

UNIVERSITÉ DE YAOUNDÉ I

CENTRE DE RECHERCHE DE FORMATION
DOCTORALE EN SCIENCES HUMAINES
SOCIALES ET ÉDUCATIVES

UNITÉ DE RECHERCHE ET DE FORMATION
DOCTORALE SCIENCES HUMAINES
SOCIALES

DÉPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE



THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

POST-GRADUATE SCHOOL FOR
SOCIAL AND EDUCATIONAL SCIENCES

DOCTORAL RESEARCH UNIT FOR
SOCIAL SCIENCES

DEPARTMENT OF PSYCHOLOGY

**ELABORATION DE LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE ET
GESTION DU BURNOUT DES INFIRMIERS DE
L'HÔPITAL CENTRALE DE YAOUNDÉ**

Mémoire rédigé et soutenu publiquement le 31 Juillet 2024 en vue de l'obtention
du diplôme de Master en Psychologie

Spécialité : **Psychopathologie et clinique**

Par

NTSA NGAH Marcien Olivier

Licencié en psychologie

Matricule : **170033**



JURY

PRESIDENT : TSALA TSALA Jacques Philippe, Pr.,

MEMBRE : BITOGO Joseph, CC.,

RAPPORTEUR : ONDOUA Laura, CC.

Juillet 2024

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

Par ailleurs, le Centre de Recherche et de Formation Doctorale en Sciences Humaines, Sociales et Éducatives de l'Université de Yaoundé I n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans cette thèse ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteur.

SOMMAIRE

DÉDICACE.....	ii
REMERCIEMENTS	iii
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES	iv
LISTE DES TABLEAUX.....	v
RESUME.....	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I :PROBLEMATIQUE DE L’ETUDE	5
CHAPITRE II :GENERALITES SUR LE BURN-OUT	24
CHAPITRE III :CADRE THEORIQUE.....	59
CHAPITRE IV:METHODOLOGIE	80
CHAPITRE V:PRESENTATION DES DONNEES ET ANALYSE DES RESULTATS....	101
CHAPITRE VI : INTERPRETATION ET DISCUSSION DES RESULTATS	127
CONCLUSION	146
BIBIOGRAPHIE.....	149
ANNEXES	155
TABLE DES MATIERES	167

A

Mon Epouse

REMERCIEMENTS

La réalisation de ce travail de recherche a été possible grâce au soutien, aides multiformes et aux encouragements d'un certain nombre de personnes, à qui nous tenons à exprimer notre reconnaissance :

Au Dr ONDOUA MBENGONO Laura qui a accepté d'encadrer ce travail et nous a soutenu, tout au long de cette aventure en apportant des connaissances méthodologiques nécessaires au bon déroulement de notre travail.

A tous nos enseignants du département de psychologie pour l'encadrement le partage de connaissances et les encouragements

Au personnel infirmier de cette formation sanitaire pour l'accueil pendant les stages et notre passage pour l'élaboration du présent travail

Au directeur de l'Hopital Central de Yaoundé pour avoir accepté de nous accorder une autorisation d'enquete

A nos parents et notre grand-mère bien qu'absents de la scène nous ont mis sur le chemin de l'école qui se poursuit jusqu'à nos jours

A nos amis : TCHEUTCHOUA ; NOAH Augustin ; YENE Joseph ; DIFO David ; Albertine AMOUGOU pour leurs encouragements, l'accompagnement dans le cadre de ce parcours

A nos enfants NTSA : Ulysses ; Franklin ; Anselme ; Darnelle pour avoir a élaboré la souffrance de notre indisponibilité parfois lié à notre statut d'étudiant ; leur présence nous donne la force d'avancer. Que ce travail soit pour eux, un appel à l'effort, au travail seul gage de l'excellence .

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

ANADI	: Association Nord-Américaine de Diagnostic Infirmier
APA	: American Psychological Association
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CII	: Conseil International des Infirmiers
CIM	: Classification Internationale des Maladies
DSM	: Diagnostic Statistical Manual
HCY	: Hôpital Central de Yaoundé
MBI	: Malasch Burnout Inventory
OIT	: Organisation International du Travail
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
PVVS	: Personne Vivant avec le VIH SIDA
S.E.P	: Syndrome d'Épuisement Professionnel
TCI	: Théorie de Comportement Interpersonnel

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Caracteristiques des participants	86
Tableau 2 : grille d'observation	93
Tableau 3 : Analyse thématique de contenu.....	99
Tableau 4 : grille d'analyse cas ZARA	109
Tableau 5: grille d'analyse cas GUEN	115

RESUME

Cette étude portant sur : « *Elaboration de la souffrance psychique et gestion du burnout des infirmiers à l'Hôpital Central de Yaoundé* », part du fait que les infirmiers sont des professionnels au contact d'autres humains cette relation est centrée sur la personne en demande ou en souffrance. Pour Virginia H, (1964) l'infirmier est pour un moment la main de l'amputé le pied du boiteux ...il accompagne dans le parcours de vie. Cette situation fait de cette tranche de professionnels des vulnérables en proie à la surcharge de travail et un transferts d'émotions. Ce qui entraîne une souffrance qui doit être élaborée pour que le psychisme ainsi affecté ne s'ébranle pas. Sur le plan clinique, le travail, d'élaboration psychique aurait une place essentielle en psychopathologie du traumatisme physique, expérience de non-sens ; la restitution du sens participerait à l'obtention d'une résolution de la souffrance ressentie (concept de résilience). L'étude pose le problème la gestion de la souffrance de ceux qui sont appelés à soigner et vise à comprendre, le travail de l'élaboration de cette souffrance. De ce problème découle la question suivante : Comment le travail d'élaboration de la souffrance psychique rend-t-il compte de la gestion du burnout chez les infirmiers de l'hôpital central de Yaoundé ?

En guise de réponse nous avons formulé l'hypothèse suivante : Le travail d'élaboration de la souffrance psychique rend compte de la gestion du burnout, des capacités, à traiter et à négocier l'anxiété intrapsychique et les conflits interpersonnels. Pour atteindre cet objectif nous avons eu recours à la méthode clinique. La collecte des données s'est faite au moyen des entretiens semi-directifs auprès de 03 infirmiers en service à l'Hôpital Central de Yaoundé . Ces données ont fait l'objet d'analyse de cas par cas en plus une analyse thématique de contenu. Les résultats montrent que plusieurs infirmiers souffrent et ne peuvent pas verbaliser leurs affects pour faire une élaboration psychique. Le burn-out réduit considérablement leur capacité d'agir et cela se traduit par un épuisement physique et psychique se caractérisant par la déshumanisation des émotions désagréables .La gestion du burnout est axé sur des séances de repos et surtout un recours à trouver les solutions dans la culture. Ces résultats ont été interprétés à partir des théories de la mentalisation

Mots clés : **Elaboration ; souffrance psychique ; Gestion du burn-out ; Infirmiers**

ABSTRACT

This study on: “Elaboration of psychological suffering and management of burnout of nurses at the Central Hospital of Yaoundé”, is based on the fact that nurses are professionals in contact with other humans, this relationship is centered on the person in need. or in pain. It allows you to support them in their life journey. It is not about finding or providing solutions, but rather about moving forward and helping the person find their solution on their own. This situation makes this group of professionals vulnerable to work overload. Among the arts, there are some which are painful for their holders, but very useful for their users and which bring a common good to the laymen, but cause only sorrow to the practitioners. Which leads to suffering which must be worked out so that the psyche thus affected does not become shaken. Studies have addressed the management of burnout without taking into consideration the aspect of clinical psychology. On the clinical level, the work of psychic elaboration would have an essential place in the psychopathology of physical trauma, an experience of nonsense; the restitution of meaning would contribute to obtaining a resolution of the suffering felt (concept of resilience). Thus this study raises the problem of the integration of clinical psychology into the knowledge and habits of nurses. From this problem arises the following question: How does the work of elaborating psychological suffering account for the management of burnout among nurses at the Yaoundé central hospital?

As a response we formulated the following hypothesis: The work of elaborating psychological suffering accounts for the management of burnout capacities, to treat and negotiate intrapsychic anxiety and interpersonal conflicts. To achieve this objective, we used the clinical method. Data collection was done through semi-directive interviews with 3 nurses on duty at the Yaoundé central hospital. These data are analyzed case by case in addition to thematic content analysis. The results show that several nurses suffer and cannot verbalize their affects to make a psychological elaboration. For example, there is a narcissistic injury that makes them vulnerable; burnout considerably reduces their ability to act and this results in dehumanization. Unpleasant emotions and feeling of weakness such as exhaustion, the participants resort to anxiolytics, rest sessions... and above all a recourse to find solutions in society by accusing a fate... These results were interpreted from the theory of mentalization

Keywords: Development; psychological suffering; Burnout management; Nurses

INTRODUCTION

« Le gain de la recherche, c'est la recherche elle-même. »

St Grégoire de Nysse (Evene.fr, 2024)

Le métier de soignant induit une relation particulière « soignant-soigné », dans laquelle se crée un mécanisme de « transfert ». Ce mécanisme se concrétise par un ensemble de réactions inconscientes que développe le patient à l'égard de son soignant. Cette relation comporte elle-même des facteurs d'altérations qui lui sont propres et qui peuvent générer des souffrances chez le soignant, favorisant potentiellement un burn-out (Delbrouck M, et *al.* 2011). Selon Lebigot et Lafont, (1995) la profession renvoi à un acte de parole qui engage l'individu dans son identité sociale l'épuisement professionnel évoque la métaphore du puits devenu sec. Les infirmiers sont au centre de situations techniques et humaines souvent critiques, liées à la maladie, aux traitements, aux soins qui sont propices à révéler les comportements, les sentiments des individus confrontés à la souffrance et parfois à la mort. Les connaissances que doit avoir l'infirmier sont très étendues tant dans les contenus (cliniques, approches médicales, relationnelles...). Ils sont soumis à des contraintes liées à l'environnement de travail et pouvant influencées leur état de santé (Bonga, 2017)

Le burnout se manifeste par un sentiment de détresse psychologique chez un sujet en situation de travail épuisant rapidement ses ressources émotionnelles dans une relation d'aide avec autrui. D'après Richelson et *al.* (1980). le burn-out est un état de fatigue chronique de dépression et de frustration apporté par la dévotion à une cause, un mode de vie, ou une relation, qui échoue à produire les récompenses attendues et conduit en fin de compte à diminuer l'implication l'accomplissement au travail. Les cadres soignants témoignent d'une forme d'impuissance, née de la confrontation à l'usure des soignants de première ligne, qui viennent chercher auprès de leur supérieur une solution ou un instant d'écoute. Ce caractère secondaire évoque deux phénomènes signalés dans la littérature, éventuellement en dehors des milieux gériatriques : la contagiosité du burn out et la fatigue compassionnelle.

La littérature a mis en évidence une contagiosité du burn out, indépendante des facteurs organisationnels susceptibles d'affecter simultanément plusieurs membres d'une même équipe de travail, dans de nombreuses professions : infirmières en soins intensifs (Bakker, 2005), médecins généralistes (Bakker et *al.*, 2001), enseignants (González-Morales et *al.*, 2012) employés des banques et assurances (Bakker ; Demerouti et Schaufeli, 2003), dentistes et assistants dentaires (Bakker, 2014)... Les mécanismes les plus souvent mentionnés sont la contagion émotionnelle, qui désigne une tendance à inconsciemment synchroniser ses expressions faciales, sa façon de parler, ses postures et ses mouvements avec ceux d'une autre personne, et d'ainsi converger émotionnellement (Hatfield, et *al.* 1992), et l'empathie, qui

consiste à se mettre à la place d'autrui et par conséquent à ressentir les mêmes émotions. Ces explications, proposées par des psychologues, n'explorent malheureusement pas la possibilité que cette contagiosité émotionnelle relève de réactions de fatigue stéréotypées, apprises et transmises au sein de chaque groupe professionnel par des mécanismes de reproduction qu'il conviendrait d'explicitier mais qui ressortissent il est vrai à la sociologie... Cette contagiosité a permis de proposer le concept de fatigue compassionnelle, forme particulière de burn out affectant les professionnels de santé, notamment les infirmières en soins palliatifs et en oncologie (Joinson, 1992) ou chez les psychothérapeutes (Figley, 1995). La fatigue compassionnelle désigne le sentiment d'épuisement physique et émotionnel que les professionnels de la relation d'aide sont susceptibles de développer au contact de la souffrance, au point que leur vision du monde et leurs croyances fondamentales en sont profondément et durablement ébranlées cet ébranlement constituant le principal critère de distinction entre fatigue compassionnelle et burn out (Stamm, 2005). Elle se manifeste par une érosion graduelle de l'empathie, de l'optimisme et de la compassion. Le sujet n'éprouve lui-même aucune

D'après l'organisation internationale du travail (OIT), (2009) à peu près 2,3 millions de personnes meurent chaque année dans le monde du travail. selon Aiken LH (2002) cité par L. Bonga, (2017) une étude menée auprès des infirmiers au Canada, aux états unis en Angleterre, à l'issue de celle-ci 41% des infirmiers avaient déclaré être insatisfaits au travail et 52% étaient atteints de burn-out. Perruchod, (2008) en Europe la Suisse et la Suède sont les pays les plus touchés ensuite vient la Norvège la France. Selon L. Bonga, (2017) l'affection serait due à un stress de travail lié à une surcharge de travail.

Au Cameroun le phénomène est présent d'après R. Tsakeu, (2012) la majorité du personnel soignant du service de médecine A et B à l'Hôpital général de Yaoundé perçoit une surcharge de travail, sur leur état de santé se manifestant par des signes tels que l'épuisement, la survenue d'hernies discales des sciatiques des lombalgies, des troubles anxieux, ou encore des accidents d'exposition au sang. Ces troubles sont indépendants du burn-out mais sont sources de stress ou de prise de congé comme mécanismes de défenses.

Face à une telle souffrance, l'appareil psychique va mettre sur pied des mécanismes pour la surmonter. Panel et al, (2009) stipulent que face à un traumatisme psychique régressent vers un stade antérieur de leur développement pour faire une élaboration de la souffrance à laquelle ils font face. Le burn-out est source d'épuisement émotionnel qui est autant physique que psychique. Intérieurement, le sujet va ressentir cet épuisement sous la

forme d'un sentiment d'être « vidé », d'une fatigue affective au travail, d'une difficulté à être en relation avec les émotions de l'autre, si bien que travailler avec certains malades est de plus en plus difficile affectivement. C'est comme si l'individu avait atteint son seuil de saturation émotionnelle et n'était plus capable d'accueillir une émotion nouvelle. La qualité de mentalisation (bonne ou mauvaise) déterminera la capacité de l'infirmier concerné à surmonter la souffrance (Amghar et *al*, 2016) . Ces derniers peuvent donner un sens à cette souffrance ceci va s'appuyer sur les signifiants ou les symboles dont ils disposent.

Cependant chacun donne un sens à sa souffrance en fonction de sa perception et du lien sociale entre la maladie et la santé, de l'expérience des symptômes. Cette perception de la souffrance se situe entre les rapports qu'à le concerné avec le corps, sa santé, son histoire de vie de façon générale mais également de la relation qu'il a avec le soin (Cedraschi et *al*, 1999). Plusieurs études rendent compte de la gestion du burn-out mais peu ou pas ont abordé le processus d'élaboration psychique chez les infirmiers pour rendre compte de l'importance des connaissances en psychologie clinique chez ces derniers en proie au quotidien à la souffrance humaine. Eu égard de ce qui précède cette étude s'intitule ***Elaboration de la souffrance psychique et gestion du burnout des infirmiers à l'Hôpital Central de Yaoundé***

Cette formulation vise à comprendre, le travail de l'élaboration de la souffrance psychique et la gestion du burn-out chez les infirmiers. Pour atteindre cet objectif, la rédaction de notre travail s'articule autour de deux grandes parties ayant chacune trois chapitres. La première partie concerne le cadre théorique : la problématique (chapitre I), la revue de la littérature (chapitre II) et l'insertion théorique de l'étude (chapitre III). La seconde partie est intitulée cadre méthodologique et opératoire. Elle comprend trois chapitres : la méthodologie (chapitre IV), la présentation et l'analyse des résultats (chapitre V), la synthèse, l'interprétation et la discussion des résultats (chapitre VI). Nous terminons ce travail par une conclusion, les références bibliographiques et les annexes.

CHAPITRE I :

PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE

Quand un défaut devient général, la majorité des hommes le considère comme un état normal. »

Hazrat Inayat Khan

Ce chapitre présente la problématique de l'étude. Nous allons y présenter les points suivants : le contexte de l'étude, justification de l'étude, la position et formulation du problème, la question de recherche, l'hypothèse de recherche, l'objectif, les intérêts, la délimitation et la définition des concepts fondamentaux

1.1. Contexte de l'étude

Les préoccupations relatives à la santé tiennent une place de plus en plus importante dans nos sociétés. Mais la santé est une notion complexe ; elle n'est plus seulement considérée comme une affaire purement médicale, mais aussi comme une expérience humaine qui concerne l'individu (S.Rezette, 2008). Bien que le burnout concerne l'ensemble des professions impliquant une relation de service, la profession infirmière, considérée comme une profession importante dans le domaine des soins de santé, est particulièrement touchée (Mollart L, et al, 2013). Selon les mêmes auteurs Mollart L, et al, pour répondre aux besoins des malades et de leurs familles, de nombreuses études démontrent que le travail de d'infirmier est émotionnellement exigeant de plus, l'expérience des infirmiers dans un travail de plus en plus stressant pourrait augmenter les niveaux de burnout

Les approches centrées sur la personne mobilise chez le soignant, la capacité à se placer, mentalement et émotionnellement, dans l'univers du patient avec lequel il interagit, pour lui communiquer sa compréhension tout en cherchant à appréhender la perception que le patient a de ladite compréhension (LaMonica, 1981). Cette capacité d'empathie est commune à tous les soignants, le travail auprès de personnes atteintes des maladies mobilise l'atteinte des fonctions de communication empêche le patient d'exprimer sa volonté, qu'il incombe donc au soignant de s'efforcer de comprendre, mission éventuellement productrice d'un sentiment d'impuissance et d'incapacité à aider, par exemple en cas de douleur physique ou psychique du soigné (Edberg et al., 2008). Le soin à une personne comporte donc un travail d'interprétation délicat, réparti entre la recherche de sens (des troubles du comportement notamment) et la compréhension de la situation de dépendance et d'inactivité, interprétation qui n'est pas sans risque puisque le soignant doit avoir confiance dans sa capacité à décoder les signaux émis par le patient et à leur donner une cohérence pour percevoir son patient comme un tout unifié en passant outre la maladie (Berg, et al, 1998 ; Ericson-Lidman, et al, 2014). Le burnout érode par définition la capacité d'empathie du soignant. Mais l'étude des liens qu'ils entretiennent a mis en évidence une corrélation négative entre empathie et burnout (Astrom et al., 1990). les soignants à haut degré d'empathie seraient à risque en raison de leur fort engagement, qui les conduit à valoriser la proximité de la relation au patient (Astrom et

al.,1991) ; ceux à faible empathie seraient à risque en raison du manque de résultats positifs dans leur travail, alors même qu'ils valorisent l'amélioration de la santé du résident et qu'ils sont émotionnellement moins impliqués en raison même de leur faible empathie (Pines, Aronson, 1981). Les patients ne sont pas les seuls usagers avec lesquels les soignants soient en interaction. Les relations avec les familles sont généralement considérées comme un facteur important de burn out (McKenzie et *al.*, 2011). Plusieurs mécanismes, éventuellement cumulatifs, sont à l'oeuvre les proches du patient ont eux-mêmes besoin d'être soutenus, par exemple face à la culpabilité d'avoir institutionnalisé leur aîné, ou au rythme qu'impose le maintien d'une vie familiale et sociale et les visites...

La maladie est une période accompagnée de bouleversements physiques et psychiques importants. C'est pourquoi, même sans complications, elle peut créer de l'anxiété, la dépression et même la régression du malade et leurs familles qui se tourneront alors vers les infirmiers pour obtenir du soutien. Pour répondre à ce besoin, les infirmiers ont pour rôle d'établir et de maintenir un lien de confiance et d'authenticité avec les patients, dans le but d'assurer un sentiment de sécurité émotionnelle. Si des complications surviennent à ces périodes, le travail émotionnel infirmiers augmente (Rice H, et *al.*, 2013): Le développement de capacités d'adaptation et de relations interpersonnelles est donc nécessaire pour faire face à la nature parfois stressante de leur travail (Mollart L, et *al.*, 2013). L'épuisement émotionnel survient à mesure que les ressources émotionnelles s'épuisent et que les individus se distancient émotionnellement et cognitivement de l'exercice de la profession.

La dépersonnalisation se produit lorsque les professionnels développent des attitudes d'indifférence à autrui et mettent de la distance entre eux-mêmes et les bénéficiaires des soins. Enfin, la réduction de l'accomplissement personnel fait référence à la tendance à s'évaluer soi-même négativement, en particulier en ce qui concerne le travail avec les patients (Thomas, Clara, 2021). La déshumanisation des individus ou groupes humains qui en sont victimes représente une explication centrale. De nombreuses recherches, en particulier en psychologie expérimentale, montrent que le déni des caractéristiques humaines de ceux que l'on maltraite constitue la stratégie psychologique la plus commune. Considérer des humains comme des animaux ou des choses permet de s'affranchir de l'ensemble des règles de civilisation, tout en restant soi-même inscrit dans un cadre social et moral. Sur ce plan, notre époque ne peut se prévaloir d'aucun progrès, sinon peut-être dans le niveau de barbarie qu'elle a réussi à atteindre (B. Kiefer, 2014).

Au-delà de la diversité des définitions possibles, la psychologie clinique postule l'existence de la réalité psychique. Elle tente de comprendre la diversité des modes de fonctionnement des personnes, comme elle tente d'appréhender les différentes façons que ces personnes utilisent pour se penser comme sujets de leurs actions et de leur vie (F. Marty, 2017). Elle est donc bien plus qu'une phénoménologie, bien plus qu'une simple description de l'action, des conduites et des comportements humains. Elle prétend donner sens à ce qu'elle observe pour l'organiser dans un ensemble cohérent où le sujet notion difficile à appréhender serait au centre de ce dispositif, avec son caractère unique, ce qui fait dire que la clinique est l'art du singulier et qu'elle procède au cas par cas. L'objectivité de la méthode clinique s'appuie essentiellement sur la subjectivité du clinicien, sur sa capacité à rendre compte de ce qu'il éprouve en situation clinique avec un patient. Moins un sujet communique, plus le clinicien doit faire appel à sa capacité à expliciter ce qu'il ressent lui-même dans cette situation, plus il doit faire appel à l'analyse de sa position contre-transférentielle.

Les infirmiers sont souvent confrontés à la détresse, à la peur, à la joie des patients. Avec de telles émotions, que cela peut aussi les affecter. Ils peuvent partager les moments de peine avec le patient (Manoukian, 2001). Les émotions sont contagieuses ; la colère d'un patient envers l'équipe médicale inspire la colère de l'équipe, voir un patient pleurer évoque la tristesse, de même pour l'agressivité d'un patient, une rancœur s'installe, l'envie de s'occuper de lui diminue considérablement. De plus, les émotions jouent un rôle dans les interactions sociales, et les prises en charge. Il est concevable d'établir une similarité entre la conceptualisation de la santé mentale de Marchand, (2007) et celle de (Morin, Gagné, 2009), lesquels sont d'avis que la santé mentale d'un individu englobe deux états, soit l'absence de détresse psychologique et la présence d'un bien-être psychologique. La détresse psychologique suppose un état caractérisé par l'irritabilité, l'anxiété ou la dépression (Durand, 2005). Elle est liée à l'adaptation émotionnelle, à la tristesse, à la colère, à la dépression ou à l'anxiété (Beckers, 2010). Les facteurs de risque associés à la détresse psychologique sur lesquels doit porter la prévention sont notamment la surcharge de travail, le manque de contrôle sur le travail, le soutien organisationnel insuffisant, le manque de soutien de la part des collègues, le manque de reconnaissance ainsi que le manque d'autonomie (Morin, 2009).

L'anxiété et la dépression sont deux pathologies probablement les plus fréquents dans le monde. On estime leur prévalence à environ 10% pour la dépression et 12,5% pour l'ensemble des troubles anxieux. A l'hôpital ces chiffres ont bien évidemment une tendance à augmenter et l'on considère qu'au moins $\frac{1}{4}$ des patients hospitalisés souffrent de troubles

dépressifs. Plusieurs maladies possèdent dans leur sémiologie des éléments de la lignée dépressive. Les équipes soignantes sont soumises à de fortes tensions, chacun se sentant plus ou moins remis en cause dans son objectif professionnel premier qui est de prendre soin de l'autre. Cette situation renvoie alors le soignant face à ses propres limites. Il évoque un sentiment d'échec de la mission qui peut être ressenti de façon très culpabilisante. Elle active des relations conflictuelles (malentendus, interprétation, jugement) entre tous les partenaires (résident, soignant, famille). La maladie dépressive est nettement plus fréquente à l'hôpital que dans la population de façon générale.

Pour Maslach, (1982) le burnout est « un syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de perte du sentiment d'efficacité personnelle, susceptible de survenir chez des sujets travaillant, de quelque façon que ce soit, avec d'autres êtres humains. Il s'agit d'une réaction à la charge émotionnelle chronique naissant lorsque l'on s'occupe durablement d'autres personnes, en particulier lorsqu'elles sont dans le besoin ou ont des problèmes » (Maslach, 1982). Le diagnostic de burnout peut s'apparenter à un effet de réduction de l'analyse de la conflictualité psychique rendue possible par l'écoute clinique du travail vivant. Loin d'être cantonné à une scène externe et à des éléments « organisationnels » externes, le travail devient au contraire constitutif de « l'intériorité » du sujet, à partir de la constitution des habiletés et compétences professionnelles d'une part, de la construction de défenses contre la souffrance d'autre part. Mais à long terme, le soignant ressentira un sentiment de solitude qui l'expose à l'épuisement professionnel (Mouniakan, 2008). En tant que métier de l'interaction, engageant la subjectivité à forte implication émotionnelle, il peut générer diverses tensions (céphalées, insomnies, irritabilité) et surtout aboutir à l'épuisement professionnel ou burnout caractérisé par un sentiment de fatigue extrême, de la dépression, un sentiment d'incapacité, un dégoût du travail, un désintérêt pour autrui. L'épuisement professionnel nuit à l'individu tout autant qu'à l'organisation: il abaisse la performance et la satisfaction au travail, peut compromettre la qualité des soins. Certains restreignent le burnout aux professions aidantes le burnout est « un syndrome d'attitudes inadéquates à l'égard des clients et de soi-même, souvent lié à des symptômes physiques et émotionnels désagréables » (Kahn, 1978). Pour Maslach, (1982). c'est « un syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de perte du sentiment d'efficacité personnelle, susceptible de survenir chez des sujets travaillant, de quelque façon que ce soit, avec d'autres êtres humains. Il s'agit d'une réaction à la charge émotionnelle chronique naissant lorsque l'on s'occupe durablement d'autres personnes, en particulier lorsqu'elles sont dans le besoin ou ont des problèmes »

(Maslach, 1982). L'équipe de un phénomène similaire affecte d'autres types de professions, le burnout est alors réservé aux professions d'aide, tandis que l'ennui (tedium) s'applique aux professions non soignantes (Pines et Aronson, 1981)

Une étude citée par I. Lacharme, (2010) révèle que plus des trois quart des participants ont de la douleur: les deux tiers au dos (non exclusifs) et un tiers aux épaules. La gravité des maux de dos a été mise en évidence par la présence des composantes multiples de la douleur (intensité et aspect désagréable) chez 70% des participants ayant des maux de dos, la localisation multiple des maux de dos chez 57% .Les tensions au travail, qui résultent d'un manque de latitude décisionnelle (contrôle) et d'exigences physiques et psychologiques selon le modèle de touchent 71 % . Les exigences physiques vécues par les soignants restent plus importantes, pour eux, que les exigences psychologiques, malgré l'évolution du contexte. Ces exigences du travail sont notamment soulignées par un quota patients/soignants élevé et un nombre d'heures soins par patient et par jour important (I. Lacharme, 2010). Pour l'optimiser, le personnel infirmier doit se doter de mécanismes ; que nous appellerons ici les connaissances en psychologie clinique. La santé mentale est aussi cruciale que la santé physique et qu'elle est nécessaire au rôle de l'infirmier : celui de soigner (Fountain, 2012).

En France ont rapporté à travers des études réalisées en 2007, des taux de Burnout de 46,5% et 30%. De même Shanafelt et al, (2012) ont démontré que 65% des soignants américains avaient le Burnout et que 40,2% d'entre eux n'étaient plus satisfaits de leur travail. Boitelet al, (1990) dans son étude présente 10% de dépression dans les entreprises de bâtiments. M. Behar, (1992) dans une population d'étude de 1500 Infirmiers de l'assistance publique de Paris relève 31% de troubles du sommeil, 26% de troubles psychiatriques mineurs détectés au moyen du général questionnaire . Selon. Perruchoud, (2008). Une recherche réalisée par trois psychiatres marocains dans cinq services hospitaliers du Maroc (oncologie, hématologie, réanimation, brûlés, maladies infectieuses) a mis en évidence, auprès des soignants, les faits suivants : 60 % des soignants obtiennent un score élevé pour l'épuisement émotionnel et pour la dépersonnalisation ; d'où un score également élevé de "détresse psychologique", si élevé que 59 % seraient classés comme "cas pathologiques", médecins et infirmières étant à égalité.

Une étude menée en Tunisie, citée par. L. Bonga, (2017) dans les hôpitaux de Tabarka et Jendouba, a démontré que plus de la moitié de la population (56%) était touchée par le Burn-out, 47% avaient un épuisement émotionnel élevé, 36,6% avaient un niveau élevé de

dépersonnalisation et 33% avaient un niveau bas d'accomplissement professionnel. Le syndrome de Burn-out était plus marqué chez les infirmiers par rapport aux médecins (E S J, 2015). Un niveau élevé de Burnout était retrouvé chez les personnels qui ont effectué un congé de maladie avec 32% d'épuisement émotionnel, 21% dépersonnalisation et 11% d'accomplissement personnel bas et chez ceux qui ont un désir de mutation avec 34% d'épuisement émotionnel, 25% de dépersonnalisation et 16% d'accomplissement personnel.(L. Bonga,2017)

Le burnout ou syndrome d'épuisement professionnel des soignants est un problème de santé publique au Cameroun (Negueu, et *al*, 2021). Il se manifeste par un épuisement émotionnel, une dépersonnalisation et une diminution de l'accomplissement personnel du sujet. Il touche la plupart des personnels soignants et les conséquences sont nombreuses. Au Cameroun en général et à l' HCY en particulier, les soignants n'ont cessés d'exprimer leur mécontentement face à leurs conditions de travail à travers des grèves et menaces de divers ordres Negueu, et *al*. Dans une étude Tsakeu, (2012) révèle que la majorité du personnel soignant du service de médecine A et B de l'Hôpital Général de Yaoundé, perçoivent une surcharge de travail sur leur état de santé, se manifestant par des signes tels que l'épuisement, la survenue d'hernies discales, des sciatiques, des lombalgies, des troubles anxieux, ou encore des accidents d'exposition au sang ; ces troubles ne semblent pour autant pas exclure un processus de Burn-out en cours ; mais aucune prise en charge sérieuse n'est appliquée à part le simple fait d'abandon de service, ou de prise de congé de maladie considéré ici comme mécanisme de défense. L' HCY étant un hôpital de référence au même titre que l'Hôpital Général de Yaoundé, doit sûrement connaître les mêmes aspects cliniques au niveau de son personnel en ce qui concerne le Burn-out.

La violence physique en milieu de travail constitue également une difficulté que peut rencontrer le personnel infirmier. Selon S. Wilkins, (2009) ; 34 % des infirmières canadiennes œuvrant dans les centres hospitaliers ou les établissements de soins de longue durée affirment avoir subi de la violence physique de la part d'un patient et 47 % d'entre elles mentionnent avoir subi de la part de ce dernier de la violence psychologique. De plus, 8 % des infirmières canadiennes, principalement celles travaillant dans les centres hospitaliers, mentionnent avoir été victimes de violence psychologique de la part d'un médecin et 12 % des infirmières, principalement celles travaillant dans les centres hospitaliers et dans les centres de soins de longue durée, déclarent avoir subi de la violence psychologique de la part d'une autre

infirmière (Statistique Canada, 2006). Cette problématique de violence est également soutenue par Côté, St-Pierre, (2011) lesquels mentionnent une étude quantitative québécoise menée auprès de 96 infirmières âgées en moyenne de 29 ans, le harcèlement psychologique est d'actualité au sein de la profession infirmière. Les résultats de leur étude démontrent que près de la moitié des participantes ont rapporté avoir subi du harcèlement psychologique dans le cadre de leur travail (Côté, St-Pierre, 2011). Ce harcèlement psychologique n'est pas toujours rapporté et discuté et entraîne un stress significatif chez les infirmières qui en sont victimes (Côté, St-Pierre, 2011). La violence en milieu de travail, qu'elle soit physique ou psychologique, représente donc une souffrance à considérer puisqu'elle constitue une préoccupation de plus en plus présente au sein du personnel infirmier (Santé Canada, 2007)

Les états affectifs et émotionnels sont souvent les premiers signes perceptibles du mal-être psychologique consécutif à la survenue d'une maladie. Or, dans les théories classiques, ces processus sont le plus souvent élucidés et considérés comme secondaires. La clinique de la maladie impose au psychologue de tenir compte de la réactivité émotionnelle (anxiété et dépression) des malades, des rapports complexes que la maladie entretient avec le corps, ainsi que des mécanismes de défenses mobilisés par les personnes confrontées à la maladie et dont la fonction protectrice est indéniable (Perruchod, 2008). Dans le contexte spécifique de la maladie, la psychologie clinique a souvent fait appel à l'étude des mécanismes de défense, afin de rendre compte des mécanismes psychologiques mobilisés par les sujets lorsqu'ils sont confrontés à la maladie. Les mécanismes de défense peuvent être considérés comme des réactions psychologiques inconscientes (le sujet les déclenche sans en avoir conscience), qui se produisent quand le moi (c'est-à-dire la part connue de l'individu) est menacé par le monde extérieur (événements ou situations stressantes, maladies, attitudes d'autres personnes, etc.) ou par le monde intérieur de l'individu (pensées, désirs, angoisses, etc.). Ces mécanismes de défense visent à maintenir un équilibre psychique satisfaisant, qui permet au moi de continuer à fonctionner de manière autonome (Chabrol et Callahan, 2004).

Dans notre société multiculturelle, les soignants sont amenés à offrir des soins relationnels à des patients issus de différentes cultures. Pour les soignants cela implique l'acquisition de compétences culturelles afin de mieux interpréter les comportements des clients et de répondre de manière optimale à leurs besoins. Fielding (1987), ont récemment décrit des malades à partir d'une perspective culturelle alors que les techniques de communication étaient nécessaires dans les programmes infirmiers. Les infirmières doivent

avoir consciences que certains malades, quoique parlant la même langue, peuvent différer dans leurs modes de communication et de compréhension à cause de leurs orientations culturelles. La confiance, comme fait social, est un vecteur essentiel de l'humanité dans les systèmes. Elle se partage, et le soin se révèle non seulement comme rencontre entre deux consciences, mais également entre deux confiances. Elle permet à chacun de trouver sa place d'acteur dans le parcours de la maladie, et au patient de stabiliser son identité. Alors même que chaque épreuve, et la maladie constitue une épreuve majeure, conduit à une modification de l'identité personnelle, le malade a d'autant plus besoin d'être confirmé et accompagné dans le changement identitaire qui lui est imposée (M. Formanier, 2008). Les infirmiers rencontrent des situations qui peuvent les déstabiliser : un décès, les sentiments des patients parfois envahissants, des pathologies pouvant être choquantes (polytraumatisés ...). Ils doivent y faire face. Pour cela inconsciemment, ils mettent en place des mécanismes de défenses, propres à chacun. En effet, les infirmiers sont souvent confrontés aux émotions du patient mais également aux siens. Il n'est pas toujours évident de prendre en charge les émotions, il est moins aisé de gérer ses propres émotions que les émotions du patient en l'écoutant, en le réassurant (Truck et al, 2009) .

1.2. Justification de l'étude

La psychopathologie est une branche de la psychologie qui a pour objet l'étude des maladies mentales, leur mécanisme, et leur classification. Elle s'intéresse au déséquilibre psychique c'est-à-dire à ce qui est anormale tel que le burnout. Selon Lagache, (1949) la psychologie clinique vise à envisager la conduite dans sa perspective propre à relever aussi fidèlement que possible les manières d'être et de réagir d'un être humain concret et complet aux prises avec une situation. Il revendique ainsi le domaine de l'humain « L'homme en situation », « l'homme en souffrance ». Ainsi, les personnels soignants en général et les infirmiers en particulier sont au centre de la situation de souffrance. La pratique des soins face à l'être souffrant, les expose à des tensions qui parfois conduisent à la résurgence de certains troubles de nature somatique ou psychique. La dimension psychique se révèle essentielle dans la compréhension des rapports que le sujet va entretenir avec la maladie, au malade, au conditions de travail, aux rapports humain et professionnel, à son adaptation au cadre de travail à la surcharge de travail... au vu de l'importance de la tâche confiée au personnel soignant en général et aux infirmiers en particulier, au vu de la représentation et de la

confiance que les malades développent vis-à-vis de leur soignants. Le concept de souffrance psychique renvoi à la souffrance psychologique

Dans le domaine de la souffrance, la Psychologie Clinique s'intéresse aux malades atteints de troubles organiques ou handicapés, de patients en traitement (Fernandez et Pedinielli, 2006). Pour ces deux auteurs, il ne s'agit pas seulement d'interroger l'origine des maladies mais d'appréhender aussi les comportements, le vécu, les discours et les émotions des sujets (malades, familles de malades, soignants). Ils estiment que la Psychologie Clinique s'intéresse aux rapports que le patient entretient avec sa condition de malade, occasionnellement à la manière dont il participe à l'apparition, au maintien, ou à l'aggravation de sa maladie. Elle relève du champ non médical, nommé santé mentale positive et désigne un état de mal être cette souffrance je suis mal renvoi à une blessure de soi et une blessure en soi ; c'est une expérience subjective de mal être. Elle est localisée dans les représentations mentales avec des ressentis émotionnels et varie d'un infirmier à un autre selon sa personnalité, son vécu, sa culture ; elle se réfère également à la durée à la dimension temporelle d'une organisation affective qui peut être vécu comme la sensation pénible d'émotion désagréable. Le burnout est donc une expérience émotionnelle désagréable et étrange accompagnée d'un sentiment de déplaisir qui se répète (B.Fotso et al, 2024)

Le personnel soignant doit toujours être soigné afin de transférer de manière consciente ou inconsciente son état au malade en quête de guérison. Il doit être un modèle de santé auquel le patient veut s'identifier en permanence. La résurgence du syndrome d'épuisement professionnel vient mettre en mal les capacités, les attentes et l'image des infirmiers qui se voient devenir handicapés et sans moyens de défense contre cette affection. L'approche freudienne est considérée comme un type de modèle clinique qui accorde une attention particulière à l'anomalie et est apparue à une époque où il y avait un vif intérêt pour la découverte des causes organiques de la « maladie mentale ». Selon Freud (1914), la présence de la maladie est un moment gênant pour le sujet qui se voit perdre ses capacités et facultés habituelles suite à une souffrance somatique ou psychique. Elle induit un surinvestissement de l'énergie libidinal qui oriente le moi vers la recherche des voies et moyens afin de retrouver la santé et de réinvestir le moi. La maladie, quelle qu'elle soit, a tendance à réduire l'individu à son éprouvé corporel, c'est-à-dire à son corps. C'est ainsi que l'appréhension du monde extérieur et du monde intérieur du sujet malade se trouvent modifiée. Cette modification s'exprime par un relâchement des règles ou exigences du principe de réalité. Le corps, est dans une très large mesure, la mémoire du rapport au monde,

aussi celle-ci se trouve-t-elle sollicitée pour faire face à la situation porteuse de difficultés qu'est la maladie, et se défendre ainsi contre la menace que constitue le syndrome dont le patient souffre (M. Balint, 2000)

Le burn-out apparaît donc comme un élément qui vide le moi et qui le met au travail. Car sans ce travail sur la maladie c'est-à-dire sans la guérison le moi reste vide, poreux et tend à mourir. Le moi ayant horreur du trop-plein d'excitation ou du vide, il va se mettre à la quête des solutions de guérison. Or pour guérir d'une maladie, il faut au préalable la nommer, la diagnostiquer et choisir un itinéraire thérapeutique qui nous amène à la guérison et à l'intégrité total du moi. Selon Zribi et Poupée-Fontaine (2011, p. 103), Le Burn-out est une notion conceptualisée aux États-Unis par Ayala Pines et introduite en France, pour décrire « l'usure et l'état de lassitude, d'épuisement physique, émotionnel et mental des personnels des institutions spécialisées, et surtout celles qui accueillent les personnes les plus handicapées ou malades ». Plus généralement, le Burn-out est constitué d'un épuisement professionnel, d'un désinvestissement de la relation aux autres et de sentiments d'inefficacité personnelle (Zribi et Poupée-fontaine, 2011). Le burn-out a été identifié en situation professionnelle, mais comme le note A. Boudoukha (2009), il ne s'y réduit pas (on le rencontre chez les mères de famille, les sportifs...), car « ce n'est pas tant le travail que la valeur négative de la relation à l'autre qui est la cause ». Ce trouble envenime alors l'existence quotidienne du sujet et handicap son rendement professionnel et les relations socioprofessionnelles.

1.3. Formulation du problème

L'intervention clinique sur le Burn-out comme syndrome de l'épuisement professionnel doit alors se conformer aux éléments qui caractérisent une approche clinique des cas selon Chabert et Vernon (2008). Il s'agit des connaissances sur le Burn-out pour pouvoir établir un relevé sémiologique et symptomatologique, des connaissances sur le diagnostic du Burn-out afin de ressortir l'évolution des symptômes dans le temps, des antécédents et l'intensité de ces symptômes qui permettent d'identifier et de classifier le trouble et enfin des connaissances sur la prise en charge qui facilitent la prévention et la mobilisation des mesures palliatives aux troubles précisément le Burn-out (Chabert et Vernon, 2008). La conformité à cette exigence permet aux infirmiers de prendre en charge leur épuisement professionnel, de retrouver l'énergie libidinale en retrait sur la maladie comme

objet et de réaliser le narcissisme secondaire obstrué par la maladie. Le rétablissement des patients est possible notamment grâce à la qualité des soins prodigués par le personnel infirmier. Selon Ohler et al, (2010) le bien-être de l'infirmier, quant à lui, est possible grâce à la création de milieux de travail de qualité Cette circularité illustre l'interrelation entre la santé mentale des infirmiers et leur rôle (Fountain, 2012).

La place de la psychologie et particulièrement la psychologie clinique dans la pratique de soins qui suscite notre intérêt a pour point de départ une observation à l'hôpital Jamot de Yaoundé au service de psychiatrie pendant notre stage en master 1 un mardi soir à 19h, lors d'une urgence. Le psychiatre a demandé à une infirmière d'accueillir une patiente qui attendait le temps que lui et d'autres membres de l'équipe de soins finissent un dossier dans le poste de soin. Elle était assise sur la chaise devant le bureau du médecin, recroquevillée sur elle-même, et semblait triste. L'infirmière l'a interpellée en s'approchant d'elle : "Bonsoir ! Ça n'a pas l'air d'aller ?". A ce moment la patiente a relevé la tête. Elle avait les yeux humides, les cernes marqués. Son visage paraissait très triste, l'infirmière a demandé "que se passe-t-il ? De plus vous êtes seule personne dans la pièce qui pourrait m'aider à prendre en charge la patiente si elle me dit quelque chose d'important ». Elle s'est levée, et a répondu en se jetant à son cou : "*Non c'est juste que mon mari vient de mourir à peine une semaine de mariage civil...*" l'infirmière restée abasourdie, sans rien dire en présentant une mimique particulière visiblement elle était choquée. La patiente la pris dans ses bras, tout en pleurant quelques minutes plus tard, le psychiatre est entré et a demandé ce qui se passait à ce moment. La patiente s'est éloignée, en s'essuyant les yeux, puis s'est rassise à sa place initiale. Le psychiatre a pris place derrière son bureau il n'y a pas eu de contact physique entre lui et la patiente. Nous avons senti que ce dernier était plus distant, et savait gérer ce genre de situations. Nous étions impressionné par la façon dont il ne semblait rien laisser paraître de ses émotions. A la suite de cette observation nous avons discuté avec l'infirmière le lendemain :

« J'ai eu l'impression de ne pas comprendre ce qui venait de m'être dit. J'ai senti la tristesse monter en moi également. La patiente pleurait et je sentais ses larmes couler. Ce moment a été très court mais m'a semblé durer une éternité. Je me suis demandé comment je pourrais la soutenir, puis enfin, je me suis décidée à la prendre dans mes bras. Je ne savais pas quoi lui dire, tout aurait été dérisoire donc j'ai juste agi. Elle pleurait toujours et de plus en plus fort. Cette étreinte a décuplé ma tristesse. Je n'ai pas réussi à retenir quelques larmes, je n'ai pas su m'en défaire, je l'ai donc partagé. Je me sentais désemparée. J'ai pensé que je ne pourrais même pas lui dire "Ça va aller" car non, ça n'ira jamais : son mari venait de décéder ! Ne pas

savoir quoi faire m'a empêchée d'agir autrement qu'en partageant cette tristesse. Je me suis sentie inutile, et je me suis dit que je ne serais d'aucune aide pour cette patiente au vu de la douleur morale qu'elle devait ressentir »

Sur le coup nous nous sommes fait la réflexion que son comportement n'était pas professionnelle, elle s'est laissée entraîner dans le chagrin de la patiente. Nous nous sommes intéressés aux questions que pouvait susciter cette situation. Cette question correspondait à la gestion des états affectifs et des émotions les lectures ont permis de faire un lien avec le stress au travail ce qui correspond à un champ disciplinaire de la psychopathologie et clinique le burnout.

