, dans la culture japonaise, il semble que le syndrome d'épuisement professionnel puisse aboutir à la mort de l'individu. Le salarié possède une notion sacrificielle de soi même pour subvenir aux exigences des autres et de l'entreprise en investissant son temps et ses forces jusqu'à épuisement. La charge de travail excessive et le stress professionnel sont susceptibles de causer la mort du travailleur. Selon Canoui & Mauranges (2004) « vivre et mourir pour l'entreprise, tel pourrait être le précepte nippon tant la pression et le souci d'excellence dominant ».

1.3. Syndrome d'épuisement professionnel :

Le terme « Syndrome d'épuisement professionnel » est employé actuellement en français. Il a le défaut d'être vague et paraît englober tous les effets du travail sur l'individu. D'autres expressions sont également rencontrées : « usure professionnelle » ou « usure au travail ». Ces notions mettent l'accent sur l'évolution graduelle du syndrome.

2. Définition

Plusieurs définitions ont été proposées pour le burn out ou épuisement professionnel. Elles présentent néanmoins plusieurs constantes et éléments communs et chacune démontre un aspect particulier du syndrome. Ce concept qui est venu d'outre atlantique est né du constat d'une souffrance affectant des domaines professionnels différents et de l'observation de certaines conduites professionnelles dysharmonieuses et plus particulièrement la profession des soignants.

N'appartenant à aucune entité diagnostique, ce syndrome fait appel à des repères nouveaux, des idées nouvelles du fait qu'il va en parallèle avec une évolution sociale et une problématique existentielle propre à notre époque et aux difficultés actuelles rencontrées dans l'exercice du métier.

Freudenberger (1974) proposait une définition du burn out dont Bédard et Duquette donnent la traduction suivante : « l'épuisement professionnel est un état causé par l'utilisation excessive de son énergie et de ses ressources, qui provoque un sentiment d'avoir échoué, d'être épuisé ou encore d'être exténué ». Il en proposera d'autres au fur et à mesure de l'évolution de sa réflexion sur ce thème.

Freudenberger nous explique que l'épuisement professionnel est comme une brûlure interne survenant chez un sujet quand il s'aperçoit que la tâche qu'il s'était fixée est impossible à accomplir. Dans l'histoire, le but du rêve américain était de faire atteindre à l'individu un niveau de vie supérieur, et pour réaliser cela, ses croyances le poussent à faire plus d'efforts qui le mènent à l'excellence, à obtenir le respect de la communauté, le prestige et une certaine sécurité. En conséquence, ces principes conduisent l'individu à l'épuisement devant des tâches insurmontables. L'épuisement professionnel se manifeste lorsqu'une personne a l'impression qu'elle n'a plus grand-chose à donner aux autres, accompagné d'une diminution graduelle des ressources énergétiques individuelles, ce qui résulte de profondes désillusions causées par un déséquilibre entre les ressources, les idéaux de l'individu et la réalité du terrain. La définition suivante de l'épuisement professionnel évoquée plus tard par Freudenberger et Richelson cités par Canoui & Mauranges, (2004) résume ce qui précède en mettant l'accent sur « l'épuisement des ressources internes de l'individu et sur la diminution de son énergie, de sa vitalité et de sa capacité à fonctionner, qui résultent d'un effort soutenu déployé par cet individu pour atteindre un but irréalisable et ce, en contexte de travail, plus particulièrement dans les professions d'aide. ». Ce phénomène touche en partie les individus qui disposent d'un esprit dynamique, un talent et un certain magnétisme. Ils se jettent de toutes leurs forces dans ce qu'ils entreprennent et s'attendent à ce que ces efforts soient récompensés à leur juste valeur. D'autre part, il touche les personnes faibles, anxieuses, non affirmatives, craignant de s'impliquer et ayant de la difficulté à mettre des limites à la relation d'aide. Ou bien il touche aussi les sujets qui sont impatientes, intolérants, qui sont facilement frustrés et trouvent des difficultés à contrôler leurs pulsions hostiles et qui projettent leurs sentiments. Ces gens ont une faible estime d'eux-mêmes et ils ont un grand besoin d'être aimés. Leur recherche d'approbation stimule leur besoin d'accomplissement au sens de Maslach (cité par Marjolaine, 1991).

Au départ la notion de l'épuisement professionnel était réservée aux personnes investissant dans la relation d'aide, elle a été élargie pour contenir une grande variété d'activités professionnelles par Maslach et Jackson.

Maslach (1976) a décrit l'épuisement professionnel des professions d'aides comme « une incapacité d'adaptation de l'intervenant à un niveau de stress émotionnel continu causé par l'environnement de travail ».

On constate que le phénomène de l'épuisement professionnel tire son origine du milieu de travail, lorsque la personne s'investit dans des professions axées sur une « relation d'aide », en éprouvant un stress permanent dû à l'environnement de travail, elle se retrouve dans l'impuissance d'effectuer des tâches, le burn out apparaîtra en conséquence.

Selon Maslach, l'épuisement professionnel se caractérise par trois composantes: l'épuisement émotionnel et/ou physique, la productivité au travail diminuée, et la dépersonnalisation (Perte d'empathie).

En suite, l'épuisement professionnel est décrit comme un processus évolutif qui s'installera durant plusieurs années et qui sera développé par plusieurs auteurs tel que Cherniss (1981) décrivant un processus stress-tension-stratégie d'« adaptation-détachement ».

D'autres comme Edelwich et Brodsky (1980) le décrivent comme un phénomène cyclique et évolutif en quatre phases : l'enthousiasme, la stagnation, la frustration et la démoralisation.

Quelques années plus tard, en 1998, Bedard et Duquette résumant les éléments du syndrome d'épuisement professionnel dans la définition suivante : « C'est une expérience psychique négative vécue par un individu, qui est liée au stress émotionnel et chronique causé par un travail ayant pour but d'aider les gens » (Canoui & Mauranges, 2004).

Toutes ces définitions ont des points communs et des points de divergences, elles associent l'épuisement professionnel en relation avec le milieu de travail, à l'accumulation de stress au travail et admettent que l'épuisement professionnel est une expérience psychologique interne négative. La plupart d'entre elles affirment que la dimension de l'épuisement physique et psychique de l'épuisement professionnel existe, ainsi que l'émergence de sentiments négatifs envers autrui et envers soi-même, mais la symptomatologie clinique n'a rien de spécifique. Quant aux points de divergences, certains auteurs voient l'épuisement professionnel comme un état plutôt que comme un processus.

Le phénomène du burn out se constitue progressivement, même s'il semble venir subitement, il est le résultat d'un processus lent, d'une tension permanente durant plusieurs mois ou années jusqu'à l'épuisement (2 à 5 ans selon les auteurs). Il s'avère que le burn out comme le stress résulte de l'échec des stratégies d'adaptation utilisées face aux situations stressantes. La personne se retrouve dans des circonstances délicates sans échappatoire apparente.

L'épuisement professionnel est un syndrome commun à toutes les professions en tant que manifestation d'une expérience psychique négative, liée à un stress émotionnel chronique causé par un travail face auquel l'individu n'arrive plus à s'adapter.

Toutefois, il faut mentionner le risque lié à la méconnaissance de réelles pathologies psychiatriques, dépressives, anxieuses, paranoïaques, toxicomaniaques qui prendraient l'allure du burn out, et prétendraient n'être que cela. Et surtout la dépression ; Car dans sa manifestation tant physique qu'émotionnelle, elle ressemble étrangement à l'épuisement professionnel ; mêmes symptômes, quoique, souvent, moins prononcés. Le burn out est lié au milieu de travail et ses conséquences ont un impact dans les autres sphères de la vie. La dépression affecte toutes les sphères de la vie et peut émerger de n'importe laquelle de ces sphères. La majorité des scientifiques sont en accord avec le fait que la dépression peut habituellement survenir après le burn out mais le contraire n'est pas possible (Delbrouck, 2003).

III. Symptômes et étapes d'installation du burn out

Afin d'appréhender le phénomène de l'épuisement professionnel ou burn out, il est important voire indispensable d'aborder ses signes cliniques physiques et psychologiques puis ses étapes d'installations évoquées par Edelwich et Brodsky.

1. Les symptômes du burn out

L'épuisement professionnel ou burn out est un syndrome qui se traduit par un ensemble de symptômes qui diffèrent d'un individu à un autre. Il ressemble beaucoup à la dépression, sauf qu'il est directement et uniquement lié au travail. Toutefois, si l'épuisement professionnel n'est pas traité, il peut aussi déborder sur la vie personnelle.

Selon Perry (1998), lorsque le malaise commence à s'installer, l'individu n'a plus d'énergie pour exercer son métier. Cette souffrance commence à transgresser les fonctions psychiques et physiques et même spirituelles au sens de perte de signification et de direction dans la vie. L'impact de l'épuisement professionnel se globalise en affectant même la vie quotidienne de l'individu. Au plan physique, la difficulté peut provoquer des maladies graves, des accidents du travail ou de trajet provoqués par une inattention et une lassitude croissantes. Au plan affectif, les difficultés relationnelles apparaissent, elles peuvent progressivement se teinter de violence ou de renoncement, selon la personnalité de l'individu. La lassitude altère également les facultés cognitives se traduisant par une difficulté de concentration et une mémoire de plus en plus défaillante. L'atteinte globale de l'épuisement peut remettre en question l'orientation de la vie et la croyance en son utilité. Cette vision un peu limitée est décrite en

détail dans plusieurs recherches effectuées sur le sujet depuis une vingtaine d'années. Il faut cependant mettre l'accent sur la tendance chronicisée de cette souffrance.

Les symptômes du burn out sont divers. Le premier et le plus facilement identifiable est une fatigue continue, accompagnée d'épuisement mental, de déprime et de démotivation. On peut rencontrer également une baisse de l'estime de soi, un sentiment d'incompétence et de l'irritabilité. Ensuite, peuvent apparaître des troubles psychosomatiques (maux de tête, de dos, etc.).

Les signes flagrants avant-coureurs de la dépression dus au burn out sont : le sentiment d'impuissance, les problèmes de sommeil, l'inappétence physique et sexuelle, la méfiance (cynisme et sarcasmes), l'isolement (évitement des relations), la négligence des besoins personnels.

Les phases ultimes du burn out se traduisent par un retrait et un détachement émotionnel qui conduisent à une apathie généralisée : l'individu s'est totalement « consumé » ; « il ne reste que des cendres » est une image du burn out souvent citée par analogie avec une bûche qui se consume progressivement tout en restant entière.

Delbrouck (2003) précise qu'il existe toute une symptomatologie non spécifique faite de signes physiques et comportementaux. L'épuisement professionnel s'accompagne souvent de sentiments pénibles. Une perte de vitalité et sensation d'abattement apparaît en premier lieu. Par la suite, une indifférence s'installe et, si elle persiste, c'est l'ennui et le cynisme qui émergent, de même que la désorientation et la déconcentration. L'impatience et l'incapacité ressenties devant la tâche à accomplir ainsi que l'irritabilité qui en découle s'orientent alors vers l'entourage immédiat et ensuite vers les clients.

Paradoxalement, un sentiment de toute puissance envahit certains. Pour d'autres, des troubles ou des maladies physiques peuvent être les signes précurseurs de ce burn out. Une tension intérieure ou un sentiment de vide intérieur envahit la personne. Le sujet souffrant peut présenter plusieurs symptômes comme de la fatigue physique ou émotionnelle.

De ce qui précède, nous pouvons rassembler, selon des aspects divers, les différents signes avant-coureurs et symptômes du «burn out» en phase d'installation ou définitivement élaborés, soit les aspects suivants: comportementaux, somatiques, émotionnels, cognitifs.

Parmi les signes et symptômes comportementaux, on peut observer chez le soignant un désintérêt de plus en plus accentué pour son travail, une appréhension devant les responsabilités professionnelles avec évitement, retards, absences subites et non planifiées. Au travail même, le soignant peut présenter des signes évidents de relâchement vestimentaire et hygiénique, un manque de professionnalisme gênant avec, éventuellement, des signes d'abus de médicaments ou

d'alcool. On peut observer également une hyper-sensibilité à la frustration, une irritabilité ; et la personne se comporte de façon hostile ou suspicieuse.

Parmi les symptômes somatiques, le sujet en voie d'épuisement présentera des signes de fatigue accompagnés de maux de ventre, céphalées, troubles musculo-squelettiques et rhume persistant. Une tension chronique, des douleurs variables, des troubles du sommeil (chacune des phases du sommeil peut être affectée). Aussi, selon ses prédispositions particulières, il peut présenter des signes et symptômes affectant l'un ou plusieurs des sous systèmes neuro-végétatifs, tels que le système cardiovasculaire, le système digestif, le système génito-urinaire, le système cutané, etc.

Parmi les signes et symptômes de la sphère émotionnelle-affective, le soignant peut présenter de l'irritabilité, des sautes d'humeurs, de la tristesse allant même jusqu'au désespoir, avec des idées suicidaires, de l'apathie et un profond sentiment d'insatisfaction et de douleur morale. L'affect peut aussi être teinté de méfiance, de distanciation interpersonnelle, de cynisme même à l'endroit des patients chroniques démunis: ils sont considérés comme des objets, particulièrement chez les soignants. Le professionnel peut aussi exprimer son profond sentiment de frustration en blâmant les autres, l'administration, le système. Ses proches et sa famille sont aussi affectés par l'appauvrissement affectif : les relations avec le conjoint ou les amis intimes prennent une allure négative et deviennent difficiles, tendues, insatisfaisantes ; agissant aussi sur le conjoint qui passe par ses phases de désillusionnement devant le partenaire qui s'isole, le mari devient moins présent, moins aimant et moins aimable. Cette situation pourra facilement conduire à une séparation ou un divorce, si les mesures appropriées ne sont pas prises à temps.

Enfin, parmi les signes et symptômes cognitifs, le professionnel en voie d'épuisement présentera des troubles d'attention, de concentration, de mémoire et même de jugement: son fonctionnement mental est globalement diminué, ce qui se répercute directement sur son rendement professionnel. De façon plus particulière, le soignant qui vit cet état, en vient à se dévaloriser lui-même au point qu'il craint d'être plus nuisible qu'utile pour certains patients. Comme le disent si bien Figuerido et Frank (cités par Larouche, 1985), le sentiment profond d'incompétence signe le stade clinique de la démoralisation chez le professionnel épuisé.

Il faut noter également que chaque personne ne présente pas nécessairement tout les signes et les symptômes du burn out. Ils peuvent être plus ou moins aigus et à des degrés plus ou moins différents. Ces manifestations peuvent aussi varier en fonction de l'étape dans laquelle se trouve l'individu dans le processus de développement du burn out. Sachant que le burnout est l'aboutissement d'un processus plus ou moins long qui mène l'individu vers une incapacité à accomplir son travail. Ce processus qui est dynamique et très insidieux varie en intensité et

comporte différentes phases de développement. Le burn out est quelque fois passager, mais qui revient de plus en plus sérieux, jusqu'à devenir chronique.

2. Les étapes d'installation

Edelwich et Brodsky (cités par Franceschi-Chaix, 1993) distinguent quatre phases consécutives, aboutissant à la désillusion du burn out : l'enthousiasme, la stagnation, la frustration et l'apathie.

2.1. L'enthousiasme :

L'épuisement professionnel commence par un enthousiasme idéaliste caractérisé par des grands espoirs ; la personne imagine de hautes espérances et conçoit des attentes irréalistes face au travail, elle se surinvestit professionnellement en dépensant excessivement son énergie et son dévouement au travail. La conception idéaliste au travail vient occulter les besoins et les intérêts personnels, de même que les insatisfactions de la vie privée peuvent conduire à une glorification du travail. Cet engagement excessif se nourrit de lui-même, car plus la vie privée est négligée, plus elle se détériore. Quand le travail aura cessé d'apporter les satisfactions espérées, la personne risque de se retrouver dans une extrême vulnérabilité

Dans le cas des professionnels soignants, la personne risque une sur-identification aux patients, elle dépense excessivement son énergie qui s'avère souvent inefficace. Ce mode de vie devient comme un cercle vicieux

2.2. La stagnation :

La stagnation s'installe en suite, cette phase se caractérise par une perte graduelle de satisfaction au travail, celui-ci n'est plus considéré comme intéressant ou motivant et n'est plus le substitut de tout dans la vie. La personne continue d'exercer son métier mais elle ne parvient plus à compenser le fait que les besoins personnels (vie privée, loisirs...) ne soient pas satisfaits. Les premiers signes d'épuisement professionnel apparaissent en conséquence.

2.3. La frustration :

C'est la phase de désillusion, la personne affectée se voit « brûlée » et atteint un stade chronique, des symptômes permanents s'installent comme la fatigue, la mauvaise humeur et la déprime. La personne atteinte commence à se questionner sur la valeur de son travail : « ça sert à quoi ? Est ce que ça en vaut vraiment la peine ? », elle commence à douter d'elle-même, de son jugement et de ses capacités, les patients deviennent de plus en plus lourds à tolérer et ils sont

perçus comme ingrats et ennuyeux, dans le cas du soignant, il se dévalorise de plus en plus, et ça se répercute sur la vie sociale et conjugale. Cette perturbation altère son état de santé, il tente par la suite de se traiter de manière maladroite, il utilise souvent des médicaments ou de l'alcool pour s'autotrainer (L'association médicale américaine estimait qu'environ 10% des médecins ont des problèmes d'alcool), ce qui aggrave le processus qui suit.

La personne qui est en face de cette frustration réagit de la manière suivante : soit, elle se sert de cette frustration comme une source d'énergie positive, soit, elle l'utilise comme une source d'énergie négative où elle se retire de la situation en quittant la profession.

La frustration semble un tournant important dans l'évolution du burn out ; en ratant ce tournant, la personne risque de sombrer dans l'apathie.

2.4. L'apathie :

Au cours de cette phase, la personne se sent frustrée professionnellement, elle continue de travailler pour préserver son emploi en fournissant le minimum d'efforts et de temps afin d'éviter les défis ; elle tente de se protéger de son entourage et de ce qui pourrait mettre en péril cette pseudo situation de sécurité, elle arrive en retard, manque des rendez vous, néglige des dossiers.... Cette conduite semble compenser ce mal être, mais elle s'avère inutile.

Il semble que la phase d'apathie est plus difficile à surmonter, car elle mettra du temps pour s'installer, elle disparaîtra lentement. Dans le cas où elle se prolonge, elle peut sans doute conduire à une dépression majeure classique. À cette phase, l'individu «brûlé» a besoin de soins spécialisés.

En résumé, l'épuisement professionnel ou burn out contient quatre étapes, la première est celle de l'enthousiasme idéaliste vis-à-vis du travail où la personne déploie une énergie considérable pour nourrir ses hautes espérances en se retrouvant en fin de compte usé. La deuxième est celle de la stagnation inefficace avec désinvestissement progressif en perdant tout intérêt pour le travail. Suivie par une phase dominée par le sentiment de frustration, enfin s'installe une apathie désabusée avec recherche d'une position de sécurité.

IV. Les causes de l'épuisement professionnel

Il existe de multiples causes contribuant à l'apparition de l'épuisement professionnel, nous pouvons les regrouper sous deux grandes catégories comme suit :

- Les causes extérieures reliées au travail;
- Les causes intérieures reliées à la personne.

1. Les causes extérieures reliées au travail

Plusieurs facteurs jouent un rôle important quant à l'émergence du phénomène de l'épuisement professionnel, parmi lesquels nous pouvons distinguer entre la présence de conditions négatives dans l'organisation du travail et l'absence de conditions positives dans l'organisation du travail ; cette distinction a été faite par Pines et Kanner (cités par Larouche, 1985) permettant une analyse plus limitée des facteurs en cause.

Parmi les conditions négatives dans le travail ou dans l'organisation même du travail comme facteurs de risques, nous retrouvons inévitablement :

- une demande permanente de services, de soins, de la part des personnes atteintes de façon grave et/ou chronique, par exemple les malades mentaux, les cancéreux, les personnes âgées, les criminels dangereux, etc.; cette demande constitue un stress continu, prolongé, qui met en oeuvre les mécanismes d'adaptation du soignant et suscite des contre-transferts épuisants...
- une organisation défaillante du travail, associée avec des conflits de rôle, querelles administratives, dangers physiques, patrons autoritaires, pressions syndicales, ségrégation, poursuites judiciaires, insultes, diminution du statut social du soignant, etc.

Parmi les conditions positives manquantes, soulignons l'absence d'une clientèle gratifiante, l'absence de guérison rapide, le manque de soutien administratif pour fournir un système de valorisation efficace et un système de participation des travailleurs aux destinées de l'organisation; le manque de communication claire des objectifs choisis conjointement, etc.

2. Les causes intérieures reliées à la personne

Nous pouvons distinguer encore une fois comme facteurs intérieurs reliés à la personne menant à l'épuisement professionnel, la vulnérabilité personnelle au burn out et l'absence de ressourcement affectif et personnel adéquat.

Concernant la vulnérabilité personnelle au burn out, plusieurs études ont mentionné la personnalité typique du futur « brûlé professionnel ». Il semble que le jeune professionnel en cause (médecin par exemple) a une « vision idéaliste » de son travail, mal adapté aux dures réalités de la pratique (Dato; Freudenberger; Edelwich et Brodsky ; Pines et Kanner cités par Larouche, 1985). Il s'agit d'une forme d'idéal du moi acquise auprès de parents particulièrement exigeants pour leur enfant. Le professionnel est vulnérable au stress chronique, au burn out, à cause de son besoin excessif d'être valorisé, apprécié, aimé au travail. Concernant les soignant en général, une bonne dose de compulsivité et d'idéalisme et une sensibilité particulière à la misère humaine sont importantes dans la conception du soignant. Mais lorsque celles-ci sont

poussées à l'excès, elles peuvent devenir handicapantes à une carrière professionnelle réussie et elles augmentent le risque de développer un épuisement professionnel.

Quant aux autres causes reliées à la personne, l'absence en général d'un réseau affectif et social adéquat chez le professionnel épuisé existe. En effet, le soignant en voie d'épuisement n'a pas le temps pour le repos, les loisirs et les soins corporels; il consacre peu de temps à l'affection de ses proches, de ses enfants; il néglige de se recréer avec les amis, de prendre des vacances, etc. Comme le précisent certains auteurs (Vincent; Burrows; Halenar; Mac Bride; Meyer et Mc Cue cités par Larouche, 1985), la manière de gérer la vie privée, la vie familiale et la vie sociale, contribue de façon significative à l'épuisement ou au ressourcement de ses énergies.

Il va sans dire, que le «burn out» peut être conçu de façon partielle et incomplète comme une faillite dans la gestion des énergies personnelles...citons l'exemple d'une femme médecin qui doit gérer deux tâches, trouver un équilibre entre sa vie familiale comme épouse et mère, mais aussi comme une professionnelle et souvent administratrice du budget. Plus encore si elle est psychiatre, elle doit confronter les stress liés à la psychiatrie, aux malades chroniques qui nourrissent des attentes irréalistes.

En somme, les causes de l'épuisement professionnel trouvent leur origine dans l'interaction de plusieurs facteurs : d'une part, le contexte socio-économique actuel et organisationnel liés à la nature du travail, et d'autre part des facteurs liés aux aspects individuels dont la plupart des recherches insistent sur des variables organisationnelles.

V. Epuisement professionnel et psychopathologie du travail

Selon Dejours (cité par Canoui & Mauranges, 2004) la psychopathologie du travail « étudie le rapport psychique de l'homme au travail », au départ, l'intérêt apporté à la psychopathologie du travail portait sur les conséquences de la profession sur la santé mentale des travailleurs et sur les conditions de la transformation éventuelle du travail. Dans un autre sens, elle tente d'analyser les interactions existant entre l'organisation et les caractéristiques du travail avec l'organisation et le fonctionnement psychique de l'individu.

Les contraintes psychiques inhérentes au travail furent décrites en terme de fatigue puis de charge psychique. Pour Dejours (cité par Canoui & Mauranges, 2004), la souffrance causée par la charge de travail est le champ d'étude privilégié de la psychopathologie du travail. C'est dans ce domaine la qu'il faut situer le syndrome d'épuisement professionnel.

La psychopathologie du travail se trouve en interaction avec l'ergonomie, la psychologie et la sociologie du travail mais aussi avec la psychiatrie dont plusieurs modèles théoriques découlent en conséquence, de même que l'interprétation des désordres psychiques et les

solutions thérapeutiques et préventives seront influencées par les conceptions de l'interaction homme-travail.

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

L'approche sociologique voit essentiellement la maladie comme une expression individuelle des conflits sociaux. Elle met en avant les classes sociales et les cultures, des rapports de pouvoir dans l'entreprise et au sein du corps social qui seront à l'origine de la pathologie psychiatrique de la personne plutôt que le travail en tant que tel. Les conditions de travail et son organisation sont les indices d'une pathologie sociale. De ce fait, la nécessité de trouver la cause et le remède de cette pathologie est importante. Comme l'écrit Dejourns « cette position théorique va généralement de pair avec l'affirmation d'un lien de causalité qui va du social et du politique au pathologique » (Canoui & Mauranges, 2004).

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

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

Quant à l'approche pavlovienne, elle a mis en exergue l'existence d'un syndrome spécifique résultant d'une tâche spécifique tel les névroses des téléphonistes et des mécanographes. Les standardistes manifestent des lapsus ou actes manqués comme le « allo, j'écoute » déclenchés même en dehors de leur milieu professionnel (le déclic sonore des

portillons automatiques du métropolitain). Cette approche s'applique seulement à des tâches stéréotypées causées par des automatismes de travail.

Finalement, l'approche par la théorie du stress a permis de mettre en évidence la possibilité d'inclure le travail dans une psychopathologie du travail. C'est la raison pour laquelle le stress occupe une place importante dans le cadre de la « fatigue au travail ».

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

VI. Les professions à risques pour le burn out

L'épuisement professionnel est consécutif à l'exposition à un stress permanent et prolongé. De manière générale, les sujets qui présentent un burn out sont ceux qui sont exposés à de fortes demandes mentales, émotionnelles et affectives, et s'investissent dans une responsabilité à l'égard des autres personnes, ou encore ceux qui cherchent à atteindre des objectifs insurmontables, ainsi que ceux qui oeuvrent dans des conditions de déséquilibre existant entre les tâches à accomplir et les moyens mis en œuvre, mais aussi ceux qui vivent une ambiguïté ou de conflits de rôles.

Sur le plan personnel, l'épuisement professionnel touche les personnalités ayant des idéaux de performance et de réussite ; les personnes sans autre centre d'intérêt que leur travail ; les personnes se réfugiant dans leur travail et fuyant les autres aspects de leur vie.

Pour développer ces premiers éléments, nous rappelons que le concept du « burn out » était étroitement lié à certaines professions de type « relation d'aide » ou de responsabilité envers l'autre. Ces professions ont été l'objet d'étude privilégié car elles correspondent à des exigences croissantes à un rythme accéléré.

En France, une étude menée par Estryn-Béhar (1992), révèle qu'entre 1975 et 1986 le nombre d'actes techniques infirmiers a augmenté de 129 %, le nombre de journées d'hospitalisation en secteur public a diminué de 70,5 à 57,3 millions avec un nombre d'entrées qui a progressé de 5,4 millions à 7,3 millions et en revanche les effectifs du personnel soignant ont augmenté de moins de 30 % (contre une croissance de 112 % du personnel administratif).

Le profil des activités se trouve parfois un peu modifié. Même le médecin se trouve comme par le passé sollicité par des problèmes émotionnels difficiles (la douleur, la peur, la mort...) qu'il gère avec un savoir limité et parfois incertain. En plus il doit accepter dans la

relation avec son patient l'intervention d'un tiers, appartenant à une instance étatique, judiciaire ou médicale. Le soignant doit justifier ses diagnostics, éviter les erreurs et la perte d'une bonne partie de sa reconnaissance sociale (Bibeau, 1985).

Un autre exemple est celui des enseignants qui s'adaptent mal à leurs désillusions sur la valeur des diplômes auxquels ils préparent leurs élèves. Ils reçoivent de plein fouet l'angoisse agressive de la jeunesse, sans parler du mépris de certains parents (Lebigot et Lafont cités par Franceschi-chaix, 1993).

En Angleterre, les enquêtes réalisées par Burke et Greenglass (cités par Franceschi-chaix, 1993) chez les enseignants et les directeurs d'établissements indiquent un épuisement professionnel plus élevé chez les enseignants directement en contact avec les élèves. Les facteurs en cause sont de type organisationnels (manque de moyen, classes chargées) et émotionnels (vision négative de l'école par les élèves).

Un autre corps de métier peut être affecté par le « burn out » est celui des policiers. D'après Lavallée (cités par Franceschi-chaix, 1993), les policiers exercent une profession critiquée et ne reçoivent pas l'estime des citoyens. Leur travail est difficile, parfois dangereux physiquement, le policier élabore le plus souvent des défenses rigides qui entraînent des conflits personnels et même familiaux.

Les conditions psychologiques et sociales (menaces, manque d'estime, perte d'idéal ...) concourent à l'épuisement (mis en évidence par les enquêtes de Burke et Deszca, 1986, au moyen du M.B.I. et la grille de Cherniss).

La population des sapeurs pompiers présente aussi un risque d'épuisement professionnel, elle subit en permanence des taux élevés de stress du fait de la nature et les obligations du métier se traduisant par l'intervention auprès des personnes en détresse. Une étude menée par Ouchéne (2004 ; 2006) par le biais du MBI auprès des éléments de sapeurs pompiers de la wilaya de Constantine a révélé la présence du phénomène de l'épuisement professionnel avec un taux d'épuisement émotionnel de 49,88% sur l'ensemble de la population d'enquête. Vient en deuxième position la baisse de l'accomplissement personnel de 32,97% et enfin la déshumanisation de la relation à autrui avec un taux de 12,48%.

Les professions « d'aide » exigent aux individus de préserver en permanence une image idéalisée d'eux-mêmes dans des conditions de plus en plus difficiles.

D'autres professions épuisent aussi mais ils sont retrouvés de façon plus rare dans la littérature. Nous pouvons en reconnaître deux groupes :

- professions où il existe une position de dépendance face à une instance « mystérieuse et omnipotente » par exemple l'état ou l'entreprise (Lebigot et Lafont cités par Franceschi-chaix,

1993). Les exécutants lointains qui servent ces instances n'en reçoivent pas ou si peu l'aura et le prestige. Il s'agit souvent de tâches répétitives et monotones : ouvriers spécialisés, téléphonistes, employés travaillant dans les grandes administrations ;

- le deuxième groupe concerne les professions qui ne tiennent pas compte des rythmes biologiques (travail posté ou de nuit) ou qui présentent des nuisances. Ce type de métier n'a pas éveillé d'intérêt particulier chez les auteurs s'intéressant au « burn out ». Il reste le domaine de l'ergonomie et de la médecine du travail.

Les ouvrages américains de Freudenberger et Pines, Aronson et Kafry accordent une place certaine au « burn out » des cadres et des « yuppies », professions envahies de stress et de compétition et les professionnels sont largement menacés dans leur santé mentale. Un article récent de Lee et al. (Cités par Franceschi-chaix, 1993), décrit un « syndrome de fatigue chronique » auquel il a été attribué des morts subites de cadres japonais.

Antérieurement à l'épuisement professionnel qui a été constaté exclusivement chez les sujets oeuvrant dans le cadre de la relation d'aide et en particulier le personnel de santé. A cette vision l'évolution des recherches prend en compte d'autres professions : les enseignants, les policiers, les sapeurs-pompiers..., bien que les études se penchent principalement sur les professions impliquant un contact intense avec autrui (médecin, infirmiers...etc.).

VII. Psychopathologie et approches du burn out

Les approches psychopathologiques concernant le « burn out » se sont faites selon deux axes : cognitivo comportemental et psychanalytique.

1. Les approches cognitivo-comportementalistes

Maslach a mis en évidence un lien conceptuel entre le « burn out » et le stress. En effet le burn out apparaît « comme résultant des effets cumulatifs du stress dans l'environnement de travail » ou comme « un drainage émotionnel du stress chronique » (Maslach et Jackson cités par Franceschi-chaix, 1993).

Dans une optique comportementaliste et d'après Maslach, on doit chercher les causes du burn out dans les conditions propres du travail (conflits et ambiguïtés de rôles, surcharge qualitative) et non pas dans les caractéristiques individuelles. C'est à travers les modes de réponses du sujet au stress qu'on peut aborder son fonctionnement. Elle ne se limite pas au modèle réducteur initial où seul le milieu extérieur établit les réactions de l'individu. Cette hostilité pour le mentalisme et l'introspection est l'une des caractéristiques des premières théories comportementales.

Actuellement, les conceptions environmentalistes ont évolué, en s'orientant vers l'interaction entre l'environnement et la personne. C'est l'approche cognitive présentée par Cottraux (cité par Franceschi-Chaix, 1993). Ce modèle fonctionne selon les théories de l'apprentissage avec imitation, attente d'efficacité et de résultats (rôle des renforcements), observation visuelle, comportement, autorégulation et liberté.

La psychologie cognitive élargit le champ d'action du comportementalisme en étudiant les processus mentaux les plus composés, conscients et inconscients qui assurent à l'individu une adaptation aux stimuli internes et externes. Franceschi-Chaix (1993) donne l'exemple de Meier qui démontre cet aspect par différentes questions mentalisées et qui concernent :

- Des attentes quant aux renforcements : « ce que je fais correspond-il à mes buts? » ;
- Des attentes quant aux résultats : « est-ce que je sais ce qu'il faut faire pour obtenir des résultats? » ;
- Des attentes quant à l'efficacité : « suis-je capable de faire ce qu'il faut pour parvenir à ces résultats ? ».

Tous ces paramètres peuvent être générateurs d'un burn out en milieu professionnel. De même, l'étude de Estry-Béhar sur le travail des soignants en milieu hospitalier a montré ces dysfonctionnements comportementaux. Son intérêt porte généralement sur le contenu de la tâche et les sources de stress spécifique du métier d'infirmière afin de tirer des priorités d'une politique d'amélioration des conditions de travail. Après une enquête menée auprès de 1500 infirmières de l'Assistance Publique des hôpitaux de Paris, cette auteur a sélectionné 45 infirmières qui ont participé à des entretiens semi-directifs (Debray et al ; 1988, Estry-Béhar ; 1992). Elle a constaté que 82% des infirmières éprouvent des sentiments négatifs par rapport à 8,5% manifestant des sentiments positifs. Les sentiments négatifs qui apparaissent fréquemment sont la fatigue, « l'includence », la solitude, la technicité et la désorganisation.

« L'includence » pour Estry-Béhar constitue une composante essentielle. Empruntée à Tellenbach qui a parlé de la « constellation d'includence » qui désigne une organisation psychique caractérisant le plus souvent un patient unipolaire dépressif qui va s'enfermer dans des limites exigeantes pour réaliser ses activités, ces limites créant à leur tour des contraintes dans la réalisation de ses tâches (Olie et Petit Jean cités par Franceschi-Chaix, 1993). Pour Estry-Béhar ce terme désigne « une situation qui paraît acquise, durable, sans possibilité d'y échapper ». Cette situation est vécue par les infirmières qui se retrouvent « déborder par leur travail à la fois dans le sens de la masse des tâches à accomplir et dans la perspective d'un temps insuffisant pour les réaliser ». Ces difficultés psychologiques enregistrées par l'auteur sont dues au stress en

rapprochant ces observations du processus de burn out. Ce dernier selon cet auteur résulte d'une « impuissance apprise » du fait du manque de gratification et de récompense.

La notion de l'impuissance apprise est décrite par Seligman en 1967 (cité par Franceschi-chaix, 1993) selon laquelle le sujet a pris conscience que ses actions ne menaient à rien devant une situation désagréable précise, mais qui persiste malgré la mise en oeuvre de tous ses moyens d'adaptation. C'est le cas des infirmières oeuvrant pour elles-mêmes dans la solitude et la responsabilité, ce qui accroît leur fatigue. En plus, le manque de communication dans un système fermé et routinier dans les services de soins agit comme un renforcement négatif d'un sentiment de dévalorisation chronique.

2. Les approches psychanalytiques

Notons que l'épuisement professionnel résulte du stress lié à des contraintes de travail et qui trouve son origine dans le conflit entre la réalité et la recherche d'un idéal. L'engagement déployé par l'individu pour atteindre son idéal est considéré comme un troisième facteur qui intervient dans cette situation conflictuelle. Cet idéal renvoie à un but que le sujet s'est fixé ou qui a été imposé par les valeurs de la société.

Selon Freudenberger, l'individu peut présenter « un engagement non mature », un engagement excessif de type fusionnel dont l'effet se situe dans les ressources émotionnelles et qui mènera à court et à long terme à leur épuisement.

Une fois l'idéal atteint (ou semble être atteint), la confrontation entre la réalité et sa représentation psychique initiale peut conduire l'individu à une frustration importante. De ce fait le « vide intérieur » résulte selon cet auteur soit de l'engagement excessif avec épuisement des ressources, soit du désaccord entre l'idéal et la réalité sensée le concrétiser.

Les théories de Freudenberger insistent sur la responsabilité de la société comme générateur du burn out et non pas sur la personnalité des sujets exposés au « burn out ». Dans ce contexte il écrit : « le tableau est davantage le résultat d'un malaise récent que d'un traumatisme provoqué dans l'enfance. Pendant des années ces personnes ont une vie positive » ou d'une autre manière : « ce qui leur arrive ne peut uniquement émaner d'eux, une grande partie du problème est sûrement attribuable à des facteurs extérieurs » comme dans le cas du rêve Américain ou le culte du héros conduisant l'individu à penser que la récompense sera plus grande si l'on devient différent de ce que l'on est réellement, ou encore le pression subie ultérieurement par le sujet et qui va constituer le facteur déclenchant ou précipitant d'un épuisement.

D'une part, Freudenberger donne beaucoup d'importance aux facteurs extérieurs contribuant au déclenchement de l'épuisement professionnel et d'autre part sa position n'est pas aussi claire sur le rôle de la personnalité de l'individu.

Fontaine (cité par Franceschi-Chaix, 1993) dans sa conception qui est proche de celle de Freudenberger a illustré le modèle « type » de l'épuisement chez les soignants et plus particulièrement chez les infirmières. Elle montre que ce métier présente un risque d'épuisement professionnel à cause de l'inégalité de l'échange dans la relation infirmière-malade d'une part et son dévouement et son engagement dans le travail d'une autre part, elle oeuvre auprès des personnes souffrantes qui sont parfois non reconnaissantes.

Toute cette énergie initiale est accrue par les conditions de travail moins propices (manque d'effectifs, de moyens techniques) ou encore les spécificités des soins qui sont gérés difficilement (soins intensifs, urgences, oncologie, pédiatrie..).

Au début de la carrière professionnelle, l'infirmière possède des motivations très élevées mais qui vont buter rapidement contre la réalité avec un sentiment d'impuissance et d'échec. Ce sentiment ne va pas de soi avec les premières valeurs attribuées au soin. Ce qui génère un sentiment de honte suivi par un sentiment d'évitement. En plus, elle pense que probablement ce sont les patients qui sont responsables de ce malaise et que ce n'est pas à elle seule que revient la responsabilité.

Cette projection permet de tirer du psychisme une pensée conflictuelle. L'infirmière déploie plus d'efforts malgré cette situation conflictuelle, mêlée de surmenage, de patients peu reconnaissants, et encore la souffrance et la mort que rencontre quasi régulièrement cette catégorie de professionnels. Une baisse de la dépense psychique se traduisant par la perte de force et d'énergie, quelques mises à distance, même les loisirs ne peuvent pas réparer le processus en cours.

Fischer (cité par Franceschi-Chaix, 1993), s'est orienté vers l'étude du burn out et a voulu faire la distinction entre deux situations confusionnelles. D'une part, celle dont la personne se retrouvant en face de conditions de travail défavorables et présentant une perte de l'estime de soi avec usure et lassitude (worn-out) mais étant capable de demander de l'aide et dire « qu'elle n'en peut plus ». D'autre part, la personne atteinte de burn out a un fonctionnement différent : elle va instaurer une lutte épuisante afin de maintenir l'illusion et l'espoir qui correspondent aux critères d'un idéal qu'elle s'est fixée. Cette lutte permanente, nécessaire pour préserver une estime de soi suffisante équivaut à un déni de la réalité qui conserve illusoirement une complétude narcissique.

Quelques que soient les approches traitées, d'orientation cognitivo-comportementale ou psychanalytique, l'élaboration de la personnalité semble être un élément primordial dans la façon où le sujet va pouvoir aborder les étapes de sa vie et de son travail.

3. Approche psycho-dynamique du burn out

Cette approche prend en considération la confrontation à la mort comme cause plausible quant à l'émergence de l'épuisement professionnel chez les soignants. La plupart des auteurs sont unanimes sur l'idée que la mort des patients est une perte occasionnant un deuil. Millerd (1977) et Shanfield (1981) définissent les soignants comme étant les survivants de deuils multiples. Millerd compare les soignants aux rescapés de camps de concentration ayant présenté un « syndrome du survivant » qui décrit leur extrême proximité avec l'expérience de la mort.

Selon cet auteur, les soignants possèdent alors le sentiment de vivre au prix de la vie de quelqu'un d'autre. L'anxiété les pousse à se tenir en retrait de ce qui les effraie, ils essaient de lutter contre la peur en réduisant leurs capacités à penser et à ressentir (Millerd et Shanfield, in Goldenberg, 1988).

Plus tard, Machavoine (1990) donne un autre éclairage sur les causes qui sont susceptibles de conduire le soignant à l'état d'épuisement professionnel. Il montre que l'accumulation de rencontres avec la mort pourrait conduire jusqu'à l'annihilation de la capacité de représentation des choses possibles, empêchant ainsi toute anticipation protectrice contre les traumatismes ou bien perturbant gravement les possibilités d'élaboration des deuils et ainsi de suite, parfois jusqu'à l'épuisement.

En s'appuyant sur la théorie psychanalytique des névroses traumatiques et d'après les travaux de Barrois (1988), Machavoine souligne que si les décès ne constituent pas les accidents brutaux et soudains classiquement générateurs de l'effroi, l'accumulation de ces situations traumatiques entraînerait une « érosion » pouvant conduire à une déchirure de l'enveloppe narcissique (cela pourrait être aggravé par la rupture d'avec l'idéal d'une médecine toute puissante).

La notion de « trauma cumulatif » tient compte de ce que subissent parfois les soignants. Par le jeu des identifications aux malades, il y aurait une rencontre avec sa propre mort. Ainsi, la perte de l'autre ferait apparaître la perte de soi. Enfin une quête de régression fusionnelle fréquemment rencontrée chez les mourants est évoquée. Celle-ci réactiverait chez le soignant des angoisses archaïques, telles qu'être dévoré ou entraîné dans la mort. Cela expliquerait des réactions de rejet faites par souci d'autoconservation.

Donc, les différentes approches de l'épuisement professionnel peuvent donner un élément nouveau expliquant l'émergence de ce phénomène, en s'appuyant généralement sur la notion de stress. Les approches cognitivo-comportementalistes mettent en exergue le burn out comme résultante des conditions de travail où l'environnement et la personne s'interagissent mettant en œuvre des processus mentaux complexes en vue d'une adaptation aux stimuli externes. Les approches psychanalytiques mettent un lien entre le burn out et la responsabilité de la société de même que l'écart entre l'idéal de la profession et la réalité dans laquelle les individus sont impliqués. Enfin, l'approche psycho-dynamique admet que l'épuisement professionnel est éventuellement la conséquence de l'accumulation des incidents traumatiques : vivre des deuils multiples dus à la confrontation à la mort.

VIII. Epuisement professionnel et stress

Les auteurs tels que Bibeau, Crombez, Scarfone, Jackson et d'autres ont reproché la trop grande ressemblance du burn out avec le concept de stress du fait que le premier inclue le second dans la plupart des définitions. Nous allons donner quelques exemples, Pines et Maslach (1978) admettent que le burn out est « l'aboutissement d'un stress chronique », Cherniss (cité par Bibeau, 1985) le décrit comme « retrait psychologique par rapport au travail en réaction à un stress excessif », ainsi que Farber (cité par Bibeau, 1985) le conçoit comme « une étape finale dans une progression de vaines tentatives pour affronter une variété de conditions stressantes perçues comme négatives ».

Nous pouvons dire alors que le burn out est le stade ultime du stress professionnel, car les facteurs psychosociaux de stress tirent leur origine de l'environnement de travail ; l'état de stress est le résultat de l'interférence entre les agents stresseurs et les tentatives de l'individu à y faire face. La distinction entre le burn out et le stress semble délicate en termes de symptômes, mais par contre la possibilité de les différencier en termes de processus réside au niveau du défilement des stades qui doivent apparaître. En évidence, l'épuisement professionnel est un phénomène long et évolutif, il s'installe après des expositions à des stress professionnels prolongés. En revanche, il n'est pas consécutif à un événement aigu.

Les points distinctifs du burn out proviennent d'une part des particularités des tâches et de l'environnement professionnel du sujet atteint de burn out et d'autre part de l'impact de ce dernier sur les personnes censées être aidées ; telles que les soignants qui sont soumis dans leur pratique quotidienne à de multitudes de facteurs stressants qui les poussent parfois à réagir de façon violente, alors que ce sont les petits débordements qui à la longue sont susceptibles de constituer le burn out.

D'autres points peuvent être abordés quant à l'existence des différences entre le stress et le burn out. Ces deux concepts qui ont été mentionnés dans la littérature internationale sont compliqués par définition. Cox (cité par Schaufeli, 1993 ; Schaufeli & coll, 1993 ; Schaufeli & Enzmann, 1998) souligne que le concept de stress est vague parce qu'il est mal défini. Car il est utilisé fréquemment par la plupart des individus. Le stress affecte tous les domaines de la vie quotidienne, alors que le burn out est spécifiquement liés en milieu de travail.

Le facteur de temps constitue un autre élément qui différencie le stress du burn out. Ceci dit, le stress est une tension passagère, tandis que le burn out qui se définit par l'épuisement des ressources est un processus à long terme du à une forme particulière de stress prolongé en milieu de travail.

Selon Brill (cité par Schaufeli, 1993 ; Schaufeli & coll, 1993 ; Schaufeli & Enzmann, 1998), le stress renvoie à un processus d'adaptation temporaire, accompagné de symptômes mentaux et physiques. Alors que le burn out se réfère à un échec des stratégies d'adaptation au milieu de travail accompagné de troubles chroniques, Ce qui suggère aussi que le concept de stress et de burn out peut exclusivement être distingué rétrospectivement quand l'adaptation se fait avec succès (le stress professionnel) ou bien lorsqu'on aboutit à un échec de l'adaptation (burn out).

Chacun peut éprouver un stress, or le burn out peut être exclusivement ressenti par les personnes qui débutent leur carrière professionnelle avec enthousiasme et hautes espérances.....etc.

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

Donc, les individus ne sont pas égaux face au stress, chacun peut avoir une sensibilité plus ou moins grande à un stresser, qui le rend plus vulnérable dans une situation donnée. Cette sensibilité au stress peut changer au cours de notre existence. Des situations que nous pouvons endurer à une époque grâce aux motivations personnelles peuvent ne pas l'être plus tard. A travers ce contexte qu'on peut comprendre le phénomène de l'épuisement professionnel.

IX. Burn out et profession de santé

Le terme de burn out est devenu l'intérêt commun des soignants des services à haut risque émotionnel comme le cas des services de pédiatrie, de cancérologie, d'immuno-hématologie, de réanimation et aussi de médecine d'urgence.

En pédiatrie la confrontation à l'idée de la mort de l'enfant paraît insupportable pour le soignant, cet enfant étant choyé et signe de bonheur. Une mort violente et inattendue présente une situation dramatique difficile à gérer de la part des parents qui sont souvent jeunes et démunis devant une perte injuste et inattendue, ainsi que de la part du soignant. Le choc émotionnel est d'autant plus important que la logique d'identification à son propre enfant se voit renforcée (« et si c'était le mien ! »). Ce qui laisse le soignant en état d'impuissance totale. Aussi l'inefficacité soudaine des technologies nouvelles et les motivations professionnelles sont mises en cause, s'ajoute l'incompétence de certains professionnels, les conflits d'équipe...

Le service de réanimation adulte et pédiatrique, de par la nature des conditions de travail est un lieu stressant aussi bien pour le soignant, que pour la famille et le malade, le bruit des machines, les intubations, les lumières allumées en permanence.... font accroître le stress du patient et de la famille, soumettant le soignant à un rôle protecteur renforcé.

L'image de la mort est différente dans les services des maladies infectieuses. L'apparition des maladies graves telles que le Sida a poussé ces services à faire preuve d'une adaptabilité nouvelle face aux malades plus ou moins bien tolérés. Avoir le sida par toxicomanie ou par transfusion sanguine crée souvent des attitudes de réconfort ou de compréhensions variables. L'accroissement des malades a conduit la création d'unités nouvelles de soins spécialisés et exclusifs, avec un personnel recruté sur la base de cette organisation. L'exclusion en dehors du malade en commun, renvoie à la forme la plus archaïque de la peur et tend à alimenter l'angoisse de mort plus qu'à se protéger...

Le service des soins palliatifs est un lieu spécialisé dans la prise en charge des malades en fin de vie, où ils passent d'un statut de patient à celui de mourant. Les fortes images de souffrances et l'intensité des émotions font partie du quotidien du soignant, ainsi que la confrontation avec la maladie et la mort font naître un sentiment de peur lié au contact permanent avec les « humeurs » du corps « synonymes d'impuretés et potentiellement porteurs d'une contagion diffuse » (Véga cité par Castra, 2004). La proximité de la mort est perçue comme une menace pour l'intégrité physique pouvant aller jusqu'à la recherche de symptômes (identiques à ceux des patients) sur son corps. Ainsi comme le remarque Elias (cité par Castra, 2004) : « il se peut aussi que les vivants ressentent plus ou moins inconsciemment l'agonie et la mort comme contagieuses, et donc comme une menace, ils ont alors un recul involontaire devant les mourants ». Cette réelle difficulté persiste et parfois même s'accroît menant ainsi à l'épuisement professionnel.