La civilisation occidentale assimile depuis l'Antiquité la fatigue et la dimension corporelle, ou plus exactement la fatigabilité et la corporéité. Pour Aristote, nous sommes voués à la fatigue parce que nous avons un corps, et donc de la puissance qui doit passer à l'acte dans un effort qui a toujours son coût. Cette fatigue est plutôt agréable lassitude que tourment, à l'exception de l'acédie monastique, perçue comme une «incapacité de repos » (Forthomme, 2000, p.19), et c'est surtout avec les Temps modernes qu'apparaissent les «mauvaises fatigues », en réponse à des angoisses et à des difficultés spécifiques à tel ou tel milieu social (Loriol, 2002) : mélancolie des courtisans au XVII ième siècle,neurasthénie à la fin du XIX ième siècle, syndrome de fatigue chronique, stress, burn out à la fin du XX ième siècle... C'est à ces «mauvaises fatigues » qu'appartient la fatigue psychologique rencontrée dans notre population d'étude.

Face à la souffrance chez un sujet, ce dernier doit pouvoir mettre en œuvre un travail psychique qui lui permet de faire face à ses angoisses, à la dépression et aux conflits inhérents à la vie (Debray 1991). La souffrance (il n'est lui-même ni malade, ni blessé, ni pris en otage, ni agressé, situations qui relèveraient du traumatisme primaire), mais il la vit chez autrui ou l'entend racontée. C'est pourquoi ce type de traumatisme ou de stress secondaire (ou « vicariant ») affecte, outre les soignants, les policiers et militaires (Tehrani, 2010), les prêtres les travailleurs humanitaires, les travailleurs sociaux... (Tosone et al., 2010). Il s'agit en effet d'un travail de mentalisation. Comme le stipule De Tychev (2001) la mentalisation permet au sujet qui traverse un traumatisme de pouvoir être « capable de traduire en mots, en représentations verbales partageables les images et les émois ressentis pour leur donner un sens communicable, compréhensible pour l'autre et pour soi-même d'abord » (pp. 49-68). Pour cet auteur, il s'agit, d'un processus intrapsychique essentiel qui vient fonder la capacité de résilience du sujet. Cette pensée est partagée par Anaut (2005) qui atteste que la

mentalisation permet de partager les représentations associées au traumatisme vécu et de lui accorder une signification. C'est un processus qui implique l'opération de la symbolisation qui consiste en la liaison entre les affects vécus et la représentation que le sujet se fait de la situation vécue (Bergeret, 1991). La mentalisation implique le développement et le maintien d'un sens de soi cohérent, la capacité à former des relations stables et durables avec les autres ainsi que la capacité à réguler son vécu affectif (Conklin et al. 2012).

Les études de Millet (2006) ont fait ressortir le problème de la douleur psychique. La particularité de ce problème de douleur psychique montre que ce n'est pas la perte de l'objet dans le monde réel qui fait souffrir, mais bien plus la perte de l'objet interne que le sujet s'est construit autour du réel de « la castration du moi ». A cause de l'altération de l'image de soi qu'elle constitue, le sujet, faute de ne pouvoir conserver la totalité de son objet idéal, se sent anéanti, « nous connaissons la crainte universelle répandue des images de castration non seulement parce qu'elles en rappellent l'éventualité mais aussi parce que le contact même visuel avec l'objet châtré constitue en soi une menace pour l'intégrité » (Anzieu, 1985). Autrement dit ce travail s'intéresse au travail d'élaboration de la souffrance psychique des infirmiers face à cette charge émotionnelle pour une pratique sereine et efficace qui prend en compte la santé des patients et celle des praticiens. La place de la psychologie clinique trouve ici tout son sens. Selon Marty (1991), la mentalisation repose sur le fonctionnement du préconscient, espace imaginaire peuplé de représentations et d'affects en plus ou moins grand nombre, circulant plus ou moins facilement, plus ou moins disponibles dans le temps en fonction de la nature et de l'usage des défenses mobilisées par le sujet. Et donc, le travail d'élaboration de la souffrance vécue peut permettre au sujet traversant une souffrance de traduire en mots et en représentations verbales partageables et communicables au sens de Tychev (2001), afin de les rendre compréhensible pour l'autre et pour soi-même. L'étude pose à cet effet le problème de gestion du burnout au regard du travail d'élaboration de la souffrance psychique qu'ils mettent en œuvre.

1.4. Questions de recherche

Suite à la problématique qui précède, nous formulons notre question de recherche de façon à comprendre quelle serait l'apport de la psychologie clinique dans la profession infirmière. C'est ainsi qu'elle se formule: **Comment le travail d'élaboration de la souffrance psychique rend-t-il compte de la gestion du burnout chez les infirmiers de l'hôpital central de Yaoundé ?**

1.5. Hypothèse de recherche

Dans les études qualitatives, l'état des connaissances disponibles sur un sujet ne justifie pas la formulation d'hypothèses. Les chercheurs en étude qualitative préfèrent être guidés par les points de vue des participants plutôt que de s'appuyer sur une idée préconçue (Polit et Beck, 2012). Notre question de recherche entraîne une réponse provisoire elle est formulée dans le but de guider notre travail et non dans l'intention d'une vérification. Nous formulons en guise de réponse anticipée à notre question de recherche, l'hypothèse de recherche suivante : Le travail d'élaboration de la souffrance psychique rend compte des capacités, à traiter, négocier l'angoisse intrapsychique et les conflits interpersonnels dans la gestion du burnout chez les infirmiers à l'HCY.

1.6. Objectif de l'étude

Notre objectif dans ce travail d'évaluation partielle en vue de l'obtention du diplôme de master 2 et d'approfondir notre réflexion sur l'élaboration de la souffrance psychique des infirmiers de l'HCY dans la gestion du burnout, peu d'études visant à vérifier la relation entre la pratique des soins infirmiers et la psychologie clinique. L'élaboration psychique est un concept fondamental en psychologie clinique. Le parcours de la littérature contemporaine laisse transparaître d'autres concepts, utilisés de manière interchangeable, pour rendre compte de cette activité psychique globale permettant au Moi de se protéger contre les excitations des pulsions d'origine somatiques et des affects qui menacent son intégrité psychique (B. Fotso, 2024). Plusieurs études abordent la réflexion sur le burn-out surtout pour démontrer son existence au sein de la communauté soignante. Nous voulons comprendre le processus du travail d'élaboration psychique du burnout et sa prise en charge. L'étude n'a pas la prétention d'améliorer la qualité de vies des infirmiers mais d'apporter une contribution dans l'amélioration des conditions de travail et de pratique en soins infirmiers.

1.7. Intérêt de l'étude

La pertinence de cette thématique s'inscrit, en outre, dans l'interdisciplinarité académique plus largement, l'étude du développement de la psychologie clinique dans d'autres disciplines dans le cadre de cette étude il s'agit des soins infirmiers :

Au plan scientifique : La particularité de cette étude est qu'elle s'intéresse à la gestion du burnout chez les infirmiers d'élaboration de la souffrance psychique qu'ils mettent en œuvre, ce qui seraient d'un grand apport dans la compréhension de ces processus. Éventuellement, cette recherche pourrait contribuer à l'étude psychopathologique et clinique

de la fonction du vécu traumatique du burnout dans le processus de la mentalisation des infirmiers. Elle aidera également d'apprécier la mise en place des théories explicatives de notre travail. Et toutes choses pouvant aider à une meilleure prise en charge de ces cas cliniques. En plus, dans cette étude nous voulons insister sur la nécessité de réaliser des études approfondies de sujets qui ont pu rebondir à la suite d'un traumatisme, car elles permettront de saisir et de comprendre les ressources mobilisées dans le travail d'élaboration de la souffrance psychique.

Au plan psychosocial : Afin de répondre aux besoins psychosociaux, la prise en charge psychologique est nécessaire pour pouvoir mentaliser la souffrance psychique, car il n'y a pas santé sans la santé mentale, la prise en psychologique est très important pour l'épanouissement de sujets ainsi qu'un bon environnement favorise moins de stress, de culpabilité. Apporter une contribution à l'évolution de la pratique de soins pour une humanisation gage de soins de qualité pour des populations bénéficiaires. Cette réflexion permettra aux acteurs d'avoir des outils, des connaissances qui permettront une organisation de ces derniers pour l'épanouissement socioprofessionnel

Au plan clinique : ici notre travail souhaite apporter aux prestataires de soin un référentiel nécessaire pour l'amélioration des mécanismes devant aboutir au travail d'élaboration de souffrance psychique et d'adaptation ayant pour but de préserver au mieux l'intégrité physique et psychologique de l'infirmier dans le cadre de son activité. Car, l'importance la gestion du burnout ne semble pas toujours prendre en compte les facteurs psychologiques nécessaires à une bonne prise en charge. Ainsi, nous voulons montrer que les stratégies d'adaptation et la capacité de résilience est assez favorable dans la diminution de la détresse psychologique.

Au plan thérapeutique : la recherche montre un intérêt pour l'accompagnement et le soutien psychologique des infirmiers n'est pas sans conséquence et comporte certain risque psychopathologique. En effet, cette recherche en identifiant les ressources personnelles et celles liées à l'environnement de travail contribuera à l'amélioration du travail d'élaboration de la souffrance psychique assistée. Ceci dans la mesure où les professionnels se serviront de ces ressources déterminées pour stimuler ou alors faciliter le processus du travail d'élaboration de la souffrance psychique des infirmiers.

1.8. Délimitation de l'étude

Cette étude nécessite d'être circonscrite dans une perspective clinique, avec une thématique bien précise, en lien avec les concepts de la psychologie clinique et dans un espace défini.

Délimitation théorique : cette recherche fait partie des études réalisées dans le champ de la psychopathologie et clinique chez les infirmiers à l'HCY. D'après Debray (1991), La mentalisation est la capacité qu'a le sujet de tolérer, voire de traiter ou même négocier l'angoisse intrapsychique et les conflits interpersonnels ou intrapsychiques. Il s'agit en définitive d'apprécier quel type de travail psychique est réalisable face aux angoisses, à la dépression et aux conflits inhérents à la vie.

Délimitation conceptuelle : les principaux concepts cliniques de l'étude seront : souffrance, mentalisation, burnout, Infirmiers

Délimitation spatio-temporelle : Sur le plan géographique nous avons mené l'étude à l'hôpital central de Yaoundé pour avoir une connaissance des perceptions des infirmiers et la collecte des données

1.9. Clarification des concepts

Il est important de définir les concepts clés dès le départ en précisant le sens qu'ils gardent dans le travail car l'ambiguïté des termes empruntés le plus souvent au langage courant gêne le chercheur. Un concept ou une notion peut avoir des significations différentes d'une approche à l'autre. Peretti, (2009) précise que les mots peuvent avoir pour chaque personne des valeurs différentes.

C'est pour cette raison que nous avons jugé bon de préciser la signification de certains concepts clés de notre travail pour lever toute équivoque et orienter la pensée et sans doute faciliter la compréhension de nos propos aux lecteurs. Ainsi les termes suivants ont fait l'objet dans ce chapitre

- **Elaboration psychique**

Selon pedienelli, (2016) la psychologie clinique est une spécialité théorique et activité pratique, la psychologie clinique comporte au moins trois ordres de tâches : scientifiques, techniques et pratiques. Les premières concernent la constitution d'un savoir, la formulation de lois et d'explications, les secondes ont trait à la production de méthodes

spécifiques pertinentes (de recherche, de diagnostic, de thérapeutique...), les dernières consistent en l'application du savoir à une situation concrète. Le domaine de la psychologie clinique comporte une particularité puisqu'elle est avant tout une activité pratique intervenant avec ses méthodes sur un domaine circonscrit par la demande sociale et par celles d'autres disciplines psychiatrie, éducation.... (J.L. Pardinielli, 2016)

Selon Sigmund Freud, l'élaboration désigne, le travail de l'appareil psychique consistant à « intégrer les excitations dans le psychisme et à établir entre elles des connexions associatives » (Laplanche, Pontalis, 1967, p.130). Dans ce premier mouvement, l'élaboration favorise la métabolisation de l'excitation. Selon le dictionnaire de la psychiatrie, l'élaboration psychique est un travail de l'appareil psychique qui consiste à lier des quantités d'énergie pulsionnelle à des représentations et à établir entre elles les représentations des voies associatives (Dictionnaire de la psychiatrie, 2000).

- **Infirmier**

D'après le dictionnaire Larousse (2011) On appelle "soins infirmiers" l'ensemble des connaissances théoriques et des savoir-faire propres au métier d'infirmier ou d'auxiliaire médical. L'objectif des soins infirmiers est de garantir au maximum le bien-être physique, psychique et social du patient

Tels que définis par le Conseil international des infirmières, (1999) les soins infirmiers représentent les soins prodigués, de manière autonome ou en collaboration, aux individus de tout âge, aux familles, aux groupes et aux communautés (malades ou bien-portants) quel que soit le cadre. Hormis l'aspect crucial des soins techniques découlant d'une prescription médicale, le rôle de l'infirmière est important dans l'établissement et le maintien d'une relation thérapeutique, dans l'enseignement et dans les soins d'entretien de la vie (Dallaire, 1999).

L'infirmier est une personne qui a suivi un programme d'enseignement infirmier, qui possède les qualifications requises et qui est habilitée dans son pays à exercer la fonction d'infirmière. La formation de base en soins infirmiers consiste en un programme d'études officiellement sanctionné et offrant une solide formation dans les sciences de la vie, les sciences comportementales et les sciences infirmières nécessaires à la pratique générale des soins infirmiers et à l'exercice d'un rôle de direction et d'animation ; l'enseignement doit

également préparer l'infirmière à une éventuelle formation supérieure et spécialisée. L'infirmière est formée pour et est autorisée à : exercer dans le domaine général de la pratique. L'infirmier est une personne qui, ayant suivi une formation de base en soins infirmiers et autorisé dans son pays à prodiguer des soins infirmiers dans tous les contextes pour la promotion de la santé, la prévention de la maladie, les soins et le rétablissement des personnes physiquement et mentalement atteintes (OMS, 1978).

- **Gestion du burn-out**

Le terme gestion d'après le dictionnaire Larousse (2011) c'est une action ou manière de gérer, d'administrer, de diriger, d'organiser quelque chose. Dans le cadre de cette étude gestion se rapporte à la prise en charge.

La gestion dans le cadre de cette étude se rapporte à la prise en charge. L'OMS définit l'auto-prise en charge comme la capacité des personnes, des familles et des communautés à faire la promotion de la santé, à prévenir les maladies, à rester en bonne santé et à faire face à la maladie et au handicap avec ou sans l'accompagnement d'un prestataire de soins. L'OMS,(2019) recommande des interventions d'autoprise en charge dans chaque pays et dans chaque contexte économique comme éléments essentiels sur la voie de la couverture sanitaire universelle (CSU) et dans les axes prioritaires à savoir promouvoir la santé, préserver la sécurité mondiale et servir les populations vulnérables.

Le burnout ou épuisement professionnel, est un trouble psychique résultant d'un stress chronique dans le cadre du travail. Il se développe progressivement chez certaines personnes exposées à des conditions de travail frustrantes et démotivantes : face à la fatigue, au sentiment d'échec et aux difficultés de concentration, celles-ci tendent à travailler toujours davantage pour essayer de retrouver satisfaction et confiance en elles. Si les conditions de travail restent difficiles, un cercle vicieux s'installe jusqu'à l'épuisement (Passport Santé, 2012). L'OMS, (1998) définit l'épuisement professionnel comme « un sentiment de fatigue intense, de perte de contrôle et d'incapacité à aboutir à des résultats concrets au travail ».

CHAPITRE II : GENERALITES SUR LE BURN-OUT

« Tout groupe humain prend sa richesse dans la communication, l'entraide et la solidarité visant à un but commun : l'épanouissement de chacun dans le respect des différences. »

Françoise Dolto

Le cadre conceptuel Il s'agit d'établir et de développer les concepts en lien avec notre question de départ préalablement établie afin de comprendre chaque élément de cette dernière.

2.1. Burnout

2.1.1 Evolution historique du burnout

L'épuisement professionnel, ou burn-out, n'est évidemment pas un syndrome nouveau. L'Ancien testament traitait déjà l'épuisement du prophète Elie après des combats pour défendre sa foi contre les adorateurs de Baal (Livres des Rois, 17-22), ou celui de Moïse, épuisé et tenté par la mort lors de la traversée du Désert (Livre des Nombres, 11, 4-6). A. Tissot. (1770), esquisse quelques portraits saisissants d'intellectuels littéralement morts à la tâche. Siegbert Schneider, (1911) décrit quant à lui, un type de « neurasthénie » affectant les instituteurs, dont les symptômes, très variables, englobaient troubles du sommeil, hypersensibilité cutanée, auditive et visuelle, migraines, fatigue, troubles de l'attention et de la concentration, affaiblissement des performances, abattement, irritabilité, troubles de l'appétit et incapacité de travail. De nombreux chercheurs se sont penchés sur le concept et ont abouti à le considérer comme un processus évolutif, complexe, insidieux dans son installation mais suffisamment particulier pour pouvoir le reconnaître (Körner, 2002).

Le verbe to « burn out » a des significations évocatrices que traduisent indirectement le terme de syndrome d'épuisement professionnel des soignants. To « burn out » peut signifier : « devenir épuiser » « échouer », « s'user », devant une demande importante d'énergie, de force, de ressources. Il évoque une « combustion totale », la « réduction en cendres » d'un objet entièrement consumé dont toute la matière aurait disparu. Mais c'est l'image inspirée de l'industrie aérospatiale qui demeure la plus suggestive. Le terme anglais 'burnout' désigne « l'épuisement de carburant d'une fusée » avec comme résultante « la surchauffe » et le risque de « bris de la machine ».

2.1.2 Définition du burn-out

J. Freudenberger, (1974) est le premier à proposer une première définition du burnout d'autres auteurs suivront, insistant sur différents points. Maslach, (1976) décrit l'épuisement professionnel des professions d'aide comme une incapacité d'adaptation de l'intervenant à un niveau de stress émotionnel continu causé par l'environnement de travail.

Freudenberger et Richelson, (1980) mettent l'accent sur l'épuisement des ressources internes de l'individu et sur la diminution de son énergie, de sa vitalité et de sa capacité à fonctionner, qui résultent d'un effort soutenu déployé par cet individu pour atteindre un but

irréalisable et ce, en contexte de travail, plus particulièrement dans les professions d'aide Freudenberger (1985) présente, l'épuisement professionnel comme un processus évolutif. Cette notion sera développée par plusieurs auteurs :

- Chewniss (1981) décrit un processus stress-tension-stratégie d'« adaptation-détachement ».
- Edelwich et Brodsky (1980) le décrivent comme un phénomène cyclique et évolutif en quatre phases : l'enthousiasme, la stagnation, la frustration et la démoralisation. La dimension de l'épuisement physique et psychique de l'épuisement professionnel existe, mais la symptomatologie clinique n'a rien de spécifique. C'est une expérience psychique négative vécue par un individu, qui comporte plusieurs composantes décrites par Maslach et Jackson :
 - Epuisement émotionnel ;
 - Déshumanisation de la relation avec le client ;
 - Et/ou attitudes négatives envers les personnes aidées.

Il est accompagné d'une perte de sentiment d'accomplissement personnel ou de l'acquisition d'une image de soi négative. L'épuisement professionnel est un syndrome commun à toutes les professions en tant que manifestation d'une expérience psychique et physique négative, liée à un stress émotionnel chronique causé par un travail face auquel l'individu n'arrive plus à s'adapter. Si, pour tous les professionnels, on retrouve épuisement émotionnel et perte d'accomplissement de soi au travail, il n'y a que dans les professions d'aide que la déshumanisation de la relation avec autrui a un impact très important. La relation à l'autre est au centre des professions de la santé et constitue le sens du travail de l'individu qui accompagne les autres par la relation d'aide thérapeutique. Les caractéristiques du syndrome d'épuisement professionnel des soignants. Pour arriver à une définition unique et acceptable, il est indispensable de discuter les caractéristiques et les dimensions physiques et psychiques.

2.1.3 Les signes cliniques

Des symptômes somatiques, psychiques et comportementaux variés, banals et non caractéristiques :

- Sur le plan physique, ce sont des signes et des symptômes somatiques non spécifiques comme une fatigue ou une lassitude, des céphalées, des troubles digestifs variés, des troubles du sommeil, des infections rhinopharyngées, grippales ou pseudo-grippales prolongées ou répétées. Les troubles fréquents du comportement alimentaire tiennent une place particulière

dans une population jeune et essentiellement féminine. Il s'agit de modes alimentaires aberrants tant dans les horaires, les rythmes que les «régimes suivis», des troubles anorexiques, boulimiques, d'alternance anorexie/boulimie.

- Sur le plan comportemental, ce sont des manifestations inhabituelles pour le sujet : une irritabilité trop fréquente, une sensibilité accrue aux frustrations, une labilité émotionnelle faisant passer du rire à la bouderie ou aux pleurs, une promptitude à la colère ou aux larmes indiquant une surcharge émotionnelle, une méfiance ou une rigidité envers autrui, une attitude cynique ou de toute puissance pouvant mener à des conduites de risque pour soi-même ou pour autrui. Il s'agit d'attitudes dites défensives : une rigidité le plus souvent acquise, une résistance excessive au changement, des attitudes négatives ou pessimistes, un pseudo-activisme, le sujet passant encore plus de temps sur les lieux de travail tout en devenant sans s'en rendre compte, de moins en moins efficace.

2.1.4 Les dimensions fondamentales du burn-out

Les trois dimensions fondamentales du syndrome qui ouvrent non seulement des perspectives d'évaluation mais aussi de compréhension psycho dynamique et d'approche thérapeutique sont:

- l'épuisement émotionnel ;
- la déshumanisation de la relation interpersonnelle ;
- la diminution de l'accomplissement personnel.

La description de ces trois éléments permet la reconnaissance du syndrome et apporte une compréhension psycho-dynamique.

2.1.4.1 L'épuisement émotionnel

L'épuisement émotionnel est autant physique que psychique. Intérieurement, le sujet ressent cet épuisement sous forme d'un sentiment d'être « vidé », d'une fatigue affective au travail, d'une difficulté à être en relation avec les émotions de l'autre, si bien que travailler avec certains malades est de plus en plus difficile affectivement. C'est comme si l'individu avait atteint son seuil de saturation émotionnelle et n'était plus capable d'accueillir une émotion nouvelle. Il parle aussi d'une fatigue importante ressentie de façon inhabituelle. Extérieurement, on observe des explosions émotionnelles comme des crises de « larmes » ou de colère, mais aussi des refus d'agir ou de répondre à une demande même simple. Cet épuisement émotionnel se double souvent d'incapacité à exprimer toute émotion. À la différence d'autres moments de fatigue, celle-ci n'est pas ou peu améliorée par le repos Il

s'agit d'un renforcement d'une des conduites les plus fréquentes de la tradition médicale. Exprimer ses propres sentiments est souvent vu comme un signe de faiblesse. Ainsi, toute émotion nouvelle va donner lieu à des expressions psychiques et/ou comportementales variées. Paradoxalement, cet épuisement peut prendre l'aspect d'une froideur, d'un hyper contrôle apparemment absolu des émotions.

2.1.4.2 La déshumanisation de la relation à l'autre

2.1.4.2.1 Définition

La déshumanisation de la relation à l'autre est l'essentiel du syndrome. Ce critère est marqué par un détachement, une sécheresse relationnelle s'apparentant au cynisme. Le malade est plus considéré comme un objet, une chose qu'une personne. Il s'agit là d'une mise à distance de l'autre qui va être stigmatisée par des petits signes langagiers qui souvent n'apparaissent qu'à un observateur étranger à la situation ou externe au service. Un des Us est l'usage abusif et trop constant d'une sorte d'humour grinçant ou amer qui devient mode d'échange journalier. C'est parfois une description tellement « scientifique » du corps malade que l'analyse des différents organes malades ne rend plus compte de l'état de santé de la personne. Les propos déshumanisent le malade ; on soigne l'organe avant l'homme. Il est possible d'interpréter de façon psycho-dynamique cet état. En fait, cela n'a pas toujours été ainsi chez le soignant : cet état s'est installé progressivement et lentement. La distanciation à l'autre est parfois l'aboutissement d'un épuisement émotionnel. C'est un mode de protection de soi et de son intégrité psychique, seule attitude permettant de réaliser le travail relationnel. Cette mise à distance de l'autre se fait très « sournoisement », à l'insu du soignant et, pourrait-on, dire malgré lui. Mais il est ressenti souvent douloureusement comme une forme d'échec personnel qui peut s'exprimer plus ou moins ouvertement dans la troisième dimension du syndrome.

2.1.4.3 La diminution de l'accomplissement personnel

Elle peut s'exprimer par un sentiment de ne pas être efficace, de ne plus savoir aider les gens, d'être frustré dans son travail, en un mot de ne plus faire du bon travail. En effet, la relation à l'autre est ou était le fondement du travail de soignant et sa motivation principale de ce choix professionnel. Constatant cette distanciation, le sujet va la ressentir comme un échec. Il n'est plus à la hauteur. Il commence à douter de lui et de ses capacités d'aller vers l'autre. Ainsi apparaissent la dévalorisation de soi, la culpabilité, la démotivation. Les conséquences

de tant de difficultés sont variées et variables : absentéisme motivé ou non, abandon de travail, manque de rigueur ou même erreurs professionnelles. Chez la plupart des sujets, on observe un désinvestissement du travail. Prendre quotidiennement son poste devient de plus en plus difficile. Cette attitude de fuite s'observe plus fréquemment dans certaines catégories de personnel (aides-soignants, infirmiers). Ailleurs, on notera un surinvestissement d'activité professionnelle jusqu'à ne plus pouvoir quitter le service ou y « traîner » de manière très illogique.

Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants, ou burn-out ou *burnout syndrome*, apparaît comme un syndrome à trois dimensions en réponse à un stress émotionnel et physique chronique comprenant :

- un épuisement émotionnel et physique ;
- une déshumanisation de la relation avec le patient ;
- une baisse du sentiment d'accomplissement de soi au travail.

Il touche les personnes engagées dans une profession de relation d'aide. Bédard et A. Duquette, (1998) en résumant les éléments dans la définition suivante : « *L'épuisement professionnel est une expérience psychique négative vécue par un individu, qui est liée au stress émotionnel et chronique causé par un travail ayant pour but d'aider les gens.* ». Toutefois, il est de plus en plus répandu de parler d'épuisement professionnel en considérant uniquement le premier item du syndrome, celui de « l'épuisement émotionnel ». Ainsi, le burn-out ne serait plus considéré comme une triade diagnostique : un seul symptôme suffirait à le définir. « La perte d'accomplissement de soi », nous gardons une certaine réserve par rapport à cette tendance simplificatrice. En effet, le fait d'être en épuisement émotionnel ne justifie pas à lui seul la crise existentielle finale. La définition complète reflète la conception que nous partageons du burn-out :

- la fatigue et l'épuisement au travail existent : les médecins le constatent ; la symptomatologie clinique est variée et n'entre pas dans des cadres nosographiques bien définis ; c'est une expérience psychique négative et souvent douloureuse ;
- c'est un processus dynamique susceptible d'aggravation mais aussi d'évolution positive pour la personne ; il n'est pas une maladie ;
- ce travail, s'il peut être un lieu d'épanouissement, peut aussi être un lieu d'épuisement ; ceci justifie la place du syndrome d'épuisement professionnel en psychopathologie du travail et de la mise en œuvre d'actions de prévention de la part des pouvoirs publics

- ce sont l'accumulation et la répétition à moyen terme (deux à cinq ans selon les auteurs) de stress émotionnels qui vont être responsables de l'épuisement physique et psychique et d'un désinvestissement professionnel ;
- les troubles décrits sont le témoin d'une difficulté d'adaptation à un stress émotionnel chronique lié au travail ; ce trouble d'adaptation s'installe le plus souvent de façon insidieuse, à l'insu de la personne ;
- le syndrome d'épuisement professionnel des soignants est spécifique, car il touche des personnes dont le travail a pour but d'aider, d'accompagner les personnes ; c'est pourquoi le désinvestissement prend une forme particulière de mise à distance de la personne aidée ou soignée, représentée par la déshumanisation de la relation humaine ;
- les facteurs en cause sont nombreux et font l'objet d'une analyse détaillée: il s'agit tant de facteurs de personnalité, des motivations profondes de l'être et de son engagement au travail.

2.1.5. Les causes du Burn-out

2.1.5.1 Le stress et le burnout

Pour H. Selye (1977), le stress est indispensable à la vie, une absence totale de stress entraînerait la mort. Le stress positif appelé également stimulus, est un stress moteur, nécessaire et motivants. Ce stress est là, peut donner l'énergie et la force nécessaire pour faire face à certaines situations. Il est souvent provoqué par une réaction violente permettant à l'individu de mieux affronter l'agression. Il est donc nécessaire et bénéfique à l'individu puisqu'il lui permet de se préparer à vivre une situation difficile. Selon Julian, M. (1996), le stress c'est :

- La réaction de l'organisme face à toute demande
- Un état de force tension physiologique ou psychologique
- La préparation pour l'attaque ou la fuite
- Le début d'une série de maladies.
- Forcement nocif, puisque souvent il aide à atteindre les objectifs souhaités.
- L'anxiété
- La peur
- La cause directe des maladies, même s'il contribue fréquemment à leur développement.

Dans le cadre de notre étude, nous nous focalisons sur le stress négatif au travail comme étant un état de forte tension physiologique ou psychologique ayant comme conséquences néfastes : la diminution du rendement, baisse de l'intérêt au travail, les absences au service, épuisement...

2.1.5.1. Approches biologiques du stress

2.1.5.1.1 Homéostasie et adaptation

Hippocrate en reprenant la théorie pythagoricienne des humeurs prétend que toute rupture de l'équilibre normal est la cause de maladie. Hippocrate pose ainsi les bases du concept d'homéostasie et des conséquences de son dépassement.. Claude Bernard (1936), observe et décrit le concept d'homéostasie .Il y aurait donc une propriété essentielle chez les êtres vivant qui serait la faculté de maintenir la stabilité du milieu interne. Cette constance du milieu intérieur est la condition « d'une vie libre et indépendante » face à un environnement toujours changeant, soulignant ainsi la fonction primordiale de l'homéostasie. L'homéostasie permet par exemple dans une certaine mesure à un homéotherme d'être indépendant de la température externe. Mais l'homéostasie ne s'arrête de loin pas qu'aux processus thermodynamiques, mais pour reprendre Claude Bernard, à « tous les mécanisme vitaux » . Il existe donc aussi une homéostasie chimique, alimentaire, etc. on peut ainsi citer entre autres le rôle prépondérant du système hormonal et ses multiples fonctions dans le maintien d'une homéostasie « globale ».

Claude Bernard (1878) montre que lorsque la stabilité du milieu intérieur est perturbée, il y a une vulnérabilité à la maladie. il se situe donc dans la vision hippocratique de la maladie, comme quoi le germe maladif n'est pas le seul facteur, mais qu'un dérangement de l'équilibre normal conduit à une fragilisation. c'est Walter Bradford Cannon (1871-1945), physiologiste américain, qui crée le nom d'homéostasie à partir du grec (stasie : état, position et homoios : égal, semblable à) et il y inclura en outre la notion de digestion et leurs modifications, voire disparition en cas de frayeur ou crainte, Cannon va s'intéresser aux réactions émotionnelles fortes et leurs relations au corps. En parallèle aux modifications de la digestion, Cannon observe d'autres dérèglements comme l'accélération du rythme cardiaque, l'augmentation de la sécrétion gastrique. Dès 1915, dans *Bodily changes in Pain, Hunger, fear*

and Rage, Cannon énonce sa théorie de l'homéostasie sans s'écarter autant du concept expliqué par Claude Bernard

Les êtres vivants supérieurs constituent un système ouvert présentant de nombreuses relations avec l'environnement. Les modifications de l'environnement déclenchent des réactions dans le système ou l'affectent directement, aboutissant à des perturbations internes du système. De telles perturbations sont normalement maintenues dans des limites étroites parce que des ajustements automatiques, à l'intérieur du système, entrent en action et que de cette façon sont évités des oscillations amples, les conditions internes étant maintenues à peu près constantes. Les réactions physiologiques coordonnées qui maintiennent la plupart des équilibres dynamiques du corps sont si complexes et si particulières aux organismes vivants qu'il a été suggéré qu'une désignation particulière soit employée pour ces réactions : celle d'homéostasie. (*The Wisdom of the Body*, 1932). Cannon va chercher la cause de cette homéostasie et il prouve par une série d'expériences sur l'animal que lorsque l'organisme est soumis à une violente émotion comme la peur ou la fureur, la production d'adrénaline augmente (*The Wisdom of the Body*). Enfin, dans *stresses and strain of homeostasis*, article publié en 1935, Cannon décrit comment la médullosurrénale, productrice de l'adrénaline, permet de faire face aux changements de température, aux besoins énergétiques ou encore aux variations de pression partielle de l'oxygène dans l'air.

Comme on peut le voir, Cannon associe les processus homéostatiques de la vie au phénomène du stress, ceci sur leur base d'une production d'adrénaline par la médullosurrénale. Il convient alors de se demander, dans l'optique de ce travail, la raison du stress selon Cannon. Pour ce dernier, l'homéostasie est mise en danger si les substances essentielles manquent ou sont en excès (origines endogènes) ou encore si un facteur externe est délétère (facteurs exogènes) pour l'organisme. Cannon conçoit donc l'homéostasie comme ayant certaines limites dont la transgression provoque un stress, défini par Cannon comme un stimulus endogène provenant du déséquilibre très important de l'homéostasie. Chez Cannon, le stress se situe donc d'une certaine manière dans le pathogène car il est la conséquence de processus homéostatiques sollicités jusqu'aux limites de leurs marges d'adaptation fonctionnelle. Ainsi, à long terme, l'organisme est fragilisé, vulnérabilisé (position de Bernard et Hippocrate), et ne pourra reprendre sa capacité homéostatique d'origine. Pour prouver ce fait, Cannon citera les

maladies carencielles qui, une fois commencées, rendent l'organisme plus faible à long terme, ceci même après une guérison.

2.1.5.2 le syndrome général d'adaptation; la réaction physiologique face à la menace

Selon Henri Labolite (1994) , les réponses comportementales innées préservant l'intégrité de l'organisme face à la menace sont la fuite et l'attaque. Ce sont deux moyens d'éviter la situation menaçante. Dans cette optique, la réaction physiologique de stress est totalement adaptée à la favorisation de telle réponse. En effet, les réponses physiologiques de stress préparent l'organisme à la fuite, à l'attaque ou encore à l'endurance de la situation menaçante.

Hans Selye qui a rendu populaire la notion de stress physiologique. Il a pu montrer que lorsque l'équilibre homéostatique est perturbé par une demande environnementale, l'organisme réagit toujours par une double réponse. La première est spécifique et correspond à une réponse propre aux demandes environnementales, tandis que la deuxième est non spécifique car elle est identique en toutes situations.

Les phases du stress

Le stress ne survient pas subitement et ne s'empare pas de quelqu'un comme si vous tombiez dans un guet-apens. Heureusement l'être humain a la faculté de détecter les signaux de danger. Le stress passe par trois étapes entre le moment où il survient et son paroxysme

- **phase d'alarme**

Cette phase constitue le signal évident de la présence d'un agent stressant. Les réactions physiologiques sont les premières qui apparaissent pour prévenir celui qui les subit qu'il doit être sur ses gardes. Dès que le sujet en question prend conscience de la situation (par exemple l'excès de travail ou la difficulté à sortir d'une impasse), il peut y faire face et la résoudre d'une manière satisfaisante. Dans ce cas, le véritable signal du stress ne se matérialise pas. Quand la barrière du stress le dépasse et que l'individu réalise que ses forces le lâchent, c'est à ce moment précis qu'il prend conscience du stress existant, de telle sorte qu'il se situe dans la phase d'alarme. Les événements qui déclenchent cette alarme peuvent être : d'un seul ordre : une seule source de stress ; d'ordre multiple : diverses situations qui s'entremêlent et provoquent le stress.

- **phase de résistance**

Quand le stress étend sa présence au-delà de la phase d'alarme, la personne entre dans la phase dite de résistance.

- **Phase d'épuisement**

La phase d'épuisement est la dernière étape du stress. Elle se caractérise par la fatigue, l'anxiété et la dépression qui peuvent apparaître séparément ou simultanément. La fatigue dans ce cas précis, elle n'a rien à voir avec celle que ressent un agriculteur après une journée de labeur. En ce qui concerne notre directeur stressé, la fatigue ne se dissipe pas après une nuit de sommeil. Elle est normalement accompagnée de nervosité, d'irritabilité, de tension et de colère. Quant à l'anxiété, la personne la vit face à une multitude de situation, non seulement face à la cause stressante, mais encore face à des événements qui, en temps normal, ne l'angoisseraient pas. Pour ce qui est de la dépression, la personne manque de motivation pour trouver ses activités attrayantes, elle souffre d'insomnie, ses pensées sont pessimistes et ses sentiments envers elle-même sont négatifs.

2.1.5.3 Les mécanismes du stress

La réaction de l'organisme aux causes de stress est une réaction stéréotypée. Elle est déclenchée spontanément, éveillée à chaque fois par les mêmes mécanismes d'adaptation au niveau du cerveau et elle emprunte les mêmes voies et les mêmes circuits. Elle se traduit par un ensemble de sécrétions hormonales et de modification biologiques, responsables à leur tour de différentes manifestations symptomatiques, fonctionnelles ou organiques. Cette réaction peut être autant positive que négative. Elle est suivie par une adaptation qui se présente sous forme de système qui codifie et régularise parfaitement le réflexe de l'horloge interne de chaque individu. En somme, quelque soit l'agression à la quelle fait face l'organisme, l'individu répond toujours de la même manière à l'aide de son système et de ses hormones d'adaptation. Ces hormones se déversent dans tout l'organisme et le prépare à l'action. (MANZI, K. 2008)

2.1.5.4 Approche psychologique du stress

2.1.5.4.1 Stress et épuisement professionnel

Le syndrome d'épuisement professionnel est un surmenage physique, épuisement professionnel ou autre, dont les répercussions psychiques manifestent un désordre « somato-psychique », alors que le stress est une angoisse d'inadaptation ou autre dont les répercussions psychiques manifestent un désordre somato- psychique ,alors que le stress est une angoisse d'inadaptation ou autre dont les répercussions physiques manifestent un désordre endocrinien psychosomatiques .Le premier, de physique ,arrive au psychique et le deuxième prend son origine psychique pour déboucher sur le physique. Le phénomène somato-psychique est moins populaire que le phénomène psychosomatique véhiculé par la psychanalyse, dès origine freudien.

2.1.5.4.2 Le traitement de l'information ,l'approche cognitive du stress

Lazarus,(1984) est un des leaders de l'explication psychologique, il est le premier à montrer que le stress ne peut être envisager par un simple lien de cause à effet du type « tresseur=>stress » mais qu'il y a un phénomène perceptif dynamique et individuel qui est plus important que l'agent provoquant le stress lui -même .Selye a d'ailleurs bien compris les manques de sa théorie à ce niveau en disant à la fin de sa vie : »le stress, ça n'existe pas ,c'est une abstraction ».par cette phrase ,il tend à souligner que l'agent stressant n'est pas celui objectivé dans la nature ,mais plutôt celui qui est perçu par l'individu .L'individu n'est donc pas passif ,il va rechercher activement des informations en donnant du sens à ce qui l'entoure ,en privilégiant certaines informations provenant de l'environnement ,tout en oubliant d'autres .c'est ainsi qu'après des années d'études du stress à partir d'un pôle uniquement biologique ,l'explication psychologique fait surface pour améliorer les manques de la précédente.

Le traitement de l'information est constitué de plusieurs variables ,comme on a pu le voir précédemment :l'individualité ,le contexte ou encore l'approche socioculturelle de tel ou tel événement. Pour faire court, on peut dire que le stress ici est « *un état psychologique issu de la perception d'un déséquilibre entre les attentes perçues et l'autoévaluation de ses propres capacités à rencontrer les exigences de la tâches* ». cette définition de J. Larue,(1995) montre que le stress est ressenti par l'individu lorsque ce dernier ne se sent pas à la hauteur des demandes qu'il perçoit. Cette définition n'introduit cependant pas toutes les dimensions

quantitatives du stress, dimension modulée au niveau du traitement de l'information très complexe dont nous allons essayer d'en comprendre au mieux les fondements.

Lorsque l'individu est soumis à une demande environnementale, ce dernier procède, souvent de manière inconsciente à une évaluation cognitive (cognitive appraisal). Lazarus et Folkman, (1984) distingue deux sortes d'évaluation. Il y a d'abord l'évaluation de la situation même. Cette première évaluation (primary appraisal) se fait à partir de la perception de certains facteurs environnementaux. Cette évaluation est une première ébauche de la situation telle qu'elle perçue par l'individu. En second lieu, une seconde évaluation (secondary appraisal) est faite par l'individu consiste en l'estimation de ses propres capacités à faire face à la demande. Cette estimation se fait sur base de différentes simulations internes pour « faire face » (coping) au mieux de la demande. Après le choix d'une stratégie, l'individu peut réévaluer la situation une nouvelle fois. L'approche de Lazarus et Folkman inclut donc une dynamique cyclique en intégrant un feed-back permettant au sujet de savoir si sa stratégie est efficace. Ce concept est intéressant dans la mesure où dès le moment où le sujet se croit capable de contrôle ou s'accoutume à la situation qui demande adaptation, alors cette dernière prend son effet perturbateur sur l'organisme.

On constate que le traitement de l'information dans le cas d'une situation stressante découle de plusieurs variables. Nous allons les expliquer brièvement.

2.1.5.4.3 Les ressources personnelles

Les ressources personnelles contribuent à faire en sorte que chaque individu réagisse différemment au stress. En s'appuyant entre autres sur Dorhenwend (1974), on peut dire que les ressources personnelles pour faire face à une situation de crise, sont multiples. Citons en quelques unes :

- Les seuils de perceptions psychologique et biologique ;
- L'intelligence, propres capacité à y répondre ;
- Les qui peut favoriser une évaluation plus approfondie autant de la situation que de se types de personnalité notamment entrevus dans les observations de Matthews et al. (1982) ces auteurs montrent qu'il existe plusieurs types de comportement ayant des buts d'existence fondamentalement différents. Ainsi un comportement de type A serait caractérisé par un

sentiment d'urgence ,de compétitivité et d'hostilités , alors qu'un comportement de type B serait plutôt la recherche du temps libre ,du plaisir ,de la réalisation de soi ,etc. ces types de comportements seraient responsable d'une évaluation différente de la situation et de ses capacités individuelles .Le taux de stress serait alors changé .D'autres pans de personnalité auraient en outre aussi une influence sur la réactions de stress ,comme c'est le cas avec l'extraversion (Spencer,2000),où les personnes ne pouvant parler de leurs problèmes sont plus victimes de maladies ;

- L'état psychologique physiologique (cognitif et émotionnel), qui interfèrent énormément dans l'évaluation autant de la situation que de sa propre personne .Ainsi une personne déprimée sera bien moins à même de faire une double évaluation en sa faveur ;

- L'expérience passée, puissant modulateur de stress qui permet autant de relativiser que de dramatiser la situation présente ;

- Les croyances, dont des croyances irrationnelles (Albert Ellis, 1977, 1985,1987.In Spencer.2000) qui sont des « ouverture à la détresse », parce que créant un stress supplémentaire. Ces croyances sont du type : «tout le monde devait m'aime »,ou encore « je devrait être le meilleur au moins dans un domaine »,etc .D'autres formes de croyance peuvent aussi moduler notre stress ,comme le fait de croire que en Dieu ,en la science ,en l'amour ,etc .Ces croyances nous aident à supporter les aléas de l'existence ,il fixe une base solide sur laquelle reposer dans un environnement en perpétuel mouvement.

- Le lien de contrôle ou « locus of control »est un sentiment caractéristique différent chez chacun et relatif à la croyance irrationnelle de maîtrise (l'cd interne)ou non(l'cd externe) son existence .Il paraît bien évident qu'un lien de contrôle interne est un puissant modérateur de stress ,tandis l'cd externe favorise une réaction de stress exacerbée .En outre, les individus disposant d'un l'cd interne avec un haut degré d'attente d'efficacité sont encore moins sujets au stress que ceux qui n'ont guère de confiance en eux.

Le sens de l'humour, prédisposant celui qui en a une meilleure résistance aux situations stressantes.Les ressources personnelles sont donc, comme on peut le voir, multiples .Ces ressources sont toutes moins différentes pour chaque individu et il se peut aussi que certaines ressources soient partagées plus que d'autres .Pourtant, si l'on dressait le profil psychologique des ressources de chacun, il y a de forte chances pour que chaque individu soit différent des autres .cette différence pourrait être une explication de la diversité des réponses en situation stressante.