Quant au service des urgences, le rythme de travail engendre un cumul de stress qui conduit parfois à l'épuisement professionnel. Les soignants travaillant dans des situations de

crise dont la gestion exige une adaptabilité maximale du fait de la complexité et la polyvalence de soins, tout ceci face aux aspects émotifs et curatifs dans une relation qui demeure éphémère. Le taux de "turn over" et d'absentéisme est considéré comme relativement élevé dans ce type de service.

Ainsi, selon Bernard et Creux (2003), l'exercice au sein des ces unités en relation permanente avec la maladie grave, l'handicap et la mort, au prise directe avec la souffrance, mènent les soignants à s'interroger sur le sens de leur fonction et de leurs missions. Plus qu'ailleurs ils s'interrogent sur le sens de leur propre existence. Ils ajoutent que cette confrontation à la souffrance et la mort peut engendrer un stress dont la répétition peut provoquer un épuisement professionnel.

Une étude effectuée au Maroc en 2000 par Agoub et coll, a mis en évidence le développement du syndrome de burn out surtout chez les individus travaillant en contact direct avec des patients en difficultés, nécessitant une assistance, un soutien et des soins. Ces auteurs soulignent que ces soignants sont soumis à un stress permanent ce qui constitue un potentiel générateur de l'épuisement professionnel.

Nous constatons dans la littérature que la fréquence de l'épuisement professionnel indique l'importance de ce phénomène. D'après Canoui & Mauranges (2004), 25 à 40% des soignants sont affectés par l'épuisement professionnel. De même que l'étude de Rodary et coll montrent que 25% des infirmiers d'hôpitaux généraux, tous services confondus, souffrent dans leur travail et que un sur deux aurait l'envie de quitter leur poste.

Toutefois, il faut mentionner qu'au-delà des particularités de certains services évoqués ci-dessus favorisant l'apparition l'épuisement professionnel, d'autres obstacles s'imposent aux soignants et contribuent à l'accroissement de leur souffrance, subissant des périodes de crise et de découragement, des problèmes de communication qui les pousse a se réajuster en permanence au plan psychologique et organisationnel. La pression mentale et physique ainsi que les contraintes du métier les obligent à mettre en œuvre des stratégies d'adaptation qui les aident à retrouver un certain équilibre.

Nous constatons que les professionnels de santé affrontent dans l'exercice de leur métier des situations de stress qui sont liées au type de service dans lequel ils travaillent. Ce stress provient en partie des conditions de travail ainsi que la charge émotionnelle générées par le contact quotidien avec la maladie, la souffrance et la mort contribuant à l'émergence de l'épuisement professionnel chez les soignants.

X. Un burn out spécifique du soignant

Dans ce que nous avons évoqué antérieurement, il semble que le phénomène de l'épuisement professionnel touche principalement les professions de type « relation d'aide », ceux qui sont soumis à de fortes sollicitations mentales, émotionnelles et affectives, et qui s'investissent dans une responsabilité vis-à-vis des autres. Les soignants et notamment les infirmiers suscitent un intérêt particulier du fait des particularités du métier qu'ils accomplissent tant au plan relationnel que professionnel

Selon Delbrouck (2003), il existe des failles qui semblent expliquer les causes du burn out spécifique du soignant ou son cristal (selon Freud, le noyau de chaque individu représenté par un cristal, il est susceptible de se briser selon certaines axes ou failles propres à chacun) peut se briser nous en citons trois :

1. L'impact et la répétition des traumatismes rencontrés en clientèle, la spécificité du métier de soignants

Dans ce contexte, Delbrouck (2003) souligne l'importance de la répétition des traumatismes et leur répercussion psychologique et émotionnelle sur les soignants. Des situations d'urgences rencontrées par les soignants urgentistes, chirurgiens, réanimateurs...pourraient ébranler le plus résistant des professionnels.

Dans sa pratique quotidienne, le soignant rencontre des affects importants qui agissent doublement sur sa personnalité. Le vécu de l'autre souffrant et l'identification projective (mécanisme de défense consistant à identifier inconsciemment un affect ou un comportement et à le projeter toujours inconsciemment chez l'autre, en le manipulant de telle sorte qu'il adopte celui-ci et vérifie ainsi sa thèse de départ), il est impliqué dans son propre vécu d'être humain (et si j'avais la même maladie, et si je mourrais, et si cela arrivait à mon enfant, à mes parents...).

Ainsi, l'accompagnement des personnalités peu structurées sinon pas structurées du tout, les fortes demandes et les multiples problèmes provoqués par les patients amènent le soignant à faire des efforts pour trouver un équilibre psychique et physique. Il se retrouve projeté malgré lui face à plusieurs questions d'ordre métaphysique, éthique, moral, psychologique, émotionnel, qu'il n'aurait pas rencontrées s'il avait choisi une autre profession.

En outre, la problématique de la mort, de la maladie, de la souffrance, de l'injustice, des pulsions interdites refoulées (incestes, viols, malformations génétiques, pulsions de meurtres, sexualité, toxicomanies,...) devient répétitive et prégnante au cours des consultations quotidiennes. La répétition de ces situations et l'effet de ces micro-traumatismes émotionnels

consument le soignant plus profondément, et notamment s'il n'a pas d'espace de parole où se dire à d'autres collègues.

2. La question du choix de la profession soignante

Le choix de la profession paraît être l'une des failles rencontrées dans la profession soignante. D'après Perry (1998), l'épuisement professionnel est intimement lié à trois aspects, ceux de l'engagement professionnel, notre implication et nos capacités de distanciation. Ses origines remontent à l'enfance, au moment où l'individu a constitué sa perception de la société, des questions sur la vie et le désir de vouloir agir efficacement.

Delbrouck tient compte des expériences vécues au cours de la vie humaine, ce soignant qui a été confronté depuis son jeune âge à la problématique de la maladie et les soins, ce qui agit sur sa personnalité et la manière de soigner ses patients. Sa personnalité et ses choix professionnels semblent représenter à la fois une faille qui le rend plus sensible par apport à son confrère vis à vis des mêmes questions, notamment par le souci du mode de réponse à y apporter.

D'après l'étude de Gaujelac intitulée « les névroses de classe », Perry (1998) souligne l'influence du milieu d'origine et les expériences de la vie dans le choix du métier ; c'est notre histoire personnelle et familiale qui détermine notre vision du monde de travail et notre engagement professionnel.

Les soignants en général, se sont dévoués corps et âme à la survie de leurs patients, en oeuvrant pour l'intérêt de leurs patients et souvent au détriment de leur vie personnelle et familiale « tenter de résoudre, de réparer ce qui m'a fait souffrir dans ma propre chair, mon propre esprit ou celle ou celui d'êtres que j'ai côtoyés et aimés, peut m'occuper une vie entière. Pourquoi pas, pour autant que moi, soignant, je ne tombe pas dans une compulsion de répétition telle que je veux sauver le monde et que je finis par m'y perdre dans un effroyable épuisement professionnel »(Delbrouck,2003).

D'après Perry (1998), pour prévenir l'épuisement professionnel, l'étudiant doit passer par une formation de base qui lui permet de réfléchir sur la manière de s'engager professionnellement et les moyens déployés pour une meilleure gestion afin de pouvoir s'inscrire dans le projet social. Les stages pratiques semblent importants afin d'éviter l'épreuve du « choc de la réalité » lorsqu'il commence sa carrière professionnelle.

3. L'isolement physique et psychoaffectif du soignant

Le soignant, de par sa position dans la société et le dialogue singulier entretenu avec le patient se retrouve dans une situation particulière et ambivalente. Cette situation qui est à la fois

privilegiée et contraignante liée au secret médical qui représente un fardeau et une charge de plus pour le soignant. En effet, cette charge des secrets à porter au fil des jours a un impact affectif usant le soignant progressivement. Le patient projette consciemment et souvent inconsciemment sur lui des sentiments de toute puissance, de pouvoir sur la vie et la mort conduisant le soignant à l'isolement ; le fait de contenir les souffrances des autres le pousse à maintenir l'aspect professionnel de la relation.

L'isolement physique et psychoaffectif du soignant ainsi que le poids des responsabilités demeurent des facteurs de stress pour cette catégorie de professionnelles.

D'autres aspects inhérents à la spécificité de la profession soignante interviennent de façon directe dans l'émergence de l'épuisement professionnel :

3.1. L'idéalisation du métier et le "choc de la réalité" :

De nombreux auteurs ont mentionnés le passage obligatoire à cette phase dans les premières années de la profession où la personne passe d'une vision idéalisée du métier à une action réelle de changement sur le terrain de travail. Il semble que nul ne peut être à l'abri. Ce passage détermine aussi souvent l'adaptation ou non de la personne à son métier qui s'avère une épreuve difficile, notamment au début de la carrière professionnelle et qui peut parfois conduire au renoncement et à l'épuisement progressif. Un accueil et un bon accompagnement des nouveaux stagiaires constituent une action primordiale de prévention, être dotés de ressources et de moyens nécessaires afin de suivre un processus de professionnalisation harmonieux et pour faire face à l'épuisement professionnel.

3.2. Les enjeux du métier de relation :

Le métier de relation constitue un aspect fondamental de la profession du soignant, générateur de motivation initiale du choix du métier. En effet, il n'y aurait pas de soin sans soutien moral : écouter, soutenir, comprendre, tout ceci s'inscrit sous le terme de « relation d'aide ». Cette notion quelle que soit l'angle dans lequel elle se situe : la relation médecin-malade, soignant- soigné exige l'existence de consentement entre un sujet demandeur de soin ou d'aide et un autre qui accepte de répondre à cette demande.

Rogers définit cette relation : « relations dans lesquelles l'un au moins des deux protagonistes cherche à favoriser chez l'autre, la croissance, le développement, la maturité, un meilleur fonctionnement et une plus grande capacité d'affronter la vie ». Le rôle du soignant est d'aider quotidiennement le malade afin de maintenir et d'améliorer l'état de sa santé.

De plus, la définition de Brammer qui précise que « aider est un processus qui facilite la croissance et par lequel une personne peut en aider une autre à croître dans la direction choisie par celle-ci ». Nous constatons que la relation d'aide s'établit souvent entre deux individus dont l'un agit sur l'autre, toujours dans l'intérêt du malade.

Enfin, Travelbee perçoit cette relation comme : « un processus d'ordre expérientiel, une expérience vécue au moyen d'un dialogue significatif entre deux personnes, l'infirmière et le malade ; c'est une relation au sein de laquelle chacun est sensibilisé à l'autre et lui ouvre son cœur, son esprit et son intimité, tout en faisant preuve de compréhension empathique ». Il existe une interaction entre le malade et l'infirmier caractérisée par une compréhension mutuelle fondée sur l'empathie.

Dans ce contexte, le soignant se confronte à la perte d'un malade, réagit aux diagnostics, s'oppose parfois au fatalisme...construisant sa personnalité sur un quotidien qui est en permanente remise en cause des certitudes ce qui équivaut à porter un jugement sur lui, ses traits de sa personnalité et ses états d'être intérieurs sont des déterminants pour la sérénité et les difficultés relationnelles agissant plus ou moins efficacement sur le soignant au plan professionnel. Il faut noter que la relation d'aide constitue en soi une cause de stress qui prend une place importante dans l'histoire de l'épuisement professionnel, elle a été posée dans un cadre humain, moral et éthique mais de nos jours elle est devenue une sorte d'idéologie nouvellement apparue lors des crises sociales qui semblent affecter l'humanité et qui a suscité une solidarité particulière de la part des soignants vis-à-vis des malades.

En somme, la profession soignante tient compte de divers facteurs. Outre l'implication quasi quotidienne avec la maladie, la souffrance et la mort, le soignant est contraint de faire face aux situations exceptionnelles dont leurs répétitions seraient préjudiciables tant au plan psychologique que physique telles que les incidents traumatiques qu'ils soient des catastrophes naturelles, des accidents de la route ou autres suscitant des efforts et des charges émotionnelles importantes. Le choix de la profession et l'idéalisation du métier semblent avoir un impact sur le bien être du soignant. Effectivement, plusieurs auteurs considèrent le burn out comme un signe de mauvais choix dans la carrière. De ce fait l'individu devrait changer de carrière au lieu de se consumer dans son métier. Connaître ses faiblesses et y faire face, prendre ses responsabilités, être conscient de ses idées irrationnelles, avoir des objectifs et des espérances réalistes envers soi-même, briser l'isolement en partageant ses préoccupations avec ses collègues. Ceci afin de mettre en place une stratégie préventive visant à réduire le phénomène de l'épuisement professionnel.

XI. La prévention

Jusqu'à ce jour, il existe encore certaines difficultés concernant les efforts fournis pour contenir ce phénomène et la mise en œuvre des mesures préventives contre le burn out. Les préoccupations des scientifiques sont centrées sur les pratiques actuelles de lutte contre le burn out se traduisant de la façon suivante : faut-il changer l'individu ou changer la situation ?

Généralement, l'objectif de toute démarche consiste à minimiser les effets du burn out plutôt qu'à agir sur les stressurs. De ce fait, on parle de la prévention secondaire qui consiste à aider la personne à faire face aux stressurs par le biais de la relaxation biofeedback, la méditation, la gestion du temps ...sachant que l'action sur l'environnement et les stressurs est difficilement contrôlable par exemple : la charge de travail, les sources d'agressivité des clients, les ambiguïtés de rôles...

Ces programmes sont axés sur l'individu, ce qui détache la souffrance de l'individu du contexte dans lequel elle survient. Ils sont peu efficaces et véhiculent l'idée que la personne est responsable de son épuisement, dissimulant ainsi la part de responsabilité du système.

Quant à la prévention primaire qui s'opère avant l'apparition de l'épuisement professionnel, elle consiste à agir sur les agents stressés et à remettre en question l'environnement de travail : redéfinir les postes de travail, permettre une meilleure participation aux décisions, renforcer le support social... cette démarche qui s'avère très pertinente est loin d'être mise en œuvre, les institutions n'agissent souvent que lorsque la souffrance et les symptômes sont perceptibles. Une bonne organisation devrait favoriser un certain équilibre entre la personne et l'environnement, gérer et récompenser les performances, informer et impliquer les personnes employées sur la façon de gérer les situations stressantes.

En ce qui concerne plus spécifiquement le burn out des soignants, les recherches ouvrent un certain nombre de pistes, les professionnels de santé souffrent des conditions de travail comme la surcharge de travail des infirmiers, la diminution des dimensions humaines de la relation de soins associés à l'hospitalocentrisme (« les usines de soins » dont se plaignent nombre de patients et de soignants)... Devant cette situation, certains infirmiers s'effondrent sous la tâche tandis que d'autres n'arriveront pas à gagner leur vie, s'ajoute à cela la mauvaise répartition des rôles entre les différentes lignes de soins, la sensation de perte de contrôle des soignants (réelle ou fantasmée) ...etc.

Les aspects psychologiques du burn out s'orientent vers la dimension individuelle : la personnalité du soignant « brûlé » est mise en cause, sortir de cette impasse nécessite de le faire bousculer de son isolement matériel et psychoaffectif tout en s'appuyant sur les pratiques de

groupe et de réseau, les groupes Balint, les lieux et les moments de paroles, la culture de débriefing...

Cependant, l'importance du psychologique et du relationnel est fondamentale dans l'approche de la maladie et de la santé : informer les candidats soignants de cette dimension, l'introduire de manière juste dans la formation, récupérer sa valeur vis-à-vis de l'acte intellectuel et de la composante relationnelle dans la pratique quotidienne.

L'idéalisation de la profession du soignant est une autre cause de l'épuisement professionnel, ces soignants doivent s'éloigner de l'idée de la fonction apostolique qui les amène à s'épuiser, se débarrasser de leur fantasme de toute puissance, tant au niveau professionnel que des attentes du public. Les moyens favorisant la co-responsabilité des usagers et des professionnels doivent être pris en considération (promotion de la santé, santé communautaire, etc.).

De manière plus pratique, Freudenberger (cité par Franceschi-chaix, 1993) a décrit des mesures pouvant prévenir l'épuisement professionnel mais de façon imparfaite :

- sélection préalable des travailleurs ; en tentant de leur faire comprendre la différence qu'il existe entre les motivations réalistes et celles qui ne le sont pas. Il vaut mieux que le travailleur ressente par lui-même s'il est capable d'assumer sa tâche ;
- lorsque le travailleur exerce son métier, il est préférable d'éviter les répétitions de tâches et d'effectuer des rotations de postes ;
- le travail quotidien ne doit pas dépasser 9 heures et le rythme de travail doit être de trois semaines sur quatre ou de trois mois sur quatre, un temps d'expression auprès des collègues est important, aussi l'exercice physique est conseillé afin d'économiser les ressources émotionnelles. Si le travailleur est atteint de l'épuisement professionnel, il doit quitter son travail et reviendra quand il ira mieux. Ensuite il a ajouté d'autres conseils en 1980, la personne souffrant ou risquant de souffrir de l'épuisement professionnel doit s'interroger, s'enregistrer et prendre des notes sur son comportement et son sentiment, l'objectif étant de communiquer aussi bien avec soi-même qu'avec les autres et traiter les situations stressantes avec humour paraît être efficace.

D'après Maslach, plusieurs registres de solutions existent : les solutions internes axées sur l'individu et qui reposent sur la mise à distance du travail, le divertissement, l'accomplissement des activités physiques...et les solutions externes qui s'appuient sur l'environnement comme la réduction du nombre de patients par soignant, la diminution des heures de travail et aussi la répartition des responsabilités sans négliger le domaine de la communication interpersonnelle qui doit être revalorisé. Ce type de solutions préventives a été

appliqué presque inconsciemment par le personnel soignant en milieu psychiatrique selon une enquête menée par Pines et Maslach (cités par Franceschi-chaix, 1993). Ils ont constaté que ceux qui s'accordent une pause au cours de leur journée perçoivent les patients schizophrènes plus positivement que ceux n'ayant pas pris un temps de pause, la nuance réside dans le fait de l'éloignement réparateur ponctuel et que la mise à distance mène à la déshumanisation. Ils ont insisté sur la nécessité de faire une prévention auprès des étudiants et de les préparer au cours de leurs enseignements à savoir comment gérer le stress lorsqu'ils débiteront leur carrière professionnelle.

Pour Lauderdale (cité par Franceschi-chaix, 1993), cinq types de solutions face au burn out existent. La première est temporaire consistant en une « relâche » en brisant la routine et privilégiant les loisirs, la deuxième s'appuie sur le compromis établi entre les attentes personnelles et les conditions de travail, la troisième solution présente un changement de lieu, l'hôpital par exemple, la quatrième solution fait appel à un changement interne qu'il nomme « voyage intérieur ». Il correspond le plus souvent à une démarche psychothérapique et la cinquième solution est la plus risquée, un changement profond de la personnalité tant intérieure qu'extérieure.

La conception de Macinik (cité par Franceschi-chaix, 1993) s'appuie sur les changements de la personne qui seraient plus réalistes et non pas sur les solutions dites « externes » comme la réduction des horaires.... De ce fait il faut accepter les données du système et les comprendre pour pouvoir vivre et travailler avec. Au lieu d'adopter les stades évoqués antérieurement d'enthousiasme, de stagnation, de frustration et d'apathie, il sera préférable d'adopter alternativement « réalisme, mouvement, satisfaction, engagement ».

Enfin, Masson (cité par Franceschi-chaix, 1993) souligne que les causes de l'épuisement professionnel se retrouvent dans les facteurs inter et supra-institutionnels, et que les facteurs individuels ne suffisent pas pour expliquer le phénomène puisqu'il est multidimensionnel, la nécessité de prévenir ses conséquences doit commencer par l'analyse des facteurs institutionnels pathogènes à travers les discussions et les échanges entre les différents intervenants. Cet auteur a remarqué que les structures sensées être le lieu de travail de groupe se retrouvent très cloisonnées, ce qui gêne la communication.

En résumé, il existe trois volets selon lesquels on peut prévenir l'épuisement professionnel. Le premier consiste à améliorer les conditions de travail en agissant sur l'environnement, le deuxième à améliorer la communication et favoriser la sortie de l'isolement, le troisième à modifier la vie personnelle. Le fait d'accepter et de reconnaître l'existence de

l'épuisement professionnel soit un premier pas pour tenter de le contenir et de l'empêcher à se propager. Ce phénomène étant le résultat des interactions individuelles et institutionnelles, les mesures préventives contre ce phénomène sont très complexes.

De façon globale, nous avons vu que l'épuisement professionnel est reconnu comme un risque professionnel pour les métiers de contact comme dans le cas des infirmiers et médecins. Il n'est pas secondaire à un stress aigu mais le résultat de la répétition d'un stress chronique dans un cadre professionnel qui s'appuie sur la relation d'aide. Il faut noter aussi que les facteurs contribuant à l'apparition de l'épuisement professionnel sont multiples et que nous pouvons les rencontrer tant au niveau institutionnel qu'individuel.

Etant donné que l'épuisement professionnel résulte de la conjugaison de plusieurs facteurs individuels, environnementaux et institutionnels, la difficulté réside dans l'estimation exacte de l'ampleur du phénomène sachant qu'il altère gravement le bien être de l'individu au plan physique et psychologique tout en affectant son efficacité professionnelle.

Plusieurs stratégies semblent prometteuses pour prévenir l'épuisement professionnel, mais elles sont loin d'être mis en œuvre. Ces mesures préventives se basent beaucoup plus sur l'individu que sur l'institution dans laquelle il exerce sa profession.

En guise de conclusion, nous pouvons dire que les services des urgences sont des lieux où se conjugue l'aspect curatif et relationnel dont la rapidité et l'efficacité des soins s'avère primordiale en oeuvrant auprès des patients en détresse afin de leur prodiguer des soins adéquats.

Les infirmiers urgentistes rencontrent lors de l'exercice de leur métier des situations contraignantes provenant des conditions de travail, ils peuvent être soumis à des contraintes physiques et mentales croissantes, liées en partie à la charge de travail induite par le flux irrégulier et imprévu des usagers en déployant des efforts importants afin d'aider les victimes, ce qui laisse ces infirmiers en état d'alerte permanent, d'autre part, le contact avec la souffrance et la mort, la gestion du stress des usagers et la complexité des situations de soins viennent accentuer l'état de stress des infirmiers urgentistes. Certains auteurs (Declercq, 2001) soulignent l'aspect traumatogène des services des urgences en raison du stress généré par certains facteurs tels que la soudaineté, l'attente, le maintien en disponibilité (la charge de travail irrégulier, la durée du temps de travail qui parfois s'éternise, notamment sur le terrain), les conditions (froid, chaleur, bruit, inconfort, insécurité, fumées,...etc.). De plus, la multiplicité des interventions, la vue des cadavres, de corps mutilés, la pression des familles...etc., ce qui crée une tension psychologique chez les infirmiers urgentistes. L'implication stressantes aux situations défavorables peuvent entraîner en fin de compte à une souffrance psychique qui se manifestent soit par le stress post-traumatique ou le stress traumatique secondaire, soit par l'épuisement professionnel comme étant la phase ultime du stress professionnel affectant ainsi le bien être des soignants dont les répercussions se révèlent néfastes au plan individuel et professionnel en termes d'une baisse d'efficacité au travail et l'altération de la qualité des soins aux patients ou victimes du fait de l'augmentation des erreurs et d'accidents médicaux.

Chapitre III :

L'épuisement professionnel

À l'heure où l'on compte une proportion croissante de travailleurs souffrant de stress, mais dans une dimension culturelle où le travail occupe une place importante au plan individuel et social comme étant un lieu d'épanouissement, d'intégration et de constitution de l'identité sociale. La notion de l'épuisement professionnel en tant que nouvelle entité psychique n'entrant dans aucune catégorie diagnostique connue, s'est imposée progressivement pour élucider le lien qui existe entre le travail et la santé des individus qu'il s'agisse de la santé physique ou psychologique.

Le phénomène de l'épuisement professionnel a été constaté pour la première fois chez les professionnels impliqués émotionnellement dans une relation d'aide auprès d'autrui et notamment chez les professionnels de santé : les infirmiers et les médecins.

Cette catégorie de professionnels dont l'exercice du métier semble être compliqué, étant associé d'une part à des conditions de travail difficiles comme la demande accrue de services, le manque de moyens, le manque de soutien et de gratification...et d'une autre part aux caractéristiques personnelles de vulnérabilité liées à une vision idéaliste voire irréaliste du travail. Cette implication quotidienne pourrait devenir une source de stress et entraîner à plus ou moins long terme des troubles physiques et psychiques. Ces signes se regroupent sous le nom de « l'épuisement professionnel des soignants » ou en anglais « burn out ».

Né d'un constat de la souffrance au travail, l'épuisement professionnel prend dans le domaine de la santé une place préoccupante. Il suscite un intérêt particulier de la part des chercheurs du fait des ses conséquences nuisibles au plan physique et psychologique, ainsi qu'au plan social : les coûts sont considérables en terme d'absentéisme, de perte de productivité et de dépenses de santé.

I. Historique : naissance et émergence du concept de « burn out »

Le concept de burn out ou épuisement professionnel est relativement récent dans la psychopathologie du travail lié à une situation professionnelle difficile. Il a été massivement pris en compte dès les années 70 aux Etats-Unis.

Il va sans dire que le phénomène de «burn out» existe depuis que l'homme travaille, et qu'il a reçu diverses appellations à travers les époques. En effet, notamment en France, on retrouve des précurseurs qui ont donné des appellations sous des descriptions diverses mais assez proches de l'épuisement professionnel comme la fatigue au travail qui comprend le surmenage intellectuel (Desoille & Raynaud cités par Canoui & Mauranges, 2004), le surmenage des dirigeants (Bize & Goguelin, cités par Canoui & Mauranges, 2004), le syndrome subjectif commun de la fatigue nerveuse (Bégoïn cité par Canoui & Mauranges, 2004), et les états d'épuisement (Veil cité par Canoui & Mauranges, 2004).

En 1959, le psychiatre Veil, décrivait des « états d'épuisement professionnel » dans le Concours Médical, sous le titre «Primum non nocere» : «...chargé d'une consultation de psychiatrie du travail...Le concept d'état d'épuisement se révélait un bon outil intellectuel » pour comprendre et traiter «...des cas déconcertants qui n'entraient pas dans la nosographie classique ». Selon son avis : « L'état d'épuisement est le fruit de la rencontre d'un individu et d'une situation. L'un et l'autre sont complexes, et l'on doit se garder des simplifications abusives... ». Ces états d'épuisement sont généralement observés chez les professionnels oeuvrant dans le cadre d'une relation à l'autre, comme les soignants.

Toutefois, la paternité de ce concept est classiquement attribuée au psychanalyste et psychiatre Freudenberg, qui fut le premier à le nommer «burn out» en 1970. En effet, lors de sa pratique médicale dans les Free Clinics, structures médicales chargées de la prise en charge des toxicomanes qui se caractérisent par l'ouverture du lieu thérapeutique sur la ville, des horaires d'accueil différents des structures classiques, nécessitant une grande disponibilité des soignants, Freudenberg constatait un sentiment d'épuisement et de vide chez ces bénévoles oeuvrant dans les services sociaux, résultant de demandes excessives d'énergie ou de ressources personnelles, en les comparant à un immeuble détruit par le feu, il dira plus tard en 1980 : « je me suis rendu compte au cours de mon exercice quotidien que les gens sont parfois victimes d'incendie tout comme les immeubles ; sous l'effet de la tension produite par notre monde complexe, leurs ressources internes en viennent à se consumer comme sous l'action des flammes, ne laissant qu'un vide immense à l'intérieur, même si l'enveloppe externe semble plus ou moins intacte. ». Il utilise le concept de burn out dans le sens d'un déficit énergétique.

Le terme de « burn out syndrome » est né quasi simultanément sur les côtes Est et Ouest des Etats-Unis en tant que problème social et non pas comme problème théorique, il est devenu

un élément de la réalité sociale « par accident » grâce aux cliniciens comme Freudenberger et Maslach.

En 1975, à San Francisco, Maslach avait rencontré ce phénomène auprès des professionnels du sauvetage et des urgentistes. Elle appliqua le terme de « burn out syndrome » à des collègues ayant développé « une attitude cynique, insensible et négative » à l'égard des personnes qu'ils prenaient en charge. À cette effet, elle a élaboré en 1981 avec son équipe un instrument de mesure « le Maslach burn out inventory (MBI) » qui évalue des catégories de travailleurs engagés dans les « relations d'aide ». Les travaux de Maslach sur l'épuisement professionnel ont contribué au développement du concept de burn out et de sa reconnaissance au plan scientifique. Le MBI a été utilisé par de nombreux chercheurs afin de mesurer le burn out dans différents pays. L'intérêt pour le phénomène de l'épuisement professionnel ne cesse de s'accroître comme en témoignent les nombreux écrits et recherches empiriques publiés sur le sujet au cours des récentes décennies.

Aux Etats-Unis, Shanafelt a montré grâce au MBI la présence du burn out chez les internes de médecine. Au Japon par le travail de Kitaoka-Higaschiguchi et de son équipe qui ont permis de valider la version japonaise du MBI. A Taiwan, à l'aide de cette échelle, « l'endurance ou la persévérance » au travail des infirmières d'unités psychiatriques était associée à un plus faible burn out. En Australie, fut retrouvée une corrélation entre la morbidité psychiatrique et le burn out chez des internes de médecine de l'université de Sidney. En Espagne, Sobresques et son équipe utilisèrent le MBI pour démontrer le lien entre la satisfaction professionnelle et le burn out chez des médecins généralistes de Barcelone et en France par Truchot qui a utilisé également le MBI afin d'évaluer le burn out des médecins libéraux généralistes et spécialistes de Champagne Ardenne.

En 1981, Pines, Aronson et Kafry ont mis au point un instrument de mesure nommé le burn out measure (BM). Celui-ci évalue principalement une dimension du syndrome; l'épuisement émotionnel. Ce test est utilisé par de nombreux auteurs aussi.

Entre 1974 et 1989, il existe plus de 2500 articles publiés concernant le sujet de burn out; les deux cinquième sont consacrés aux professions d'aide et de santé, un peu plus d'un tiers aux professions d'enseignants et d'éducateurs.

Comme Schaufeli l'indique, l'histoire montre que le burn out est apparu sous deux aspects complémentaires : « en tant que problème social avec ses conséquences concrètes et en tant que champ d'études scientifiques avec sa portée théorique » (Canoui & Mauranges, 2004).

Ce phénomène est devenu très populaire, après avoir été reçu au début par la communauté scientifique de manière extrêmement soupçonneuse. Les premiers textes adressés

aux revues scientifiques furent refusés avec mention «...nous ne publions pas de pop-psychology ».

Actuellement, le concept de l'épuisement professionnel (burn out) est largement utilisé par les soignants de service à risque émotionnel élevé (cancérologie, immuno-hématologie, gériatrie, réanimation, SAMU, etc.), mais également par les bénévoles oeuvrant aux actions d'aide et d'accompagnement des sujets séropositifs et sidéens au sein d'associations.

Sur le plan scientifique, les termes « burn out », « syndrome d'épuisement professionnel des soignants » rencontrent une certaine prudence voire méfiance en milieu psychiatrique et en médecine du travail. Ce concept est issu d'une part de l'analyse de la relation d'aide, des difficultés et des enjeux qui y sont rattachés et d'une autre part de l'étude du stress professionnel et de ses effets sur l'individu et l'organisation du travail.

II. Définition de l'épuisement professionnel ou burn out

Antérieurement aux termes utilisés actuellement dans la littérature internationale, l'usure liée au travail fut retrouvée à travers des contextes différents que nous allons présenter dans ce qui suit.

1. Les principaux termes actuellement utilisés

Le phénomène de l'épuisement professionnel fut décrit sous d'autres appellations. Durant les deux guerres mondiales, on cite « la fatigue du combat » qui, sous plusieurs aspects, correspondait avec le tableau clinique du « burn out ». La neurasthénie, telle que décrite par Beard en 1869, chez les névrosés chroniques, ressemble, sous bien des points, au syndrome du « burn out ». Plus tard, le monde des affaires adoptait un terme élégant pour cerner à sa façon le phénomène du burn out ; on parle de « executive stress syndrome », qui correspond fidèlement au « syndrome du cadre stressé ». D'autres appellations sont utilisées, telles que « syndrome de démoralisation » ou « dépression occupationnelle », mais l'expression qui semble faire vraiment l'unanimité est celle de « syndrome d'épuisement professionnel ».

Actuellement le phénomène d'épuisement professionnel est décrit sous trois appellations qui peuvent varier selon la langue et la culture du pays :

1.1 Burn out syndrome :

Le terme anglais « to burn out » peut avoir plusieurs significations : échouer, s'user, devenir épuisé face à une demande d'énergie, de force et de ressources trop importantes. Il évoque une combustion totale, jusqu'à la réduction en cendres d'un objet entièrement consommé dont la conséquence est la métamorphose de la matière. Canoui précise que la métaphore

empruntée à l'industrie aérospatiale où « *burn out* » désigne " la situation d'une fusée dont l'épuisement de carburant a pour résultante la surchauffe et le risque de bris de la machine". Les travailleurs épuiseraient leur énergie jusqu'à exploser ("craquer") tels des machines.

1.2. Karoshi :

Karoshi (se prononce Kaloshi), cette expression japonaise de ce syndrome donne une connotation plus violente. « Karo » c'est la mort et « shi » désigne la fatigue au travail, donc le mot Karoshi signifie la mort par excès au travail. Ainsi, dans la culture japonaise, il semble que le syndrome d'épuisement professionnel puisse aboutir à la mort de l'individu. Le salarié possède une notion sacrificielle de soi même pour subvenir aux exigences des autres et de l'entreprise en investissant son temps et ses forces jusqu'à épuisement. La charge de travail excessive et le stress professionnel sont susceptibles de causer la mort du travailleur. Selon Canoui & Mauranges (2004) « vivre et mourir pour l'entreprise, tel pourrait être le précepte nippon tant la pression et le souci d'excellence dominant ».

1.3. Syndrome d'épuisement professionnel :

Le terme « Syndrome d'épuisement professionnel » est employé actuellement en français. Il a le défaut d'être vague et paraît englober tous les effets du travail sur l'individu. D'autres expressions sont également rencontrées : « usure professionnelle » ou « usure au travail ». Ces notions mettent l'accent sur l'évolution graduelle du syndrome.

2. Définition

Plusieurs définitions ont été proposées pour le burn out ou épuisement professionnel. Elles présentent néanmoins plusieurs constantes et éléments communs et chacune démontre un aspect particulier du syndrome. Ce concept qui est venu d'outre atlantique est né du constat d'une souffrance affectant des domaines professionnels différents et de l'observation de certaines conduites professionnelles dysharmonieuses et plus particulièrement la profession des soignants.

N'appartenant à aucune entité diagnostique, ce syndrome fait appel à des repères nouveaux, des idées nouvelles du fait qu'il va en parallèle avec une évolution sociale et une problématique existentielle propre à notre époque et aux difficultés actuelles rencontrées dans l'exercice du métier.

Freudenberger (1974) proposait une définition du burn out dont Bédard et Duquette donnent la traduction suivante : « l'épuisement professionnel est un état causé par l'utilisation excessive de son énergie et de ses ressources, qui provoque un sentiment d'avoir échoué, d'être

épuisé ou encore d'être exténué ». Il en proposera d'autres au fur et à mesure de l'évolution de sa réflexion sur ce thème.

Freudenberger nous explique que l'épuisement professionnel est comme une brûlure interne survenant chez un sujet quand il s'aperçoit que la tâche qu'il s'était fixée est impossible à accomplir. Dans l'histoire, le but du rêve américain était de faire atteindre à l'individu un niveau de vie supérieur, et pour réaliser cela, ses croyances le poussent à faire plus d'efforts qui le mènent à l'excellence, à obtenir le respect de la communauté, le prestige et une certaine sécurité. En conséquence, ces principes conduisent l'individu à l'épuisement devant des tâches insurmontables. L'épuisement professionnel se manifeste lorsqu'une personne a l'impression qu'elle n'a plus grand-chose à donner aux autres, accompagné d'une diminution graduelle des ressources énergétiques individuelles, ce qui résulte de profondes désillusions causées par un déséquilibre entre les ressources, les idéaux de l'individu et la réalité du terrain. La définition suivante de l'épuisement professionnel évoquée plus tard par Freudenberger et Richelson cités par Canoui & Mauranges, (2004) résume ce qui précède en mettant l'accent sur « l'épuisement des ressources internes de l'individu et sur la diminution de son énergie, de sa vitalité et de sa capacité à fonctionner, qui résultent d'un effort soutenu déployé par cet individu pour atteindre un but irréalisable et ce, en contexte de travail, plus particulièrement dans les professions d'aide. ». Ce phénomène touche en partie les individus qui disposent d'un esprit dynamique, un talent et un certain magnétisme. Ils se jettent de toutes leurs forces dans ce qu'ils entreprennent et s'attendent à ce que ces efforts soient récompensés à leur juste valeur. D'autre part, il touche les personnes faibles, anxieuses, non affirmatives, craignant de s'impliquer et ayant de la difficulté à mettre des limites à la relation d'aide. Ou bien il touche aussi les sujets qui sont impatients, intolérants, qui sont facilement frustrés et trouvent des difficultés à contrôler leurs pulsions hostiles et qui projettent leurs sentiments. Ces gens ont une faible estime d'eux-mêmes et ils ont un grand besoin d'être aimés. Leur recherche d'approbation stimule leur besoin d'accomplissement au sens de Maslach (cité par Marjolaine, 1991).

Au départ la notion de l'épuisement professionnel était réservée aux personnes investissant dans la relation d'aide, elle a été élargie pour contenir une grande variété d'activités professionnelles par Maslach et Jackson.

Maslach (1976) a décrit l'épuisement professionnel des professions d'aides comme « une incapacité d'adaptation de l'intervenant à un niveau de stress émotionnel continu causé par l'environnement de travail ».

On constate que le phénomène de l'épuisement professionnel tire son origine du milieu de travail, lorsque la personne s'investit dans des professions axées sur une « relation d'aide »,

en éprouvant un stress permanent dû à l'environnement de travail, elle se retrouve dans l'impuissance d'effectuer des tâches, le burn out apparaîtra en conséquence.

Selon Maslach, l'épuisement professionnel se caractérise par trois composantes: l'épuisement émotionnel et/ou physique, la productivité au travail diminuée, et la dépersonnalisation (Perte d'empathie).

En suite, l'épuisement professionnel est décrit comme un processus évolutif qui s'installera durant plusieurs années et qui sera développé par plusieurs auteurs tel que Cherniss (1981) décrivant un processus stress-tension-stratégie d'« adaptation-détachement ».

D'autres comme Edelwich et Brodsky (1980) le décrivent comme un phénomène cyclique et évolutif en quatre phases : l'enthousiasme, la stagnation, la frustration et la démoralisation.

Quelques années plus tard, en 1998, Bedard et Duquette résumant les éléments du syndrome d'épuisement professionnel dans la définition suivante : « C'est une expérience psychique négative vécue par un individu, qui est liée au stress émotionnel et chronique causé par un travail ayant pour but d'aider les gens » (Canoui & Mauranges, 2004).

Toutes ces définitions ont des points communs et des points de divergences, elles associent l'épuisement professionnel en relation avec le milieu de travail, à l'accumulation de stress au travail et admettent que l'épuisement professionnel est une expérience psychologique interne négative. La plupart d'entre elles affirment que la dimension de l'épuisement physique et psychique de l'épuisement professionnel existe, ainsi que l'émergence de sentiments négatifs envers autrui et envers soi-même, mais la symptomatologie clinique n'a rien de spécifique. Quant aux points de divergences, certains auteurs voient l'épuisement professionnel comme un état plutôt que comme un processus.

Le phénomène du burn out se constitue progressivement, même s'il semble venir subitement, il est le résultat d'un processus lent, d'une tension permanente durant plusieurs mois ou années jusqu'à l'épuisement (2 à 5 ans selon les auteurs). Il s'avère que le burn out comme le stress résulte de l'échec des stratégies d'adaptation utilisées face aux situations stressantes. La personne se retrouve dans des circonstances délicates sans échappatoire apparente.

L'épuisement professionnel est un syndrome commun à toutes les professions en tant que manifestation d'une expérience psychique négative, liée à un stress émotionnel chronique causé par un travail face auquel l'individu n'arrive plus à s'adapter.

Toutefois, il faut mentionner le risque lié à la méconnaissance de réelles pathologies psychiatriques, dépressives, anxieuses, paranoïaques, toxicomaniaques qui prendraient l'allure du burn out, et prétendraient n'être que cela. Et surtout la dépression ; Car dans sa manifestation

tant physique qu'émotionnelle, elle ressemble étrangement à l'épuisement professionnel ; mêmes symptômes, quoique, souvent, moins prononcés. Le burn out est lié au milieu de travail et ses conséquences ont un impact dans les autres sphères de la vie. La dépression affecte toutes les sphères de la vie et peut émerger de n'importe laquelle de ces sphères. La majorité des scientifiques sont en accord avec le fait que la dépression peut habituellement survenir après le burn out mais le contraire n'est pas possible (Delbrouck, 2003).

III. Symptômes et étapes d'installation du burn out

Afin d'appréhender le phénomène de l'épuisement professionnel ou burn out, il est important voire indispensable d'aborder ses signes cliniques physiques et psychologiques puis ses étapes d'installations évoquées par Edelwich et Brodsky.

1. Les symptômes du burn out

L'épuisement professionnel ou burn out est un syndrome qui se traduit par un ensemble de symptômes qui diffèrent d'un individu à un autre. Il ressemble beaucoup à la dépression, sauf qu'il est directement et uniquement lié au travail. Toutefois, si l'épuisement professionnel n'est pas traité, il peut aussi déborder sur la vie personnelle.

Selon Perry (1998), lorsque le malaise commence à s'installer, l'individu n'a plus d'énergie pour exercer son métier. Cette souffrance commence à transgresser les fonctions psychiques et physiques et même spirituelles au sens de perte de signification et de direction dans la vie. L'impact de l'épuisement professionnel se globalise en affectant même la vie quotidienne de l'individu. Au plan physique, la difficulté peut provoquer des maladies graves, des accidents du travail ou de trajet provoqués par une inattention et une lassitude croissantes. Au plan affectif, les difficultés relationnelles apparaissent, elles peuvent progressivement se teinter de violence ou de renoncement, selon la personnalité de l'individu. La lassitude altère également les facultés cognitives se traduisant par une difficulté de concentration et une mémoire de plus en plus défaillante. L'atteinte globale de l'épuisement peut remettre en question l'orientation de la vie et la croyance en son utilité. Cette vision un peu limitée est décrite en détail dans plusieurs recherches effectuées sur le sujet depuis une vingtaine d'années. Il faut cependant mettre l'accent sur la tendance chronicisée de cette souffrance.

Les symptômes du burn out sont divers. Le premier et le plus facilement identifiable est une fatigue continue, accompagnée d'épuisement mental, de déprime et de démotivation. On peut rencontrer également une baisse de l'estime de soi, un sentiment d'incompétence et de l'irritabilité. Ensuite, peuvent apparaître des troubles psychosomatiques (maux de tête, de dos, etc.).

Les signes flagrants avant-coureurs de la dépression dus au burn out sont : le sentiment d'impuissance, les problèmes de sommeil, l'inappétence physique et sexuelle, la méfiance (cynisme et sarcasmes), l'isolement (évitement des relations), la négligence des besoins personnels.

Les phases ultimes du burn out se traduisent par un retrait et un détachement émotionnel qui conduisent à une apathie généralisée : l'individu s'est totalement « consumé » ; « il ne reste que des cendres » est une image du burn out souvent citée par analogie avec une bûche qui se consume progressivement tout en restant entière.

Delbrouck (2003) précise qu'il existe toute une symptomatologie non spécifique faite de signes physiques et comportementaux. L'épuisement professionnel s'accompagne souvent de sentiments pénibles. Une perte de vitalité et sensation d'abattement apparaît en premier lieu. Par la suite, une indifférence s'installe et, si elle persiste, c'est l'ennui et le cynisme qui émergent, de même que la désorientation et la déconcentration. L'impatience et l'incapacité ressenties devant la tâche à accomplir ainsi que l'irritabilité qui en découle s'orientent alors vers l'entourage immédiat et ensuite vers les clients.

Paradoxalement, un sentiment de toute puissance envahit certains. Pour d'autres, des troubles ou des maladies physiques peuvent être les signes précurseurs de ce burn out. Une tension intérieure ou un sentiment de vide intérieur envahit la personne. Le sujet souffrant peut présenter plusieurs symptômes comme de la fatigue physique ou émotionnelle.

De ce qui précède, nous pouvons rassembler, selon des aspects divers, les différents signes avant-coureurs et symptômes du «burn out» en phase d'installation ou définitivement élaborés, soit les aspects suivants: comportementaux, somatiques, émotionnels, cognitifs.

Parmi les signes et symptômes comportementaux, on peut observer chez le soignant un désintérêt de plus en plus accentué pour son travail, une appréhension devant les responsabilités professionnelles avec évitement, retards, absences subites et non planifiées. Au travail même, le soignant peut présenter des signes évidents de relâchement vestimentaire et hygiénique, un manque de professionnalisme gênant avec, éventuellement, des signes d'abus de médicaments ou d'alcool. On peut observer également une hyper-sensibilité à la frustration, une irritabilité ; et la personne se comporte de façon hostile ou suspicieuse.

Parmi les symptômes somatiques, le sujet en voie d'épuisement présentera des signes de fatigue accompagnés de maux de ventre, céphalées, troubles musculo-squelettiques et rhume persistant. Une tension chronique, des douleurs variables, des troubles du sommeil (chacune des phases du sommeil peut être affectée). Aussi, selon ses prédispositions particulières, il peut présenter des signes et symptômes affectant l'un ou plusieurs des sous systèmes neuro-

végétatifs, tels que le système cardiovasculaire, le système digestif, le système génito-urinaire, le système cutané, etc.

Parmi les signes et symptômes de la sphère émotionnelle-affective, le soignant peut présenter de l'irritabilité, des sautes d'humeurs, de la tristesse allant même jusqu'au désespoir, avec des idées suicidaires, de l'apathie et un profond sentiment d'insatisfaction et de douleur morale. L'affect peut aussi être teinté de méfiance, de distanciation interpersonnelle, de cynisme même à l'endroit des patients chroniques démunis: ils sont considérés comme des objets, particulièrement chez les soignants. Le professionnel peut aussi exprimer son profond sentiment de frustration en blâmant les autres, l'administration, le système. Ses proches et sa famille sont aussi affectés par l'appauvrissement affectif : les relations avec le conjoint ou les amis intimes prennent une allure négative et deviennent difficiles, tendues, insatisfaisantes ; agissant aussi sur le conjoint qui passe par ses phases de désillusionnement devant le partenaire qui s'isole, le mari devient moins présent, moins aimant et moins aimable. Cette situation pourra facilement conduire à une séparation ou un divorce, si les mesures appropriées ne sont pas prises à temps.

Enfin, parmi les signes et symptômes cognitifs, le professionnel en voie d'épuisement présentera des troubles d'attention, de concentration, de mémoire et même de jugement: son fonctionnement mental est globalement diminué, ce qui se répercute directement sur son rendement professionnel. De façon plus particulière, le soignant qui vit cet état, en vient à se dévaloriser lui-même au point qu'il craint d'être plus nuisible qu'utile pour certains patients. Comme le disent si bien Figuerido et Frank (cités par Larouche, 1985), le sentiment profond d'incompétence signe le stade clinique de la démoralisation chez le professionnel épuisé.

Il faut noter également que chaque personne ne présente pas nécessairement tout les signes et les symptômes du burn out. Ils peuvent être plus ou moins aigus et à des degrés plus ou moins différents. Ces manifestations peuvent aussi varier en fonction de l'étape dans laquelle se trouve l'individu dans le processus de développement du burn out. Sachant que le burnout est l'aboutissement d'un processus plus ou moins long qui mène l'individu vers une incapacité à accomplir son travail. Ce processus qui est dynamique et très insidieux varie en intensité et comporte différentes phases de développement. Le burn out est quelque fois passager, mais qui revient de plus en plus sérieux, jusqu'à devenir chronique.

2. Les étapes d'installation

Edelwich et Brodsky (cités par Franceschi-chaix, 1993) distinguent quatre phases consécutives, aboutissant à la désillusion du burn out : l'enthousiasme, la stagnation, la frustration et l'apathie.

2.1. L'enthousiasme :

L'épuisement professionnel commence par un enthousiasme idéaliste caractérisé par des grands espoirs ; la personne imagine de hautes espérances et conçoit des attentes irréalistes face au travail, elle se surinvestit professionnellement en dépensant excessivement son énergie et son dévouement au travail. La conception idéaliste au travail vient occulter les besoins et les intérêts personnels, de même que les insatisfactions de la vie privée peuvent conduire à une glorification du travail. Cet engagement excessif se nourrit de lui-même, car plus la vie privée est négligée, plus elle se détériore. Quand le travail aura cessé d'apporter les satisfactions espérées, la personne risque de se retrouver dans une extrême vulnérabilité

Dans le cas des professionnels soignants, la personne risque une sur-identification aux patients, elle dépense excessivement son énergie qui s'avère souvent inefficace. Ce mode de vie devient comme un cercle vicieux

2.2. La stagnation :

La stagnation s'installe en suite, cette phase se caractérise par une perte graduelle de satisfaction au travail, celui-ci n'est plus considéré comme intéressant ou motivant et n'est plus le substitut de tout dans la vie. La personne continue d'exercer son métier mais elle ne parvient plus à compenser le fait que les besoins personnels (vie privée, loisirs...) ne soient pas satisfaits. Les premiers signes d'épuisement professionnel apparaissent en conséquence.