2.1.5.5 Les facteurs environnementaux

Certains facteurs environnementaux sont pris en compte par l'individu, d'autres non. Un autre individu pourrait tout à fait s'appuyer sur d'autres indices situationnels pour donner sens à ce qu'il perçoit. En fait, tout dépend de ce qui est prégnant pour lui. Ce qui fait sens pour l'individu dépend de ses propres ressources personnelles. Les caractéristiques de la situation, le soutien social perçu, les influences socioculturelles, l'âge, le niveau socioculturel, la profession, etc. peuvent être des classes d'indice utile à l'individu pour son évaluation de la situation.

Certains facteurs environnementaux servent d'indices presque chaque fois qu'ils sont présents dans la situation qui demande adaptation, et ceci par presque tous les individus. C'est notamment le cas de la prévisibilité et de l'habituation.

La prévisibilité permettrait de réduire les effets du stress comme a tenté de le prouver Weiss (1972) avec son expérience sur des rats. Dans cette expérience la variable indépendante était la possibilité ou non de prévoir une décharge grâce à un signal lumineux puis d'appuyer sur un bouton pour arrêter cette décharge. La variable dépendant était la grosseur moyenne des ulcères et il fut évident que les rats les plus touchés par des lésions stomacales étaient ceux qui n'avaient pas été averti à l'avance. Cependant, d'autres études (Laborit) ont pu montrer que le fait d'être averti d'un danger et de ne pas pouvoir agir sur lui était encore pire que le fait de ne pas pouvoir agir sans être averti. Ainsi la prévisibilité est un modérateur de stress pour autant que l'organisme se sent en mesure de contrôler l'agent tresseur.

L'habituation, modérateur de stress, est un « terme désignant la diminution progressive et la disparition d'une réponse normalement provoquée par un stimulus lorsque ce dernier est répété. Le terme d'habituation s'emploie pour une réponse inconditionnelle non apprise, telle que la réaction d'orientation observée lorsqu'un stimulus nouveau apparaît dans le champ perceptif » (Richard, 2002). Ainsi dans l'exemple d'un stress, la chronicité de celui-ci désensibilise en partie l'organisme, ce qui permet une approche moins stressante de l'agent provoquant la stress. Certains indices environnementaux sont utilisés par tout le monde dès que c'est possible, tandis que d'autres seraient en fonction `un consensus moins largement partagé et dépendent par exemple de la culture, de la profession, d'une certaine croyance, etc.

2.1.5.6 Les causes du stress

Selon M. Julian (1996), toute analyse du stress montre que, d'une manière générale, deux sources le produisent. Tout d'abord, ce sont les circonstances extérieures : l'environnement, le travail, la famille, les études etc. La personne elle-même c'est-à-dire sa manière de résoudre les problèmes, sa personnalité, son tempérament ou sa discipline personnelle. En somme tout dépend de la santé physique ou mentale de chacun. Par conséquent, la source du stress peut-être d'origine extérieure ou intérieure. Lorsque les facteurs extérieurs de l'environnement sont extrêmement forts, les individus les plus solides peuvent souffrir du stress. D'autre part, si quelqu'un est trop fragile psychologiquement, même les facteurs stressants les plus tenus l'affectent considérablement.

- Les agressions extérieures

Entre un spectaculaire tremblement de terre ou une guerre et le fait d'avoir égaré les clés de la maison, il existe une ample gamme d'événements générateurs de tension. Certaines sont tragiques et d'autres sont simplement gênants, mais tous contribuent à augmenter le stress

Alors que les événements stressant de grande amplitude peuvent affecter l'équilibre mental, les événements mineurs en soi ne sont pas significatifs, bien que de petits événements vécus simultanément puissent devenir vraiment dangereux.

- Expérience traumatisante

Les effets les plus marquants du stress apparaissent chez les personnes qui ont vécu directement des expériences traumatisantes. Ce sont par exemple des catastrophes naturelles (tremblement de terre, ouragans, inondations...) ou des catastrophes humaines (guerres, accidents, désastre nucléaire, tentatives d'homicides, agressions, viols...) qui provoquent un stress considérable, pendant et après l'événement.

- Les activités à haut niveau de stress

Contrôleur aérien, chef d'entreprise, pilote, Médecin, agent de bourse, mère de jeunes enfants, instituteur ouvriers à la tâche et représentant...

2.1.5.4.6.1 Les causes du stress au travail.

Selon Habiyambere, (2009) les stress lié au travail est l'ensemble des réactions que les employés peuvent avoir lorsqu'ils sont confrontés à des exigences et à des pressions professionnelles ne correspondant pas à leur connaissances et à leurs capacités et qui remettent en cause leur aptitude à faire face. Le stress est le résultat d'une inadaptation, d'un déséquilibre entre les besoins et les potentialités. On peut considérer le stress sous l'angle de l'harmonie qui doit exister entre l'être humain et son environnement. Lorsqu'un individu est soumis à des exigences qui ne correspondent pas à ses capacités actuelles ou à ses besoins ou aspirations, cette discordance est cause de stress. Si le sujet est capable de s'adapter à ces circonstances nouvelles, le niveau de stress diminuera ultérieurement et l'effet pourra enfin être positif. Il n'est donc pas toujours le résultat d'une détresse. Ainsi, un défi soudain, par exemple un nouveau projet difficile à exécuter au travail, peut avoir un effet stimulant et inciter l'intéressé à se dépasser. Mais s'il n'est pas capable de s'adapter et si le stress devient un élément chronique et débilitant de sa vie quotidienne, sa santé risque d'être compromise, au point même que sa vie pourra être en danger.

Les mêmes pressions extérieures n'auront toutefois pas la même incidence sur des personnes différentes. Un alourdissement de la charge de travail qui représenterait, pour un, un surcroît de stress indésirable, pourra constituer, pour l'autre, un stimulant bénéfique. De fait, c'est souvent la perte d'emploi ou la crainte de cette éventualité, qui cause le stress le plus nuisible.

Dans le monde de travail, il y a stress chaque fois que la charge qui pèse sur un individu est trop lourde et qu'il n'arrive pas à s'y adapter rapidement. Les causes de stress sont multiples. Elles peuvent être inhérentes au travail lui-même : bruit, horaire interminable, monotonie, etc. elles peuvent aussi tenir à l'organisation du travail par exemple si les autres sont contradictoires, si les travailleurs ne sont pas consultés ou si l'information circule mal. Les travailleurs peuvent aussi être préoccupés par l'évolution de leur carrière ou craindre pour leur emploi. Ils peuvent également être tiraillés entre leur vie familiale et leur vie professionnelle. Bref, le stress au travail est un phénomène divers et complexe que le travail lui-même.

2.1.5.6.2 Les causes du stress liées à la nature de la tâche

Le degré de stress est en corrélation avec la complexité de la tâche et d'incapacité de l'agent à y faire face. Les tâches trop complexes créent chez les travailleurs mal préparés une pression telle que leur vie professionnelle s'en trouve affectée. Aussi le travail répétitif est une source non moins négligeable de stress au travail. Le manque d'autonomie dont se plaignent les travailleurs dans la réalisation des tâches confiées à eux par la hiérarchie suscite souvent des sentiments de frustration. Confier plusieurs tâches à un même travailleur à la fois est aussi source importante de stress. Cette situation génère la plupart du temps des conflits de rôle dont les effets néfastes sont remarquables au niveau de la satisfaction. Il en est de même lorsque le travailleur se voit confier des tâches excédent qualitativement et quantitativement ses forces et compétences. La simplicité de la tâche crée l'ennui chez le travailleur, et le sentiment de dévalorisation de sa personnalité provenant de cette situation le conduit à état de frustration qui constitue une source importante de stress. (Cranwell-Ward, 1987)

2.1.5.6.3 Les causes du stress liées au milieu de travail

Selon Eric, A (1994), en milieu de travail la réalisation des tâches requiert une certaine harmonie de groupe indispensable au maintien d'une bonne ambiance de travail. Lorsqu'elle fait défaut, l'ambiance de travail devient malsaine et préjudiciable aux objectifs de l'organisation. Les agressions verbales d'un collègue de travail, l'appareil qui tombe en panne au moment où nous avons le plus besoin, cette interruption dans le travail qui nous oblige à changer d'activité quand tout semblait aller merveilleusement bien, l'autobus qui démarre lorsque nous arrivons en courant et que nous sommes en retard, ou cette lettre tant attendue qui n'arrive jamais, sont des exemples de petits désagréments qui peuvent mettre des tensions et des épines sur le chemin. Les relations interpersonnelles sont celles qui prévalent à ce niveau. Le travailleur se sent accepté, reconnu et soutenu par le groupe. Ce sentiment d'acceptation contribue au maintien de bonnes relations entre supérieure hiérarchique et les subordonnés. Ceci joue un rôle positif dans l'atténuation des effets négatifs de stress au travail.

2.1.5.6.4 Les causes du stress liées à l'organisation du travail

Selon C-WARD, J., (1987), en ce qui concerne les causes liées à l'organisation, le procédé ne permet pas aux agents de prendre des initiatives pour la réalisation des objectifs de l'entreprise. Ce phénomène se rencontre le plus souvent dans une organisation de type bureaucratique. Dans cette situation, l'homme au travail est obligé de se conformer aux règles préétablies, le privant de toute initiative pour la réalisation des tâches qui lui sont confiées. Ce manque d'initiative peut être la source d'un sentiment de frustration qui n'est rien d'autre qu'une porte ouverte pour le stress au travail.

De même, une organisation fortement centralisée peut aussi générer le stress, car le sentiment d'être marginalisé ou de ne pas être associé aux prises de décision peut créer du dysfonctionnement en son sein. Une gestion inadéquate de la carrière d'un travailleur, peut créer des tensions qui pourraient bouleverser aussi bien la vie professionnelle que privée de l'individu. Les inégalités de traitements en ce qui concerne le salaire. La promotion, et d'autres avantages en milieu de travail sont aussi des sources potentielles de stress chez les travailleurs. La responsabilité représente une source de stress lorsque le responsable désigné ne se sent pas à la hauteur de ce que la hiérarchie attend de lui. Dans ce cas, l'individu est soumis constamment à une tension.

2.1.5.6.5 Les causes du stress liées à l'environnement du travail

L'environnement dans lequel l'homme exerce ses activités quotidiennes est souvent source de stress, lorsqu'il entraîne de profondes mutations qui poussent à une adaptation permanente par rapport à ses exigences, surtout quand les personnes ne sont pas préparées à affronter les différentes transformations liées à la mondialisation de l'économie, à l'information ou à l'automatisation des procédés de travail. Dans ce cas, c'est la crainte de perte d'emploi ou déclassement qui est une source de stress.

Le stress est influencé par certaines situations qui peuvent l'aggraver ou réduire ses conséquences sur l'état de l'individu stressé. Parmi celles-ci, la plus importante est la satisfaction ou non des besoins liés à la qualité de la vie. Si les besoins ne sont pas satisfaits, l'individu peut être tendu. Entre autres situations, il y a le succès ou l'échec, la compréhension ou l'incompréhension au sein d'un groupe. Le milieu de travail est un propice au

développement de ces différentes situations. En plus de cela on peut citer les sources de stress suivantes :

- **Le bruit**

Le bruit est aussi source de stress dans le fait qu'il ne fait de bien à personne. Il commence dès le matin dans les embouteillages et ne s'arrête qu'une fois sortis des embouteillages du soir. Si vous devez en plus travailler dans un environnement bruyant. Il est normal que vous souffriez d'un certain stress. Un des témoins de cette nuisance et le tourisme. Les gens recherchent de plus en plus des endroits inhabités où ils peuvent se remettre de la vie quotidienne dans le calme.

- **L'éclairage**

Trop ou trop peu d'éclairage sont également négatifs pour le travail. Par éclairage, nous entendons également la luminosité de l'écran de l'ordinateur qui peut être trop fort ou trop faible et peut ainsi provoquer le stress.

Chaque individu a une personnalité qui peut fortement influencer la maîtrise ou non du stress. Un individu peureux est un stressé potentiel. En effet, la peur est une cause consciente d'insécurité ou d'appréhension développée à partir de situations.

2.1.5.7 Conséquences du stress au travail

Sur le plan physique

Tensions musculaires, maux de tête et/ou de dos, fatigue, perturbations du sommeil, noeuds dans la gorge et/ou dans l'estomac, palpitations, transpiration, troubles intestinaux, etc.

Sur le plan émotionnel

Impatience, irritabilité, susceptibilité, indifférence, apathie, changements d'humeur impétueux, inquiétude démesurée, panique, idées noires, sentiment d'incompétence et/ou d'inutilité, manque d'intérêt, etc.

Sur le plan comportemental et relationnel

Procrastination, tics nerveux, gestes brusques, accroissement de la consommation d'alcool, de tabac ou de calmants, modification des habitudes alimentaires, comportements d'évitement par rapport à des situations embarrassantes, relations tendues avec l'entourage, repli sur soi, baisse d'intérêt pour autrui, etc.

Sur le plan intellectuel

Pensées confuses, idées fixes ou pensées fugaces, difficultés de concentration et de mémorisation, diminution des capacités d'organisation affaiblissement de l'objectivité et du sens critique, manque de productivité mentale, etc.

Beaucoup de ses manifestations peuvent se révéler relativement gênantes. Lorsque l'organisme humain est soumis à un état de stress quelque soit la cause (exigences manifestement exagérées ou insuffisantes, besoins non satisfaits, attentes déçues, excès ou insuffisance de stimulation, manque de contrôle sur une situation individuelle, conflits liés aux divers rôles assumés) il se manifeste par l'angoisse, un malaise, un sentiment de découragement. Il peut même arriver que l'individu se sente étranger dans sa propre existence. L'individu ressent dans son corps des impulsions dont il n'est pas toujours conscient. Elles sont conditionnées par des difficultés liées à l'environnement. Certains pensent qu'elles ne sont que de simples impressions. Mais la plus part du temps elles sont assez graves parce qu'elles sont généralement suivies de réactions qui engendrent la souffrance. Les principales réactions sont des perturbations sur le plan social un arrêt de travail.

2.1.6 Les facteurs prédisposants au burnout

On retrouve parmi les causes du burnout des facteurs de stress. Différentes études ont spécifiquement permis de souligner le rôle des facteurs suivants :

- Surcharge de travail,
- Pression temporelle,
- Faible contrôle sur son travail,
- Faibles récompenses,

- Manque de clarté dans les objectifs,
- Manque de moyens de prévention.

L'effet de ces facteurs de risque peut se combiner, pour certaines professions de relations d'aide (infirmières, médecins, travailleurs sociaux, enseignants, etc.), à la charge émotionnelle inhérente à ces professions.

2.1.6.1 Facteurs liés au type de travail

Les risques psychosociaux (RPS) correspondent à des situations de travail où sont présents, combinés ou non :

- Du stress : déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes de son environnement de travail et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face ;
- Des violences internes commises au sein de l'organisation : harcèlement moral ou sexuel, conflits exacerbés entre des personnes ou entre des équipes ;
- Des violences externes commises sur des salariés par des personnes externes à l'entreprise (insultes, menaces, agressions...).

Ce sont des risques qui peuvent être induits par l'activité elle-même ou générés par l'organisation et les relations de travail. L'exposition à ces situations de travail peut avoir des conséquences sur la santé, notamment en termes de maladies cardio-vasculaires, de troubles musculosquelettiques, de troubles anxio- dépressifs, d'épuisement professionnel, voire de suicide. Les risques psychosociaux sont souvent imbriqués. Ils ont des origines communes (surcharge de travail, manque de clarté dans le partage des tâches, intensification du travail, mode de management, etc.). Ces risques peuvent interagir entre eux : ainsi le stress au travail peut favoriser l'apparition de violences entre les salariés qui, à leur tour, augmentent le stress dans l'entreprise.

Ils ont également des spécificités (en termes de facteurs de risque, de réglementation) qu'il convient de prendre en compte dans un objectif de prévention. Comme l'impose la

réglementation, les risques psychosociaux doivent être pris en compte au même titre que les autres risques professionnels. Il est nécessaire de les évaluer, de planifier des mesures de prévention adaptées et de donner la priorité aux mesures collectives susceptibles d'éviter les risques le plus en amont possible.

Pour prévenir les risques psychosociaux, une démarche de prévention collective, centrée sur le travail et son organisation est à privilégier. Elle vise une situation de travail globale et s'intéresse aux principaux facteurs de risques connus.

2.1.6.2 Facteurs liés à la charge de travail

Le volume de travail est lié à plusieurs facteurs. Un travail administratif vient s'ajouter à des tâches quotidiennes à effectuer déjà conséquentes. Le fait de devoir rédiger des comptes rendus, des rapports ou des justificatifs en plus de la charge de travail courante accentuent ce phénomène. A l'inverse un manque de travail et l'ennui entraînent également un syndrome d'épuisement, aussi connu sous le nom de bore-out. La surcharge de travail s'explique par l'impossibilité d'effectuer toutes les tâches dans un temps imparti. Les conséquences vont être de rester plus tard au bureau, de ramener du travail le soir et le week-end à la maison. En plus d'avoir des plages horaires plus longues, vient s'ajouter le contrôle du travail effectué par des supérieurs hiérarchiques, le manque de reconnaissance et de soutien. Il s'ensuit un manque de sécurité et de reconnaissance du travail accompli, qui réduit sérieusement les critères de motivation au travail. Ces situations sociales et économiques altèrent le continuum et le sentiment de pérennité de la profession. Il s'ensuit aussi un manque de perspectives professionnelles et d'avenir dans la carrière, qui ajouté aux faibles rémunérations insécurisent et épuisent la personne. Ce conflit entre le besoin de reconnaissance et l'absence de gratitude au travail amène progressivement à l'état de burn-out.

2.1.6.3 Facteurs liés au rythme de travail

Le mode d'utilisation du temps et du rythme de travail actuel nous rend incapables de penser à long terme. « L'urgent prime désormais sur l'important ». Selon Jean-Louis Servan-Schreiber, « c'est le fait que l'horizon d'action d'un individu se rapproche jusqu'à atteindre le bout de ses pieds. Nous perdons notre capacité d'anticiper, car nous n'avons plus le temps de penser l'avenir. Nous sommes polarisés sur la performance de la vitesse, la prégnance de

l'instant, la force du présent au point de ne plus voir au-delà. Nous consacrons à la réflexion à long terme un temps minuscule faute de disponibilité et de concentration. La vitesse, c'est nous qui l'avons inventée, puis adorée. Mais ce boomerang est en train de nous rattraper. La vitesse continue de nous griser, au point de nous rendre aveugle sur les abîmes où elle nous entraîne. La plupart d'entre nous fonctionnent par mini-activités qui se succèdent, s'entrecroisent et se chevauchent. A part d'occasionnelles et bien longues réunions, l'unité de tâche courante est constituée d'appels téléphoniques, de rédaction de mail, de lecture de courts textes ou de brefs échanges de couloirs. ». D'autre part, il a été prouvé que le travail à pauses ou à horaires décalés, de même que le travail de nuit entraînait des perturbations physiques et psychiques chez les travailleurs. Repérer sa chronobiologie, son propre rythme de travail et pouvoir l'ajuster avec son entreprise serait un plus.

2.1.6.4 Facteurs liés aux facteurs de stress psychosociaux

L'influence des facteurs de stress et des facteurs de stress psychosociaux de même que celle du type de personnalité restent prépondérantes sur la réponse de l'individu et de son organisme.

b. Facteurs organisationnels et relationnels

- La nature des relations émotionnelles et sociales

Là encore, les chevauchements entre les rôles, les générations, les responsabilités et le manque de clarté vont entraîner de la confusion dans les responsabilités et les limites d'intervention de chacun. Les relations privées sont-elles mêlées aux tâches professionnelles (relations familiales, incestuelles, intimes, sexuelles, affectives entre les personnes de niveaux hiérarchiques différents) Bien que les entreprises familiales puissent être très efficaces et performantes, la présence trop importante d'implications autres que strictement professionnelles entraîne souvent des difficultés supplémentaires qui viennent alourdir et compliquer la bonne gestion des tâches et des rôles. Les leaderships affectifs et familiaux sont mêlés sinon parfois opposés aux fonctions officielles du leader.

- La structure de l'organisation

Le mauvais climat de travail, le manque de participation lors des prises de décision et la communication à la fois verticale et horizontale sont des facteurs qui peuvent engendrer de grandes insatisfactions au travail.

- Les difficultés dans les relations

L'incompatibilité d'humeur entre deux personnes, la différence d'éducation ou de milieu social ou économique, les débordements d'affects, les réactions transférentielles ou contre-transférentielles, les personnalités difficiles rendent les interactions professionnelles plus difficiles.

- Le harcèlement moral ou professionnel

Selon Marie Pezé, la nature perverse des uns rencontre la fragilité psychique des autres. La personne harcelée a été confrontée aux techniques de management pathogènes, qui vont des techniques relationnelles (refus de dire bonjour, ton verbal haut et méprisant, critique du travail et de l'apparence physique, remarques sexistes) aux techniques persécutives (contrôle des communications téléphoniques, de la durée des pauses et des absences, contrôle des conversations avec les collègues, contrôle sans rationalité), ainsi qu'aux techniques d'injonctions paradoxales (ordres contredits, énoncé des tâches confus, demandes aléatoires, incertitudes dans les relations). Toutes ces techniques perverses visent à maintenir l'emprise sur la personne visée. Cela peut aller jusqu'à la perte d'identité personnelle avec l'échange du bureau individuel pour des espaces collectifs sans plus aucun repère personnel, la disparition physique du bureau, l'absence de tâches, l'isolement, etc.

c. Facteurs liés à l'environnement

Le burn-out pourrait mettre en évidence d'autres signifiants de dysfonctionnement d'ordre institutionnel. Les raisons pour lesquelles un étudiant décompense sont souvent liées à des changements dans les lois d'économie ou du marché. On observe que le burn-out prend parfois racine sur des terrains où les conditions environnementales changent et doivent être revisitées.

Le burn-out est un appel du pied et une invitation lancée aux individus à se réajuster, à renouveler les solutions et les stratégies. Le burn-out pourrait être le signe d'un

dysfonctionnement global. Les dysfonctionnements peuvent aussi avoir lieu à des niveaux inférieurs avec des liens de subordinations abusifs ou incohérents, ou des contradictions entre le discours annoncé par les institutions et les réalités de terrain. Une des principales causes du burn-out provient de l'absence de support ou de soutien, de l'augmentation des charges administratives, de même que du manque de moyens en personnel ou au niveau logistique mis à la disposition pour atteindre des objectifs par ailleurs surdimensionnés et consciemment irréalisables. Toutes ces situations augmentent considérablement les facteurs de stress nocifs à l'individu. Enfin, des dysfonctionnements liés aux personnes peuvent aggraver la situation comme l'incompétence de la direction, des collègues ou de soi-même, l'immixtion des autorités dans la pratique de la profession et le manque d'encadrement social (absence de pension de retraite suffisante pour les indépendants, revenu garanti non prévu en cas d'incapacité médicale de travail, ou insuffisant, car trop onéreux, absence de couverture par la sécurité sociale ou des assurances médicales).

Le burn-out touche une proportion non négligeable de professionnels de la santé. Malgré les nombreuses études s'y intéressant, peu d'entre elles mettent en lumière la prévention

2.1.7 Épuisement professionnel et psychopathologie au travail

La psychopathologie du travail est l'étude du rapport psychique de l'homme au travail (Dejours.C,2008). ou de l'ajustement réciproque des hommes et de leurs situations de travail (Raix.A et Mignée, 2005). Elle tente d'analyser ce qui dans les conditions, l'organisation et les caractéristiques du travail va se trouver en prise avec l'organisation et le fonctionnement psychique du sujet. Les contraintes psychiques dues au travail ont été d'abord décrites en termes de fatigue puis de charge psychique. L'étude de la souffrance due à la charge psychique est le lieu d'investigation privilégié de la psychopathologie du travail. C'est dans ce cadre qu'il faut situer le syndrome d'épuisement professionnel. On va trouver la psychopathologie du travail au carrefour de l'ergonomie, de la psychologie et de la sociologie du travail, mais aussi de la psychiatrie. Les modèles théoriques en psychopathologie du travail sont nombreux. Les conceptions de l'interaction homme-travail vont influencer l'interprétation psychopathologique des troubles et les solutions thérapeutiques et préventives. Il existe différentes approches de la psychopathologie du travail. Ainsi, ces différentes

approches apportent chacune des éléments à la compréhension de la psychopathologie du travail. C'est à Ch. Dejours, (2016) que revient le mérite d'avoir proposé une synthèse permettant une approche du retentissement du travail sur l'homme.

Depuis la prise en compte de la fatigue au travail, l'étude des interactions entre l'homme et son travail a justifié l'élaboration d'un certain nombre d'outils d'analyse et de compréhension qui compose la psychopathologie du travail. Le burnout, en apportant une dimension particulière au retentissement du travail sur l'homme, sert la psychopathologie. Inversement, les concepts de la psychopathologie du travail vont nous servir à analyser les facteurs intervenant dans le burn-out

2.1.8 Épuisement professionnel dépression et anxiété

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

- il existe des sentiments dépressifs lors de l'épuisement professionnel, en particulier dans le sentiment de diminution de l'accomplissement personnel ;
- les diverses plaintes somatiques peuvent faire évoquer des diagnostics de dépression masquée ou de dépression essentielle ;

Meier, (1984) avait montré le recouvrement partiel des échelles d'évaluation du burn-out avec les échelles de la dépression. Ces raisons amènent un certain nombre de psychiatres à tenter de réduire le burnout à une forme clinique de la dépression. En effet, sur le plan sémiologique, le sentiment de perte d'accomplissement de soi qui existe dans l'épuisement professionnel couvre à son début exclusivement le domaine professionnel. S'il existe des sentiments dépressifs, ils restent le plus souvent localisés au secteur professionnel et n'envahissent pas les autres domaines de vie. Il n'y a pas habituellement de ralentissement psychique et/ou moteur. Si l'on reste rigoureux sur la définition des critères de la dépression, ils ne sont pas réunis ici. Enfin, tout épuisement professionnel ne débouche pas inmanquablement vers une maladie dépressive. Il est clair que l'épuisement professionnel n'est pas non plus assimilable à une dépression réactionnelle, car il n'y a pas de facteur déclenchant nettement identifié, mais l'accumulation d'un stress chronique. Les facteurs déclenchant sont le plus souvent multidimensionnels. Cet état survient chez des sujets en dehors de tout trouble psychopathologique antérieur.

- **L'anxiété**

Toute atteinte physique (maladie grave ou bénigne), même transitoire, de l'intégrité corporelle provoque l'anxiété, sans qu'il soit nécessaire d'invoquer dans tous les cas un déterminisme biologique. L'importance symbolique que présente l'organe touché (le coeur notamment), la charge fantasmatique liée à certains processus pathologiques « rongé » invisiblement, qui « trahit ») paraît souvent des facteurs très prégnants, qui contribuent à l'émergence de symptômes anxieux. Comme tout affect, l'anxiété s'exprime dans deux registres : psychologique et somatique. L'anxiété est une émotion désagréable qui se traduit par une sensation subjective de malaise et de tension interne. La personne anxieuse craint facilement pour elle-même ou pour ses proches et elle n'a de cesse d'imaginer des situations catastrophiques relatives à l'échec (professionnel ou affectif), à la survenue d'une maladie, d'un accident ou de problèmes financiers, etc. On constate également une baisse des performances, des facultés de raisonnement et des capacités de jugement du sujet anxieux. Un certain degré d'agressivité peut être retrouvé dans le discours des personnes anxieuses, voire dans leur comportement en cas d'anxiété aiguë.

- **La dépression**

On parle généralement de syndrome dépressif (Pedinelli et Bernoussi, 2004). Cela comprend un ensemble de symptômes dont deux sont essentiels, car ils suffisent à poser le diagnostic : l'humeur dépressive et la perte de l'élan vital. L'humeur dépressive n'est pas une simple tristesse. Le pessimisme imprègne ici l'ensemble de la vie mentale du déprimé. Il existe une véritable douleur morale, parfois suffisamment intense pour que des idées de mort apparaissent. Le pessimisme porte cette fois sur les événements actuels et futurs. Le passé reste assez souvent épargné, parfois idéalisé (nostalgie). Il existe chez le déprimé une perte de l'estime de soi avec des sentiments de dévalorisation et d'autodépréciation. Dans certains cas, le patient a des idées particulièrement négatives sur lui-même (ruine, indignité, culpabilité, incurabilité) qui caractérisent l'état mélancolique, lors duquel le risque de passage à l'acte suicidaire est maximal. L'ensemble de la gestualité corporelle exprime le découragement et l'abattement (G-Nicolas Fischer et Cyril Tarquinio, 2014).

2.1.9 L'approche sociologique du burnout

L'approche sociologique est de plus en plus évoquée et elle apparaît en effet pertinente lorsqu'on constate que tout établissement hospitalier tend à devenir une entreprise rentable qui impose des conditions d'exercices de plus en plus lourds et complexes. Les objectifs de

contrôle des dépenses mettent en péril les valeurs du *care*. Mais encore, la course à la rentabilité et à l'excellence produit ses effets délétères en rompant le lien collectif au profit de la concurrence et d'un individualisme galopant. Les repères du collectif sont brouillés et progressivement remplacés par un vide relationnel pathogène. L'approche sociologique est une lecture de la maladie en tant qu'expression individuelle des conflits sociaux. Les conditions du travail et son organisation

2.1.10 L'approche psychiatrique

L'approche psychiatrique va privilégier les déterminations personnelles, biologiques, psychogénétiques, ontogénétiques des maladies mentales. Le travail est envisagé comme un révélateur de la pathologie de la personne. Cependant, si dans cette approche, le travail peut être source de troubles d'adaptation, il peut devenir aussi un moyen thérapeutique permettant la réadaptation de l'homme malade par le biais de la revalorisation et la récupération de l'estime de soi. L'aspect valorisant du travail dans le cadre de l'adaptation social est un aspect important dans le traitement des troubles mentaux. Au sein des institutions psychiatriques, l'ergothérapie a une place importante dans de nombreuses pathologies mentales. Le travail peut avoir un double impact. S'il peut être source de souffrance, il peut aussi être source d'équilibre. Dans le cadre de l'épuisement professionnel, si cet état ne relève pas de la psychiatrie, en revanche ses conséquences peuvent l'être soit par des décompensations dépressives et anxieuses soit par des décompensations psychotiques.

2.10.1 Le burn-out, un concept absent des nosologies psychiatriques

Le concept de « souffrance au travail » recouvre l'ensemble des impacts négatifs des environnements de travail sur l'individu. (Dejours C., 1998). Dans son abord de la santé mentale, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) distingue trois niveaux différents : le bien-être psychologique, la détresse psychologique et les troubles mentaux. Tout symptôme anxieux ne saurait être considéré comme révélateur d'un trouble anxieux, toute tristesse comme révélatrice d'une dépression caractérisée. Et toute fatigue ou épuisement ne peut être considéré comme pathologique. La détresse psychologique peut être imputable à des événements de vie négatifs : elle doit bien sûr être prise en compte.

Le burn-out ne figure dans aucune des classifications actuelles des troubles mentaux. Il est absent des deux grandes nomenclatures internationales de référence, DSM-V (5^e édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) de l'American Psychiatric

Association et CIM-10 (10e révision de la Classification internationale des maladies) de l'Organisation Mondiale de la Santé. Dans le DSM-V il ne figure même pas parmi les pathologies pouvant entrer dans une prochaine édition du DSM. Il en est de même pour la 11e version de la CIM. Le DSM-V (V 62.29) comme la CIM-10 relèvent parmi les situations pouvant faire l'objet d'un examen clinique, les problèmes liés à la profession : *« cette catégorie doit être utilisée lorsqu'un problème professionnel constitue le motif d'examen clinique ou a un impact sur le diagnostic, le traitement ou le pronostic de la personne. Les domaines à considérer incluent les problèmes liés à l'emploi ou à l'environnement de travail y compris... l'insatisfaction au travail, les horaires de travail stressants... le harcèlement social au travail, les autres conflits... d'autres facteurs de stress psychologiques liés au travail... »* Mais le terme de burn-out n'est jamais mentionné.

Dans la classification du DSM-V ou de la CIM-10 figure par ailleurs une catégorie, dite des « troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress ». Au sein de celle-ci, les troubles de l'adaptation sont définis par des critères qui pourraient en partie s'appliquer au burn-out : ceci est particulièrement vrai pour le trouble de l'adaptation avec humeur dépressive. Ce dernier est décrit comme survenant en réponse à des facteurs de stress identifiables, les symptômes ne persistant pas au-delà de six mois après que les facteurs de stress aient disparu. Deux critères cardinaux de l'épisode dépressif, à savoir l'humeur effondrée et la diminution marquée de l'intérêt, sont présents dans le burn-out, cette diminution marquée de l'intérêt étant spécifiquement focalisée sur le projet professionnel antérieur qui fait l'objet d'un rejet ou d'un désengagement.

On voit donc que sur le plan clinique la symptomatologie du burn-out et ses dimensions s'inscrivent en partie dans les troubles dépressifs et dans les troubles de l'adaptation. Des données convergentes indiquent que le burn-out peut conduire à une dépression et que réciproquement les symptômes d'un épisode dépressif sont exacerbés chez des patients victimes d'un burn-out (Bianchi R., et al, 2015) l'antériorité d'un épisode dépressif majeur est un facteur de vulnérabilité au burn-out

Le burn-out est donc un état d'épuisement psychologique (émotionnel), mais aussi cognitif (avec une perte de motivations et des difficultés de concentration) et physique (« coup de pompe »), qui se présente sous forme de symptômes traduisant une réaction de détresse à une situation de stress en milieu professionnel. Ceci explique la fréquence de manifestations affectant le système cardiovasculaire (risque coronarien), la fonction sommeil, l'appareil musculo-squelettique (douleurs chroniques), la sphère affective (humeur

dépressive, mauvaise estime de soi, anhédonie), les relations interpersonnel les détachements, indifférence, irritabilité...(Truchot D., 2015)

2.1.11. Épuisement professionnel et somatisations

Parmi les signes cliniques, les somatisations ont une place particulière car elles représentent une très fréquente occasion de plaintes de la part des sujets épuisés. Les symptômes peuvent toucher n'importe quel système ou partie du corps. Ils sont en dehors du contrôle de la volonté, les motifs en sont inconscients. Il n'existe pas de lésion somatique objectivable à la différence de la pathologie psychosomatique dans laquelle il existe une maladie somatique avec des lésions dont l'évolution est dépendante de facteurs psychologiques. Les symptômes physiques peuvent concerner de très nombreux appareils et systèmes :

- l'appareil digestif est une cible privilégiée des somatisations : douleurs abdominales, éructations, vomissements, nausées, ballonnements, diarrhées, intolérances alimentaires diverses ;
- la peau : démangeaison, prurit, sensation de brûlures, fourmillements, irritations cutanées ;
- symptôme cardiorespiratoire : hyperventilation, palpitation, douleur de poitrine ;
- douleurs : dorsales, articulaires ;
- appareil urogénital : mictions fréquentes psychogènes, dysurie psychogène, règles douloureuses;
- troubles psychosexuels : désintérêt sexuel, dyspareunie ;
- symptomatologie neurovégétative variée : palpitations, sueurs, bouffées de chaleur, tremblements, sensation de froid. Le diagnostic positif repose sur la mise en évidence des plaintes somatiques multiples. À la différence du syndrome hypochondriaque, le sujet ne craint pas d'être atteint d'une maladie précise ; à la différence des syndromes de conversion, il ne s'agit pas d'une altération ou d'une perte d'une fonction physique. Il n'existe pas de trouble psychiatrique évident. Les signes physiques ne sont pas dus exclusivement à l'anxiété et la dépression.

2.12 Echelle d'évaluation du burnout : Le Maslach Burn-out Inventory (MBI)

Est un outil de mesure validé et utilisé dans de nombreuses études, en particulier dans des enquêtes menées auprès de médecins et d'autres soignants. L'avantage de ce test est qu'il peut être utilisé chez des personnes saines en dehors d'un contexte psychiatrique ou professionnel. Il investit 22 éléments, y compris la fréquence de chaque symptôme sur une échelle de Likert comprenant 7 options de réponses, en allant de 0 à 6 (Cf. Annexe). Évaluer le syndrome d'épuisement professionnel

L'échelle d'évaluation du niveau d'épuisement professionnel « Maslach Burnout Inventory » (MBI), mise au point par Maslach & Jackson (1981) est toujours l'outil mondial de référence d'évaluation de la symptomatologie du burn-out, même s'il ne peut pas être considéré comme un outil diagnostique. Il repose justement sur les trois dimensions décrites par l'auteur (épuisement émotionnel, dépersonnalisation et diminution du sens de l'accomplissement et de la réalisation de soi). (Maslach C, Schaufeli WB, 2001)

1 - Cette étape de dépistage est essentielle pour les cliniciens et ceux qui craignent de développer un syndrome d'épuisement professionnel. La personne peut évaluer de manière dynamique le déroulement de sa vie professionnelle et privée, du bon état physique et mental à la fatigue saine, et parfois à l'épuisement naturel physique et mental après une période intense de stimulation. Le plus souvent, le clinicien voit une personne en détresse physique ou psychologique ou quelqu'un qui lui a été adressé pour suspicion d'épuisement professionnel.

2 - Ce n'est que lorsque le discours devient adapté que la personne pourrait évoluer vers des attitudes « suradaptées » comme de l'exigence, de l'irritation et des émotions inadéquates. Le stade 1 de l'épuisement émotionnel sera évoqué. Il sera temps de prendre des vacances. Si la personne devient cynique, distante et distraite dans un second temps, il sera capital d'intervenir avant qu'elle ne devienne hyperexcitée, intolérante, agressive, défensive, suffisamment inaccessible pour travailler de longues heures ou complètement épuisée. Ce stade 2 nécessite des soins spécialisés. Lorsque l'incertitude apparaît, la concentration et la désorientation, les doutes sur ses compétences et son estime de soi, nous voyons un tableau dépressif masqué par des plaintes purement physiques. La dépendance, l'alcoolisme, des symptômes physiques plus graves tels que les maladies cardiaques et l'hypertension artérielle, l'incapacité répétée de travailler, le chômage, les problèmes relationnels majeurs et même le suicide peuvent évoluer vers une dépression sévère à ce stade.

3 - Le syndrome de burnout a de nombreuses causes et effets. Que ce soit au niveau des symptômes, mais aussi en termes de dépistage, d'évaluation et de traitement, le clinicien doit penser sous différents angles, l'aspect médical avec sa douleur physique, l'aspect organisationnel avec sa douleur comportementale et ergonomique et l'aspect psychologique avec sa douleur émotionnelle et cognitive

2.13 Épuisement professionnel et fatigue compassionnelle

Joinson, (1992) pour désigner une forme particulière de stress au travail affectant les professionnels de santé, notamment les infirmières en soins palliatifs et en oncologie. Le terme « fatigue compassionnelle » encore appelé fatigue de compassion, usure de compassion ou traumatisme vicariant a ensuite été adopté par divers métiers du *care*. Le terme pâtit d'une absence de consensus terminologique, mais il est possible de distinguer deux grandes familles de définitions. Le premier fait de la fatigue compassionnelle une conséquence négative du contact prolongé avec la souffrance d'autrui, à l'occasion de laquelle le soignant témoigne de symptômes tels que la colère, la dépression et l'apathie. Cette définition, qui a principalement cours en sciences infirmières, relève plutôt des pathologies du lien et de l'attachement ; elle s'avère trop évasive pour différencier convenablement la fatigue compassionnelle du burnout. La seconde conception ressort de la psycho traumatologie : initialement décrite chez les psychothérapeutes (Figley, 1995),

La fatigue compassionnelle désigne le sentiment d'épuisement physique et émotionnel que les professionnels de la relation d'aide sont susceptibles de développer au contact de la souffrance, au point que leur vision du monde et leurs croyances fondamentales en sont profondément et durablement ébranlées. Elle se manifeste par une érosion graduelle de l'empathie, de l'optimisme et de la compassion. Le sujet n'éprouve lui-même aucune souffrance il n'est ni malade, ni blessé, ni pris en otage, ni agressé, situations qui relèveraient du traumatisme primaire, mais il la vit chez autrui ou l'entend racontée. C'est pourquoi ce type de traumatisme ou de stress secondaire (ou « vicariant ») affecte des personnes intervenant dans des situations de catastrophe, de guerre, d'attentat.

2.1.14 Les mesures de prévention du burn-out

Il existe trois types de prévention face à la prise en charge du burn-out, primaire, secondaire et tertiaire, suivant les stades du burn-out où se trouve la personne en épuisement.

-Le **premier champ de prévention est d'ordre psychologique** : il s'agit de maintenir l'enrichissement de sa vie affective, de la relation à l'autre, de renforcer son assertivité, son estime de soi, d'évaluer son humeur, de se rendre compte de ses propres scénarios de vie ou de survie, de travailler sur ses valeurs, le sens de sa vie, ses croyances, d'élargir sa vie spirituelle, de sortir de l'isolement, de libérer les introjections parentales et sociétales.

-Le **deuxième champ est d'ordre socioprofessionnel** : au plan individuel, il s'agit d'élaborer une philosophie de travail, de définir son style de travail, ses priorités, ses affinités, la hiérarchie de ses valeurs professionnelles, de gérer ses horaires, de faire respecter ses limites, de planifier et d'anticiper ses tâches, de développer des stratégies de réussite, de maintenir le goût du travail.

- Le **troisième champ de prévention concerne les organisations** : il s'agit de jouer sur les facteurs liés aux tâches, à l'organisation, aux relations dans le travail, à l'environnement physique, technique et socioculturel dans l'institution de soins.

- **Prévention primaire**

La prévention primaire a pour objectif d'obtenir une bonne hygiène de vie physique et mentale et d'éviter l'inadaptation psychique et sociale, par l'éducation, l'information, l'aménagement des milieux de vie et les conseils génétiques et diététiques. Comment prévenir si ce n'est en apprenant à gérer les divers domaines de la santé : la gestion de sa santé physique et psychique, la gestion de son sommeil, de son stress, de son temps, de ses capacités de communication, de son fonctionnement personnel et organisationnel. Les points essentiels à ce stade, outre la surveillance d'une bonne santé physique, sont le maintien et l'enrichissement de la vie affective, l'apprentissage à la verbalisation et à la gestion des conflits familiaux, amicaux, de couple, etc., la sortie de l'isolement et de la solitude morale, la consolidation de son intersubjectivité ou empathie réciproque mutuelle, l'élaboration de l'estime de soi et de l'affirmation de soi, la réflexion sur sa philosophie de vie et sa philosophie de travail, le maintien du goût au travail, l'apprentissage à la communication notamment avec les personnalités difficiles, l'amélioration des conditions de vie au travail, l'organisation logistique, l'évaluation des stratégies d'adaptation passives (fuite) ou actives (prise en main), la rééquilibration des activités à l'intérieur et à l'extérieur de l'entreprise, les

auto- et hétéro-réévaluations positives régulières du travail et enfin la recherche de soutien social par la création de réseaux.

- **Prévention secondaire**

La prévention secondaire vise, dès l'apparition des premiers troubles, à éviter le développement d'une maladie par un diagnostic précoce et le traitement des symptômes, notamment par la consultation chez un médecin et un psychothérapeute. À ce deuxième stade, la personne présente des indices de burn-out. Elle a dépassé l'épuisement émotionnel. Malgré des vacances et une prise de recul, dès la reprise de l'activité professionnelle ou dès l'évocation de cette reprise, elle redevient irritée, colérique, anxieuse vis-à-vis de son entourage. Le détachement, la sécheresse émotionnelle ou le cynisme vis-à-vis de l'autre caractérise une forme de déshumanisation. Des attitudes de jugements, de rejets sinon de maltraitance, risquent d'apparaître. Le médecin et le psychothérapeute décodent une souffrance psychique importante et proposeront une démarche d'analyse de ces comportements, souvent installés insidieusement et sournoisement au fil des semaines et des mois. Ces personnes en pré-burn-out de stade 2 ne souhaiteront pas nécessairement consulter et, pourtant, déjà à ce stade, elles nécessitent un décodage de leurs émotions refoulées, enfouies, rétrofléchies, transformées, contenues, débordantes qui accompagnent leur vécu difficile. Parfois même, un diagnostic et un traitement médicamenteux seront utiles.

- **Prévention tertiaire**

La stratégie de prise en charge du patient en burn-out au stade 3 et 4 comporte une série d'étapes à la fois successives et qui vont parfois coïncider dans le temps : phase de communication, d'évaluation, d'acceptation, de désengagement ou d'écartement, de récupération (essentielle), de recherche de sens, de redécouverte, de réapprentissage et de réengagement, de résolution et de consolidation et enfin de départ et d'autonomie. La posture thérapeutique pour soigner le burn-out devrait être modifiée par rapport au modèle médical ou psychothérapeutique habituel. Nous nous trouvons à l'intersection de deux théories étiopathogéniques (le travail est responsable ou l'individu est mis en cause). Dans un premier temps, ces conceptions semblent contradictoires, mais elles se rejoignent souvent en fin d'analyse et en fin de traitement.

CHAPITRE III :
CADRE THEORIQUE

Nkoum, (2012) entend par cadre théorique un ensemble de connaissances, concepts, théories et références qui permettent de décrire, d'expliquer et d'analyser la question de recherche et l'hypothèse énoncée. De ce fait ce chapitre s'intéressera à la relation entre la l'élaboration psychique de la souffrance et la gestion du burn-out à cet effet nous présenterons les théories explicatives travail d'élaboration psychique (la mentalisation) de façon générale, le présent chapitre s'intéresse aux théories auxquelles nous nous referons dans notre étude.