2.3. La frustration :

C'est la phase de désillusion, la personne affectée se voit « brûlée » et atteint un stade chronique, des symptômes permanents s'installent comme la fatigue, la mauvaise humeur et la déprime. La personne atteinte commence à se questionner sur la valeur de son travail : « ça sert à quoi ? Est ce que ça en vaut vraiment la peine ? », elle commence à douter d'elle-même, de son jugement et de ses capacités, les patients deviennent de plus en plus lourds à tolérer et ils sont perçus comme ingrats et ennuyeux, dans le cas du soignant, il se dévalorise de plus en plus, et ça se répercute sur la vie sociale et conjugale. Cette perturbation altère son état de santé, il tente par la suite de se traiter de manière maladroite, il utilise souvent des médicaments ou de l'alcool pour s'autotrainer (L'association médicale américaine estimait qu'environ 10% des médecins ont des problèmes d'alcool), ce qui aggrave le processus qui suit.

La personne qui est en face de cette frustration réagit de la manière suivante : soit, elle se sert de cette frustration comme une source d'énergie positive, soit, elle l'utilise comme une source d'énergie négative où elle se retire de la situation en quittant la profession.

La frustration semble un tournant important dans l'évolution du burn out ; en ratant ce tournant, la personne risque de sombrer dans l'apathie.

2.4. L'apathie :

Au cours de cette phase, la personne se sent frustrée professionnellement, elle continue de travailler pour préserver son emploi en fournissant le minimum d'efforts et de temps afin d'éviter les défis ; elle tente de se protéger de son entourage et de ce qui pourrait mettre en péril cette pseudo situation de sécurité, elle arrive en retard, manque des rendez vous, néglige des dossiers.... Cette conduite semble compenser ce mal être, mais elle s'avère inutile.

Il semble que la phase d'apathie est plus difficile à surmonter, car elle mettra du temps pour s'installer, elle disparaîtra lentement. Dans le cas où elle se prolonge, elle peut sans doute conduire à une dépression majeure classique. À cette phase, l'individu «brûlé» a besoin de soins spécialisés.

En résumé, l'épuisement professionnel ou burn out contient quatre étapes, la première est celle de l'enthousiasme idéaliste vis-à-vis du travail où la personne déploie une énergie considérable pour nourrir ses hautes espérances en se retrouvant en fin de compte usé. La deuxième est celle de la stagnation inefficace avec désinvestissement progressif en perdant tout intérêt pour le travail. Suivie par une phase dominée par le sentiment de frustration, enfin s'installe une apathie désabusée avec recherche d'une position de sécurité.

IV. Les causes de l'épuisement professionnel

Il existe de multiples causes contribuant à l'apparition de l'épuisement professionnel, nous pouvons les regrouper sous deux grandes catégories comme suit :

- Les causes extérieures reliées au travail;
- Les causes intérieures reliées à la personne.

1. Les causes extérieures reliées au travail

Plusieurs facteurs jouent un rôle important quant à l'émergence du phénomène de l'épuisement professionnel, parmi lesquels nous pouvons distinguer entre la présence de conditions négatives dans l'organisation du travail et l'absence de conditions positives dans

l'organisation du travail ; cette distinction a été faite par Pines et Kanner (cités par Larouche, 1985) permettant une analyse plus limitée des facteurs en cause.

Parmi les conditions négatives dans le travail ou dans l'organisation même du travail comme facteurs de risques, nous retrouvons inévitablement :

- une demande permanente de services, de soins, de la part des personnes atteintes de façon grave et/ou chronique, par exemple les malades mentaux, les cancéreux, les personnes âgées, les criminels dangereux, etc.; cette demande constitue un stress continu, prolongé, qui met en oeuvre les mécanismes d'adaptation du soignant et suscite des contre-transferts épuisants...
- une organisation défaillante du travail, associée avec des conflits de rôle, querelles administratives, dangers physiques, patrons autoritaires, pressions syndicales, ségrégation, poursuites judiciaires, insultes, diminution du statut social du soignant, etc.

Parmi les conditions positives manquantes, soulignons l'absence d'une clientèle gratifiante, l'absence de guérison rapide, le manque de soutien administratif pour fournir un système de valorisation efficace et un système de participation des travailleurs aux destinées de l'organisation; le manque de communication claire des objectifs choisis conjointement, etc.

2. Les causes intérieures reliées à la personne

Nous pouvons distinguer encore une fois comme facteurs intérieurs reliés à la personne menant à l'épuisement professionnel, la vulnérabilité personnelle au burn out et l'absence de ressourcement affectif et personnel adéquat.

Concernant la vulnérabilité personnelle au burn out, plusieurs études ont mentionné la personnalité typique du futur « brûlé professionnel ». Il semble que le jeune professionnel en cause (médecin par exemple) a une « vision idéaliste » de son travail, mal adapté aux dures réalités de la pratique (Dato; Freudenberger; Edelwich et Brodsky ; Pines et Kanner cités par Larouche, 1985). Il s'agit d'une forme d'idéal du moi acquise auprès de parents particulièrement exigeants pour leur enfant. Le professionnel est vulnérable au stress chronique, au burn out, à cause de son besoin excessif d'être valorisé, apprécié, aimé au travail. Concernant les soignant en général, une bonne dose de compulsivité et d'idéalisme et une sensibilité particulière à la misère humaine sont importantes dans la conception du soignant. Mais lorsque celles-ci sont poussées à l'excès, elles peuvent devenir handicapantes à une carrière professionnelle réussie et elles augmentent le risque de développer un épuisement professionnel.

Quant aux autres causes reliées à la personne, l'absence en général d'un réseau affectif et social adéquat chez le professionnel épuisé existe. En effet, le soignant en voie d'épuisement n'a pas le temps pour le repos, les loisirs et les soins corporels; il consacre peu de temps à l'affection

de ses proches, de ses enfants; il néglige de se recréer avec les amis, de prendre des vacances, etc. Comme le précisent certains auteurs (Vincent; Burrows; Halenar; Mac Bride; Meyer et Mc Cue cités par Larouche, 1985), la manière de gérer la vie privée, la vie familiale et la vie sociale, contribue de façon significative à l'épuisement ou au ressourcement de ses énergies.

Il va sans dire, que le «burn out» peut être conçu de façon partielle et incomplète comme une faillite dans la gestion des énergies personnelles...citons l'exemple d'une femme médecin qui doit gérer deux tâches, trouver un équilibre entre sa vie familiale comme épouse et mère, mais aussi comme une professionnelle et souvent administratrice du budget. Plus encore si elle est psychiatre, elle doit confronter les stress liés à la psychiatrie, aux malades chroniques qui nourrissent des attentes irréalistes.

En somme, les causes de l'épuisement professionnel trouvent leur origine dans l'interaction de plusieurs facteurs : d'une part, le contexte socio-économique actuel et organisationnel liés à la nature du travail, et d'autre part des facteurs liés aux aspects individuels dont la plupart des recherches insistent sur des variables organisationnelles.

V. Epuisement professionnel et psychopathologie du travail

Selon Dejourns (cité par Canoui & Mauranges, 2004) la psychopathologie du travail « étudie le rapport psychique de l'homme au travail », au départ, l'intérêt apporté à la psychopathologie du travail portait sur les conséquences de la profession sur la santé mentale des travailleurs et sur les conditions de la transformation éventuelle du travail. Dans un autre sens, elle tente d'analyser les interactions existant entre l'organisation et les caractéristiques du travail avec l'organisation et le fonctionnement psychique de l'individu.

Les contraintes psychiques inhérentes au travail furent décrites en terme de fatigue puis de charge psychique. Pour Dejourns (cité par Canoui & Mauranges, 2004), la souffrance causée par la charge de travail est le champ d'étude privilégié de la psychopathologie du travail. C'est dans ce domaine la qu'il faut situer le syndrome d'épuisement professionnel.

La psychopathologie du travail se trouve en interaction avec l'ergonomie, la psychologie et la sociologie du travail mais aussi avec la psychiatrie dont plusieurs modèles théoriques découlent en conséquence, de même que l'interprétation des désordres psychiques et les solutions thérapeutiques et préventives seront influencées par les conceptions de l'interaction homme-travail.

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

L'approche sociologique voit essentiellement la maladie comme une expression individuelle des conflits sociaux. Elle met en avant les classes sociales et les cultures, des rapports de pouvoir dans l'entreprise et au sein du corps social qui seront à l'origine de la pathologie psychiatrique de la personne plutôt que le travail en tant que tel. Les conditions de travail et son organisation sont les indices d'une pathologie sociale. De ce fait, la nécessité de trouver la cause et le remède de cette pathologie est importante. Comme l'écrit Dejours « cette position théorique va généralement de pair avec l'affirmation d'un lien de causalité qui va du social et du politique au pathologique » (Canoui & Mauranges, 2004).

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

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

Quant à l'approche pavlovienne, elle a mis en exergue l'existence d'un syndrome spécifique résultant d'une tâche spécifique tel les névroses des téléphonistes et des mécanographes. Les standardistes manifestent des lapsus ou actes manqués comme le « allo, j'écoute » déclenchés même en dehors de leur milieu professionnel (le déclic sonore des portillons automatiques du métropolitain). Cette approche s'applique seulement à des tâches stéréotypées causées par des automatismes de travail.

Finalement, l'approche par la théorie du stress a permis de mettre en évidence la possibilité d'inclure le travail dans une psychopathologie du travail. C'est la raison pour laquelle le stress occupe une place importante dans le cadre de la « fatigue au travail ».

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

VI. Les professions à risques pour le burn out

L'épuisement professionnel est consécutif à l'exposition à un stress permanent et prolongé. De manière générale, les sujets qui présentent un burn out sont ceux qui sont exposés à de fortes demandes mentales, émotionnelles et affectives, et s'investissent dans une responsabilité à l'égard des autres personnes, ou encore ceux qui cherchent à atteindre des objectifs insurmontables, ainsi que ceux qui oeuvrent dans des conditions de déséquilibre existant entre les tâches à accomplir et les moyens mis en œuvre, mais aussi ceux qui vivent une ambiguïté ou de conflits de rôles.

Sur le plan personnel, l'épuisement professionnel touche les personnalités ayant des idéaux de performance et de réussite ; les personnes sans autre centre d'intérêt que leur travail ; les personnes se réfugiant dans leur travail et fuyant les autres aspects de leur vie.

Pour développer ces premiers éléments, nous rappelons que le concept du « burn out » était étroitement lié à certaines professions de type « relation d'aide » ou de responsabilité envers l'autre. Ces professions ont été l'objet d'étude privilégié car elles correspondent à des exigences croissantes à un rythme accéléré.

En France, une étude menée par Estryn-Béhar (1992), révèle qu'entre 1975 et 1986 le nombre d'actes techniques infirmiers a augmenté de 129 %, le nombre de journées d'hospitalisation en secteur public a diminué de 70,5 à 57,3 millions avec un nombre d'entrées qui a progressé de 5,4 millions à 7,3 millions et en revanche les effectifs du personnel soignant ont augmenté de moins de 30 % (contre une croissance de 112 % du personnel administratif).

Le profil des activités se trouve parfois un peu modifié. Même le médecin se trouve comme par le passé sollicité par des problèmes émotionnels difficiles (la douleur, la peur, la mort...) qu'il gère avec un savoir limité et parfois incertain. En plus il doit accepter dans la relation avec son patient l'intervention d'un tiers, appartenant à une instance étatique, judiciaire ou médicale. Le soignant doit justifier ses diagnostics, éviter les erreurs et la perte d'une bonne partie de sa reconnaissance sociale (Bibeau, 1985).

Un autre exemple est celui des enseignants qui s'adaptent mal à leurs désillusions sur la valeur des diplômes auxquels ils préparent leurs élèves. Ils reçoivent de plein fouet l'angoisse

agressive de la jeunesse, sans parler du mépris de certains parents (Lebigot et Lafont cités par Franceschi-chaix, 1993).

En Angleterre, les enquêtes réalisées par Burke et Greenglass (cités par Franceschi-chaix, 1993) chez les enseignants et les directeurs d'établissements indiquent un épuisement professionnel plus élevé chez les enseignants directement en contact avec les élèves. Les facteurs en cause sont de type organisationnels (manque de moyen, classes chargées) et émotionnels (vision négative de l'école par les élèves).

Un autre corps de métier peut être affecté par le « burn out » est celui des policiers. D'après Lavallée (cités par Franceschi-chaix, 1993), les policiers exercent une profession critiquée et ne reçoivent pas l'estime des citoyens. Leur travail est difficile, parfois dangereux physiquement, le policier élabore le plus souvent des défenses rigides qui entraînent des conflits personnels et même familiaux.

Les conditions psychologiques et sociales (menaces, manque d'estime, perte d'idéal ...) concourent à l'épuisement (mis en évidence par les enquêtes de Burke et Deszca, 1986, au moyen du M.B.I. et la grille de Cherniss).

La population des sapeurs pompiers présente aussi un risque d'épuisement professionnel, elle subit en permanence des taux élevés de stress du fait de la nature et les obligations du métier se traduisant par l'intervention auprès des personnes en détresse. Une étude menée par Ouchéne (2004 ; 2006) par le biais du MBI auprès des éléments de sapeurs pompiers de la wilaya de Constantine a révélé la présence du phénomène de l'épuisement professionnel avec un taux d'épuisement émotionnel de 49,88% sur l'ensemble de la population d'enquête. Vient en deuxième position la baisse de l'accomplissement personnel de 32,97% et enfin la déshumanisation de la relation à autrui avec un taux de 12,48%.

Les professions « d'aide » exigent aux individus de préserver en permanence une image idéalisée d'eux-mêmes dans des conditions de plus en plus difficiles.

D'autres professions épuisent aussi mais ils sont retrouvés de façon plus rare dans la littérature. Nous pouvons en reconnaître deux groupes :

- professions où il existe une position de dépendance face à une instance « mystérieuse et omnipotente » par exemple l'état ou l'entreprise (Lebigot et Lafont cités par Franceschi-chaix, 1993). Les exécutants lointains qui servent ces instances n'en reçoivent pas ou si peu l'aura et le prestige. Il s'agit souvent de tâches répétitives et monotones : ouvriers spécialisés, téléphonistes, employés travaillant dans les grandes administrations ;

- le deuxième groupe concerne les professions qui ne tiennent pas compte des rythmes biologiques (travail posté ou de nuit) ou qui présentent des nuisances. Ce type de métier n'a pas

éveillé d'intérêt particulier chez les auteurs s'intéressant au « burn out ». Il reste le domaine de l'ergonomie et de la médecine du travail.

Les ouvrages américains de Freudenberger et Pines, Aronson et Kafry accordent une place certaine au « burn out » des cadres et des « yuppies », professions envahies de stress et de compétition et les professionnels sont largement menacés dans leur santé mentale. Un article récent de Lee et al. (Cités par Franceschi-chaix, 1993), décrit un « syndrome de fatigue chronique » auquel il a été attribué des morts subites de cadres japonais.

Antérieurement à l'épuisement professionnel qui a été constaté exclusivement chez les sujets oeuvrant dans le cadre de la relation d'aide et en particulier le personnel de santé. A cette vision l'évolution des recherches prend en compte d'autres professions : les enseignants, les policiers, les sapeurs-pompiers..., bien que les études se penchent principalement sur les professions impliquant un contact intense avec autrui (médecin, infirmiers...etc.).

VII. Psychopathologie et approches du burn out

Les approches psychopathologiques concernant le « burn out » se sont faites selon deux axes : cognitivo comportemental et psychanalytique.

1. Les approches cognitivo-comportementalistes

Maslach a mis en évidence un lien conceptuel entre le « burn out » et le stress. En effet le burn out apparaît « comme résultant des effets cumulatifs du stress dans l'environnement de travail » ou comme « un drainage émotionnel du stress chronique » (Maslach et Jackson cités par Franceschi-chaix, 1993).

Dans une optique comportementaliste et d'après Maslach, on doit chercher les causes du burn out dans les conditions propres du travail (conflits et ambiguïtés de rôles, surcharge qualitative) et non pas dans les caractéristiques individuelles. C'est à travers les modes de réponses du sujet au stress qu'on peut aborder son fonctionnement. Elle ne se limite pas au modèle réducteur initial où seul le milieu extérieur établit les réactions de l'individu. Cette hostilité pour le mentalisme et l'introspection est l'une des caractéristiques des premières théories comportementales.

Actuellement, les conceptions environmentalistes ont évolué, en s'orientant vers l'interaction entre l'environnement et la personne. C'est l'approche cognitive présentée par Cottraux (cité par Franceschi-chaix, 1993). Ce modèle fonctionne selon les théories de l'apprentissage avec imitation, attente d'efficacité et de résultats (rôle des renforcements), observation visuelle, comportement, autorégulation et liberté.

La psychologie cognitive élargit le champ d'action du comportementalisme en étudiant les processus mentaux les plus composés, conscients et inconscients qui assurent à l'individu une adaptation aux stimuli internes et externes. Franceschi-Chaix (1993) donne l'exemple de Meier qui démontre cet aspect par différentes questions mentalisées et qui concernent :

- Des attentes quant aux renforcements : « ce que je fais correspond-il à mes buts? » ;
- Des attentes quant aux résultats : « est-ce que je sais ce qu'il faut faire pour obtenir des résultats? » ;
- Des attentes quant à l'efficacité : « suis-je capable de faire ce qu'il faut pour parvenir à ces résultats ? ».

Tous ces paramètres peuvent être générateurs d'un burn out en milieu professionnel. De même, l'étude de Estryn-Béhar sur le travail des soignants en milieu hospitalier a montré ces dysfonctionnements comportementaux. Son intérêt porte généralement sur le contenu de la tâche et les sources de stress spécifique du métier d'infirmière afin de tirer des priorités d'une politique d'amélioration des conditions de travail. Après une enquête menée auprès de 1500 infirmières de l'Assistance Publique des hôpitaux de Paris, cette auteur a sélectionné 45 infirmières qui ont participé à des entretiens semi-directifs (Debray et al ; 1988, Estryn-Béhar ; 1992). Elle a constaté que 82% des infirmières éprouvent des sentiments négatifs par rapport à 8,5% manifestant des sentiments positifs. Les sentiments négatifs qui apparaissent fréquemment sont la fatigue, « l'includence », la solitude, la technicité et la désorganisation.

« L'includence » pour Estryn-Béhar constitue une composante essentielle. Empruntée à Tellenbach qui a parlé de la « constellation d'includence » qui désigne une organisation psychique caractérisant le plus souvent un patient unipolaire dépressif qui va s'enfermer dans des limites exigeantes pour réaliser ses activités, ces limites créant à leur tour des contraintes dans la réalisation de ses tâches (Olie et Petit Jean cités par Franceschi-Chaix, 1993). Pour Estryn-Béhar ce terme désigne « une situation qui paraît acquise, durable, sans possibilité d'y échapper ». Cette situation est vécue par les infirmières qui se retrouvent « déborder par leur travail à la fois dans le sens de la masse des tâches à accomplir et dans la perspective d'un temps insuffisant pour les réaliser ». Ces difficultés psychologiques enregistrées par l'auteur sont dues au stress en rapprochant ces observations du processus de burn out. Ce dernier selon cet auteur résulte d'une « impuissance apprise » du fait du manque de gratification et de récompense.

La notion de l'impuissance apprise est décrite par Seligman en 1967 (cité par Franceschi-Chaix, 1993) selon laquelle le sujet a pris conscience que ses actions ne menaient à rien devant une situation désagréable précise, mais qui persiste malgré la mise en oeuvre de tous ses moyens d'adaptation. C'est le cas des infirmières oeuvrant pour elles-mêmes dans la solitude et la

responsabilité, ce qui accroît leur fatigue. En plus, le manque de communication dans un système fermé et routinier dans les services de soins agit comme un renforcement négatif d'un sentiment de dévalorisation chronique.

2. Les approches psychanalytiques

Notons que l'épuisement professionnel résulte du stress lié à des contraintes de travail et qui trouve son origine dans le conflit entre la réalité et la recherche d'un idéal. L'engagement déployé par l'individu pour atteindre son idéal est considéré comme un troisième facteur qui intervient dans cette situation conflictuelle. Cet idéal renvoie à un but que le sujet s'est fixé ou qui a été imposé par les valeurs de la société.

Selon Freudenberger, l'individu peut présenter « un engagement non mature », un engagement excessif de type fusionnel dont l'effet se situe dans les ressources émotionnelles et qui mènera à court et à long terme à leur épuisement.

Une fois l'idéal atteint (ou semble être atteint), la confrontation entre la réalité et sa représentation psychique initiale peut conduire l'individu à une frustration importante. De ce fait le « vide intérieur » résulte selon cet auteur soit de l'engagement excessif avec épuisement des ressources, soit du désaccord entre l'idéal et la réalité sensée le concrétiser.

Les théories de Freudenberger insistent sur la responsabilité de la société comme générateur du burn out et non pas sur la personnalité des sujets exposés au « burn out ». Dans ce contexte il écrit : « le tableau est davantage le résultat d'un malaise récent que d'un traumatisme provoqué dans l'enfance. Pendant des années ces personnes ont une vie positive » ou d'une autre manière : « ce qui leur arrive ne peut uniquement émaner d'eux, une grande partie du problème est sûrement attribuable à des facteurs extérieurs » comme dans le cas du rêve Américain ou le culte du héros conduisant l'individu à penser que la récompense sera plus grande si l'on devient différent de ce que l'on est réellement, ou encore la pression subie ultérieurement par le sujet et qui va constituer le facteur déclenchant ou précipitant d'un épuisement.

D'une part, Freudenberger donne beaucoup d'importance aux facteurs extérieurs contribuant au déclenchement de l'épuisement professionnel et d'autre part sa position n'est pas aussi claire sur le rôle de la personnalité de l'individu.

Fontaine (cité par Franceschi-Chaix, 1993) dans sa conception qui est proche de celle de Freudenberger a illustré le modèle « type » de l'épuisement chez les soignants et plus particulièrement chez les infirmières. Elle montre que ce métier présente un risque d'épuisement professionnel à cause de l'inégalité de l'échange dans la relation infirmière-malade d'une part et

son dévouement et son engagement dans le travail d'une autre part, elle oeuvre auprès des personnes souffrantes qui sont parfois non reconnaissantes.

Toute cette énergie initiale est accrue par les conditions de travail moins propices (manque d'effectifs, de moyens techniques) ou encore les spécificités des soins qui sont gérés difficilement (soins intensifs, urgences, oncologie, pédiatrie..).

Au début de la carrière professionnelle, l'infirmière possède des motivations très élevées mais qui vont buter rapidement contre la réalité avec un sentiment d'impuissance et d'échec. Ce sentiment ne va pas de soi avec les premières valeurs attribuées au soin. Ce qui génère un sentiment de honte suivi par un sentiment d'évitement. En plus, elle pense que probablement ce sont les patients qui sont responsables de ce malaise et que ce n'est pas à elle seule que revient la responsabilité.

Cette projection permet de tirer du psychisme une pensée conflictuelle. L'infirmière déploie plus d'efforts malgré cette situation conflictuelle, mêlée de surmenage, de patients peu reconnaissants, et encore la souffrance et la mort que rencontre quasi régulièrement cette catégorie de professionnels. Une baisse de la dépense psychique se traduisant par la perte de force et d'énergie, quelques mises à distances, même les loisirs ne peuvent pas réparer le processus en cours.

Fischer (cité par Franceschi-Chaix, 1993), s'est orienté vers l'étude du burn out et a voulu faire la distinction entre deux situations confusionnelles. D'une part, celle dont la personne se retrouvant en face de conditions de travail défavorables et présentant une perte de l'estime de soi avec usure et lassitude (worn-out) mais étant capable de demander de l'aide et dire « qu'elle n'en peut plus ». D'autre part, la personne atteinte de burn out a un fonctionnement différent : elle va instaurer une lutte épuisante afin de maintenir l'illusion et l'espoir qui correspondent aux critères d'un idéal qu'elle s'est fixée. Cette lutte permanente, nécessaire pour préserver une estime de soi suffisante équivaut à un déni de la réalité qui conserve illusoirement une complétude narcissique.

Quelques que soient les approches traitées, d'orientation cognitivo-comportementale ou psychanalytique, l'élaboration de la personnalité semble être un élément primordial dans la façon où le sujet va pouvoir aborder les étapes de sa vie et de son travail.

3. Approche psycho-dynamique du burn out

Cette approche prend en considération la confrontation à la mort comme cause plausible quant à l'émergence de l'épuisement professionnel chez les soignants. La plupart des auteurs sont unanimes sur l'idée que la mort des patients est une perte occasionnant un deuil. Millerd

(1977) et Shanfield (1981) définissent les soignants comme étant les survivants de deuils multiples. Millerd compare les soignants aux rescapés de camps de concentration ayant présenté un « syndrome du survivant » qui décrit leur extrême proximité avec l'expérience de la mort.

Selon cet auteur, les soignants possèdent alors le sentiment de vivre au prix de la vie de quelqu'un d'autre. L'anxiété les pousse à se tenir en retrait de ce qui les effraie, ils essayent de lutter contre la peur en réduisant leurs capacités à penser et à ressentir (Millerd et Shanfield, in Goldenberg, 1988).

Plus tard, Machavoine (1990) donne un autre éclairage sur les causes qui sont susceptibles de conduire le soignant à l'état d'épuisement professionnel. Il montre que l'accumulation de rencontres avec la mort pourrait conduire jusqu'à l'annihilation de la capacité de représentation des choses possibles, empêchant ainsi toute anticipation protectrice contre les traumatismes ou bien perturbant gravement les possibilités d'élaboration des deuils et ainsi de suite, parfois jusqu'à l'épuisement.

En s'appuyant sur la théorie psychanalytique des névroses traumatiques et d'après les travaux de Barrois (1988), Machavoine souligne que si les décès ne constituent pas les accidents brutaux et soudains classiquement générateurs de l'effroi, l'accumulation de ces situations traumatiques entraînerait une « érosion » pouvant conduire à une déchirure de l'enveloppe narcissique (cela pourrait être aggravé par la rupture d'avec l'idéal d'une médecine toute puissante).

La notion de « trauma cumulatif » tient compte de ce que subissent parfois les soignants. Par le jeu des identifications aux malades, il y aurait une rencontre avec sa propre mort. Ainsi, la perte de l'autre ferait apparaître la perte de soi. Enfin une quête de régression fusionnelle fréquemment rencontrée chez les mourants est évoquée. Celle-ci réactiverait chez le soignant des angoisses archaïques, telles qu'être dévoré ou entraîné dans la mort. Cela expliquerait des réactions de rejet faites par souci d'autoconservation.

Donc, les différentes approches de l'épuisement professionnel peuvent donner un élément nouveau expliquant l'émergence de ce phénomène, en s'appuyant généralement sur la notion de stress. Les approches cognitivo-comportementalistes mettent en exergue le burn out comme résultante des conditions de travail où l'environnement et la personne s'interagissent mettant en œuvre des processus mentaux complexes en vue d'une adaptation aux stimuli externes. Les approches psychanalytiques mettent un lien entre le burn out et la responsabilité de la société de même que l'écart entre l'idéal de la profession et la réalité dans laquelle les individus sont impliqués. Enfin, l'approche psycho-dynamique admet que l'épuisement professionnel est

éventuellement la conséquence de l'accumulation des incidents traumatiques : vivre des deuils multiples dus à la confrontation à la mort.

VIII. Épuisement professionnel et stress

Les auteurs tels que Bibeau, Crombez, Scarfone, Jackson et d'autres ont reproché la trop grande ressemblance du burn out avec le concept de stress du fait que le premier inclue le second dans la plupart des définitions. Nous allons donner quelques exemples, Pines et Maslach (1978) admettent que le burn out est « l'aboutissement d'un stress chronique », Cherniss (cité par Bibeau, 1985) le décrit comme « retrait psychologique par rapport au travail en réaction à un stress excessif », ainsi que Farber (cité par Bibeau, 1985) le conçoit comme « une étape finale dans une progression de vaines tentatives pour affronter une variété de conditions stressantes perçues comme négatives ».

Nous pouvons dire alors que le burn out est le stade ultime du stress professionnel, car les facteurs psychosociaux de stress tirent leur origine de l'environnement de travail ; l'état de stress est le résultat de l'interférence entre les agents stressants et les tentatives de l'individu à y faire face. La distinction entre le burn out et le stress semble délicate en termes de symptômes, mais par contre la possibilité de les différencier en termes de processus réside au niveau du défilement des stades qui doivent apparaître. En évidence, l'épuisement professionnel est un phénomène long et évolutif, il s'installe après des expositions à des stress professionnels prolongés. En revanche, il n'est pas consécutif à un événement aigu.

Les points distinctifs du burn out proviennent d'une part des particularités des tâches et de l'environnement professionnel du sujet atteint de burn out et d'autre part de l'impact de ce dernier sur les personnes censées être aidées ; telles que les soignants qui sont soumis dans leur pratique quotidienne à de multitudes de facteurs stressants qui les poussent parfois à réagir de façon violente, alors que ce sont les petits débordements qui à la longue sont susceptibles de constituer le burn out.

D'autres points peuvent être abordés quant à l'existence des différences entre le stress et le burn out. Ces deux concepts qui ont été mentionnés dans la littérature internationale sont compliqués par définition. Cox (cité par Schaufeli, 1993 ; Schaufeli & coll, 1993 ; Schaufeli & Enzmann, 1998) souligne que le concept de stress est vague parce qu'il est mal défini. Car il est utilisé fréquemment par la plupart des individus. Le stress affecte tous les domaines de la vie quotidienne, alors que le burn out est spécifiquement liés en milieu de travail.

Le facteur de temps constitue un autre élément qui différencie le stress du burn out. Ceci dit, le stress est une tension passagère, tandis que le burn out qui se définit par l'épuisement des

ressources est un processus à long terme du à une forme particulière de stress prolongé en milieu de travail.

Selon Brill (cité par Schaufeli, 1993 ; Schaufeli & coll, 1993 ; Schaufeli & Enzmann, 1998), le stress renvoie à un processus d'adaptation temporaire, accompagné de symptômes mentaux et physiques. Alors que le burn out se réfère à un échec des stratégies d'adaptation au milieu de travail accompagné de troubles chroniques, Ce qui suggère aussi que le concept de stress et de burn out peut exclusivement être distingué rétrospectivement quand l'adaptation se fait avec succès (le stress professionnel) ou bien lorsqu'on aboutit à un échec de l'adaptation (burn out).

Chacun peut éprouver un stress, or le burn out peut être exclusivement ressenti par les personnes qui débutent leur carrière professionnelle avec enthousiasme et hautes espérances.....etc.

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

Donc, les individus ne sont pas égaux face au stress, chacun peut avoir une sensibilité plus ou moins grande à un stressor, qui le rend plus vulnérable dans une situation donnée. Cette sensibilité au stress peut changer au cours de notre existence. Des situations que nous pouvons endurer à une époque grâce aux motivations personnelles peuvent ne pas l'être plus tard. A travers ce contexte qu'on peut comprendre le phénomène de l'épuisement professionnel.

IX. Burn out et profession de santé

Le terme de burn out est devenu l'intérêt commun des soignants des services à haut risque émotionnel comme le cas des services de pédiatrie, de cancérologie, d'immuno-hématologie, de réanimation et aussi de médecine d'urgence.

En pédiatrie la confrontation à l'idée de la mort de l'enfant paraît insupportable pour le soignant, cet enfant étant choyé et signe de bonheur. Une mort violente et inattendue présente une situation dramatique difficile à gérer de la part des parents qui sont souvent jeunes et démunis devant une perte injuste et inattendue, ainsi que de la part du soignant. Le choc émotionnel est d'autant plus important que la logique d'identification à son propre enfant se voit renforcée (« et si c'était le mien ! »). Ce qui laisse le soignant en état d'impuissance totale. Aussi l'inefficacité soudaine des technologies nouvelles et les motivations professionnelles sont mises en cause, s'ajoute l'incompétence de certains professionnels, les conflits d'équipe...

Le service de réanimation adulte et pédiatrique, de par la nature des conditions de travail est un lieu stressant aussi bien pour le soignant, que pour la famille et le malade, le bruit des machines, les intubations, les lumières allumées en permanence.... font accroître le stress du patient et de la famille, soumettant le soignant à un rôle protecteur renforcé.

L'image de la mort est différente dans les services des maladies infectieuses. L'apparition des maladies graves telles que le Sida a poussé ces services à faire preuve d'une adaptabilité nouvelle face aux malades plus ou moins bien tolérés. Avoir le sida par toxicomanie ou par transfusion sanguine crée souvent des attitudes de réconfort ou de compréhensions variables. L'accroissement des malades a conduit la création d'unités nouvelles de soins spécialisés et exclusifs, avec un personnel recruté sur la base de cette organisation. L'exclusion en dehors du malade en commun, renvoie à la forme la plus archaïque de la peur et tend à alimenter l'angoisse de mort plus qu'à se protéger...

Le service des soins palliatifs est un lieu spécialisé dans la prise en charge des malades en fin de vie, où ils passent d'un statut de patient à celui de mourant. Les fortes images de souffrances et l'intensité des émotions font partie du quotidien du soignant, ainsi que la confrontation avec la maladie et la mort font naître un sentiment de peur lié au contact permanent avec les « humeurs » du corps « synonymes d'impuretés et potentiellement porteurs d'une contagion diffuse » (Véga cité par Castra, 2004). La proximité de la mort est perçue comme une menace pour l'intégrité physique pouvant aller jusqu'à la recherche de symptômes (identiques à ceux des patients) sur son corps. Ainsi comme le remarque Elias (cité par Castra, 2004) : « il se peut aussi que les vivants ressentent plus ou moins inconsciemment l'agonie et la mort comme contagieuses, et donc comme une menace, ils ont alors un recul involontaire devant les mourants ». Cette réelle difficulté persiste et parfois même s'accroît menant ainsi à l'épuisement professionnel.

Quant au service des urgences, le rythme de travail engendre un cumul de stress qui conduit parfois à l'épuisement professionnel. Les soignants travaillant dans des situations de crise dont la gestion exige une adaptabilité maximale du fait de la complexité et la polyvalence de soins, tout ceci face aux aspects émotifs et curatifs dans une relation qui demeure éphémère. Le taux de "turn over" et d'absentéisme est considéré comme relativement élevé dans ce type de service.

Ainsi, selon Bernard et Creux (2003), l'exercice au sein de ces unités en relation permanente avec la maladie grave, l'handicap et la mort, au prise directe avec la souffrance, mènent les soignants à s'interroger sur le sens de leur fonction et de leurs missions. Plus qu'ailleurs ils s'interrogent sur le sens de leur propre existence. Ils ajoutent que cette

confrontation à la souffrance et la mort peut engendrer un stress dont la répétition peut provoquer un épuisement professionnel.

Une étude effectuée au Maroc en 2000 par Agoub et coll, a mis en évidence le développement du syndrome de burn out surtout chez les individus travaillant en contact direct avec des patients en difficultés, nécessitant une assistance, un soutien et des soins. Ces auteurs soulignent que ces soignants sont soumis à un stress permanent ce qui constitue un potentiel générateur de l'épuisement professionnel.

Nous constatons dans la littérature que la fréquence de l'épuisement professionnel indique l'importance de ce phénomène. D'après Canoui & Mauranges (2004), 25 à 40% des soignants sont affectés par l'épuisement professionnel. De même que l'étude de Rodary et coll montrent que 25% des infirmiers d'hôpitaux généraux, tous services confondus, souffrent dans leur travail et que un sur deux aurait l'envie de quitter leur poste.

Toutefois, il faut mentionner qu'au-delà des particularités de certains services évoqués ci-dessus favorisant l'apparition l'épuisement professionnel, d'autres obstacles s'imposent aux soignants et contribuent à l'accroissement de leur souffrance, subissant des périodes de crise et de découragement, des problèmes de communication qui les pousse à se réajuster en permanence au plan psychologique et organisationnel. La pression mentale et physique ainsi que les contraintes du métier les obligent à mettre en œuvre des stratégies d'adaptation qui les aident à retrouver un certain équilibre.

Nous constatons que les professionnels de santé affrontent dans l'exercice de leur métier des situations de stress qui sont liées au type de service dans lequel ils travaillent. Ce stress provient en partie des conditions de travail ainsi que la charge émotionnelle générées par le contact quotidien avec la maladie, la souffrance et la mort contribuant à l'émergence de l'épuisement professionnel chez les soignants.

X. Un burn out spécifique du soignant

Dans ce que nous avons évoqué antérieurement, il semble que le phénomène de l'épuisement professionnel touche principalement les professions de type « relation d'aide », ceux qui sont soumis à de fortes sollicitations mentales, émotionnelles et affectives, et qui s'investissent dans une responsabilité vis-à-vis des autres. Les soignants et notamment les infirmiers suscitent un intérêt particulier du fait des particularités du métier qu'ils accomplissent tant au plan relationnel que professionnel

Selon Delbrouck (2003), il existe des failles qui semblent expliquer les causes du burn out spécifique du soignant ou son cristal (selon Freud, le noyau de chaque individu représenté par un cristal, il est susceptible de se briser selon certaines axes ou failles propres à chacun) peut se briser nous en citons trois :

1. L'impact et la répétition des traumatismes rencontrés en clientèle, la spécificité du métier de soignants

Dans ce contexte, Delbrouck (2003) souligne l'importance de la répétition des traumatismes et leur répercussion psychologique et émotionnelle sur les soignants. Des situations d'urgences rencontrées par les soignants urgentistes, chirurgiens, réanimateurs...pourraient ébranler le plus résistant des professionnels.

Dans sa pratique quotidienne, le soignant rencontre des affects importants qui agissent doublement sur sa personnalité. Le vécu de l'autre souffrant et l'identification projective (mécanisme de défense consistant à identifier inconsciemment un affect ou un comportement et à le projeter toujours inconsciemment chez l'autre, en le manipulant de telle sorte qu'il adopte celui-ci et vérifie ainsi sa thèse de départ), il est impliqué dans son propre vécu d'être humain (et si j'avais la même maladie, et si je mourrais, et si cela arrivait à mon enfant, à mes parents...).

Ainsi, l'accompagnement des personnalités peu structurées sinon pas structurées du tout, les fortes demandes et les multiples problèmes provoqués par les patients amènent le soignant à faire des efforts pour trouver un équilibre psychique et physique. Il se retrouve projeté malgré lui face à plusieurs questions d'ordre métaphysique, éthique, moral, psychologique, émotionnel, qu'il n'aurait pas rencontrées s'il avait choisi une autre profession.

En outre, la problématique de la mort, de la maladie, de la souffrance, de l'injustice, des pulsions interdites refoulées (incestes, viols, malformations génétiques, pulsions de meurtres, sexualité, toxicomanies,...) devient répétitive et prégnante au cours des consultations quotidiennes. La répétition de ces situations et l'effet de ces micro-traumatismes émotionnels consomment le soignant plus profondément, et notamment s'il n'a pas d'espace de parole où se dire à d'autres collègues.

2. La question du choix de la profession soignante

Le choix de la profession paraît être l'une des failles rencontrée dans la profession soignante. D'après Perry (1998), l'épuisement professionnel est intimement lié à trois aspects, ceux de l'engagement professionnel, notre implication et nos capacités de distanciation. Ses

origines remontent à l'enfance, au moment où l'individu a constitué sa perception de la société, des questions sur la vie et le désir de vouloir agir efficacement.

Delbrouck tient compte des expériences vécues au cours de la vie humaine, ce soignant qui a été confronté depuis son jeune âge à la problématique de la maladie et les soins, ce qui agit sur sa personnalité et la manière de soigner ses patients. Sa personnalité et ses choix professionnels semblent représenter à la fois une faille qui le rend plus sensible par apport à son confrère vis à vis des mêmes questions, notamment par le souci du mode de réponse à y apporter.

D'après l'étude de Gaujelac intitulée « les névroses de classe », Perry (1998) souligne l'influence du milieu d'origine et les expériences de la vie dans le choix du métier ; c'est notre histoire personnelle et familiale qui détermine notre vision du monde de travail et notre engagement professionnel.

Les soignants en général, se sont dévoués corps et âme à la survie de leurs patients, en oeuvrant pour l'intérêt de leurs patients et souvent au détriment de leur vie personnelle et familiale « tenter de résoudre, de réparer ce qui m'a fait souffrir dans ma propre chair, mon propre esprit ou celle ou celui d'êtres que j'ai côtoyés et aimés, peut m'occuper une vie entière. Pourquoi pas, pour autant que moi, soignant, je ne tombe pas dans une compulsion de répétition telle que je veux sauver le monde et que je finis par m'y perdre dans un effroyable épuisement professionnel »(Delbrouck,2003).

D'après Perry (1998), pour prévenir l'épuisement professionnel, l'étudiant doit passer par une formation de base qui lui permet de réfléchir sur la manière de s'engager professionnellement et les moyens déployés pour une meilleure gestion afin de pouvoir s'inscrire dans le projet social. Les stages pratiques semblent importants afin d'éviter l'épreuve du « choc de la réalité » lorsqu'il commence sa carrière professionnelle.

3. L'isolement physique et psychoaffectif du soignant

Le soignant, de par sa position dans la société et le dialogue singulier entretenu avec le patient se retrouve dans une situation particulière et ambivalente. Cette situation qui est à la fois privilégiée et contraignante liée au secret médical qui représente un fardeau et une charge de plus pour le soignant. En effet, cette charge des secrets à porter au fil des jours a un impact affectif usant le soignant progressivement. Le patient projette consciemment et souvent inconsciemment sur lui des sentiments de toute puissance, de pouvoir sur la vie et la mort conduisant le soignant à l'isolement ; le fait de contenir les souffrances des autres le pousse à maintenir l'aspect professionnel de la relation.

L'isolement physique et psychoaffectif du soignant ainsi que le poids des responsabilités demeurent des facteurs de stress pour cette catégorie de professionnelles.

D'autres aspects inhérents à la spécificité de la profession soignante interviennent de façon directe dans l'émergence de l'épuisement professionnel :

3.1. L'idéalisation du métier et le "choc de la réalité" :

De nombreux auteurs ont mentionnés le passage obligatoire à cette phase dans les premières années de la profession où la personne passe d'une vision idéalisée du métier à une action réelle de changement sur le terrain de travail. Il semble que nul ne peut être à l'abri. Ce passage détermine aussi souvent l'adaptation ou non de la personne à son métier qui s'avère une épreuve difficile, notamment au début de la carrière professionnelle et qui peut parfois conduire au renoncement et à l'épuisement progressif. Un accueil et un bon accompagnement des nouveaux stagiaires constituent une action primordiale de prévention, être dotés de ressources et de moyens nécessaires afin de suivre un processus de professionnalisation harmonieux et pour faire face à l'épuisement professionnel.

3.2. Les enjeux du métier de relation :

Le métier de relation constitue un aspect fondamental de la profession du soignant, générateur de motivation initiale du choix du métier. En effet, il n'y aurait pas de soin sans soutien moral : écouter, soutenir, comprendre, tout ceci s'inscrit sous le terme de « relation d'aide ». Cette notion quelle que soit l'angle dans lequel elle se situe : la relation médecin-malade, soignant-soigné exige l'existence de consentement entre un sujet demandeur de soin ou d'aide et un autre qui accepte de répondre à cette demande.

Rogers définit cette relation : « relations dans lesquelles l'un au moins des deux protagonistes cherche à favoriser chez l'autre, la croissance, le développement, la maturité, un meilleur fonctionnement et une plus grande capacité d'affronter la vie ». Le rôle du soignant est d'aider quotidiennement le malade afin de maintenir et d'améliorer l'état de sa santé.

De plus, la définition de Brammer qui précise que « aider est un processus qui facilite la croissance et par lequel une personne peut en aider une autre à croître dans la direction choisie par celle-ci ». Nous constatons que la relation d'aide s'établit souvent entre deux individus dont l'un agit sur l'autre, toujours dans l'intérêt du malade.

Enfin, Travelbee perçoit cette relation comme : « un processus d'ordre expérientiel, une expérience vécue au moyen d'un dialogue significatif entre deux personnes, l'infirmière et le

malade ; c'est une relation au sein de laquelle chacun est sensibilisé à l'autre et lui ouvre son cœur, son esprit et son intimité, tout en faisant preuve de compréhension empathique ». Il existe une interaction entre le malade et l'infirmier caractérisée par une compréhension mutuelle fondée sur l'empathie.

Dans ce contexte, le soignant se confronte à la perte d'un malade, réagit aux diagnostics, s'oppose parfois au fatalisme...construisant sa personnalité sur un quotidien qui est en permanente remise en cause des certitudes ce qui équivaut à porter un jugement sur lui, ses traits de sa personnalité et ses états d'être intérieurs sont des déterminants pour la sérénité et les difficultés relationnelles agissant plus ou moins efficacement sur le soignant au plan professionnel. Il faut noter que la relation d'aide constitue en soi une cause de stress qui prend une place importante dans l'histoire de l'épuisement professionnel, elle a été posée dans un cadre humain, moral et éthique mais de nos jours elle est devenue une sorte d'idéologie nouvellement apparue lors des crises sociales qui semblent affecter l'humanité et qui a suscité une solidarité particulière de la part des soignants vis-à-vis des malades.

En somme, la profession soignante tient compte de divers facteurs. Outre l'implication quasi quotidienne avec la maladie, la souffrance et la mort, le soignant est contraint de faire face aux situations exceptionnelles dont leurs répétitions seraient préjudiciables tant au plan psychologique que physique telles que les incidents traumatiques qu'ils soient des catastrophes naturelles, des accidents de la route ou autres suscitant des efforts et des charges émotionnelles importantes. Le choix de la profession et l'idéalisation du métier semblent avoir un impact sur le bien être du soignant. Effectivement, plusieurs auteurs considèrent le burn out comme un signe de mauvais choix dans la carrière. De ce fait l'individu devrait changer de carrière au lieu de se consumer dans son métier. Connaître ses faiblesses et y faire face, prendre ses responsabilités, être conscient de ses idées irrationnelles, avoir des objectifs et des espérances réalistes envers soi-même, briser l'isolement en partageant ses préoccupations avec ses collègues. Ceci afin de mettre en place une stratégie préventive visant à réduire le phénomène de l'épuisement professionnel.

XI. La prévention

Jusqu'à ce jour, il existe encore certaines difficultés concernant les efforts fournis pour contenir ce phénomène et la mise en œuvre des mesures préventives contre le burn out. Les préoccupations des scientifiques sont centrées sur les pratiques actuelles de lutte contre le burn out se traduisant de la façon suivante : faut-il changer l'individu ou changer la situation ?

Généralement, l'objectif de toute démarche consiste à minimiser les effets du burn out plutôt qu'à agir sur les stressurs. De ce fait, on parle de la prévention secondaire qui consiste à aider la personne à faire face aux stressurs par le biais de la relaxation biofeedback, la méditation, la gestion du temps ...sachant que l'action sur l'environnement et les stressurs est difficilement contrôlable par exemple : la charge de travail, les sources d'agressivité des clients, les ambiguïtés de rôles...

Ces programmes sont axés sur l'individu, ce qui détache la souffrance de l'individu du contexte dans lequel elle survient. Ils sont peu efficaces et véhiculent l'idée que la personne est responsable de son épuisement, dissimulant ainsi la part de responsabilité du système.

Quant à la prévention primaire qui s'opère avant l'apparition de l'épuisement professionnel, elle consiste à agir sur les agents stressés et à remettre en question l'environnement de travail : redéfinir les postes de travail, permettre une meilleure participation aux décisions, renforcer le support social... cette démarche qui s'avère très pertinente est loin d'être mise en œuvre, les institutions n'agissent souvent que lorsque la souffrance et les symptômes sont perceptibles. Une bonne organisation devrait favoriser un certain équilibre entre la personne et l'environnement, gérer et récompenser les performances, informer et impliquer les personnes employées sur la façon de gérer les situations stressantes.

En ce qui concerne plus spécifiquement le burn out des soignants, les recherches ouvrent un certain nombre de pistes, les professionnels de santé souffrent des conditions de travail comme la surcharge de travail des infirmiers, la diminution des dimensions humaines de la relation de soins associés à l'hospitalocentrisme (« les usines de soins » dont se plaignent nombre de patients et de soignants)... Devant cette situation, certains infirmiers s'effondrent sous la tâche tandis que d'autres n'arriveront pas à gagner leur vie, s'ajoute à cela la mauvaise répartition des rôles entre les différentes lignes de soins, la sensation de perte de contrôle des soignants (réelle ou fantasmée) ...etc.

Les aspects psychologiques du burn out s'orientent vers la dimension individuelle : la personnalité du soignant « brûlé » est mise en cause, sortir de cette impasse nécessite de le faire bousculer de son isolement matériel et psychoaffectif tout en s'appuyant sur les pratiques de

groupe et de réseau, les groupes Balint, les lieux et les moments de paroles, la culture de débriefing...

Cependant, l'importance du psychologique et du relationnel est fondamentale dans l'approche de la maladie et de la santé : informer les candidats soignants de cette dimension, l'introduire de manière juste dans la formation, récupérer sa valeur vis-à-vis de l'acte intellectuel et de la composante relationnelle dans la pratique quotidienne.

L'idéalisation de la profession du soignant est une autre cause de l'épuisement professionnel, ces soignants doivent s'éloigner de l'idée de la fonction apostolique qui les amène à s'épuiser, se débarrasser de leur fantasme de toute puissance, tant au niveau professionnel que des attentes du public. Les moyens favorisant la co-responsabilité des usagers et des professionnels doivent être pris en considération (promotion de la santé, santé communautaire, etc.).

De manière plus pratique, Freudenberger (cité par Franceschi-chaix, 1993) a décrit des mesures pouvant prévenir l'épuisement professionnel mais de façon imparfaite :

- sélection préalable des travailleurs ; en tentant de leur faire comprendre la différence qu'il existe entre les motivations réalistes et celles qui ne le sont pas. Il vaut mieux que le travailleur ressente par lui-même s'il est capable d'assumer sa tâche ;
- lorsque le travailleur exerce son métier, il est préférable d'éviter les répétitions de tâches et d'effectuer des rotations de postes ;
- le travail quotidien ne doit pas dépasser 9 heures et le rythme de travail doit être de trois semaines sur quatre ou de trois mois sur quatre, un temps d'expression auprès des collègues est important, aussi l'exercice physique est conseillé afin d'économiser les ressources émotionnelles. Si le travailleur est atteint de l'épuisement professionnel, il doit quitter son travail et reviendra quand il ira mieux. Ensuite il a ajouté d'autres conseils en 1980, la personne souffrant ou risquant de souffrir de l'épuisement professionnel doit s'interroger, s'enregistrer et prendre des notes sur son comportement et son sentiment, l'objectif étant de communiquer aussi bien avec soi-même qu'avec les autres et traiter les situations stressantes avec humour paraît être efficace.

D'après Maslach, plusieurs registres de solutions existent : les solutions internes axées sur l'individu et qui reposent sur la mise à distance du travail, le divertissement, l'accomplissement des activités physiques...et les solutions externes qui s'appuient sur l'environnement comme la réduction du nombre de patients par soignant, la diminution des heures de travail et aussi la répartition des responsabilités sans négliger le domaine de la communication interpersonnelle qui doit être revalorisé. Ce type de solutions préventives a été

appliqué presque inconsciemment par le personnel soignant en milieu psychiatrique selon une enquête menée par Pines et Maslach (cités par Franceschi-chaix, 1993). Ils ont constaté que ceux qui s'accordent une pause au cours de leur journée perçoivent les patients schizophrènes plus positivement que ceux n'ayant pas pris un temps de pause, la nuance réside dans le fait de l'éloignement réparateur ponctuel et que la mise à distance mène à la déshumanisation. Ils ont insisté sur la nécessité de faire une prévention auprès des étudiants et de les préparer au cours de leurs enseignements à savoir comment gérer le stress lorsqu'ils débiteront leur carrière professionnelle.

Pour Lauderdale (cité par Franceschi-chaix, 1993), cinq types de solutions face au burn out existent. La première est temporaire consistant en une « relâche » en brisant la routine et privilégiant les loisirs, la deuxième s'appuie sur le compromis établi entre les attentes personnelles et les conditions de travail, la troisième solution présente un changement de lieu, l'hôpital par exemple, la quatrième solution fait appel à un changement interne qu'il nomme « voyage intérieur ». Il correspond le plus souvent à une démarche psychothérapique et la cinquième solution est la plus risquée, un changement profond de la personnalité tant intérieure qu'extérieure.

La conception de Macinik (cité par Franceschi-chaix, 1993) s'appuie sur les changements de la personne qui seraient plus réalistes et non pas sur les solutions dites « externes » comme la réduction des horaires.... De ce fait il faut accepter les données du système et les comprendre pour pouvoir vivre et travailler avec. Au lieu d'adopter les stades évoqués antérieurement d'enthousiasme, de stagnation, de frustration et d'apathie, il sera préférable d'adopter alternativement « réalisme, mouvement, satisfaction, engagement ».

Enfin, Masson (cité par Franceschi-chaix, 1993) souligne que les causes de l'épuisement professionnel se retrouvent dans les facteurs inter et supra-institutionnels, et que les facteurs individuels ne suffisent pas pour expliquer le phénomène puisqu'il est multidimensionnel, la nécessité de prévenir ses conséquences doit commencer par l'analyse des facteurs institutionnels pathogènes à travers les discussions et les échanges entre les différents intervenants. Cet auteur a remarqué que les structures sensées être le lieu de travail de groupe se retrouvent très cloisonnées, ce qui gêne la communication.

En résumé, il existe trois volets selon lesquels on peut prévenir l'épuisement professionnel. Le premier consiste à améliorer les conditions de travail en agissant sur l'environnement, le deuxième à améliorer la communication et favoriser la sortie de l'isolement, le troisième à modifier la vie personnelle. Le fait d'accepter et de reconnaître l'existence de

l'épuisement professionnel soit un premier pas pour tenter de le contenir et de l'empêcher à se propager. Ce phénomène étant le résultat des interactions individuelles et institutionnelles, les mesures préventives contre ce phénomène sont très complexes.

De façon globale, nous avons vu que l'épuisement professionnel est reconnu comme un risque professionnel pour les métiers de contact comme dans le cas des infirmiers et médecins. Il n'est pas secondaire à un stress aigu mais le résultat de la répétition d'un stress chronique dans un cadre professionnel qui s'appuie sur la relation d'aide. Il faut noter aussi que les facteurs contribuant à l'apparition de l'épuisement professionnel sont multiples et que nous pouvons les rencontrer tant au niveau institutionnel qu'individuel.

Etant donné que l'épuisement professionnel résulte de la conjugaison de plusieurs facteurs individuels, environnementaux et institutionnels, la difficulté réside dans l'estimation exacte de l'ampleur du phénomène sachant qu'il altère gravement le bien être de l'individu au plan physique et psychologique tout en affectant son efficacité professionnelle.

Plusieurs stratégies semblent prometteuses pour prévenir l'épuisement professionnel, mais elles sont loin d'être mis en œuvre. Ces mesures préventives se basent beaucoup plus sur l'individu que sur l'institution dans laquelle il exerce sa profession.

En guise de conclusion, nous pouvons dire que les services des urgences sont des lieux où se conjugue l'aspect curatif et relationnel dont la rapidité et l'efficacité des soins s'avère primordiale en oeuvrant auprès des patients en détresse afin de leur prodiguer des soins adéquats.

Les infirmiers urgentistes rencontrent lors de l'exercice de leur métier des situations contraignantes provenant des conditions de travail, ils peuvent être soumis à des contraintes physiques et mentales croissantes, liées en partie à la charge de travail induite par le flux irrégulier et imprévu des usagers en déployant des efforts importants afin d'aider les victimes, ce qui laisse ces infirmiers en état d'alerte permanent, d'autre part, le contact avec la souffrance et la mort, la gestion du stress des usagers et la complexité des situations de soins viennent accentuer l'état de stress des infirmiers urgentistes. Certains auteurs (Declercq, 2001) soulignent l'aspect traumatogène des services des urgences en raison du stress généré par certains facteurs tels que la soudaineté, l'attente, le maintien en disponibilité (la charge de travail irrégulier, la durée du temps de travail qui parfois s'éternise, notamment sur le terrain), les conditions (froid, chaleur, bruit, inconfort, insécurité, fumées,...etc.). De plus, la multiplicité des interventions, la vue des cadavres, de corps mutilés, la pression des familles...etc., ce qui crée une tension psychologique chez les infirmiers urgentistes. L'implication stressantes aux situations défavorables peuvent entraîner en fin de compte à une souffrance psychique qui se manifestent soit par le stress post-traumatique ou le stress traumatique secondaire, soit par l'épuisement professionnel comme étant la phase ultime du stress professionnel affectant ainsi le bien être des soignants dont les répercussions se révèlent néfastes au plan individuel et professionnel en termes d'une baisse d'efficacité au travail et l'altération de la qualité des soins aux patients ou victimes du fait de l'augmentation des erreurs et d'accidents médicaux.

Deuxième partie : **Approche méthodologique et pratique**

Depuis une dizaine d'années, les sciences humaines et sociales ont connu un élan considérable, et cela à travers les transformations rapides qui ont bouleversé les sociétés modernes, notamment avec la naissance de la révolution industrielle et les changements qui ont eu lieu, ayant incité le développement de la recherche scientifique sur les phénomènes psychologiques et sociaux. Devant la diversification des disciplines et la croissance globale des investigations, les chercheurs ont eu recours à des méthodes et outils de recherches qui doivent s'adapter aux problèmes particuliers posés par la nature du phénomène. Ces méthodes d'investigations ont joué un rôle important dans le processus de la recherche en ce qu'elles ont constitué un pôle producteur de savoir.

C'est dans ce contexte la, que notre but se veut une étude scientifique qui a incité nombre de chercheurs à explorer un phénomène lié à une problématique relative au travail. Ce phénomène que l'on nomme « épuisement professionnel » ou « burn out » a été constaté chez les professions en relation d'aide, et particulièrement les infirmiers urgentistes. Ces professionnels sont exposés de façon permanente au stress du fait qu'ils sont confrontés quotidiennement à de fortes sollicitations mentales, émotionnelles et affectives.

Dans l'intention d'une étude systématique du phénomène de l'épuisement professionnel, il importe d'adopter une démarche méthodologique que l'on considère comme étape décisive dans toute recherche scientifique.

De ce fait, au plan méthodologique, notre étude se divise en deux parties, la première contient l'approche méthodologique et la seconde la présentation des résultats.

Chapitre IV : La méthodologie

I. Rappel des hypothèses de travail

Hypothèse générale :

Les facteurs socioprofessionnels et les conditions d'exercice du métier favorisent l'émergence de l'épuisement professionnel chez les infirmiers urgentistes.

Hypothèses partielles :

1/ le sexe influe sur l'apparition de l'épuisement professionnel chez les infirmiers urgentistes.

2/ L'âge favorise l'apparition de l'épuisement professionnel chez les infirmiers urgentistes.

3/ La situation familiale contribue à l'émergence de l'épuisement professionnel chez les infirmiers urgentistes.

4/ Le nombre d'années d'expérience contribue à l'apparition de l'épuisement professionnel chez les infirmiers urgentistes.

5/ Le mode de travail « de jour » ou « de nuit » mène à l'apparition de l'épuisement professionnel chez les infirmiers urgentistes.

6/ les caractéristiques des établissements hospitaliers favorisent l'apparition de l'épuisement professionnel chez les infirmiers urgentistes.

7/ les caractéristiques des services d'urgences du centre hospitalier universitaire de Constantine influent sur l'émergence de l'épuisement professionnel chez les infirmiers urgentistes.

II. La pré enquête

La pré-enquête est l'étape qui précède la phase de l'enquête, le chercheur s'appuie sur des hypothèses qui lui permettent de préciser son questionnement. Une pré-enquête peut se révéler utile pour affiner les hypothèses et enrichir le questionnement qui en résulte, et plus globalement pour élaborer l'échelle avant la réalisation de l'enquête.

1. Définition

La pré-enquête est considérée comme une étape pré-opératoire de l'enquête, elle a pour objectif la connaissance du terrain d'étude et ce à travers la collecte d'informations et de données sur le sujet d'étude et sur une population déterminée. Selon Chauchat (1990) : « La pré-enquête

est la phase d'opérationnalisation de la recherche théorique, elle consiste à définir des liens entre, d'une part les constructions théoriques : schémas théorique ou simplement cadre conceptuel selon le cas, et, d'autre part, les faits observables. Son aboutissement est la mise en place de l'appareil d'observation ». La pré-enquête est la phase préparatoire de l'enquête, c'est une étape de recherche des hypothèses possibles, mais des hypothèses vérifiables à travers un cadre théorique afin de déterminer nos hypothèses et nos objectifs.

La pré-enquête se fait par le biais de l'observation préliminaire des faits afin de recueillir le maximum d'informations qui permettent le déroulement de l'enquête. Chauchat souligne qu'à partir de cette phase, nous pouvons formuler des hypothèses, chercher à analyser les indicateurs et construire les instruments d'observations

2. L'objectif de la pré-enquête

La pré-enquête que nous avons menée a eu pour objectif la connaissance du terrain d'étude et a consisté à connaître la population des infirmiers urgentistes oeuvrant au sein des structures hospitalières de la wilaya de Constantine en termes d'effectifs, de la particularité de leur tâche et des conditions de travail qui règnent au sein de ces organisations.

La pré-enquête nous a permis d'explorer le terrain d'étude pour mieux déterminer notre objet de recherche.

3. Le déroulement de la pré-enquête

La pré-enquête a été réalisée au niveau des structures sanitaires (CHUC, établissements hospitaliers spécialisés, secteurs sanitaires et polycliniques) de la wilaya de Constantine à partir du mois de novembre 2006 concernant les infirmiers urgentistes travaillant au sein de ces structures.

Elle a eu pour but de constituer les effectifs dans différentes structures (notamment les services ayant pour spécificité l'accueil des patients en urgences) et de mieux connaître l'aspect organisationnel du terrain d'étude. Ensuite nous avons procédé au testing de l'échelle auprès de quelques infirmiers en vue de l'adapter et de lui donner sa forme définitive.

3.1. Résultats de la pré-enquête

La pré-enquête nous a permis de découvrir les services des urgences et la population des infirmiers urgentistes. Le rôle de ces derniers se distingue par rapport aux autres services hospitaliers et consiste en la prise en charge des patients dont l'état nécessite des soins optimaux et immédiats.

De plus, nous avons tenté par la même occasion d'entrer en contact avec cette catégorie de professionnels et de percevoir leur point de vue à l'égard des items de l'échelle dans le but d'une élaboration définitive de cet outil d'investigation.

Nous avons constaté durant la pré-enquête que les infirmiers urgentistes rencontrent lors de l'exercice de leur métier des contraintes qui sont liées aux conditions de travail et à l'organisation affectant leur compétence et rendent leur rôle de plus en plus difficile. Ces contraintes sont : la charge de travail induite par le manque de personnel et les moyens pour une prise en charge adéquate,...etc.

Nous nous sommes intéressés à la population des infirmiers urgentistes du fait des constats relevés lors de notre pré-enquête, notamment à travers les récits rapportés par certains infirmiers. Ces constats se traduisent par la fatigue due au stress enduré par ces infirmiers qui se manifeste à travers les plaintes somatiques et psychologiques en termes de frustrations et de réactions mal-adaptées en milieu de travail telles que les réactions agressives envers les patients et leur famille, le dégoût envers le travail. Certains d'entre eux ont recours à la consommation de médicaments ou d'alcool. D'autant plus, l'apparition de certaines pathologies telles que la fibromyalgie, le diabète, les maladies cardio-vasculaires, etc.

Sachant que notre objet d'étude est relativement connu dans le domaine de la santé, le concept de l'épuisement professionnel (ou burn out) a été utilisé dès son apparition par les soignants et pour les soignants au sens de Canoui (2004).

Cependant, adopter l'échelle du HBI (Humburg burn out inventory) pour étudier le phénomène de l'épuisement professionnel paraît utile pour atteindre nos objectifs requis

III. L'enquête

L'enquête occupe une place très importante dans les méthodes utilisées en sciences humaines et sociales, elle permet de mesurer la perception que les individus ont des objets sociaux. C'est un outil d'observation très performant, qui consiste à collecter des réponses ou des informations auprès d'un nombre assez important de personnes. Selon Rossi & all. (1999) « les enquêtes ne se définissent pas par leur contenu mais par leur méthode. La méthode d'enquête peut paraître plus proche de l'observation que de l'expérimentation, en ce qu'elle ne suppose pas de modification délibérée de la situation dans laquelle se trouvent les individus dont les comportements sont objets de l'étude. Elle se propose d'observer ces individus dans leur environnement habituel ».

L'enquête se veut un outil d'étude permettant d'obtenir des informations correspondant aux objectifs, afin d'évaluer ou de changer par la suite une situation donnée.

Pour cela une méthode d'étude s'avère nécessaire et même indispensable pour explorer et déterminer notre objet et notre choix méthodologique.

1. La méthode

Dans tout travail de recherche, notamment en sciences humaines et sociales tels que la psychologie, la sociologie..., le chercheur est contraint de choisir des instruments et des situations d'évaluation les mieux adaptés à la question posée afin de valider les hypothèses et généraliser les résultats.

Comme notre thème d'étude concerne l'épuisement professionnel qu'engendre la profession infirmière au sein des services des urgences de la wilaya de Constantine, il n'est pas pertinent de réaliser une étude basée uniquement sur l'étude de cas. En effet, l'épuisement professionnel est non seulement décrit comme un phénomène individuel, mais comporte aussi un caractère social.

S'inscrivant dans le domaine des études psychosociales, une recherche quantitative s'avère importante pour explorer le phénomène de l'épuisement professionnel. Vu la nouveauté et l'ampleur de ce phénomène dans notre société d'une part et l'importance de la population d'étude en termes d'effectifs (l'ensemble des infirmiers urgentistes) d'autre part, l'enquête par questionnaire semble la méthode la plus adéquate pour approcher ce phénomène à travers une échelle d'auto évaluation que l'on appelle « HBI ou Hamburg burn out inventory » qui a été élaboré par Burisch (2006). Le HBI est parmi les outils qui apprécie la présence de l'épuisement professionnel à travers les dix caractéristiques que nous les verrons dans ce qui suit, il a été expérimenté sur une population suisse comptant 16'273 personnes. Additivement aux composantes essentielles du burn out évoquées par la littérature internationale (l'épuisement émotionnel, la déshumanisation, le manque d'accomplissement personnel), le HBI évalue des caractéristiques supplémentaires représentant le profil du burn out individuel.

2. La population de l'enquête

Dans ce cadre, « la population signifie un ensemble d'éléments sur lequel portent les observations » (Rosenthal & Frémontier-Murphy, 2001), dans le même contexte et selon Quivy & Campenhoudt (1992) la population d'enquête comprend « dans le sens le plus large, celui d'ensemble d'éléments constituant un tout »... la totalité de ces éléments, ou des « unités » constitutives de l'ensemble considéré est appelée population ; ce terme pouvant désigner aussi bien un ensemble de personnes, d'organisations ou d'objets de quelque nature que ce soit.

La population des infirmiers urgentistes concernées comprenait en décembre 2006, 526 agents paramédicaux exerçant dans les services des urgences à travers les structures hospitalières (CHUC, Secteurs sanitaires, établissements hospitaliers spécialisés et polycliniques) de la wilaya

de Constantine. Ces professionnels qui réalisent des soins auprès des patients aux urgences sont les plus exposés aux contraintes liées aux conditions de travail. Leur nombre représente la population mère de cette catégorie de professionnelle. Les tableaux suivants montrent les caractéristiques de notre population.

| Les services des urgences | effectif |
|---------------------------------------|----------|
| 1- les urgences chirurgicales | 85 |
| 2- les urgences médicales | 48 |
| 3- les urgences pédiatriques | 18 |
| 4- les urgences ORL | 08 |
| 5- les urgences ophtalmologiques | 08 |
| 6- le centre anti-cancéreux | 16 |
| 7- les urgences gynécologiques | 35 |
| 8- Les urgences cardio-vasculaires | 18 |
| 9- les urgences pneumophtisiologiques | 12 |
| 10- les urgences dermatologiques | 12 |
| 11- les urgences neurologiques | 12 |
| 12- les urgences neuro-chirurgicales | 14 |
| 13- les urgences hémato-infectieux | 16 |
| 14- Les urgences de médecine interne | 16 |
| 15- centre des brûlés | 18 |
| Total | 324 |

Tableau n° 03 : Effectif de la population des infirmiers urgentistes au niveau du CHUC de Constantine (centre hospitalo-universitaire de Constantine).

| Les unités des urgences | L'effectif |
|------------------------------|------------|
| Secteur sanitaire « El Bir » | 16 |
| Polyclinique de Filali | 16 |
| Total | 32 |

Tableau n° 04 : Effectif de la population des infirmiers urgentistes au niveau de la région de la cité El Bir.

| Les unités des urgences | L'effectif |
|---------------------------------|------------|
| Secteur sanitaire « El khroub » | 23 |
| Polyclinique de Ain Smara | 12 |
| Total | 35 |

Tableau n° 05 : Effectif de la population des infirmiers urgentistes au niveau de la région d' El Khroub.

| Les unités des urgences | L'effectif |
|-------------------------------------|------------|
| Secteur sanitaire de Zighoud Youcef | 19 |
| Polyclinique de Didouche Mourad | 10 |
| Polyclinique d'Ibn Ziad | 12 |
| Total | 41 |

Tableau n° 06 : Effectif de la population des infirmiers urgentistes au niveau de la région de Zighoud Youcef.

| | |
|------------------------------|------------|
| Les services des urgences | L'effectif |
| EHS pédiatrique | 16 |
| La maternité de Sidi Mabrouk | 35 |
| Total | 51 |

Tableau n° 07 : Effectif de la population des infirmiers urgentistes (comprenant les infirmiers et les sages femmes) au niveau de la région de Sidi Mabrouk.

| | |
|--|------------|
| Les services des urgences de la cite Daksi | L'effectif |
| EHS des maladies Uro-néphrologiques | 11 |

Tableau n° 08 : Effectif de la population des infirmiers urgentistes au niveau de l'EHS des maladies rénales.

| | |
|--------------------------------------|------------|
| Services des urgences psychiatriques | L'effectif |
| L'HES de psychiatrie | 20 |

Tableau n° 09 : Effectif de la population des infirmiers urgentistes au niveau de l'EHS de psychiatrie

IV. La technique du recueil des informations

Le recueil des informations est une étape essentielle de l'enquête quantitative en sciences sociales. Une base de données de qualité est déjà le résultat d'un important travail de production et d'analyse. (Lebaron, 2006).

Etant donné l'importance de la taille de notre échantillon en termes d'effectifs, nous avons opté pour l'utilisation d'une échelle d'auto-évaluation nommée « Humburg burn out inventory » ou HBI. Cette échelle élaborée par Burish (2006) est conçue pour estimer la présence du burn out dans un contexte purement professionnel afin de recueillir des données qui vont nous permettre d'effectuer une recherche quantitative.

1. Description de l'échelle

Le HBI est une échelle sous forme d'un tableau qui se divise en deux parties, au dessus se trouve la consigne d'utilisation comprenant les échelles de valeurs de 1 à 7 (les modalités de réponses est un choix fermé, c'est-à-dire choisir parmi les 07 éventualités proposées, celle qui correspond le mieux à chaque item) et les données personnelles.

a- La première partie (gauche) :

Cette partie contient 40 items ou phrases formulés à la première personne du singulier indiquant à chaque fois un état d'esprit du moment (les sensations) des personnes enquêtées.

b- La deuxième partie (à droite) :

Comprenant une échelle de valeur qui va de 0 à 7. Cette échelle montre de manière graduelle la réponse (le code, le chiffre) qui correspond le mieux à chaque item, notons que ces chiffres ne sont pas des valeurs non paramétriques, ils sont utilisés pour indiquer le degré de réponse à chaque item:

- 1 → Ne correspond pas du tout
- 2 → Ne correspond pas
- 3 → Plutôt non
- 4 → Plus ou moins, je ne sais pas
- 5 → Plutôt oui
- 6 → Correspond dans une grande mesure
- 7 → Correspond parfaitement

Ces items décrivent de manière précise l'état ou les ressentis actuels des individus lors de la passation de l'échelle en vue d'obtenir des résultats concernant les dix caractéristiques du burn out qui sont selon Burisch :

1- Epuisement Emotionnel « EE » : Sentiments de surcharge et de grande fatigue dus au travail

Eventuellement, c'est la composante la plus dominante du burn out. Allant de pair avec le sentiment de ne plus pouvoir avancer, d'être surmené et épuisé.

2- Insatisfaction sur la performance « PA » : Manque accomplissement Personnel

Cette composante signifie le degré d'insatisfaction au travail. L'individu ressent du dégoût et de l'insatisfaction devant une tâche qu'il avait l'habitude de réaliser, générant ainsi un manque de fierté par rapport à ce qu'il fait, et nécessitant plus d'énergie par rapport au début de sa carrière. Le niveau de réussite des tâches réalisées et de moins en moins probant. Autrement dit, un travail pas motivant.

3- Distanciation « DIST » : Peu de contact avec les autres

La personne ne s'intéresse plus aux autres comparativement au passé, et garde ses distances. Cette attitude s'applique non seulement vis-à-vis des partenaires de service mais aussi les autres personnes.

4- Réaction dépressive au stress « DEP » : Tendances à la déprime suite à des expériences pesantes dues aux charges émotionnelles

La personne a un sentiment de frustration même face aux évènements mineurs, elle est déçue devant les facteurs de stress, elle trouve des difficultés à reprendre la stabilité et la confiance en soi. Elle n'arrive plus à récupérer comme par le passé.

5- Impuissance « HELPL » : Détresse ou l'impression d'être prisonnier, sans espoir, perplexe

C'est l'incapacité d'affronter les problèmes, le sentiment d'être pris au piège, ou de sombrer. Ce sentiment mène à une forme de désespoir.

6- Vide intérieur « VOID » : Sentiment de dépérir, de vide, d'absence de vie

C'est le sentiment d'engourdissement, d'anesthésie, comme si la personne ne vivait plus vraiment. L'émotion de la joie et du plaisir disparaît, comme si cette personne se trouve déconnectée de toute forme de sentiments.

7- Ras-le-bol professionnel ou Ennui « TED » : Surcharge de travail, résistance intérieure à son propre travail, dégoût

C'est le dégoût vis-à-vis du travail, l'individu se met au travail avec des résistances importantes. (Dépasser cette résistance lui coûte beaucoup).

8- Incapacité à se détendre « INUN » :

La personne ne peut pas reculer, n'arrive plus à prendre ses distances vis-à-vis des tâches à accomplir à son domicile. Vivant un trouble persistant du sommeil qui est un signal d'alarme de grande importance ! Ne peut plus trouver de repos en restant branché à ses préoccupations professionnelles qui le suivent même lorsqu'il est en vacances.

9- Exigence de soi « OTAX » : Surmenage personnel

La personne a l'impression de s'imposer des standards inaccessibles. Elle a tendance au perfectionnisme et à se créer du stress soi-même en se fixant des objectifs très élevés, et ne sait plus faire alliance avec soi-même positivement.

10- Réaction agressive « AGG » : Réaction agressive et charge émotionnelle

L'individu en face de frustrations mineures, de stress ou des déceptions perd son contrôle et devient irritable. Ces réactions se manifestent en s'extériorisant ou en s'intériorisant.

c- L'axe des items signalétiques :

Afin d'approcher notre objet d'étude, et dans le but de mieux cerner le phénomène de l'épuisement professionnel, additivement aux variables signalétiques existant dans l'échelle, nous avons inclus des éléments supplémentaires telles que la situation familiale, le nombre d'années d'expérience, le mode de travail « le jour et la nuit » et l'unité de service et l'établissement dans lequel les infirmiers urgentistes exercent leur métier. L'objectif est de déterminer les variables qui peuvent agir sur l'épuisement professionnel menant à son apparition chez notre population d'étude.

V. La cotation et L'évaluation

La cotation s'effectue par le biais d'un logiciel élaboré par le chercheur, en additionnant les résultats (ex : si le sujet enquêté a répondu 5 à la question 1, cela fait 5 points), en obtiendra de cette façon les caractéristiques qui représentent le profil du burn out individuel et qui sont les suivantes :

- 1- Epuisement émotionnel (sentiments de surcharge et de grande fatigue dues au travail).
- 2- Degré d'insatisfaction au travail (manque de plaisir et de fierté sur l'activité professionnelle).
- 3- Distanciation (peu de contact avec les autres)
- 4- Réaction dépressive et charges émotionnelles (tendances à la déprime suite à des expériences pesantes).
- 5- Détresse (l'impression d'être prisonnier, sans espoir, de perplexité).
- 6- Impression de vide intérieur (Sentiment de dépérir, de vide, d'absence de vie).
- 7- Surcharge de travail (résistance intérieure à son propre travail, ennui, dégoût).
- 8- Incapacité de trouver du répit (difficultés à se déconnecter des soucis professionnels qui poursuivent l'individu jusqu'en vacances).
- 9- Surmenage personnel (tendance au perfectionnisme et à se créer du stress soi-même en se fixant des objectifs très élevés).
- 10- Réaction agressive et charge émotionnelle (irritation pour des choses insignifiantes).

Chaque composante ou caractéristique s'établit de manière progressive, en d'autres termes, si le score se situe dans la moitié inférieure par rapport à l'échantillon comparatif, 50% au moins des personnes auxquelles l'individu est comparable présentent des scores plus élevés de burn out, sachant que le résultat est totalement normal en termes statistiques. Ce qui signifie **l'absence de burn out**.

Un burn out bas signifie qu'au moins 50% des personnes de l'échantillon comparatif ont présenté des scores plus faibles par rapport à l'échelle du test. Il faut savoir cependant qu'au moins 25% de ces personnes ont un score plus élevé. Cela signifie que l'individu est encore dans la zone verte de la normalité, mais pas de manière aussi sécurisée.

Un burn out modéré signifie qu'au moins 75% des personnes de l'échantillon comparatif présente des scores inférieurs, même si au moins 10% d'entre eux ont un score supérieur. Dans ce cas, l'individu est en transit de la zone verte à la zone orange.

Un burn out sévère signifie que si le score place l'individu dans les 10% des personnes de l'échantillon comparatif qui présente des scores supérieurs, il s'agit bien d'un signal d'alarme : l'individu est en zone rouge.

Un burn out grave indique que si le score se situe dans les 5% supérieurs, tous les signaux d'alarme sont en alerte. Cela signifie que le descriptif de situation est plus sévère que celui de 95% de l'échantillon comparatif.

VI. Le testing de l'échelle

L'objectif du testing de l'échelle était de savoir si les items sont clairs, compréhensibles et abordables pour l'ensemble des répondants, de tester la durée des réponses vis-à-vis de l'échelle pour l'ensemble de la population et ainsi de réduire les obstacles que nous pouvons rencontrer lors de l'enquête. Sachant que cette échelle a été utilisée chez une population suisse de langue française et allemande par le même auteur qui l'a élaboré.

L'échelle du HBI a été testée auprès de 06 infirmiers appartenant au corps paramédical exerçant hors des services des urgences. Compte tenu que la formation du personnel paramédical est essentiellement en langue française, ceci facilite la compréhension et l'utilisation de l'échelle.

1. Les résultats du testing

Il ressort après le testing de l'échelle que les items sont clairs chez la majorité des infirmiers auxquels le testing s'est adressé. De ce fait nous avons procédé à la passation de l'échelle sans avoir à rien changer dans les termes utilisés.

2. La passation de l'échelle

Cette phase de la recherche a débuté en mois de Janvier 2006, après une sensibilisation de la population ciblée (les infirmiers urgentistes), nous avons procédé à la distribution des échelles en commençant par le CHUC (le centre hospitalo-universitaire de Constantine) qui emploie un nombre important d'infirmiers exerçant dans les services des urgences puis en passant par d'autres structures hospitalières ; secteurs sanitaires, établissements hospitaliers spécialisés et polycliniques se situant dans la wilaya de Constantine.

VII. Le dépouillement

Le dépouillement est une opération qui s'établit après la passation et la collecte des échelles en vue de les soumettre aux analyses. Nous avons dressé un protocole de codage (numérisation des données) pour un traitement statistique.

VIII. Le codage

Comme son nom l'indique, le codage est une étape servant à convertir en nombres ou en symboles l'information incluse dans une échelle afin de faciliter les opérations subséquentes de traitement des données. De ce fait nous avons élaboré une feuille de codage de la manière suivante :

1- La variable « Sexe » :

- Masculin code **1**
- Féminin code **2**

2- La variable « Age » :

- 21ans- 35ans code **1**
- 36 ans-50 ans code **2**
- > 50 ans code **3**

3- La variable « Situation familiale » :

- Célibataire code **1**
- Marié code **2**

4- La variable « nombre d'années d'expérience » :

- -10 ans code **1**
- 10 ans-25 ans code **2**
- > 25 ans code **3**

5- La variable « Mode de travail » :

- Le jour code **1**
- La nuit code **2**
- Le jour et la nuit code **3**

6- La variable « Le lieu d'exercice » :

- Le centre hospitalo-universitaire de Constantine (CHUC) code **1**
- Hôpital El Khroub code **2**
- Polyclinique Ain Smara code **3**
- Hôpital El Bir code **4**
- Polyclinique Filali code **5**
- Etablissement Hospitalier spécialisé de Psychiatrie (EHS) code **6**
- Hôpital Zighoud Youcef code **7**
- Polyclinique Didouche Mourad code **8**
- Etablissement Hospitalier spécialisé de Pédiatrie (EHS) code **9**
- Maternité de Sidi Mabrouk code **10**
- Etablissement Hospitalier spécialisé des maladies Uro-néphrologiques (Rénales) code **11**
- Polyclinique Ibn Ziad code **12**

7- La variable « Service et unité » :

- Urgences chirurgicales code **1**
- Urgences médicales code **2**
- Urgences pédiatriques code **3**
- Centre des brûlés code **4**
- Urgences neurologiques code **5**
- Urgences dermatologiques code **6**
- Centre anti-cancéreux code **7**
- Urgences cardio-vasculaires code **8**
- L'hémato-infectieux code **9**
- Médecine interne code **10**
- Urgences gynécologiques code **11**
- Urgences ORL code **12**
- Urgences pneumophtisiologiques code **13**
- Urgences neurochirurgicales code **14**
- Urgences ophtalmologiques code **15**

IX. Traitement des données

Cette phase a été élaborée par le biais du logiciel StatBox version 6.6 édité chez Grimmersoft. C'est un instrument de statistique d'usage universel qu'emploie Microsoft Excel comme outil de rapport. Les données peuvent être lues directement sur les feuilles d'Excel. StatBox produit des statistiques robustes et inclut un éventail de fonctions : codage, prélèvement, statistiques descriptives, pondération, essais graphiques, et analyse de données multivariées. Le choix de StatBox version 6.6 a été motivé par sa rapidité et sa fiabilité. Grâce à ce logiciel nous avons réalisé des tris à plat et des tris croisés (χ^2).

Le test χ^2 (ou χ^2) est un test non paramétrique utilisé lorsqu'il existe deux catégories de variables pour déterminer s'il y a une différence significative entre deux groupes indépendants, ce qui implique que les valeurs observées diffèrent des valeurs théoriques que l'on obtiendrait s'il n'y avait pas d'effet des deux catégories. L'hypothèse testée est généralement que les deux groupes diffèrent par la fréquence relative qui caractérise les membres se répartissant dans les différentes catégories. Pour cela, nous comptons le nombre de cas de chaque groupe qui appartient aux diverses catégories, et nous comparons la proportion des cas d'un groupe dans les différentes catégories avec la proportion des cas de l'autre groupe.

1. Les tris à plat

Les tris à plats consistent en l'apparition des différentes modalités d'une variable permettant de répondre à la question de type « combien » sans recours aux relations entre les variables, donc sans apporter des éléments explicatifs.

Ceux-ci doivent être faits pour toutes les variables qui existent au début du dépouillement, afin de comparer les profils des variables qui existent dans la population étudiée, et cela pour garantir la représentativité de l'échantillon et identifier efficacement les caractéristiques de cette population.

2. Les tris croisés

Par cette démarche, on met en relation un ensemble de caractéristiques avec un autre ensemble. Les tris croisés nous permettent de montrer ou de vérifier les rapports existant entre deux variables du fait qu'ils fournissent des résultats simples, très proches des données de base.

Chapitre V :

Présentation et analyse des résultats

I. Les premiers résultats de l'enquête :

Après la passation des questionnaires, nous avons relevé que :

- Parmi les 526 questionnaires distribués auprès de la population des infirmiers urgentistes, 435 questionnaires exploitables nous ont été retournés ce qui correspond à un taux de participation de 82,70% acceptable pour représenter la population parente.
- Nous avons enregistré un taux de déperdition de 17,30% c'est-à-dire 100 questionnaires. Ceci en raison d'absence d'autres infirmiers urgentistes.

Le présent exposé fait état des premiers résultats de cette enquête sous forme de tableaux commentés et de secteurs présentés comme suit :

II. La présentation des résultats des tris à plat

| Sexe : | | |
|-------------|----------|--------|
| Modalité | Effectif | % |
| 1- Masculin | 204 | 46,90 |
| 2- Féminin | 231 | 53,10 |
| Total | 435 | 100,00 |

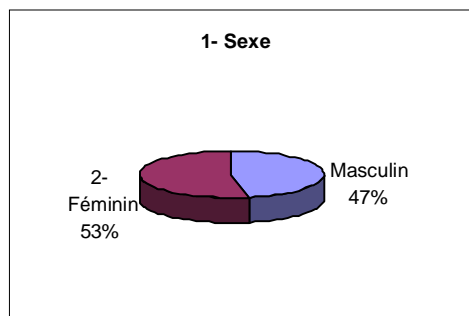


Tableau n° 10 : La répartition de la population d'enquête selon le sexe.

Sur les 435 infirmiers urgentistes, le nombre de femmes est légèrement supérieur par rapport à celui des hommes : 53,10% de femmes contre 46,31% d'hommes

| les tranches d'âges : | | |
|-----------------------|----------|--------|
| Modalité | Effectif | % |
| 1- 21ans- 35ans | 152 | 34,94 |
| 2- 36 ans-50 ans | 269 | 61,84 |
| 3- > 50 ans | 14 | 3,22 |
| Total | 435 | 100,00 |

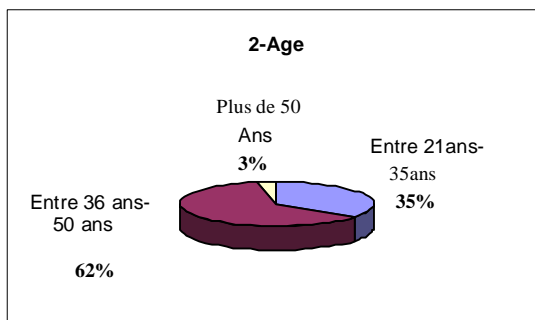


Tableau n° 11 : La répartition de la population d'enquête selon l'âge.

La population des infirmiers urgentistes est âgée entre 21ans et 58ans. Plus de la moitié de la population ont plus de 35ans, les plus jeunes ne constituent qu'un taux de 35%.

| Situation familiale : | | |
|-----------------------|----------|--------|
| Modalité | Effectif | % |
| 1- Célibataire | 133 | 30,57 |
| 2- Marié | 302 | 69,43 |
| Total | 435 | 100,00 |

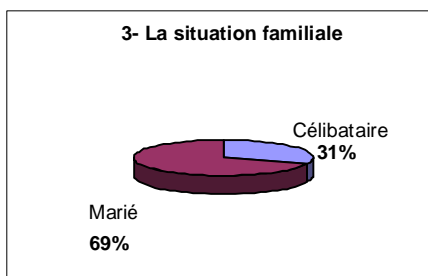


Tableau n° 12 : La répartition de la population d'enquête selon la situation familiale.

Sur la population des infirmiers urgentistes interrogée, les mariés sont majoritaires avec un taux de 69,43%, les célibataires présentent un taux de 30,57%. Vu le taux trop faible des veufs et des divorcés, nous les avons inclus dans la catégorie célibataire.

| Nombre d'années d'expériences : | | |
|---------------------------------|----------|--------|
| Modalité | Effectif | % |
| 1- -10ans | 119 | 27,36 |
| 2- 10ans-25 ans | 277 | 63,68 |
| 3- > 25 ans | 39 | 8,97 |
| Total | 435 | 100,00 |

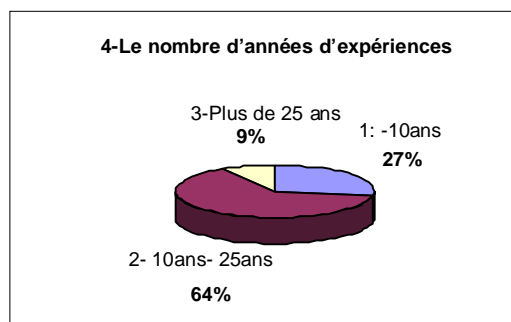


Tableau n° 13 : La répartition de la population d'enquête en fonction du nombre d'années d'expérience.

Nous constatons que la majorité de la population interrogée ayant plus de 10ans d'ancienneté compte un taux de 72,65%, et que 27,36% des jeunes infirmiers urgentistes ont moins de 10ans d'ancienneté, ce qui nous laisse à dire que le personnel des infirmiers urgentistes est doté d'une expérience appréciable.

| Mode de travail J/N | | |
|---------------------|----------|--------|
| Modalité | Effectif | % |
| 1- LE JOUR | 169 | 38,85 |
| 2- LA NUIT | 41 | 9,43 |
| 3- JOUR ET NUIT | 225 | 51,72 |
| Total | 435 | 100,00 |

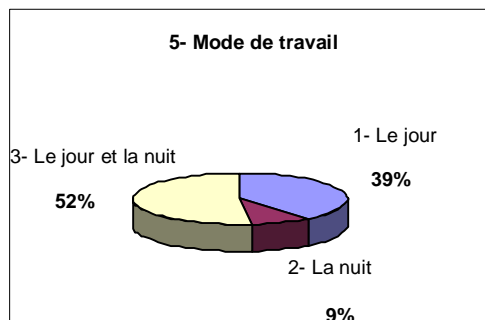


Tableau n° 14 : La répartition de la population d'enquête selon le mode de travail.

Selon ce tableau, nous constatons que la moitié des infirmiers urgentistes oeuvrent sur un mode de travail « jour et nuit », vient en deuxième position ceux qui travaillent le jour avec un taux de 38,85%. Alors qu'un faible taux est enregistré pour ceux qui exercent la nuit avec 9,43%.

| Le lieu d'exercice : | | |
|----------------------|----------|--------|
| Modalité | Effectif | % |
| 1- CHUC | 261 | 60,00 |
| 2- Hôpital El Khroub | 22 | 5,06 |
| 3- P. Ain Smara | 11 | 2,53 |
| 4- Hôpital El Bir | 14 | 3,22 |
| 5- P. Filali | 15 | 3,45 |
| 6- EHS Psychiatrique | 19 | 4,37 |
| 7- H. Zighoud.Y | 19 | 4,37 |
| 8- P. Didouche.M | 8 | 1,84 |
| 9- EHS Pédiatrique | 16 | 3,68 |
| 10- Maternité SMK | 28 | 6,44 |
| 11- EHS Rénale | 11 | 2,53 |
| 12- P.Ibn ziad | 11 | 2,53 |
| Total | 435 | 100,00 |

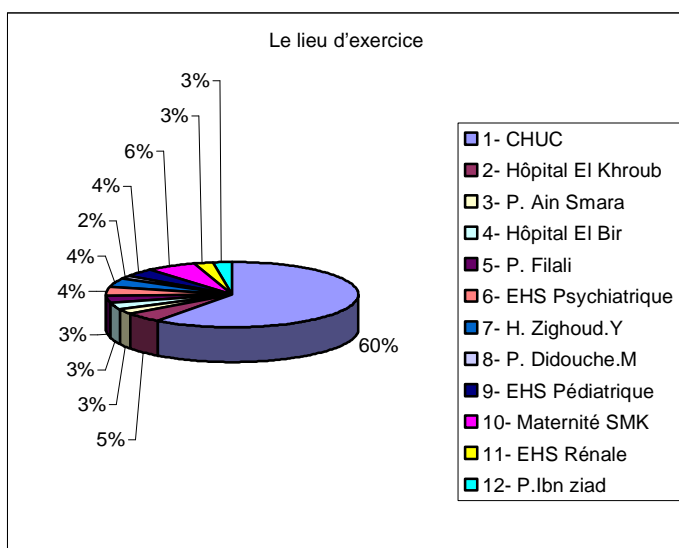


Tableau n° 15 : La répartition de la population d'enquête selon les lieux d'exercice.

L'effectif le plus élevé de la population enquêtée se regroupe au niveau du centre hospitalo-universitaire de Constantine (60%) du fait qu'il contient plusieurs services d'urgences, alors que les autres hôpitaux et polycliniques comptent des taux faibles où l'on compte un service d'urgences par hôpital, par EHS et par polyclinique.

| Les services | | |
|------------------------------|----------|-------|
| Modalité | Effectif | % |
| 1- U chirurgicales | 62 | 14,25 |
| 2- U médicales | 42 | 9,66 |
| 3- U pédiatriques | 18 | 4,14 |
| 4- C des brûlés | 13 | 2,99 |
| 5- U neurologiques | 12 | 2,76 |
| 6- U dermatologiques | 6 | 1,38 |
| 7- C anti-cancéreux | 12 | 2,76 |
| 8- U cardio-vasculaires | 11 | 2,53 |
| 9- l'Hémato-infectieux | 13 | 2,99 |
| 10- M interne | 15 | 3,45 |
| 11- U gynécologiques | 26 | 5,98 |
| 12- U. ORL | 7 | 1,61 |
| 13- U. pneumophtisiologiques | 5 | 1,15 |
| 14- U neurochirurgicales | 11 | 2,53 |
| 15- U.Ophthalmologiques | 8 | 1,84 |
| Total | 261 | 60 |

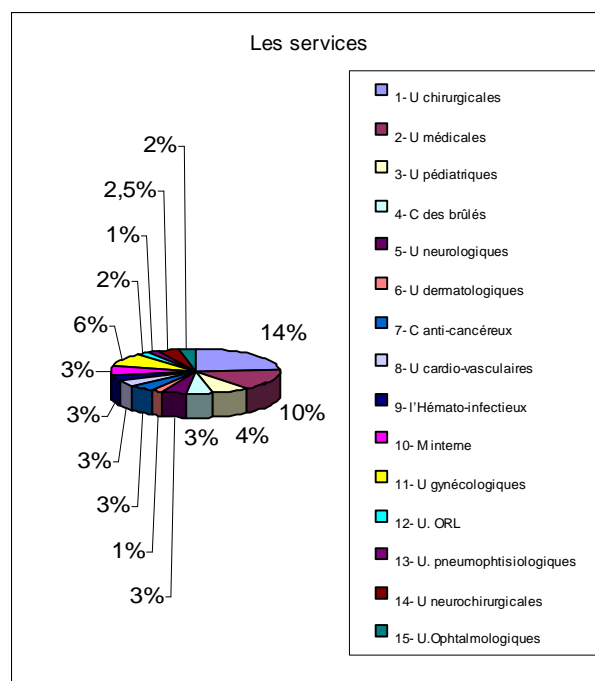


Tableau n° 16 : La répartition de la population d'enquête en fonction des services d'urgences du centre hospitalo-universitaire de Constantine (CHUC).

Le service des urgences chirurgicales compte un taux de 14,25% qui constitue un effectif élevé, ensuite le service des urgences médicales avec un taux de 9,66%, enfin le service de la

gynécologie avec un taux de 5,98%. Alors que le taux des autres services est quasiment identique.

Les résultats du HBI :

| 1-Epuisement émotionnel : | | |
|----------------------------------|-----------------|----------|
| Modalité | Effectif | % |
| 1- Absence | 21 | 4,83 |
| 2- bas | 78 | 17,93 |
| 3- modéré | 139 | 31,95 |
| 4- sévère | 51 | 11,72 |
| 5- grave | 146 | 33,56 |
| Total | 435 | 100,00 |

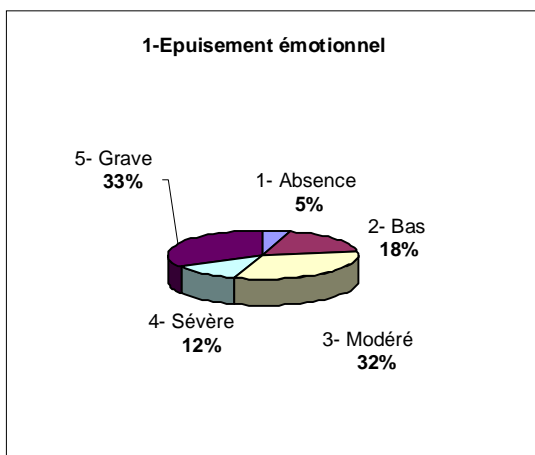


Tableau n° 17 : La répartition de la population d'enquête selon la présence de l'épuisement émotionnel.

L'épuisement émotionnel est de niveau grave chez la population enquêtée avec un taux de 33,56%. Il est de niveau modéré chez 31,95%. Ainsi nous pouvons dire que le taux de l'épuisement émotionnel est important chez la population enquêtée.

| Insatisfaction sur la performance : | | |
|--|-----------------|----------|
| Modalité | Effectif | % |
| 1- Absence | 185 | 42,53 |
| 2- bas | 162 | 37,24 |
| 3- modéré | 42 | 9,66 |
| 4- sévère | 25 | 5,75 |
| 5- grave | 21 | 4,83 |
| Total | 435 | 100,00 |

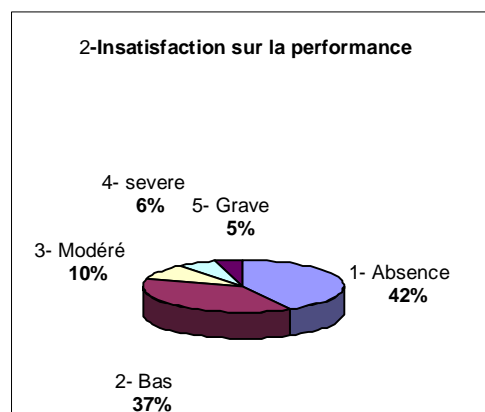


Tableau n° 18 : La répartition de la population d'enquête en fonction de l'insatisfaction sur la performance (ou manque d'accomplissement personnel).

L'insatisfaction sur la performance est absente chez 42,53% des infirmiers urgentistes et que 37,24% présente une insatisfaction basse sur la performance.

| Distanciation : | | |
|-----------------|----------|--------|
| Modalité | Effectif | % |
| 1- Absence | 66 | 15,17 |
| 2- bas | 80 | 18,39 |
| 3- modéré | 169 | 38,85 |
| 4- sévère | 49 | 11,26 |
| 5- grave | 71 | 16,32 |
| Total | 435 | 100,00 |

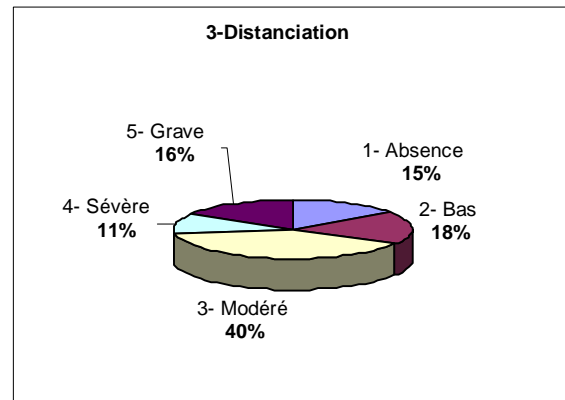


Tableau n° 19 : La répartition de la population d'enquête selon la présence de la distanciation.