3.1 Les aspects cliniques du lien entre corps, santé et maladie

Seule la psychologie clinique dans le champ de la santé porte un intérêt spécifique au lien existant entre le psychisme et le corps. Freud (1905) a souvent montré dans l'étude de l'hystérie que les souffrances somatiques de ses patients avaient comme origine des conflits et des malaises de type psychique. Ces manifestations physiques d'événements essentiellement psychiques sont dues, selon les psychanalystes, au fait que l'image du corps n'est pas seulement le résultat de nos expériences perceptivo-motrices, mais aussi le fruit de nos désirs, rêves, imaginations (André et coll., 1999).

Selon Freud (1971), le corps est vécu par l'individu depuis les premiers temps de son existence comme lieu dans lequel se manifeste la libido ou pulsion sexuelle, qui trouve dans les orifices corporels (oral, anal, génital) les principales sources d'excitation. Le corps est avant tout un corps « libidinal », dans lequel les différentes zones érogènes semblent fonctionner chacune indépendamment de l'autre, même si, au cours de l'évolution sexuelle normale, l'individu aura tendance à privilégier successivement la zone orale, puis la zone anale et enfin la zone génitale. En outre, du point de vue psychanalytique, les zones érogènes ne sont pas les seules à être investies de significations particulières, puisque tous les organes, la peau, les sécrétions, etc., sont chargés de valeurs symboliques.

Le corps prend à travers ces symboles une configuration imaginaire dans laquelle la réalité « objective » de la structure et des fonctions corporelles est dépassée par la réalité « subjective » des désirs, de l'imagination, des rêves, qui se projettent sur le corps. Ainsi, le corps n'est pas seulement le résultat d'une construction consciente et rationnelle, mais aussi le fruit des désirs, phantasmes et imaginations qui appartiennent à l'inconscient et que la maladie peut venir perturber, voire bouleverser. On ne peut aborder la dimension du corps dans le rapport à la maladie sans faire référence à la notion d'image du corps humain.

Pour Schilder (1968), il s'agit d'une représentation mentale que nous nous faisons de notre corps, c'est-à-dire la façon dont le corps nous apparaît : « Nous recevons des sensations,

nous voyons des parties de la surface de notre corps, nous avons des impressions tactiles, thermiques, douloureuses, des sensations qui indiquent les déformations du muscle provenant de la musculature et des gaines musculaires, des sensations provenant des innervations musculaires et sensations d'origine viscérale. Mais, en dehors de tout cela, il y a l'expérience immédiate de l'existence d'une unité corporelle, qui, bien que perçue, est plus qu'une perception : nous la définissons comme "schéma de notre corps ou schéma corporel" ». Le schéma corporel peut être considéré comme l'image que chacun a de lui-même. Cette image n'est pas statique, mais soumise à des transformations continues au cours de l'existence. Ainsi, la maladie va souvent bouleverser cette image corporelle qu'il faudra déconstruire et reconstruire à la lumière des pertes que le sujet aura subies dans son corps. Cette capacité à reconfigurer une nouvelle image du corps lorsqu'on est confronté à la maladie, nécessite de mobiliser un ensemble de ressources psychiques. Cela constitue en soi un processus adaptatif majeur grâce auquel une personne malade pourra ajuster ses investissements corporels en fonction de leur fonctionnalité ou de leur apparence. Cette dimension psychique se révèle essentielle dans la compréhension des rapports que le sujet va entretenir à la maladie, ainsi que pour la compréhension des réactions du malade lorsque son corps est atteint. Or, le corps et plus spécifiquement sa représentation psychique sont presque totalement absents des modèles classiques de la psychologie de la santé que seule, la psychologie clinique réhabilite dans l'approche qui est la sienne (Giovanni et coll., 1986).

Dans le cadre de cette étude l'image du corps sera transformé à travers de la souffrance psychique lié au burnout

3.1.1 La souffrance psychique

La souffrance psychique est liée à tout ce qui échappe au processus de symbolisation subjectivant, qui est en attente de symbolisation et reste d'une certaine façon bloqué immobilisé et sans adresse (R.Roussillon, 2018). La souffrance fait de la vie tout être humain, puisqu'elle est essentiellement douloureuse, se présente à l'expérience sous différentes formes, plus ou moins intenses, tolérables, formulables, pensables, etc. La souffrance présente donc différentes « qualités » d'un individu ou d'un moment à un autre. Cette notion de souffrance peut être abordée par une multitude de perspectives : philosophique, théologique, sociologique, biologique, etc., toutes aussi pertinentes les unes que les autres. Le point de vue adopté ici est ancré dans la psychologie clinique puisque. Dans ce cas, la souffrance dont il est question ici, est une souffrance psychologique, par opposition à la souffrance associée à la

douleur physique par exemple. La souffrance psychique est un état de mal-être dont les symptômes sont très variables selon les patients, en particulier selon leur capacité à reconnaître et verbaliser leur vie émotionnelle, voire simplement selon leur contexte socioculturel. Elle renvoie aussi à la souffrance psychologique. Elle relève du champ non médical, nommé santé mentale positive.

Le pacte européen pour la santé mentale, auquel la France a adhéré en juin 2008, cité par Jacques (2004), élève la santé mentale au rang des droits de l'homme « indispensable à la santé, au bien-être et à la qualité de vie ». Selon cette approche, La souffrance psychique est un état de mal être qui n'est pas forcément révélateur d'une pathologie, mais d'une souffrance d'origine sociale décrite comme liée la déficience des dispositifs qui règlent les relations des hommes entre eux dans la famille, l'état et la société. Chacun d'entre nous, souligne Furtos (2001) cité par Jacques (2004), vit dans un monde connu, pas toujours facile, mais un univers que nous avons intégré, prévisible. La souffrance n'est pas stable et du fait que pour exister nous dépendons de la reconnaissance de l'autre. Les bouleversements du monde nous affectent. Mais nous arrivons à surmonter cette souffrance ; nous pouvons nous réadapter et nous reconstruire parce que le monde fait sens et, surtout, parce qu'il est partagé avec les autres.

3.1.2 Les souffrances sociales

Considérant que faute d'un mode de conceptualisation cohérent voire unifié, les discours sur la souffrance sociale sont condamnés à demeurer aussi modestes sur le plan théorique que limités sur le plan politique, Emmanuel Renault tente d'intégrer la problématique de la souffrance sociale dans un modèle plus global de critique sociale. Il propose de distinguer trois niveaux de souffrance sociale: à la souffrance physique (attachée au moi corporel) répond la souffrance psychologique, elle-même scindée entre souffrance psychique (affectant le moi psychique) et souffrance psychosociale (affectant le moi social). L'approche de Renault met en avant l'atteinte à l'identité dans la souffrance psychologique :cette atteinte est patente dans la souffrance psychique, qui relève de la psychanalyse la plus intime du sujet. De son côté, «l'approche psychosociale rend compte de différentes formes de souffrance pouvant résulter notamment du déchirement ou du vide identitaire et de l'emprisonnement dans des logiques sociales contraires aux identifications et aux évaluations fortes. C'est plus fondamentalement encore le rapport positif à soi, marque de l'identité non

lésée et condition de la projection de soi dans l'horizon de l'autonomie et de la réalisation de soi (...)qui peut être remis en cause » (Renault, 2008, p. 314).

Le contexte social peut ici intervenir dans l'étiologie des facteurs structurels de la souffrance, mais aussi dans celle de ses facteurs sporadiques. Ainsi en va-t-il de la désaffiliation ou la domination, susceptibles d'intervenir sur les trois types de souffrance. Enfin, le contexte social peut offrir au moi des moyens de lutter contre la souffrance aux différents stades de sa mutation en mettant à sa disposition [Renault, 2008, p. 327-330]:

- des instruments d'appropriation, permettant de l'amortir soit par sublimation, soit par valorisation (souffrance *normale*);
- des défenses de type psychonévrotique (déli, isolement, répression, identification, refoulement, etc.), qui conduisent à un type d'adaptation psychique à la fois interne et instable, susceptible de décompensation (souffrance *pathogène*);
- des modes d'intégration sociale de la folie (souffrance *pathologique*)-l'ethnopsychiatrie a d'ailleurs abondamment illustré comment une société peut offrir des modes d'accès sociaux normalisés aux accès délirants (crises d'amok, par exemple), des fonctions spéciales aux troubles mentaux (par exemple, chamanisme) et des rites de réintégration sociale des psychotiques (cérémonies de désenvoûtement) (Devereux, 1971).

Par son approche en termes de normalité et de défenses psychonévrotiques, l'analyse de Renault, la plus fortement inspirée de la Théorie critique, opère la synthèse avec les conceptions des deux courants les plus médiatiques de l'école française : la psychodynamique du travail et la clinique de l'activité.

3.2 Modèle explicatif du traumatisme psychique

3.2.1 Conception psychanalytique du traumatisme

Freud découvre les étapes de la sexualité infantile, il se désintéresse de la question du traumatisme. Après 1914, la théorie du traumatisme se réduit aux névroses de guerre, ce qui amène Freud en 1920 dans *Au-delà du principe de plaisir* à élaborer sa nouvelle conception du traumatisme. C'est dans le cadre de la deuxième topique qu'il représente le traumatisme comme un phénomène énergétique venant effriter le pare-excitations. Dans cette nouvelle topique, le moi est une instance psychique à l'interface du ça, du surmoi et de la réalité. Il

joue un rôle protecteur de la personnalité par la mise en place des mécanismes de défense. D'autre part, il opère comme un facteur de liaison psychique. Le moi permet au sujet de maintenir son adaptation à la réalité et sa cohérence interne. Pour expliquer le pare-excitation, Freud le compare à une couche externe venant protéger l'organisme de l'afflux des excitations externes. Le pare-excitation « fonctionne comme une enveloppe ou membrane spéciale qui tient l'excitation à l'écart : les énergies du monde extérieur ne peuvent ainsi transmettre qu'un fragment de leur intensité aux couches voisines » (Freud, 1920). Pour lui, il y a traumatisme lorsque l'afflux d'excitations externes est trop intense et qu'il vient submerger l'organisme, rompre la barrière protectrice : « nous appelons traumatiques, les excitations externes assez fortes pour faire effraction dans le pare-excitation » (Freud, 1920, p.69). Ce pare-excitation est en fait la barrière protectrice du moi du sujet, ainsi, quand il y a effraction, le moi se trouve débordé, ses défenses sont inopérantes, il n'est plus capable de faire son travail de liaison. L'auteur précise qu'il y a un effet traumatique lorsque cette effraction est inattendue, ce qui empêche un contre investissement opérant. D'autre part, le Moi n'est pas préparé par l'angoisse (notion d'effroi) entravant la mobilisation des énergies nécessaires pour créer une défense fonctionnelle.

Ainsi, Freud (1920, p.72) précise que lorsqu'il y a traumatisme, « le principe de plaisir est d'abord mis hors d'action. Il n'est plus question d'empêcher l'appareil psychique d'être submergé par de grandes sommes d'excitations, c'est bien plutôt une autre tâche qui apparaît : maîtriser l'excitation, lier psychiquement les sommes d'excitations qui ont pénétré par l'effraction pour les amener ensuite à la liquidation ». En ce qui concerne la provenance de l'attaque traumatique nous constatons que Freud évoque à de nombreuses reprises les excitations externes comme étant à la source de l'effraction du pare-excitation. Laplanche (1998, p.243) de reprendre que le terme d'externe « suggère que tout traumatisme est d'origine externe même le traumatisme psychique. Ce par rapport à quoi il y a extériorité c'est le moi, si bien que la perturbation que Freud nous décrit [...] semble être en premier lieu attribuée au traumatisme physique mais est en fait valable pour tout traumatisme. »

3.2.1.1 Conception d'Anna Freud

La théorisation Freud (1971) apporte un éclairage complémentaire à notre construction. Elle souligne l'importance des mécanismes de défense du Moi, position que l'on retrouve aussi chez Ionescu (1999). Elle suggère aussi que le traumatisme sera inévitable à partir du moment où les défenses ne sont plus mobilisables ou plus suffisantes. Elle attire

également notre attention sur la plus grande vulnérabilité du nourrisson et du petit enfant : « la tolérance aux traumatismes externes et aux sensations internes de déplaisir résultant de frustration, de carence affective augmente en proportion avec la maturation et le perfectionnement des appareils et fonctions du Moi ». On comprend mieux alors l'importance accordée par la psychanalyse au principal tuteur (la mère) du développement de l'enfant en bas âge qui ne peut traiter lui-même au départ les excitations l'assaillant.

Le point de vue de Freud (1976) introduit une autre question d'actualité qui partage les cliniciens : l'origine interne ou (et) externe du traumatisme. Elle semble nous indiquer que les deux sont possibles. La première résulterait de l'intensité, de la violence de l'événement en soi. Mais on peut aussi supposer que c'est l'insuffisance du traitement interne des tensions induites par l'événement externe et l'incapacité à mettre en œuvre des mécanismes de défense et d'élaboration qui génèrent le trauma. Par conséquent, il nous semble que le déplacement des théories contemporaines en psychanalyse de la pulsion à l'objet traduit la place plus importante accordée progressivement à la réalité externe.

3.2.1.2 Conception Ferenczienne du traumatisme

La théorie de Ferenczi (1934) apporte un élément supplémentaire en nous suggérant qu'il faut privilégier les conséquences du traumatisme, en l'occurrence les affects de déplaisir qu'il suscite, principalement des affects d'angoisse, dépressifs et agressifs tels que la colère et la rage, dont l'élaboration n'est plus possible. À partir de ce propos, on peut conjecturer que l'individu résilient sera celui qui parviendra à réguler les affects négatifs déclenchés par les événements défavorables sans être débordé. Dans ses derniers écrits, Ferenczi (1934, p.141) donne la définition suivante du traumatisme : « la commotion psychique survient toujours sans préparation. Elle a dû être précédé par le sentiment d'être sûr de soi, dans lequel, par la suite des évènements, « on s'est senti déçu » ; « avant on avait trop confiance en soi et dans le monde environnant » ; après trop peu ou pas du tout. On aura surestimé sa propre force et vécu dans la folle illusion qu'une telle chose ne pouvait pas arriver ; « pas à moi » (Ferenczi, 1982). Suite à cette commotion psychique, il y a tentative de défense qui s'avère parfois inefficace, elle est donc abandonnée. C'est ce type de traumatisme qui explique la raison pour laquelle certaines femmes ne parviennent pas à surmonter la situation trouble.

3.3 Travail d'élaborations psychique

Le travail d'élaboration psychique, est un travail de l'appareil psychique qui consiste à lier des quantités d'énergie pulsionnelle à des représentations et à établir entre elles les représentations des voies associatives. C'est un concept de la psychologie dynamique qui correspond à une activité fondamentale du psychisme. Ce concept réfère au travail psychique consistant à faire face aux tensions surgissant d'exigences pulsionnelles ou des modifications du monde externe du sujet.

3.3.1 Selon Laplanche et Pontalis

Selon Laplanche et Pontalis (1967, p.130), ce terme fut utilisé par Freud : « pour désigner, dans différents contextes, le travail accompli par l'appareil psychique en vue de maîtriser les excitations qui lui parviennent et dont l'accumulation risque d'être pathogène. Ce travail consiste à intégrer les excitations dans le psychisme et à établir entre elles des Connexions associatives ». Se rattachant plus du concept de « travail » appliqué à des opérations intrapsychiques qui renvoie à la capacité du psychisme en se référant à la conception freudienne d'un appareil psychique, transforme et transmet l'énergie qu'il reçoit. L'élaboration psychique est précisément ce travail de transformation de l'énergie permettant de maîtriser celle-ci en le liant ou en la dérivant.

Le concept d'élaboration psychique correspond à un travail de mentalisation des exigences pulsionnelles. Laplanche et Pontalis (1968, p.131) proposent de distinguer dans la notion d'élaboration psychique deux aspects : « La transformation de la quantité physique en qualité psychique ; L'établissement de voies associatives qui suppose comme condition préalable cette transformation ». Ainsi, « l'élaboration consiste donc à transformer l'énergie libre en énergie liée, ce qui permet d'établir le processus secondaire et donc de différer la décharge sous forme motrice ou hallucinatoire » (Doron et Parot, 1991 ; p.247

3.3.2 Le travail d'élaboration psychique chez les infirmiers

Ce concept se réfère au travail psychique c'est-à-dire au travail de la mentalisation, consistant à faire face aux tensions surgissant d'exigences pulsionnelles ou des modifications du monde interne et externe du sujet. Dans le cadre notre étude, il est mis œuvre pour voir comment les infirmiers arrivent à faire face à cette situation qui vient bouleverser le dynamique familial, social professionnel D'où le travail d'élaboration psychique permet de mieux gérer cette situation en mobilisant les ressources internes c'est-à-dire avoir la capacité

de mettre les mots sur la souffrance en les verbalisant personne ne souhaite vivre une souffrance et lorsque cela arrive il faut s'ouvrir parler de ce qui fait mal est déjà une partie de soulagement. Mettre en place la tolérance pour pouvoir gérer le traumatisme engendré par le burnout, en mobilisant également les ressources externes avoir un bon soutien de l'entourage, être entouré des gens positifs qui soutiennent dans la souffrance est un facteur important dans le travail d'élaboration du sujet

3.4 La théorie de la Mentalisation

La mentalisation constitue le processus intrapsychique essentiel qui vient fonder la capacité de résilience du sujet. La définition de ce concept complexe, introduit par Marty et Fain (1961). Elle s'intéresse à la dimension de la qualité et la quantité des représentations de l'individu (Marty, 1961). Le processus de création d'élaboration d'une mentalisation procède par liaison des représentations des mots aux représentations des choses dans le système préconscient, il s'agit d'un processus *« psychodynamique visant à amoindrir l'impact des automatismes psychologiques et psychobiologiques sur le sujet ; à les réorienter en les donnant des tournures positives, c'est-à-dire favorable à ce dernier et à sa communauté et allant dans le sens de la communauté ; à les éliminer afin d'adopter des solutions adéquates, mais qui dans leur visée sont définitivement toujours plus humaines »*. (Janet dans *l'automatisme psychologique* » (Cité par Mayi, 2017).

Les représentations que le sujet a d'une situation donnée, détermine la capacité de celui-ci à la traverser ou non des moments de forte excitation. Ceci nous informe de la place indispensable des représentations dans la vie mentale du sujet. C'est par elle en effet que se fond les associations d'idées, les réflexions intérieures. Elles sont aussi utilisées constamment dans les relations directes avec les autres.

Ce concept de mentalisation prend des perspectives théoriques variables. Selon la position cognitive générale, mentalisé c'est aller dans le sens du mental qui s'oppose au biologique à l'organisme. Par ailleurs, la position de Luquet cité par Mayi 2017, suppose que la mentalisation désigne *« une classe générale d'opération mentale incluant la représentation et la symbolisation et conduisant à une transformation des expériences pulsionnelles chargée d'affect en structure mentale de mieux en mieux organisé »*. Ce qui veut dire que devant une souffrance psychique que présente un individu, une bonne mentalisation est suffisante pour

rétablir l'équilibre. Les représentations psychiques constituent la base de la vie mentale de chaque individu. Elles permettent les associations d'idées, les pensées, la réflexion intérieure. Elle participe aussi constamment dans notre relation directe ou indirecte avec les autres. Par ailleurs, elles se constituent en une évocation de perspective première qui s'est inscrite et qui laisse des traces mnésiques et où sont associées des tonalités affectives (Marty, 1991).

La mentalisation concerne principalement l'activité représentative et fantasmatique de la personne. Dans la mesure où le travail de liaison des représentations s'opère dans le système préconscient. Pour Martyr, la mentalisation s'apprécie selon trois axes :

- Son épaisseur : concerne le nombre de couches de représentations accumulées et regroupées au cours de l'histoire individuelle.
- Sa fluidité : concerne la qualité des représentations et leur circulation, aussi bien à travers les différentes époques qu'actuellement.
- Sa permanence : concerne la disponibilité, à tout moment, de l'ensemble de ses représentations aussi bien sur le plan quantitatif que sur le plan qualitatif.
- A ces trois critères, il faut en ajouter un quatrième, celui de la domination de l'activité de représentation par le principe de plaisir-déplaisir ou par l'automatisme de répétition.

Par ailleurs, la mentalisation s'organise en trois grandes catégories : dans cette perspective on distingue selon Martyr, (1991) :

Une bonne mentalisation : celle-ci caractérise les individus qui « *ont en permanence à leur disposition une grande quantité de représentation psychique liée entre elles et enrichies pendant le développement de multiples valeurs affectives et symboliques* » (Martyr, 1991, P-30).

Une mauvaise mentalisation : *elle est caractérisée par une réduction de la qualité des représentations, une pauvreté de préconscient, autrement dit, les liaisons entre les représentations dispensables sont mal assurées, elles ne se prêtent pas aux associations d'idées et ne s'enrichissent pas de valeur affective de symbolique à travers le temps* (Martyr, 1991, P-29).

Une mentalisation incertaine : ici, ce sont des personnes qui ont parfois une bonne mentalisation et parfois une mauvaise mentalisation. Dans le premier cas, les représentations sont riches et contrairement dans le deuxième cas, il y a une pauvreté de représentation ; dans ce type de mentalisation, les sujets soumis à des indisponibilités des représentations acquises

P. Marty, de M'Uzan et C. David (1962) décrivent le concept de **pensée opératoire** : « (...) Apparemment bien adaptés socialement, ces individus ne laissent filtrer aucune manifestation affective et leur froideur va barrer l'émergence des désirs ou des représentations mentales. Leur profond besoin de dépendance et l'intensité de leur agressivité les mettraient en danger s'ils acceptaient l'intrusion dans leur vie de pulsions libidinales et agressives. Leur vie mentale, intellectuelle, onirique, fantasmatique est réduite à un rôle uniquement pragmatique et instrumental. »

L'existence génère des conflits psychiques entre ce que nous désirons et la réalité du monde extérieur. En général, notre équipement mental, psychologique, nous permet de trouver des aménagements afin de pallier ces frustrations. La découverte de ces aménagements nécessite un travail psychique considérable, qui passe parfois par un vécu dépressif. Dans le cas des pathologies psychosomatiques, ce travail de mentalisation des conflits serait impossible. Selon P. Marty, les patients psychosomatiques ne fantasment pas ou peu. Ils sont incapables de se laisser aller à la rêverie. Finalement, la vie relationnelle s'éteint et l'individu tourne dans une vie stéréotypée, uniquement rivé aux faits. Ici encore, il ne s'agit pas de remettre en cause le fait psychosomatique. Dans certains cas, chez certaines personnes et dans certaines conditions, on a pu mettre en évidence une relation de causalité.

3.4.1 La mentalisation selon Bergeret

Pour Bergeret (1991, p.17-27) la mentalisation correspond à « l'utilisation mentale qu'on va faire de l'imaginaire. C'est un des modes de fonctionnement de l'imaginaire qui s'oppose à la somatisation et au comportement. » Dans les abrégés de psychologie pathologique, Bergeret et Lustin (1986) rendent compte d'une opération fondamentale notamment pour la spécifier : la symbolisation. Cette dernière a deux faces. Elle renvoie d'abord au travail de transformation par la pensée des excitations pulsionnelles, c'est-à-dire des tensions de nature principalement sexuelle et agressive, en représentations mentales communicables. Elle porte aussi sur le travail d'élaboration mentale des affects, principalement de déplaisir, sous forme de liaison à des représentations partageables susceptibles de donner un sens au ressenti du sujet.

Bergeret (1991) souligne qu'elle est la voie la plus noble, la plus adaptative du traitement des tensions. Marty (1991) a mis en évidence par ailleurs que la qualité de l'espace imaginaire et de la mentalisation est très variable d'un sujet à l'autre. Ceci nous amènera à

réfléchir sur les facteurs de l'épigénèse interactionnelle susceptibles de favoriser la construction d'un imaginaire et d'une mentalisation riches, et, partant de là, d'une résilience plus conséquente chez le sujet. Auparavant, il faut dire quelques mots du destin des tensions excitations quand elles ne sont plus « traitables » mentalement, soit parce qu'elles sont trop intenses, soit parce qu'elles assaillent un fonctionnement mental structurellement appauvri. Elles génèrent alors une rupture de résilience qui va prendre plusieurs formes :

- l'échec du travail de liaison entre les représentations suscitées par l'événement traumatique peut aboutir à un écoulement et une désorganisation de ces
- représentations qui cessent alors d'être partageables même si elles restent dans la voie mentale (entrée dans le délire par exemple) ;
- l'échec du traitement mental peut aussi se traduire par la décharge des excitations par la voie corporelle, génératrice d'une désorganisation somatique plus ou moins grave ;
- l'échec du traitement mental peut également s'exprimer par une voie d'expression et de décharge comportementale sous la forme d'un « acting out » auto ou hétéro- agressif plus ou moins lourd de conséquences.

Ces quelques constats permettent aussi de situer la mentalisation par rapport au continuum temporel et nous amènent à comprendre pourquoi la résilience n'est jamais absolue mais fluctue inévitablement au cours du temps. Même avec une mentalisation riche, personne n'est à l'abri d'une désorganisation mentale, comportementale ou somatique en raison du caractère imprévisible et potentiellement traumatique des situations existentielles que tout un chacun est amené à rencontrer... Le fait de posséder une mentalisation de qualité n'est pas une assurance « tous risques ». Pour chaque individu, il existe un seuil au-delà duquel les capacités défensives et adaptatives seront débordées

3.4.2 La mentalisation selon Debray

Pour Debray (1991), la mentalisation désigne « la capacité qu'à le sujet de tolérer, voire de traiter ou même négocier l'angoisse intrapsychique et les conflits interpersonnels ou intrapsychiques. Il s'agit en définitive d'apprécier quel type de travail psychique est réalisable face aux angoisses, à la dépression et aux conflits inhérents à la vie. » (Marty, 1991) souligne qu'elle repose sur le fonctionnement du préconscient, espace imaginaire peuplé de représentations et d'affects en plus ou moins grand nombre, circulant plus ou moins

facilement, plus ou moins disponibles dans le temps en fonction de la nature et de l'usage des défenses mobilisées par le sujet.

3.4.3 La mentalisation selon Fonagy

Selon Fonagy (1996) cité par De Tychey, Diwo et Dollander (2002), la mentalisation est la capacité de « fonction autoréflexive » et l'aptitude à considérer les états mentaux de l'autre pour la compréhension et le déterminisme de son propre comportement. Il insiste sur le rôle de l'attachement précoce sécurisant dans l'adaptation psychique de l'enfant, en particulier en sa capacité de régulation des affects. Selon l'auteur, la compréhension de nos propres états émotionnels et la représentation qu'on se fait de ces états et ceux d'autrui déterminent notre capacité à faire face aux situations.

3.4.4 Processus et dimensions de la mentalisation

3.4.4.1 Processus de la mentalisation

La mentalisation peut être décrite comme l'intégration et l'articulation de fonctions cognitives et affectives opérant de manière automatique ou contrôlée, concernant la réalité psychique (interne) ou perceptive (externe), au sujet de soi ou d'autrui. Parmi les processus de mentalisation, nous distinguons les processus dit de pensée et les processus d'affectivité.

- **Processus de pensée**

Les processus de pensée renvoient aux représentations, la pensée, l'imaginaire et la symbolisation qui sont des processus étroitement liés.

Mayi (2017) souligne que la pensée est étroitement liée à la représentation, la pensée a comme aspects originaux, son origine (l'acte dont elle constitue un substitut), son double rôle de régulation intrapsychique et d'adaptation au réel, sa liaison à la négation, à la fois sur le plan génétique et sur le plan métapsychologique. La pensée conserve un lien étroit avec la libido, aussi bien dans son origine que dans son fonctionnement qu'alimente une libido déssexualisée et sublimée. Elle s'exerce toujours avec une prime de plaisir : plaisir de fonctionnement. La symbolisation et l'imaginaire sont deux dimensions fondamentales de la pensée qui participe à l'expression du principe de toute puissance des idées.

- **Processus de l'affectivité**

Les processus de l'affectivité intègrent l'affect, l'anxiété et l'angoisse. L'affect est l'énergie quantifiée attachée à chaque représentation et donc la source est pulsionnelle. Selon Mallet en introduisant cette notion d'affect, il est question d'intégrer l'éprouvé dans un ensemble plus large d'éprouvés du Moi. Ce dernier distingue les affects narcissiques

réactionnels ayant leur siège et leur origine dans le Moi seulement et non dans le corps (colère, ressentiment) ; et les affects appétitifs objectaux (honte, haine) dont l'origine est dans le ça et le corps.

3.4.4.2 Les dimensions de la mentalisation

Les travaux sur la mentalisation distinguent quatre dimensions qui entre en jeu dans ce processus mental à savoir la dimension émotion-cognition, la dimension externe-interne, la dimension implicite-explicite, la dimension soi-autrui (Fonagy, 2002 cité par Debbamé, 2018).

- **Dimension cognitions-affective**

L'intégration des polarités cognitives et affective pourrait être traduite par l'expression « sentir ce que l'on comprend ». Cette expression s'inscrit au cœur de la mentalisation. Jurist (2005) qualifie « d'affectivité mentalisée » ces moments en psychothérapie où la compréhension rencontre l'émotion l'instant d'une expérience de mentalisation incarnée. Ce type d'expérience procure au sujet une ouverture de champs, une nouvelle perspective, une réalisation vécue comme l'initiative d'une nouvelle perspective. Cet axe se réfère aux croyances et/ou aux émotions invoquées pour comprendre une situation particulière. La mentalisation peut ainsi être appréciée dans son degré d'intégration entre une compréhension cognitive en résonance avec une compréhension affective de l'expérience amenée par le patient en séance.

3.4.5 Explication de la mentalisation selon l'étude

Selon notre étude les infirmiers pour surmonter le burnout, ils doivent pouvoir mentaliser, faire un travail d'élaboration de cette souffrance psychique, c'est-à-dire avoir la capacité de tolérer, voire de traiter ou même négocier l'angoisse intrapsychique et les conflits interpersonnels ou intrapsychiques. Il s'agit d'apprécier quel type de travail psychique est réalisable face aux angoisses, à la dépression, aux traumatismes liés aux handicaps de l'enfant et aux conflits inhérents à la vie.

La mentalisation désigne la capacité d'un individu à envisager une situation donnée selon différents points de vue et perspectives. Cette flexibilité mentale permet de se représenter une situation de plusieurs manières pour s'ouvrir à la possibilité que différentes intentions puissent être à l'origine d'un même comportement (Urfer et al., 2014). Pour ces

auteurs, l'individu qui mentalise adéquatement conçoit qu'il se représente la situation à sa façon, avec toute la subjectivité et les a priori que cela suppose.

3.5 L'approche psychanalytique du burn-out

Dans cette approche, même si le travail semble avoir été le déclencheur d'une souffrance psychique, on privilégie l'existence d'une faille sous-jacente préexistante que l'on retrouverait dans les premières années de vie. La névrose infantile demeurerait donc la cause fondamentale. L'hypothèse d'un Idéal du Moi est posée comme une explication intrapsychique qui explique à la fois le choix professionnel et le comportement d'aide. Cette lecture donne la part belle à la quête de reconnaissance comme une course réparatrice venant combler un manque fondamental. Nous interrogeons donc les structures hystériques ou obsessionnelles à travers leur quête narcissique sur fond de culpabilité. Même trop brièvement exposée ici, cette approche psychanalytique reste une interprétation toujours possible pour l'individu (Ch. Dejours, 2016). Cependant quand on voit le nombre toujours croissant de burn-out, force est de constater qu'il y a un problème qui dépasserait l'idée de la seule vulnérabilité personnelle. Un syndrome d'épuisement professionnel peut se développer aussi chez un individu normal.

3.5.1 théories du burnout

Les approches psychopathologiques concernant le "burn-out" se sont fait selon deux axes : psychanalytique et cognitivo comportementale. Dejours (1980)

3.5.1.1 Approche psychanalytique en psychopathologie du travail.

Selon Christophe Dejours (1989), la psychopathologie du travail "étudie le rapport psychique de l'homme au travail". La démarche initiale trouve son intérêt dans l'étude des conséquences du travail sur la santé mentale des travailleurs et sur les conditions de la transformation éventuelle du travail. Un travail peut être de ce fait reconnu comme pathogène (si ses conséquences sont néfastes) ou au contraire structurant (si ses effets sont favorables sur la santé mentale).

La psychanalyse au sens strict tient compte des sources endogènes de la souffrance chez un individu. Ces dernières trouvent elles mêmes leurs origines dans l'histoire précoce du sujet, c'est à dire dans l'organisation psychique qui se met en place lors des trois à cinq

premières années de la vie (Dejours, 1982). Ainsi, les échecs, les souffrances, les maladies mentales sont autant de décompensations liées à une faillite préexistante. Dans cette optique, le travail est envisagé comme révélateur de cette faille, il ne peut à lui seul être responsable du désordre. Ceci fait dire à Dejours (1982) que : "le radicalisme psychanalytique disqualifie de fait la psychopathologie du travail".

Freud a d'ailleurs proposé un certain nombre d'explications concernant l'articulation de l'appareil psychique et du champ social incluant le travail, en particulier dans le rôle sublimatoire attribué à certaines activités. Ces activités sont celles qui sont librement choisies, créatrices ou complexes, ce qui n'est pas le cas de la majorité des professions.

L'étude de ces défenses est primordiale pour C.Dejours (1980) : "toute conduite, toute posture tout discours même lorsqu'ils paraissent aberrants pour l'observateur extérieur ont toujours une légitimité". Ces conduites ont une fonction précise dans l'économie du sujet vis à vis des contraintes réelles du travail. Dans ce cadre, C.Dejours (1982) se demande si il n'y aurait pas une clinique spécifique à la situation de travail, non réductible à des affections répertoriées dans la nosographie classique.

3.5.2 Hypotheses theoriques developpees par c.Dejours.

3.5.2.1 La charge psychique de travail.

Il s'agit d'une notion qui rend compte de la participation affective de l'homme à sa situation de travail. Cette entité se place à côté de la charge physique (conception physiologique classique, base de l'ergonomie) et de la charge mentale (à la fois psychosensorielle et cognitive). Elle inclue des "phénomènes d'ordre psychologique, psychosociologique, sociologique: variables comportementales, caractérielles, psychopathologiques, motivationnelles etc... (Dejours ,1980).

La charge psychique n'est pas quantifiable au même titre que la charge ergonomique. L'évaluation est avant tout qualitative, dans toute la variété et la difficulté qu'offre la subjectivité du rapport homme-travail. La charge psychique est reliée à l'adéquation entre la structure mentale de l'individu et l'organisation du travail. Par "organisation", C.Dejours entend la division et le contenu des tâches, l'encadrement, le degré de responsabilité. En réponse aux contraintes organisationnelles s'élabore donc cette charge psychique selon la personnalité de l'individu. Lorsqu'un travail permet la diminution de la charge psychique il

est dit "équilibrant", source de plaisir, dans le cas contraire, le travail est dit fatiguant, source d'insatisfaction et de "souffrance", cette dernière notion étant particulièrement importante en psychopathologie du travail. Dans le cadre de notre travail, Les relations difficiles avec les patients, peuvent constituer un facteur de stress chez les infirmiers. Les comportements de clients ou d'usagers sont souvent imprévisibles, le travail relationnel comme le souligne Lorient (2004), ne produit souvent rien d'autre qu'un service qui disparaît aussitôt rendu et ne se concrétise dans aucun objet matériel. La reconnaissance du travail effectué n'est pas évidente et son déni constitue une source de souffrance.

3.5.2.2 Souffrance, anxiété. Idéologie défensive des métiers.

La souffrance, résultat d'une accumulation de "charge psychique", est le lieu d'investigation privilégié de la psychopathologie du travail pour C.Dejours ,(1980) elle représente un équilibre instable situé en deçà de la maladie mentale. Cette souffrance commence selon l'auteur quand l'homme au travail ne peut plus apporter aucun aménagement à sa tâche dans un sens qui serait plus conforme à ses besoins physiologiques et à ses désirs psychologiques, en somme lorsque le rapport "homme-travail" est bloqué

La souffrance est le plus souvent "masquée" et sa mise en évidence est difficile puisque le clinicien aura à faire à une "séméiologie par défaut" à type d'"effacement des comportements libres". De plus, la forme que revêt cette souffrance change avec le type d'organisation du travail.

Selon C.Dejours (1982), un travail répétitif et monotone crée une insatisfaction, les tâches dangereuses exécutées en groupe donnant naissance à une anxiété spécifique. Les défenses élaborées pour lutter contre ces différentes formes de souffrance fonctionnent selon une logique rigoureusement organisée et on peut les retrouver au niveau individuel comme au niveau collectif. Lorsque les "stratégies collectives de défense" servent de base à la construction d'un système de valeur, deviennent un but, C.Dejours les regroupe sous le vocable d' « idéologie défensive de métier » (Dejours et Abdoucheli, 1990).

Il a particulièrement étudié ce phénomène chez les ouvriers du bâtiment qui présentent des comportements de défi vis à vis du risque, une résistance aux consignes de sécurité paraissant paradoxaux pour un observateur extérieur. Or de telles conduites ont un rôle précis, celui de former une cohésion entre les ouvriers ainsi qu'un mode de reconnaissance immédiat et un moyen de sélection et d'exclusion des travailleurs qui contrôlent mal leur peur. Par

ailleurs, cette idéologie défensive, si utile pour la cohésion du groupe, trouve un intérêt auprès de l'employeur puisqu'elle permet d'espérer une bonne productivité

3.5.2.3 Les approches cognitivo-comportementales.

Maslach établit un lien conceptuel évident entre le "burn-out" et le stress. De façon explicite, 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, 1981). C'est du côté des conditions de travail (conflits et ambiguïtés des rôles, surcharge qualitative) et non du côté des individus qu'il faut d'après Maslach chercher les causes du syndrome. Le fonctionnement du sujet n'étant abordé qu'à travers ses modes de réponses au stress, Maslach se situe dans une lignée comportementaliste. Elle dépasse toutefois le modèle réducteur initial où seul le milieu extérieur façonne les réponses de l'individu. Cette aversion pour le mentalisme et l'introspection caractérisait en effet les premières théories comportementales.

Actuellement, l'évolution des conceptions environmentalistes se fait vers une position selon laquelle l'environnement et la personne se déterminent l'un l'autre, c'est l'approche cognitive présentée par exemple dans l'ouvrage de Cottraux (1990).

Ce modèle interactionnel 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 élaborés, conscients et inconscients qui permettent à l'individu de s'adapter aux stimuli internes et externes. Cette situation concerne dans le cas des infirmières le sentiment de se trouver "débordée par son 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..

3.5. 3.Stratégies d'adaptation

Comme il a été abordé précédemment, il existe des variables médiatrices dans le lien stress-détresse. Sous cet angle, les stratégies d'adaptation semblent être une variable intermédiaire importante à considérer. Bowman et Stern (1995) et Dion (1989), entre autres, précisent l'importance de l'évaluation cognitive des situations stressantes dans la détermination du choix et de l'efficacité des mécanismes de coping. Afin de comprendre davantage le stress

psychologique de Lazarus lié à l'évaluation cognitive et aux stratégies d'adaptation, Gélinas (1988) apporte une description qui correspond bien à l'essence de cette recherche:

Dans un premier temps, une personne évalue une situation: si elle anticipe une confrontation avec un stimulus potentiellement dangereux, elle évalue ses ressources et les façons d'y faire face. Si cette évaluation lui est défavorable, et qu'elle anticipe une perte, une lésion et qu'elle se sent menacée, elle éprouve alors une expérience de stress et des stratégies (coping) peuvent être exercées. Le «coping» est une tentative d'élimination ou de réduction du stress. Il existe donc dans la conception du stress de Lazarus, la notion implicite de menace ou plus précisément, la perception subjective de menace.(...) Les comportements qui en résultent doivent être interprétés comme des tentatives visant à restaurer l' équilibre (homéostasie psychologique) de l'organisme. En d'autres termes, la fonction «<tension» n'est pas exclusivement dépendante des conditions antérieures au sujet, mais fortement qualifiée par le vécu intrapsychique.

3.5. 3.1. Définitions et théories

Comme il a été possible de le constater dans la section précédente, le coping (stratégies d'adaptation) s'avère être une réponse à l'évaluation cognitive d'une situation stressante souvent jugée comme une menace par l'individu. Plus précisément, Lazarus (1966) et Lazarus et Folkman (1984), étant les pionniers du concept de coping, le décrivent comme « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire, ou tolérer des exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu.» (p. 141). Ces auteurs affirment qu'un stress persistant (impact du stresser sur l'individu) peut s'expliquer par l' inaptitude de l'individu à gérer ses tensions internes, soit parce qu'il utilise de mauvaises stratégies d'adaptation, soit parce que sa perception des exigences d'adaptation est supérieure à ses propres ressources. Par ailleurs, les réponses de coping, de nature essentiellement cognitivo-comportementale, sont apprises, conscientes et susceptibles de réévaluation. Elles se conçoivent comme des modérateurs (et/ou médiateurs), en ce sens qu'elles contribuent à moduler la relation événement stressant et détresse émotionnelle (Paulhan & Bourgeois, 1995). En bref, le coping est lié à la perception (évaluation cognitive) et à la gestion comportementale ou cognitive face à une situation stressante. Selon Lazarus (1966), un stresser peut engendrer un coping adaptatif ou non adaptatif dépendamment des circonstances. Ainsi, les stratégies d'adaptation utilisées ne seraient pas toujours favorables

pour les individus. Néanmoins, plusieurs théories de modèles de stress ont reconnu l'importance du coping pour atténuer la sévérité des tensions et supprimer les effets des stressseurs (Havlovic & Keenan, 1991).

Certains auteurs nuancent le concept de coping par différentes catégories et/ou fonctions. Pour leur part, Lazarus et Folkman (1984) déterminent le coping à partir de fonctions complémentaires. La première est le coping centré sur le problème qui consiste à entreprendre des efforts pour gérer ou modifier les sources de stress. Il peut aussi être présenté comme impliquant des activités produites dans le but d'éliminer ou de contourner la source de stress et des . tactiques motivées positivement (Strutton & Lumpkin, 1992). Par exemple, il peut s'agir de parler à une personne qui peut intervenir sur le problème. La seconde fonction du coping, selon Lazarus et Folkman (1984), repose sur le coping centré sur l'émotion qui consiste à entreprendre des efforts pour réguler les émotions stressantes par l'utilisation de mécanismes qui évitent directement la confrontation avec le stressseur. Par exemple, continue à faire comme si de rien n'était. Toutefois, Strutton et Lumpkin (1992), inspirés de ces auteurs, affirment que ces deux stratégies peuvent se produire ensemble, mais l'une ou l'autre prédomine généralement. Par ailleurs, en ce qui a trait au milieu du travail, Parasuman et Cleek (1984) ainsi que Parkes (1986) et Bowman & Stern (1995), mentionnent que l'efficacité du coping centré sur le problème versus sur l'émotion peut varier selon les stressseurs occupationnels.

Folkman et Lazarus (1988) présentent, quant à eux, une catégorisation plus précise selon huit types de réponses de coping: la résolution de problème (incluant la recherche d'informations), l'esprit combatif ou la confrontation, la prise de distance ou la minimisation des menaces, la réévaluation positive, l'auto-accusation, la fuite/évitement, la recherche d'un soutien social, la maîtrise de soi. Ces types de stratégies d'adaptation agissent selon l'une ou l'autre des fonctions du coping centré sur le problème et centré sur l'émotion, tel que mentionné plus haut. Cette catégorisation de Folkman et Lazarus (1988) est mesurée par un questionnaire qu'ils ont élaboré, soit le « Ways of coping », qui contient 66 items. Ces huit catégories du coping ont été réduites par Bouchard, Sabourin, Lussier, Wright et Richer (1998) en trois grandes dimensions que l'on retrouve dans une version abrégée de 21 items qui sera utilisée dans la présente recherche. Il s'agit des facteurs associés à la recherche de soutien, la réévaluation positive/résolution de problème, et la distanciation/évitement. Évidemment, les stratégies d'adaptation sont constamment utilisées dans la vie de tous les

jours, notamment au travail. Ainsi, Morin (1995) définit le coping en milieu de travail comme l'adaptation occupationnelle qui implique un effort d'ajustement des conduites cognitives et comportementales comportant une prise de conscience de son propre fonctionnement et des difficultés rencontrées. Suite à cette prise de conscience, l'individu peut réfléchir sur l'efficacité des stratégies utilisées et les modifier en vue d'atteindre des objectifs professionnels et individuels. D'autre part, il est à noter que les tentatives pour s'adapter au travail peuvent être directes (ex : absentéisme, baisse de l'intérêt au travail, diminution de l'identification à l'organisation, etc.) ou indirectes (ex: retard au travail, réactions contestataires, négligences, etc.) (Sekiou et al., 1992).