Nous enregistrons que la distanciation est de niveau modéré chez 38,85% et entre un niveau sévère et grave chez 27,58%, alors qu'elle est de niveau bas chez 18,39%.

| Réaction dépressive | | |
|---------------------|----------|--------|
| Modalité | Effectif | % |
| 1- Absence | 98 | 22,53 |
| 2- bas | 172 | 39,54 |
| 3- modéré | 94 | 21,61 |
| 4- sévère | 48 | 11,03 |
| 5- grave | 23 | 5,29 |
| Total | 435 | 100,00 |

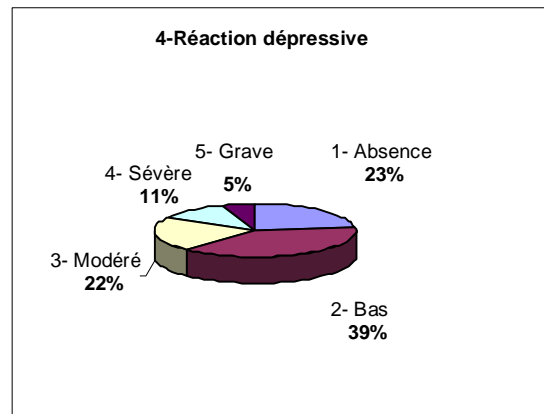


Tableau n° 20 : La distribution de la population d'enquête selon la présence de la réaction dépressive.

Ce tableau montre qu'un taux de 39,54% présente une réaction dépressive de niveau bas. Les sujets présentant une réaction dépressive de niveau modéré comptent un taux de 21,61%, alors que 16% ont une réaction dépressive entre sévère et grave.

| Sentiment d'impuissance : | | |
|---------------------------|----------|--------|
| Modalité | Effectif | % |
| 1- Absence | 14 | 3,22 |
| 2- bas | 67 | 15,40 |
| 3- modéré | 136 | 31,26 |
| 4- sévère | 109 | 25,06 |
| 5- grave | 109 | 25,06 |
| Total | 435 | 100,00 |

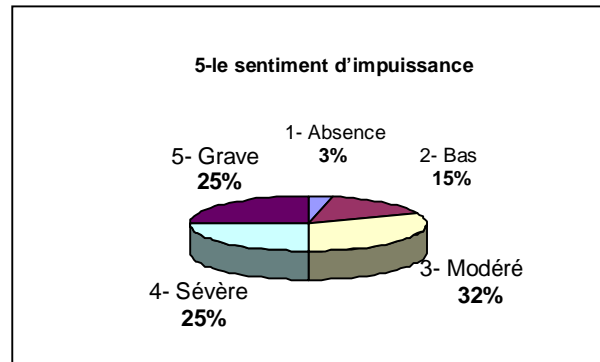


Tableau n° 21 : La distribution de la population d'enquête selon la présence de sentiment d'impuissance

Le sentiment d'impuissance est plus présent dans notre population, modérée à 31,26%. Il est entre sévère et grave chez la moitié de la population.

| Vide intérieur : | | |
|-------------------------|-----------------|----------|
| Modalité | Effectif | % |
| 1- Absence | 53 | 12,18 |
| 2- bas | 51 | 11,72 |
| 3- modéré | 134 | 30,80 |
| 4- sévère | 62 | 14,25 |
| 5- grave | 134 | 30,80 |
| Total | 435 | 100,00 |

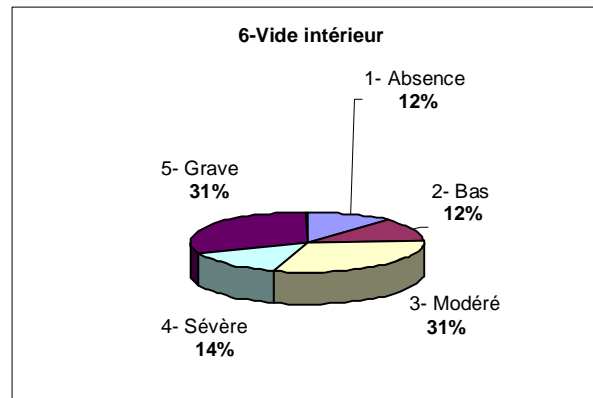


Tableau n° 22 : La distribution de la population d'enquête selon la présence de vide intérieur.

Il ressort que le vide intérieur est fortement présent chez la population des infirmiers urgentistes qui oscille entre un niveau modéré et grave avec un taux de 30.80% pour chaque catégorie.

| Ras-le-bol professionnel : | | |
|-----------------------------------|-----------------|----------|
| Modalité | Effectif | % |
| 1- Absence | 16 | 3,68 |
| 2- bas | 82 | 18,85 |
| 3- modéré | 181 | 41,61 |
| 4- sévère | 99 | 22,76 |
| 5- grave | 57 | 13,10 |
| Total | 435 | 100,00 |

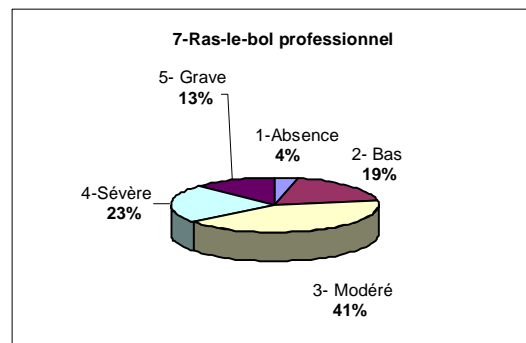


Tableau n° 23 : La distribution de la population d'enquête selon la présence de ras-le-bol professionnel.

Le ras-le-bol professionnel est de niveau modéré à 41,61% chez la population enquêtée, constituant un taux élevé, si bien qu'il est entre un niveau sévère et grave à 35,86%.

| Incapacité à se détendre | | |
|---------------------------------|-----------------|----------|
| Modalité | Effectif | % |
| 1- Absence | 102 | 23,45 |
| 2- bas | 183 | 42,07 |
| 3- modéré | 86 | 19,77 |
| 4- sévère | 17 | 3,91 |
| 5- grave | 47 | 10,80 |
| Total | 435 | 100,00 |

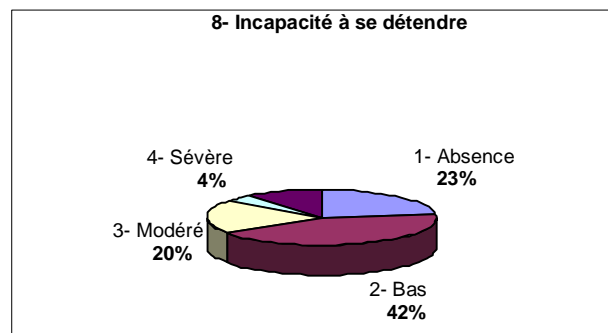


Tableau n° 24 : La distribution de la population d'enquête selon la présence de l'incapacité à se détendre.

L'incapacité à se détendre est de niveau bas chez 42,07% des répondants. Chez 19,77% elle est de niveau modéré alors et de 14,71% entre un niveau sévère et grave.

| Exigence de soi : | | |
|-------------------|----------|--------|
| Modalité | Effectif | % |
| 1- Absence | 208 | 47,82 |
| 2- bas | 108 | 24,83 |
| 3- modéré | 80 | 18,39 |
| 4- sévère | 15 | 3,45 |
| 5- grave | 24 | 5,52 |
| Total | 435 | 100,00 |

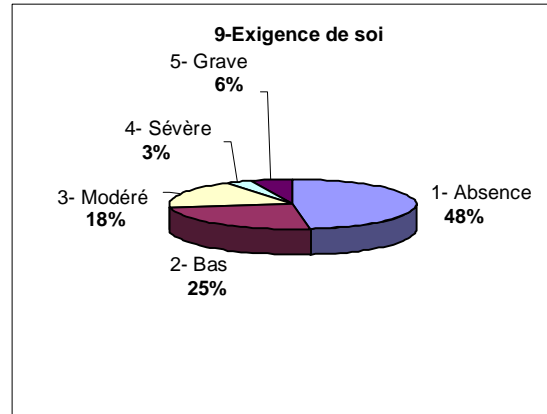


Tableau n° 25 : La distribution de la population d'enquête selon la présence de l'exigence de soi.

A travers le tableau ci-dessus, l'exigence de soi est fortement absente chez presque la moitié des répondants et de niveau bas chez 25% de la population des infirmiers urgentistes.

| Réaction agressive : | | |
|----------------------|----------|--------|
| Modalité | Effectif | % |
| 1- Absence | 86 | 19,77 |
| 2- bas | 122 | 28,05 |
| 3- modéré | 103 | 23,68 |
| 4- sévère | 57 | 13,10 |
| 5- grave | 67 | 15,40 |
| Total | 435 | 100,00 |

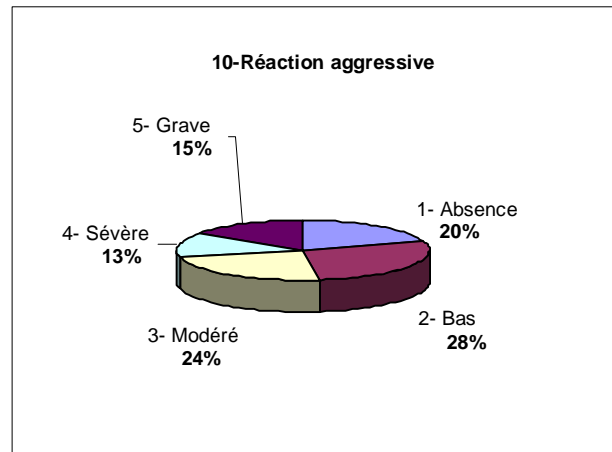


Tableau n° 26 : La distribution de la population d'enquête selon la présence de réaction agressive.

Une réaction agressive de niveau bas est constatée chez 28,05% des infirmiers urgentistes et un niveau modéré chez 23,68%. Alors qu'elle est de 28,50% entre un niveau sévère et grave.

III. Interprétation des résultats des tris à plat

Voulant favoriser la lecture des résultats et leur attribuer un aspect concret et fonctionnel, nous avons opté pour la présentation des tris à plats, l'objectif est de nous fournir les premières indications concernant la population d'étude afin d'élucider efficacement les caractéristiques de cette dernière en termes de variables signalétiques et avoir les grandes tendances des réponses.

À travers cette démarche nous avons pu extraire clairement les caractéristiques de la population des infirmiers urgentistes concernant les aspects socio-démographiques et les composantes de l'épuisement professionnel qui affecte cette population.

La population des infirmiers urgentistes est composée de femmes et d'hommes. Traditionnellement, la profession infirmière était surreprésentée par les femmes où ce métier s'est révélé au moyen âge lorsque les religieuses offraient des soins bénévoles, faisant preuve de charité et de l'amour de dieu auprès des lépreux. C'est Grâce à l'avènement de la première guerre mondiale et l'évolution de la société que ce métier a connu un autre sort, prenant place au sein des métiers de la santé, faisant changer la conception du métier infirmier où les femmes sont majoritaires. Mais au cours des dernières décennies les hommes ont commencé à occuper le terrain, et c'est ainsi que le métier d'infirmier est devenu mixte.

En ce qui concerne les tranches d'âges, plus de la moitié de la population des infirmiers urgentistes ont plus de 35ans, cela se justifie par le fait que ces derniers sont plus insérés professionnellement, étant donné que les unités d'urgences nécessitent une intervention immédiate et un haut niveau de concentration de la part d'un personnel urgentiste plus expérimenté afin de préserver la vie des patients, alors que la population jeune des infirmiers urgentistes ne constitue que 34,94%. Ce taux témoigne d'un manque de personnel jeune qui fait penser qu'ils sont nouvellement insérés dans les services d'urgence, car ils ne sont pas préparés pour la prise en charge des patients en détresse physique ou psychologique, Ceci dit, ce n'est qu'après quelques années d'exercice que les infirmiers urgentistes pourraient travailler aux services des urgences.

Selon la situation familiale, la majorité de la population étudiée est mariée tout en sachant que 30,57% se déclarent célibataires. Ce qui implique que les mariés sont supposés avoir plus de charge par rapport aux célibataires du fait de leurs engagements dans un double rôle, d'une par comme des travailleurs qui gèrent leur carrière professionnelle et comme des individus ayant des

responsabilités familiales d'une autre part, ce qui pourrait engendrer un déséquilibre somatique et psychologique.

Quant aux nombre d'années d'expériences, les sujets enquêtés qui ont plus de 10ans d'expérience sont largement majoritaires avec un taux de 69,43%, tandis que ceux ayant moins de 10 ans d'expérience ne représentent que 27,63%. Il en ressort que la population des infirmiers urgentistes est dotée de potentiels humains très expérimentés. Effectivement, les services des urgences sont des lieux où l'expérience professionnelle est nécessaire pour le bon fonctionnement de l'exercice infirmier, en vue d'une prise en charge immédiate et d'une maîtrise technique très élaborée. Lorsque les infirmiers urgentistes rencontrent des situations ou des crises dont l'intervention s'avère très délicate, toute sorte de sollicitation doit être assurée, qu'il s'agisse d'intervenir sur le terrain auprès des victimes lors des catastrophes naturelles ou celles causées par l'homme ou qu'il s'agisse de gérer le flux massif des patients et les soins prodigués aux patients en milieu hospitalier. Les infirmiers urgentistes doivent impérativement acquérir une bonne expérience professionnelle afin de pouvoir effectuer leur tâche en toute rapidité et technicité.

Par rapport au mode de travail, la moitié des infirmiers urgentistes exercent leur métier sur un mode « jour et nuit » en alternance, vient en deuxième position le mode de travail « jour » avec 38,85%, alors que les infirmiers urgentistes oeuvrant selon le mode de travail « nuit » sont peu nombreux. Cela nous laisse à estimer que pour assurer les fortes sollicitations vis-à-vis des patients et le bon fonctionnement des services des urgences, cette catégorie de professionnels est amenée lors de l'exercice de son métier à s'orienter vers ce type de travail que l'on nomme également « le travail posté » en semi-continu qui comprend trois équipes avec interruption le week-end et éventuellement pendant les congés (3X8). Ce mode de travail conduit à plus ou moins long terme non seulement aux atteintes physiques et psychologiques mais aussi il entraîne des conséquences sur la vie sociale, familiale et professionnelle puisqu'il perturbe l'horloge biologique.

Concernant le lieu de travail, il semble que la majorité de la population des infirmiers urgentistes est regroupée au niveau du Centre Hospitalo-universitaire de Constantine (CHUC) qui emploie plus d'effectif travaillant dans les services des urgences d'une part et accueillant un nombre important de patients venant des différentes régions d'autre part. Par ailleurs le taux

détenu par rapport aux différents secteurs sanitaires, établissements hospitaliers spécialisés et polycliniques s'avère se rapprocher approximativement.

Selon la répartition de la population des services du centre hospitalo-universitaire de Constantine, le taux des infirmiers urgentistes exerçant dans le service des urgences chirurgicales et de 14,25%, ce qui constitue un taux élevé, vient en deuxième position le service des urgences médicales avec un taux de 9,66%, puis le service de gynécologie avec un taux de 5.98%. Par ailleurs, les taux dans les autres services sont quasiment identiques. Compte tenu de la présence d'un nombre important de personnel paramédical urgentiste aux urgences chirurgicales et médicales, ainsi que dans le service de gynécologie, ceux-ci contiennent plusieurs unités afin de contenir le flux imprévisible des victimes lors des incidents grave et de prendre en charge le maximum de patients qui se présentent aux urgences.

Les résultats de Humberg Burn out Inventory :

D'après les tris à plat nous avons relevé au sein de la population des infirmiers urgentistes la présence des caractéristiques suivantes : *l'épuisement émotionnel* (33,56%), *le sentiment d'impuissance* (50%), *le vide intérieur* (30,80%), *le ras-le-bol professionnel* (35,86%) et *la réaction agressive* (28,50%). Il paraît que l'épuisement professionnel affecte un taux important d'infirmiers urgentistes, du fait que les proportions mentionnées ci-dessus sont appréciables. La présence de la composante essentielle du burn out (l'épuisement émotionnel) ainsi que le vide intérieur dévoilent une implication émotionnelle. Dans la mesure où ces professionnels sont exposés aux conditions de travail contraignantes en travaillant auprès de la maladie, la souffrance et la mort, mettant ainsi en oeuvre leur ressource psychologique qui seront réduites progressivement, donnant accès à un épuisement émotionnel. Ceci se traduit par le sentiment de ne plus pouvoir donner à autrui au plan psychologique, ce qui génère des attitudes négatives au travail comme le sentiment d'impuissance, l'ennui et les réactions agressives.

En revanche, les infirmiers urgentistes sont indemnes des autres symptômes du burn out comme l'insatisfaction sur la performance, la distanciation, la réaction dépressive, l'incapacité à se détendre et l'exigence de soi. Ce qui indique qu'en dépit de l'usure émotionnelle, ces professionnels semblent être engagés dans une relation d'aide en répondant aux différentes sollicitations provenant des patients ou d'autrui quelques soient les circonstances en préservant leur performance, ce qui reflète une efficacité réelle quant à leur propre accomplissement personnel. En outre, ces infirmiers sont capable de se détendre en se détachant facilement de leur préoccupations professionnelles quand ils quittent le milieu de travail sans aucune culpabilité

maladive. Par conséquent, nous nous demandons si la population des infirmiers urgentistes présente la phase précoce de l'épuisement professionnel du fait de la présence de l'épuisement émotionnel qui est considéré comme la première phase dans le développement du burn out ?

IV. La présentation des résultats des tris croisés

Avant d'aborder les résultats des tris croisés obtenus par le biais du logiciel statbox (version 6.6.), il nous semble nécessaire de signaler les codes ou les signes qui seront mentionnés dans les tableaux ci-dessous et qui sont respectivement :

- 1- (+) : effectif observé supérieur à l'effectif théorique
- 2- (-) : effectif observé inférieur à l'effectif théorique
- 3- NS : test du χ^2 par case non significatif au seuil $\alpha=0,10$
- 4- * : test du χ^2 par case significatif au seuil $\alpha=0,10$
- 5- ** : test du χ^2 par case significatif au seuil $\alpha=0,05$
- 6- *** : test du χ^2 par case significatif au seuil $\alpha=0,01$

1. le sexe

Tris croisé entre la répartition de la variable « sexe » et la répartition de la variable « sentiment d'impuissance ».

Hypothèse nulle :

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre la répartition de la variable « sexe » et la répartition de la variable « sentiment d'impuissance ».

| Tableau des effectifs observés + Tableau du khi ² par case : | | | | | | |
|---|-------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------|
| | 1- Absence | 2- bas | 3- modéré | 4- sévère | 5- grave | Total |
| 1- Masculin | (+) NS 8 | (+) NS 36 | (+) NS 72 | (-) NS 49 | (-) ** 39 | 204 |
| 2- Féminin | (-) NS 6 | (-) NS 31 | (-) NS 64 | (+) NS 60 | (+) ** 70 | 231 |
| Total | 14 | 67 | 136 | 109 | 109 | 435 |

Tableau n° 27 : croisement entre la variable « sexe » et la variable «le sentiment d'impuissance »

Le khi² est significatif au seuil de probabilité alpha 0.05, ce qui rejette l'hypothèse nulle et nous amène à adopter l'hypothèse de recherche selon laquelle « il y a une différence statistiquement significative entre la variable sexe et la composante « sentiment d'impuissance », cela signifie que les femmes éprouvent plus de sentiment d'impuissance que les hommes.

Tris croisés entre la répartition de la variable « sexe » et la répartition de la variable «vide intérieur»

Hypothèse nulle :

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre la répartition de la variable «sexe» et la répartition de la variable «vide intérieur ».

| Tableau des effectifs observés + Tableau du khi ² par case : | | | | | | |
|---|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------|
| | 1- Absence | 2- bas | 3- modéré | 4- sévère | 5- grave | Total |
| 1- Masculin | (-) NS 24 | (+) ** 31 | (+) NS 64 | (+) NS 30 | (-) NS 55 | 204 |
| 2- Féminin | (+) NS 29 | (-) ** 21 | (-) NS 70 | (-) NS 32 | (+) NS 79 | 231 |
| Total | 53 | 52 | 134 | 62 | 134 | 435 |

Tableau n° 28 : croisement entre la variable « sexe » et la variable « vide intérieur »

Le khi² est significatif au seuil de probabilité alpha 0.05 et nous fait adopter l'hypothèse de recherche selon laquelle il y a une différence statistiquement significative entre la variable

« sexe » et la variable « vide intérieur », donc nous rejetons l'hypothèse nulle. Le sentiment de vide intérieur est plus bas chez les hommes que chez les femmes.

Tris croisé entre la répartition de la variable «sexe » et la répartition de la variable «ras-le-bol professionnel»

Hypothèse nulle :

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre la répartition de la variable «sexe » et la répartition de la variable «ras-le-bol professionnel»

| Tableau des effectifs observés + Tableau du khi ² par case : | | | | | | |
|---|-------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------|
| | 1- Absence | 2- bas | 3- modéré | 4- sévère | 5- grave | Total |
| 1- Masculin | (+) NS 8 | (-) NS 35 | (+) ** 98 | (-) NS 44 | (-) ** 19 | 204 |
| 2- Féminin | (-) NS 8 | (+) NS 47 | (-) ** 83 | (+) NS 55 | (+) ** 38 | 231 |
| Total | 16 | 82 | 181 | 99 | 57 | 435 |

Tableau n° 29 : croisement entre la variable « sexe » et la variable « Ras-le-bol professionnel »

Le khi² est significatif au seuil de probabilité alpha 0.05 et nous fait adopter l'hypothèse de recherche selon laquelle il y a une différence statistiquement significative entre la variable « sexe » et la variable « ras-le-bol professionnel » et nous amène à rejeter l'hypothèse nulle. Les femmes sont plus touchées par le ras-le-bol professionnel de niveau grave et les hommes sont plus touchés par le ras-le-bol professionnel de niveau modéré.

Tris croisé entre la répartition de la variable «sexe » et la répartition de la variable «incapacité à se détendre »

Hypothèse nulle :

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre la répartition de la variable «sexe » et la répartition de la variable «incapacité à se détendre ».

| Tableau des effectifs observés + Tableau du khi ² par case : | | | | | | |
|---|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------|
| | 1- Absence | 2- bas | 3- modéré | 4- sévère | 5- grave | Total |
| 1- Masculin | (+) ** 59 | (+) NS 88 | (-) NS 36 | (-) NS 6 | (-) ** 15 | 204 |
| 2- Féminin | (-) ** 43 | (-) NS 95 | (+) NS 50 | (+) NS 11 | (+) ** 32 | 231 |
| Total | 102 | 183 | 86 | 17 | 47 | 435 |

Tableau n° 30 : croisement entre la variable « sexe » et la variable « incapacité à se détendre ».

Ce tableau montre aussi l'existence d'un rapport entre la variable « sexe » et la variable « incapacité à se détendre », ce qui met en évidence que les femmes éprouvent plus de difficultés à se détendre que les hommes.

Tris croisé entre la répartition de la variable « sexe » et la répartition de la variable « réaction agressive ».

Hypothèse nulle :

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre la répartition de la variable « sexe » et la répartition de la variable « réaction agressive ».

| Tableau des effectifs observés + Tableau du khi ² par case | | | | | | |
|---|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------|
| | 1- Absence | 2- bas | 3- modéré | 4- sévère | 5- grave | Total |
| 1- Masculin | (+) NS 46 | (+) NS 61 | (+) NS 51 | (-) ** 18 | (-) NS 28 | 204 |
| 2- Féminin | (-) NS 40 | (-) NS 61 | (-) NS 52 | (+) ** 39 | (+) NS 39 | 231 |
| Total | 86 | 122 | 103 | 57 | 67 | 435 |

Tableau n° 31 : croisement entre la variable « âge » et la variable « réaction agressive ».

Quant à la réaction agressive, ce croisement mentionne que les femmes contrairement aux hommes montre des réactions agressives de niveau sévère face aux frustrations vécues lors de l'exercice du métier.

2. L'âge :

Tris croisé entre la répartition de la variable « âge » et la répartition de la variable « épuisement émotionnel ».

Hypothèse nulle :

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre la répartition de la variable « âge » et la répartition de la variable « épuisement émotionnel ».

| Tableau des effectifs observés + Tableau du khi ² par case | | | | | | |
|---|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------|
| | 1- Absence | 2- bas | 3- modéré | 4- sévère | 5- grave | Total |
| 1- 21ans- 35ans | (-) NS 7 | (-) NS 25 | (-) NS 46 | (-) NS 16 | (+) NS 58 | 152 |
| 2- 36 ans-50 ans | (-) NS 12 | (-) NS 47 | (+) NS 91 | (+) NS 34 | (-) NS 85 | 269 |
| 3- > 50 ans | (+) NS 2 | (+) ** 6 | (-) NS 2 | (-) NS 1 | (-) NS 3 | 14 |
| Total | 21 | 78 | 139 | 51 | 146 | 435 |

Tableau n° 32 : croisement entre la variable « âge » et la variable « épuisement émotionnel ».

Le khi² est significatif au seuil de probabilité alpha 0.05, indiquant une relation statistiquement significative entre l'âge et l'épuisement émotionnel, c'est-à-dire que l'épuisement émotionnel est présent chez les sujets ayant plus de 50 ans malgré sa moindre importance.

- Tris croisé entre la répartition de la variable « âge » et la répartition de la variable « distanciation »

Hypothèse nulle :

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre la répartition de la variable « âge » et la répartition de la variable « distanciation ».

| Tableau des effectifs observés + Tableau du khi ² par case | | | | | | |
|---|--------------|--------------|---------------|-------------|--------------|-------|
| | 1- Absence | 2- bas | 3- modéré | 4- sévère | 5- grave | Total |
| 1- 21ans- 35ans | (-) NS 22 | (+) NS 29 | (-) NS 52 | (+) * 23 | (+) NS 26 | 152 |
| 2- 36ans-50 ans | (+) NS 41 | (-) NS 46 | (+) ** 115 | (-) * 24 | (-) NS 43 | 269 |
| 3- > 50 ans | (+) NS 3 | (+) NS 5 | (-) NS 2 | (+) NS 2 | (-) NS 2 | 14 |
| Total | 66 | 80 | 169 | 49 | 71 | 435 |

Tableau n° 33 : croisement entre la variable « âge » et la variable « distanciation ».

Ce croisement nous indique l'existence d'une relation entre la variable « âge » et la variable « distanciation », les sujets appartenant à la catégorie d'âge de 21ans -35ans montrent un niveau de distanciation sévère qui diminue avec l'âge. Autrement dit, plus les infirmiers urgentistes sont jeunes, plus ils souffrent de distanciation.

- Tris croisé entre la répartition de la variable « âge » et la répartition de la variable « sentiment d'impuissance».

Hypothèse nulle :

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre la répartition de la variable « âge » et la répartition de la variable « sentiment d'impuissance ».

| Tableau des effectifs observés + Tableau du khi ² par case | | | | | | |
|---|-------------|--------------|--------------|--------------|---------------|-------|
| | 1- Absence | 2- bas | 3- modéré | 4- sévère | 5- grave | Total |
| 1- 21ans- 35ans | (+) NS 5 | (-) NS 20 | (-) * 39 | (-) NS 38 | (+) *** 50 | 152 |
| 2- 36 ans-50ans | (-) NS 8 | (+) NS 42 | (+) ** 94 | (+) NS 68 | (-) ** 57 | 269 |
| 3- > 50 ans | (+) NS 1 | (+) * 5 | (-) NS 3 | (-) NS 3 | (-) NS 2 | 14 |
| Total | 14 | 67 | 136 | 109 | 109 | 435 |

Tableau n° 34 : croisement entre la variable « âge » et la variable « sentiment d'impuissance ».

Ce croisement montre la présence de corrélation entre la variable « âge » et la variable « sentiment d'impuissance ». Chez les plus jeunes, ce sentiment est grave et modéré qui disparaît progressivement avec l'âge.

3. La situation familiale

Tris croisé entre la répartition de la variable « situation familiale » et la répartition de la variable « insatisfaction sur la performance »

Hypothèse nulle :

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre la répartition de la variable « situation familiale » et la répartition de la variable « manque d'accomplissement personnel ».

| Tableau des effectifs observés + Tableau du khi ² par case | | | | | | |
|---|---------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------|
| | 1- Absence | 2- bas | 3- modéré | 4- sévère | 5- grave | Total |
| 1- Célibataire | (-) NS 52 | (+) * 58 | (+) NS 15 | (-) NS 5 | (-) NS 3 | 133 |
| 2- Marié | (+) NS 133 | (-) * 104 | (-) NS 27 | (+) NS 20 | (+) NS 18 | 302 |
| Total | 185 | 162 | 42 | 25 | 21 | 435 |

Tableau n° 35 : croisement entre la variable « situation familiale » et la variable « manque d'accomplissement personnel (insatisfaction sur la performance) ».

Le croisement entre la variable « situation familiale » et la variable « insatisfaction sur la performance » stipule l'existence d'une relation entre ces deux variables. Les mariés sont plus nombreux à ne pas être insatisfaits, de même que les célibataires sont moins nombreux à ne pas être insatisfaits.

Tris croisé entre la répartition de la variable « situation familiale » et la répartition de la variable « réaction dépressive ».

Hypothèse nulle :

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre la répartition de la variable « situation familiale » et la répartition de la variable « réaction dépressive ».

| Tableau des effectifs observés + Tableau du khi ² par case | | | | | | |
|---|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------|
| | 1- Absence | 2- bas | 3- modéré | 4- sévère | 5- grave | Total |
| 1- Célibataire | (+) NS 37 | (-) * 44 | (+) NS 29 | (-) NS 13 | (+) NS 10 | 133 |
| 2- Marié | (-) NS 61 | (+) * 128 | (-) NS 65 | (+) NS 35 | (-) NS 13 | 302 |
| Total | 98 | 172 | 94 | 48 | 23 | 435 |

Tableau n° 36 : croisement entre la variable « situation familiale » et la variable « réaction dépressive ».

Ce croisement montre aussi qu'il y a une corrélation entre la situation familiale et la réaction dépressive, indiquant ainsi que la réaction dépressive est moins importante chez les mariés.

Tris croisé entre la répartition de la variable « situation familiale » et la répartition de la variable «le sentiment d'impuissance »

Hypothèse nulle :

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre la répartition de la variable « situation familiale » et la répartition de la variable « le sentiment d'impuissance ».

| Tableau des effectifs observés + Tableau du khi ² par case | | | | | | |
|---|--------------|-------------|--------------|--------------|--------------|-------|
| | 1- Absence | 2- bas | 3- modéré | 4- sévère | 5- grave | Total |
| 1- Célibataire | (-) NS 3 | (-) * 14 | (+) NS 44 | (+) NS 39 | (-) NS 33 | 133 |
| 2- Marié | (+) NS 11 | (+) * 53 | (-) NS 92 | (-) NS 70 | (+) NS 76 | 302 |
| Total | 14 | 67 | 136 | 109 | 109 | 435 |

Tableau n° 37 : croisement entre la variable « situation familiale » et la variable «le sentiment d'impuissance ».

Ce tableau nous indique l'existence d'une corrélation entre la variable « situation familiale » et la variable « impuissance » au seuil alpha 0,10 ; les mariés présentent un sentiment d'impuissance de niveau bas par rapport aux célibataires.

Tris croisé entre la répartition de la variable « situation familiale » et la répartition de la variable « incapacité de se détendre »

Hypothèse nulle :

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre la répartition de la variable « situation familiale » et la répartition de la variable «incapacité à se détendre».

| Tableau des effectifs observés + Tableau du khi ² par case | | | | | | |
|---|--------------|---------------|--------------|------------|--------------|-------|
| | 1- Absence | 2- bas | 3- modéré | 4- sévère | 5- grave | Total |
| 1- Célibataire | (-) NS 30 | (+) NS 58 | (-) NS 24 | (+) * 9 | (-) NS 12 | 133 |
| 2- Marié | (+) NS 72 | (-) NS 125 | (+) NS 62 | (-) * 8 | (+) NS 35 | 302 |
| Total | 102 | 183 | 86 | 17 | 47 | 435 |

Tableau n° 38 : croisement entre la variable « situation familiale » et la variable « incapacité à se détendre ».

Le croisement entre la variable « situation familiale » et la variable « incapacité à se détendre » nous reflète que les célibataires présentent des difficultés à se détendre. Par rapport aux célibataires, les mariés peuvent se détendre plus facilement.

Tris croisé entre la répartition de la variable « situation familiale » et la répartition de la variable « réaction agressive ».

Hypothèse nulle :

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre la répartition de la variable « la situation familial » et la répartition de la variable «réaction agressive ».

| Tableau des effectifs observés + Tableau du khi ² par case | | | | | | |
|---|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------|
| | 1- Absence | 2- bas | 3- modéré | 4- sévère | 5- grave | Total |
| 1- Célibataire | (-) NS 25 | (-) NS 35 | (-) NS 26 | (+) NS 19 | (+) ** 28 | 133 |
| 2- Marié | (+) NS 61 | (+) NS 87 | (+) NS 77 | (-) NS 38 | (-) ** 39 | 302 |
| Total | 86 | 122 | 103 | 57 | 67 | 435 |

Tableau n° 39 : croisement entre la variable « situation familiale » et la variable « réaction agressive ».

Le khi² est significatif au seuil de probabilité alpha 0.05, signifiant ainsi qu'il y a une corrélation statistiquement significative entre la situation familiale et la réaction agressive, c'est-à-dire que cette dernière existe plus chez les célibataires que chez les mariés.

4. Le nombre d'années d'expérience

Tri croisé entre la répartition de la variable « nombre d'années d'expérience » et la répartition de la variable « épuisement émotionnel »

Hypothèse nulle :

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre la répartition de la variable « Le nombre d'années d'expérience» et la répartition de la variable «épuisement émotionnel ».

| Tableau des effectifs observés + Tableau du khi ² par case | | | | | | |
|---|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|-------|
| | 1- Absence | 2- bas | 3- modéré | 4- sévère | 5- grave | Total |
| 1- -10ans | (+) NS 7 | (-) NS 18 | (-) NS 37 | (+) NS 17 | (+) NS 40 | 119 |
| 2- 10ans-25ans | (-) NS 12 | (-) NS 48 | (-) NS 88 | (-) NS 29 | (+) NS 100 | 277 |
| 3- > 25 ans : | (+) NS 2 | (+) ** 12 | (+) NS 14 | (+) NS 5 | (-) ** 6 | 39 |
| Total | 21 | 78 | 139 | 51 | 146 | 435 |

Tableau n° 40 : croisement entre la variable «Le nombre d'années d'expérience » et la variable « épuisement émotionnel ».

Le khi² est significatif au seuil de probabilité alpha 0,05 et nous fait adopter l'hypothèse de recherche selon laquelle il y a une différence statistiquement significative entre la variable

«nombre d'années d'expérience» et la variable «épuisement émotionnel », ce qui rejette l'hypothèse nulle. Parmi les plus de 25ans d'ancienneté, il y a ceux qui sont les plus touchés par l'épuisement émotionnel bas, mais ils sont peu nombreux ceux qui ne sont pas touchés par un épuisement émotionnel sévère.

Tri croisé entre la répartition de la variable « nombre d'années d'expérience» et la répartition de la variable « distanciation »

Hypothèse nulle : Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre la répartition de la variable « Le nombre d'années d'expérience» et la répartition de la variable «distanciation ».

| Tableau des effectifs observés + Tableau du khi ² par case | | | | | | |
|---|--------------|--------------|---------------|--------------|--------------|-------|
| | 1- Absence | 2- bas | 3- modéré | 4- sévère | 5- grave | Total |
| 1- -10ans | (-) NS 14 | (-) NS 21 | (-) NS 41 | (+) ** 20 | (+) NS 23 | 119 |
| 2- 10ans-25 ans | (+) NS 45 | (-) NS 48 | (+) NS 115 | (-) NS 26 | (-) NS 43 | 277 |
| 3- > 25 ans | (+) NS 7 | (+) NS 11 | (-) NS 13 | (-) NS 3 | (-) NS 5 | 39 |
| Total | 66 | 80 | 169 | 49 | 71 | 435 |

Tableau n° 41 : croisement entre la variable «Le nombre d'années d'expérience» et la variable « distanciation ».

Le tableau ci-dessus met l'accent sur la présence de relation entre Le nombre d'années d'expérience et la distanciation, indiquant que les sujets ayant moins de 10 ans développent une distanciation de niveau sévère. Ceux-ci dit, les moins expérimentés ont plus de distanciation.

Tri croisé entre la répartition de la variable « Le nombre d'années d'expérience» et la répartition de la variable «le sentiment d'impuissance »

Hypothèse nulle : Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre la répartition de la variable « Le nombre d'années d'expérience» et la répartition de la variable « sentiment d'impuissance».

| Tableau des effectifs observés + Tableau du khi ² par case | | | | | | |
|---|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------|
| | 1- Absence | 2- bas | 3- modéré | 4- sévère | 5- grave | Total |
| 1- -10ans | (-) NS 3 | (-) NS 18 | (-) ** 28 | (+) NS 32 | (+) * 38 | 119 |
| 2- 10ans-25 ans | (+) NS 11 | (-) NS 38 | (+) * 96 | (+) NS 70 | (-) NS 62 | 277 |
| 3- > 25 ans | (-) NS 0 | (+) ** 11 | (-) NS 12 | (-) NS 7 | (-) NS 9 | 39 |
| Total | 14 | 67 | 136 | 109 | 109 | 435 |

Tableau n° 42 : croisement entre la variable «Le nombre d'années d'expérience» et la variable « sentiment d'impuissance ».

Ce croisement nous montre que les infirmiers urgentistes ayant moins de 10 ans d'expériences présentent une impuissance de niveau grave, qui tend vers un niveau modéré chez les sujets ayant une expérience professionnelle entre 10 ans et 25 ans, tandis qu'elle est de niveau bas chez la population ayant plus de 25 ans. Nous constatons que l'impuissance diminue avec le nombre d'années d'expériences.

Tri croisé entre la répartition de la variable « Le nombre d'années d'expérience » et la répartition de la variable « réaction agressive »

Hypothèse nulle :

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre la répartition de la variable « Le nombre d'années d'expérience » et la répartition de la variable « réaction agressive ».

| Tableau des effectifs observés + Tableau du khi ² par case | | | | | | |
|---|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------|
| | 1- Absence | 2- bas | 3- modéré | 4- sévère | 5- grave | Total |
| 1- -10ans | (-) NS 18 | (+) NS 39 | (-) * 21 | (+) NS 19 | (+) NS 22 | 119 |
| 2- 10ans-25 ans | (+) NS 61 | (-) NS 73 | (+) NS 67 | (-) NS 35 | (-) NS 41 | 277 |
| 3- > 25 ans | (-) NS 7 | (-) NS 10 | (+) ** 15 | (-) NS 3 | (-) NS 4 | 39 |
| Total | 86 | 122 | 103 | 57 | 67 | 435 |

Tableau n° 43 : croisement entre la variable «Le nombre d'années d'expériences» et la variable « réaction agressive».

Le khi² est significatif au seuil de probabilité alpha 0,05 et nous fait adopter l'hypothèse de recherche selon laquelle il y a une différence statistiquement significative entre le nombre d'années d'expérience et la réaction agressive, donc nous rejetons l'hypothèse nulle. Ce qui signifie que les infirmiers urgentistes ayant plus de 25 ans d'expériences présentent une réaction agressive de niveau modéré, contrairement à ceux qui ont moins de 10ans d'expérience.

5. Mode de travail

Tri croisé entre la répartition de la variable « mode de travail » et la répartition de la variable «épuisement émotionnel »

Hypothèse nulle :

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre la répartition de la variable « mode de travail » et la répartition de la variable «épuisement émotionnel ».

| Tableau des effectifs observés + Tableau du khi ² par case | | | | | | |
|---|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------|
| | 1- Absence | 2- bas | 3- modéré | 4-sévère | 5- grave | Total |
| 1- Le jour | (-) ** 3 | (+) ** 39 | (+) NS 60 | (-) NS 19 | (-) * 48 | 169 |
| 2- La nuit | (-) NS 1 | (-) NS 7 | (-) NS 12 | (+) NS 5 | (+) NS 16 | 41 |
| 3- jour et nuit | (+) ** 17 | (-) ** 32 | (-) NS 67 | (+) NS 27 | (+) NS 82 | 225 |
| Total | 21 | 78 | 139 | 51 | 146 | 435 |

Tableau n° 44 : croisement entre la variable «mode de travail » et la variable «épuisement émotionnel».

Le khi² est significatif au seuil de probabilité alpha 0,05, signifie que parmi les infirmiers urgentistes travaillant le jour, il y a ceux qui présentent un épuisement émotionnel bas et ceux qui ne présentent pas la même composante de façon grave, comme nous notons également l'absence de cette variable chez ceux qui exercent leur métier le jour et la nuit en alternance.

Tri croisé entre la répartition de la variable « mode de travail » et la répartition de la variable «le manque d'accomplissement personnel ».

Hypothèse nulle :

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre la répartition de la variable « mode de travail » et la répartition de la variable « manque d'accomplissement personnel ».

| Tableau des effectifs observés + Tableau du khi ² par case | | | | | | |
|---|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------|
| | 1- Absence | 2- bas | 3- modéré | 4- sévère | 5- grave | Total |
| 1- Le jour | (-) NS 67 | (+) NS 68 | (-) NS 14 | (+) ** 15 | (-) NS 5 | 169 |
| 2- La nuit | (-) NS 13 | (+) NS 17 | (+) NS 6 | (-) NS 2 | (+) NS 3 | 41 |
| 3- Jour et nuit | (+) * 105 | (-) NS 77 | (+) NS 22 | (-) * 8 | (+) NS 13 | 225 |
| Total | 185 | 162 | 42 | 25 | 21 | 435 |

Tableau n° 45 : croisement entre la variable «mode de travail » et la variable «manque d'accomplissement personnel ».

Le khi² est significatif au seuil de probabilité alpha 0.05, c'est-à-dire qu'il existe une corrélation entre le mode de travail et le manque d'accomplissement personnel. Nous apercevons ici que la variable « manque d'accomplissement personnel » est de niveau sévère chez les infirmiers

urgentistes exerçant sur un mode de travail « jour », alors qu'il est quasi-inexistant chez ceux qui travaillent jour et nuit.

Tri croisé entre la répartition de la variable « mode de travail » et la répartition de la variable « vide intérieur »

Hypothèse nulle :

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre la répartition de la variable « mode de travail » et la répartition de la variable « vide intérieur ».

| Tableau des effectifs observés + Tableau du khi ² par case | | | | | | |
|---|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------|
| | 1- Absence | 2- bas | 3- modéré | 4- sévère | 5- grave | Total |
| 1- Le jour | (-) NS 15 | (+) NS 20 | (-) NS 55 | (-) NS 23 | (+) NS 56 | 169 |
| 2- La nuit | (-) NS 4 | (+) NS 6 | (-) * 7 | (+) * 10 | (+) NS 14 | 41 |
| 3- Jour et nuit | (+) * 34 | (-) NS 25 | (+) NS 72 | (-) NS 29 | (-) NS 65 | 225 |
| Total | 53 | 51 | 134 | 62 | 135 | 435 |

Tableau n° 46 : croisement entre la variable «mode de travail » et la variable « vide intérieur ».

Le khi² est significatif au seuil de probabilité alpha 0,10, qui renvoie à l'existence d'une relation entre la variable « le mode de travail » et la variable « vide intérieur ». Nous notons que le vide intérieur est de niveau sévère chez les infirmiers urgentistes qui travaillent la nuit et inexistant chez ceux qui travaillent jour et nuit.

6. le lieu de travail

Tris croisé entre la répartition de la variable « lieu de travail » et la répartition de la variable « épuisement émotionnel »

Hypothèse nulle :

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre la répartition de la variable « le lieu de travail » et la répartition de la variable « épuisement émotionnel ».

| Tableau des effectifs observés + Tableau du khi ² pas case | | | | | | |
|---|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------|
| | 1- Absence | 2- bas | 3- modéré | 4- sévère | 5- grave | Total |
| 1- CHUC | (-) NS 12 | (-) NS 44 | (-) NS 83 | (+) NS 34 | (+) NS 88 | 261 |
| 2- Hôpital El Khroub | (-) NS 1 | (+) NS 5 | (-) NS 7 | (-) NS 0 | (+) NS 9 | 22 |
| 3- P, Ain S'Mara | (-) NS 0 | (-) NS 1 | (-) NS 3 | (-) NS 1 | (+) NS 6 | 11 |
| 4- Hôpital El Bir | (-) NS 0 | (+) NS 4 | (-) NS 3 | (-) NS 1 | (+) NS 6 | 14 |
| 5- P, Filali | (-) NS 0 | (-) NS 2 | (+) NS 6 | (-) NS 1 | (+) NS 6 | 15 |
| 6- EHS Psychiatrique | (+) *** 5 | (-) NS 1 | (-) NS 3 | (+) NS 3 | (+) NS 7 | 19 |
| 7- Hôpital Zighoud, Y | (+) NS 1 | (+) NS 6 | (+) NS 7 | (-) NS 1 | (-) NS 4 | 19 |
| 8- P, Didouche M | (-) NS 0 | (+) NS 2 | (+) NS 4 | (+) NS 2 | (-) ** 0 | 8 |
| 9- EHS Pédiatrique | (-) NS 0 | (-) NS 1 | (+) NS 8 | (-) NS 1 | (-) * 0 | 8 |
| 10- Maternité SMK | (-) NS 0 | (-) NS 3 | (+) NS 10 | (+) NS 5 | (+) NS 10 | 28 |
| 11- EHS Rénale | (-) NS 0 | (+) NS 4 | (-) NS 1 | (+) NS 2 | (+) NS 4 | 11 |
| 12- P.Ibn Ziad | (+) NS 2 | (+) ** 5 | (+) NS 4 | (-) NS 0 | (-) ** 0 | 11 |
| Total | 21 | 78 | 139 | 51 | 146 | 435 |

Tableau n° 47 : croisement entre la variable « le lieu de travail » et la variable « épuisement émotionnel ».

Le khi² significatif au seuil de probabilité alpha 0,05 mentionnant qu'à la polyclinique d'Ibn Ziad, l'épuisement émotionnel est de niveau très bas, alors que chez les autres il n'y a pas de différences.

Tris croisé entre la répartition de la variable « lieu de travail » et la répartition de la variable « manque d'accomplissement personnel »

Hypothèse nulle :

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre la répartition de la variable « le lieu de travail » et la répartition de la variable «manque d'accomplissement personnel ».

| Tableau des effectifs observés + Tableau du khi ² par case | | | | | | |
|---|---------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------|
| | 1- Absence | 2- bas | 3- modéré | 4- sévère | 5- grave | Total |
| 1- CHUC | (-) NS 109 | (+) NS 99 | (-) NS 24 | (+) NS 17 | (-) NS 12 | 261 |
| 2- Hôpital El Khroub | (-) NS 8 | (+) NS 11 | (-) NS 2 | (-) NS 1 | (-) NS 0 | 22 |
| 3- P. Ain Smara | (-) NS 4 | (+) NS 6 | (-) NS 1 | (-) NS 0 | (-) NS 0 | 11 |
| 4- Hôpital El Bir | (+) NS 7 | (-) ** 1 | (+) NS 2 | (+) NS 2 | (+) NS 2 | 14 |
| 5- P, Filali | (+) NS 7 | (+) NS 6 | (-) NS 1 | (+) NS 1 | (-) NS 0 | 15 |
| 6- EHS Psychiatrique | (+) NS 9 | (-) NS 7 | (-) NS 0 | (+) NS 2 | (+) NS 1 | 19 |
| 7- Hôpital Zighoud, Y | (-) NS 7 | (-) NS 7 | (+) NS 2 | (-) NS 0 | (+) * 3 | 19 |
| 8- P, Didouche M | (-) NS 2 | (+) NS 3 | (+) ** 3 | (-) NS 0 | (-) NS 0 | 8 |
| 9- EHS Pédiatrique | (+) NS 9 | (-) NS 4 | (+) NS 3 | (-) NS 0 | (-) NS 0 | 16 |
| 10- Maternité SMK | (-) NS 10 | (+) NS 13 | (-) NS 2 | (-) NS 1 | (+) NS 2 | 28 |
| 11- EHS Rénale | (+) NS 5 | (-) NS 2 | (+) NS 2 | (+) NS 1 | (+) NS 1 | 11 |
| 12- P.Ibn Ziad | (+) * 8 | (-) NS 3 | (-) NS 0 | (-) NS 0 | (-) NS 0 | 11 |
| Total | 185 | 162 | 42 | 25 | 21 | 435 |

Tableau n° 48 : croisement entre la variable « le lieu de travail » et la variable « manque d'accomplissement personnel ».

Ce croisement mentionne l'existence d'une corrélation entre la variable « lieu de travail » et la variable « manque d'accomplissement personnel », qui indique que les infirmiers urgentistes oeuvrant à l'hôpital de Zighoud Youcef accuse un manque d'accomplissement personnel de niveau grave, alors que la polyclinique de Didouche Mourad présentant aussi un manque d'accomplissement personnel de niveau modéré.

Tris croisé entre la répartition de la variable « lieu de travail » et la répartition de la variable « distanciation »

Hypothèse nulle :

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre la répartition de la variable « le lieu de travail » et la répartition de la variable « distanciation ».

| Tableau des effectifs observés + Tableau du khi ² par case | | | | | | |
|---|--------------|-------------|---------------|-------------|--------------|-------|
| | 1- Absence | 2- bas | 3- modéré | 4- sévère | 5- grave | Total |
| 1- CHUC | (-) NS 37 | (+) * 56 | (-) *** 86 | (+) * 36 | (+) NS 46 | 261 |
| 2- Hôpital El Khroub | (-) NS 3 | (-) NS 4 | (+) NS 10 | (+) NS 3 | (-) NS 2 | 22 |
| 3- P. Ain Smara | (-) NS 0 | (-) NS 2 | (+) NS 6 | (-) NS 1 | (+) NS 2 | 11 |
| 4- Hôpital El Bir | (-) NS 0 | (-) NS 1 | (+) NS 7 | (+) NS 2 | (+) NS 4 | 14 |
| 5- P, Filali | (-) NS 1 | (-) NS 1 | (+) NS 8 | (-) NS 0 | (+) NS 5 | 15 |
| 6- EHS Psychiatrique | (+) NS 5 | (-) * 0 | (+) NS 10 | (-) NS 0 | (+) NS 4 | 19 |
| 7- Hôpital Zighoud, Y | (+) NS 5 | (+) NS 5 | (+) NS 8 | (-) NS 0 | (-) NS 1 | 19 |
| 8- P, Didouche M | (+) NS 2 | (-) NS 1 | (+) NS 4 | (-) NS 0 | (-) NS 1 | 8 |
| 9- EHS Pédiatrique | (+) NS 4 | (-) NS 2 | (+) NS 9 | (-) NS 0 | (-) NS 1 | 16 |
| 10- Maternité SMK | (-) NS 3 | (-) NS 4 | (+) * 16 | (+) NS 4 | (-) NS 1 | 28 |
| 11- EHS Rénale | (-) NS 1 | (-) NS 2 | (-) NS 2 | (+) NS 3 | (+) NS 3 | 11 |
| 12- P.Ibn Ziad | (+) ** 5 | (-) NS 2 | (-) NS 3 | (-) NS 0 | (-) NS 1 | 11 |
| Total | 66 | 80 | 169 | 49 | 71 | 435 |

Tableau n° 49 : croisement entre la variable « le lieu de travail » et la variable « distanciation »

Le tris croisé concernant la relation entre le lieu de travail et la distanciation, nous fait découvrir que certains infirmiers urgentistes oeuvrant au Centre Hospitalo-universitaire de Constantine présentent une distanciation de niveau bas et certains de niveau sévère, alors que ceux exerçant à la maternité de Sidi Mabrouk ont une distanciation de niveau modéré.

Tris croisé entre la répartition de la variable « lieu de travail » et la répartition de la variable « réaction dépressive »

Hypothèse nulle :

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre la répartition de la variable « le lieu de travail » et la répartition de la variable « réaction dépressive ».

| Tableau des effectifs observés + Tableau du khi ² par case | | | | | | |
|---|--------------|---------------|--------------|--------------|--------------|-------|
| | 1- Absence | 2- bas | 3- modéré | 4- sévère | 5- grave | Total |
| 1- CHUC | (+) NS 60 | (-) NS 100 | (-) NS 56 | (+) NS 32 | (-) NS 13 | 261 |
| 2- Hôpital El Khroub | (+) NS 8 | (-) NS 8 | (-) NS 2 | (+) NS 3 | (-) NS 1 | 22 |
| 3- P. Ain Smara | (-) NS 0 | (-) NS 3 | (+) NS 5 | (-) NS 0 | (+) *** 3 | 11 |
| 4- Hôpital El Bir | (-) NS 3 | (-) NS 3 | (+) NS 5 | (+) NS 2 | (+) NS 1 | 14 |
| 5- P, Filali | (+) NS 5 | (-) NS 5 | (-) NS 2 | (+) NS 2 | (+) NS 1 | 15 |
| 6- EHS Psychiatrique | (-) NS 2 | (+) NS 11 | (+) NS 6 | (-) NS 0 | (-) NS 0 | 19 |
| 7- Hôpital Zighoud, Y | (-) NS 2 | (+) * 12 | (-) NS 3 | (-) NS 2 | (-) NS 0 | 19 |
| 8- P, Didouche M | (-) NS 1 | (+) NS 5 | (-) NS 1 | (-) NS 0 | (+) NS 1 | 8 |
| 9- EHS Pédiatrique | (+) * 7 | (-) NS 6 | (-) NS 1 | (+) NS 2 | (-) NS 0 | 16 |
| 10- Maternité SMK | (-) NS 4 | (-) NS 11 | (+) NS 7 | (+) NS 5 | (-) NS 1 | 28 |
| 11- EHS Rénale | (-) NS 2 | (+) NS 6 | (+) NS 3 | (-) NS 0 | (-) NS 0 | 11 |
| 12- P.Ibn Ziad | (+) NS 4 | (-) NS 2 | (+) NS 3 | (-) NS 0 | (+) NS 2 | 11 |
| Total | 98 | 172 | 94 | 48 | 23 | 435 |

Tableau n° 50 : croisement entre la variable « le lieu de travail » et la variable « réaction dépressive ».

En ce qui concerne le croisement entre le lieu de travail et la réaction dépressive, nous constatons que les infirmiers urgentistes qui travaillent à la Polyclinique de Ain Smara présentant une réaction dépressive de niveau grave. Tandis que ceux qui exercent à la l'hôpital de Zighoud Youcef éprouvent un niveau bas quant à la même caractéristique.

Tris croisé entre la répartition de la variable « lieu de travail » et la répartition de la variable « sentiment d'impuissance »

Hypothèse nulle :

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre la répartition de la variable « le lieu de travail » et la répartition de la variable « sentiment d'impuissance ».

| Tableau des effectifs observés + Tableau du khi ² par case | | | | | | |
|---|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------|
| | 1- Absence | 2- bas | 3- modéré | 4- sévère | 5- grave | Total |
| 1- CHUC | (+) NS 10 | (+) NS 42 | (-) ** 70 | (+) NS 69 | (+) NS 70 | 261 |
| 2- Hôpital El Khroub | (-) NS 0 | (+) NS 5 | (+) NS 8 | (-) NS 5 | (-) NS 4 | 22 |
| 3- P. Ain Smara | (-) NS 0 | (-) NS 0 | (+) NS 6 | (-) NS 2 | (+) NS 3 | 11 |
| 4- Hôpital El Bir | (-) NS 0 | (+) NS 3 | (+) NS 5 | (+) NS 4 | (-) NS 2 | 14 |
| 5- P, Filali | (+) NS 1 | (-) NS 0 | (+) NS 8 | (-) NS 2 | (+) NS 4 | 15 |
| 6- EHS Psychiatrique | (+) NS 2 | (+) * 6 | (-) NS 3 | (+) NS 6 | (-) NS 2 | 19 |
| 7- Hôpital Zighoud, Y | (-) NS 0 | (+) NS 3 | (+) * 10 | (-) NS 2 | (-) NS 4 | 19 |
| 8- P, Didouche M | (-) NS 0 | (-) NS 0 | (+) NS 4 | (-) NS 2 | (-) NS 2 | 8 |
| 9- EHS Pédiatrique | (+) NS 1 | (-) NS 2 | (+) NS 6 | (+) NS 5 | (-) NS 2 | 16 |
| 10- Maternité SMK | (-) NS 0 | (-) NS 2 | (+) NS 11 | (-) NS 6 | (+) NS 9 | 28 |
| 11- EHS Rénale | (-) NS 0 | (-) NS 1 | (-) NS 2 | (+) NS 4 | (+) NS 4 | 11 |
| 12- P.Ibn Ziad | (-) NS 0 | (+) NS 3 | (-) NS 3 | (-) NS 2 | (+) NS 3 | 11 |
| Total | 14 | 67 | 136 | 109 | 109 | 435 |

Tableau n° 51 : croisement entre la variable « le lieu de travail » et la variable « sentiment d'impuissance ».

Nous notons quant au croisement entre le lieu de travail et le sentiment d'impuissance, qu'il existe une relation qui indique que la population qui oeuvre à l'EHS Psychiatrique présente un sentiment d'impuissance de niveau bas, bien que celle travaillant à l'Hôpital de Zighoud Youcef présente un sentiment d'impuissance de niveau modéré.

Tri croisé entre la répartition de la variable « lieu de travail » et la répartition de la variable « vide intérieur »

Hypothèse nulle :

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre la répartition de la variable « le lieu de travail » et la répartition de la variable «vide intérieur ».

| Tableau des effectifs observés + Tableau du khi ² par case | | | | | | |
|---|---------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------|
| | 1- Absence | 2- bas | 3- modéré | 4- sévère | 5- grave | Total |
| 1- CHUC | (-) NS 28 | (-) NS 28 | (-) NS 78 | (+) NS 40 | (+) NS 87 | 261 |
| 2- Hôpital El Khroub | (-) NS 2 | (-) NS 2 | (+) NS 7 | (-) NS 2 | (+) NS 9 | 22 |
| 3- P. Ain Smara | (-) NS 0 | (-) NS 1 | (+) NS 4 | (+) NS 2 | (+) NS 4 | 11 |
| 4- Hôpital El Bir | (-) NS 1 | (+) NS 2 | (-) NS 4 | (-) NS 1 | (+) NS 6 | 14 |
| 5- P, Filali | (+) NS 2 | (-) NS 1 | (-) NS 4 | (-) NS 0 | (+) NS 8 | 15 |
| 6- EHS Psychiatrique | (+) **** 7 | (-) NS 1 | (+) NS 7 | (-) NS 0 | (-) NS 4 | 19 |
| 7- Hôpital Zighoud, Y | (-) NS 1 | (+) * 5 | (+) NS 7 | (-) NS 2 | (-) NS 4 | 19 |
| 8- P, Didouche M | (+) NS 2 | (+) NS 2 | (+) NS 3 | (-) NS 1 | (-) NS 0 | 8 |
| 9- EHS Pédiatrique | (-) NS 1 | (+) NS 2 | (-) NS 2 | (+) *** 7 | (-) NS 4 | 16 |
| 10- Maternité SMK | (-) NS 3 | (+) NS 5 | (+) ** 14 | (-) NS 3 | (-) ** 3 | 28 |
| 11- EHS Rénale | (-) NS 0 | (+) NS 2 | (-) NS 3 | (+) NS 3 | (-) NS 3 | 11 |
| 12- P.Ibn ziad | (+) **** 6 | (-) NS 0 | (-) NS 1 | (-) NS 1 | (-) NS 3 | 11 |
| Total | 53 | 51 | 134 | 62 | 135 | 435 |

Tableau n° 52 : croisement entre la variable « le lieu de travail » et la variable « vide intérieur ».

De ce croisement il en ressort qu'il existe une corrélation entre la variable « lieu de travail » et la variable « vide intérieur » se traduisant par la présence de ce dernier avec un score bas au niveau de l'hôpital de Zighoud Youcef, de score sévère au niveau de l'EHS Pédiatrique, et de score modéré au niveau de la maternité de Sidi Mabrouk.

Tris croisé entre la répartition de la variable « lieu de travail » et la répartition de la variable « le ras-le-bol professionnel »

Hypothèse nulle :

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre la répartition de la variable « le lieu de travail » et la répartition de la variable «le ras-le-bol professionnel ».

| Tableau des effectifs observés + Tableau du khi ² par case | | | | | | |
|---|--------------|--------------|---------------|--------------|--------------|-------|
| | 1- Absence | 2- bas | 3- modéré | 4- sévère | 5- grave | Total |
| 1- CHUC | (-) NS 9 | (-) NS 48 | (-) NS 103 | (+) NS 62 | (+) NS 39 | 261 |
| 2- Hôpital El Khroub | (-) NS 0 | (-) NS 2 | (+) NS 12 | (-) NS 5 | (+) NS 3 | 22 |
| 3- P. Ain Smara | (-) NS 0 | (-) NS 0 | (+) NS 7 | (+) NS 3 | (-) NS 1 | 11 |
| 4- Hôpital El Bir | (-) NS 0 | (+) NS 5 | (+) NS 7 | (-) NS 2 | (-) NS 0 | 14 |
| 5- P, Filali | (-) NS 0 | (+) NS 3 | (+) NS 7 | (+) NS 4 | (-) NS 1 | 15 |
| 6- EHS Psychiatrique | (+) NS 1 | (+) NS 6 | (+) NS 8 | (-) NS 3 | (-) NS 1 | 19 |
| 7- Hôpital Zighoud, Y | (-) NS 0 | (+) NS 4 | (-) NS 7 | (+) NS 6 | (-) NS 2 | 19 |
| 8- P, Didouche M | (+) NS 1 | (-) NS 1 | (+) NS 5 | (-) NS 0 | (-) NS 1 | 8 |
| 9- EHS Pédiatrique | (+) NS 2 | (-) NS 2 | (-) NS 6 | (-) NS 2 | (+) NS 4 | 16 |
| 10- Maternité SMK | (-) NS 0 | (-) NS 5 | (+) NS 13 | (+) NS 7 | (-) NS 3 | 28 |
| 11- EHS Rénale | (-) NS 0 | (-) NS 1 | (-) NS 4 | (+) NS 5 | (-) NS 1 | 11 |
| 12- P.Ibn Ziad | (+) *** 3 | (+) * 5 | (-) NS 2 | (-) NS 0 | (-) NS 1 | 11 |
| Total | 16 | 82 | 181 | 99 | 57 | 435 |

Tableau n° 53 : croisement entre la variable « le lieu de travail » et la variable « le ras-le bol professionnel »

Nous constatons que les infirmiers urgentistes exerçant à la Polyclinique d'Ibn Ziad sont ceux qui présentent un ras-le-bol professionnel de niveau bas.

Tris croisé entre la répartition de la variable « lieu de travail » et la répartition de la variable « incapacité à se détendre »

Hypothèse nulle :

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre la répartition de la variable « le lieu de travail » et la répartition de la variable « incapacité à se détendre ».

| Tableau des effectifs observés + Tableau du khi ² par case | | | | | | |
|---|---------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------|
| | 1- Absence | 2- bas | 3- modéré | 4- sévère | 5- grave | Total |
| 1- CHUC | (-) NS 60 | (-) ** 98 | (+) NS 56 | (+) NS 11 | (+) ** 36 | 261 |
| 2- Hôpital El Khroub | (+) NS 6 | (-) NS 9 | (-) NS 4 | (-) N 0 | (+) NS 3 | 22 |
| 3- P. Ain Smara | (-) NS 0 | (+) ** 9 | (-) NS 2 | (-) NS 0 | (-) NS 0 | 11 |
| 4- Hôpital El Bir | (+) NS 4 | (+) NS 7 | (-) NS 2 | (-) NS 0 | (-) NS 1 | 14 |
| 5- P, Filali | (-) NS 2 | (+) NS 7 | (+) NS 4 | (+) NS 1 | (-) NS 1 | 15 |
| 6- EHS Psychiatrique | (-) NS 4 | (+) NS 10 | (+) NS 4 | (-) NS 0 | (-) NS 1 | 19 |
| 7- Hôpital Zighoud, Y | (+) NS 6 | (+) NS 9 | (-) NS 2 | (+) NS 1 | (-) NS 1 | 19 |
| 8- P, Didouche M | (+) NS 3 | (-) NS 3 | (+) NS 2 | (-) NS 0 | (-) NS 0 | 8 |
| 9- EHS Pédiatrique | (-) NS 3 | (+) NS 7 | (-) NS 3 | (+) NS 2 | (-) NS 1 | 16 |
| 10- Maternité SMK | (-) NS 3 | (+) * 17 | (-) NS 5 | (-) NS 1 | (-) NS 2 | 28 |
| 11- EHS Rénale | (+) NS 3 | (-) NS 4 | (-) NS 2 | (+) NS 1 | (-) NS 1 | 11 |
| 12- P.Ibn Ziad | (+) **** 8 | (-) NS 3 | (-) NS 0 | (-) NS 0 | (-) NS 0 | 11 |
| Total | 102 | 183 | 86 | 17 | 47 | 435 |

Tableau n° 54 : croisement entre la variable « le lieu de travail » et la variable « incapacité à se détendre »

A travers ce tableau, nous relevons l'existence d'une corrélation entre le lieu de travail et la composante « incapacité à se détendre ». Cette composante est de niveau grave chez la population des infirmiers urgentistes exerçant au Centre hospitalo-universitaire de Constantine, alors qu'au niveau de la polyclinique de Ain Smara et de la Maternité de Sidi Mabrouk, nous enregistrons un score bas au sujet de la même composante.

Tris croisé entre la répartition de la variable « lieu de travail » et la répartition de la variable « exigence de soi »

Hypothèse nulle :

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre la répartition de la variable « le lieu de travail » et la répartition de la variable « exigence de soi ».

| Tableau des effectifs observés + Tableau du khi ² par case | | | | | | |
|---|---------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------|
| | 1- Absence | 2- bas | 3- modéré | 4- sévère | 5- grave | Total |
| 1- CHUC | (-) ** 113 | (+) NS 70 | (+) NS 50 | (+) NS 12 | (+) NS 16 | 261 |
| 2- Hôpital El Khroub | (+) NS 14 | (-) ** 1 | (+) NS 5 | (+) NS 1 | (-) NS 1 | 22 |
| 3- P. Ain Smara | (-) NS 5 | (-) NS 1 | (+) * 5 | (-) NS 0 | (-) NS 0 | 11 |
| 4- Hôpital El Bir | (+) ** 11 | (-) * 0 | (+) NS 3 | (-) NS 0 | (-) NS 0 | 14 |
| 5- P, Filali | (-) NS 7 | (-) NS 3 | (+) NS 3 | (-) NS 0 | (+) NS 2 | 15 |
| 6- EHS Psychiatrique | (+) NS 11 | (+) NS 6 | (-) NS 1 | (-) NS 0 | (-) NS 1 | 19 |
| 7- Hôpital Zighoud, Y | (+) NS 12 | (-) NS 3 | (-) NS 3 | (-) NS 0 | (-) NS 1 | 19 |
| 8- P, Didouche M | (+) NS 4 | (+) NS 2 | (+) NS 2 | (-) NS 0 | (-) NS 0 | 8 |
| 9- EHS Pédiatrique | (+) NS 8 | (-) NS 3 | (+) NS 3 | (-) NS 0 | (+) NS 2 | 16 |
| 10- Maternité SMK | (-) NS 13 | (+) ** 13 | (-) * 1 | (+) NS 1 | (-) NS 0 | 28 |
| 11- EHS Rénale | (-) NS 4 | (+) NS 4 | (-) NS 1 | (+) NS 1 | (+) NS 1 | 11 |
| 12- P.Ibn Ziad | (+) NS 6 | (-) NS 2 | (+) NS 3 | (-) NS 0 | (-) NS 0 | 11 |
| Total | 208 | 108 | 80 | 15 | 24 | 435 |

Tableau n° 55 : croisement entre la variable « le lieu de travail » et la variable « exigence de soi »

De ce tableau, nous constatons que l'exigence de soi est présente chez les infirmiers urgentistes exerçant à la Polyclinique de Ain Smara de niveau modéré mais cette composante est de niveau bas chez les sages femmes oeuvrant à la maternité de Sidi Mabrouk

Tris croisé entre la répartition de la variable « lieu de travail » et la répartition de la variable « réaction agressive »

Hypothèse nulle :

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre la répartition de la variable « le lieu de travail » et la répartition de la variable « réaction agressive »

| Tableau des effectifs observés + Tableau du khi ² par case | | | | | | |
|---|--------------|--------------|--------------|-------------|--------------|-------|
| | 1- Absence | 2- bas | 3- modéré | 4- sévère | 5- grave | Total |
| 1- CHUC | (-) NS 50 | (-) ** 63 | (+) NS 65 | (+) * 41 | (+) NS 42 | 261 |
| 2- Hôpital El Khroub | (-) NS 2 | (-) NS 6 | (+) NS 8 | (+) NS 3 | (-) NS 3 | 22 |
| 3- P. Ain Smara | (-) NS 0 | (+) NS 4 | (+) NS 3 | (+) NS 2 | (+) NS 2 | 11 |
| 4- Hôpital El Bir | (+) NS 4 | (+) NS 4 | (-) NS 2 | (+) NS 3 | (-) NS 1 | 14 |
| 5- P, Filali | (+) * 6 | (-) NS 2 | (-) NS 3 | (-) NS 1 | (+) NS 3 | 15 |
| 6- EHS Psychiatrique | (-) NS 3 | (+) * 9 | (-) NS 3 | (-) NS 1 | (+) NS 3 | 19 |
| 7- Hôpital Zighoud, Y | (+) NS 6 | (+) NS 8 | (-) NS 2 | (-) NS 1 | (-) NS 2 | 19 |
| 8- P, Didouche M | (-) NS 1 | (+) NS 4 | (-) NS 1 | (-) NS 1 | (-) NS 1 | 8 |
| 9- EHS Pédiatrique | (+) NS 4 | (+) * 8 | (-) NS 1 | (-) NS 2 | (-) NS 1 | 16 |
| 10- Maternité SMK | (+) NS 6 | (+) NS 9 | (+) NS 10 | (-) NS 1 | (-) NS 2 | 28 |
| 11- EHS Rénale | (-) NS 1 | (-) NS 2 | (-) NS 1 | (-) NS 1 | (+) *** 6 | 11 |
| 12- P.Ibn Ziad | (+) NS 3 | (-) NS 3 | (+) NS 4 | (-) NS 0 | (-) NS 1 | 11 |
| Total | 86 | 122 | 103 | 57 | 67 | 435 |

Tableau n° 56 : croisement entre la variable « le lieu de travail » et la variable « réaction agressive »

Ce croisement nous montre l'existence d'une corrélation significative entre le lieu de travail et la réaction agressive, c'est-à-dire que la réaction agressive se trouve de niveau sévère au centre hospitalo-universitaire. Nous apercevons également que cette composante est de niveau grave chez le personnel des infirmiers urgentistes exerçant à l'EHS des maladies rénales. Tandis que la réaction agressive est de niveau bas chez les infirmiers urgentistes travaillant à l'EHS Psychiatrique et L'EHS Pédiatrique.

7. Les services des urgences du centre hospitalier universitaire

Tris croisé entre la répartition de la variable « les services des urgences du Chuc » et la répartition de la variable « épuisement émotionnel ».

Hypothèse nulle :

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre la répartition de la variable « les services des urgences du Chuc » et « épuisement émotionnel ».

| Tableau des effectifs observés + Tableau du khi ² par case | | | | | | |
|---|-------------|--------------|--------------|-------------|--------------|-------|
| | 1- Absence | 2- bas | 3- modéré | 4- sévère | 5- grave | Total |
| 1- U. chirurgicales | (+) NS 4 | (+) NS 13 | (+) NS 20 | (+) NS 9 | (-) N 16 | 62 |
| 2- U. médicales | (+) NS 3 | (-) NS 5 | (+) NS 14 | (+) NS 6 | (-) NS 14 | 42 |
| 3- U. pédiatriques CHUC | (+) * 3 | (-) NS 1 | (-) NS 4 | (+) NS 4 | (-) NS 6 | 18 |
| 4- C. des brûlés | (-) NS 0 | (-) NS 2 | (+) NS 5 | (-) NS 0 | (+) NS 6 | 13 |
| 5- U. neurologiques | (-) NS 0 | (+) * 5 | (-) NS 3 | (+) NS 2 | (-) NS 2 | 12 |
| 6- U. dermatologiques | (-) NS 0 | (-) NS 1 | (+) ** 5 | (-) NS 0 | (-) NS 0 | 6 |
| 7- C. Anti-cancéreux | (-) NS 0 | (-) NS 1 | (-) NS 3 | (+) NS 3 | (+) NS 5 | 12 |
| 8- U. cardio-vasculaires | (-) NS 0 | (-) NS 1 | (+) NS 4 | (+) NS 3 | (-) NS 3 | 11 |
| 9- l'Hémo-infectieux | (-) NS 0 | (+) NS 3 | (-) NS 2 | (-) NS 0 | (+) * 8 | 13 |
| 10- M interne | (+) NS 1 | (+) NS 4 | (+) NS 6 | (+) NS 2 | (-) NS 2 | 15 |
| 11- U. gynécologiques | (-) NS 1 | (-) NS 3 | (-) NS 6 | (+) NS 4 | (+) NS 12 | 26 |
| 12- U. ORL | (-) NS 0 | (-) NS 1 | (+) NS 3 | (-) NS 0 | (+) NS 3 | 7 |
| 13- U. Pneumo- ptisiologies | (-) NS 0 | (+) NS 2 | (-) NS 1 | (-) NS 0 | (+) NS 2 | 5 |
| 14- U. neurochirurgicales | (-) NS 0 | (-) NS 0 | (-) NS 2 | (-) NS 1 | (+) ** 8 | 11 |
| 15- U. Ophtalmologie | (-) NS 0 | (+) NS 2 | (+) NS 5 | (-) NS 0 | (-) NS 1 | 8 |
| Total | 21 | 78 | 139 | 51 | 146 | 435 |

Tableau n° 57 : croisement entre la variable « les services des urgences du Chuc » et la variable « épuisement émotionnel »

Ce tri croisé montre qu'il existe une corrélation statistiquement significative entre les services des urgences et l'épuisement émotionnel. Cette composante est de niveau grave en hémo-infectieux et en neurochirurgie, de niveau modéré en dermatologie et bas en neurologie.

Tri croisé entre la répartition de la variable « les services des urgences du Chuc » et la répartition de la variable « manque d'accomplissement personnel ».

Hypothèse nulle :

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre la répartition de la variable « les services des urgences du Chuc » et la variable « manque d'accomplissement personnel ».

| Tableau des effectifs observés + Tableau du khi ² par case | | | | | | |
|---|--------------|--------------|-------------|-------------|-------------|-------|
| | 1- Absence | 2- é bas | 3- modéré | 4- sévère | 5- grave | Total |
| 1- U. chirurgicales | (+) NS 32 | (-) NS 23 | (-) NS 4 | (-) NS 2 | (-) NS 1 | 62 |
| 2- U. médicales | (+) NS 18 | (-) ** 9 | (+) NS 5 | (+) ** 6 | (+) NS 4 | 42 |
| 3- U. pédiatriques CHUC | (-) NS 4 | (+) NS 9 | (+) NS 2 | (+) NS 2 | (+) NS 1 | 18 |
| 4- C. des brûlés | (-) NS 4 | (+) NS 7 | (-) NS 0 | (-) NS 0 | (+) NS 2 | 13 |
| 5- U. neurologiques | (-) NS 4 | (+) NS 6 | (-) NS 1 | (+) NS 1 | (-) NS 0 | 12 |
| 6- U. dermatologiques | (-) NS 1 | (+) NS 3 | (+) NS 1 | (+) NS 1 | (-) NS 0 | 6 |
| 7- C. Anti-cancéreux | (-) NS 2 | (+) NS 7 | (+) NS 2 | (+) NS 1 | (-) NS 0 | 12 |
| 8- U. cardio-vasculaires | (-) NS 4 | (+) NS 5 | (-) NS 1 | (-) NS 0 | (+) NS 1 | 11 |
| 9- l'Hémato-infectieux | (+) NS 7 | (-) NS 4 | (-) NS 1 | (+) NS 1 | (-) NS 0 | 13 |
| 10- M interne | (+) NS 7 | (-) NS 5 | (-) NS 1 | (-) NS 0 | (+) NS 2 | 15 |
| 11- U. gynécologiques | (+) NS 14 | (+) NS 10 | (-) NS 1 | (-) NS 0 | (-) NS 1 | 26 |
| 12- U. ORL | (-) NS 2 | (+) NS 3 | (+) NS 1 | (+) NS 1 | (-) NS 0 | 7 |
| 13- U. Pneumo- phtisiologies | (-) NS 1 | (+) NS 2 | (+) NS 2 | (-) NS 0 | (-) NS 0 | 5 |
| 14- U. neurochirurgicales | (+)* 8 | (-) NS 2 | (-) NS 0 | (+) NS 1 | (-) NS 0 | 11 |
| 15- U. Ophtalmologie | (-) NS 1 | (+) NS 4 | (+) NS 2 | (+) NS 1 | (-) NS 0 | 8 |
| Total | 185 | 162 | 42 | 25 | 21 | 435 |

Tableau n° 58 : croisement entre la variable « les services des urgences du Chuc » et la variable « manque d'accomplissement personnel ».

Quant à la relation entre les services des urgences et l'insatisfaction sur la performance, nous enregistrons un niveau sévère de manque d'accomplissement personnel aux urgences médicales.

Tris croisé entre la répartition de la variable « les services des urgences du Chuc » et la répartition de la variable « distanciation ».

Hypothèse nulle :

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre la répartition de la variable « les services des urgences du Chuc » et « distanciation ».

| Tableau des effectifs observés + Tableau du khi ² par case | | | | | | |
|---|--------------|--------------|--------------|--------------|-------------|-------|
| | 1- Absence | 2- bas | 3- modéré | 4- sévère | 5- grave | Total |
| 1- U. chirurgicales | (+) NS 12 | (-) NS 10 | (-) NS 22 | (+) NS 11 | (-) NS 7 | 62 |
| 2- U. médicales | (-) NS 5 | (+) ** 13 | (-) NS 12 | (-) NS 3 | (+) NS 9 | 42 |
| 3- U. pédiatriques CHUC | (-) NS 2 | (-) NS 2 | (-) NS 6 | (+) NS 4 | (+) NS 4 | 18 |
| 4- C. des brûlés | (+) NS 2 | (+) NS 3 | (-) NS 3 | (-) NS 1 | (+) NS 4 | 13 |
| 5- U. neurologiques | (-) NS 0 | (+) NS 3 | (+) NS 7 | (-) NS 1 | (-) NS 1 | 12 |
| 6- U. dermatologiques | (+) NS 1 | (-) NS 0 | (+) NS 3 | (+) NS 1 | (+) NS 1 | 6 |
| 7- C. Anti-cancéreux | (-) NS 1 | (+) NS 3 | (+) NS 6 | (-) NS 1 | (-) NS 1 | 12 |
| 8- U. cardio-vasculaires | (+) NS 2 | (+) NS 4 | (-) NS 2 | (-) NS 0 | (+) NS 3 | 11 |
| 9- l'Hémato-infectieux | (-) NS 1 | (-) NS 1 | (-) NS 4 | (+) NS 2 | (+) * 5 | 13 |
| 10- M interne | (+) NS 4 | (+) NS 3 | (+) NS 6 | (-) NS 1 | (-) NS 1 | 15 |
| 11- U. gynécologiques | (-) NS 3 | (+) NS 7 | (-) NS 8 | (+) NS 5 | (-) NS 3 | 26 |
| 12- U. ORL | (-) NS 1 | (+) NS 2 | (-) NS 2 | (+) NS 1 | (-) NS 1 | 7 |
| 13- U. Pneumo- ptisiologies | (+) NS 1 | (+) NS 1 | (+) NS 2 | (-) NS 0 | (+) NS 1 | 5 |
| 14- U. neurochirurgicales | (-) NS 0 | (-) NS 1 | (-) * 1 | (+) ** 4 | (+) ** 5 | 11 |
| 15- U. Ophtalmologie | (+) NS 2 | (+) NS 3 | (-) NS 2 | (+) NS 1 | (-) NS 0 | 8 |
| Total | 66 | 80 | 169 | 49 | 71 | 435 |

Tableau n° 59 : croisement entre la variable «les services des urgences du Chuc » et la variable « distanciation ».

Le croisement ci-dessus indique que la distanciation est de niveau bas chez les infirmiers urgentistes exerçant dans le service des urgences médicales, mais elle est de niveau grave en hémato-infectieux, et en neurochirurgie ou elle apparaît aussi de niveau sévère.

Tris croisé entre la répartition de la variable « les services des urgences du Chuc » et la répartition de la variable « réaction dépressive ».

Hypothèse nulle :

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre la répartition de la variable « les services des urgences du Chuc » et « la réaction dépressive ».

| Tableau des effectifs observés + Tableau du khi ² par case | | | | | | |
|---|--------------|--------------|--------------|---------------|-------------|-------|
| | 1- Absence | 2- bas | 3- modéré | 4- sévère | 5- grave | Total |
| 1- U. chirurgicales | (+) NS 17 | (+) NS 25 | (-) NS 11 | (-) NS 6 | (-) NS 3 | 62 |
| 2- U. médicales | (-) NS 7 | (+) NS 17 | (+) NS 10 | (+) NS 8 | (-) NS 0 | 42 |
| 3- U. pédiatriques CHUC | (+) NS 5 | (-) NS 5 | (+) NS 4 | (+) NS 2 | (+) NS 2 | 18 |
| 4- C. des brûlés | (-) NS 2 | (+) NS 6 | (+) NS 3 | (+) NS 2 | (-) NS 0 | 13 |
| 5- U. neurologiques | (-) NS 1 | (-) NS 4 | (+) ** 6 | (-) NS 1 | (-) NS 0 | 12 |
| 6- U. dermatologiques | (-) NS 1 | (+) NS 3 | (+) NS 2 | (-) NS 0 | (-) NS 0 | 6 |
| 7- C. Anti-cancéreux | (-) NS 2 | (+) NS 5 | (-) NS 1 | (+) NS 3 | (+) NS 1 | 12 |
| 8- U. cardio-vasculaires | (+) NS 3 | (-) NS 2 | (+) NS 3 | (-) NS 1 | (+) NS 2 | 11 |
| 9- l'Hémato-infectieux | (-) NS 2 | (+) NS 6 | (-) NS 1 | (+) NS 3 | (+) NS 1 | 13 |
| 10- M interne | (+) NS 4 | (+) NS 8 | (-) NS 3 | (-) NS 0 | (-) NS 0 | 15 |
| 11- U. gynécologiques | (+) NS 7 | (-) NS 9 | (+) NS 7 | (-) NS 0 | (+) NS 3 | 26 |
| 12- U. ORL | (+) * 4 | (-) NS 1 | (-) NS 1 | (+) NS 1 | (-) NS 0 | 7 |
| 13- U. Pneumo- ptisiologies | (-) NS 1 | (+) NS 2 | (+) NS 2 | (-) NS 0 | (-) NS 0 | 5 |
| 14- U. neurochirurgicales | (-) NS 1 | (-) NS 3 | (-) NS 1 | (+) **** 5 | (+) NS 1 | 11 |
| 15- U. Ophtalmologie | (+) NS 3 | (+) NS 4 | (-) NS 1 | (-) NS 0 | (-) NS 0 | 8 |
| Total | 98 | 172 | 94 | 48 | 23 | 435 |

Tableau n° 60 : croisement entre la variable « les services des urgences du Chuc » et la variable « réaction dépressive»

Il existe une corrélation statistiquement relative entre la variable « les services des urgences du Chuc » et la réaction dépressive. Cela met en exergue qu'en neurochirurgie la réaction agressive est sévère, tandis qu'aux urgences neurologique elle est modérée.

Tris croisé entre la répartition de la variable « les services des urgences du Chuc » et la répartition de la variable « le sentiment d'impuissance ».

Hypothèse nulle :

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre la répartition de la variable « les services des urgences du Chuc » et « le sentiment d'impuissance ».

| Tableau des effectifs observés + Tableau du khi ² par case | | | | | | |
|---|-------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------|
| | 1- Absence | 2- bas | 3- modéré | 4- sévère | 5- grave | Total |
| 1- U. chirurgicales | (+) NS 4 | (+) NS 13 | (+) NS 20 | (+) NS 18 | (-) ** 7 | 62 |
| 2- U. médicales | (+) NS 2 | (+) NS 10 | (-) ** 7 | (+) NS 11 | (+) NS 12 | 42 |
| 3- U. pédiatriques CHUC | (+) NS 1 | (-) NS 2 | (-) NS 2 | (+) NS 6 | (+) NS 7 | 18 |
| 4- C. des brûlés | (+) NS 1 | (-) NS 2 | (-) NS 1 | (-) NS 2 | (+) ** 7 | 13 |
| 5- U. neurologiques | (-) NS 0 | (-) NS 0 | (+) NS 6 | (-) NS 3 | (-) NS 3 | 12 |
| 6- U. dermatologiques | (-) NS 0 | (+) NS 1 | (+) NS 4 | (-) NS 1 | (-) NS 0 | 6 |
| 7- C. Anti-cancéreux | (-) NS 0 | (-) NS 0 | (-) NS 3 | (-) NS 2 | (+) ** 7 | 12 |
| 8- U. cardio-vasculaires | (-) NS 0 | (-) NS 1 | (+) NS 4 | (+) NS 3 | (+) NS 3 | 11 |
| 9- l'Hémato-infectieux | (-) NS 0 | (+) NS 4 | (-) NS 1 | (+) NS 5 | (-) NS 3 | 13 |
| 10- M interne | (+) NS 2 | (-) NS 2 | (+) NS 6 | (+) NS 5 | (-) ** 0 | 15 |
| 11- U. gynécologiques | (-) NS 0 | (-) NS 3 | (-) NS 7 | (+) NS 7 | (+) NS 9 | 26 |
| 12- U. ORL | (-) NS 0 | (+) NS 2 | (+) NS 3 | (-) NS 1 | (-) NS 1 | 7 |
| 13- U. Pneumo- ptisiologies | (-) NS 0 | (-) NS 0 | (+) NS 2 | (-) NS 0 | (+) NS 3 | 5 |
| 14- U. neurochirurgicales | (-) NS 0 | (-) NS 0 | (-) * 0 | (+) NS 3 | (+) *** 8 | 11 |
| 15- U. Ophtalmologie | (-) NS 0 | (+) NS 2 | (+) NS 4 | (-) NS 2 | (-) NS 0 | 8 |
| Total | 14 | 67 | 136 | 109 | 109 | 435 |

Tableau n° 61 : croisement entre la variable « les services des urgences du Chuc » et la variable « sentiment d'impuissance».

Concernant la relation entre les services des urgences et le sentiment d'impuissance, ce tableau montre que cette composante est de niveau grave au centre des brûlés, au centre anti-cancéreux et en neurochirurgie.

Tri croisé entre la répartition de la variable « les services » et la répartition de la variable « vide intérieur ».

Hypothèse nulle :

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre la répartition de la variable « les services des urgences du Chuc » et « vide intérieur ».

| Tableau des effectifs observés + Tableau du khi ² par case | | | | | | |
|---|-------------|-------------|--------------|-------------|--------------|-------|
| | 1- Absence | 2- bas | 3- modéré | 4- sévère | 5- grave | Total |
| 1- U. chirurgicales | (-) NS 7 | (+) * 12 | (-) NS 16 | (+) NS 9 | (-) NS 18 | 62 |
| 2- U. médicales | (-) NS 4 | (-) NS 3 | (+) NS 13 | (+) NS 9 | (+) NS 13 | 42 |
| 3- U. pédiatriques CHUC | (+) NS 3 | (-) NS 1 | (+) NS 6 | (+) NS 3 | (-) NS 5 | 18 |
| 4- C. des brûlés | (-) NS 1 | (-) NS 0 | (-) NS 2 | (+) NS 3 | (+) NS 7 | 13 |
| 5- U. neurologiques | (-) NS 1 | (+) NS 2 | (+) NS 5 | (+) NS 3 | (-) NS 1 | 12 |
| 6- U. dermatologiques | (-) NS 0 | (+) NS 1 | (+) NS 3 | (+) NS 1 | (-) NS 1 | 6 |
| 7- C. Anti-cancéreux | (-) NS 0 | (-) NS 1 | (+) NS 5 | (-) NS 1 | (+) NS 5 | 12 |
| 8- U. cardio-vasculaires | (-) NS 1 | (-) NS 1 | (+) NS 5 | (+) NS 2 | (-) NS 2 | 11 |
| 9- l'Hémo-infectieux | (+) NS 2 | (-) NS 0 | (-) NS 4 | (-) NS 0 | (+) NS 7 | 13 |
| 10- M interne | (+) NS 3 | (-) NS 1 | (-) NS 3 | (+) NS 3 | (+) NS 5 | 15 |
| 11- U. gynécologiques | (-) NS 2 | (-) NS 1 | (-) NS 7 | (-) NS 3 | (+) NS 13 | 26 |
| 12- U. ORL | (+) NS 2 | (+) NS 1 | (-) NS 2 | (+) NS 1 | (-) NS 1 | 7 |
| 13- U. Pneumo- ptisiologies | (+) NS 1 | (+) NS 1 | (+) NS 2 | (-) NS 0 | (-) NS 1 | 5 |
| 14- U. neurochirurgicales | (-) NS 0 | (-) NS 0 | (-) NS 3 | (-) NS 1 | (+) ** 7 | 11 |
| 15- U. Ophtalmologie | (+) NS 1 | (+) * 3 | (-) NS 2 | (-) NS 1 | (-) NS 1 | 8 |
| Total | 53 | 51 | 134 | 62 | 135 | 435 |

Tableau n° 62 : croisement entre la variable « les services des urgences du Chuc » et la variable « vide intérieur ».

Nous observons à travers ce tableau, que le vide intérieur est de niveau grave chez ceux exerçant dans le service de la neurochirurgie.

Tri croisé entre la répartition de la variable « les services des urgences du Chuc » et la répartition de la variable « le ras-le-bol professionnel ».

Hypothèse nulle :

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre la répartition de la variable « les services des urgences du Chuc » et « le ras-le-bol professionnel ».

| Tableau des effectifs observés + Tableau du khi ² par case | | | | | | |
|---|-------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------|
| | 1- Absence | 2- bas | 3- modéré | 4- sévère | 5- grave | Total |
| 1- U. chirurgicales | (-) NS 2 | (+) NS 16 | (+) NS 28 | (-) NS 10 | (-) NS 6 | 62 |
| 2- U. médicales | (+) * 4 | (-) NS 7 | (-) NS 12 | (+) NS 13 | (+) NS 6 | 42 |
| 3- U. pédiatriques CHUC | (+) NS 1 | (-) NS 2 | (+) NS 10 | (-) NS 1 | (+) NS 4 | 18 |
| 4- C. des brûlés | (-) NS 0 | (-) NS 1 | (-) NS 5 | (+) NS 3 | (+) NS 4 | 13 |
| 5- U. neurologiques | (-) NS 0 | (-) NS 2 | (+) NS 6 | (+) NS 4 | (-) NS 0 | 12 |
| 6- U. dermatologiques | (-) NS 0 | (-) NS 1 | (+) NS 3 | (+) NS 2 | (-) NS 0 | 6 |
| 7- C. Anti-cancéreux | (-) NS 0 | (-) NS 1 | (+) NS 5 | (+) NS 4 | (+) NS 2 | 12 |
| 8- U. cardio-vasculaires | (-) NS 0 | (+) NS 3 | (+) NS 5 | (-) NS 1 | (+) NS 2 | 11 |
| 9- l'Hémato-infectieux | (-) NS 0 | (+) NS 3 | (+) NS 6 | (-) NS 1 | (+) NS 3 | 13 |
| 10- M interne | (+) NS 2 | (-) NS 1 | (+) NS 7 | (+) NS 5 | (-) NS 0 | 15 |
| 11- U. gynécologiques | (-) NS 0 | (-) NS 3 | (-) * 6 | (+) * 10 | (+) * 7 | 26 |
| 12- U. ORL | (-) NS 0 | (+) NS 3 | (+) NS 3 | (-) NS 1 | (-) NS 0 | 7 |
| 13- U. Pneumo- ptisiologies | (-) NS 0 | (+) NS 2 | (-) NS 2 | (-) NS 1 | (-) NS 0 | 5 |
| 14- U. neurochirurgicales | (-) NS 0 | (-) NS 0 | (-) NS 2 | (+) NS 4 | (+) *** 5 | 11 |
| 15- U. Ophtalmologie | (-) NS 0 | (+) NS 3 | (-) NS 3 | (+) NS 2 | (-) NS 0 | 8 |
| Total | 16 | 82 | 181 | 99 | 57 | 435 |

Tableau n° 63 : croisement entre la variable « les services des urgences du Chuc » et la variable « le ras-le-bol professionnel ».

Ce croisement montre qu'il y a une différence significative entre les services d'urgences du Chuc et le ras-le-bol professionnel et rejette l'hypothèse nulle. Le ras-le-bol professionnel est de niveau grave en neurochirurgie et en gynécologie ou elle apparaît également de niveau sévère.

Tri croisé entre la répartition de la variable « les services des urgences du Chuc » et la répartition de la variable « incapacité à se détendre ».

Hypothèse nulle :

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre la répartition de la variable « les services des urgences du Chuc » et « incapacité à se détendre ».

| Tableau des effectifs observés + Tableau du khi ² par case | | | | | | |
|---|--------------|--------------|--------------|-------------|-------------|-------|
| | 1- Absence | 2- bas | 3- modéré | 4- sévère | 5- grave | Total |
| 1- U. chirurgicales | (+) ** 22 | (-) NS 20 | (+) NS 15 | (-) NS 1 | (-) NS 4 | 62 |
| 2- U. médicales | (+) NS 13 | (-) NS 14 | (-) NS 8 | (-) NS 1 | (+) NS 6 | 42 |
| 3- U. pédiatriques CHUC | (-) NS 4 | (-) NS 7 | (+) NS 6 | (-) NS 0 | (-) NS 1 | 18 |
| 4- C. des brûlés | (-) NS 2 | (+) NS 6 | (-) NS 1 | (+) NS 1 | (+) NS 3 | 13 |
| 5- U. neurologiques | (+) NS 3 | (-) NS 5 | (-) NS 2 | (+) NS 1 | (-) NS 1 | 12 |
| 6- U. dermatologiques | (-) NS 0 | (+) ** 6 | (-) NS 0 | (-) NS 0 | (-) NS 0 | 6 |
| 7- C. Anti-cancéreux | (-) NS 1 | (-) NS 4 | (+) NS 3 | (+) NS 2 | (+) NS 2 | 12 |
| 8- U. cardio-vasculaires | (-) NS 2 | (+) NS 6 | (-) NS 0 | (-) NS 0 | (+) NS 3 | 11 |
| 9- l'Hémato-infectieux | (-) NS 3 | (-) NS 5 | (-) NS 1 | (-) NS 0 | (+) * 4 | 13 |
| 10- M interne | (+) NS 5 | (-) NS 6 | (+) NS 3 | (+) NS 1 | (-) NS 0 | 15 |
| 11- U. gynécologiques | (-) * 2 | (+) NS 11 | (-) NS 4 | (+) NS 2 | (+) ** 7 | 26 |
| 12- U. ORL | (+) NS 2 | (-) NS 1 | (+) NS 3 | (+) NS 1 | (-) NS 0 | 7 |
| 13- U. Pneumo- ptisiologies | (-) NS 1 | (-) NS 2 | (+) NS 1 | (-) NS 0 | (+) NS 1 | 5 |
| 14- U. neurochirurgicales | (-) NS 0 | (-) NS 2 | (+) NS 4 | (+) NS 1 | (+) ** 4 | 11 |
| 15- U. Ophtalmologie | (-) NS 0 | (-) NS 3 | (+) *** 5 | (-) NS 0 | (-) NS 0 | 8 |
| Total | 102 | 183 | 86 | 17 | 47 | 435 |

Tableau n° 64 : croisement entre la variable « les services des urgences du Chuc » et la variable « incapacité à se détendre ».

Le khi² indique qu'il y a une relation statistiquement significative entre « les services des urgences » et la composante « incapacité de se détendre », donc nous rejetons l'hypothèse nulle. Cette composante est de niveau grave en hématoinfectieux, en gynécologie et en neurochirurgie. Elle est modérée en ophtalmologie et basse en dermatologie.

Tri croisé entre la répartition de la variable « les services » et la répartition de la variable « exigence de soi ».

Hypothèse nulle :

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre la répartition de la variable « les services des urgences du Chuc » et « exigence de soi ».

| Tableau des effectifs observés + Tableau du khi ² par case | | | | | | |
|---|--------------|--------------|--------------|--------------|-------------|-------|
| | 1- Absence | 2- bas | 3- modéré | 4- sévère | 5- grave | Total |
| 1- U. chirurgicales | (-) NS 28 | (-) NS 15 | (+) NS 14 | (-) NS 1 | (+) NS 4 | 62 |
| 2- U. médicales | (-) NS 16 | (+) NS 13 | (+) NS 8 | (-) NS 1 | (+) NS 4 | 42 |
| 3- U. pédiatriques CHUC | (+) NS 10 | (+) NS 6 | (-) NS 1 | (-) NS 0 | (+) NS 1 | 18 |
| 4- C. des brûlés | (-) NS 3 | (-) NS 2 | (-) NS 2 | (+) *** 4 | (+) NS 2 | 13 |
| 5- U. neurologiques | (+) NS 6 | (+) NS 3 | (+) NS 3 | (-) NS 0 | (-) NS 0 | 12 |
| 6- U. dermatologiques | (+) NS 3 | (+) NS 2 | (-) NS 0 | (+) NS 1 | (-) NS 0 | 6 |
| 7- C. Anti-cancéreux | (+) NS 6 | (+) NS 4 | (-) NS 1 | (+) NS 1 | (-) NS 0 | 12 |
| 8- U. cardio-vasculaires | (-) NS 3 | (+) NS 4 | (-) NS 2 | (+) NS 1 | (+) NS 1 | 11 |
| 9- l'Hémato-infectieux | (-) NS 5 | (+) NS 4 | (+) NS 4 | (-) NS 0 | (-) NS 0 | 13 |
| 10- M interne | (+) NS 9 | (+) NS 4 | (-) NS 2 | (-) NS 0 | (-) NS 0 | 15 |
| 11- U. gynécologiques | (-) NS 10 | (-) NS 5 | (+) NS 7 | (+) * 3 | (-) NS 1 | 26 |
| 12- U. ORL | (-) NS 3 | (+) NS 3 | (-) NS 1 | (-) NS 0 | (-) NS 0 | 7 |
| 13- U. Pneumo- ptisiologies | (+) NS 3 | (+) NS 2 | (-) NS 0 | (-) NS 0 | (-) NS 0 | 5 |
| 14- U. neurochirurgicales | (-) NS 3 | (-) NS 0 | (+) * 5 | (-) NS 0 | (+) ** 3 | 11 |
| 15- U. Ophtalmologie | (+) NS 5 | (+) NS 3 | (-) NS 0 | (-) NS 0 | (-) NS 0 | 8 |
| Total | 208 | 108 | 80 | 15 | 24 | 435 |

Tableau n° 65 : croisement entre la variable « les services des urgences du Chuc » et la variable « exigence de soi ».

Le kh² met en évidence une relation statistiquement significative entre les services des urgences et la composante « exigence de soi », ce qui nous amène à rejeter l'hypothèse nulle. L'exigence de soi est de niveau sévère au centre des brûlés et aux urgences gynécologiques. Bien qu'elle est de niveau grave en neurochirurgie.

Tri croisé entre la répartition de la variable « les services des urgences du Chuc » et la répartition de la variable « réaction agressive ».