Appliqués au monde du travail, Arseneault et Dolan (1983) présentent trois types de coping utilisés dans cette recherche. Ainsi, un coping de fuite, donc lié en partie à la distanciation/évitement, peut se présenter face à l'organisation de façon totale comme la démission, ou de façon partielle comme l'absentéisme et le retard au travail. On peut également considérer le retrait psychologique et la diminution de l'engagement psychologique envers l'organisation. Il y aurait aussi un type de fuite intrapsychique comme les absences virtuelles, les distractions, les inattentions et les difficultés de concentration au travail. Un coping de recherche de soutien peut se traduire par l'action de se confier à une tierce personne tel un collègue de travail. Un coping de réévaluation positive peut se révéler chez un individu qui, par exemple dédramatiserait la situation en se disant qu'elle n'est pas si grave. Enfin, un coping de résolution de problèmes pourrait consister à discuter du problème avec son patron ou à demander de l'aide à un collègue. En dernier lieu, Arseneault et Dolan (1983) mentionnent que si l'individu ne lutte pas ou ne fuit pas, il devient apathique ou dépressif. On peut donc observer des conséquences négatives pour le travailleur selon le coping utilisé. . Elle affirme également que pour en arriver à un état de «burnout », le stress doit persister et cette chronicité du stress s'explique aussi par l'inaptitude de l'individu à gérer cette tension interne, et par une capacité réduite ou nulle de l'individu à s'adapter à cette tension ou à composer avec elle. Selon ses propos, elle soutient donc que les processus d'adaptation occupent une place importante dans le processus du stress.



**CHAPITRE IV:
METHODOLOGIE**

Le présent chapitre traite de la méthodologie. D'après Mucchielli (cité par Fernandez et Catteuw, 2001), la méthodologie est la réflexion préalable sur la méthode qu'il convient de mettre au point pour conduire une recherche. Ainsi, nous traitons successivement de la présentation et de la justification du site de l'étude, des participants, de la méthode de recherche, de la technique de collecte de données, de l'instrument de collecte de données et de la technique d'analyse des résultats. Néanmoins, avant de présenter cette démarche méthodologique, nous allons d'abord rappeler très brièvement le problème que veut résoudre cette étude

4.1. Rappel de la problématique

La pratique des soins infirmiers en tant que métier de l'interaction, engageant la subjectivité à forte implication émotionnelle, peut générer diverses tensions (céphalées, insomnies, irritabilité) et surtout aboutir à l'épuisement professionnel ou burnout caractérisé par un sentiment de fatigue extrême, de la dépression, un sentiment d'incapacité, un dégoût du travail, un désintéret pour autrui. L'épuisement professionnel nuit à l'individu tout autant qu'à l'organisation: il abaisse la performance et la satisfaction au travail, peut compromettre la qualité des soins. Certains restreignent le burnout aux professions aidantes le burnout est « un syndrome d'attitudes inadéquates à l'égard des clients et de soi-même, souvent lié à des symptômes physiques et émotionnels désagréables » (Kahn, 1978).

D'après De Tychev (2001) la mentalisation permet au sujet qui traverse un traumatisme de pouvoir être « capable à traduire en mots, en représentations verbales partageables les images et les souffrances ressentis pour leur donner un sens communicable, compréhensible pour l'autre et pour soi-même d'abord » (p.49-68). Pour cet auteur, il s'agit, d'un processus intrapsychique essentiel qui vient fonder la capacité de résilience du sujet. Sachant que vivre le burnout pour les infirmiers est un traumatisme, par ailleurs Marty (1991), la mentalisation repose sur le fonctionnement du préconscient, espace imaginaire peuplé de représentations et d'affects en plus ou moins grand nombre, circulant plus ou moins facilement, plus ou moins disponibles dans le temps en fonction de la nature et de l'usage des défenses mobilisées par le sujet. L'étude pose le problème du travail d'élaboration de la souffrance psychique dans la gestion du burnout chez les infirmiers à l'hôpital central de Yaoundé

Le problème de cette étude ainsi énoncé suggère une question de recherche. La question à laquelle nous cherchons à répondre est formulée comme suit : «**Comment le**

travail d'élaboration de la souffrance psychique rend-t-il compte de la gestion du burnout chez les infirmiers de l'hôpital central de Yaoundé ? » Cette question de recherche appelle une réponse provisoire, c'est-à-dire une hypothèse. Cette dernière est formulée dans le but de guider la recherche et non dans l'intention d'une vérification.

4.1.1. Hypothèse de recherche

En guise de réponse anticipée à notre question de recherche, l'hypothèse de recherche suivante : Le travail d'élaboration de la souffrance psychique rend compte de la gestion du burnout des capacités, à traiter et à négocier l'angoisse intrapsychique et les conflits interpersonnels.

4.2-Site de l'étude

La présente étude s'est déroulée à l'hôpital central de Yaoundé que nous décrivons dans cette partie

❖ Localisation

L'hôpital central de Yaoundé se trouve au Cameroun, dans la région du centre, département du MFOUNDI, au cœur de la ville de Yaoundé, arrondissement de Yaoundé IIème au quartier MESSA ; RUE Henry DUNAND 2008.

❖ Historique

C'est l'arrêté n°2519 de l'administrateur des colonies commissaire par intérim de la République française au Cameroun, M. BLU, signé le 24 novembre 1931, qui crée et installe à Yaoundé, un poste médical de service général. Ledit poste placé sous la direction du médecin adjoint au chef service de santé de Yaoundé.

Mais les premiers bâtiments de ce qui deviendra successivement l'hôpital indigène, puis l'hôpital mixte de Yaoundé et enfin l'hôpital central de Yaoundé aujourd'hui, sortent de terre des 1933, avec la construction notamment du pavillon pasteur. Dès lors, la formation sanitaire nouvellement créée, va connaître de nombreuses mutations.

Aussi, une décision de l'administrateur en chef des colonies, signée le 29 décembre 1937, incorpore-t-elle l'hôpital indigène de Douala et l'hôpital indigène de Yaoundé, dans le service central du service de santé du Cameroun. Les deux formations sanitaires sont placées sous l'autorité directe du directeur du service de santé. Un an plus tard et afin de permettre à l'hôpital indigène de Yaoundé de faire face aux dépenses courantes, une caisse d'avance est créée auprès de dit hôpital par arrêté du 15 septembre 1938 du

commissaire de la République française au Cameroun.

A la fin des années 1940 et au début des années 1950, l'hôpital mixte de Yaoundé va s'agrandir et se moderniser progressivement : l'installation électrique est effective dès 195 à, un bâtiment à étage abritant au réez de chaussée le service « chirurgie » et à l'étage la maternité, est construit en 1952. La même année, l'hôpital acquiert une remorque de radioscopie sieur avec tous les accessoires, ainsi qu'un groupe électrogène. Au fil des ans, l'hôpital va se doter de nombreuses nouvelles infrastructures. Poste médical à sa création au début des années 1930, l'hôpital de Yaoundé est devenu au jour d'aujourd'hui, un hôpital de référence de renommée internationale, Un hôpital de deuxième catégorie dans la pyramide sanitaire nationale.

❖ **Situation géographique**

Il est limité :

- Au Nord par le Camp SIC MESSA ;
- Au Sud par le carrefour du ministère de l'Education Nationale ;
- A l'Est par le Centre Pasteur du Cameroun (CPC) ;
- A l'Ouest par le Centre National de Médicaments Essentiels (CENAME).

❖ **Situation administrative et sanitaire**

Missions

- Support pédagogique de formation en sciences de la santé : il s'agit de l'encadrement pédagogique des étudiants issus des différentes structures de formation en sciences de la santé ainsi que ceux des universités et écoles ayant une coopération avec l'université de Yaoundé I ;
- Recherche : avec les prestations de soin, de l'enseignement, la recherche constitue un socle important de l'hôpital central de Yaoundé. Celle-ci porte sur un énorme matériel clinique découlant de l'intense activité de prestation de soin. Elle se fait également en adhésion aux multiples projets nationaux et internationaux ;
- Collaboration avec les instituts de formation en sciences de la santé : l'hôpital central de Yaoundé collabore et participe au niveau national avec le ministère de la santé publique et de nombreux autres partenaires dont la plupart des grands programmes de santé concernent la population ;
- Prestations médicales et médico-sanitaires : ce rôle est dévolu de la Division Nursing et à la Direction Médicale et Technique, elle est basée sur la philosophie.

L'Hôpital central de Yaoundé a pour philosophie, de dispenser des soins de qualité aux personnes qui en ont besoin et cela sans distinction.

❖ Organisation et ressources humaines

L'architecture organisationnelle de l'hôpital central de Yaoundé comprend :

- Le Conseil d'Administration ;
- La Direction Générale ;
- Un conseiller médical ;
- Un surveillant général ;
- Unité de chirurgie et spécialistes ;
- Unité d'accueil anesthésiste réanimation et urgences ;
- Unité de gynécologie obstétrique ;
- Unité de médecine et spécialités ;
- Unité technique
- La Division d'Administration et Financière.

Pour mener à la bonne marche de cet hôpital, nous avons à sa tête le directeur, suivi du surveillant général, d'un surveillant général adjoint, de l'économiste, les surveillants de secteurs et les majors ; ensuite vient le personnel soignant constitué des professeurs, des médecins spécialistes et généraux, les infirmiers diplômés d'Etat principaux et les spécialisés, les techniciens médicaux sanitaires et du génie sanitaire, les aides-soignants ; enfin viennent les hôtesse, gardiens et les agents d'entretien.

4.2.1- Justification du lieu d'étude

L'hôpital central de Yaoundé est un hôpital de référence de deuxième catégorie dans la pyramide sanitaire c'est un centre d'accueil pour plusieurs stagiaires avec une diversité de service et le personnel infirmier de toutes les spécialités présentent dans l'organigramme de formation du MINSANTE. Une étude menée à l'HCY par Ngueue et al (2015) a démontré l'existence du burn-out dans la population infirmière de cette formation sanitaire. La présente étude s'intéresse particulièrement au travail d'élaboration de la souffrance psychique et la gestion du burnout chez les infirmiers dans le but de comprendre comment ceux-ci parviennent à surmonter cette situation.

4.2.2 Procédure et critère de sélection des participants

En tenant compte de nos critères de sélection, pour obtenir notre échantillon nous avons utilisé l'échantillonnage non probabiliste, notamment l'échantillonnage par choix raisonné. En effet, ce type d'échantillonnage n'est pas basé sur les lois du calcul des probabilités (c'est-à-dire que chaque élément de la population n'a pas une chance égale d'être choisi). En outre, la technique de l'échantillonnage par choix raisonné se fonde sur le principe que le choix des participants est basé sur le jugement du chercheur par rapport aux critères de sélection adoptés. Cette technique est utilisée lorsque la problématique vécue vise une population particulière et de taille limitée (Ouellet et Saint-Jacques, 2000), ce qui est le cas dans ce mémoire. Par ailleurs, il s'agit d'une étude de cas dont l'objectif est d'appréhender la singularité de chaque sujet et non la généralisation des résultats.

Les participantes ont été recrutées à l'HCY. À ce sujet, nous avons déposé une demande d'autorisation d'enquête auprès du directeur de l'HCY ; l'hôpital nous a alloué un encadreur de circonstance. Les participants qui se sont montrés intéressés à participer à la recherche. Alors, nous nous sommes assurées de leur faire part des objectifs de l'étude, de même que des modalités de participation à l'entrevue (durée approximative, lieu, etc.). Les participantes étaient également informées des modalités concernant les règles de confidentialité liées à l'étude, l'utilisation des pseudonymes, ainsi que du caractère volontaire de leur participation. À la lumière de ces informations, les participants intéressés avaient la possibilité d'accepter ou de refuser de participer à la recherche. Ainsi, seuls les infirmiers désirants réaliser l'entrevue ont été rencontrés. Sur les 08 recrutés, 03 seulement ont participé à l'étude. Les participants retenus pour cette ont des caractéristiques spécifique

Critères d'inclusion

- Etre infirmier en service à l'hôpital central de Yaoundé
- Etre infirmier et exerçant dans un service de soins
- Etre infirmier avoir au moins 02 années d'expérience
- Avoir un score de burnout au test MBI
- Etre infirmier présentant des symptômes de fatigue chronique ou les symptômes du burnout depuis au moins trois mois
- Etre disponible et accepté de participer à l'entretien

Critères d'exclusion

- Etre infirmier ne pas exercer à l'HCY

- Etre infirmier et exercé un rôle administratif
- Etre infirmier avoir moins de deux ans de service
- Tout autre personnel soignant autre qu'infirmier
- Avoir refusé de participer

4.3. Caractéristiques des participants

Tableau 1 : Caracteristiques des participants

Participants	ZARA	HALAL	GUEN
Sexe	F	F	M
Age	29	36	48
Qualification	IDE	IS (licence)	IDE
Spécialité	Anesthésie-réanimation	////////	////////
Statut professionnel	Employée HCY	Contractuelle	Fonctionnaire
Expérience professionnel	8ans	9ans	17ans

4.4. Type de la recherche

Le choix de l'approche qualitative se fonde principalement sur l'objet de notre étude puisque l'objectif central de comprendre le travail d'élaboration de la souffrance psychique et la gestion du burnout chez les infirmiers dans le but de comprendre comment ceux-ci parviennent à surmonter cette situation. L'ambition de la recherche qualitative n'est pas d'atteindre une généralisation des résultats (Fortin & Gagnon, 2016).

Ce type de recherche aspire plutôt à une compréhension en profondeur d'un phénomène particulier (Proulx, 2019). Selon Paillé et Mucchielli (2010), la recherche qualitative implique un contact personnel avec les sujets de la recherche, principalement par le biais d'entrevues et par l'observation des pratiques dans les milieux mêmes où évoluent les acteurs. Une recherche dite qualitative se caractérise premièrement par les instruments et les méthodes qui permettent le recueil de données qualitatives telles que les témoignages, les vidéos,...et, deuxièmement, par le fait que nous allons essayer de donner du sens aux données

récoltées et non les présenter sous forme de chiffres (Fortin & Gagnon, 2016). En effet, ce dernier nous permet, lors de l'analyse, de comprendre, d'interpréter les données recueillies et de leur donner du sens.

Au regard de notre objectif, cette recherche s'inscrit dans la compréhension d'un phénomène cette étude permet de rendre compte du travail d'élaboration de la souffrance psychique et la gestion du burnout chez les infirmiers à l'HCY

4.5. Méthode de recherche

Pour atteindre notre objectif, nous avons choisi d'utiliser l'étude de cas. Cette dernière relève généralement de la méthode clinique qui tire son origine de la pratique médicale (Leplat, 2002). Puisqu'il s'agit d'étudier une situation complexe le travail d'élaboration psychique des infirmiers face à la souffrance des autres. Dans son contexte global, la méthode retenue est celle de l'étude de cas.

Les études de cas sont utilisées comme méthode de recherche et permettent de prendre en compte les caractéristiques holistiques et significatives des événements de vie étudiés et ont également comme caractéristiques d'être des études en profondeur (Hentz, 2006). Yin (cité par Collerette, 1997) distingue l'étude de cas des autres stratégies de recherche, telles l'expérimentation et l'enquête, en la définissant comme l'exploration empirique d'un phénomène contemporain, en contexte naturel, à l'aide de moyens variés : « *L'étude de cas est une enquête empirique qui étudie un phénomène contemporain dans son contexte de vie réelle, où les limites entre le phénomène et le contexte ne sont pas nettement évidentes, et dans laquelle des sources d'informations multiples sont utilisées* » (Yin, cité par Collerette, 1997, p. 23).

L'étude de cas comme méthode de recherche consiste à rapporter une situation réelle, prise dans son contexte, et à l'analyser pour découvrir comment se manifestent et évoluent les phénomènes auxquels le chercheur s'intéresse (Collerette, 1997). D'une part, nous avons utilisé la méthode clinique car : « *La psychologie clinique désigne à la fois un domaine (celui de la psychopathologie) et la méthode (clinique) qui s'insère dans une activité pratique visant la reconnaissance et la nomination de certains états, aptitudes, comportements dans le but de proposer une thérapeutique, une mesure d'ordre social ou éducatif ou une forme de conseil permettant une aide, une modification positive de l'individu* » (Fernandez & Pedinielli, 2006). L'étude de cas comme méthode de recherche est appropriée pour la description, l'explication,

la prédiction et le contrôle de processus inhérents à divers phénomènes, individuels ou collectifs (Woodside et Wilson, 2003)

Lagache cité par Pedienelli (2006) affirme que : « *le cœur de la méthode clinique est représenté par l'étude de cas ; rencontre d'un sujet considéré singulier, constitué par une histoire spécifique et perçu dans sa totalité (les troubles sont rapportés à l'ensemble de ce qu'il est, et la totalité de la situation est prise en compte dans la rencontre avec lui) refus de l'objectivisme, sensibilité à l'histoire prise en compte de la relation observateur-observé, le transfert* »

Une étude de cas décrit une situation problématique, l'effet d'un traitement présentant toutes les informations nécessaires à l'étude. Elle est utile soit pour explorer certains un phénomène encore mal connu, soit pour palier certaines insuffisances expérimentales lorsque le phénomène est trop complexe pour pouvoir être reproduit par une situation expérimentale contrôlée

4.7. Procédure de collecte de données

Nous avons fait usage de l'entretien clinique. Comme notre présente étude vise à décrire les comportements l'élaboration psychique des infirmiers face aux émotions douloureuses de leur patient pour ressortir l'importance de la psychologie dans cette situation. Nous avons rencontré des infirmiers qui mènent des actions de soins (Chehraoui, 2003) une méthode qui intervient au milieu naturel et tente de donner une image précise d'un phénomène ou d'une situation particulière. L'objectif de cette approche est d'identifier les composantes d'une situation donnée et, parfois, de décrire la relation qui existe entre ces composantes. La méthode descriptive consiste à définir la nature et les limites des éléments qui composent l'objet, ainsi que les relations existant entre eux.

- Elle essaie de décrire les phénomènes tels qu'ils existent plutôt que de manipuler les variables pour les causes et leurs effets.
- C'est l'une des méthodes de recherche qualitative, qui est un ensemble des procédures pour qualifier un phénomène. Elles sont utilisées pour collecter et analyser les données. En psychologie, la méthode descriptive a pour objet de répertorier et de décrire systématiquement un certain ordre de phénomènes, d'établir des regroupements de données et des classifications, elle vise à décrire et même prédire le comportement d'un individu.

On a choisi parmi les méthodes descriptives l'étude de cas, qui est employé comme un outil pour étudier quelque chose spécifique dans un phénomène complexe. « C'est une description détaillée d'une personne faisant l'objet d'une étude ou d'un traitement ».

- Elle ne procède pas seulement à la description de la situation et des signes présentés par le patient, mais tente surtout de restituer les caractéristiques individuelles du fonctionnement psychique. Elle permet d'élaborer des hypothèses pertinentes et majeures dans la compréhension des troubles, de décrire des phénomènes rares et d'explorer des domaines nouveaux.

L'entretien en tant que technique de recherche a été défini par Blanchet (cité par Fernandez & Catteeuw, 2001, p.75) comme « *un entretien entre deux personnes, un interviewer et un interviewé conduit et enregistré par l'interviewer ; ce dernier ayant pour objectif de favoriser la production d'un discours linéaire de l'interviewé sur un thème défini dans le cadre d'une recherche* ». Nous avons choisi cette technique à cause de la nature des informations que nous recherchons. Dans ce cas, « *il s'agit des informations élaborées et mises en sens par le sujet (représentations, modes de communication, histoire, mode de fonctionnement et d'organisation psychique)* » (Fernandez & Catteeuw, 2001, p. 76). Ce sont donc des informations verbales et non numériques. Evidemment dans cette recherche, nous voulons saisir le sens (représentations, significations) le vécu de l'infirmier dans la relation de soin. D'après Fernandez et Catteeuw, (2001) on distingue deux types d'entretien clinique de recherche : l'entretien non directif et l'entretien semi-directif. Ce dernier est celui que nous avons choisi pour cette recherche. Nous avons opté pour l'entretien semi-directif car non seulement nous voulons obtenir plus d'informations particulières dans le vécu de l'infirmier dans la relation de soin et son élaboration psychique. D'après Fortin (2006) : Le chercheur fait appel à l'entrevue semi-dirigée dans les cas où il désire obtenir plus d'informations particulières sur un sujet. L'entrevue semi-dirigée est principalement utilisée dans les études qualitatives, quand le chercheur veut comprendre la signification d'un événement ou d'un phénomène vécu par les participants (p. 305).

Par ailleurs, nous avons opté pour l'entretien semi-directif car il favorise la libre expression de la pensée du participant et permet un examen approfondi de sa réponse. En effet, « l'entretien semi-directif fournit au répondant l'occasion d'exprimer ses sentiments et ses opinions sur le sujet traité. Le but est de comprendre le point de vue du répondant » (Fortin, 2006, p. 305). Dans ce type d'entretien, le chercheur arrête une liste des sujets à

aborder, formule des questions concernant ces derniers et les présente au répondant dans l'ordre qu'il juge à propos (Fortin, 2006). Le clinicien-chercheur a donc recours à un guide thématique (Fernandez et Catteeuw, 2001), tout en observant un comportement adéquat lors de l'entretien. Toutefois, il convient de noter que l'ordre d'évocation des thèmes, de même que la formulation des questions peuvent varier au cours de l'entretien.

4.8. Outils de collecte de données : le guide d'entretien et grille d'observation

L'outil est l'entretien clinique qui est considéré comme « les charentaises des sciences sociales, des sciences humaines cliniques » (Chaude. R, 2014). C'est un dispositif de base en psychologie clinique. C'est la partie clinique qui consiste en une conversation avec le sujet ou des membres de son milieu de vie, il sera mené en fonction du but que l'on poursuit, du cadre qui définit les conditions de la rencontre avec le patient, et en réponse à une demande qui peut être exprimée par un sujet ou un groupe de sujet en souffrance. Il est à la fois un outil de diagnostic, un outil de thérapie et un outil de soutien, en permettant de préciser les antécédents et l'évolution de la situation ou de la maladie, qui a conduit à l'examen. L'entretien clinique permet au sujet d'énoncer des éléments sa réalité interne ; représentation, affects, position à l'égard des faits. Il est au cœur des travaux cliniques son but est de recueillir des informations sur les comportements présents et passés, les attitudes et les émotions ainsi que l'historique détaillé du problème et de l'individu en général.

Le processus lié à la collecte des données a débuté par l'élaboration d'un guide d'entretien. Le guide d'entretien est défini comme un « *ensemble organisé de fonctions d'opérateurs et d'indicateurs qui structurent l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer* » (Blanchet & Gotman, 1992, p. 61). Dans l'entretien semi-directif, le guide d'entretien est établi sous la forme de thèmes et d'indicateurs (sous-thèmes) qui devront être abordés par l'interviewer durant l'entretien, en fonction de la dynamique interlocutoire (Fernandez & Catteeuw, 2001). Ce guide est à la disposition de l'enquêteur pour lui permettre. Le clinicien travaille aussi avec ce qui est rapporté dans le discours manifeste qu'avec ses manques, ses silences, ses contradictions ses lacunes. La conduite de l'entretien se situe dans une position de neutralité bienveillante. Le clinicien, par la disponibilité et l'offre clinique qu'il propose, invite le sujet à dire, davantage que répondre à des questions, car la parole d'un sujet qui demande à être entendu doit être au centre de l'entretien clinique.

L'offre du clinicien est de pouvoir façonner une adresse, être le destinataire de cette parole et d'un discours de souffrance. Son travail consiste alors à savoir recevoir le discours

qui est tenu par le patient, mais aussi à le susciter et le soutenir. Dans notre recherche nous avons utilisé précisément l'entretien semi-directif, dont il est mené à partir des questions soigneusement formulées et testées pour obtenir des informations utiles de manière cohérente. Une des tâches du psychologue est de susciter la coopération du sujet sans suggérer ni induire ses réponses, et de déceler par des recoupements les erreurs, les oublis. L'entretien semi-directif laisse une certaine latitude dans la façon de poser les questions, mais avec un objectif à remplir qui correspond à un canevas initial. Le chercheur se sert d'un guide d'entretien, pré-structuré, il a donc en tête, en arrivant face à son interlocuteur, les notions importantes qui l'ont conduit à décider cet entretien.

Le guide d'entretien : L'entretien clinique de recherche est toujours associé à un guide d'entretien plus au moins structuré : il s'agit d'un ensemble organisé de fonctions, d'opérations et d'indications qui structure l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer. C'est la stratégie que l'interviewer doit adopter. Il détermine la façon dont il convient de combiner la directivité et la non-directivité, en indiquant notamment si l'interviewer doit présenter les thèmes dans un ordre donné ou s'il peut faire preuve de flexibilité. Le guide d'entretien définit parfois le degré de précision recherché en désignant les thématiques à traiter. Dans ce guide, le clinicien peut formuler et préparer la consigne à l'avance. Celle-ci sera nécessairement identique pour tous les sujets : elle est généralement soigneusement préparée et le clinicien veille à ce que la formulation ne soit pas inductive.

Le guide d'entretien conçu dans le cadre de notre étude se présente de façon suivante :

- Note à l'intention des répondants :

Salut, je suis M. NTSA Olivier étudiant en master 2 Psychologie, spécialité psychopathologie et clinique département de psychologie de l'université de Yaoundé 1. Nous menons une étude intitulée « **Elaboration de la souffrance psychique et gestion du burnout chez les infirmiers de l'hôpital central de Yaoundé ?** ». Ce travail s'intéresse particulièrement à comprendre la place de la psychologie clinique dans la gestion (élaboration psychique) du burn-out. En d'autres termes si les connaissances et les compétences de la psychologie clinique permettent une élaboration psychique pour s'autogérer

Identification des répondants

Age : Sexe : Grade : Spécialité : Statut Professionnel :

Expérience professionnelle :

Le «guide d'entretiens » comporte quatre questions rédigées, à poser à tous les interviewés dans les mêmes termes pour conserver la cohérence d'ensemble. Il s'agit donc d'entretiens volontairement peu structurés, qui permettent à l'enquêteur une grande marge de liberté pour approfondir et affiner avec l'interviewé en fonction de ses réponses.

- La première a pour but d'installer la confiance de l'interviewé(e) vis-à-vis de l'interviewer.
- La deuxième, qui évite sciemment l'emploi du terme « burn out », est celle sur laquelle nous nous sommes concentré sur le terrain. Elle est en effet au coeur de notre question de recherche, et permet à la fois d'explorer les représentations liées à la fatigue, à la maladie aux interactions, et de différencier la fatigue au travail d'autres formes de fatigue, notamment d'ordre privé;
- La troisième permet d'identifier quelles ressources les interviewés mobilisent dans leurs stratégies de lutte contre la fatigue ;
- La quatrième question explore directement la voie de l'oralité et du travail en pluridisciplinarité dans ses interactions avec le burn out.

1. Qu'est-ce qui vous semble épanouissant dans votre travail

2. Et, au contraire, qu'est-ce qui vous épuise le plus dans votre travail

Et dans ce contexte, pour vous, être épuisé(e), cela tient à quoi ?

Êtes-vous parfois épuisé(e) de cette façon à la maison, ou dans d'autres circonstances ?

3. Pour lutter contre cette fatigue, quels sont vos recettes, vos astuces à vous ?

4. À votre avis, en quoi « parler travail » avec vos collègues (en réunion ou dans les pauses) peut-il permettre de vous sentir mieux au travail ?

Tableau 2 : grille d'observation

Thèmes	Modalités	Observation		
		+	-	+/-
epuisement émotionnel				
Proximité avec les patients	Empathie			
	Relation d'aide			
Depersonnalisation				
S'occupe efficacement des problèmes de ses patients	Les patients sont satisfaits			
	Prepare psychologiquement le patient avant le soin			
Ecoute ses patients				
Irritabilité	Reponds aux patients avec colere			
	Reponds aux patients à distance			

Légende :

+ signifie que l'élément est présent et de qualité bonne, ou moyennement bonne

- Signifie que l'élément est absent

±Signifie que l'élément est présent mais de qualité moins bonne, ou plus ou moins

Présent.

4.9. Déroulement des entretiens

Les entretiens se sont faits par une seule personne, en l'occurrence le chercheur responsable de ce mémoire, les infirmiers étaient sollicités à participer à la recherche dès leur rencontre à l'HCY. Par la suite, ceux qui étaient intéressés, nous présentions aux participants potentiels le but et l'objectif de l'étude, nous prenions rendez-vous. Une attention particulière était accordée à les rassurer quant à l'aspect de la confidentialité de leurs propos. Nous encourageons également les futurs participants à poser toutes les questions qu'une participation à la recherche suscitait pour eux. Ensuite, à la lumière des précisions apportées, nous nous assurons que l'intéressé était toujours consentant à participer à l'étude, en lui

rappelant qu'il était libre de s'en retirer en tout temps. Dans les faits, nous avons procédé à la sélection de nos participants en nous référant aux critères d'inclusion.

Nous nous sommes référés aux recommandations de Norwood (Fortin, 2006) pour conduire ces entretiens. En effet, cet auteur stipule que lors du déroulement de l'entretien, il convient de préciser l'objectif de l'étude, d'indiquer comment la sélection des participants a été faite, d'assurer aux participants la confidentialité des informations et d'obtenir le consentement de la personne.

La première rencontre fut consacrée à la passation, à l'explication du but de la recherche et des objectifs qu'elle tend à atteindre. Comme nous l'avons souligné plus haut, au cours de cette première rencontre, nous mettions les participants en confiance en leur garantissant la confidentialité et l'anonymat des informations. Nous avons répondu aux interrogations des participants afin de favoriser un climat de confiance. C'est au cours de ce premier entretien que les participants ont fait une présentation détaillée d'eux-mêmes. Il s'agissait en fait de donner leurs caractéristiques sociodémographiques

La deuxième rencontre fut consacrée aux entretiens proprement dits. Conformément au contexte de la recherche où c'est le chercheur qui fait la demande, nous introduisons par une consigne, assis face à face :

Bonjour. Je m'appelle olivier. Je suis étudiant en psychologie à l'université de Yaoundé I. je mène une étude sur « souffrance psychique et gestion du burnout chez les infirmiers de l'hôpital central de Yaoundé ». J'aimerais que vous me permettiez d'enregistrer et de prendre des notes pendant nos entretiens. Une fois de plus, je vous remercie d'avoir accepté de participer à cette étude en signant le consentement éclairé ».

La troisième rencontre fut consacrée au deuxième entretien proprement dit. Au cours de cette rencontre, nous avons abordés les thématiques sur l'elaboration psychique et la gestion du burn-out. Avant d'aborder cet aspect, nous revenions sur certains éléments du dernier entretien qui n'étaient pas très clairs afin d'apporter plus de précision. Il importe de mentionner que les participants prenaient un plaisir à parler des difficultés liés à la relation thérapeutique.

Notons que pour toutes les rencontres qui se sont tenues, dans une salle d'écoute calme, discrète et agréable. Par ailleurs, au cours des entretiens, nous avons utilisé un bloc note et un stylo, auxquels nous avons associé un enregistrement audio. Ce dispositif de collecte de données est mis en place au moment même de l'entretien. Evidemment, les participants ont été mis au courant de leur utilisation au moment même de la consigne. Ces

enregistrements audio ont été faits à l'aide d'un téléphone portable. Ceci nous a permis d'éviter des oublis souvent connus lorsque le chercheur procède à la prise des notes lors des entretiens. Certaines données factuelles pertinentes ont été prises en note au cours des entretiens. L'ensemble des données, tant verbales que factuelles, ont été transcrites sous forme de verbatim à la fin de chaque rencontre avant d'être analysées.

4.10. Considération éthique

La principale responsabilité éthique du chercheur concerne le respect et la protection des participants à une étude. La conduite de la recherche auprès des êtres humains, si elle n'est pas règlementée, peut mener à des abus ou à des dommages sur les plans physique et psychologique.

En psychologie comme dans plusieurs autres disciplines scientifiques, la recherche porte sur des aspects de l'activité humaine. Elle doit être conduite dans le respect strict des droits de la personne quels que soient les aspects étudiés. Les décisions conformes à l'éthique sont celles qui se fondent sur les principes du respect de la personne et de bienfaisance.

En ce qui concerne la confidentialité des données recueillies dans le cadre de cette recherche, celle-ci a été assurée conformément aux lois et règlements applicables à l'université de Yaoundé1. Une autorisation d'enquête signée par le directeur de l'HCY a été requise. Tant les données recueillies que les résultats de la recherche ne pouvaient en aucun cas mener à l'identification. Leur anonymat a, entre autres, été assuré en identifiant chaque participant à l'aide d'un nom imaginaire (par exemple : ZARA). Au terme de la recherche, la liste associant les codes et les noms des participantes a été détruite. De plus, les données recueillies dans le cadre de cette démarche de recherche n'ont pas été utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent projet.

Lors de cette entrevue de nature qualitative, certains souvenirs douloureux pouvaient être évoqués et faire référence à une période et éprouvante. Les moyens nécessaires afin de réduire les risques à ce niveau ont été assurés, entre autres, la participation à cette étude était entièrement volontaire. Les répondantes étaient libres de participer ou non, et de se retirer à tout moment (avant le début de l'entretien ou après l'avoir débuté). Les données recueillies auprès des participantes n'ayant pas complété les entrevues ont été, le cas échéant, détruites. La contribution à l'avancement des connaissances au sujet de l'épuisement professionnel. Aucune compensation d'ordre monétaire n'a été accordée. Les données

recueillies ont été conservées dans un ordinateur personnel. Pour des raisons de confidentialité, les ils seront détruits à la fin de ce travail

4.11. Analyse thématique de contenu

Selon Blais et Martineau (2006), l'analyse de données est « un ensemble de procédures systématiques permettant de traiter des données qualitatives, ces procédures étant essentiellement guidées par les objectifs de recherche », permettant ainsi de dégager le sens des données brutes. L'analyse des données comprend trois étapes, soit la codification, la catégorisation et la consolidation. Une lecture exhaustive de chacune des transcriptions d'entrevues a d'abord été effectuée. Pour tenter de comprendre comment les différents thèmes s'organisaient entre eux.

Cette étape a mené à un certain système de classification des thèmes, communément appelé arbre thématique, qui a pour but de présenter l'essentiel des propos abordés à l'intérieur des entrevues, et d'identifier les thèmes principaux et les thèmes secondaires. Cette représentation offre une vue schématisée et globale du phénomène à l'étude, que l'on nomme consolidation (Paillé & Mucchielli, 2012). Il importe en dernier lieu de mentionner que la thématisation est une méthode qui cherche d'abord et avant tout à mettre de l'avant une compréhension contextuelle. De ce fait, les propos des participants ont été extraits afin de répondre aux objectifs de la recherche, et la synthèse de ces propos pourrait être différente dans le cadre d'une recherche différente (Paillé, 1996). L'analyse thématique de contenu se veut avant tout « une technique descriptive des matériaux étudiés, susceptible d'identifier, de recenser et de classer les éléments de leur contenu en vue d'opérations ultérieures de comparaison, de contextualisation et d'interprétation » (Paillé et Mucchielli, 2008, p.188). Cinq étapes sont nécessaires pour mener à bien l'analyse thématique de contenu : la retranscription ; le codage ; la catégorisation ; l'élaboration de la grille d'analyse .

- **La retranscription**

La retranscription est intégrale, quel que soit le nombre de pages, sinon des analyses fines sont très difficiles. Dans un premier temps donc, il va s'agir de réécrire très fidèlement les entretiens. Lors de cette étape de retranscription, il faut noter précisément le discours de l'enquêté tel qu'il est dit, sans omettre de préciser les silences, hésitations, ou comportements non verbaux observés (attitude de retrait, manifestations émotionnelles, etc.). La retranscription intégrale permet aussi d'éviter d'écarter trop vite de l'analyse des parties de l'entretien qui seraient jugées a priori inintéressantes, ce qui pourrait se révéler inexact au fil

de l'analyse (Compenhoudt et al., 2017). Pour ces deux auteurs, avant toute chose, il faut un matériau consistant et de qualité (en l'occurrence des entretiens) qui soit parfaitement restitué et entièrement disponible pour l'analyse. Ils pensent que quelles que soient les opérations auxquelles il sera procédé par la suite, il sera toujours possible de revenir à ce matériau de base et de s'y retrouver. Ensuite, il faut organiser ce matériau d'une manière qui permette son analyse

- Le codage

Le codage correspond à une transformation des données brutes du texte. Ladite transformation qui, par découpage, agrégation et dénombrement, permet d'aboutir à une représentation du contenu susceptible d'éclairer l'analyste sur des caractéristiques du texte. Faire une analyse thématique consiste donc à repérer des noyaux de sens (des sous-thèmes) qui composent la communication et dont la présence ou la fréquence d'apparition pourront signifier quelque chose pour l'objectif analytique choisi. Généralement, l'ensemble des sous-thèmes se déduit à partir du texte. Il s'agit du codage inductif ou enraciné ou ouvert (Ryan et Bernard, 2003), le chercheur n'établit pas la liste des sous-thèmes à étudier avant de travailler son corpus, celle-ci lui est a priori inconnue. Toutefois, dans certains cas, ceux-ci peuvent être définis à l'avance, à partir de la théorie et de la problématique (Bardin, 1991). Allant dans le même sens, Miles et Huberman (2003) parlent de codage conceptualisé ou préalable. Pour ces deux auteurs, lors des entretiens directifs ou semi-directifs les thèmes abordés (Guide d'entretien) ont par définition été décidés à l'avance par le chercheur qui cherche à savoir quels contenus ils revêtent selon les personnes interrogées.

- La catégorisation

La catégorisation est une opération de classification des sous-thèmes par regroupement en thèmes. Pour Bardin (1991), la catégorisation peut employer deux démarches inverses :

- (1) le système de catégories est préétabli lorsqu'il découle des fondements théoriques hypothétiques ;
- (2) le système de catégories n'est pas donné à l'avance mais est la résultante de la classification analogique et progressive des sous-thèmes.

- Élaboration de la grille d'analyse

Une fois les thèmes et sous-thèmes identifiés, le chercheur doit les organiser les uns par rapport aux autres suivant une logique bien définie (Miles et Huberman, 2003 ; Paillé et Mucchielli, 2008). Cette organisation aboutie à l'élaboration de la grille d'analyse à partir du

premier entretien. Pour consolider cette grille, on l'applique à un deuxième entretien, puis au reste du corpus. Les modifications nécessaires sont apportées et les nouveaux thèmes ou sous-thèmes sont ajoutés si nécessaire. Le but de cette opération vise la construction d'une représentation synthétique et structurée des matériaux étudiés. Avec cette représentation, on est en possession d'une vue schématisée de l'ensemble d'un matériau voire d'un corp.

Dans cette étude, nous avons utilisé une analyse de type transversal, c'est-à-dire, celle qui rend compte non pas cas par cas, mais de manière groupée, en explorant l'ensemble des thèmes de notre guide d'entretien. Pour procéder à cette analyse, nous avons construit une grille d'analyse. Les grilles d'analyse sont élaborées en fonction de la visée théorique qui a déterminé les consignes de recueil des données (Poirier, Clapier-Valladon et Raybaut, 1996). De même, après avoir faire cette Catégorisation, nous avons procéder à la répartition des unités de sens sous les différents thèmes. Ensuite nous avons procéder au codage de ses unités de sens. Il est nécessaire de noter que nous avons définir les indicateurs en fonction.

Tableau 3 : Analyse thématique de contenu

Hypothèse	Code	Variables	Codes	Modalités	Codes	Indicateurs	observations			Résumé des observations
////////////////////////////////////							+	-	+/-	
Le travail de l'élaboration psychique rend compte de la gestion du surnaturel à travers la capacité à adhérer, traiter l'angoisse intra physique	X	Souffrance Psychique liée au burnout	a	Epanouissement au travail	1	Représentations				
					2	Connaissances du burnout				
			B	Vécu de sa souffrance	3	Fatigue physique				
					4	Fatigue de répétition				
			c	Vécu quotidien à l'hôpital	5	Fatigue d'impuissance				
					6					
	D	Ressources Internes	7							
			8							
	Y	Travail d'élaboration psychique (gestion du burnout)	E	Ressources externe	9	Apport de la famille/ collègues				
				Ressources internes	Mode défensifs					
Stratégies de coping										

Légende de la grille d'analyse :

+ : signifie existence de l'élément

- : signifie non existence de l'élément

± : signifie existence plus ou moins perceptible

- **Comment lire la grille :**

Il s'agira d'une grille à code binaire qui adoptera (X et Y) comme variables (a, b, c...g) comme modalités, (1, 2, 3...) comme indicateurs. Précisons que si dans le discours d'un participant, l'information est absente, cela ne voudrait pas forcément dire qu'elle n'est pas importante. Elle peut être latente.

Exemples :

- Si Xa1+ lire : le vécu quotidien à l'hôpital

- Si Xc7+ lire : le vécu concerne les ressentis face à la situation.

- Si Yg19+ lire : les stratégies d'adaptation mis en œuvre par les infirmiers en ce qui concerne le travail d'élaboration est existante.

Nous retenons de ce chapitre que nous avons fait usage de la méthode clinique. Cette méthode a été choisie par sa capacité à fournir une analyse en profondeur des phénomènes dans leur contexte. Suivant nos critères d'inclusion et d'exclusion, nous avons obtenu 03 participants. Nous nous sommes servis d'un Guide d'entretien pour collecter nos données. Ces données recueillies ont été analysées grâce à la technique d'analyse thématique de contenu. Ce sont ces résultats qui seront présentés dans le cinquième chapitre.

CHAPITRE V:
PRESENTATION DES DONNEES ET ANALYSE DES RESULTATS

Le chapitre précédent a permis de définir la méthodologie utilisée pour cette recherche. Cette partie du travail sera consacrée à la présentation et à l'analyse des données collectées sur le terrain. Dans un premier temps nous présenterons les participantes au cas par cas. Ensuite, nous ferons une analyse thématique des verbatim suivant la structuration de notre guide d'entretien et nous analyserons la subjectivité du chercheur au cœur des différents entretiens.

5.1. PRÉSENTATION DES PARTICIPANTS DE L'ÉTUDE

La procédure de collecte des données sur le terrain nous a permis de relever trois discours issus de l'expérience subjective des personnels Infirmiers nous allons présenter l'anamnèse et les données cliniques de chaque participant de notre recherche. Dans le but de conserver l'anonymat de nos participants, nous leur avons attribué des pseudonymes.

5.1.1. ZARA

Mme ZARA est Infirmière Diplômée d'Etat spécialisée en anesthésie réanimation âgée de 29 ans originaire de la région du centre mère de deux enfants Employée HCY en service depuis 8 ans d'abord aux urgences au bloc opératoire depuis 03 ans

5.1.2. HALAL

Mme HALAL est Infirmière Supérieure âgée de 36 ans originaire de la région du centre mère de trois enfants. Depuis sa contractualisation il y a 9 ans, elle est affectée à l'HCY où elle travaillait au service de neurochirurgie et actuellement au service de médecine (cardiologie).

5.1.3. GUEN

Monsieur GUEN est IDE de 48 ans. Marié et père de trois enfants. Originaire de la région du Sud-Cameroun, il est Fonctionnaire depuis 17ans et exerce à l'HCY au service de maternité depuis 10ans.

5.2. ANALYSE THEMATIQUE DES DONNEES DE L'ENTRETIEN

5.2.1 Analyse cas par cas

Ici il est question de faire l'analyse au cas par cas de l'analyse de contenu thématique de données que nous avons collectés auprès de trois participants sélectionnés. Nous mettrons d'abord en évidence lelaboration de la souffrance psychique et enfin de la gestion du burn-out

5.2.1.1. ZARA

Les entretiens avec Madame ZARA se sont déroulés à l'HCY dans une salle calme. Lors de ces rencontres nous découvrons une femme dynamique, souriante, un climat de confiance et de coopération s'est installé, le discours de la participante était chargé d'émotion tout au long des entretiens

Dans l'expression de ZARA il ressort que celle-ci présente des signes de burn-out sans prêter une attention particulière à ses symptômes il ressort que celle-ci travaille dans une équipe de deux personnes avec une récurrence de blocs opératoire soit à peu près trois opérations par nuit de garde avec pour chef de service un médecin anesthésiste. Ainsi relate-t-elle

« je suis tout le temps irritée surtout quand je suis au travail sinon je n'étais pas comme ça avant la moindre chose dans ce service m'énerve ... Il m'arrive même parfois de pas vouloir travailler, je me rends tout de suite à l'évidence que j'ai une famille à nourrir et que tout le monde compte sur moi... »

Silence puis *« vous savez parfois j'ai besoin d'un repos un peu de temps pour moi, moi seule ou du moins avec ma famille loin de cette routine ; vous ne pouvez pas comprendre en fait je suis tout le temps triste le travail est stressant et être au bloc opératoire c'est être un soldat prêt à réanimer au cas où ; burn-out j'ai entendu parlé mais sérieux je sais plus trop de quoi il s'agit »*

- **Épanouissement et épuisement des infirmiers**

Sans réelle surprise compte tenu du caractère éminemment subjectif de la fatigue, le discours des interviewés témoigne d'une grande diversité des ressentis de fatigue. Une première distinction isole assez spontanément la fatigue physique et la fatigue d'un autre ordre, généralement qualifiée de « psychologique », « psychique » ou « morale » seconde catégorie sur laquelle nous nous concentrerons davantage.

La fatigue physique est associée à deux facteurs : d'une part, la charge physique du travail, d'autre part, la station debout prolongée, le piétinement permanent et l'impression de courir constamment, engendrant, outre une fatigue physique générale, une plainte fréquente de «jambes lourdes »(notamment dans les deux entretiens préliminaires que nous avons menés, non retranscrits).

«Je trouve qu'on est plus épuisé avec des personnes qui sont atteintes des maladies qui nécessitent un long séjour à l'hôpital. Et avec les personnes comme où je suis en médecine , c'est une fatigue plutôt physique. C'est pas la même chose. S'il y a des personnes grabataires par exemple,c'est physiquement. On est épuisé. (...) Tandis que quand on est avec des personnes gravement malade, c'est le moral aussi. Il y a peut-être les deux.»