Hypothèse nulle :

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre la répartition de la variable « les services des urgences du Chuc » et « réaction agressive ».

| Tableau des effectifs observés + Tableau du khi ² par case | | | | | | |
|---|--------------|--------------|--------------|-------------|--------------|-------|
| | 1- Absence | 2- bas | 3- modéré | 4- sévère | 5- grave | Total |
| 1- U. chirurgicales | (+) NS 16 | (+) NS 20 | (+) NS 17 | (-) * 3 | (-) NS 6 | 62 |
| 2- U. médicales | (-) NS 8 | (-) NS 8 | (+) NS 14 | (+) NS 7 | (-) NS 5 | 42 |
| 3- U. pédiatriques CHUC | (-) NS 3 | (+) NS 7 | (-) NS 2 | (+) NS 5 | (-) NS 1 | 18 |
| 4- C. des brûlés | (-) NS 1 | (-) NS 2 | (-) NS 2 | (+) NS 3 | (+) * 5 | 13 |
| 5- U. neurologiques | (-) NS 1 | (-) NS 1 | (+) NS 4 | (+) NS 3 | (+) NS 3 | 12 |
| 6- U. dermatologiques | (-) NS 0 | (+) NS 2 | (+) NS 3 | (+) NS 1 | (-) NS 0 | 6 |
| 7- C. Anti-cancéreux | (-) NS 2 | (-) NS 3 | (+) NS 3 | (+) NS 3 | (-) NS 1 | 12 |
| 8- U. cardio-vasculaires | (-) NS 1 | (-) NS 1 | (-) NS 1 | (+) NS 2 | (+) *** 6 | 11 |
| 9- l'Hémo-infectieux | (+) NS 3 | (-) NS 3 | (+) NS 4 | (-) NS 1 | (-) NS 2 | 13 |
| 10- M interne | (+) NS 4 | (+) NS 6 | (-) NS 3 | (-) NS 1 | (-) NS 1 | 15 |
| 11- U. gynécologiques | (-) NS 2 | (-) NS 6 | (-) NS 4 | (+) * 7 | (+) NS 7 | 26 |
| 12- U. ORL | (+) ** 4 | (-) NS 1 | (+) NS 2 | (-) NS 0 | (-) NS 0 | 7 |
| 13- U. Pneumo- ptisiologies | (+) NS 1 | (-) NS 1 | (-) NS 1 | (-) NS 0 | (+) NS 2 | 5 |
| 14- U. neurochirurgicales | (-) NS 1 | (-) * 0 | (+) NS 3 | (+) * 4 | (+) NS 3 | 11 |
| 15- U. Ophtalmologie | (+) NS 3 | (-) NS 2 | (+) NS 2 | (-) NS 1 | (-) NS 0 | 8 |
| Total | 86 | 122 | 103 | 57 | 67 | 435 |

Tableau n° 66 : croisement entre la variable « les services des urgences du Chuc » et la variable « réaction agressive ».

Le khi² rend compte d'une significativité entre les services des urgences et la réaction agressive qui nous amène à rejeter l'hypothèse nulle. Nous constatons un score grave au niveau des urgences cardio-vasculaires et du centre des brûlés, alors la réaction agressive et de niveau sévère en gynécologie et en neurochirurgie.

V. Interprétation des résultats des tris croisés

Pour connaître l'influence de certaines variables sur d'autres, nous avons procédé à un tri croisé. Cette phase consiste à déterminer la relation qui existe entre les variables signalétiques, ainsi que leur structure au moyen du χ^2 qui constitue l'un des tests non paramétriques adapté à ce genre de données. De ce fait, nous allons voir à travers cette démarche l'existence et/ou l'absence de relation significative entre les différentes modalités (variables) de notre étude qui sont :

- les variables signalétiques (sexe, âge, situation familiale, le nombre d'années d'expériences, mode de travail, lieux d'exercice et les types des services.) et les dix composantes de l'épuisement professionnel.

1- Les variables signalétiques et les dix composantes de l'épuisement professionnel :

- Le sexe et l'épuisement professionnel :

D'après les résultats obtenus à travers cette matrice de corrélation, nous avons enregistré des constats concernant le lien qui existe entre les variables signalétiques et les caractéristiques de l'épuisement professionnel.

En ce qui concerne l'épuisement émotionnel, nous constatons qu'il n'y a pas de différence significative entre les hommes et les femmes, malgré les distinctions qui tiennent compte des différences biologiques et des rôles assumés par les femmes et par les hommes dans la société. Ce constat diverge avec l'hypothèse selon laquelle l'épuisement émotionnel affecte davantage les femmes que les hommes.

Bien que semblables face à l'épuisement émotionnel, les femmes souffrent cependant plus que les hommes des différents symptômes du burn out : le sentiment d'impuissance, le ras-le-bol professionnel, l'incapacité à se détendre et la réaction agressive. Dans la mesure où les femmes sont impliquées émotionnellement et quasi-régulièrement auprès d'autrui plus que leurs collègues masculins dont la souffrance, la maladie et la mort marquent leur quotidien, notamment lors des circonstances pénibles telles que les catastrophes naturelles ou autres. Ces circonstances stressantes qui dépassent les capacités d'adaptation en raison d'une surcharge de travail, le flux massif des patients par exemple, les rendent impuissantes à répondre aux multiples sollicitations de la part des patients, des collègues, et des autres professionnels. Outre les conditions de travail contraignantes, les femmes ressentent également plus de difficultés à se détendre, ce qui pourrait être le fait d'assurer une double fonction celle d'une professionnelle et de ménagère où elles trouvent des difficultés à concilier la vie professionnelle et la vie privée. De

telles contraintes pourraient rendre ces femmes plus vulnérables entraînant un sentiment de désintéressement au travail en adoptant ainsi des réactions mal-adaptées que ce soit envers les patients, les collègues ou envers soi-même. *De ce fait nous pouvons dire que les femmes ont tendance à souffrir plus de l'épuisement professionnel que les hommes.*

- L'âge et l'épuisement professionnel :

En ce qui concerne ce volet, il apparaît que l'âge est corrélé avec l'épuisement émotionnel, la distanciation et le sentiment d'impuissance. En effet, la présence de l'épuisement émotionnel est en rapport avec l'âge de la population des infirmiers urgentistes. La recherche de cette composante dans les tranches d'âges plus jeunes n'a pas été significative. En revanche, les infirmiers urgentistes qui ont plus de 50 ans présentent un épuisement émotionnel moins important. *En d'autres termes, plus les infirmiers urgentistes sont jeunes moins ils sont épuisés au plan émotionnel.*

Il se trouve également que la distanciation et le sentiment d'impuissance sont liés à l'âge. De ce fait, les jeunes infirmiers urgentistes développent un sentiment de distanciation et d'impuissance importants par rapport à leurs aînés immédiats. Ces composantes tendent à diminuer avec l'âge tel que nous constatons à travers les résultats obtenus et illustrés par les infirmiers urgentistes ayant plus de 35ans. Ce constat met en cause la vulnérabilité des jeunes face aux sensations pénibles vécues au début de leur carrière professionnelle dans les services des urgences en déployant des efforts physiques et psychologiques. Ils arrivent difficilement à gérer les situations de stress générées par certaines situations déplaisantes, notamment au début de la carrière professionnelle qui s'avère difficile pour ces jeunes infirmiers urgentistes. *Donc, plus les infirmiers urgentistes sont jeunes, plus ils éprouvent un sentiment de distanciation et d'impuissance face aux difficultés rencontrées au cours de l'exercice de leur métier.*

- La situation familiale et l'épuisement professionnel :

Concernant la situation familiale, nous constatons que les célibataires sont moins nombreux à être insatisfaits de leur performance, tandis qu'ils éprouvent des difficultés considérables à se détendre en adoptant des réactions agressives. Par ailleurs, les mariés ont une moindre réaction dépressive et de sentiment d'impuissance. Il ressort de ces constats que le fait d'être marié ou célibataire a un impact sur l'apparition de l'épuisement professionnel. Ceci est vrai autant pour les hommes que pour les femmes. Cela suppose que malgré les responsabilités supplémentaires que doivent assurer les mariés en plus de leur travail comme les charges financières, l'éducation des enfants, les tâches ménagères, etc. ces derniers par rapport aux célibataires jouissent d'un

certain équilibre entre leur vie familiale et professionnelle. Nous nous demandons si le fait d'être marié influe de façon bénéfique sur le bien être individuel ? Ou le conjoint représente-t-il un soutien efficace comme effet modérateur de l'épuisement professionnel en atténuant son effet préjudiciable sur les individus ? La famille peut-elle compenser cet effet préjudiciable ?

- Le nombre d'années d'expérience et l'épuisement professionnel :

Quant au nombre d'années d'expérience, nous avons relevé approximativement les mêmes caractéristiques qui sont apparues dans la variable « âge ». De ce fait, L'épuisement émotionnel et la réaction agressive se révèlent bas chez certains infirmiers urgentistes qui ont plus de 25ans d'ancienneté. Par ailleurs, ceux qui ont moins de 10ans d'ancienneté loin d'éprouver des réactions agressives présentent davantage une distanciation et un sentiment d'impuissance important ; ce dernier se décline également avec le nombre d'années d'expérience. Ceci dit, les infirmiers urgentistes ayant plus ou moins une ancienneté professionnelle semblent ne pas être protégés de l'épuisement professionnel, vu que le début et la fin de la carrière professionnelle sont difficilement tolérés. En revanche, si l'on considère que les moins expérimentés sont les plus jeunes et donc, les plus touchés par l'épuisement professionnel où on observe un pic comme chez les jeunes débutants qui s'acharnent dans leur travail, comme dans le cas des jeunes volontaires de la « free clinics » cités par Freudenberger, ils manifestaient les premiers symptômes de l'épuisement professionnel après une année d'expérience.

Donc l'épuisement professionnel apparaît en début de carrière, diminue avec les années d'expérience, pour se développer à nouveau en fin de carrière.

- le mode de travail et l'épuisement professionnel :

Egalement, le mode de travail est lié à l'épuisement professionnel. En effet, les infirmiers urgentistes oeuvrant le jour ou la nuit dans les services des urgences présentent des symptômes de l'épuisement professionnel. Ceux qui travaillent le jour présentent un épuisement émotionnel bas et un manque d'accomplissement personnel important (insatisfaction sur la performance), alors que ceux oeuvrant la nuit éprouvent un vide intérieur important. Cela veut dire que le mode de travail que ce soit de jour ou de nuit influe sur l'équilibre psychologique des infirmiers urgentistes. Le jour, en raison du stress rencontré auprès des patients tout en répondant aux différentes sollicitations, de même que le travail de nuit semble perturber le cycle circadien du fait de la privation du sommeil.

- Le lieu de travail (d'exercice) et l'épuisement professionnel :

Il semble que le lieu de travail est corrélé avec l'épuisement professionnel. Les infirmiers urgentistes qui travaillent au sein des établissements hospitaliers comme *le centre hospitalier universitaire de Constantine, l'hôpital de Zighoud Youcef, l'EHS pédiatrique, l'EHS Daksi des maladies Uro-néphrologiques et la Polyclinique de Ain Smara* présentent certains symptômes du burn out. Dans le cas où les conditions de travail qui règnent dans ces établissements hospitaliers semblent être stressantes qui, à la longue altèrent le bien être et la santé des infirmiers urgentistes telles que le manque de moyen matériel et humains, une surcharge de travail croissante : qu'il s'agisse du flux massif et imprévisible des patients ou de la prise en charge des patients malades ou en souffrance, ce qui laissent les infirmiers urgentistes en état d'alerte permanente. En outre, gérer certaines circonstances délicates lors des incidents critiques exige des efforts considérables auprès d'une population en crise. Face à de telles circonstances et les frustrations qui en découlent, les infirmiers urgentistes trouvent des difficultés à gérer leur stress, ce qui entraîne des comportements ou des attitudes négatives vis-à-vis du travail et envers autrui comme dans le cas du centre hospitalier universitaire de Constantine où l'on remarque un sentiment de distanciation, des difficultés à se détendre et des réactions agressives, de même qu'à l'hôpital de Zighoud Youcef qui présente un manque d'accomplissement personnel. La présence de certains symptômes de l'épuisement professionnel comme le vide intérieur dans le cas de l'EHS pédiatrique, pourrait également être le fait d'une implication émotionnelle dans une relation d'aide où les infirmiers urgentistes prennent en charge des êtres vulnérables en souffrance en assistant ainsi aux derniers instants de la vie de l'enfant. Le cumul et la répétition de ces situations au sein des établissements hospitaliers pourraient affaiblir leur investissement et entraînent une usure émotionnelle et mentale.

- les services d'urgences du centre hospitalier universitaire et l'épuisement professionnel :

Comme nous l'avons mentionné ci-dessus, le centre hospitalier universitaire de Constantine est parmi les établissements hospitaliers qui semble ne pas être épargné par l'épuisement professionnel. De ce fait, nous avons relevé certains services d'urgences dont les infirmiers présentent les symptômes de l'épuisement professionnel qui sont : *les urgences médicales, le centre des brûlés, l'hémato-infectieux, les urgences gynécologiques, les urgences cardiovasculaires, le centre anti-cancéreux et la neurochirurgie* en particulier qui pour sa part présente la plupart des symptômes du burn out. Cependant, les autres services ne partagent pas nécessairement ces mêmes symptômes, ce qui implique que chacun d'eux génère son propre stress en raison des conditions de travail qui diffèrent d'un lieu à l'autre. Les infirmiers

urgentistes travaillant au sein de ces services sont exposés aux différents stressseurs : mis à part le manque de moyen matériel et humain, la surcharge de travail dû au flux massif des patients qui sont mentionnés précédemment, ces infirmiers sont également engagés émotionnellement auprès des personnes en souffrance, présentant des atteintes physiques graves comme le cancer, les maladies cardio-vasculaires et les brûlures graves qui entraînent généralement la mort. S'ajoute à cela, le risque d'infection lié à l'exposition de sang et aux maladies contagieuses, ceci exige une grande vigilance de la part des infirmiers urgentistes. Ce climat traumatisant caractérisé par la violence des émotions provoque chez eux des réactions de défense et de protection contre leur mal être.

VI. Analyse des résultats

L'épuisement professionnel ou burn out a rencontré depuis son apparition sur la scène scientifique un engouement de la part des chercheurs qui, en essayant de l'appréhender, ont élaboré de nombreuses études afin de déceler ses caractéristiques et les mécanismes psychopathologiques ayant contribué à l'émergence de ce nouveau phénomène.

S'inscrivant dans une perspective psycho-sociale, l'épuisement professionnel en tant qu'une pathologie nouvelle n'appartenant à aucune catégorie diagnostique connue trouve son origine dans les changements qui ont eu lieu dans nos sociétés influant considérablement sur les comportements des individus sur toutes les sphères de la vie et notamment celle du travail, entraînant à plus ou moins long terme des conséquences néfastes tant au plan physique que psychologique.

Dans un contexte purement professionnel, le personnel de la santé et plus précisément celui des infirmiers exerçant dans les services des urgences rencontrent diverses contraintes lors de l'exercice de leur métier, liées en partie aux conditions et à l'organisation de travail et d'autre part au contact avec la clientèle dont la gestion du stress s'avère difficile. Cette lutte, étant prolongée et permanente, ces infirmiers finissent par craquer, en d'autre terme « épuisés » en se consumant émotionnellement et mentalement.

Tout en abordant le phénomène de l'épuisement professionnel des soignants, plusieurs auteurs tels que Canoui & Mauranges (2004), Truchot (2004) et d'autres ont tenté de l'étudier sur tous les plans et de trouver des pistes reliant les aspects de l'épuisement professionnel avec d'autres facteurs qui pourraient contribuer à son apparition et cela pour une meilleure compréhension de ce phénomène.

1. L'épuisement professionnel et ses composantes

Les résultats obtenus grâce aux questionnaires nous ont permis de vérifier nos hypothèses. Nous avons relevé à travers le H.B.I des constats concernant en partie les différentes fréquences des composantes de l'épuisement professionnel en terme d'intensité. De ce fait, l'épuisement émotionnel est présent chez les infirmiers urgentistes de la wilaya de Constantine. Ce résultat met en évidence la présence de l'épuisement professionnel chez cette population en ce que cette composante constitue l'élément le plus dominant de l'épuisement professionnel.

En effet, la dimension qui est l'épuisement émotionnel se trouve plus élevée chez les infirmiers urgentistes tout en étant associée à un important sentiment de vide intérieur. Ce résultat coïncide approximativement avec ceux des recherches et des travaux effectués par Duquette & Delmas (cité par Canoui & Mauranges, 2004) auprès des infirmières, soulignant que cette composante essentielle touche 10 à 48% des infirmières actives. Cela met en évidence que la pratique au sein des services des urgences constitue une première source d'épuisement, car les infirmiers urgentistes censés œuvrer auprès des patients et avoir une grande capacité à supporter les contraintes inhérentes à la souffrance et la mort, sont exposés régulièrement lors de l'exercice de leur métier au stress induit par certaines situations qualifiées d'urgentes et ardues, notamment lorsqu'il y a des incidents critiques comme les catastrophes et les accidents de la route...etc. Les tensions supplémentaires que génère le flux massif et imprévisible des patients viennent augmenter le risque de stress psychologique quoique ce contact est plus ou moins court mais mêlé de nombreux actes techniques dans certains services comme celui des urgences au sens d'Estryn-Béhar (1997). Face à ces circonstances, les infirmiers urgentistes déploient un investissement émotionnel important dont l'accumulation de stress ainsi que la défaillance des stratégies d'ajustement (de coping) entraîne à plus ou moins long terme un état de dysfonctionnement qui prend la forme de fatigue physique et psychique. Ces stratégies d'adaptation décrites par Lazarus et Folkman (cités par Graziani & Swendsen, 2004) ont pour fonction de réduire l'anxiété liée au facteur de stress et de maintenir pour l'individu un niveau de fonctionnement satisfaisant. L'épuisement émotionnel se manifeste aussi par l'envahissement d'un immense vide intérieur qui pourrait être dû à un engagement excessif décrit par Freudenberger ou le fait de se heurter à la réalité du travail au sein des services des urgences. Compte tenu les situations stressantes dans lesquelles les infirmiers urgentistes sont impliqués, ils finissent par épuiser leur ressource émotionnelle, ce qui provoque un sentiment d'impuissance, signifiant ainsi que l'individu n'arrive plus à reprendre le contrôle de son bien être du fait du manque de force nécessaire pour surmonter les difficultés qui pourraient être inévitables, voire utile dans le cycle continu du travail et du changement positif (Aurousseau, 2001).

Contrairement à une idée qui se dégage lorsqu'on évoque le sentiment d'impuissance dans lequel se trouvent les individus qui le vivent, celui-ci n'est pas toujours dramatique. Certes, ce sentiment est en partie l'aboutissement d'un niveau d'incertitude lié à certaines situations incontrôlables ou répétitives dépassant les capacités d'adaptation, mais d'autre part, il procure certains bénéfices en cherchant des solutions rapides et concrètes qui permettront de reprendre le contrôle en adoptant des attitudes de révolte, ce qui permet de réduire certaines défaillances

psychologiques. En effet, les infirmiers urgentistes peuvent manifester des réactions de révolte (l'agressivité) ou d'acceptation de la situation, basée sur l'ennui (le ras-le-bol) au moment de leur expérience du sentiment d'impuissance, notons que ces attitudes enregistrées ne correspondent pas nécessairement à un état de recul. Par ailleurs, ils pourraient être une expression d'un mal être souvent ressenti chez cette catégorie de professionnels. L'évolution positive du sentiment d'impuissance pourrait avoir un impact non-négligeable sur la santé et la qualité de vie au travail. Inversement, si ces infirmiers mettent de l'avant ou proposent des solutions mal-adaptées ou qui ne tiennent pas compte de la complexité de la situation, leur sentiment d'impuissance ainsi que leurs attitudes seront maintenus, aggravés ou entraîneront une détérioration de leur confort au travail.

Ces constats mettent en lumière un processus d'épuisement professionnel patent d'installation progressive chez la population des infirmiers urgentistes.

En dépit de l'usure émotionnelle éprouvée par les infirmiers urgentistes, leur capacité psychologique et mentale n'est pas entièrement altérée. Ils possèdent encore un sentiment positif vis-à-vis de leur travail, en préservant l'aspect relationnel qui n'est pas entièrement désinvesti constituant ainsi un enrichissement personnel. Il est vrai que les conditions de travail pèsent lourdement sur les relations et la qualité de travail, mais ces professionnels pourraient faire preuve de résistance aux diverses contraintes imposées par l'environnement de travail. Ils sont impliqués dans leur travail en répondant aux différentes sollicitations qui proviennent des patients ou des autres professionnels comme les médecins ou l'administration par exemple.

De plus, les infirmiers urgentistes semblent être préservés du stade ultime de l'épuisement professionnel qui constitue l'altération du vécu d'accomplissement personnel. Cela nous amène à dire que si les infirmiers urgentistes étaient particulièrement épuisés émotionnellement, ils trouveraient malgré tout un accomplissement fort dans l'exercice de leur profession. Ceci dit, ces professionnels jouissent d'une identité professionnelle positive, une satisfaction importante, un sentiment d'auto-efficacité au travail, cela permet de dégager un grand sentiment de compétence qui nourrit leur estime de soi et leur épanouissement à l'environnement professionnel. Éventuellement, plusieurs paramètres interviennent à réduire le manque d'accomplissement personnel chez les infirmiers urgentistes comme l'engagement dans une relation qui apporte au patient des informations, d'arriver à réaliser des gestes techniques pour une meilleure prise en charge du patient. Ces paramètres qui ont été évoqués par Truchot (2004) semblent renforcer le sentiment d'accomplissement personnel. La fonction roborative que peut avoir la charge quantitative de travail contribue également et de façon relative et minime à le renforcer. En fait, le nombre d'actes réalisés (ou les gestes techniques) est associé à un

épuisement émotionnel élevé, mais en revanche, il contribue considérablement à diminuer le manque d'accomplissement personnel. Il semble que la diminution de l'accomplissement personnel trouve son origine non seulement au travers des facteurs contextuels mais aussi des facteurs personnels influant le choix des stratégies de coping. Sur le plan individuel, les stratégies actives centrées sur le problème, sont les plus adaptatives (focalisation active et cognitive, contrôle, soutien social) afin de le résoudre mais aussi de diminuer le manque d'accomplissement personnel. D'autre part le coping socialement perçu positif (coopération grâce au travail en équipe, support social émotionnel, informationnel) semble également être efficace en ce qu'il permet non seulement de trouver une « bonne distance » vis-à-vis du patient mais aussi de renforcer le sens de l'accomplissement personnel (Ceslowitz cité par Stordeur & col, 1999). De plus, le manque d'accomplissement personnel de moindre importance renforce la capacité de faire face aux situations stressantes, réduisant ainsi la réaction dépressive. Des études montrent que plus l'infirmière utilise les stratégies de coping centrées sur le problème, plus elle présentera un degré élevé d'accomplissement personnel. (Bibeau, 1985)

Il semble également que les infirmiers urgentistes bénéficient de l'aide pratique (assistance concrète etc.) des collègues qui constitue un effet salutogène direct participant à minimiser le manque d'accomplissement personnel. Ils font preuve d'un détachement salutaire vis-à-vis de leur travail. Ils se débranchent facilement lorsqu'ils quittent le milieu professionnel sans culpabilité malade afin de se consacrer à leur vie familiale et sociale et arrivent à se détendre en famille, pour la plupart d'entre eux.

2. les facteurs influant sur l'apparition de l'épuisement professionnel et ces caractéristiques

L'épuisement professionnel tire ses origines non seulement de l'influence des caractéristiques individuelles mais aussi des caractéristiques de l'environnement qui agissent en interaction. Plusieurs facteurs semblent favoriser l'émergence de l'épuisement professionnel chez la population des infirmiers urgentistes et notamment les caractéristiques socio-démographiques comme le sexe, l'âge, la situation familiale, l'ancienneté professionnelle, le mode de travail et la spécificité de l'établissement ou du service dans lequel ces infirmiers exercent leur métier. De ce fait, nous allons exposer l'influence de ces différents facteurs de la façon suivante :

Le sexe et l'épuisement professionnel :

Rappelons que la population des infirmiers urgentistes est composée de 53% de femmes et de 47% d'hommes. Concernant la variable sexe, il semble que les femmes sont plus exposées à l'épuisement professionnel que les hommes. Ces résultats sont tout à fait révélateurs puisque l'on remarque une tendance plus marquée à certains symptômes du burn out chez les femmes plutôt que chez les hommes. En effet, ce constat met l'accent sur l'impact des conditions de travail dans les services des urgences sur l'état psychologique des infirmiers urgentistes et notamment les femmes. En oeuvrant dans un milieu de travail où ces conditions sont peu favorables comme le manque d'effectifs et de moyens techniques, l'investissement dans cet environnement exige un rythme de travail très rapide dont les horaires sont atypiques où se mêle l'aspect curatif, émotionnel et relationnel. Les femmes sont plus sensibles que les hommes face aux tensions quotidiennes endurées par la charge de travail ainsi que la confrontation avec la souffrance et la mort. À cela s'ajoutent les différentes interventions lors des situations de crise, qui les obligent à déployer un effort émotionnel et mental plus important. Face à ces interventions qui dépassent les capacités adaptatives, elles trouvent plus de difficultés à supporter les différentes sollicitations provenant des patients et des collègues, ce qui influe sur leur bien être psychologique et réduit ainsi leur capacité à faire face aux situations stressantes. Mais avec le temps, la succession de ces situations et les difficultés à y faire face génèrent chez elles un sentiment d'impuissance qui se manifeste comme nous l'avons mentionné ci-dessus par des réactions de révolte (l'irritabilité) ou par l'ennui. Ces femmes étant dévouées à une tâche humaine consacrent leur temps à prodiguer des soins auprès des malades. Ce dévouement et cet effort se transforment progressivement en monotonie, en perte d'intérêt et d'échecs des soins. Selon Delbrouk (2003), lorsque le bol est rempli à ras, il risque de déborder en causant non seulement des dérapages dans la relation soignante mais aussi des répercussions sur l'état de santé général des soignants.

Il apparaît que les femmes qui travaillent au sein des services des urgences éprouvent également des difficultés à se détendre par rapport aux hommes. Compte tenu du niveau de stress que ces femmes endurent et qui les empêche à prendre du recul, elles ne peuvent plus se détacher de leurs activités professionnelles ainsi qu'à leur vie privée. Ceci dit, elles emportent non seulement la souffrance des autres et les problèmes vécus au cours de leur pratique quotidienne en rentrant chez elles mais aussi dans leurs loisirs, ce qui les laisse en état de détresse permanente qui entraîne des perturbations somatiques telles que les difficultés d'endormissement qui influent sur l'état psychologique des ces infirmières.

- L'âge et l'épuisement professionnel :

En ce qui concerne l'âge et l'épuisement professionnel, nous avons retenu que les infirmiers urgentistes les plus âgés éprouvent un faible épuisement émotionnel. Notons que la plupart des études mettent l'accent sur la vulnérabilité des plus jeunes à l'épuisement émotionnel par rapport aux plus âgés sous prétexte que le début de la carrière professionnelle est considéré comme une période difficile en termes de relations avec la hiérarchie, de plaisir au travail, de manque de clarté à propos de leur tâche, de charge émotionnelle au sens de Delbrouk (2003) au détriment d'une jeunesse en pleine énergie poussée par l'enthousiasme et le dévouement tout en fournissant le maximum d'effort en milieu de travail.

La présence de l'épuisement émotionnel chez les infirmiers urgentistes les plus âgés, quoi que de faible intensité pourrait induire que ce personnel en fin de carrière éprouve aussi des difficultés à gérer leur stress dans un milieu exigeant comme celui des urgences, ces infirmiers peuvent entretenir un certain équilibre psychique tout au long de leur vie professionnelle par l'élaboration des stratégies de défenses, mais ces capacités d'adaptation (de coping) peuvent se trouver débordées, entraînant à la longue une souffrance psychique, en particulier chez les sujets en fin de carrière ou en retraite. C'est avec ces deux éléments qu'apparaissent les conséquences tardives de cette frustration chronique qui émerge sous de multiples formes comme le souligne Estry-Behar (1997).

Par ailleurs, les situations stressantes sont sensiblement perçues chez les jeunes infirmiers urgentistes durant l'exercice de leur métier. Ils semblent plus impliqués dans la profession au début de leur carrière professionnelle, mettant en œuvre toute leur capacité afin d'aider les patients dans des situations le plus souvent pénibles. D'autant plus que l'importance des affects rencontrés influe également sur la personnalité des ces jeunes où ils pourraient s'identifier aux malades. Encore, le poids et la répétition des micro-traumatismes émotionnels tels que la souffrance, la maladie et la mort, de même que les pulsions interdites refoulées (incestes, viols, meurtres, etc.) usent profondément ces jeunes soignants qui sont proches de l'expérience émotionnelle des victimes directes et perturbés par l'écoute répétée de récits chargés de souffrance de ces derniers (Delbrouk, 2003), entraînant une identification empathique. Vouloir montrer leurs empathies et leurs compassions les met en résonance avec le vécu de la victime, ce qui décuple chez eux la construction des croyances négatives sur soi et sur leur environnement professionnel, les conduisant vers une position d'impuissance qui serait le résultat de l'écart existant entre l'idéalisation du métier et l'impact d'une réalité choquante qui semble affecter ces jeunes professionnels. Devant la difficulté de gérer leurs émotions, ces infirmiers adoptent parmi

les stratégies auto-protectrices la distanciation affective comme une forme courante d'évitement d'une implication trop grande auprès du malade et du travail en général.

- La situation familiale et l'épuisement professionnel :

Concernant la situation familiale et d'après les constats relevés, les infirmiers urgentistes mariés tendent à moins souffrir du burn out par rapport aux célibataires. Ceci dit, ces mariés semblent plus ou moins protéger de l'épuisement professionnel en tirant bénéfice de leur situation, ce qui minimise les effets néfastes de cette pathologie. Cependant, assurer une double fonction, en tentant de concilier la vie familiale et la vie professionnelle constitue une charge supplémentaire, mais ces éléments semblent ne pas avoir d'impact sur le risque d'une détresse psychologique. Ceci est contrairement à toute une tradition de recherche qui suggère comme souligne Truchot (2004) que la sphère privée et la sphère professionnelle peuvent interagir. L'impact positif des contacts sociaux que peut apporter pour le bien être des infirmiers urgentistes mariés semble avoir un effet modérateur de l'épuisement professionnel en atténuant les conséquences des stressors. De ce fait les mariés perçoivent un soutien social de leur entourage non seulement du milieu de travail mais également de l'entourage privé (les maris (e), les enfants...etc.) qui se traduit par un soutien réel ou perçu comme ressources permettant de faire face aux différents stressors (soutien familiale, aide matérielle, affective, information, etc.). Avoir à leurs côtés un entourage disponible pour fournir une assistance concrète, un réconfort émotionnel, un encouragement face à des contraintes professionnelles importantes aide non seulement à faire face mais donne au travail un attrait supplémentaire (Truchot, 2004). L'effet positif du soutien sur le bien être physique et psychologique a été observé aussi auprès des groupes professionnels variés comme dans le cas des infirmières hospitalières (Cronin-Stubbs et Rooks ; Eastburg, Williamson, Gorsuch & Ridley cités par Truchot, 2004). Par contre un soutien faible contribue à accroître le sentiment de l'usure, entraînant une détresse psychologique.

- Le nombre d'années d'expérience et l'épuisement professionnel :

Il apparaît que le nombre d'années d'expériences est associé à l'épuisement professionnel. En effet, les infirmiers urgentistes les moins expérimentés ont une tendance à souffrir davantage du burn out par rapport aux plus expérimentés. Ceci dit, le cumul des années n'aboutit pas nécessairement à ce phénomène (Truchot, 2004). Certes, comme nous l'avons mentionné antérieurement le début et la fin de carrière altèrent l'état psychologique des infirmiers urgentistes, mais les moins expérimentés sont surtout ceux qui semblent être touchés par

l'épuisement professionnel. Ceci dit, au début de leur carrière professionnelle l'exposition aux divers agents stressants cités ci-dessus les empêchent de s'épanouir au plan professionnel. Cette implication qui semble être paradoxale et contraignante à cause des attentes qui sont parfois idéalisées vis-à-vis de la profession et les exigences imposées par la réalité du terrain ; ces jeunes infirmiers urgentistes moins âgés sont émotionnellement accablés par la sollicitation d'autrui (malade, d'autres professionnels, etc.) et par les conditions de travail qui sont contraignantes du fait de leur implication dans des situations plus ou moins traumatisantes, notamment à l'égard de la souffrance et la mort à l'intérieur de l'institution mais aussi de subir indirectement le poids des pressions face à certains incidents critiques (les catastrophes naturelles, les accidents de la route ou celles causées par l'homme). Cette implication qui s'avère stressante conduit les infirmiers urgentistes relativement nouveaux dans leur carrière professionnelle à ressentir un sentiment de détachement et de mise à distance envers les personnes soignées, autrement dit, ils aboutissent à un désinvestissement relationnel qui serait alors le signe d'une difficulté de réaménagement des motivations et des idéaux initiaux allant vers l'évitement de l'exposition aux souffrances.

Dans l'incapacité d'effectuer les tâches quotidiennes à cause des frustrations ressenties face à la perte de contrôle dans le travail quotidien perçu comme répétitif, voire inutile, le peu de reconnaissance de la part des patients et de la hiérarchie, l'organisation n'est plus perçue comme un lieu de construction de l'identité individuelle mais comme un lieu aliénant et frustrant. Cette vision négative du travail renforce le sentiment d'impuissance. Les infirmiers urgentistes moins expérimentés, étant encore jeunes, mettent en œuvre des stratégies d'adaptation insuffisantes pour affronter ces situations désagréables.

Alors que les plus anciens semblent plus ou moins protéger de l'épuisement professionnel. Ceci peut être expliqué par l'actualisation et le renforcement de façon progressive de leurs compétences et la mise en œuvre des capacités d'ajustement (de coping) et de faire face plus ou moins efficaces, de même que par une intégration en milieu de travail, diminuant ainsi l'effet nuisible de l'épuisement professionnel.

- Le mode de travail et l'épuisement professionnel :

Les infirmiers urgentistes oeuvrant le jour ou la nuit éprouvent un épuisement professionnel patent. Cela renvoie au fait que ces professionnels affrontent quasi-régulièrement, notamment dans la journée les effets épuisant et démotivant des situations difficiles induites par le flux massif et imprévisible des patients et l'augmentation des actes de soins, lorsque ces situations se répètent, qu'ils s'agissent des journées de travail ordinaire ou lors des incidents critiques, les

infirmiers urgentistes éprouvent des difficultés quant à l'efficacité à gérer leur travail, ainsi que les stressés qui en résultent. Devant de telles frustrations, ils sentent que leurs actes ne mènent à rien, ce qui entraîne une démotivation pour le travail et une baisse d'auto-efficacité et de productivité.

Le travail de nuit également paraît être très épuisant pour les infirmiers urgentistes à cause du stress qu'il engendre affectant leur équilibre psychologique. C'est ce qui a été observé également dans la littérature internationale chez des infirmières travaillant la nuit (Tasto & coll. ; Wynne & coll.; Bohle & Tilley ; Akerstedt cités par Estryn-Béhar, 1997). Cela pourrait être dû à la privation du sommeil perturbant à plus ou moins long terme l'horloge biologique. Ces manifestations affectent l'état physique et psychologique des infirmiers urgentistes, qui, étant épuisés, peuvent être exposés aux incidents médicaux, mettant en péril l'état de santé des patients, sans négliger le risque que peut entraîner ce déphasage au plan familial et social.

- Le lieu d'exercice et l'épuisement professionnel :

Concernant le lieu d'exercice, il apparaît que le type d'établissement hospitalier dans lequel les infirmiers urgentistes travaillent peut être une source de stress qui entraîne à la longue un épuisement professionnel. En effet, il y a une corrélation entre le lieu de travail et la présence de certaines caractéristiques de l'épuisement professionnel. Dans la mesure où la distribution de cet épuisement dans certains établissements diffère en terme d'intensité mais également en terme de spécificité d'un lieu à un autre.

De ce fait, les infirmiers urgentistes du centre hospitalier universitaire sont parmi les professionnels urgentistes qui semblent être affectés par l'usure professionnelle. Nous pouvons l'expliquer par le fait que la fréquence d'un nombre important des usagers dans les services des urgences du centre hospitalier universitaire constitue une charge quantitative et émotionnelle importante qui rend les infirmiers urgentistes en état d'alerte permanente. Ils affrontent une surcharge de travail de plus en plus croissante envers des patients en souffrance et la mort. Cette relation qui semble éphémère est souvent génératrice d'attitudes mal-adaptées telles que les réactions agressives. Tout ceci laisse ces infirmiers en état de stress permanent, ne pouvant plus prendre de distance vis-à-vis de leur travail, ce qui les rend plus vulnérables devant de telles frustrations, ce qui génère une sorte de fuite émotionnelle afin de se protéger ou d'éviter toute sorte de souffrance. Face à ces demandes épuisantes, les infirmiers urgentistes du centre hospitalier universitaire développent une stratégie d'évitement qui pourrait s'apparenter à une tentative nouvelle d'affronter les situations difficiles.

Les infirmiers urgentistes de l'hôpital de Zighoud Youcef semblent aussi être touchés par l'effet de la fatigue au travail qui se traduit par une baisse importante de l'accomplissement personnel (insatisfaction sur la performance). Ce qui nous laisse penser que cette forme de déficit pourrait être le produit soit d'une vision négative à l'égard de travail et de la dévalorisation de leurs compétences mettant en jeu leur estime de soi et leur auto-efficacité, soit de l'insuffisance de travail comme source de stress liée à un environnement qui se caractérise par la monotonie et la répétition des tâches induisant une baisse de motivation au travail entraînant un désinvestissement psychique qui amoindrit leur capacité de faire face aux situations d'urgence ou d'imprévu que peuvent dicter certaines circonstances désagréables (des accidents de la route occasionnels..Etc.).

Egalement, les infirmiers urgentistes de l'EHS pédiatrique sont touchés par l'usure émotionnelle vu qu'ils sont consumés au plan des sentiments. Cela pourrait être le fait de leur implication émotionnelle ainsi que les tensions éprouvées lors des contacts avec des situations pénibles inhérentes à la souffrance des enfants et parfois à la mort de ces êtres à un âge précoce de la vie. Il paraît intolérable de vivre de tels drames non seulement pour leur famille mais aussi pour les soignants en générale. Comme souligne Canoui (2004) qu'une mort violente est inattendue vient ébranler les familles ainsi que les soignants qui sont sensiblement impuissant face à une perte injuste. La souffrance et notamment la mort de ces enfants génèrent chez eux des deuils multiples altérant leur état de santé menant à l'épuisement professionnel (Goldenberg, Leboul, 1989). Autrement dit, la confrontation à l'impensable de la mort d'un enfant a un impact négatif quant à l'apparition de l'épuisement professionnel (Bercovitz, De Broca, Larrat, cdrnfxb, 2006).

L'impact de l'usure au travail n'a pas épargné les infirmiers urgentistes de la polyclinique de Ain Smara, mais cette usure a évolué vers un état dépressif. Cela suppose que ces infirmiers sont exposés aux situations de stress et de frustration dues à leurs conditions de travail qui semblent être contraignantes comme le manque de moyens et la présence des patients en souffrance. Il en est de même pour les infirmiers urgentistes de l'EHS Daksi des maladies Uro-néphrologiques qui manifestent des réactions agressives qui constitue également l'aboutissement d'un épuisement professionnel qui s'est manifesté par un état agressif.

- Les services du CHUC et l'épuisement professionnel :

Comme nous l'avons mentionné ci-dessus, le type de service mais également le type de pathologie qui s'y rattache semble avoir un impact sur l'apparition de l'épuisement professionnel où la charge émotionnelle éprouvée par les infirmiers urgentistes du CHUC se distingue d'un service à un autre.

De ce fait, il paraît que les infirmiers urgentistes exerçant en neurochirurgie sont touchés considérablement par la fatigue au travail, puisqu'ils présentent la majorité des caractéristiques d'un stade avancé du burn out, ce qui nous oriente vers une possibilité de prendre en charge des pathologies compliquées chez des patients présentant des lésions cérébrales ou médullaires telles que les traumatismes crâniens, relevant a priori d'actes de neurochirurgie et de radiologie interventionnelle, et nécessitant une assistance respiratoire, monitoring et thérapeutiques spécifiques, ainsi que la maîtrise des appareils sophistiqués. Etant donné la complexité des soins et la difficulté de gérer émotionnellement des situations critiques induites par la souffrance et la mort qui constitue un profond traumatisme pour ces infirmiers. Face aux frustrations ressenties devant de telles situations, les infirmiers des urgences neurochirurgicales ne peuvent plus reculer ou prendre de distance par rapport à leur tâche en se sentant épuisés au plan émotionnel, ce qui amoindrit leur capacité à affronter les situations de stress, ce qui pourrait aboutir à un sentiment d'impuissance, voire un état dépressif ou agressif.

Les infirmiers des urgences médicales accusent une baisse de l'accomplissement personnel dans la mesure où la confrontation aux situations de souffrance et de mort d'une part et les conditions de travail comme le manque de moyens, de personnel qualifié, etc. amène ces infirmiers à se désinvestir en se sentant incapables de mener leur travail à terme malgré qu'ils déploient des efforts considérables. Ceci dit, ces infirmiers semblent avoir une vision négative de leur travail qui influe sur leur compétence et par conséquent sur leur auto-efficacité entraînant une insatisfaction sur leur performance. L'impact de l'auto-efficacité sur la diminution de l'accomplissement personnel a été confirmé par Evers, Brouwers et Tomic (cité par Truchot, 2004), ceux des urgences médicales du CHUC semblent être confrontés à une charge de travail à laquelle ces infirmiers peuvent adopter des stratégies de coping et notamment de fuite pour éviter les exigences des situations stressantes face aux sollicitations provenant de la part des patients, de leur famille, ainsi que des autres professionnels.

Les infirmiers urgentistes du centre des brûlés pour leur part éprouvent également de l'usure liée au travail car ces infirmiers sont confrontés constamment et au fil des jours à la douleur des patients présentant un degré de brûlure plus ou moins important qu'ils prennent en charge afin d'éviter toute complication...pour ce faire, les infirmiers urgentistes déploient des efforts considérables tout en restant vigilant. Cette sollicitude nécessite de maintenir un tonus d'activité pour faire face aux imprévus comme souligne Libouban (cité par Antoine, 2000). Ce climat étant violent et angoissant conduit ces infirmiers à réagir mal face aux scènes difficiles. Cette accumulation sensorielle pèse lourdement sur les infirmiers induisant des réactions de défense manifestées par les infirmiers urgentistes du centre des brûlés comme la réaction agressive (parler plus haut et fort, faire du bruit pour ne plus entendre les cris). Cette agressivité réactionnelle comme le montre le même auteur n'est pas tellement orientée envers les patients mais plutôt envers les membres de l'équipe sous forme de railleries plaisanteries. Le fait d'aiguiser entre eux un certain tonus de violence les aide à supporter la violence des conditions de travail et fonctionne comme une cuirasse de défense contre la souffrance.

Le service anti-cancéreux (oncologie) semble être en relation avec l'épuisement professionnel. Dans la mesure où les infirmiers exerçant au sein du service sont confrontés à une charge psychique importante qui découle du contact et la demande qui pourraient être stressants de personnes atteintes de maladies graves telle que le cancer qui les oblige à mettre en œuvre les mécanismes d'ajustement suscitant des contre-transferts épuisants. Cette maladie constitue une surcharge psycho-émotionnelle pour ces infirmiers qui prennent en charge ces pathologies lourdes. A cela s'ajoute, le taux élevé de mortalité chez les patients comme le démontre Maloney; Hay et Oken; Newlin et Wellisch; Gentry et al cités par Bourbonnais & coll, 1985). Ces situations vécues et reconnues comme émotionnellement fortes, génèrent des mécanismes de défense face à l'angoisse suscitée par la maladie grave. De plus, prendre en charge des personnes dont les thérapies semblent moins fructueuses pour des résultats considérés parfois comme minimes ou inefficaces, sont vécues difficilement au plan éthique par certains soignants. Face aux situations contraignantes, des sentiments de frustration et d'impuissance surgissent et qui sont liés en partie à un sentiment d'échec conduisant les infirmiers à garder leur distance à l'égard des personnes atteintes (Schraub & Marx, 2004).

Sans doute, les infirmiers du service hémato-infectieux paraissent aussi être sujets à l'épuisement professionnel en raison de la présence d'un épuisement émotionnel important ainsi qu'une distanciation et d'une incapacité à se détendre. Ce constat rend compte de la vulnérabilité

émotionnelle des infirmiers en affrontant les maladies infectieuses et notamment le SIDA. Cela constitue comme nous l'avons mentionné ci-dessus une charge émotionnelle importante en relation avec la pathologie des patients puisque ce service prend en charge aussi des pathologies lourdes. Lors de l'exercice de leur métier, les infirmiers doivent intervenir auprès des personnes atteintes de maladies infectieuses dans l'intention de leur dispenser les soins nécessaires. Le contact avec la maladie et la souffrance aussi constitue une charge de travail stressante qui est renforcée par l'implication dans la plupart des cas auprès des patients jeunes atteints de maladies graves. Éléments devant être entre autre pris en compte, certaines manifestations neurologiques du SIDA telles que la démence et le décès des patients comme c'est mentionné dans une étude australienne (Chazarin, 1991). De plus le risque d'exposition au sang rend les infirmiers plus vigilants de manière à ce qu'ils développent une sorte de distance par rapport au travail et aux personnes impliquées dans la relation professionnelle.

Egalement, les sages femmes du centre hospitalier universitaire sont en proie à des manifestations de l'épuisement professionnel. Cela met en évidence que cette catégorie de professionnels est exposée régulièrement à une surcharge de travail considérable qui met à rude épreuve les nerfs d'un effectif réduit et dépassé en affrontant des situations de stress permanent liées aux difficultés de travail qui les pousse à craquer. Les sages-femmes sont censées durant l'exercice de leur métier à prendre en charge les femmes enceintes et les naissances des bébés à savoir des consultations prénatales, la préparation et l'assistance à l'accouchement ainsi que le suivi post-natal. D'ailleurs, Toutes ces situations exigent des efforts et une surveillance rigoureuse pour le bon déroulement de travail afin d'éviter les complications qui pourraient entraîner dans nombre de cas la mort des patients (femmes enceintes ou les nouveaux nés). Malgré le manque de moyens pour intervenir en cas d'urgence, les sages-femmes du service de CHUC sont exposées à un flux massif des femmes en phase d'accouchement provenant même des différents secteurs sanitaires de toutes les wilayas de l'est. Notant que le taux de natalité est estimé relativement de 800 jusqu'à 1100 cas par mois, soit près d'une quarantaine d'auscultations par jour (journal El watan, 2006). En outre, l'exposition aux risques de contamination ainsi que les poursuites judiciaires à la suite du décès du bébé ou de la mère constituent également une autre source de stress. Face aux frustrations éprouvées du fait de cette surcharge émotionnelle et physique, ces sages-femmes touchées par l'usure au travail, en se manifestant par des réactions agressives tant à l'égard des patientes que de leur collègue.

Il en est de même pour le service des urgences cardio-vasculaires où les infirmiers urgentistes rencontrent aussi durant l'exercice de leur métier des conditions de travail défavorables provenant d'une part du nombre élevé des clients qui se présentent au sein de ce service, le type de pathologie enregistrant un surcroît plus fréquents à savoir, le diabète, l'HTA qui touche 30% à 40% de la population, le cholestérol, les maladies coronariennes (infarctus du myocarde, l'angine de poitrine) qui font des maladies cardio-vasculaires la première cause de la mortalité en Algérie (le quotidien d'Oran, 2008), et d'autre part le manque de moyen matériel et humain pour une prise en charge convenable. L'implication auprès des personnes atteintes de maladie cardiaque entraînant parfois la mort, lorsqu'elle se répète, elle conduit les infirmiers urgentistes à un état de fatigue physique et psychologique qui s'exprime comme nous l'avons expliqué ci-dessus par des réactions agressives. Ces réactions pourraient être vu non comme le résultat de la douleur mais comme tributaire d'une détresse causée par l'expérience d'une souffrance personnelle au sens de Berkowitz (cité par Neveu, 2006).

VII. Discussion

Dans cette étude, nous avons pu mettre en évidence la présence de l'épuisement professionnel (burn out) chez les infirmiers urgentistes de la wilaya de Constantine. Divers facteurs semblent expliquer l'émergence de l'épuisement professionnel suite aux études qui ont été faites par de nombreux chercheurs tels que les conditions de travail et les facteurs intrinsèques de l'individu. Cependant, l'objectif de notre étude étant de tenter de mettre en valeur les caractéristiques, notamment du point de vue des principales caractéristiques socio-démographiques et les spécificités des établissements ainsi que les services hospitaliers qui peuvent favoriser l'apparition de l'épuisement professionnel. De ce fait, nous allons nous centrer sur les points qui nous permettront de répondre à nos hypothèses :

- 1/ le sexe influe sur l'apparition de l'épuisement professionnel chez les infirmiers urgentistes.
- 2/ L'âge favorise l'apparition de l'épuisement professionnel chez les infirmiers urgentistes
- 3/ La situation familiale contribue à l'émergence de l'épuisement professionnel chez les infirmiers urgentistes.
- 4/ Le nombre d'années d'expérience contribue à l'apparition de l'épuisement professionnel chez les infirmiers urgentistes.
- 5/ Le mode de travail « de jour » ou « de nuit » mène à l'apparition de l'épuisement professionnel chez les infirmiers urgentistes.
- 6/ les caractéristiques des établissements hospitaliers favorisent l'apparition de l'épuisement professionnel chez les infirmiers urgentistes.
- 7/ les caractéristiques des services d'urgences du centre hospitalier universitaire de Constantine influent sur l'émergence de l'épuisement professionnel chez les infirmiers urgentistes.

Rappelons que les résultats présentés précédemment portent sur 82,70% de la population. Mais qui sont les 17,30% de non-répondants ? S'agit-il des personnes les moins intéressées et les moins concernées par le thème de cette étude ? Ou bien, les sujets les plus stressés et qui souffrent le plus ? La question reste en suspens.