- **La fatigue psychologique, une entité multidimensionnelle**

La fatigue psychologique s'exprime par de multiples motifs, que nous proposons de regrouper,dans le cas de la prise en soins des patients à l'hôpital, en quatre entités: la fatigue d'envahissement, la fatigue de répétition, la fatigue d'hypervigilance et la fatigue d'impuissance, éventuellement simultanées et cumulatives. Cet agrégat englobe plusieurs phénomènes que nous rattachons à des vécus d'intrusion, de saturation, de débordement ou de submersion, principalement occasionnés par certaines maladies. Les «vocalisations » incluent notamment les insultes ou les remarques sexuelles, qui se donnent spontanément à lire comme des agressions verbales, facteurs de stress dont l'impact psychologique.

«L'agressivité aussi, c'est ça. C'est taper, c'est verbal comme physique. Par exemple il y a des patients vous leur dites, comment vous allez ? Ils vous insultent. Il y a des patients qui vous insultent ».

« Je ne sais pas si ça... Parce que rien que voir ces patients lui courir après toute la journée, non je pourrais pas. Je pourrais pas. Une collègue en tou cas pas moi je pourrais pas le temps qu'elle soit en bas, ils sont accrochés à elle. Pas toutes, c'est deux ou trois patientes qui s'accrochent à elle comme ça. Elle ferme la porte, ils sont là. Elle sort. Non je pourrais pas... (...) Ils peuvent même pas solliciter. Ils s'agrippent, juste ils s'agrippent sur nous »

- **fatigue de répétition**

La répétition des questions des patients alimente la dimension invasive des ressentis de fatigue. C'est sur la répétitivité des actes des infirmiers eux-mêmes. Nous incluons dans cet agrégat la répétition des réponses : le professionnalisme de l'infirmier lui impose en effet d'apporter une réponse à toutes les questions du patient, fussent-elles répétitives. Indépendamment de la fatigue induite par la répétition du geste vocal

« C'est ça qui est un peu fatigant de répéter toujours la même chose. C'est fréquent. «Quand je vais sortir monsieur, est-ce que ma fille va venir ? Je sors quand ? » Toujours la même chose.Voilà »

Cette tâche induit de veiller à chaque instant à la sécurité de tous les patients en même temps qu'à sa sécurité propre face aux gestes agressifs soudains. Outre une vigilance de chaque instant lors des gestes identifiés comme à risque (douche, etc.), le souci du patient est omniprésent

« c'est surtout d'abord le souci. Non c'est surtout le souci de se dire 'Mais tiens, il est pas là'. On a peur qu'il lui arrive quelque chose si on l'a perdu de vue quelques instants. On court toute la journée. C'est que pour nous, surtout, au bloc opératoire. C'est le souci. C'est ce souci-là. Il est en danger, il est en danger permanent. (...) En fait au fur et à mesure que je me prends trop la tête, il y a des moments où je peux rentrer j'ai des céphalées, j'ai mal un peu à la tête. Là ça me fatigue. Et lutter aussi contre la fatigue au niveau de mon travail »

La fatigue physique, quoique présente, n'est que faiblement spécifique à notre population et de proposer de distinguer, au sein de la fatigue psychologique, quatre dimensions de fatigue plus caractéristiques du travail auprès des malades: une dimension d'envahissement, marquée par des caractères intrusifs et hostiles proches du harcèlement, à potentiel traumatique ; une dimension de répétition, menaçant les contenants psychiques du Moi; une dimension d'hypervigilance, stress plus classique mais aggravé par les caractéristiques cliniques de la maladie et une dimension d'impuissance, née de l'empêchement à agir selon ses propres critères de qualité. Ces quatre dimensions sont, dans notre esprit, intriquées et éventuellement cumulatives. Il n'est par ailleurs guère surprenant, eu égard à la spécificité de la profession infirmière, que ces quatre dimensions de la fatigue semblent intimement liées à la relation soignant-soigné elle-même.

- **Gestion du Burnout**

Stratégies de lutte contre la fatigue

Il nous a semblé pertinent, dans le cadre de cette recherche, de nous intéresser aux stratégies de lutte contre la fatigue : elles nous paraissent contribuer à mieux isoler les phénomènes relevant des symptômes de fatigue de ceux relevant des plaintes de fatigue, c'est-à-dire à mieux distinguer le domaine de l'éprouvé et celui de l'acte de communication. Nous intégrons dans notre réflexion les petits actes ou rituels de la vie quotidienne, considérant que

les mesures qu'un sujet prend afin de lutter contre la fatigue constituent de précieux indicateurs des causes auxquelles il attribue ladite fatigue.

Quand il manque une collègue, ça nous déséquilibre totalement, oui... »

«C'est-à-dire on arrive y a pas de serviettes, y'a pas de... de protections, il manque des gants, un tel a fait un... enfin bon c'est, c'est, c'est tous ces petits trucs qui moi mis bout à bout font que ...A un moment je me lasse, et je me dis bon ben pfff.... Voilà là ça faisait quelques jours que j'étais un peu au ralenti quoi je... j'avais pas envie de... de... de me fatiguer, j'avais pas envie de courir, j'avais pas envie de... de... de... même de faire le mariol pour qu'ils, pour les faire rire quoi. J'étais, même ma collègue m'a dit mais en ce moment tu... t'es pas là ! »

- **Technique de gestion (astuces / recettes)**

L'interrogation des infirmiers sur les «petits rituels », qu'ils mettent en œuvre en arrivant à leur domicile après leur journée de travail ou durant leurs jours de repos nous conduit à penser que toutes les méthodes de lutte contre la fatigue ont pour objectif(s) de se purifier, de se détendre et/ou de s'isoler. L'objectif vise à se purifier de la fatigue conçue comme une souillure.

(Malgré la fatigue) *« il faut que je fasse ma prière [...] c'est juste pour prier [...] Si j'ai pas fait ma prière, c'est comme si... je suis pas du tout à l'aise quoi... Donc une fois que je fais que j'ai fait ma prière, je reste plus tranquille, je suis plus zen. [Cela efface] toute la fatigue de la journée, et puis je me sens bien ça va »*

- **Mise en œuvre des mots et des représentations verbales et communicables**

- **Elaboration de la souffrance psychique**

Nous empruntons le concept de clivage à Melanie Klein (1946) qui montra, notamment chez l'enfant, les objets ne sont pas perçus et compris objectivement, mais clivés de telle sorte que leurs imagos (objets partiels) soient dotées chacune de qualités exclusivement bonnes (bon objet) ou exclusivement mauvaises (mauvais objet). L'hypothèse d'un phénomène de clivage nous paraît pertinente pour expliquer comment le Moi de l'infirmier peut supporter sans davantage de dommages psychiques que le patient soit à la fois la source d'agressions psychiques, tout en demeurant au centre d'une relation de soins pérenne. Mais le discours de nos interviewé(e)s laisse entrevoir à de multiples reprises des processus d'infantilisation malgré eux, les niant parfois pour mieux les donner à voir :

« Le problème que moi j'ai constaté, je suis pas parfait, mais euh... c'est que les gens traitent souvent les malades comme des enfants. Et sont... et en fait non ils

sont, c'est pas, c'est pas, c'est pas spécifiquement, ils redeviennent pas des enfants... Mais voilà c'est pas des enfants,... et je sais que moi j'ai passé des mois et des mois à me battre avec certaines de mes collègues, je leur disais c'est pas un enfant, tu es en train de t'occuper d'une personne qui a 80 ans, qui a peut-être pas toute sa tête, mais qui... mais tu n'as pas à traiter comme si il avait 2 ans, ça se fait pas ! Et c'est vrai qu'il y a beaucoup de gens qui profitent... profitent de... de la maladie, pour en fait pas être maltraitant mais euh... mais ne pas les respecter entièrement en tant que, en tant qu'être humain, en tant que personne d'un certain âge qui à une vie, qui a des envies, qui est, enfin pas envie qu'on l'emmerde tout simplement !... ». [Mais pour ramener un peu d'ordre en cas d'altercation entre patients, le même soignant utilise « sa grosse voix »]

« L'épuisement professionnel arrive à tout moment dans le travail, il faut seulement se reposer et bien dormir après on récupère ses forces pour recommencer le travail avec une bonne humeur. Mais moi je n'arrive même pas à dormir même si je veux et c'est ça qui me dérange un peu depuis quelque temps et comme vous le savez le sommeil est réparateur ; parfois je me dis que c'est ce manque de sommeil qui me dérange »

Assiste à ce niveau du discours à une confusion entre la fatigue musculaire ou mentale lié au travail et le Burn-out et cela se voit dans le cas où le sujet revient sur ses insomnies comme source probable de son mal-être. Selon ZARA, ces insomnies ne sauraient être en déphasage avec son affection. Le lien ne saurait être direct car l'épuisement professionnel pour elle est lié juste à une récupération par un sommeil. Et sans sommeil elle ne saurait récupérer ses forces perdues. Il ressort de cette rubrique que les participants ne sont pas en phase avec le Burn-out qui leur est étranger et irréprésenté. Leurs affections ne sont pas liées à ce vocable nouveau qui malgré leur formation initiale et continue n'est apparu quelque part et qu'ils n'ont jamais rencontré ou diagnostiqué dans leur expérience professionnelle. Raison pour laquelle on dirait plutôt un mauvais sort ou une mauvaise manipulation des énergies cosmiques en leur défaveur.

À la question de savoir à quoi est causé leur mal-être, les participants sont orientés vers des causes liées aux rapports de travail et aux rapports avec les collègues et d'autres usagers de l'hôpital. Pour ZARA :

« Je ne sais pas ce qui m'arrive malgré les efforts que je fais pour bien faire mon travail, chaque jour je suis confrontée à des blâmes de mon chef qui pense que je ne suis plus concentrée au travail qu'elle ne me reconnaît plus et que si je ne veux pas travailler elle va me remplacer. J'ai vraiment l'impression que c'est moi le problème. Au travail je suis avec tout le monde et on n'a aucun problème mais d'où me viennent ces symptômes là je n'ai aucune idée »

On constate dans ce discours que le personnel soignant en tant que professionnelle de ZARA n'est pas enclin à l'étiologie expliquée de leur affection. Elle penche plus à ce qui dépasse

l'entendement. La rupture avec la réalité qu'elle vit entre ses pensées et son réel mal vient de l'ignorance des caractéristiques du Burn-out. Elle aimerait fouiller dans son vécu expérimentiel ce qui peut avoir ce type de symptôme comme maladie médicale mais elle est sans issue d'explication et par conséquent les cause de son mal ne peuvent se retrouver dans sa centration à la médecine somatique.

Intervenir auprès des patients présentant des troubles pas encore diagnostiqués nécessite un construit historique qui permet non seulement de bien situer le trouble dans le temps mais aussi de savoir avec exactitude comment la maladie a évolué si oui les causes et les évènements saillants originels. L'anamnèse intègre alors l'histoire de la maladie d'une part c'est-à-dire son évolution et d'autre part l'histoire du patient en terme d'antécédents et exposition pouvant aujourd'hui induire un vécu anxigène et de souffrance. Les données issues du terrain montrent qu'aucun des personnels interviewés n'essaye de construire une histoire de sa maladie. Ils se contentent de prendre en compte leur signes et symptômes actuels qui n'informent pas sur les différents événements pouvant avoir fait impact dans leur vie professionnelle et conjugale.

En plus il semble que les personnels interviewés sont très centrés sur leur travail et ont un sentiment de perfectionnement. Ce qui se matérialise dans le discours de ZARA qui voit sa vie en branle suite à son incompétence avérée au travail avec des multiples réprimandes et des appels à un retour au meilleur sentiment. Car ses collègues et son chef de service de la reconnaissent plus. Il ressort de cette rubrique que l'intervention thérapeutique liée au Burn-out chez ces personnels de santé est très difficile du fait de la non maîtrise des voies et moyens de diagnostic et de l'étiologie du trouble. Ces personnels ne peuvent ni utiliser des capacités intrinsèques pour venir à bout de leur affection, ni adopter des mesures de prévention qui éviteraient l'exposition à l'épuisement professionnel ni encore emprunter des itinéraires thérapeutiques qui facilitent leur accès à l'équilibre mental, somatique et professionnel.

Tableau 4 : grille d'analyse cas ZARA

Hypothèse	Code	Variables	Codes	Modalités	Codes	indicateurs	Observations			Résumé des observations
////////////////////////////////////							+	-	+ /-	
Le travail de l'élaboration psychique rend compte de la gestion du surnaturel à travers la capacité à adhérer, traiter l'angoisse intra physique	X	Souffrance Psychique liée au burnout	a	Epanouissement au travail	1	Représentations		Xa1		
					2	Connaissances du burnout			Xa2	Connaissance des signes pas de la pathologie
			B	Vécu de sa souffrance	3	Fatigue physique	Xb3			Présent dans son discours
					4	Fatigue de répétition	Xb4			Présent dans son discours
			c	Vécu quotidien à l'hôpital	5	Fatigue d'impuissance	Xc5			
					6					
	D	Ressources Internes	7					Xd7		
			8							
	Y	Travail d'élaboration psychique (gestion du burnout)	E	Ressources externe	9	Apport de la famille/ collègues				Ye9
				Ressources internes	Mode défensifs					
Stratégies de coping										

5.2.1.2. GUEN

Le manque d'idée est encore plus visible chez GUEN qui pense que ses multiples affections sont le fruit d'un mauvais sort car pour lui il ne comprend pas pourquoi c'est maintenant que tout cela lui arrive alors qu'il vient de changer de service malgré son expérience de 17ans de service au sein d'autres services. Il pense au rapport entre le mystique et le cosmique avec ses affections en ces termes :

« Je n'ai jamais eu une santé fragile au contraire dans tous les services que j'ai servi j'étais celui qui remontait le moral aux autres quand ils étaient malades. Mais ce qui m'arrive ici ne s'explique pas. Depuis trois mois je n'arrive pas à faire une semaine de travail sans tomber malade bizarrement. »

Cette situation qui semble très stable chez tous les professionnels de santé interviewés est déplorable au vu du secteur d'activité dans lequel ils exercent. Le syndrome d'épuisement professionnel est mal connu dans cette sphère de compétences médicales. Ils sont étrangers à ce vocable, à sa définition et son étiologie. Ce qui nous amène à comprendre pourquoi malgré la souffrance que ce dernier leur afflige dans l'exercice de leur fonction et dans la vie quotidienne, ils restent impuissants face à cela bien que des personnels de santé.

Les connaissances sur le Burn-out renvoient ici à l'ensemble de ressources déclaratives que le sujet possède sur l'épuisement professionnel. Il s'agit de savoir si le sujet connaît exactement ce qu'est l'épuisement professionnel, est ce qu'il peut définir le concept Burn-out en donnant ses différentes caractéristiques et ses causes. Car pour faire face de manière efficace à un trouble ou un phénomène, il faut au préalable le saisir et lui attribuer un sens. C'est lorsqu'on saisit le sens d'un concept ou d'un phénomène que l'on peut mieux le comprendre, étant donné que la connaissance précède la compréhension dans le développement cognitif.

La connaissance est le premier facteur d'appropriation du milieu dans le lequel nous vivons et des phénomènes qui nous entourent. Si chaque sujet en bonne santé est un malade qui s'ignore, être malade en ignorant notre maladie est encore plus grave car dans le raisonnement psychologique, ces sont les psychotiques qui présentent une telle déficience. Souffrir est atténuer lorsqu'on sait ce qui nous afflige et lorsqu'on sait inhiber pour se différencier du névrotique qui sait de quoi il souffre sans savoir comment y remédier, ni les

origines de sa souffrance. Il est donc impératif surtout pour des personnels de santé de connaître et de comprendre les différentes manifestations des troubles mentaux et somatiques qu'ils ont été appelés à remédier. Cependant, les données issues du terrain montrent que les trois professionnels de santé interviewés dans le cadre de cette étude n'ont aucune idée de ce qu'est un Burn-out. L'évocation de ce concept à leur présence crée une confusion et un amalgame cognitif qui conduit à des raisonnements qui éloignent radicalement du sujet. Ces derniers souffrent en silence et parfois avec des superstitions.

- **Épanouissement et épuisement des infirmiers**

La fatigue physique a pour particularité d'être beaucoup plus facile à soulager que la fatigue psychologique :

« La fatigue physique, c'est quelque chose, je suis fatiguée, je peux me coucher, je dors bien. Mais psychique, j'arrive pas à m'endormir »

Chez les infirmiers oeuvrant dans les services de soins intensifs et des urgences, cette dimension physique reste présente mais cède le pas à une dimension « psychologique ». La survenue d'actes hostiles porte par définition atteinte à la reconnaissance que les soignants attendent implicitement de la part des usagers du système de soins. En outre, le professionnalisme impose aux infirmiers de maîtriser ses réactions. On perçoit aisément que cette répression des émotions engendrées par des agressions d'autant plus perturbantes qu'elles sont inattendues ou hors de propos puisse constituer un facteur supplémentaire de tension (Roux, 2014)

« ... le coup on est humain ! On se fait gifler, on a envie de rendre ... Bon je vais pas mentir, j'ai envie de remettre le coup... Mais... mais justement on sait ou on est, avec qui on est, quel métier qu'on fait donc... on se reprend vite... »

« Répéter les choses. Essayer de faire plusieurs choses en même temps. Une fois ça va, deuxième fois ça va mais si on doit répéter une quatrième fois quand même, c'est un peu difficile. Ça fatigue un peu. Parce qu'on sent qu'on a pas réussi, que quelque chose ne va pas. On essaie de chercher une autre possibilité de réussir et on n'est pas satisfait du résultat. C'est le plus dur pour moi, c'est de répéter des choses. Une fois c'est bon, une journée ça s'était bien passé mais le lendemain je vois qu'on est dans le même cas. C'est toujours la même situation, il faut répéter. C'est pas peut-être dur mais c'est un peu triste. Quand même, c'est une maladie à laquelle on pense quand même beaucoup. C'est triste, c'est fatigant. (...) Ce n'est pas énervant mais c'est un peu fatigant parce qu'après on pense est-ce que peut-être, je peux faire différemment. Après toutes les pensées, tout ça ; tout ce qui se passe après de répéter dix fois la même chose. On fait le travail à côté de penser peut-être, je peux faire ça différemment, peut-être j'ai pas fait ça bien. C'est à

peu près tout le travail qui fatigue. (...) Si vous entendez ça chaque jour, (...) J'ai mal à la tête »

Deux processus peuvent ici être invoqués : d'une part, l'identification, dans la mesure où la répétition ramène l'infirmier dans une condition similaire à celle du patient ; d'autre part, la loi de contagion, processus primaire relevant de la pensée magique ou de la magie sympathique et mis en évidence par les anthropologues à la fin du XIX^{ième} siècle, postulant que lorsque deux entités (personnes, aliments, etc.) entrent en contact, certaines propriétés physiques ou comportementales, certaines intentions se transfèrent de l'une à l'autre de façon permanente (Tylor, 1871)

« Le travail, c'est le travail. Il faut être vraiment responsable de ce qu'on fait. Ça aussi, c'est un peu fatigant parce que tout le temps il faut penser. Il faut vraiment être à l'écoute et regarder qu'est-ce qui se passe autour de nous. Tout le temps, il faut être réveillé »

Mise en œuvre des mots et des représentations verbales et communicables

En ce qui concerne GUEN, l'ignorance du concept de Burn-out se vit à travers son caractère évasif et très pensif sur les symptômes somatiques qui l'amènent à une santé fragile depuis un certain temps. Il est sans voix/voie pour venir à bout de toutes ses multiples affections. Selon lui :

« J'ai l'impression que je suis malade mais je ne sais ce qui d'aussi grave m'amène au lit à chaque fois. On a fait une batterie d'exams négatifs mais je suis malade. Rien ne peut me donner ma joie de vivre d'avant dans cet état de souffrance et d'angoisse permanente. Parfois je sais pas où je suis et je perds complètement la notion de temps ; je n'ai plus envie de rien. »

Il ressort que GUEN est sans repère par rapport à son affection ou ses multiples affections. Cette angoisse de l'effondrement qui en découle provoque en lui des pensées négatives qui empêchent l'apparition de toute émotion. Il se sent triste devant cette réalité inquiétante innommée, impensable et irreprésentable qui surgit de manière inopinée dans son existence et dans son travail en modifiant le cours de sa vie et son avenir mis en branle. Il a l'impression de ne plus exister et de perdre la raison au vu des exams négatifs et en tant que professionnel de la santé, cela semble inquiéter et fait penser au mystique avec une malédiction cosmique, le karma d'une mauvaise action posée vis-à-vis d'un patient ou encore un mauvais sort lancé par un collègue qui veut sa place. La perte de repères spatio-temporels

et le sentiment de non existence qui s'en suivent démontre du déphasage entre les pensées de GUEN avec la réalité professionnelle qui l'accable

- **Gestion du Burnout**

Stratégies de lutte contre la fatigue

S'agissant d'une fatigue d'origine professionnelle, c'est sur les stratégies collectives de lutte contre l'épuisement. Le rythme de travail et son intensité figurent constamment parmi les principales causes de fatigue mentionnées ou sous-tendues par les discours des infirmiers. A la course perpétuelle contre le temps correspond logiquement une chasse constante contre toutes les sources de perte de temps, généralement justifiée par la nécessité de dégager du temps à consacrer au patient. Les facteurs organisationnels tels que le manque de personnel, l'absentéisme, le manque de matériel, etc. n'ont finalement été que rarement mentionnés par nos interviewé(e)s, comme si leur pénurie était banalisée, à l'exception du rythme de travail, organisé en rotations plus ou moins régulières

« Je suis une personne qui s'absente pas. Donc je suis là régulièrement. Et on a des jours de repos bien sûr, heureusement d'ailleurs. Et c'est vrai quand on est régulièrement deux jours de repos, deux jours de travail, trois jours, on sent la fatigue. Mais on la sent plus les week-ends, les trois jours du week-end parce qu'il y a les familles aussi. Donc c'est épuisant aussi quand il y a les familles à l'hôpital. C'est plus fatigant oui. Et je suis pas la seule à le dire. Parce que je travaille avec des collègues qui ressentent la même chose »

- **Technique de gestion (astuces / recettes)**

« Moi quand je rentre chez moi, la première des choses c'est d'aller me doucher d'abord avant d'embrasser mes enfants. C'est comme ça, c'est dans ma tête. Je me dis, j'ai passé une journée entre le pipi, excusez-moi, le reste. Donc la moindre des choses, c'est de vraiment me débarbouiller, me sentir plus propre. C'est ça, c'est comme ça. C'est dans ma tête »

Elaboration de la souffrance psychique

« Parce que je vois quelqu'un d'autre qui a quand même besoin de mon aide, qui quand même je vois dans sa peau, il est pas bien. Et il est perdu. Au moment où je l'aide, je vois qu'il essaye de faire quelque chose. Quand même, il reste pas tout seul et il fait un petit progrès. On peut dire comme un enfant. C'est un grand enfant. Pour moi, c'est à peu près ça. »

Le clivage semble la condition pour que l'infirmier puisse tolérer les atteintes dont le même patient peut par ailleurs à tout moment se montrer responsable (agressions physiques ou verbales, cris, souillures excrémentielles, etc.), ses qualités négatives s'agrégeant en un mauvais objet, dans une tentative de le tenir éloigné. Le clivage se donne ainsi à lire dans les mécanismes de rationalisation ou de naturalisation, qui permettent d'abaisser l'angoisse de l'infirmier en raccrochant tout comportement « déviant » à la maladie :

« Je me sens épuisé, je n'ai besoin de rien à part bien faire mon travail qui me dépasse de plus en plus. Je n'aime pas quand les gens se plaignent de moi alors que je ne sais pas ce qui se passe »

.

Tableau 5: grille d'analyse cas GUEN

Hypothèse	Code	Variables	Codes	Modalités	Codes	Indicateurs	observations			Résumé des observations		
////////////////////////////////////							+	-	+ /-			
Le travail de l'élaboration psychique rend compte de la gestion du surnaturel à travers la capacité à adhérer, traiter l'angoisse intra physique	X	Souffrance Psychique liée au burnout	a	Epanouissement au travail	1	Représentations						
					2	Connaissances du burnout			Xa2			
			B	Vécu de sa souffrance	3	Fatigue physique						
					4	Fatigue de répétition					XB4	
			c	Vécu quotidien à l'hôpital	5	Fatigue d'impuissance		X	C	5		
					6							
			D	Ressources Internes	7							
					8							
	Y	Travail d'élaboration psychique (gestion du burnout)	E	Ressources externe	9	Apport de la famille/ collègues					YE9	
					Ressources internes	Mode défensifs						
				Stratégies de coping	Recours aux soins médicaux							

5.2.1.3. HALAL

La fatigue soignante semble relever du sentiment d'impuissance ; elle associe divers ressentis d'inefficacité ou d'incapacité. Nous la décelons dans deux types de circonstances : le premier est le refus de soin ou d'activité chez l'infirmier; le second est l'impuissance du cadre infirmier face à la fatigue de ses collaborateurs. Particulièrement fréquent, le refus de soin oblige le soignant, pour aborder le patient en douceur, à prendre un temps que l'intensité du travail a considérablement raréfié. L'imaginaire soignant se fonde encore largement sur la reconnaissance dont le patient témoigne envers le soignant en échange de son dévouement. La maladie empêche ou entrave l'émission de preuves de reconnaissance, ce qui conduit les infirmiers à interpréter à cette fin les gestes et comportements des soignés. Dans ce contexte, tout refus, toute hostilité du patient alors même que l'infirmier est en train d'accomplir un geste de soin ou d'hygiène supposé bénéfique au patient constitue une source d'incompréhension et de frustration pour ce dernier,

« Qu'est ce qui me fatigue... je veux pas dire qui me dérange, mais qui me fatigue... c'est quand je suis en difficulté que je n'arrive pas trop... bouger... faire avancer les choses... C'est-à-dire je vois la personne qui est en face de moi, il a besoin de soins... Et que j'ai trouvé que ces soins sont vraiment nécessaires pour son épanouissement par exemple, et que je ne sois pas à mes yeux, parce que soit il est agressif, soit il se retranche sur lui-même, et donc je ne peux pas l'obliger...(...). Par exemple quelqu'un qui refuse sa toilette, et que dans le processus il faut donner quelque chose, une médication pour calmer cette personne là... Dans un premier temps on vient, on donne, on propose un médicament, il dit non ! Si on reste sur le non ça veut dire que, la médication n'est pas prise, et donc du coup la toilette elle sera pas faite, et ça aura un impact sur l'alimentation ou le repas qui sera programmé à une heure commune, et ainsi de suite, donc une accumulation de...»

Épanouissement et épuisement des infirmiers

« Travailler aux urgences, c'est une fatigue plus psychologique que physique parce que trop de bruit, trop de cris, trop de déambulations. Toujours en train de courir. Ils font des choses »

Sans être absente, la dimension physique ne domine donc pas les discours relatifs à la fatigue spécifique. Notamment chez les infirmiers travaillant alternativement dans une unité spécialisée ou dans un service généraliste, qui offrent un discours plus volontiers comparatiste, c'est la fatigue psychologique qui semble plus volontiers rattachée à la au service des urgences. Premier critère de différenciation, voire principale marque de distinction, entre le travail ou les infirmiers des services spécialisés et ceux des unités

polyvalentes, cette caractéristique interroge également le parallélisme entre le type de dépendance du soigné et la fatigue du soignant: dans les deux cas, physique aux urgences et psychique en médecine, suggérant une possible identification soignant/soigné.

- **La fatigue psychologique, une entité multidimensionnelle**

Le contenu manifeste de ces agressions, présenté comme compréhensible et excusable en raison de la maladie, peut par ailleurs faire écho, par exemple dans le cas de l'identité culturelle, à des atteintes semblables subies à l'intérieur ou en dehors du cadre professionnel :

« (Ici, il n'y a qu') des beti. Sinon tous les autres, c'est des bamileké. Donc du coup, on n'a pas trop le choix. C'est vraiment difficile parce que la mentalité du malade est retrograde c'est pour ça qu'on se dit il ne faut pas le prendre au premier degré. Donc tout ce qui se perd, même un comprimé se perd, on a volé. Ici vous embauchez que les gens que vous ramassez dans la rue. Ils viennent, ils volent tout. Je dis mais écoutez, on ne va pas vous voler un comprimé. Si, si on m'a volé mes médicaments. Je dis, bon écoutez ce n'est pas grave. (...) Et nous on dit, mais non ce n'est pas grave. Il y en a qui nous traitent de non seulement voleur de médicaments, en plus (...) Je ne sais pas, ça sort comme ça de leur bouche, je ne sais pas. Je ne sais pas du tout »

Si ces insultes et agressions verbales relèvent de différents degrés d'atteinte à la reconnaissance, les comportements dits « d'agrippement » (questions répétées, adhésivité, alternance d'épisodes agressifs puis tendres, etc.) nous semblent, eux, vécus sur un mode aliénant, évoquant des micro-assauts répétés allant jusqu'aux réminiscences et procédant par conséquent de mécanismes suggérant l'intrusion et le harcèlement, voire le traumatisme psychique.

La fatigue des infirmiers est liée au besoin de surveillance quasi permanente des patients. Les infirmiers considèrent en effet que la caractéristique principale de leur métier est de parvenir à décrypter, derrière les signes de la maladie, les besoins du patient-l'essence du care est le souci de l'autre :

« On essaie d'anticiper (...) ce qu'ils veulent avant même qu'ils demandent. On sait qu'ils veulent ça. Il faut leur faire ça. Il faut les habiller, faut les aider à manger, faut les emmener. (...) Côté habillement, on voit. Ils sont pas habillés de façon adaptée. S'il fait froid, ils sont pas couverts. On voit qu'ils peuvent pas demander, ils ont froid, ils veulent se couvrir. On le sait tout de suite. On sait qu'ils sont pas habillés de manière adaptée. On sent qu'ils veulent peut-être être habillés de façon adaptée. On découvre et ça les dérange pas. En fait quand ils veulent pas, ils les enlèvent. Ils nous montrent de cette façon-là que non ça, ça va pas du tout. C'est également le même processus face à la douleur ... elle est visible chez le patient pas besoin de demander à celui-ci s'il a mal ou pas »

- **Gestion du Burnout**

Stratégies de lutte contre la fatigue

Les activités de care elles-mêmes consistent à pourvoir aux besoins vitaux et d'hygiène de ces populations d'âges très différents mais toutes deux en situation de dépendance (changer les protections, veiller à l'hygiène corporelle, aider à manger...). Les interviewés s'agissant d'une population très majoritairement féminine en âge d'avoir ou d'avoir eu des enfants, il est peu surprenant que les infirmières puisent dans leur expérience extraprofessionnelle de femme et de mère des points de comparaison et des gestes ou attitudes ayant fait leurs preuves.

« Si je ne sais pas ce qui m'arrive comment puis-je en prendre soin. Je remets tout entre les mains de Dieu puisque j'ai fait tout ce que les médecins ont demandé et tout ce que je sais pour essayer de retrouver la paix dans ma vie mais rien je crois que je vais encore continuer à lutter et à faire ce que je peux faire dans mon lieu de service. »

- **Technique de gestion (astuces / recettes)**

« Pour me ressourcer ce que je fais, bon d'abord 1) je suis une personne qui chante beaucoup... Qui aime beaucoup chanter, danser, donc... et puis j'ai eu cette chance-là, je sais pas si c'est très bon à dire mais, j'arrive... j'arrive à me couper, quand je suis très fatiguée je coupe mon souffle et je fais un vide autour de moi, comme ça, c'est vrai, je ne sais pas si tout le monde arrive, mais je fais le vide comme ça, et 5 min après je reprends ma respiration, et ça va! (...) Oui, oui j'arrête de respirer comme ça... Pendant 5 min je fais pff... je descends, je descends... Et je sens que je vide tout mon corps. Et après je reprends. Je suis bien »

« Après le sport, pendant le sport je suis avec mes amis, je suis avec ma famille et on est dans un groupe. On s'entend bien. C'est totalement différent. C'est des endroits totalement différents. Le travail, c'est le travail. Il faut être vraiment responsable de ce qu'on fait. Ça aussi, c'est un peu fatigant parce que tout le temps il faut penser. Il faut vraiment être à l'écoute et regarder qu'est-ce qui se passe autour de nous. Tout le temps, il faut être réveillé. Mais là, je me lâche totalement. Après le travail, je me lâche, c'est bon. Je me sens totalement différente. Je me permets de pas regarder autour, d'aller où je veux, de faire exactement ce que je veux. C'est à peu près ça. Et ça fait du bien »

Toutes les méthodes que nous avons pu recenser ont en commun de permettre de se retrouver seul et dans le calme. Cette recherche de calme et de solitude nous semble corroborer l'hypothèse d'une fatigue d'invasion, en cherchant par divers moyens à faire sortir l'objet aliénant de l'esprit de l'infirmier en stoppant l'intrusion par le bruit, en faisant provisoirement taire le souci pour autrui, en s'arrêtant de penser, etc.

La prise en charge du Burn-out par d'abord de la prévention et ensuite des mesures palliatives en cas d'affection. En ce qui concerne la prévention, les données du terrain démontrent qu'aucun personnel interviewé ne semble se soucier des conséquences de l'épuisement professionnel et par conséquent ne prend en compte les facteurs qui conduisent à ce syndrome. C'est ainsi que HALAL affirme que :

« Je ne sais pas quoi faire ni quoi dire sur ce point. Je traite tout le monde comme j'ai l'habitude de les traiter. Si tu viens mal je te prends mal parce ce que moi je ne fais pas les courbettes. Si tu me parles mal je te parle mal. Je ne peux pas avoir autant de travail et venir encore me soucier des émotions des gens qui viennent pour vous casser la tête, qui ne respectent rien et qui font toujours le contraire de ce que tu demandes. des fois, mes patients j'ai l'impression qu'ils m'épuisent, qu'ils me pressent comme un citron des fois, moi j'ai ce sentiment d'être complètement pressée comme une serpillière ou comme un citron, ils te prennent tout là ils t'épuisent complètement... Puisque vous avez choisis d'en parler parlons c'est la pression de travail puisqu'on est dans un hopital de deuxième référence. La pression du travail est un facteur aggravant »

De ce discours il ressort qu'aucune mesure préventive au Burn-out n'est prise par HALAL qui ne sait ni à quoi elle s'expose ni où cela va l'amener. Cette non prise en compte des dangers et es conséquences de ces dangers au travail est l'origine du manque d'allusion faite à l'épuisement professionnel par ces personnels soignants. Car le manque de contrôle qui ressort de ce discours, la surcharge de travail donc HALAL évoque dans son discours sont suffisants pour irriter son environnement professionnel et ternir les rapports avec ses collègues et les usagers. En plus on observe une certaine incongruence entre les attentes et les valeurs de la dame avec les comportements de ses soignés et dirigeants. Avec son fort caractère et son tempérament chaud, elle ne peut se contrôler ni gérer les émotions conformément aux attentes du métier et de l'institution hospitalière

Elaboration de la souffrance psychique

« On sait que la personne n'a pas conscience de ce qu'elle est en train de faire. (...) Parce que c'est... c'est pas quelqu'un qui... qui vient me faire du mal, et qui fait du mal intentionnellement hein ! C'est pas réfléchi... elle a pas réfléchi ce matin : La soignante va venir m'aider et que je serai en colère, et que je vais la griffer... »

En termes d'économie psychique, cette hypothèse du clivage donne notamment lieu à des modalités d'introjection et de projection différenciées pour le bon et le mauvais objet, puisqu'elles relèvent de la psychanalyse clinique; mentionnons que le bon objet tend à favoriser l'identification, tandis que le mauvais objet condense un noyau hostile, dont le

psychisme se protège par divers mécanismes de défense, éventuellement cumulatifs ou successifs

« Je me sens épuisé, je n'ai besoin de rien à part bien faire mon travail qui me dépasse de plus en plus. Je n'aime pas quand les gens se plaignent de moi alors que je ne sais pas ce qui se passe ».

Le Burn-out encore appelé épuisement professionnel est un trouble dont la durée sans intervention peut avoir des répercussions néfastes sur la santé mentale et somatique du sujet. Il s'accompagne du stress et du sentiment d'échec au travail. Les personnes atteintes de cette affection mentale sont tristes et très sensibles. Étant donné qu'aucun professionnel de santé de notre échantillon n'a jamais entendu parler du Burn-out, les données issues du terrain sur la définition de l'épuisement professionnel montrent que le Burn-out est ignoré complètement de ces personnels de santé. Que ce soit dans leur formation initiale ou dans la formation continue, ces derniers n'ont jamais entendu parler de l'épuisement professionnel comme trouble mental bien qu'ils utilisent la phrase je suis épuisé. C'est le cas de HALAL qui nous dit :

Le personnel sait que l'épuisement est néfaste pour son travail mais ne peut supposer à un seul instant que tous les symptômes et signes de mal-être qu'elle éprouve sont dus à cet épuisement professionnel et que cet dernier est trouble mental très virulent. Le sujet voit tous les aspects de sa vie professionnelle devenir un calvaire et un poids pour son existence entière sans toutefois soupçonner un quelconque lien avec l'épuisement professionnel. Le sentiment de culpabilité qui se dégage encore ici dans le discours de HALAL n'est rien d'autre qu'une preuve d'un gène qu'elle aimerait corriger mais dont la connaissance est incertaine.

Ainsi HALAL affirme que *« je ne sais pas ce que j'ai depuis ces derniers mois c'est comme si on m'a jeté un mauvais sort qui m'empêche de travailler comme avant. Chaque jour la situation ne fait que s'empirer je ne sais pas ce qui m'arrive »*. Cette description du mauvais sort est inhérente au genre humain qui, lorsqu'il ne comprend pas un phénomène, convoque des puissances du mésocosmos invisibles comme seuls acteurs dont la colère participe à des blessures invisibles. On comprend ici que le sujet est circonspect et ne sait à quel saint se vouer avec la peur de perdre son travail malgré qu'il ne l'aime plus

Les données issues du terrain ne reconnaissent aucune compétence professionnelle liée à la psychologie clinique, à l'entretien clinique ni au diagnostic du Burn-out qui est déjà mal connu voire étranger pour ces professionnels de la santé.

Cela peut se comprendre en ces termes de HALAL :

« Je ne peux pas vous situer exactement ce qui m'arrive ni comment cela a pris forme dans mon corps. Je suis affligé et je souffre en permanence sans aucun moyen pour moi de me rétablir. Chaque jour je m'enfoncé et je perds les pédales. Je n'ai plus besoin de rien et tout ce que je fais ne me réussit plus. Si c'est une plaie de la nature j'accepte vivre ainsi c'est pour payer quelque chose ».

Il ressort ici une crise de nom et de sens liée à l'incapacité des personnels de santé interviewés à diagnostiquer leur souffrance. L'absence des cours de psychologie clinique en formation initiale et continue ne donne pas à ces derniers un large champ de réflexion et d'interprétation de leur mal. Ils restent dans les rouages de la médecine somatique et dans les liens avec l'invisible en tant qu'africain qui expliquent l'irreprésentable en terme de sorcellerie et de mysticisme. HALAL se laisse aller dans l'effondrement sans tenir compte des conséquences liées au Burn-out qu'elle ne peut nommer ni attribuer du sens.

Tableau 6 : grille d'analyse cas HALAL

Hypothèse	Code	Variables	Codes	Modalités	Codes	indicateurs	observations			Résumé des observations
////////////////////////////////////							+	-	+ /-	
Le travail de l'élaboration psychique rend compte de la gestion du surnaturel à travers la capacité à adhérer, traiter l'anxiété intra physique	X	Souffrance Psychique liée au burnout	a	Epanouissement au travail	1	Représentations				
					2	Connaissances du burnout		Xa		Pas assez de connaissances sur le burnout
			B	Vécu de sa souffrance	3	Fatigue physique	Xb3			Exprimé par le répondant
					4	Fatigue de répétition			Xb4	
			c	Vécu quotidien à l'hôpital	5	Fatigue d'impuissance			Xc5	
					6					
			D	Ressources Internes	7					
					8					
	Y	Travail d'élaboration psychique (gestion du burnout)	E	Ressources externe	9	Apport de la famille/ collègues			Ye9	Réseau de soutien auprès des proches
				Ressources internes	Mode défensifs					
					Stratégies de coping					

5.3. SYNTHÈSE DES ANALYSES

Les données issues du terrain sur l'élaboration psychique et la gestion du Burn-out chez les infirmiers interviewés montrent que les trois indicateurs de la variable indépendante à savoir l'attribution du sens au Burn-out, les capacités mentaliser et l'adaptation à la souffrance révèlent une absence totale de ressources nécessaires à la gestion du trouble de l'épuisement professionnel. Ils sont tous perplexes et confus face à ce trouble qui malheureusement handicap leur santé et leur rendement professionnel. En ce qui concerne l'attribution du sens au Burn-out, Il ressort de cette rubrique que les participants de cette étude sont sans repères face à la souffrance psychique inhérente ; certainement parce qu'ils ont des connaissances sur la prise en charge biomédicale ils penchent plus à la médication, au surnaturel, le cosmique et le mystique. Car inexplicable, innommé, impensable et irréprésenté, la souffrance qu'ils vivent se répand en eux et les enfonce de plus en plus vers un effondrement imminent. Cette angoisse de mort est une raison importante pour aller chercher le mal ailleurs que dans la médecine occidentale qu'ils connaissent d'ailleurs les vertus, les forces et faiblesses.

Les représentations liées à la fatigue attribuée au travail auprès des malades a permis d'établir une typologie distinguant quatre formes de fatigue (d'envahissement, de répétition, d'hypervigilance et d'impuissance), dans lesquelles l'implication du résident est manifeste, mais pas exclusive, par des mécanismes spécifiques, et bien évidemment cumulatifs.

- Une fatigue d'envahissement, liée à un vécu harcelant de certains troubles du comportement du résident et amplifiée par le confinement spatial des unités protégées ;
- Une fatigue d'hypervigilance, elle aussi liée aux troubles du comportement productifs et à l'intensification des rythmes de travail, amplifiée par la rareté des moments de répit ;
- Une fatigue de répétition, que nous avons baptisée « complexe d'Écho » en raison du sentiment de « parler dans le vide », donc d'invisibilité et d'inexistence dans le regard de l'autre qui la caractérise ;
- Une fatigue d'impuissance, liée au ressenti de qualité empêchée du fait du résident lui-même et, pour les encadrants, à la difficulté à apporter des solutions à la fatigue des soignants subordonnés.

Les quatre processus sous-jacents tirent leur exhaustogénicité des conflits intérieurs qu'ils occasionnent, par définition coûteux en énergie psychique. Un mécanisme inconscient mais

classique de clivage du patient en un bon et un mauvais objets (couple idéalisation / diabolisation), permettant à l'infirmier de continuer à considérer son travail comme tenable. Le clivage promet deux destins, deux traitements psychiques différenciés aux objets partiels ainsi scindés. En supposant un principe d'expansion constante du Moi. Le Moi est régi par une propension structurelle à toujours croître, et à utiliser toute ressource à sa disposition (notamment le narcissisme secondaire) pour ce faire. Tout obstacle empêchant cette croissance ou tout frein la ralentissant occasionne une perte de substance ou d'énergie et un appauvrissement du Moi dont la fatigue est l'une des manifestations. A propos du sacrifice ou du dévouement, tout renoncement pulsionnel s'effectue dans l'espoir d'un surcroît d'amour au moins équivalent, faute de quoi est activée l'angoisse d'abandon. Les discours relatifs au manque de reconnaissance ou à l'empêchement de bien travailler, notamment, relèvent de cette logique, et nous permettent de la relier à l'identité professionnelle (...)

L'identification de trois stratégies collectives ayant accessoirement pour fonction de lutter contre la fatigue a permis de mettre à jour le dilemme : patient se trouve être à la fois le bénéficiaire des soins est l'un des principaux facteurs empêchant de les mettre en œuvre dans le respect des contraintes organisationnelles. Le clivage du patient en deux objets partiels, représentations psychiques concentrant l'une toutes ses caractéristiques négatives (mauvais objet), l'autre toutes ses caractéristiques positives (bon objet) se confirme être la solution communément adoptée pour tenter de surmonter ce choix impossible-soit, en termes ordinaires, un double processus simultané de diabolisation/idéalisation. Le but de ce clivage est d'isoler le « mauvais » patient dans le psychisme de l'infirmier, afin d'en limiter les méfaits et pour que seule la représentation du « bon » patient guide la vie quotidienne. Le clivage autorise alors des modalités d'introjection spécifiques à chacun de ces deux objets partiels : le « mauvais » patient est perçu comme l'agresseur responsable des quatre formes de fatigue, et traité psychiquement en conséquence par des mouvements d'hostilité, d'agressivité, voire d'identification à l'agresseur, qui ne peuvent recevoir de réponse concrète puisque l'objet total ne peut être attaqué sans nuire au bon objet, et sont donc détournés vers d'autres cibles : collègue(s), institution, famille ou soignant lui-même.

La gestion du burnout et notamment la fatigue lors du retour au domicile (rituels de purification, de détente et d'isolement), elles ont pour objectif de circonscrire de nouveau le mauvais objet, ce qui permet d'en protéger à la fois le bon objet et le Moi.

En ce qui concerne le diagnostic on peut noter que le diagnostic du Burn-out est un exercice très loin de la portée de ces personnels de santé interviewés ; ils souffrent d'un mal

qu'ils ne peuvent ni nommer ni identifier les symptômes encore moins l'étiologie. Cette inquiétante étrangeté qui surgit sous un autre visage n'est rien d'autre qu'une conséquence d'un ensemble d'évènements accumulés au travail et en conflit avec les attentes du professionnel et dont la prolongation est nocive pour la santé du sujet. Pour ce qui est de la prise en charge du Burn-out, il ressort de cette rubrique que l'intervention thérapeutique liée au Burn-out chez ces personnels de santé est très difficile du fait de la non maîtrise des voies et moyens de diagnostic et de l'étiologie du trouble. Ces personnels ne peuvent ni utiliser des capacités intrinsèques pour venir à bout de leur affection, ni adopter des mesures de prévention qui éviteraient l'exposition à l'épuisement professionnel ni encore emprunter des itinéraires thérapeutiques qui facilitent leur accès à l'équilibre mental, somatique et professionnel.

Le Burn-out est un trouble mental qui affecte les professionnels sur le terrain à travers un déséquilibre entre les attentes professionnelles et certaines caractéristiques internes et externes liées au rapport entre le professionnel et le travail. Les données issues du terrain permettent de relever la quasi-totalité des symptômes et signes du Burn-out chez les personnels soignants interviewés. Le syndrome de l'épuisement professionnel a comme signes et symptômes une fatigue permanente que ces professionnels ressentent en toute circonstance et elle est visible lorsqu'ils sont accueillis pour l'entretien, le mal de dos qui est une des affections de GUEN qui ne fait pas une semaine sans tomber malade avec d'affections différentes, l'insomnie qui fait le quotidien de HALAL qui malgré la fatigue aimerait bien dormir pour se réparer mais elle n'arrive pas à trouver le sommeil chaque fois qu'elle dort et ce qui entraîne un manque de concentration et des pertes de repères spatio-temporels.

Le Burn-out est aussi identifiable à travers les maux de ventre et GUEN est aussi champion du mal d'estomac depuis quelques mois sans oublier ses infections fréquentes également signe de l'épuisement professionnel. En ce qui concerne les symptômes, nous avons une fatigue psychique et émotionnelle tel est le cas de ZARA qui ne peut plus rire ni se détendre au travail à cause du fait que tous ses collègues se plaignent qu'elle est devenue trop retirée et de mauvais humeur. En plus de cette fatigue, on retrouve l'anxiété, l'angoisse et le stress qui renforcent l'humeur triste. Pour GUEN :

« Je suis vraiment très triste de voir comment mon travail est en train de se gâter et que la hiérarchie se plaint de moi à tout moment sans pouvoir changer la situation qui apparaît de plus en plus grave au jour le jour. »

En plus de ces signes et symptômes précités, le Burn-out s'accompagne aussi de l'hypersensibilité, le sentiment d'échec qui se laissent entrevoir dans le discours de ZARA ainsi qu'il suit :

J'ai l'impression que rien ne me réussit plus je suis toujours réprimandée par mon chef de service qui trouve que je ne fais plus bien mon travail. Ce travail est tout ce que j'ai et je ne veux pas le perdre avec tous ces phénomènes de santé incompréhensibles qui m'affligent. J'ai vraiment l'impression que le ciel tombe sur ma tête et que je vais devoir accepter cette évidence qui m'échappe de plus en plus.

Il se laisse transparaître dans ce discours une certaine angoisse de l'effondrement suite à une faille narcissique qui se trace chez cette professionnelle qui voit toute sa vie tourner en bourrique dû à un phénomène de santé incompréhensible. Il ressort que cette dernière est hypersensible suite à son caractère consciencieux et perfectionniste au travail. Ce travail qu'elle considère comme pilier de sa vie. Elle est exposée à la crainte de l'effondrement et à la perte de l'emploi qui serait fatale pour elle. Mais ZARA oublie qu'elle en train de souffrir suite à ce caractère consciencieux et perfectionniste. Elle a perdu toute émotion et ce cynisme inhabituel développent en elle un sentiment de culpabilité qui ne cesse de la hanter et de l'enfoncer de plus en plus.

En plus le Burn-out est visible dans la tension psychique et musculaire, les troubles de l'adaptation et l'interprétation négatives des événements. Qui semblent se manifester chez GUEN qui après une expérience professionnelle exemplaire dans les services est confronté depuis son arrivé au service de maternité semble à une succession d'évènements de santé qu'il explique par les rapports au divin et au mystique. Il ressort ici que le diagnostic du Burn-out est un exercice très loin de la portée de ces personnels de santé interviewés ; ils souffrent d'un mal qu'ils ne peuvent ni nommer ni identifier les symptômes encore moins l'étiologie. Cette inquiétante étrangeté qui surgit sous un autre visage n'est rien d'autre qu'une conséquence d'un ensemble d'évènements accumulés au travail et en conflit avec les attentes du professionnel et dont la prolongation est nocive pour la santé du sujet

Et enfin, il ressort de cette analyse que les difficultés de gestion du Burn-out chez les personnels de santé est une conséquence de leur incapacité à s'adapter à la situation Burn-out, à reconnaître les failles de leurs fonctionnement professionnel et relation sans oublier émotionnel à établir une hypothèse diagnostic qui induit la connaissance des signes et symptômes du syndrome de l'épuisement professionnel et enfin de mobiliser les pistes thérapeutiques nécessaires pour venir à bout du Burn-out.

CHAPITRE VI :
INTERPRETATION ET DISCUSSION DES RESULTATS

D'après Fortin (2016), le chercheur doit dégager la signification des résultats de son étude, tirer des conclusions, évaluer les implications et formuler les recommandations pour les recherches futures. Allant dans ce sens, le présent chapitre est divisé en quatre sous parties. En premier lieu, il sera question de lire nos résultats à partir des théories retenues. Deuxièmement, les différents résultats obtenus seront discutés en lien avec l'hypothèse et la question de recherche qui avaient été formulées. Nous poursuivrons notre réflexion en présentant les principales limites de notre étude. Pour terminer, les apports de cette recherche et les pistes de réflexion pour les recherches futures seront présentés.

6.1. INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

6.1.1. Rappel des données empiriques et théoriques

Cette partie est réservée au rappel des ressources qui ont permis la construction des deux cadres qui sous-tendent ce travail à savoir le cadre théorique et le cadre empirique.

6.1.1.1. Rappel de données empiriques

Les données empiriques renvoient à l'ensemble de données issus des entretiens semi-directifs sur le terrain. Il s'agit des verbatim qui ont été collectés sur le terrain auprès des trois infirmiers qui font le cadre méthodologique de notre étude. Il convient de rappeler au préalable la question de recherche de cette étude avant de présenter les résultats issus de l'analyse des données du terrain. La question de recherche qui a été posée plus haut est **Comment le travail d'élaboration de la souffrance psychique rend-t-il compte de la gestion du burnout chez les infirmiers de l'hôpital central de Yaoundé ?** Les résultats obtenus aux précédents chapitres proviennent des entretiens menés auprès de trois Infirmiers à l'HCY l'analyse thématique qui fait ressortir deux thèmes : le travail d'élaboration de la souffrance et la gestion du burnout qui permettront de saisir le problème de cette recherche et de mieux le situer dans le cadre théorique adéquat. Ce rappel des résultats sera fait de façon synthétique.

Le dispositif d'entretiens étant relativement ouvert, le matériau collecté déborde généreusement du cadre de la stricte fatigue ; il n'en sera ici fait mention que dans la mesure où il éclaire notre propre démarche. Nous condenserons donc ici nos résultats en proposant d'abord une typologie des formes de fatigue identifiées dans notre population avant de présenter les stratégies et mécanismes individuels ou collectifs de défense contre la fatigue mis à jour par nos entretiens

Cette perte de repère empêche toute activité mentale indispensable à la gestion du Burn-out et tout recours à un professionnel de la santé mentale pour une intervention efficace sur le syndrome de l'épuisement professionnel. Les personnels interviewés sont exposés à tous les signes et symptômes du Burn-out et n'ont aucun moyen de prise en charge de cette affection. Il faut noter que le manque de repères étiologique et des manifestations du trouble handicapent aussi cette gestion psychologique et thérapeutique du Burn-out. Cette faiblesse face à l'épuisement professionnel chez les personnels soignants est une conséquence du manque de connaissances sur le vocabulaire de la psychopathologie et psychologie clinique en général et celui de l'épuisement professionnel en particulier.

Ce manque de savoirs, de savoir-faire et de savoir-être face au trouble induisent des difficultés de transfert qui nécessitent une contextualisation qui passe par la prise en compte du contexte de travail et de son évolution, des rapports professionnels et leur évolution, ensuite une décontextualisation qui nécessite une prise en compte d'autres domaines de santé sur le corps humain et en occurrence la santé mentale qui occupe une très grande place dans l'équilibre sanitaire des sujets en proie aux frustrations, aux castrations et aux privations tels que les professionnels de la santé. Ce transfert des compétences revient également à recontextualiser ce qui renvoie ici à une sorte de va et vient entre les soins infirmiers et la santé mentale que ce soit chez les professionnels eux-mêmes ou encore sur les patients.

Ce qui se laisse entendre ici est non seulement une angoisse et un cynisme inhabituel mais aussi une ignorance totale de son affection. ZARA développe un sentiment d'échec qui se matérialise par la peur de perdre son travail. Ce sentiment d'échec s'accompagne aussi par un sentiment de culpabilité qui lui fait croire qu'elle est à l'origine de la perte de son boulot imminente. Ce sentiment d'échec met en faillite les désirs de la jeune dame et la désoriente dans sa manière de faire. Le sentiment de culpabilité quant à lui amène ZARA dans un conflit total qui se meut dans son mental à travers le fossé qui existe entre les qualités professionnelles qu'elle veut faire montre et actions qu'elle se retrouve à poser dans son lieu de service.

Le Burn-out est un trouble mental lié à l'épuisement professionnel dont l'étiologie s'étend des facteurs intrinsèques aux facteurs extrinsèques au travail. En terme de facteurs liés à l'individu ou au professionnel lui-même, nous avons l'instabilité émotionnelle, le caractère consciencieux et le perfectionnisme, faire du travail le pilier de sa vie, charge de travail domestique, les pressions conjugales, l'origine sociale... en ce qui concerne les facteurs liés

au travail, nous avons le manque de contrôle, manque de motivation avec une récompense insuffisante, l'absence de sentiment d'appartenance, le manque d'équité et une surcharge importante de travail comme causes majeures de cette catégorie. En plus on peut ajouter des conflits de valeurs et une quête de sens non résolue, dégradation du rapport du professionnel à son travail, exigences émotionnelles dans le lieu de service, manque d'autonomie, mauvais rapports sociaux et relation de travail, insécurité de la situation de travail...il faut comprendre que le Burn-out est un trouble dont l'étiologie est vraiment étendue. Mais les données du terrain montrent que les participants sont vagues sur ce qui leur arrive. Certains sont dans l'euphorie de leur affection et d'autres dans les nuages en fouillant dans d'autres cieux les causes de leur affection.

La gestion du Burn-out reste dans le cadre de cette étude comme un fantôme d'élimination d'un élément forclos. Car les symptômes du syndrome de l'épuisement professionnel sont très présents dans le quotidien des professionnels mais absents dans leur espace symbolique. Ils sont innommés, impensables et irréprésentés par ces personnels de santé qui semblent dans un vide qui ne peut être comblé que par un éclairage sur le concept, son étiologie, ses manifestations, son évolution et sa thérapie. Cependant n'ayant aucun savoir, savoir-être ou savoir-faire dans la gestion du Burn-out, ils sont exposés à l'effondrement et l'angoisse de mort qui ne découle de leur incompetence face au syndrome d'épuisement professionnel.

Il ressort de cette analyse que les difficultés de gestion du Burn-out chez les personnels de santé est une conséquence de leur incapacité à s'adapter à la situation Burn-out, à reconnaître les failles de leur fonctionnement professionnel et relation sans oublier émotionnel à établir une hypothèse diagnostique qui induit la connaissance des signes et symptômes du syndrome de l'épuisement professionnel et enfin de mobiliser les pistes thérapeutiques nécessaires pour venir à bout du Burn-out.

Le diagnostic du syndrome de l'épuisement professionnel suit le même processus lors d'un entretien clinique avec le patient victime de ce trouble. Il faut noter que l'entretien clinique préliminaire tient sur la demande, sa clarification, l'anamnèse, le ressenti du patient et l'hypothèse diagnostique qui peut découler soit du diagnostic symptomatologique ou du diagnostic psychopathologique ou psychanalytique ou des processus. Dans le cadre de ce travail, les capacités à diagnostiquer le Burn-out relèvent de la capacité du professionnel de santé interviewé et qui fait le Burn-out de savoir construire une histoire des événements qui

l'ont conduit à son affection, à identifier les signes et symptômes qui lui permettent de savoir qu'il est victime d'un Burn-out et enfin savoir quelles conséquences auxquelles ils s'exposent en cas de prolongement de ce syndrome d'épuisement professionnel.

typologie des fatigues chez les infirmiers interviewés

Sans réelle surprise compte tenu du caractère éminemment subjectif de la fatigue, le discours des interviewés témoigne d'une grande diversité des ressentis de fatigue. Une première distinction isole assez spontanément la fatigue physique et la fatigue d'un autre ordre, généralement qualifiée de « psychologique », « psychique » ou « morale » seconde catégorie sur laquelle nous nous concentrerons davantage.

La fatigue physique,

La fatigue physique est associée à deux facteurs : d'une part, la charge physique de travail, liée à la charge de travail ; d'autre part, la station debout prolongée, le piétinement permanent et l'impression de courir constamment, engendrant, outre une fatigue physique générale, une plainte fréquente de « jambes lourdes » (notamment deux entretiens préliminaires que nous avons menés, non retranscrits).

«Je trouve qu'on est plus épuisé avec des personnes qui sont atteintes des maladies à hébergement prolonger, des personnes démentes comme les vieillards. Et avec les personnes comme où je suis ..., c'est une fatigue plutôt physique. C'est pas la même chose. S'il y a des personnes grabataires par exemple, c'est physiquement. On est épuisé. (...). C'est surtout quand y a une personne qui est alitée, et qu'il faut faire des transferts et qu'on n'a pas forcément le collègue qui est là, ou la machine qu'il faut pour faire le transfert »

La fatigue physique a pour particularité d'être beaucoup plus facile à soulager que la fatigue psychologique :

«La fatigue physique, c'est quelque chose, je suis fatiguée, je peux me coucher, je dors bien. Mais psychique, j'arrive pas à m'endormir »

Chez l'infirmière oeuvrant au service de chirurgie, cette dimension physique reste présente mais cède le pas à une dimension « psychologique »

« Travailler au service de chirurgie, c'est une fatigue plus psychologique que physique parce que trop de bruit, trop de cris, trop de déambulations. Toujours en train de courir. Ils font des choses »

Sans être absente, la dimension physique ne domine donc pas les discours relatifs à la fatigue spécifique au burnout. Notamment chez les infirmiers travaillant alternativement dans une unité spécialisée ou dans un service généraliste, qui offrent un discours plus volontiers comparatiste, c'est la fatigue psychologique qui semble plus volontiers rattachée au burnout.

Premier critère de différenciation, voire principale marque de distinction, entre l'infirmier des services spécialisés et ceux des unités polyvalentes, cette caractéristique interroge également le parallélisme entre le type de dépendance patient et la fatigue de l'infirmier: dans les deux cas, physique en chirurgie, et psychique dans les services polyvalents, suggérant une possible identification infirmier/patient.

L'intégration des connaissances sur les troubles mentaux

Ici, il était question d'observer d'une part si dans leurs processus de souffrance, les infirmiers interviewés sont capables d'élaborer une construction des éléments conceptuel et définitionnel voire encore étiologique qui permettent de reconnaître le Burn-out. D'autre part, il s'agissait d'observer si les personnels interviewés pouvaient associer ces connaissances sur le Burn-out comme syndrome de l'épuisement professionnel et pouvoir non seulement nommer leur souffrance, penser à ses conséquences et représenter les conditions qui ont contribué à sa résurgence. Conformément aux travaux de certains auteurs en l'occurrence Du Bled (2003), cité par Schmutz-Gyger (2012) dans le cadre de l'élaboration psychique pas du burnout certes mais d'autres souffrances qui soulignent d'ailleurs qu'au moment du diagnostic, les patients se trouvent fréquemment face à des sentiments de crainte, de choc, d'isolement, d'incertitude, de détresse, ou de culpabilité. Ils ont des difficultés à se repérer dans la multitude d'information mises à leur disposition, à analyser la pertinence des renseignements reçus. Ce dernier constat converge avec le besoin des sujets de cette étude. Toutefois, deux d'entre eux n'ont pas eu de réactions de tristesse, de colère ou de panique sur le coup (HALAL et GUEN). À l'inverse, ils ont plutôt adopté une attitude positive, en souhaitant immédiatement se mettre en action. Cette réaction dépend de plusieurs facteurs entre autres des caractéristiques personnelles de l'individu, soit ses ressources internes et externes qui font en sorte qu'il réagit d'une manière ou d'une autre.

Il ressort de l'analyse de l'attribution du sens au Burn-out que les participants de cette étude que les participants connaissent le burnout de façon sommaire et semblent l'interpréter plus sur sa dimension somatique et pas psychologique pour se pencher dans le surnaturel, le cosmique et le mystique. Car inexplicé, innommé, impensable et irréprésenté, la souffrance

qu'ils vivent se répand en eux et les enfonce de plus en plus vers un effondrement imminent. Cette angoisse de mort est une raison importante pour aller chercher le mal ailleurs que dans la médecine occidentale qu'ils connaissent d'ailleurs les vertus, les forces et faiblesses. Donc tous nos repondants ne possèdent pas des savoirs sur les maladies mentales qui peuvent servir dans l'attribution du sens aux troubles qui les affectent ce qui induit une insatisfaction dans la gestion efficace du Burn-out à l'origine de leur souffrance.

Vecu de la souffrance

Il était question d'observer d'une part si dans leurs processus de souffrance, les infirmiers interviewés sont capables d'élaborer un relevé symptomatologique et des signes du Burn-out. D'autre part, il s'agissait d'observer s'ils pouvaient construire une suite d'évènements qui constituerait une sorte d'histoire de la maladie et du patient liée au Burn-out comme syndrome de l'épuisement professionnel. Et aussi ressortir les conséquences liées à une intervention tardive ou absente du syndrome de l'épuisement professionnel. C'est ainsi le cas

GUEN

« J'ai l'impression que je suis malade mais je ne sais ce qui d'aussi grave m'amène au lit à chaque fois. On a fait une batterie d'exams négatifs mais je suis malade. Rien ne peut me donner ma joie de vivre d'avant dans cet état de souffrance et d'angoisse permanente. Parfois je sais pas où je suis et je perds complètement la notion de temps ; je n'ai plus envie de rien. »

La souffrance est présentée comme un vécu fortement dépressif, en particulier lorsqu'on parle d'« indifférence douloureuse ». Indépendamment de la douleur physique à l'origine de cette souffrance, le fait même de souffrir est vécu comme une blessure narcissique. Freud compare la structure de notre personnalité avec celle d'un minéral tombant à terre ; il se brise selon des lignes de force (ou lignes de clivage) dont la résistance, les caractéristiques, sont préétablies de façon stable pour chaque cas particulier. En l'absence d'un choc, ou d'une étude avec un appareil d'optique approprié, ces lignes de clivage sont indétectables. La situation est identique pour notre propre structure interne ; le Moi une fois organisé, les éléments métapsychologiques profonds forment un ensemble définitif. Dès lors, on ne peut passer d'une structuration névrotique à une structuration psychotique (ou inversement) ; nos décompensations éventuelles nous entraîneront dans des pathologies bien spécifiques tel le cas du burnout

Mise en œuvre des mots et des représentations verbales et communicables

Il était question d'observer d'une part si dans leurs processus de souffrance, les personnels soignants interviewés sont capables de procéder à une l'adoption des mesures de prévention tertiaire nécessaires à l'évitement du Burn-out et à une élaboration psychique nécessaire à l'inhibition des symptômes du Burn-out. D'autre part, il s'agissait d'observé si les personnels interviewés pouvaient associer ces connaissances sur le Burn-out comme syndrome de l'épuisement professionnel et les hypothèses diagnostiques à une itinéraire thérapeutique fiable dans la gestion du Burn-out.

Il ressort de l'analyse de cette rubrique consacrée sur l'intervention thérapeutique liée au Burn-out que la prise en charge thérapeutique chez ces personnels de santé est très difficile du fait de la non maîtrise des voies et moyens de diagnostic et de l'étiologie du trouble. Ces personnels ne peuvent ni utiliser des capacités intrinsèques pour venir à bout de leur affection, ni adopter des mesures de prévention qui éviteraient l'exposition à l'épuisement professionnel ni encore emprunter des itinéraires thérapeutiques qui facilitent leur accès à l'équilibre mental, somatique et professionnel. Tous infirmiers interviewés ne possèdent pas des savoirs sur la prise en charge thérapeutique des troubles mentaux en général et du Burn-out en particulier.

Enfin, il ressort de cette présentation des données empiriques que les difficultés de gestion du Burn-out chez les personnels de santé est une conséquence de leur incapacité à s'adapter à la situation Burn-out, à reconnaître les failles de leurs fonctionnement et relation professionnel sans oublier émotionnel à établir une hypothèse diagnostic qui induit la connaissance des signes et symptômes du syndrome de l'épuisement professionnel et enfin de mobiliser les pistes de prise en charge thérapeutique nécessaires pour venir à bout du Burn-out.

6.1.1.2. Rappel des données empiriques

Le cadre qui sous-tend cette étude est centré sur la conception de la psychologie clinique de Chabert et Vernon (2008). Selon ces auteurs, la psychologie clinique repose sur l'entretien clinique qui permet d'observer et d'examiner le patient et sa souffrance. Il s'agit en cas de mal-être de ressortir la syndronimie et la sémiologie la nosographie et l'étiologie du trouble pour une prise en charge efficace. L'entretien clinique apparait donc comme l'arme qui inscrit le patient et sa souffrance dans une histoire qui révèle l'évolution, les mécanismes en présence et permet d'élaborer une hypothèse diagnostique. Pour Chabert et Vernon (2008),

la psychologie clinique repose sur des éléments saillants qui la différencient des autres domaines connexes. Il s'agit de la connaissance du trouble sur laquelle se base sa confusion avec la psychopathologie, le diagnostic du trouble sur laquelle se fonde sa confusion avec la médecine et parfois oriente son exclusivité à la psychanalyse et enfin prise en charge thérapeutique qui la relie à la psychologie de la santé.

Selon Freud (1914), la présence de la maladie est un moment gênant pour le sujet qui se voit perdre ses capacités et facultés habituelles suite à une souffrance somatique ou psychique. Elle induit un surinvestissement de l'énergie libidinal qui oriente le moi vers la recherche des voies et moyens afin de retrouver la santé et de réinvestir le moi. La maladie apparaît donc comme un élément qui vide le moi et qui le met au travail. Car sans ce travail sur la maladie c'est-à-dire sans la guérison le moi reste vide, poreux et tend à mourir. Le moi ayant horreur du trop-plein d'excitation ou du vide, va se mettre à la quête des solutions de guérison. Or pour guérir d'une maladie, il faut au préalable la nommer, la diagnostiquer et choisir un itinéraire thérapeutique qui nous amène à la guérison et à l'intégrité total du moi. Selon Zribi et Poupée-Fontaine (2011, p. 103), Le Burn-out est une notion conceptualisée aux États-Unis par Ayala Pines et introduite en France il y a quelques années, pour décrire « l'usure et l'état de lassitude et d'épuisement physique, émotionnel et mental des personnels des institutions spécialisées, et surtout celles qui accueillent les personnes les plus handicapées ou malades ». Plus généralement, le Burn-out serait constitué d'un épuisement professionnel, d'un désinvestissement de la relation aux autres et de sentiments d'inefficacité personnelle (Zribi et Poupée-fontaine, 2011). Le burn-out a été identifié en situation professionnelle, mais comme le note Abdel Halim Boudoukha (2009), il ne s'y réduit pas (on le rencontre chez les mères de famille, les sportifs...), car « ce n'est pas tant le travail que la valeur négative de la relation à l'autre qui est la cause ». Ce trouble envenime l'existence quotidienne du sujet et handicap son rendement professionnel et les relations socioprofessionnelles.

L'intervention clinique sur le Burn-out comme syndrome de l'épuisement professionnel doit alors se conformer aux éléments qui caractérisent une approche clinique des cas selon Chabert et Vernon (2008). Il s'agit des connaissances sur le Burn-out pour pouvoir établir un relevé sémiologique et symptomatologique, des connaissances sur le diagnostic du Burn-out afin de ressortir l'évolution des symptômes dans le temps, des antécédents et l'intensité de ces symptômes qui permettent d'identifier et de classer le trouble et enfin des connaissances sur la prise en charge qui facilitent la prévention et la

mobilisation des mesures palliatives aux troubles précisément le Burn-out (Chabert et Vernon, 2008).

Les entités de fatigue, plus ou moins spécifiques à ce secteur d'activité puisent leur origine dans divers processus intrapsychiques, dotés d'un double effet paradoxal: permettre à l'infirmier de continuer à prendre soin du soigné, mais au prix d'une activation de l'angoisse d'abandon, retournée par identification en surinvestissement de la relation d'aide, elle-même mise au service de la construction de l'identité professionnelle des soignants en alzheimerologie, dont la fatigue constitue une facette.

6.2. DISCUSSION ET PERSPECTIVES DE L'ETUDE

6.2.1. Discussion des résultats

Au terme des analyses précédentes sur la place de la psychologie clinique sur la gestion du Burn-out, il ressort que :

Les caractéristiques sociodémographiques de cette étude montrent que ZARA la plus jeune de nos répondants est celle qui a plus de plaintes, les recherches de Mollart et al. (2013) sur le stress et le burnout des infirmières ont révélé que des facteurs comme l'âge ont un impact, les tendances montrant que la personne est jeune plus ils sont susceptibles de faire l'expérience d'un burnout. Les résultats de nombreuses autres études ont également pu établir une association entre une tranche d'âge inférieure et des scores de burnout plus élevés. Schaufeli (1990) rapporte que le burnout professionnel survient souvent à un âge relativement jeune, soit en dessous de 30 à 40 ans. L'explication est que les jeunes professionnels sont susceptibles d'avoir une image trop idéaliste de leur profession, ce qui peut conduire à un début de carrière décevant.

La psychologie clinique à travers ses connaissances sur les troubles mentaux permet aux infirmiers d'attribuer du sens aux différentes affections qui les accablent. Ils utilisent ces connaissances en psychologie clinique pour identifier les signes d'un mal-être psychique et de le nommer en fonction de ses caractéristiques de son étiologie et ses manifestations. Les connaissances en psychologie dissipent les angoisses liées à l'image des infirmiers auprès des patients car ils se sentent confiants et apte à faire face et à recourir aux méthodes cliniques pour venir à bout des troubles de catégorie mineure. Les connaissances en psychologie clinique clarifient le trouble et facilite la quête des voies et moyens pour prendre en charge. Ainsi les infirmiers face à l'absence de ces connaissances en psychologie clinique se trouve

dans un double deuil frustrant d'un côté, ils développent un sentiment d'impuissance et d'échec qui leur infligent une blessure narcissique en tant que personnel de la santé en souffrance sans issue d'analyse et d'interprétation du mal qui les accable.

D'un autre côté, ils semblent développer un sentiment de honte et de culpabilité face aux patients qui les considèrent comme des modèles de santé et comme modèle à suivre sur la route de la guérison. Ce manque de connaissances du trouble qui les dévaste et les enfonce à petit feu plonge également ces infirmiers dans un sentiment de nullité et de doute sur leurs capacités intrinsèques à prendre soin des usagers alors qu'ils sont handicapés face à leur mal.

Deuxièmement, la psychologie clinique dans son aspect des connaissances sur le diagnostic d'un trouble est bénéfique pour le patient qui peut attribuer du sens à un relevé symptomatologique qui induit le contrôle de la situation. Il devient l'évaluateur du degré d'affection en fonction de l'intensité des troubles. L'absence des connaissances sur le diagnostic du Burn-out place les infirmiers dans une situation inconfortable qui se traduit par la forclusion qui selon Lacan (1959) est la présence d'un élément dans l'espace réel et absent dans l'espace symbolique du sujet. La forclusion se traduit ici par la présence des symptômes du Burn-out mais non représentés par les infirmiers qui subissent le trouble. et crainte de l'effondrement, ils se sentent en perte des bases narcissique qui les instaurent et les maintiennent dans l'institution comment garants de la santé des usagers. Le sentiment de perte de la notoriété auprès de leur patient et leurs collègues les plonge dans une rupture entre le fantasme et la réalité. Ils sont perfectionnistes et aimeraient s'affirmer dans un cadre de concurrence professionnelle où les professionnels brillent par leur état de service.

Troisièmement enfin la psychologie clinique avec les connaissances sur la prise en charge thérapeutique facilite non seulement la prévention et la mobilisation des mesures palliatives en cas d'affection. Les infirmiers peuvent alors mieux prendre soin de leur santé avec ces connaissances qui ne les place au rang de garant de la santé pour tous. L'absence de ces connaissances est un rouleau d'étranglement qui étouffe les infirmiers créant ainsi des traumatismes dans un état d'inertie et d'incapacité notoire. Cette situation met en exergue les trois indicateurs du traumatisme énoncé par Lacan (1959) à savoir la frustration, la privation et la castration. En ce qui concerne la frustration, elle découle du déphasage entre les attentes et les actions vraiment réalisées, entre le fantasme et la réalité. Ces infirmiers sont abasourdis par l'inquiétante et brusque apparition des symptômes d'un mal inattendu, innominé, irréprésenté, impensable. Cette absence fait du Burn-out un élément forclos et frustrant. En ce

qui concerne la privation, le sentiment d'impuissance que la symptomatologie du Burn-out développe chez ces infirmiers les prive d'un sentiment de projection et d'atteinte de leurs objectifs.

Pour ce qui est de la castration, le manque de connaissances sur la prise en charge thérapeutique du Burn-out par les infirmiers est une rupture des intentions, une perte de confiance en soi, une baisse d'estime de soi et une mauvaise image de soi qui va s'étendre sur tous les aspects de la vie empêchant ainsi les infirmiers à maintenir une identité de garants. Ce qui conduit à une crainte de l'effondrement qui se matérialise par une peur de perdre son travail, une crainte de mal faire et une crainte d'être mal vu par ses collègues. Une angoisse de mort. Les apports principaux de notre travail à l'étude du burn out dans notre population de référence seront ensuite discutés sous un angle parfois théorique, parfois conceptuel, mais en essayant toujours de leur donner une profondeur de champ supplémentaire. Ce rôle curatif peut être rattaché, par delà les théories du soin et de la souffrance, aux théories sexuelles infantiles. Considérant que ces dernières ne se contentent pas d'être des théories de l'origine de la différence des sexes, mais qu'elles sont aussi, et plus largement, des «théories»psychologiques nécessaires à l'enfant pour le travail de mise en sens de tout ce à quoi il est confronté (douleur, plaisir, bien, mal, etc.), René Roussillon montre en effet qu'elles imprègnent les théories du soin et de la souffrance, ou les pratiques thérapeutiques (Roussillon, 2000) et que leur trace peut être retrouvée jusque dans les pratiques adultes et institutionnalisées et distingue plusieurs polarités principales s'articulant et se combinant pour étayer les théories et les pratiques de la maladie et du soin, dont nous ne mentionnerons que les principales :

La première se place dans une lignée orale et se fonde sur l'intériorisation : pour lutter contre l'état de détresse impuissante face à des agents extérieurs, il faut et il suffit de mettre au dedans la source du mal, de l'immobiliser et de la maîtriser ainsi. Le sujet se fait l'agent de ce à quoi il est assujéti, il devient le mal auquel il ne peut se soustraire. Ce retournement contre soi est sans doute en cause dans le masochisme et l'identification à l'agresseur, et il nous faut envisager la possibilité qu'il soit également à la manœuvre dans la fatigue d'envahissement, par intériorisation du « mauvais » patient issu du clivage; le mal ou la source de souffrance comme un trop-plein interne qu'il convient d'évacuer, d'extirper, de soulager. Ces théories sexuelles infantiles anales, ici à l'œuvre, induisent diverses modalités de soulagement : catharsis, détournement, refoulement, retournement. Suivant le modèle typique de l'analité, tout ce qui a ainsi été évacué tend toutefois à faire retour et l'opération doit être régulièrement

renouvelée. À ce pôle nous semble appartenir les pratiques de purification décrites au retour du travail ; enfin, une troisième théorie infantile du soin se projette sur l'axe oral-phallique : le sujet souffre par et dans le manque, par et dans l'incomplétude. On y verra par exemple la marque de la castration. Expliquant l'émergence de ressentis de fatigue chez des infirmiers oeuvrant au sein de groupes humains et d'organisations plus ou moins spécialisés, eux-mêmes porteurs et producteurs de représentations sociales sur la fatigue. La description de ce processus a nécessité de postuler, à titre d'hypothèses de travail, l'existence d'un mécanisme de clivage et d'un principe d'expansion perpétuelle du Moi. Les deux hypothèses de travail auxquelles nous avons recouru ne sont pas dotées du même statut: tandis que le clivage est un mécanisme bien documenté et dont nous ne souhaitons qu'expliquer pourquoi nous en avons fait une utilisation partielle, le principe d'expansion perpétuelle du Moi est une proposition théorique à valeur heuristique que nous avons été amené à formuler sur la base de nos observations.

L'intervention d'un mécanisme de clivage pour expliquer comment l'infirmier peut supporter, sans davantage de dommages, que le patient puisse à la fois demeurer au centre d'une démarche de soin pérenne et bienveillante, et être la source d'agressions psychiques et physiques sur la personne qui prend soin de lui. Le clivage est un concept classique en psychiatrie et psychologie, et repris par Freud dans l'étude des psychoses et du fétichisme (clivage du Moi) pour désigner des modes de relation à la réalité visant à faire cohabiter, dans le psychisme, deux procédés défensifs dirigés l'un contre la réalité (déli), l'autre contre la pulsion, ces deux attitudes psychiques étant opposées et indépendantes l'une de l'autre; (Freud, 1938). Melanie Klein (Klein, 1946) introduit un nouvel usage du terme, en montrant que les objets pulsionnels se voient attribuer, sur le plan fantasmatique, les qualités de « bons » ou de « mauvais » objets en fonction de leur caractère gratifiant ou frustrant, mais aussi et surtout en fonction de la projection sur eux des pulsions libidinales ou destructrices du sujet : chaque objet-partiel (par exemple, le sein) ou total (la mère) se voit ainsi clivé en deux parties, l'une bonne, l'autre mauvaise. Le clivage constitue un mécanisme de défense primitif contre l'angoisse née de l'ambivalence inhérente à la simultanéité des pulsions de vie et de mort orientées sur le même objet réel. Le caractère fantasmatique de ces imagos que sont les objets clivés « ne doit pas faire perdre de vue qu'ils sont traités comme s'ils offraient une consistance *réelle* (au sens où Freud parle de *réalité* psychique). Ils sont notamment soumis à l'introjction et à la projection, et dotés fantasmatiquement de pouvoirs semblables à ceux de personnes (persécuteur ou rassurant, etc.). Même s'il porte sur des objets internes à un niveau

intrapyschique et inconscient, le clivage appelle quelques rapprochements avec les phénomènes d'étiquetage.

La fatigue physique est une plainte récurrente chez les soignants, toutes spécialités confondues notre recherche ne fait pas exception. Chez les femmes, elle est généralement associée aux allées et venues continuelles, aux piétinements constants, à l'origine de sensations de jambes lourdes. A l'hôpital, la manipulation des patients physiquement dépendants peut occasionner des troubles musculo-squelettiques de gravité variable (contractures, tendinites, etc.), notamment au niveau des membres supérieurs et du dos. Marc Lorient, (2000) a mis en évidence, entre autres chez les infirmières de divers services hospitaliers auprès desquelles il a enquêté, la correspondance entre les deux bipôles fatigue physique vs. psychologique et bonne vs. mauvaise fatigue : est bonne la fatigue physique, qui cède au repos et au sommeil, tandis qu'est mauvaise la fatigue morale ou psychique, qui perdure

«La 'bonne' fatigue est tout d'abord celle qui peut être surmontée grâce au repos. Elle est le résultat d'une activité 'saine', 'naturelle', c'est-à-dire n'étant pas vécue comme une contrainte imposée à l'individu mais comme une activité 'librement' choisie (même s'il s'agit d'une contrainte intériorisée), ou faisant partie de l'ordre des choses, donc n'ayant pas à être questionnée. En ce sens, la 'bonne fatigue' est perçue comme participant d'une vie en harmonie avec la 'nature'(grands espaces, air pur, etc.) et en accord avec la 'nature humaine'. Elle est la résultante d'un effort physique ou musculaire plutôt que d'une 'dépense nerveuse'. Elle peut tout de même suivre un travail intellectuel, mais dans ce cas elle est, encore plus souvent que pour le travail physique, associée à un sentiment de 'devoir accompli' et d'obtention d'un résultat positif, ou elle est le résultat d'une activité vécue comme agréable. Une forme typique de 'bonne fatigue' est celle qui résulte de la pratique d'un sport, vécue comme librement consentie. Non seulement la 'bonne fatigue' est 'normale' car elle disparaît rapidement, le plus souvent après une bonne nuit de sommeil, mais en plus, elle chasse la 'mauvaise fatigue' grâce à un sommeil réparateur et de qualité. La 'mauvaise fatigue', au contraire, est le plus souvent durable, elle n'est pas éliminée par le sommeil et peut même être ressentie dès le matin. Son origine est plus 'nerveuse' ou psychologique que physique ou musculaire. Elle est souvent perçue comme le résultat d'une agression sociale qui empêche un mode de vie qui serait conforme à la 'nature humaine' ».

Sur le plan psychologique, il s'agit de surmonter un instant de tension psychique, qui nous semble en effet parfaitement illustrer notre approche par le clivage du résident: en de telles circonstances, le mauvais résident est celui qui empêche que soit prodigué un soin de qualité au bon résident. La rencontre aussi frontale entre les deux objets partiels par définition antithétiques ne peut que provoquer, en général fugacement car l'une des deux imagos prend

immanquablement le pas sur l'autre, un mouvement de paralysie psychique qui suffit à écorner, même infinitésimalement, le narcissisme, par un sentiment de mise en échec

Un autre mécanisme psychique pourrait toutefois être invoqué. Le refus de soin nous évoque, par association d'idées, le concept de passivation, qu'André Green, (1999) définit comme «ce qui contraint à subir et non simplement un mode de jouissance recherché », pour la distinguer de la passivité chez Freud, ou encore comme « ce qui rend l'idée de forcer quelqu'un à être passif », l'associant avec une passivité-détresse, où « plus rien n'est assuré du côté de (la) quête du plaisir ou de sa possibilité d'être représentée dans un état psychique marqué à l'extrême par la perte de l'omnipotence et l'impossibilité de changer le cours des choses » L'on remarquera que l'un des articles les plus féconds que Freud ait consacré à la passivité est consacré à un fantasme de châtiment corporel:«Un enfant est battu » où s'entremêlent deux motifs également présents dans le refus de soin : l'idéalisation du patient comme enfant et la violence physique. La passivité-passivation apparaît par ailleurs souvent liée à l'intervention d'un autre, qu'il agisse en tant que séducteur ou qu'il soit mis à cette place par les représentations. Or, nous avons souligné que les soignants utilisent des techniques d'amadouement, donc de séduction, pour prévenir ou contourner l'agressivité des résidents, et réciproquement que le bon résident est celui qui embrasse, montre sa tendresse, cajole-en un mot, qui séduit

Les situations de soin et de refus de soin nous semblent constituer des formes atténuées de passivation : la situation de soin normale passivise de fait le résident la violence y est certes remplacée par le pouvoir symbolique que le soignant exerce sur soigné. Le refus de soin inverse cette polarité : la violence qu'exerce le résident sur le soignant peut y être physique ; la séduction qu'il exerce sur le soignant nous semble demeurer fantasmatique et émaner du bon patient, qui domine la vie psychique de l'infirmier tout au long de la séquence pour qu'elle demeure tenable, et le refus du féminin qu'exprime le patient s'il est perceptible au soignant, même inconsciemment est susceptible de questionner l'identité d'une soignante femme ou la bisexualité psychique d'un infirmier (homme) le témoignage GUEN, qui souligne que sa tactique consiste en cas de refus à se *faire remplacer par une* collègue femme, est à cet égard révélateur :

«Alors je ne me sens pas... connaissant la maladie... Et avec le peu de... d'expériences, et le peu de temps passé auprès de ces... je ne me sens pas euh... en échec, mais je me dis que aujourd'hui Ça n'a pas marché avec moi ce n'est parce que je suis un mauvais soignant ou

c'est pas parce que je m'y suis pas bien pris... Mais c'est comme ça le... le résident qui est en face de moi, peut-être ce jour, il ne pas voir la même tête de Antoine et donc il se dit je préfère quelqu'un d'autre. Et ce qu'on fait souvent, soit on change de soignant ??, moi je suis un homme je fais intervenir une femme... En me disant que peut être elle réussira à lui administrer ces médicaments, et puis vice versa. Donc je ne me vois pas en échec, même si quelque part on a ce petit sentiment de... de ne pas arriver à... Parce que je me verrais en échec si je tournais le dos et que je partais et que le soin ne soit pas fait par quelqu'un d'autre, ou tenté par quelqu'un d'autre »

La fatigue compassionnelle désigne le sentiment d'épuisement physique et émotionnel que les professionnels de la relation d'aide sont susceptibles de développer au contact de la souffrance, au point que leur vision du monde et leurs croyances fondamentales en sont profondément et durablement ébranlées cet ébranlement constituant le principal critère de distinction entre fatigue compassionnelle et burn out. Elle se manifeste par une érosion graduelle de l'empathie, de l'optimisme et de la compassion. Le sujet n'éprouve lui-même aucune. La fatigue compassionnelle se définit comme un état d'épuisement et de dysfonctionnement biologique, psychologique et social, résultant d'une exposition prolongée au processus de stress compassionnel et aux souvenirs traumatiques, notamment visuels, qu'il provoque chez le soignant et qui sont responsables de l'apparition des symptômes de l'état de stress post-traumatique ou de réactions associées, comme la dépression ou l'anxiété généralisée. Les perturbations importantes de la vie privée ou professionnelle. La psychologie cognitive corrobore la possibilité d'une fatigue de ce type. Les modèles prédominants de l'attention, fonction exécutive qui conditionne le déclenchement de la concentration en organisant, gérant et traitant les informations qui lui sont nécessaires, postulent en effet l'existence d'une réserve globale finie, dite capacité centrale, d'énergie disponible pour exercer son attention. Lorsque plusieurs informations doivent être traitées simultanément, un organisateur central évalue la réserve d'attention disponible, puis l'affecte aux différentes tâches, en fonction des apprentissages antérieurs: les situations nouvelles réclament davantage de concentration que les tâches familières ou répétées, d'où un risque paradoxal d'erreur sur ces dernières (Kahneman, 1973). D'où, sans doute, le besoin de parfois se retrouver seul(e) pour accomplir certaines tâches plus délicates... Néanmoins, cette dispersion peut être partiellement imputée à certaines pratiques professionnelles ou du moins peuvent-elles l'exacerber. S'engager dans un hyperactivisme dont la rationalité n'est pas manifeste peut ainsi constituer une stratégie permettant un moindre attachement aux patients, le dépassement de la

contradiction dévouement au malade vs.compétence technique, et une protection symbolique contre la mort, la maladie et la souffrance (Vega,1996). «S'épuiser dans un flot continu d'activité, multiplier les pas en tous sens est, en quelque sorte, un moyen de prouver aux autres et à soi-même que l'on n'a pas le temps de s'investir dans une relation qui pourrait être perturbante pour le psychisme (endosser la douleur d'autrui, subir ses humeurs, etc.). Ainsi, avec un tel schéma comportemental, l'infirmière semble rechercher la fatigue physique pour éviter la fatigue mentale.

Soigner ou prévenir la fatigue par la fatigue semble être une stratégie souvent mise en oeuvre. De telles stratégies sont, en fait, monnaie relativement courante. Au final, il est possible que cet environnement sonore ne soit, pour le soignant, pas suffisamment bon, et que cette contenance insuffisante se traduise par un sentiment de vide intérieur, de quasi-mort psychique, de paralysie de l'autostimulation, d'hémorragie narcissique, qui pourrait expliquer que le soignant puisse tenter de pallier ce vide en cherchant ailleurs l'hétérostimulation par exemple par la parole avec l'institution, les collègues, ou même le patient...Ce sentiment de vide nous semble laisser le champ libre au « mauvais patient », issu du clivage, et instaure ce vécu d'intrusion par empiètement de ce « corps étranger interne » (Freud,1895).

6.2.2. Perspectives de l'étude

Limites de l'étude

Bien que cette étude apporte des contributions aux connaissances à propos du vécu des Infirmiers dans la gestion du burnout, elle comporte toutefois des limites. Trois biais de sélection peuvent être identifiés dans cette étude. Le premier biais de sélection, est que les infirmiers qui ont participé à l'étude étaient des, ils sont donc susceptibles d'être plus impliqués dans leur profession. Il y a donc un risque que les caractéristiques des infirmiers inclus dans l'étude soient différentes de celles des infirmiers n'ayant pas souhaité participer à l'étude.

De plus, cette étude ayant été réalisée sur base volontaire nous avons seulement 03 répondants alors que l'HCY compte plus de 300 infirmiers . Le second biais de sélection est le biais de « bonne santé des travailleurs », ce qui implique que les participants de l'étude sont choisis parmi une population de travailleurs et sont donc capables d'exercer un travail régulier et sont, à priori, en meilleure santé. En effet, dans cette étude, seuls les infirmiers exerçant durant la période de recueil des données ont eu le choix de participer à l'étude. Or, si certains

étaient en arrêt maladie pour un burnout ou des problèmes de santé émotionnelle liés à leur profession, celles-ci n'ont pas participé.