D'après les résultats de notre étude, nous avons pu relever un profil spécifique concernant la présence de l'épuisement professionnel chez la population des infirmiers urgentistes, qui se rapproche à celui décrit dans la littérature scientifique comme nous le verrons dans ce qui suit :

- *le sexe influe sur l'apparition de l'épuisement professionnel chez les infirmiers urgentistes.*

Nous avons retenu que les femmes sont les plus concernées par l'épuisement professionnel plutôt que les hommes. Mise à part la composante « épuisement émotionnel », les autres caractéristiques affectent beaucoup plus les femmes. Dans la mesure où ces dernières sont davantage sensibles face aux événements stressants du fait de leur implication émotionnelle auprès des patients en souffrance ou en fin de vie. Cela confirme l'hypothèse qui souligne que l'épuisement professionnel est plus élevé chez les femmes (Belle cité par Bibeau, 1985). Quoique les études qui relèvent de l'approche du genre présentent des faiblesses méthodologiques puisque aucune d'entre elles n'a été en mesure de comparer des hommes ou des femmes occupant les mêmes fonctions. De plus, il s'avère difficile de savoir si ces différences enregistrées entre les travailleurs étaient dues à des différences de sexe.

- ***L'âge favorise l'apparition de l'épuisement professionnel chez les infirmiers urgentistes.***

Concernant le facteur « âge », nous avons constaté que les infirmiers urgentistes les plus jeunes souffrent davantage de l'épuisement professionnel par rapport à ceux qui sont plus âgés. Ce constat met l'accent sur la vulnérabilité des jeunes infirmiers urgentistes à l'égard de l'épuisement professionnel du fait que le début de carrière semble être difficile où ces jeunes infirmiers affrontent quasi-régulièrement des situations stressantes dans un service des urgences en particulier, lorsqu'elles s'accumulent, elles entraînent à plus ou moins long terme une altération tant au plan somatique que psychologique. On peut dès lors accepter l'âge comme un facteur discriminatoire en défaveur des jeunes infirmiers urgentistes. Pour la majorité des auteurs, l'âge n'est pas un facteur prépondérant, sauf chez les infirmières où le jeune âge prédispose à l'épuisement professionnel. (Schraub, Marx ; Canoui & Mauranges ; Truchot, 2004).

- ***La situation familiale contribue à l'émergence de l'épuisement professionnel chez les infirmiers urgentistes***

Le constat fait au sujet de la situation familiale, rend compte de l'influence de ce facteur sur l'apparition de l'épuisement professionnel. En effet, les infirmiers urgentistes mariés semblent être plus ou moins à l'abri quant à l'émergence de cette nouvelle forme de pathologie, par ailleurs, les infirmiers urgentistes célibataires pourraient ne pas l'être. Nous pensons que les mariés bénéficient d'un soutien social plus important de la part de leur mari (e), de leur famille et des collègues plutôt que les célibataires. Bien que d'autres auteurs stipulent la fragilité du lien entre la situation familiale et le burn out (Canoui & Mauranges, 2004). Mais d'autres la

confirment de telle sorte que les célibataires sont davantage affectés par l'épuisement professionnel que les mariés (Truchot, 2004).

- ***Le nombre d'années d'expériences contribue à l'apparition de l'épuisement professionnel chez les infirmiers urgentistes.***

Par rapport au nombre d'années d'expériences, il ressort que les infirmiers urgentistes les moins expérimentés sont à plus haut risque de l'épuisement professionnel comparés avec ceux qui sont plus expérimentés. Comme nous l'avons expliqué antérieurement, vu que le facteur de l'expérience professionnelle a probablement un effet modérateur quant à l'apparition de cette pathologie où les infirmiers les plus âgés mettent en œuvre des stratégies salutaires afin de gérer leur stress de manière plus idoine. Alors que les infirmiers les moins expérimentés, mis à part leur manque d'expérience, ils éprouvent de la vulnérabilité lorsqu'ils rencontrent des contraintes liées aux conditions de travail qui sont mal vécues au plan émotionnel, en d'autre terme, cela pourrait être expliqué par le fait du déséquilibre entre les attentes parfois irréalistes de ces infirmiers moins expérimentés envers leur profession et la réalité choquante dans laquelle ces infirmiers sont soumises, ce qui les mènent inéluctablement à frôler l'épuisement professionnel. Bref, notre résultat converge avec l'hypothèse selon laquelle les moins expérimentés sont en proie de l'épuisement professionnel comme dans le cas des jeunes volontaires qui ont été observés par Freudenberg cités antérieurement (Truchot, 2004), toutefois, il faut mentionner également que l'expérience professionnelle n'est pas garant d'une solidité face à l'épuisement professionnel (Canoui & Mauranges, 2004).

- ***Le mode de travail « de jour » ou « de nuit » mène à l'apparition de l'épuisement professionnel chez les infirmiers urgentistes.***

A propos du mode de travail, notre résultat indique que les infirmiers urgentistes oeuvrant le jour seulement ainsi que ceux qui travaillent exceptionnellement la nuit sont prédisposés à l'épuisement professionnel. De ce fait le travail de jour comme de nuit influe sur la performance et l'état psychologique des infirmiers urgentistes en ce qu'il entraîne à la longue des défaillances somatiques et psychiques. Certes le travail de jour semble être épuisant en raison de l'afflux irrégulier de patients présentant une source de stress pour ces infirmiers, notamment le jour, alors que le travail de nuit aussi pourrait être usant pour cette catégorie de professionnelle en ce qui altère aussi la vigilance des infirmiers urgentistes ainsi que leur état émotionnel. Donc nous confirmons notre hypothèse partielle qui concerne le mode de travail et l'apparition de l'épuisement professionnel.

- *les caractéristiques des établissements hospitaliers favorisent l'apparition de l'épuisement professionnel chez les infirmiers urgentistes.*

Nous avons relevé également la présence de l'épuisement professionnel dans certains établissements sanitaires. Cela témoigne la manière selon laquelle chaque type d'établissement dans lequel les infirmiers urgentistes travaillent, que ce soit un centre hospitalier universitaire, établissement hospitalier spécialisé, polyclinique ou autres, chaque un genre des sources de stress distinctes des autres établissements sanitaires à savoir le type de pathologie auquel les infirmiers urgentistes doivent prendre en charge, la charge qualitative ou quantitative qui pèse lourdement sur l'état psychologique de cette catégorie de professionnelle. Ce qui a été confirmé par certaines études (Bourbonnais, Lee-Gosselin et Pérusse, 1985).

- *les caractéristiques des services d'urgences du CHUC influent sur l'émergence de l'épuisement professionnel*

En ce qui concerne la relation entre les services du CHUC et l'épuisement professionnel, il s'avère que certains services des urgences appartenant au centre hospitalier universitaire Ibn Badis de Constantine semblent être affectés par l'épuisement professionnel citons les urgences médicales, neurochirurgicales, l'hémato-infectieux, le centre des brûlés, l'anti-cancéreux, la gynécologie et les urgences cardio-vasculaires. Cette hypothèse est confirmée et qui va en parallèle avec les études qui stipule l'impact du caractère du service sur l'émergence de l'épuisement professionnel.

Toutefois, ces résultats mentionnés dans notre étude rendent compte d'un certain degré d'épuisement professionnel au sein de la population des infirmiers urgentistes. De plus, le profil dégagé de notre étude soit un infirmier urgentiste de sexe féminin, jeune, célibataire et moins expérimenté. Cependant, ce profil recouvrent approximativement celui habituellement décrit par de nombreux auteurs à savoir : un sujet jeune, débutant dans la profession et expérimentant une détresse de façon rapide. Quoique l'outil d'investigation que nous avons utilisé diffère à celui qui a été expérimenté dans les études internationales.

Compte tenu de la complexité étiologique du phénomène de l'épuisement professionnel, et bien que notre étude s'appuie sur la souffrance des soignants au travail, d'autres critères s'imposent, ce qui nous amène à formuler des réserves quant à son aspect transversal qui ne nous permet pas de porter un jugement sur le burn out en tant que processus temporel, d'autre part les

valeurs culturelles attribuées au travail diffèrent d'une société à une autre à savoir la valeur du travail, l'esprit concurrentiel, la réussite professionnelle,...etc. Bien que l'épuisement professionnel soit multifactoriel, les variables socio-démographiques ou celles des spécificités des établissements ou des services ne suffisent pas à elles seules à expliquer l'apparition de ce phénomène, d'autres facteurs entrent en ligne de mire comme les conditions de travail, le soutien social, ainsi que les aspects internes de la personnalité.

Conclusion

L'étude que nous avons menée, nous a permis de décrire certaines dimensions reliées aux caractéristiques socio-démographiques et professionnelles des infirmiers urgentistes des établissements sanitaires de la wilaya de Constantine quant à leur situation par rapport à l'épuisement professionnel ou « burn out ». Nous avons présenté par la même occasion certaines spécificités de la profession où les contraintes causées par les conditions de travail et l'organisation du métier se mêlent face à une implication quasi-régulière dans une relation d'aide envers autrui dont la souffrance marque leur quotidien. Les répercussions de telle implication pourraient être préjudiciables entraînant à plus ou moins long terme un dysfonctionnement somatique et psychologique. Le taux d'épuisement émotionnel enregistré montre en réalité à quel point cette catégorie de professionnels rencontre des situations stressantes qui à la longue, engendrent des souffrances au travail menant à un désinvestissement professionnel et conduisant à l'épuisement de l'individu.

Il est vrai que les services des urgences génèrent leurs propres formes de stress, de par la gestion du flux massif des patients et le rythme de travail qui ne cesse d'augmenter, l'exposition à la souffrance et à la mort et les responsabilités encourues renforce cet état de stress chez les infirmiers urgentistes. De plus, le manque de moyens humains et matériels ne permet guère d'améliorer les conditions de travail. Ces difficultés perçues négativement, conduisent inconsciemment les infirmiers urgentistes à mettre en œuvre des stratégies d'adaptation en vue de se protéger des effets néfastes de l'implication émotionnelle et d'améliorer la résilience face au stress prolongé au travail qui, lorsqu'il s'accumule dans le temps et devient chronique, débouche alors vers un épuisement professionnel. Cette entité clinique nouvellement apparue dans la littérature internationale ne laisse pas indifférent nombre de chercheurs qui ont tenté de l'étudier afin de déceler ses propres spécificités tant au plan symptomatique que psychopathologique. L'épuisement professionnel varie en fonction de toute une série de facteurs qu'ils soient environnementaux ou individuels. Certains facteurs semblent être contrôlables de façon partielle comme la charge de travail que l'on pourrait réduire, le soutien professionnel que l'on pourrait augmenter par les supervisions, la formation mais aussi par un espace d'écoute plus important...etc. par contre, d'autres facteurs sont pratiquement incontrôlables tels que le sexe, l'âge, le nombre d'années d'expériences...etc. Il est important également de rappeler que le métier de soignant ou d'infirmier urgentiste en particulier requiert des compétences compte tenu

de la diversité des interventions qu'il propose et les responsabilités qu'il engendre. Etre soignant relève d'une intention humaine profonde et généreuse basée sur le souci et l'aide d'autrui. Cet élan d'optimisme ne doit pas être ébranlé par les répercussions des interventions émotionnellement stressantes. D'où la nécessité de mettre en place des actions préventives afin de minimiser les effets néfastes de l'épuisement professionnel.

Dans la perspective d'une meilleure démarche préventive, la littérature internationale ne cesse de nous orienter vers divers moyens thérapeutiques axés principalement tant sur l'environnement que sur l'individu. Bien que préserver l'équilibre psychologique est primordial pour les infirmiers urgentistes pour une prise en charge adéquate des patients, vu que l'altération de cet équilibre pèse lourdement non seulement sur la santé psychique et physique des infirmiers urgentistes mais également sur l'efficacité de prodiguer des soins de qualité et la relation infirmier-patient. Etant donné les difficultés liées à la prise en charge de l'épuisement professionnel qui s'avère plus lourde qu'un stress pathologique, tant par la durée, par la fréquence des écartements du travail que par les traitements pharmacologiques. Cela ne nous empêchent pas de songer sur les éventuelles démarches préventives allant de pair avec la situation actuelle vécue par les infirmiers urgentistes.

Cette recherche nous a permis de nous orienter vers une piste qui serait de prévenir les méfaits de l'épuisement professionnel en mettant en place des moyens de lutte contre ce fléau. Le burn out apparaît en premier lieu comme lié à des conditions de travail spécifiques d'une part, et d'autre part à des facteurs particuliers de vulnérabilité individuelle, tels que l'âge, le sexe et la situation familiale. Compte tenu de l'aspect évolutif de cette pathologie qui se fait progressivement chez les infirmiers urgentistes, nous pouvons suggérer des mesures préventives qui pourraient aider cette catégorie professionnelle à mieux gérer les situations stressantes et de continuer à exercer sereinement leur métier en s'appuyant principalement sur la formation de groupe de libre échange supervisé par un psychologue ou un psychiatre dans le but d'assurer la prise en charge psychologique des infirmiers urgentistes et de leur permettre de décharger les tensions induites par les situations pénible de travail telles que les incidents difficilement vécus au plan émotionnel, la charge de travail, les conflits de rôle, l'anxiété des patients et de leur famille...etc. et de leur offrir un espace d'écoute plus important.

Le débriefing psychologique semble aussi la technique la plus appropriée pour ce genre de situation facilitant ainsi l'expression de sentiments difficiles, d'éviter que l'anxiété, la dépression ne s'installent et que les troubles somatiques n'apparaissent. De plus, cette technique permet aux infirmiers urgentistes de se ressourcer émotionnellement et de prendre conscience quant aux difficultés encourues dans leur métier. Ce qui pourrait leur offrir une satisfaction et

améliorer leur rendement professionnel. A vrai dire, un infirmier qui apprend à prendre soin de lui, arrivera mieux à prendre soins de ses patients

Assurer également le soutien professionnel par le biais des formations et des supervisions, développer le concept de « parrainage des jeunes infirmiers par les aînés » pour réduire l'écart entre l'idéal de la profession et la réalité dans laquelle ils sont impliqués. De même, la préparation psychologique des futurs infirmiers durant leur formation, notamment en ce qui concerne la relation infirmier-patient qui est nécessaire pour apprendre à garder la bonne distance vis-à-vis des patients en restant respectueux de la personne et réduisant également l'implication émotionnelle.

Les services des urgences, de par leur vocation sont connus par leur forte implication émotionnelle, d'où la nécessité de former des infirmiers spécialisés dans la médecine des urgences et des catastrophes et qui sont disposés à intervenir non seulement sur les lieux des incidents critiques mais aussi sur le lieu de leur travail habituel, réduisant ainsi les répercussions négatives des expositions quasi-régulières à la souffrance et la mort.

Finalement, il faut reconnaître que l'épuisement professionnel est un phénomène existentiel qui révèle un malaise singulier et social incitant à des réflexions pluridisciplinaires à savoir psychologiques, sociologiques, psychanalytiques et philosophiques sur l'individu en relation avec son environnement professionnel. Car, l'épuisement professionnel est multidimensionnel résultant de la conjugaison de plusieurs facteurs individuels et environnementaux. Outre les facteurs socio-démographiques et la spécificité des établissements ou des services qui pourraient élucider partiellement la problématique de l'épuisement professionnel, d'autres facteurs interviennent comme les conditions et l'organisation de travail, le soutien social, la vulnérabilité de l'individu face à l'exposition aux situations émotionnellement épuisantes...etc.

Donc, notre étude doit être considérée comme une approche limitée à certaines variables associées à la phase précoce de l'épuisement professionnel. Alors que nous pensons qu'il serait très intéressant d'ouvrir d'autres pistes de recherches sur les divers facteurs de risque (mentionnés ci-dessus) susceptibles de déterminer le sens de causalité entre l'épuisement professionnel et ces différents facteurs chez les infirmiers urgentistes.

Références Bibliographiques

I. les ouvrages :

- 1)- Barrois, C. (1998). *Les névroses traumatiques*. 2^{ème} éd. Paris : Dunod.
- 2)- Boudarene, M. (2005). *Le Stress, entre bien être et souffrance*. Alger : BERTI.
- 3)- Canoui, P., & Mauranges, A. (2004). *Le burn out : le syndrome d'épuisement professionnel des soignants, de l'analyse aux réponses*. Paris : Masson.
- 4)- Cario, R. (2002). *Œuvre de justice et victimes*. Paris : L'harmattan.
- 5)- Chakali, M. (2000). *Le burn out chez le personnel du centre anticancéreux de Blida*, In *Troubles post-traumatiques*, sous la direction de F. Kacha. Algérie : Ministère de la santé.
- 6)- Chauchat, H. (1990). *L'enquête en psychosociologie*, 2^{ème} éd. Paris : PUF.
- 7)- Crocq, L. (2001). Le traumatisme psychique dans la pensée psychiatrique francophone, In M. De Clercq, & F. Lebigot, *Les Traumatismes psychiques*. Paris : Masson.
- 8)- De Clercq, M., & Lebigot, F. (2001). *Les traumatismes psychiques*. Paris : Masson.
- 9)- Delbrouck, M. (2003). *Le burn out du soignant, Le syndrome d'épuisement professionnel*, Bruxelles : De Boeck université.
- 10)- Delobbe, N. (2005). *Comportement organisationnel, justice organisationnelle, enjeux de carrière et épuisement professionnel*. Vol 2. Bruxelles : De Boeck Université.
- 11)- De Soir, E. (2001). Intervenants des services de secours lors de situations d'exception : les bases de la traumatisation indirecte, In M. De Clercq, & F. Lebigot, *Les Traumatismes psychiques*. Paris : Masson.
- 12)- Estryin-Béhar, M. (1997). *Stress et souffrance des soignants à l'hôpital, Reconnaissance, analyse*. Paris : ESTEM.
- 13)- Figley, C.R. (1995). *Compassion Fatigue : Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in those who treat the traumatized*. New York : Brunner & Mazel.
- 14)- Freud, S. (1981). *Au delà du principe du plaisir*. In *Essais de psychanalyse*. Paris : Petite Bibliothèque Payot.
- 15)- Graziani, P., & Swendsen, J. (2004). *Le Stress, émotions et stratégies d'adaptation*. Paris : Nathan Université.
- 16)- Lebaron, F. (2006). *L'enquête quantitative en sciences sociales, Recueil et analyse des données*. Paris : Dunod.

- 17)- Michel, T., & Al Issa, I (Eds.) (1997). *Ethnicity, Immigration, and Psychopathology*. New York : Springer.
- 18)- Quivy, R., & Van Campenhoudt, L. (1992). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris : Dunod.
- 19)- Rogers, C. (1991). *Le développement de la personne*. Paris : Dunod.
- 20)- Rosenthal, C., & Frémontier-Murphy, C. (2001). *Introduction aux méthodes quantitatives en sciences humaines et sociales*. Paris : Dunod.
- 21)- Rossi, J.P., & coll. (1999). *Les méthodes de recherche en psychologie*. Paris : Dunod
- 22)- Sekiou, L., Blondin, L., Fabi, B., Bayad, M., Peretti, J.M., Alis, D., & Chevalier, F. (2004). *Gestion des ressources humaines*. Bruxelles : Ed De Boeck Université.
- 23)- Schaufeli, W., & Enzmann, D. (1998). *The Burnout Companion to Study and Practice a Critical Analysis*. Washington, DC: Taylor & Francis
- 24)- Schaufeli, W. (1993). *Professional Burnout: recent developments in theory and research*. Washington, DC: Taylor & Francis.
- 25)- Schaufeli, W., Maslach, C., & Marek, T. (1993). *Professional Burnout recent developments in theory and research*. Washington, DC : Taylor & Francis.
- 26)- Servant, D. (2005). *Gestion du stress et de l'anxiété*. Paris : Masson.
- 27)- Stora, J. B. (1993). *Le Stress*, 2^{ème} éd. corrigée Paris : PUF.
- 28)- Truchot, D. (2004). *Épuisement professionnel et burnout, concepts, modèles, intervention*. Paris : Dunod.
- 29)- Vitry, M. (2002). *L'écoute des blessures invisibles, comment la prévention du handicap psychique*. Paris : L'harmattan.
- 30)- Zayan, R., & Dantzer, R. (1990). *Social stress in Domestic Animals*. New York: Springer.

II. Dictionnaires et manuels:

- 31)- American Psychiatric Association. (1992). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4^e éd. Traduction de Julien Daniel Guelfi. Paris: Masson.
- 32)- Dictionnaire encyclopédique Larousse. (1979). Paris : librairie Larousse.
- 33)- Laplanche, J., & Pantalís, J.B. (1994). *Vocabulaire de la psychanalyse*. 12^{ème} éd. Paris : PUF.
- 34)- Sillamy, N. (1999). *Dictionnaire de psychologie*. Paris : Larousse.

III. Thèse de Magister :

35)- Ouchen, M. (2004). *Contribution à l'étude de l'épuisement professionnel chez les sapeurs pompiers*, mémoire de magister non publié en psychologie clinique. Université Mentouri de Constantine.

IV. Revue et article :

36)- Benharkat, I. (2005). *Le suicide et les réactions de deuil dans les familles Algériennes*. In Les cahiers du LAPSI. N° 2, p. 125. Constantine.

37)- Lansen, J. (2003). *Impact émotionnel du travail avec les victimes de violences : le stress post-traumatique secondaire*. In Pratiques psychologiques : traumatismes psychiques et pratiques de soins. N°1, pp.170-173. Alger : INSP.

38)- Ouchen, M. (2006). *Le syndrome de burn out chez les sapeurs pompiers*. In Les cahiers du LAPSI. N° 3, pp.168-169. Constantine.

V. Articles de journaux :

39)- Arslan, S. (2006, 07 Mai.). *Journée mondiale de la sage-femme Un métier noble, dur et... ingrat*. Journal El Watan.

40)- Djamel, T. (2008, 31 Janvier.). *CHU Ben Badis Le service cardiologie étouffe*. Le quotidien d'Oran.

VI. Webographie :

41)- Ait Slimane, A. (2004). *Le guide de la médecine et de la santé en Algérie : La médecine d'urgence*. Consulté le 07 Novembre 2006 :

<http://www.Santétropicale.com/SANTEMAG/algérie/abid0504.htm>

42)- Agoub, M. et coll. (2000). *Epuisement professionnel et sources de stress au travail chez les soignants*. Annales Médico-Psychologiques. Consulté le 12 Juin 2007 :

<http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=806629>

43)- Antoine, S. (2000). *Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants*. Séminaire infirmier. Consulté le 27 décembre 2006 : <http://eduardo.mahieu.free.fr/Psy%20B/seminf.htm>.

44)- Arousseau, C. (2001). *Apprivoiser le sentiment d'impuissance sans se déresponsabiliser, un art de vivre au travail ! Objectif prévention*. *Santé Psychologique*. 24(3). Consulté le 25 février 2008 : <http://www.asstas.qc.ca/documentation/op/op243004.pdf>.

- 45)- Bakkour, R. (2004). *Coping sur l'épuisement professionnel des infirmières du Liban-Nord*. Consulté le 16 novembre 2006 : www.fsi.usj.edu.lb/anciens/journal2004/nord.pdf
- 46)- Bernard, M.F. & Creux F. (2003). *La souffrance : une problématique qui concerne aussi les soignants*. Journal européen de soins palliatifs. Consulté le 15 septembre 2007 : www.cairn.info/revue-infokara-2006-1-page-35.htm
- 47)- Bibeau, G. (1985). *Le burn out : 10 ans après*. Santé mentale du Québec. Consulté le 25 mars 2007 : www.erudit.org-revue-smq-1985-v10-n2-030290ar.
- 48)- Boudarène, M. (2004). *Souffrance au travail et Burn out chez des agents de Police en exercice*. Une étude préliminaire, In Journal internationale de victimologie, 2(2). Consulté le 07 novembre 2006 : [http://www.jidv.com/BOUDARENE,M-JIDV2004_2\(2\).htm](http://www.jidv.com/BOUDARENE,M-JIDV2004_2(2).htm).
- 49)- Bouhroum, A. (n.d.). *Quelles urgences pour notre système de soins ?* Laboratoire de la Qualité des Soins A.N.D.R.S. Consulté le 27 Décembre 2006 : <http://www.ands.dz/qualite-lab/SITE/Lab.Fc/CES013.PDF>
- 50)- Bourbonnais, R., Lee-Gosselin, H., & Pérusse, M. (1985). *L'organisation du travail en milieu hospitalier et ses effets sur la santé des infirmières*. Santé mentale au Québec. Consulté le 03 Mars 2007 : www.erudit.org-revue-smq-1985-v10-n2-030294ar
- 51)- Caplan, R.D., Sauter, S.L., Hurrell, J.J.Jr., Murphy, L.R., & Levi, L. (n.d.). *Facteurs psychosociaux et organisationnels*. In Encyclopédie de sécurité et de santé au travail. Consulté le 1 Septembre 2007 : <http://www.ilo.org/public/french/protection/safework/cis/products/encyclo/pdf/vol2/234psyaf.pdf>.
- 52)- Carton-Caron, A. (2004). *Stratégies de coping chez le sportif*. Thèse de doctorat. Université Charles de Gaulle-Lille 3. Consulté le 18 Avril 2007 : www.univ-lille3.fr.slach.theses.slach.CARON_ANNIE.
- 53)- Castra, M. (2004). *Faire face à la mort : réguler la « bonne distance » soignants-malades en unité de soins palliatifs*. Travail et Emploi n° 97. Consulté le 03 Mars 2007 : http://travail.gouv.fr/publications/Revue_Travail-et-Emploi/pdf/97_2478.pdf.
- 54)- Chazarin, C. (1991). *L'usure professionnelle est-elle un risque pour l'infirmière ?* Recherche en soins infirmiers, n°27. Consulté le 26 Mars 2007 : <http://fulltext.bdsp.tm.fr/Rsi/27/18.pdf?19W9W-84W70-WQ8J4-O6X98-83318>
- 55)- Conne-Perréard, E., Glardon, M.J., Parrat, J., & Usel, M. (2001). *Effets des conditions de travail défavorables sur la santé des travailleurs et leurs conséquences économiques*. In Conférence Romande et Tessinoise des offices Cantonaux de protection des travailleurs membre de l'Association intercantonale pour la protection des travailleurs, AIPT. Consulté le 03 Mars 2007 : www.geneve.ch-ocirt-doc-rapport_definitif

- 56)- Davoine, L. (2004). *Le stress des soignants aux urgences*. Travail de fin d'étude. Consulté le 15 Octobre 2006 : www.infirmiers.com/etud/TFE/memoire/laurent2/memoirelaurent.php - 143k -
- 57)- Decety, J. (2003, 28 Juillet.). *L'empathie, une spécificité humaine ?* Thème de la conférence LEMONDE.FR. Consulté le 12 Juin 2007 : http://www.lemonde.fr/savoirs-et-connaissances/article/2003/08/28/jean-decety-l-empathie-une-specificite-humaine_331910_3328.html
- 58)- De Soir, E. (2003). Les débriefings psychologiques et la gestion d'interventions potentiellement traumatisantes auprès des intervenants des services de secours. In *Le soutien psychologique aux intervenants*, Journal international de victimologie, 1(2). Consulté le 30 Novembre 2006 : [http://www.jidv.com/DE%20SOIR,E%20-%20JIDV%202003%201%20\(2\).htm](http://www.jidv.com/DE%20SOIR,E%20-%20JIDV%202003%201%20(2).htm)
- 59)- De Keyser, V., & Hansez, I. (1996). Vers une perspective transactionnelle du stress au travail : Pistes d'évaluations méthodologiques. *Cahiers de Médecine du Travail*, 33 (3), 133-144. Consulté le 20 février 2008 : <http://www.psytrav.ulg.ac.be/download/articles/Hansez/CMT1996.DOC.pdf>
- 60)- Dionne-Proulx, J. (1995). Le stress au travail et ses conséquences potentielles à long terme : le cas des enseignants québécois. *Revue Canadienne de l'éducation*. Consulté le 21 février 2008 : <http://www.csse.ca/CJE/Articles/FullText/CJE20-2/CJE20-2-04Dionne-Proulx.pdf>
- 61)- Flaujat, A., & Maille, P. (1993). *Organisation des secours d'urgence*. Ann. Medit. Burns Club, 6(2). Consulté le 17 Mai 2007 : http://www.medbc.com/annals/review/vol_6/num_2/text/vol6n2p116.htm
- 62)- Franceschi-chaix, C. (1993). *Le syndrome de burnout*, étude clinique et implication en psychopathologie du travail. Recherche en soins infirmiers. Consulté le 08 Mars 2007 : <http://fulltext.bdsp.tm.fr/Rsi/32/5.pdf?6W84J-6366J-88J73-76Q8X-J73X0>
- 63)- gestion du stress. (n.d.). Consulté le 03 Août 2007 : <http://www.mosaiquesystemique.com/cc1654ff-04ec-4f8a-888e-64d314ae12d6-12.html>
- 64)- Larouche, L.M. (1985). *Manifestations cliniques du " burn out " chez les médecins*. Santé mentale au Québec. Consulté le 20 Novembre 2006 : www.erudit.org/revue/smq/1985/v10/n2/030302ar.pdf
- 65)- Lecomte, N., & Patesson, R. (n.d.). *Le stress : Définitions et conceptions, Synthèse des recherches sur le stress au travail*. Copyright : ULB-CREATIC. Consulté le 25 Février 2007 : www.ulb.ac.be/soco/creatic/chp1str.html - 20k

- 66)- Lemarchand, P., & Robineau, C. (2002). Intervenants civils et souffrance psychique. In *Alternatives non-violentes*, n° 124. Consulté le 23 Mars 2007 : www.ceri-sciences-po.org/themes/re-imaginingpeace/va/resources/intervenants_lemarchand_robineau.pdf
- 67)- *Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants face à la fin de vie*. Janvier 2006. Consulté le 06 Février 2008 : http://www.cdrnfxb.org/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=797
- 68)- *L'infirmier et la violence dans les services d'urgences*. Avril 2004. Consulté le 13 Mai 2006 : <http://www.infirmiers.com/etud/TFE/memoire/mathieu/memoiremathieu.php>
- 69) - Loriol, M. (n.d.). *Le métier d'infirmière et la rationalisation du travail sur autrui*. Consulté le 16 Novembre 2006 : www.printemps.uvsq.fr/txtloriol.doc
- 70)- Loriol, M. (2000). *Le temps de la fatigue. La gestion du mal être au travail*. Paris, Anthropos, col. (Sociologiques). Consulté le 13 décembre 2006 : http://socio.ens-lsh.fr/agregation/corps/corps_fiche_loriol.php
- 71)- Marjolaine, M. (1991). Le burnout : S'épuiser plutôt que renoncer. In de *Stress et burnout*, Montréal, ACSM. Consulté le 06 décembre 2007 : www.acsm-ca.qc.ca/mieux_v/images/D07/SM-003.21.pdf
- 72)- Neveu, J-P. (2006). Quand le cœur n'y est plus : de l'épuisement professionnel à l'agressivité envers le client. In XVIIe Congrès de l'AGRH, *Le travail au coeur de la GRH IAE de Lille et Reims Management School*, Reims. Consulté le 09 Janvier 2008 : www.reims-ms.fr/events/agrh2006/pdf/NEVEU01.pdf
- 73)- Perry, A. (1998). *Relation en souffrance*. Dossier : Epuisement professionnel Usure, burn out, stress, dépression.... Les colonnes d'Epsos, n° 48. Consulté le 13 Novembre 2006 : <http://perso.orange.fr/creai.lorraine/Textes/48epuisement.htm#48Perry>
- 74)- Pronost, A.M. (1997). *Souffrance des soignants : stress, burnout, coping chez les infirmières face à la mort*. Thèse de doctorat en psychologie. Consulté le 02 Février 2008 : http://www.grasspho.org/?-Souffrance-des-soignants-&id_article=74
- 75)- Rousseau, V., Aubé, C., & Morin, E.M. (2006). *Le contrôle en milieu de travail et la détresse psychologique : le rôle de l'autonomie au travail et du lieu de contrôle*. In *Revue multidisciplinaire sur l'emploi, le syndicalisme et le travail (REMEST)*, 2(1). Consulté le 20 Février 2008 : www.remest.ca/documents/MorinTexte2.pdf
- 76)- Schraub, S., & Marx, E. (2004, Sep.). *Le point sur le syndrome d'épuisement professionnel des soignants ou burn out, en cancérologie*. *Bulletin du Cancer*. 91(9), 673-6. Consulté le 25 Février 2008 : http://www.jle.com/fr/revues/medecine/bdc/sommaire.md?cle_parution=967&type=text.html

- 77)- Serniclaes, O. (2003). Intervenants psychosociaux face aux victimes, Processus psychodynamique de la traumatisation indirecte. In *Le soutien psychologique aux intervenants*. Journal international de victimologie, 1(2). Consulté le 24 novembre 2006 : [www.jidv.com/SERNICLAES,O%20-%20JIDV%202003%201%20\(2\).htm](http://www.jidv.com/SERNICLAES,O%20-%20JIDV%202003%201%20(2).htm) - 152k -
- 78)- Stordeur, S., Vandenberghe, C., & D'hoore, W. (1999). Predicteurs de l'épuisement professionnel des infirmières : une étude dans un hôpital universitaire. In *Recherche en soins infirmiers*, n°59. Consulté le 26 Juin 2007 : <http://fulltext.bdsp.tm.fr/Rsi/59/57.pdf?17WQW-D4J71-WG8W4-96X93-8D3X9>
- 79)- Truchot, D. (2004). *l'épuisement professionnel des médecins généralistes de poitou-charentes*. Consulté le 03 Mars 2007 : http://www.urml-pc.org-fichiers-Rapports_Truchot.pdf
- 80)-Vidal, M., Rouen, T., & Campagne, C. (2004). Aider les médecins généralistes face au stress professionnel. In *La Revue Exercer*. Consulté le 23 Avril 2007 : http://www.cnge.fr/article.php3?id_article=273

ANNEXES

Annexe I

Tableau I : Cadre conceptuel du processus de traumatisation (Serniclaes, 2003)

| Types de Victimes | Processus de traumatisation | Publics Cibles | Conséquences spécifiques | Cadre |
|---------------------------|------------------------------------|--|--|-----------------------------|
| Victime Primaire | Traumatisation Directe | Ø Survivant Ø Témoin Ø Sauveteur | Ø Etat de Stress Aigu Ø Etat de Stress Post-Traumatique | Rupture, effraction |
| Victime Secondaire | Traumatisation Indirecte | Ø Sauveteur Ø Intervenants Ø Psy. de crise Ø Entourage, collègues | Ø Etat de Stress Traumatique Secondaire Ø Deuil traumatique | Cadre indéfini et fluctuant |
| Victime Tertiaire | Traumatisation Vicariante | Ø Thérapeute | Ø Compassion Ø Fatigue | Cadre thérapeutique |

Annexe II

Tableau II : Tableau de comparaison des Symptômes de ESPT avec ceux de ESTS (PT= Personne Traumatisée/ Victime directe)

| Etat de stress post-traumatique | Etat de stress traumatique secondaire |
|--|---|
| <p>G. Stresseurs</p> <p>1) Le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée.</p> <p>2) La réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur. Un événement du type</p> <ul style="list-style-type: none"> -menace sérieuse pour soi -destruction soudaine de son environnement | <p>A. Stresseurs</p> <p>1) Le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée.</p> <p>2) La réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur. Un événement du type</p> <ul style="list-style-type: none"> -menace sérieuse pour la PT -destruction soudaine de l'environnement de la PT |
| <p>B. Reviviscence de l'événement traumatique</p> <p>1) <i>Souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement</i></p> <p>2) <i>Rêves répétitifs de l'événement provoquant un sentiment de détresse..</i></p> <p>3) <i>Impression ou agissements soudains "comme si" l'événement traumatique allait se reproduire.</i></p> <p>4) <i>Sentiment intense de détresse psychique lors de l'exposition à des</i></p> | <p>.B. Reviviscence de l'événement traumatique</p> <p>(1) <i>Souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement/PT</i></p> <p>(2) <i>Rêves répétitifs de l'événement provoquant un sentiment de détresse/ PT..</i></p> <p>(3) <i>Impression ou agissements soudains "comme si" l'événement traumatique allait se reproduire /PT.</i></p> <p>(4) <i>Sentiment intense de détresse psychique lors de l'exposition à des</i></p> |

| | |
|--|---|
| <p><i>indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique en cause.</i></p> <p>5) <i>Réactivité physiologique</i></p> | <p><i>indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique en cause/ PT.</i></p> <p>(5) <i>Réactivité physiologique</i></p> |
| <p>C. Evitement et émoussement de la réactivité</p> <p>1) <i>Efforts pour éviter les pensées, les sentiments</i></p> <p>2) <i>Efforts pour éviter les activités, les endroits.</i></p> <p>3) <i>Amnésie psychogénique</i></p> <p>4) <i>Réduction de l'intérêt pour des activités importantes</i></p> <p>5) <i>Sentiment de détachement d'autrui.</i></p> <p>6) <i>Restriction des affects</i></p> <p>7) <i>Sentiment d'avenir "bouché"</i></p> | <p>C. Evitement et émoussement de la réactivité</p> <p>(1) <i>Efforts pour éviter les pensées, les sentiments</i></p> <p>(2) <i>Efforts pour éviter les activités, les endroits.</i></p> <p>(3) <i>Amnésie psychogénique</i></p> <p>(4) <i>Réduction de l'intérêt pour des activités importantes</i></p> <p>(5) <i>Sentiment de détachement d'autrui.</i></p> <p>(6) <i>Restriction des affects</i></p> <p>(7) <i>Sentiment d'avenir "bouché"</i></p> |
| <p>D. Hyperactivité neurovégétative</p> <p>1) <i>Difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu.</i></p> <p>2) <i>Irritabilité ou accès de colère.</i></p> <p>3) <i>Difficultés de concentration.</i></p> <p>4) <i>Hypervigilance</i></p> <p>5) <i>Réaction de sursaut exagérée.</i></p> | <p>D. Hyperactivité neurovégétative</p> <p>(1) <i>Difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu.</i></p> <p>(2) <i>Irritabilité ou accès de colère.</i></p> <p>(3) <i>Difficultés de concentration.</i></p> <p>(4) <i>Hypervigilance pour la PT</i></p> <p>(5) <i>Réaction de sursaut exagérée</i></p> |

Annexe III

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION
ET DE LA REFORME HOSPITALIERE

LE MINISTRE

INSTRUCTION MINISTERIELLE N° 18 DU 27 OCTOBRE 2002 RELATIVE A LA
PROTECTION DE LA SANTE DES PERSONNELS DE SANTE

DESTINATAIRES :

Mesdames et Messieurs les Directeurs de la Santé et de la Population.

En communication à Mesdames et Messieurs les Directeurs des Secteurs Sanitaires.

Messieurs les Directeurs Généraux des Centres Hospitalo-Universitaires.

Messieurs les Directeurs des Etablissements Hospitaliers Spécialisés.

Les personnels de santé toutes catégories confondues, et particulièrement les personnels soignants, au contact des malades, surtout dans les unités et services d'urgences, de soins intensifs et de prise en charge de pathologies lourdes sont confrontés souvent à des situations extrêmes dans leur lutte constante contre la souffrance et la maladie chez les patients dont ils ont la charge.

Ils peuvent ainsi être soumis à des contraintes physiques de travail importantes mais aussi à des contraintes mentales croissantes dans les services à activité intensive, du fait de problèmes représentés par des contraintes organisationnelles et relationnelles ou bien relatif à leur vécu de leur travail où peuvent se mêler insatisfaction, manque de participation à la prise de décision et même sentiment d'insécurité et de danger au travail.

Toutes ces contraintes peuvent entraîner une souffrance psychique chez les personnels soignants lorsque les conditions de travail sont défavorables et mener au stress au travail dont la manifestation extrême est le syndrome d'épuisement professionnel ou " Burn Out ".

C'est sous le vocable générique de risques psychosociaux que sont désignées toutes ces contraintes dont il est important de prendre conscience de la possibilité d'impact sur la détérioration de l'état de santé des personnels de santé.

La prévention de ces risques s'impose au même titre que celle des risques physiques, chimiques et biologiques auxquels peuvent être exposés les personnels de santé selon leur poste de travail. Aussi et à l'effet de mieux évaluer l'ensemble des risques y compris les risques psychosociaux dans les différents établissements sanitaires, de prévenir leurs effets et de prendre en charge, précocement les travailleurs de la santé en situation de stress, il y a lieu de mettre en oeuvre dans les meilleurs délais et dans tous les établissements une démarche préventive basée sur l'analyse des activités et conditions de travail, et sur la surveillance médico- environnementale en milieu de soins.

Dans ce cadre les solutions à apporter aux problèmes identifiés pourront alors être envisagées tant au plan individuel qu'au plan collectif et organisationnel.

Une telle démarche préventive doit être initiée et parrainée par les organes de direction et consultatifs des établissements en liaison avec les représentants des travailleurs pour réunir les conditions nécessaires à sa réussite et s'appuyer sur les services de médecine du travail des établissements d'une part et les Commissions d'hygiène et de sécurité qui ont fait l'objet de l'instruction n° 10 du 6 mai 2002 portant sur leur mise en place.

Cette démarche doit s'inscrire dans le cadre des efforts déployés pour améliorer la qualité des soins et devra faire l'objet d'une évaluation régulière.

Ainsi, les services de médecine du travail doivent orienter leurs activités davantage vers l'évaluation des risques et leur prévention en :

1. Procédant régulièrement et de façon soutenue à l'analyse des postes, des activités et conditions de travail dans tous les services et unités de soins et accordant une attention particulière à la charge mentale de travail en prenant en considération l'ensemble des paramètres, à savoir l'organisation du temps de travail, les contraintes de rythme de travail, l'autonomie et les marges d'initiative, le collectif de travail et les contacts avec les malades et le public.
2. Evaluant les effets psychopathologiques.
3. Formulant les avis d'aptitude appropriés tenant compte aussi bien des contraintes physiques que psychiques des postes de travail, en fonction des aptitudes des agents de la santé concernés, et ce avant tout nouveau recrutement ou nouvelle affectation et lors des visites médicales périodiques ou de reprise prévues par la réglementation relative à la médecine du travail.

4. Proposant les aménagements de postes nécessaires à la préservation de la santé physique et mentale des personnels, en tenant compte de la nécessité d'assurer la disponibilité et la continuité des soins.
5. Proposant les mutations de postes nécessaires lorsque l'aménagement des postes de travail n'est pas compatible avec le fonctionnement normal du service.
6. Proposant à la Direction et aux Chefs de service concernés les modifications et améliorations à apporter au fonctionnement des services et unités de soins lorsque des dysfonctionnements importants sont notés et sont susceptibles de détériorer l'état de santé des personnels.

Les Commissions d'hygiène et de sécurité devront fonctionner régulièrement et prendre en charge les avis et recommandations des médecins du travail, en liaison avec les chefs de service concernés, en vue d'une amélioration constante des conditions de travail des personnels hospitaliers.

Elles doivent représenter le cadre privilégié dans lequel les doléances des personnels relatives à leurs conditions de travail et les propositions des services de médecine du travail doivent trouver une solution en terme de prévention collective aussi bien des risques physiques, biologiques, chimiques que ceux liés à des contraintes organisationnelles et relationnelles.

Aussi et au sein de chaque établissement de santé un Plan d'activité pour la protection de la santé des travailleurs doit être arrêté avec des échéances et des indicateurs concernant les différentes actions menées pour l'amélioration des conditions de travail des personnels de santé.

Le plan d'activité doit engager aussi bien les gestionnaires que les représentants des travailleurs.

La réalisation des plans d'activité et leurs niveaux de mise en oeuvre occupera une place importante dans l'évaluation des établissements de santé.

J'insiste particulièrement sur la mise en oeuvre de ce dispositif et son fonctionnement optimal qui requiert une attention particulière de la part des Conseils d'administration, des Directions et des Conseils scientifiques et médicaux des établissements de santé.

Un rapport sur sa mise en oeuvre devra être établi à l'échéance du mois de Décembre 2002.

Le Ministre de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière

SUMMARY

Since its appearance in the scientific field, the burn out phenomenon has taken very anxious dimensions in the domain of psychopathology, due to its fatal consequences on individual's physical and psychological health.

Being the result of prolonged stress at work, this phenomenon has zealously incited researchers to elucidate the link that exists between the factors relating to the work conditions and the individual factors that could contribute in the increase of burn out.

As for its multidimensional aspect, this phenomenon generally affects the professionals that are emotionally implied in a helping relation among others. The emergency nurses, in particular, form a high risked group of burn out because of the work conditions in which these nurses exercise their occupation.

In fact, the aim of this study is to evaluate the burn out among the emergency nurses of the wilaya of Constantine and its link to certain socio-professional characteristics and the work conditions at work. A self-questionnaire including Hamburg Burnout Inventory (HBI) and socio-professional variables have been distributed to 526 emergency nurses; 83% has answered. According to the HBI criteria, 33,56% of these nurses have an important emotional exhaustion, 50% suffer from helplessness, 30,80% experience an inner emptiness, 35,86% express a professional tedium and 28,50 present an aggressive reaction to stress. In addition to that, these professionals are far to be in lack of personal accomplishment, to be distant vis-a-vis patients, to have depressive reaction to stress, to express inability to unwind and to be overtaxing with itself. This released profile that concerns the candidate of burn out among this population, that is to say: woman, young, single and less experimented. The burn out is an existential phenomenon that arouse reflexions upon a helping relation complexity, the suffering and the human sense of existence

Key-words: burn out, stress, emergency nurses, conditions at work, individual factors, Hamburg Burn out Inventory (HBI).

ملخص

أخذ الاحتراق النفسي منذ ظهوره في الحقل العلمي أبعادا جد مقلقة في ميدان علم النفس المرضي نظرا لعواقبه الوخيمة على صحة الفرد الجسدية والنفسية. بكونه نتيجة إجهاد مستمر في العمل، هذه الظاهرة أثارت شغف الباحثين لتوضيح العلاقة القائمة بين العوامل المتعلقة بظروف العمل وكذا العوامل الفردية التي بإمكانها أن تساهم في تطور الاحتراق النفسي. فضلا عن كونها متعددة الأبعاد، هذه الظاهرة تصيب بصفة عامة المهنيين الذين يقومون بجهد انفعالي لمساعدة الآخرين. الممرضين العاملين في المصالح الإستعجالية خاصة يشكلون مجموعة معرضة لخطر الاحتراق النفسي بنسبة عالية وذلك بسبب الظروف المهنية التي يمارس من خلالها ممرضى الاستعجالات عملهم.

وبالتالي، هدف هذه الدراسة هو تقييم ظاهرة الاحتراق النفسي لذا ممرضى مصالح الاستعجالات لولاية قسنطينة و علاقتها ببعض الخصائص السوسيو-مهنية و ظروف ممارسة العمل. وزع سلم هامبورغ للاحتراق النفسي (HBI) بتضمنه الخصائص السوسيو- مهنية على 526 ممرضى مصلحة الاستعجالات، و قد تم الحصول على 83% من المستجوبين. حسب معايير HBI، 33,56% من هؤلاء الممرضين لديهم احتراق انفعالي مهم، 50% منهم يعانون من الإحساس بالعجز، 30,80% يحسون بفراغ داخلي، 35,86% يعبرون عن اشمئزازهم من العمل، 28,50% يظهرين ردود أفعال عدوانية. من جهة أخرى، هؤلاء المهنيين راضيين عن أدائهم، ليسوا بمعزل عن مرضاهم، ليس لهم ردود أفعال إنهيارية، بإمكانهم الاسترخاء و ليسوا متطلبين مع ذاتهم. البروفيل المستخلص للمرشح للاحتراق النفسي يكون: امرأة، شابة، عزباء، ذات خبرة مهنية ضئيلة. الاحتراق النفسي هو ظاهرة تواجدية تثير تساؤلات حول تعقد علاقة المساعدة، المعاناة و معنى الوجود الإنساني.

كلمات-مفاتيح:

الاحتراق النفسي، الإجهاد، ممرضى الاستعجالات، ظروف العمل، العوامل الفردية، سلم هامبورغ للاحتراق النفسي (HIB).

Résumé

Dés son apparition dans le champ scientifique, le phénomène de l'épuisement professionnel ou burn out a pris des dimensions très inquiétantes dans le domaine de la psychopathologie du fait de ses conséquences néfastes sur la santé physique et psychique de l'individu. Etant le résultat du stress prolongé au travail, Ce phénomène a suscité l'engouement des chercheurs afin d'élucider le lien qui existe entre les facteurs relatifs aux conditions de travail et les facteurs individuels qui pourraient contribuer au développement de l'épuisement professionnel.

De par son aspect multidimensionnel, ce phénomène affecte généralement les professionnels impliqués émotionnellement dans une relation d'aide auprès d'autrui. Les infirmiers urgentistes en particulier forment un groupe à risque élevé d'épuisement professionnel, et ce, en raison des conditions de travail dans lesquelles ces infirmiers exercent leur métier.

De ce fait, l'objectif de cette étude est d'évaluer le phénomène de l'épuisement professionnel chez les infirmiers urgentistes de la wilaya de Constantine et son lien avec certaines caractéristiques socioprofessionnelles et les conditions d'exercice du métier. Un auto-questionnaire incluant le Humberg Burnout Inventory (HBI) et des variables socioprofessionnelles, a été distribué à 526 infirmiers urgentistes ; 83% ont répondu. Selon les critères du HBI, 33,56% d'infirmiers urgentistes ont un épuisement émotionnel important, 50% souffrent de sentiment d'impuissance, 30,80% éprouvent un vide intérieur, 35,86% expriment un ras-le-bol professionnel et 28,50% présentent une réaction agressive. Par ailleurs ces professionnels sont loin d'être insatisfait de leur performance, d'être distant vis-à-vis des patients, d'avoir une réaction dépressive, d'éprouver des difficultés à se détendre et d'être exigeant avec soi même. Le profil dégagé quant au candidat à l'épuisement professionnel chez cette population soit : une femme, jeune, célibataire, moins expérimentée. L'épuisement professionnel est un phénomène existentiel suscitant des réflexions sur la complexité de la relation d'aide, la souffrance et le sens de l'existence humaine.

Mots clés : l'épuisement professionnel, burn out, stress, infirmiers urgentistes, conditions de travail, facteurs individuels, Humberg Burn out Inventory (HBI).