Un autre biais de sélection est que cette étude a été réalisée dans un seul hôpital, ce qui peut ne pas être représentatif des infirmiers d'autres institutions. De plus, le leadership organisationnel, les valeurs, et la taille des structures sont aléatoires et pourraient faire varier la prévalence du burnout professionnel. En effet, le recueil des données a été réalisé entre le 1er mars 2024 et le 06 Avril 2024, ce qui couvre une période d'un mois. Or, la charge de travail étant très aléatoire en fonction des périodes, celle-ci pourrait ne pas être représentative de la santé émotionnelle infirmiers sur de plus longues périodes. Une des limites de cette recherche est la taille restreinte de l'échantillon, composé de trois participants. De ce fait, les résultats obtenus dans l'étude ne peuvent pas être généralisés à l'ensemble des infirmiers exerçant à l'hôpital central

Implications et perspectives de l'étude

Les implications et perspectives de cette étude sont multiples et se situent à plusieurs niveaux.

Implications de l'étude

Les informations et résultats de cette recherche pourront contribuer à l'amélioration de la prise en charge des infirmiers en proie au burnout. Il sera par exemple possible de développer des connaissances : éléments semiologiques, les facteurs de risque du burnout, en accompagnement et les mécanismes de prévention concernant. Une telle approche se veut holistique et pluridisciplinaire associant nécessairement des psychologues cliniciens. le soutien psychologique est un élément clé dans le processus de mentalisation. Il s'agit de mettre sur pied un comité de lutte contre le burnout en milieu hospitalier la présence de psychologues dans ce comité sera un terrain privilégié d'écoute des professionnels en situation précaires ou vulnérables avec des groupes de paroles divers. Également, il serait pertinent d'explorer le vécu des infirmiers afin comprendre leur capacité de mentalisation. Au niveau de l'administration il faudra intégrer les psychologues cliniciens dans les hôpitaux non seulement pour les patients en externes mais pour aussi pour permettre aux professionnels constamment en contact avec les émotions des autres de pouvoir relativiser un car il n'y a pas de santé sans santé mentale .

Perspectives de l'étude

Des recherches longitudinales pourraient aussi être effectuées dans le but d'approfondir la compréhension des différentes étapes du vécu du burnout de même que les conséquences à long terme y étant reliées, ainsi que de pouvoir mieux observer le processus de travail d'élaboration leur permettant de traverser cette épreuve. Par ailleurs les infirmiers interviewés sont ceux ayant acceptés de faire partie de notre étude ce qui veut dire qu'ils ne sont pas les seuls une étude quantitative pourra permettre d'avoir des données chiffrées. Il ressort de cette étude que le stress et la surcharge au travail sont des facteurs de risques. Cela permettrait de mieux cibler leurs besoins et de pouvoir adapter les interventions psychologiques leur étant destinées.

Compte tenu des problèmes d'adéquation entre la formation et l'emploi au Cameroun et le professionnalisme des personnels de santé en général et de santé mentale en particulier, les résultats de la présente étude, s'ouvrent à des possibilités de recherches futures nombreuses. Parmi celles-ci figurent la possibilité de mener différentes recherches participatives avec des enseignants-chercheurs désireux de partager leur savoir d'expertise avec le nôtre sur l'un ou plusieurs des concepts suivants : le Burn-out et relativisé, la formation psychologique des personnels de santé, la prévention et la prise en charge des troubles mentaux... Ce partage de savoirs et les réflexions collectives en découlant pourraient vraisemblablement contribuer à faire avancer les connaissances en ces domaines ainsi qu'à participer au développement professionnel des infirmiers Camerounais qui en partenariat avec les psychologues cliniciens peuvent accentuer leurs compétences et devenir de plus en plus efficace dans leur intervention sur les patients et sur eux-mêmes. Ensuite, une étude semblable à celle présentée dans ce mémoire pourrait être menée dans d'autres domaines professionnels afin de pouvoir comprendre l'importance de la psychologie clinique et de la présence d'un clinicien pour l'équilibre des personnels et des institutions. Les recherches futures pourront dans ce cas, prendre en compte d'autres soignant tels que les médecins, les sage-femmes... De même, pour mieux cerner tous les mécanismes impliqués dans le processus de mentalisation, une étude comparative entre infirmiers qui ont mentalisés et ceux qui n'ont pas mentalisés pourra être envisagée. Avec les limites, les implications et les perspectives de notre étude, nous achevons ce sixième chapitre. Mais avant, nous avons fait la synthèse, l'interprétation et la discussion de nos résultats

CONCLUSION

Cette étude intitulée « élaboration de la souffrance psychique et gestion du burnout des infirmiers à l'Hopital Central de Yaoundé » est abordée sous l'angle de la psychologie clinique. « burnout encore appelé épuisement professionnel est un syndrome commun à toutes les professions en tant que manifestation d'une expérience psychique et physique négative lié à un stress émotionnel chronique causé par un travail auquel l'individu n'arrive plus à s'adapter. La relation d'aide est au centre de la profession d'infirmière ces professionnels sont en contact avec des individus dans le cadre de soins ce qui suppose un transfert d'émotions et la rencontre de deux subjectivités. En plus des conditions de travail faisant appel à la surcharge de travail. Cette tranche de professionnel fait face à cette souffrance. Ainsi plusieurs chercheurs ont abordé des études sur le burnout . Sous plusieurs facettes ce qui démontre que cette souffrance est réelle, face une telle situation l'appareil psychique va mobiliser les capacités d'élaboration psychique par une mentalisation pour ne pas s'effondrer d'une part, et surmonter de l'autre part cette souffrance . D'autres chercheurs ont évoqués la gestion du burnout sans toutefois pencher leurs réflexions sur les mécanismes psychiques liés à l'adaptation à cette souffrance. Comme le stipule cyralik et Durval (2000) lorsque l'individu est confronté à l'adversité ou face au traumatisme, il mobilise les ressources internes et externes présentent dans sa vie pour ainsi lui permettre de s'adapter et continuer de se projeter dans l'avenir. C'est ainsi que cette étude a été menée pour répondre à la question de recherche suivante « Comment le travail de l'élaboration psychique rent-elle compte de la gestion du burnout des infirmiers à l'hôpital central de Yaoundé ? » de cette question découle l'hypothèse suivante le travail d'élaboration de la souffrance psychique rend compte de la gestion du burnout des infirmiers à l'hôpital central de Yaoundé. Nous cherchons à comprendre la place de l'élaboration psychique dans le gestion du burnout. Pour investiguer le vécu et les processus des participants nous avons opté pour une étude qualitative avec pour méthode étude de cas. La technique d'échantillonnage par choix raisonné avec un test MBI passé aux concernés après consentement éclairé et lecture et explication de l'objectif de l'étude. La technique de collecte de données l'entretien semi-directif et une grille d'observation sur éléments du MBI le guide d'entretien comportait deux Items principales à savoir : le travail d'élaboration psychique et la gestion de burnout avec des sous Items ; la taille de notre échantillon était de 03 répondent.

L'étude a été menée à l'hôpital central de Yaoundé, hôpital de deuxième catégorie qui regroupe plusieurs catégories de professionnels de la santé. Les données recueillis ont été analysées grâce à la technique d'analyse thématique de contenu et une grille d'observation,

les résultats témoignent que les infirmiers sont victimes d'un épuisement professionnel et subissent une souffrance physique et psychique qui était l'objet de notre investigation ; une angoisse et l'anxiété observés chez nos répondants un sentiment de culpabilité chez la plupart et même de regret quant au choix de la profession un repli sur soi. La capacité à être de dessus de cette souffrance est rendu possible par le recours aux mécanismes et stratégies que chaque sujet met en place pour venir à bout de la souffrance de vaquer à leurs occupations par ailleurs la plupart estiment que la prise en charge est médicamenteuses et font recours aux anxiolitiques, les croyances tel que le recours l'univers culturel, le réseau de soutien, la famille ; les amis sont sources de réconfort. Les conditions de travail et la rémunération jugée insuffisante pour venir à bout des besoins de famille sont énoncés comme causes du stress. La mobilisation des ressources chez la plus part de nos répondants rend compte de l'évolution du trouble chez chacun ce qui explique l'implication du travail psychique à partir de ses capacités , la compréhension des comportements à mentaliser en outre appréhender la façon donc le sujet fait face aux situations difficiles , extrêmes et les ressources qu'il mobilise pour s'y adapter la mise en sens de souffrance engendrée par le burnout constitue dès lors la base sur laquelle le processus d'élaboration va s'appuyer pour rendre compte de la gestion de cette souffrance. ce qui accorde dès lors une pertinence clinique à notre hypothèse de recherche en perspective pour d'avantage explorer le travail d'élaboration chez les infirmiers il est souhaitable d'envisager une étude en utilisant aussi des tests projectifs pour approfondir la compréhension de ce phénomène.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Alderson ,M. (2006). La psycho dynamique du travail : objet, considérations. Epistémologiques, concepts et prémisses théoriques. Santé mentale au Québec, printemps ; 29 (1) : 243-260.
- Alderson, M. (2005). Analyse psychodynamique du travail infirmier en unités de soins de longue durée : entre plaisir et souffrance. *Recherche en soins infirmiers*, 2005, no 80, p.77
- Anzieu, D. (1984). Le groupe et l'inconscient l'imaginaire groupal. Edition Dunod
- Anzieu, D. (1984). Le groupe et l'inconscient l'imaginaire groupal. Edition Dunod . ISBN : 2-04-015716-6
- Balint , M. (2000). Les voies de la régression, Petite Bibliothèque Payot,
- Bandura ,A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev.* 84(2):191–215.
- Beckers, J. (2010). La détresse psychologique. Dans : L'adolescent atteint de cancer et les siens. Quelle détresse, quelles difficultés, quels souhaits d'aide ? DAUCHY S. et RAZAVI D. Springer,
- Bianchi R ., Schonfeld IS., Laurent E. (2015). « Burnout-depression overlap: A review». *Clin. Psychol. Rev.* 2015, 36 : 28-41
- Bion, W,R. (1961). *Recherches sur les petits groupes*. Paris, PUF.and gender. *Medical Education*, 36(6), 522-527.
- Fotso et al. (2024). La Notion Du Travail D'elaboration Psychique En Pratique Clinique : Une Perspective Diachronique International Multilingual Journal of Science and Technology (IMJST) ISSN: 2528-9810 Vol. 9 Issue 3
- Canguilhem, G. (2002). *Écrits sur la médecine*. Paris, Le Seuil (coll. « Champ freudien »).
- Canouï , P. Mauranges ,A.(2015). Le syndrome d'épuisement professionnel : Un phénomène
- Chadrol Et Calahan. (2004). mécanismes de défenses et coping édition DUNOD
- Collange J, Tavani JL, Soula, M.(2013). Regards croisés sur le burn-out : aspects médicaux et psychologiques. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*. 1 févr 2013;74(1):35-43.

- Côté K, St-Pierre S, (2011). Le harcèlement psychologique chez les infirmières : une réalité troublante. *Médecine sciences* Amérique, décembre 2011 ; 1 (1) : 1-18.
- Dallaire, C. (1999). Les grandes fonctions de la pratique infirmière. In C. Dallaire (Ed.), *Soins infirmiers et société* (2 ed., pp. 33-55). Boucherville: Gatan Morin.
- De Tychey, C. (2001). Surmonter l'adversité : les fondements dynamiques de la résilience. De vue psychosomatique. *Revue Française de Psychosomatique*, 1(1), pp. 41-57
- Debray, R. (1991). Réflexions actuelles sur le développement psychique des bébés et le point Dejours C.(1998) « *Souffrance en France .La banalisation de l'injustice sociale* », éditions du Seuil, 1998.
- Delbrouck M, Corten P, Vénara P, Goulet F, Ladouceur R.(2011) Comment traiter le burn-out: principes de prise en charge du syndrome d'épuisement professionnel. Bruxelles, Belgique: De Boeck; 2011. 462 p.
- Delbrouck, M.Vénara ,P.Goulet F. Ladouceur, R. (2011). *Comment traiter le burn-out: principes de prise en charge du syndrome d'épuisement professionnel*.
- Ferenczi, S. (1934). Réflexion sur le traumatisme, œuvre complète, IV (1917-1933), Paris, Payot.
- Fernandez, L. et Catteeuw, M. (2001). *La recherche en psychologie clinique*. Paris : Nathan.
- Fernandez , L. et Pedinielli J.L.(2006). « *La recherche en psychologie clinique* », Recherche en soins infirmiers 1 (N° 84), p. 41-51
- Fortin, M. (2006). « *Fondements et étapes du processus de recherche* ». Québec : Chenelière Education
- Marty, F. (2017). Les grands concepts de la psychologie clinique 3e édition Dunod, Paris, 2017 ISBN 978-2-10-074359-9
- FREUD . (1979). *Le Moi et les mécanismes de défense*. Paris.
- Freud, S.(1890). Traitement psychique (traitement d'âme) (1890). In Laplanche J, editor. Œuvres complètes, 1. Paris : PUF ; 2015. p. 155-75.
- Freud, S. (1971). *Trois essais sur la théorie de la sexualité*. Paris, Gallimard.
- Freud, S. (1981). *Inhibition, symptôme et angoisse*. Paris, PUF (1926)
- Freud, S. (1995). *Cinq psychanalyses*. Paris, PUF (1856-1939).
- Freud, S. (1920). Au-delà du principe de plaisir, *O.C.*, XV. *Correspondance*, 1873-Gallimard.
- Freud, S. (1900). *L'interprétation de rêve*. F. Alcan, Puf, Seuil.

- Fischer, G. (2009). *expérience du malade à l'épreuve intime* collection santé social édition dunod
- Fischer, G. et Tarquino. (2014). *la psychologie de la santé : cadre conceptuel dans concepts fondamentaux de la psychologie de la santé*
- Gabbe, S. Melville, J.Mandel. L, Walker. (2002). Burnout in chairs of obstetrics and gynecology: Diagnosis, treatment, and prevention: Presidential address. *Am J Obstet & Gynecol.* 2002 Apr 1;186(4):601–12. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
- Goffart, I. (2004). *Organisation du travail, action syndicale et épuisement professionnel : étude des stratégies défensives de métier masculines et féminines. Mémoire de maîtrise : Faculté des études supérieures, Université de Montréal.*
- Truc, H. ,Alderson, M et Thompson. (2009). *travail émotionnel qui sous-tend les soins infirmiers :une analyse evolutionnaire du concept dans journal advanced nursing n° 64*
- Hojat, M. Gonnella, J. Mangione, S .(2002). *Empathy in medical students as related to academic performance, clinical competence*
- Hounkpè, S. (2007). *Etude du stress chez les agents de santé de deux centres hospitaliers au Bénin. Mémoire de certificat d'études de spécialités FSS: Université d'Abomey Calavi. [[Google Scholar](#)].*
- Ionescu, S. (1999). *Des mécanismes de défense en psychologie de la santé. Pratiques* ISBN : 2-04-015716-6
- Laplanche, J. Pontalis. (1971). *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, PUF, 1971.
- Perruchoud, J. (2001). *Mémoire de fin d'études Juillet 08 Sciences humaines « Burn out chez les soignants » Sciences humaines. [En ligne]. n° 115,*
- Lacan, J. (1975). *Les Ecrits techniques de Freud, 1953-1954*, Points Essais, Éditions du Seuil, « Relation d'objet et relation intersubjective », chapitre XVII
- Laplanche Et Pontalis, (1967) « *vocabulaire de la psychanalyse* » . PUF, 1967
- Laplanche, J. et Pontalis, J. -B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse (1ère édition)*. PUF.
- Chneiweiss, L. (1990). *les soignants face à la psychologie des maladies* édition lamarre 47,rue saint andre des arts 750006 PARIS
- Lazarus, R. S., et Folkman, S. (1984). *Coping theory and research : past, present, and future.*
- Lazarus, R. et Folkman, S. (1984). *Coping theory and research : past, present, and future.* *Psychosomatic medicine*, 55(3), 234-247

- Dispiaux, F. (2002). « Aux sources de l'interprétation », *RFP*, vol. 66, n° 5, Paris, PUF, 2002, p. 1486.
- Maslach C, Jackson SE, Leiter MP.(1997.) Maslach Burnout Inventory: Third edition. In: *Evaluating stress: A book of resources*. Lanham, MD, US: Scarecrow Education; 1997. p. 191-218.
- Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP.(2001) Job Burnout. *Annu Rev Psychol*. 2001;52(1):397-422.
- Mélanie Klein,(1934) *Essais de psychanalyse 1921-1945*, Payot, chapitre XVI sur la *Contribution à l'étude de la psychogenèse des états maniaco-dépressifs*, 1934.
- Méthodes quantitatives et qualitatives (3e édition). Montréal, Québec : Chenelière éducation.
- Mirko D. Grmek (1995) (trad. de l'italien), *Le concept de maladie*, Paris, Seuil, 1995, 382 p. (ISBN 2-02-022138-1), p. 211-212
- MOLINIER P.(2008) Les enjeux psychiques du travail. Payot & Rivages ; 2008.
- Morin Em, Gagné C (2009). Donner un sens au travail. Promouvoir le bien-être psychologique. 2009. <http://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/R-624.pdf>, consulté le 3/3/2022.
- Morin Em, Gagné C, (2009). Donner un sens au travail. Promouvoir le bien-être psychologique. 2009. <http://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/R-624.pdf>, consulté le 25 avril 2022.
- Mucchielli, A. (1991). Les méthodes qualitatives. Presses Universitaires de France
- Dumet Ménéchal, J. (2017). 16 cas cliniques en psychopathologie de l'adulte 3^e édition Dunod, 11 rue Paul Bert – 92240 Malakoff ISBN : 978-2-10-076234-7
- Nkoum, B. A. (2015). Initiation à la recherche : une nécessité professionnelle (3^{ème} édition). Presses de l'UCAC.
- Nkoum, B. A. (2015). Initiation à la recherche : une nécessité professionnelle (3^{ème} édition). Presses de l'UCAC.
- Nyklicek I. et Pop V.J.(2005) “ Past and familial depression predict current symptoms of professional burnout ” *J Affect. Disord*. 2005;88:63-8.
- Ohler M-C, Kerr Ms, Forbes Da.(2007) La dépression chez les infirmières et les infirmiers. *CJNR*, septembre C ; 42 (3) : 66-82.
- OMS (2022). *Souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes*. ameli.fr. consulté le p. 40-3. sur:<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9782294745867000045>

- Paillé et Muchelli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* 3^e édition paris : armand colin ,coll U.415p parental en contexte d'autisme. Consulté le 10 avril 2023 sur journals.openedition.org
- Pezet-Langevin V. (1997). « *Le stress au travail : des déclarations à l'observation des comportements (le syndrome du burn-out chez les travailleurs sociaux)* ». Thèse pour le Doctorat en psychologie. Nanterre : Université de Paris X, 1997.
- Pierre Canouï, Aline Mauranges ,(2015). *Le burn-out à l'hôpital Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants* 2015, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés ISBN : 978-2-294-74586-7 e-ISBN : 978-2-294-74699-4
- Polit, D.F. et Beck, C.T. (2012). *Nursing research: Generating and asses-sing evidence for nursing practice* (9^o éd.). Philadelphie, PA : Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Poncet MC, et al. (2007) Burnout syndrome in critical care nursing staff. *Am J Respir Crit Care Med.* 2007 Apr 1; 175(7):698–704. [Pub Med] [[Google Scholar](#)]
- Proulx, E. (2017). *L'adaptation des travailleurs sociaux en contexte de réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux* (Mémoire de maîtrise inédit). Université de Montréal, QC.
- Proulx, J. (2019). Recherches qualitatives et validités scientifiques. *Recherches qualitatives.* https://secure.cihi.ca/free_products/NHSRep06_FR.pdf, consulté le 25 avril 2023. *Psychosomatic medecine*, 55(3), 234-247 *psychologiques*, 1(4), pp. 45-52.
- Renault, E. (2008). *souffrances sociales philosophie, psychologie et politiques* paris : la decouverte coll , armillaire . 404 p
- RFP*, (2002). « Transformations psychiques », vol. 66, n^o 5, Paris, PUF, 2002.
- Roussillon R (1999) *Agonie clivage et symbolisation* . Presses universitairesde France coll Auadrige (reed. 2012)
- S. Freud (1920), « Au-delà du principe de plaisir », dans *Œuvres complètes XV*, Paris, PUF, 1995
- Saint-Jean M, Saint-Arnaud L, (2006). Une stratégie défensive. Dans : *Espace de réflexion, espace d'action en santé mentale au travail*, institut de psychodynamique du travail du québec. Les Presses de l'Université Laval, 2006 ; 37-63.

- Selye H, (1936). A Syndrome produced by divers nocuous agents. *Nature*. 138 :32
- Rezette. S, (2008). *psychologie clinique en soins infirmiers* ISBN-13 éditeur ELSEVIER
MASSON
- Shanafelt TD, Boone S, Tan L, Dyrbye LN, Sotile W, Satele D, et al. (2012). Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Archives of internal medicine*. 2012 Oct 8;172(18):1377–85.
- Shields M, Wilkins K. (2009). Facteurs liés à la violence faite aux infirmières par les patients. *Rapports sur la santé*, avril 2009 ; 20 (2) : 1-14. *soins infirmiers*, 1(84), pp. 41-51. doi: <https://doi.org/10.3917/rsi.084.0041>
- St-Pierre L, Alderson M, St-Jean M. (2010). Le travail infirmier en unité de soins intensifs adultes vu sous l'angle de la psychodynamique du travail. *L'infirmière clinicienne*, 2010 ; 7 (1) : 9-23.
- Truchot, D. (2004). *epuisement professionnel et burnout concepts, methodes, interventions*
Paris dunod 265p
- Truchot, D.(2015). « Épuisement professionnel et burn-out. Concepts, méthodes, interventions ». Paris, Dunod,

ANNEXES

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE

Je soussigné Mr /Mme/Mlle

Certifie avoir été invité à participer au travail de recherche intitulé « *L'intégration de la psychologie clinique et gestion du burnout chez les infirmiers de l'hôpital central de Yaoundé* ». donc l'investigateur est Mr NTSA NGAH Marcien Olivier M. NTSA Olivier étudiant en master 2 Psychologie, spécialité psychopathologie et clinique département de psychologie de l'université de Yaoundé Tel 699411398 Email olivierntsa1@gmail.com

J'ai bien compris la notice d'information qui m'a été remise concernant cette étude ou alors on m'a lu et expliqué la notice d'information relative à cette étude

J'ai bien compris le but et les objectifs de cette étude

J'ai reçu toutes les réponses aux questions que j'ai posé

J'ai bien compris que suis libre d'accepter ou de refuser d'y participer

Mon consentement ne décharge pas l'investigateur de ses responsabilités je conserve tous mes droits garantis par la loi

J'accepte librement de participer à cette étude dans les conditions précisées par la notice de l'information c'est-à-dire :

De répondre aux questions de l'enquête et de participer sans contrainte je donne mon accord pour que les données collectées pour cette étude soient utilisées dans les études ultérieures

Lors de cette entrevue de nature qualitative, certains souvenirs douloureux pourraient être évoqués et faire référence à une période de vie plus difficile et éprouvante. Le chercheur s'engage à mettre en œuvre les moyens nécessaires afin de réduire les risques. Ces derniers renvoient entre autre à la possibilité de revivre du stress, de la tristesse ou encore des frustrations liées aux évènements en lien avec l'épuisement professionnel. Le chercheur, qui détient également des habiletés en relation d'aide, sera attentif à ce qui se déroule durant l'entretien et offrira, au besoin, de prendre une pause, d'arrêter l'entretien et de

rappeler qu'il est possible de se retirer en tout temps de la recherche. Si cela s'avère être le cas, les données seront détruites.

Le chercheur s'assurera que les participants terminent l'entretien dans de bonnes dispositions et des références à un organisme de soutien pourront être offertes advenant le cas que des participants ressentent un inconfort suite à l'entrevue. À cet effet, votre participation à cette étude est entièrement volontaire. Comme mentionné plus haut, vous serez donc libre de participer ou non, et de vous retirer à tout moment (avant le début de l'entretien ou après l'avoir débuté, et ce, sans avoir à justifier leur décision). Les données recueillies auprès des participants n'ayant pas complété les entrevues seront détruites. La contribution à l'avancement des connaissances au sujet de l'épuisement professionnel en contexte de protection de la jeunesse sont les bénéfices directs anticipés. Aucune compensation d'ordre monétaire n'est accordée.

ECHELLE MBI (Maslach Burn-out Inventory)

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

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

GRILLE D'ANALYSE

Épuisement professionnel

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

Dépersonnalisation

Questions	Score
5	
10	
11	
15	
22	
TOTAL	

Accomplissement personnel

Questions	Score
4	
7	
9	
12	
17	
18	
19	
21	
TOTAL	

RESULTATS

Épuisement professionnel

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

Dépersonnalisation

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

Accomplissement personnel

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

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

UNIVERSITÉ DE YAOUNDE I

 FACULTÉ DES ARTS, LETTRES
 ET SCIENCES HUMAINES

 DÉPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE



THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

 FACULTY OF ARTS, LETTERS
 AND SOCIAL SCIENCES

 DEPARTMENT OF PSYCHOLOGY

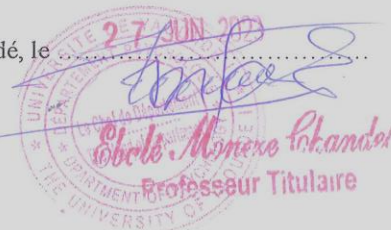
Objet : Autorisation d'enquête pour
travaux de recherche

Je soussigné, professeur **EBALE MONEZE Chandel** Chef du Département de Psychologie à l'Université de Yaounde1, atteste que M. **NTSA NGAH Marcien Olivier** matricule 170033 étudiant en Master II de psychopathologie et clinique mène une étude libellée : « *Impact de la psychologie clinique sur la pratique des soins infirmiers à l'hôpital central de Yaoundé* ».

Cette étude est dirigée par **Docteur ONDOUA MBENGONO Laura Julienne**, Chargée de cours au Département de Psychologie, nécessite une investigation sur le terrain.

En foi de quoi la présente autorisation lui est délivrée pour servir et valoir ce que de droit

Fait à Yaoundé, le



REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix-Travail-Patrie

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

SECRETARIAT GENERAL

DIRECTION DE L'HOPITAL CENTRAL DE YAOUNDE

UNITE ADMINISTRATIVE ET FINANCIERE



REPUBLIC OF CAMEROON
Peace-Work-Fatherland

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

SECRETARIAT GENERAL

DIRECTORATE OF CENTRAL HOSPITAL

ADMINISTRATIVE AND FINANCIAL UNIT

N°2023/542/AR/MINSANTE/SG/DHCY/ÜAF

Yaoundé, le

13 MARS 2024

AUTORISATION DE RECHERCHE

Je soussigné, **Professeur Pierre Joseph FOUDA**, Directeur de l'Hôpital Central de Yaoundé, accorde une autorisation de recherche, sous la direction du Dr ONDOUA Laura et la codirection de M. Richard TCHAPDA à **M. NTSA NGAH Marcien Olivier**, étudiant Master en Psychologie 2 au Centre de Recherche et de Formation Doctorale en Sciences Humaines, Sociales et Educatives de l'Université de Yaoundé I sur le thème : « **Importance de la psychologie clinique dans la pratique des soins infirmiers : état des lieux à l'Hôpital Central de Yaoundé** ».

L'intéressé est tenu au strict respect du règlement intérieur de l'Hôpital Central de Yaoundé et s'engage à déposer un exemplaire dudit mémoire à la Direction dudit hôpital après correction.

En foi de quoi, la présente autorisation lui est délivrée pour servir et valoir ce que de droit. /-

Le Directeur,



P. Pierre Joseph Fouda.

Verbatim des entretiens

I. Perception de risque et signes avant-coureurs

- **La conscience d'un risque très présent**

ZARA : « je pense que le risque est très élevé, d'autant plus depuis ces dernières années ... » « c'est un métier à risque de Burn out » « Je pense avoir été à plusieurs périodes en Burn out et ne plus l'être en ce moment mais l'avoir été Il y a des situations évidemment où on peut se sentir un peu oppressé » « j'ai l'impression de ne plus respirer » « parce qu'il y a une pression permanente, je ne respire pas ; (...) Je pense qu'on a de moins en moins de reconnaissance de notre travail. Il y a 30 ans (...) les pouvoirs publics étaient relativement reconnaissants, ça s'est vite dégradé Là la reconnaissance elle est nulle, on a une obligation, il faut qu'on obtienne des résultats »

GUEN : « je sais que ça existe, je sais que je ne suis pas à l'abri (...) nul ne peut dire qu'il ne pourra pas faire un jour un Burn out »

HALAL : « je pense qu'il est réel, parce que voilà oui je le vois autour de moi »

« Quand j'exerçais dans la région T. c'était mon cas et c'est ce qui m'a fait changer de région. » :

- **Un risque multifactoriel**

1. **Quelles peuvent être selon vous les causes du burn-out**

ZARA : « c'est une association de plusieurs choses » silence ... Ummmh « Je pense que dans le Burn out il y a plusieurs composantes »

GUEN : « c'est toujours mi- personnel et mi- professionnel qui sont mêlés (...) en tout cas chacun ... »

HALAL : « Je pense qu'il y a vraiment un ensemble de choses »

JUNIOR : « c'est souvent des petites choses anodines, (...) une collègue qui a eu un accident de voiture pas dramatique mais à la suite de ça, ça a précipité un Burn out qui, était la résultante de plein de choses qui avaient été mises bout à bout

1. Pensez-vous que la surcharge de travail soit l'une des causes

ZARA : « »

GUEN : « des fois, mes patients j'ai l'impression qu'ils m'épuisent, qu'ils me pressent comme un citron des fois, moi j'ai ce sentiment d'être complètement pressée comme une serpillière ou comme un citron, ils te prennent tout là ils t'épuisent complètement... Puisque vous avez choisis d'en parler parlons c'est la pression de travail puisqu'on est dans un hôpital de deuxième référence. La pression du travail est un facteur aggravant »

HALAL : « c'est qu'il y a un moment on ne sait plus comment faire, c'est-à-dire même pour des choses qui paraissent simples quand on est standard, ça devient compliqué. Tout ça c'est essentiellement lié à la démographie du personnel infirmier on forme plusieurs mais l'état recrute moins, ce qui fait qu'il y a de moins en moins d'infirmiers tels que préconise l'OMS donc nous avons du mal avec des équipes d'une à deux personnes pour 8 patients »

JUNIOR: « (...) la sensation qui fait souffrir les infirmiers c'est je ne vais pas y arriver ! je ne vais pas faire face, y a trop de demandes je n'en peux plus, y a trop de demandes soit venant de patients différents soit trop de demandes du même patient dans un même rdv. » « ça vient de nos politiques en général, (...) peut-être qu'on est une espèce qu'il faut faire disparaître, (...) est-ce que l'infirmier entre guillemets est souvent considéré que ce soit par le patient premier bénéficiaire de ses services encore moins l'administration vous comprendrez pourquoi les grèves tout le temps.. »

- **Une spirale insidieuse**

ZARA « silence »

GUEN : « C'est toujours difficile de, nous-mêmes de l'apprécier parce que quand on s'en rend compte c'est que déjà on a déjà avancé, c'est plutôt quand on y arrive qu'on ne voit pas venir, on ne voit pas venir le truc en général »

HALAL : « je ne l'ai peut-être pas vu venir »

JUNIOR : « quand on est vraiment au bout d'un moment dans une spirale, c'est impossible de faire marche arrière à un moment donné, on trouve que ça va être compliqué ... »

- **Et puis un jour, on n'est plus soi même**

ZARA : « où on en a marre un petit peu de voir les gens, effectivement où on a moins d'empathie, où les gens peuvent nous énerver »

GUEN : « parce que y a des jours où je me sens vraiment empathie Zéro ! Il y a des jours où je ferme la porte sur un patient et je m'assois au bureau en soupirant et les yeux froncés en me disant ah là mais qu'est-ce qu'il m'emmerde, c'est sûr que c'est des jours où ça ne va pas, »

HALAL : « je me suis rendue compte que je devenais agressive chez moi avec les enfants » « J'étais devenue hyper sensible, stressée, pas bien »

« Je n'arrivais plus à affronter les gens, je ne les supportais plus, je ne supportais plus les gens agressifs, je ne supportais plus les gens qui viennent se plaindre pour une broutille (...) je ne supportais plus la fainéantise des gens, et je pense que j'avais perdu surtout ma carapace (...) avec les pathologies un peu lourdes j'étais hyper sensible » Et puis un jour, on n'est plus soi même

JUNIOR : « je me suis rendue compte que je devenais agressive chez moi avec les enfants »

« J'étais devenue hyper sensible, stressée, pas bien » « Je n'arrivais plus à affronter les gens, je ne les supportais plus, je ne supportais plus les gens agressifs, je ne supportais plus les gens qui viennent se plaindre pour une broutille (...) je ne supportais plus la fainéantise des gens, et je pense que j'avais perdu surtout ma carapace (...) avec les pathologies un peu lourdes j'étais hyper sensible »

Les complications du burn-out

- **Les conduites addictives**

ZARA : « après y en a certains qui tombent dans les attitudes addictives, y a pas mal de médecins qui picolent, (...) y a beaucoup des infirmiers qui tirent la ficelle, qui boivent, qui fument, qui prennent des médicaments n'importe comment. » « (...) j'ai plusieurs de mes camarades de promo le soir quand ils rentrent qu'ils sont stressés, on commence par un whisky, ça va être deux whiskys et puis maintenant ils sont à trois-quatre whiskys tous les soirs, donc ils sont dans l'alcoolisme pur et dur. »

GUEN : « on a eu un collègue qui n'est pas très loin d'ici, une vingtaine de kilomètres d'ici qu'on a retrouvé un jour au volant de sa voiture complètement sidéré... bon il était en train de descendre dans l'enfer du Burn out »

HALAL : « à un point où je me disais c'est le métier qui ne me convient plus, je ne suis pas faite pour ça, je me suis trompée, je n'ai pas choisi la bonne voie et de se sentir coincée en plus dans cette voie sans avoir de reconversion »

JUNIOR : « nous ici on a une collègue qui s'est installée depuis 4 ans, (...) il y a 2 mois elle est partie en médecine du travail parce qu'elle était enquiquinée par la sécu (...) elle fait de la médecine salariée ! »

- **Risque suicide et mise en équivalence suicidaire**

HALAL: « oui y en a quelques-uns alors (...) on ne parlera pas de suicide akah c'est facile de dire que c'est la sorcellerie»

II. GESTION DU BURN-OUT

Y'a-t-il un lien vie professionnelle/ vie privée » dans la gestion du burn-out

Dans ce qui suit, les infirmiers interrogés ont évoqués les interactions qui existent entre la vie professionnelle la vie privée et, par voie de conséquence, les risques qui en découlent à savoir un risque de BO majeur d'après eux. Ils nous ont également décrit l'importance de prendre en compte le fait que la population d'infirmier évolue vers une féminisation et subit également des modifications sociétales à travers le renouvellement des générations. La difficulté de se déconnecter de la vie professionnelle

GUEN: « Il encaisse aussi les difficultés que je rencontre dans mon travail ! C'est lui qui les encaisse aussi à la maison quoi ça retentit, c'est sûr, moi j'ai un fort retentissement de mon degré, de mon sentiment de surmenage sur ma vie privée, je le ressens beaucoup et puis il le ressent beaucoup ... ma vie professionnelle empiète quand même pas mal sur ma vie privée ... »

HALAL : « (...) les voisins qui viennent sonner le weekend end parce qu'ils ont une gastro c'était ça aussi (...), des gens qui viennent à domicile. »

Comment prenez-vous en charge le burnout

HALAL : « je trouve que l'infirmier de toute façon n'a pas envie d'être malade et n'a pas envie de demander de l'aide. Il y a eu des périodes difficiles, où j'avais pris des médicaments où je m'étais prescrit moi-même du PROZAC pendant 1 mois ou 2 et quand on l'a déjà fait 2/3 fois de suite on se dit bon y a peut-être quand même un souci et puis on ne le dit pas, on ne le fait pas en cachette mais presque. Avec du recul je me dis ah (...) c'est bête est-ce que je n'aurais pas mieux fait d'aller voir quelqu'un ? D'avoir un œil extérieur. Je fais 5 à 10 km 3 fois par semaine et je fais du sport, je m'y suis mis et grâce à ça je décomprime, quand j'ai un coup de stress je mets mes baskets je vais courir, et ça roule. Je branche mes Beatles et c'est bon. Il n'y a que comme ça que j'arrive un peu à évacuer (...) Mon Temesta c'est courir, et quand je n'arrive pas à courir je suis moins bien parce que je n'ai pas ma soupape de sécurité

GUEN : « c'est vrai qu'on est négligent sur la santé en général ! Ce n'est pas juste sur le Burn out ou un certain mal-être mais on ne consulte pas en général : on se dit ben c'est rien ! On a quand même nous ici 2 médecins qui sont décédés de maladie, moi j'ai remplacé un médecin qui est décédé d'un cancer du côlon, qui a probablement négligé tous ses premiers symptômes et qui s'est retrouvé quand le diagnostic a été fait malheureusement c'était déjà la catastrophe...enfin tous les conseils qu'on donne à nos patients il faut se les appliquer. Donc j'essaye de faire du sport (...) »

HALAL : « se garder des moments à toi où tu te forces à faire stop en faisant ce que tu veux du sport, des sorties, n'importe quoi mais je pense que ça t'aère le cerveau et ça t'oblige à faire la vraie pause ... de temps en temps des soirées avec des amis, les samedis soir pour un peu se vider la tête »

III. Elaboration psychique

Groupes d'échanges de pratiques

HALAL : « ça permet de se rencontrer, il y a toute une part qui est très professionnelle où on travaille, mais il y a aussi le fait de se voir avec des gens qu'à priori on respecte qu'on aime bien et donc ça permet aussi d'exprimer, le fait de rencontrer des gens ,d'entendre que les autres ont des difficultés et de savoir qu'on n' est pas le seul à avoir une difficulté, je pense que c'est aussi un caractère préventif et puis d'être entendu par d'autres professionnels et dire c'est vrai que c'est dur pour toi, je pense que c'est protecteur »

GUEN : « ça permet de voir d'autres confrères qui font la même formation, de s'ouvrir, de voir autre chose, de se former et quand après on voit un patient qui rejoint ce qu'on a appris à cette formation on peut mettre en pratique ce qu'on a appris, c'est gratifiant »

JUNIOR : « il y a un petit noyau de 10/15 infirmiers où on arrive à se réunir pour essayer de se mobiliser voir ce qui va ce qui va pas, ce qu'on peut essayer de faire et puis se donner un peu de baume au cœur. C'est un moment pour se retrouver et puis il y a eu quelques médecins aussi qui avaient été un peu harcelés par la sécu donc c'est un moment pour les soutenir et voir ce qui pourrait être fait à notre niveau privée »

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE	i
DÉDICACE.....	ii
REMERCIEMENTS	iii
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES	iv
LISTE DES TABLEAUX.....	v
RESUME.....	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I :PROBLEMATIQUE DE L’ETUDE	5
1.1. Contexte de l’étude.....	6
1.2. Justification de l’étude.....	13
1.3. Formulation du problème	15
1.4. Questions de recherche.....	18
1.5. Hypothèse de recherche.....	19
1.6. Objectif de l’étude	19
1.7. Intérêt de l’étude.....	19
1.8. Délimitation de l’étude	21
1.9. Clarification des concepts.....	21
CHAPITRE II :GENERALITES SUR LE BURN-OUT	24
2.1. Burnout	25
2.1.1 Evolution historique du burnout	25
2.1.2 Définition du burn-out	25

2.1.3 Les signes cliniques	26
2.1.4 Les dimensions fondamentales du burn-out	27
2.1.4.1 L'épuisement émotionnel.....	27
2.1.4.2 La déshumanisation de la relation à l'autre	28
2.1.4.2.1 Définition	28
2.1.4.3 La diminution de l'accomplissement personnel.....	28
2.1.5. Les causes du Burn-out.....	30
2.1.5.1 Le stress et le burnout	30
2.1.5.1.Approches biologiques du stress.....	31
2.1.5.1.1 Homéostasie et adaptation	31
2.1.5.2 le syndrome général d'adaptation; la réaction physiologique face a la menace....	33
2.1.5.3 Les mécanismes du stress	34
2.1.5.4 Approche psychologique du stress.....	35
2.1.5.4.1 Stress et épuisement professionnel	35
2.1.5.4.2 Le traitement de l'information ,l'approche cognitive du stress	35
2.1.5.4.3 Les ressources personnelles	36
2.1.5.5 Les facteurs environnementaux	38
2.1.5.6 Les causes du stress	39
2.1.5.6.1 Les causes du stress au travail.	40
2.1.5.6.2 Les causes du stress liées à la nature de la tâche	41
2.1.5.6.3 Les causes du stress liées au milieu de travail	41
2.1.5.6.4 Les causes du stress liées à l'organisation du travail.....	42
2.1.5.6.5 Les causes du stress liées à l'environnement du travail	42
2.1.5.7 Conséquences du stress au travail.....	43
2.1.6 Les facteurs prédisposants au burnout	44
2.1.6.1 Facteurs liés au type de travail.....	45
2.1.6.2 Facteurs liés à la charge de travail	46

2.1.6.3 Facteurs liés au rythme de travail	46
2.1.6.4 Facteurs liés aux facteurs de stress psychosociaux.....	47
2.1.7 Épuisement professionnel et psychopathologie au travail	49
2.1.8 Épuisement professionnel dépression et anxiété.....	50
2.1.9 L'approche sociologique du burnout.....	51
2.1.10 L'approche psychiatrique	52
2.10.1 Le burn-out, un concept absent des nosologies psychiatriques	52
2.1.11. Épuisement professionnel et somatisations	54
2.12 Echelle d'évaluation du burnout : Le Maslach Burn-out Inventory (MBI)	55
2.13 Épuisement professionnel et fatigue compassionnelle	56
2.1.14 Les mesures de prévention du burn-out	57
CHAPITRE III :CADRE THEORIQUE.....	59
3.1 Les aspects cliniques du lien entre corps, santé et maladie	60
3.1.1 La souffrance psychique	61
3.2 Modèle explicatif du traumatisme psychique	63
3.2.1 Conception psychanalytique du traumatisme	63
3.2.1.1 Conception d'Anna Freud.....	64
3.2.1.2 Conception Ferenczienne du traumatisme	65
3.3 Travail d'élaborations psychique.....	66
3.3.1 Selon Laplanche et Pontalis	66
3.3.2 Le travail d'élaboration psychique chez les infirmiers	66
3.4 La théorie de la Mentalisation	67
3.4.1 La mentalisation selon Bergeret.....	69
3.4.2 La mentalisation selon Debray.....	70
3.4.3 La mentalisation selon Fonagy	71
3.4.4 Processus et dimensions de la mentalisation.....	71

3.4.4.1	Processus de la mentalisation	71
3.4.4.2	Les dimensions de la mentalisation	72
3.4.5	Explication de la mentalisation selon l'étude	72
3.5	L'approche psychanalytique du burn-out	73
3.5.1	théories du burnout.....	73
3.5.1.1	Approche psychanalytique en psychopathologie du travail.....	73
3.5.2	Hypothèses théoriques développées par c.Dejours.....	74
3.5.2.1	La charge psychique de travail.....	74
3.5.2.2	Souffrance, anxiété. Idéologie défensive des métiers.....	75
3.5.2.3	Les approches cognitivo-comportementales.....	76
CHAPITRE IV: METHODOLOGIE		80
4.1.	Rappel de la problématique	81
4.1.1.	Hypothèse de recherche	82
4.2.	Lieu de la recherche	82
4.2.1-	Justification du lieu d'étude.....	84
4.2.2	Procédure et critère de sélection des participants	85
4.3.	Caractéristiques des participants	86
4.4.	Type de la recherche.....	86
4.5.	Méthode de recherche.....	87
4.7.	Procédure de collecte de données	88
4.8.	Outils de collecte de données : le guide d'entretien et grille d'observation.....	90
4.9.	Déroulement des entretiens	93
4.10.	Considération éthique	95
4.11.	Analyse thématique de contenu	96

CHAPITRE V:PRESENTATION DES DONNEES ET ANALYSE DES RESULTATS....	101
5.1. PRÉSENTATION DES PARTICIPANTS DE L'ÉTUDE	102
5.1.1. ZARA.....	102
5.1.2. HALAL	102
5.1.3. GUEN	102
5.2. ANALYSE THEMATIQUE DES DONNEES DE L'ENTRETIEN	102
5.2.1 Analyse cas par cas	102
5.2.1.1. ZARA.....	103
5.3. SYNTHESE DES ANALYSES	123
CHAPITRE VI : INTERPRETATION ET DISCUSSION DES RESULTATS	127
6.1. INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS	128
6.1.1. Rappel des données empiriques et théoriques	128
6.1.1.1. Rappel de données empiriques.....	128
6.1.1.2. Rappel des données empiriques	134
6.2. DISCUSSION ET PERSPECTIVES DE L'ETUDE	136
6.2.1. Discussion des résultats	136
6.2.2. Perspectives de l'étude.....	143
CONCLUSION	146
BIBIOGRAPHIE.....	149
ANNEXES	155